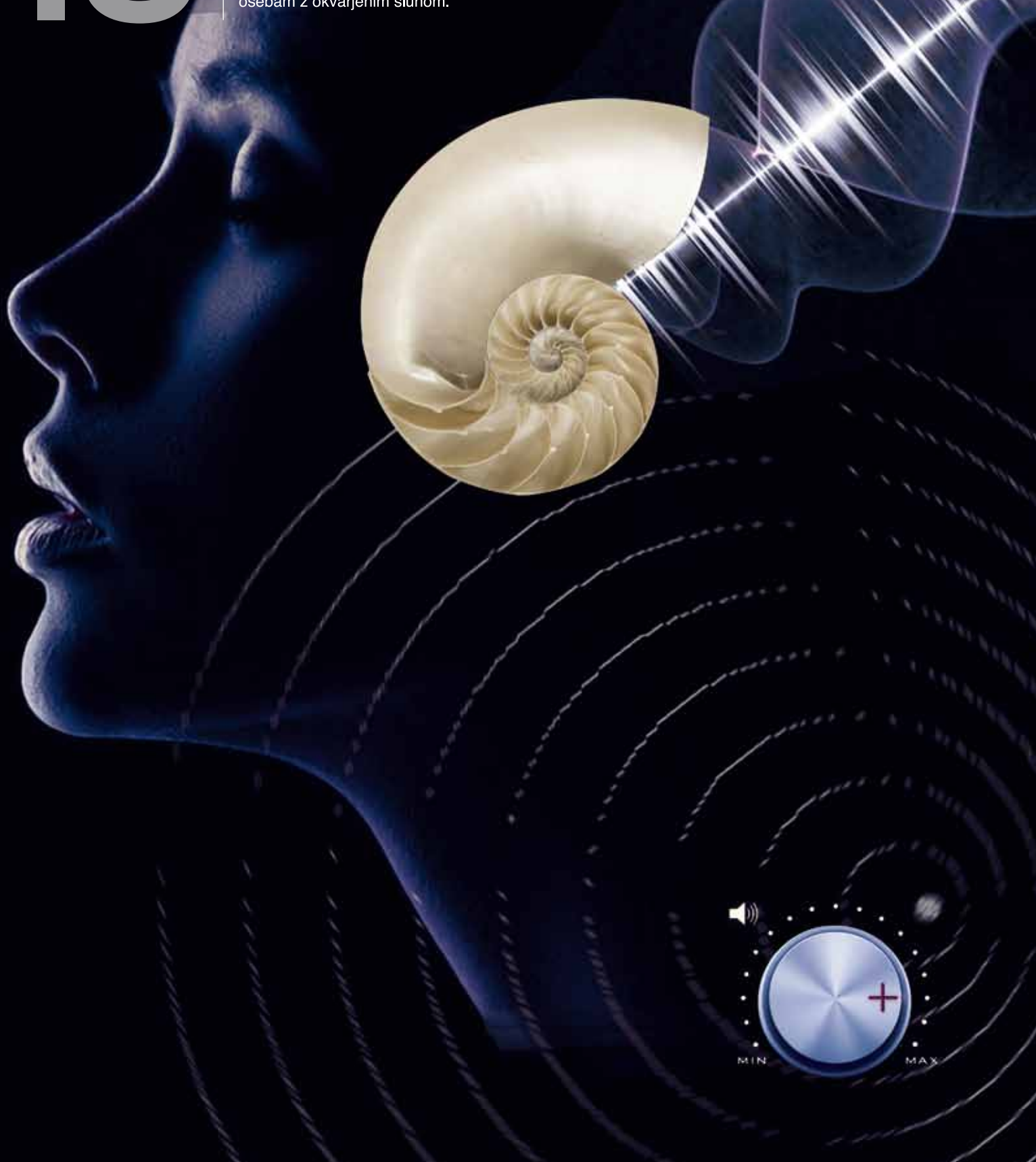


IS IS

**Glasilo Zdravniške
zbornice Slovenije**
Avgust/september 2015
Številka 8-9

Otorinolaringologija in nobelovci

Z odkritjem pomembne funkcije ušesnega polža pri sluhu je dr. Georg von Bekesy omogočil silen napredek avdiologije in s tem razvoj različnih tehničnih pripomočkov za pomoč osebam z okvarjenim sluhom.





O opicah in zmagovalcih

Prof. dr. Alojz Ihan, dr. med., ZZS

Vesel sem, da kot urednik zbornice revije poleg prispevkov za objavo pogosto dobivam tudi kolegialne, dobronamerne predloge o urejevanju revije. V zadnjem mesecu me je na primer kolega psihiater tehtno opozoril, da zdravnik v publicističnih prispevkih ne bi smel na daljavo objavljati mnenj o diagnozah drugih ljudi, sploh če gre za psihopatološke oznake. Zdravniška diploma ima svojo težo in kadar določeno besedo zapiše zdravnik, tudi njegovo metaforično mišljeno oznako bralec dojame kot preverjeno diagnozo. Ki je, kot vsi vemo, ni mogoče postavljati na daljavo, na podlagi medijskih objav in

podob. Zdravnik mora zato bistveno bolj zadržano kot nezdravnik uporabljati psihodiagnostične oznake za svoje kolege in sploh za kogarkoli – ker je pač zdravnik.

Kolega pri tem ni mislil le odzivov na primer Radan, saj je psihiatrizacija pogost način intelektualistično prikritega nasilja v javni govorici. Marsikdo svoje agresivnosti ne želi odkrito kazati, da ne bi izpadel grobijan, zato namesto razvpitega pleskanja ljudi z različnimi političnimi pigmenti raje napade na fin način, z zaskrbljeno in celo sočutno podtaknjeno diagnozo. In z računico, da bo družbena stigma opravila preostali del posla. Ko sem prelistal zadnjih nekaj števil revije Isis, sem moral dati kolegu psihiatru kar prav.

Drug obsežen komentar pa sem dobil od kolega, ki je izrazil razočaranje nad bledimi odzivi na nekatere članke v naši reviji, čeprav bi po njegovem njihova vsebina morala dvigniti na noge zdravnike in tudi širšo družbo. Kolega je napisal: »Pred leti je bil v Izidi objavljen pogovor z našim rojakom, ki dela nekje na ameriškem srednjem ruralnem zahodu kot medical assistant (dalje MA). Dobro je predstavil svojo izobrazbeno pot, ki je trajala tri leta in je bila usmerjena v praktične vidike terenske medicine. V spominu mi je tudi ostalo, da je naš rojak omenil velik delež MA, ki so prvi kontakt pacienta in tamkajšnje medicine.

Moram priznati, da sem bil presenečen, da tisti pogovor ni v našem zborničnem glasilu sprožil niti črke mnenja, polemike, razmisleka ali kritike. Namreč, naivno sem mislil, da bo članek sprožil razpravo o tem, kaj je čisto zdravniško delo in kaj je (po moje preobsežen) nabor del, opravil, dolžnosti, zadolžitev in odgovornosti, ki jih imamo praktični zdravniki na grbi. Res je, da je kasneje sledil pojav

referenčnih ambulant, vendar smo slišali jasen NE negovalne stroke glede ideje »prenosa kompetenc«. Pa vendar, kaj mi pri rutinski operaciji res mora asistirati formiran kirurg? Mora biti v reševalnem vozilu zdravnik za tisti ozek nabor urgentnih stanj, za katera je mogoče postopke brezhibno natrenirati tudi nezdravniku? Je kolonoskopija res visok diferencialnodiagnostični postopek ali gre za postopek, ki mora biti izpeljan nežno, v celoti in mora odgovoriti le na nekaj preprostih standardiziranih vprašanj? Ali ob danem BDP na prebivalca res potrebujemo zdravstvo najbogatejših? Kaj ni na vsakem področju medicine precej takega, kar je utečeno, enostavnejše in brez diferencialnodiagnostičnih pasti?

Podobno sem v aprilski Izidi opazil izjemno poveden odstavek prof. Kluna in bil presenečen, da je v naslednjih mesecih šel neopazno mimo zdravniške in siceršnje javnosti. Da ponovim: »Pred desetletji in več nismo ničesar vedeli o paliativni oskrbi in še manj o evtanaziji, le rustikalno smo pritiskali morfin in kalij, tako kot danes, ne da bi se kdo pretirano razburjal.« A ne v majski, ne v junijski Izidi ni besede na ta račun. Tako mi ne ostane drugega, kot da vnovič skomignem z rameni in se mi prikažejo v mislih tri opice, ki ne vidijo, ne slišijo in ne govorijo!«

Tudi temu obsežnemu mnenju kolega sem moral dati vsaj delno prav – za razliko od preteklih časov cenzur in avtocenzur, je danes ubesedena in zapisana velika večina tega, kar bi morali medsebojno razrešiti, da bi delali in živeli bolje in uspešneje. Večina kolegov zna tudi zelo jasno naštetiti in tudi javno zapisati vsaj nekaj bistvenih organizacijskih sprememb sedanjih bolnišnic in zdravstvenih domov, ki bi zdravnika iz defenzivne vloge nameščenca in uradnika aktivirale v ustvarjalnega inovatorja in zagnanega izvajalca



vedno več in bolj kakovostnih storitev za svoje bolnike. Vsi pa tudi dovolj potujemo po svetu in vemo, da bolnišnice, ki s svojimi pravili uveljavijo motiviranost in ustvarjalnost vsakega za več in boljše, ne morejo biti grožnja zdravstvenemu sistemu in socialni državi, ampak ravno obratno. Grožnja je, če vsi skupaj nazadujemo. Zato tudi vsi tako nestrpnost čakamo, da zdravstvena politika vendarle omogoči institucionalne spremembe, ki bodo zdravnikom omogočile, da se ne bo treba več ukvarjati z razpravami, kakšen zdravstveni sistem želimo imeti, ampak se bo zdravnik ukvarjal zgolj s svojim delom – da bo čim boljši in čim bolj produktiven. Sistem pa mora poskrbeti, da se bo čim bolje in čim več sorazmerno spreminjalo tudi v zdravnikovo osebno korist – to je vsa modrost dobrih in učinkovitih organizacij in sistemov.

A ker že dolgo živimo v sistemu, kjer več in bolje nima sorazmerno ugodnih učinkov za zdravnika, so nastale tudi številne preživetvene strategije, ki so objektivno slabe za delovanje sistema kot celote. Ena najpogostejših se kaže tudi v medsebojni neodzivnosti, ki tako moti kolega, ko bere prispevke v naši reviji. Dejstvo je, da si zdravniki o marsičem ustvarimo zelo jasno osebno mnenje, a kljub temu se na zapise in mnenja svojih kolegov nismo vajeni odzivati, razen če nas zapisano mnenje neposredno prizadene. Takrat protestiramo, najraje s podpisom strokovnega združenja ali institucije.

Gre za sistem dogovorne, solidarne ignorance. V sistemu, ki ne nagrajuje ustvarjalnega izstopanja prek uradniško določenih okvirov, smo se naučili (pre)živeti v majhnem prostoru svojih strokovnih kompetenc in osebnih interesov, brez velikih in ekspanzivnih načrtov, ki izstopajočemu posamezniku zaradi institucionalnih pravil prinašajo zgolj težave. Skladno s preživetveno strategijo skrbi za lastni vrtiček smo se naučili pustiti kolege, da si vsak po svoje urejajo lastni vrtiček, kakor pač vedo in znajo. Preko svojega plota neradi

posežemo iz povsem logične in sebične računic – da tudi drugi kolegi ne bodo zmotili našega miru, kadar (in čeprav) bodo opazili, da delamo narobe. Vrtičkarstvo je sistem solidarne ignorance, ki pa ima negativne posledice tako na učinkovitost posameznikov kot celotnega sistema. In če sistem ne bo našel načina, da začne sorazmerno nagrajevati posameznikovo ustvarjalnost in produktivnost, bo propadel, podobno kot v okolju evropske konkurenčnosti propadajo mnogi drugi slovenski vrtičkarsko in uradniško zasnovani sistemi – od gospodarstva do železnic, od izobraževanja do znanosti in inovacij.

Na srečo pa se vsaj v Izidi pojavlja vedno več prispevkov, ki prebijajo meje zapovedanih zdravniških plotov in upravičeno zbudijo odzive – če že ne med zdravniki, pa v širši družbi. Pri tem ne gre le za uvodnike funkcionarjev ZZS, ki nosijo oznako »uradnih« stališč ZZS, ampak še bolj za avtentične zdravniške izkušnje, prek katerih tudi širša družba začenja razumevati probleme, ki ovirajo uspešno delo zdravnikov in hkrati ustvarjajo občutek nezadovoljstva zdravnikov s sedanjim zdravstvenim sistemom. Naj iz prejšnje številke revije Isis v dokaz omenim le članek »Je m'accuse« (ne opravičujem drugih) profesorja Gadžijeva, ki je v hipu postal medijska referenca pri presojanju zapletov na Onkološkem inštitutu. V tej številki pa v to kategorijo nedvomno spada zapis »Etične dileme ob odtegnitvi nesmiselnega intenzivnega zdravljenja« (prof. dr. Matjaž Zwitter). Če ne drugega, se je torej prostor za prikazovanje avtentičnih zdravniških izkušenj toliko odprl, da nas bodo vsaj odzivi drugih spodbudili, da se začnemo zdravniki odzivati tudi drug na drugega, čeprav se zaradi sistema solidarne, uradniške ignorance najraje ne bi. Šele ko človek premaga svoje meje in strahove, ima možnost ustvarjati in zmagovati.

Zato sem kolegu, ki ni bil zadovoljen z odzivanjem med zdravniki, navdušeno odpisal, da se sam morda niti ne zaveda, kako imeniten tekst je

napisal, in da njegovo mnenje z veseljem objavim v naslednji številki Izide. A je prej kot v uri prišel odgovor:

»Spoštovani kolega, za božjo voljo, nikakor! Da stresem eno tako puhlico: imam dva majhna otroka, pred sabo še nekaj let dela in si res ne želim kakšnega skalpela v hrbet ali da me ovije – razumeli boste pojem – bela megla, pa da mi po dolgem pisnem boju z jurišniki podalpskega zdravništva preostane le umik. In morebiti bi na koncu svoje poti, če bo takrat zapihal veter sprememb, le starčevsko nebogljeno potarnal »e pur si muove«. Nak, pokopališča so polna herojev, vemo pa, kateri v vojnah pridejo najbolje skozi. Kot sem vam pojasnil, strah me je javno zapisati, kar ste brali. Zato bi še manj hotel razmišljati na glas o načelu bonus/malus pri zbiranju denarja za zdravstvo. Tudi o mreži prevozov v zdravstvu ali pa o zdravilišcih ni nujno dobro javno udrihati. Pa o preoblikovanju bolniškega staleža. In, razumljivo, o hobotnicah nabav, smislu dveh medicinskih fakultet, dveh kliničnih centrov, neznosno lahki dostopnosti primarne službe, koliko »za bogá« ponikne od 3,6 mrd. EUR. In še toliko drugega; kaj bi našteval, saj dobro veste. Zato hvala za ponudbo. In vem, kaj si zdaj mislite o meni, in imate prav. Opica pač! Želim vam prijeten konec tedna.«

Šele ko človek premaga svoje meje in strahove, ima pravico zmagovati.



Uvodnik

- 3 O opicah in zmagovalcih
Alojz Ihan

K naslovnici revije

- 8 Razvoj otorinolaringologije
Zvonka Zupanič Slavec

Zbornica

- 12 76. redna seja Skupščine
Zdravniške zbornice Slovenije
Polona Lečnik Wallas

- 14 Iz dela zbornice

Aktualno

- 18 Mnenje o reorganizaciji
predbolnišnične nujne
medicinske pomoči
Dejan Kupnik

- 20 Nasilje v družini – družbena
in individualna odgovornost
Ružica Petrovič

- 23 Končali smo 32. tekmovanje
za čiste zobe ob zdravi
prehrani med slovenskimi
osnovnošolci
Matej Leskošek

- 24 Izziv multimorbidnosti
Branko Gabrovec

- 26 Psihoedukativne delavnice
»Podpora pri spoprijemanju
z depresijo«
*Alenka Tančič Grum,
Mark Bračič, Saška Roškar,
Miša Bakan, Nataša Sedlar*

- 27 Ko zdravniki obmolknejo
Dejan Verčič

- 30 Nepal – med strahom in srečo
Vlasta Kunaver

Iz Evrope

- 34 Zakon (KA-AZT,
Krankenanstaltenärztegesetz)
in plače: le delno rešitve

- 34 CIRS
medical

- 35 Kalifornija: Obvezno cepljenje
za šolarje?

- 35 Previdnostni ukrepi proti
H2N2

- 35 Grčija:
odhaja vse več zdravnikov

Mladi zdravniki

- 36 Delavnice mladih zdravnikov
družinske medicine na
četrti konferenci Združenja
zdravnikov družinske
medicine jugovzhodne Evrope
Klemen Pašić

Forum

- 38 Ali res umre v Sloveniji vsako
leto 1000 bolnikov zaradi
zdravniških napak?
Andrej Robida

- 42 Intervjuju doc. dr. Matjaža
Fležarja na rob
Rajko Kenda

- 42 Reforma zdravstva ali
životarjenje
Marjan Fortuna

- 44 Etične dileme ob odtegnitvi
nesmiselnega intenzivnega
zdravljenja
Matjaž Zwitter

- 45 Razmišljanja ob rob
nerazpravam o evtanaziji
Anica Mikuš Kos

- 46 Pogled z druge strani
Barbara Podnar

- 47 Poletna refleksija
Nina Mazi

Medicina

- 50 Slovenci in alkohol
*Barbara Lovrečič,
Mercedes Lovrečič*

Poročila s strokovnih srečanj

- 54 Digestive Disease Week 2015
Davorin Dajčman

- 56 16. evropski ortopedski
kongres EFORT v Pragi
Vesna Levašič, Rihard Trebše

- 58 Mafija prihaja v
zobozdravstvo?
Lahko pa je že tu!
Matjaž Rode, Gordan Čok

Strokovne publikacije

- 59 K prvemu slovenskemu
prevodu Medicinskega
etičnega priročnika
Ivan Krajnc

- 61 Nosečnost in vodenje poroda
Marko Lavrič

Strokovna srečanja

- 62 Zbornična izobraževanja za
zdravnike in zobozdravnike

- 65 Strokovna srečanja

- 75 Mali oglasi

V spomin

- 76 V spomin prim. Ani Kraker
Starman, dr. med.
*Irena Grmek Košnik,
Marija Magajne*

- 77 Prim. Jurij Simoniti, dr. med.
(1931–2015)
Janez Lavre

S knjižne police

- 80 Podarimo si *Odrpto srce*
in *Darove minevanja*
Zdenka Čebašek Travnik

- 81 Vladimir Vertlib: Mein erster
Mörder. Lebensgeschichten
Marjan Kordaš

- 83 Spolno življenje pri Slovencih
med leti 1900 in 1960
Žan Vrhunc

Zanimivo

- 85** »Ko mrtvi žive uče – Cum mortui vivos docent«
Jana Furlan Hrabar

Zdravniki v prostem času

- 89** Predavanje profesorja Pavla Kornhauserja v Domus Medica
Jasna Čuk Rupnik
- 90** Evropski zdravniški orkester gostoval v Sloveniji
Ksenija Slavec, Katarina Javornik
- 93** Bili smo v Rimskih Toplicah
Elko Borko, Aleksander Kruščič
- 95** Državno prvenstvo zdravnikov in zobozdravnikov v golfu
Sabina Markoli

Sisi

- 96** Gospod Novak!
Sanja Lucija Pečnik

Zavodnik

- 97** Čas kislih kumaric
Jana Govc Eržen

Kolofon

Leto XXIV, št. 8–9, 1. avgust 2015
Natisnjeno 9750 izvodov
Datum tiska: dan pred izidom
UDK 61(497.12) (060.55)
UDK 06.055:61(497.12)
ISSN 1318-0193 CODEN: ISISF9

IZDAJATELJ IN ZALOŽNIK

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

PRESEDNIK

Prim. Andrej Možina, dr. med.

UREDNIŠTVO

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

ODGOVORNI IN GLAVNI UREDNIK

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

UREDNIŠKI ODBOR IN NOVINARJI

Prim. asist. mag. Martin Bigec, dr. med.
Izr. prof. dr. Vojko Flis, dr. med.
Prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med.
Prim. asist. Jana Govc Eržen, dr. med.
Prof. dr. Boris Klun, dr. med., v. svet.
Akad. prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med.
Prof. dr. Anton Meseč, dr. med., 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

OBLIKOVANJE

Agencija Iz principa

RAČUNALNIŠKA POSTAVITEV IN PRIPRAVA ZA TISK – DTP

Stanislav Oražem

TRŽENJE

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

TISK

Tiskarna Povše

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

Lastnik blagovne znamke:

Zdravniška zbornica Slovenije
Dunajska cesta 162
1000 Ljubljana

Navodila avtorjem

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

Poročila s strokovnih srečanj

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

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

Napoved strokovnega srečanja

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

Izjava uredništva

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

Letna naročnina

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

Naslednja številka revije Isis bo izšla 1. oktobra.

