

# ISS

Glasilo Zdravniške  
zbornice Slovenije

Julij 2015  
Številka 7

## GASTROENTEROLOGIJA IN NOBELOVCI

Avstralca B. Marshall in R. Warren sta leta 1982 odkrila bakterijo *Helicobacter pylori* in njeno vlogo pri nastajanju razjed želodčne sluznice. Z revolucionarnim odkritjem sta omogočila učinkovitejše zdravljenje ulkusne bolezni.





## Vročja jesen ali klavzura

*Zelo prepričljivi so naši argumenti, da je slovensko zdravstvo zelo učinkovito v evropskem merilu z vidika materialnih in kadrovskih virov. V povprečju je solidno tudi z vidika kakovosti storitev in varnosti bolnikov, precej manj z vidika prijaznosti do državljanov in dostopnosti. Razkorak med kakovostjo slovenske medicine, ki sicer vse bolj nazaduje, in razpoložljivimi materialnimi viri je vse večji in znaša ta čas po predhodnih ocenah vsaj 500 milijonov evrov.*



Brez ustrezne reformne preobrazbe bo ta razkorak vsako leto večji in vsako leto bomo bolj oddaljeni od sodobnih praks evropskih zdravstvenih sistemov. Že tako vse večji odliv bolnikov v sosednje države se bo stopnjeval, najedal temelje slovenskega zdravstva in povzročal frustracije slovenskih izvajalcev, ki so v diskriminatornem položaju. Da o vse manjšem zaupanju državljanov v slovensko zdravstvo niti ne govorim. Kje so tiste občutljive točke v slovenskem zdravstvu, ki skozi leta preprečujejo kakršenkoli premik na bolje:

- Populizem politike na zdravstvenih temah, nepoznavanje zdravstvenih sistemov v EU, branjenje položajev, monopolov in obstoječega stanja, ki omogoča korupcijo in slabo poslovno prakso. Rezerve v zdravstvu kljub vsemu so, niso sicer velike in predvsem ni želje, da bi se sprostile tudi v okviru že obstoječega sistema.
- Vse naštetu povzročata skozi desetletje nestabilno upravljanje zdravstva s hitrimi menjavami ministrov za zdravje. Dvoletni mandat zdravstvenih ministrov je že tek na dolge razdalje. Praviloma temu pojavu botruje neskladje politik v koaliciji, opozicija pri tem bolj ali manj statira. Tudi v sedanji koalicijski pogodbi so pasti, ki onemogočajo resno strukturno reformo zdravstva. In prvi trki znotraj koalicije že porajajo zle slutnje glede kakršnekoli resne reforme.
- Uravnoveženje zdravstvenih pravic iz širokega spektra zdravstvenih zavarovanj z razpoložljivim zdravstvenim denarjem, zaskrbljujočo demografsko projekcijo Slovenije in hitrim razvojem medicine je osrednji problem zdravstvene politike. Novi viri denarja v zdravstvu, zbrani na način kar največje solidarnosti, pravičnosti, socialne prilagodljivosti in makroekonomskih predpogojev, so izziv za prave razumnike in poznavalce zdravstvenih sistemov. Ta gordijski vozec vseh zdravstvenih sistemov v svetu je sicer mogoče rešiti tudi pri nas, vendar za novo mizo in z dobro premešanimi kartami.
- Koncesije, ločevanje javnega in zasebnega zdravstva, dvoživke in korupcija so osrednje,

hkrati neproduktivne in slepilne teme v zdravstveni politiki. Tako ali drugače bi morali vse anomalije, ki tudi obstajajo, že zdavnaj odpraviti znotraj obstoječega pravnega reda in temu nikoli nismo nasprotovali.

- Neupoštevanje opozoril in priporočil slovenskih zdravnikov za izboljšanje in prilagoditev slovenskega zdravstva zgledom EU je dolgoletna stalnica. Bolj ko se stanje poslabšuje in postaja resno, manj je poslušna in dialoga, večja je aroganca in obtoževanje zdravništva za to in ono. Odvračanje pozornosti od pravih vzrokov krize v zdravstvu z iskanjem krivca v nosilnem zdravniškem poklicu je dolgoročno pogubno predvsem za podobo in kakovost slovenskega zdravstva.

Za reševanje tega problema bo enkrat potrebna večdnevna klavzura vseh ključnih deležnikov in poznavalcev slovenskega zdravstva. Zato, da bi se izognili poglobljanju vse večjih nesporazumov pri reševanju zdravstva iz vse globlje krize, v katero tonemo. Kljub prizadevanjem ZZS v zadnjih dveh letih, da bi prišlo do tovrstnega kriznega delovnega srečanja, se to žal ni zgodilo. Ne trdim, da ni vljudnostne pripravljenosti za takšno srečanje. Bolj imam v mislih lahkotnost posameznih nosilcev odgovornih funkcij, da bomo z enim samim vzvodom premaknili težak tovor zablod preteklosti. Ta hipoteza je napačna in vodi v poglobljanje nesporazumov, v usmeritve, ki ne bodo dale prave perspektive in zagona slovenskemu zdravstvu s še dokaj solidnimi temelji. Nekaj še manjka do uresničitve takšnega sestanka na vrhu in velja se kar najbolj potruditi. Podcenjevanje splošne apatije zaposlenih v zdravstvu in zaskrbljenosti državljanov zaradi vse slabših razmer v bolnišnicah ni na mestu.

Bolniki spremljajo vse razprave in ocene v zdravstvu in si ustvarjajo svojo sliko. Poslušajte nas in poslušajte odgovorne upravljavalce zdravstva, ki govorimo vse bolj eden mimo druge-

ga. Ko želijo rešiti svojo zdravstveno težavo, se postavljajo v vse daljše čakalne vrste; tisti iznajdljivejši rešitev poiščejo v zasebnem zdravstvu, večinoma čez mejo in vse več na Hrvaškem. Doma te ponudbe praktično ni več moč dobiti. Slovenija je spet v nečem edina: zasebno zdravstvo dokaj uspešno kriminalizira in ga je praktično izkoreninila.

Koruptivne afere v zdravstvu brez epiloga so spet v ospredju medijske pozornosti. Kot že ničkolikokrat doslej, ponavljamo, da obsojamo vse nezakonite oblike poslovne prakse v zdravstvu in hkrati zagovarjamo domnevo nedolžnosti. Podanih je bilo veliko pobud v tej smeri in nič se ni uveljavilo, bile so dane zaveze v pisarnah predsednikov vlade po spopadu s samimi vzvodi sistemske korupcije in nič se ni zgodilo. Očitno je še dovolj denarcev v zdravstvu, ne hitimo z reformo!

Tudi drugi izgredi in afere v zdravstvu ta čas polnijo časopisne stolpce. Javnost je ob nekaterih spoznanjih upravičeno zaskrbljena, prav je, da smo zaskrbljeni tudi v stanu. Dogodke bomo morali skrbno in odgovorno pretehtati, se opredeliti do njih s potrebno objektivnostjo in prevzeti tudi svoj del odgovornosti za njihov nastanek. Kot že kdaj doslej, bo na preizkusu naša distanca tudi do neupravičene cehovske solidarnosti v primeru odklonov v lastnih vrstah, spoštovanje etičnih kodeksov in zlasti iskanje rešitev, da do teh slabih praks ne bo več prihajalo.

So tudi lepše novice. Stanovska hiša Domus Medica je mesto številnih sestankov različnih strokovnih skupin, kulturnih prireditev, okroglih miz in družabnih srečanj. Prijetno je spoznanje, da služi svojemu namenu, in lepo je slišati vse več zadovoljstva ob teh dogodkih. Ob sicer intenzivnem dogajanju v okviru odborov in Izvršilnega odbora potekajo zelo intenzivne aktivnosti v sklopu formalnih in neformalnih skupin pri iskanju optimalnih rešitev zdravstvene reforme, kakor tudi vse bolj delavna in ciljana srečanja z Ministrstvom za

zdravje. Zbornica sledi precej živahnemu dogajanju v parlamentarnem odboru za zdravstvo, ki postaja mesto številnih izrednih sej in nakazuje, da bo zdravstvo ena od osrednjih tem političnega merjenja moči. Večjih problemov, razprtij in nesporazumov v hiši ni, vsaj ne v tej meri, da ne bi bili rešljivi.

Imamo tudi sladke probleme. Narekujejo nam odgovorne odločitve glede presežkov. Govorimo o novem razvojnem ciklusu ZZS z novimi portfelji, kot npr. neprofitna izobraževanja brez kotizacij za člane, podpora slabo organizirani stroki, ponovni zagon projekta kakovosti in varnosti, nova seminarska dvorana, regijski centri ali morda tudi zniževanje članarine. O vsem tem bodo odločitve podane na jesenski seji Skupščine, kakor tudi na temelju vaših odgovorov v anketi vseh slovenskih zdravnikov in zobozdravnikov.

Lepo vas pozdravljam in vam želim prijetne počitnice.

*Andrej Možina*



Zdravniška zbornica Slovenije  
Odbor za zobozdravstvo

## 8. mednarodni kongres novih tehnologij v stomatologiji UMETNOST IN TEHNOLOGIJA V ZOBOZDRAVSTVU seminar - 24. oktober 2015

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, pedontologije, konservativnega zobozdravstva in endodontije, protetike, estetskega zobozdravstva ter oralne in maksilofacialne kirurgije.

Profesionalni menedžment v zobozdravstvu je prav gotovo izziv naše vsakdanje prakse. Kako uporabiti filozofijo menedžmenta, zgraditi dobre odnose v timu in s pacienti ter tako povečati učinkovitost ordinacije, nam bo predstavil dr. Mervin Druian iz Londona.

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, ki nam bo predstavil svoje 30-letne izkušnje na tem področju.

Pripravili smo še veliko zanimivih predavanj izbranih predavateljev iz regije, zato vas vljudno vabimo, da si ogledate program, ki je objavljen na spletni strani ZZS [www.domusmedica.si](http://www.domusmedica.si).

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

Častni pokrovitelj 8. mednarodnega kongresa novih tehnologij v stomatologiji je Ministrstvo za zdravje RS.

Kreditne točke: 6,5  
Kotizacija: 150€

## Uvodnik

---

- 3** Vroča jesen ali klavzura  
*Andrej Možina*

## K naslovnici revije

---

- 8** Razvoj gastroenterologije  
*Zvonka Zupanič Slavec*

## Zbornica

---

- 12** Sklep
- 15** Iz dela zbornice

## Aktualno

---

- 17** Ustrezni izobraževalni programi lahko premostijo ovire zdravnikov pri učinkoviti obravnavi nasilja v družini  
*Lilijana Šprah, Urška Smrke*
- 20** Ali strah pred medicinsko konopljo res hromi zdravnike?  
*Dušan Nolimal*
- 26** Zdravnik in mediji – kdaj je komunikator lahko v pomoč zdravnikom?  
*Polona Lečnik Wallas*

## Personaliala

---

- 29** Opravljeni specialistični izpiti

## Iz Evrope

---

- 30** Klopni meningoencefalitis: začenja se informacijska kampanja za cepljenje
- 30** Zahodna Afrika: grozi širjenje nalezljivih bolezni
- 30** Ko zdravje postane merljivo
- 31** Sprejemni test za študij medicine: več kot 14.000 prijav

- 31** Hepatitis: povečati precepljenost

## Mladi zdravniki

---

- 32** Poletna šola mladih nevrologov  
*Miloš Dorđević*

## Forum

---

- 34** Spoštovani doktor Vlahović, spoštovani kolegi!  
*Gregor Prosen*
- 35** Pripombe na pravilnik o službi nujne medicinske pomoči oz. ali res še ni napočil čas za spremembe?  
*Renata Rajapakse*
- 38** Etika, profesionalizem in bolni zdravniki  
*Zdenka Čebašek Travnik*
- 39** Ponovno o »primeru doktor Radan«: psihiatrični bolnik ne spada v obravnavo na rednem sodišču  
*Pavle Kornhauser*
- 41** Ali res umre v Sloveniji vsako leto 1000 bolnikov zaradi zdravniških napak?  
*Tomaž Rott*

- 42** »Je m'accuse« (ne opravičujem drugih)  
*Eldar M. Gadžijev*

- 44** Odgovor na članek Propaganda za legalizacijo marihuane: je le-ta res dobra kot kruh in univerzalno zdravilo, ali se moramo le spomniti izkušenj iz preteklosti?  
*Bogdan Kristofer Meško*

- 49** Omejevanje, kratenje, zaviranje...  
*Nina Mazi*

## Medicina

---

- 51** Pljučni rak v izkušnji nepopoljšljivega heretika  
*Matjaž Zwitter*

- 56** Hemovigilanca – poročilo 2014  
*Irena Briel, Ivica Marić*

## Poročila s strokovnih srečanj

---

- 62** Osmi citopatološki tečaj Evropske zveze citoloških združenj  
*Helena Gutnik*
- 63** Evropski kongres paliativne oskrbe (EAPC) 2015  
*Maja Ebert Moltara*
- 65** Cepljenje varuje zdravje posameznika in skupnosti  
*Alenka Trop Skaza*
- 68** 10. Bedjaničev simpozij  
*Božena Kotnik Kevorkijan*

## Strokovne publikacije

---

- 70** 70-letnica ustanovitve prve javne zobne ambulante v Mariboru  
*Velimir Vulikić*

## Strokovna srečanja

---

- 72** Zbornična izobraževanja za zdravnike in zobozdravnike
- 75** Strokovna srečanja
- 80** Mali oglasi

## Iz zgodovine medicine

---

- 82** Paleodontologija  
*Vesna Džubur*

## Obletnica

---

- 86** Dvojni jubilej primarijke Anice Kos: osemdesetletnica in izid avtobiografije  
*Pavle Kornhauser*

## V spomin

---

- 87** Našemu Janku Kersniku (1960–2015)  
*Andrej Šubic, Zalika Klemenc Ketiš*

## S knjižne police

- 89** Johannes Sachslehner: Zwei Millionen ham'ma erledigt. Odilo Globocnik – Hitlers Manager des Todes  
*Marjan Kordaš*

## Zanimivo

- 91** Mednarodni simpozij o apiterapiji  
*Aleksander Kruščič*

- 93** Ustvarjajmo dan  
*Neda Bizjak*

## Zdravniki v prostem času

- 94** Letni koncert Vokalne skupine Vox medicorum-Klinični center  
*Polonca Mali*

- 95** Lepota Rogle na slikarskih platnih, akordi Zborallice v srcih poslušalcev  
*Ksenija Slavec*

- 97** Pesmi  
*Andreja Krivec Urbas*

- 97** Au-foristična tinktura  
*Janez Tomažič*

## Zavodnik

- 98** Spremembe v zdravstvu in zobozdravstvu  
*Vito Vrbič*

## Kolofon

Leto XXIV, št. 7, 1. julij 2015  
Natisnjeno 9750 izvodov  
Datum tiska: dan pred izidom  
UDK 61(497.12) (060.55)  
UDK 06.055:61(497.12)  
ISSN 1318-0193 CODEN: ISISF9

## IZDAJATELJ IN ZALOŽNIK

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

## PRESEDNIK

Prim. Andrej Možina, dr. med.

## UREDNIŠTVO

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

## ODGOVORNI IN GLAVNI UREDNIK

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

## UREDNIŠKI ODBOR IN NOVINARJI

Prim. asist. mag. Martin Bigec, dr. med.  
Izr. prof. dr. Vojko Flis, dr. med.  
Prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med.  
Prim. asist. Jana Gove Eržen, dr. med.  
Prof. dr. Boris Klun, dr. med., v. svet.  
Akad. prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med.  
Prof. dr. Anton Meseč, dr. med., v. svet.  
Prof. dr. Črt Marinček, dr. med., v. svet.  
Asist. mag. Marko Pokorn, dr. med.  
Asist. dr. Mirjana Rajer, dr. med.  
Prim. doc. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med.  
Prof. dr. Tomaž Rott, dr. med.  
Asist. Aleš Rozman, dr. med.  
Prof. dr. Vito Vrbič, dr. dent. med., v. svet.

## LEKTORIRANJE

Marta Brečko Vrhovnik, univ. dipl. slov.  
E: [marta.brecko@zss-mcs.si](mailto:marta.brecko@zss-mcs.si)

## OBLIKOVANJE

Agencija Iz principa

## RAČUNALNIŠKA POSTAVITEV IN PRIPRAVA ZA TISK – DTP

Stanislav Oražem

## TRŽENJE

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

## TISK

Tiskarna Povše

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

## Lastnik blagovne znamke:

Zdravniška zbornica Slovenije  
Dunajska cesta 162  
1000 Ljubljana

## Navodila avtorjem

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

## Poročila s strokovnih srečanj

Dolžina prispevka je omejena na največ 10.000 znakov (štetje brez presledkov). Priložite lahko eno fotografijo, v tem primeru ima prispevek lahko največ 9000 znakov. Če gre za srečanja z mednarodno udeležbo, mora poročilo vsebovati oceno obravnavanega področja medicine v Sloveniji. Na koncu prispevka lahko navedete imena pravnih ali fizičnih oseb, ki so kakor koli prispevale, da ste se lahko udeležili ali organizirali srečanje (uredništvo si pridržuje pravico, da imena objavi v enotni obliki). Zahval sponzorjem ne bomo objavili.

## Napoved strokovnega srečanja

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

## Izjava uredništva

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

## Letna naročnina

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

## Razvoj gastro- enterologije

*Nobelova nagrada za odkritje bakterije  
Helicobacter pylori spremeni obravnavo  
ulkusne bolezni*

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

*Bolezni prebavil so med najpogostejšimi internističnimi boleznimi, zato so se z njihovim preučevanjem od nekdaj ukvarjali različni raziskovalci. Trudili so se spoznati njihove vzroke in povzročitelje, razumeti patofiziologijo nastanka ter najti načine zdravljenja in preprečevanja. Neredki dosežki, ki so bili v zadnjih sto letih nagrajeni z Nobelovo nagrado za medicino, so v marsikaterem pogledu izboljšali obravnavo bolnikov s temi boleznimi. Gastroenterologija pa ne obravnava vseh presnovnih bolezni, ki so lahko endokrine (diabetes) ali dedne ali nastanejo zaradi biokemične presnovne hibe, obravnava pa npr. hemokromatozo in cistično fibrozo. Ker pa se v Izidini rubriki pregleda razvoja strok to leto oziramo predvsem po novejših odkritjih, bi tokrat izpostavili odkritje bakterije Helicobacter pylori (nadalje H. pylori), ki je popolnoma spremenilo razumevanje in zdravljenje ulkusne bolezni. Leta 2005 sta zanj prejela Nobelovo nagrado za fiziologijo ali medicino avstralska zdravnik Barry J. Marshall (r. 1951) in Robin Warren (r. 1937). Vnetno bolezen želodčne sluznice, sluznice dvanajstnika in peptično razjedo so začeli uspešno zdraviti s kombinacijo zaviralcev protonske črpalke in antibiotikov, za katere je občutljiva bakterija H. pylori. Bolniki, ki jih je po dotedanjem prepričanju ogrožala psihosomatska bolezen, so lahko posegli po učinkovitih zdravilih. To je bila prava revolucija v gastroenterologiji.*





Prvo Nobelovo nagrado, ki se veže na **gastroenterologijo**, je že leta **1904** prejel ruski fiziolog **Ivan Petrovič Pavlov** (1889–1936) za spoznanja iz **fiziologije prebave**. Uvedba zaviralca histaminskih receptorjev  $H_2$  **cimetidina** leta **1975**, s katerim so začeli zdraviti želodčne in duodenalne razjede, je v terapiji pomenila pomemben korak naprej. Odkril ga je škotski farmakolog James W. Black (1924–2010), ki je znan tudi po odkritju pomembnega beta blokatorja **propranolola**. Za oboje je leta **1988** prejel Nobelovo nagrado. Še večji korak v terapiji ulkusne bolezni je predstavljalo odkritje **zaviralcev protonske črpalke** (omeprazol).

## Odkritje bakterije *Helicobacter pylori* in spremembe v terapiji peptičnih razjed

Nemški zdravniki so že v sedemdesetih letih 19. stoletja domnevali, da v **želodčni steni živijo bakterije**. Opisala sta jih italijanski raziskovalec Giulio Bizzozero (1846–1901) in poljski znanstvenik Walery Jaworsky (1849–1924). Slednji jih je celo povezoval z boleznimi prebavil. Nobeden izmed njiju bakterij ni uspel kultivirati, zato so nanje kmalu pozabili. Približno stoletje kasneje sta začela skrivnostne bakterije raziskovati Avstralca **Barry Marshall** (r. 1951) in patolog **Robin Warren** (r. 1937). Po večkratnih poskusih sta leta **1982** uspela na **gojišču vzgojiti *H. pylori***. Prvotno so sicer to bakterijo imenovali ***Campylobacter pylori***, nato pa so jo izločili iz rodu ***Campylobacter*** in sistematizirali rod ***Helicobacter***. Do tedaj je veljalo splošno prepričanje, da v neprijaznem kislem okolju želodčne sluznice ne more preživeti nobena bakterija. Zdravniki so mislili, da razjede želodca in dvanajstnika povzročajo dražea hrana, stres in tvegan življenjski slog, kar je veljalo še nekaj let po revolucionarnem odkritju imenovanih raziskovalcev. Da bi znanstveni srenji doka-

zal svoj prav, se je **Marshall** odločil demonstrirati vlogo ***H. pylori*** pri nastajanju razjed želodčne sluznice. Za poskusnega zajčka je določil kar sebe: **spil je bakterijsko kulturo** in po desetih dneh je gastroskopija pokazala **gastritis ob tkivni prisotnosti *H. pylori***. S tem je prepričal tudi največje skeptike. Za svoje spoznanje sta Warren in Marshall leta **2005** prejela **Nobelovo nagrado** za fiziologijo ali medicino.

Pred odkritjem rentgena je bila diagnoza želodčne razjede klinična. Z uvedbo rentgena in uporabe bizmutove in nato barijeve kaše so peptično razjedo šele v začetku 20. stoletja začeli obravnavati kot dokazano bolezen. Sprva so za zdravljenje priporočali počitek in dietno prehrano, kmalu pa se je izkazalo, da je razvoj razjede povezan z izločanjem želodčne kisline, tako da so se za zdravljenje uveljavili **antacidi**. Kljub temu so se razjede rade ponavljale. K pogostosti pojavljanja peptičnih razjed je pripomogla tudi uporaba nesteroidnih protivnetnih zdravil. Šele z odkritjem **infekcijskega vzroka** se je raziskovanje zdravljenja želodčne razjede in gastritisa usmerilo k najvažnejšemu povzročitelju bolezni. Že leta **1987** je Thomas Borody uvedel **tritrino terapijo** za ***H. pylori***, in sicer kombinacijo **bizmutovega subsalicilata, metronidazola in tetraciklina**. S tem je olajšal življenje mnogim, saj peptična razjeda ni bila več kronična, ponavljajoča se bolezen, temveč je zanjo obstajalo učinkovito zdravilo. Pozdraviti jo je bilo možno z jemanjem antibiotikov in zaviralcev želodčne kisline. Smernice za zdravljenje okužbe s ***H. pylori*** so bile v Sloveniji sprejete leta **1997**, istega leta kot v ZDA. Priporočale so tritrino terapijo s **kombinacijo zaviralca protonske črpalke in dveh antibiotikov, klaritromicina in amoksicilina**. Izkoreninjenje ***H. pylori*** je pomembno tudi zato, ker je z okužbo lahko povezan razvoj **karcinoma želodca**, ki velja za enega pogostejših vzrokov smrti zaradi raka, okužbo pa povezujejo tudi s pojavom določene vrste limfoma.

## Razvoj gastroenterologije v Sloveniji

Četudi so bolezni prebavil med najpogostejšimi internističnimi boleznimi, proti njim dolgo ni bilo uspešnih načinov zdravljenja. Začetek te veje medicine v Ljubljani sega v leto **1905**, ko so z razvojem radiologije začeli uporabljati **bizmutovo kašo** kot kontrastno sredstvo in z njo posredno **rentgensko** pregledovati notranje organe. Z rutinskimi pregledi prebavil so začeli leta **1911**, ko so prvič uporabili **barijevo suspenzijo**. Sprva so jih izvajali kirurgi Splošne bolnišnice v Ljubljani, kasneje so se jim pridružili še internisti. Razvojna pot pa je šla naprej in za diagnostiko razvila **izotopske metode**. V medicinsko uporabo jih je na Slovenskem uvedel prof. dr. **Jože Satler** (1919–1993), v gastroenterologijo pa jih je leta **1957** vpeljal prof. dr. **Bojan Varl** (1920–2002). Zelo pomemben del gastroenterologije je v drugi polovici 20. stoletja postala **endoskopija**. V šestdesetih letih so **toge gastroskope** (Wolf in Storz) v gastroenterologijo uvedli in tehniko izpopolnjevali internisti profesorji: **Branko Volavšek** (1913–1997), **Herbert Zaveršnik** (1918–1999) in **Ivan Matko ml.** (1919–1997). Prvi **rektoskop** je imel že prof. dr. Igor Tavčar (1899–1965), v uporabo pa ga je vpeljal prof. Matko ml. Pravo revolucijo je predstavljala uvedba **upogljivih endoskopov** (ACMI), ki so za bolnika predstavljali pravo olajšanje, pri nas pa je bil prvi kupljen leta **1969**. Endoskopska diagnostika pa svojega razvoja še ni končala: če se je sprva z endoskopom gledalo le skozi okular in je bil zdravnik sam s svojim preiskovancem, konec devetdesetih let 20. stoletja prinese izjemno novost, **videoendoskop**, kjer so diagnostične ali terapevtske posege lahko prisotni spremljali na monitorju in tako delovali bolj timsko. V devetdesetih letih so v vse slovenske bolnišnice uvedli še **urgentno endoskopijo**, ki je omogočala določitev izvora krvavitve iz

prebavil in njeno ustavitev. Domišljija pa še kar ni imela meja: ker je do oddaljenih mest v črevesju le težko priti, so se raziskovalci domislili **kapsularne endoskopije**. Kapsula s peristaltiko potuje po črevesju in posname črevo, strokovnjaki pa posnetek analizirajo in bolnika vse uspešneje zdravijo. V Ljubljani so metodo vpeljali leta **2003**.

Sredi sedemdesetih let so **endoskopijo** uvajali v prakso tudi **pediatri** (prim. Henrik Peče). Z izboljšanimi otroškimi endoskopi je prim. Gordana Logar Car z ezofago-gastro-duodenoskopijami otrok začela jemati **biopsijska tkiva**, ki so jih najprej pregledovali **patologi** (prof. dr. Verica Ferlan Marolt, prof. dr. Albert Juteršek). Po odkritju hitrega ureaznega testa so pediatri pri bioptih izključili okužbe s *H. pylori*, pozitivne vzorce tkiv pošiljali na histološki pregled, kri pa na **mikrobiološki** pregled (prof. dr. Marija Gubina). Kliniki so posledično bolne začeli zdraviti z antibiotično terapijo. Pediatričnemu vzoru so sledili tudi internisti.

Če velja za internistične bolezni, da so jih v prvi polovici 20. stoletja zdravniki večinoma opazovali posredno rentgensko in sebe ter bolnika obilno obsevali, se z odkritjem ultrasonografske tehnike to temeljito spremeni.

**Abdominalni ultrazvok** postane elegantna neškodljiva metoda pregledovanja notranjih organov, ki daje diagnostične odgovore na številna, dotlej težko rešljiva vprašanja. V Mariboru ga je prvi uvedel internist **Marjan Skalicky**, v Ljubljani pa **Tomaž Thaler**. S pomočjo ultrazvočne metode so kmalu začeli izvajati **vodene biopsije**. Ob koncu devetdesetih let 20. stoletja se je pojavil še **endoskopski ultrazvok**, ki ga je na ljubljansko kliniko po francoskem vzoru prenesel internist **Srečko Štepec**. Leta 2003 so v Ljubljani začeli izvajati tudi **kapsularno endoskopijo**.

Poglejmo, kaj je gastroenterološki razvoj še prinesel. Leta **1947** je izšel **prvi slovenski učbenik o boleznih prebavil**, katerega avtor je bil prof. dr. **Ljudevit Merčun** (1900–1954). Prof. Volavšek je leta **1948** vpeljal **biopsijo jeter** in kasneje še

**gastro- in laparoskopijo**. Gastrokopijo sta začela izvajati prof. Satler in prof. Matko ml. Jetrno biopsijo so sprva izvajali s Silvermanovo biopsijsko iglo, kasneje pa z bolj varno Menghinijevo. Sodobni **optičnovlakenski gastroskop** je omogočil, da je postala gastroskopija vsakdanji, nenevaren medicinski diagnostični in terapevtski poseg. Podobne instrumente so vpeljali še za pregled debelega črevesa – **koloskopijo** – in endoskopsko **retrogradno holangiopankreatografijo**, ki omogoča pregled žolčnih poti in izvodil trebušne slinavke. Z endoskopskimi preiskavami so lahko odkrili majhne in rentgenskim pregledom skrite okvare, predvsem pa zgodnje oblike raka prebavil. Uvedli so tudi **urgentno endoskopijo**, ki je omogočala določitev izvora krvavitve iz prebavil in njeno ustavitev. Uvajali so nove metode zdravljenja pri bolnikih z akutnim pankreatitisom, sklerozirali varice pri bolnikih z jetrno cirozo in poskušali peroralno topiti žolčne kamne, a so metodo opustili, ker so se kamni ponavljali. V letu 1987 so na ljubljanski gastroenterološki kliniki opravili okoli 3000 endoskopij.

Med letoma **1956** in **1962** so ustanovili v **Ljubljani** (Jože Satler, Ivan Matko, Vladimir Žakelj, Oskar Končan), v **Mariboru** (Mirko Drobnič, Rado Sfiligoj), v **Celju** (Herbert Zaveršnik) in na **Ptujih** (Andrej Lušicky, Jože Neudauer) **prve gastroenterološko usmerjene skupine**, kasneje pa so se razvile še v **Novi Gorici**, **Ankaranu**, na **Jesenicah** in v **Novem mestu**. Značilnost teh usmerjenih skupin je bilo tesno interdisciplinarno sodelovanje med posameznimi skupinami v Sloveniji, tako da se je stroka po slovenskih bolnišnicah razvijala sinhrono. To je bil zametek multidisciplinarnih strokovnih skupin, iz katerih so v Ljubljani nastali **multi-disciplinarni konziliji**, ki obstajajo še danes. **Kirurški konzilij** je sodeloval z internisti, kasneje so se jim pridružili še **rentgenologi** in **onkologi**. **Histopatološki konzilij**

je skrbel za redno pregledovanje histoloških preparatov biopsij želodca, kolona in jeter.

V Ljubljani so v sklopu Interne klinike ustanovili gastroenterološka oddelka A (prof. dr. Jože Satler) in B na Polikliniki (prof. dr. Ivan Matko ml.). Prvi je obravnaval mešano kazuistiko, a bil bolj usmerjen v zdravljenje jetrnih bolezni, drugi pa je bil usmerjen pretežno gastrointestinalno. V Mariboru so leta 1956 pričeli opravljati rektoskopije in gastroenterološke abdominalne laparoskopije. Prvi upogljivi gastroskop so dobili leta 1957, leta 1962 pa gastroskop, s katerim je bilo mogoče odvzeti tkivo za histološko analizo. Odsek za gastroenterologijo mariborske splošne bolnišnice je nastal leta 1973. Leta 1977 so uvedli ultrazvočno diagnostiko in začeli razvijati endoskopijo. Leta 1979 so začeli rutinsko opravljati koloskopije in leta 1992 endoskopsko retrogradno holangiopankreatografijo. Povečali so tudi število perkutanih transhepatičnih holecistoholangiografij. Leta 1993 so prvi v Sloveniji uvedli endoskopski ultrazvok in ob laserski terapiji še zdravljenje s tehnologijo argonske plazme. Leta 1996 so dobili naj sodobnejšo ultrazvočno napravo ATL z dopplerskim prikazom žilnih pretokov.

V **celjski bolnišnici** so leta 1962 na pobudo dr. **Herberta Zaveršnika** ustanovili gastroenterološki odsek, ki je bil **prva samostojna gastroenterološka enota** v takratni Jugoslaviji. Prof. Zaveršnik je uvajal sodobne diagnostične metode, ki so bile nove v slovenskem prostoru: **jetrno biopsijo**, gastrokopijo, rektoskopijo in **slepo biopsijo želodca**. Slednje je v Ljubljani izvajal prof. dr. Ivan Matko ml. Postopoma so nabavljali modernejšo opremo, npr. leta 1979 prvi optičnovlakenski gastroskop. Istega leta je gastroenterološki odsek dobil status oddelka. Že leta 1974 so nabavili kolonoskop, leta 1982 uvedli ultrasonografijo in transendoskopske polipektomije, nekoliko pozneje pa ultrazvočno vodeno biopsijo, transendoskopsko hemostazo, endoskopsko retrogradno holangiopankreatografijo (ERCP) in nekatere druge

metode. Leta 1995 je bila uvedena 24-urna urgentna endoskopska služba z diagnostično in terapevtsko dejavnostjo. Razvoj pa je tekel naprej v skladu z razvojem stroke v svetu.

Velik razmah internistične gastroenterologije je sledil tudi po drugih slovenskih bolnišnicah in specialističnih ambulantah.

Od leta 1992 obstaja **prva zasebna gastroenterološka ustanova** v Sloveniji, **Diagnostični center Bled**, katere ustanovitelj je bil dolgoletni sodelavec ljubljanske gastroenterološke klinike, prim. dr. **Milan Gorenšek** (1940–2004). Bil je prvi, ki je v novonastali državi Sloveniji odprl zasebno zdravstveno ustanovo, njena dejavnost pa je od samega začetka temeljila na gastroenteroloških endoskopskih diagnostično-terapevtskih postopkih. Poleg teh so intenzivno razvili tudi urološko in nefrološko diagnostiko in terapijo.

## Razvoj Gastroenterološke interne klinike UKC Ljubljana

Nastala je leta 1970 iz gastroenterološkega oddelka Interne klinike in bila prva tovrstna klinika v takratni Jugoslaviji. Njen ustanovitelj in prvi predstojnik je bil prof. dr. **Jože Satler**. Večji **endoskopski oddelak** je do upokojitve vodil prof. dr. **Ivan Matko ml.** Vpeljali so moderne



Prof. dr. Jože Satler, začetnik specializirane gastroenterologije na Slovenskem (iz arhiva MF UL).

diagnostične metode, med prvimi v Jugoslaviji **endoskopsko retrogradno holedohopankreatografijo** (ERCP), ki jo je v prakso uvedel prof. dr. Igor Križman. **Papilotomijo** je v življenje prenesel dr. Milan Gorenšek. Leta 1997 je bila narejena prva **skleroza varic** (asist. dr. Borut Kocijančič). Sodoben **biokemični laboratorij** in **laboratorij za funkcionalno diagnostiko**, ki ga je sredi devetdesetih let ustanovil prof. dr. Igor Križman, sta pospešila razvoj gastroenterologije. V njem so izvajali npr. pH-metrijo, manometrijo požiralnika, manometrijo analnih sfinktrov ipd. Ob reorganizaciji v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana leta 1975 je bila pri njem ustanovljena **Gastroenterološka kirurška klinika**, s katero so se internisti gastroenterologi tesno povezovali. Prvi predstojnik je postal prof. dr. **Vladimir Žakelj** (1914–1993). Gastroenterološka interna klinika je dobila prostore v nekdanji Jubilejni mestni ubožnici na Japljevi ulici, v kateri so bili dotlej infektologi in so delno tam tudi ostali. Na novi lokaciji intenzivno razvijajo sodobno gastroenterologijo in znanstvenoraziskovalna spoznanja doktrinarno širijo med slovenske gastroenterologe.

Decembra 1999 so začeli intenzivno pripravljati bolnike na **transplantacijo jeter** in njihovo vodenje po njej (prof. dr. Saša Markovič). Povezovali so se z abdominalnimi kirurgi (prim. Dragoje Stanislavljanič, prof. dr. Eldar Gadžijev, asist. Tine Sojer, prof. dr. Vladislav Pegan). Z odprtjem specialistične **onkološke ambulante** so prevzeli tudi **onkološko internistično dejavnost** (prof. dr. Borut Štabuc). Pri zdravljenju bolnikov **sodelujejo** z ljubljanskimi zdravstvenimi ustanovami: s Kliničnim oddelkom za abdominalno kirurgijo, Kliničnim inštitutom za radiologijo UKCL, Onkološkim inštitutom, Inštitutom za patologijo Medicinske fakultete UL, ostalimi endoskopskimi enotami splošnih bolnišnic ter z mnogimi drugimi ustanovami.

Klinični oddelek ima v začetku 21. stoletja **štiri bolniške oddelke, enoti za intenzivno terapijo** in endoskopijo ter **gastroenterološke ambulante** na Polikliniki in specialistične **onkološke ambulante** z dnevnim hospitalom. Ima tudi **enote za ultrazvočno diagnostiko** (Janez Jereb, dr. med.) in posebno **enoto za funkcionalno diagnostiko** (pH-metrija, manometrija požiralnika, manometrija analnih sfinktrov (prim. Matjaž Koželj). Leta 2000 so pridobili še aparat za **bilimetrijo** (prof. Križman, prof. Markovič).

Klinični oddelek ima **72 bolniških postelj**. Letno **hospitalizirajo nad 3000 bolnikov**, 70 odstotkov je nujnih sprejemov, večinoma pridejo z Internistične prve pomoči UKCL. Leta 2010 so opravili **17.000 endoskopskih in ultrazvočnih pregledov**, večinoma za ambulantne bolnike, v treh specialističnih **gastroenteroloških ambulantah** pa so **pregledali nad 10.000 bolnikov**.

Leta 1967 je bila ustanovljena Gastroenterološka sekcija Slovenskega zdravniškega društva, ki je leta 1971 organizirala 1. Multidisciplinarni gastroenterološki simpozij in je istega leta dobila domicil v Rogaški Slatini. Do leta 2015 so organizirali 61 strokovnih sestankov, tri kongrese z mednarodno udeležbo in tri mednarodne simpozije Alpe–Adria–Donava. V letu 1992 se je sekcija preimenovala v Slovensko združenje za gastroenterologijo in hepatologijo ter postopoma ustanovila samostojne sekcije: Hepatobiliarno (1992), Endoskopsko (1993) in Proktološko (2001). V letu 1996 so začeli izdajati revijo Gastroenterolog. Prvi urednik je bil prof. dr. Mirko Omejc, sedanji pa je prof. dr. Borut Štabuc.

Na kliniki so dolga leta spomladi in jeseni organizirali za specializante gastroenterologije enotedensko **šolo endoskopije**.

Za strokovno pomoč se zahvaljujem prof. dr. Igorju Križmanu, prof. dr. Saši Markovič, prof. dr. Borutu Štabucu in prof. dr. Dušanu Sketu.

Literatura zaradi pomanjkanja prostora ni objavljena in je pri avtorici.



Št.: 0114 - 1/2015/ 12  
Ljubljana, 1. 6. 2015

## SKLEP

Razsodišče II. stopnje pri Zdravniški zbornici Slovenije je v pritožbenem senatu, pod predsedstvom prof. dr. Mira Denišliča, dr. med., s člani pritožbenega senata prof. dr. Matjažem Rode-  
tom, dr. dent. med., izr. prof. dr. Bojanom Tršinarjem, dr. med., prim. doc. dr. Matejo Bulc, dr. med., in izr. prof. dr. Antonom Crnjacem, dr. med., opravilo sejo senata dne 25. 5. 2015, na kateri je obravnavalo pritožbo namestnika tožilca Zdravniške zbornice Slovenije, asist. Saša Kavčiča, dr. med., zoper sklep Razsodišča I. stopnje št. 0114-1/2015/7 z dne 23. 2. 2015, pritožbo Ivana Radana, dr. med., ki jo je po njegovem pooblastilu vložil njegov zagovornik, odvetnik Milan Krstić, zoper sklep Razsodišča I. stopnje št. 0114-1/2015/7 z dne 23. 2. 2015 in odgovor odvetnika Milana Krstića na pritožbo namestnika tožilca z dne 23. 4. 2015 ter na podlagi 31. člena Pravilnika o organizaciji in delu razsodišča Zdravniške zbornice Slovenije (v nadaljnjem besedilu: Pravilnik)

### **sklenilo:**

1. Ugodi se pritožbi namestnika tožilca in se spremeni sklep Razsodišča I. stopnje tako, da se Ivanu Radanu, dr. med., izreče disciplinski ukrep javni opomin ter da se predsedniku Zdravniške zbornice Slovenije poda pobuda za uvedbo postopka odločanja o odvzemu licence.
2. Pritožbi Ivana Radana, dr. med., se ne ugodi.

### **Obrazložitev:**

Razsodišče I. stopnje je na seji senata dne 18. 2. 2015 sklenilo, da je Ivan Radan, dr. med., odgovoren, da je kot specialist internist na oddelku za intenzivno terapijo Nevrološke klinike v Ljubljani pri bolniku dne 16. 12. 2014 ravnal v nasprotju s smernicami in pravili stroke, preprečil zapis zdravljenja na predpisan način, zamolčal vodji oddelka pomembno informacijo za odločitev o obdukciji in izkoristil nezavestno stanje umirajočega bolnika za opozorilo in provokacijo, s čimer je prekršil 24. točko 38. člena, 21. točko 38. člena in 5. točko 38. člena

Pravilnika ter 13. člen Kodeksa medicinske deontologije Slovenije, zato mu Razsodišče na podlagi 39. člena Pravilnika izreka disciplinski ukrep javni opomin.

Zoper navedeni sklep Razsodišča I. stopnje je namestnik tožilca Zdravniške zbornice Slovenije dne 12. 3. 2015 podal pritožbo, v kateri izpodbija izrečeni ukrep iz razloga, ker Razsodišče I. stopnje ni sledilo predlogu izreka ukrepa iz njegove obtožnice št. 0114-1/2015/1 z dne 26. 1. 2015, da naj se zdravniku v postopku izreče tako javni opomin kot tudi, da se predsedniku zbornice poda pobuda za uvedbo postopka odločanja o odvzemu licence za dobo enega leta. Pritožbo je utemeljil z navedbami, da je odreditev kalija ob že prisotni hiperkaliemiji nesprejemljiva in v popolnem nasprotju s strokovnimi smernicami ter s pravili zdravniške znanosti in stroke. Kadar se v intenzivnih enotah odredi določeno zdravilo, v konkretnem primeru kalij, se ga odredi z namenom aplikacije v telo bolnika. Zdravnik v postopku je izjavil, da je višal odmerek morfija, kar ni zabeleženo v medicinski dokumentaciji bolnika. Tudi odreditev kalija v infuziji ni zabeležena, kar je ponovno v nasprotju s smernicami in navodili postopkov zahtevanega beleženja vsakega predpisanega zdravila. Zdravnik v postopku je pri svoji provokaciji uporabil nemočnega pacienta in posledično vpletel tudi medicinske sestre, ki so neprostovoljno sodelovale pri tej provokaciji. Namestnik tožilca je ocenil, da so zgoraj naštetih kršitev zdravnika v postopku tako hude in nesprejemljive oz. nedopustne, da zgolj izrečeni ukrep javnega opomina ne ustreza teži in resnosti zdravnikovega ravnanja v konkretnem primeru, ter predlagal, da Razsodišče II. stopnje prouči celotno razpoložljivo dokumentacijo ter sledi pritožbi in za zdravnika v postopku, poleg že izrečenega disciplinskega ukrepa javnega opomina, predsedniku zbornice poda pobudo za uvedbo postopka odločanja o odvzemu licence za dobo enega leta.

Zoper sklep Razsodišča I. stopnje je dne 1. 4. 2015 po pooblastilu Ivana Radana, dr. med., pritožbo vložil tudi njegov zagovornik odvetnik Milan Krstić. V pritožbi je predlagal, da Razsodišče II. stopnje skliče javno sejo, na katero naj povabi zdravnika v postopku in njegovega

zagovornika, njegovi pritožbi ugoti in postopek zoper zdravnika v postopku ustavi. Zagovornik zdravnika v postopku navaja, da je bil na prvi stopnji izpeljan postopek, ki ni zagotavljal niti korektnega obravnavanja niti ni omogočil zdravniku v postopku, da se na ustrezen način zagovarja oz. da se brani pred neutemeljenimi očitki. Komisijo za izredni interni strokovni nadzor naj bi sestavljali člani, z izjemo enega zdravnika, ki se na področje, ki bi ga morali obravnavati, ne spoznajo. Zagovornik meni, da omenjena Komisija ni ugotovila ničesar, zapisala je mnenje nekaterih članov, da je večja verjetnost, da je zdravnik v postopku bolniku dal kalij, kot verjetnost, da kalija ni dal. Zdravnik v postopku je članom Rzsodišča I. stopnje prepričljivo pojasnjeval, da je sestri naročil in ukazal, da kalij nastavi, samo z namenom, da doseže bolj strokovno zdravljenje bolnika. Zagovornik želi pojasniti, da je predstojnica kliničnega oddelka, v katerega sodi predmetni oddelek, v letih 2013 in 2014 poskušala urediti stanje na oddelku, podajala je ustrezne predloge strokovnemu direktorju UKC LJ in Nevrološke klinike, vendar so ti pozivi ostali brez odgovora. Stanje na oddelku naj bi bilo nevzdržno. Neurejeno zdravljenje na paliativnem oddelku je skrajševalo življenje bolnikov. Zdravnik v postopku je z željo, da se zdravniki na oddelku pogovorijo, kaj morajo delati v dobro bolnikov, odredil nastaviti bolniku kalij, ki ga bolnik dejansko ni dobil. Zagovornik meni, da je namestnik tožilca zbornice, asist. Kavčič, deloval v imenu tožilca prof. dr. Balažica in bi moral biti kot namestnik v postopku izločen. Ivan Radan, dr. med., naj bi prepričljivo pojasnil, da je res, da je odredil, da se namesti raztopina kalija, ni pa odredil zdravljenja s to raztopino. S tem dejanjem je Ivan Radan, dr. med., želel sprožiti reakcijo na oddelku, da bi zdravniki rekli, da je to nedopustno, in bi morali o tem govoriti, vendar se to ni zgodilo. Ivan Radan, dr. med., torej ni odredil zdravljenja z raztopino kalija, zato je

bilo sestri rečeno, da kalija ni treba vpisati, »ker kalij ni tekel« v bolnika. Tudi odstop od obdukcije ni sporen, ker je Ivan Radan, dr. med., vedel, zakaj je bolnik umrl, da je bila smrt posledica večorganske odpovedi. Mnenje Rzsodišča I. stopnje je po mnenju zagovornika nevzdržno, nelogično in neetično. Ivan Radan, dr. med., je želel samo sprožiti reakcijo znotraj oddelka in nikakor ne v javnosti. Nasprotno so vodstvo UKC LJ, tožilec zbornice in predsednik zbornice razpravljali o dilemi, ki so si jo sami izmislili, to je o evtanaziji, in to je izvirni greh. Na ogorčenje predsednika zbornice, ki ga je izrazil preko komercialne televizije, se ni odzval nihče od članov Rzsodišča I. stopnje. Zagovornik sklepa, da je to znak, da ne gre za neodvisen organ.

Rzsodišče II. stopnje je dne 23. 4. 2015 prejelo tudi odgovor na pritožbo namestnika tožilca Zdravniške zbornice Slovenije, s prilogami, ki ga je po pooblastilu Ivana Radana, dr. med., vložil njegov zagovornik odvetnik Milan Krstić. Iz odgovora na pritožbo izhaja, da v celoti vztraja pri pritožbi zoper sklep Rzsodišča I. stopnje in predlaga, da Rzsodišče II. stopnje pritožbo tožilca zavrne, podrejeno pa, da jo zavrne kot neutemeljeno.

Zaradi lažjega razumevanja se v nadaljevanju obrazložitev za pritožbo Ivana Radana, dr. med., in njegov odgovor na pritožbo namestnika tožilca Zdravniške zbornice Slovenije, s prilogami, uporablja skupni izraz: pritožba.

Namestnik tožilca na pritožbo Ivana Radana, dr. med., ni podal odgovora.

Rzsodišče II. stopnje uvodoma pojasnjuje, da je predmet tega postopka le dejanje, opisano v zgornjem izreku Rzsodišča I. stopnje, in ne vsa ostala dejanja, glede katerih trenutno potekajo predkazenski in drugi uradni postopki.

Rzsodišče II. stopnje dalje ugotavlja in zagovorniku Ivana Radana, dr. med., v zvezi z njegovim predlogom, da naj Rzsodišče II. stopnje skliče javno sejo, na katero

naj povabi zdravnika v postopku in njegovega zagovornika, pojasnjuje, da je ta predlog v nasprotju z 29. členom Pravilnika, na podlagi katerega Rzsodišče II. stopnje obravnava pritožbo na zaprti seji, v prisotnosti predsednika in najmanj dveh članov senata.

Ivan Radan, dr. med., v pritožbi podrobno opisuje postopke zdravljenja bolnika od sprejema na oddelek dne 10. 11. 2014 do bolnikove smrti. Vzrok smrti je bila maligna motnja ritma ob hiperkaliemiji. Po njegovem zapisu v pritožbi Ivan Radan, dr. med., sester ni hotel vpletati v to provokacijo. Navaja tudi, da je sestri jasno povedal, da bolnik kalija ni dobil. Beseda nastavitvi ne pomeni dobiti. Dalje meni, da bi bil bolnik izkoriščen, če bi ga dali v »paliativni oddelek«, kjer bi bil brez nadzora in bi umrl nedostojanstvene smrti. Trdi, da je bil namen provokacije, da se kolegi na oddelku zdramijo, da se odzovejo in se najde rešitev za paliativno, da bi bolniki manj trpeli. S to vidno in prepričljivo provokacijo je želel, da pride do dialoga in odziva kolegov. Ivana Radan, dr. med., zaključí, da se je za bolnika trudil z vsem znanjem, etiko in moralno, saj si noben bolnik ne zasluži umiranja na nehuman način.

Rzsodišče II. stopnje po natančni in poglobljeni proučitvi vse razpoložljive dokumentacije ter navedb Ivana Radana, dr. med., ugotavlja, da je bilo njegovo ravnanje nesporno v nasprotju s smernicami in pravili stroke, ker je bolniku s hiperkaliemijo predpisal infuzijo kalijevega klorida. Rzsodišče II. stopnje ne more presojati, ali je bolnik kalij dejansko prejel ali ne. Tudi če bolnik kalija dejansko ni prejel, je že samo dejstvo, da je Ivan Radan, dr. med., odredil kalij bolniku s hiperkaliemijo, strokovno nesprejemljivo.

Zdravnik mora pri svojem delu uporabljati metode zdravljenja, ki temeljijo na znanstvenih dokazih in so strokovno sprejete, ob rednem izobraževanju pa mora svoje znanje posredovati tako kolegom kot tudi drugim zdravstvenim sodelavcem. Ivan

Radan, dr. med., je, kot pravi, odredil nastavitve infuzije kalijevega klorida, ki pa naj ne bi tekel v telo bolnika. Že s tem ustnim navodilom je ravnal v nasprotju s strokovnimi smernicami in pravili stroke, ko je sodelavki – medicinski sestri – naročil nedovoljen in strokovno popolnoma neustrezen ukrep. Medicinska sestra pri tem navodilu ni vedela, kam bo tekla infuzija kalijevega klorida, saj je zdravnik s svojim načrtom ni seznanil, in tudi ni videla, da raztopina ne bi tekla v telo bolnika.

Že sama zdravnikova misel, da bo s tovrstno »ekstremno in drastično« provokacijo prikazal neurejenost razmer na oddelku in na ta način opozoril svojega nadrejenega na nepravilnosti, ki naj bi se dogajale na oddelku, ni niti etična niti sprejemljiva, saj obstaja dovolj drugih načinov za reševanje težav in tovrstno ravnanje predstavlja izkoriščanje bolnikovega dostojanstva za doseg ciljev, ki niso namenjeni zdravljenju. Člani Razsodišča II. stopnje so še posebej presenečeni nad dejanjem kolega, ki je izkušen specialist z dolgoletnimi izkušnjami, da se je po svojih navedbah odločil za tak način opozarjanja na neurejenost razmer na oddelku. Ni dvoma, da je delo v intenzivnih enotah zelo zahtevno, psihično in fizično naporno in pogosto za vse »notranje« boleče. Delo na intenzivnem oddelku zahteva veliko znanja, izkušnje, pa tudi zrelosti in modrosti, ki pa ju v tem primeru pogrešamo. Etična načela so zdravniku suprema lex, pogosto tudi opora in zaščita pri opravljanju zahtevnega poklica, za razliko od drugih poklicev; Ivan Radan, dr. med., pa se je pri zdravljenju težkega bolnika odločil za popolnoma drugo, nedopustno smer. Ne glede na razmere na oddelku je bilo ravnanje Ivana Radana, dr. med., neustrezno, nepravilno in predvsem v nasprotju z etičnimi merili.

Že v 1. členu Kodeksa medicinske deontologije Slovenije je namreč zapisano, da bo zdravnik svoje življenje namenil človečnosti in ne bo prizadel ugleda svojega stanu. Najviš-

ja zapoved pri ravnanju zdravnika je ohranjanje in obnavljanje zdravja varovancev ter čast in plemenita izročila zdravniškega poklica. Opravljanje zdravniškega poklica zahteva od zdravnika posebne človeške dolžnosti in posebno odgovornost, ker pogosto odloča o življenju in smrti. Zdravnik se mora zavedati, da z nepravilnim, celo neustreznim besednim ravnanjem očrni ugled celotnega zdravništva in drugega zdravstvenega osebja. Za uspešno zdravljenje bolnikov je potrebno prijateljsko in spoštljivo sodelovanje zdravstvenega osebja in razhajanja ne smejo voditi v različna nekorektna dejanja in provokacije, ki zbudijo sum o pomanjkljivem ali celo nepravilnem zdravljenju bolnikov. Zdravnik se mora zavedati teže besed, ki jih kot odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti izreče v bolniški sobi, in jih ne more uporabiti za provokacijo zaradi neurejenih razmer na oddelku. Zdravniška odločitev je namreč lahko nepopravljiva in že sum, da ni bila izrečena z dobrim namenom, grozljiv. Stroga poklicna etika je osnova zdravniškega dela in zahteva stopnjo največje občutljivosti in spoštljivosti pri neozdravljivem, umirajočem bolniku. Etična merila so največja vrednota, ki zdravnika zavezuje pri njegovem delu. Ivan Radan, dr. med., je s svojim vedenjem prekršil meje dostojnosti in spoštljivosti do bolnika in zdravništva. Odmik od etičnih meril in spoštovanja umirajoče osebe je daleč od meril, o katerih so nas učili naši učitelji na Medicinski fakulteti. Tako vedenje se nam zdi nedopustno za ugled in dostojnost zdravnika. Prav je, da zdravniki tudi v predsmrtnem obdobju bolnika ohranimo toplino in spoštovanje do umirajočega, kar je velika vrednota, ki povzdiguje zdravniški poklic. Razsodišče II. stopnje meni, da je Ivan Radan, dr. med., prekršil osnovne smernice zdravniške etike in dostojanstva ter za reševanje problemov izbral neprimerno, zdravniku tujo pot in da je bilo njegovo ravnanje in razmišljanje v konkretnem primeru neprimerno in v na-

sprotju s Kodeksom medicinske deontologije Slovenije.

Razsodišče II. stopnje zaradi vsega navedenega ni sledilo pritožbenim navedbam Ivana Radana, dr. med., in njegovi pritožbi ni ugodilo.

Pri odločanju o vrsti ukrepa, ki naj se izreče Ivanu Radanu, dr. med., so člani Razsodišča II. stopnje ugotovili, da bi Ivan Radan, dr. med., na osnovi sklepa Razsodišča I. stopnje lahko še vedno samostojno opravljal zdravniško službo in ohranil zdravniško licenco. Članom Razsodišča II. stopnje takšna možnost vzbuja skrb, da bi zdravnik dejanje lahko ponovil.

Člani Razsodišča II. stopnje so zaključili, da je v skladu z vsem zgoraj navedenim smiselno podati pobudo za uvedbo postopka odločanja o odvzemu licence. Razsodišče II. stopnje v zvezi s tožilčevim predlogom za odvzem licence za dobo enega leta dalje ugotavlja, da Pravilnik v 3. odstavku 39. člena določa, da lahko razsodišče predsedniku Zdravniške zbornice Slovenije poda pobudo za uvedbo postopka odločanja o odvzemu licence, pri čemer ne navaja, da naj razsodišče v pobudi navede tudi čas trajanja odvzema. Navedeno pomeni, da je odločitev o trajnem ali začasnem odvzemu licence, v kolikor se odloči, da sledi pobudi za uvedbo postopka za odvzem, v pristojnosti predsednika Zdravniške zbornice Slovenije.

Člani Razsodišča II. stopnje so soglasno sprejeli odločitev, kot izhaja iz izreka tega sklepa.

Člani razsodišča bi svojo obrazložitve končali z mnenjem pokojnega akad. prof. dr. Jožeta Trontlja, ki je v enem od zadnjih nagovorov na Zdravniški zbornici Slovenije dejal: »Biti zdravnik ni poklic, temveč poslanstvo. Spoštujmo to misel in ji poskušajmo slediti.«

#### **Pravni pouk:**

Odločitev organa II. stopnje je dokončna.

*Predsednik Razsodišča II. stopnje:  
prof. dr. Miro Denišlič, dr. med.*

## Iz dela zbornice

### ZZZS uradno potrdil veljavnost bele napotnice

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije je dne 25. 5. 2015 izdal okrožnico, s katero je uradno potrdil veljavnost bele napotnice, ki jo je konec leta 2014 pripravila Zdravniška zbornica Slovenije. Bela napotnica se sicer uporablja že od prvega januarja 2015, s sprejemom okrožnice pa je tudi uradno potrjena s strani ZZZS-ja, s čimer je odpravljen vsak dvom glede njene veljavnosti.

S podrobnimi navodili je ZZZS seznanil izvajalce zdravstvenih storitev, lahko pa jih preberete na spletni strani ZZS, kjer je objavljena tudi bela napotnica in si jo lahko vsak zasebni izvajalec natisne.

### Obvestilo vsem kirurškim specializantom

Komisija za podiplomsko usposabljanje je na svoji 29. seji 21. 5. 2015 sprejela naslednji sklep:

1. »Vsi kirurški specializanti, ki so opravili skupno deblo specializacije (prvih 24 mesecev), naj v najkrajšem času pristopijo k opravljanju kolokvija po skupnem deblu.

2. Vsi kirurški specializanti, ki imajo ali bodo imeli do 1. 10. 2015 opravljeno skupno deblo (prvih 24 mesecev), morajo navedeni kolokvij opraviti do 1. 1. 2016.
3. Vnaprej za vse kirurške specializante velja, da morajo kolokvij po skupnem deblu opraviti najkasneje v dveh mesecih po zaključku opravljenega skupnega debela specializacije.
4. Neopravljanje kolokvija v navedenem roku pomeni, da specializant ne opravlja specializacije skladno s programom, in je razlog za trajno prekinitev specializacije.«

Sklep je potrdil tudi Svet za izobraževanje zdravnikov na 30. seji, dne 21. 5. 2015.