Razvoj otorino- laringologije

*Prispevek nobelovcev k zdravljenju
otoloških bolnikov*

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

Gluhost in gluhonemost sta od nekdaj predstavljali eno najhujših invalidnosti. Nič čudnega torej, da so se zdravniki skozi čas trudili razvozlati skrivnosti sluha in možnosti njegove povrnitve. Kompleksnost razumevanja sluha je integrirana v številnih spoznanjih temeljnih naravoslovnih ved, anatomije, fiziologije in patologije, pa tudi akustike. Zahtevnost raziskovanega področja se je vse do 20. stoletja izmikala ključnim spoznanjem. Šele pred stoletjem, natančneje leta 1914, je za razvoj otorinolaringologije dobil Nobelovo nagrado otolog, Dunajčan dr. Robert Bárány (1876–1936), ki se je ukvarjal z zgradbo in delovanjem vestibularnega aparata. Pol stoletja za njim, leta 1961 je naslednjo prejel dr. Georg von Békésy (1899–1972), ki je odkril fizikalne mehanizme kohlearne stimulacije. Razumevanje teh procesov je omogočilo silen napredek avdiologije, ki jo v tem prispevku izpostavljam.

In kako je s sluhom? Sluh je sposobnost ušesa, da iz množice zvočnih valov v okolju sliši le nekatere. Je človekovo najobčutljivejše čutilo, saj lahko zazna zvok z energijo, ki je le desetkrat večja od termičnega gibanja molekul vodika. Pri tem obstaja izredna selektivnost, da izmed velikega števila različnih zvokov usmerimo pozornost le na najpomembnejše. Parni organ omogoča binauralni sluh ali stereofonijo in pomaga pri boljši orientaciji v prostoru. Sluh je vedno aktiven, tudi v spanju. Vse to je rezultat po eni strani izrednega pomena sluha, po drugi strani pa njegove dolge evolucije.



Znanje o **delovanju polžka** in **osrednjih slušnih poti** je vplivalo na izboljšave v preiskovalnih metodah sluha, ki lahko natančneje opredelijo mesto okvare v slušni poti. **Ušesna bolečina** je tista, ki je skozi zgodovino terjala ukrepanje zdravnikov, vendar ti dolgo niso imeli učinkovitih pripomočkov. **Vnetja srednjega ušesa** (*otitis media*) so do **odkritja antibiotikov** lahko zdravili le operativno, z njihovim odkritjem pa je postalo zdravljenje medikamentno. Tudi operacij ni bilo lahko izvajati zaradi majhnosti in globine operativnega polja. Sprva so pri operacijah srednjega ušesa uporabljali kladivo, dleta in lupe, z razvojem zobozdravstva in vrtnih svetrov ter razvojem **operativnega mikroskopa** sredi petdesetih let 20. stoletja pa je postala kirurgija senčnice s koščicami srednjega ušesa in obraznim živcem možna in uspešna. Velik problem so ostajala **vnetja notranjega ušesa** (*otitis interna, labirintitis*), še posebej pri hujših boleznih, kot je npr. meningitis, saj se tovrstna obolenja še danes lahko končajo s smrtnim izidom. **Sodobno otologijo** od preteklih časov loči **razvoj vgradnih slušnih aparatov**, ki dobesedno nadomestijo nedelujoči ali slabo delujoči del slušne poti.

Kirurški posegi v uho po uvedbi operacijskega mikroskopa so razvili postopke, ki služijo ne le zdravljenju vnetnih procesov, temveč tudi izboljšujejo sluh. **Razvoj avdiologije** je postregel z različnimi **tehničnimi pripomočki** za pomoč osebam s trajno okvarjenim sluhom. **Slušni aparati** prilagodijo zvok okvarjenemu sluhu in omogočajo naglušnim, da slišijo tudi tihe zvoke. V zadnjih desetletjih se je njihova tehnologija razvila do te mere, da jih lahko uporabljajo tudi dojenčki. Če polžek v notranjem ušesu ne deluje in ni koristi od slušnega aparata, lahko **neposredno stimuliramo slušni živec** z električnim tokom, kar je princip delovanja **polževga vsadka** (**kohlearnega implanta**). Njegova kirurška vstavev gluhim je

postala vsakdanji način rehabilitacije od rojstva gluhih otrok oz. kasneje oglušelih. Polžev vsadek spreminja zvoke okolja v električne impulze, ki neposredno dražijo slušni živec, centralno živčevje pa jih zazna kot zvok. Sestavljata ga zunanji in notranji del: prvi je pritrjen za uhljem, drugega kirurško vstavijo v senčnično kost. Polževi vsadki so se tekom štiridesetletnega razvoja izpopolnili in v sodobnem času omogočajo ne le **zaznavanje zvoka**, ampak tudi **razločevanje govora**. Določitev oseb, primernih za **rehabilitacijo s polževim vsadkom**, temelji na rezultatih vrste preiskav: genetskih, avdioloških, rentgenskih in nevrofizioloških, ki morajo pokazati hudo obojestransko okvaro sluha. Bolnik mora imeti ohranjeno nitje slušnega živca in osrednjih slušnih poti. Z ozirom na to, da je notranje uho ob rojstvu že dokončno razvito, navadno ni težav z **vstavitvijo elektrode v polžka** že pri zelo majhnih gluhih otrocih. Slednje je odločilno za razvoj sluha in s tem govora, jezika in kognitivnih funkcij.

Otorinolaringologija na Slovenskem do leta 1919

Prvi, ki se je na Slovenskem specializirano ukvarjal z **otologijo**, je bil dr. **Emil Bock** (1857–1916), okulist, ki je leta **1887** v Ljubljani odprl zasebno prakso. Znanje otologije je osvojil pri dunajskem otologu slovenskega rodu z gradu Turn pri Preddvoru **Viktorju Urbantschitsu** (1847–1921), tako da je poleg očesnih zdravil tudi ušesne bolnike; v Bockovem poročilu za leto 1887–1888 je navedeno, da je zdravil 375 bolnikov in bolnic z boleznimi ušes, ki so najpogosteje prihajali zaradi akutnega ali kroničnega otitisa, tujkov in ušesnega masla v sluhovodu. V poročilu popisuje tudi potek bolezni in posege pri nekaterih ušesnih bolnikih, opisuje incizijo furunkla, ekscizijo preavrularne fistule, paracentezo bobniča, kateterizacijo

ušesne troblje, ablacijo polipov pri kroničnem rinitisu ter trepanacijo in kiretažo mastoida pri mastoiditisu.

Konec 19. stoletja je v Ljubljani deloval še dr. **Leo Mager**, in sicer na Kirurškem oddelku Deželne bolnice kot specialist za ušesne bolezni. Leta 1902 pa je dr. **Demeter Bleiweis vitez Trsteniški** (1871–1928), internist, ki je na Dunaju dodatno specializiral laringologijo in je **eden prvih specialistov** za boleznih grla in vratu na Slovenskem, v Ljubljani odprl specialistično ordinacijo za notranje bolezni ter bolezni nosu in vratu. Z rinologijo in laringologijo se je intenzivno ukvarjal do leta 1910, kasneje pa vse manj.

V Sloveniji imamo šest **otorinolaringoloških bolnišničnih oddelkov**, in sicer v Mariboru, Celju, Kopru, Murski Soboti, Novem mestu in Novi Gorici. V **Mariboru** je bil oddelek ustanovljen leta **1919** in je leta 1943 postal samostojen. V **Celju** je bila prva ambulanta odprta leta 1927, otorinolaringološko-okulistični oddelek v Gizelini bolnišnici leta **1936**, samostojen oddelek pa leta 1953. V **Piranu** je bil v okviru koprške bolnišnice ustanovljen otorinolaringološki oddelek leta **1955**, od leta 1988 pa je oddelek v izolski bolnišnici. V **Murski Soboti** je bil oddelek ustanovljen leta **1963**, od leta 1989 pa je v prostorih v Rakičanu. V **Novem mestu** je oddelek od leta **1967**, v **Novi Gorici** pa od leta **1956** v prostorih nekdanje bolnišnice za kostno tuberkulozo v Šempetru, a se je leta 1975 preselil v šempetrsko bolnišnico. Njihova širša predstavitev presega koncept tega zapisa.

Poleg bolnišničnih oddelkov so v Sloveniji še specialistične ORL-ambulante, ki delujejo v okviru zdravstvenih domov ali zasebno. Prva zasebna otorinolaringološka ambulanta je bila odprta leta 1992 v Ljubljani. Leta **1950** je bila pri Slovenskem zdravniškem društvu ustanovljena **Otorinolaringološka sekcija**, ki se danes imenuje Združenje za otorinolaringologijo in šteje okoli **110 članov**.

Razvoj otorinolaringologije v ljubljski bolnišnici

S prihodom dr. **Josipa Pogačnika** (1878–1965) v Ljubljano novembra 1910 se začne otorinolaringologija na Slovenskem konkretnije razvijati. Dr. Pogačnik je otorinolaringologijo specializiral v Gradcu pri profesorju Johannu Habermannu (1849–1935) in se izpopolnjeval na Dunaju, v Berlinu in v Parizu. Po prihodu v Ljubljano je začel opravljati otorinolaringološko službo na tedanjem Okrožnem uradu za zavarovanje delavcev. Leta 1912 pa je ponudil predstojniku I. kirurškega oddelka Deželne civilne bolnice prim. dr. Francu Dergancu st. (1877–1939), da bi zdravil na kirurškem oddelku bolnike z boleznimi ušes, nosu in grla. Dne 1. februarja **1912** je tam začel delati kot **otorinolaringolog**. Imel je štiri bolniške postelje za moške, štiri za ženske in štiri za otroške bolnike. Do leta 1919 je dr. Pogačnik sam opravljal vse otorinolaringološko delo na kirurškem oddelku.

Leta **1919** je bil v Ljubljani kot del Splošne bolnišnice ustanovljen **samostojni oddelek za otorinolaringologijo**, ki pa še ni imel lastnih prostorov. Ker je razpolagal s skromno opremo za zdravljenje svojih bolnikov, je dr. Pogačnik leta **1920** sam kupil **rentgenski aparat**. Šele leta **1927** je oddelek dobil **svoje prostore** v delu preurejene stavbe paviljona 3 ljubljanske deželne bolnišnice, vendar so bili tudi ti neprimerni za zdravljenje: ambulanta in operacijska dvorana sta si delili eno sobo, stalno je primanjkovalo bolniških postelj, higienski pogoji so bili povsem neustrezni. Prim. dr. Pogačnik je bil na oddelku edini zaposleni zdravnik; pomagali so mu zdravniki stažisti in sestre usmiljenke. Oddelek je imel skupaj **33 bolniških postelj** in košaric za majhne otroke, medtem ko je bilo v povprečju dnevno hospitaliziranih od **50 do 70 bolnikov**. Leta 1927 so na oddelek

sprejeli 509 bolnikov in imeli osem zaposlenih.

Popularnost stroke in oddelka je skozi leta rasla. Otorinolaringologija je bila še mlada stroka, ki se je počasi ločevala od splošne kirurgije in se vse bolj uveljavljala, kar se je kmalu pokazalo tudi kot potreba po večjem številu zdravnikov. Prim. Pogačniku se je leta **1929** na oddelku pridružil dr. **Janko Pompe** (1902–1989), kasneje pa še **pediatrinja** dr. **Božena Grosman** (1903–1987), vendar je zaradi stalne rasti števila bolnikov oddelek postal premajhen. Zato jim je pogosto pomagalo osebje s kirurškega oddelka. Oddelek je bil potreben tako kadrovske kot prostorske okrepitve. Leta **1936** so dobili še četrtega stalnega zdravnika, dr. **Pavla Kanca** (1876–1956), glede izboljšanja opreme, prostorov in posteljnih zmogljivosti pa so morali počakati na konec druge svetovne vojne.

Leta **1945** je otorinolaringološki oddelek postal **klinika**, okrepile pa so se tudi povezave med ljubljansko bolnišnico in bolnišnicama v Zagrebu in Beogradu, kar je omogočilo hitrejšo izmenjavo izkušenj in mnenj. Istega leta je bila ustanovljena tudi **Katedra za otorinolaringologijo** v okviru Medicinske fakultete v Ljubljani. Z upokojitvijo prim. dr. Pogačnika leta 1945 je vodenje oddelka prevzel dr. **Janko Pompe**, ki je postal tudi **prvi univerzitetni profesor otorinolaringologije** v Sloveniji in napisal prvi učbenik za študente »**Ušesne bolezni**« (1948). Po drugi svetovni vojni so na kliniki splošno otorinolaringologijo prakticali predvsem specialisti dr. Milan Varšek, dr. Milodar Kosin in dr. Jerko Oršič.

Takoj po vojni so se razmere za oddelek še poslabšale. Leta **1948** so, zaradi prisilnega odhoda negovalk sester usmiljenk, **izgubili večino negovalnega osebja** in obdržali le dve bolniški strežnici. So pa s tem pridobili prostore, kjer so do tedaj bivale usmiljenke, in nastal je t.i. oddelek »B«. Otroške sobe in ambulanto na oddelku »A« so tako prenesli v pritličje oddelka »B«. V tem času je

klinika pridobila še pritlično zgradbo t.i. zaporniškega paviljona. Leta 1950 so dobili prvo nadstropje in podstrešnico bivšega dečjega doma in leta 1952 so se otroške sobe z oddelka B preselile v prenovljene prostore. S tem je bil ustanovljen **otopediatrični odsek** – oddelek »C«, v katerem je poleg otologa delal tudi pediater. Dr. Božena Grosman je bila **prva pediatrinja**, ki je v kliničnih bolnišnicah delala izključno v drugi specialnosti. Ena izmed novih sob na oddelku je bila namenjena **korozijam požiralnika**. S preventivnimi in terapevtskimi ukrepi so jih skoraj odpravili. Otroški oddelek »C« je bil prvi oddelek te ustanove, ki je dobil videz dokaj sodobne bolnišnice.

Z odprtjem **Poliklinike** leta **1957** so tja **preselili celotno ambulantno dejavnost** klinike, tako da je delo tedaj potekalo na štirih različnih lokacijah.

Leta **1959** so (zaradi požara) prenovili prostore in jih modernizirali. Na bolniških oddelkih so dobili sanitarije, čajne kuhinje, najnujnejše prostore za osebje in dnevne prostore za bolnike. Zaradi nenehnega naraščanja obolevnosti zmogljivosti klinike niso več zadostovale potrebam. Leta **1962** so npr. sprejeli **5122 bolnikov**, klinika pa je imela **104 zaposlene**, od tega **devet otologov**, zdravnika **foniatra**, **pediatra** in dva **anesteziologa**. Otorinolaringologija se je torej razmahnila in odpirala nova področja dela. Ob predstojniku prof. Pompetu so bili tedaj pomembni strokovnjaki operaterji predvsem prof. dr. Dušan Grom (usmerjen v otologijo), prof. dr. Dušan Vidmar (usmerjen v rinologijo) ter primarija Milorad Kosin in Jerko Oršič, ki sta operirala različno otorinolaringološko kazuistiko.

Obnovitvene operacije srednjega ušesa so bile v Sloveniji uvedene kmalu po uvedbi binokularnega operacijskega mikroskopa in uveljavitvi temeljnih kirurških načel po letu **1953**. Prav tako je **kirurgija otoskleroze** sledila vsem razvojnim stopnjam v svetu, vključno s stapede-

ktomijo, ki so jo pri nas pričeli opravljati v šestdesetih letih 20. stoletja. Tudi laringomikroskopija in **mikro-kirurške operacije grla** so bile na kliniki v Ljubljani uvedene istočasno kot v svetu, tj. leta **1963**. Sledil je razvoj **onkološke kirurgije grla**, predvsem ohranitvenih funkcionalnih operacij. Razvijala se je vsa klasična **rinologija**, prav tako **avdiologija** in **foniatrija**.

Prof. Kambič je deloval v času, ko je bila otorinolaringološka stroka še enovita, z izjemo **foniatrije**, ki se je oddvojila že za časa doc. dr. Zlate Hribar. Ona se je nato edina na kliniki ukvarjala samo s foniatrijo. Nato se je postopoma delo organiziralo po oddelkih po posameznih **dejavnostih: kirurgije glave in vratu, otokirurške dejavnosti, kirurgije nosu in obnosnih votlin, foniatrije**. Med **ambulantami** sta se razvili **avdiovestibuloška** in **foniatrična**. V tem času je postala **ljubljska ORL-klinika vodilna ustanova** za to področje v **Jugoslaviji**, ki je izobraževala mnoge zdravnike iz vse bivše skupne države. Med letoma 1974 in 1978 je prof. Kambič vodil tudi obnovo in posodobitev klinike, s katero je ta dobila tri nove operacijske dvorane in sobo za intenzivno nego. Vendar kljub prenovi novi prostori niso ustrezali povečanemu

obsegu dela in novim metodam dela, ki jih je zahtevala stroka. Sredi osemdesetih let 20. stoletja je bilo delo Univerzitetne klinike za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo organizirano na naslednje dejavnosti: otološko, travmatološko s plastično kirurgijo, kancerološko, foniatrično z logopedijo, avdiovestibuloško, otroško otorinolaringologijo in alergološko s pediatrijo. Vse dejavnosti so opravljali ambulantno in bolnišnično na oddelkih stacionarija in v specialističnih ambulantah.

Na področju **otologije** v Ljubljani od leta **1996** vstavljajo **polževe vsadke** (kohlearne implante), tudi vgrajene slušne pripomočke, kot je kostno usidrani slušni pripomoček (t.i. **BAHA – bone anchored hearing aid**) in vibracijski vsadek za srednje uho (VSB). Za njihovo uvedbo na ljubljansko ORL-kliniko je zaslužen prof. dr. Miha Žargi, ki je vodenje klinike prevzel za akad. Vinkom Kambičem. Prvi polžev vsadek odraslemu je vstavil prim. Janez Zupančič. Na pobudo avdiovestibuloškega centra ljubljanske ORL-klinike so leta **2002** pričeli v porodnišnicah izvajati **testiranje sluha novorojenčkov**. S tem so zagotovili hitro rehabilitacijo in vsajanje polževih vsadkov pri gluhih. Presejanje okvare sluha so začeli v vseh slovenskih porodnišnicah leta 2005 s tesnim sodelovanjem z avdiovestibuloškim centrom na kliniki. Diagnostiko okvare sluha opravijo v prvih mesecih življenja. Otroci postanejo kandidati za slušni aparat ali polžev vsadek. V **avdiološki ambulanti** se je v devetdesetih letih 20. stoletja uveljavila preiskava **otoakustične emisije**, v prvem desetletju 21. stoletja pa **meritve izvabljenih akustičnih potencialov z moduliranimi toni**. V zadnjem desetletju so začeli tudi z **videonistagmografijo** (VNG). Z multidisciplinarnim pristopom (sodelovanje s Filozofsko fakulteto UL) uvajajo novosti pri **govorni avdiometriji**. Rehabilitirajo tudi bolnike s **tinitusom** in **motnjami ravnotežja**.

Otološki del ORL-klinike so v Ljubljani skozi čas vodili: prof. dr. Dušan Grom, prim. Janez Zupančič, doc. dr. Anton Gros in doc. dr. Saba Battelino, **avdiovestibuloški** pa: prim. Smilja Černelč, prim. doc. dr. Jagoda Vatovec in doc. dr. Saba Battelino.

Zveza gluhih in naglušnih Slovenije

S svojimi številnimi društvi po vsej Sloveniji pomaga gluhih in naglušnim osebam pri združevanju, informiranju in uveljavljanju njihovih pravic, ki izhajajo iz zaznavnega primanjkljaja. Velik pomen ima zveza tudi pri socialnem druženju in izobraževanju tako na medicinskem kot tudi pravno-zakonskem področju. **Po** bolnišnični pomoči za bolnike z motnjami sluha skrbi tudi **Zveza društev gluhih in naglušnih Slovenije**, ki je osrednja invalidska organizacija, ki povezuje osebe s prizadetostjo sluha.

Sklep

Kot na vseh področjih človekovega življenja in dela, pa naj gre za kulturo, umetnost ali znanost z medicino, so izjemna spoznanja nobelovcev, ki so postala univerzalna, tudi na področju otologije pomembno vplivala na njen razvoj. Od začetnikov otorinolaringologije na Slovenskem so njihovi nasledniki zaradi pogostosti ušesnih bolezni velik del svojega časa, prizadevanj in znanja posvečali prav tem bolnikom. Spoznanja nobelovcev so preko mednarodnega izobraževanja in pretoka znanja prenesli tudi k nam in ustvarili vrhunske pogoje za preprečevanje, zdravljenje in rehabilitacijo bolnikov z boleznimi ušes in/ali s prizadetostjo sluha.

Za pomoč se zahvaljujem doc. dr. Sabi Battelino, doc. dr. Jagodi Vatovec in prof. dr. Dušanu Sketu.

Literatura je na voljo pri avtorici.



Pogled na sodobno otološko operacijo na ORL-kliniki v Ljubljani leta 2014, kjer v timu z ORL-specialistom (operira doc. dr. Saba Battelino) sodelujejo asistenta, instrumentarka in anesteziolog.

76. redna seja Skupščine Zdravniške zbornice Slovenije

Polona Lečnik Wallas, univ. dipl. soc., ZZS
polona.wallas@zzs-mcs.si

V ponedeljek, 15. junija 2015, je potekala 76. redna seja Skupščine Zdravniške zbornice Slovenije.

Po pozdravnih nagovorih so poslanci sprejeli novega člana volilne komisije iz vrst zobozdravnikov: Natašo Rozman, dr. dent. med. Poslanci so se seznanili s poročilom o aktivnostih ZZS v času od zadnje seje skupščine. Prim. Andrej Možina, dr. med., je povedal, da je bilo v tem času opravljenega ogromno dela v različnih skupinah, v sklopu Ministrstva za zdravje poteka prenova zdravstvenega sistema, kjer ZZS sodeluje s svojimi člani. Precej dela je bilo v okviru simpozija Zdrav življenjski slog. Organiziranih je bilo več javnih konferenc, pod okriljem Znanstvenoraziskovalnega centra SAZU teče projekt Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini.