*Asist. dr. Anže Kristan, predsednik*

### Odlogi pričetka in prekinitve specializacij

Dne 21. 5. 2015 sta Komisija za podiplomsko usposabljanje na svoji 29. seji, Svet za izobraževanje zdravnikov pa na 30. seji sprejela naslednji sklep:

- »Komisija za podiplomsko usposabljanje in Svet za

izobraževanje zdravnikov za opravičljiv razlog odloga pričetka ali začasne prekinitve specializacije štejeta bolezen, porodniški dopust ter dopust za nego in varstvo otroka in največ enoletni odlog zaradi doktorskega študija. Odstopanj, kot so npr. večletni doktorski študij v tujini, humanitarne ali medicinske odprave, potovanja, že obstoječa zaposlitev in podobno, Komisija za podiplomsko usposabljanje in Svet za izobraževanje zdravnikov ne pripoznata kot utemeljenih razlogov.«

#### Obrazložitev:

Zbornica podpira dobro načrtovana usposabljanja med specializacijo v tujini, ki povečujejo raven znanja in specializantom omogočajo usposabljanje tudi na področjih, ki so v državi manj razvita, kot nosilec javnega pooblastila pa je dolžna skrbeti, da specializanti izobraževanje končajo v najkrajšem možnem času. Prav tako zbornica meni, da je za kakovostno usposabljanje potrebna kontinuiteta specializantovega dela na določenem specialističnem področju. Opravljanje specializacije prinaša s seboj veliko odgovornost sprotnega izobraževanja, ki se je morajo mladi zdravniki zavedati že ob prijavi na specializacijo.

## Podelitev licenčnih listin in potrdil o opravljenem specialističnem izpitu

Zdravniška zbornica Slovenije je v ponedeljek, 8. 6. 2015, organizirala svečano podelitev licenčnih listin in potrdil o opravljenem specialističnem izpitu.

Podelitve se je udeležilo skupaj več kot 200 specialistov, njihovih sorodnikov in prijateljev.

Navzoče so nagovorili prim. Andrej Možina, predsednik zbornice,

asist. Valentin Sojar, podpredsednik zbornice, in predsednica Sveta za izobraževanje in usposabljanje zdravnikov prof. dr. Bojana Beović. Skupaj s predsednico komisije za podiplom-

ske usposabljanje mag. Natašo Jevnikar, dr. dent. med., sta podelili listine kar 84 specialistom.

Vsem specialistom iskrene čestitke!

Fotografije s podelitve so objavljene na intranetnem portalu zbornice: <http://intra.zdravniskazbornica.si/intra/galerija-seznam.asp?FolderId=982>. Za vstop v intranetni portal potrebujete uporabniško ime in geslo. V primeru, da ju nimate, je kontaktna oseba g. Milan Kokalj ([milan.kokalj@zzs-mcs.si](mailto:milan.kokalj@zzs-mcs.si)).

## **Učbenik Klinična prehrana v nosečnosti**

V Klubu Domus Medica je 10. junija potekala predstavitev učbenika *Klinična prehrana v nosečnosti*, urednic Žive Novak Antolič, Katje Kogovšek, Nade Rotovnik Kozjek in Denis Mlakar Mastnak.

Univerzitetni učbenik je kakovosten prispevek k izobraževanju vseh zdravstvenih delavcev in laične javnosti. Gre za bogat vir informacij in znanja za vse tiste, ki jih zanima prehrana nosečnice. Učbenik bo dobrodošel in potreben tako v strokovnih krogih, med zdravniki, nutricionisti, medicinskimi sestrami in

drugimi zdravstvenimi delavci, študenti kot tudi v laičnih krogih.

Več o vsebini in naročilu knjige: <http://www.mf.uni-lj.si/cm/3220>



Številka: 041-1/2015/14

Datum: 1. 7. 2015

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

## **RAZPISUJEM NADOMESTNE VOLITVE**

**za poslanca skupščine Zdravniške zbornice Slovenije  
za volilno enoto ST3 (zobozdravniki MB)  
regije zaposleni zobozdravniki Slovenije**

**za 15. julij 2015**

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

Volitve se opravijo z glasovanjem po pošti.

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



# Ustrezni izobraževalni programi lahko premostijo ovire zdravnikov pri učinkoviti obravnavi nasilja v družini

Dr. Lilijana Šprah, univ. dipl. psih., ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut  
Urška Smrke, mag. psih., ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut

## Nasilje v družini je tudi javnozdravstveni problem

Resolucija Svetovne zdravstvene organizacije je leta 1996 opredelila nasilje kot pomembno grožnjo zdravju v svetovnem merilu, s številnimi posledicami, ki se odražajo tako na ravni posameznika kakor družine, okolja, države in ne nazadnje tudi v zdravstvenem sistemu (1). Zato se obravnava nasilja v družini tudi v javnem zdravstvu uvršča med prednostne naloge. Namreč, zdravstveno osebje ima pri obravnavi nasilja v družini posebno vlogo tako glede njegovega prepoznavanja kakor poročanja, saj žrtve nasilja pogosto in na različnih ravneh vstopajo v zdravstveni sistem (npr. urgentni oddelki, patronažna služba, ambulante družinskih zdravnikov, psihiatrija, ginekologija idr.). V raziskavi, ki je bila opravljena med obiskovalci ambulant družinske medicine v Sloveniji v obdobju 2005–2008, raziskovalci poročajo o 17,9-odstotni pogostnosti nasilja v družini (2). Vendar nasilje v družini pogosto ostane neprepoznano zaradi različnih ovir pri zdravnikih, saj naj bi po nekaterih podatkih le-ti prepoznali eno od 20 žrtev nasilja v družini (3).

K aktivni vlogi pri obravnavi nasilja v družini zdravstveno osebje zavezuje *Zakon o preprečevanju nasilja v družini* (ZPND; Ur. l. RS št. 16/2008), določila *Pravilnika o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti* (Ur. l. RS št. 38/2011) in nedavno sprejete *Strokovne smernice za obravnavo nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti* (Ministrstvo za zdravje, 2015). Da se bo lahko področje preprečevanja nasilja v družini v Sloveniji ustrezno uveljavilo tudi v zdravstvu, potrebuje mo celovit izobraževalni program, s pomočjo katerega bi se izboljšala obveščenost in usposobljenost zdravnikov za prepoznavanje nasilja v

družini in posledično ustrezno ukrepanje v teh primerih.

## Izobraževanje zdravstvenega osebja na področju obravnave nasilja v družini

Izobraževalni programi, namenjeni povečevanju kompetenc zdravstvenega osebja pri prepoznavanju in obravnavanju žrtev nasilja v družini, so se v praksi izkazali kot učinkovita oblika strokovnega izobraževanja, ki izboljšuje ozaveščenost in odkrivanje nasilja v družinah (4, 5). V Sloveniji je na voljo omejen obseg tovrstnih izobraževanj, ki se ne izvajajo sistematično in tudi niso dostopna širšemu krogu zdravstvenih delavcev. Omenjeno vrzel bo zapolnil projekt Norveškega mehanizma *Prepoznavna in obravnavna žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti: smernice in izobraževanja za zdravstvene delavce* (POND\_SiZdrav; 2015–2016; projektna spletna stran: <http://www.prepoznajnasilje.si/>), katerega temeljni cilj je ponuditi zdravstvenemu osebju širšo izobraževalno platformo o prepoznavi in obravnavi nasilja v družini. V okviru projekta POND\_SiZdrav smo izvedli tudi raziskavo, kjer smo med drugim preverjali tudi izkušnje, ovire in stališča zdravstvenega osebja glede njihove vloge pri obravnavi nasilja v družini ter njihove izkušnje z izobraževanjem iz problematike nasilja v družini.

## Izsledki raziskave

Izpolnjevanja anonimnega spletnega vprašalnika se je udeležilo 233 zdravnikov (82,4 odstotka žensk, 17,6 odstotka moških) v povprečni starosti 45,5 leta (v razponu od 25 do 69 let).

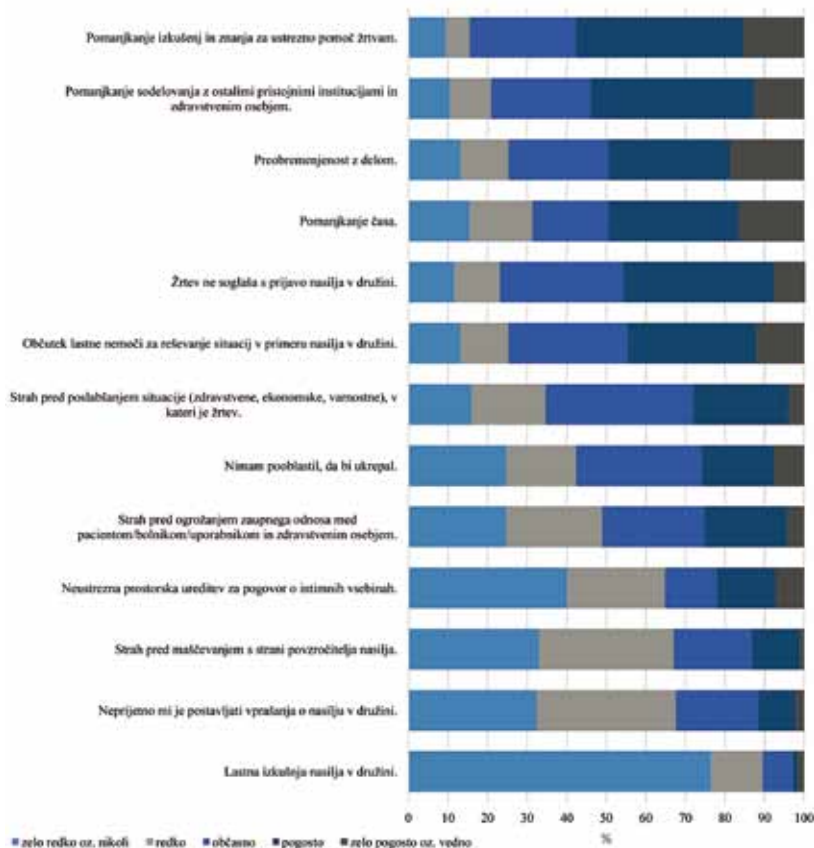
Sodelovalo je 69,1 odstotka zdravnikov specialistov, 16,3 odstotka zdravnikov specializantov, 11,6 odstotka zobozdravnikov, 2,1 odstotka zdravnikov pripravnikov, sekundarijev oz. sobnih zdravnikov ter 0,9 odstotka splošnih zdravnikov brez specializacije.

78,1 odstotka zdravnikov je poročalo, da so se pri svojem delu že srečali s primerom nasilja v družini, pri čemer so kot najpogostejšo oviro pri prepoznavi in obravnavi le-tega navajali pomanjkanje izkušenj in znanja za ustrezno pomoč žrtvam, pomanjkanje sodelovanja z ostalimi pristojnimi institucijami in zdravstvenim osebjem, preobremenjenost z delom, pomanjkanje časa, Žitev ne soglasi s prijavo nasilja v družini, občutek lastne osenči za reševanje situacij v primeru nasilja v družini, Strah pred poslabšanjem situacije (zdravstvene, ekonomske, varnostne), v kateri je žrtev, Nima pooblastil, da bi ukrepal, Strah pred ogrožanjem zaupnega odnosa med pacientom/bolnikom/aporabnikom in zdravstvenim osebjem, Neustrezna prostorska ureditev za pogovor o intimnih vsehbinah, Strah pred maščevanjem s strani povzročitelja nasilja, Neprjetno mi je postavljati vprašanja o nasilju v družini, Lastna izkušnja nasilja v družini.

20,8 odstotka zdravnikov je poročalo, da so se v preteklosti že udeležili izobraževanj s področja nasilja v družini. Kot najpogostejši razlog za udeležbo so navajali, da mora zdravstveno osebje biti seznanjeno s tematiko nasilja v družini (75,0 odstotkov) ter da jih tematika nasilja v družini zanima (27,1 odstotka). V manjši meri pa so se izobraževanj udeleževali zaradi prejetih vabil (16,7 odstotka), poklicnega napredovanja ali ohranjanja poklicnega statusa (16,7 odstotka) ter oglaševanja izobraževanj (14,6 odstotka). Medtem ko je 79,2 odstotka zdravnikov, ki se izobraževanj do sedaj še niso udeležili, kot najbolj pogoste razloge navajalo, da na izobraževanja niso bili povabljeni (60,9 odstotka), da niso bila oglaševana (53,3 odstotka), da jih nadrejeni na tovrstno izobraževanje še niso poslali (38,6 odstotka) in tudi, da se za namene ohranjanja poklicnega statusa in napredovanja udeležujejo drugih izobraževanj (37,0 odstotkov).

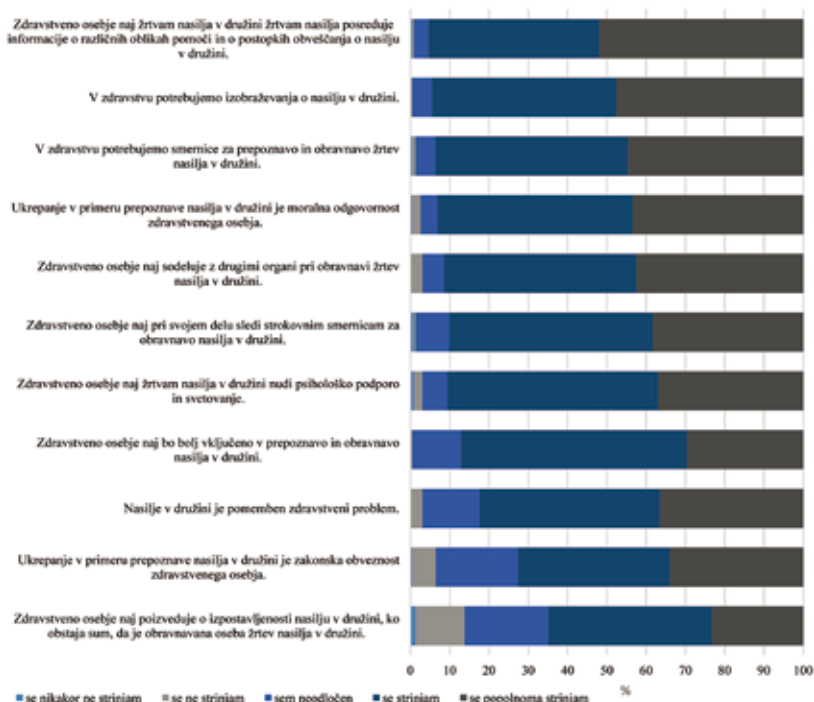
V grafikonu 3 so prikazana stališča zdravnikov glede vloge zdravstvenega osebja pri obravnavi nasilja v družini. V grafikonu lahko razberemo, da udeleženci raziskave obravnavo nasilja v družini manj pogosto vidijo kot zdravstveni problem, kjer bi

Grafikon 1: Ovine pri odzivanju v primerih prepoznanega nasilja v družini



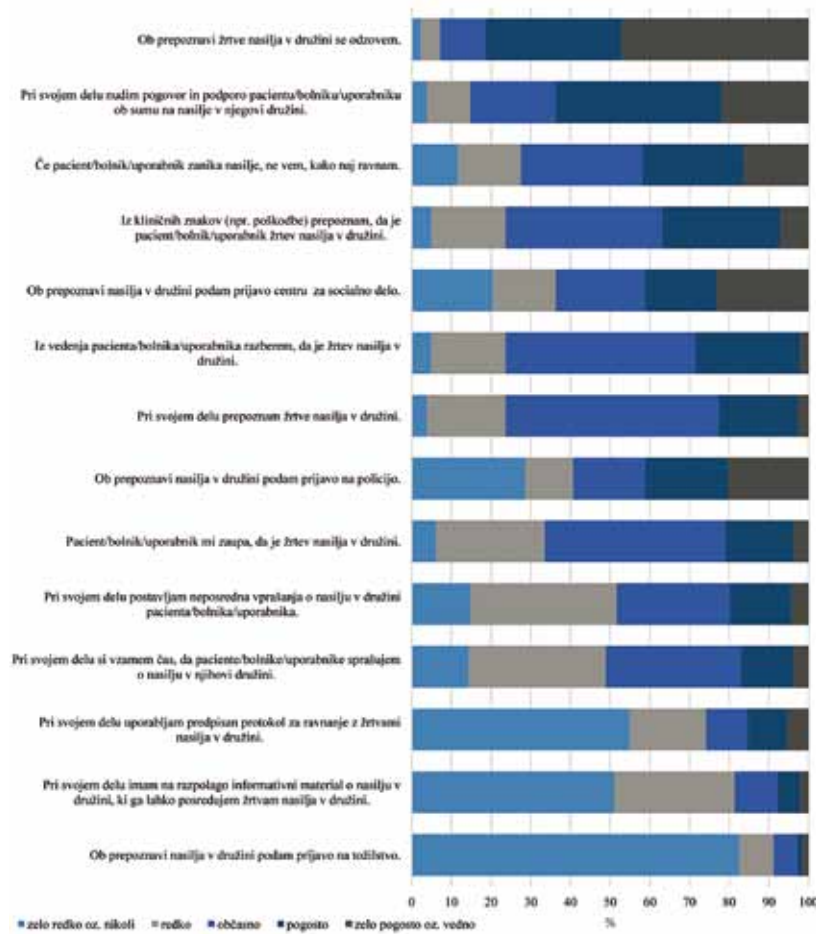
Grafikon 1

Grafikon 3: Vloga zdravstvenega osebja pri prepoznavi in obravnavi nasilja v družini



Grafikon 3

Grafikon 2: Izkušnje in ravnanja zdravnikov ob srečevanju z nasiljem v družini



Grafikon 2

zdravstveno osebje imelo bolj aktivno vlogo pri vključevanju v prepoznavo in obravnavo nasilja ter bilo zakonsko zavezano k ukrepanju. Najbolj pogosto so zdravniki videli vlogo zdravstva predvsem v obliki posredovanja informacij o različnih oblikah pomoči in o postopkih obveščanja o nasilju v družini.

## Zaključek

Povzamemo lahko, da zdravniki, ki so sodelovali v raziskavi, prepoznajo pomembno vlogo, ki jo ima zdravstvo na področju prepoznave in obravnave nasilja v družini, pri čemer jih najbolj ovira pomanjkanje ustreznih kompetenc. Strinjajo se, da so izobraževanja potrebna, in tudi izkazujejo interes za udeležbo na njih.

Kot najpomembnejše teme, ki bi jih morala vsebovati izobraževanja, so zdravniki v več kot 70 odstotkih navajali primere dobrih kliničnih praks na področju prepoznave in obravnave žrtev nasilja v družini, načine komunikacije z žrtvijo ter zaupnost podatkov, zdravstvene protokole obravnave žrtev ter zakonsko zavezujoče obveznosti na tem področju v sklopu zdravstvene dejavnosti.

V okviru projekta POND\_SiZdrav bomo pripravili celovito izobraževalno platformo za učinkovitejšo obravnavo nasilja v družini, ki bo namenjena zdravstvenemu osebju. Vključevala bo tudi predloge in pobude, ki smo jih pridobili z raziskavo, in bo prosto dostopna v obliki priročnika, e-izobraževalnih vsebin ter drugih priročnih orodij, ki bodo v podporo zdrav-

stvenemu osebju v primerih, ko se pri svojem delu srečajo s problematiko nasilja v družini. Hkrati bodo od septembra 2015 zdravstvenemu osebju na voljo tudi dvodnevni brezplačni in akreditirani izobraževalni programi, kjer bodo udeleženci v sklopu predavanj in delavnic pridobili osnovne veščine prepoznavne in ustreznega odzivanja na pojave nasilja v družini (<http://www.prepoznajnasilje.si/izobrazevanja/2015/09/18/default-calendar/prepoznavna-in-obravnavna-zrtev-nasilja-v-druzini-v-okviru-zdravstvene-dejavnosti>).

## Literatura:

1. HA49.25. Prevention of violence: a public health priority. Forty-Ninth World Health Assembly Geneva, 20–25 May 1996. *Hbk Res.*, Vol. III (3rd ed.), 1.11.
2. Kopčavar Guček N. Pogostost zaznavanja in obravnave nasilja v družini v ambulanti zdravnika družinske medicine [doktorska disertacija]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 2015.
3. Elliott I, Nerney M, Jones T, Friedman PD. Barriers to screening for domestic violence. *J Gen Intern Med.* 2002;17:112–6.
4. Wong SLF, Wester F, Mol SSL, Lagro-Janssen TLM. Increased awareness of intimate partner abuse after training: a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract.* 2006;56(525):249–57.
5. Wong SLF, Wester F, Mol SSL, Lagro-Janssen TLM. »I am not frustrated anymore«. Family doctors' evaluation of a comprehensive training on partner abuse. *Patient Educ Couns.* 2007. doi:10.1016/j.pec.2006.12.013

# Ali strah pred medicinsko konopljo res hromi zdravnike?

Mag. Dušan Nolimal, dr. med., Nacionalni inštitut za javno zdravje

[Dusan.Nolimal@nijz.si](mailto:Dusan.Nolimal@nijz.si)

Konoplja je ena izmed prvih kulturnih rastlin, ki jih je človek od nekdaj vzgajal za raznovrstne namene, tudi za potrebe varovanja zdravja. Zdravilni učinki konoplje so znani že tisočletja, vendar je več desetletna prepoved iz 20. stoletja povzročila stagniranje znanstvenega raziskovanja in zaostanek v strokovnem znanju (1). Zastavljen cilj prohibicionistov – izkoreniniti konopljo – ne le, da ni bil dosežen, ampak se je raba konoplje razširila na vse konce sveta in v vse populacijske skupine. Še več. Sodobna znanstvena dognanja in uporabniške izkušnje potrjujejo, da konoplja ni tako nevarna, kot so nekoč mislili, in vsebuje sklop edinstvenih zdravilnih učinkovin. Zato so v zadnjih letih v številnih državah bolnikom ponovno in vse bolj dostopna kanabinoidna zdravila, kamor uvrščamo tako farmacevtske izdelke kot rastlinsko konopljo (2). V konoplji se nahaja več sto različnih snovi. Učinkovitih sestavin je čez 60 in jih imenujemo kanabinoidi (3, 4). Raziskuje pa se tudi fitoterapevtski potencial drugih konopljinih sestavin, zlasti terpenoidov (5). Kanabinoidi so heterogena skupina bioaktivnih učinkovin, ki se vežejo in aktivirajo kanabinoidne receptorje v človeškem telesu (4). Poznamo predvsem kanabinoidne receptorje CB1, ki so večinoma v CŽS, in CB2, ki so večinoma v imunskem in perifernem živčnem sistemu. Po izvoru jih delimo v endogene kanabinoide (človeškemu telesu lastne učinkovine), fitokanabinoide (rastlinskega izvora) in njihove sintetične analoge. Najpomembnejša kanabinoida sta psihoaktivni THC (tetrahidrokanabinol) in CBD (kanabidiol). Konoplja je zlasti zaradi teh kanabinoidov potencialno uporabna tudi v medicini, vendar je bila v bližnji preteklosti v skladu s tremi konvencijami Organizacije združenih narodov (OZN), državnimi predpisi in političnimi merili uvrščena na seznam prepovedanih drog, ker naj bi bila zelo nevarna za zdravje ljudi in naj se ne bi uporabljala v medicini.

Zdravniki smo bili naučeni, da je konoplja škodljiva »hudičeva zel« in da naj ne podpiramo njene uporabe. Desetletja prohibicije in »antima-

rihuanska« propaganda so iz te rastline naredili grešnega kozla ter jo demonizirali in stigmatizirali. Konoplja je glede na mednarodno regulativo, slovenski Zakon o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami in Uredbo o razvrstitvi prepovedanih drog razvrščena v seznam rastlin in snovi, ki so zelo nevarne za zdravje in se ne uporabljajo v medicini. Zato ni čudno, da danes mnogi zdravniki ne

podpirajo uporabe konoplje v medicinske namene oz. se do tega jasno ne opredeljujejo. Kljub eksploziji tujih raziskav in publikacij v zadnjih dveh desetletjih ter vse večjemu poznavanju pomena endokanabinoidnega sistema za zdravje je izdelava in uporaba zdravil iz konoplje v medicini še vedno kontroverzna. Značilna je kritika s strani javnosti in medijev, da so mnogi znanstveni dokazi o učinkovitosti kanabinoidnih zdravil že na voljo, vendar jih zdravniki ne upora-

bljamo, ignoriramo znanost in zato bolnikom ne nudimo najustreznejše oskrbe. Dejstvo je, da imamo poplavo ustreznih in neustreznih informacij, da so nekatere nekakovostne, neuporabne, celo prikrojene (podobno kot to velja za nekatera pretiravanja glede nevarnosti konoplje) ter da je treba od primera do primera vedeti, kako trdni so dokazi, na katerih temeljijo priporočila o učinkovitosti »medicinske konoplje«. Klinično preizkušanje konoplje je zaradi prohibicije oteženo. Zato je dostopnih relativno malo zanesljivih informacij o učinkovitosti te rastline

*»Glede na to, da je znanost čudna in nenavadna žival, ki si išče brloga na najbolj nesmiselnih mestih, in da deluje po drobnjakarskih načrtih, ki jih je navzven mogoče soditi kot nedoumljive in celo, včasih, komične, se prav tako včasih zazdi, da je znanost prazno opotekanje. A v bistvu so to geometrijsko razvrščene lovske poti, z umetnostjo in modrostjo raztresene pasti, strateške bitke, zaradi katerih se zgodi, da obstanemo presenečeni, kot se je to pripetilo baronu C., ko je zdravnik, ogrnjen v črno suknjo, ob koncu vsega spregovoril z njim... Jaz lahko rešim vašo hčer - on lahko reši mojo hčer - toda ne bo lahko in po svoje bo tudi grozljivo tvegano - tvegano?«*  
(Baricco A., 2005)

in njenih derivatov. V pomoč nam je na dokazih temelječa medicina, ki vsebuje način, kako najti in oceniti ustrezne informacije, ne nudi pa vedno vseh odgovorov. Ne glede na to, ali pa prav v zvezi s tem, zaradi zahtev bolnikov, njihovih svojcev in javnosti v zadnjih letih vse več držav ponovno dovoljuje uporabo »medicinske konoplje«. Nekatere so jo dovolile tudi v »rekreativne« namene pod predpostavko, da je cena prohibicije drog previsoka. »Medicinska konoplja« je termin, ki se uporablja za rastlino, smolo, ekstrakte, tinkture, pa tudi za različne naravne in sintetične derivate konoplje. Termin ima še ne dovolj definiran vpliv na pravnem in medicinskem področju. V tem prispevku uporabljam tudi termin *kanabinoidna zdravila*, kamor sodi tudi »medicinska konoplja«. Razlika med »medicinsko« in »rekreativno« konopljo je v standardih kakovosti. Preden lahko konoplja sploh gre v klinično preskušanje, morajo biti izvedene predklinične raziskave, kjer ugotavljajo *in vitro* (v umetnem okolju, npr. v epruveti) in *in vivo* (na celičnih kulturah ali živalih) preliminarnе rezultate njene učinkovitosti, toksičnosti in farmakokinetike. Vsebnost glavnih kanabinoidov in drugih sestavin je zato v »medicinski konoplji« znana ter bolj ali manj stalna. Gojena je v varovanih nasadih. Strogo so nadzorovani njena proizvodnja, priprava, distribucija in uporaba. Skratka, »medicinska konoplja« je varna in učinkovita kot vsa ostala zdravila. Bolnikom je na voljo le na zdravniški recept. Tudi takšna konoplja v glavnem ni primerna za bolnike, mlajše od 25 let, bolnike z osebno ali družinsko zgodovino psihoz, odvisnike, ljudi s srčno-žilnimi in respiratornimi boleznimi, nosečnice (6). Kljub znanju o tveganjih in kontraindikacijah pa je celo v strokovnih krogih umirjen dialog o uporabi te rastline v medicinske in druge namene otežen. Problematika konoplje je namreč zelo multidisciplinarno področje, kar otežuje sodelovanje. Dodaten razlog je verjetno v slabem

poznavanju novih znanstvenih izsledkov o konoplji, o katerih zdravniki nismo (skoraj nič) slišali med študijem. Zaradi vse večjega obsega raziskav in obenem napredka na področju prenosa informacij se je količina literature o konoplji v zadnjih desetletjih izredno povečala. Vsi izmed nas tudi ne obvladajo tehnike iskanja teh informacij ali vrednotenja informacijskih virov. Zelo težko je slediti že novostim v medicinski stroki, obenem pa je vse bolj jasno, da je treba znanje stalno dopolnjevati z novimi izsledki iz literature. Brez kritične presoje poplave novih znanstvenih in drugih informacij o konoplji se je težko odločiti, katere nove medicinske izsledke je smiselno in koristno vključiti v našo delovno prakso. Že beseda »marihuana« (izposojenka iz angleškega jezika za konopljo) še vedno spodbuja popolnoma nasprotno odzive. Za ene je to le vstopna droga v svet drogiranja in kriminala ter sredstvo za uničevanje možganov, za druge potencialno zdravilo. Meša se posledice škodljive rabe konoplje s posledicami slabe politike in zakonodaje. Takšne polarizirane razprave zasledimo tako na mednarodni ravni kakor tudi na ravni posameznih držav. Slovenija pri tem ni izjema. Zagovorniki povečujejo zdravilne učinke in zanemarjajo tveganja oz. možne stranske učinke, nasprotniki pa dvomijo o dokazanosti zdravilnih učinkov in svarijo pred resno nevarnostjo negativnih učinkov. Resnica je verjetno nekje vmes. Kakorkoli že, v Sloveniji je uporaba konoplje v medicinske namene prepovedana. Vzrok prepovedi je predvsem političen. Vlada tudi ne podpira projektov, ki bi celostno raziskali fitoterapevtske učinke konoplje, in nasprotuje spremembam zakonodaje. Tudi Zdravniška zbornica Slovenije se o novi možnosti zdravljenja s kanabinoidi v javnosti (še) ni izrekla. Ministrstvo za zdravje (MZ) se je na nove trende in strokovne izzive ter pobudo civilne iniciative odzvalo s spremembo Uredbe o razvrstitvi prepovedanih drog (objava v Uradnem listu RS, št.

45/2014, dne 20. 6. 2014), ki omogoča uporabo ene od učinkovin v konoplji – THC, tudi v medicini. Nič o teh, v javnosti sicer zelo odmevnih ukrepih, ki dajejo zdravnikom možnost uvajanja in uveljavljanja zdravil na osnovi učinkovin konoplje, (še) ni reklo zdravniško društvo. V majski številki Izide zasledimo razmišljanje predstavnika Evropske zveze za preventivo kajenja in tobaka, ali ne gre morda le za »propagando za legalizacijo marihuane«, saj naj ne bi bilo (dovolj) dokazov o klinični učinkovitosti konoplje (7). Zaskrbljen odziv dela stroke ne preseneča, če upoštevamo, da je vsaka konoplja glede na Zakon o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami uvrščena na seznamu prepovedanih drog med rastlinami in snovmi, ki so zelo nevarne za zdravje ljudi, zaradi hudih posledic, ki jih lahko povzroči njihova zloraba, in se ne uporabljajo v medicini. Zakon izhaja iz konvencij OZN, ki sicer dopuščajo uporabo rastlin – drog, ki so hkrati tudi zdravila. Vendar iz novjših analiz zgodovine nastanka in delovanja sistema mednarodnega nadzora in konvencij OZN (8) izhaja, da prvotna razvrstitev konoplje v najnevarnejši razred psihoaktivnih snovi ni dovolj podprta z znanstvenimi dokazi ter da se na tej podlagi pretirava o škodljivosti te rastline. V različnih obdobjih so nastajale različne trditve, ki so prerasle v mite, in le redke so opustili. Tudi danes kroži celo v strokovnih krogih veliko zgodbic, ki izbrane skrajne učinke in posledice predstavijo kot tipične posledice rabe konoplje. Pisanje in govorjenje o konoplji kot nevarni drogi brez uporabnosti v medicini lahko pripišemo tako dobronamerni zaskrbljenosti glede mogoče nevarnosti konoplje, pa tudi posameznim interesom zagovornikov prohibicije konoplje. Iz tega izhajajo tudi različice o nevarnosti regulacije konoplje v medicinske namene. Temu na tej točki ne oporekam, a so bolj kot ne signal ideoloških in dogmatskih spon in zastarelih strokovnih pogledov. Nedvomno pa je upravičena skrb

zaradi možne komercializacije, to je uporabljana trženjskih prijemov in potrošniškega pospeševanja prodaje kanabinoidnih zdravil. Že sedaj so nekatera dostopna farmacevtska zdravila tako draga, da si jih revnejši bolniki ne morejo privoščiti. Za preprečevanje tega pojava je potrebno tudi več kot le okrepljeno delo vlad(e), da ščitijo javno zdravje.

Čeprav je npr. v ZDA, ki je pred desetletji začela z »vojno« proti konoplji, 24 držav že legaliziralo konopljo za medicinske namene (sedem držav pa se na to pripravlja), se tako v tej državi kot drugje po svetu skuša takšno »vojno« obuditi. Tudi mnoge evropske države že nekaj časa eksperimentirajo z uporabo konoplje v medicini (npr. Velika Britanija, Španija, Danska, Nemčija, Italija, Avstrija, Češka). Prohibicionizem je spodletel in tega poraza niso pripravljene priznati predvsem mednarodne organizacije, ki so s tem v zvezi razvile obsežen nadzorni sistem, ki vzdržuje prohibicijsko politiko do konoplje. Povzročil je prepovedano proizvodnjo in trgovino s konopljo (in drugimi rastlinami in snovmi) neznane kakovosti, korupcijo ter ilegalne in legalne organizacije, ki iz vsega tega delajo dobiček. Ob tem bolniki, ki sami pridelujejo konopljo ali jo kupujejo na črnem trgu, tvegajo kaznovanje, tudi zapor. Znano je, da kazni ne odvrčajo bolnikov od konoplje. Kljub prepovedi, sistematičnemu uničevanju rastlin ter strogim kaznim konoplje nikjer ni uspelo izkoreniniti. Njena uporaba je povsod po svetu porasla. Financiranje znanstvenih raziskovanj, ki naj bi pomembno vplivala na vladno politiko, in objava znanstvenih izsledkov glede konoplje pa so spolitizirani, kar proizvede nepopolne in napačne ugotovitve in z ideologijo podprto politiko. V primeru kanabinoidnih zdravil ni težava v pomanjkljivem pridobivanju informacij, temveč v širjenju polresnic in dezinformacij. Milčinski je že pred tremi desetletji zapisal, da najbrž malo kje najdemo tolikšne razlike pri ocenjevanju nevarnosti kake snovi, kot to velja za

konopljo, kar velja še danes: »Zdi se, da ta pojem spričo številnih in zapletenih povezav z družbenimi vrednotami in stališči mnoge avtorje primarno čustveno tako prizadene, da se ga le malokdo loteva brez predsodkov. Ne moremo se iznebiti vtisa, da seže vpliv teh predsodkov ne le – kot navadno – v končno razlago zbranih ugotovitev, temveč se pokaže že pri zbiranju dejstev.« (9) Dejstvo je, da se večina raziskav na področju konoplje ukvarja le z negativnimi učinki in vplivi te rastline na zdravje in počutje ljudi. Raziskovalci opozarjajo tudi na pojave birokratizacije ter ponarejanja oz. prirejanja dokazov znotraj znanstvenih komisij agencij OZN, izpostavljajo protislovja, neskladnosti in nedoslednosti mednarodnih Konvencij in iz njih izhajajočih nacionalnih zakonodaj ter navajajo primere, ko ideologija prekaša znanstveno objektivnost (10). Z oviranjem raziskovanja in cenzuro določenih informacij želijo nasprotniki kanabinoidnih zdravil, posebej konoplje, iz celotne razprave izključiti nekatere teze in koncepte, kar spominja na formule eksorcizma iz religioznih tekstov. Ker pa zaradi dostopnosti spletnega omrežja danes pomembnih informacij nima smisla skrivati, se jih s ciljem manipulativnega komuniciranja, s pozicije moči, najlažje preglasi z nepregledno količino podatkovnega šuma, dezinformacij in propagande, posebej tiste, »da marihuana ubija naše otroke«, da »vodi v uživanje bolj nevarnih drog« ali da »so bili poskusi bolj liberalne politike do konoplje neuspešni«. S širjenjem takšnih dezinformacij pa se hkrati dodatno stigmatizira, straši in marginalizira bolnike, ki potrebujejo zdravljenje s kanabinoidnimi zdravili, in zdravnike, ki predpisujejo ta zdravila. Poleg namernega ali nenamernega podpihovanja stereotipov o »hudi strupenosti marihuane« pa služijo nekatere trditve tudi zastraševanju zdravnikov, da bolnikom sploh ne bi predpisovali teh zdravil. Posledica takšne politike in ravnanj je pojav partikularnih interesov, da se z vsemi



sredstvi – tudi na račun dostopnosti zdravil, vzdržuje neučinkovit in škodljiv prohibicionizem, vključno s hipertrofijo potratne industrije za boj proti drogam, ki jo vse bolj skrbijo predvsem lastne potrebe. Dosledno uveljavljanje prohibicijske politike in zakonov proti konoplji ter marginalizacija poskusov, da bi na znanstveni osnovi ocenili nevarnost in dobrobit konoplje, sta v večini držav zaprla možnost raziskovanja in razvoju različnih proizvodov iz konoplje, posebej zdravil. Čeprav v Sloveniji nismo prezrli pozitivnih in negativnih spoznanj različnih politik na področju konoplje in je MZ z uredbo omogočilo uporabo kanabinoide THC v medicini, smo zdravniki do predpisovanja kanabinoidnih zdravil več kot zadržani. Zadržana so tudi farmacevtska in biotehnoška podjetja, saj je konoplja v Sloveniji administrativno (še vedno) razvrščena v skupino rastlin in snovi, ki naj bi bile zelo nevarne za zdravje ljudi in se naj ne bi uporabljale v medicini. Ob tem je znano, da je razvoj novih zdravil dolgotrajen, zapleten in drag proces, ki zahteva ogromno raziskovalnega dela, saj ni lahko razviti farmakoloških učinkovin, ki so hkrati še brez večjih neželenih stranskih učinkov. Slednjih pa naj bi bilo še najmanj pri uporabi celotne rastline, ki naj bi bila kot celota tudi bolj učinkovita kot posamezne učinkovine – t.i. »entourage« učinek oz. »konopljin sinergizem« (medsebojno dopolnjevanje več snovi v konoplji) (5). Nekatera farmacevtska kanabinoidna zdravila so tudi bolj psihoaktivna kot

rastlinska konoplja. Ta zdravila so tudi znatno dražja. Poleg tega pa mnogi bolniki nimajo časa čakati, da bo država spremenila zakonodajo ter da bodo podjetja razvila in patentirala nova zdravila. Zato kljub dostopnosti nekaterih kanabinoidnih zdravil in kljub opozorilom glede tveganj konopljo naskrivaj kupujejo na črnem trgu ali pa jo pridelujejo kar sami. Zdravniki jih praviloma od tega odvrčamo, češ, to je slaba izbira, raje jemljite preizkušene farmacevtske preparate. Vendar nekaterim ta zdravila ne ustrezajo, ker niso dovolj učinkovita in imajo lahko več stranskih učinkov kot sama rastlina. Večina teh bolnikov se želi čim prej vključiti v ustrezne medicinske programe vzdrževanja na kanabinoidnih zdravilih, zlasti tisti, ki že leta trpijo, ter tisti s slabo prognoza bolezni in relativno neodzivnostjo na obstoječa zdravila, kemoterapijo ali obsevanje. Ker se mnogi že »samozdravijo s konopljo«, bi želeli vedeti, kako si lahko z njo bolje pomagajo. Izhodišče za načrtovanje takšnih programov pomoči je seveda ocena potreb te populacije. Le-te se ocenjujejo na podlagi pregleda podatkov iz različnih ravni zdravstvenega varstva in nevladnih organizacij ter na podlagi intervjujev z izvajalci storitev. V oceno potreb morajo biti vključeni predstavniki znanih bolnikov (ali njihovi zagovorniki), ki že uporabljajo kanabinoidna zdravila, in sodelovati tudi pri oceni. Vendar stroka (še) nima niti zanesljivih ocen, koliko bolnikov bi v Sloveniji sploh potrebovalo zdravljenje oz. lajšanje težave s kanabinoidnimi zdravili. Po eni strani zdravnike in druge strokovnjake hromi negotovost glede standardov varnosti in zdravilnih učinkovin, o katerih imajo pre malo znanja in s katerimi nimajo izkušenj, po drugi pa strah pred lastnimi strokovnimi krogi in predsodki, ki jih neti prohibicionizem in »protimarihuanska« propaganda.

Značilen je velik pritisk na zdravnike, da naj bi ravnali po »veljavni medicinski doktrini« in »uradnih stališčih«, hkrati pa se zdravniki

srečujemo tako z vse večjo kompleksnostjo različnih doktrin preprečevanja in zdravljenja kot z informiranostjo in zahtevnostjo bolnikov in javnosti (pritožbe, tožbe...). Poseben izziv bo za zdravnike definiranje samooskrbe in samozdravljenja s konopljo, kar si zaradi visokih cen zdravil in »pravice do razpolaganja z lastnim telesom« želi določen del bolnikov. Med razlogi za strahove in iracionalnosti, ki se v zvezi s prepovedjo konoplje vlečejo v današnji čas, sta tudi dvoličnost in moč puritanskega moralizma v zahodni kulturi, ki zavračata užitek in sprostitve, hkrati pa ovirata tudi dostop do njenih medicinskih potencialov. Ker je konoplja na seznamu prepovedanih drog, je stigmatizirana tako rastlina, njena smola, ekstrakti in tinkture, kot so stigmatizirani tudi njeni zdravilni izvlečki ter vsi tisti, ki si jih upamo zagovarjati (»propagirati«) in/ali predpisovati. Označeni, pri svojem delu ovirani ter izključeni iz svojih vrst smo tudi raziskovalci, ki si drzno raziskovati pozitivne učinke in vplive »medicinske konoplje« in njenih derivatov na posameznika in družbo. Na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje (NIJZ) smo npr. v letu 2015 morali prekiniti z izvajanjem obetajočega razvojnega in raziskovalnega projekta »Povezovanje raziskovanja, politike in prakse: Primer konoplje«. Prekinitve me je v skladu z mojim strokovnim prepričanjem in vestjo med drugim spodbudila k pisanju tega članka. V zvezi z vsem tem tudi sprejetje zadnje spremembe Uredbe o razvrstitvi prepovedanih drog, ki omogoča uporabo zdravil na podlagi THC, med zdravniki ni bilo posebej odmevno. S spremembami je bilo omogočeno, da lahko zdravniki, skladno s predpisi ter strokovnimi smernicami na posameznem področju medicine, predpišemo zdravila na osnovi kanabinoidov na recept. Za izdajo dovoljenj za promet z zdravili iz konoplje je tako kot za vsa druga zdravila pristojna Javna agencija za zdravila in medicinske pripomočke (JAZMP). Odločitev o začetku

postopka za ugotavljanje potreb po uporabi konoplje oz. njenih posameznih učinkovin je v pristojnosti medicinske stroke. Izkušeni o tem, kako ravnati z novimi že dovoljenimi zdravili na osnovi THC, zdravniki in farmacevti (še) nimamo. Prav tako nas z njihovimi indikacijami sistematično ni nihče seznanil. Zato večina zdravnikov želi počakati na konkretnjša navodila posameznih področij medicine, pa tudi zdravniške zbornice in društva. Teh pa (še) ni. Tudi zato naj bi se zdravniki pri nas branili predpisovanja kanabinoidnih zdravil. Zadrževal naj bi jih strah, da ne bi bili sami stigmatizirani in izključeni, češ da so predpisali »drogo«. Hkrati je nekatere upravičeno strah prevzemati odgovornost za predpisovanje novih in nepreizkušenih zdravil in bolnikovih morebitnih negativnih reakcij nanje ter možnih pravnih posledic.

Mnenje posameznih zdravnikov je tudi, da je bilo že uvajanje THC-ja v slovensko zdravstvo nepotrebno, ker gre za »drogo« in so na voljo druga prav tako učinkovita zdravila. Ne glede na to, in domnevno zaradi prevelike zadržanosti zdravniške in farmacevtske stroke, se veliko bolnikov še naprej samozdravi s prepovedano konopljo na črnem trgu in upa, da gre vseeno za prve znake postopnega razvoja novih zdravil iz konoplje, ne vedoč, da je od spremembe predpisa do njenega uresničevanja dolga pot. Strokovni in drugi članki v zvezi z neželenimi stranskimi učinki konoplje so si zelo nasprotujoči in pogosto kažejo na veliko čustveno vpletenost avtorjev, ki raziskujejo predvsem negativne učinke in posledice konoplje. Hkrati del prebivalstva po konoplji posega prav zaradi teh »stranskih« učinkov in v konoplji išče dobro počutje, užitek, pomiritev, omamo, poživitev, tudi doživetje »razširjene zavesti«. Pri pregledu literature se najdejo raziskave, ki govorijo predvsem o manjši škodi, v manjšem številu člankov pa tudi o večji škodljivosti konoplje, vendar je metodologija slednjih raziskav v

večini primerov pomanjkljiva in njihovi zaključki neprimerljivi z zaključki drugih raziskovalcev. Najdejo se tudi interpretacije, da raba konoplje nima stranskih učinkov, kar ni res. Kot bolj ali manj vsaka psihoaktivna rastlina ima dobre in slabe učinke, tudi kofein in kavi jih ima, in moramo se jih zavedati. Dobra novica je, da so za večino ljudi zelo blagi, če jih primerjamo s psihoaktivnimi zdravili, ki jih zdravniki vsak dan predpisujemo svojim bolnikom. Splošno je znano, da raba konoplje ne ustvarja telesne odvisnosti. Za psihično odvisnost od konoplje pa velja, da se nanaša predvsem na THC ter da se pri občasni rabi sploh ne razvije ali pa le v majhni meri, medtem ko se pri osebah, ki po zaužitju konoplje čutijo veliko olajšanje in to pogosto ponavljajo, utegne razviti značilna duševna odvisnost. V zadnjem času pa se v medijih ponovno kopicijo tako novice, po katerih je raba konoplje veliko bolj škodljiva, kot je splošno (pri)znano, kot tiste, da je popolnoma neškodljiva. Opozarja se na naraščanje rabe konoplje med mladimi, vedno višje vsebnosti konopljinih psihoaktivnih snovi in porast iskanja pomoči zaradi posledic jemanja konoplje. Zagovornikom prohibicije je to dokaz škodljivosti konoplje, njihovim nasprotnikom pa dokaz, da le-ta ne deluje, saj je konoplja vse lažje dosegljiva in vse »močnejša«, predvsem po zaslugi organiziranega kriminala, ki se vedno bolj širi in ga je spodbudila prav prohibicija. Vse to nedvomno prispeva k zadržanosti zdravnikov do uvajanja in uveljavljanja kanabinooidnih zdravil ter ovira raziskovanje učinkov in vplivov teh zdravil.

»Medicinsko konopljo« oz. kanabinooidna zdravila se v javnosti lahko tudi nekritično propagira kot univerzalno zdravilo za skoraj vse tegobe in bolezni. Na tak način se pri neinformiranih, neizobraženih in naivnih posameznikih lahko ustvarja upanje na »čudežno zdravilo«. Hkrati se lahko pojavi dvom o konvencionalnih in že preizkušeni metodah zdravljenja. S tem v zvezi strokovnjaki

Ministrstva za zdravje (MZ), Onkološkega inštituta (OI), NIJZ in nekaterih drugih zdravstvenih organizacij bolnike in javnost preventivno opozarjamo tudi na možnosti zavajanj, ki se nanašajo na domneve o splošni zdravilnosti konoplje pri številnih boleznih in neškodljivost uporabe. V najslabšem primeru bolniki terapijo, ki jim jo je predpisal zdravnik, zamenjajo za farmacevtske ali »domače« preparate iz konoplje, ki jih kupijo na črnem trgu za veliko denarja in v upanju na ozdravitev. Vendar raziskave, ki bi potrdila ali ovrгла trditve o razširjenosti takšnih ravnanj in omogočile ukrepanja, nimamo.

Vsako načrtovanje novih metod zdravljenja mora seveda zagotavljati prednost pričakovanih koristi pred tveganjem za zdravje in življenje ljudi, ki so subjekt raziskav oz. zdravljenja. Tudi v primeru regulacije konoplje v medicinske namene bo, tako kot velja za vsa zeliščna zdravila, treba dokazati njihovo kakovost in varnost, to je dejansko prisotnost aktivnih učinkovin, kot tudi odsotnost mikrobioloških, fizikalnih in kemičnih dejavnikov tveganja. Ne glede na trenutni »politični status« konoplje pa naj bodo zdravniške izjave o medicinski rabi konoplje strokovno neoporečne, tako v znanstvenem in zdravstvenem tisku kot v poljudnih medijih. Nekritično objavlanje in posredovanje informacij o pozitivnih in/ali negativnih učinkih rabe konoplje, ali zamolčanje le-teh ter posameznih kontekstov, je lahko deontološki prekršek. Vendar se je v zadnjih dveh letih ostrina dialoga za in proti »legalizaciji« kanabinooidnih zdravil, tudi med strokovnjaki, izredno povečala. Ob tem opazamo, da se v strokovnih stališjih glede rabe teh zdravil zanemarjajo pristopi zmanjševanja škode, ki so dober in pragmatičen odgovor na potencialno tvegana vedenja in temeljijo na znanosti, človekovih pravicah in skrbi za javno zdravje. Ponujajo ukrepe za doseganje zelenih sprememb, ki jih je mogoče takoj uporabiti, ker so sprejemljivi za uporabnike. V veliko pomoč so nam

lahko izkušnje uvajanja pristopov zmanjševanja škode v zvezi s problematiko opiatov in opioidov, ki so ravno tako lahko zdravila ali pa droge. Treba je ločevati med drogo in načini njene uporabe. Zunaj področja prepovedanih drog je pristope zmanjševanja škode mogoče uporabiti za zmanjševanje tveganj, ki lahko spremljajo uporabo kanabinooidnih zdravil. Dokazano je, da lahko z objektivnimi informacijami, tehnologijo ter (formalnimi in neformalnimi) regulacijskimi mehanizmi zmanjšujemo neželene posledice, povezane z uporabo vseh potencialno nevarnih proizvodov in vedenj. Ljudje in človeške skupnosti so zmožne razumeti, sprejeti, dopuščati in regulirati tvegana vedenja brez prepovedi in grožnje kaznovanja, ki imata večinoma nasproten učinek od zelenega. Pristopi zmanjševanja škode so tudi na področju konoplje in kanabinooidnih zdravil dober in pragmatičen odgovor na potencialna tveganja uporabe, saj temeljijo na znanosti, človekovih pravicah in skrbi za javno zdravje. Ponujajo strategijo za doseganje zelenih sprememb. Zmanjševati škodo pomeni svetovati uporabnikom, ki morajo oz. želijo uporabljati določeno psihoaktivno zdravilo, ki je lahko tudi droga, bolj varne načine vnosa te snovi. Dejstvo je, da so pripravki s kanabinoidi na dovoljenem in nedovoljenem trgu pogosto tudi v drugih oblikah (olje, pršila, svečke, kreme) in ne le v obliki za kajenje.

Ker v preteklosti nekatere ocene nevarnosti uporabe psihoaktivnih rastlin in snovi niso bile pravilno izvedene, so se na področju konoplje namesto z dokazi podprte politike uveljavili s politiko podprti dokazi. Gre za bistvena vprašanja, ki jih je treba obravnavati tudi na mednarodni ravni. Temeljno načelo strategije zmanjševanja škode ni le zmanjševanje tveganj in nevarnosti rabe psihoaktivnih snovi, ampak tudi sočasno vrednotenje (evalvacija) in zmanjševanje posledic prohibicionizma in nadzorovalne politike nekaterih rastlin in snovi.



Dobro je znano, da ima prednost v mednarodnem in nacionalnem nadzoru nad konopljo restriktivna in represivna politika in ukrepi, tudi na račun omogočanja rabe kanabinoidnih zdravil. Glede na številna nova znanstvena spoznanja o večnamenski uporabi ter pozitivnih učinkih na posameznika, skupnost, okolje, kmetijstvo in gospodarstvo, je preprosto že čas, da se restriktivna politika uravnoteži s skrbjo za človekove pravice, okolje, gospodarstvo in javno zdravje. Ob tem je prav, da se ne pozabi tudi na določena tveganja v zvezi z možno zlorabo te rastline. Prav zdravniki lahko, z znanstvenim vrednotenjem vplivov konoplje na zdravje, znatno prispevamo k odpravljanju predsodkov in zagotavljanju usklajenega delovanja tudi na kazenskopravnem, okoljskem, kmetijskem, gospodarskem in političnem področju, med ljudmi in organizacijami, ki imajo podobne cilje in poslanstvo, kot je naše, in širše. Gre za prispevek k zagotavljanju pogojev, v katerih bi ljudje lahko bili zdravi in zadovoljni, in ki bi ga morali prispevati vsi družbeni sektorji.

V pomoč nam je tudi poznavanje zgodovinskega razvoja in spoštovanje izhodišč medicinske etike – od prvih načel v dobrobit bolniku, preko konceptov sočutja in enakosti, vse do načela spoštovanja bolnikovih pravic. Veliko zdravniškega poklicnega dela se izvaja in dogaja v pogojih znatne negotovosti, nestabilnosti, edinstvenosti in vrednostnih konfliktov. Včasih moramo spoštovati želje in potrebe ljudi, pa četudi so le-te morda v nasprotju s tem, kar sami menimo, da je za ljudi najbolje. Seveda se zdravnik bolniku, ki verjame v »čudežno zdravilo« ali novo zdravilo, ki ga zdravnik ne pozna, taki želji ne bo uklonil, ne da bi preveril zdravilo (indikacijo, učinkovitost, sestavo, količino, morebitne stranske učinke in kontraindikacije). V Sloveniji bolniki pri zdravnikih že lahko dobijo beli recept, s katerim si lahko priskrbijo nekatera kanabinoidna zdravila. Ker gre glede na Zakon o proizvodnji in

prometu s prepovedanimi drogami tudi za prepovedane droge, jih morajo zdravniki predpisovati v dvojniku in soodgovarjati za njihovo ustrezno uporabo. Recept mora zdravnik vpisati v »knjigo narkotikov«, lekarna pa mora voditi »evidenco narkotikov« in njihovo uporabo. Trenutno v Sloveniji ni urejeno plačilo teh zdravil, zato so bolniki, ki bi jim zdravnik predpisal zdravilo s kanabinoidi, samoplačniki (11). Domnevna nekritična uporaba nekaterih »narkotikov« je v preteklosti že narekovala sprejetje deklaracij o uporabi oz. zlorabi teh zdravil. Zdravniki imamo pri predpisovanju psihoaktivnih zdravil vedno določene dileme. Na eni strani so tveganja za odvisnost, zmanjšanje umskih sposobnosti in duševne bolezni, na drugi lajšanje bolečin, sproščanje, povečevanje teka, morda celo zaviranje rasti rakavih celic in ugoden učinek na številne druge bolezni. Tako kot vsa psihoaktivna zdravila, moramo tudi kanabinoidna predpisovati s skrajno zadržanostjo, utemeljeno z natančno diagnostiko in z ustreznim svetovanjem. Preden zdravnik beli recept za kanabinoidno zdravilo izroči bolniku, mu je dolžan pojasniti delovanje zdravila in morebitne težave, kot naj to velja za vsakršno predpisovanje zdravil. Vendar se v povezavi s politiko na področju prepovedanih drog, posebej konoplje, v praksi ta zadržanost lahko pokaže tudi kot gluhost in slepota za morebitne zdravilne učinke »medicinske konoplje«.

Velika večina bolnikov v kanabinoidnih zdravilih ne išče droge, da bi se z njo zadeli. Lahko so poskusili že vsa mogoča zdravila, preden so se zatekli k njim. V Sloveniji so priljubljeni tudi različni prepovedani pripravki iz rastline (zlasti posušeni vršički ter ekstrakti in tinkture). Vendar nekateri bolniki tako od dovoljenih zdravil kot od jemanja prepovedanih pripravkov pričakujejo odločno preveč in bi potrebovali ustrezno strokovno svetovanje, ki pa je v zvezi s prohibicionizmom ovirano. Nekateri bolniki takšno rabo skrivajo

pred zdravniki, drugi pa pričakujejo podporo in nasvet. Zaradi prepovedi, slabe regulacije in številnih dezinformacij je konoplja verjetno še bolj vabljiva. Razumljivo je, da nekateri bolniki (in njihovi svojci) v terminalni fazi bolezni v konoplji iščejo upanje. Žal to upanje nekateri izkoriščajo, tako da bolnikom prodajajo lažno upanje, da bodo s »čudežnim zdravilom« premagali bolezen, ne pa predvsem lajšali simptome, za kar se je konoplja uporabljala že pred tisočletji. Zato je počasnost odgovornih za izboljšanje razmer glede dostopnosti kanabinoidnih zdravil oz. vzpostavitev ustrezne stopnje regulacije zaskrbljujoča. Nasploh pa zaradi prohibicionizma prihaja do številnih zapletov in pravno-birokratskih nesmislov. Ob tem nas zdravniki obveščajo, da povezane dileme in nastali problemi niso rešljivi samo s strogim spoštovanjem uredb oz. uporabo medicinskih smernic in navodil, ki jih za to področje nedvomno primanjkuje. Čeprav mora zdravnik nasprotovati škodljivi uporabi vseh psihoaktivnih rastlin, snovi in zdravil ter ravnati tako, da bodo tveganja uporabe čim manjša, pa je njegova temeljna dolžnost upoštevati potrebe bolnika. Bolnikov življenjski slog in grožnja odvisnosti ne bi smela biti zadržek pri lajšanju bolečin in drugih stanj, kjer lahko ta zdravila pomagajo. Zdravnik se je v vlogi bolnikovega zagovornika na tem občutljivem področju dolžan celo zoperstaviti državnim predpisom in političnim merilom, če bi od njega zahtevali odločitve, ki bi bile v nasprotju z njegovim strokovnim prepričanjem in vestjo. V tem kontekstu je bistveno razločevati med zagovarjanjem konoplje v medicinske in rekreativne namene. Prepoznavati (meriti) in ločevati moramo tudi med učinki in vplivi konoplje in politike nadzora.