Vsebina specializacije iz otroške kirurgije

Diana Gvardijančič, dr. med., je pojasnila, zakaj je prava pot naprej priznanje vsebine specializacije iz otroške kirurgije. Povedala je, da je specializacija predvidena predvsem za tiste, ki bodo delali z otroki v terciarnih centrih, kjer se skrbi za tisti del patologije, ki v sekundarnih centrih ni prisoten. Tujina je podprla uvedbo specializacije v Sloveniji in sodelovanje ter pomoč pri izobraževanju slovenskih specializantov tudi v tujini. Tako bi bilo omogočeno tudi evropsko sodelovanje pri raziskovalnem delu. Vsebino specializacije je pripravila Sekcija otroške kirurgije pri SZD. Predlog je bil predstavljen vsem kirurškim in tudi sorodnim strokam v Sloveniji, ki so ga potrdile. Potrdil ga je tudi Glavni strokovni svet SZD. Po razpravi je Skupščina Zdravniške zbornice Slovenije sprejela predlog nove vsebine specializacije iz otroške kirurgije.

Kodeks medicinske deontologije

Prof. dr. Matjaž Zwitter, dr. med., je predstavil skupino za prenovu Kodeksa medicinske

deontologije. Skupina je soglasna, da se ime spremeni v Kodeks zdravniške etike, saj zdravniški zavezuje le zdravnike; ostali poklici v zdravstvu imajo namreč že svoje kodekse. Prikazal je posamezna poglavja osnutka. Kodeks je skoraj za polovico krajši in prilagojen sedanjemu času. Sprejet je bil dogovor, da se pripravljene dokumente posreduje vsem poslancem ZZS in vsem zdravniškim organizacijam s priporočilom, da se opravi temeljita razprava o vsebini pripravljene dokumenta. Razprava bi potekala do konca septembra. V oktobru bi pripravili popoldansko skupščino, ki bi bila namenjena samo obravnavi Kodeksa zdravniške etike.

Poročilo o delu nadzornega odbora

Jožef Magdič, dr. med., predsednik nadzornega odbora, je podal poročilo ter povedal, da ZZS posluje pozitivno s presežki prihodkov nad odhodki. Poudaril je, da je presežek sredstev rezultat odplačila večjega kredita za Domus Medica ter znižanja plač funkcionarjev, sejnin, honorarjev. Glavni vir dohodka je še vedno članarina. Zbornica iz javnih pooblastil prejme manj sredstev, kot jih za to porabi. Predlagal je, da razprava pri kasnejših točkah poteka v smislu dolgoročnega investiranja teh sredstev, članarina pa se lahko zniža le na simbolni ravni, če se želi ohraniti raven delovanja in poslovanja zbornice. Poslanci so se seznanili s poročilom nadzornega odbora.

Možnosti investicij zbranih presežkov prihodkov nad odhodki

Prim. Andrej Možina, dr. med., je povedal, da zbornica posluje dobro, kar je rezultat odplačane kredita in vodenja konservativne politike poslovanja. Že dalj časa se ob načrtovanih viških razmišlja o določenih aktivnostih v smislu organizacij brezplačnih seminarjev, sofinanciranja dela strokovnih svetov oz. RSK, o projektih

nalogah, kot so prenova kodeksa, mreža sekundarne in terciarne dejavnosti ter projekt kakovosti v zdravstvu. Možnost so tudi investicije, kot je nakup parkirnih mest, ki ga je izvršilni odbor sicer umaknil iz nadaljnjih razprav. Ideja je tudi prenova oz. vzpostavitev nove seminarske dvorane za 60 do 80 oseb. Izpostavil je projekt Domus Medica v regijah in omenil sklep glede zagotovitve prostorov mariborskega regijskega odbora, ki ni bil uresničen. Možna investicija bi bil tudi dom starejših zdravnikov, možno pa je tudi znižanje članarine. O tem naj odločijo poslanci. Po obsežni razpravi glede možnosti investicij zbranih presežkov so poslanci sprejeli sklep, da bo Skupščina Zdravniške zbornice Slovenije o članarini in višini članarine glasovala na svoji naslednji seji. Prav tako so sprejeli sklep, da izvršilni odbor in strokovne službe za naslednjo jesensko sejo skupščine pripravijo finančno ovrednotene predloge možnih investicij. Predlog bo predstavljen skupščinskemu svetu in skupščini.

Statut Zdravniške zbornice Slovenije

Prim. Andrej Možina, dr. med., je povedal, da je ena od nalog zbornice tudi posodobitev aktov. Občutljiva tema so volitve, posredne ali neposredne, saj ima zbornica težave pri zagotovitvi kvoruma. Obstaja množica drobnih problemov, ki se nanašajo na konflikte interesov. Brane Dobnikar, univ. dipl. prav., je pojasnil, da je bil sedanji statut sprejet pred osmimi leti, akt ima tudi nekaj pomanjkljivosti in nesorazmerij s poslovníkom, zato bi bilo smiselno spreminjati oba akta hkrati. Cilj sprememb je povečanje učinkovitosti dela zbornice. Eno od vprašanj je nivojsko odločanje (skupine, komisije, odbori), ki je z vidika učinkovitega poslovanja predolgo. Število nivojev bi želeli zmanjšati na ne več kot dva- ali trislovenjsko odločanje. Natančneje je treba opredeliti konflikt interesov ter obravnavo pritožb pacientov. Izposta-

vil je željo zobozdravnikov v zvezi s samostojno zbornico ter možnost podaje predlogov. Po razpravi je prim. asist. mag. Jernej Završnik predlagal, da se tokratna razprava o tezah osnutka statuta predstavi po regijah ter da se do jesenske seje skupščine pripravijo pisni predlogi. Predlog je bil sprejet, ni pa se o njem glasovalo.

Poročilo o poteku specializacij, ki vključujejo izobraževanja, ki se ne financirajo iz letnega načrta

Asist. dr. Anže Kristan, dr. med., predsednik Komisije za podiplomsko usposabljanje, je povedal, da je bilo ob analizi ugotovljeno, da specializacij, ki vključujejo izobraževanja, ki se ne financirajo iz letnega načrta, trenutno ni. V zadnjem sprejetem letnem načrtu iz leta 2012 jasno piše, da se za plačilo tečajev in seminarjev v Sloveniji ali tujini, za stroške prevoza in bivanja ter za nakup strokovne literature nameni 449,09 EUR. Obvezni tečaji med specializacijo se financirajo iz sredstev, ki so v času trajanja specializacije namenjena za plačilo neposrednega mentorja. Dodatna sredstva se namenijo za tečaje iz transfuzijske medicine, za podiplomski tečaj specializantov pediatrije ter za obvezni tečaj iz urgentne medicine. Po izvedeni anketi ima le 9 od 44 specializacij v svojih programih obvezne tečaje, ki niso izključno namensko financirani. Pri 12 pa iz programa to ni bilo razvidno in koordinator ni podal odgovora. Mnenje sveta za izobraževanje je, da če je v programu, ki ga določajo strokovna združenja, vključen takšen tečaj, mora biti v višini, ki ga pokrije, dodatnih 449 EUR. Ta denar se prenaša iz leta v leto in mora biti porabljen do konca specializacije. Zaznati ni bilo nobenih tečajev, ki bi v skupni vrednosti preseglji ta znesek. Poslanci skupščine so po obsežni

razpravi sprejeli sklep, da Zdravniška zbornica Slovenije pozove vse nacionalne koordinatorje posameznih specializacij, da do konca leta oz. do zadnje skupščine v letošnjem letu pripravijo revizijo vsebin posameznih specializacij, tako da le-te ne bodo vsebovale izobraževanj, ki zahtevajo dodatna sredstva.

Umestitev strokovno zahtevnejših delovnih mest zdravnikov v katalog delovnih mest

Asist. mag. Polonca Truden Dobrin, dr. med., je kljub temu, da gre za bolj sindikalno zadevo, izpostavila, da je pomembna, saj govori o umestitvi delovnih mest v zdravstveni sistem. Delovna mesta so uvrščena v katalog delovnih mest, funkcij in nazivov plačnega sistema v javnem sektorju. Ukinila so se določena mesta in ob prehodu v nov plačni sistem so morali javni zavodi izpeljati prevedbo plač brez reorganizacije. Direktorji niso opozorili Ministrstva za zdravje, da to ni mogoče, saj so vsi zdravniki specialisti razporejeni na osnovna delovna mesta in tako delovna mesta ne odražajo razlik v zahtevnosti strokovnih nalog in odgovornosti. Podala je podrobno predstavitev. Ker gre za sistemsko zadevo, je primerno, da se skupščina seznanji, ter predlaga, da potrdi sklep.

Poslanci so sprejeli sklep, da Skupščina Zdravniške zbornice Slovenije zahteva uvedbo stopnjevanih delovnih mest za zdravnike specialiste ob enakih pogojih za razvrščanje na zahtevnejša delovna mesta kot pri drugih javnih uslužbencih.

Skupščina podpira razreševanje problematike plačne prevedbe za zdravnike specialiste na NIJZ v smislu, da je nedopustno odvzeti zakonito dosežena napredovanja ob napredovanju na zahtevnejša delovna mesta pred letom 2008. Vodstvu Fidesa predlaga, naj v sodelovanju z Ministrstvom za javno upravo in

Ministrstvom za zdravje pravno formalno razrešijo opisano problematiko na podlagi pozitivnega mnenja Fidesa in Ministrstva za javno upravo iz leta 2008 s širitvijo nabora delovnih mest v okviru Aneksa h kolektivni pogodbi za dejavnost zdravstva in socialnega varstva (Uradni list RS št. 60/08, 83/10, 89/10, 107/11, 40/12, 46/13) oz. Posebnega tarifnega dela Kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike v Republiki Sloveniji zaradi realizacije Zakona o sistemu plač v javnem sektorju (Uradni list RS št. 60/08, 83/10, 89/10, 91/10, 40/12, 54/12-razlaga, 46/13), ki bi omogočila razrešitev neustrezne prevedbe zdravnikov specialistov na zahtevnejših delovnih mestih na IVZ

(zdaj NIJZ) ob prehodu v nov plačni sistem leta 2008.

Poročilo o delu skupine za prevetritev sistema sprejemanja strokovnih smernic

Prim. asist. mag. Jernej Završnik, dr. med., je na kratko podal poročilo in povedal, da sistem sprejemanja smernic ne deluje. V želji, da bi se to uredilo, je skupščina že sprejela sklep, da se pozove Ministrstvo za zdravje in Zdravstveni svet za prenovitev programa sprejemanja smernic. Zbornica tudi predlaga, da se v čim

krajšem času organizira konferenca vseh strokovnih teles. Zdravstveni svet je edini pristojen za sprejemanje smernic in njihova priprava je ena ključnih nalog. Predsednik Zdravstvenega sveta se je strinjal tako s problemom kot predlaganim postopkom reševanja. Želja je, da bi se v jesenskem času odvil sestanek vseh strokovnih teles oz. ključnih akterjev na tem področju. Kot primer je predstavil smernice glede sladkorne bolezni pri nosečnicah, ki imajo resne finančne posledice, saj ob sprejemu teh smernic ni bilo poskrbljeno za ustrezno financiranje. Poslanci so se seznanili s poročilom.

Naslednja seja bo 23. septembra, v obravnavi bodo tekoče zadeve.

Iz dela zbornice

Zdravniška zbornica Slovenije je 13. julija 2015 prejela Poročilo o nadzoru za obdobje 2007–2014 v Kliničnem oddelku za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo v UKC Ljubljana

Komisija je pregledala medicinsko dokumentacijo otrok, zdravljenih na področju otroške kardiokirurgije v letih 2007–2014, ter opravila razgovore z vsemi sodelujočimi v programu. 13. julija so na ZZS poslali elektronsko verzijo poročila o nadzoru v

angleškem jeziku. Zbornica je poročilo takoj posredovala na Ministrstvo za zdravje in v UKCL.

Poročilo bo dokončno, ko bo poslano vsem sodelujočim. Sodelujoči bodo imeli 15 dni časa, da podajo pripombe. Vse pripombe bo obravna-

val Odbor za strokovno-medicinska vprašanja pri ZZS.

Po končanih postopkih na ZZS bo organizirana novinarska konferenca, kjer bomo javnosti predstavili ugotovitve nadzora.

Novo – Pravilnik o spremembi Pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov in Pravilnik o zdravniških licencah

Obveščamo vas, da je bil 3. julija 2015 v Uradnem listu št. 48/2015 objavljen *Pravilnik o spremembi Pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov*. Spremenjene so bile le vsebine specializacij iz družinske medicine, internistične onkologije, maksilofacialne kirurgije,

pediatrije, radiologije, sodne medicine in oralne kirurgije, sicer pa so določila pravilnika ostala enaka. Nove vsebine specializacij veljajo od 4. julija 2015 dalje.

V istem Uradnem listu je bil objavljen tudi nov *Pravilnik o zdravniških licencah*, ki stopi v veljavo 18.

julija 2015. Oba pravilnika sta objavljena na intranetu Zdravniške zbornice Slovenije.

Tina Šapec, univ. dipl. prav.



Novo – Posodobljen pravilnik o zdravniških licencah

Novi, posodobljeni Pravilnik o zdravniških licencah v uvodnem delu natančno našteva in konkretizira primere, v katerih je možno podeliti licenco tako po uradni dolžnosti kot na podlagi vloge. Natančno in jasno specificira strokovne vsebine – izobraževanja za pridobivanje kreditnih točk, število pripadajočih točk za posamezne strokovne vsebine ter način pridobivanja točk, tako s strani organizatorja kot posameznika. **Novi pravilnik daje večji poudarek tudi strukturiranosti točk, ki jih je treba pridobiti za podaljšanje licence (število potrebnih točk ostaja enako kot doslej, in sicer 75) – zdravnik bo moral (podobno kot doslej) vsaj 50 potrebnih točk pridobiti na strokovnem področju, za katero mu je bila podeljena licenca, posebna novost pa je izrecna zahteva po pridobivanju točk s področij varnosti, etike in komunikacije.** Gre za vsebine, ki niso neposredno povezane s strokovnim znanjem, a jih zdravnik pri vsakodnevnem delu zelo potrebuje.

Novi pravilnik zelo natančno ureja in definira preglednost financiranja strokovnih vsebin in konflikt interesov ter s tem vzpostavlja doslej manjkajoča pravila sodelovanja s farmacevtsko in sorodno industrijo ali industrijo medicinske opreme.

Pomembna novost v postopku podaljšanja licence, ki bo bistveno razbremenila zdravnike, je v tem, da bo zbornica postopek podaljšanja licence sprožila po uradni dolžnosti in v primeru, če bodo izpolnjeni vsi pogoji, zdravniku licenco podaljšala, brez da bi za to z njegove strani zahtevala še dodatne aktivnosti v smislu vložitve vloge, kot to poteka sedaj.

Preizkus znanja v primeru nedoseganja pogojev za podaljšanje licence ostaja, vendar bo praviloma potekal kot razgovor z zdravnikom in pregled zdravnikovega dela (pregled medicinske dokumentacije) v njegovem okolju. Tak način preverjanja strokovne usposobljenosti zdravnika je do zdravnika spoštljiv, obenem pa omogoča vpogled v konkretno zdravnikovo delo.

Splošni dogovor za pogodbeno leto

Vlada Republike Slovenije je 24. junija 2015 odločila o vseh spornih vprašanih pogajalskih partnerjev za sprejem Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2015, s čimer je dogovor stopil v veljavo.

Vlada RS je sprejela, da se zvišajo cene zdravstvenih storitev:

- S 1. 1. 2015 se za 25 odstotkov povečajo vkalkulirana sredstva za amortizacijo, za kar bo potrebno 16,7 milijona EUR dodatnih sredstev na letni ravni.
- Cene zdravstvenih storitev se od 1. 7. 2015 do 31. 12. 2015 povečajo za 2,12 odstotka. Gre za enkratno povišanje cen v drugi polovici leta 2015, ki se ne prenaša v naslednje leto. Za omenjeno povišanje cen bo potrebno dodatno zagotoviti 18,5 milijona EUR.

Sprejeta je bila nadaljnja širitev referenčnih ambulant (150 dodatnih ambulant), širitve programov v URI Soča, dodatni primeri za presejanje diabetične retinopatije, širitve programov v socialnovarstvenih zavodih in domovih za starejše. Sprejeti so bili predlogi Zdravniške zbornice Slovenije za širitev programov koncesionarjev v antikoagulantnih ambulantah in splošni ambulantni v domu za starejše.

V zobozdravstvu za mladino se ukinja načrtovanje največjega možnega števila plačanih točk na osnovi števila opredeljenih oseb.

Na pobudo ZZZS je vlada sprejela določilo, ki obvezuje koncesionarje, da o svoji odsotnosti in nadomestnem zdravniku poleg bolnikov obveščajo

tudi ZZZS. Ker je vlada o Splošnem dogovoru za pogodbeno leto 2015 odločala s polletno zamudo, je sprejela sklep, da bodo pogodbe z novimi koncesionarji pričele veljati od 1. 10. 2015 dalje (prej od 1. 7.).

Nika Sokolič, univ. dipl. ekon.

Zdravniki Ministrstvu za zdravje predlagajo vzpostavitev nacionalnega sistema kakovosti v zdravstvu

Konec junija je v Domus Medica potekala **okrogla miza o varnosti bolnikov in kakovosti zajema podatkov.**

Sodelujoči so poudarili, da je kakovost v zdravstvu sistemski problem in da bi morala država financirati sistem nadzora in ga tudi poenotiti za celotno državo, da bodo tudi ustanove po državi primerljive med sabo.

Slovensko zdravniško društvo Ministrstvu za zdravje ponuja sodelovanje za dopolnitev izhodišč iz resolucije o slovenskem zdravstvu za prihodnjih 10 let na področju kakovosti in varnosti v zdravstvu. Kot so poudarili, je zdaj pravi trenutek, da se določi roke in odgovorne za vzpostavitev sistema nadzora varnosti. Več o okrogli mizi na spletni strani zbornice <http://www.zdravniskazbornica.si/> (sporočila za javnost).



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.

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€

Mnenje o reorganizaciji predbolnišnične nujne medicinske pomoči

Glede na trenutne razprave o reorganizaciji predbolnišnične nujne medicinske pomoči, ki spada v dejavnost primarnega zdravstva, v sklopu predvidenega uvajanja novih urgentnih centrov, se kolektiv specialistov družinske medicine Organizacijske enote Splošno zdravstveno varstvo Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca, ki se redno vključuje v dežurno službo oz. neprekinjeno zdravstveno varstvo ter predbolnišnično nujno medicinsko pomoč, opredeljuje do problema s spodnjimi stališči.

1. Menimo, da je treba čim prej reorganizirati primarno zdravstvo, nadgraditi sedanjo obliko predbolnišnične nujne medicinske pomoči, ki naj ostane v sklopu primarnega zdravstva, in zagnati delo urgentnih centrov, ki naj bodo domena sekundarne ravni.
2. Menimo, da reorganizacija urgentnih centrov ne more in ne sme pogojevati dela primarnega zdravstva in predbolnišnične nujne medicinske pomoči. Nepremišljeno hitenje zaradi časovne stiske, vezane na izgradnjo urgentnih centrov, lahko sedanji zelo dobro razviti predbolnišnični nujni medicinski pomoči, ki se je dolga leta nadgrajevala in zadnja leta zavidljivo dvignila tudi v svetovnem merilu, povzroči več škode kot koristi.
3. Menimo, da je pred reorganizacijo predbolnišnične nujne medicinske pomoči (NMP) nujno potrebno reorganizirati primarno zdravstvo, ki je kadrovske, časovne in prostorsko podhranjeno. Predbolnišnična nujna medicinska pomoč se je pod okriljem primarnega zdravstva prek specialistov družinske medicine in ostalega zdravstvenega kadra s posebnimi znanji s področja nujnih stanj, v zadnjih petnajstih letih načrtno razvijala in dopolnjevala. Njena reorganizacija se lahko kakovostno izpelje le, če se najprej prenove primarno zdravstvo.
4. Menimo, da so urgentni centri, ki so sestavni del sekundarne ravni zdravstva, eno področje, neprekinjeno zdravstveno varstvo oz. dežurna služba in predbolnišnična nujna medicinska pomoč, ki sta že leta sestavni del primarne ravni zdravstva, pa drugo strokovno področje. Čeprav so med obema področje-

ma neogibna strokovna in organizacijska stičišča, sta vsako zase najprej potrebni lastne notranje prenove oz. nadgradnje, šele nato lahko pristopimo k združitvi v učinkovit in celovit sistem nujne medicinske pomoči.