Uporaba konoplje, kupljene na črnem trgu, je lahko za bolnike nevarna zaradi nepreverjene količine učinkovine in kakovosti. Predstavlja pa tudi veliko finančno breme za uporabnika. Z ustrežnejšo regulacijo konoplje in njeno razvrstitvijo v

skupino rastlin in snovi, ki so lahko srednje nevarne in se lahko uporabljajo v medicini, bi najverjetneje zmanjšali zlorabe na črnem trgu, kjer se bolnike in njihove svojce lahko zavaja z lažnimi obljubami o nedosegljivih zdravilnih učinkih. Olajšali bi spremljanje neželenih učinkov in raziskovanje varnosti, učinkovitosti in sinergij, kar bi prispevalo k boljšemu poznavanju njenih potencialnih zdravilnih učinkov in možnih tveganj, torej k ustrežnejši uporabi. Zaradi številnih izzivov, zagat in odklonov, s katerimi se zdravniki danes srečujemo v primeru »medicinske konoplje« oz. kanabinoidnih zdravil, moramo znati ločevati med z dokazi podprto politiko in s politiko podprtimi dokazi ter včasih poiskati alternativne, improvizirane poti in rešitve, ko pride do izraza naša poklicna umetnost. Pomen uporabe teh zdravil v medicini je bil že velikokrat dokazan. Problem v uveljavljanju te nove metode zdravljenja ni znanstven, ampak političen. Pritiski različnih lobijev, nekatere industrije, politiki, uradniki in del neozaveščene javnosti dopolnilnemu zdravljenju s kanabinoidi onemogočajo, da bi pridobilo ustrezno mesto v medicini. Treba je razumeti, da bodo morale iti reforme politike do prepovedanih drog precej dlje od zagotav-

ljanja dostopa do nekaterih zdravil, ki so lahko tudi droge. Te reforme bodo prinesle nove zahteve do zdravnikov, ki bodo morali postati veliko bolj odzivni na rastoča (potrošniška) pričakovanja in potrebe ljudi glede zdravja in počutja. Vendar nekateri strokovnjaki na področju zlorabe drog in odvisnosti zavračajo spremembe politike do konoplje, ker se bojijo, da bi to sprožilo njeno legalizacijo in komercializacijo. V preteklosti smo porabili veliko denarja in časa za dokazovanje škodljivosti konoplje. Čas je, da se v medicini lotimo tudi raziskovanja in uporabe njenih blagodejnih učinkov, namenjenih potrebam nekaterih bolnikov. Da bi se kanabinoidna zdravila vrnila v medicino, pa je potrebno ne le znanstveno-strokovno, temveč predvsem politično delovanje.

#### Literatura:\*

1. Grant I et al. Medical marijuana: clearing away the smoke. *Open Neurology Journal* 2012; 6: 18–25.
2. Hazekamp A et al. The Medicinal Use of Cannabis and Cannabinoids—An International Cross-Sectional Survey on Administration Forms. *Journal of Psychoactive Drugs*, 2013; 45 (3), 199–210.
3. Ben Amar M. Cannabinoids in medicine: A review of their therapeutic potential. *J Ethnopharmacol.* 2006; 105: 1–25.
4. National Academy of Sciences, Institute of Medicine. *Marijuana and Medicine:*

*Assessing the Science Base.* Washington, DC: National Academy Press, 1999.

5. Russo EB. Taming THC: potential cannabis synergy and phytocannabinoid-terpenoid entourage effects. *Br J Pharmacol.* 2011 Aug; 163(7): 1344–1364.
6. College of Physicians and surgeons of British Columbia. *Professional Standards and guidelines - Marijuana for Medical Purposes*, May 5, 2015.
7. Šolmajer L. Propaganda za legalizacijo marihuane: je le-ta res dobra kot kruh in univerzalno zdravilo, ali se moramo le spomniti izkušenj iz preteklosti. *Revija ISIS*, maj 2015: 24–29.
8. Hallam C, Taylor DB, Jesma M. Scheduling in the international drug control system. *IDPC, Series on Legislative Reform of Drug Policies No 25.* 2014.
9. Milčinski L, Tomori M, Hočevar F. Droge v svetu in pri nas. Ljubljana: DE, 1983.
10. Arnao G. Cena birokracije v boju proti drogam. In: Taradash M (ed.). *Cena prohibicije drog- prispevki iz mednarodnega antiprohibicionističnega foruma*, Bruselj, 1988. Ljubljana: NUK, 1993 (prevod).
11. Červek J et al. Možnosti zdravljenja maligne bolezni s kanabinoidi. *Onkologija – tarčna zdravila, Lekarniška zbornica Slovenije*, 2015.

\* Več strokovnih informacij o učinkih in vplivih medicinske konoplje na zdravljenje in bolezni: [www.drugabuse.gov/publications/research-reports/marijuana](http://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/marijuana)

- [www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/marijuana](http://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/marijuana)
- [www.drugabuse.gov/marijuana-research-nida](http://www.drugabuse.gov/marijuana-research-nida)
- [www.drugabuse.gov/drugs-abuse/marijuana/nida-research-therapeutic-benefits-cannabis-cannabinoids](http://www.drugabuse.gov/drugs-abuse/marijuana/nida-research-therapeutic-benefits-cannabis-cannabinoids)

## Zdravnik in mediji – kdaj je komunikator lahko v pomoč zdravnikom?

Polona Lečnik Wallas, univ. dipl. soc., ZZS  
[polona.wallas@zss-mcs.si](mailto:polona.wallas@zss-mcs.si)

*Pred kratkim je zdravnik specialist obiskal Zdravniško zbornico Slovenije zaradi medijskih objav o njegovem pacientu, ki je utrpel prizadetost kot posledico operativnega posega.*

*Namesto da bi se zaplet odvil v dialogu v strokovnih krogih, stran od oči javnosti, so mediji svoj proces začeli na spletnih straneh. Primer se je kot požar širil na vse ostale časopise,*

*televizije in medijski pritisk je postal nevzdržen. Kdo lahko v takem primeru pomaga zdravniku? Kdo se mora odzvati in na kakšen način? Je resnica medijem sploh pomembna? Kdo lahko pomaga zdravnikom pri odnosih z mediji?*

## PR v zdravstvu v Sloveniji

Morda bolj kot kdaj koli prej, so oddelki za odnose z javnostmi v zdravstvenih zavodih povsem kadrovsko podhranjeni. Ne samo, da so redki zavodi, ki imajo zaposlenega komunikatorja za komunikacijsko podporo pri odnosih z mediji, marsikateri od njih

sta v svojem prispevku z naslovom **Kaj narediti z odnosi z javnostmi v zdravstvu** govorili o tem, da so odnosi z javnostmi v slovenskem zdravstvu dejansko Slovenija v malem: utrujeni od krize, ki se ne konča, depresivno trpeči v trenutnem stanju. Prof. Verčič nam je na posvetu neusmiljeno vrtel nož v rani: javno predstavljanje prakse odnosov z javnostmi

prelije v medije, je že veliko izgubljenega. Tedaj možnosti za ukrepanje pravzaprav ni, komunikacija z javnostjo se vodi samo še preko t.i. demantijev (popravljkov), mediji vročo temo širijo na različne komentarje, vidike, odzivanje pa postane defenzivno. Na izgubi so vsi, tako zdravnik, zdravstveni zavod kot tudi bolnik in svojci, saj stalen pritisk medijev in odpiranje ran povzroča hudo stisko.

Kot pravi Milena Zupanič v prispevku Zdravniki v luči dobrih in slabih novic, je kriminalizacija zdravniškega dela v času ekonomske krize prišla izredno prav. Do novinarjev prihaja ogromno javno izrečenih opozoril in namigov o tem, kaj vse zdravniki delajo narobe. Informacije posredujejo tudi bolniki, ki postajajo zaradi splošne družbene klime vse bolj nezadovoljni na vseh področjih, tako z mediji kot tudi z zdravniki. Izpostavlja, da so se na slabšalo obravnavo zdravnikov pripeli tudi nekateri politiki in vsi, ki jim je to ustrezalo. V tem času, pravi Zupaničeva, je bila v povezavi z zdravstvom aktivna tudi protikorupcijska komisija. A sistemskih sprememb ni. Kot novinarka s 25-letnimi izkušnjami Zupaničeva ocenjuje, da so manevri proti zdravništvu izpeljani zato, da se preusmeri pozornost in se v državi poišče grešnega kozla, na katerega ljudje stresajo jezo zaradi izredno slabega ekonomskega položaja države.



ima tudi neustrezen položaj in deluje kot nekakšen boljši administrativni delavec. Velikokrat se zdi, da vodstvo samo ne ve, kaj bi počelo s komunikatorjem, velikokrat pa zaposleni sploh niso seznanjeni, kdaj in na kakšen način jim lahko oseba, odgovorna za medije, pomaga. V največji slovenski bolnišnici ima služba za odnose z javnostmi ustrezno mesto, komunikacija z mediji poteka preko nje, žal pa se morajo ukvarjati predvsem s kriznim komuniciranjem in tako zmanjkuje časa za dolgoročnojšo strategija upravljanja medijskih tem.

Na zadnjem posvetu komunikatorjev v zdravstvu, ki ga je organiziralo Združenje zdravstvenih zavodov, smo govorili točno o tem. Saška Trseglav (Združenja zdravstvenih zavodov) in Jana Bogdanovski (Bolnišnica Golnik)

v Sloveniji je slabo, še posebej kritično pa je v javnem sektorju, torej tudi v zdravstvu.

## So afere v zdravstvu zgolj preusmerjanje pozornosti z drugih, bolj pomembnih tem?

Omenjeni zdravnikov primer še zdaleč ni osamljen. Žal pa do zdravniške zbornice najpogosteje pridejo le tisti, ki so medijsko že povsem izpostavljeni, ko lahko tako komunikator kot zdravnik samo še nemočno gledata, kaj vse bo izbruhnilo iz spletnih objav ali drugih bolj rumenih novic. Ko se zgodba o konkretnem zdravstvenem primeru pacienta

## Kaj torej nudi PR zdravnikom?

Vsak zdravstveni zavod bi moral nuditi komunikološko podporo zdravniku, ki se znajde v krizni situaciji. V kolikor zavod nima svojega komunikatorja, bi moral najeti zunanjo agencijo ali svetovalca. Zdravnikom mora biti omogočena komunikološka podpora! Komunikacija z novinarji mora potekati preko enega kanala in ne vse povprek. Komuniciranje z novinarji bi se moralo začeti veliko prej, preden vznikne kriza. Pozitivna publiciteta, predstavitev timov, dnevi odprtih vrat, na katere je

povabljeni širša javnost, bi morali postati stalnica v naši družbi. Večje bolnišnice v tujini komunicirajo tudi preko družabnih omrežij, pri nas to ostaja na enostavni ravni. Nekaj nasvetov, kaj lahko komunikator stori za vas:

### **1. Skrb za hitro obveščanje javnosti**

Novinarji isti hip, ko izvedo za »dogodek«, začnejo z iskanjem informacij, na teren pošljejo ekipe ter odidejo na kraj »dogajanja«. Komunikator mora voditi komunikacijo z novinarji, poiskati ustrezne sogovornike in zdravnikom pomagati pri oblikovanju izjave.

### **2. Posredovanje informacij naj poteka nadzorovano**

Odgovorna oseba za komuniciranje mora zagotoviti informacije takoj, zato so prvi trenutki izredno pomembni. V kolikor informacije niso na voljo, bodo v ospredje stopile govornice, pričevanja mimoidočih ali pa celo povsem nepreverjene informacije, ki lahko povzročijo zmedenost in še

večjo škodo. Oseba, zadolžena za novinarje, jih mora oskrbovati z verodostojnimi informacijami iz zdravstvenega zavoda.

### **3. Zdravnik pred kamerami in mikrofoni**

Med vzpostavljanjem sistema za obvladovanje krizne situacije nastopi čas za prvo uradno izjavo, ki jo mora dati kredibilna in odgovorna oseba. Gre za seznanitev javnosti s potekom dela, s procesi, z uvedbo ukrepov, z morebitnimi novimi okoliščinami. Pomembno je, da zdravnika, ki je del krizne situacije, ne izpostavljamo prvim uradnim izjavam. V ospredje naj stopi direktor zavoda ali predstojnik oddelka. Pomembna je informacija o stanju ostalih bolnikov na oddelku in o nemotenem zagotavljanju njihove varne in kakovostne obravnave.

### **4. Zgodba je srce novinarskega poročanja**

Izredni dogodki so čustveni dogodki za vse udeležence, tako paciente, njihove svojce kot za tiste, ki

so izvajali zdravstveno dejavnost. Novinarsko poročanje izhaja iz osebne zgodbe posameznika; novinarji bodo poleg golih dejstev in podatkov poročali tudi o čustvenem stanju prizadetih in občutkih vseh, ki so bili del dogodka.

### **5. Po dogodku se medijski cirkus šele prične**

Čas po dogodku je čas podrobnejše analize. To je obdobje javne analize, pogleda nazaj, usmerjenega z rešitvami v prihodnost. Prav je, da porazdelimo govorce in pred medije postavimo tudi druge predstavnike zdravniške stroke. Izredno pomembno je načrtovanje medijskega dogajanja. Raje kot novinarsko konferenco omogočimo posamezne intervjuje, s tem pa javnosti omogočimo pogled v proces dela in lažje razumevanje poslanstva, ki ga opravlja zdravnik. Odgovorna oseba za komuniciranje vam mora svetovati, kdaj je vsebina primerna za novinarsko konferenco, kdaj za pisno izjavo ali pa za popravek.

## **KODEKS ZDRAVNIŠKE ETIKE**

### **Spoštovane kolegice in kolegi,**

po sklepu Skupščine ZZS v decembru 2014 sem prevzel koordinacijo delovne skupine, ki naj sedaj veljavni Kodeks medicinske deontologije dopolni ali pa pripravi novo besedilo. Novi kodeks naj bi bil krajši, preglednejši, brez nepotrebnih omejitev ali moraliziranja ter prilagojen sodobnemu času.

V delovni skupini, katere jedro so člani Odbora za pravno-etična vprašanja, smo imeli v preteklih mesecih vrsto sestankov in pisnih posvetov. Poskus prenove starega kodeksa ni stekel, zato smo pregledali številne tuje kodekse zdravniške etike in pripravili novo besedi-

lo. Pred nami je predlog novega kodeksa, najdete ga na intranetu Zdravniške zbornice Slovenije [www.zdravniskazbornica.si/](http://www.zdravniskazbornica.si/) (zadnje novice).

Vse člane zbornice vabim, da mi po elektronski pošti napišejo pripombe. V septembru bomo organizirali javno razpravo, kjer bomo besedilo še enkrat pregledali in nato usklajeno besedilo predlagali skupščini zbornice v potrditev in sprejem. Datum javne razprave bomo sporočili v zborničnem Biltenu.

Vnaprej hvala za vašo pomoč

*Prof. dr. Matjaž Zwitter*  
[matjaz.zwitter@guest.arnes.si](mailto:matjaz.zwitter@guest.arnes.si)

# | Opravljeni specialistični izpiti

**Boris Ban**, dr. med., specialist anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine,  
izpit opravil 25. 2. 2015

**Ljudmila Bren Bregar**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 24. 3. 2015

**Branka Cepić**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 24. 3. 2015

**Mario Fafangel**, dr. med., specialist javnega zdravja, izpit opravil s pohvalo 12. 3. 2015

**Anja Hvalc**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 24. 3. 2015

**Urška Gašparut**, dr. med., specialistka interne medicine, izpit opravila 23. 1. 2015

**Eva Jakopin**, dr. med., specialistka nefrologije, izpit opravila 27. 3. 2015

**Sara Kavčič**, dr. med., specialistka interne medicine, izpit opravila 16. 1. 2015

**Metka Klemenšek**, dr. med., specialistka ginekologije in porodništva, izpit opravila s pohvalo 9. 1. 2015

**Gregor Kralj**, dr. med., specialist družinske medicine, izpit opravil 24. 3. 2015

**Amira Lazić**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 24. 3. 2015

**Nenad Martinović**, dr. med., specialist družinske medicine, izpit opravil 24. 3. 2015

**Maja Martinuč Bergoč**, dr. med., specialistka nefrologije, izpit opravila s pohvalo 30. 1. 2015

**Matjaž Merc**, dr. med., specialist ortopedske kirurgije, izpit opravil s pohvalo 23. 1. 2015

**Elvira Miftakhova**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 24. 3. 2015

**Katja Miličević**, dr. med., specialistka ginekologije in porodništva, izpit opravila 14. 1. 2015

**Mitja Mlakar**, dr. med., specialist družinske medicine, izpit opravil 24. 3. 2015

**Andrejka Močnik**, dr. med., specialistka pediatrije, izpit opravila 7. 10. 2014

Asist. dr. **Katarina Odar**, dr. dent. med., specialistka patologije, izpit opravila 3. 2. 2015

**Kristjan Omahen**, dr. med., specialist travmatologije, izpit opravil s pohvalo 20. 1. 2015

**Mihael Pagliaruzzi**, dr. med., specialist interne medicine, izpit opravil 4. 2. 2015

**Vid Pivec**, dr. med., specialist splošne kirurgije, izpit opravil s pohvalo 27. 3. 2015

**Renata Plesnik**, dr. dent. med., specialistka čeljustne in zobne ortopedije, izpit opravila 31. 3. 2015

**Blaže Podnar**, dr. med., specialist urologije, izpit opravil s pohvalo 2. 2. 2015

**Alenka Potrč**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 24. 3. 2015

**Nevenka Prevodnik**, dr. med., specialistka psihiatrije, izpit opravila s pohvalo 28. 1. 2015

**Maja Pušnik Vrčkovnik**, dr. med., specialistka interne medicine, izpit opravila 27. 3. 2015

**Matej Rakuša**, dr. med., specialist interne medicine, izpit opravil 19. 2. 2015

**Petra Ropič**, dr. med., specialistka urgentne medicine, izpit opravila 27. 1. 2015

**Nataša Spasojević**, dr. med., specialistka fizikalne in rehabilitacijske medicine, izpit opravila 4. 2. 2015

**Polona Studen Pauletić**, dr. med., specialistka splošne kirurgije, izpit opravila 20. 2. 2015

**Samir Šabić**, dr. med., specialist družinske medicine, izpit opravil s pohvalo 24. 3. 2015

**Nadja Šinkovec**, dr. med., specialistka javnega zdravja, izpit opravila 25. 2. 2015

**Uršula Tišler**, dr. med., specialistka anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine,  
izpit opravila 23. 2. 2015

**Vesna Vasić**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 24. 3. 2015

**Barbara Vencelj**, dr. med., spec., specialistka urgentne medicine, izpit opravila s pohvalo 23. 3. 2015

**Alena Vernikouskaya**, dr. med., specialistka interne medicine, izpit opravila 27. 3. 2015

**Sabina Zadel**, dr. med., specialistka urgentne medicine, izpit opravila s pohvalo 4. 3. 2015

**Aleksandra Zver**, dr. med., specialistka pediatrije, izpit opravila s pohvalo 26. 2. 2015

**Marko Žličar**, dr. med. specialist anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine,  
izpit opravil s pohvalo 18. 9. 2014

**Čestitamo!**

## Klopni meningoencefalitis: začenja se informacijska kampanja za cepljenje

Prevod in priredba: Marjan Kordaš, Ljubljana  
[marjan.kordas@mf.uni-lj.si](mailto:marjan.kordas@mf.uni-lj.si)

Letošnja informacijska kampanja za cepljenje proti klopnemu meningoencefalitisu se začne z motom »Nobena zvezna dežela ni brez klo-pov«; ponovno naj bi opozorila na dejstvo, da zaščiti le pravilno cepljenje. »Delež pravilno cepljenih oseb je

glede na desetletno primerjavo tako nizek, kot še nikoli doslej,« je na tiskovni konferenci ob začetku kampanje izjavil Rudolf Schmitzberger, poverjenik za cepljenje pri Avstrijski zdravniški zbornici. Popolno imuniziranih je samo 46 odstotkov Avstrijcev;

leta 2011 je bila precepljenost kar 70-odstotna. Do 31. julija letos bo cepivo proti klopnemu meningoencefalitisu na voljo v vseh lekarnah po nižani ceni: za odrasle 34,40 EUR, za otroke 29,80 EUR.

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

## Zahodna Afrika: grozi širjenje nalezljivih bolezni

Prevod in priredba: Marjan Kordaš, Ljubljana  
[marjan.kordas@mf.uni-lj.si](mailto:marjan.kordas@mf.uni-lj.si)

V državah Sierra Leone, Gvineja in Liberija, ki jih je najbolj prizadela epidemija ebole, grozi širjenje drugih nalezljivih bolezni. Skupina raziskovalcev okoli Saki Takahashi z univerze Princeton (Zvezna država New Jersey, ZDA) svari, da bo zaradi teh bolezni umrlo morda več ljudi kot pa zaradi ebole. Vzrok za to je dejstvo, da se zaradi epidemije ebole niso izvajali redni programi cepljenja, kot npr.

cepljenje proti ošpicam. Navedeni raziskovalci poročajo, da ob začetku epidemije ebole ni bilo proti ošpicam cepljenih približno 778.000 otrok. Od teh se jih je ob izbruhu ošpic okužilo kar 127.000. Ob domnevi, da se je ob epidemiji ebole precepljenost zmanjšala za 75 odstotkov, se je število necepljenih otrok, mlajših od pet let, vsak mesec povečalo v povprečju za 19.500. Po tem izračunu naj bi bilo

necepljenih več kot 1 milijon otrok. Če bi prišlo do izbruha ošpic, bi zbolelo 227.000 ljudi, od katerih bi jih morda 16.000 umrlo. Tudi pri drugih boleznih, katerim bi se bilo mogoče izogniti, kot so npr. otroška paraliza, oslovski kašelj in tetanus, raziskovalci domnevajo, da se je precepljenost zmanjšala. Verjetno bo trajalo še zelo dolgo, preden si bodo zdravstveni sistemi v prizadetih deželah opomogli.

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

## Ko zdravje postane merljivo

Prevod in priredba: Marjan Kordaš, Ljubljana  
[marjan.kordas@mf.uni-lj.si](mailto:marjan.kordas@mf.uni-lj.si)

Kronične bolezni so trenutno vzrok za dve tretjini vseh smrtnih primerov na svetu in so v bistvu posledica

nezdravega sloga življenja. Če torej »common style of life« naredi človeka bolnega, morajo biti na voljo takšni

slogi življenja, ki človeka naredijo zdravega. V ta namen pa mora biti zdravje merljivo, da ga lahko ciljno usmerimo. Natančno merjenje posameznih parametrov omogoči odkrivanje, razumevanje in zdravljenje bo-

lezni. Vendar ne tako, da bi poskusili stanje zdravja »diagnosticirati«.

Pri zdravem človeku se srce nenehno odziva kot »hight-tech« instrument na notranje in zunanje signale. Ta pojav imenujemo variabilnost utripa srca (heart rate variability, HRV).

Variabilnost utripa srca merimo prek EKG, ki ga snemamo dlje časa, najmanj 5 minut. HRV se lahko izrazi bodisi v časovni domeni (npr. standardna deviacija razdalj R-R) ali v frekvenčni domeni (frekvenčni spekter).

Trenutno je na voljo oprema, ki je manjša od škatlice vžigalic in ki prek ustreznih tipal lahko posname podatke v času, ki je dolg do 100 ur. Podatki

se lahko prek ključa USB po internetu pošljejo v obdelavo. Končni rezultat je mogoče izraziti kot v šoli (ocena 1–5) ali barvno, kot pri semaforju (zelena/rumena/rdeča).

Pri vegetativni funkcijski diagnostiki prek meritve HRV se je izkazalo za posebno učinkovito, če se rezultat prikaže v obliki ognja. »Življenjski ogenj« tako vodi v pozitivno motivacijo preiskovanca...

*Vir: Ärzte EXKLUSIV 04/15*

**Opomba:** Ob imenu avtorja članka je telefonska številka, naslov elektronske pošte ter internetni

naslov ([www.autonomhealth.at](http://www.autonomhealth.at)) njegovega podjetja. Seveda sem si ogledal ponudbo storitev (ki vključuje tudi kolesarjenje) ter prebral običajne FAQ. Članek je v bistvu reklama, storitev pa podobna tisti, ki jo avtomatično prejme kupec bolj izpopolnjenega merilca frekvence srca. Npr. znamka Polar je že pred leti omogočala meritev HRV s takojšnjo oceno stopnje *fitness*, žal brez možnosti opazovanja ognja na zaslonu... Sicer pa je v timu tudi frizerka, ki skrbi, da so pacienti urejeni od glave do pet. Raznih storitev nisem znal razvozlati, cene pa so nekako od 400 do več kot 2000 EUR...

## Sprejemni test za študij medicine: več kot 14.000 prijav

Prevod in priredba: Marjan Kordaš  
[marjan.kordas@mf.uni-lj.si](mailto:marjan.kordas@mf.uni-lj.si)

Do konca prijavnega roka za sprejemni postopek (*Aufnahmeverfahren MedAT*) medicinskih univerz na Dunaju, v Innsbrucku in Gradcu ter na Medicinski fakulteti Univerze Johannesesa Keplerja v Linzu (JKU) se je prijavilo več kot 14.000 kandidatov. V primerjavi s preteklim letom

(12.606 prijav) to pomeni kar 1400 več. Za študij humane in zobne medicine je zdaj na voljo 1560 študijskih mest, od tega 740 za medicinsko univerzo na Dunaju, 400 za Innsbruck, 350 za Gradec ter 60 za Medicinsko fakulteto v Linzu (JKU). Sprejemni test bo izveden v Avstriji

na več mestih hkrati dne 3. julija 2015.

*Vir: Österreichische Ärztezeitung št. 8, 25. april 2015*

**Opomba:** Univerza Johannesesa Keplerja v Linzu ima štiri fakultete, od katerih je medicinska najmlajša in je bila ustanovljena leta 2014. Pouk poteka v sodelovanju z Medicinsko univerzo v Gradcu.

## Hepatitis: povečati precepljenost

Prevod in priredba: Marjan Kordaš  
[marjan.kordas@mf.uni-lj.si](mailto:marjan.kordas@mf.uni-lj.si)

Kar zadeva precepljenost proti hepatitisu A in B, je Avstrija še precej oddaljena od svojega cilja dobre precepljenosti. Po podatkih iz ankete več kot 40 odstotkov prebivalstva ni cepljenega ali je bilo cepljenje nezadostno. Avstrijski načrt cepljenja od leta 1997 dalje priporoča cepljenje proti

hepatitisu B. V Avstriji je vsako leto do 1500 novih bolnikov s to boleznijo. Četudi velja hepatitis A za bolezen popotnikov, približno 60 odstotkov vseh okužb nastane znotraj Avstrije. Najbolj prizadeti so majhni otroci, zato je cepljenje proti hepatitisu A priporočljivo pred sprejemom v vrtec.

Da bi se precepljenost povečala, poteka v avstrijskih lekarnah cepilna akcija: cepivo proti hepatitisu A stane za odrasle oz. majhne otroke 38,90 EUR oz. 28,75 EUR. Kombinirano cepivo proti hepatitisu A in B stane za odrasle oz. majhne otroke 59,90 EUR oz. 37,90 EUR.

*Vir: Österreichische Ärztezeitung št. 8, 25. april 2015*

## Poletna šola mladih nevrologov

Miloš Đorđević, dr. med., specializant nevrologije, UKC Maribor

*Na Češkem je od 7. do 10. maja potekala šola mladih nevrologov (Spring School for Young Neurologists). Šola je bila organizirana v majhnem mestu Stare Splavy, ki je približno 90 km od Prage na obali Mahovega jezera. Na Češkem je to znan turistični center z množico staromeščanskih vil. Šolo je pripravila Evropska akademija za nevrologijo (EAN). Udeležilo se je približno 120 mladih nevrologov iz praktično vseh koncev sveta. Tradicionalno je bilo največ udeležencev iz Rusije, Ukrajine in Romunije. Precej udeležencev je bilo tudi iz Uzbekistana. Pridružili so se še mladi zdravniki iz neevropskih držav, in*

*sicer Tunizije, Maroka in Kameruna. Iz Slovenije smo se šole udeležili specializanti iz Ljubljane, Celja in Maribora, in sicer: Maša Hafner, Ninna Kozorog, Eva Županič, Peter Trdina, Andrej Gubenšek in Miloš Đorđević.*

Dopoldne so potekala plenarna predavanja, popoldne pa smo bili razdeljeni v skupine in v njih aktivno sodelovali. Udeleženci so v štirih dneh slišali zanimiva predavanja s področja nevrotravmatologije, višjih živčnih dejavnosti in nevroonkologije. Prof. Ivana Štetkarova je predavala o diagnostiki in načinu zdravljenja spinalnih poškodb ter o svojih izkušnjah na Češkem in v ZDA. Popoldne smo slišali njeno predavanje o zmanjševanju popoškodbene spastičnosti udov. Prof. Denis Kaeh nas je še





enkrat spomnil na možnosti in omejitve zdravljenja nevrokirurških bolnikov. Predstavil nam je tudi zdravljenje spastičnosti s pomočjo baklofenske črpalke. Prof. Taras Skoromec iz Sankt Peterburga je predaval o zdravljenju popoškodbenega hidrocefalusa ter o načinih rehabilitacije v njihovem centru.

Drugi dan je bil rezerviran za nevrokognitivno znanost. Prof. Imre Širmaj je govoril o jezikovnih motnjah. Prof. Rejnhold Šmit je predstavil novo razdelitev demenc ter nove metode diagnostike. Dopoldne je prof. Olivije Godfroya predaval o diseksekutivnem sindromu. Popoldne je na delavnicah predstavil primere iz svoje klinične prakse. Najbolj zanimiv primer je bil bolnik, pri katerem se je razvil diseksekutivni sindrom. S slikovno diagnostiko so nato ugotovili možganski tumor.

Tretji dan je bil namenjen nevroonkologiji. Prof. Urlih Relke je pojasnil svoj pristop do zdravljenja možganskih tumorjev ter uporabo

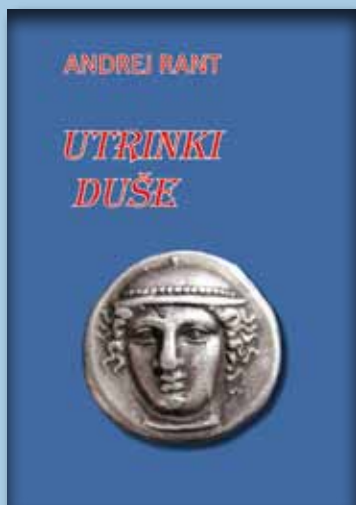
protiepileptičnih zdravil. Profesor odsvetuje preventivno uporabo protiepileptičnih zdravil po operaciji možganskih tumorjev, ker so bili rezultati vseh študij negativni. Prof. Rikardo Sofieti je predaval o diagnostičnih postopkih in terapiji možganskih metastaz, s posebnim poudarkom na primarnih limfomih centralnega živčevja. Kot zadnji je prof. Tomas Hundsberger predaval o diagnostičnih pristopih ter zdravljenju meningeomov in ostalih intrakranialnih tumorjev. Zadnji dan smo imeli praktično predstavitev, kako pridobiti štipendijo evropskih skladov.

Šola ni bila namenjena samo nevrologiji, temveč tudi druženju. Udeleženci smo obiskali grad Mniho-Hradišče iz 17. stoletja. V njegovi knjižnici so še vedno shranjeni spomini Giacoma Casanove ter rokopisi astronomov Tycha Braheja in Johanesa Keplerja. Na gradu je bila organizirana večerja s plesom. Vsestranskost nevrologov je potrdil profesor

Kaeh, ki je skupaj z ostalimi glasbeniki igral rokenrol in džez glasbo.

Večina udeležencev nas je po strmi poti in v močnem dežju obiskala tudi Bezdežki grad, kjer se z obzidja ponuja lep razgled na celotno okolico. Zadnji dan so nas domačini popeljali v Prago, kjer smo na njenih mostovih in ulicah razgledali o pomenu zlate Prage. Kljub natrpanemu urniku smo našli čas za prijateljske pogovore. Primerjali smo tako strokovne kot vsakdanje izkušnje iz svojih držav. Ostalo nam je tudi nekaj časa za pokušanje znanih čeških piv.

Šola mladih nevrologov je ponovno izpolnila svoj cilj in mladim z vsega sveta omogočila dodatno izobraževanje, izmenjavo mnenj ter nam odprla nove poglede. Na koncu bi se zahvalili vodstvu Združenja nevrologov Slovenije, ki nas je podprlo pri naši prijavi, ter organizatorjema prof. Pavlu Kalvahu in Magdi Dohnalovi za odlično organizirano šolo. Udeleženci upamo, da se je bomo lahko še kdaj udeležili.



Kresnice iz lesov se dvigajo,  
pod zvezdno nebo,  
v dušo misli segajo;  
kje smo in kam gremo?

(Kresnice, zbirka »Utrinki duše«)

### Vabilo na predstavitev pesniške zbirke Andreja Ranta

Zdravniška zbornica Slovenije vabi ljubitelje pesniške besede na predstavitev pesniške zbirke »UTRINKI DUŠE« Andreja Ranta, dr. dent. med., ki bo v **četrtek, 16. julija 2015, ob 19. uri** v avli **Domus Medica**, Dunajska c. 162, Ljubljana.

*Prisrčno vabljeni!*

Knjigo lahko naročite pri avtorju, e-naslov:  
andrej.rant@yahoo.com ali tel.: 041 518 022. Cena je 25 EUR.

# Spoštovani doktor Vlahović, spoštovani kolegi!

Z zanimanjem sem začel in z razočaranjem končal branje vašega prispevka »pripomb na pravilnik o službi nujne medicinske pomoči«.

Sodeč po vašem videnju predloga pravilnika, bi moralo biti naše bolnike strah, v kakšnem sistemu NMP (nujne medicinske pomoči) bodo oskrbovani v prihodnje.

Kot predsednik delovne skupine pri Ministrstvu za zdravje RS, ki je podala ta predlog novega pravilnika o NMP, bi vas in širšo (strokovno) javnost rad pomiril, da nikakor ne bo tako, predvsem pa jasno izrazil, da je najslabši možen izid sedanje razprave capljanje ne mestu in mnogokje počasno nazadovanje, kakor do sedaj.

Sodelujoči v delovni skupini za pripravo pravilnika smo v zadnje pol leta vložili ogromno naporov v pripravo tega predloga pravilnika, v zadnjem mesecu pa opravili tudi ogromno obiskov in pogovorov na terenu ter med politiko glede koncepta, razvoja ter podrobnosti predloga pravilnika NMP. Verjamemo, da smo tako odgovorili na mnoga vprašanja.

Vse pripombe in predloge k predlogu pravilnika smo v delovni skupini pregledali (poslanih je bilo več kot 200 predlogov), za kar se vsem predlagateljem iskreno zahvaljujemo!

Presenetljivo (ali morda ne) je velika večina (strokovnih) deležnikov v pogovorih za »zaprtimi vrati« izrazila podporo konceptu in pozdravila ter potrdila *potrebo po spremembah*.

Javno je zadeva prerastla v politično obračunavanje, ki ne koristi nikomur, še najmanj razvoju sistema NMP.

Da bralcev ne bi preveč zamorili s podrobnostmi, bi želel odgovoriti le na nekaj najbolj perečih vprašanj oz. pripomb, ki jih je izpostavil doktor Vlahović:

- Kakor določa začetni predlog pravilnika, so vse spremembe predvidene postopno, najmanj tekom let, nekatere celo desetletij, v skladu s prehodnimi določbami.

- Oskrba bolnikov na terenu nikjer ne bo »prepuščena« drugim zdravstvenim delavcem, še najmanj »tehniku reševalcu«, oz. le-ti ne nadomeščajo prisotnosti zdravnika na terenu, ne »na periferiji«, niti v mestih!

Zdravnik na terenu ostaja po celotni Sloveniji, četudi ne bo aktiviran ob vseh aktivacijah, ker za to enostavno ni potrebe – to dokazujejo tuje

izkušnje, to nakazujejo že obstoječi slovenski podatki. Odločitev o najprimernejši ekipi za izvoz bo sprejel dispečer na podlagi analize klica po slovenskem dispečerskem indeksu, ki je povzet po (validiranem) norveškem dispečerskem indeksu.

Prav tako je popolnoma neupravičen strah pred podaljšanjem odzivnih časov, še posebej ob dejstvu, da zares objektivnih podatkov do sedaj nimamo (zdravniki jih vpisujemo sami). Na vseh mestih izvoza reševalnih vozil ostajajo reševalna vozila tudi v prihodnje, kvečjemu je nekaj krajev izvoza še dodanih!

Predlagan je *najdaljši* še sprejemljiv čas, ki mora biti zagotovljen v najmanj 80 odstotkih.

Seveda se je treba truditi, da bodo časi krajši, zato z jasno postavljenimi mejami dopustnosti samozaveza k spremembi mreže v prihodnje, v skladu s podatki dispečerske službe!

Problem dolgih dostopnih časov ruralno lahko (skupaj!) rešimo *le* z vključitvijo prvih posredovalcev v sistem aktivacije NMP!

Podrobnosti načina aktivacij mobilnih enot ureja ločen pravilnik o dispečerski službi zdravstva.

– Podobno podrobnosti delovanja in organizacije (novograjenih) urgentni centrov določa »enotna metodologija organizacije urgentnih centrov«, pripravljena vzporedno in sočasno s predlogom pravilnika.

Pripombe in strah, izvirajoč iz 6. člena predloga pravilnika, so nepotrebni, ker Priloga 3 (o ustreznih znanjih in usposobljenosti) velja za delo v *mobilnih* enotah (zaključni stavek Priloge 3 in 21. člen/1. točka).

Isti nabor zahtevanih znanj (iz Priloge 3) seveda *ne* more veljati za kolege drugih specialnosti, ki delujejo v urgentnih centrih (večinoma na prehodnih deloviščih, pa tudi redno); *najprej*, specialistov urgentne medicine je še veliko premalo, zato bodo nosilci dejavnosti na sprejemnih oddelkih bolnišnic še leta kolegi internisti, kirurgi, anesteziologi in ostali, ki to delo opravljajo že sedaj.

To potrjuje 8. člen v 4. točki, ko govori o sestavi ekip v urgentnih centrih.

Če je bila ta dikcija nejasna, jo bomo snovalci spremenili.

Zahteva po »dodatnem usposabljanju« iz Priloge 3 ne velja za specialiste urgentne medic-

ne – ker je to nabor njihovega osnovnega usposabljanja, že vključenega v program specializacije urgentne medicine. Kamor je vključenih tudi 5 mesecev kroženja na oddelku za anesteziologijo, 5 mesecev kroženja na oddelku za intenzivno interno medicino, 3 mesece kroženja v intenzivni kooperativni sobi ter 2 meseca

kroženja na odd. za intenzivno pediatrično medicino.

Kar je z večine vidikov natanko toliko več, kolikor imajo podobnih (»intenzivističnih«) kroženj in posegov v programu specializacije kolegi drugih specialnosti (razen anesteziologov), ki že sedaj opravljajo delo v NMP, tako izven kot v nekate-

rih primerih tudi na sprejemnih oddelkih bolnišnic.

S kolegalnimi pozdravi

*Gregor Prosen, spec. urgentne med.,  
Fellow of European board of emergency medicine (FEBEM)*

## Pripombe na pravilnik o službi nujne medicinske pomoči oz. ali res še ni napočil čas za spremembe?

Mag. Renata Rajapakse, dr. med., članica delovne skupine za pripravo izhodišč in analize za reorganizacijo in oblikovanje nove mreže službe nujne medicinske pomoči Ministrstva za zdravje

[rr.snmp@gmail.com](mailto:rr.snmp@gmail.com)

V prejšnji številki revije Isis je bil objavljen obsežen prispevek prim. mag. Dušana Vlahovića s pripombami na osnutek pravilnika o službi nujne medicinske pomoči (v nadaljevanju: NMP). Kolega poznam in spoštujem kot strokovnjaka na svojem področju, vem, da ima kot anesteziolog veliko izkušenj z delom v urgentnem bloku UKC Ljubljana, ki sprejema najtežje poškodovance iz celotne Slovenije. Zato bi bila z njegove strani poleg kritik zelo vesela konkretnih, dobrih predlogov za izboljšanje osnutka pravilnika, posebno v delu, ki se nanaša na delovanje urgentnih centrov. Namen novega pravilnika je izboljšanje sedanjega sistema in pozitivni predlogi bi bili za doseg tega cilja več kot dobrodošli. Zato mi je žal za negativističen način pisanja, v katerem se ob nerazumevanju osnutka pravilnika iščejo samo morebitne pomanjkljivosti in se člani interpretirajo po svoje, spet z negativnimi zaključki. Tipičen primer je razprava v zvezi s 6. členom predloga pravilnika. Ta člen ne določa pogojev za delo za

zdravnike v urgentnih centrih (UC), kar je iz dikcije člena tudi jasno, saj UC v tem členu sploh nikjer ni omenjen. Predpisane so vsebine usposabljanja, ne pa oblika usposabljanja. Škoda, da se kolega ni udeležil katere od predstavitev pravilnika, saj bi tako lahko pojasnil številna odprta vprašanja. Morda je razumevanje nekoliko težje tudi zato, ker je doktor Vlahović »bolnišnični« zdravnik in se do sedaj ni ukvarjal z vsebino dosedanjega pravilnika, ki ureja pravzaprav samo zunajbolnišnično službo NMP. Zavedati se moramo, da pravilnik lahko predstavlja le okvir za delovanje službe NMP, ne more pa določati vseh podrobnosti, ki jih je izpostavil doktor Vlahović. Konkretno in konstruktivne rešitve znotraj določb pravilnika so v rokah vodstev ustanov in oddelkov, kakovostno delo pa v rokah vseh nas, ki delujemo v sistemu NMP.

Žal mi je tudi za negativno stališče do specialistov urgentne medicine, ki veje iz prispevka doktorja Vlahovića. Specialisti posameznih strok oskrbujejo paciente v skladu s svojim podro-

čjem specializacije. Specialisti urgentne medicine imajo seveda svoje mesto v oskrbi urgentnih pacientov. Iz vsebine specializacije iz urgentne medicine je jasna napačna trditev doktorja Vlahovića, da specialist urgentne medicine v okviru svoje specializacije samo dva meseca dela na oddelkih za anestezijo in intenzivno terapijo (v resnici pet mesecev anesteziologije in 12,5 meseca intenzivne terapije). Negativno stališče do specialistov urgentne medicine me preseneča tudi zaradi dejstva, da je Razširjeni strokovni kolegij za urgentno medicino, katerega član je bil tudi doktor Vlahović, že v letu 2012 sprejel stališče, da je nosilec dejavnosti v urgentnem centru specialist urgentne medicine, seveda v sodelovanju z drugimi specialisti.

Napačna je tudi trditev, da oskrbo prepuščamo medicinskim tehnikom reševalcem. Že izraz medicinski tehnik je napačen, pravilno je zdravstveni reševalec, ki je dodatno usposobljen zdravstveni tehnik. Poleg njega v ekipah deluje diplomirani zdravstve-

nik z visokošolsko izobrazbo. Ne glede na izraz, oskrbe ne prepuščamo zdravstvenim tehnikom ali diplomiranim zdravstvenikom, saj bo še vedno na vse nujne intervencije poslan tudi zdravnik. Res pa je, da bodo več pristojnosti dobili visoko izobraženi reševalci, diplomirani zdravstveniki, saj imajo vendar visokošolsko izobrazbo z 2640 urami strokovnih vsebin obravnave ogroženega pacienta in nato v okviru sistema NMP še dodatna usposabljanja. Prav tako ne odrekamo zdravniške oskrbe nikomur, saj bo še vedno na vse nujne intervencije poslan tudi zdravnik.

**Povsod po svetu in v Evropi so prvi, ponekod pa tudi edini izvajalci NMP usposobljeni reševalci z bistveno večjimi pooblastili, tako glede posegov kot glede uporabe zdravil!** Uporaba zdravil, ki smo jih predvideli za diplomiranega zdravstvenika, je popolnoma jasna in algoritmična, omejena samo na oživljanje in hipoglikemijo.

Delo v NMP je timsko delo, vsak član tima ima svojo vlogo in svoje naloge. Zdravnik mora imeti v svoj tim zaupanje. Vzpostavitev tega zaupanja je odgovornost zdravnika, ki v timu skrbi za posredovanje znanja, usposabljanje, spodbujanje odgovornega samostojnega dela in kritičnega razmišljanja. Tako zdravnik svoj tim pozna in tudi dobro ve, v kolikšni meri so člani tima lahko samostojni.

V nadaljevanju na kratko predstavljam bistvene vsebine predloga pravilnika, pa si vsak bralec lahko sam ustvari mnenje o predlogu, ki je sicer po zaključeni javni razpravi smiselno vključil nekatere prejete predloge.

#### Kaj nam prinaša novi pravilnik o službi NMP?

1. Drugačen koncept organizacije in delovanja službe NMP
2. Nove gradnike sistema NMP
3. Elemente koordinacije
  - Dispečerska služba zdravstva
  - Triaža
4. Izobraževanje
5. Vodenje in nadzor
6. Ureditev zdravstvenega varstva na prireditvah

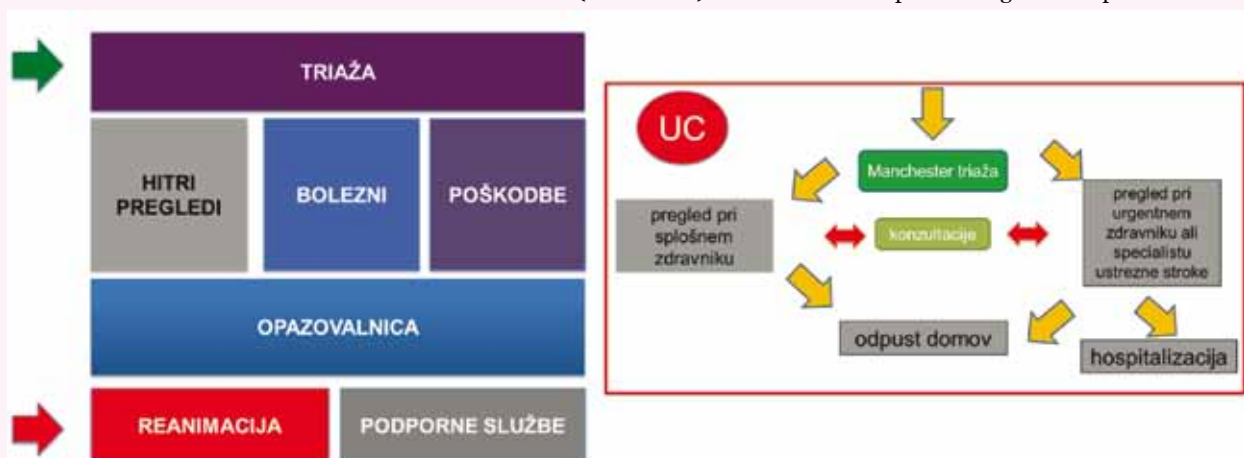
### Koncept organizacije in delovanja službe NMP

Danes zunajbolnišnični sistem NMP temelji na zdravnikih družinske medicine. Nujna in nenujna stanja se mešajo, izvajajo se tudi mrliški ogledi. Velika večina obiskovalcev ambulant NMP je nenujnih (660.000 obiskov v ambulantah NMP!). Družinski zdravniki, ki so preobremenjeni že s svojimi pacienti, izvajajo tudi NMP, večinoma istočasno (47 enot B-ok, B, A in A2) in le v manjšem delu ločeno od svojih ambulant (16 enot C in PHE). Oskrba pacientov je boljša v enotah, kjer zdravniki delajo stalno in samo v sistemu NMP (PHE-enote). Posame-

zni zdravnik v manjših enotah se z nujnimi stanji srečuje relativno redko. Reševalci danes delajo samo kot zdravnikovi sodelavci. V sistemu pa je vedno več diplomiranih zdravstvenikov (že po sedanjem Pravilniku bi jih moralo biti 50 odstotkov) z dodatnim znanjem, ki je v dobršni meri neizkoriščeno. Nimamo enotnega dispečerskega sistema in ni vzpostavljen sistem triaže (razen izjem).

Predlog novega pravilnika predvideva, da se v bodoče področji družinske in urgentne medicine ločita. Sistem NMP temelji na zdravnikih urgentne medicine, ki jih dopolnjujejo timi nujnih reševalnih vozil (NRV) z diplomiranim zdravstvenikom in zdravstvenim reševalcem s predpisanim znanjem in z določenimi kompetencami. Sistem NMP postane samostojno področje dela in zaposleni v NMP se ukvarjajo samo ali prvenstveno z NMP, kar pomeni, da so na tem ožjem področju bolj usposobljeni in bolj učinkoviti. S tem zagotovimo, da urgentni pacient dobi urgenten, enoten in kakovosten odziv, ne glede na to, v katerem delu države se mu nesreča zgodi!

Družinski zdravniki v okrepljeni mreži primarnega zdravstva na drugi strani zagotavljajo zdravstveno varstvo svojim in akutno zbolelim, a nenujnim pacientom med delovniki in ob vikendih v obliki dežurstva. Ti zdravniki se v sistem NMP vključijo le v izjemnih primerih kot zdravniki prvega pristopa do prihoda urgentne ekipe.



Pomembno vlogo v novem sistemu NMP bodo imeli reševalci, ki bodo delovali samostojno v nujnih reševalnih vozilih in v sodelovanju z zdravnikom v reanimobilih. Široka mreža nujnih reševalnih vozil bo omogočala kratke dostopne čase. Hkrati s tem pa se pojavi tudi novo dejstvo, da v začetku oskrbe kritično bolnega ali poškodovanega pacienta ni vedno prisoten zdravnik. Zato bo natančno določen nabor znanj, usposabljanje in pooblastila za delo za vse poklice zdravstvene nege, ki bodo delali v sistemu NMP.

Sistem deluje tako, da se vsi nujni klici sprejemajo v dispečerski službi zdravstva, ki ima stalen nadzor nad vsemi ekipami NMP na terenu s prikazom lokacije in statusa ekipe na zemljevidu. Po odločitvi o vrsti intervencije dispečer na kraj dogodka pošlje najbližje ustrezno prosto nujno reševalno vozilo. V primeru rdeče aktivacije, kjer je potrebna prisotnost zdravnika, pošlje na kraj reanimobil z zdravnikom. V kolikor je bližje prosta ekipa NRV, hkrati zaradi krajšega dostopnega časa pošlje tudi to ekipo, ki začne z oceno in oskrbo pacienta do prihoda zdravnika.

Hkrati z vzpostavitvijo nove mreže NMP se krepi tudi mreža družinskih zdravnikov, z zmanjšanjem števila izbranih pacientov na 1500. Na ta način omogočimo, da pacient v ambulanti družinske medicine dobi osebne zdravnika, ki bo zanj imel čas in ga ne bo odslovil zaradi istočasnega izvajanja NMP. Hkrati se lažje organizira dežurna služba za akutno zbolele. Tako lahko dosežemo sinergijo dela urgentnega in družinskega zdravnika, ki vsak s kakovostnim delom na svojem področju izboljšujeta oskrbo (skupnih) pacientov in tako pravzaprav razbremenjujeta drug drugega.

## Gradniki sistema NMP

**1. Urgentni centri (UC)** v bolnišnicah so strokovni in organizacijski nosilci sistema v svoji regiji. Dolgoročno so nosilci dejavnosti v UC specialisti urgentne medicine, vključujejo se tudi specialisti

drugih strok, ki sodelujejo v oskrbi urgentnih pacientov. Do takrat v UC delajo vsi zdravniki, ki že trenutno delajo na urgentnih oddelkih bolnišnic. V UC se vključijo tudi trenutne ekipe NMP (PHE/C), ki tako kot do sedaj še naprej izvajajo nujne intervencije na terenu. V UC se preseli dežurna služba najbližjega zdravstvenega doma, saj ni racionalno, da sta na razdalji nekaj sto metrov odprti dve »urgenci« – urgenca zdravstvenega doma in urgenca bolnišnice. Osnovni način organizacije in dela v vseh UC je enoten, različen je obseg kadrov, dodatnih služb in oddelkov glede na velikost UC. Konkretna organizacija dela v posameznem UC pa je seveda lahko nekoliko različna, prilagojena razmeram v posamezni bolnišnici. Urgentni zdravniki in reševalci znotraj UC krožijo po deloviščih. S tem se zmanjšajo obremenitve, poveča in poenoti pa raven znanja, ki se nato prenaša iz UC tudi na teren. V okviru UC delujejo tudi mobilne enote reanimobila in nujnih reševalnih vozil. Do konca leta 2015 bomo imeli zgrajenih 10 urgentnih centrov, ki so namenjeni oskrbi urgentnih pacientov.

**2. Satelitski urgentni centri (SUC)** so manjši UC izven bolnišnic, organizirani v večjih zdravstvenih domovih, kjer so že sedaj večje enote NMP. Namen SUC je približati raven oskrbe UC prebivalcem, saj so SUC vedno odprti, imajo triažo, možnost diagnostike, terapije in opazovanja. Dolgoročno v njih delajo specialisti urgentne medicine, do takrat pa zdravniki, ki že do sedaj delajo v teh enotah NMP. V okviru SUC deluje tudi reanimobil in ponekod dodatno nujno reševalno vozilo. V večjih SUC poleg NMP deluje tudi dežurna služba.

**3. Mobilne enote reanimobilov** so organizirane v vseh UC in SUC. Sestavlja jih tričlanska ekipa: zdravnik, diplomirani zdravstvenik in zdravstveni reševalec z

določenim in preverjanim znanjem in pooblastili. Reanimobil mora izvoziti na najbolj nujne intervencije znotraj 1 minute. Zagotavlja oskrbo pacienta na najvišji ravni in po potrebi prevoz v UC, SUC za nadaljnje zdravljenje in opazovanje.

**4. Mobilne enote nujnih reševalnih vozil (NRV)** so na vseh lokacijah kot do sedaj. S tem ohranjamo popolnoma enak dostopni čas, kot ga imamo sedaj. V ekipi NRV sta diplomirani zdravstvenik in zdravstveni reševalec z določenim in preverjanim znanjem in pooblastili. Tudi NRV mora na nujne intervencije izvoziti znotraj 1 minute. Naloga mobilnih enot NRV je začetni pristop in začetna oskrba pacienta do prihoda mobilne enote reanimobila ali pa samostojna oskrba pacienta in izvedba nujnega reševalnega prevoza v manj zahtevnih primerih.

**5. Mreža dežurnih služb (DS)** se ohranja v vseh ZD, kjer ni SUC. DS zagotavlja zdravstveno varstvo za nenujne, akutno zbolele paciente, ki niso uspeli priti do osebnega zdravnika. Izvaja tudi nenujne hišne obiske in glede na lokalno organizacijo ponekod tudi mrliške ogleda. V izjemnih primerih jih dispečerska služba zdravstva aktivira za nujne intervencije, za začetno oskrbo do prihoda mobilne enote reanimobila.

**6. Prvi posredovalci** so dodatno usposobljeni laiki ali zdravstveni delavci, ki se prostovoljno vključijo v sistem NMP z namenom zagotavljanja hitrih pristopov v primeru srčnega zastoja. Aktivira jih dispečerska služba zdravstva preko regijskih centrov za obveščanje.

## Elementi koordinacije

**1.** Dispečerska služba zdravstva sprejema vse nujne klice in koordinira delo vseh mobilnih enot in reševalnih vozil. Aktivira ustrezno najbližjo mobilno enoto

in po potrebi prve posredovalce glede na vsebino klica in na lokacijo dogodka ter najbližje ekipe. Za odločanje uporablja enoten odločitveni model, ki zagotavlja enak odziv na območju celotne države. Vzpostavljena bosta dva dispečerska centra, v Ljubljani in Mariboru, ter en satelit v Izoli. Dispečerska služba zdravstva zagotavlja zbiranje podatkov o številu in vrsti intervencij, o dostopnih časih in podobno ter s tem omogoča analizo in prihodnje prilagajanje mreže NMP glede na objektivne podatke.

2. Triaža deluje v vseh UC in SUC. Oцени zdravstveno stanje pacienta in določi klinično prioriteto po enotnem (Manchestrskem) triaznem sistemu. V UC pacienta tudi usmeri na ustrezen oddelek UC. Ima nadzor nad čakajočimi pacienti. Z razvojem dejavnosti lahko dobi pooblastila za določeno diagnostiko in začetno analgezijo. V SUC pomeni vedno prisotno usposobljeno zdravstveno osebo, tudi če urgentna ekipa odide na teren.

## Izobraževanje

Pravilnik določa znanja vseh zdravstvenih delavcev v sistemu NMP,

določa obdobja preverjanja znanja in periodično vzdrževalno usposabljanje v okviru UC. Predvideno je financiranje izobraževanja znotraj programa NMP. S kroženjem zaposlenih med delovišči se želi zagotoviti pridobivanje praktičnih izkušenj, višanje in poenotenje ravni znanja. S temi določbami pravilnik želi zagotoviti enako in čim bolj kakovostno raven oskrbe urgentnih pacientov v celotni državi.

## Vodenje in nadzor

Pravilnik predvideva ustanovitve notranje organizacijske enote na Ministrstvu za zdravje. Ta služba odgovarja neposredno ministru za zdravje, spremlja in usmerja razvoj sistema NMP, skrbi za redne in izredne nadzore in namensko porabo sredstev v vseh enotah. Opravlja tudi druge naloge, potrebne za optimalno delovanje, fleksibilno prilagajanje in nadaljnji razvoj sistema NMP.

## Ureditev zdravstvenega varstva na prireditvah

Definirane so vrste prireditvev glede na število udeležencev in glede

na zdravstvena in druga tveganja. Določena je vrsta zdravstvenega varstva za vsak tip prireditve in opredeljeno je financiranje zdravstvenega varstva na prireditvah.

## Uveljavitev pravilnika

Zaradi občutljivosti sistema NMP, obsežnosti in pomembnosti reforme je predvidena postopna uveljavitev pravilnika, z ustreznimi prehodnimi obdobji, ki jim sledi analiza stanja in morebitna prilagoditev mreže NMP.

## Zaključek

Kot vsako spremembo, lahko tudi nov predlog pravilnika o službi NMP in spremembo sistema NMP sprejemamo z odporom, iščemo razloge proti spremembam in težimo k ohranjanju trenutnega stanja. Lahko pa predlog sprejmemo pozitivno, ga vidimo kot priložnost za razvoj in izboljšanje oskrbe pacientov.

Velika zahvala gre vsem družinskim zdravnikom, ki so zunajbolnišnično NMP pripeljali do današnje točke razvoja. Sedaj pa je napočil čas, da kot mentorji predamo štafeto in nadaljnji razvoj sistema NMP mladim urgentnim zdravnikom, polnim vneme in novih idej, ki prinašajo napredek.

# Etika, profesionalizem in bolni zdravniki

Asist. dr. Zdenka Čebašek Travnik, dr. med., MF Ljubljana  
[zdenka.cebasek@gmail.com](mailto:zdenka.cebasek@gmail.com)

Ko sem po zaključku mandata varuhinje človekovih pravic želela povezati izkušnje iz psihiatrije s področjem človekovih pravic, so se pred mano odpirale teme, o katerih prej nisem dosti razmišljala. Ko sem

začela iskati ustrezno literaturo, sem kmalu ugotovila, da je v slovenščini praktično ni. Pojmi, kot so dostojanstvo, etika in profesionalizem, ki se mnogim zdijo nepotrebna navlaka ob sicer prepotrebem medicinskem

znanju, so začeli v mojem razumevanju življenja dobivati nov pomen.