5. Obremenitve v ambulantah družinske medicine, predvsem kadrovske in časovne, preveliko število opredeljenih pacientov na enega zdravnika in naloge, ki se s sekundarne ravni prenašajo v družinske ambulante, postajajo prevelike in finančno pretežke za sedanjo organizacijo in financiranje dela. Primarno zdravstvo je treba premišljeno razbremeniti, to pa bo izboljšalo tudi kakovost dela v predbolnišnični nujni medicinski pomoči.
6. Nujna medicinska pomoč je doslej kot projekt potekala pod okriljem primarne ravni zdravstva, nosilci so bili specialisti splošne in družinske medicine. Zdravstveni domovi so za ta namen veliko sredstev vlagali v kader, opremo in ostale logistične rešitve in z leti razvili izjemno dobro pokritost vseh področij RS. Precejšen je dodaten strokovni napredek nosilcev NMP iz primarnega zdravstva, na kar kaže izjemna statistika rezultatov predbolnišničnega oživljanja, ki je zadnjih deset let v svetovnem vrhu. Naš predbolnišnični sistem nujne medicinske pomoči je marsikje v svetu tudi model ustrezne ureditve tega področja.
7. V zadnjih desetletjih, še posebej pa v zadnjih petnajstih letih, smo s postopnim razvojem strokovnega kadra in z izjemno raziskovalno dejavnostjo vseh akterjev NMP v RS, ki je odmevala tudi v svetovno priznanih strokovnih revijah in bila upoštevana v smernicah ukrepanja, dosegli zavidljive strokovne uspehe. Le-te med nosilce sistema nujne medicinske pomoči že leta dosledno prenašamo po načelu vertikalnega in horizontalnega prenosa znanja. Z izboljšanjem izobraževalnega procesa in znanj, potrebnih za delo v NMP, ter z zagotavljanjem ostalih pogojev za dobro delo smo prebivalstvu nudili precej učinkovito in pravočasno oskrbo tudi na terenu.
8. Večji medicinski centri imajo za nujne primere na terenu stalno pripravljenost

- predbolnišnične nujne medicinske ekipe, ki jo sestavljajo zdravnik družinske medicine/diplomirani zdravstvenik/diplomirana medicinska sestra/zdravstveni tehnik. Pomanjkljivost te ureditve predstavljajo tiste lokacije, kjer takih posebnih ekip ni, zdravnik z ekipo pa je istočasno zadolžen tako za dežurno službo v lokalni ambulanti kot nujne reševalne prevoze. S tem se povečuje tveganje za tiste paciente z nujnimi stanji, ki v času, ko je zdravnik na terenu, obiščejo lokalno dežurno ambulanto, ali pa za tiste bolnike z nujnimi stanji na terenu, ki ne dobijo takojšnje pomoči, ker je zdravnik v dežurni ambulanti z bolnikom z nujnim stanjem. Enako se sicer lahko zgodi tudi pri sedanji ureditvi večjih urgentnih centrov, kjer je lahko istočasno več nujnih klicev, zaradi zasedenosti pa se urgentne ekipe ne morejo takoj odzvati, a je možnosti za to manj.
9. Glede na dosedanji razvoj in uspešnost sistema predbolnišnične NMP menimo, da je smiselno ohraniti in okrepiti sedanji sistem v smislu kadrovskih in logističnih (oprema, infrastruktura, dispečerstvo) izboljšav tam, kjer se pojavljajo pomanjkljivosti. Z razbremenitvijo izbranih osebnih zdravnikov, ki bi jo najlažje dosegli z znižanjem števila opredeljenih pacientov na enega zdravnika oz. z znižanjem glavarinskih količnikov na 1500, bi lahko zaposlili dodatne specialiste družinske medicine, s tem pa okrepili tudi predbolnišnično nujno medicinsko pomoč na prej omenjenih kritičnih lokacijah, kjer je zdravnik hkrati odgovoren tako za ambulanto kot terensko posredovanje.
 10. Bistven kakovostni preskok že sedaj učinkovitega sistema predbolnišnične nujne medicinske pomoči bi bila razširitev sedanjega načina dela večjih predbolnišničnih enot s stalno pripravljeno

- ekipo za nujni reševalni prevoz na manjše centre oz. lokalne skupnosti, kjer imajo zdaj le klasično dežurno službo brez dodatne ekipe samo za nujna posredovanja.
11. Predlog projektne skupine, da bi se tako predbolnišnična nujna medicinska pomoč vključno z dežurno službo, ki ju sedaj izvaja primarno zdravstvo, prenesla v večje urgentne centre ob hkratnem ukinjanju posameznih lokacij, kjer so doslej delovale lokalne reševalne ekipe s prisotnostjo zdravnika, predstavlja nepotrebno rušenje že utečenega in urejenega načina dela, nepotrebno centraliziranje oskrbe in s tem poslabševanje dostopnosti dežurnih ambulant za bolnike specifičnih regij. Kadrovske okrepitve, s katerimi bi lahko nadgradili delo na kritičnih lokacijah primarnega zdravstva, bi v vsakem primeru bile potrebne tudi v trenutno predvideni shemi urgentnih centrov, saj bodo ti morali sprejeti večji priliv bolnikov, ki bodo izgubili sedanjo lokalno dežurno službo. V urgentnih centrih bi se v dežurno službo moralo vključevati tudi več specialistov družinske medicine iz več sosednjih lokalnih regij, kjer bi se dežurne službe ukinilo, kar ne nazadnje s seboj prinese tudi vprašanje ureditve organizacije in financiranja takega načina dela.
 12. Organizacija NMP bi morala ostati domena primarnega zdravstva, ki bi z okrepljenim številom specialistov družinske in urgentne medicine izvajalo nadgrajeno neprekinjeno zdravstveno varstvo in predbolnišnično nujno medicinsko pomoč v vseh zdravstvenih ustanovah. Urgentni centri večjih bolnišničnih zavodov bi morali prvenstveno nuditi specialistično pomoč urgentnih zdravnikov, internistov, kirurgov, anesteziologov, pediatrov in ostalih, kjer smo trenutno še marsikje zelo podhranjeni, napredek v stroki pa terja njihovo vključevanje v delo

- urgentnih centrov.
13. Dokončno bi morali urediti helikoptersko NMP in dispečersko službo ter izboljšati sodelovanje in prenos informacij do ostalih ekip, ki redno sodelujejo pri posredovanju: s policijo, gasilci, gorskimi reševalci in laičnimi reševalci z znanji iz oživiljanja.
 14. Spremembe sistema NMP bi v luči trenutno predvidene reorganizacije urgentnih centrov morale vključiti tudi druge spremembe, npr. Zakona o zdravniški službi, po katerem so zdravniki primarnega zdravstva dolžni izvajati dežurno službo, kar bi ob predvideni novi ureditvi lahko vodilo do organizacijskih problemov. Prav tako je treba upoštevati, da so se tudi specializanti dolžni vključevati v dežuranje in dežurati, kar že v tem trenutku poteka nedosledno in nepregledno zaradi prostorskih težav, v bodoče pa bo zaradi večjega priliva bolnikov v urgentne centre še težje izvedljivo. Ne nazadnje tudi zato, ker dosedanji potek gradnje novih urgentnih centrov že nakazuje prostorske probleme, nedorečena je tudi kadrovska zasedba, vse pa se odvija še pred jasno definirano vsebino dela in reorganizacijo urgentnih centrov.
 15. Družinska medicina je v zadnjih petnajstih letih tudi zaradi specializacije dosegla viden strokovni napredek, specialisti družinske medicine pa so že na primarni ravni ne samo sposobni opravljati zahtevnejša strokovna opravila in voditi težje bolnike kot v preteklosti, temveč tudi željni dela in nadaljnega napredka. Žal se veliko opravil, ki jih je primarno zdravstvo sposobno opraviti, prenaša s sekundarne ravni brez zagotovitve prepotrebnih normativov za tako delo. Že zaradi tega se moramo vprašati, ali želimo kakovostno primarno zdravstvo, ki je že in še bo prevzelo marsikatero delo sekundarne ravni in mu je v skladu s tem treba omogočiti

ustrezno kadrovske, časovne, glavarinske, prostorske in drugo normiranost, ali pa želimo primarno zdravstvo, ki bo samo preusmerjevalec na druge ravni. Mislimo, da slednje ni niti primereno niti dostojno za takšno kakovost zdravstva, kot jo nudimo v naši državi.

16. Menimo, da bi reorganizacija nujne medicinske pomoči morala pomeniti nadgradnjo, ne pa uničenje, četudi delno, vsega že doseženega, saj so rezultati dosedanjega delovanja dobri ali celo svetovno nadpovprečni.

Sklep

Sedanja ureditev predbolnišnične nujne medicinske pomoči, ki jo izvaja primarno zdravstvo, je dobra, učinkovita in bi jo v sklopu primarnega zdravstva morali ohraniti in nadgraditi tako, da bi se sedanji način predbolnišnične nujne medicinske pomoči iz večjih zdravstvenih centrov, t.i. predbolnišnične enote, moral prenesti na manjše in lokacijsko bolj neugodne

zdravstvene postaje. Tudi urgentni centri so prihodnost izvajanja nujne medicinske pomoči na sekundarni ravni, pri čemer je končni cilj izboljšanje primarne in sekundarne ravni NMP in združitve v učinkovit sistem. Pomanjkljivosti primarnega zdravstva so časovna in kadrovska stiska z nezmožnostjo zaposlovanja zadostnega števila kadra ter visoki glavarinski količniki. Znižanje slednjih bi po eni strani razbremenilo delovanje primarnega zdravstva na ravni družinskih ambulant, po drugi strani pa zaradi dodatnega zaposlovanja zdravnikov okrepilo predbolnišnično nujno medicinsko pomoč in dežurno službo. To bi preprečevalo, da bi bolniki s sočasnimi nujnimi stanji na različnih lokacijah (teren in ambulanta) ostali brez ustrezne pomoči zaradi odsotnosti zdravnika.

Primarno zdravstvo z vsemi zdravstvenimi domovi skupaj bi že zaradi kontinuiranega strokovnega interesa, vlaganj in napredka v zadnjih petnajstih letih moralo ohraniti izvajanje predbolnišnične NMP. Nosilec bi moral ostati dobro izobra-

žen in s strokovnimi znanji nujne medicine okrepjen specialist družinske medicine, kar bi moral biti pogoj za izvajanje te dejavnosti, ali specialist urgentne medicine, ki si je ta znanja pridobil med specializacijo. Ne smemo pozabiti tudi dejstva, da je za specialista družinske medicine dežuranje zakonska obveza, izvajanje NMP pa vitalnega pomena za ohranjanje tistih večšin, ki so nujno potrebne za ohranjanje kakovostnega dela primarne ravni zdravstva. Z odvzemanjem teh pooblastil se družinske zdravnike prikrajšuje za strokovni napredek. Izguba kontinuitete dela, napredka in zagonske sile, ki se je garaško ustvarjala prek akterjev predbolnišnične nujne medicinske pomoči v zadnjih petnajstih letih, pa je predvsem nesprejemljiva, povezana s precejšnjimi tveganji in ne nazadnje tudi nehigienična.

*Za kolektiv asist. Dejan Kupnik, dr. med., spec., Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor
OE Splošno zdravstveno varstvo*

Nasilje v družini – družbena in individualna odgovornost

Ružica Petrovič, univ. dipl. soc. del., CSD Maribor

Nasilje v družinskih odnosih ima dolgo in globoko zakoreninjeno tradicijo, ki prehaja iz generacije v generacijo kot vedenjski vzorec tistega, ki odraža znotraj takšnih odnosov, zaradi česar nasilje dobi predznak legitimnosti. Pojavlja se skozi vso zgodovino naše civilizacije, ne glede na družbeno ureditev, socialno, ekonomsko, religiozno ali kulturno okolje (Selič, 2006).

Strokovne delavke in delavci, ne glede na svoja vrednostna stališča do nasilja in družine ter

teoretičnih konceptov, ki jih uporabljajo, izhajajo iz dejstva, da je nasilje nesprejemljivo, da za nasilje ni opravičila in da je za nasilje odgovorna izključno oseba, ki nasilje povzroča.

Neznani avtor je napisal: »Družba kot celota je toliko močna in zdrava, kolikor je močan in zdrav njen najšibkejši člen – najranljivejši posameznik znotraj nje.«

S sprejetjem *Zakona o preprečevanju nasilja v družini* (Ur. l. RS, št. 16/2008, v nadaljevanju ZPND) je

Slovenija sprejela odgovornost za sistemsko reševanje tovrstne problematike. Strokovnjakom in strokovnjakinjam, ki se pri opravljanju svojega dela srečujejo z družinskim nasiljem, pa naložila dolžnost ukrepanja oz. prijavo suma nasilja. Zaradi bolj jasnega izvajanja omenjenega zakona so izdelani naslednji podzakonski akti:

1. Pravilnik o sodelovanju Centrov za socialno delo, multidisciplinarnih timov in regijskih služb pri obravnavi nasilja v družini (Ur. l. RS, št. 31/2009)
2. Pravilnik o sodelovanju policije z

- drugimi organi in organizacijami pri odkrivanju in preprečevanju nasilja v družini (Ur. l. RS, št. 25/2010, z dne 26. 3. 2010)
3. Pravilnik o obravnavi nasilja v družini za vzgojno-izobraževalne zavode (Ur. l. RS št. 104/2009, z dne 18. 12. 2009)
4. **Pravilnik o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti (Ur. l. RS, št. 38/2011, z dne 14. 5. 2011)**

Poklicna odgovornost in multidisciplinarno sodelovanje

Obveznost prijave nasilja definira 6. čl. ZPND:

»Vsakdo mora, zlasti pa strokovni delavci oz. delavke v zdravstvu ter osebe vzgojno-varstvenih in vzgojno-izobraževalnih zavodov, ne glede na določbe o varovanju poklicne skrivnosti, takoj obvestiti center za socialno delo, policijo ali državno tožilstvo, kadar sumi, da je otrok žrtev nasilja.«

Vsi organi so v 24 urah od seznanitve z okoliščinami dolžni obvestiti center za socialno delo (CSD) ali policijo, po telefonu takoj, v pisni obliki pa v treh dneh, razen v primeru neposredne ogroženosti najkasneje v 24 urah. Po sprejetju prijave koordinacijo aktivnosti institucij vodi center za socialno delo.

Cilj zakonodajne regulacije je doseči ničelno stopnjo tolerance do nasilja.

Medinstitucionalni pristop k reševanju nasilja v družini

Glede na to, da je nasilje v družini kriminalistični, družbeni in medicinski problem, kompleksnost le-tega zahteva medinstitucionalni in multidisciplinarni pristop, tako na preventivnem kot na kurativnem področju.

Medinstitucionalno timsko delo omogoča ustrezen večsmerni pretok informacij ter njihovo širjenje po posameznih področjih (zdravstvo, šolstvo, policija, CSD...). Skupno delovanje različnih služb in strokovnjakov omogoča poenotenje razumevanja fenomenologije nasilja v družini, boljše prepoznavanje vlog različnih institucij in pristojnosti služb ter posledično skupno načrtovanje pomoči žrtvam in povzročiteljem nasilja, kakor tudi iskanje najboljših rešitev, upoštevanje različne pristojnosti institucij.

Za učinkovitost strokovnega dela z žrtvami nasilja je odločilno razumevanje dinamike in kratkoročnih ter dolgoročnih posledic nasilja. Drugi pomemben korak je napotitev žrtve v primerno obravnavo, na njej sprejemljiv in razumljiv način.

V obravnavi primera imajo otrokove pravice prednost pred pravicami in koristmi drugih udeležencev postopka.

Nadaljevanje besedila je usmerjeno na sodelovanje z zdravstvenimi službami in izhaja iz naslednje tabele (Vir: letno poročilo SCSO, 2014):

Multidisciplinarni timi (MDT)	Se je udeležil	%	Vabljen, ni prišel	%
zdravstvo	19	58	14	42
šolstvo	37	97	1	3
policija	138	94	11	6
tožilstvo	3	100	0	0
nevladne organizacije	18	100	0	0

V primeru nesodelovanja katere izmed institucij, CSD v skladu z zakonodajo le-to zaprosi za pisno poročilo o obravnavi. V poročilu zdravstvenih institucij je pri otrocih izjemno pomemben opis zdravstvenega stanja otroka, kot tudi sodelovanja s starši, njihov odziv, sledenje navodilom.

Primer 1 (starost otroka 8 let):

Poročilo otrokove zdravnice:
»Deklica je v prejšnjem letu, zaradi

bolečin v trebuhu in pogostih slabosti, bila hospitalizirana trikrat... Zardi izražene psihosomatike je deklica napotena v psihološko obravnavo. Na pregleda pogosto prihaja umazana, v zelo zanemarjenih oblačilih. Zelo težko vzpostavlja očesni kontakt. Na vprašanja otroku, vedno odgovarja mati. V teku obravnave sem pri materi otroka zavohala alkohol... Prosim vas za sklic MDT«...).

Na osnovi tega poročila smo za poročilo zaprosili materino zdravnico. Ta je poročala naslednje: »Kljub poskusom motivacije za nadaljnjo intenzivno obravnavo odvisnosti, se gospa za to ne odloči ter obravnavo zaključí.«

Primer 2 (starost otroka 6 let):

Spolna zloraba otroka s strani materinega partnerja in v njeni prisotnosti.

Poročilo materinega psihiatra:
»... ima hudo moteno socialno presojo, ob čemer za sebe še more poskrbeti, manj ustrežna je njena presoja o dobrobiti sina in skrbi za njega.«

Primer 3 (starost otroka 4 leta):

Po razvezi zakonske zveze je oče prijavil zanemarjanje otroka s strani matere. Pediatrinja otrok v odgovoru na poizvedbo CSD navede:

»Fantek je od rojstva voden v dispanzerju za otroke ZD. Redno je obiskoval posvetovalnico za otroke. Na pregleda sta ga običajno pripeljala oba starša. Razvoj je potekal normalno. Redno je cepljen. Ob boleznih otroka njegova mati kaže primerno skrb in sledi mojim navodilom.

Otroka vedno pripelje primerno oblečenega in urejenega...

... je oče pripeljal fantka v ambulanto in navajal, da je prestrašen, da mu pripoveduje o bitjih, ki ga strašijo in strahovih, in da je verjetno, da se mu pri materi dogaja nekaj hudega.

Otroka sem pregledala in nisem dobila občutka, da bi bil v stiski. Bil je videti vesel, lepo je sodeloval, pripovedoval, ni dajal vtisa otroka, s katerim bi nekdo slabo ravnal ali ga zanemarjal...«

V vseh navedenih primerih je v del načrta pomoči nujno vključiti tudi potek obravnave otrok in staršev v zdravstvenih ustanovah. Otroke, ki preživljajo nasilje, je pogosto nujno vključiti v psihološko obravnavo, ki mora biti hitra in kontinuirana. Zaradi reševanja problema čakalnih vrst, ki so v takšnih situacijah brezpredmetne, je pomoč zdravstvenega delavca še posebej dragocena.

V multidisciplinarnem timu (MDT) je nujno izdelati načrt pomoči staršem, ki imajo težave z duševnim zdravjem, odvisnostmi od alkohola ali nedovoljenih drog, so po razhodu družine v takšni stiski, da potrebujejo terapevtsko obravnavo. V svojem delu načrta strokovnjakinje CSD upoštevamo potek morebitne bolezni, zmožnosti uporabnika za aktivno sodelovanje, ki so lahko specifične zaradi možnih navedenih težav.

Velikokrat je pri nasilju v družini, kadar je žrtev starejša oseba, najbolj konstruktivno v družino stopiti skupaj s patronažno službo, ki družino že pozna in ima z družinskimi člani že

izgražen zaupen odnos, pozna njeno socialno mrežo (sodelovanje CSD s patronažno službo je zgledno že veliko let, posebej na področju starostnikov, invalidov in pri odkrivanju suma ogroženosti otrok).

V teku obravnave družine je nujno izmenjevati informacije, se obveščati, dopolnjevati. MDT lahko, razen na sejah, deluje tudi preko uporabe komunikacijskih sredstev (telefon, elektronska pošta, skype).

Namen medinstitucionalnega sodelovanja je vsekakor zaščita žrtve in dvigovanje kakovosti življenja vseh udeležencev in v nasilju, kar pomeni tudi povzročiteljevega.

Najmanj pobud na področju odkrivanja nasilja v družini v CSD-jih sprejemamo iz zdravstvenih institucij. Enako je zelo nizek odstotek sodelovanja zdravnikov na MDT.

Ocenjujemo, da so dejavniki oviranja timskega dela naslednji:

- nezainteresiranost institucije ali posameznega strokovnjaka za negativne pojave v delovnem okolju,
- osebni strah strokovnih delavcev v odnosu do storilca in **v odnosu do pravosodnih organov**,
- nezadostna strokovna opremljenost delavcev za odzivanje v situaciji, ko so v stiku z žrtvijo nasilja, s povzročiteljem nasilja ali z družino, v kateri je nasilje prisotno,
- nejasna delitev vlog različnih institucij,
- nerealno pričakovanje od drugih institucij,

- prelaganje rešitve problema na druge institucije,
- nezadostno medsebojno obveščanje o poteku dogovorjenih nalog,
- nepoznavanje pristojnosti in odgovornosti lastne institucije,
- medsebojno nezaupanje strokovnjakov,
- elitizem posameznih institucij,
- nesodelovanje predstavnikov ene od institucij.

Prijava suma nasilja v družini ali pa očitnega nasilja v družini se ne more izvajati s predajo »problema« v reševanje drugi instituciji, ampak mora predstavljati začetek skupnega delovanja različnih institucij. Brez sodelovanja vseh udeležencev, ki so profesionalno na kakršen koli način v stiku z družino, ni mogoče pričakovati pozitivnih rešitev.

Individualna odgovornost profesionalcev v službah pomoči

Razen navedenega ne smemo zanemariti dejstva, da je delovanje strokovnjakov, ki smo vključeni v reševanje nasilja v družini, ob potrebnem znanju pogojeno tudi z lastnim odnosom do nasilja, s prevzetimi vedenjskimi vzorci, kot tudi kulturološko usvojenimi stereotipi. Zato je stalno usposabljanje, učenje in supervizijsko vključevanje bistven segment v prizadevanju družbe za zmanjševanje posledic nasilja v družini in posledično nasilja v družbi.