Čeprav sem o težavah, ki jih imajo (imamo) zdravniki, ko se znajdemo v vlogi bolnika, v preteklosti že pisala, je moj uvodnik iz marčevske Izide v letu 2006 *Ali smo zdravniki lahko tudi bolni(ki)* aktualen tudi danes. Pravzaprav so etične dileme, ki se pojavljajo

v odnosu med bolnim zdravnikom in kolegi, danes še večje. Podobno velja za odnos med (bolnim) zdravnikom in njegovim delodajalcem. Kdo, kako in v katerih primerih je dolžan narediti prvi korak in bolnemu kolegu svetovati (ali celo zahtevati), da poišče strokovno pomoč? Kako bodo odgovorni kolegi in delodajalci ravnali, če bolni kolega takšno pomoč odkloni? Kdo naj odloča o tem, ali je bolni zdravnik sposoben opravljati svoje delo? Formalni odgovor je nekaterim sicer znan, vendar so pred napotitvijo na zdravstveni pregled potrebni številni drugi koraki, ki zahtevajo pogum, empatijo in odločnost tistega, ki prevzame odgovornost za te postopke. Ob tem odpiram še vprašanje, ali se naj odgovorni (nadrejeni) odzove na govornice (o bolnem zdravniku), naj ga tudi sam opazuje in zasleduje ali naj »počaka na zanesljive pisne informacije« o tem.

Do odgovorov ne moremo priti po bližnjicah, z enostavnimi prijemi, smernicami ali navodili. To so težka vprašanja, ki zahtevajo dodatna znanja in izkušnje ter izostren občutek za sočloveka. Tudi strokovni nadzor ni vedno prava rešitev, saj ne naslovi osebne stiske bolnega zdravnika, temveč jo le okrepi.

Vedno, ne le sedaj, je aktualno tudi vprašanje, kdo naj prevzame

odgovornost za napake, ki jih pri svojem delu naredi bolni zdravnik? Je to njegov nadrejeni ali morda tisti, ki mu je izdal zdravniško spričevalo o sposobnosti za delo? Je to sodelavec, ki je napako ali napake videl, pa ni sprožil ustreznih postopkov glede zdravnikovega ravnanja, ali pa »sistem«, ki takšnih situacij ni dovolj natančno predvidel in zato ostaja neaktiven vse do najhujših ekscesov.

V okviru zdravniške zbornice je bilo že nekaj poskusov, da bi pripravili pogoje, v katerih bi se bolni zdravniki hitreje, lažje in bolj uspešno vključevali v postopke zdravljenja. Ne gre le za psihiatrično pomoč, kot so razumeli nekateri, temveč tudi za druge bolezni, ki zmanjšujejo zdravnikovo zmogljivost za delo, hkrati pa prizadeti zdravnik tega ni pripravljen sprejeti.

Čeprav sem zadnji tovrstni poskus organiziranja pomoči kolegom zdravnikom spremljala bolj od daleč, bi rada tistim, ki se bodo tega ponovno lotili, sporočila nekaj podrobnosti, ki so bistvene za takšno obliko pomoči:

- to ne sme (več) biti le ljubiteljski projekt ali prostovoljno delo posameznih navdušencev, temveč profesionalno zasnovan, voden in financiran program, ki ga bodo izvajali dodatno usposobljeni strokovnjaki;

- dostopnost do take pomoči mora biti stalna, to je 24 ur na dan, vse dni v letu in na vsaj dva načina (telefon, elektronska pošta, forum, osebni pogovor ...), da prizadeti lahko čim lažje vzpostavi stik z nekom, ki mu je pripravljen pomagati;
- ta oblika pomoči bi morala biti na voljo tudi sodelavcem in družinskim članom bolnega zdravnika – da bi ti lahko ustrezno ukrepali tako v odnosu do tega zdravnika kot do njegovih pacientov.

Sprašujem se, kdaj bo napočil trenutek, ko bodo vse slovenske zdravniške organizacije stopile skupaj in se dogovorile za ustanovitev »centrale«, ki bo v resnično pomoč zdravnikom in s tem posredno tudi njihovim pacientom. Razpravljanje o odgovornosti za napake bolnih zdravnikov zagotovo ne pomaga prizadetim, ki potrebujejo predvsem strokovno in človeško pomoč. Namesto razgaljanja bolečih podrobnosti pred očmi javnosti raje združimo svoje moči in od »svojih« zdravniških organizacij zahtevamo tovrstno pomoč. Dovolimo si, da v naše delo in medsebojne odnose spet bolj odločno vstopita profesionalizem v obliki spoštljivih medosebnih odnosov in človeško dostojanstvo.

## Ponovno o »primeru doktor Radan«: psihiatrični bolnik ne spada v obravnavo na rednem sodišču

Prim.izr. prof. Pavle Kornhauser, dr. med., Ljubljana

Ne zagovarjam nadaljevanja polemik, saj vsaka stran vztraja pri svojem in tako javnost ne pridobi kaj novega. Da pa nadaljujem, po mojem prispevku v rubriki »Pisma bralcev« v Sobotni prilogi dnevnika Delo, je

glavni razlog v tem, da mi je tako dana priložnost pojasniti nekatera stališča, ki jih v prvem prispevku nisem mogel, ker je dolžina omejena s številom vrstic. Prav je tudi, da bi naše strokovno glasilo, Isis, seznanilo svoje bralce

o »primeru Radan«, saj o dogodkih, ki so pretresli našo javnost, doslej ni objavilo niti vrstice o poteku dogodkov in o pravicah obtoženega.

Odzval sem se na cunami obtožb javnosti, zlasti pa novinarjev, zoper zdravnika Radana. Na osnovi objavljenih podatkov niti ni treba imeti

posebnega znanja psihiatrije, da lahko ugotoviš, da gre za duševno motenega človeka. Pred kratkim smo bili priča dejanja kopilota, ki je povzročil smrt 200 zdravih ljudi, ne pa (domnevno) 7 umirajočih bolnikov. V nemških časopisih nisem zasledil obtožbe zoper »serijskega morilca«; obtožen je bil vodilni nemške letalske družbe, ker je zaposlil duševno bolnega človeka. Kmalu je ta nesreča izginila iz dnevnih novic. Zakaj je bilo potrebno, da doktorja Radana pet oboroženih policistov vkljenjenega vodi na zaslišanje? Prav je, da je Zdravniška zbornica Slovenije sprožila odvzem opravičnih sposobnosti (začasno ali trajno »licenco«), saj duševno moteni zdravnik ne more zdraviti drugih. Obsojam pa zbornico, kot stanovsko organizacijo, da se ni takoj vključila v zakonski postopek, da bi se doktorja Radana ocenilo kot duševnega bolnika in bi se tako določila druga merila za sojenje. S tem bi preprečila njegov poskus samomora. Čudež je, da pri tem ni izkrvavel.

Opravljal sem naloge medicinskega direktorja UKC in si nisem nikoli domišljal, da lahko odgovarjam za dejanja blizu tisoč zdravnikov, zaposlenih na več kot 40 deloviščih – klinikah in inštitutih, da ocenjujem, ali so dobri ali slabi. Zato je zahteva, da bi zaradi »zadeve Radan« odstopilo vodstvo UKC, neživljenjska. Za zdravstvene delavce odgovarjajo predstojniki klinik, ki bi morali veliko več pozornosti posvetiti izbiri sodelavcev, spremljati njihov razvoj in odločno ukrepati, ko se pojavijo medsebojne zdrahe, ne pa »zamižati na eno oko«, saj si vsak želi voditi uspešno kliniko, ki jo drugi hvalijo, nikakor pa opravljati neprijetnih nalog in reševati katastrofalno slabe zasedbe zdravnikov in medicinskih sester. Soglašam: če ni kos organizacijskim nalogam, četudi je lahko odličen klinični zdravnik, naj bo zamenjan! Vodstva klinik pa morajo zagotoviti optimalne možnosti za delo središč za intenzivno medicino, četudi na račun drugih oddelkov, sicer je nemogoče preprečiti usodne napake in ugotavljati, kdo je kriv.

Ne želim poveličevati lastnih zaslug, vendar nam je uspelo po odprtju edinega središča za intenzivno zdravljenje življenjsko ogroženih novorojenčkov, dojenčkov in otrok v UKC leta 1974 za 15 hudo bolnih otrok pridobiti 45 medicinskih sester, torej razmerje tri medicinske sestre na enega bolnika. Toliko opevana požrtvovalnost je lahko le začasna rešitev, uspešnost dela zagotavljata le zadostna sistematizacija izkušenega osebja in zagotovitev delovnih mest! Opozarjanje glavnih medicinskih sester in Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije, kakšne so odgovornosti medicinskih sester, je brezpredmetno, če bolnišnica (država) ne zagotovi ustreznega števila osebja.

Prijetno presenečen sem bil, ko sem bral »kolumno« Bernarde Jeklin v reviji Jana, ko je kot prva novinarka kazala razumevanje za doktorja Radana in ni posploševala obsodbe zdravnikov. Tednik Mladina je posvetil obširen članek evtanaziji in omenil začetek nove vede – intenzivne terapije, ko so na Danskem ob epidemiji poliomielitisa s stroji (respiratorji) reševali bolnike, ki so se dušili. V članku pa ni bilo omenjeno, da je kmalu potem profesor Milan Lazar, infektolog, uporabil enake respiratorje v Ljubljani. Na Kirurški kliniki je anesteziologinja, primarijka Jasna Mueller v »šok sobi« prvi respirator tipa Bird priključila na bolnika, ki je po operaciji nehal dihati. Pionirka s področja intenzivne terapije novorojenčka je pri nas prof. dr. Metka Derganc, ki se je izpopolnjevala v ZDA. Njen sodelavec je bil doc. dr. Janez Primožič, ki se je tudi eno leto šolal v ZDA in Veliki Britaniji, prvi pri nas uvedel izventelesno oksigenacijo, zapleten postopek, ko odpovedo tudi pljuča.

Dr. Primožič se je, kot predstojnik, ukvarjal tudi z etičnimi problemi, bil je predsednik etične komisije v UKC. Že v prvem prispevku v Sobotni prilogi sem predstavil, da smo »etično doktrino« razvili po odprtju Pediatričnega oddelka kirurških strok v UKC leta 1974, da sem veliko osnovnih smernic dobil v pogovorih z akademikom Janezom Milčinskim. Imenovali smo tričlansko

komisijo, ki je ob bolniški postelji odločala o pomembnih etičnih ukrepih. Kolikor mi je znano, takšna komisija v UKC ne obstaja več. Danes vodi etično komisijo v UKC moj bivši sodelavec prof. dr. Štefan Grosek, ki je s tega področja objavil več uspešnih člankov. Sprašujem pa se, kako to, da nikoli ne omenja pionirske zasluge ljubljanskega središča za intenzivno terapijo otrok, da smo sklicali v Ljubljani leta 1981 prvi mednarodni kongres, da so se v UKC izpopolnjevale številne generacije pediatrov, anesteziologov in medicinskih sester, da smo objavili številne monografije in zbornike ter da smo bili pionirji tudi na področju etične doktrine intenzivne terapije otroka. Najmlajši o tem ne vedo ničesar. Pregovor lepo pravi: kdor ne pozna zgodovine, ne zna ceniti sedanosti.

In naj mi bo dovoljeno še vprašanje, če že pišem prispevek za Isis. Minilo je že skoraj leto dni od žalostnih dogodkov okrog srčne kirurgije novorojenčkov pri nas. Naj spomnim bralce: kirurgu, ki je v Ljubljani več let uspešno operiral otroke s prirojene srčnimi napakami, niso podaljšali pogodbe. Vzrok je bil v združenju med pediatričnimi kardiologi in v uveljavljanju ugovora »zdravnikove vesti« nekaterih pediatričnih intenzivistov. Še danes večino novorojenčkov in dojenčkov, srčnih bolnikov, operirajo v tujini. Kdo upošteva tveganje transporta v več sto kilometrov oddaljeno bolnišnico, kdo upošteva trpljenje staršev, ki tavajo – brez znanja jezika – po tujih središčih. Kaj pa bistveno dražje storitve v tujini?

Za tednik Mladina je direktor republiške zdravstvene zavarovalnice Samo Fakin izjavil, da je znesek za enega otroka do 50.000 evrov, krepko več od stroškov v Ljubljani. Imenovane so bile komisije, da bi ugotovile, kaj vse je bilo narobe (morda navedle tudi priporočila, kaj je treba ukreniti!), vendar do danes nismo prebrali niti enega od sklepov teh komisij. Upamo, da tudi v tem primeru ne velja dovtip, da »če ne veš, kako naprej, in če ne želiš sprememb, imenuješ komisijo«.



# Ali res umre v Sloveniji vsako leto 1000 bolnikov zaradi zdravniških napak?

Komentar na izjavo dr. Andreja Robide v TV-oddaji *Odmevi* ter na prispevka *Slovensko zdravstvo talec enega človeka* (Pavle Kornhauser) in *Ko bogovi v belem provocirajo* (Anton Peinkihner), objavljena v dnevniku *Delo* 30. maja 2015

Prof. dr. Tomaž Rott, dr. med., Ljubljana

[tomaz1945@yahoo.com](mailto:tomaz1945@yahoo.com)

Verjetno nekoliko nepremišljeno, neodgovorno in verjetno nepreverjeno izjavo zdravnika dr. Andreja Robide v TV-oddaji *Odmevi*, da v Sloveniji umre v bolnišnicah 1000 bolnikov (letno?) zaradi neustreznega zdravljenja, sem najprej hotel kar preslišati. Pa se je že vprašal prof. Pavle Kornhauser, od kod ta neverjetna številka. Anton Peinkihner je to izkoristil v arogantnem prispevku *Ko bogovi v belem provocirajo* za napad na zdravstvo, zdravnike, ki »so na plečih ljudi brezplačno študirali in specializirali...« in »da letno pri nas umre najmanj 1000 pacientov zaradi napak zdravnikov«.

Mimogrede, študira(l) je lahko vsakdo, kdor je (bil) voljan in sposoben, pa ne samo za zdravniški poklic, tudi za pravnik in ekonomista itd., ki se jim tega družbenega daru ne očita, njihove napake pa v mnogo manjši meri, če sploh. Osebnost sem študiral, doktoriral predvsem na plečih odrekanja svojih staršev in svojih 40 let dela tudi pošteno oddelal (upam, da si tudi tu zaslug ne bo pripisala družba).

Poleg treh let dela v splošni ambulanti sem 37 let delal na Inštitutu za patologijo in predvsem v prvih desetletjih kakovostno opravil preko 2000 avtopsij. Takrat je bila avtopsija umrlih v bolnišnicah po zakonodaji obvezna, dejansko je bilo obduciranih vsaj med 60 in 70 odstotkov umrlih v bolnišnicah (mnogo več kot v razvitih zahodnih državah). Naj zveni še tako anahronistično, upam si trditi, da je avtopsija ob vseh modernih tehnolo-

gijah še vedno najbolj objektivni prikaz bolnikovega stanja in vzroka smrti. Med omenjenimi preko 2000 avtopsijami sem naletel le v enem primeru na smrt bolnika zaradi zdravniške napake. Verjetno je bilo takih primerov na Inštitutu za sodno medicino nekaj več, vsekakor pa ne ena tretjina med preko 3000 pokojniki, ki so jih v enem letu pripeljali na oba inštituta. Glede na izjavo dr. Robide bi jih moral odkriti mnogo več. Ali si lahko to res razlagam, da se je slovensko zdravstvo v zadnjih desetletjih stokrat ali kar tisočkrat poslabšalo?? Ne verjamem, kot tudi številki dr. Robide ne. Trenutna zakonodaja je mnogo bolj liberalna do avtopsij in upam si trditi, da v škodo zdravljenih in umrlih bolnikov, tudi zaradi pritiskov svojcev, ki ne želijo avtopsij. Tako se žal dogodi celo v javno proglašeni najboljših bolnišnicah, da ne opravijo avtopsije umrlega na operacijski mizi, saj o obdukcijah odločajo predstojniki oddelkov ali celo sami ležeči zdravniki. To je daleč od objektivne kontrole!

Sprašujem se, ali so v okviru nenavadno okrogle številke 1000 tudi primeri (ne)predvidljivih zapletov s smrtnim izidom, ki povsod spremljajo tako medikamentno kot kirurško zdravljenje, kjer krivde ne moremo pripisati zdravstvenemu osebu. Navajanje takih vprašljivih podatkov v javnosti, ki je nasploh nastrojena proti zdravstvu, se mi zdi neodgovorno, še posebno danes, ko naj bi bili vseh tegob v zdravstvu krivi zdravniki.

O normativih. Škodoželjni hočejo na vsak način zdravnikom očitati, da s sprejetjem normativov želijo delati čim manj. Ko smo pred leti pripravljali normative na osnovi britanskega zdravstvenega združenja, prirejene za pedagoške in zdravstvene delavce, smo delo bolj ali manj opustili, saj smo prišli do rezultatov, da po njihovih normah dosegamo od 150- do 180-odstotne obremenitve, kar seveda našim upravnim organom ni ustrezalo.

Verjetno tudi ni potreben komentar, da sem ob zadnjem kontrolnem pregledu pri specialistu v dopoldanski ambulanti dobil številko 112, pa sem opravil pregled brez nervoze in neprijaznosti zdravstvenih delavcev. So torej zdravstveni delavci res lenuhi, ki jih zanima zgolj visok zaslužek?

In o visokih plačah v zdravstvu. Nekaj jih res prejema bolj ali manj upravičeno visoke plače. Zakaj ne navajajo neto plač (brez morebitnih zasluženih dodatkov za obvezna dežurstva itd.) specializantov, fakultetnih asistentov, ki lahko pričakujejo po 6-letnem študiju boljše plače šele po 5-letni praktično obvezni specializaciji, torej šele po 30. letu starosti, ko z malo pretiravanja drugi že mislijo na upokojitev. Vsi nimajo bogatih staršev, ki bi jim omogočili urejeno družinsko življenje. Zato so očitki o morebitnem dodatnem popoldanskem delu kot požrešno zaslužkarstvo le demagogija.

Preverjeno je, da je zdravnik specialist še v stari Jugi dobil manjšo plačo kot delavka v dobro stoječi tekstilni tovarni. Vendar tudi razvpiti zakon o sistemu plač izpred slabih 10 let ni bil naklonjen zdravnikom, še

manj visokošolskim učiteljem, ki naj bi bili izenačeni celo z uradniki v lokalnih skupnostih. V vrhu je pač neodvisno sodstvo. Pa tudi dodatno dobro plačano posvetovalno delo ekonomistov, pravnikov idr. je več vredno kot delo zdravnikov, pa še redko je kamen spotike.

Zakaj mora vsak nov minister za zdravstvo »reformirati« zadeve, ki kolikor toliko solidno tečejo, ob tem pa ne pokaže podrobne celovite ustrezne prenove zdravstva? Lahko je obljubljeni krajše čakalne dobe,

vendar na čigav račun? Zakaj vlada ne upa javno priznati, da za pol manj denarja za zdravstvo, kot ga daje Avstrija, ne moremo imeti enako kakovostnega zdravstva, brez čakalnih dob ipd.? Materialni stroški so povsod podobni, kdo torej plača razliko? Bolniki in zdravstveno osebje!

Zakaj bi ob še nerazčiščenih zadevah v zdravstvu morali odstopati vsi vodilni uslužbenci (torej tudi ministrica za zdravstvo), ko tega ne storiijo drugi vodilni ob dokazanih kršitvah zakonodaje?

Gotovo se v našem zdravstvu pojavljajo napake, nepravilnosti, ki pa vseeno niso take, da bi morali vse zdravnike križati. Velika večina jih izgoreva v svojem poklicu. Kontrolni mehanizmi so ponekod zelo strogi, žal pa jih ponekod niso uvedli in jih ne izvajajo. Zaradi slednjih ne moremo blatiti celotnega zdravstva.

Morda bo bolje takrat, ko bo ministrstvo za zdravje uredilo zdravje – takrat bo urejeno tudi zdravstvo.

## »Je m'accuse« (ne opravičujem drugih)

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

Za to pisanje sem se odločil, ko sem v Forumu aprilske Izide prebral prispevek kolegice dr. Zdenke Čebašek Travnik. Marsikaj v njenem čustvenem pisanju sem dobro razumel in sprejel. Obenem pa sem pomislil na nekatere dogodke, situacije in razmere, na katere se nisem odzval tako, kot bi se moral.

Zato sem izbral samoobsojanje, ne pa tudi opravičevanja tistih, ki jih zadevajo moje misli in kritika mojega lastnega neukrepanja.

Za tisto, kar sem naredil narobe ali slabo, sem vedno doživel kritiko in nosil takšne ali drugačne posledice, pa naj je šlo za zasebno ali profesionalno življenje.

Nekaj tega, česar nisem naredil in ob čemer nisem ukrepal, ko bi lahko oz. ko bi moral, in zaradi česar me še vedno preganja vest, sem prenesel v tole pisanje. Morda jo ostro, morda preveč iskreno, ampak je resnično in celo zelo omiljeno.

V svojih specializantskih letih sem kot mlajši dežurni na travmi sprejel na opazovanje poškodovanca s topo poškodbo trebuha. Sumil sem na

poškodbo vranice, vendar je bil poškodovani v začetku neprizadet, potem pa je sčasoma postajal vedno bolj cirkulatorno nestabilen. Upal sem si zbuditi srednjega dežurnega, ki mi je svetoval, da pacienta zdravim konservativno in ga »nalivam«. In sem tudi ga: z infuzijami, potem ko se je razvila anemija, pa še s krvjo. Drugo jutro je moral biti poškodovanec nujno operiran zaradi poškodovane vranice in nadzorni mi je odčital hudo lekcijo, češ če ne bo preživel ali če se bo zapletlo, bom jaz krivec. Ja, presneto prav je imel in obtožujem se zato, ker ga nisem ponoči poklical, da bi se pravočasno odločili za pravilno ukrepanje in način zdravljenja.

Kot mlad kirurg sem asistiral pri operaciji in doživel, da je operater poškodoval ductus choledochus, to tudi prepoznal in oskrbel, vendar naslednje jutro na raportu o tem ni povedal ničesar. Ali bi se moral takrat oglasiti, povedati resnico in s tem kolega obtožiti zatajevanja resnice? Dilema! Na srečo, ali pa tudi ne, ne vem, kako je bilo z bolnikom kasneje. Po poškodbi je bilo kljub oskrbi zelo možno, da

se bo razvila stenoza s posledičnimi holangitisi in sekundarno biliarno cirozo z možnimi težkimi posledicami. Obtožujem se, ker bi moral v bolniškem interesu opozoriti na to, kar se je zgodilo, četudi bi s tem kolega spravil v neroden položaj.

Ko sem bil vodja oddelka, sem do neke mere lahko izbiral sodelavce. Zavedal sem se, da smo terciarna, univerzitetna ustanova in da naj bi praktično vsi zdravniki v taki ustanovi izbrali tudi akademsko pot. Da bi torej analizirali svoje delo, ga dokumentirali in rezultate objavljali v člankih, prebrali literaturo, delali klinične raziskave in pripravljali magisterij ter kasneje doktorat znanosti. Dveh svojih najboljših kirurgov nisem dovolj silil na akademsko pot, nisem jima dovolj odločno ponudil kliničnih raziskav in nisem ju dovolj vzpodbujal k pisanju člankov. Tako nobeden od njiju ni učitelj, niti ne doktor ali vsaj magister medicine. Narobe, verjetno slabo za njiju in verjetno tudi za področje kirurgije, ki ga sedaj vodita. Prav tako nisem dovolj učinkovito vzpodbujal kolegice, da bi končala raziskavo, iz katere bi lahko naredila disertacijo. Obtožujem se, ker nisem znal biti

dovolj zahteven in strog. Opravičila nimam ne zase, pa tudi za te kolege ne!

Pa vendar sem imel močno in dobro ekipo, katere glavna akterja sta bila prav ta dva kirurga. Tako skupaj s kolegi internisti, radiologi in patologi lahko organizirali odmevno mednarodno šolo v Ljubljani in jo potem vodili šest let zapored. Če bi bila kolega akademska učiteljica, bi ne bila zgolj demonstratorja pri vajah, ampak bi imela tudi predavanja in se že takrat uveljavila v mednarodnem strokovnem okolju.

Ko smo pri izvajanju poskusov na veterini prišli do zanimivih ugotovitev o tlakih objetrne tamponade, ko smo izpeljali izviren način kompresije z manšeto za merjenje krvnega tlaka, ki se ga je domislil kolega s šišenskega oddelka, zelo aktivno vpet v poskuse, nisem bil dovolj prodoren in vztrajen, da bi metodo predstavili kateri od proizvajalk opreme, s čimer bi omogočili prenos raziskave v klinično uporabo. Škoda! Lahko se obtožim za neaktivnost in nesposobnost, ker nisem znal najti pravih ljudi in proizvajalcev za metodo oskrbe, ki bi utegnila biti izredno uporabna, enostavna in učinkovita.

Potem sva skupaj s prof. Sašo Markovič prišla do ideje, da bi organizirali »Jetrni center«, v bistvu multidisciplinarni center za HPB (hepatopankreatično-biliarno) kirurgijo in medicino. Ta naj bi bil organiziran znotraj kliničnega centra kot »center of excellence«. Verjetno zato, ker smo načrtovali prevzeti tudi transplantacijsko dejavnost, kar bi bilo v kontekstu takega centra in obravnave patologije vsekakor smiselno in logično, ter ker naj bi na center prešle tudi operacije trebušne slinavke, smo naleteli na precejšen odpor nekaterih vplivnih kolegov, pa še na zavist in oviranje vplivnih »nekirurgov«. Obtožujem se, ker nisem bil dovolj prodoren, dovolj vztrajen in agresiven, da bi organizirali tak center. Če bi nam uspelo, bi bil to eden prvih in lahko tudi eden pomembnejših in uspešnejših takih centrov v Evropi, za kar smo imeli dovolj možnosti, znanja

in sposobnosti. Združeno znanje in delovanje specialistov različnih specialnosti v enem centru bi omogočalo res vrhunsko kakovostno oskrbo, pa tudi pomembne klinične študije. Odprla bi se celo možnost obravnave in zdravljenja bolnikov tudi iz drugih držav in s tem zagotovila nezanemarljiva finančna uspešnost takega centra. Sicer bi bila že sama organiziranost zaradi obravnave na enem mestu tako strokovno kot ekonomsko učinkovita. Tudi ti argumenti niso bili dovolj za tiste, ki so menili, da morajo odločiti proti. Danes se obtožujem, ker takrat nisem dovolj uporno vztrajal in ker nisem šel po podporo in pomoč do politikov. Potem bi verjetno uspeli. Kasneje mi je namreč takratni predsednik Kučan, lahko rečem, očital, da nisem prišel do njega in ga prosil za podporo. Pač nisem. Kot poraženec, za kar si tudi očitam, da sem bil, sem potem odšel v Maribor.

Da bi tam kaj pomembnega pustil nenarejenega, si niti ne morem očitati.

Očitam pa si, kar sem enkrat napravil. Spravil sem se na kolega, sicer najboljšega v moji ekipi, ga ozmerjal in celo »vrgel« iz sobe. V ozadju je bilo moje nezadovoljstvo, seveda osnovano na šefovski nečimrnosti, ker je kolega sam odločal o stvari, o kateri sem menil, da moram jaz! Njemu pa se opravičujem!

V tem času sem bil aktiven v svetovnem združenju HPB-kirurgije. Bil sem član znanstvenega sveta in dveh odborov, kjer pa bi bil lahko precej prodornejši, bolj agresiven in bi lahko prevzel vodstvo terminološkega odbora. Ta naš odbor je potem uvedel novo terminologijo jetrnih resekcij. S tem nikomur nisem napravil škode, lastni nečimrnosti pa običajno nisem bil navajen ustreči. Pa vendar se tudi za to lahko obtožujem.

Največ pa si očitam za obdobje, ko sem delal na Onkološkem inštitutu v Ljubljani. Ta ustanova je resda svojska trdnjava, v kateri pa je bilo treba marsikaj urediti, izboljšati in spreme-

niti. To so vedeli mnogi, nihče pa ni dosti napravil. Predvsem odnosi so bili tisti, ki ustanovi niso bili v čast. Imel sem možnosti, imel podporo in doživel celo nagovarjanje politike oz. ministrstva, da prevzamem pomembno funkcijo, pa sem odklonil. Danes se lahko za to obtožujem! Predvsem pa se lahko grajam za neodzivanje ne le na odnose, ampak tudi na organiziranost pomembnega področja. Obtožujem se, ker se nisem odzval na strokovno pomanjkljivo znanje s področja splošne kirurgije nekaterih kolegov in celo vodstva. Prav bi bilo namreč, da bi vsi znali prav reševati

*Odgovorni smo za to,  
kar naredimo, pa tudi za tisto,  
česar ne naredimo.*

*Voltaire*

osnovne kirurške zaplete v trebuhu, če imajo licenco splošne kirurgije! Ob tem, kar se je nekajkrat zgodilo, bi nekateri kolegi pač morali iti na dodatno izpopolnjevanje. Moral bi zahtevati zunanji strokovni nadzor in moral bi se odzvati v interesu bolnikov, pa se nisem, ker sem hotel biti korekten in se nisem želel vpletati v ozadja medsebojnih odnosov, ki so v bistvu omogočali tako dogajanje.

Poleg tega je moje osebno mnenje bilo in je še, da na tako pomembnem in občutljivem področju, kot je onkološka kirurgija, pacient ne more biti praktično povsem prepuščen le tistemu posamezniku, h kateremu je prišel. Navajen sem bil iz terciarnih ustanov, da so bili bolniki »skupni«, sicer vodeni od posameznika, vendar skupno obravnavani in so jih operirali tisti, ki so področje res obvladali, in ne nujno tisti, ki je bolnika sprejel. Kadar ta zdravnik še ni bil dovolj usposobljen za to, da bi opravil zahteven poseg, je asistiral in tako pridobival dodatno znanje in kirurško večino za take posege. O tem je odločal predstojnik, ki je tudi bil vedno široko usposobljen, najprej dober splošni kirurg, zraven pa običajno še na neko specialno podpo-

dročje usmerjen specialist. Moral je biti strokovna avtoriteta, sposoben opraviti najzahtevnejše posege in reševati najhujše zaplete. Skrbel je za razvoj različnih področij, podpiral napredek in nove metode. Tako sem tudi sam deloval v Mariboru. Ker tega na O.I. nisem srečal, bi se moral odzvati, se zavzeti za drugačno obravnavo in podporo vsem delujočim področjem kirurgije. Nisem bil dovolj trd in zahteven, nisem se zoperstavil očitno neprimernim odnosom in nisem se odzval, ko sem zvedel za očitno neprimerno reševanje zapletov, ki bi jih moral znati rešiti vsak splošni kirurg. Obtožujem se za svojo pasivnost in zapiranje oči pred stvarmi, ki bi morale biti drugačne.

In ko je šlo za pomembno novo metodo zdravljenja, ki se je začela prav na O.I. in pri kateri sem bil začetni akter, se nisem odzval na nesprejemljive in zgrešene obtožbe vodstva o tem, da je nek kolega kršil protokol klinične raziskave. Moral bi odločno poseči in v strokovni javnosti opozoriti na nesprejemljivo namero nekaterih, da bi zavrli metodo, ki se je vendarle izkazala za

koristno, učinkovito in celo pionirsko v strokovnem merilu. Še potem, ko sem bil že upokojen, sem zvedel, da vodstvo ni upoštevalo mnenja Republiške komisije za medicinsko etiko o domnevni nepravilnosti pri uvajanju nove metode. Dolga leta sem bil član komisije in nikoli se ni zgodilo, da kolegi ne bi upoštevali mnenja! Žal nisem dvignil svojega glasu, nisem pisal na zbornico, ki je obravnavala primer, ali na ministrstvo, ki ga take reči končno tudi zadevajo. Sram me je za to predvsem iz spoštovanja do pokojnega predsednika etične komisije, ki se je jasno postavil v obrambo kolega, katerega je vodstvo ustanove obtoževalo nepravilnega delovanja. Predsednik komisije je celo pohvalil odločitev in postopke obtoževanega kolega, česar pa v ustanovi niso zmogli sprejeti in so celo poslali mnenje KME v presojo povsem neustrezni instituciji. Tudi to je bil nesprejemljiv precedens, ki bi zahteval odziv in odločno obsodbo. Obsojam se, ker nisem o tem spregovoril prej, saj sem bil celo tisti, ki se je za tako zdravljenje v konkretnem, v obtožbi vodstva inštituta

obravnavanem primeru, odločil. Tako poskušam sedaj s tem pisanjem prevzeti odgovornost za to, česar nisem storil.

Kako se človek odziva na nepravilnosti, na katere naleti, je odvisno od mnogih dejavnikov. Svojo vlogo pri tem ima zagotovo vzgoja, ki je je bil deležen posameznik, njegov značaj in njegov odnos do dogajanj nasploh, pa tudi družbena klima in razmere, v katerih živi. Menim pa, da živimo v času in okolju, ko in kjer ni več mesta za zapiranje oči pred nepravilnostmi, ko ni prav, da se ne oglasimo in ne povemo svojega mnenja. Danes, ko so v ospredju številne nepravilnosti in celo grdobije praktično na vseh področjih in ravneh, smo dejansko še bolj odgovorni za to, če ne napravimo tega, kar bi lahko, da bi preprečili nadaljnje nepravilnosti ali jih omogočili popraviti s tem, da jih obelodanimo in opredelimo. Pozno odzivanje običajno nima pravega učinka in se pogosto obrne proti tistemu, ki to napravi. Tega se zavedam, vendar pa si v svojih več kot zrelih letih želim oprati vest tudi za to, česar nisem napravil.

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

(Isis, maj 2015)

Bogdan Kristofer Meško, Sveto  
[7bodhi@gmail.com](mailto:7bodhi@gmail.com)

Gospod Luka Šolmajer, magister farmacije in član Evropske zveze za preventivo kajenja in tobaka, si je v majski številki revije Isis privoščil

prav capinsko obrekovanje, češ da aktivisti za sprostitev zakonodaje na področju konoplje, konkretno Rick Simpson, Jaka Bitenc in moja malen-

kost, naj sploh ne bi bili nikakršni aktivisti, pač pa sprevrženi plačanci tobačne industrije, tajni agenti z nalogo in ciljem zastrupljanja otrok in mladine. Tu ne gre toliko za blatenje nas treh osebno, kolikor gre predvsem za preračunljivo laganje in nemoralno

zavajanje zdravniške srenje in s tem namerno ter koristolovsko povzročanje škode na področju javnega zdravja. To pa ni majhna stvar.

Ne bom pisal o očitnih protislovjih, v katera se g. magister zapleta v članku, naj pa se navežem na njegov citat iz mojega članka z naslovom »Konoplja tukaj in zdaj« (1), ki je bil objavljen na spletni strani Za-misli.si 6. 2. 2014. Citiram celoten odstavek, ne le drugo polovico, kot jo je citiral g. magister:

»Iz statistik je razvidno, da je število oseb, kriminaliziranih zaradi uporabe, kot vedo povedati naši etnologi, na Slovenskem od vekomaj ljubelega zelišča, katerega so z nastopom krščanstva označili celo za Kristusovo sveto zel, večje od števila volivcev naše današnje tretje največje parlamentarne stranke. Število vseh Slovencev, ki so kdaj poskusili konopljo, pa je celo večje od števila volivcev naše trenutno največje parlamentarne stranke v njenih najboljših časih. In to ni nič čudnega, saj to zelišče po svetu uporablja vsaj 200 milijonov ljudi, hkrati pa v vsej zgodovini ni povzročilo ene znane smrtne žrtve, ne zasvoji uporabnika telesno, niti nima škodljivih učinkov na zdravje (2). Nasprotno, konoplja je zaradi svojih posebnih učinkovin, enakih našim hormonom sistema žlez z notranjim izločanjem, ki obstaja že najmanj 600 milijonov let in je glavni dejavnik evolucije (3), v resnici izredno učinkovito zdravilo za reci in piši vse tako imenovane neozdravljive degenerativne bolezni (4), vključno z rakom (5), blaži in zdravi pa tudi duševne motnje, kot so depresija (6) in bipolarnost (7).«

Ta citat je g. magister sicer navedel v kontekstu, češ da naj bi bilo vse to izmišljeno. Znanstvene raziskave, ki potrjujejo vse navedeno, pa se nahajajo na koncu članka z ustreznimi spletnimi povezavami. Če bi kdo rad še več informacij, si lahko poišče spisek vsaj 40 raziskav, ki so sestavni del Predloga zakona o konoplji (8). A naj se prej predstavim: osebno sem bil družbeno aktiven že leta 2007 v

zvezi z zaščito neke zelene površine v ljubljanskem Trnovem, pa leta 2009, ko sem sodeloval na Kulturnih shodih proti gensko spremenjenim organizmom. Leta 2012 sem spisal štiri predloge zakonov, namreč o referendumu, o osnovnem bivanju, o samozdravljenju in o konoplji. Preko slednjega sem spoznal Jako Bitenca in Ricka Simpsona in konec istega leta smo posneli video o konoplji z naslovom »The cannabis manifesto« (9), ki ga je videlo na spletu 13.000 ljudi. Z Bitencem sva po Sloveniji večkrat predavala o konoplji. Sam sem govoril o zgodovini uporabe konoplje in njene prepovedi ter ponovnega odkritja kot koristne rastline, Jaka pa je govoril o svojih izkušnjah z zdravljenjem ter o izkušnjah bolnikov, s katerimi je bil v stikih. Z aktivisti Marihuana marša nisem nikoli sodeloval, niti jih ne poznam, na Radiu Študent pa so me dvakrat predstavili, enkrat v zvezi z omenjenimi predlogi zakonov, drugič pa v zvezi z neko knjigo o staroindijskem svetem jeziku sanskrtu.

S tobačno industrijo nikoli nisem imel stika, res pa je, da kadim konopljo, pomešano s tobakom, in to že več kot trideset let. Poskusil sem jo iz radovednosti in všeč mi je bilo, da mi je odpirala nova miselna obzorja. Konoplja namreč ozavešča del podzavesti oziroma briše avtomatične vzorce razmišljanja, pa tudi obnašanja, kar omogoča konstruktivno samokritiko in se mi je zdelo pri študiju na likovni akademiji zanimivo in uporabno. Kasneje, pri dolgotrajnih prevajanjih raznih suhoparnih strokovnih besedil sem ugotovil, da mi konoplja zvišuje sposobnost koncentracije in raven potrpežljivosti. Ko sva z ženo dobila otroke, pa sem ugotovil, da mi opazno zvišuje tudi telesno odpornost pred nalezljivimi virusi. Moram omeniti tudi dejstvo, da odkar kadim tobak s konopljo, kadim veliko manj kot prej, ko sem kadil samo tobak brez konoplje. Podobno je z alkoholom. Čeprav sem ga v mladosti pil kar precej, se je z leti ta količina

intenzivno zmanjšala predvsem po zaslugi konoplje.

Glede tobaka mislim tako: je zelišče, ki ima tako kot vsa druga zelišča svoje posebne lastnosti, nekatere koristne, druge manj. Med njegove slabše lastnosti spadata vsekakor visoka toksikomanogenost ter možnost smrtnega predoziranja, a najpomembnejši dejavnik zdravstvene škode zaradi tobaka predstavlja po mojem mnenju ravno tobačna industrija, najprej zaradi stotin toksičnih sintetičnih dodatkov tobaku (10), pa tudi zaradi obilne neposredne in posredne propagande, ki jo je začel že Edward Barneys leta 1929, ko je prepričal sufražetke, da so na javni paradi prižgale cigarete Lucky strike in s tem čez noč podvojile dobičke tobačne industrije (11). Po spletu pa še vedno krožijo črno-beli videi, kjer splošni zdravniki s svojo diplomno jamčijo, da so cigarete Camel enostavno »najboljše« (12).

Tako tobačna kot farmacevtska industrija se bojita sprostitev zakonodaje na področju konoplje, saj bosta z njo obe izgubili velik del svojega sedanjega trga. Konoplja recimo sploh ni vezana na mešanje s tobakom, niti na kajenje, najstarejša uporaba je bila pravzaprav njena kuha v mleku. Tako so jo pripravljali indijski brahmani, ki so jo uporabljali za izostritev duha in komunikacijo z bogovi. Tobak je tudi močno toksikomanogen, torej pogosto povzroča zasvojenost, medtem ko ima konoplja izrazito nizek potencial zasvojljivosti oziroma se celo uporablja za zdravljenje odvisnosti, tako od tobaka (13) kot od alkohola (14), pa tudi od opiatov in od drugih toksikomanogenih zdravil na črnem trgu ali na recept (15). Tudi dim tobaka se razlikuje od dima konoplje. Dim konoplje se namreč dejansko priporoča pri pljučnem raku, saj se ne lepi na pljučne mešičke tako kot tobačni dim, temveč dejansko celo odstranjuje iz njih ostanke tobačnega dima, same konopljine učinkovine pa so celo že pomagale bolnikom iz pljuč izpljuniti velike tumorje (16). Brez šale.

V članku, ki ga omenja g. magister, »Marijuana Legalization May Open Door To Big Cannabis« je tudi celo zapisano, da so aktivisti za konopljo vpletanju tobačne industrije v konopljo praviloma izrazito nena-klonjeni. Naj omenimo še dejstvo, da si večina kadičev konoplje lahko brez večjih težav posadi in vzgoji uporabno konopljo, medtem ko zahteva sušenje tobaka bolj zapleten postopek. Če vse to povzamemo, je jasno, da se tobačna industrija prav nič ne veseli sprostitve uporabe konoplje, saj uporabniki konoplje sploh niso vezani na kajenje, niti ne na mešanje konoplje s tobakom, niti ne potrebujejo za uporabo konoplje neke posebne industrije, prav nasprotno, potrebujejo le seme in malo zemlje. Da pa je mera polna, konoplja celo odvaja od odvisnosti od tobaka. Morda je tobačna industrija tudi zato svojo zadnjo raziskavo o konoplji opravila že daljnega leta 1992.

Kako pa je s farmacijo? Farmaceutski poskusi pridobivanja dobička s konopljo so precej bolj sveži kot raziskave tobačne industrije. Farmaceutska industrija je dejansko že dala na trg več izdelkov iz izoliranih naravnih ali sintetičnih kanabinoidov. A tudi oni so naleteli na težave. Kakor se konoplja »ne uleže na pravo posteljico« pri tobačni industriji, naleti na podobno prokrustovsko težavo tudi pri farmacevtski. Izolirani kanabinoidi, sploh pa sintetizirani kanabinoidi, niso enako uspešni pri zdravljenju kot konoplja v naravni obliki, še več, imajo lahko celo nevarne stranske učinke, ki pri uporabi naravne konoplje niso znani, saj pri njej delujejo vsi kanabinoidi medsebojno usklajeno (17). Kanabinoidov pa je tako v naših telesih kot v konoplji nekaj sto in njihovo delovanje nam je znano komaj pri dveh, treh.

Dr. osteopatologije John M. McPartland je leta 2007 objavil raziskavo, v kateri je s pomočjo obilice znanstvenih podatkov razložil nekatere povezave med konopljo in človeškim telesom. Konoplja je namreč edini zunanji vir kanabinoidov,

hormonov, ki so bistveni za pravilno delovanje našega telesa in v njem tvorijo izredno zapleten mehanizem, imenovan endokanabinoidni sistem (EKS), ki se je vzpostavil že pred najmanj 600 milijoni leti. Ta sistem igra ključno vlogo pri embrionalnem razvoju možganov, tvorjenju možganskih celic in sinaps. Tvorjenje novih možganskih celic, nevrogeneza, pa je ključnega pomena pri vseh procesih zdravljenja pri odraslih osebah. Raziskave dr. Johna McPartlanda o EKS so pokazale, da je le-ta bistveno prispeval k razvoju živih bitij, saj se je začel razvijati hkrati s prvimi živimi bitji, njegov razvoj pa je zelo razvejan ter prepleten z različnim živalskimi in rastlinskimi vrstami (18).

EKS sestoji iz kanabinoidnih receptorjev, iz endokanabinoidov, ter vseh dejavnikov, ki sodelujejo pri sintezi in razgradnji endokanabinoidov. Vzpostavil se je kot pomemben signalni mehanizem živčnega sistema, ki obvladuje številne fiziološke procese, vključno s sinaptičnim prenosom, učenjem, spominom, nagrajevanjem, prehranjevanjem, razvojem in varovanjem živcev. Motnje v EKS se odražajo kot različne živčne bolezni (Krisztina Monory, Beat Lutz, Mainz, Nemčija). (19)

EKS ima nekoliko drugačno nalogo pri vretenčarjih kot pri nevretenčarjih. A raziskave dvoživk in ptičev so pokazale, da signalizacija EKS deluje kot nekakšno behavioristično stikalo, ki dopušča preusmerjanje od manj smiselnih proti bolj nujnim vedenjskim vzorcem v primeru nujnega prilagajanja ob geoklimatskih spremembah. Raziskave so tudi pokazale, da kanabinoidi vplivajo na agresivnost, bruhanje, prehranjevanje, premikanje, spolno vedenje, glasovno sporazumevanje, čutno zaznavo in reakcijo na stres (Soderstrom, Brody, New Carolina University, ZDA) (29).

Se vam zdi čudno, da v zdravniški reviji slikar razlaga o endokrinih žlezah? Se popolnoma strinjam, to je več kot čudno! A nič bolj čudno kot dejstvo, da se še več kot dvajset let po

odkritju EKS, ki je sprožil pravo revolucijo na področju zdravstva, na Medicinski fakulteti v Ljubljani EKS omenja zgolj mimogrede, če sploh, namesto da bi se študenti lahko resno seznanjali z najpomembnejšimi sodobnimi odkritji na področju medicine!

Nič čudnega pa ni, če se zdi marsikomu raziskovanje konoplje v zdravstvu izjemno obetavno. A farmacevtska industrija se ne veseli kaj dosti. Podobno kot pri tobačni, je tudi farmacevtska industrija velikemu delu uporabnikov konoplje nepotrebna, saj si jo brez težav lahko vzgojijo sami, na popoln monopol nad konopljo pa farmacija lahko kar pozabi, saj je konoplja vse preveč uporabna tudi na drugih področjih, ne le v zdravstvu, temveč tudi v prehrani, tekstilni in papirni industriji, v gradbeništvu, v industriji plastičnih mas itd. Spet podobno kot pri tobaku, zaradi potenciala konoplje, da ozdravi zasvojenost od toksikomanogenih snovi, lahko pri farmacevtski industriji pričakujejo zgolj upad prodaje farmacevtskih izdelkov, kot recimo sintetičnih opiatov in še mnogih drugih. Kot uporabno zdravilo proti raku bi konoplja slej ko prej odpravila tudi kemoterapijo, ki ima v primerjavi z njo vse preveč stranskih učinkov. Kemoterapija pa je koklja, ki farmaciji nese zlata jajca...

Farmaceutska in tobačna industrija sta si na polju konoplje sicer konkurenčni tekmici, a hkrati jima je obema v interesu ohraniti njeno prepoved, saj jima obeta zgolj upad prodaje njenih proizvodov.

Eno pomembnejših dejstev v zvezi s konopljo kot rastlino je njena izjemna prilagodljivost, zaradi katere jo je nemogoče znanstveno utemeljeno deliti na različne vrste glede na njeno uporabo v industriji ali medicini. Obstajajo sicer tri glavne genetske veje konoplje, *Cannabis: sativa*, *ruderalis* in *indica*, a poleg tega obstaja še na stotine, če ne tisoče mešanic med omenjenimi rodovnimi vejami konoplje, ki se med seboj razlikujejo bolj ali manj zgolj v raz-

merjih med kanabinoidi ter v času, potrebnem za cvetenje.

Kot »medicinsko« konopljo se danes večinoma imenuje tisto, ki vsebuje nekaj več kanabinoida tetrahidrokanabinola (delta 9 THC), tistega, ki je med vsemi najbolj oziroma edini psihotropen, pa tudi najbolj pomirjevalen učinek in se uporablja predvsem pri zdravljenju epilepsije (22), pa tudi pri najrazličnejših vnetjih (23). Če pomislimo, da je kanabinoidov nekaj sto in da ostali še niso raziskani ter da se jih je do sedaj zgolj peščico šele sploh definiralo, postane jasno, da so medicinske perspektive vseh vrst konoplje s trenutnega vidika zelo obetavne.

Največja cokla, ki preprečuje znanstvene in zdravstvene raziskave konoplje, je ravno njena prepoved, so ugotovili že mnogi, med drugimi tudi Sanjay Gupta, doktor nevrokirurgije, predlagan za glavnega nadzornika ameriškega ministrstva za zdravstvo s strani Obame. Sanjay Gupta se je pred leti izpostavil kot nasprotnik konoplje in je kritiziral zagovornike medicinske konoplje kot prikrite uživalce in s tem zgolj uživače. Leta 2013 pa je po novih spoznanjih javno priznal svojo dotedanjo zmoto in se prav po pavlinsko izpostavil kot velik zagovornik medicinske uporabe konoplje in splošne sprostivne zakonodaje o konoplji v svojem sedaj že kulturnem članku z naslovom »Zakaj sem si premislil glede zdravilne konoplje« (24). V članku je priznal, da je nekoč verjel v smiselnost prepovedi konoplje, dokler ni spoznal, da vzrok prepovedi niso dokazani škodljivi učinki, ampak predvsem pomanjkanje kakršnih koli dokazov in sploh raziskav o njenih učinkih. Navedel je tudi podatek, da v ZDA vsakih 19 minut umre en pacient zaradi predpisanih zdravil, o smrti zaradi konoplje

pa še nikjer ni zasledil nobenega podatka. Ko je spoznal nekaj pacientov, ki so se ozdravili tako imenovanih »neozdravljivih« bolezni s pomočjo konoplje, je sprevidel, da je prepoved izredno škodljiva, saj onemogoča raziskovanje zdravilnosti konoplje s strani zdravnikov.

Naj se ob tem navežem na primer iz svojih izkušenj. Leta 2011 sem spoznal rakavega bolnika, ki me je vprašal, ali kaj vem o dostopnosti uradnih zdravil iz konoplje. Zavrtel sem nekaj telefonskih števil in izvedel, da bi pri nas zdravnik na željo pacienta sicer lahko predpisal konopljo, ki bi jo potem lekarna naročila z Nizozemske, a tega še nihče ni naredil. Zakaj? Ne zato, ker je tista konoplja iz nizozemskih laboratorijev draga kot žafran, se pravi nekajkrat dražja od tiste pri nas na črnem trgu, ampak zato, ker bi moral zdravnik pred naročilom konoplje z Nizozemske pridobiti podporo svojega zdravniškega kolegijskega. To pa se enostavno ni moglo zgoditi, saj nihče od zdravnikov nima potrebnega predznanja, da bi se lahko odgovorno odločal o uporabi konoplje, četudi bi se lečeči zdravnik lahko za kaj takega odločil na podlagi izjav svojega pacienta, da mu uporaba konoplje koristi. Znanja zdravniki nimajo preprosto zato, ker si ga ne morejo pridobiti, saj je konoplja vendar prepovedana! In krog je začaran in zaprt.

Konopljo se vedno znova popolnoma zgrešeno primerja s tobakom. Večina raziskav o konoplji v 20. stoletju je celo temeljila na podatkih o škodljivosti kajenja tobaka, saj podatkov o konoplji pač ni bilo. Še ena razlika med konopljo in tobakom, ki je prej nismo omenili, je v možnosti smrtnega predoziranja s tobakom, pri konoplji pa to ni znano, kar je priznal tudi Sanjay Gupta.

Tudi med alkoholom in konopljo obstaja nekaj bistvenih razlik. Tudi alkohol pozna smrtno predoziranje, konoplja, kot smo omenili, ne. Alkohol zasvoji, konoplja zdravi zasvojenost, tudi od alkohola. Alkohol uniču-

je jetra in možgane, uporaba konoplje pa ravno obratno, zdravi poškodbe jeter (25), v možganih pa povzroča nevrogenozo, torej ravno obratno od alkohola, ne uničuje možganskih celic, temveč celo ustvarja nove (26). Alkohol povzroča nasilno obnašanje, konoplja pomirja ali v najhujšem primeru, torej v primeru velikega predoziranja neke popolnoma neizkušene osebe, povzroči največ akutno prestrašenost, ki izzvani najkasneje v nekaj urah. Obstaja pa še ena bistvena razlika med konopljo in alkoholom: alkohol namreč niža prisebnost, uporaba konoplje pa načeloma ne. Zato so vozniki pod vplivom alkohola značilno najnevarnejši vozniki na cesti in povzročijo na tisoče prometnih nesreč in milijardno škodo po svetu, da razbitih družin niti ne omenjamo. Vozniki pod vplivom konoplje pa vozijo značilno previdno in počasi, v primeru predoziranja pa sami čutijo, da niso sposobni za vožnjo in se enako kot osebe, ki so zaspane, praviloma odločijo, da preložijo vožnjo na čas, ko bodo spočiti in sposobni. Takšne so ugotovitve več raziskav, narejenih s strani ameriških avtomobilskih zavarovalnic (27). Poveča pa konoplja delovanje drugih učinkovin, v primeru mešanja zdravil torej konoplja okrepi njihov učinek, tudi alkohola. Zaradi tega so konopljo v starih časih mešali vsaj v polovico zdravil, kar je omenil tudi Sanjay Gupta.

Pred zdravniki se namerno skriva podatke o koristnosti sprostivne zakonodaje glede konoplje, skriva se podatke, recimo, da se je v državah, kjer so legalizirali rekreativno uporabo konoplje, zmanjšalo število prometnih nesreč (28), zmanjšalo število nasilnih kaznivih dejanj (29), zmanjšalo število smrti zaradi zdravil na recept (30), zmanjšala uporaba alkohola (31) in zmanjšala celo uporaba konoplje s strani mladine (32)! Si boste tale zadnji stavek prebrali še enkrat? Izvolite, prosim! Česa od tega pa si zdravniki ne bi želeli?

Na vrtovih po Sloveniji raste pelin, raste vrtni mak, raste južno-

ameriška večletna sestrična našega kristavca, *Brugmansia*, in raste še marsikaj. Vse tri prej omenjene rastline so ob mnogih drugih psihotropne in ena izmed njih je celo na spisku prepovedanih drog v prvi skupini, saj je toksikomanogena, vse tri pa lahko povzročijo smrt. Dejansko so vse tri tudi zdravilne rastline in vsaj eno izmed njih se v te namene tudi uporablja v domačih lekarnah. Zdravljenje s pelinom oziroma pitje pelinovega čaja ima lahko v visokih koncentracijah in večjih količinah psihotropni učinek, kar je splošno znano dejstvo. Mak pa je sploh podlaga za vse vrste opiatov. Pa nikogar zaradi tega ne boli glava, niti ne protestira, ker se takšna semena prodajajo v semenarnah za vrtno uporabo. Če smo povsem natančni, vsako učinkovito zelišče nekoliko vpliva na naše razpoloženje. Zdravilo, ki ne bi prav ničemer vplivalo na razpoloženje, zaznavo in duševno stanje bolnika in torej ne bi bilo prav nič psihotropno, verjetno sploh ne bi bilo zdravilo. Psihotropnost je enostavno del zdravljenja. Tudi alkohol se v veliki meri uporablja v namene samozdravljenja, ali bolje rečeno »avtokorekcije« razpoloženja, predvsem depresije in nervoze. Težava je le v tem, ker ima to zdravilo izjemno močne neželene stranske učinke: namreč kratkoročno zmanjšanje prištevnosti, dolgoročno pa zasvojenost, kar je oboje prava zlata jama za vse vrste težav. Pri konoplji sta ta dva dejavnika neznamna, iz natančno tega razloga pa je njena uporaba tudi tako razširjena. Ne le zadnjih nekaj let, temveč že cela tisočletja. Za zdravljenje različnih bolezni se je uporabljala že v ajurvedi, v kitajski medicini, v starem Egiptu, pa tudi pri nas. O kranjskih zeliščaricah kot svetovno znanih je pisal že Valvazor, pa tudi o rekordnem številu skurjenih »čarovnic« v času inkvizicije na Kranjskem, kar je prispevalo k zamiranju zeliščarskega znanja. Ni pa zamrlo starslovensko izročilo o svetosti konoplje in naši predniki so jo sejali in uporabljali še globoko v dvajseto stoletje (33).

Za zaključek te replike naj citiram iz uvoda študije iz leta 2009, opravljene na Medicinski fakulteti v Mariboru, z naslovom »Razširjenost samozdravljenja v slovenski populaciji« (Smogavec, Softič): »Človek je že mnogo pred razvojem sodobne medicine kot metodo za ponovno vzpostavljanje zdravja uporabljal samozdravljenje, pri čemer je, podobno kot danes, upošteval nasvete tistih, ki so imeli na tem področju več izkušenj in znanja kot on sam. Z razvojem medicinske in farmacevtske znanosti v 20. stoletju ter sočasnim razvojem človeške družbe, ki je vodila k vzpostavitvi socialne države, je v določenem obdobju razvitih držav vloga samozdravljenja skoraj popolnoma zamrla. Na trg so prišla številna nova zdravila, ki so jih ljudje dobili na recept, in to je botrovalo pojemanju samozdravljenja. Zdravnik je prevzel vlogo skrbnika zdravja svojih bolnikov, ti pa so zdravniku svoje telo zaupali. Eden od dejavnikov upadanja je prav gotovo tudi ta, da stroške zdravil, ki se dobijo na recept, krije zdravstvena zavarovalnica, stroške zdravil za samozdravljenje pa mora pokriti vsak posameznik sam. Šele v zadnjih desetletjih samozdravljenje ponovno pridobiva na pomenu. Razlogov je več, vendar sta dva najpomembnejša. Prvi izhaja iz dejstva, da človeško telo ni zgolj objekt, zato zdravljenje brez sodelovanja bolnika ni uspešno. Uveljavlja se spoznanje, da je pri zdravljenju treba obravnavati človeka kot celoto, njegovo fizično, duševno in duhovno komponento. Drugi razlog je naraščanje stroškov zdravljenja. Razvoj novih diagnostičnih metod in metod zdravljenja ter daljšanje življenjske dobe zahtevata čedalje več sredstev, ki jih nobena država ni več sposobna zagotavljati. Vse bolj se kaže, da solidarnostno naravnani sistemi zagotavljanja zdravstvenega varstva ljudi posredno odvrtaajo od skrbi za lastno zdravje. Posledica je naraščanje števila bolezenskih stanj, katerih izključni razlog je zanemarjanje skrbi za lastno zdravje posameznika, kar pa

po drugi strani zahteva izredno velika sredstva za zdravljenje. Ob sočasni izrazito neugodni demografski situaciji se je vzpostavil začarani krog, v katerem se povečuje število bolnikov in neobvladljivo naraščanje stroškov za zdravljenje. Vzpodbujanje samozdravljenja je ena izmed najmanj bolečih, etično najbolj sprejemljivih in najbolj učinkovitih metod za obvladovanje stroškov zdravil.«

#### Literatura:

1. Konoplja tukaj in zdaj; Zamisli.si; Meško Bogdan, 2014  
<http://za-misli.si/kolumne/bogdan-kristofer-mesko/1456-konoplja-tukaj-in-zdaj>
2. House of Lords Session 1997–98; Science and Technology - Ninth Report  
[http://www.ewid.org/plants/cannabis/uk\\_lords\\_report/ToxicEffects.shtml](http://www.ewid.org/plants/cannabis/uk_lords_report/ToxicEffects.shtml)
3. Behavioral Neurobiology of the Endocannabinoid System; Dave Kendall, Stephen Alexander, 2009  
<http://www.springer.com/us/book/9783540889540>
4. A collection of links to clinical studies, papers and reference guides for medical cannabis use, 2015  
[http://www.cannabiscure.info/files/chttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15888515?dopt=Abstractcannabis\\_treatment.htm](http://www.cannabiscure.info/files/chttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15888515?dopt=Abstractcannabis_treatment.htm)
5. Cannabis destroys cancer cells, Research at Barts and The London Queen Mary's School of Medicine and Dentistry reveals, 2010  
<http://drsircus.com/medicine/cancer/cannabis-destroys-cancer-cells>
6. Cannabinoids Elicit Antidepressant-Like Behavior and Activate Serotonergic Neurons through the Medial Prefrontal Cortex; Francis Rodriguez Bambico, Noam Katz, Guy Debonnel, Gabriella Gobbi; Journal for neuroscience, 2007  
<http://www.jneurosci.org/content/27/43/11700.full.pdf>
7. Cannabinoids in bipolar affective disorder: a review and discussion of their therapeutic potential; Ashton CH1, Moore PB, Gallagher P, Young AH, 2005  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15888515?dopt=Abstract>
8. Predlog zakona o konoplji, 2012  
[http://sksk.si/Predlog\\_zakona\\_o\\_konoplji.htm](http://sksk.si/Predlog_zakona_o_konoplji.htm)
9. Cannabis manifesto 2012  
<https://www.youtube.com/watch?v=1DEKHSB9aw>
10. List of additives in cigarettes, 1994  
[http://en.wikipedia.org/wiki/List\\_of\\_additives\\_in\\_cigarettes](http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_additives_in_cigarettes)
11. Edward Bernays and the Suffragette Movement, 2010  
<http://www.markborkowski.co.uk/edward-bernays-and-the-suffragette-movement/>
12. More doctors smoke Camel than any other cigarettes, 1949



- <https://www.youtube.com/watch?v=gCMzjJjuxQI>
13. Can Marijuana Help You Quit Cigarettes? Study Says Yes, 2013  
<http://www.leafscience.com/2013/11/01/can-marijuana-help-quit-cigarettes-study-says-yes/>
  14. THE ENDOCANNABINOID SYSTEM: PHYSIOLOGY AND PHARMACOLOGY, Alcohol and Alcoholism, 2004  
<http://alcalc.oxfordjournals.org/content/40/1/2.full>
  15. New Study: Marijuana May Treat Addiction To Hard Drugs, 2013  
<http://www.theweedblog.com/new-study-marijuana-may-treat-addiction-to-hard-drugs/>
  16. Marijuana & your lungs, 2006, 2009  
<https://patients4medicalmarijuana.wordpress.com/marijuana-info/marijuana-and-your-lungs-recent-studies/>
  17. What is Marinol?  
<http://www.truthonpot.com/2013/05/25/what-is-marinol/>
  18. John M McPartland - University of Vermont  
<http://www.pubfacts.com/author/John+M+McPartland>
  19. Krisztina Monory, Neuroscience, Molecular Biology  
[http://www.researchgate.net/profile/Krisztina\\_Monory/publications](http://www.researchgate.net/profile/Krisztina_Monory/publications)
  20. Dr. Ken Soderstrom; Brody School of Medicine, Department of Pharmacology and Toxicology  
<http://www.ecu.edu/cs-dhs/pharmacology/soderstrom.cfm>
  21. THC initiates brain cancer cells to destroy themselves, 2009  
[http://www.worldhealth.net/news/the\\_initiates\\_brain\\_cancer\\_cells\\_to\\_dest/](http://www.worldhealth.net/news/the_initiates_brain_cancer_cells_to_dest/)
  22. Cannabis for the Treatment of Epilepsy, and More, 2015  
<http://medicalmarijuana.procon.org/view.answers.php?questionID=000139>
  23. Killing bacteria with cannabis; Marijuana is a source of antibacterial agents that are potent against ...; Yun Xie – 2008  
<http://arstechnica.com/science/2008/08/killing-bacteria-with-cannabis/>
  24. Why I changed my mind on weed, 2013  
<http://edition.cnn.com/2013/08/08/health/gupta-changed-mind-marijuana/>
  25. Cannabidiol improves brain and liver function in a fulminant hepatic failure-induced model of hepatic encephalopathy in mice; Avraham Y1, Grigoriadis N, Poutahidis T, Vorobiev L, Magen I, Ilan Y, Mechoulam R, Berry E.; 2011  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21182490>
  26. Cannabinoids promote embryonic and adult hippocampus neurogenesis and produce anxiolytic- and antidepressant-like effects; Wen Jiang1,2, Yun Zhang1, Lan Xiao1, Jamie Van Cleemput1, Shao-Ping Ji1, Guang Bai3, and Xia Zhang1, 2005  
<http://www.jci.org/articles/view/25509>
  27. NHTSA Accident Study Finds Drugs Not Big Danger on the Road, the Main Danger is Alcohol. Marijuana By Itself Not an Apparent Driving Hazard; Dr. Dale Gieringer, California NORML  
<http://www.drugsense.org/tfy/nhtsa1.htm>
  28. Since marijuana legalization, highway fatalities in Colorado are at near-historic lows, 2014  
<http://www.washingtonpost.com/news/the-watch/wp/2014/08/05/since-marijuana-legalization-highway-fatalities-in-colorado-are-at-near-historic-lows/>
  29. Is Legalizing Recreational Marijuana Use Beneficial To The Society? Colorado Crime Rate Statistics Surely Suggest So, 2014  
<http://www.inquisitr.com/1490010/is-legalizing-recreational-marijuana-use-beneficial-to-the-society-colorado-crime-rate-statistics-surely-suggest-so/>
  30. In States With Medical Marijuana, Painkiller Deaths Drop by 25%, 2014  
<http://www.newsweek.com/states-medical-marijuana-painkiller-deaths-drop-25-266577>
  31. Will Legal Marijuana Decrease Alcohol Consumption? 2014  
<http://dish.andrewsullivan.com/2014/01/06/will-legal-marijuana-decrease-alcohol-consumption/>
  32. Pot Use Among Colorado Teens Appears to Drop After Legalization, 2014  
<http://www.usnews.com/news/articles/2014/08/07/pot-use-among-colorado-teens-appears-to-drop-after-legalization>
  33. Bajke in pripovedke slovenskega ljudstva; Z mitološkim uvodom uredil Jakob Kelemina. 1930  
<http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-6883YTCCR/>

## Omejevanje, kratenje, zaviranje...

Mag. Nina Mazi, dr. med., Ljubljana

Številni predlogi, načrti, ideje, koncepti, domisljice in vizije, ki smo jim priče v zadnjem času, begajo tako izvajalce kot uporabnike zdravstvene varstva v naši državi. Hladno-krvnih pa seveda ne puščajo niti zunanji opazovalcev in (potencialnih) financerjev, ki vneto preverjajo, ali, kdaj, kako, kje in v kolikšni meri se bodo njihove naložbe »oplemenitile« oz. ali so sploh (še) smiselne.

Ko zdravniki in ostali medicinski strokovnjaki opazujemo, poslušamo, primerjamo in preverjamo najnovejša sporočila, ki prihajajo s Štefanove, postajamo vse bolj prepričani, da si na tej lokaciji želijo predvsem miru

(pisarne odgovornih se spreminjajo v »neosvojljive trdnjave«) in dovolj (čim več) denarja. Pa ne tistega in takega, ki bi ga zdravstvo postopoma pošteno zaslužilo in ustvarilo s svojim strokovnim delom, marveč sredstev, pridobljenih, zagotovljenih in izsiljenih z naglimi restriktivnimi ukrepi za gašenje požara. Vrh slovenskega zdravstva namreč perspektivo gradi, pogloblja in širi predvsem ali celo izključno na strogem varčevanju ter z njim povezanim odpovedovanju, nadzoru, omejevanju in kratenju. Pri tem pa pozablja, ne opazi, ne ve ali ne upošteva, da lahko vse naštetost vodi tudi in predvsem v še

hujšo krizo. Ptič, ki mu pristrižemo peruti, skuša pod vplivom gibalnega vzorca, zasidranega v lastnih možganih, nekaj časa sicer še leteti, a zaradi prevelikega napora, ki ne daje rezultatov, kmalu opusti misel na letenje in se sprva odloči za tek, nato pa za hojo, ki postaja vse počasnejša in nerodnejša, dokler se ne zaziblje v udobno sedenje, kombinirano z ležanjem. Ko se upočasnijo, se poleni, se začne rediti, zboli in umre. Tisti, ki so ga oropali letenja, pa tedaj modro ugotavljajo, kakšna škoda je, da se je tako hitro poslovil, ko bi vendar lahko še dolgo živel srečno in zadovoljno. Res škoda, da ga ni več – kdo bo sedaj potrjeval in dokazoval – javnost prepričeval, da so bili rezi

smiselni in nujno potrebni, uspešni in učinkoviti.

Odločenost zdravnikov, da se z nepokorščino postavijo po robu »zdravstvenemu enoumju«, ob kateri avtorji najnovejših predlogov za »sanacijo in konsolidacijo« slovenskega zdravstva zavijajo z očimi, hkrati pa skušajo njene snovalce in izvajalce čim bolj oblatiti pred javnostjo, se utegne kljub negotovanju vrha zdravstvene piramide v prihodnosti izkazati za prvi korak na poti do premišljenih in skrbno načrtovanih zdravstvenih reform, ki jih naš zdravstveni sistem potrebuje »kot Sahara vode«.

Reforme zdravstva nujno potrebujemo. Še prej pa potrebujemo odgovore na nekaj ključnih vprašanj: kaj imamo in česa nimamo, kaj hočemo in česa ne, kaj potrebujemo in česa ne, kaj zmoremo oz. si lahko privoščimo in česa ne. In seveda še kdaj, kako, kje in s kom bomo vse, kar potrebujemo in/ali načrtujemo, lahko tudi dobili oz. uresničili vse, kar smo si zadali. Od ideje, vizije, konceptov in ciljev do uresničenih zavez je pot (običajno) strma, spolzka, nevarna in naporna. Vsekakor po njej ni mogoče napredovati iz dobro zavarovane

pisarne, v salonarjih, s kalkulatorjem pod pazduho in izklopljenim telefonom na zloščeni pisalni mizi.

Za uspešno preobrazbo in preoblikovanje zdravstvenega utripa v naši državi je treba najprej zagotoviti odprto, tekočo, razumljivo in sprejemljivo – kultivirano komunikacijo med ključnimi akterji v sistemu, prostovoljno sodelovanje, učinkovito povezovanje in vzpostavljanje odgovornega partnerstva zrelih ljudi, ki bolj kot leporečanje in kimanje cenijo razmišljanje z lastno glavo in spoštujejo usklajeno akcijo. Ki so pripravljene zavihati rokave in brez oklevanja preiti od besed k dejanjem vselej, ko je to potrebno. Sicer ne bomo dosegli zmage niti v eni sami bitki, kaj šele v vojni.

Kaj Slovenija potrebuje? Predvsem zdravstvo, ki bo imelo dovolj energije, moči, vpliva, podpore in opore, da se bo lahko nemoteno in zavzeto ukvarjalo s skrbjo za zdravje, blaginjo in blagostanje prebivalstva. Zdravstvo, ki bo temeljilo na Hipokratovi zaprisegi in na brezkompromisni zavezi: zdravje je/mora biti pred profitom, ne glede na prefinjene pritiske in negotovanje dobičkonosno naravnanih korporacij. Zato pa

zdravstvo potrebuje strokovno in materialno, finančno samostojnost, pa tudi politično neodvisnost. Vse našeto seveda nikakor ne pomeni, da se lahko zdravstvo postavi na okope in zavrača ali celo ignorira politiko. Podobno kot politika potrebuje zdravstvo, tudi zdravstvo potrebuje politiko – vpeta sta v sistem povratne zanke. Politika mora zdravstvu zagotoviti pogoje, okvir, priložnosti in možnosti, da bo lahko z omejenimi viri in sredstvi zagotavljalo maksimalne učinke oziroma pokrivalo potrebe uporabnikov. Pa ne z omejevanjem, kontrolo, prepovedjo, zaviranjem, zatiranjem, grožnjami in sankcijami – z rezanjem peruti, zategovanjem pasu in zapiranjem pipice, iz katere vse bolj poredko priteče kaka kaplja. Nepremišljeno varčevanje, ki vodi v kratenje pravic uporabnikov in izvajalcev ter vzbuja lažni občutek učinkovitosti odgovornih z vrha zdravstvene piramide, je nevarno in škodljivo. Tudi in predvsem zaradi dejstva, da prihodnje generacije ne bodo mogle in znale ali celo ne bodo hotele sodelovati v odpravljanju posledic zdravstvenega cunamija, ki se kaže na obzorju.

## Deficitarno izobraževanje

Mag. Nina Mazi, dr. med., Ljubljana

Znanje in človečnost sta dva ključna elementa, ki ju zdravnik (in njegovi sodelavci) nujno potrebujejo za uspešno in učinkovito delovanje. Obsežna raziskava o izobraževanju in izpopolnjevanju zdravnikov, zlasti specialistov splošne prakse, ki so jo pred leti izvedli v Veliki Britaniji, nedavno pa zaključili tudi v Skandinaviji, je pokazala, da pristop in metodo, način, vrsto, dolžino, obliko, čas in pogostost izobraževanja zdravnikov poleg razpoložljivega časa pogojuje predvsem denar. Večina zdravnikov iz primarnega zdravstvenega varstva, ki so sodelovali v obsežni raziskavi, je priznalo, da bi potrebo-

vali veliko več novega znanja in izkušenj. Pa ne le iz medicine, marveč tudi iz spremljajočih področij, kot so psihologija in sociologija, farmacija, sociala, menedžment, finance, pravo itd., ki pa jim zaradi pomanjkanja časa in denarja ostajajo žal nedosegljiva. Za zdravnika, ki živi in deluje v skladu s Hipokratovo zaprisego ter praviloma koristi blaginji naroda, je znanje predpogoj delovanja, zato je modro pretehtati pogoje in možnosti za subvencioniranje dodatnega usposabljanja, izobraževanja in izpopolnjevanja zdravnikov in njihovih sodelavcev.

Viri: WHO Report, Eurostat, Medicinetoday.com

# Pljučni rak v izkušnji nepoboljšljivega heretika

Izr. prof. dr. Matjaž Zwitter, dr. med., Ljubljana

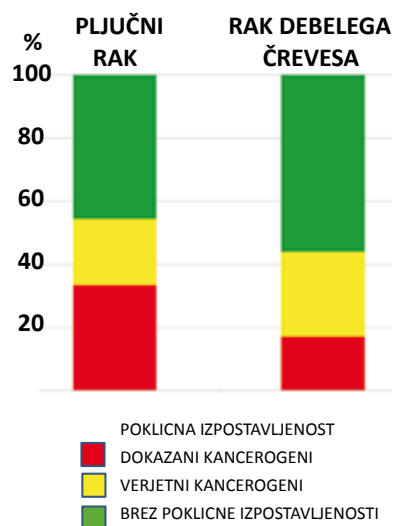
[matjaz.zwitter@guest.arnes.si](mailto:matjaz.zwitter@guest.arnes.si)

Za menoj sta dve naporni, ob tem pa izjemno zanimivi desetletji dela in raziskovanja na področju pljučnega raka. Tole ni pregleden znanstveni članek ali povzetek sodobnih smernic obravnave te bolezni. Bralcu želim sporočiti dvoje. Prvo sporočilo: čeprav je pljučni rak še vedno veliko breme in resna bolezen, smo vendarle močno napredovali v njenem razumevanju in tudi v zdravljenju. In drugo sporočilo: v zakladnico svetovnega znanja lahko tudi mi prispevamo veliko, če se bomo le pogumno otresli samoponiževanja. Pregovorna majhnost je v glavah, ne v številu ljudi.

Naj mi bo dovoljeno, da se z vami sprehodim skozi dosežke naše majhne, vendar zelo aktivne skupine specialistov radioterapije z onkologijo, ki na Onkološkem inštitutu v Ljubljani skrbimo za večino bolnikov s pljučnim rakom. Ustvarjalni dvom, razumevanje biologije raka in pa razumno obvladovanje stroškov zdravljenja so bili trije temelji našega raziskovalnega dela. V dvajsetih letih pet doktoratov, uredništvo dveh knjig pri tujih založbah, 52 člankov v mednarodnih revijah po podatkovni zbirki PubMed – ni malo. Naj nas torej ne bo sram, da se s tem tudi javno pohvalimo.

## Epidemiologija: kajenje ni edini krivec

Tobačni dim nam je tako močno zameglil pogled, da kar nismo zmogli ali pa hoteli videti drugih krivcev za nastanek pljučnega raka. Seveda, skoraj vsi naši bolniki so sedanji ali bivši kadilci. Skoraj enako podoba kot kadilska anamneza pa nam je dalo povpraševanje po poklicu: varilec, gradbeni delavec, šofer tovornjaka, delavec v livarni, rudar. Je takšna izkušnja vsakodnevnega ambulantnega dela zgolj naključje? Mirjana Rajer je v primerjalni študiji na vzorcu več kot tisoč bolnikov s pljučnim rakom in bolnikov z rakom debelega črevesa in danke potrdila, da poklicna izpostavljenost dokazanim kancerogenom pomembno prispeva k nastanku pljučnega raka (1; slika 1).

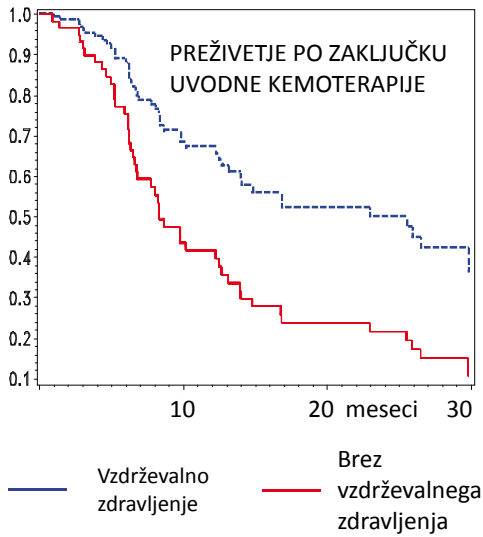


*Slika 1. Epidemiologija pljučnega raka: korak naprej od kajenja. V primerjalni študiji smo pri bolnikih s pljučnim rakom in z rakom debelega črevesa in danke analizirali poklicno izpostavljenost znanim kancerogenom. Tudi po uravnoteženju obeh skupin glede kajenja je bilo v skupini s pljučnim rakom značilno več bolnikov, ki so bili poklicno izpostavljeni kancerogenom (1).*

In nadaljevanje? Izpostavljenost kancerogenom na delovnem mestu pri bolnikih s pljučnim rakom nameravamo zajeti v mnogo bolj podrobno študijo. Svoje rezultate pa smo nedavno predstavili tudi zastopnikom sindikata delavcev kovinske in elektro industrije. Boljša zaščita delavcev na delovnem mestu in priznanje pljučnega raka kot poklicne bolezni sta naša dolgoročna cilja.

## Vzdrževalno citostatsko zdravljenje

Proti koncu prejšnjega stoletja smo s citostatski tretje generacije (gemcitabin, taksani, vinorelbin in kasneje pemetrexed) v kombinaciji s cisplatinom ali karboplatinom dobili prvo res učinkovito zdravljenje za bolnike z napredovalim nedrobnoceličnim pljučnim rakom. Smernice pa



Slika 2. Vzdrževalno zdravljenje z gemcitabinom pri bolnikih z metastatskim nedrobnoceličnim pljučnim rakom. V študiji mednarodne skupine CECOG, ki smo jo vodili, smo za bolnike v dobrem splošnem stanju z vzdrževalnim zdravljenjem potrdili značilno daljše preživetje (2).

so bile v tistem času jasne: zdravljenje naj traja največ šest krogov, to je štiri mesece. Ko smo sledili temu navodilu, je bila izkušnja skoraj vedno enaka: obdobju izboljšanja po citostatski terapiji je po že nekaj mesecih sledilo napredovanje raka.

V okviru skupine CECOG (*Central European Cooperative Oncology Group*) sem kot glavni raziskovalec vodil klinično študijo, ki je dokazala, da lahko vzdrževalno zdravljenje z

gemcitabinom odloži ponovitev raka (slika 2). Študija je bila doslej več kot 150-krat citirana in je osnova povsem novemu pristopu – konceptu vzdrževalnega zdravljenja (2). Kasnejše študije s pemetrexedom ali z erlotinibom so potrdile prednosti vzdrževalnega zdravljenja, ki je sedaj splošno sprejeta indikacija pri zdravljenju napredovalega nedrobnoceličnega pljučnega raka.

### Mezoteliom: učinkovito in cenovno dostopno zdravljenje

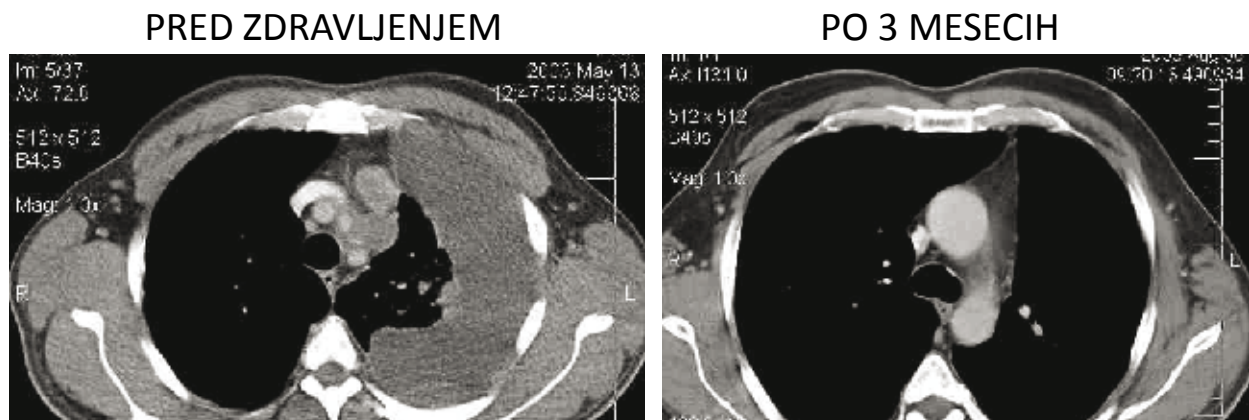
Predaleč v razlago farmakokinetike in metabolizma gemcitabina bi zašli, če bi želeli pojasniti, zakaj je to zdravilo učinkovito tudi v zelo majhnem, le petinskem odmerku, če ga bolnik prejme v dolgi šesturni infuziji. Po prvih spodbudnih izkušnjah pri pljučnem raku smo ta način zdravljenja v klinični študiji uporabili tudi pri malignem mezoteliomu (3). Presenečenje je bilo veliko: pri večini bolnikov smo potrdili delno ali celo popolno remisijo (slika 3). Zaradi majhne toksičnosti smo zdravljenje lahko izpeljali tudi pri šibkih bolnikih. Prav po zaslugi zdravljenja z gemcitabinom v nizkem odmerku v dolgi infuziji se je srednje preživetje vseh bolnikov z mezoteliomom v Sloveniji podaljšalo za več kot 5 mesecev.

Ob robu te študije naj povemo, da zaradi nizkih stroškov za gemcitabin v nizkem odmerku ni komercialnega interesa, zato ta način zdravljenja zanesljivo ne bo šel skozi postopke registracije. Evropske in ameriške smernice priporočajo mnogo dražji, vendar manj učinkovit pemetrexed (slika 4). V zadoščenje pa nam je, da gredo po naši poti raziskovalci iz Mehike, Kitajske, Indije in Egipta, kjer so stroški med odločilnimi dejavniki pri izbiri zdravljenja.

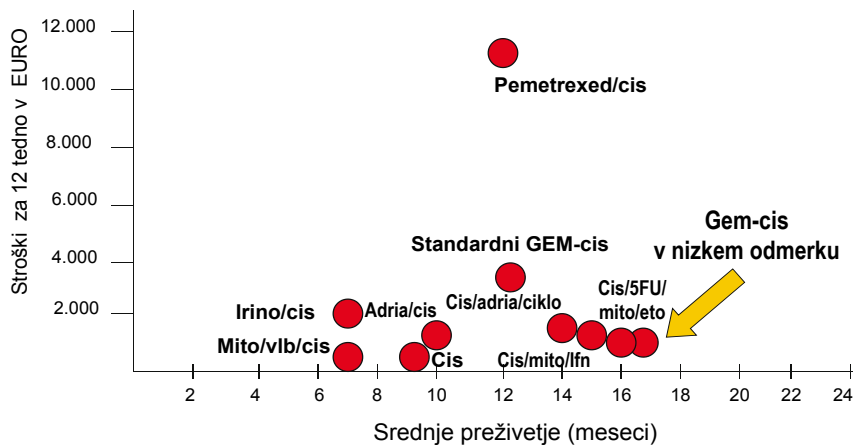
### Farmakogenomika in učinkovitost citostatske terapije

Sporočilo številnih tujih in naših raziskav je jasno: s farmakogenomsko analizo lahko napovemo, katera izmed kombinacij citostatske terapije bo pri konkretnem bolniku bolj učinkovita (4). Tudi tu je ovira na poti do širše uveljavitve farmakogenomike pomanjkanje komercialnega interesa. Farmacevtske družbe namreč ne želijo omejevanja indikacij in ne želijo, da jim med 100 potencialnimi bolniki vnaprej pokažemo na 40 takih, pri katerih njihovo zdravilo ne bo učinkovito.

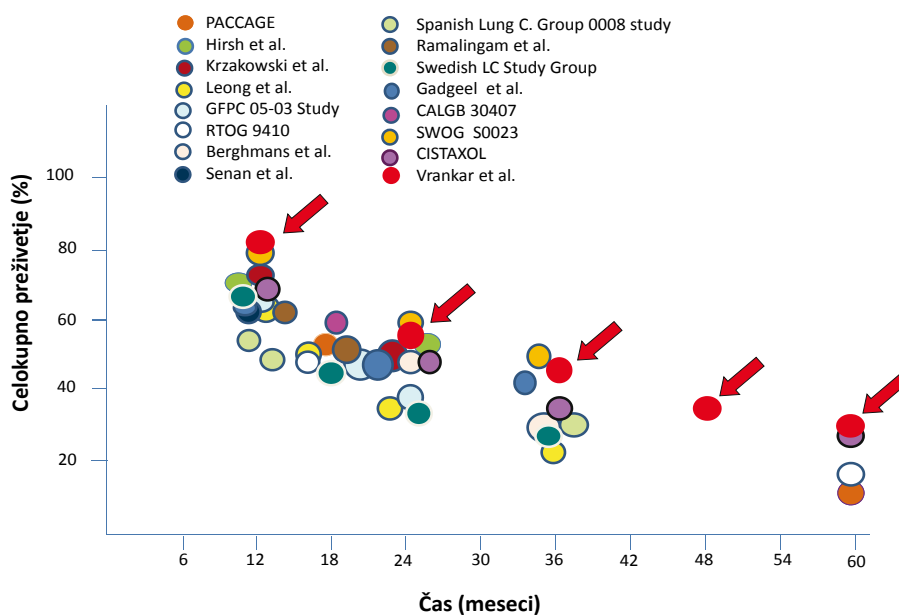
Močno upam, da bo tole pisanje prebral tudi kdo iz Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Njihov finančni interes in interes bolnikov gresta tu z roko v roki, zato je več kot logičen predlog, naj zavod podpre nadaljnje raziskave.



Slika 3. Gemcitabin v nizkem odmerku v dolgi infuziji in cisplatin za bolnike z malignim mezoteliomom. Popoln odgovor na zdravljenje pri raku, ki je do nedavna veljal za neobčutljivega na sistemsko terapijo (3).



Slika 4. Malignni mezoteliom: preživetje v odnosu do stroškov 12-tednega zdravljenja. Med številnimi shemami zdravljenja je uradno priporočeno zdravljenje s pemetrexedom in cisplatinom daleč najdražje, po učinkovitosti pa ga prekašajo številne druge kombinacije, tudi naša z gemcitabinom v nizkem odmerku v dolgi infuziji skupaj s cisplatinom (puščica).



Slika 5. Inoperabilni nedrobnocelični pljučni rak: primerjava s tujimi študijami. Medtem ko tuji avtorji obsevanju dodajajo uvodno ali pa sočasno citostatsko zdravljenje, smo v naši študiji uporabili oboje in pri tem predvideli le izjemno kratek interval med obema obdobjema zdravljenja. Z našo študijo (označeno s puščicami) smo po preživetju na vrhu vseh v zadnjih letih objavljenih študij (5).

## Obsevanje ter uvodna ali sočasna kemoterapija

Za dolgotrajno zazdravitev bolni moramo pri inoperabilnem pljučnem raku hkrati reševati dva problema. Prvi je tumor v prsnem košu, drugi pa so oddaljene mikrometastaze, ki so prisotne pri najmanj 70 odstotkih

bolnikov. Ključ do uspeha za te bolnike je torej dobro lokalno in učinkovito sistemsko zdravljenje. Ko to načelno stališče prenašamo v prakso, pa ni soglasja o optimalni kombinaciji. Za bolnike v dobrem splošnem stanju večina tujih smernic priporoča sočasno zdravljenje z obsevanjem in s citostatsko terapijo, kar naj bi bilo boljše od uvodne citostatske terapije in kasnej-

šega obsevanja. Slabost tega pristopa je, da so odmerki citostatikov v času obsevanja relativno majhni in zato ne vplivajo na nevarnost razsoja bolezn.

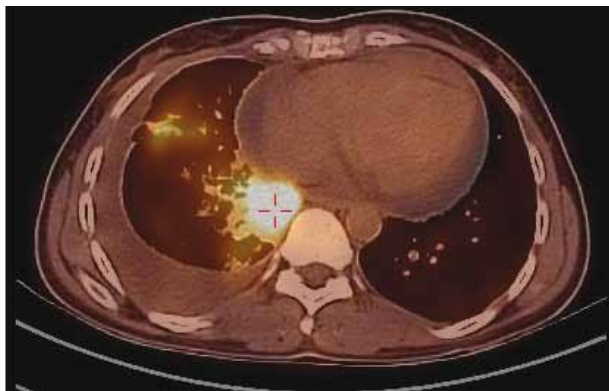
V naši študiji smo se odločili za oboje: za uvodno citostatsko terapijo, tej pa je sledilo obsevanje s sočasno citostatsko terapijo. Uvodna citostatska terapija je namreč edina možnost, da bolnik prejme učinkovite odmerke sistemskega zdravljenja. Da bi preprečili repopulacijo tumorja, smo med zaključkom uvodne kemoterapije in pričetkom obsevanja predvideli le dva tedna odmora. Ko primerjamo naše izkušnje s tujimi, lahko potrdimo, da smo na pravi poti, saj so naši rezultati prav v vrhu kliničnih študij, kot so bile objavljene v zadnjih letih (5; slika 5).

## EGFR-mutacije in razširjenost bolezn

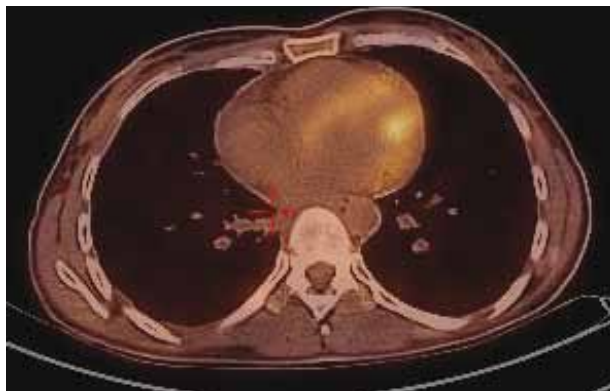
Skupina bolni, ki smo jih nekoč kot pljučni rak obravnavali enotno, vedno bolj razpada na manjše enote s posebnimi značilnostmi glede vzrokov nastanka, razširjenosti bolezn in dovzetnosti za posamezne načine zdravljenja. Ena najbolje preučevanih manjših enot so bolniki z mutacijo gena receptorja za epidermalni rastni faktor (EGFR). Med vsemi pljučnimi raki gre tu za okrog 15 odstotkov bolnikov, ki so najpogosteje nekadilci. Inhibitorji tirozin kinaze (TKI): erlotinib, gefitinib ali afatinib, so pri bolnikih z EGFR-mutacijami zdravilo izbora, ki pri večini privede do dobre remisije bolezn.

V obsežni analizi več kot 600 bolnikov smo želeli preveriti naš vtis, da imajo med bolniki z žleznim pljučnim rakom tisti z EGFR-mutacijami pogosteje možganske zasevke kot bolniki brez mutacij. Študija je to potrdila, čeprav pogostnost možganskih zasevkov vendarle ni tako visoka, da bi bilo upravičeno predlagati preventivno obsevanje osrednjega živčevja (6). Med bolniki z EGFR-mutacijami je bilo tudi več zasevkov v pljučih in na rebrih, ob tem pa bistveno manj takšnih, ki bi imeli zasevke le na enem oddaljenem mestu.

PRED ZDRAVLJENJEM



PO 4 MESECIH



Slika 6. Žlezni rak pljuč z mutacijo EGFR: popoln odgovor po izmeničnem zdravljenju. Štiri mesece po pričetku izmeničnega zdravljenja z gemcitabinom, cisplatinom in erlotinibom smo pri 37-letni bolnici s PET-CT preiskavo potrdili popolno remisijo primarnega tumorja in zasevkov v kosteh (7).

## Izmenično zdravljenje

Ali lahko bolnikom z EGFR-mutacijami koristi kombinacija citostatske terapije ter tarčnega zdravljenja z inhibitorjem tirozin kinaze? V štirih tujih študijah z več kot 4000 bolniki niso mogli potrditi nobene prednosti kombinacije. Premislek o biologiji raka pa nas pripelje do sklepa, da je tak negativen rezultat sočasne terapije pravzaprav pričakovan: če je tumor občutljiv na inhibitor tirozin kinaze, bo šla rakava celica v Go-fazo mitotskega ciklusa in tedaj ne bo občutljiva za citostatike, ki delujejo le na celice v delitvi.

V naši študiji smo namesto sočasnega preskušali izmenično zdravljenje, pri čemer smo zdravljenje z inhibitorjem tirozin kinaze prekinili za 6 dni pred naslednjim odmerkom citostatske terapije. S takšno shemo

se izognemo medsebojnemu antagonizmu zdravil, hkrati pa z obdobjem tarčnega zdravljenja v intervalu med citostatsko terapijo preprečimo repopulacijo tumorja. Pri skoraj polovici bolnikov smo dosegli popolno remisijo bolezni, srednji čas do napredovanja bolezni je bil 24 mesecev, srednje preživetje pa 35 mesecev (7). Številni bolniki so tudi po več kot treh letih še vedno v popolni remisiji in nadaljujejo z vzdrževalnim zdravljenjem z erlotinibom (slika 6). Ti rezultati so znatno boljši od vseh drugih doslej objavljenih izkušenj zdravljenja bolnikov z EGFR-mutiranim pljučnim rakom.

## Sklepne misli in zahvala

Tisti heretik v naslovu ni zapisan po pomoti. Res je, skoraj vse naše raziskovanje zadnjih dveh desetletij je

šlo proti toku prevladujočega strokovnega mnenja. Koncept vzdrževalnega zdravljenja; razmišljanje o kancerogenezi mimo že davno potrjene vloge kajenja; zdravljenje z zelo nizkimi odmerki gemcitabina v dolgi infuziji; farmakogenomika za napovedovanje učinkovitosti zdravljenja; povezava uvodne kemoterapije in sočasne kemo-radioterapije; izmenično zdravljenje s citostatsko terapijo in s tarčnim zdravilom – vse to so zamisli, ki imajo svoje korenine v razumevanju biologije raka in ne v prevladujočem komercialno usmerjenem raziskovanju. Toda če dobro premislimo: pravo raziskovanje ni le potrjevanje pričakovanega, temveč temelji na dvomu v ustaljeno prepričanje.

V tem kratkem zapisu sem malo govoril o velikem deležu, ki ga v našem raziskovalnem in strokovnem delu predstavlja radioterapija. Omenil

nisem zelo zanimive študije hiperfrakcioniranega obsevanja (8) in študije zdravljenja možganskih metastaz, ki še čaka na analizo in objavo. Poudariti moram, da je prav radioterapija tista, ki je največ prispevala k izboljšanju preživetja bolnikov s pljučnim rakom. To se najlepše kaže v podatkih Registra raka. Triletno preživetje vseh bolnikov s pljučnim rakom se je v Sloveniji v zadnjih dvajsetih letih dvignilo z 11,0 na 18,6 odstotka, ob tem pa se je preživetje bolnikov z loko-regionalno boleznijo (kjer je ključen sestavni del zdravljenja radioterapija) dvignilo z 9,5 na 21,8 odstotka. In še tretji poudarek glede vloge radioterapije: to je veja medicine, ki nas najbolje pouči o biologiji raka in o celični kinetiki. Na primeru izmeničnega zdravljenja s citostatsko terapijo in s tarčnimi zdravili smo najbolje videli, da lahko upoštevanje celične kinetike in pospešene repopulacije tumorja privede do načrta učinkovitega zdravljenja. Za dobro načrtovanje sistemskega zdravljenja raka je razumevanje radioterapije in njenih bioloških osnov nadvse pomembno, pa čeprav tega nekateri zdravniki internistične usmeritve ne bodo priznali.

V dvajsetih letih smo v številne klinične študije vključili okrog 1350 bolnikov – veliko, pa vendar je to le majhen delež od več kot 10.000 bolnikov s pljučnim rakom, ki smo jim v tem času pomagali. Ob vseh izzivih, ki jih prinašajo klinične študije, ne smemo pozabiti na paliativno zdrav-

ljenje, na sočutje in na dobro komunikacijo z bolniki in s svojci.

Po več kot 40 letih dela na Onkološkem inštitutu in dveh desetletjih dela s pljučnimi bolniki se posvečam drugačnim izzivom. Več bo časa za sintetično razmišljanje in pisanje, več tudi zase in za družino. Svojim sodelavcem želim, da bi nadaljevali vznemirljivo iskanje novih poti.

Najprej naj se za razumevanje in spodbudo zahvalim Neti, ki je ob moji obsedenosti z delom prevzemala velik del skrbi za družino.

Vseh sodelavcev in prijateljev na Onkološkem inštitutu, na Golniku, v ljubljanskem in mariborskem kliničnem centru, v Topolšici, v Murski Soboti, Izoli, Novem mestu in še kje tukaj ne morem naštet, pa jim gre vendarle iskrena zahvala. Še posebej pa se zahvaljujem naši ožji skupini: Viljemu Kovaču, Mirjani Rajer, Martini Vrankar, Karmen Stanič, v prvih letih Marjani Plaper Vernik in Urošu Smrdelu, v zadnjem letu Danijeli Štrbac in Evi Čirić. Bili smo super klapa, naj tako ostane tudi v prihodnje!

#### Literatura:

1. Rajer M, Zwitter M, Rajer B. Pollution in the working place and social status: co-factors in lung cancer carcinogenesis. *Lung Cancer* 2014;85:346-50
2. Brodowicz T, Krzakowski M, Zwitter M, Tzekova V, Ramlau R, Ghilezan N, Ciuleanu T, Čučević B, Gyurkovits K, Ulsperger E, Jassem J, Grgić M, Saip P, Szilasi M, Wiltshchke C, Wagnerova M, Oskina N, Soldatenkova V, Zielinski C, Wenzl M; Central European Cooperative Oncology Group CECOG. Cisplatin and gemcitabine first-line chemotherapy

followed by maintenance gemcitabine or best supportive care in advanced non-small cell lung cancer: a phase III trial. *Lung Cancer* 2006 ;52:155-63

3. Kovač V, Zwitter M, Rajer M, Marin A, Debeljak A, Smrdel U, Vrankar M. A phase II trial of low-dose gemcitabine in a prolonged infusion and cisplatin for malignant pleural mesothelioma. *Anticancer Drugs* 2012;23:230-8
4. Erčulj N, Kovač V, Hmeljak J, Franko A, Dodič-Fikfak M, Dolžan V. DNA repair polymorphisms and treatment outcomes of patients with malignant mesothelioma treated with gemcitabine-platinum combination chemotherapy. *J Thorac Oncol* 2012;7:1609-17
5. Vrankar M, Zwitter M, Bavčar T, Milič A, Kovač V. Induction gemcitabine in standard dose or prolonged low-dose with cisplatin followed by concurrent radiochemotherapy in locally advanced non-small cell lung cancer: a randomized phase II clinical trial. *Radiol Oncol* 2014;48:369-80
6. Stanič K, Zwitter M, Hitij NT, Kern I, Sadikov A, Čufer T. Brain metastases in lung adenocarcinoma: impact of EGFR mutation status on incidence and survival. *Radiol Oncol* 2014;48:173-83
7. Zwitter M, Stanič K, Rajer M, Kern I, Vrankar M, Edelbaher N, Kovač V. Intercalated chemotherapy and erlotinib for advanced NSCLC: high proportion of complete remissions and prolonged progression-free survival among patients with EGFR activating mutations. *Radiol Oncol* 2014;48:361-8
8. Zwitter M, Kovač V, Smrdel U, Strojjan P. Gemcitabine, cisplatin, and hyperfractionated accelerated radiotherapy for locally advanced non-small cell lung cancer. *J Thorac Oncol* 2006;1:662-6

#### Izjava o nasprotju interesov

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



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

Prvo izobraževanje o Prepoznavi in obravnavi žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti bo 18.–19. septembra 2015

Več informacij in prijave na: [www.prepoznajnasilje.si](http://www.prepoznajnasilje.si)

# Hemovigilanca – poročilo 2014

Prim. Irena Bricl, dr. med., Zavod RS za transfuzijsko medicino

Ivica Marić, dr. med., Zavod RS za transfuzijsko medicino

Hemovigilanca je skupek organiziranih postopkov v transfuzijski službi, ki zaznavajo neželene reakcije pri prejemnikih in/ali darovalcih krvi ter neželene dogodke, povezane z ravnanjem s krvjo. Namen hemovigilance ni iskanje napak, ampak odkrivanje in odpravljanje pomanjkljivosti

preskrbo s krvjo, ki se začne s krvodajalcem in konča z bolnikom.

V letu 2014 smo zbrali 86.609 enot krvi, od tega je bilo 85.854 enot eritrocitov, 23.668 enot plazme, 9.191 enot trombocitov petih darovalcev («zlitje»), 2.678 enot trombocitov enega darovalca («afereze») ter 69

enot granulocitov. Vsako enoto krvi presejalno testiramo na označevalce s krvjo prenosljivih okužb (HIV, HBV, HCV ter sifilis). Testiranje je serološko, kjer iščemo protitelesa oz. antigene za HIV, HBV, HCV in *Treponema pallidum*, ter NAT, kjer testiramo prisotnost DNA oz. RNA za HIV, HBV in HCV. Vsaki zbrani enoti krvi določimo krvno skupino (ABO, RhD in K) ter opravimo indirektni Coombsov test.

**Hud neželen dogodek:** kakršenkoli neželen dogodek v zvezi z zbiranjem, testiranjem, predelavo, shranjevanjem in razdeljevanjem krvi, ki bi utegnil povzročiti smrt ali ogroziti življenje ter povzročiti trajno invalidnost ali nezmožnost za delo, ali ima za posledico hospitalizacijo ali zboleznost oz. podaljšanje le-teh.

**Huda neželena reakcija:** z odvzemom ali transfuzijo krvi oz. komponent krvi povezan nehoten odziv pri krvodajalcu ali bolniku, ki je lahko smrten, smrtno nevaren, ki povzroča stanje invalidnosti ali nezmožnosti za delo, ali ima za posledico hospitalizacijo ali zboleznost oz. podaljšanje le-teh.

## Neželene reakcije po transfuziji krvnih komponent

Po veljavni zakonodaji v RS je treba vsako reakcijo na transfundira-

### Prijava neželene reakcije ob transfuziji krvi

Podatki o naročniku	Podatki o bolniku
Klinika:	Enotna matična številka občana (EMŠO):
Interni telefon:	Ime:
Kontaktna oseba:	Primek:
Reakcijo opazil:	Datum rojstva:
Datum in čas transfuzije:	Reg. št. zavezanca:
Datum in čas reakcije:	Šifra dejavnosti:

Vzorce bolnikove krvi obvezno označimo s priloženimi črtnimi kodami!

<p><b>1. Diagnoza:</b></p> <p><b>2. Transfuzijska anamneza:</b> Bolnik (ca) je še prejela(a) transfuzijo krvi: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ni znano Datum zadnje transfuzije: Reakcije ob prejšnjih transfuzijah: <input type="checkbox"/> Da, opisi reakcije: <input type="checkbox"/> Ne <b>3. Nosečnost:</b> <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Leto zadnje nosečnosti:</p> <p><b>4. Številka krvne komponente:</b> Volumen transfundirane krvne komponente: Vrstna krvna komponenta, ki je povzročila reakcijo: <input type="checkbox"/> KE <input type="checkbox"/> KT <input type="checkbox"/> KTF <input type="checkbox"/> SZP <input type="checkbox"/> Drugo:</p> <p><b>5. Laboratorijski izvidi:</b> <input type="checkbox"/> Hb pred transfuzijo <input type="checkbox"/> Hb po transfuziji <input type="checkbox"/> Haptoglobin <input type="checkbox"/> Hemoglobinemija <input type="checkbox"/> Neokonzugirani bilirubin <input type="checkbox"/> LDH <input type="checkbox"/> Retikuloцити <input type="checkbox"/> Levkociti <input type="checkbox"/> Hemosiderin v urinu <input type="checkbox"/> Hemoglobinurija <input type="checkbox"/> Urobilnogen v urinu</p> <p><b>6. Terapija po transfuzijski reakciji:</b></p>	<p><b>7. Znak in simptomi ob transfuzijski reakciji:</b></p> <p><input type="checkbox"/> mežlica <input type="checkbox"/> poraznolostne temperature (&gt;1°C) pred: po: _____ <input type="checkbox"/> urtikarija <input type="checkbox"/> drugi kožni izpuščaji, opisi: _____ <input type="checkbox"/> rdečica obraza <input type="checkbox"/> bledica <input type="checkbox"/> otekanje <input type="checkbox"/> zlatenica <input type="checkbox"/> padec/poraznolostni krvni tlak pred: po: _____ <input type="checkbox"/> padec/poraznolostna frekvenca pred: po: _____ <input type="checkbox"/> težko dihanje <input type="checkbox"/> poraznolostna frekvenca dihanja pred: po: _____ <input type="checkbox"/> kašelj in/ali izkašljevanje <input type="checkbox"/> pljučni edem <input type="checkbox"/> bolečina v prsih <input type="checkbox"/> bolečina v ledvenem predelu <input type="checkbox"/> bolečina na mestu infuzije <input type="checkbox"/> bolečina v mišicah <input type="checkbox"/> krči <input type="checkbox"/> oligurija/anurija <input type="checkbox"/> hemoglobinurija <input type="checkbox"/> nepostojen padec hemoglobina <input type="checkbox"/> nenormalne krvavitve <input type="checkbox"/> slabost <input type="checkbox"/> bruhanje <input type="checkbox"/> mežavost <input type="checkbox"/> šok <input type="checkbox"/> smrt <input type="checkbox"/> drugo: _____</p> <p><b>8. Sum na:</b> <input type="checkbox"/> skorajšnja napaka</p> <p><b>9. Ostalo:</b> <b>10. Sum na:</b> <input type="checkbox"/> virusno okužbo <input type="checkbox"/> bakterijsko okužbo</p> <p><b>11. Povezanosť s transfuzijo:</b> <input type="checkbox"/> vključena povezava (0) <input type="checkbox"/> malo verjetna povezava (0) <input type="checkbox"/> možna povezava (1) <input type="checkbox"/> verjetna povezava (2) <input type="checkbox"/> nedvoumna povezava (3)</p> <p><b>12. Stopnja:</b> <input type="checkbox"/> ni znakov (0) <input type="checkbox"/> takojšnje posiljevanje brez znakov življenjske ogroženosti in polne razvitosti (1) <input type="checkbox"/> takojšnje posiljevanje znakov z življenjsko ogroženostjo (2) <input type="checkbox"/> dolgotrajna obolenost (3) <input type="checkbox"/> smrt bolnika (4)</p>
---	---

Podpis in šifra zdravnika (obvezno!)

oz. izboljšanje obstoječih ustaljenih postopkov za zagotavljanje večje varnosti, kakovosti in sledljivosti. Hemovigilanca ima zakonsko podlago, in sicer v obliki Pravilnika o hemovigilanci, ki je bil sprejet leta 2007 in je usklajen z evropsko direktivo iz leta 2005. V pravilniku so opisane dolžnosti vseh vključenih v





Reakcija	2010	2011	2012	2013	2014
Hemoliza	4	3	7	1	<b>1</b>
GVHD					
TRALI		1	1	2	<b>1</b>
TACO	12	10	13	9	<b>8</b>
PTP					
Alergija	74	57	66	49	<b>58</b>
Anafilaksija	1	7	5	3	<b>3</b>
NHV	70	52	60	34	<b>38</b>
Bakterijska okužba	1				<b>1</b>
Virusna okužba		1		3	<b>2</b>
Hipotenzija	2		2	1	<b>1</b>
Dispneja	2	4	3		<b>1</b>
Drugo	4	7	5	11	<b>5</b>
<b>Skupaj</b>	<b>170</b>	<b>142</b>	<b>162</b>	<b>113</b>	<b>118</b>

**Legenda:** GVHD: reakcija presadka proti gostitelju, TRALI: s transfuzijo povzročena akutna okvara pljuč, TACO: volumska preobremenitev, PTP: posttransfuzijska purpura, NHV: nehemolitična vročinska reakcija

Stopnja ogroženosti					
Reakcija	4	3	2	1	0
Hemoliza				1	
GVHD					
TRALI			1		
TACO			4	4	
PTP					
Alergija				56	1
Anafilaksija			3		
NHV				35	3
Bakterijska okužba				1	
Virusna okužba		1			1
Hipotenzija				1	
Dispneja				1	
Drugo				4	1
<b>Skupaj</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>103</b>	<b>6</b>

**Legenda stopenj reakcij:** 4: smrt, 3: dolgotrajna obolevnost, 2: življenjska ogroženost, 1: brez življenjske ogroženosti, 0: brez simptomatike/zelo blaga simptomatika

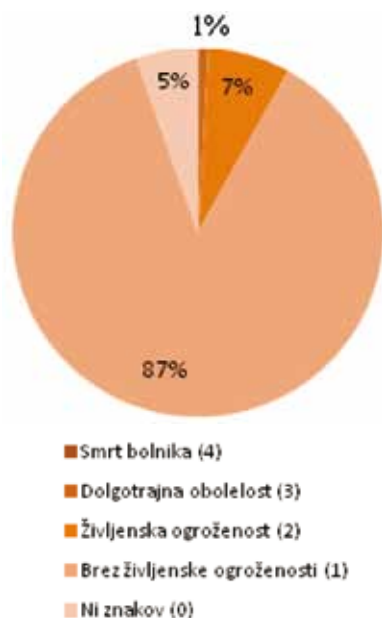
no krvno komponento prijaviti transfuzijski službi. Postopek prijavljanja je enostaven in opisan v

Pravilniku o hemovigilanci. Lečeči zdravnik, ki je reakcijo opazil ali pa je bil o njej opozorjen s strani zdrav-

stvenega osebj, izpolni obrazec »Prijava neželene reakcije ob transfuziji krvi«. Obrazec vsebuje splošne podatke o bolniku, zdravnika prijavitelja ter podatke o reakciji. Ob reakciji je treba navesti tudi stopnjo ogroženosti, ki je lahko od zanemarljive do življenjsko ogrožajočega stanja in smrti. Prav tako je treba definirati stopnjo povezanosti s transfuzijo. Izpolnjen obrazec s posttransfuzijskim vzorcem krvi in ostankom vrečke transfundirane krvi se pošlje na transfuzijsko ustanovo, kjer je bila kri izdana. Na podlagi prijave ter morebitnega pogovora z lečečim zdravnikom se transfuziolog odloči o nadaljnjih ukrepih, preiskavah ter izpolni poročilo o neželjeni transfuzijski reakciji. V primeru življenjsko ogrožajoče reakcije ali smrti je poročilo o reakciji potrebno prijaviti JAZMP v roku štiriindvajsetih ur od prijave primera.

V letu **2014** je bilo prijavljenih 118 reakcij, kar je za pet prijav več kot lani. Od leta 2008 število prijavljenih reakcij vztrajno pada, verjetno na račun slabšega prijavljanja, zlasti blagih reakcij, ki ostajajo neopažene ali pa jih osebje opazi, vendar se zaradi blage simptomatike le-teh lečečemu zdravniku ne zdi smiselno prijavljati. Skoraj polovica reakcij je bilo prijavljenih v Ljubljani, sledita pa Maribor in Celje. Glede na tip reakcije sta v osemdesetih odstotkih prevladovali alergija in nehemolitična febrilna reakcija. V preostalih dvajsetih odstotkih je prevladovala volumska preobremenitev, ostalo pa so bili le posamezni primeri drugih reakcij.

Večina reakcij je bilo blagih (stopnja 0 – brez simptomatike, ali stopnja 1 – zmerne reakcije, ki ne ogrožajo življenja), le osem je bilo takšnih, ki so zahtevale hitro ukrepanje, sicer bi bilo ogroženo življenje bolnika (stopnja 2), ena reakcija je bila prijavljena kot dolgotrajna obolevnost (stopnja 3), vendar se je po raziskavi primera izkazalo, da vzrok ni bila transfuzija.



**Tabela in graf:**  
razdelitev reakcij glede na komponente

Reakcija	KE	KT	SZP
Hemoliza	1		
GVHD			
TRALI		1	
TACO	7		
PTP			
Alergija	24	8	21
Anafilaksija		1	1
NHV	34	3	
Bakterijska okužba	1		
Virusna okužba	2		
Hipotenzija	1		
Dispneja	1		
Drugo	5		
<b>Skupaj</b>	<b>78</b>	<b>14</b>	<b>26</b>
Št. IK	83.200	10.413	22.932
Št. NR/ 1000 IK	0,94	1,34	1,13

**Legenda:** KE – koncentrirani eritrociti, KT – koncentrirani trombociti, SZP – sveža zmrznjena plazma, IK – izdane komponente, NR – neželena reakcija

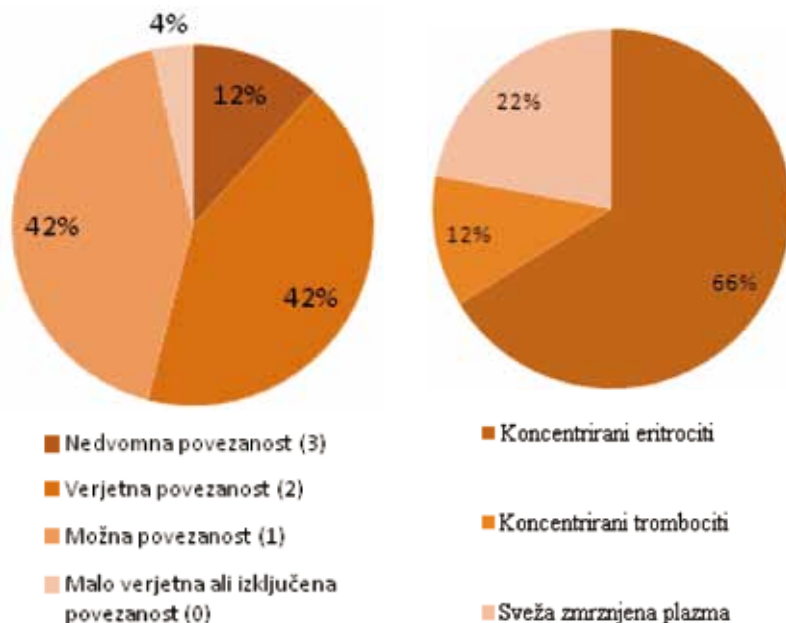
**Tabela in graf:** ocena povezanosti reakcije s transfuzijo

Reakcija	Zanesljiva (3)	Verjetna (2)	Možna (1)	Malo verjetna (0)
Hemoliza			1	
GVHD				
TRALI			1	
TACO		3	5	
PTP				
Alergija	6	25	25	1
Anafilaksija	1	1	1	
NHV	4	19	13	2
Bakterijska okužba			1	
Virusna okužba	1		1	
Hipotenzija			1	
Dispneja				1
Drugo	1	3	1	
<b>Skupaj</b>	<b>13</b>	<b>51</b>	<b>50</b>	<b>4</b>

Od devetih hudih neželenih reakcij (stopnja ogroženosti dva ali več) so bile štiri volumnske preobremenitve, tri anafilaktične reakcije, en primer akutne okvare pljuč po transfuziji ter en domnevni prenos CMV. S transfuzijo ni bila povzročena smrt bolnika (stopnja 4). Osemindemdeset reakcij je bilo na transfuzijo

koncentriranih eritrocitov, štirinajst na pripravke trombocitov ter šestindvajset na svežo zmrznjeno plazmo.

Večina reakcij (štiriinosemdeset odstotkov) je bilo prijavljenih kot možna (1) ali verjetna (2) povezava s transfuzijo krvi. Pri dvanajstih odstotkih je bila zanesljiva povezanost ter pri štirih odstotkih malo verjetna.



V letu 2014 smo zabeležili štiri zanimive primere, in sicer primer ABO-inkompatibilnosti, prijavo prenosa CMV, prijavo prenosa hepatitisa B in sum bakterijske okužbe, prenesene s transfuzijo.

V primeru ABO-inkompatibilnosti je osebe na oddelku intenzivne terapije zamenjalo vrečki krvi za dva pacienta, ki sta ležala v isti sobi. Pacientu krvne skupine O so pričeli transfundirati eritrocite krvne skupine A, vendar je osebe napako takoj ugotovilo in primerno ukrepalo. Pacient je prejel manj kot 20 ml inkompatibilne krvi. Na omenjenem oddelku so poskrbeli za dodatne varnostne ukrepe, da se podoben primer ne bi ponovil. ABO-inkompatibilnost je smrtno nevarna, saj lahko že manj kot 50 ml inkompatibilne krvi v sistemu ABO povzroči smrt (50 ml je približno 15 odstotkov volumna vrečke krvi).

V primeru prijave prenosa CMV smo obravnavali nedonošenčka, ki je zaradi zapletov ob porodu nujno potreboval kri. Zaradi nujnosti transfuzije ni bilo možno testirati enot na CMV (postopek testiranja CMV traja več kot 1 uro), zato smo izdali naključno enoto krvi. Trinajsti dan po transfuziji so pri otroku dokazali CMV-okuzbo, za katero so domnevali, da je posledica transfuzije krvi. Primer smo s pomočjo Inštituta za mikrobiologijo in imunologijo raziskali in dokazali, da transfundirana enota ni bila vir okužbe. Pri naročanju CMV-negativne krvi je treba upoštevati čas testiranja CMV, zato je nemogoče zagotavljanje CMV negativnih enot krvi v primerih, kjer je transfuzija zelo nujna.

V primeru prenosa virusa hepatitisa B smo obravnavali hematološkega pacienta, ki je prejel veliko število enot krvnih komponent, vendar je v obdobju zadnjih šestih mesecev prejemal le lastno plazmo. Bolniku smo pregledali izsledke predhodnih preiskav na označevalce s krvjo prenosljivih okužb. Vse enote, ki jih je prejel, smo dodatno testirali in

izključili transfuzijo kot vir okužbe s HBV.