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

Kotizacije ni.
Kreditne točke: 12

Več informacij in prijave na: www.prepoznajnasilje.si

Končali smo 32. tekmovanje za čiste zobe ob zdravi prehrani med slovenskimi osnovnošolci

Matej Leskošek, dr. dent. med., vodja tekmovanja, Stomatološka sekcija SZD
zobozdravnik@gmail.com

Tekmovanje za čiste zobe ob zdravi prehrani je med slovenskimi osnovnošolci utečen preventivno naravnan program, ki ga že dolga desetletja strokovno in organizacijsko vodi Stomatološka sekcija Slovenskega zdravniškega društva. Z njim

- učimo šolarje pomena pravilne in zadostne ustne higijene,
- preverjamo naučeno z obliko tekmovanja,
- beležimo dosežene rezultate in
- vrednotimo opravljeno delo.

Letos smo z osrednjo zaključno prireditvijo obeležili že 32. tovrstno tekmovanje. Kar dolga doba, saj se je medtem avtorica že upokojila in smo mlajši prevzeli njeno delo.

V širšem slovenskem prostoru tekmujejo šolarji od 1. do vključno 5. razreda, ponekod pa jim je uspelo motivirati otroke do vključno 9. razreda.

Tekmovanje je v šolskem letu 2014/2015 uspešno zaključilo 735 osnovnih šol RS. Med temi smo zabeležili tudi vse šole in zavode za otroke s posebnimi potrebami, ali kakor sedaj pravimo, šol in zavodov z nižjim izobrazbenim standardom.

Z lovoriko NAJ razreda Slovenije so se letos okitili učenci s Koroške, tj. 5. c razred OŠ Pameče - Troblje, gre za podružnico II. OŠ Slovenj Gradec, z razredničarko gospo Sabino Lorber.

Razglasili smo tudi devet regijskih zmagovalcev:

- širša ljubljanska regija: 4. a razred OŠ Jarše, Ljubljana, razredničarka gospa Martina Arbeiter
- širša celjska regija: 2. a razred OŠ Ljubčna z gospo Vlasto Rožič
- Koroška: 4. d razred II. OŠ Slo-

- venj Gradec in gospa Emilija Počič
 - Dolenjska: 1. a razred OŠ Škocjan, gospe Janja Lesjak in Tea Kump
 - Gorenjska: 5. c razred OŠ France Prešeren Kranj, podružnica Kokrica, in gospa Valerija Konečnik
 - širša štajerska regija: 5. razred OŠ Gustava Šilih Laporje in gospa Marija Štern
 - Obala in Kras: 5. a razred OŠ Dušana Bordona Koper in gospa Ester Križman
 - severnoprimska oz. goriška regija: 9. razred OŠ Branik z gospo Eriko Klanjšček
 - Prekmurje: 5. razred OŠ Prežihovega Voranca, Bistrica, z gospo Klementino Weis.
- Čeprav gre pri tekmovanju za utečeno delo, morajo izvajalke, ki vse

po vrsti vestno in natančno, večkrat mesečno preverjajo, registrirajo in vrednotijo teste čistosti zob naključno pregledanim učencem, resno pristopati k delu in biti pripravljene na prilagajanje. Otroci so namreč populacija, ki je zelo dinamična in pogosto presenetli.

Mnogo izvajalk tega preventivnega programa mora do otrok priti pred pričetkom pouka oz. do malice, pa čeprav so nekatere podružnične šole kar precej oddaljene od matičnih enot zdravstvenih domov.

In kot se spodobi, smo tekmujočim zmagovalcem pripravili pristrčno zaključno prireditev v dvorani Tivoli. Globoka in iskrena zahvala gre farmacevtski družbi GSK, podružnici Ljubljana, ki je plačala najem dvorane in nagradila vseh 17.000 zmagovalcev





Veselo rajanje

iz vse Slovenije, ter ZD Ljubljana, ki z vsakoletnim uspešnim konkuriranjem na natečaju MOL-a plača ostale stroške (varnostniki, ozvočenje, nastopajoči itd). Brez njihove velike naklonjenosti bi bilo tekmovanje močno osiromašeno!

28. maja 2015 so nadobudneži s svojimi učitelji do zadnjega kotička napolnili prireditveni prostor. Z nami so praznovali tudi župan mesta Ljubljana g. Zoran Janković, ki prisotne vedno navduši s svojim prihodom, direktor ZD Ljubljana, kjer se je tekmovanje rodilo, mag. Rudi Dolšak, predsednica razširjenega strokovnega kolegija za stomatologijo

prof. dr. Drevenškova in Špela Turk, dr. dent. med., ki je zastopala Zdravniško zbornico Slovenije. Direktor ZD Vrhnika, g. Roman Strgar, ki je bil letos prvič z nami, si kar ni predstavljal, da ima tekmovanje tak obseg. In ne nazadnje, z nami so bile gospe iz GSK, predstavnice našega generalnega sponzorja, na čelu z go. Sašo Šimnovec. Seveda so s seboj pripeljale svoje maskote in otrokom tudi s tem polepšale praznični dan.

Otroci radi tekmujejo, a za svoj uspeh pričakujejo nagrado. In kot sem zapisal, so jo dobili prav vsi zmagovalci! Našteli smo jih okoli 17.000 iz 735 slovenskih osnovnih šol.

Vzdušje v dvorani je bilo enkratno: skakali so akrobati skupine Dunk Kings, pelo se je in plesalo s skupino Čuki. Prav gotovo nas je bilo slišali v bližnji park.

Septembra pričnemo znova, po utečenih smernicah in z veliko dobre volje in vneme. Kdor dela z otroki in za otroke, ve, da je njihovo zadovoljstvo tako in tako naša prioriteta in naša nagrada.

Ob koncu bi rad povedal, da so vsakoletna pogajanja in prenos dogovorov med sodelavce, izvajalce programa, včasih kar naporna zadeva in vzamejo veliko več časa, kot si mislimo. V farmaciji in podjetju, ki obdaruje otroke, je pogodbe o sodelovanju nujno natančno opredeliti, še zlasti glede konkurenčne klavzule. Žal nekateri sodelavci na terenu o njej drugače razmišljajo. Enostavno jih ne prepriča, da je ogromen zalogaj nagraditi vseh 17.000 otrok zmagovalnih razredov iz vse Slovenije ter posebej še devet regijskih zmagovalcev in NAJ razred Slovenije, zlasti še v časih, ki sponzoriranju niso naklonjeni.

A se ne damo – manj zobne gnilobe med slovenskimi osnovnošolci je najmočnejši motiv, da vztrajamo.

Izziv multimorbidnosti



Dr. Branko Gabrovec, mag. ing. log., Nacionalni inštitut za javno zdravje
branko.gabrovec@nijz.si

Kronične bolezni so v Evropi v porastu zaradi različnih razlogov, vključno zaradi starajočega se prebivalstva in tveganj, povezanih z življenjskim slogom. Kronične bolezni predstavljajo glavni delež bremena bolezni v Evropi in so odgovorne za 86 odstotkov smrti.

Zdravstveni sistemi se soočajo z izzivom skrbi za kompleksne paciente,

ki imajo več kroničnih bolezni oz. stanj, kar skupno imenujemo multimorbidnost. Multimorbidnost je definirana kot najpogostejše kronično stanje, katerega prevalenca progresivno narašča s starostjo in prizadene več kot 60 odstotkov ljudi, starejših od 65 let (1–4). Multimorbidnost ima pomemben vpliv na pacientovo zdravje in stroške zdravljenja pri

mlajših in starejših odraslih. V primerjavi s pacienti, ki imajo samo eno bolezen, multimorbidni pacienti predvidoma umirajo prezgodaj, so sprejeti v bolnišnično obravnavo, imajo nižjo kakovost življenja in prejema-jo številna zdravila (5–6). Pacienti z multimorbidnostjo imajo najbolj zapletene zdravstvene potrebe in se zaradi trenutnih tradicionalnih

bolezensko orientiranih pristopov v zdravstvu soočajo z drobljeno oskrbo, ki vodi k nepopolnim, nezadostnim, neučinkovitim in potencialno škodljivim intervencijam. Zdravstveni sistemi po svetu so modelirani okoli ideologije modela bolezni. Ta predvideva serijo predpostavk, kot so: organska ali sistemska patologija povzroča bolezni, simptome in opazovane znake povzroča skrita bolezen, zdravljenje je usmerjeno v odpravo skrite patologije, izide zdravljenja determinira bolezen in so enaki za vse. Medtem ko je ta pristop diagnoze, prognoze in zdravljenja veliko let dobro služil obravnavi, odpove, ko bi moral ujeti različne vzorce soobstoja več bolezni, kar lahko vodi k nezadovoljivi oskrbi. Poleg tega tradicionalen bolezensko naravnani pristop ne upošteva celostnega zdravstvenega statusa pacientov z multimorbidnostjo, saj je usmerjen na posamezne bolezni in zanemara temeljne vidike zdravja, kot so slabotnost in funkcionalna sposobnost, kot tudi kognitivni status. Kompleksnost oskrbe pacientov z multimorbidnostjo potrebuje vpletenost večjega števila ponudnikov zdravstvene oskrbe in virov. Medtem ko najdemo primere integriranih programov oskrbe kroničnih bolezni v relativno majhnih populacijah, ne najdemo širše sprejetih modelov oskrbe multimorbidnosti (7).

V zadnjih dveh desetletjih se je raziskovanje na področju multimorbidnosti povečalo, a je število dokazov učinkovitosti intervencij za izboljšanje oskrbe pacientov še vedno omejeno (8).

V raziskavi v Litvi je prevalenca kroničnih bolezni med odraslo populacijo znašala 17,2 odstotka. Število kroničnih bolezni je še posebej naraščalo pri moških v starosti od 45 do 54 let. Multimorbidnost je prispevala k 258.761 dodatnim ležalnim dnevom na leto. Obiski pri zdravniku so bili 2,1-krat (na 1000 pacientov) pogostejši pri multimorbidnih bolnikih kot pri bolnikih z eno kronično boleznijo in 9,6-krat so bili pogostejši obiski na domu (9). Podobno je potrdila tudi

raziskava na Nizozemskem, kjer so ugotovili, da so imeli multimorbidni pacienti več stikov z osebnim zdravnikom, več predpisanih zdravil in več sprejemov v bolnišnice. Najbolj izpostavljena skupina multimorbidnih pacientov so starejše ženske z nižjimi prihodki in iz majhnega gospodinjstva (10). Pri starejših pacientih z multimorbidnostjo so v največji meri prisotne osteoartikularne bolezni, hipertenzija, diabetes in duševne bolezni (11).

Evropska komisija sofinancira velik skupen projekt JA-CHRODIS (Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle), v kontekstu drugega EU-zdravstvenega programa 2008–2013. JA-CHRODIS cilja na identifikacijo populacije z multimorbidnostjo, ki ima visoke potrebe po zdravstveni oskrbi. Identifikacija značilnosti multimorbidnih pacientov, ki je povezana z visoko stopnjo porabe virov in negativnimi rezultati zdravstvene oskrbe, je potrebna za identifikacijo ciljne populacije, kateri intervencije lahko koristijo. Res je, da multimorbidnost sama ne more razložiti kompleksnosti potreb po oskrbi. Nadalje, potrebna je razvrstitev splošne populacije glede na potrebe po oskrbi, načrtna delitev virov in razvoj prilagojenih, stroškovno učinkovitih in k pacientu usmerjenih načrtov oskrbe. Glede na analizo podatkov iz baz držav EU se definira profil multimorbidnega pacienta z največjo potrebo po zdravstveni oskrbi. Globalna ocena je potrebna za identifikacijo multimorbidnih pacientov, ki so v nevarnosti za negativen zdravstveni izid, ter oblikovanje obsežnega pristopa, usmerjenega ne le v bolezni, ampak tudi v socialne, kognitivne in funkcionalne probleme, s katerimi se soočajo (12).

Literatura:

1. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* Jul. 7 2012; 380(9836): 37–43.
2. Melis R, Marengoni A, Angleman S, Frati-

3. Marengoni A, Winblad B, Karp A, Fratiglioni L. Prevalence of chronic diseases and multimorbidity among the elderly population in Sweden. *Am J Public Health* Jul. 2008; 98(7): 1198–200.
4. Tinetti ME, Fried TR, Boyd CM. Designing health care for the most common chronic condition—multimorbidity. *JAMA* Jun. 20 2012; 307(23): 2493–4.
5. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev* Sep. 2011; 10(4): 430–9.
6. Fortin M, Soubhi H, Hudon C, Bayliss EA, van den Akker M. Multimorbidity's many challenges. *BMJ* May 19 2007; 334(7602): 1016–7.
7. Smith SM, Soubhi H, Fortin M, Hudon C, O'Dowd T. Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings. *BMJ* Sep. 3 2012; 345: e5205.
8. Banerjee S. Multimorbidity-older adults need health care that can count past one. *Lancet* Feb 14 2015; 385(9968): 587–9.
9. Navickas R, et al. Prevalence and structure of multiple chronic conditions in Lithuanian population and the distribution of the associated healthcare... *Eur J Intern Med* (2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejim.2015.02.015>
10. Hopman P, et al. Health care utilization of patients with multiple chronic diseases in The Netherlands: Differences and underlying factors. *Eur J Intern Med* (2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejim.2015.02.006>
11. ForjazMJ, et al. Chronic conditions, disability, and quality of life in older adults with multimorbidity in Spain. *Eur J Intern Med* (2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejim.2015.02.016>
12. Onder G, et al. Time to face the challenge of multimorbidity. A European perspective from the joint action on chronic diseases and promoting health... *Eur J Intern Med* (2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejim.2015.02.020>

Psihoedukativne delavnice »Podpora pri spoprijemanju z depresijo«

Asist. mag. Alenka Tančič Grum, univ. dipl. psih., NIJZ,
Mark Bračič, študent psihologije, doc. dr. Saška Roškar,
univ. dipl. psih., NIJZ, Miša Bakan, študentka psihologije,
dr. Nataša Sedlar, univ. dipl. psih., NIJZ
alenka.tancic@nijz.si

Z letom 2014 je na nacionalni ravni v okviru zdravstvenovzgojnih centrov zdravstvenih domov pod koordinatorstvom Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) zaživel sistem brezplačnih psihoedukativnih delavnic z imenom »Podpora pri spoprijemanju z depresijo«. Gre za skrbno načrtovano in preiščljeno, s priporočili NICE (National Institute for Health and Care Excellence) podkrepnjeno in v tujini že uveljavljeno prakso. Psihoedukativne delavnice se na Centru za izvenbolnišnično psihiatrijo v Ljubljani, kjer so jih tudi razvili (pod vodstvom izr. prof. dr. Mojce Zvezdane Dernovšek), in na Psihiatrični kliniki Ljubljana uspešno izvajajo že dobro desetletje, v zadnjem letu pa je projekt doživel širitev na nacionalno raven. Ko govorimo o psihoedukativnih delavnicah, govorimo o nizko intenzivni psihološki, celo psihosocialni intervenciji, ki temelji na izobraževanju oseb, ki trpijo zaradi depresije. Gre torej za podporo osnovnemu zdravljenju depresije in ne za njegovo nadomestilo oz. za samostojno obravnavo. Izvajalci delavnic v zdravstvenovzgojnih centrih so diplomirane medicinske sestre, psihologi in drugi strokovnjaki s področja zdravstva, ki imajo opravljeno teoretično in praktično usposabljanje ter so pod redno supervizijo izkušenih mentorjev iz vrst psihiatrov, psihologov ali specialistov javnega zdravja. Udeležba na delavnicah je namenjena vsem posameznikom z

diagnozo depresije, zaželena pa je tudi prisotnost njihovih svojcev. Obisk jim lahko z izdajo interne napotnice ali delovnega naloga omogoči osebni zdravnik, psihiater ali diplomirana medinska sestra v referenčni ambulanti, delavnice so financirane s strani ZZZS.

Struktura psihoedukativnih delavnic je sestavljena iz štirih uro in pol trajajočih srečanj, na katerih je običajno prisotnih okoli osem udeležencev. Pristop je zastavljen široko in obsega:

- Izobraževanje o simptomih in znakih depresije ter pogovor o dejavnikih in okoliščinah, ki so vplivale na razvoj depresije. Slednje krepi zavedanje udeležencev o lastnem stanju in jih posledično opolnomoči za učinkovitejšo zaznavo sprememb njihovega počutja.
- Izobraževanje v zvezi z zdravljenjem, pri čemer spoznajo mehanizem delovanja antidepressivov in vlogo različnih aktivnosti pri spoprijemanju z depresijo.
- Izobraževanje o sovplivanju čustev, misli in vedenja ter vplivanju omenjenih procesov na telo; udeleženci tudi ozavešajo pomen podpore svojcev v procesu zdravljenja.
- Izobraževanje o možnih načinih preprečevanja poslabšanj in ponovitve bolezni.

Na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje smo ob prvi obletnici

nacionalnega izvajanja psihoedukativnih delavnic izvedli evalvacijsko raziskavo uspešnosti projekta, v katero je bilo vključenih 437 udeležencev z diagnozo depresije. Organiziranih je bilo 51 delavnic, ki so potekale v 41 zdravstvenih domovih po vseh 10 območnih enotah. Kar 80 odstotkov udeležencev se je udeležilo vsaj treh od štirih srečanj.

Učinkovitost delavnic smo ocenjevali na treh področjih, ki so jih udeleženci ocenjevali na začetku in ob koncu delavnice: sprememba počutja udeležencev, zaznavanje posameznikovega vpliva na lastno počutje in aktivna skrb za samega sebe. Več kot 80 odstotkov vseh udeležencev je po zaključeni delavnici poročalo o pozitivnih spremembah na vsaj enem izmed treh omenjenih področij, približno 70 odstotkov vseh udeležencev pa je poročalo o spremembah na dveh ali celo vseh treh področjih, po katerih smo spraševali. Udeleženci so navajali tudi pozitiven pomen izmenjave izkušenj z drugimi udeleženci s podobnimi težavami, ki jim ga je omogočil obisk delavnice, mnogi bi si želeli delavnico celo podaljšati.

Za namene ovrednotenja uspešnosti psihoedukativnih delavnic smo se z vprašalnikom obrnili tudi na izvajalce. Ti poročajo o dobrem odzivanju udeležencev; ugotavljajo namreč, da so bili udeleženci iz srečanja v srečanje bolj sproščeni, v veliki meri zadovoljni s programom in vsebinami ter bi želeli še nadaljevati delo v skupini. Menijo, da bi bilo smiselno udeležence vključiti tudi v druge programe zdravstvenovzgojnih centrov, kot npr. delavnice zdravega življenjskega sloga, telesne dejavnosti in tehnike sproščanja.

V nekaterih manjših krajih smo zaznali nekoliko nižji odziv od pričakovanega, pri čemer izvajalke sklepa-jo, da gre tovrsten pojav pripisati še vedno prisotni tabuizaciji depresije. Posebno zavzeto in dosledno smo zabeležili napotovanje na psihoedukativne delavnice na območju zahodne Slovenije, kjer so se zdravstveni strokovnjaki odzvali zelo pozitivno. Tovrstna stopnja uporabe podpornih načinov spoprijemanja z depresijo je vsekakor primer dobre prakse in vodi k spodbudnim rezultatom.

Da je napotitev oseb z depresijo na psihoedukativne delavnice visoko priporočljiva, nam kažejo poleg naše raziskave tudi primeri dela iz tujine, kjer že dolgo potekajo srečanja podobnih skupin. Izobraževanje oseb, ki se spoprijemajo z depresijo, krepi njihovo aktivno vlogo pri zdravljenju in posledično zagotavlja višjo stopnjo vključenosti in angažiranosti v sodelovanju z zdravnikom. Osebe z depresijo se namreč različno uspešno odzivajo na medikamentno terapijo, zaradi česar postaja marsikje v tujini (npr. Avstralija) psihoizobraževanje ključnega pomena v poteku zdravljenja

depresija. Nezanemarljiv je tudi pomen, ki ga imajo tovrstne intervencije na finančni vidik zdravljenja; zaradi kakovostnejšega sodelovanja in compliance lahko namreč pričakujemo prihranke zaradi zmanjšanih količin oz. krajše uporabe antidepresivov, pomirjeval, uspaval, kot tudi boljšega sodelovanja pri zdravljenju vzporednih bolezni.

Na podlagi spodbudne začetne ocene psihoedukativnih delavnic, ki je skladna z izkušnjami iz tujine, bi tako želeli izpostaviti pomen nadaljevanja njihovega učinkovitega poteka. Pri tem imajo z ozaveščanjem, informiranjem in napotovanjem pacientov na delavnice ključno vlogo osebni zdravniki. Veseli nas, da jih je veliko že prepoznalo vrednost podpore, ki jo psihoedukativne delavnice nudijo njihovi obravnavi. Upamo, da bomo z ustreznim obveščanjem in podobnimi prispevki dosegli tudi tiste zdravnike družinske medicine, ki delavnice Podpora pri spoprijemanju z depresijo še ne poznajo, in z njihovo pomočjo prispevali k še bolj kakovostni obravnavi pacientov in učinkovitejšemu spoprijemanju z depresijo.

V kolikor bi o psihoedukativnih delavnicah želeli izvedeti še več, vas vabimo k obisku spletne strani Nacionalnega inštituta za javno zdravje, lahko pa se obrnete tudi na katerikoli zdravstvenovzgojni center, kjer se le-te izvajajo (seznam vseh je naveden na: <http://www.nijz.si/delavnica-podpora-pri-spoprijemanju-z-depresijo>).

Literatura:

1. Cuijpers, P. (1998). A psychoeducational approach to the treatment of depression: A meta-analysis of Lewinsohn's "Coping With Depression" course. *Behavior Therapy*, 29(3), 521–533. [http://doi.org/10.1016/S0005-7894\(98\)80047-6](http://doi.org/10.1016/S0005-7894(98)80047-6)
2. Nice. (2009). Depression in adults: The treatment and management of depression in adults. *National Institute for Health and Clinical Excellence*, (April 2007). Retrieved from <http://www.nice.org.uk/guidance/CG90/chapter/introduction>
3. Tursi, M. F. D. S., Baes, C. V. W., Camacho, F. R. D. B., Tofoli, S. M. D. C., & Juruena, M. F. (2013). Effectiveness of psychoeducation for depression: a systematic review. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(11), 1019–31. <http://doi.org/10.1177/0004867413491154>

Ko zdravniki obmolknajo¹

Red. prof. dr. Dejan Verčič, Fakulteta za družbene vede

Uvod

Kodeks medicinske deontologije Slovenije v 10. členu pravi: »Vsaka neposredna ali posredna reklama ali publiciteta, ki nima vzgojnovarstvenega in izobraževalnega cilja, je za zdravnika prepovedana.« (1) Toda v estetski kirurgiji, oftalmologiji in dentalni medicini (2) smo priče obilnemu

oglaševanju tujih zdravnikov tudi v *Oni*, eni najbolj branih revij in prilogi osrednjih dveh časnikov, *Dela in Slovenskih novic*, ki je imela v letu 2014 povprečno tiskano naklado 116.488 izvodov z dosegom 15,8 odstotka oz. 269.000 bralk in bralcev (3) (slika 1).

Isti oglas lahko najdemo tudi na 18. in 19. strani majske številke skupne priloge *Dela in Slovenskih novic Plus 50*, ki je imela v letu 2014 povprečno tiskano naklado 113.000 izvodov. Vendar to še ni vse; v isti številki *Plus 50* je osem strani prej

mogoče prebrati novinarsko podpisani prispevek o oglaševalcu, ki ga prikazuje slika 2.

Ti dve sliki verjetno predstavljata to, kar so avtorji *Kodeksa medicinske deontologije Slovenije* hoteli preprečiti. Pri tem niso uspeli.

Tradicionalni in »novi« mediji

Kodeks medicinske deontologije Slovenije je, vsaj kar zadeva javno komuniciranje, oblikovno in vsebin-

¹ Prispevek izhaja iz avtorjevega nastopa na 22. Strokovnem srečanju ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu, ki je bilo 28. in 29. maja 2015 v Novi Gorici.



Slika 1: Primer spornega oglasa (4)

sko zastarel. Nanaša se na čase, ko je bila notranja struktura praktično vseh množičnih medijev takšna, kot jo prikazuje spodnja slika:

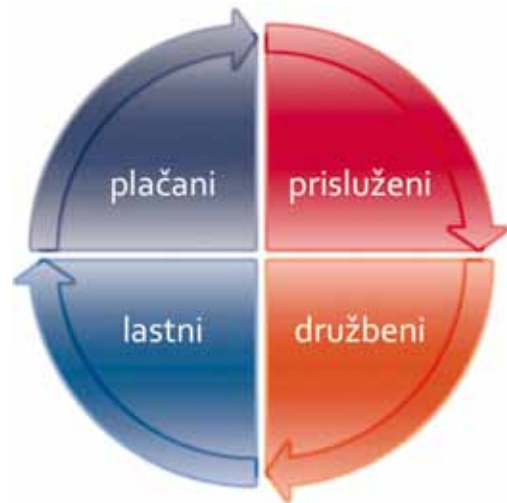


Struktura sporočanja v tradicionalnih množičnih medijih

»Reklama« v prepovedi se v sodobni slovenski komunikologiji in sodobnem slovenskem trženju ter tržnem komuniciranju imenuje »oglas«. S »publiciteto« je verjetno mišljeno samoiniciativno in avtorsko nastopanje zdravnikov v urednikovanih delih medijskega časa in prostora, čeprav na področju strateškega komuniciranja publiciteta »označuje

posebno, neplačano in neosebno obliko komuniciranja neznanega naročnika s ciljnim skupinami preko množičnih medijev«. (5) Publicitete v tem pomenu ni mogoče prepovedati in prav zato je farmacevtska industrija eden izmed njenih največjih uporabnikov: ker je oglaševanje zdravil na recept končnim porabnikom prepovedano, jih je pač mogoče komunicirati skozi publiciteto. Terja sicer napor (treba si je izmišljati zgodbe, ki so novinarjem in njihovim urednikom tako zanimive, da jih prostovoljno objavijo), prepovedana pa ni in ne more biti, ker bi se s tem poseglo v osnovno medijsko svobodo. Publiciteto namreč nominalno ustvarjajo novinarji!

Delitev medijskega sporočanja na novinarsko (oziroma uredniško) in oglaševanje bolj sodi v dvajseto kot pa v enaindvajseto stoletje. Tisti, ki se ukvarjajo s strateškim komuniciranjem, medijsko sporočanje danes delijo tako, kot to prikazuje slika na desni:



Struktura sporočanja v tradicionalnih množičnih medijih

Strateško sporočanje loči plačane in prislužene medije (kar približno ustreza staremu oglaševanju in publiciteti), ob teh pa še lastne ter družbene medije. Lastni mediji so tisti, ki jih ustvarjamo sami, in med njimi so danes najbolj pogoste predstavitvene strani na svetovnem spletu

10 Utrip

Vladavina vsadkov, saj zob ni mogoče posejati

ZAGREBŠKI ZOBOZDRAVNIK DR. ZBENKO TAMERŠI opravi več kot tristo implantoloških posegov na leto in več kot dvesto kirurških posegov pri reševanju brez zobosti. Ustvarja izvirni pogled na stomatologijo in ga integrira v koncept dental spa, s katerim se pacienti v nebolečih, udobnih in sproščujočih postopkih ter ob posopstvih negi hitreje vrne k vsakdanjini dejavnosti.

IZVIRNI KONCEPT

D Pravi pogled na to, da se zdravi, je vendarle drugačen od tega, ki ga imamo v Sloveniji. Zdravje ni samo odsotnost bolezni, ampak je celostna zdravstvena država, ki vključuje tudi duhovno, čustveno in socialno zdravje. Zdravje je celostna zdravstvena država, ki vključuje tudi duhovno, čustveno in socialno zdravje. Zdravje je celostna zdravstvena država, ki vključuje tudi duhovno, čustveno in socialno zdravje.

Kaj pa zdrava stomatologija?
Zdrava stomatologija je tista, ki se osredotoča na celostno zdravje pacienta, ne samo na zdravljenje zobne bolezni. Zdrava stomatologija je tista, ki se osredotoča na celostno zdravje pacienta, ne samo na zdravljenje zobne bolezni.

LEŽANJE NA STOLOZ z odprtimi usti je travma.

Med zdravniki v primerljivih področjih niso nič manj aktivni od svojih hrvaških kolegov. Dovolj je v iskalnik vtipkati »zobozdravnik« in odpre se seznam vrste slovenskih zobozdravstvenih ambulant, ordinacij, studiev... Podobno je recimo na Facebooku, ki je pri nas najbolj uporabljano družbeno omrežje. Pregled teh strani hitro razkrije, da slovenski zdravniki lastne (spletne strani) in družbene medije uporabljajo enako, kot bi uporabljali »reklamo« in »publiciteto«, če ti ne bi bili prepovedani.

Dr. Zbenko Tameršič je zdravnik zobozdravstva, ki se osredotoča na celostno zdravje pacienta. Zdravje je celostna zdravstvena država, ki vključuje tudi duhovno, čustveno in socialno zdravje.



Stavenci na poljarnem
dr. Zbenko Tameršič

Dr. Zbenko Tameršič je zdravnik zobozdravstva, ki se osredotoča na celostno zdravje pacienta. Zdravje je celostna zdravstvena država, ki vključuje tudi duhovno, čustveno in socialno zdravje. Zdravje je celostna zdravstvena država, ki vključuje tudi duhovno, čustveno in socialno zdravje.

ustvarjanju vsebin. Učinek pa je podoben, kot ga dosežejo zdravniki s pojavljanjem v kakršnemkoli vzgojnovarstvenem in izobraževalnem kontekstu.

Pogled v bližnjo prihodnost

Ameriško računalniško podjetje Apple je v operacijski sistem za mobilne naprave iOS 8 vgradilo aplikacijo *HealthKit* (zdravstveno orodje oz. premo), ki je zmožna



Fotografija ekrana mobilnika iPhone z aplikacijo HealthKit

Slika 2: Primer novinarskega prispevka, ki »predhodi« oglasu v isti prilogi

za zdravnika? Že bežen pogled na slovenski medijski prostor razkrije posebne revije, časopisne priloge, televizijske oddaje, spletne portale in tako naprej, v katerih nastopajo zdravniki. Kako takšno hibridno sporočanje deluje, preprosto prikazuje spodnja spletna objava:

za zdravnika? Že bežen pogled na slovenski medijski prostor razkrije posebne revije, časopisne priloge, televizijske oddaje, spletne portale in tako naprej, v katerih nastopajo zdravniki. Kako takšno hibridno sporočanje deluje, preprosto prikazuje spodnja spletna objava:

ZDRAVSTVENO IZOBRAŽEVALNA TV PONUJA »SOFT OGLAŠEVANJE«

- »soft« oglaševanje je nov način oglaševanja, kjer so ciljni publiko skozi **multimedijske predstavitve informativno – izobraževalnih vsebin prikazani oglasi**
- zaradi narave prostora ter možnosti, ki jo medij omogoča, želimo obiskovalce z informativno – izobraževalnimi prispevki obvestiti o trenutnih novitetah na področju zdravja, nege, razvoja medicine ali pa jih kratkočasiti s krajšimi razvedrilnimi programi, ki pozitivno vplivajo na njihovo počutje**
- s takšnim PR oglaševanjem dosežemo boljše prepoznavnost produkta ali storitve**
- v sodelovanju z nekaterimi društvi in zdravniki vsak mesec sestavimo izobraževalni program, ki je sestavljen iz več tem v povezavi z zdravjem ter kvalitete življenja nasploh**
- med informativno – izobraževalnimi vsebinami zavrtimo TV oglas**

Primer ponudbe za hibridno sporočanje (6)

Hibridno sporočanje

Tudi to še ni vse: kaj pa je z vzgojnovarstvenim in izobraževalnim komuniciranjem, ki kot svoj stranski učinek proizvaja neposredno ali posredno »reklamo« ali »publiciteto«

Ta ponudba ni toliko namenjena zdravnikom kot drugim zainteresiranim za laične obiskovalce zdravstvenih domov, čeprav ne gre prezreti, da obljublja sodelovanje zdravnikov pri

spremljati fiziološke vidike našega življenja: telesno aktivnost, prehrano, spanje in življenjske funkcije (7). S tem je pametni telefon, ki je po svojem bistvu komunikacijski, postal

tudi medicinski pripomoček. Sledila je predstavitev pametne ročne ure iWatch, ki je nosljivi medij in ki bo na lastnikih lahko tudi ves dan, vse dni v letu. Pametna ura in telefon naše (tudi) zdravstvene podatke zbirata in pošiljata v računalniški oblak nekam zunaj Slovenije. Samo vprašanje časa je, kdaj bodo ti podatki uporabljeni za povratno zdravstveno komuniciranje. Tako moramo k današnjim plačanim, prisluženim, lastnim in družbenim medijem dodati še mobilne (pametni telefoni) in nosljive medije (npr. pametne ročne ure).

Namesto zaključka

Obstoječe omejitve in prepovedi javnega komuniciranja zdravnikov so neživljenjske in temeljijo na paternalističnem razumevanju in državnem uravnavanju stroke. Prihaja čas, ko bo treba v interesu zdravništva in družbe vstopiti v čas zdravstvenega komuniciranja, ki zajema vse komuniciranje, ki se nanaša na zdravje, na osebni, medosebni, organizacijski in družbeni ravni (8). Gre za multidisciplinarno, interdisciplinarno ter transdisciplinarno področje, ki ob medicini in komunikologiji združuje še mnoge druge vede, vendar se je v organizaciji

znanstvenega dela uveljavilo kot veja komunikologije (in v tem smislu bi lahko v slovenščini govorili tudi o zdravstveni komunikologiji). Ukvarja se s širokim razponom vprašanj, od komuniciranja med zdravniki in pacienti, med zdravstvenim osebjem samim, pa do javnih komunikacijskih kampanj in sprememb, ki jih za zdravje prinašajo digitalne, družbene, mobilne, nosljive in podobne komunikacijske tehnologije (9). Med osrednjimi zamislivi zadnja leta prevladujeta opolnomočenje pacientov in zdravstvena pismenost (10). Namen zdravstvenega komuniciranja je vplivati na kakovost izbir v korist osebnega in javnega zdravja (11).

To pa bo mogoče le, če bomo zdravnikom (spet) dovolili govoriti. V času mediatizacije vsega ljudi ni mogoče zavarovati pred vse večjim dostopom do vse več vrst informacij; lahko pa jih usposobimo, da jih bodo znali odbirati in obdelovati.

Literatura:

1. Zdravniška zbornica Slovenije (1997). *Kodeks medicinske deontologije Slovenije*. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije. Pridobljeno na dan 27. april 2015, s <http://www.zdravnikazbornica.si/zzs.asp?FolderId=386>.
2. Lečnik Wallas, P. (2014, 16. december). Okrogla miza: Oglaševanje zdravstvenih

storitev. *Domus medica*. Pridobljeno na dan 27. april 2015, s <http://www.domusmedica.si/aktualno/info/2014/12/16/ogal%C5%A1evanje-zdravstvenih-storitev>.

3. Delo (2014). *Priložnosti 2014*. Ljubljana: Delo. Pridobljeno na dan 27. april 2015, s http://www.slovenskenovice.si/sites/slovenskenovice.si/files/article_attachments/cenik_delo_2014_.pdf.
4. *Ona*, ženski magazin *Dela* in *Slovenskih novic*, let. 17, št. 15, 14. april 2015, str. 40-41.
5. Verčič, D. (2013). Oglaševanje in publiciteta. V Z. Jančič in V. Žabkar (ur.), *Oglaševanje* (str. 343-361). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, str. 344.
6. Pridobljeno na dan 28. april 2015, s <http://www.fenomen.si/mreza.html>.
7. Huš, M. (2014, 18. september). Izšel iOS 8. *Slo-Tech*. Pridobljeno na dan 27. april 2015, s <https://slo-tech.com/forum/t621129/o>.
8. Viswanath, K. (2015). Health communication. V W. Donsbach (ur.), *The Concise Encyclopedia of Communication* (str. 240-242). Chichester, UK: John Wiley & Sons.
9. Thomson, T. L., Parrot, R., in Nussbaum, J. F., ur. (2011). *The Routledge handbook of Health Communication*. New York: Routledge.
10. Schultz, P. J., in Nakamoto, K. (2013). Health literacy and patient empowerment in health communication: The importance of separating conjoined twins. *Patient Education and Counseling* 90(1), str. 4-11.
11. Guttman, N. (2008). Health communication, Ethics in. V W. Donsbach (ur.), *The International Encyclopedia of Communication, Vol. V* (str. 2086-22092). Malden, MA, in Oxford, UK: Blackwell Publishing.

Nepal – med strahom in srečo

Vlasta Kunaver, dr. med., Zdravstveni dom dr. Julija Polca Kamnik
vlasta.kunaver@gmail.com

Pisati o izkušnji, kakršna je potres 7,8. stopnje po Rihterjevi lestvici, o lastnem strahu ob tem, o pretresenosti domačinov, porušenih domovih, bregovih in cestah ter o izkušnji v bolnišnici v teh izrednih razmerah je najbrž potrebno, a težko...

Na letošnjo pot v Nepal smo se odpravili z željo prečiti pod gorsko verigo Ganesh Himal od vzhoda proti zahodu in pot zaključiti v

Arughat bazarju, od koder smo pred tremi leti odšli na pot okoli Manasluja. En sam dan v Katmanduju je zadostoval za zadnje priprave in nakupe, tako da smo 25. aprila navsezgodaj zlezi v džip, ki naj bi nas odpeljal v izhodišče Shyabrubesi na obrobju področja Langtang, na konec ceste, ki jo proti kitajski meji na severu gradijo Nepalci in Kitajci skupaj.

Te dostopne voznje po nepalskih cestah so praviloma počasne in naporene in se mi jih običajno nekako posreči prespati. Kar zadeva duševni mir, je to vsekakor dobro, ker so te ceste za naše predstave zelo daleč od tega, kar doma pojmujejo pod varno. Tudi tokrat sem dodobra odprla oči, šele ko smo bili že visoko v gorah.

Viki je predlagal, da zadnji del poti prehodimo. Z veseljem smo se

strinjali, noge smo po urah premetavanja v džipu komaj še čutili. V vasi Dunche smo oprtali nahrbtnike, pridružil se nam je še naš vodič, džip z našo prtljago in obema nosačema pa je nadaljeval pot v Shyabrubesi. Viki se je pri čortenu, ki označuje odcep poti proti Gosainkundskim jezerom, želel slikati, da bi imel dokaz, da je ta del poti res prehodil. Prav to nam je najbrž rešilo življenje...

Že čez nekaj minut, ko smo se bližali mostu na dnu soteske, sem najprej dobesedno v trebuhu začutila neverjetno vibracijo, hip zatem se je oglasilo oglušujoče hrumenje. Takoj mi je bilo jasno, da je potres, začele so padati skale. Bili smo popolnoma nemočni, skale so se podirale tako na notranji rob ceste kot na zunanji, podrl se je tudi cel nasprotni breg doline, zajel nas je oblak prahu.

Kar naenkrat sem zagledala Toneta z okrvavljeno glavo. Na hitro sem mu brisala kri z obraza in iskala obliže. Vse med tekom nazaj po cesti na varnejše, manj strmo območje. Bili smo čisto pretreseni, naš vodič zbeگان in prestrašen. Vaščani so se na poljih čepe stiskali v gručice in nas vabili medse.



Avtorica z reševalci iz Butana

Zares prestrašeni pa smo postali, ko smo si ogledali podor na cesti manj kot 100 m dalje od mesta, kjer smo bili. Cesta je bila v dolžini nekaj sto metrov na debelo zasuta s skalami. Tisto slikanje pri čortenu nas je rešilo...

Res čudna so pota usode.

V vasi je bilo porušenih mnogo hiš, nekatere pa komaj dotaknjene. Fantje so takoj izbrali enega od še celih lodžev in se dogovorili za preno-

čišče, sama sem si pa šele proti večeru upala v hišo. Vsi domačini so prenočevali zunaj, popotresni sunki so tla še izdatno tresli. Na srečo so bili tudi naša nosača in voznik na varnem.

Popotresni sunki, ki so stresali pobočja, so še vedno sprožali salve padajočega kamenja in skal. Večje podore pobočij smo že na daleč videli kot ogromne oblake prahu. Hočeš nočeš smo morali dan po potresu na pot preko vseh svežih podorov do



Bolnišnica na prostem

Shyabrubesija, do naših spremljevalcev in prtljage. Vodič se je upiral na vse kriplje. Videti je bilo, da ga je groza. Resnici na ljubo smo bili tudi mi zelo prestrašeni, toliko bolj, ko smo od blizu videli, čemu smo za las ušli...

Prvih 500 m ceste naprej od tam, ker nas je ujel potres, je bilo več metrov na debelo zasutih s skalami. Večina ceste, po kateri smo hodili, je bila uničena tako zaradi skalnih podorov kot zaradi različno širokih razpok in udorov. Vso pot smo srečevali bežeče domačine, vendar za čuda v glavnem moške, ženske pa so ostajale v napol podrthih vaseh.

Z najnujnejšo opremo iz naših tovorov smo se peš vrnili v Dunche. Kar takoj so nas hoteli namestiti v skupno taborišče na prostem, pa smo se znašli po svoje. Noč smo prespali v neki lopi z razstavo ptičev, zjutraj pa nadaljevali peš proti dolini. Prvih 20 km ceste je bilo v glavnem tudi tu uničene. Hoja je bila zelo nelagodna. Tla so se še vedno kar redno tresla, strmi bregovi pa grozili z novimi podori.

Nam je bilo seveda jasno, da lahko pridemo v dolino le tako, da vzamemo pot pod noge. Srečevali pa smo tudi tujce, ki so pričakovali, da jih bodo, sicer zdrave in čile, iz prizadetih območji evakuirali s helikopterji! Nepalska vlada je na srečo menda v času nesreče pod svoje okrilje prevzela tudi zasebne helikopterje in jih preusmerila v pomoč prizadetim.

Življenje pa vendarle zmaga v še tako hudih okoliščinah, sploh v deželi, kot je Nepal. Drugi dan po potresu so se otroci že podili in smejali okoli vogalov porušenih hiš, odrasli so nas veselo pozdravljali in ob pogledu na Tonetovo obvezano glavo spraševali, ali smo dobro. Družina ob poti nas je zastoj pogostila s tradicionalnim daal bathom, rekoč, da si v nesreči ljudje pač moramo pomagati. O plačilu niso hoteli niti slišati. Komaj sem zadrževala solze.