V letu 2014 smo imeli eno prijavo suma bakterijske okužbe, prenesene s krvjo. Sum smo ovrgli. Izkazalo se je, da je bila v tem primeru napačno izpolnjena prijava reakcije. Na prijavi je posebna rubrika »Sum na« s ponujenima dvema možnostma: virusna in bakterijska okužba. Zdravnik, ki je izpolnjeval prijavo, je to rubriko razumel kot del anamnestičnih podatkov bolnika in je obkrožil sum na bakterijsko okužbo pri septičnem bolniku. Rubrika »Sum na« se označi le v primerih, ko obstaja sum s transfuzijo prenešene okužbe.

## S transfuzijo povzročena volumska preobremenitev (TACO)

V letu 2014 je bilo osem primerov volumske preobremenitve krvnega obtoka (TACO), kar je za en primer manj kot leto prej. Štirje primeri so bili prijavljeni kot življenjsko ogrožajoča reakcija, ostali štirje pa kot blažja reakcija. Od leta 2008 število TACO upada, verjetno zaradi boljšega informiranja klinikov glede preprečevanja volumske preobremenitve s transfuzijo. Za preprečevanje nastanka TACO je bistveno prepoznati bolnike, ki so najbolj ogroženi, ter pravilno ukrepati ob transfuziji (počasnejša transfuzija ter uporaba diuretika po presoji lečečega zdravnika). Večja verjetnost nastanka TACO je pri bolnikih, starejših od petinšestdeset let, ter pri mlajših od treh let, pri bolnikih s pozitivno bilanco tekočin, pri dializnih bolnikih, pri bolnikih, ki so bili predhodno zdravljeni z vazokonstriktorji, bolnikih po operativnem posegu ter pri ortopedskih bolnikih (literatura navaja statistično pogostejši TACO pri ortopedskih bolnikih, sam mehanizem nastanka pa ni razjasnjen).

## TRALI

V letu 2014 smo imeli samo en primer TRALI, ki je bil prijavljen kot

življenjsko ogrožajoča reakcija.

TRALI je akutna okvara pljuč, katere vzrok je transfuzija komponent, bogatih s plazmo (pripravki trombotocitov ter sveže zmrznjene plazme; koncentrirani eritrociti vsebujejo zelo malo plazme in načeloma ne povzročajo imunskega TRALI). Vzrok nastanka imunskega TRALI so granulocitna in/ali HLA protitelesa, ki povzročijo agregacijo in aktivacijo prejemnikovih levkocitov v pljučih in posledično nastanek sindroma dihalne stiske pri odraslem (ARDS). Neimunski TRALI pa je posledica delovanja različnih produktov, ki nastajajo z razpadanjem celičnih komponent krvi. Pred leti smo v RS vpeljali številne ukrepe za preprečevanje TRALI, med drugim tudi to, da se plazma krvodajalk ne uporablja v klinične namene (ženske se lahko med vsako nosečnostjo senzibilizirajo in tvorijo anti-HLA protitelesa proti od očeta podedovanemu delu HLA otroka). Leta 2014 smo sprejeli še dodaten ukrep in izključili krvodajalke tudi iz sistema darovanja trombocitov enega dajalca (afereze). Predvidevamo, da imamo zaradi uspešnih preventivnih ukrepov nizko število prijav TRALI.

## Neželeni dogodki 2014

Neželeni dogodki so vsa dogajanja, povezana s krvjo od odvzema pa vse do transfuzije krvnih komponent na oddelku. Zajemajo vse procese, neposredno ali posredno povezane z zbiranjem krvi, predelavo, testiranjem, shranjevanjem, distribucijo, izdajo ter splošnim ravnanjem s krvjo. V sistem hemovigilance neželenih dogodkov so vključeni vsi, ki na kakršenkoli način ravna s krvjo (zdravniki, sestre, laboratorijski delavci, administrativno osebje, strežnice, kurirji...). Ravno zaradi tako širokega področja delovanja je beleženje in vodenje hemovigilance na področju neželenih dogodkov zelo zahtevno in podatki po letih poročanja zelo nihajo.

Neželeni dogodek	Število dogodkov
Pomanjkljiva naročilnica	56
Naročilo napačne komponente	
Naročilo za napačnega bolnika	1
Izdaja napačne komponente	4
Izdaja komponente za napačnega bolnika	1
Ravnanje s krvjo na oddelku	19
Napačna transfuzija – napačna komponenta	
Napačna transfuzija – napačna krvna skupina	2
Drugo	14
<b>Skupaj</b>	<b>97</b>

Najpogostejši neželeni dogodek v letu 2014 je bila pomanjkljivo izpolnjena naročilnica, sledi napačno ravnanje s krvjo na oddelku. Pravilno izpolnjena naročilnica je življenjskega pomena, saj preprečuje nastanek napak. Poleg vseh zahtevanih podatkov je treba obvezno zabeležiti oddelek in kontaktno številko, na kateri bo nekdo dosegljiv v primerih podaljšanega testiranja. Zabeležili smo dva primera napačne transfuzije, ko je bila izdana komponenta napačne krvne skupine, pri hematoloških pacientih po alogenski presaditvi perifernih krvotvornih matičnih celic (PKMC) z neskladjem v ABO-krvni

Skorajšnja napaka	Število s. n.
Neskladnost osebnih podatkov bolnika	119
Napačna orientacijsko določena ABO	90
Napačna kri v epruveti	18
Administrativna napaka v laboratoriju	133
Napaka v zvezi z uporabljenimi reagenti	9
Zamenjava zdravstvene kartice	1
Drugo	337
<b>Skupaj</b>	<b>706</b>

skupini med prejemnikom in darovalcem. Za vsakega bolnika po PKMC je treba napisati transplantacijski protokol, ki določa krvne skupine komponent, ki jih bolnik lahko prejme glede na inkompatibilnost med prejemnikom in darovalcem PKMC. V naših primerih smo spregledali protokol, kar pa za bolnika ni imelo nobenih negativnih posledic.

### Skorajšnje napake

To so vse napake, ki bi zaradi neprepoznavanja lahko vodile v življenjsko ogrožajoče napake. V letu 2014 smo zabeležili 706 skorajšnjih napak. 133 je bilo administrativnih napak v laboratoriju (izdani izvidi z napačnimi osebnimi podatki, izdani izvidi na napačno kliniko). 119 prime-

rov je bilo neskladnosti v osebnih podatkih (napačna črka v imenu ali primku, č/ć). V 90 primerih je bila napačno posredovana orientacijska določitev krvne skupine na oddelku. Pomen orientacijskega določanja krvne skupine bolnika na oddelku je v preprečevanju neželenih dogodkov, kot so zamenjave epruвет z vzorci, določitve napačne krvne skupine ter preprečevanje inkompatibilne transfuzije. Prav tako je obvezno orientacijsko določanje krvne skupine bolnika pred vsako transfuzijo, s čimer lahko preprečimo transfuzijo ABO-neskladne krvi. V letu 2014 smo zabeležili zelo veliko primerov neustreznih nalepk z osebnimi podatki na epruветi s krvjo (slabo natisnjene oz. nečitljive nalepke). Identifikacija bolnika je življenjskega pomena v transfuziji in mora biti ves čas popolna. Osebe na oddelkih s ponavljajočimi se težavami smo opozorili na nujnost čitljive nalepke.

### Hemovigilanca na področju zbiranja, priprave in testiranja krvi za transfuzijo

Zbrani so vsi dogodki in reakcije na področju zbiranja, testiranja (sem spadajo vsa testiranja krvi, tako testiranje na prisotnost označevalcev s krvjo prenosljivih okužb kot tudi prisotnost različnih eritrocitnih

Napake na področju ...	Skupaj	Napaka izdelka	Napaka opreme	Človeška napaka	Drugo
Zbiranja polne krvi	89	10	73	3	3
Afereze	41		32	9	
Testiranja	8	2	1	1	4
Predelave	1502	1493		6	5
Skladiščenja	20	14	2	1	3
Razdeljevanja	49	34		11	4
Materialov	7	4			3
Drugo	9				
<b>Skupaj</b>	<b>1725</b>	<b>1557</b>	<b>108</b>	<b>31</b>	<b>22</b>

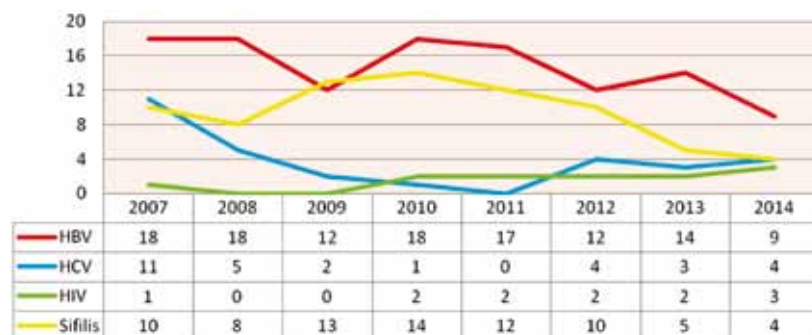
protiteles ter napake pri določanju krvnih skupin) in pri preostalem ravnanju s krvjo.

## Neželeni reakcije pri krvodajalcih ob odvzemu krvi

V letu 2014 smo zabeležili 1030 reakcij in dogodkov pri krvodajalcih. Tako kot vsako leto doslej, je največji delež teh na račun blagih kolapsov tik pred, med ali takoj po odvzemu krvi. Kolaps prve stopnje je definiran kot vrtoglavica, povezana z odvzgom krvi. Izguba zavesti je opredeljena kot kolaps druge stopnje, pridružene konvulzije pa so kolaps tretje stopnje. Na drugem mestu, po pogostosti zapletov pri krvodajalcih, so hematomi oz. reakcija na citrat pri aferetskih odvzemih. Ostali zapleti so redki.

## Presejalno testiranje na označevalce s krvjo prenosljivih okužb

V letu 2014 smo odkrili dvajset novih primerov pozitivnih označeval-



cev s krvjo prenosljivih okužb pri krvodajalcih. Devet primerov je bilo HBV, od tega osem pri novih krvodajalcih, eden pa pri rednem krvodajalcu. Štirje primeri HCV, trije primeri med novimi krvodajalci, en primer pa pri rednem krvodajalcu. Trije primeri HIV so bili odkriti pri rednih krvodajalcih. Odkrili smo še štiri primere sifilisa, od tega tri pri rednih in enega pri novem krvodajalcu. Redni krvodajalec je vsak, ki daruje kri vsaj enkrat na dve leti.

**Zaključek:** zbiranje podatkov o neželenih reakcijah in dogodkih, povezanih s krvjo, je urejeno, vendar je treba sistem nenehno izboljševati in nadgrajevati. Zavedati se moramo, da poročanje o reakcijah in dogodkih nista sama sebi namen. Končni cilj je zagotavljanje kakovostne podpore bolnišnicam pri zdravljenju bolnikov.

ICT	56
DCT	36

V letu 2014 smo pri krvodajalcih odkrili 56 novih senzibilizacij na eritrocitne antigene, kar smo dokazali s pozitivnim indirektnim Coombs-

KOLAPS	število
1. stopnje	725
2. stopnje	41
3. stopnje	19
Hematom	126
Punkcija arterije	4
Poškodba po padcu	1
Hiperventilacija	
Bolečina v roki po odvzemu	2
Reakcija na citrat	110
Poškodba živca	2
<b>Skupaj vseh reakcij</b>	<b>1030</b>

vim testom (ICT), ter 36 pozitivnih direktnih Coombsovih testov (DCT). Kri krvodajalcev s pozitivnim Coombsovim testom uničimo, ker ni primer- na za klinično uporabo.

## Zahvala

Zahvaljujemo se vsem zaposlenim v transfuzijski službi v RS za zbiranje in posredovanje podatkov za leto 2014.

Podatke so posredovali M. Cukjati, dr. med., S. Stanišič, dr. med., M. Urbajs, dr. med., P. Mali, dr. med., S. Levičnik Stezinar, dr. med., M. Maček Kvanka, dr. med., M. Jager, dipl. inž., S. Herman, dipl. inž., M. Šimc, dr. med., S. Maver, dr. med., J. Černe, dr. med., M. Tonejc, dr. med., L. Bohnec Strmčnik, dr. med., I. Razboršek, dr. med., J. Pajk, dr. med., B. Bizjak, dr. med. ter D. Uležič, dr. med.

## Vabilo k sodelovanju na Plečnikovem zdravniškem koncertu

Spoštovani kolegi glasbeniki!

K sodelovanju vladno vabljeni vsi zdravniki in zobozdravniki glasbeniki, ki bi želeli nastopiti na tradicionalnem decembrskem Zdravniškem koncertu ob Plečnikovem memorialu. Za informacije glede sodelovanja in programa smo na voljo preko e-poštnega naslova [andrej.doc@gmail.com](mailto:andrej.doc@gmail.com) (Andrej Babnik, dr. med., umetniški vodja koncerta).

Organizatorji

## Osmi citopatološki tečaj Evropske zveze citoloških združenj

Asist. dr. Helena Gutnik, dr. med., svet., MF Ljubljana  
[helena.gutnik@mf.uni-lj.si](mailto:helena.gutnik@mf.uni-lj.si)

*Prvi teden v maju (4.–8. maj) je na Inštitutu za patologijo Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani (MF UL) potekal Osmi evropski citopatološki tečaj (8<sup>th</sup> Annual EFCS Tutorial in Cytopathology), ki ga vsako leto organizira Evropska zveza citoloških združenj (v nadaljnjem besedilu EFCS) v sodelovanju z nacionalnimi citološkimi združenji. Soorganizator in lokalni gostitelj letošnjega srečanja je tako bila slovenska Sekcija za citopatologijo pri SZD v sodelovanju z Inštitutom za patologijo MF UL. Dvanajst predavateljev iz Slovenije in drugih evropskih držav je pripravilo obsežen in pester strokovni program, ki je obsegal strokovna predavanja in delavnice z mikroskopiranjem s številnih področij citopatologije, dva večera pa sta bila obarvana tudi s prijetnim druženjem*

*udeležencev in predavateljev. Po zaključku tečaja je Sekcija za citopatologijo 8. maja organizirala še izpit QUATE (Quality Assurance, Training and Examinations committee), ki je namenjen citotehnikom – presejalcem brisov materničnega vratu. Vseh 18 slovenskih kandidatov je test uspešno opravilo.*

Vsakoletni tečaj iz citopatologije je namenjen specialistom citopatologom in specializantom patologije, ki želijo poglobiti in nadgraditi svoje znanje iz citopatologije. Namenjen pa je tudi citotehnikom, ki se ukvarjajo predvsem z ginekološko citopatologijo. Letošnji tečaj so organizirali prof. Luigi di Bonito, predsednik EFCS Tutorial, ter dr. Helena Gutnik in prof. Margareta Strojjan Fležar, predsednica in podpredsednica Sekcije za citopatologijo pri SZD. Srečanje je potekalo na Inštitutu za patologijo MF UL, kjer smo vsem 50 udeležencem zagotovili ustrezno opremo za



Člani organizacijskega odbora in predavatelji citološkega tečaja (z leve Amanda Herbert, Giovanni Negri, Margareta Strojjan Fležar, Luigi Di Bonito, Helena Gutnik).

mikroskopiranje citopatoloških preparatov.

Po uvodnih pozdravnih besedah doc. Jožeta Pižma, predstojnika Inštituta za patologijo, ter dr. Gutnik in prof. Di Bonita je sledil uvodni test, s katerim so udeleženci s pomočjo mikroskopskih slik različnih lezij preizkusili svoje znanje iz citopatologije. Nato so sledila strokovna predavanja in delavnice iz mikroskopiranja. Prva dva dneva sta bila namenjena predvsem ginekološki citopatologiji, klasifikaciji benignih, predmalignih in malignih sprememb v ginekoloških citoloških vzorcih (Luigi Di Bonito, Giovanni Negri). Predstavljeni so bili tudi tehnični vidiki priprave citoloških vzorcev in nove tehnike (Marianne Schou Martiny, Giovanni Negri) ter evropske smernice za zagotavljanje kontrole kakovosti ginekološke citologije, vključno s pristopi k nadzoru uspešnosti presejanja (Amanda Herbert). Od torka do petka so se zvrstila še celodnevna predavanja in delavnice s področja citologije urina (Margareta Strojman Fležar, Helena Gutnik), citopatološke diagnostike sprememb v dojkah z novimi tehnikami (Torill Sauer), diferencialne diagnoze in dodatnih metod v diagnostiki limfomov (Veronika Kloboves Prevodnik), citologije žlez slinavk in respiratornega trakta (Spasenija Savic Prince), citologije seroznih izlivov z imunocitokemičnimi metodami (Izidor Kern, Veronika Kloboves Prevodnik), citologije ščitnice (Martin

Tötsch), citologije jeter, biliarnega trakta in pankreasa (Roberto Dina) in citologije tumorjev otroške dobe (Živa Pohar Marinšek). Roberto Dina je v posebnem predavanju predstavil tudi projekt »Eurocytology«, katerega namen je spletno izobraževanje na različnih področjih citopatologije (<http://www.eurocytology.eu/>).

Dva večera sta bila namenjena prijetnemu druženju organizatorjev, predavateljev in udeležencev. V ponedeljek smo prvi naporen delovni dan zaključili z večernim sprejemom, ki ga tradicionalno organizira EFCS in smo ga izkoristili za medsebojno spoznavanje in prijetno kramljanje. V sredo pa smo skupno večerjo na Ljubljanskem gradu zaključili še s prijetnim sprehodom po skorajda poletni Ljubljani.

Srečanje smo zaključili 8. maja ob 13.00 z zaključnim testom, kjer so udeleženci s ponovnim prikazom mikroskopskih slik iz uvodnega testa lahko preizkusili novo pridobljeno znanje z različnih področij citopatologije.

Udeleženci tečaja so vsa prosta mesta zapolnili že štiri mesece pred začetkom srečanja, tako da smo organizatorji obžalovali, da smo lahko ponudili le 50 mest, prišli pa so iz številnih evropskih in drugih držav (Slovenija, Hrvaška, Italija, Romunija, Belgija, Norveška, Švedska, Nizozemska, Anglija, Izrael, Savdska Arabija, Združeni arabski emirati, Oman in Avstralija). Predavatelji so bili iz različnih evropskih držav: Italije

(Luigi Di Bonito, Giovanni Negri, Roberto Dina), Avstrije (Martin Tötsch), Anglije (Amanda Herbert), Danske (Marianne Schou Martiny), Norveške (Torill Sauer), Švice (Spasenija Savic Prince) in Slovenije (Margareta Strojman Fležar, Izidor Kern, Veronika Kloboves Prevodnik, Živa Pohar Marinšek). Udeleženci tečaja so z anketnim obrazcem ocenili predavanja in delavnice, 83 odstotkov vseh oddanih ocen je bilo odličnih, osmim posameznim predavanjem in delavnicam pa so udeleženci namenili nad 90 odstotkov odličnih ocen.

V petek popoldne (8. maja) smo po zaključku tečaja izvedli še izpit QUATE, ki je mednarodni izpit za citotehniko – presejalce brisov materničnega vratu. Prijavijo se lahko le kandidati, ki v svoji državi izpolnjujejo pogoje za presejanje brisov materničnega vratu (citoloških vzorcev materničnega vratu). Izpit zagotavlja objektivno oceno znanja kandidata in je sestavljen iz teoretičnega dela (50 izbirnih vprašanj) in praktičnega dela, na katerem mora kandidat mikroskopsko pravilno oceniti 16 brisov materničnega vratu. Organizacija testa je zagotovila slovenska Sekcija za citopatologijo v sodelovanju z obema izpraševalcema, ki prihajata iz Anglije (Nick Dudding in Allan Wilson). Prijavilo se je 18 kandidatov iz Slovenije in štirje iz tujine. Vseh 18 slovenskih kandidatov je test uspešno opravilo, 13 jih je v praktičnem delu izpita doseglo vse možne točke.

## Evropski kongres paliativne oskrbe (EAPC) 2015

Maja Ebert Moltara, dr. med., Onkološki inštitut in  
Združenje paliativne medicine SZD  
[mebert@onko-i.si](mailto:mebert@onko-i.si)

Na Evropskem kongresu paliativne oskrbe (EAPC) v Københavnu, ki je

potekal med 7. in 10. majem 2015, se je zbralo skoraj 3000 udeležencev iz

70 držav sveta. Osrednja tema dogodka je bilo povezovanje in vzpostavljanje mostov med posameznimi elementi in obstoječimi strukturami paliativne oskrbe, nacionalno in mednarodno. Spoznanja zadnjih let spodbujajo k prepletanju paliativne

oskrbe z ostalimi kliničnimi medicinskimi vedami, na vseh ravneh. Temu pristopu danes pravimo zgodnja integracija paliativne oskrbe, ki je na področju onkologije že pokazala številne pozitivne rezultate (boljša kakovost življenja, manj depresivnih in anksioznih stanj brez negativnih (v nekaterih študijah celo pozitivnih) vplivov na preživetje). Paliativna oskrba – danes raje uporabljamo izraz paliativni pristop obravnave bolnika – naj bi se začela že zgodaj po diagnozi neozdravljive kronične bolezni. Vendar to nikakor ne pomeni, da vsak posameznik s tako diagnozo skozi celo obdobje kroničnega obolenja potrebuje specialistično obravnavo paliativnega tima, temveč da so potrebni podporni paliativni pristopi v zdravljenju neozdravljivo bolnih na vseh ravneh zdravstvene obravnave (družinski zdravniki, specialisti vseh kliničnih strok).



Po mnenju EAPC (White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1) zahtevnejšo obravnavo v okviru specializiranih timov za paliativno oskrbo potrebuje 20 odstotkov bolnikov z rakom in 5 odstotkov neonkoloških kronično obolenih v zadnjem letu življenja. Na podlagi teh spoznanj EAPC izvaja številne dejavnosti za podporo razvoja paliativne oskrbe na

primarni ravni, med družinskimi zdravniki (<http://www.ipccn.org>). Številni družinski zdravniki poudarjajo, da je paliativna oskrba sestavni del njihove vsakodnevne prakse (tudi v Sloveniji) in da se izvaja ne glede na poimenovanje – paliativna oskrba, paliativni pristop ali zgolj dobra bolniku prilagojena obravnava. Vsi pa se strinjajo, da je nujno potrebna ustrezna podpora, tako na področju dodatnega izobraževanja kot ustrezne mreže.

Vsaka država ima svojo strukturo zdravstvenega sistema in zato tudi različne modele mrež paliativne oskrbe. V Evropi najdemo države, kjer paliativna oskrba temelji predvsem na izvajanju paliativne oskrbe v okviru gibanj hospic, spet druge pa imajo paliativno oskrbo, ki se zagotavlja s strani zdravstvenega sistema (osnovna raven: družinski zdravniki s patro-  
nažno sestro, specialisti različnih

strok, specialistična raven: mobilni timi, paliativne enote v bolnišnicah). V državah s paliativno oskrbo v okviru obstoječega zdravstvenega sistema se gibanje hospic vključuje v oskrbo umirajočih (bolnikov v zadnjih tednih življenja) in so običajno financirani v večjem deležu s strani donacij, različnih fundacij ali verskih institucij.

Na kongresu so bili predstavljeni tudi najnovejši rezultati dela številnih

delovnih skupin EAPC. Skupina, vključena v ponovno posodobitev smernic za zdravljenje bolečine, je predstavila najaktualnejše točke, kjer so potrebne spremembe (nova klasifikacija kronične bolečine ICD11, vključitev novih zdravil, posodobitev glede na nova dognanja od leta 2012). Vendar avtorji nastajajočih posodobljenih smernic glasno opozarjajo, da brez uvajanja smernic v vsakdanje delo ne moremo pričakovati želenega učinka – to je manj bolnikov z neobvladljivo bolečino. Na poti do tega cilja pa bo potrebno v številnih državah še vedno urediti odnos in znanje glede pravilne uporabe opiatov.

Velikega zanimanja sta bila deležna tudi simptoma težko dihanje in izguba telesne teže s kaheksijo. V tujini se na teh področjih odvijajo številne raziskave, od katerih pričakujemo v prihajajočih letih odgovore na še nerešena vprašanja (Kako učinkovito zdraviti bolnika s prekaheksijo? Kako pomagati bolniku v kaheksiji? Novi z dokazi podprti pristopi v zdravljenju težkega dihanja?). Spoznanje, da imajo bolniki v paliativni oskrbi vedno več simptomov hkrati in da so le-ti medsebojno prepleteni, otežuje izvajanje raziskav in hkrati tudi zdravljenje. Kaheksija namreč predstavlja stanje bolnika, do katerega lahko pride premajhen vnos hrane in sočasno pomanjkanje gibanja, katabolno stanje telesa ob napredovalni neozdravljivi bolezni v stanju kroničnega vnetja ter porušena hipotalamus-hipofizna-nadledvična os. Vzrokov za kaheksijo pri bolniku z rakom je tako več in izolirano zdravljenje zgolj enega vzroka do sedaj ni obrodilo zelenih rezultatov. Novejše raziskave zato vključujejo kompleksne metode zdravljenja, kar je v pilotni pre-MENAC študiji vsebovalo: prehransko svetovanje, redno telesno aktivnost, prehranske dodatke z omega 3 maščobnimi kislinami (EPA) ter NSAID. Kljub temu, da so imeli z vključevanjem in komplianco bolnikov nekoliko težav, je zaključek študije pozitiven, saj se je pri večini bolnikov povečala pusta telesna masa.



Na podlagi teh rezultatov bodo sedaj odprli 3. fazo študije MENAC.

Na kongresu EAPC je bil predstavljen tudi program ACTION ([www.action-acp.eu](http://www.action-acp.eu)), ki želi v evropskem okolju testirati ameriški pristop vnaprejšnjega načrtovanja – Respecting Choices. Projekt je financiran iz sredstev EU in vključuje šest držav. V Sloveniji bo program izvajala Klinika Golnik pod vodstvom Urške Lunder, ki načrtuje vključitev do 35 bolnikov z rakom pljuč in debelega črevesa. Izvajalci bodo izšolani »facilitatorji«, ki bodo po natančnem protokolu z izbranimi bolniki izvajali pogovore in zapisovali njihove poglede na življenje, vrednote ter tudi želje za prihodnost. Vnaprejšnje načrtovanje ne predstavlja pravnoformalnega dokumenta in zato za zdravstvene delavce ni zavezujoče. Dokumenta vnaprejšnjega načrtovanja tudi ne smemo enačiti s paliativnim načrtom (širši pojem, del katerega je vnaprejšnje načrtovanje) ali z vnaprej izraženo voljo (pravnoformalni dokument, kjer bolnik skupaj z zastopnikom pacientovih pravic in osebnim zdravnikom po predhodni jasni obrazložitvi podpiše izjavo o zelenih/nezelenih

postopkih). Dokument vnaprejšnjega načrtovanja naj bi izpostavljal predvsem bolnikove poglede in želje, ki pa zdravnika ne obvezujejo ali odvezujejo zdravniškega strokovnega svetovanja, odločanja in ukrepanja. Želja izvajalcev programa ACTION v našem okolju je usmerjena predvsem na družino, kjer naj bi omenjen program vzpodbujal odkrite pogovore in načrtovanje glede zadnjega obdobja življenja.

Na kongresu smo se predstavili tudi s tremi prispevki v obliki izvlečkov in posterjev. Predstavili smo svoje izkušnje glede vpliva paliativne oskrbe na ustreznejše prepoznavanje zadnjega obdobja življenja in ustreznejšo oz. pravočasnejšo prekinitev specifičnega zdravljenja. Kot kriterij, ki smo ga spremljali skozi leta, je bil delež zdravljenja bolnikov s kemoterapijo v zadnjih štirih in dveh tednih življenja. Oba parametra sta se od leta 2009 do 2012 izboljšala. Kemoterapija zelo izčrpanemu bolniku z napredovalo boleznijo bistveno poslabša kakovost življenja, hkrati pa življenja ne podaljšuje. Ostala dva prispevka sta nastala na podlagi Projekta Metulj [www.paliativnaoskrba.si](http://www.paliativnaoskrba.si), ki smo ga v preteklem letu izvedli v podporo bolni-

Projekt  
**METULJ**

za bolnike z neozdravljivo boleznijo in njihove bližnje

[www.paliativnaoskrba.si](http://www.paliativnaoskrba.si)

kom v paliativni oskrbi in njihovim družinam. V obliki zgibank in na novi internetni strani so objavljene številne vsebine s področja paliativne oskrbe, ki svetujejo bolniku in njegovim bližnjim, kako si lahko v domačem okolju pomagajo tudi sami in kdaj se je treba obrniti na zdravniško pomoč.

Kongres EAPC je osrednji dogodek, kjer se zberejo vsi največji strokovnjaki s področja paliativne oskrbe in kjer se predstavijo vsi najnovejši rezultati študij. Kot tak je dogodek priporočljiv za vse, ki se vsakodnevno srečujejo z vprašanji iz paliativne oskrbe. Naslednje srečanje bo potekalo od 9. do 11. junija 2016 v Dublinu. Rok za oddajo prispevkov: 15. oktober 2015.

Naj pa povabimo tudi na Slovenski kongres paliativne oskrbe 9. in 10. oktobra 2015, kamor bomo povabili kar nekaj odličnih gostov ([www.szpm.si](http://www.szpm.si)), da bodo z nami delili najnovejša spoznanja s področja paliativne oskrbe.

## Cepljenje varuje zdravje posameznika in skupnosti

*Predstavitel posveta zdravnikov in medicinskih sester, ki izvajajo cepljenja v celjski regiji*

**Prim. dr. Alenka Trop Skaza, dr. med., Nacionalni inštitut za javno zdravje, območna enota Celje**

[Alenka.Skaza@nijz.si](mailto:Alenka.Skaza@nijz.si)

*Na lepo četrtkovo popoldne, 14. maja, smo se, kot je že tradicija, zbrali zdravniki in medicinske sestre celjske regije, ki smo izvajalci cepljenja. Na strokovnem posvetu je bilo 160 udeležencev. Dejstvo*

*je, da nalezljive bolezni ogrožajo zdravje ljudi vseh starostnih skupin in da se proti nekaterim lahko učinkovito zaščitimo le s cepljenjem, ne pa z izboljšanjem življenjske ravni in higijene. Dokazano je,*

*da so v državah, v katerih s programi cepljenja proti nalezljivim boleznim dosegajo veliko precepljenost, pri obvladovanju nalezljivih bolezni, ki predstavljajo tveganje za posameznika in družbo, uspešnejši od držav, v katerih programi cepljenja zaradi različnih razlogov niso dovolj uspešni oz. programov sploh ni. Ker števil-*

*nih nalezljivih bolezni pri nas ne srečamo več, ljudje menijo, da jih ne ogrožajo. Izkušnje nas (žal) učijo drugače.*

Nacionalna koordinatorica cepljenja, **izr. prof. prim. doc. dr.**

**Alenka Kraigher**, je predstavila predlog Programa cepljenja in zaščite z zdravili za leto 2015 in novosti za aktualno leto. Primarni pediatri v sklopu priporočenih rutinskih cepljenj proti pnevmokoknim okužbam že cepijo dojenčke, rojene po oktobru 2014. Cepljenje izvajajo kot neobvezno, od dopoljenih treh mesecev starosti dalje, praviloma ob sočasnem cepljenju proti davici, tetanusu, oslovskemu kašlju, otroški paralizi in hemofilusnemu meningitisu tipa b. Podrobno je novost predstavljena na spletnem naslovu [http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/cepljenje\\_s\\_konj\\_pnevmo\\_za\\_otroke\\_-\\_marec\\_2015.pdf](http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/cepljenje_s_konj_pnevmo_za_otroke_-_marec_2015.pdf).

Druga novost je cepljenje dojenčkov, pri katerih je potrebna zaščita proti hepatitisu B, s kombiniranim šestvalentnim cepivom. Cepivo dojenčka zavaruje pred davico, tetanusom, oslovskim kašljem, otroško paralizo in hemofilusnim meningitisom tipa b ter dodatno še pred hepatitisom B. Tretja novost je cepljenje zamudnic proti okužbi s humanimi papilomavirusi (HPV) na stroške ZZZS. Cepljenje je bilo kot neobvezno uvedeno za dekleta v 6. razredih v šolskem letu 2009/10.

A. Kraigher je predstavila še neželene učinke po cepljenju. Po definiciji je neželeni učinek (dogodek) po cepljenju vsak dogodek, ki je v časovni povezavi s cepljenjem in je lahko, ali pa tudi ni, vzročno povezan s cepljenjem ali cepivom. Neželeni učinki po cepljenju so lokalni, sistemski in alergične reakcije. Vsak zdravnik, ki cepi, mora o vsakem posameznem primeru obvestiti register za stranske pojave po cepljenju na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje. Register sloni na pasivnem spremljanju, ki beleži vse prijavljene neželene učinke, ki se pojavijo v

časovni povezavi s katerikoli cepljenjem v Sloveniji. Pri spremljanju ima občutljivost prednost pred specifičnostjo. V registru se zbirajo vsi podatki o katerikoli klinično pomembnem dogodku, ki se je zgodil po cepljenju, četudi poročevalec ni prepričan, da je dogodek povzročen s cepivom. Dejstvo je, da je javnost do pojava kakršnegakoli dogodka, ki je časovno povezan s cepljenjem, izredno kritična in se hitro opredeli, da je dogodek povzročilo cepivo. Pred leti je imela starejša gospa, ko je čakala v čakalnici na cepljenje proti gripi, srčni infarkt, ki se je srečno »končal.« Otrok, ki so ga starši želeli cepiti proti klopnemu meningoencefalitisu, je doživel prvi epileptični napad pred cepljenjem. Samo mislimo si lahko, kaj bi se zgodilo, če bi se oba dogodka zgodila po cepljenju...

Cepljenje zdravstvenih delavcev, s poudarkom na cepljenju proti gripi, je predstavil **asist. Zoran Simonović**. Cepljenje zdravstvenih delavcev je zakonsko opredeljeno v več pravnih aktih. Program cepljenja in zaščite z zdravili še posebej opredeljuje cepljenje in zaščito z zdravili pri zaposlenih na podlagi izjave o varnosti z oceno tveganja na delovnem mestu. Zdravstveni delavci so zaradi narave svojega dela okužbam še posebej izpostavljeni oz. okužbo prenašajo naprej na druge osebe. Poleg rutinskih cepljenj, ki so opredeljena v naši zakonodaji, morajo biti zdravstveni delavci, ki so izpostavljeni tveganju, cepljeni proti hepatitisu B in zaščiteni proti ošpicam. Za določena delovna mesta je priporočljivo cepljenje proti noricam, revakcinacija proti oslovskemu kašlju in cepljenje proti meningokoknim okužbam.

Za sezonsko gripo letno zbolijo od 5 do 10 odstotkov odraslih in od 20 do 30 odstotkov otrok. Težji potek gripe z zapleti je pri starejših od 65 let, pri otrocih, ki so mlajši od dveh let, pri nosečnicah, kroničnih bolnikih in zelo debelih osebah. V Sloveniji je proti gripi cepljenih le 16 odstotkov zdravstvenih delavcev, v Nemčiji 26 odstotkov, v ZDA 60 odstotkov

(farmacevti: 90-odstotna precepljenost, zdravniki: 84-odstotna precepljenost). V določenih ustanovah v ZDA je cepljenje proti gripi obvezno. Razlogov za cepljenje zdravstvenih delavcev je več, od lastne zaščite, zaščite pacientov in bolnikov, sorodnikov in prijateljev. Delež starejših od 65 let, ki so v Sloveniji cepljeni proti gripi, je pri nas med najnižjimi v Evropi in daleč od cilja 75-odstotna precepljenosti proti gripi v tej populacijski skupini.

Racionalnega razloga za nasprotovanje cepljenju proti gripi dejansko ni. Cepivo ima dober varnostni profil, pričakovana incidenca preobčutljivostnih reakcij je 1/1,5 milijona cepljenih oseb.

O komunikacijskih težavah s starši, ki odklanjajo cepljenje, je spregovorila **prim. dr. Alenka Trop Skaza**. Cilj cepljenja je zagotoviti enake možnosti za vse otroke glede zaščite pred nalezljivimi boleznimi. Zaradi cepljenja se je v Sloveniji znižala incidenca nalezljivih bolezni, zaradi katerih so zbolevali in umirali otroci pred uvedbo cepljenja. Pred letom 1937 je bilo več tisoč primerov davice vsako leto, po uvedbi cepljenja smo zadnji primer bolezni v Sloveniji zabeležili leta 1967. Zadnji primer otroške paralize je bil pri nas v letu 1979, cepljenje smo uvedli leta 1957. Zanjega bolnika z rdečkami smo videli leta 2007 itd. Nasprotniki cepljenja oznanjajo parolo, da necepljeni otroci ne ogrožajo nikogar, ki je cepljen. Učinkovitost cepiv ni 100-odstotna, saj nobeno zdravilo ni pri vseh 100-odstotno učinkovito. V absolutnih številkah je število obolelih za določeno boleznijo, proti kateri so otroci cepljeni, v skupini cepljenih lahko višje kot v skupini necepljenih, saj je večina otrok cepljenih. Dejstvo je tudi, da nobeno zdravilo ni 100-odstotno varno za vsakogar. V Sloveniji je letno hospitaliziranih približno 300.000 ljudi, po oceni 5 odstotkov zaradi neželenih učinkov po zdravljenju, kar pomeni 17.500 ljudi. Dejstvo je, da je temelj uspešne

komunikacije znanje o cepivih in cepljenju. Izredno pomemben je način podajanja informacij. Na sogovornika vplivamo na njegovi razumni ravni, vendar je vpliv na nezavedni, čustveni del bistveno večji. Čustva nam sporočajo, kaj se dogaja v okolju in ali so stvari pod nadzorom. Za prvi vtis je najpomembnejša govorica telesa, glas pri prvem vtisu predstavlja 38 odstotkov »uspešnosti«, vsebina pa 7 odstotkov.

A. Trop Skaza je predstavila tudi pomen cepljenja proti HPV-okužbam. V Sloveniji je odstotek rakov na materničnem vratu (RMV), ki so posledica neodkritih persistentne okužbe s HPV 16 in HPV 18, višji, kot je evropsko povprečje. Ta dva genotipa pri nas povzročata več kot 77 odstotkov vseh rakov na materničnem vratu, drugje okoli 73 odstotkov. Raziskav, v katerih poročajo o terenski učinkovitosti cepiva pri preprečevanju atipičnih in predrakavih sprememb materničnega vratu (CIN2/CIN3, AIS, CIS), je kar nekaj. Prav tako je že dokazana populacijska učinkovitost cepiva na znižanje prevalece tistih genotipov HPV, proti katerim ščiti štirivalentno cepivo (HPV 6, 11, 16, 18). V šolskem letu 2009/10 je bila precepljenost šesto-

šolk v celjski regiji 46,3 odstotka, v Sloveniji 48,7 odstotka, v 2013/14 pa je bila precepljenost šestošolk v Sloveniji 45,3 odstotka, v celjski regiji pa dobrih 59 odstotkov.

Z doseženimi odstotki cepljenih predšolskih in šolskih otrok v celjski regiji je udeležence strokovnega posveta seznanila **Amadeja Lemež Jeseničnik**. Način poročanja o opravljenih cepljenjih je zadnja leta enak, o odstotkih poročamo preko spletne aplikacije. V regiji Celje je bila precepljenost predšolskih otrok proti davici, tetanusu, oslovskemu kašlju, Hib meningitisu in otroški paralizi za leto 2014 97-odstotna (slovensko povprečje je 94,9 odstotka). S prvim odmerkom cepiva proti ošpicam, mumpsu in rdečkam (OMR) je bilo cepljenih 96,4 odstotka otrok, povprečje je 93,7 odstotka. S tremi odmerki cepiva proti hepatitisu B je bilo cepljenih 96 odstotkov obveznikov v regiji, v Sloveniji dobrih 88 odstotkov. Z drugim odmerkom OMR-cepiva je bilo cepljenih več kot 98 odstotkov vstopnikov v 1. razrede osnovnih šol, slovensko povprečje je 94,35 odstotka. Peti odmerek cepiva proti davici, tetanusu in oslovskemu kašlju je prejelo 97,4 odstotka tretješolcev, povprečje je 94,7 odstotka. Precepljenost proti tetanusu za dijake (prejet

šesti odmerki cepiva proti tetanusu) v regiji v šolskem letu 2013/14 je 91,45-odstotna, slovensko povprečje pa je 90,8 odstotka. Dejstvo je, da kot regija dosegamo visoko precepljenost, so pa med posameznimi upravnimi enotami pri nekaterih cepljenjih precejšnje razlike. Dejstvo tudi je, da odstotek precepljenosti »slabijo« manjša cepilna mesta zaradi neopravljenega cepljenja pri nekaj otrocih. Dejstvo tudi je, da je precepljenost dejansko višja, saj je poročila treba oddati do določenega datuma, cepite-lji pa manjkajoča cepljenja opravijo kasneje.

O ošpicah kot o porajajoči bolezni v Sloveniji je razmišljal **Mario Fafangel**. Zadnji izbruh ošpic smo v Sloveniji imeli v letu 1994/95, ko so zboleli 504 ljudje, ena oseba je umrla. Od leta 2000 do 2009 ošpic nismo beležili, v 2010 smo registrirali tri primere, v 2011 dva in v letu 2013 en primer ošpic. V letu 2014 smo v Sloveniji zabeležili kar 52 bolnikov z ošpicami, osem jih je bilo vnesenih iz Bosne in Hercegovine, 44 pa je bilo povezanih z mednarodno razstavo psov v Vrtojbi. Epidemiološka obravnava kontaktov/oseb, ki so bile neposredno izpostavljene bolniku v obdobju 4 dni pred pojavom izpuščaja in 4 dni po pojavu izpuščaja, je lahko zelo obsežna, kar potrjujeja tudi zadnja dva primera bolnikov z ošpicami na Goriškem, kjer je bilo treba obravnavati več kot 1400 kontaktov.

V letu 2013 je zaradi ošpic v svetu umrlo več kot 145.000 ljudi, večinoma otrok, mlajših od pet let. Vsak dan zaradi ošpic umre 400 otrok kljub temu, da imamo za preprečevanje bolezni na voljo varno in učinkovito cepivo. V zadnjih 14 letih je cepljenje otrok proti ošpicam rešilo več kot 15 milijonov življenj. Vse države evropske zdravstvene regije SZO so pred leti sprejele zavezujoč cilj, da bodo ošpice do leta 2015 odpravljene. Trenutna epidemiološka slika o pojavnosti ošpic v Evropi nas odmika daleč stran od zastavljenega cilja. V Nemčiji imajo izbruh ošpic, ki je



*Predavatelji (z leve): Zoran Simonović, Alenka Kraigher, Mario Fafangel, Alenka Trop Skaza in Amadeja Lemež Jeseničnik*

epidemiološko povezan z azilanti iz Bosne, o velikem številu obolelih z ošpicami poročajo iz Italije, Bosne in Hercegovine, Hrvaške. Dejstvo je, da so ošpice najbolj nalezljiva bolezen, proti kateri cepimo; en bolnik lahko okuži do 18 ljudi.

Vzdušje v slovenskem prostoru glede cepljenj je občasno zelo napeto. Pediatri, šolski zdravniki, epidemiologi in drugi zdravstveni strokovnjaki se zavedamo, da današnji čas zahteva bistveno drugačen pristop do cepljenja. Starši in družine potrebujejo

jasne informacije. Tudi zaradi tega je treba vedno znova razlagati in izobraževati o vlogi in pomenu cepljenja, saj na srečo boleznim, proti katerim je cepljenje obvezno, pri nas ne srečamo več oz. so redke. Naj tako tudi ostane.

## 10. Bedjaničev simpozij

Asist. Božena Kotnik Kevorkijan, dr. med., UKC Maribor  
[kotnik.kevorkijan@ukc-mb.si](mailto:kotnik.kevorkijan@ukc-mb.si)

*Letos smo mariborski infektologi pripravili že tradicionalni, 10. Bedjaničev simpozij. Od leta 1997 vsako drugo leto zadnji konec tedna v maju organiziramo strokovno srečanje, na katerem obdelamo eno od aktualnih tem v infektologiji. Naslov letošnjega simpozija je bil »Pristop k starostniku z okužbo«. Po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije so starostniki vsi, ki so stari 65 let ali več.*

Tokrat smo se infektologi, drugi zdravniki in drugi strokovnjaki, ki se ukvarjamo s starejšimi pacienti, zbrali 29. in 30. maja 2015 v kongresnem centru hotela Habakuk pod Pohorjem. V prvem delu so se nam pridružili izvajalci zdravstvene nege, ki so po prvem sklopu predavanj nadaljevali svoj simpozij.

Glede na staranje prebivalstva in vse večje število starostnikov, ki potrebujejo zdravstveno pomoč, je bila izbira teme simpozija aktualna, kar so potrdile živahne razprave po predavanjih in tudi dobra udeležba. Program je obsegal 21 predavanj, osem prikazov zanimivih primerov starejših bolnikov in tri satelitske simpozije. Izdali smo tudi zbornik predavanj.

Po pozdravu organizatorja je sledilo prvo predavanje, ki ni bilo tematsko vezano, ampak je infektolog prof. Richard B. Roberts iz New Yorka predstavil zgodovino, epidemiologijo, diagnostiko, klinično sliko in možnosti zdravljenja ebrole. Odlično predavanje o trenutno najbolj vroči infektološki temi.

Nadaljevali smo s strokovnimi temami, vezanimi na starostnika. Gregor Veninšek, vodja Centra za geriatrično medicino UKC v Ljubljani, je opisal probleme staranja populacije in populacijsko statistiko. Gledano skozi daljše obdobje ni trenutni trend nič posebnega, nič zaskrbljujočega, podobne situacije so v zgodovini že bile in pričakujemo lahko ponovno obdobje, ko bo delež mladih veliko večji kot starostnikov, najbrž pa naša generacija tega ne bo doživela. V naslednjem predavanju nas je prof. dr. Alojz Ihan popeljal skozi imunološko staranje človeka in nakazal probleme glede okužb, ki nastajajo zaradi tega. Imunološko se staranje kaže običajno že od 40. leta naprej. Pokazal je tudi možnosti podaljševanja življenjske dobe, če bi tekom življenja imeli manj vnetij, manj vnetnih odgovorov in zato manj imunoloških odgovorov, ki izčrpajo imunološko sposobnost posameznika. Naslednji predavanji sta bili s področja medikacije starostnika, najprej splošno o problemih medikacije pri starostniku

(farmacevtka Polonca Drogenik), nato pa o antibiotičnem zdravljenju starostnika in težavah, ki lahko nastopijo ob tem (infektologinja prof. dr. Bojana Beović).

Prim. Jelka Reberšek Gorišek je predstavila nekaj pravnih vidikov obravnave starostnika in njegovo sodelovanje pri zdravljenju, saj pozabljamo, da mora starostnik enako kot vsak drug pacient na zdravljenje pristati in da se mora tudi strinjati s sprejemom v dom starejših občanov. Temo je nadaljevala psihiatrinja Mojca Muršec. Izpostavila je problem, ki nastane, ko se starostnik s predlogom zdravnika in svojcev ne strinja, ko se ne strinja z namestitvijo v institucionalno varstvo, svojci pa ga ne morejo ali ne želijo sprejeti v domačo nego. Izjemno zanimivo je bilo predavanje zdravnice, strokovnjakinje za paliativno medicino, Vesne Ribarič Zupanc o paliativni oskrbi starostnikov. Marsikdo od poslušalcev sploh ni vedel, da imamo v mariborskem UKC tim za paliativno oskrbo, ki najbolje in največ sodeluje prav z infektologi.

Prof. dr. Maja Rupnik je predstavila teorije o možnih povezavah obolevanja za infekcijskimi boleznimi s starostnikovo mikrobioto in možnosti izkoriščanja tega znanja pri zdravljenju starostnika. Nadaljevali smo s predavanji s kliničnega področja. Mariborski infektologi so prikazali rezultate na področju zdravljenja seps v zadnjih letih za bolnike, ki so se zdravili na njihovem oddelku. Kar dve



Prof. Richard B. Roberts

tretjini bolnikov s sepsa je bilo iz skupine starostnikov in umrljivost teh bolnikov je statistično pomembno višja od umrljivosti bolnikov s sepsa v starosti do 65 let. Najpogostejši izvor sepse je bila okužba sečil in zato ne preseneča, da so bile najpogostejši povzročitelji sepse gramnegativne bakterije. Doc. dr. Tatjana Lejko Zupanc je predavala o infekcijskem endokarditisu pri starostniku z možnostmi diagnostike in zdravljenja ter prognozo za takšne bolnike.

Naslednje področje je zajemalo zunajbolnišnične pljučnice, Rajko Saletinger je natančno predstavil klinično sliko, diagnostiko, povzročitelje in sheme zdravljenja. Temo je nadaljevala Nina Gorišek Miksić, ki je predstavila rezultate raziskave o virusnih okužbah dihal v enem od mariborskih domov starejših občanov (DSO). Še zmeraj je najpogostejša viroza gripa, tako med stanovalci DSO kot tudi med osebjem. Precepljenost proti gripi pa je med zaposlenimi zelo slaba, je nadaljevala Božena Kotnik

Kevojkijan, ki je sicer predstavila okužbe starostnikov v DSO. Predstavila je tudi rezultate vseevropskih raziskav o okužbah v DSO in rezultate istih raziskav v Sloveniji. Od evropskih podatkov odstopamo predvsem v diagnostiki okužb, saj stanovalci DSO nimajo opravljenih mikrobioloških preiskav (le v 9 odstotkih), nimajo opredeljenega povzročitelja okužbe, zelo redko imajo ob sumu na pljučnico opravljeno RTG-slikanje. Diagnoze okužb so postavljene na osnovi klinične slike.

Drugi dan simpozija smo začeli s predstavitevijo rezultatov okužb sečil, ki jih je pripravil mariborski infektolog Zvonko Baklan. Prikazal je delež povzročiteljev (še zmeraj je najpogostejši povzročitelj okužb *E. coli*), spremembe občutljivosti na antibiotike in delež uporabljenih antibiotikov. Naslednji dve predavanji sta bili o okužbah v trebuhu (Ksenija Ekart Koren) in o infekcijskih driskah na mariborskem območju. Mariborski mikrobiologi so analizirali vzorce blata, ki so jih pregledali za zadnjih 5 let. Presenetil je podatek, da je bilo lani kar četrtnina bakterijskih drisk z dokazanim povzročiteljem povzročeni z bakterijo *Clostridium difficile*. Jana Rejc Marko je prikazala okužbe kronične rane in možnosti zdravljenja, ne samo antibiotičnega. Pozvala je zdravnike, naj ne predpisujejo antibiotikov za kronične rane, tudi če imajo izvid brisa rane, saj to ni optimalni vzorec (potreben je vzorec tkiva) in gre največkrat za kolonizacijo, ne za okužbo.

O akutni zmedenosti ob vročini neznanega izvora pri starostniku je predavala Aleksandra Krznar iz celjske bolnišnice in prikazala diferencialno diagnostiko takšnega stanja. O težavah družinskega zdravnika pri obravnavi starostnika so pripravili prispevek zdravniki iz ZD Maribor. Na koncu je bilo zanimivo predavanje o cepljenjih starostnikov proti gripi, pnevmokoknim okužbam, pasovcu, tetanusu in oslovskemu kašlju. Zanimivo sta ga predstavila Sibila Unuk iz UKC Maribor in Zoran Simonović iz

mariborske enote NIJZ. Oba sta poudarila, da je cepljenje potrebno in koristno tudi za starostnike. Veliko težkih potekov in smrti zaradi gripe bi lahko preprečili s cepljenjem starostnikov in tudi s cepljenjem osebja v bolnišnicah in DSO.

Med predavanji smo imeli delavnice – štirikrat so mladi zdravniki predstavili po dva primera zanimivih pacientov s posebnim ali nenavadnim potekom infekcijske bolezni. Marsikomu je bil ta del simpozija najbolj zanimiv, z vprašanji in glasovanjem o ukrepanju pa smo se preizkusili vsi poslušalci.

Imeli smo tudi tri satelitske simpozije o uporabi protimikrobnih zdravil v praksi, o povzročiteljih okužb in cepljenju proti klopnemu meningitisu pri starejših.

Srečanje smo seveda popestrili z družabnim programom, ki je bil prav tako zanimiv, v skladu z naslovom simpozija nam je dramski igralec Vlado Novak prikazal, kako poteka staranje v zaporu (Gajaš arestant).

Tokratnega Bedjaničevega simpozija se je udeležilo preko 180 udeležencev. Ob srečanju smo izdali zbornik vabljenih predavanj, ki obsega preko 200 strani. Verjamem, da bo v pomoč tako zdravnikom pri poglobljanju in utrjevanju že pridobljenega znanja kot tudi študentom medicine pri nadaljnjem študiju, pa tudi drugim zaposlenim v zdravstvu, ki jih ta problematika zanima. Tokrat so prvič organizirali svoj simpozij tudi zaposleni v zdravstveni negi na našem oddelku in na zgoščenki izdali zbornik svojih predavanj.

Tako 10. Bedjaničev simpozij kot tudi 1. strokovno srečanje izvajalcev zdravstvene nege sta uspela in že zdaj lahko povabimo kolege na 11. Bedjaničev simpozij, ki bo čez 2 leti konec maja v Mariboru.

# 70-letnica ustanovitve prve javne zobne ambulante v Mariboru

Prim. dr. Velimir Vulikić, dr. dent. med., Domžale

Zbornik s tem naslovom je na 126 straneh in v nakladi 250 izvodov izdal Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, Maribor 2015.

Naj takoj pripomnim, da naslov zajema le obdobje po koncu druge svetovne vojne leta 1945, kajti z ustanovitvijo Okrajne bolniške blagajne v Ljubljani 1. avgusta 1889 se začenja neka oblika javnega zobozdravstva na Kranjskem, poznejšem ozemlju Slovenije. Okrajna bolniška blagajna je imela leta 1920 svoje poslovalnice v številnih mestih, tudi v Mariboru. Leta 1933 je bilo v Mariboru 13.779 zavarovancev s pravico do delnega zdravljenja zob. Torej, Zdravniško društvo Maribor in Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca sta 27. marca letos sklicala strokovni sestanek z zgornjim naslovom.

**Prim. asist. mag. Jernej Završnik, dr. med.,** direktor zdravstvenega doma, je pozornost namenil pomembnim mejnikom v razvoju mariborskega zobozdravstva: 70-letnici ustanovitve prvega javnega zobozdravstva in 65-letnici ustanovitve šolske zobne ambulante.

**Prim. Gorazd Sajko, dr. dent. med.,** je prikazal začetke in razvoj javnega zobozdravstva. Že teden dni po koncu vojne je osvobodilna vojaška oblast ustanovila Centralno zobno ambulanto za potrebe vojaštva in civilnega prebivalstva. V ambulanti so delali mobilizirani zobozdravstveni delavci. Dva meseca kasneje je bila ustanovljena druga javna zobna ambulanta in nato leta 1947 Javna zobna poliklinika.

Za tako uspešen začetek organizacije javnega zobozdravstva so si prizadevali (poleg zdravstvene oblasti) tudi znani in izkušeni zobozdravniki, kot so: dr. Leon Kac, dr. Boris Kristan, dr. Maks Žgur, dr. Franc Stamol in še več drugih.

Avtor tega poglavja je po letnicah prikazoval nastajanje in razvoj javnega zobozdravstva na terenu in v delovnih organizacijah na širšem področju Maribora. Omenil je tudi desetletno delovanje (1960–1969) Višje stomatološke šole.

Dr. Sajko je posebej opisal večletno prizadevanje oblasti in zdravstva za preskrbo in izpopolnjevanje prostorskih pogojev za potrebe zobo-

zdravstva. Pri tem naj omenim, da je avtor svoje izvajanje dokumentirano podkrepil s številnimi shranjenimi zapisi, sklepi, risbami, slikami in časopisnimi članki.

**Doc. dr. Irena Sapač, Helena Grandič, dr. dent. med., in Boris Sapač, dr. dent. med.,** so prikazali 70-letno obdobje od ustanovitve prvih javnih zobnih ambulant leta 1945 in 65 let od ustanovitve prve šolske zobne ambulante v Mariboru leta 1950.

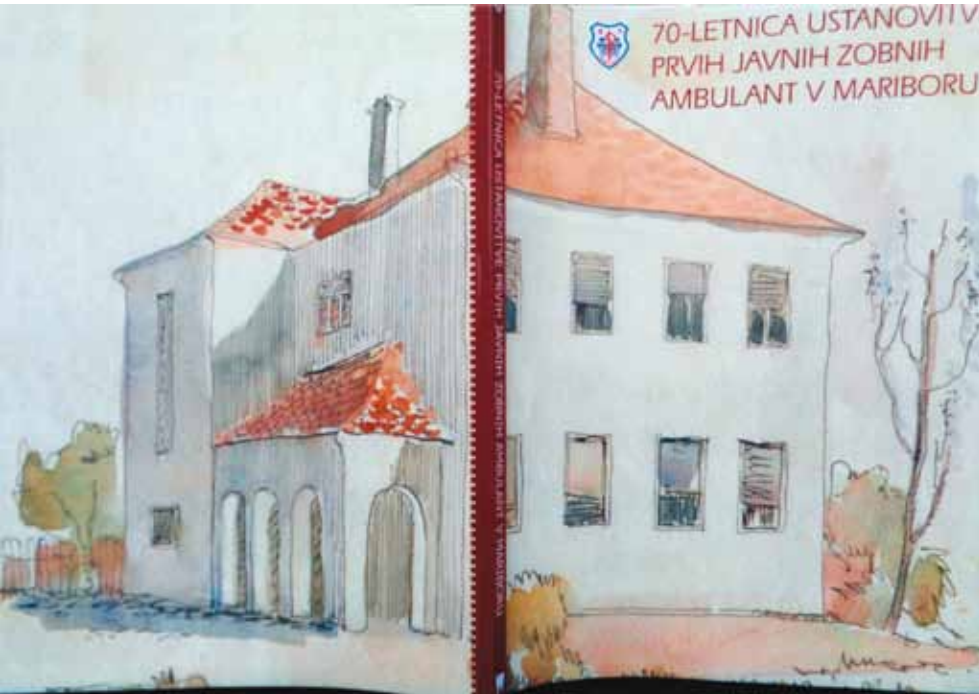
Na 19 straneh zbornika so ločeno opisovali začetke in razvoj splošnih zobnih ambulant. V slikah in besedah so prikazovali ambulanto na Glavnem trgu, ki je služila kot zameetek javnih zobnih ambulant na Trgu revolucije in ob Dravi.

Na kratko so se ozrli tudi na začetke javnega zobozdravstva za otroke in mladino, pa še na številne tovrstne ustanovitve pred in po letu 1950.

Nagli razvoj zobozdravstva in vse večje potrebe so narekovali ustanovitev specialističnih ambulant, sprva ortodontske, ki jo je (po tečaju pri prof. dr. Jožetu Rantu v Ljubljani) vodil dr. Boris Kristan, za njim pa dr. Milan Jež. Leta 1976 so kot prvi v Sloveniji ustanovili dve pedontološki ambulanti in dobili prve tri specialiste otroškega in preventivnega zobozdravstva: prim. dr. Jožico Simonič, dr. Ido Horvat in dr. Eriko Soršak. To pa je omogočilo, da je leta 1981 po sklepu Zdravstvenega doma zaživel preventivni kabinet (prvi v Sloveniji) in da je bila ustanovljena Enota za zobozdravstveno prosveto in vzgojo otrok in mladine v vrtcih in šolah.

**Doc. dr. Irena Sapač:** Biografija organizatorja in pionirja zobozdravstva v Mariboru dr. Borisa Kristana (1901–1991)

Doc. dr. Sapačeva je, kot najbolj poklicana, podala nekaj podatkov iz bogatega življenja svojega očeta, dr. Borisa Kristana, rojenega v številni družini zdravnika dr. Oroslava Kristana in matere Klotilde v Ormožu leta 1901. Dr. Sapačeva je slikovito opisala očetova otroška leta, šolanje in druženje s sošolci... Kot rodoljub je njen oče spremljal uspehe generala Maistra ter nastajanje države SHS.



Slika na naslovni strani zbornika je vila ob Dravi. V njej je 15. oktobra 1947 začela delovati zobna ambulanta, kasneje imenovana Zobna poliklinika. Akvarel je delo akad. slikarja Maksa Kavčiča iz let 1939 (iz zasebnega arhiva družine Kristan - Sapač).

Dr. Kristan je prvi rigoroz medicinskega šolanja opravil na novoustanovljeni Univerzi v Ljubljani, drugi in tretji pa na Dunaju in v Gradcu, kjer je promoviral leta 1926. Nato je prosil za specializacijo iz otorinolaringologije. Po nasvetu kolegov je sprejel službo mornariškega zdravnika in bil imenovan za sanitetnega poročnika fregate v Boki Kotorski. Ker je kazalo, da obljubljenе specializacije ne bo, se je odločil za specializacijo iz zobnih in ustnih bolezni, ki jo je opravil leta 1928 na Dunaju. Kot specialist se je istega leta v Mariboru zaposlil v ordinaciji dr. Stamola, ki je kot prva zobna ordinacija sprejemala zavaro Vance dveh bolniških blagajn.

Dr. Sapačeva je opisala očetovo delo v Zdravniškem društvu pred začetkom druge svetovne vojne, pa njegovo mobilizacijo v saniteto Jugoslovanske vojne mornarice, po kateri se mu je uspelo vrniti k družini. Doma mu je ves čas vojne grozilo odkritje ilegalnega podpiranja NOB z vsemi posledicami. Po koncu vojne se je podal na delo pri organizaciji

novega zobozdravstva. Že štiri dni po vojni je začel delati v novoustanovljeni zobni ambulanti. Hkrati je ustanavljal druge zobne ambulante. Pomagal je pri ustanovitvi Višje stomatološke šole in se posvečal specialističnemu delu – ortodontiji.

Neutrudni duh ga je zaposloval tudi na področju umetnosti in književnosti. Po upokojitvi leta 1965 je nadaljeval z uresničevanjem številnih načrtov. Med drugim se je posvečal branju, potovanju po tujih deželah in pisanju.

Doc. dr. Sapačeva je ponosna na očeta – neutrudnega organizatorja povojnega zobozdravstva na širšem območju Maribora. Družba ga je za ta dela nagrajevala s številnimi odličji, priznanji, častnimi članstvi, diplomami in nazivi.

**Darinka Borovšak Bela, dr. dent. med.:** Kronološki pregled razvoja in organizacije dela v mladinskem zobozdravstvu v Mariboru

Avtorica v uvodu navaja predvojno nastajanje in povojni razvoj otroškega zobozdravstva oz. pedontologije

na Stomatološki kliniki Medicinske fakultete v Ljubljani. Z ustanovitvijo Zdravstvenega doma leta 1957 in šolske zobne ambulante leta 1950 se v Mariboru začela organizirana sanacija zob mestnih otrok. Za podelje pa je dr. Kristan poskrbel s potujočo zobno ambulanto.

Dr. Borovšakova se je posvečala tudi problematiki velikih potreb po sanaciji zob in ortodontskemu zdravljenju disgnatij, kakor tudi pomanjkanju kadra za ta dela. Šele leta 1970 (z okrepitevijo s kadri in ustanovitvijo več zobnih ambulant, tudi v osnovnih šolah) so se pogoji za uspešnejše pedontološko in ortodontsko delo izboljšali. Temu je pomagala pospešena vzgoja otrok in staršev, izboljšanje prehrane, organizirani sistematski pregledi zob in ust, nova zakonodaja in preventiva. Da je tako, avtorica podkrepi s padcem KEP (karies, ekstrakcije in plombiranje zob) in prevalence (obolevnosti). Predvideva celo, da bi se z vztrajanjem pri takem delu lahko primerjali z globalnimi cilji Evrope oz. da bi do leta 2020 nekatere starostne skupine otrok do 18. leta starosti lahko ohranile vse svoje zobe.

Zbornik je torej (kot prvi korak v tej smeri) eden redkih koristnih pisnih virov za ohranjanje zgodovine slovenskega zobozdravstva. Še več bi k temu prispevali, če bi v njem sodelovalo več zobozdravstvenih delavcev, ki so gradili to zgodovino z mlajšimi navdušenci, saj jih je v Mariboru še veliko. Želeti je, da bi pričujočemu zborniku kaj kmalu sledil drugi, ki bi v sliki in besedi obudil zgodovino zobozdravstva na Štajerskem in jo ohranil za mlajše generacije.

Kot avtor številnih knjig in drugega gradiva o zgodovini slovenskega zobozdravstva sem vesel tega zbornika in se ob tej priložnosti zahvaljujem avtorjem njegovega gradiva.

## Zbornična izobraževanja za zdravnike in zobozdravnike

**Čustveno inteligentni starši**

predavanja – avgust, oktober, december

Vsebine s področja čustvene inteligentnosti so namenjene prepoznavi pomena čustev in čustvovanja v komunikaciji in medosebnih odnosih, pa tudi pri **razumevanju sebe in drugih**, 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.**Arhetipska analiza osebnosti**

predavanja in delavnice – september, november

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

**Izvajaja:** Manica Žmauc, univ. dipl. ped., prof. soc.**Zadovoljna, samozavestna, radostna**

delavnica – 10-krat po 3 ure – september



Današnji svet računa na žensko, nagovarja jo z vedno novimi izzivi, pričakovanji in zahtevami, ob tem pa ženska

izgublja samo sebe. Kaotično množico dražljajev, aktivnosti, odnosov in informacij lahko obvlada le z osredotočenim, zrelim in večjim usmerjanjem svoje pozornosti, energije in dejavnosti. Ciklus petih tematskih sklopov je namenjen sistematičnemu pridobivanju veščin, navad in pogledov, s katerimi

bo sodobna ženska bolj obvladala svoje življenje na zdrav, zrel in učinkovit način.

**Izvajaja:** Manica Žmauc, univ. dipl. ped., prof. soc.**Preprečevanje izgorelosti pri zdravnikih**

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

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

**Izvajalka:** Tanja Breznik, dipl. del. ter.**Komunikacijske odvozanke in osebnostne odlike**

seminar – september, oktober, november

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

**Izvajalka:** Irena Potočar Papež, univ. dipl. ped., prof. slov.**Sporočilnost telesnega za ljudi, ki delajo z ljudmi**

delavnica – september, november

**Telo si zapomni.** Telo sporoča. V našem telesu je zapisano vse, kar smo bili, kar smo in kar prav zato šele postajamo. **Vsa naša prepričanja, navade, strahovi, izkušnje, nadarjenosti in**



**hrepenenja.** Iščemo zapletene metode, da bi razumeli skrivnosti drugih. Ne glede na to, kako obvladani ali naučeni smo, naše telo govori, kriči. Prisluhljivo telesu.

**Delavnica poteka 3 dni po 4 ure.** Število udeležencev: do 10.

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

## Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti

predavanja in delavnice, 2 dni – september–april

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

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

**Poudarki iz vsebine:**

- osnovne značilnosti, oblike in dinamika nasilja v družini,
- klinični in drugi znaki za boljše prepoznavanje žrtev nasilja v družini,
- teoretične smernice ter praktični prikaz ustrezne komunikacije z žrtvami nasilja v družini,

- primeri dobrih kliničnih in mednarodnih praks s področja prepoznavne in obravnave žrtev nasilja v družini,

Izobraževanje je del projekta **Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti: smernice in izobraževanja za zdravstvene delavce (POND\_SiZdrav).**

## Vodenje zdravniških timov

seminar – september, november

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

**Izvajalka:** Metka Komar, univ. dipl. ekon.

## Prosim, razumite me!

predavanje – september

Spoznali boste preproste tehnike, kako lahko v praksi najhitreje prepoznamo tip osebnosti pacienta (bolnika) in njegove čustvene potrebe ter na ta način prilagodimo pričakovanja do pacienta (bolnika).

**Izvajalka:** Anja Žagar, univ. dipl. ekon.

## Da ne bi po nepotrebem strašili in jezili drugih

predavanja – september–december

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

**Izvajalca:** Andrej Juratovec, socialni delavec kadrovske smeri in športni delavec, in Polona Selič, doktorica klinične psihologije



Odprimo oči.  
Pomagajmo žrtvam nasilja v družini.

**pond**  
PREPOZNAVNA IN  
OBRAVNAVA ŽRTEV  
NASILJA V DRUŽINI  
V OKVIRU ZDRAVSTVENE  
DEJAVNOSTI

[www.prepoznajnasilje.si](http://www.prepoznajnasilje.si)

**norway  
grants**



REPUBLIKA SLOVENIJA  
SLUŽBA VLADE REPUBLIKE SLOVENIJE ZA RAČUNO  
IN EVROPSKO KONEKCIJSKO POLITIKO

## Mobing (trpinčenje) na delovnem mestu

predavanja – september

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

**Izvajalka:** Tanja Breznik, dipl. del. ter.

## Izgorelost in delovna izčrpanost

delavnica – september–december

Delavnica Izgorelost in delovna izčrpanost je zasnovana tako, da se udeleženci poučijo o razločevalnih kriteriji in ukrepih obravnave pri na videz podobnih, a hkrati različnih motnjah, ki se še vedno pre pogosto enačita. 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, in Aljaž Mezeg, poklicni pilot potniškega letala

## Upati do konca

seminar – oktober, november



Za polno in kakovostno življenje je upanje temeljnega pomena. Da zaupamo v svoje notranje vire moči, da prepoznavamo smisel svojega življenja, da v še tako težkih situacijah ne izgubimo upanja. Tudi v času hude bolezni in

umiranja ne. Dolgoletne izkušnje spremljanja umirajočih, poslušanje zgodb ljudi v stiski in branje literature o tem bo vodilo seminarja, v katerem bomo iz konkretnih pripovedi dobili moč in navdih, kako upati do konca. Mi osebno in ljudje, ki jim pomagajo zdravniki, ki čutijo in znajo podpirati upanje.

**Seminar vodi** dr. Manca Košir, publicistka, dolgotletna prostovoljka hospica

## Pacienti (bolniki) in potrpljenje

delavnica – oktober

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

**Delavnico vodi** Anja Žagar, univ. dipl. ekon.

## Nujna medicinska pomoč za ekipe v zobozdravstvu

delavnica – oktober

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

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

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

## Težave in razumevanje v medosebnih odnosih

delavnica – oktober

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

**Delavnico vodi** Anja Žagar, univ. dipl. ekon.

## 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.

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

Več dogodkov najdete na [www.domusmedica.si](http://www.domusmedica.si)

Dotadne informacije: Mojca Vrečar, E: [mic@zss-mcs.si](mailto:mic@zss-mcs.si), T: 01 30 72 191

AVGUST 2015

### 25. • ČUSTVENO INTELIGENTNI STARŠI: REKLAMNI TRIK ALI URESNIČLJIVA MOŽNOST (seminar)

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	<b>št. udeležencev:</b> 50	<b>kotizacija:</b> 40 EUR (DDV je vključen)	<b>k. točke:</b> 3
<b>vsebina:</b> Družine in odnosi, vloge in naloge. Čustveno inteligentno sporazumevanje. Odgovorno starševstvo v različnih fazah odraščanja otrok (in staršev);	<b>organizator:</b> Zdravniška zbornica Slovenije	<b>prijave, informacije:</b> prijave: <a href="http://www.domusmedica.si">www.domusmedica.si</a> , 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	

SEPTEMBER 2015

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

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Domus Medica, Modra dvorana, Dunajska c. 162	<b>št. udeležencev:</b> 100	<b>kotizacija:</b> 40 EUR, za študente 20 EUR	<b>k. točke:</b> 4
<b>vsebina:</b> 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)	<b>organizator:</b> Društvo za medicinsko hipnozo Slovenije, prof. dr. Marjan Pajntar	<b>prijave, informacije:</b> prijave: E: <a href="mailto:društvo.medicinska.hipnoza@gmail.com">društvo.medicinska.hipnoza@gmail.com</a> , <a href="mailto:info@hipnoza-dmhs.si">info@hipnoza-dmhs.si</a> , informacije: Boni Plut, T: 031 322 207, W: <a href="http://www.hipnoza-dmhs.si">www.hipnoza-dmhs.si</a>	

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

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Cankarjev dom	<b>št. udeležencev:</b> 800	<b>kotizacija:</b> 225 EUR (študenti 150 EUR) do 31. 5. 2015, 350 EUR (študenti 225 EUR) do 21. 8. 2015	<b>k. točke:</b> v postopku
<b>vsebina:</b> 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	<b>organizator:</b> Alzheimer Europe in Spominčica Alzheimer Slovenija, Tatjana Cvetko	<b>prijave, informacije:</b> prijave: W: <a href="http://www.alzheimer-europe.org/Conferences/2015-Ljubljana">http://www.alzheimer-europe.org/Conferences/2015-Ljubljana</a> , informacije: Tatjana Cvetko, E: <a href="mailto:tatjana.cvetko09@gmail.com">tatjana.cvetko09@gmail.com</a>	

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

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

## 4. ob 8.00 • OBNOVITVENI KOLPOSKOPSKI TEČAJ (ODOBREN OD EVROPSKEGA ZDRUŽENJA ZA KOLPOSKOPIJO EFC)

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska c. 162	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> 200 EUR za specialiste, 150 EUR za specializante	<b>k. točke:</b> 8
<b>vsebina:</b> izobraževanje je namenjeno specialistom in specializantom ginekologije in porodništva	<b>organizator:</b> Zdrženje za ginekološko onkologijo, kolposkopijo in cervikalno patologijo – SZD, UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, KO za ginekologijo, UKC Maribor, Klinika za ginekologijo in perinatologijo, Onkološki inštitut Ljubljana – DP Zora, doc. dr. Špela Smrkolj, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: UKC Ljubljana, ERIIK, Šlajmerjeva 3, 1000 Ljubljana, informacije: E: <a href="mailto:martina.peclin@mf.uni-lj.si">martina.peclin@mf.uni-lj.si</a> , T: 01 522 60 20	

## 8. 9., 22. 9., 13. 10., 27. 10., 3. 11., 24. 11., 8. 12., 15. 12., 9. 1. in 19. 1 • ZADOVOLJNA, SAMOZAVESTNA IN RADOSTNA (delavnica, 10-krat po 3 ure)

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	<b>št. udeležencev:</b> 15	<b>kotizacija:</b> 480 EUR (DDV je vključen)	<b>k. točke:</b> 20
<b>vsebina:</b> Ciklus petih tematskih sklopov je namenjen sistematičnemu pridobivanju veščin, navad in pogledov, s katerimi bo sodobna ženska bolj obvladala svoje življenje na zdrav, zrel in učinkovit način. Kaotično množico dražljajev, aktivnosti, odnosov in informacij lahko obvlada le z osredotočenim, zrelim in večjim usmerjanjem svoje pozornosti, energije in dejavnosti.	<b>organizator:</b> Zdravniška zbornica Slovenije	<b>prijave, informacije:</b> prijave: <a href="http://www.domusmedica.si">www.domusmedica.si</a> , 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	

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

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

## 9. • KOMUNIKACIJSKE ODVOZLANKE IN OSEBNOSTNE ODLIKE (seminar)

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	<b>št. udeležencev:</b> 20	<b>kotizacija:</b> 120 EUR (DDV je vključen)	<b>k. točke:</b> 5,5
<b>vsebina:</b> Na srečanju bomo pokukali v zakladnico komunikacijskih in osebnostnih veščin ter izpostavili vrednote in prepričanja, ki nas oblikujejo in odlikujejo. In so seveda hkrati naš »napajalnik« dobre volje in pozitivne energije, ki se odraža v strokovnem in kakovostnem delu.	<b>organizator:</b> Zdravniška zbornica Slovenije	<b>prijave, informacije:</b> prijave: <a href="http://www.domusmedica.si">www.domusmedica.si</a> , 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. • ARHETIPSKA ANALIZA OSEBNOSTI (delavnica 4 ure)

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

### 11.–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](http://www2.kclj.si/ikn/DEJA/FAGA/F15_OS/F15.htm)

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, UKC, predavalnica 1	<b>št. udeležencev:</b> ni omejno	<b>kotizacija:</b> 200 EUR	<b>k. točke:</b> 10
<b>vsebina:</b> 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 zapetju, vratne radikulopatije, brahialne pleksopatije). Udeleženci – nevrologi, fizioterapevti, kirurgi (nevrokrg., plastiki, ortopedi), družinski zdravniki, fizioterapevti... – bodo ob tem izpopolnili tudi svoje znanje elektromiografije, nevrologije, konservativne terapije, kirurgije in ultrasonografije perifernega živčevja.	<b>organizator:</b> Klinični inštitut za nevrofiziologijo in Sekcija za klinično nevrofiziologijo SZD, prof. dr. Simon Podnar, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: E: <a href="mailto:registration@cd-cc.si">registration@cd-cc.si</a> , informacije: Tone Žakelj, E: <a href="mailto:tone.zakelj@kclj.si">tone.zakelj@kclj.si</a> , T: 01 522 15 14, F: 01 522 15 33	

### 11.–12. ob 11.00 • 8. ZADRAVČEVI DNEVI

<b>kraj:</b> MORAVSKE TOPLICE, Hotel Ajda	<b>št. udeležencev:</b> ni omejno	<b>kotizacija:</b> zdravniki, SMS/ZT, DMS/VMS, farmaceuti 100 EUR, kotizacije ni za študente, pripravnike in upokojene zdravnike	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom, SMS/ZT, DMS/VMS, študentom, pripravnikom (pravice bolnikov in zdravnikov v zakonsko opredeljenih postopkih – sodišča, prisilne hospitalizacije, nujno zdravljenje, ZPIZ, IZ)	<b>organizator:</b> Erika Zelko in sodelavci	<b>prijave, informacije:</b> prijave: W: <a href="http://www.e-medicina.si">www.e-medicina.si</a> ali Nina Štojs, Zavod za razvoj družinske medicine, Poljanski nasip 58, Ljubljana, informacije: Nina Štojs, Ljubljana, T: 01 438 6914, E: <a href="mailto:nina.stojs@gmail.com">nina.stojs@gmail.com</a>	

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

<b>kraj:</b> Bled, Hotel Jelovica	<b>št. udeležencev:</b> 60	<b>kotizacija:</b> kotizacije ni	<b>k. točke:</b> v postopku
<b>vsebina:</b> Strokovno izobraževanje za učitelje in mentorje družinske medicine	<b>organizator:</b> 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.	<b>prijave, informacije:</b> 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: <a href="mailto:kdrmed@mf.uni-lj.si">kdrmed@mf.uni-lj.si</a> , W: <a href="http://www.bled-course.org/lang/">http://www.bled-course.org/lang/</a> , E: <a href="mailto:marija.petek-ster@mf.uni-lj.si">marija.petek-ster@mf.uni-lj.si</a> , E: <a href="mailto:bulc.mateja@gmail.com">bulc.mateja@gmail.com</a>	

### 17. 9., 24. 9. in 1. 10. • SPOROČILNOST TELESNEGA ZA LJUDI, KI DELAJO Z LJUDMI (delavnica, 3-krat po 4 ure)

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	<b>št. udeležencev:</b> 10	<b>kotizacija:</b> 200 EUR	<b>k. točke:</b> 8
<b>vsebina:</b> Telo si zapomni. Telo sporoča. V našem telesu je zapisano vse, kar smo bili, kar smo in kar prav zato šele postajamo. Vsa naša prepričanja, navade, strahovi, izkušnje, talenti in hrepenenja. Iščemo zapletene metode, da bi razumeli skrivnosti drugih. Pa nam toliko pove že tisto, kar je najbolj očitno. Resnica je na dlani – in v očeh, obliki našega nosu, naši koži, drži. Ne gledajte na to, kako obvladani ali naučeni smo, naše telo govori, kriči. Prisluhnimo telesu.	<b>organizator:</b> Zdravniška zbornica Slovenije.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: <a href="http://www.domusmedica.si">www.domusmedica.si</a> , 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	

### 18. 9. in 3. 10. ob 8.00 • TEČAJ AMBULANTNE INHALACIJSKE SEDACIJE – ANKSIOLIZE – Z DIDUŠIKOVIM OKSIDOM IN KISIKOM (N<sub>2</sub>O/O<sub>2</sub>)

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Stomatološka klinika, Hrvatski trg 6, predavalnica na MF, Korytkova 2	<b>št. udeležencev:</b> 40	<b>kotizacija:</b> zobozdravniki: do vključno 3. 7. 2015: 400 EUR + DDV, od 4. 7. 2015 dalje: 450 EUR + DDV, medicinske sestre: do vključno 3. 7. 2015: 150 EUR + DDV, od 4. 7. 2015 dalje: 200 EUR + DDV	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> tečaj je namenjen zobozdravnikom, medicinskim sestram, ki bodo sodelovale pri ambulantni sedaciji z N <sub>2</sub> O/O <sub>2</sub>	<b>organizator:</b> Katedra za otroško in preventivno zobozdravstvo in Katedra za anesteziologijo in reanimatologijo UL MF, prof. dr. Alenka Pavlič	<b>prijave, informacije:</b> prijave: Katedra za otroško in preventivno zobozdravstvo, prof. dr. Alenka Pavlič, Hrvatski trg 6, 1000 Ljubljana, informacije: Sonja Leben, T: 01 522 43 71	

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

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

## 18.–19. • PREPOZNAVANJE IN OBRAVNAVA ŽRTEV NASILJA V DRUŽINI V OKVIRU ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	<b>št. udeležencev:</b> 120	<b>kotizacija:</b> kotizacije ni	<b>k. točke:</b> 12
<b>vsebina:</b> Namen izobraževanja je zdravstveno osebje opremiti z znanjem in komunikacijskimi veščinami za izboljšanje prepoznavanja in obravnavanja žrtev nasilja v družini v sklopu zdravstvene dejavnosti.	<b>organizator:</b> Zdravniška zbornica Slovenije	<b>prijave, informacije:</b> prijave: <a href="http://www.domusmedica.si">www.domusmedica.si</a> , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191	

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

<b>kraj:</b> PORTOROŽ, Grand hotel Bernardin	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> kotizacije ni	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> mednarodni simpozij je namenjen vsem zdravnikom, študentom medicine, medicinskim sestram	<b>organizator:</b> 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.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: E: <a href="mailto:brms.slo@gmail.com">brms.slo@gmail.com</a> , informacije: prof. dr. Bojan Vrtovec, dr. med., T: 01 522 28 44, F: 01 522 28 28	

## 19. • IZGORELOST IN DELOVNA IZČRPNOST (delavnica)

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	<b>št. udeležencev:</b> 20	<b>kotizacija:</b> 90 EUR (DDV je vključen)	<b>k. točke:</b> 4
<b>vsebina:</b> Delavnica je zasnovana tako, da se udeleženci poučijo o različnih 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.	<b>organizator:</b> Zdravniška zbornica Slovenije	<b>prijave, informacije:</b> prijave: <a href="http://www.domusmedica.si">www.domusmedica.si</a> , 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	

## 22. • IZGORELOST IN DELOVNA IZČRPNOST (delavnica)

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	<b>št. udeležencev:</b> 20	<b>kotizacija:</b> 90 EUR (DDV je vključen)	<b>k. točke:</b> 4
<b>vsebina:</b> Delavnica je zasnovana tako, da se udeleženci poučijo o različnih 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.	<b>organizator:</b> Zdravniška zbornica Slovenije	<b>prijave, informacije:</b> prijave: <a href="http://www.domusmedica.si">www.domusmedica.si</a> , 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	

## 23. • VODENJE ZDRAVNIŠKIH TIMOV (seminar)

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	<b>št. udeležencev:</b> 15	<b>kotizacija:</b> 120 EUR (DDV je vključen)	<b>k. točke:</b> 8
<b>vsebina:</b> Ob sebi imamo ljudi, ki so osebnostno zelo različni, vsak s svojimi dobrimi in slabimi lastnostmi, vsak s svojimi mejami sposobnosti. Dober vodja je kot dirigent, ki vzpodbudi svoj »orkester«, da igra harmonično, da se njegovi člani soočijo z vsemi izzivi na delovnem mestu, dosegajo dobre rezultate in predvsem, da obvladujejo manjše in velike spremembe, ki jih prinaša okolje in vsakodnevno delo.	<b>organizator:</b> Zdravniška zbornica Slovenije.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: <a href="http://www.domusmedica.si">www.domusmedica.si</a> , 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	

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

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> 60 EUR (DDV je vključen)	<b>k. točke:</b> 4
<b>vsebina:</b> V delavnici izhajamo iz opredelitve čustvene inteligentnosti kot tipa socialne inteligentnosti, ki vključuje sposobnost nadzora lastnih čustev in čustev drugih; čustvena inteligentnost je zmožnost razločevanja med čustvi (emocijami) in uporabo informacij za lastno mišljenje in delovanje.		<b>organizator:</b> Zdravniška zbornica Slovenije.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: <a href="http://www.domusmedica.si">www.domusmedica.si</a> , 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

**24. • PROSIM, RAZUMITE ME!**

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> ni	<b>k. točke:</b> 1,5
<b>vsebina:</b> Prepoznajte svoj tip osebnosti in tip osebnosti vašega pacienta (bolnika) ter se osvobodite nerealnih pričakovanj v medsebojnih odnosih. Prilagodite komunikacijo tipu osebnosti vašega pacienta (bolnika) in se predčasno izognite konfliktom.		<b>organizator:</b> Zdravniška zbornica Slovenije.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: <a href="http://www.domusmedica.si">www.domusmedica.si</a> , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191

**25. ob 7.30 • OSNOVE DERMATOLOGIJE ZA PEDIATRE, ŠOLSKE IN OSEBNE ZDRAVNIKE: ATOPIJSKI DERMATITIS – OBRAVNAVA BOLNIKA V AMBULANTI OSEBNEGA PEDIATRA podroben program na spletni strani W: [www.zsd.si](http://www.zsd.si)**

<b>kraj:</b> MARIBOR, Medicinska fakulteta, Taborska ulica 8	<b>št. udeležencev:</b> 70–100	<b>kotizacija:</b> predavanja so razdeljena na dva vsebinska sklopa, kotizacija za posamezen sklop znaša 50 EUR	<b>k. točke:</b> v postopku
<b>vsebina:</b> šola otroške dermatologije je namenjena pediatrom, šolskim in osebnim zdravnikom		<b>organizator:</b> Združenje slovenskih dermatovenerologov, Oddelek za kožne in spolne bolezni UKC Maribor, Dermatovenerološka klinika UKC Ljubljana, Aleksandra Dugonik, dr. med., Vlasta Dragoš, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> Center za odnose z javnostjo in marketing UKC MB, Slavica Keršič, T: 02 321 29 40, E: <a href="mailto:slavica.kersic@ukc-mb.si">slavica.kersic@ukc-mb.si</a>

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

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Medicinska fakulteta – velika predavalnica, Korytkova 2	<b>št. udeležencev:</b> 200	<b>kotizacija:</b> kotizacije ni	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> 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		<b>organizator:</b> Društvo za KVČB Slovenije, Katedra za družinsko medicino MF Ljubljana in Slovensko združenje za gastroenterologijo in hepatologijo, Tatjana Cvetko, Darja Urlep	<b>prijave, informacije:</b> prijave: E: <a href="mailto:info@kvcb.si">info@kvcb.si</a> , informacije: Dušan Baraga, E: <a href="mailto:dusan.baraga@zd-cerknica.si">dusan.baraga@zd-cerknica.si</a> , T: 051 301 147

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

<b>kraj:</b> BLEJ, Hotel Kompas	<b>št. udeležencev:</b> 50–100	<b>kotizacija:</b> 120 EUR, za člane društva ISPS 80 EUR	<b>k. točke:</b> v postopku
<b>vsebina:</b> 13. srečanje ISPS je namenjeno psihiatrom, psihoterapevtom, zdravstvenim delavcem, psihologom ter drugim, ki se zanimajo oziroma delajo na področju psihoterapije psihoz		<b>organizator:</b> ISPS Slovenija – Slovensko društvo za psihoterapijo psihoz, mag. Marjeta Blinc Pesek, dr. med., spec. psihiatrije	<b>prijave, informacije:</b> prijave: Rudnik II/4, 1000 Ljubljana ali E: <a href="mailto:psih.ord.r@siol.net">psih.ord.r@siol.net</a> , 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**

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

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

## 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 31. julija 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.



## ODDAMO

Oddamo opremljeno ambulanto v centru Kranja (ordinacija, sprejemna soba, čakalnica, 2 WC-ja, garderoba, soba za posvet) v neposredni bližini lekarne na naslovu Glavni trg 21. Ambulanta je na diskretni lokaciji, v pritličju, dostopna tudi za invalide, sosednja lekarna pa omogoča popolno oskrbo pacientov na enem mestu. Za podrobnejše informacije pokličite na T: 040 655 619, Janez Erčulj.



## 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 na E: kadri@zpiz.si ali po pošti na naslov: Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, Kolodvorska 15, 1518 Ljubljana.

## Javni zavod Zdravstveni dom Piran

objavlja prosto delovno mesto

*zdravnika specialista splošne ali družinske medicine*

za delo v ambulanti splošne medicine v Zdravstvenem domu Piran (m/ž)

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

**Stanovanje zagotovljeno.**

Pogoji:

- diploma medicinske fakultete,
- opravljen strokovni izpit,
- specialistični izpit iz splošne oz. družinske medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- zaželeno znanje italijanskega jezika (ni pogoj),
- zaželene so delovne izkušnje (ni pogoj),
- državljanstvo RS ali dovoljenje za delo v RS.

Kandidati naj pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratkim življenjepisom pošljejo v 8 dneh po objavi na naslov: Zdravstveni dom Piran, Cesta solinarjev 1, 6320 Portorož.

O izbiri bodo kandidati obveščeni v roku, določenem z zakonom.

Dodatne informacije: T: 05 677 33 23, E: tajnistvo@zd-piran.si.

## Splošna bolnišnica Celje

objavlja prosto delovno mesto

*zdravnika specialista patologije (m/ž)*

K sodelovanju vabimo zdravnike specialiste in specialistke, ki imajo opravljen specialistični izpit iz patologije, veljavno licenco Zdravniške zbornice Slovenije in aktivno obvladajo slovenski jezik.

Delovno razmerje bomo sklenili za nedoločen čas – s polnim delovnim časom in 4-mesečnim poskusnim delom.

Izbranemu kandidatu ali kandidatki nudimo možnost strokovnega razvoja in plačilo po veljavni zakonodaji.

Pisne ponudbe z navedenimi dokazili pričakujemo v kadrovski službi Splošne bolnišnice Celje, Oblakova ulica 5, 3000 Celje, s pripisom »za razpis«, do 15 dni po objavi.

# Paleodontologija

Vesna Džubur, dr. dent. med., spec. pedontolog, Ljubljana

vesna.dzubur@yahoo.com

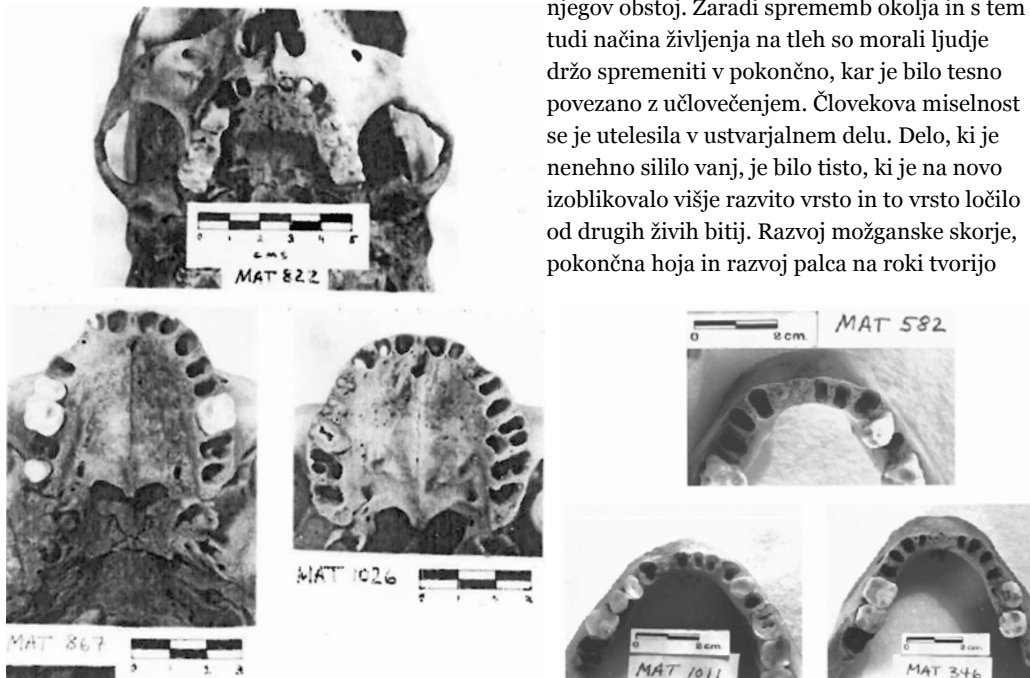
*Prazgodovina še vedno buri duhove, tudi v 21. stoletju, predvsem med znanstveniki, ki proučujejo to obdobje, pa tudi med tistimi, ki imajo interes za starodavna obdobja. Med slednje sodim tudi sama. Odločila sem se napisati članek o paleodontologiji – paleostatologiji. Bralcem sem želela predstaviti znanstvene discipline, ki se ukvarjajo s paleodontologijo, uvesti najnovejše termine z znanstvenih področij, izpostaviti pomembne najdbe človeškega okostja z vsega sveta, natančneje zob in čeljusti, ter bolezni, ki so jih prizadele.*

Prazgodovina je najdaljše obdobje človeške zgodovine. Začne se pred dvema milijonoma let oz. s pojavom človeka in se konča okoli 3.500 let pr. n. št. z nastankom prvih visokih civilizacij, s čimer se začne stari vek. Prazgodovinska doba je doba nastanka človeka in se ujema z družbeni-

mi ureditvami prvobitnih skupnosti, v katerih je vladalo empiristično in demonsko dojemanje bolezni.

Nastanek in razvoj človeka je tesno povezan z naravnimi in geografskimi spremembami. Zadnja živalska oblika pred nastankom človeka je bil avstralopitek ali južna, človeku podobna opica. Avstralopiteki so živeli pred 3,5 milijona let. Učlovečenje človeka se je zgodilo od 2 do 1,5 milijona let pred našim štetjem, ko se je razvil homo habilis – spretni človek. Iz njega se je razvil pokončni človek ali homo erectus, čigar najstarejše najdbe izvirajo iz Afrike. Posebna podvrsta arhaično mislečega človeka je neandertalec ali homo sapiens neandertaliensis. Do 95.000 pr. n. št. se je iz arhaičnega razvil sodobni misleči človek – homo sapiens. V razvoju narave je bilo rojstvo človeka najpomembnejši kakovostni skok.

Predniki človeka so najprej živeli v večjih ali manjših hordah po drevju. Pri razvoju so nastajale velike anatomske spremembe. Postopoma se je izoblikovala roka, ki je sčasoma postala temeljni človekov organ za izdelavo in uporabo prikladnega orodja in orožja. To je utrdilo njegov obstoj. Zaradi sprememb okolja in s tem tudi načina življenja na tleh so morali ljudje držo spremeniti v pokončno, kar je bilo tesno povezano z učlovečenjem. Človekova miselnost se je utelesila v ustvarjalnem delu. Delo, ki je nenehno sililo vanj, je bilo tisto, ki je na novo izoblikovalo višje razvito vrsto in to vrsto ločilo od drugih živih bitij. Razvoj možganske skorje, pokončna hoja in razvoj palca na roki tvorijo



hominidno triado, ki modernega človeka ločuje od pitekanropa. Nova vrsta je imela razum (logos) in se je naučila pojmovnih besed ter jih je znala tudi kovati. Postopoma so se oblikovali možgani, zlasti pa se je diferencirala možganska skorja, s tem pa prebujena zavest, ki je vzbudila težnjo, da razum prevlada nad čustvi in si podredi okolje. Človeška vrsta je postajala vedno bolj dovzetna za fizične in kemične spremembe v okolju, v katerem je prebivala, zato se je morala nenehno seliti iz kraja v kraj, kjer si je iskala primerne možnosti za življenje.

Zavest je težila k oblikovanju okolice, to pa je vodilo k izoblikovanju orodja in orožja. Primitivna horda, manjša skupina, v kateri je živel človek, je bila najbolj varna, praktična, najbolj primerna, ker se kot posameznik ni mogel upirati naravi. Ko so človekovi predniki zapustili gozdove in začeli loviti divje živali, se je družbeno sodelovanje okrepilo.

V vseh razvojnih stopnjah se je človek upiral težavam, ki so jih povzročali naravni pojavi in bolezni. Njegovo upiranje vsem težavam je boj za samovzdrževanje. Iz tega časa ni pisnih dokumentov, so pa razvoj raziskale znanstvene discipline zgodovina, arheologija in bioarheologija. Vedenje o izvoru človeka in njegovem razvoju temelji na preučevanju prazgodovine. Arheologija kot samostojna znanstvena veda preučuje človekovo preteklost. Od drugih zgodovinskih ved jo loči predvsem način pridobivanja in preučevanja virov. Materialne vire, ki jih preučuje, dobi s pomočjo izkopavanja človekovih bivališč, predmetov in okostij kot dokazov človekovega bivanja. Arheologi delijo arheološke najdbe v dve veliki obdobji: prazgodovinsko in zgodovinsko. Prazgodovinsko dobo arheologi ločijo na daljša in krajša obdobja: paleolitik, mezolitik, bronasta doba, železna doba. Zgodovinska doba pa se deli glede na predmet raziskovanja in geografsko področje ter vrste najdb na egiptologijo, antično arheologijo,

biblijsko, starokrščansko, srednjeveško, novoveško in industrijsko dobo.

Najnovejša znanstvena dognanja so interdisciplinarna. Tako je bioarheologija, relativno mlada znanost, ki se ukvarja s kontekstualno analizo človeških in živalskih ostankov z arheoloških najdišč, povezana s sodobnimi forenzičnimi metodami, kot odziv na dosedANJI kulturnozgodovinski pristop. Že konec sedemdesetih let prejšnjega stoletja je ameriška znanstvenica Jane E. Buikstra (1977) ugotovila, da je nujna združitev teoretičnega in metodološkega spoznanja bioarheoloških in forenzičnih znanosti. V knjigi *Forensic Anthropology: Contemporary Theory and Practice* (2007) je združila medicinska, pravna, etična, humanitarna stališča s fizično antropologijo in sodobnimi forenzičnimi metodami. V knjigi je opisan in raziskan material iz okostij.

Utemeljitelj bioarheologije je prof. dr. Aleš Hrdlička (1903), pojem bioarheologija pa je bil sprejet veliko pozneje. Ustanovil je zelo cenjen in vpliven časopis s temami iz fizikalne antropologije v širšem smislu, *American Journal of Physical Anthropology*. Razvoj sodobne bioarheologije sodi v sedemdeseta leta prejšnjega stoletja, ko se uvajajo metode določanja spola, starosti okostij, povečala pa se je dostopnost velikih osteoloških zbirk z arheoloških najdišč skupaj z dokumenti. Multivariantne statistične metode se uveljavljajo kot zanesljive in zelo uporabne v bioarheoloških analizah.

Z bioarheološkimi raziskavami se je konec 19. in v začetku 20. stoletja ukvarjal dr. Dragutin Gorjanović - Kramberger, hrvaški paleolog, arheolog in geolog. Znana je njegova paleoantropološka analiza okostja z najdišča Krapina, ki je zelo pomembna za razvoj antropološke znanosti, ne samo na Hrvaškem, temveč tudi v svetovni znanosti. Bioarheološke raziskave sodobnega človeka so se začele po 2. svetovni vojni v Zavodu za antropologijo na Medicinski

fakulteti Univerze v Zagrebu (1946). Raziskave na kosteh so multidisciplinarne. V njih sodelujejo znanstveniki s področij patologije, biologije, kemije, toksikologije, entomologije, antropologije in stomatologije. Timsko delo združuje znanstvenike z namenom boljšega razumevanja in razlage preteklosti, načina življenja naših prednikov. S preučevanjem in analizo človeških ostankov je prišlo do pomembnih dognanj o prehranskih navadah, boleznih in načinu zdravljenja bolezenskih stanj skozi stoletja. Z najdbo velikega števila ohranjenih vzorcev človeškega okostja, z razvojem novejših analitičnih metod in z novejšimi teoretičnimi pristopi v sedemdesetih letih 20. stoletja doživlja preučevanje človeškega kostnega materiala z arheoloških najdišč skokovit vzpon in znanstveno priznanje. Sodobni znanstveniki so dovzetni za t. i. biokulturološki pristop, s katerim si prizadevajo dognati značilnosti življenja ljudi v preteklosti, predvsem v obdobjih, ki so pustila zelo pomanjkljivo ali nikakršno sled v pisnih oblikah. S pomočjo bioarheoloških analiz je prišlo do zelo pomembnih spoznanj o spremembah na človeškem okostju, ki so posledica različnih bolezenskih stanj, kot so: tuberkuloza, gobavost, sifilis itd. V svojem razvoju se je bioarheologija razdelila na posebne znanstvene panoge: paleodermografijo, paleopatologijo, paleodontologijo oz. paleostomatologijo.

Osnove sodobne paleopatologije in paleodermografije je postavil ameriški znanstvenik Lawrence J. Angel. Zavzemal se je za pomembno združitev preučevanja kulturoloških in bioloških podatkov ostankov človeške preteklosti. Njegove raziskave človeškega okostja so postavile osnovo teh disciplin.

Paleostomatologija je del dentalne arheologije in je inačica paleodontologije, preučuje pa oralno zdravje in zobe starodavnih populacij (angl. paleo-odontology, prehistoric dentistry, dental pathology).

Paleostomatologija kot veda obstaja od 2. polovice prejšnjega stoletja. Madžarski znanstvenik Gyorgy Huszar je pionir paleostomatologije. Vedo je tudi poimenoval. Največje raziskave se nanašajo na dentalno morfologijo, dentalni karies, boleznih zobne podpore, boleznih mehkih tkiv in čeljustne kosti. Zobje in kosti so zelo koristen vir informacij v bioarheoloških raziskavah, ker se dolgo ohranijo v nespremenjenih oblikah. Morfološke značilnosti zob so pomagale razložiti oz. pojasniti težave, zgodovinske okoliščine in boleznih ustne votline tedanje populacije.

Človeški ostanke iz najbolj zgodnjih obdobjih paleolitika so redki. Vse, kar je ohranjeno, je navadno fragmentarno, iz dokaznega gradiva je zato težko dobiti veliko podatkov. Znanstveniki uporabljajo različne metode za odkrivanje značilnosti ostankov zob, boleznih, s tem pa tudi načina življenja, prehrane ipd. Fosilni ostan-

ki zob pričajo o pojavnosti kariesa, obrabi zob, izgubi zob pred smrtjo, parodontozi ipd.

Nekatere od najstarejših najdb človeškega okostja izhajajo z ozemlja današnjega Azerbajdžana, enega najstarejših središč starih civilizacij. Ozemlje Azerbajdžana je zelo bogato z arheološkimi najdbami. Azerbajdžanski arheolog Mammadali Huseynov je v jami Azikh odkril čeljustno kost neandertalca, staro 350.000 let, ki je pripadala ženski, stari 18 let. Čeljustna kost je imela popolnoma ohranjen en kočnik, drugi pa delno zlomljen. Francoski paleontolog dr. Henry de Lumley je ugotovil, da je najdena čeljust četrti najstarejši človeški ostanek na svetu.

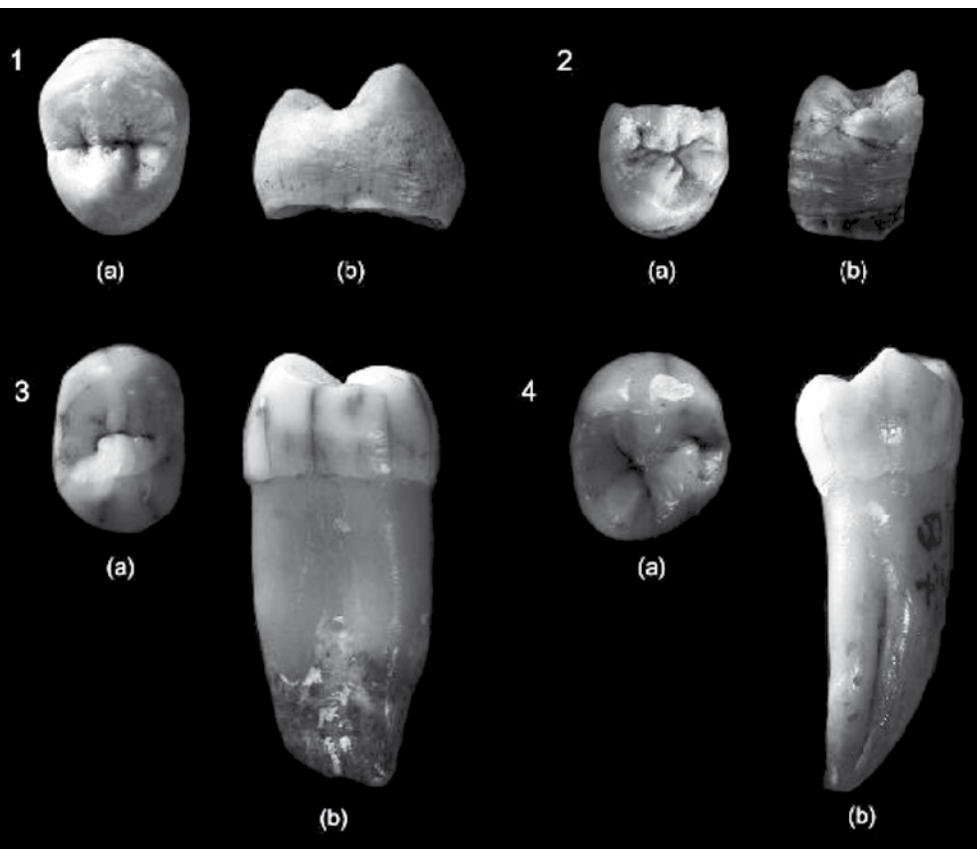
Zanimive so tudi znanstvene raziskave ohranjenih kosti egipčanskih mumij, t.i. manchestrske mumije, ki pričajo o življenju aristokratov v času Keopsa. Najdišča nam povejo, da so višji sloji imeli daljše in lažje življenje, niso bili izpostavljeni nevar-

nosti v vsakdanjem življenju in niso fizično delali. Prehrana je bila večinoma zdrava, glavni vir beljakovin so bile sveže ribe, ovčetina, govedina, svinjina, viri vitaminov in mineralov pa so bile večinoma fige, melone, dateljni, grozdje, čebula, česen, por, redkvice. Glavni vir ogljikovih hidratov je bil kruh iz moke, ki so jo mleli v ročnih mlinih iz mešanice pšenice, prosa in ječmena. Vse kaže na to, da je bil edini vir sladkorja med.

15 odstotkov zob iz vzorca kaže sledi kariesa, obraba zob pa je vidna pri skoraj vseh vzorcih zob. S starostjo se je povečevala in verjetno povzročala resne posledice. Pri najdbah so ugotovili napredovale oblike kariesa, ki so verjetno pripeljale do ekfoliacije zoba. Najdbe kažejo tudi manjkajoče zobe, verjetni dejavniki pa so: anodontija, boleznih in poškodbe.

Strokovnjaki med izkopavanji niso našli instrumentov za puljenje zob. V starem Egiptu po vsej verjetnosti ni obstajal organiziran zobozdravstveni poklic, vendar pa je glede na posmrtno ostanke, natančneje, na način izgube zob pred smrtjo, mogoče sklepati, da je človek v tem obdobju posedoval spretnost ekskavacije zob. Obraba zob je bila prisotna v vseh starih civilizacijah, vendar raziskave kažejo, da je bilo v Egiptu precej več. Eden od razlogov je bilo verjetno onesnaženje kruha s prodrom in peskom iz puščave, ki ga je prinesel veter. Lobanje v najdenem vzorcu kažejo jasne znake obrabe zob. Znanstveniki menijo, da je zaradi eksponirane pulpe prišlo do abscesov, ki so verjetno pripeljali do sinusne okužbe, pa tudi do flegmone ustnega dna. Parodontoza je bila zahrbtna in neboleča bolezen, raziskave omenjenega vzorca pa kažejo na precejšnjo razširjenost parodontoze v starem Egiptu.

Na območju Slovenije so tržaški raziskovalci iz mednarodnega centra za teoretično fiziko odkrili, da so že v prazgodovini skušali zdraviti zobobol. Tržaški raziskovalci so preučevali 6.500 let staro čeljustno kost z zobom, ki je bil zalit s čebeljim voskom. To je



Človeški zobje, najdeni v jami Grotte du Renne at Arcy-sur-Cure v Franciji, paleolitik.

najstarejši dokaz prazgodovinskega zobozdravstva v Evropi in najstarejši primer lajšanja zobne bolečine z zalivanjem. Vodja raziskovalcev v tržaškem centru je Federico Bernardini. Vosek so pacientom dajali, preden so umrli. Zalivka je imela jasen namen olajšati bolečino in zaščititi zob. Čebelji vosek se je v prazgodovini uporabljal v tehnološke, medicinske in umetniške namene. Zobovje so našli v bližini Kopra. Proučevali so spodnjo čeljust človeka, ki je bila najdena leta 1911 v kraški jami nedaleč od Kopra in je del zbirke tržaškega prirodoslovnega muzeja. Bernardini je pojasnil, da je s pomočjo infrardeče spektroskopije narejena analiza snovi, s katero je bil zalit zob. Članek raziskave je objavljen v reviji Plos One.

Jama Grotte du Renne at Arcy-sur-Cure v Franciji je še eno izmed pomembnih najdišč človeških fosilnih ostankov. Znanstveniki so našli ostanke človeških zob iz kultur moustérien, aurignacien in châtelperronien. V najnovejših raziskavah pa so postavili pod vprašaj kontekst najdb iz kulture châtelperronien ter primerjali zobe neandertalcev z zobmi modernega človeka. Ugotovitve kažejo, da ostanki zob v tem obdobju paleolitika pripadajo neandertalcu in modernemu človeku. Najdbe so pomembne za razumevanje tranzicije neandertalec/moderni človek v zahodni Evropi. Večina zob s francoskega najdišča pripada mladim, z enakim razmerjem stalnih in mlečnih zob. Zobje so dobro ohranjeni in ne kažejo znakov obrabe. Maloštevni dokazi pričajo o hipoplaziji sklenine, vendar ne pri mlečnih zobeh, ter nenavadni obrabi, ki je ni moč razložiti zaradi pomanjkanja ostalih kosti čeljusti.

Najdišča človeških ostankov na Kanarskih otokih pričajo o izgubi zob pred smrtjo in predstavljajo značilnosti vzorcev obnašanja starodavnih ljudstev. Primarni dejavnik je po besedah znanstvenikov variacija v konsistenci hrane zaradi trdote in njene priprave. K pogostosti izgube zob pripomorejo tudi bolezni, poveza-



*Čeljust neandertalca, stara 350.000 let, Azerbajdžan.*

ne s pomanjkanjem hranilnih snovi, ablacija zob zaradi estetskih ali ritualnih razlogov in poškodba zob. Opazovanja lobanj v muzeju na Tenerifih so odkrila zanimive vidike avulzije zobne krone. Izgubo zob beležijo pri 9,8 odstotka moške in 8,1 odstotka ženske populacije. Izguba zob v maksili je 10-odstotna, v primerjavi z izgubo zob v mandibuli (7,8 odstotka). Pri številnih primerih avulzije zobne krone ni primerov periapikalne okužbe.

Izguba zob pred smrtjo je imela pri večini moških dva vzroka: padci pri hoji med prečkanjem vulkanskih pobočij in borba (tradicionalne borilne veščine, borba s palicami in ritualne borbe). Raziskave izgube zob pred smrtjo so pomembni pokazatelj dentalnega statusa, narava izgube zob pa je kompleksna in se kaže v vseh prazgodovinskih kulturah. Pri ameriških staroselcih na območju Teksasa (Hartnady & Rose, 1991), Lower Pecos Region, so ugotovili visoke in zgodnje izgube zob zaradi proda in vlaknin, ki povzročajo obrabo, ter lepljive hrane z visoko vsebnostjo ogljikovih hidratov, zaradi česar je bilo več kariesa. Sprednje zobe so uporabljali tudi kot orodje za pletenje košar in podobno. Hrdlička je izgubo sprednjih zob pred smrtjo

pri prebivalcih Sibirije in Severne Amerike pripisal ritualni ablaciji, Merbs pa uporabi sprednjih zob kot orodja. Vzorci avulzij se pri epipaleolitskih kulturah osredinjajo na izgubo maksilarnih centralnih incizivov; ženske so bile dvakrat manj prizadete kot moški. Na prazgodovinskih ostankih zob staroselske populacije v Oregonu in Kaliforniji so našli dokaze izgube zob pred smrtjo v 33 do 56 odstotkih vzorcev, pogosteje v maksili kot v mandibuli. V Ontariu je situacija obratna, z nekaj odstotkov več manjkajočih zob v mandibuli. Mikrofrakture sklenine in odkrušeni zobje so dokumentirani pri Aleutih in Eskimih ter v vzhodnem Maroku.

Dentalna in alveolarna patologija je bila v obdobju pleistocena relativno redka, še posebej pri neandertalcih, kjer so najpogosteje najdene obrabe zob, posebej sprednjih. Tudi izguba zob pred smrtjo je bila relativno redka. Redke alveolarne abscese povezujejo z obrabo zob, kaj več o patologiji mandibule ni znanega. Fosilni ostanki z najdišča Sima de las Palomas del Cabezo Gordo v Španiji pričajo o alveolarnih lezijah, poznani ortodontski problemi pa so le premlarne rotacije.

V članku sem zbrala podatke o najdbah in opisala paleodontologijo ter poskusila odpreti pot za nadaljnje spremljanje znanstvenih raziskav s tega področja. Upam, da ste z branjem pridobili zanimive podatke.

Viri so na voljo pri avtorici.

# Dvojni jubilej primarijke Anice Kos: osemdesetletnica in izid avtobiografije

Prim. izr. prof. Pavle Kornhauser, dr. med., Ljubljana

Malo je med nami zdravnikov oz. zdravnic, ki bi imeli tako pestro in ustvarjalno pot, kot jo je življenje podelilo naši jubilanški. Minilo je več kot desetletje, odkar sva z Anico Kos imela obširen intervju v Izidi, zato se ne bom ponavljal, če bom obnovil nekatere podatke iz njenega življenjepisa.

Njen oče je bil v Kraljevini Jugoslaviji gimnazijski profesor francoskega jezika, zato je bil – kot številni učitelji – premeščen na šole v Srbiji in tudi v Slavoniji. Tako se je Anica rodila v Čupriji, med drugo svetovno vojno se je znašla v vasicah Slavonije (kar je sicer rešilo njeni mami življenje zaradi rasnih zakonov). Bila je ilegalka pri kmetih. Pretresljiva je pripoved, da se je smilila nemškemu oficirju (dobro je znala nemško!), ki ji je poklonil čevlje, da ji pozimi ni bilo treba hoditi bosa. Ko je leta 1945 prišla v Ljubljano, ni obvladala slovenščine, vendar je njena nadarjenost za učenje prispevala, da je po skrajšanem načrtu končala osnovno šolo in potem še gimnazijo. Za poklic je izbrala medicino in se po diplomu sprva zaposlila v zdravilišču Debeli rtič, kjer je nasledila legendarnega primarija Branka Šalamuna. Zatem se je zaposlila na otroškem oddelku bolnišnice Jesenice, kmalu pa je začela s specializacijo iz otroške psihiatrije na Pediatrični kliniki v Ljubljani, kjer je oblikovala prvi pedopsihiatrični oddelek. Njeno strokovno zanimanje je bilo bolj kot v obravnavo duševnih bolezni usmerjeno v duševni razvoj otroka v psihosocialnih pogojih, ki zagotavljajo njegovo zdravje. In na tem področju se je začela njena uspešna publicistična dejavnost, v strokovnem in v dnevnem časopisju.

Ker ji na kliniki niso zagotovili rešitve stanovanjskih težav, se je za več let zaposlila na sociološkem inštitutu in se vključila v številne raziskave. Sodelovala sva pri raziskovalni nalogi o »humanizaciji hospitalizacije« (tako sem imenoval ukrepe, ki naj lajšajo bivanje otroka v bolnišnici), kako zdravstveni delavci in starši bolnih otrok na naših bolnišničnih oddelkih ocenjujejo predlagane ukrepe, zlasti »odprto bolnišnico«, ki omogoča sožitje staršev z njihovim otrokom v času zdravljenja v bolnišnici. Spoznal sem velike sposobnosti kolegice Anice Kos za raziskovalno dejavnost in njeno vnemo za to, da sva prišla do ustreznih in koristnih rezultatov. Kasneje je imela priložnost postati direktorica Svetovalnega centra za otroke in mladostnike v Ljubljani in do upokojitve vodila ta interdisciplinarni zavod.

Prišlo je do vojne na tleh nekdanje države in na tisoče beguncev – otrok je pribežalo v Slovenijo. Dr. Anica Kos je odkrila novo področje humanitarne delovanja: tem otrokom je skušala zagotoviti primerno predšolsko in šolsko izobraževanje. Begunci so sicer imeli zadovoljene telesne potrebe, prizadet pa je bil njihov psihosocialni razvoj. Zlasti šolanje je izpolnilo vrzel v njihovem vsakdanjem življenju. Na osnovi teh izkušenj se je po končani vojni odpravila sprva v Bosno, potem na Kosovo, da bi – zlasti učiteljcem – predavala, kako prebroditi krizo, spomine na vojne grozote. Ta njena prizadevanja so obudila zanimanja tudi mednarodnih organizacij. Dobila je vabila iz nekaterih nekdanjih republik Sovjetske zveze, tako iz Moldavije, Čečenije, iz Zakavkazja, ter pripravljala programe

za psihosocialno pomoč otrokom iz teh manj razvitih dežel.