Po dnevu in pol hoje in po približno 50 prehojenih kilometrih smo prišli v relativno bolj varno območje



Dr. Tobgay, psihiater, dr. Chhetri, pediater, in avtorica

Trisuli bazarja. Kar nismo mogli verjeti, v hotelu Thakali, ki je bil videti praktično brez praske, so imeli elektriko in celo internet.

Zvečer sem se povzpela na nasprotni breg reke v lokalno bolnišnico. Zelo so bili veseli ponudbe, da pridem pomagat. Malo pred menoj je tja prispela tudi velika medicinska ekipa butanske vojske, ki jo je na prizadeto območje poslal butanski kralj.

Naslednje jutro sem se navsezgodaj znašla na dvorišču bolnišnice, ki je bilo že tedaj prepolno hudo ranjenih. Helikopterji in razna vozila so ves dan dovažali nove in nove poškodovane. Tako je najbrž v vojnah...

Vladal je popoln kaos. Od domačega ginekologa sem si izposodila fonendoskop in dobila enega od domačih specializantov za pomoč in prevajanje. Na hitro sem si ogledala zalogo zdravil, da sem vsaj vedela, kaj lahko predpišem. Bil je tretji dan po potresu, rane pa večinoma še neoskrbljene, zelo umazane, zasušene, okužene, polne muh.

Ko sem pred kratkim brala dedove spomine na prvo svetovno vojno in ranjence v težkih razmerah, si seveda nisem mislila, da bom kdaj sama videla kaj podobnega.

Bolnišnica je bila zaradi poškodovanih zgradb na prostem. Poškodovani so dobivali parenteralno in per os ogromne količine antibiotikov. Naši infektologi bi se verjetno zgrozili, tam

pa je to reševalo. Večina ranjencev je bila iz revnih gorskih vasi, kjer higiena že tako ni ravno na prvem mestu, potres pa jih je ujel med delom na poljih in v gozdu ali v podrthih zgradbah, tako da so bili pogosto prekriti z zemljo in prahom, okužbe so prispevale še številne muhe.

Večinoma so per os dobili kombinacijo amoksicilina in kloksacilina v visokih odmerkih, pogosto dodatno še metronidazol, parenteralno pa običajno enega od cefalosporinov in metronidazol. To vse skupaj ni ravno po naših smernicah, je pa delovalo. V dneh, ko sem bila tam, ni v bolnišnici nihče umrl. Zaradi gangrene so opravili le dve amputaciji. To se mi zdi, glede na poškodbe in razmere, v katerih so bili poškodovani, pravi čudež.

Za tak uspeh smo se morali zahvaliti predvsem Butancem. V Trisuli bazar jih je prišlo 62, od tega dvanajst zdravnikov. Vodil jih je dr. Tobgay Wangchuk. Poleg kirurgov so imeli še psihiatra, pediatra, rentgenskega tehnika, zdravstvene tehnike, oficirje, vojake, specialiste za zveze in nekaj prostovoljcev. S seboj so pripeljali prav vse, mobilno operacijsko dvorano, rentgen, ultrazvok, laboratorij, vsa zdravila, komplet tabor zase in vso hrano in vodo, ki so jo potrebovali zase.

Taka pomoč, in to tako hitra, je ob naravni katastrofi, kot je tokrat

prizadela Nepal, res neprecenljiva. Rešili so mnogo življenj in mnoge zagotovo obvarovali invalidnosti. Poškodbe so bile res hude in raznovrstne. Rane, ki jih povzročijo padajoče skale, so velike, globoke in zelo raztrgane. Veliko je bilo močno dislociranih zlomov stegnic, zlomov medenice, poškodb dlani, reber, *crash* poškodb mehkih tkiv, zlomov lobanje in še bi lahko naštevala. Ker sem pediatriinja, sem se največ ukvarjala z otroki. Delala sem večinoma skupaj z dr. Chhetrijem, pediatrom iz Butana, ki je sicer nepalskega rodu.

Opisala bom nekaj pediatričnih primerov. Med množico poškodovanih, ki so ležali na dvorišču bolnišnice, je bila tudi 10-letna deklica Sabina z očetom. Doma sta bila iz oddaljene gorske vasi. Sabina je prišla že dan pred menoj in se je, ker je bila že oskrbljena, to je pomenilo, da je imela obvezo na glavi in i.v. kanal na roki, nekako izgubila v množici »svežih« pacientov. Tretji dan sem le imela toliko časa, da sem začela še enkrat preverjati vse od začetka. Na papirjih, ki jih je imela Sabina pri sebi, sem zagledala diagnozo impresijska fraktura glave, terapija i.v. ceftriaxon in metronidazol in redne preveze. Pod obvezo se je skrivala grdo zagnojena globoka rana na glavi. Deklica je imela parezo po desni strani. Rentgen glave pa še ni bil narejen! Takoj smo naredili posnetek glave in z grozo ugotovili globoko impresijsko frakturo. Nevrokirurg se je odločil za operacijo takoj naslednje jutro. Deklica je operacijo uspešno prestala. Šlo je za perforacijo dure, tako rekoč v možgane je imela zadržte delce lobanje, kožo in lase... Že dan po operaciji je Sabina veselo sedela na postelji in se smehljala, zraven pa presrečen oče.

Devetnajst mesecev staro Sono so šesti dan po potresu iz oddaljene vasi peš prinesle sorodnice. Našli so jo v gozdu, pet dni po potresu, poleg mrtve visoko noseče mamice, ki jo je ubilo padajoče skalovje. Povedali so, da se je deklica držala maminih las in samo še ječala. Sono je bila močno dehidrirana, šokirana. O kapilarnem

povratku skorajda ni bilo mogoče govoriti, na levem stegnu in goleni je imela globoki rani. Poleg tega pa še obsežno pljučnico po celi levi strani. Pravi čudež je bil, da je preživela v gozdu. Najprej smo jo rehidrirali, dobila je i.v. antibiotike, kisik, kirurg ji je oskrbel rani. Prvi dan je bila somnolentna, tahidispnoična, visoko febrilna. V naslednjih dneh je bila Sono vse boljša. Kadarkoli sem prišla k njej, je mirno sledila s pogledom. Včasih pa se je celo previdno nasmehnila. Mamice in bratca ali sestrice, ki ga je pričakovala, ji ne bo mogel vrniti nihče... Lahko si tudi samo predstavljamo, kako je majhna deklica vse to doživljala in kako jo bo zaznamovalo.

Večjo, 13-letno deklico so pogrešali od potresa in jo našli nezavestno in podhlajeno v gozdu štiri dni kasneje. Tudi ona je bila močno dehidrirana, brez vidnih poškodb, zenici sta na osvetlitev reagirali ustrezno, refleksi so bili simetrični. Ko pa smo jo rehidrirali, se je razvila levostranska pareza. Deklico so zaradi suma, da gre za možgansko krvavitev, takoj prepekljali v eno od zasebnih nevroloških bolnišnic. Naslednji dan so sporočili, da je šlo za meningitis!

Daleč največ poškodovanih pa je bilo starejših ljudi, ki se verjetno zaradi starosti ob potresu niso uspeli dovolj hitro rešiti na prosto. Starejši bolniki so bili prizadeti tako zaradi poškodb, ki so jih dobili ob potresu, kot tudi zaradi vseh težav, ki so jih imeli že sicer. Mnogi se niso imeli

kam vrniti, saj so bili njihovi domovi uničeni.

Rdeči križ je organiziral dva tabora, kamor smo lahko odpustili vse, ki so bili oskrbljeni in so prihajali le še na preveze. Razmere so se tako v treh dneh dokaj normalizirale, čeprav je bilo vse skupaj za naše predstave še vedno daleč od sprejemljivega.

Šlo je za izredno izkušnjo množične nesreče, ki ti postavi dobesedno na glavo vse, kar si doslej vedel o medicini. Poškodovani so preživeli kljub umazaniji, kljub močno odloženi oskrbi. Mnogo je bilo bolnikov, za katere dobro vem, da bi vsak od njih pri nas dvignil na noge cel oddelek, tam pa so bili samo eden od mnogih, potrpežljivih, enako trpečih...

Zelo sem hvaležna, da sem ob tej katastrofi lahko delala z ekipo iz Butana. Raje niti ne pomislim, kaj bi bilo v bolnišnici v Trisuli bazarju brez njih. Kirurgi in vsi ostali so delali od jutra do večera, dobesedno z nasmehom. Česa takega nisem videla še nikoli. Naredili so brez števila osteosintez, tudi zunanje fiksaterje, kirurško so oskrbovali globoke rane, nevrokirurg dr. Tashi Tenzing je operiral praktično brez prestanka.

Letošnja pot v Nepal je bila sicer taka, da bi jo vsak pameten raje izpustil, pa vendar dragocena in nepozabna izkušnja. Izkušnja, ki ponovno opomni, da je življenje lepo, da živimo lepo in dobro, v lepi deželi. Samo oči moramo že enkrat odpreti, da nam bo vse to postalo jasno...



Posledice potresa

Zakon (KA-AZT, Krankenanstaltenärztegesetz) in plače: le delno rešitve

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

Za deželo Tirolsko se je za leto 2015 našla prehodna rešitev. Deželna vlada je sprejela izpogajano rešitev za prejemke in ukrepe, po katerih bo TILAK (*Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH*, družba za upravljanje bolnišniških ustanov) dodatno prejela 11,2 mio. EUR. Prejemki (plače) zdravnikov se bodo povečali za 3,7 mio. EUR.

Koroška deželna vlada je soglasno potrdila shemo dohodkov (plač) za bolnišnične zdravnice in zdravnike. KABEG (*Kärntner Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft*) bo dodatno prejela 13,5 mio. EUR, namenjenih za povečanje osnovnih plač ter za izobraževanje.

Na Dunaju pogajanja še potekajo. Zastopniki bolnišničnih ustanov (KAV) ter dunajska zdravniška zbornica so se poenotili, da bodo dobili denarno nadomestilo vsi tisti zdravniki, ki delajo več kot 48 ur na teden. Izhodišče za pogajanja je bilo stališče zdravniške zbornice, da se bodo plače uredile z veljavnostjo od 1. 1. 2015.

Na Gradiščanskem so pogajanja sprva potekala dobro, zdaj pa vse zamuja. Michael Lang, predsednik gradiščanske zdravniške zbornice, meni, da so razmere vsak dan slabše, da vse več zdravnikov zapušča Gradiščansko.

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

CIRS medical

Primer meseca: Težavna indukcija narkoze

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

Poroča zdravnik z več kot petimi leti poklicnih izkušenj:

Ženska, stara več kot 70 let, naj bi prejela kolensko protezo. Po odstranitvi stare je operater videl, da nove proteze nima na voljo. Iz druge, bližnje bolnišnice so končno le dobili novo protezo, kar je pomenilo 70-minutni zastoj pri operativno odprti spodnji okončini. Zdravnik, ki poroča o tem zapletu, postavi naslednje vprašanje: Kdo je odgovoren za zaplet?

Kot pomembne spremljajoče dogodke velja navesti tole: Indukcija narkoze (anestezije) je bila težavna, ker je bila naprava za invazivno merjenje arterijskega tlaka zapletena in ker je

hkrati potekalo več operativnih posegov. Operater je sicer večkrat zahteval, naj preverijo, ali je proteza na voljo, a njegove zahteve zaradi časovne stiske niso izpolnili.

Zdravnik, ki poroča o primeru, svetuje (*take-home-message*), naj se določi, katera oseba je zadolžena za preverjanje, ali je material, nujen za operacijo, dejansko na voljo.

Po podatkih do podobnih zapletov pride enkrat na mesec in vzmerni paciente.

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

Kalifornija: Obvezno cepljenje za šolarje?

Prevod in priredba: Marjan Kordaš, Ljubljana

marjan.kordas@mf.uni-lj.si

V ZDA, v zvezni državi Kalifornija bodo morda kmalu uvedli obvezno cepljenje za šolske otroke. Odbor za šolstvo podpira ustrezen predlog

zakona. Če bo tako, bo Kalifornija tretja zvezna država v ZDA, ki bo v prihodnje zahtevala cepljenje kot pogoj za vpis v šolo. Izjeme so predvi-

dene le, če za to obstoji medicinska indikacija. O obveznem cepljenju v tej državi razpravljajo že od izbruha ošpic leta 2014.

Vir: *Österreichische Ärztezeitung* št. 9, 10. maj 2015

Previdnostni ukrepi proti H2N2

Prevod in priredba: Marjan Kordaš, Ljubljana

marjan.kordas@mf.uni-lj.si

Potem ko je bil potrjen izbruh virusa ptičje gripe H2N2, so v ZDA, v zvezni državi Iowa, pobili pet milijonov kokoši. Četudi je zaenkrat tveganje za človeka majhno, so oblasti že začele priprave za izdelavo cepiva. Od decembra 2014 je CDC (Centre for Disease Control) poročal o

primerih okužbe s H2N2 iz 16 držav ZDA ter iz Kanade.

Vir: *Österreichische Ärztezeitung* št. 9, 10. maj 2015

Grčija: odhaja vse več zdravnikov

Prevod in priredba: Marjan Kordaš, Ljubljana

marjan.kordas@mf.uni-lj.si

Po podatkih Ministrstva za zdravje v Grčiji zaradi finančnih težav v javnih bolnišnicah za vzdrževanje vsaj minimalne zdravstvene oskrbe manjka približno 3000 zdravnikov ter 5000 srednjega medicinskega kadra. Dovolj medicinskega osebja je samo še v zasebnih klinikah; večina prebivalstva pa si tam zdravljenja ne more privoščiti. Hkrati je stopnja brezposel-

nosti med zdravniki dosegla rekordne razsežnosti. Po podatkih atenske zdravniške zbornice se je število brezposelnih specialistov v zadnjih petih letih celo podvojilo. Pri grškem Uradu za zaposlovanje je registriranih 4000 brezposelnih zdravnikov, predvsem mladih. Ena tretjina od njih ima še pravico do nadomestila za brezposelne, 360 EUR mesečno. Ker

so se zdravniške plače v javnem zdravstvu hudo zmanjšale, je med leti 2009 in 2014 emigriralo 4000 grških zdravnikov. Najbolj priljubljen cilj je Nemčija, kjer je leta 2013 po statistiki zvezne zdravniške zbornice delalo 2814 zdravnikov grškega porekla.

Vir: *Österreichische Ärztezeitung* št. 9, 10. maj 2015

Delavnice mladih zdravnikov družinske medicine na četrti konferenci Združenja zdravnikov družinske medicine jugovzhodne Evrope

Klemen Pašić, dr. med.,

SAVA MED, Zdravstvene storitve in svetovanje, d. o. o., Spodnji Duplek

klemen.pasic@gmail.com

Med 4. in 6. junijem se je, letos v Ljubljani, odvijala že četrta konferenca Združenja zdravnikov splošne/družinske medicine jugovzhodne Evrope. S strani organizatorjev smo bili k aktivnemu sodelovanju povabljeni tudi mladi specializanti in specialisti družinske medicine, ki delujejo pod okriljem Sekcije mladih zdravnikov družinske medicine (SMZDM) in Vasco da Gama Movementa (VdGM). VdGM je delovna skupina mladih zdravnikov družinske medicine Evrope, ki je del evropskega združenja zdravnikov družinske medicine WONCA Europe (The World Organization of National Colleges, Academies

and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians).

Konferenco smo popestrili s pripravo štirih delavnic, ki so bile v programu sicer razdrobljene, vendar tematsko združene pod VdGM. Tistim, ki jih večkrat na družbenem omrežju preseneti vabilo s strani pacienta za »on-line« prijateljstvo, je bila namenjena delavnica o veščinah ohranjanja spletnega profesionalizma, ki jo je pripravila specializantka družinske medicine Tadeja Čeh. Predstavila je pet ključnih točk spletnega profesionalizma, ki jih je izdal American College of Physician Ethics. Glavne



Z leve: Vojislav Ivetić, Barbara Ifko, Nataša Goriup, Ivana Babič, Lukas Heschl, Kiril Soleski, Filip Lokvenec in Klemen Pašić

dileme in oporne točke razprave so bile, ali sprejeti pacientovo facebook prijateljstvo, etične dileme »googla-nja« pacienta in negativne posledice socialnih medijev na odnos pacient – zdravnik.

Z nespretnostjo mladih zdravnikov pri sporočanju slabih novic pacientom se je soočala specializantka družinske medicine Barbara Ifko, ki je pri pripravi delavnice sodelovala z avstrijskim kolegom specializantom družinske medicine Lukasm Heschlom. Z izmenjevanjem izkušenj smo odkrivali načine, kako izboljšati pristop do sporočanja slabih novic in kako se postaviti po robu stresu, ki nastane ob tem.

Makedonski predstavnik VdGM Kiril Soleski je v sodelovanju z makedonskim specialistom družinske medicine Filipom Lokvencem pripravil delavnico z naslovom Sodobni izzivi v družinski medicini in mladi zdravniki v jugovzhodni Evropi. V razpravi so bili izpostavljeni problemi migracije mladih zdravnikov iz jugovzhodne Evrope, zmanjševanje interesa za specializacijo iz družinske

medicine, organizacija dela in zmanjševanje administracije ter uvedba stimulacije za opravljanje dela zdravnika družinske medicine.

VdGM je letos prvič sodeloval na konferenci Združenja zdravnikov družinske medicine jugovzhodne Evrope, zato sem kot slovenski predstavnik VdGM organiziral delavnico z naslovom Kaj je Vasco da Gama Movement? Delovna skupina je bila ustanovljena z namenom izobraževanja, širjenja idej in obzorja mladih. Znotraj nje delujejo tematske skupine za izmenjave, izobraževanje, raziskave ter podoba združenja. Vsako leto pred evropsko konferenco WONCA organiziramo predkonferenco mladih, ki bo letos oktobra v Istanbulu. Za nami pa je tudi že uspešen VdGM Forum, ki je bil februarja v Dublinu, naslednje leto pa se bomo srečali v Jeruzalemu.

Iskrivo evropsko združenje mladih je bilo pred enajstimi leti povod za ustanovitev Sekcije mladih zdravnikov družinske medicine Slovenije, zato sem delavnici dodal še podnaslov Nacionalna združenja mladih zdravnikov družinske medicine in njeni

pozitivni in negativni vidiki. Pripravil sem pregled organiziranosti mladih zdravnikov družinske medicine v različnih evropskih državah (Finska, Belgija, Nemčija, Nizozemska, Hrvaška, Romunija, Španija in Slovenija). Skupen problem vseh je slaba motiviranost mladih zdravnikov družinske medicine za aktivno sodelovanje. Pogosto se niti ne zavedajo obstoja združenja in ne poznajo delovanja ter dodatnih možnosti, ki jim jih združuje prinaša. Vsak specializant namreč potrebuje ustrezno podporo, možnost medsebojne komunikacije, izobraževanja, raziskovanja ter možnost vpliva na prihodnost svoje stroke.

Med delom in druženjem smo oblikovali zaključke delavnice. Za boljšo prepoznavnost nacionalnih združenj in VdGM bomo oblikovali zloženko z vsemi ključnimi informacijami o delovanju združenja. Pripravili bomo tudi krajšo predstavitev VdGM, ki bi lahko postala obvezen del začetnih modulov specializantov družinske medicine v državah celotne Evrope.

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 je sodelovala v obsežni raziskavi, je priznala, da bi potrebovala 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 nedosegljive. 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

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

Številke ali mrtvi ljudje zaradi napak? Ali je že čas, da vzamemo varnost pacientov resno ali raje še malo počakamo, da nas bo še kdo »razburil?«

Izr. prof. dr. Andrej Robida, dr. med., Bled

www.prosunt.si

andrej.robida@prosunt.si

*Motiti se je človeško, zanemarjati epidemio-
loško velikost problema škodljivih dogodkov
zaradi napak je sprenevedanje, ne vedeti, da se
napake lahko preprečijo, je tiščanje glave v
pesek, ne poznati načinov njihovega prepreče-
vanja, je lenoba, nič ne narediti za njihovo
preprečevanje, je sprevrženo in neodgovorno,
pošiljati ljudi v ječo, četudi pogojno, zaradi
človeških napak, je perverzno in škodljivo.*

Komentar na članek kolega Tomaža Rotta v reviji Isis, junij 2015

To, kar je kolega zaskrbelo, bi se sicer lahko pogovorila med sabo, a ker gre za slabo varnost pacientov in slabo, če ne patološko varnostno kulturo pri nas (1, 2), se mi zdi bolje, da odgovorim vsem, ki mislijo, da je za napako odgovoren samo zdravnik in da je objavljeno število mrtvih zaradi napak pretirano. Zapis velja tudi za tiste, ki morda menijo, da je dovolj, če smo pri svojem delu nenehno pazljivi in o varnosti pacientov vemo »skoraj vse« (3).

Končno se je nekdo odzval na objavljeno številko: 1000 smrti na leto v akutnih bolnišnicah v Sloveniji. Izjava ni bila nepremišljena, je osnovana na raziskavah v tujini z ekstrapolacijo na število hospitalizacij v Sloveniji. Neodgovorna ni številka ali tisti, ki jo je sporočil, pač pa vsi tisti, ki bi jo morali vzeti smrtno resno. Preverjena je na podlagi raziskav v razvitem svetu. Spodaj so v literaturi objavljeni podatki že kar precej nazaj in nekaj novejših, a so jih kolegi ob obilici dela morda spregledali. Podobna številka je bila objavljena pred več kot petimi leti tako v medijih kot v glasilu zbornice Isis in v več zbornikih strokovnih srečanj. Poznali so jo tudi ministri za zdravje najmanj od leta 2002 dalje.