O teh izkušnjah avtorica obširno, tehtno in zanimivo govori v svoji avtobiografiji. Naj poudarim, da dr. Anice Kos niso vodili visoke dnevnice in honorarji, kot jih imajo predstavniki mednarodnih organizacij na svojih misijah, stanovati je morala v bednih stavbah, celo brez tople vode. V nekaterih arabskih državah, kot je npr. Afganistan, je bilo ogroženo tudi njeno življenje, saj je znano, kako so ostali brez glave nekateri humanitarni delavci z Zahoda.

Njena zasluga je, da je pred dvajsetimi leti nastala humanitarna organizacija Slovenska filantropija, ki jo še danes vodi in ki spodbuja zlasti prostovoljno delo. Tudi po upokojitvi je slavljena nadaljevala svoje delo na humanitarnem področju. Dobila je številna priznanja in odlikovanja. V svoji obsežni avtobiografiji je orisala svojo dejavnost na manj razvitih področjih Balkana, bivše Sovjetske zveze in tudi arabskega sveta. Njena beseda je sveža, jezik nezapleten. Občudovanja vreden je njen spomin, da po desetletju navaja dogodke, kot bi se zgodili včeraj. Nikoli ni agresivna, ne obsoja, temveč skuša razumeti. Po značaju je skromna, nikoli ne povečuje lastnih zaslug. Ostaja psihoterapevtka, uspešna v poklicu zdravnice.

Draga Anica: želimo Ti, da nadaljuješ svojo pot doma in na tujem na področju humanitarne dejavnosti. Morda bodo nove izkušnje omogočile, da boš dopolnila avtobiografijo z novim tiskom. In še to: zadovoljen in ponosen sem, da sem lahko Tvoj prijatelj.



# Našemu Janku Kersniku (1960–2015)

Andrej Šubic, dr. med., Ambulanta Šubic, zasebna zdravstvena dejavnost

Janko: 031237765, ne bom te izbrisal iz imenika. Če me boš morda vseeno poklical. Saj ne moremo kar vsega prekiniti! Lahko da boš, saj si večkrat kaj kar nenadoma, nepričakovano naredil. Morda boš tudi tokrat. Številka mi bo ostala, hočem. Da se spomnim tvoje moči, vsakršne, ko sva se prvič srečala v trojčku v Oražnovem domu. Videl sem že takrat to moč in energijo. Ne samo ob osemdesetih sklecah, ki si jih naredil na svojih kmečkih širokih velikih rokah. Zame in še za koga so bili zastrašujoči uspehi, ki si jih prinesel s seboj na medicino. Hitel si, prvak med najboljšimi. Hitel tudi, da bi pozabil prezgodnjo mamino smrt, hitel, ker si si želel življenja v mestu. Druženja, veselja, nagajivosti, zaljubljenosti, hkrati pa neprestanega učenja in hitenja na kosilo, da je bil načrt za tisti dan izpolnjen. Načrte si še malo skrival, ker jih je bilo preveč za nas, navadne glave. V tvoji je rojilo še več, kot smo lahko slutili. Kako boš preživljal življenje, sem videl, ko smo iz trojčka odhajali v dvojčka: »Pojdita vidva z Vladom, jaz bom že.« Žrtvoval si se za naju in kasneje v življenju je bilo takšnih žrtev še nešteto. Za družino, paciente, prijatelje, sodelavce, študente in mnoge, ki so te srečali na tvojih preštevilnih poteh. Komplikatorji in birokrati te niso razumeli, ker ti si poznal in razumel življenje in iz njega črpal neštete odločitve, ideje in snovanja.

Ti si pel visoko pesem zdrave kmečke pameti v najvišjih akademskih ozvezdijh.

Komu bomo sedaj nalagali naloge, kdo nam bo sedaj dajal ideje? Po študiju smo šli svoje poti; najini sta se staknili pogosto, čeprav nista bili vedno vzporedni. Poznal sem te po strokovni in človeški plati, pa sem bil vedno presenečen,

koliko si sposoben narediti. In koliko spoštovanja si premogel za vsak naš uspeh in dosežek. Mi smo za tvoje vedeli premalokrat, še manjkrat smo ti zanje čestitali. Nazadnje si mi povedal za vnuka, takrat sem razbral ponos v kratkem, zadnjem tvojem sporočilu: »Pri nas imamo vnuka Jaka.« Ponos, kot nikoli prej. Vedel si, kaj je najpomembnejše v življenju. Zdenka, Ana, Eva, vedno vas je omenil in mi na hitro poročal o vašem življenju. Uteha in ponos sta v družini.

Tako, kot vse okrog sebe, si tudi nas vabil, naj bomo aktivni, delamo naloge, raziskujemo, učimo, izboljšujemo sistem. Nikoli se nisi utrudil, vsaj mi nismo videli. Ostal si tisti Janko, ki zmore vse. Pa smo se na žalost motili in lahko bi ti kdaj pomagali, da danes ne bi bilo tako, kot je.

Janko, številke 031237765 ne bom izbrisal, slišala se bova tam, kjer si ti danes, v drugem, zate bolj pravičnem omrežju.



Prim. prof. dr. Janko Kersnik, dr. med. (1960–2015)

## Doc. dr. Zalika Klemenc Ketiš, dr. med., ZD Velenje

Janko Kersnik se je rodil 21. februarja 1960 na Jesenicah, kjer je leta 1979 končal gimnazijo. Medicinsko fakulteto v Ljubljani je končal leta 1985. Strokovni izpit je opravil leta 1987 in 1995 končal specializacijo iz splošne medicine. Leta 1997 je končal magistrski študij v Zagrebu, 2001 pa doktorski študij na MF v Ljubljani. Od 1996 je bil asistent za predmet družinska medicina na

Katedri za družinsko medicino MF Ljubljana, od leta 2001 docent, od leta 2007 pa profesor družinske medicine. Na Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru je bil izvoljen v naziv redni profesor leta 2012, leta 2013 tudi na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani. Leta 2006 mu je bil podeljen naziv primarij. Od leta 1987 je bil strokovni vodja Osnovnega zdravstva Gorenjske,

delal je v zdravstveni postaji Kranjska Gora (zadnja leta pa v zdravstveni postaji Mojstrana) zdravstvenega doma Jesenice. Od 2011 je bil vodja raziskovalne skupine Katedre za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani. Na Medicinski fakulteti v Ljubljani je predaval na doktorskem študiju smer socialna medicina, kjer je bil tudi nosilec izbirnega predmeta raziskovanje na področju vrednotenja kakovosti dela, organizacije dela in obremenjenosti.

Na Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru je bil od leta 2007 predstojnik Katedre za družinsko medicino in snovalec ter nosilec predmetov družinska medicina in družinska medicina – praktično delo na diplomskem študijskem programu splošna medicina. Na podiplomskem študijskem programu biomedicinska tehnologija je bil nosilec izbirnih predmetov: nove tehnologije v družinski medicini, vloga družine v zdravju in bolezni, sporazumevanje med bolnikom in zdravnikom, celostni pristop k reševanju zdravstvenih problemov. Kot izjemen visokošolski učitelj je leta 2012 prejel priznanje prof. dr. Zore Janžekovič, ki ga Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru podeljuje svojim najboljšim učiteljem.

Od 2008 je bil nosilec izbirnega predmeta vrednotenje kakovosti dela, organizacije dela in obremenjenosti v zdravstvu pri medfakultetnem magistrskem programu management in ekonomika v zdravstvenem varstvu na Ekonomski fakulteti v Ljubljani. Od 2008 je bil tudi nosilec predmetov zdravstveni sistemi v Evropski skupnosti in vodenje zdravstvenih organizacij z vidika službe zdravstvene nege na magistrskem študiju zdravstvena nega na Fakulteti za vede o zdravju na Univerzi na Primorskem. Bil je tudi nosilec predmeta metode dela v zdravstvenih in socialnih organizacijah na magistrskem študiju Fakultete za organizacijske vede in Fakultete za zdravstvene vede Univerze v Mariboru.

Od leta 1992 se je udeležil vseh vsakoletnih mednarodnih tečajev za

učitelje družinske medicine, ki jih organizirajo Združenje zdravnikov družinske medicine Slovenskega zdravniškega društva, Katedra za družinsko medicino in Zavod za razvoj družinske medicine pod okriljem EURACT, in je bil od leta 2004 tudi eden direktorjev tega tečaja. Od leta 1999 do 2009 je organiziral vsakoletno dvodnevno strokovno srečanje Fajdigovi dnevi, od leta 2000 do 2010 pa Kokaljeve dneve. Bil je predsednik organizacijskega odbora za izvedbo 9. konference Evropskega združenja zdravnikov družinske medicine, ki ga je od 18. do 21. junija 2003 organiziralo Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, katerega predsednik je bil od 1997 do 2013. Od 2010 je bil predsednik Evropskega združenja učiteljev v družinski medicini (EURACT) in od 2013 sekretar Evropskega združenja zdravnikov družinske medicine (WONCA Europe).

Kot strokovni vodja Osnovnega zdravstva Gorenjske od leta 1998 si je prizadeval za izvajanje pritožnega sistema, upoštevanje mnenja bolnikov pri delu v zavodu, za ocenjevanje zadovoljstva zaposlenih, vodenje medicinske dokumentacije, spremljanje porabe zdravil, nadzor nad prometom z narkotiki, oživitvev in delo kolegijskih posameznih strok in področij dela, izboljševanje ugleda zavoda v strokovnih in laičnih krogih s predstavitvami zadovoljstva bolnikov z delom zaposlenih v zavodu. Sodeloval je pri številnih projektih in na programu javno zdravje ARRS. Bil je nosilec mednarodnega projekta PRIMACOM (informacijska tehnologija in sodelovanje med primarnimi in sekundarnim zdravstvenim varstvom) v Sloveniji, sodeloval je pri mednarodnem projektu EUROPEP (zadovoljstvo bolnikov z zdravnikom družinske medicine), pri mednarodnem projektu MATRA (krožki kakovosti v družinski medicini), pri mednarodnem projektu ECATOD (kvalitativna raziskava kajenja med prebivalstvom), pri mednarodnem projektu IMPROVE (izboljšanje

kakovosti oskrbe starostnikov), pri mednarodnem projektu PREDICT (napovedni dejavniki depresije v splošni populaciji), pri mednarodnem projektu EPA (European practice assessment – ocenjevanje kakovosti splošnih ambulant), pri mednarodnem projektu o ocenjevanju kakovosti izvajanja preventivne dejavnosti (Cardio-Prev) in pri mednarodnem projektu o učinkovitosti uporabe antibiotikov pri infekcijskih boleznih spodnjih dihal (GRACE).

Bil je tudi član Odbora za strokovno-medicinska vprašanja Zdravniške zbornice Slovenije, sodeloval je pri sestavi Slovenskega medicinskega slovarja (2012).

Janko Kersnik je s svojo neizčrpano energijo postavil temelje družinski medicini v Sloveniji in jo s svojim mednarodnim udejstvovanjem naredil za prepoznavno ter nepogrešljivo tudi v tujini. Nesebično je nudil pomoč, predvsem mladim, študentom, specializantom, zdravnikom. V človeku je vedno znal prepoznati dobre lastnosti in ga usmeriti na pravo pot. Deloval je povezovalno in bil pripravljen poslušati ter sprejeti drugačna mnenja. Njegov nemirni duh je znova in znova raziskoval, premikal meje in zastavljal nova vprašanja. Širina njegovega duha je bila neizmerna, njegova pronicljivost, iskričnost, ogromno znanja in izkušenj pa so ga za vedno postavili ob bok velikanom družinske medicine.

Janko Kersnik je bil predan zdravnik, vesten učitelj in odličen raziskovalec. Bil je zanesljiv, poln energije, prizadeven, prijazen, vesel in skromen. Predvsem in na prvem mestu pa je bil Človek. Z njegovo smrtjo je v Sloveniji, pa tudi v Evropi, zazijala ogromna luknja, ki jo bo težko zapolniti. Njegovega nenadomestljivega prispevka k razvoju družinske medicine se z besedami ne da opisati, njegovi neuresničeni načrti pa nas bodo gnali naprej, da udeležimo njegovo zapuščino.



# Johannes Sachslehner: Zwei Millionen ham'ma erledigt. Odilo Globocnik – Hitlers Manager des Todes

(Dva milijona smo jih posprav'l. Odilo Globocnik, Hitlerjev menedžer smrti)  
Styria Premium, Wien-Graz-Klagenfurt, 2014, 367 str.

Marjan Kordaš, Ljubljana  
[marjan.kordas@mf.uni-lj.si](mailto:marjan.kordas@mf.uni-lj.si)



Zgodba Odila Globocnika je zgodba mladega Avstrijca, ki nikakor ni hotel biti Avstrijec. Avstrija, tako je menil mladenič, rojen v Trstu in ki je odraščal na Koroškem, naj bi bila napačna domovina; njegova prava domovina je Nemčija. Za dosego tega cilja je postal veleizdajalec ter pomagač nacističnega režima, postal izvrševalec milijonskega umora.

Odilo Globocnik je bil mož povelja, pravi pravcati stroj povelja. Izpolnjeval je povelja in

poveljeval, da, njegova strast je bilo povelje. Če povelje ni bilo jasno, se je počutil negotovega in je svoje predpostavljene prosil za pojasnilo...

str. 11

Rod izvira iz Tržiča, ki je po avtorjevem mnenju nekoč bil nemški jezikovni otok na Gorenjskem. Praded je bil Rochus (Rok) **Globotschnig**, zdravnik v Tržiču, ki je kot ranocelnik leta 1809 sodeloval v avstrijskih bojih proti Napoleonu. Že kot veteran je leta 1825 dobil sina Franca Jožefa, ki je postal profesor na Realni gimnaziji v Ljubljani. Slednjemu se je leta 1870 rodil sin Franc, zdaj že s priimkom **Globočnik**, ki je postal častnik v avstro-ogrski vojski. Ko se je v Vršču (Banat) kot nadporočnik poročil, je moral izstopiti iz aktivne vojaške službe, saj ni

mogel plačati predpisane kavnice (kot dokaz, da bo zmogel družini zagotoviti stanu primerno življenje). Iz nadporočnika je postal poštni uradnik ter se z mlado ženo naselil v Trstu. No, in tu se je po dveh deklicah leta 1904 rodil deček, ki je bil krščen na ime »Odilo Lothar Ludovicus«. Starša, Franz in Anna **Globočnik**, sta bila očitno predana staronemško-germanski mistiki: neki bavarski vojvoda iz rodu Agilofingovcev se je imenoval Odilo; rod je obstajal že pred letom 700.

Toliko o rodu in različicah pisanja priimka ter času, ko je bil Trst »avstrijsko okno v svet«.

Leta 1913 je Franz **Globočnik** v poštni službi napredoval, postal *Postoberoffizial* (višji poštni oficial), v priimku opustil strešico ter postal **Globocnik**. Ob začetku prve svetovne vojne je bil vpoklican in je hitro napredoval. In svojega sina Odila je leta 1915 poslal na vojaško nižjo realno šolo v St. Pölten. Bil je dober učenec, v šolski matriki je priimek zapisan kot **Globočnik**. A z zlomom monarhije leta 1918 je zamisel o častniški karieri ugasnila. Družina se je iz Trsta preselila na Koroško in najstnik Odilo se je vpisal na strojni oddelek Obrtne šole v Celovcu. V času plebiscitnih bojev je zajadral v avstrijske »nemškonacionalne« vode, se spoznal z eno leto mlajšim Friedrichom Rainerjem (poznejšim koroškim *gauleterjem*), s katerim sta (p)ostala prijatelja do smrti.

Potem ko je Globocnik uspešno delal pri raznih koroških podjetjih, se je začel vse bolj navduševati za nacizem in je v začetku 1931 vstopil v nacistično stranko. Slednja je bila v Avstriji kmalu prepovedana ter razpuščena, a Odilo je svoje delo v prid nacizma nadaljeval ilegalno. Avstrijska policija ga je sicer večkrat zaprla, a vsakokrat je bil kmalu izpuščen. Očitno

je bil uspešen ilegalec in že sredi 1934 je vstopil v SS. Kot ilegalec je pogosto potoval in zanimivo je, da se je, ko je prenočeval v hotelih, na *Meldezettel* (prijavni list, str. 30) podpisoval s strešico, kot **Globocnik**. V nacistični ilegalni hierarhiji – kjer so ga »po domače« poimenovali z vzdevkom *Globus* – je napredoval hitro. Neznansko zanimivo je branje na str. 49–51, kako sta se poleti 1936 Globocnik in Rainer peš, čez zeleno mejo, odpravila na Obersalzberg. Namesto prijazne dobrodošlice ju je Hitler sprejel kar trdo, kritiziral samovoljo avstrijskih nacistov ter zahteval popolno poslušnost. Ko sta se tako – precej potrta – spet peš vračala domov v Avstrijo, je Rainer svojemu prijatelju povedal tole:

»Dragi Globus, položaj je preprost. Če bova naredila napako, naju bo Führer poslal v koncentracijsko taborišče. Če pa bova zadevo opravila prav, bova pa Führerju lahko pomagala.« Že prej je bilo dogovorjeno, da ju bo za stopstvo koroškega gaua (*Gauleitung*) čakalo v Anifu, in tu sta poročala o svoji dogodivščini na Obersalzbergu ter predvsem o Hitlerjevi zaželeni strategiji. Tako so se zedinili, da bodo sledili Hitlerjevemu navodilu ter začeli sodelovati z avstrijsko *Domovinsko fronto* (Vaterländische Front).

Na tem mestu moram seveda preskočiti številne nadrobnosti, zaradi katerih si je Globocnik nabral številne zasluge in takoj po *Anschlussu* postal *Gauleiter* na Dunaju. A tu je ravnal – če prav razumem, predvsem finančno – tako samovoljno, da je bilo preveč celo za nacistično hierarhijo. Po hudih spopadih s finančno inšpekcijo je bil Globocnik končno kot *Gauleiter* razrešen ter v oktobru 1939 poslan v zasedeno Poljsko v Lublin. Zdaj ni bil le poveljnik SS, temveč tudi celotne policije: gestapa, varnostne policije (*Sicherheitsdienst, SD*), redne polici-

je, mestne policije in žandarmerije. Njegova naloga je bila iztrebljanje Judov, uničenje poljske inteligence, dobava prisilnih delavcev za industrijo ter izseljevanje Poljakov, germanizacija ter naseljevanje Ukrajincev. Mimogrede je tudi omenjeno naseljevanje koroških Slovencev, pregnanih s Koroške, a tega načrta Globocniku ni uspelo uresničiti. Sicer pa se zdi, da je bil prav Globocnik tisti, ki je bistveno prispeval k izgradnji plinskih celic v koncentracijskih taboriščih. A vse to je bilo – če bi kdo takrat zmozel gledati in videti objektivno – pravzaprav kontraproduktivno: končni rezultat je bil vse močnejši partizanski odpor.

V opisu teh krutih dogajanj je nekaj nekako komičnih vložkov, ki pa zaradi svoje protislovnosti zvenijo groteskno. Namreč, Globocnik je bil ves ta čas samski, po arijskih rasnih načelih pa bi moral biti že zdavnaj poročen in moral bi imeti množico rasno čistih otrok. In ker je bil vseskozi prav v vrhu SS, je v vseh Globocnikovih poročno-zakonskih zadevah nastopal tudi njegov šef, Heinrich Himmler. Razdrta zaroka ter zadevna astronomska odškodnina, nacistična »ljubezen« ter ravnanje po kodeksu časti SS je izvrstno opisano v posebnem poglavju na str. 144–157.

V septembru 1943 je Himmler Globocnika prestavil v Trst, ki je postal glavno mesto t.i. *Operationszone Adriatisches Küstenland*. V poglavju *Ein Duo infernale – mit Friedrich Rainer in Triest* (Peklenski duo – s Frierichom Rainerjem v Trstu) je opisano, kako sta si zdaj – oba še vedno tesna prijatelja – razdelila civilno in policijsko oblast. Slednja je lokalno delovala predvsem v tržaški Rižarni, akcijsko pa po vsej Primorski (str. 316–327) ter v sodelovanju z nemško vojsko ter s slovenskimi domobranci, srbskimi četniki in ukrajinskimi vlasovci (str. 324) preganjala partizane (prim. str. 321 z znano fotografijo: general Kübler, Gauleiter Rainer in SS-Gruppenführer Globocnik). In nekako mimogrede – ne da bi Himmler kakor koli na-

sprotoval – se je zdaj Globocnik dne 22. oktobra 1944 v Celovcu vendarle poročil in ena od poročnih prič je bil Friedrich Rainer. In oba, Rainer in Globocnik, sta se za *nacistično stvar* borila neomajno, prav do konca. Šele 30. aprila 1945, po Hitlerjevem samomoru, sta se odpravila iz Trsta ter se v koloni tovarnjakov prebila prek Karnijskih Alp, čez prelaz Plöckenpass, na Koroško, kamor sta prispela 4. maja. Ko je dva dni pozneje Rainer oblast predal, je tudi Globocnik slekel uniformo SS. O svoji usodi si ni delal nobenih utvar. Nekemu znancu je povedal tole (str. 342): »Dva milijona smo jih pospravlj. Verjetno bom zdaj za to moral plačati.« Tako se je Globocnik z Rainerjem ter skupino častnikov SS umaknil na planino Mösslacher Alm; tu jih je (seveda zaradi izdaje) dne 29. maja aretirala skupina angleških vojakov. A še preden so Angleži vse ujetnike identificirali, je Globocnik storil samomor s ciankalijem.

Knjiga, dobro dokumentirana, je težko, a izvrstno branje. Sicer seveda ne razloži, pa vendar dobro opiše miselnost človeka, ki mu je politični sistem nadomestilo za vero. In Globocnik v svojega boga nasilja, Hitlerja, veruje brezpogojno.

In če institucionaliziranega nasilja ni, življenje očitno nima nobenega smisla več...

## Spoštovani avtorji prispevkov,

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

Uredništvo

# Mednarodni simpozij o apiterapiji

Dr. Aleksander Kruščić, dr. med., spec. kirurgije, MHS SZD

V prostorih Kmetijske fakultete Univerze v Mariboru, na gradu Hompoš v Hočah pri Mariboru, je bil 27. in 28. marca 2015 mednarodni simpozij o apiterapiji.

V okviru tega dogodka je bila 27. marca na pobreškem pokopališču krajša spominska slovesnost ob grobu dr. Filipa Terča, ki je bila pripravljena s sodelovanjem Medikohistorične sekcije SZD. Pred polaganjem spominskega venčka na njegov grob je predsednik naše sekcije prof. Elko Borko zbranim udeležencem spregovoril o življenju in delu tega zdravnika ter o današnjem gledanju na vlogo in pomen apiterapije v odnosu do uradne medicine. Iz tega nagovora navajam najpomembnejše misli, ki so zanimive za širši krog naših bralcev.

»30. marec, rojstni dan dr. Filipa Terča, so leta 2006 določili za svetovni (mednarodni) dan apiterapije in to je priložnost, da se ponovno spomnimo tega ustvarjalnega mariborskega meščana.

Iz njegovega življenja vemo, da ga je krasila izredna delavnost in sposobnost, da je znal opazovati vse, kar se dogaja okoli njega.

Ko je prišel leta 1875 v Maribor, je bil mlad zdravnik, ki se ni razlikoval od ostalih Mariborčanov ali takratnih redkih zdravnikov. Kot vemo, se je ob svojem zdravniškem delu ljubiteljsko ukvarjal s čebelarstvom, ki ga je pritegnilo zaradi čudovite organiziranosti in reda v čebeljem svetu ter navdušilo zaradi izjemne delavnosti čebel.

Kot zdravnik pa je opazil, da čebele s svojim pikom pogosto izboljšajo revmatske težave, ki jih imajo posamezniki. Vendar se s tem še ni rodila apimedicina oz. apiterapija. Za to je bilo potrebno še dolgoletno raziskovalno delo in zapisovanje telesnih sprememb pri zdravih in bolnih osebah. V prvih objavah je zapisal, da je do zaključka prišel po sedmih letih in ko je opravil in analiziral 173 oseb, ki so dobile skupno 39.000 čebeljih pikov. In še takrat ga uradna šolska medicina ni priznala in se mu je odkrito posmehovala, kar je zagrenjeno ugotavljal v svojih spisih. Do leta 1912 je v svojo raziskavo vključil že 660 bolnikov in šele takrat se je rodila moderna apiterapija. Dr. Filip Terč pa je kljub temu izjemnemu raziskovalnemu delu le začetnik, pionir apimedi-

cine ter predhodnik moderne imunologije in alergologije.

Treba je ugotoviti, da je za sedaj apimedicina žal samo ena od številnih komplementarnih (dopolnilnih) oblik medicine in ne bi bilo sprejemljivo, da bi se katerikoli revmatični bolnik začel zdraviti najprej s čebeljim strupom. Zato torej vsak, ki se ukvarja s čebelarstvom in poskuša pri zdravljenju uporabiti čebelje izdelke, še ni apiterapevt, ampak je še vedno zdravilec in kot tak mora upoštevati vsa zakonska določila, ki so zapisana v Zakonu o zdravilstvu in drugih pravnih predpisih. Združenje za integrativno medicino meni, da je treba združiti uradno medicino z drugimi dopolnilnimi metodami, v našem primeru z zdravljenjem s čebeljimi izdelki. Vendar je treba podobno v enakem ali še večjem obsegu, kot je to opravil dr. Filip Terč, ugotoviti uporabnost, učinkovitost in glavne indikacije za posamezne čebelje izdelke. Prav tako pa ugotoviti tudi morebitne škodljive posledice tovrstnega zdravljenja pri posameznih bolezenskih stanjih, saj je poznano, da čebelji piki lahko pripeljejo do nevarnih alergičnih reakcij, prav tako pa je potrebno skrbno in pravilno ravnanje s čebeljimi izdelki, da se ohrani njihova zdravilnost. Tak pristop bo zbližal apimedicino z uradno medicino. Moramo vedeti, da je imel v mislih tako sodelovanje in tako obliko uporabe čebeljih izdelkov tudi dr. Filip Terč, saj je pri opisu svojega dela zapisal, da je apitoksin uporabljal le tam, kjer so bila pred tem neuspešna in neučinkovita zdravila uradne medicine.

Dr. Filip Terč se je v Mariboru uveljavil kot uspešen zdravnik splošne prakse in izkušen čebelar. Že v začetku leta 1878 je postal predsednik mariborske podružnice Štajerskega čebelarškega društva v Mariboru, kar dokazujeta dve poročili, objavljeni v časopisu »Slovenski gospodar«. Uspešno delovanje dr. Filipa Terča v društvu dokazuje tudi objava v takratnem časopisu »Marburger Zeitung«, ki je 1. aprila 1894 poročal o letnem občnem zboru, na katerem so »čebelarškemu očetu« dr. Terču podelili posebno zahvalo, ker si je kot stalni učitelj čebelarstva na mariborski sadjarski in vinogradniški šoli prizadeval za pospeševanje čebelarstva in so ga zaradi



*Udeležencem je pred polaganjem spominskega venčka na grob dr. Filipa Terča o njegovem življenju in delu spregovoril predsednik naše sekcije prof. dr. Elko Borko.*

tega ponovno izvolili v vodstvo čebelarškega društva.

V času ravnateljstva slovenskega pedagoga Henrika Schreinerja (1850–1920) je dr. Terč od leta 1890 na državnem moškem učiteljskem kot zdravnik uradne medicine poučeval šolsko higieno in somatologijo ter kot čebelarški strokovnjak pomagal prof. Janezu Koprivniku (1849–1912) pri praktičnem pouku čebelarstva. Navduševal je bodoče slovenske učitelje, da na podeželju razvijajo čebelarstvo in svoje učence usposablajo za to koristno obliko gospodarstva. Šolskemu preizkusnemu vrtu je podaril čebelnjak in čebelarški pribor. S priključitvijo dr. Filipa Terča učnemu zboru mariborskega moškega učiteljskega se je povečal ugled slovenskega učnega kadra v tem zavodu.

Dr. Filip Terč se je zavedal svoje slovenske pripadnosti, zato se je aktivno vključil v slovensko družbeno življenje v mestu. Že takrat so ga uvrščali med slovenske zdravnike, kar dokazuje Slovenski koledar za leto 1914, kjer je med tremi slovenskimi zdravni-

ki, poleg dr. Viktorja Kaca, mariborskega zobozdravnika, in dr. Ivana Turšiča imenovan tudi dr. Filip Terč.

Kmalu po preselitvi v Maribor je postal član mariborske slovanske čitalnice in kot planinec član sekcije nemškega in avstrijskega planinskega društva v Mariboru, saj ni imel druge izbire, ker v Mariboru še ni bilo podružnice Slovenskega planinskega društva. To je bilo ustanovljeno šele leta 1901 v Rušah. V vseh teh poročilih pa je njegov priimek Terč zapisan v slovenski obliki s č.

Poleg tega pa je dr. Filip Terč skrbel, da je imel doma, kot pri opravljanju raznih dolžnosti, urejene in čiste račune. Menil je, da je delo za svoje mesto, soljudi in seveda bolnike častno in da pri tem ne sme prihajati do napak.

Primer je Mariborska hranilnica, ki je ves čas, ko je bil dr. Filip Terč odbornik, in tudi kasneje poslovala pozitivno in ni zašla v denarne težave. Prav tako je v nadzornem odboru skrbel za pregledno uporabo sredstev, tako da so naši predniki s prihodki v

hranilnici zgradili Narodni dom brez prekoračitev načrtovanih stroškov in brez dolga.

Seveda bo dr. Filip Terč ostal za vedno zapisan v spominu Mariborčanov, Slovencev in tujih strokovnjakov predvsem kot začetnik apiterapije, ki je po drugi svetovni vojni sicer utonila v začasno pozabo, vse do leta 1978, ko je bil v Portorožu 3. mednarodni simpozij o apiterapiji in na katerem je, po zaslugi dr. Emane Pertla, takratnega predsednika MHS SZD, in njegovega poročila o življenju in delu dr. Filipa Terča prišlo do ponovnega odkritja in ugotovitve, da je oče apiterapije v Evropi naš someščan dr. Filip Terč. Prav tako pa imamo od takrat, po zaslugi našega zdravnika prof. Mihe Likarja in njegovih sodelavcev, prva poročila o zdravilni učinkovitosti spojini v medu, ki so bila preverjena po načelih uradne medicine.

Poleg delavnosti, strokovnosti in znanstvene radovednosti, ki so značilne za dr. Filipa Terča, se lahko iz življenja in dela tega izjemnega moža naučimo vztrajnosti in pripravljenosti

sti, da nadaljujemo s svojim delom kljub neugodnim okoliščinam, kot je bilo odklonilno in zasmehovalno stališče takratne uradne medicine. V življenju se je soočal s številnimi žalostnimi dogodki, ki bi marsikoga potrli in ga obsodili na nedejavnost. Dr. Filip Terč nam je lahko vzor, da ne smeš obupati, ampak da je treba nadaljevati s svojim delom, če verjameš v pravilnost svojih dognanj.«

Vsi Slovenci, zlasti mi, občani Maribora, smo lahko ponosni, da je tako izjemen človek živel in deloval v našem mestu in da je njegovo delo v

našem okolju zarisalo naše mesto v svetovni zemljevid pomembnih mest.

Drugi dan simpozija je v polni veliki dvorani Kmetijske fakultete, po obvezni čebelarški himni, udeležence pozdravil evropski poslanec Lojze Peterle, ki so ga nedavno ponovno imenovali za evropskega poslanca na področju zdravja (MEP Awards 2015). Poslušalce je seznanil s svojim pogledom na komplementarno medicino, z bojem proti raku in zdravim načinom življenja ter drugimi problemi s tega področja, s katerimi se sooča pri

svojem delu v Evropskem parlamentu. Nato so si udeleženci ogledali nov film o dr. Filipu Terču, očetu moderne apiterapije, ki ga je posnela dr. Polona Pivec. Sledil je strokovni program, v katerem so domači in tuji predavatelji predstavili med in druge čebelje izdelke ter razpravljali o njihovi zdravilni sposobnosti. Med predavatelji so bili v večini zdravniki uradne medicine, ena farmacevtka in samo dva dolgoletna čebelarja, ki sta poročala o osebnih izkušnjah pri uporabi medu in drugih čebeljih izdelkov.

## Ustvarjajmo dan

Prim. Neda Bizjak, dr. med., SB Nova Gorica  
[neda.bizjak@bolnismnica-go.si](mailto:neda.bizjak@bolnismnica-go.si)

Našlo in začutilo se je pet navdušencev: dva slikarja (Etko Tutta in Klemen Brun), častna pokroviteljica porodnišnice (Martina Arčon), glavna sestra (Snežana Kuzmanović Taurian) in predstojnica ginekološko-porodniške službe Splošne bolnišnice Nova Gorica v Šempetru (Neda Bizjak), in ob visokem jubileju, 50-letnici porodnišnice, organizirala umetniško delavnico.

Zgodil se je projekt, ki smo ga poimenovali »Ustvarjajmo dan«.

13 priznanih, uveljavljenih slovenskih akademskih slikarjev: Etko Tutta, Klemen Brun, Jože Šubic, Boris Zaplatil, Vanja Mervič, Jasmina Rojc, Ana Žerjal, Maša Gala, Anamari Hrup, Tina Konec, Keiko Vahčić Miyazaki, Klavdij Tutta in David Ličen, je tri dni na čudoviti kmetiji v Goriških brdih resnično ustvarjalo dan in življenje. Nastalo je 50 slik, ki so jih podarili novogoriški porodnišnici. Zdaj krasijo njene stene.

Kakor je rekla častna pokroviteljica ob slavnostnem odprtju razstave:

»Najprej je bila le misel, ideja, sestanki, ustvarjanje... In tu je rezultat. Ko se združi dobra namera,

pozitivna energija, želja in volja, potem je vse enostavno!«

Trinajstkrat hvala vsem umetnikom in stokrat hvala vsem številnim dobrotnikom, ki so pripomogli, da je projekt zaživel: okvirji za slike, cvetje, nežna glasba, kulinarične dobrote in vino ob odprtju, spominska knjiga, nove oblekice in copatki za novorojenčke, simbolična darilca za umetnike... Vse to so nam podarili ljudje, ki so nas začutili in ki se jih je naša misel dotaknila.

Zunanja podoba sicer ni najpomembnejša, daje pa značaj, ugled in samozavest ustanovi... In lahko je pogumen začetek nečesa še večjega.

Ob tej priložnosti je izšla prefinjena zloženka, ki s fotografijami in besedilom zaznamuje dogodek. Pridne in iznajdljive babice in sestre porodnišnice pa so same sestavile prijazno in uporabno zgibanko, v kateri sta nosečnicam predstavljena porodni blok

in oddelek porodnišnice. Tu se lahko bodoče mamice seznanijo z vsem, kar je koristno in dobro, da vedo že pred sprejemom v porodnišnico.

Tako lahko v miru pripravijo vse, kar bodo potrebovale, ko nastopi čas poroda.

Ob vseh teh smelih dejanjih dobrote in hkrati samozavesti je pokroviteljica zaključila:

»Odslej bo novogoriška porodnišnica sijala v povsem novi podobi. Vsak dan znova naj bo naš dan, od jutra do večera. Od joka do smeha, od srčnosti do še večje srčnosti!«



13 priznanih, uveljavljenih slovenskih akademskih slikarjev, ki so sodelovali pri projektu »Ustvarjajmo dan«.

# Letni koncert Vokalne skupine Vox medicorum-Klinični center

Polonca Mali, dr. med., predsednica VS Vox medicorum

[Polonca.mali@ztm.si](mailto:Polonca.mali@ztm.si)

V osrednji dvorani Mestnega muzeja v Ljubljani je 7. marca 2015, na predvečer praznika, posvečenega ženskam, Vokalna skupina Vox medicorum-Klinični center spet pripravila svoj letni koncert. V večernih urah se je zbralo lepo število njihovih zvestih poslušalcev in domačih podpornikov.

V skupino zbrani doktorji medicine in dentalne medicine ter drugo zdravstveno osebje in pridruženi člani so v uvodnem delu koncerta zapeli V. Miškinisovi *Gloriosa dicta sunt in Cantate domino*, nadaljevali z renesančno T. Taliisovo *Verily, verily I say onto you* ter zaključili z umirjeno molitvijo M. Durufle *Notre Pere. Z Vem, da bo zopet pomlad* in *Luba vigred se rodi* pa so pevci v dvorano prinesli pomladanske vonjave cvetočih češenj in radostno veselje. Veseli smo bili, da nas je s svojo prisotnostjo med občinstvom počastil prav njen skladatelj g. L. Lebič. Ostali del koncerta smo prepletali sanje in hrepenenje, saj smo s pestrim program narodnih in ljudskih pesmi v priredbah različnih domačih skladateljev popeljali poslušalce po Sloveniji. Prav ljudske pesmi pevci in pevke posebno radi prepevamo, morda smo tako bližje ljudem in bolnikom, s katerimi se srečujemo ob našem vsakdanjem delu.

Ubrano in doživeto sta solista sopranistka M. Vilar in tenorist P. Caserman občinstvu predstavila ljudsko pesem v priredbi V. Mirka *So še rožce žalovale* ter marsikateremu poslušalcu izvabila solze in še povečala čustveno doživljanje.

Za VS Vox medicorum je tako še ena uspešna sezona dela, ki jo je tudi tokrat ustvarjala njihova zborovodkinja Judita Cvelbar, doktorica dentalne medicine, ki poleg dela v ambulanti vedno najde čas za dodatno pevsko in umetniško ustvarjanje. Veseli smo, da smo ponovno dokazali, da se razvijamo ter da je pred več kot 35 leti ustanovljen »oktet z napako« že zdavnaj prerasel okvire Kulturno-umetniškega društva Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher, znotraj katerega tako uspešno deluje. Večerni čas, preživet v Mestnem muzeju na koncertu skupine, je bil za vse nas lepo glasbeno doživetje, večerna zarja, ki je obsijala stalno zbirko arheoloških najdb v Ljubljani, pa nam je vlila potrebnega pevskega navdušenja in energije, da svoje delo nadaljujemo tudi v nadaljevanju leta 2015.

Hkrati v svoje vrste vabimo nove glasove in nove sodelavce, zdravnike, medicinske sestre in vse, ki ste kakorkoli povezani z zdravstvom ter vas petje veseli in navdihuje.



# Lepota Rogle na slikarskih platnih, akordi Zborallice v srcih poslušalcev

Ksenija Slavec, dr. med., UKC Ljubljana  
[ksenija.slavec@gmail.com](mailto:ksenija.slavec@gmail.com)

*Kulturno-umetniško društvo Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher (KUD) je v velikem tednu (31. marca 2015) v razstavišču Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani (UKCL) pripravilo velikonočno prireditev za bolnike. V Dolenčevi galeriji so razstavljali KUD-ovi udeleženci slikarske kolonije »Rogla-Zreče«, v Taborjevi galeriji sta razstavljali slikarki Agica Veršnik in Katarina Štoka, z barvitim glasbenim programom pa se jim je pridružil in dal prireditvi slovesno vzdušje MePZ Kulturnega društva Stična Zborallica, ki ga vodi študentka medicine v Ljubljani Janja Omejec. Zbrane je ob prihajajočem prazniku nagovoril bolniški župnik Toni Brinjavc, prireditev pa je spodbu-*

*dno vodila predsednica KUD-a prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec. Udeležencem je prireditev prinesla praznično vzdušje in toplino razpoloženja.*

## Zborallica privzdignil duha zbranim

Mešani pevski zbor Zborallica je z okoli 30 mladimi pevci prinesel v ljubljansko bolnišnico izjemno sončno razpoloženje. Odlično izbran program pesmi z različnih vetrov so mladi člani odpeli z izjemno svežino, navdušenjem in prekipevajočim žarom. Študentki 6. letnika medicine Janji Omejec iskrene čestitke za veliko znanja, ki ga je vložila v vodenje zbora. Naj tudi njej ob tem duša poje! Zborallica je sicer mešani pevski zbor, ki pod okriljem Kulturnega društva Stična deluje od leta 2009. Poleg veselja do petja 25 članov in članic zbora ter njihovo zborovodkinjo povezujejo tudi pristne prijateljske vezi, ki so se stkale tekom rednih vaj in priložnostnih druženj. Na le-teh se rojevajo tudi ideje za bogatitev repertoarja, ki obsega zborovske priredbe popularne glasbe, ljudske in zahtevnejše umetne zborovske skladbe, vedno pa je prilagojen priložnosti in ciljnemu občinstvu. Pevci z željo po čim večjem pojavljanju na glasbenem prizorišču sodelujejo na različnih kulturnih in družabnih prireditvah ter vsako leto izvedejo tudi samostojni koncert. Z lanskim, že petim po vrsti, so se v več ponovitvah predstavili po različnih krajih Slovenije. Letos pa so nas na svojo pevsko predstavo prisrčno povabili v domačo Stično, kjer so 8. in 9. maja s pesmijo popotovali po vsem svetu.

Njihov cilj v letu 2015 je poleg izpeljave dveh samostojnih koncertov

tudi udeležba na mednarodnem zborovskem festivalu *Ohrid Choir Festival 2015*, ki bo potekal avgusta na Ohridu v Makedoniji. Z njim si želijo razširiti svoje zborovsko znanje in si zadati nove, višje cilje za prihodnje sezone. (Stik: MPZ KD Stična, Zborallica; vodja: [janja.omejec@gmail.com](mailto:janja.omejec@gmail.com))

## Slikarska kolonija »Rogla-Zreče«

V osrednjem razstavišču Dolenčevi galeriji so se predstavila dela slikarjev KUD-a, nastala na kolonijah, polnih navdiha krajinske lepote in človeške topline štajerskih gostiteljev na Rogli, v okviru podjetja Unitur, Hotels & Resorts. O koloniji je dolgoletni udeleženeec doc. dr. Tone Pačnik zapisal: »Enaindvajset let sodelovanja Likovne sekcije KUD-a dr. Lojz Kraigher Kliničnega centra in Medicinske fakultete z zreškimi meceni iz Uniorja, Term Zreče in Rogle kaže, da so se med likovniki našega društva ter izjemnimi gostitelji Term Zreče in Rogle spletle vezi, ki so nam umetnikom omogočile ne samo razvoj v našem specifičnem likovnem izrazu, ampak tudi pravo osebnostno rast. Ti stiki so nam vsako leto omogočili nove in posebne pozitivne izkušnje, ki jih likovniki želimo posredovati tudi drugim, ki neposredno ne morejo doživljati tistega, kar lahko mi v teh izjemno lepih krajih in z ljudmi, ki slovijo po klenosti in prijaznosti. Zdaj se zdi, da je bil ta stik sam po sebi razumljiv v stremljenju vseh po bližini, lepem in dobrem.

Ta dolgoletna srečanja v slikoviti okolici Zreč so nam omogočila, da v likovnem izrazu ohranjamo žlahtno zgodovinsko, kulturno in krajinsko dediščino, saj na vsakem koraku odkrivamo sledove preteklosti, ki počasi izginjajo, se preoblikujejo, mi pa jih želimo ohraniti za zanamce take, kot so,



*Slikarji KUD-a KC in MF so 24 let zapored združevali svoje moči na srečanjih na Rogli in v Zrečah, gostitelji podjetja Unitur Hotels and Resorts pa so razstavišče odeli v najlepša dela z zadnje kolonije novembra 2014.*

in tudi take, kot slutimo, da bodo postali.

Za likovno skupino Kliničnega centra in Medicinske fakultete v Ljubljani je to še posebnega pomena, saj je naše delovanje v osnovi namenjeno temu, da bolnikom, ki se znajdejo v Kliničnem centru, popestrimo dolgočasno belino bolnišničnih prostorov ter na svoj način poskušamo zastreti njihove tesnobe in strahove, ki jih v ljudi naseli bolezen.

Z izkušnjami, ki jih vedno znova plemenitimo na likovnih kolonijah v Termah Zreče in na Rogli, lažje uresničujemo poslanstvo, ki ga ima naša Likovna skupina, da posreduje in deli svoje miselne podobe, pomešane z najbolj zlahtnim slikarskim vezivom – čustvi in občutljivostjo z ljudmi, ki živijo v teh krajih, in ljudmi, ki teh krajev še niso spoznali.

Za enkratnost tega druženja in ustvarjanja je nesebično prispevala gospa Marija Deu Vrečer, ki je s svojo neuničljivo energijo omogočila, da so postajala naša likovna dela iz leta v leto boljša, kot je to zapisal likovni kritik in estetik prof. dr. Mirko Juteršek in opozoril tudi na to, da je delovalo druženje članov naše likovne skupine z akademskimi likovniki v Zrečah kot agens, ki je dal našim likovnim delom raven in ugled resnih sodobnih umetniških prizadevanj, in da so kot umetnine upoštevanja vredna naložba, ki so postala sestavni del slovenske kulturne dediščine.«

Izjemna raznolikost del kaže na ustvarjalce, ki prihajajo vsak iz svojega duhovnega sveta, so različni v svojem dojemanju le-tega, kakor tudi v njihovem likovnem izrazu tega. Zato so tokratna slikarska dela tako pestra in uspejo zadostiti okusu raznoterih obiskovalcev galerije Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani (UKCL).«

V zadnjih letih so se generacije zamenjale in Unior, d.d., program Turizem, je prevzela Barbara Soršak, vodja hotelirstva in gostinstva pa je postal Robert Kejžar. S slednjim so se KUD-ovi slikarji ob predanih sodelavkah imenitno počutili. Ta prisrčnost je vela tudi iz srečanja na prireditvi.

## Domišljajske slike v Taborjevi galeriji

Taborjevo manjšo galerijo UKCL so zapolnila zanimiva, otroško naivna dela slikark Agice Veršnik in Katarine Štokar. Prva, ki se je učila slikanja pri slikarki Metki Gosar, je po naravi zvedava, polna energije in se preizkuša v različnih umetniških zvrsteh. Sodelovala je na nekaj skupinskih razstavah, pa tudi samostojno je že razstavljala. Katarina Štokar pa je oblikovalka tekstilij in umetniška raziskovalka. Sta dobri prijateljici in sta v zadnjem času soustvarjali v skupnih projektih. Predstavili sta se s slikami v mešani tehniki akrila in kolaža, vsaka je razstavila osem svojih del, eno pa sta ustvarili skupaj. Čutita, da je njuno delo podobno pesmi, ki sta jo napisali »Pogled je igra – iz oči v oči«.

## Protituberkulozna razstava na Medicinski fakulteti v Ljubljani

V galeriji Medicinske fakultete je gostovala razstava o protituberkuloznem boju v prvi polovici 20. stoletja na Hrvaškem, ki sta jo pripravila Inštitut za zgodovino medicine iz

Zagreba (pri HAZU) in Hrvaški državni arhiv. Razstava je imenitno obeležila svetovni dan tuberkuloze in ves mesec ozaveščala mimoidoče o pomenu nenehnega epidemiološkega spremljanja tuberkuloze. Avtorici razstave sta dr. Darija Hoffgräf in prof. dr. Stella Fatović Ferenčič, dr. med.

V galeriji Medicinske fakultete so v aprilu predstavile svoje Popotovanje po vzhodni obali ZDA študentke medicine Tanja Krajnc, Manca Šolar, Katarina Meglič in Anja Krek. Predstavljajo svoje potepanje od New Yorka do Houstona (NY–Philadelphia–Washington–Richmond–Virginia Beach–Charlotte–Atlanta–New Orleans–Houston). Medicinke so v 14 dneh naredile nekaj čez 3000 kilometrov in se pri tem imele prav imenitno. Nato so v Houstonu opravljale prakso. (Stik: anja.krek@gmail.com)

V galeriji Nevrološke klinike je aprila in maja razstavljala Miha Jerina (galerijo vodita Jano Milkovič in Andreja Peklaj), v galerijah Kliničnega centra pa so se ves maj predstavljale slikarke Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.

Prireditve so podprli: Unitur, d.d., Lekarna Ljubljana, JSKD in Mestna občina Ljubljana.

Foto: Katarina Zemljak, študentka medicine ljubljanske MF



Zbrane je s sončnim prazničnim nagovorom duhovno privzdignil župnik UKCL Toni Brinjovec.



# Pesmi

Andreja Krivec Urbas, dr. med., Zdravstveni dom Tolmin

## Hvaležnost

(ob vajini petdesetletnici poroke)

Hvaležnost je, da si vesel, da si.  
Da je, kakor je in da ni, česar ni.

Da vidim, čutim in hodim,  
mislim, se veselim.  
In se lahko zaradi majhnih stvari  
jezim in žalostim.

Da vsak dan jutro zasveti,  
čtudi ne zglada tako v trdi temi.  
Da se zvečer z luno objeti svet  
lahko spet umiri.

Da sem jaz, da si ti.  
Da je še mnogo drugih ljudi.  
Da vsak nekje dobi svoj cvet  
in – da si lahko ob meni  
že petdeset let.

## Življenje

(misli, ko dopolnita petdeset let)

Ko še od spodaj sem opazoval  
življenje,  
bilo veliko je, vabljivo, sveto.  
Sem kot skoz kopreno dan za dnem  
opazoval vneto,  
kako z oblaka kaplja se spusti,  
kako se včasih solza zasveti,  
kako se človek človeku nasmeji.

Sem hodil skozi sončno senčne dni,  
nekje v vetru in v ljudeh  
za mano ostale so sledi.

Zdaj tu sem – na pol  
ali že malo čez.  
Še vedno iščem pot do zemeljskih  
nebes.  
Minilo bo.  
A tu in zdaj  
– le kdo bi razumel? –  
mi dan je dan, da bi živel.

## Hrepenenje

Kozarec sem nalila do roba.  
Zdaj čakam, kdaj bo spolzela kapljica  
iz višin  
in se razblinila na gladkem steklu.  
In potem še ena.  
Mogoče bom čakala še ves dan.  
Mogoče še jutri.  
Ali pa kapljica  
sploh ne bo spolzela  
zaradi zakonov narave.  
Potem bom morda vzela kozarec  
in ti dala piti.  
In nato, če boš dovolil,  
žejno posrkala kapljice  
z dna tvojega kozarca.

## Dobro delo

Naredi nekaj dobrega.  
Danes, ko dan je lep  
in sonce ti mežika.  
In zlahka zmoreš  
vzpeti se visoko,  
podati roko tistemu,  
ki je globoko.

Naredi nekaj dobrega.  
Danes, ko ti ne gre  
in svet se stran obrača.  
Ko čutiš čudno  
težo v sebi  
in čakaš,  
da kdo bo stopil k tebi.

Naredi nekaj dobrega.  
Njemu, ki ti ni všeč  
in te tudi on  
ne mara.  
Naredi nekaj zanj tako,  
da ne bo vedel  
on za to.

In videl boš,  
kako to osvobaja.  
Nihče ne ve,  
nihče te ne pohvali.  
A nekje globoko v tebi  
se rojeva moč,  
ki se navzven zrcali.

# Au-foristična tinktura

*Aforizmi v beli halji z geografskim poreklom*

Prof. dr. Janez Tomažič, dr. med., UKC Ljubljana

[janez.tomazic@kclj.si](mailto:janez.tomazic@kclj.si)

Do sedaj so se vsi naši zdravstveni ministri lotili dela resno, a ne zares.

Za ministra ni nobena priložnost izgubljena – če ne on, jo bo pa naslednji.

Gospa ministrica, torej se boste držali svojih obljub?  
Katerih obljub?

Naši ministri imajo odgovore na vsa vprašanja in vprašanja za vse odgovore.

# Spremembe v zdravstvu in zobozdravstvu

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

Občasno beremo ali poslušamo predloge za spremembo sedanjega zdravstvenega sistema. Pri tem običajno ne omenjajo zobozdravstva, če pa ga, dostikrat omenijo njegovo izločitev iz obveznega zdravstvenega varstva. To so zelo čudni predlogi, predvsem če jih slišimo od zdravstvenih delavcev. Navadno te predloge povezujejo s povečanjem sredstev za zdravstvo, do katerega naj bi prišlo z izločitvijo zobozdravstva. To je slab izračun, če upoštevamo, da ima naš zavarovanec letno za zobozdravstveno varstvo na razpolago le okrog 45 EUR, kar je desetkrat manj od povprečja v EU (podatek Odbora za zobozdravstvo naše zbornice, Isis, marec in junij 2015). S prelivanjem teh minimalnih sredstev v zdravstvo bi se ta bore malo povečala, na drugi strani pa bi nastala v zobozdravstvenem varstvu velika škoda, ker so obstoječa sredstva sedaj namenjena predvsem preventivi in osnovnemu zobozdravstvenemu varstvu (za zobno protetiko

pa je znano, da se že sedaj pretežno krije z dopolnilnim zavarovanjem in z doplačili).

Preventiva zobnega kariesa se je doslej in se tudi sedaj v mladinskem zobozdravstvu zelo uspešno izvaja. Prizadetost zob (karies, ekstrakcije, plombe – KEP), ki je bila pri 12-letni mladini po razpredelnici Svetovne zdravstvene organizacije pri nas pred desetletji zelo visoka, se je v razmeroma kratkem obdobju znižala (kot kaže krivulja na sliki 26-letne epidemiološke raziskave 1987–2013), nato pa ustalila, v zadnjem petletnem obdobju pa je začela rahlo (nesignifikantno) naraščati. To pomeni, da so na to že prej začele vplivati določene motnje, kar bi pokazala ustrezna analiza odgovornih ustanov. Ker se sedaj izvajajo enaki preventivni ukrepi kot prej, so omenjenim motnjam verjetno med drugim botrovale spremembe v kadrovski strukturi, na primer odhodi nekaterih zobozdravnikov v zasebno prakso ali odhodi koncesionarjev na drugo delovno mesto, ki bi lahko povzročili začasno ali stalno nezasedenost delovnih mest v mladinskem zobozdravstvu (v mnogih evropskih državah rešujejo te probleme z uredbo, da zdravniki po končanem študiju najprej »odslužijo« državi nekaj let delovne dobe).

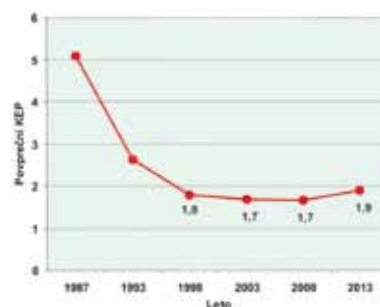
Nadalje je preventiva potrebna pri boleznih obzobnih tkiv, ki so prisotne v visokem odstotku predvsem pri odraslem prebivalstvu. Začetne oblike lahko odpravimo z dobro ustno higieno, pri napredovali bolezni pa je nujna strokovna oskrba.

Pravočasno zdravljenje v zobni in čeljustni ortopediji se najlažje izvede v času izraščanja stalnih zob in s tem prepreči očitne neskladnosti položaja zob, čeljusti ali ugriza.

Pri rednih pregledih odkrijejo zobozdravniki v ustni votlini razne

patološke spremembe, vključno z raki. Iz navedenega sledi, da bi bilo poseganje oz. zmanjševanje te osnovne dejavnosti in preventive v zobozdravstvu nedopustno. Tega bi se morali zavedati tudi strokovnjaki in politiki, ki o spremembah v zdravstvu dokončno odločajo. V zvezi s tem ugotavljamo, da niti Ministrstvo za zdravje niti Nacionalni inštitut za javno zdravje nimata med svojimi sodelavci niti enega zobozdravnika (čeprav so jih po vojni že imeli), kar je nenavadno tudi v primerjavi z našimi sosednjimi državami.

Ponekod je motena tudi organizacija dela v zobozdravniških ordinacijah, predvsem v tistih zdravstvenih domovih, katere je zapustil pretežni del zdravnikov, zobozdravnikov in zobnih tehnikov. Upokojenec s prelomljeno zobno protezo bi moral dobiti hitro in brezplačno pomoč v zdravstvenem domu (ki ga je gradil s samopriskom) in ne, da tava naokrog in sprašuje, koliko bo stala ta (sicer enostavna in cenena) storitev.



Povprečno število prizadetih zob 12-letnikov v Sloveniji 1987–2013. Vrbič, 2013

Čudno, da se v poplavi zahtev po referendumih ne odločimo za referendum o zdravstvu, kjer bi se prebivalci izrazili o tem, kakšno zdravstvo si želijo in kaj bi bili za to pripravljeni dati oz. žrtvovati. Udeležba na referendumu bi bila verjetno zelo visoka.





# pond

PREPOZNAVA IN  
OBRAVNAVA ŽRTEV  
NASILJA V DRUŽINI  
V OKVIRU ZDRAVSTVENE  
DEJAVNOSTI



## 18.–19. septembra 2015 **IZOBRAŽEVANJA S PODROČJA PREPOZNAVE IN OBRAVNAVE ŽRTEV NASILJA V DRUŽINI**

V okviru projekta POND organiziramo 2-dnevna izobraževanja, ki bodo potekala od septembra 2015 dalje. Namen izobraževanj je zdravstveno osebje opremiti z znanjem in komunikacijskimi veščinami za izboljšanje prepoznavanja in obravnavanja žrtev nasilja v družini v sklopu zdravstvene dejavnosti.

Predpis Ministrstva za zdravje namreč določa, da se morajo zdravstveni delavci vsakih pet let udeležiti izobraževanja o nasilju v družini, v obsegu najmanj 5 ur.

**Pridobitev kreditnih točk je v postopku. Kotizacije ni.**

### **POUDARKI IZ VSEBINE:**

- osnovne značilnosti, oblike in dinamika nasilja v družini
- klinični in drugi znaki za boljše prepoznavanje žrtev nasilja v družini
- teoretične smernice ter praktični prikaz ustrezne komunikacije z žrtvami nasilja v družini
- primeri dobrih kliničnih in mednarodnih praks s področja prepoznave in obravnave žrtev nasilja v družini
- izkušnje ter pričakovanja žrtev pri obravnavi v zdravstvenem sistemu
- koraki medinstitucionalnega sodelovanja pri prepoznavi in obravnavi žrtev nasilja v družini
- protokoli obravnave otrok in odraslih žrtev nasilja v družini v sklopu zdravstvene dejavnosti

Vsebine interdisciplinarnega izobraževanja so usklajene s Strokovnimi smernicami za obravnavo nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti Ministrstva za zdravje Republike Slovenije.

Udeleženci izobraževanja prejmejo izobraževalno gradivo v obliki priročnika, namiznega seznama korakov za ukrepanje ter QR-kod za hiter dostop do izobraževalnih vsebin.

Več informacij in prijave na:

[www.prepoznajnasilje.si](http://www.prepoznajnasilje.si)

Prvo izobraževanje o Prepoznavi in obravnavi žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti bo

**18.–19. septembra 2015**

# Domus Medica za vas!

Domus Medica je bil ustvarjen kot osrednja hiša slovenskega zdravništva. Velika Modra dvorana, številne sejne sobe in klubski prostori so bili zgrajeni z namenom srečevanj, stanovskega druženja, odprtega dialoga, organiziranih strokovnih predavanj med zdravniki in zobozdravniki.

Z veseljem vas obveščamo, da smo predstavitev Domus Medica pripravili tudi na internetni strani: <http://www.domusmedica.si/>.

Vabimo vas, da si spletno stran ogledate in v prihodnosti svoje srečanje organizirate v prostorih **Domus Medica!**

Za več informacij o Medicinskem izobraževalnem centru pišite Mojci Vrečar ([mojca.vrecar@zzs-mcs.si](mailto:mojca.vrecar@zzs-mcs.si)) ali pokličite 01 307 21 91.