Nihče se ni odzval, niti mi ni kdo rekel, da si izmišljujem ali enostavno lažem in po nepotrebnem razburjam javnosti.

Številka je okrogla, lahko bi tudi rekli od 712 do 1315, a to dejstva o prevelikem številu nepotrebnih smrti ne bi dosti spremenilo. Tu je tudi zamolčana oz. neizmerjena epidemiološka statistika, saj bi te smrti lahko uvrstili na približno 4. mestu po vzrokih umrljivosti v državi. Nikjer nisem govoril o »zdravniških napakah«, to so storili posamezni nevedni novinarji. Kako poročajo, ni moja stvar, ampak je stvar njihovega (ne)znanja in etike.

Številka je grozljiva, zdi se neverjetna in kolega je zapisal, da jo je želel kar preslišati. So jo že mnogokrat tudi drugi. Kolega Rott se je vsaj oglašil. Podobno se je zgodilo v ZDA, ko je bila objavljena knjiga »To Err is Human«, kjer so ugotovili, da v akutnih bolnišnicah umre okrog 100.000 pacientov na leto (4). Zdravniki so se zgrozili in »napadli« Inštitut za medicino, ki je knjigo objavil.

Na inštitutu so nejevernike povabili k ponovitvi raziskave.

Nekateri so se odzvali, raziskavo so ponovili, a številke so bile še višje. Do števila smrti so prišli z ekstrapolacijo njihovih raziskav v nekaterih bolnišnicah. V Sloveniji svoje raziskave nimamo, čeprav je bila načrtovana s strani ministrstva za zdravje. S pomočjo naših strokovnjakov in strokovnjakov Svetovne zdravstvene organizacije se je izobrazilo 20 raziskovalcev in več kot 10 bolnišnic je bilo voljnih odpreti svoja vrata. Strokovnjaki niso zahtevali honorarja za svoje delo in bi vse opravili *pro bono*. Zapletlo se je pri tistih nekaj evrih, ki so jih bolnišnice zahtevale

*»All men make mistakes, but a good man yields
when he knows his course is wrong, and repairs
the evil. The only crime is pride.«*

Sophocles, Antigone.

kot kompenzacijo za dvodnevno odsotnost strokovnjakov, ki naj bi sodelovali v raziskavi. To naj bi bil razlog, da do raziskave ni prišlo. Morda pa je bilo v igri tudi kaj drugega, kot je že bila preprečitev nacionalnega akreditacijskega sistema leta 2004, čeprav je bilo zanj že vse pripravljeno, vključno s potrditvijo standardov za bolnišnice s strani Zdravstvenega sveta in celo majhne pilotne študije (5–7). Mimogrede, nacionalna akreditacija bi bila najmanj za polovico cenejša od mednarodne, da o gledanju skozi prste ob sedanji akreditaciji ne izgubljam besed. In kdo je odgovoren, da se je zapravljaj naš denar za, na primer, tisk 800 izvodov in dvoletno delo.

Slovaki so raziskavo o pogostnosti napak naredili prav v tistem času, ko je SZO spodbudila obe državi, da to naredita (8). Takrat o slabem ugledu Slovenije ni nihče ničesar rekel ali celo ukrepal, kaj šele da bi prevzel odgovornost, sam ali s pomočjo mehanizmov ugotavljanja odgovornosti, ki so pri nas prirejeni samo za določene ljudi ali poklicne skupine ali skupine prebivalstva.

Ker vedno trdimo, da je slovensko zdravstvo tam nekje v povprečju EU ali OECD, bi bilo dobro pogledati klinične kazalnike, ki jih objavlja OECD (9). Redki kazalniki so nas uvrstili med najboljše, nekje smo v povprečju ali blizu tega, nekje pa bolj proti koncu spremljanih držav. Glede kazalnikov uresničevanja priporočil za uvajanje varnosti pacientov, objavljenih v EU 2009, se je Slovenija v poročilu EU v letu 2014 uvrstila na zadnje mesto, zato ker se nekemu uradniku na ministrstvu za zdravje ni zdelo etično, da bi pri pošiljanju podatkov goljufal, kot mu žele nekateri sedaj očitati, češ, zakaj nisi (10).

Če smo torej nekje v povprečju, smo verjetno v povprečju tudi pri škodljivih dogodkih zaradi napak. Raziskave v razvitem svetu so pokazale, da utrpi škodljivi dogodek zaradi napak v povprečju 10 odstotkov pacientov na leto (vsak deseti pacient), ki se zdravijo v akutnih bolnišnicah,

od takih, ki jih je moč popolnoma pozdraviti ali omiliti, do takih, ki pripeljejo do smrti (smrti zaradi napak v razviti tujini, 1 : 250 do 500 hospitaliziranih v akutnih bolnišnicah na leto). To znaša za Slovenijo po ekstrapolaciji tujih raziskav 35.000 (petintrideset tisoč) poškodovanih in od tega od 700 do 1400 umrlih ($350.000/250 = 1400$; $350.000/500 = 700$).

To ni številka nekega Robide, to je številka, ki izvira iz resnih raziskav v razvitem svetu. Zakaj se zdravniki poslužujemo znanosti v vseh specialnostih, znanost o varnosti pacientov pa enostavno ignoriramo? Tudi če je ta številka še enkrat manjša, je smrti in škodljivih dogodkov zaradi napak preveč, že ena sama smrt je tragedija za svojce. Ni me treba več spraševati, od kod objavljena številka. Če se komu ravno zdi, naj si prebere kakšen članek v znanstveni/strokovni reviji ali kakšno knjigo o varnosti pacientov (11–19). Najnovejši podatki, z novejšo bolj natančno metodo raziskovanja, kažejo, da v ZDA umre od 200 do 400 tisoč pacientov zaradi napak v akutnih bolnišnicah, kar je od 2- do 4-krat več, kot se je mislilo do sedaj (20).

Z dr. Rottom se strinjam, da bi jih morali pri nas odkriti mnogo več, pa jih ne, čeprav bi jih lahko, ker nimamo na znanosti o varnosti pacientov urejenega sistema za njihovo odkrivanje. Zdravstvo se res ni toliko poslabšalo, ampak se je o tem molčalo, pravzaprav se ni molčalo, ampak se tega sploh ni hotelo zavedati. Tako je bilo lansko in predlansko leto in vsa leta nazaj toliko napak, kot jih je vsako leto in kot jih bo letos, ker ničesar ne ukrenemo, da bi napake s škodo za paciente preprečili, razen izredno redkih ustanov, ki so vendarle nekoliko izboljšale varnost pacientov in s tem tudi zdravnikov in drugih zdravstvenih strokovnjakov. Zgodila se je še ena stvar: zdravstvo je postalo ena izmed najkompleksnejših človeških dejavnosti, ki dosega izredne uspehe, a je hkrati tudi nevarna, a te nevarnosti se pri nas nihče ne loti tako, kot bi se jo moral glede na znanstvene dokaze.

Argument, da se napake, ki pripeljejo do smrti, lahko odkrijejo samo z obdukcijo, ne drži.

Primeri (prvi primer je iz tujine, drugi iz domačih logov, da ne bo težav, jih imenujem hipotetične):

- Pacient dobi zdravilo vinkristin v spinalni kanal in umre; obdukcije ni bilo; zdravilo se da lahko sicer samo intravenozno. Obdukcije niso naredili, ker so napako spoznali nekaj ur pred smrtjo pacienta. Ko pride zdravilo v spinalni kanal, ni več pomoči. Obdukcija v tem primeru za odkrivanje vzroka smrti ni potrebna. Ali bi napako lahko preprečili? Odgovor je da, če bi bila v proces vgrajena varovala.
- Pacientki, ki bi sicer morala dobiti antikoagulantno zdravilo, le-to ni bilo predpisano, zdravnik je na to pozabil, ker je moral nujno ukrepati pri drugem pacientu. Umrla je zaradi pljučne embolije. Obdukcija je pokazala pljučno embolijo, zaznala je vzrok smrti, a zakaj je do tega prišlo, ni mogla ugotoviti. Sorodnikom kliniki niso rekli, da je smrt nastopila zato, ker ni bilo preventive možnega razvoja pljučne embolije ob siceršnjem pravilnem zdravljenju. Ali bi se dalo napako preprečiti? Da, če bi dosledno uporabljali opomnik za preprečevanje tvorbe krvnih strdkov pri določenih stanjih; ne zato, ker tega ne vedo, ampak da ne bi pozabili.
- Nek zdravnik je pomotoma predpisal prevelik odmerek zdravila, medicinska sestra ga je aplicirala pacientu. Ta je kmalu zatem umrl. Obdukcija niti ni bila potrebna, ker se ve iz raziskav, da tak odmerek človeka ubije. Ali bi se dala napaka preprečiti? Da, če bi dosledno uporabljali sistem navzkrižne kontrole ali dvojne kontrole in glasnega opozarjanja nekoga, ki je nižje na hierarhični lestvici, če bi ga seveda stremirali za uporabo takega načina komuniciranja.
- Nekdo je v čakalni vrsti za diagnostiko in ob čakanju umre. Obduk-

cija ni potrebna. Natanko se ve, kje je napaka in zakaj je umrl, a se ostane tiho. Ali bi se dala taka napaka preprečiti. Da, če ne bi bilo čakalnih dob, in verjetno, če bi paciente natančneje triažirali.

- Pacientka v hipovolemičnem šoku zaradi toksičnega enterokolitisa po kemoterapiji ne dobi infuzije tekočin, ker niso našli dežurnega zdravnika več kot 4 ure. Čez 12 ur umre. In epilog, saj bi tako ali tako umrla, ker ima težko obliko raka z razsevki. Ali bi se dala napaka preprečiti? Težko, ker je tu šlo za kršitev dolžnosti in morda tudi za neurejen komunikacijski sistem in ne za napako, a pomembnemu zdravniku se kaj takega vendarle ne more očitati. Sporočanje smrti v sistem na ministrstvu za zdravje kaže, da smo najboljša država na svetu, kar zadeva varnost pacientov. O tem je poročal tudi Zdravniški vestnik že pred 10 leti (21).

V nobenem zapisanem dokumentu ali izjavah za medije nisem naprtil vzrokov smrti zaradi napak zdravstvenim strokovnjakom. Prav nasprotno. Raziskave so pokazale, da človeške napake v 80 do 90 odstotkih nastanejo zaradi sistemskih vzrokov (22). Kdo je odgovoren za sistem, pa se v razvitem svetu ve, v Sloveniji pač ne. Nekaj odstotkov je kršitev pravil, delovanja pod vplivom alkohola, drog ali v stanju nekega bolezenskega stanja. Izjemoma gre za kriminalna dejanja. Ni kriminalno dejanje, če se zgodi človeška napaka, ki je seveda nena-merna, in spregledaš nek znak na monitorju ali slikovni diagnostiki in te pošljejo pogojno v zapor za eno leto za obdobje treh let, kar se je zgodilo 1. julija 2015, v Sloveniji seveda. Tukaj bi si tudi naši medicinski izvedenci, ki pričajo na sodiščih, lahko prebrali kakšen učbenik o varnosti pacientov in se ne ravnali po kazenski zakonodaji iz bronaste dobe (23). Namreč, zdravnik/zdravnica ni ravnal/-a z vso pazljivostjo in je nekaj spregledal/-a. Gospe in gospodje izvedenci in sodniki, ali res vedno ravnate z vso potreb-

no pazljivosti. Če je tako, imate možgane, ki so boljši od navadnih smrtnikov, ki delajo v zdravstvu. Ali se morda zavedate, da s tem povzročate škodo ljudstvu, v imenu katerega sodite, saj se zaradi kulture strahu, ki ga ustvarjate, napake skrivajo, pripisujejo zapletom, izvaja se defenzivna medicina, in vse to zaradi normalne človeške reakcije na strah (24–27). Zato napak ni in je zgornja številka za marsikoga znanstvena fantastika. Zakaj bi nekaj, česar ni, preprečevali?

Zbodel me je samo del naslova prispevka kolege Rotta, ko govori o »zdravniških napakah.« Neštetokrat sem govoril in pisal o škodljivosti tega izraza, tudi sodnikom (28–30). Na žalost ta izraz uporabljajo vsi – zdravstvena stroka, mediji, javnost in pravosodje. To ni nič drugega kot zamegljevanje pravih vzrokov za napake. Že samo ime pove, kdo je napako storil. To ni tisti, ki nima uvedenega sistema, strategije, letnih programov varnosti pacientov z merljivimi cilji, pač pa zdravnik. Perverzno sprenevedanje, ignoranca znanosti o varnosti pacientov in aroganca tistih, ki bi morali poskrbeti za varnost pacientov.

Da ne bo nesporazuma, vsakdo ima pravico do svojega mišljenja, a navajen sem, da predno sam kaj zinem, najprej preverim, ali so za to na voljo dokazi. Tako je mišljenje posameznika lahko samo hipoteza in ne dokaz.

Če sem koga razburil – glede na odziv zdravnikov, predvsem zdravnikov – pa bi moral še koga, regulatorje na državni ravni, vključno s pravosodjem, in sodstvo, plačnike, izobraževalce, raziskovalce, vrhnja in srednja vodstva zdravstvenih ustanov, posamezne poklicne skupine in stanovska ter strokovna združenja (eno se je odzvalo s podobnimi vprašanji kot dr. Rott). Morda sem razburil tudi koga, ki prodaja razne certifikate o tem, kako je vse »fajn«, a ti certifikati in listine ter zvezdice napak nikakor nočejo preprečevati. Nisem proti akreditacijskim standardom, a če se jih uporablja samo za pridobivanje

akreditacijskih listin za okras, je naš denar (zaposlenih in delodajalcev) za akreditacije zapravljen.

Stvari so do sedaj in bodo verjetno tudi vnaprej potekale popolnoma enako kot ob vsaki smrti, ki so jo izbezali mediji. Zdravniki se branimo na vse kriplje, namesto da bi se izobrazili s področja varnosti pacientov. Glede na rezultate prijav na izobraževanje, ki ga je organizirala Zdravniška zbornica Slovenije za vse zdravstvene poklice, pa je jasno, da že vse znamo (manj prijav, kot je prstov na rokah). Morda pa smo si pustili vbiti v glavo, da je za pacienta odgovoren samo zdravnik, in če se zgodi napaka, je kriv pač zdravnik. Zelo prikladno za vsako vodstvo zdravstvene ustanove, pa še za koga.

Znanost o varnosti pacientov govori tudi o odgovornosti za napake in pravi, da smo za napake odgovorni vsi, kar ne pomeni, da ni nihče odgovoren. Odgovornost je v tujih strategijah in programih varnosti natančno opredeljena za vse deležnike, ki so naštetih zgoraj, tako da zahtev za odgovornost in kaj mora narediti vsak deležnik v našem zdravstvu, ne bi bilo težko vzpostaviti. Seveda pa je najlažje sprevrženo prevaliti odgovornost zlasti na zdravnike in medicinske sestre.

Možnosti za izboljšanje varnosti pacientov imamo kar nekaj in predzadnja je znak sindroma ranljivega sistema (31, 32), zadnja izmed njih pa je perverzna, a je trenutno živa.

1. Vzpostavitev nacionalnega sistema varnosti pacientov, ki sega od vlade do vseh deležnikov. V znanosti o varnosti pacientov so rešitve znane.
2. Očitati žvižgačem, da kvarijo ugled zdravstvenih ustanov, predstavnikov poklicnih skupin ali celo vlade in glede na članek, na katerega odgovarjam, in še nekatere izkušnje (34), štejem za žvižgača tudi sebe.
3. Najboljša in najlažja je rešitev s priznanjem, da je v zdravstvu pač 10 odstotkov kolateralne škode v obliki škodljivih dogodkov zaradi

napak in ne zaradi zapletov boleznih ali postopkov, ki jih glede na trenutno globalno znanje (še) ne znamo preprečiti.

Glede rumenega tiska, ki prodaja skrivenčne podatke zaradi dinarčkov, pa naj tisti, ki laže, odgovarja pred svojo vestjo, če je kaj ima. Sedaj se strelja na napačnega kozla in bi se bilo bolje obrniti na novinarsko etično komisije, če se misli, da se lahko kaj spremeni. Nepošteno pa je vse medije metati v isti koš.

»Prepir« okrog števila mrtvih zaradi napak ne pelje nikamor. Za temi statističnimi podatki so bili nekoč živi ljudje. Trpljenje in solze svojcev, pa tudi zdravstvenih strokovnjakov zaradi napačnega ali nobenega ukrepanja zaradi napak tisti, ki bi morali razmišljati sistemsko in stvar urediti, hitro pozabijo, saj so od takih dogodkov po navadi »kilometre« stran. Nedavna moja izkušnja pri analizi neke nepričakovane smrti pacienta skupaj z drugimi strokovnjaki v multidisciplinarnem timu je tudi pokazala znanje s prstom na kolegi-co/kolega od posameznih sovrstnikov, pa tudi od ljudi, ki čistijo operacijsko dvorano.

Zavedam se, da en Robida ne bo uspel spremeniti razmišljanja o napakah s prehodom od osebnega pristopa k sistemskemu. Vsi zdravniki, vse poklicne skupine v zdravstvu skupaj s predstavniki poklicnih in strokovnih združenj in skupaj z nevladnimi organizacijami pacientov pa s pozitivnim pritiskom na vlado, parlament in vodstva zdravstvenih ustanov in še koga (tudi s pogledom v lastno skledo, na primer zmanjševanje diagnostičnih napak) lahko sedaj, ko je »razburjenje« veliko, izboljšamo varnost pacientov.

Namesto kulture obtoževanja, kulture strahu, kulture tišine, kulture sprenevedanja in kulture veličin in klanov bi morda le začeli razvijati kulturo varnosti, ki je trenutno v naših bolnišnicah slaba (1, 2, 33, 34).

Morda bo ekstrapoliran podatek 1000 smrti na leto v akutnih slovenskih bolnišnicah kdo vzel drugače kot

z neukrepanjem in s prepiranjem, ali je številka prava, in pomislil na trpljenje pacientov in njihovih svojcev. Morda se bo kdo zamislil o »drugi žrtvi«, o zdravstvenih strokovnjakih, ki so jih in jih še krivijo za človeške napake ter tudi kriminalistično preganjajo. Če je le ena smrt na leto zaradi napak in le en zdravstveni strokovnjak zaradi škodljive zakonodaje in sodne prakse doživlja hudo človeško stisko, ki je nepotrebna, a v našem sistemu žalostna realnost, je to preveč. Nehajmo se sprenevedati (34)!

Literatura:

1. Robida A. Hospital Survey on Patient Safety Culture in Slovenia : a psychometric evaluation. *Int J Qual Health Care* 2013, 25: 469–75.
2. Robida A. Perception of patient safety culture in Slovenian acute general hospitals. *Zdrav Vestn* 2013, 82: 648–60.
3. Robida A. Odnos in znanje kliničnih mentorjev zdravstvene nege o varnosti pacientov. *Obzornik zdravstvene nege*. 2014; 48: 220–6.
4. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (eds.). *To err is human: building a safer health system* Washington DC: National Academy Press; 2000.
5. Robida A. Splošni standardi zdravstvene obravnave bolnišnice : priručnik. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2004.
6. Robida A. Notranja presoja – samoocenjevanje bolnišnice : priručnik. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2004.
7. Robida Aj. Notranja presoja – samoocenjevanje, zunanja presoja - akreditacija : program. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2004.
8. WHO. Call for more research on patient safety. Dosegljivo na: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr52/en/index.html>. (Dostop 2.7.2008)
9. OECD. *Health at a glance 2013: OECD Indicators*, OECD Publishing, 2013.
10. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en
11. EU Commission. The Commission's Second Report to the Council on the implementation of Council Recommendation 2009/C 151/01 on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections. Brussels, 19.06.2014 COM(2014) 371
12. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991, 324: 370–6.
13. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW. The quality in Australian health care study. *Med J Aust* 1995, 163: 458–71.
14. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ, Howard KM, et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care* 2000, 38: 261–71.
15. Schioler T, Lipczak H, Pedersen BL, Mogensen TS, Bech KB, Stockmarr A, et al. Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records (Danish). *Ugeskr Laeger* 2001, 163:5370–8.
16. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M.: Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ* 2001, 322: 517–9.
17. Davis P, Lay-Yee R, Briant R. Adverse events in New Zealand public hospitals I: occurrence and impact. *N Z Med J* 2002, 115:U271.
18. Baker GR, Norton PG, Flintoft V. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ* 2004, 170: 1678–86.
19. Michel P, Quenon JL, De Sarasqueta AM, Scemama O: Comparison of three methods for estimating rates of adverse events and rates of preventable adverse events in acute care hospitals. *BMJ* 2004, 328: 199.
20. Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester M. The incidence and nature of hospital adverse events: A systematic review. *Qual Saf Health Care* 2008; 216–23.
21. James JT. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *J Patient Saf* 2013; 9: 122–8.
22. Robida A.J. Opozorilni nevarni dogodki : kakovost v zdravstvu. *Zdravi Vestn*. 2004; 73: 681–7.
23. Leonard M, Frankel A, Simmonds T, Vehga K. *Achieving safe and reliable healthcare: strategies and solutions*, Chicago: Health administration press, 2004.
24. Robida A. Napake pri zdravstveni obravnavi pacientov – sistematična analiza globljih vzrokov za napake in njihovo preprečevanje: Bled: Center za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave, 2013.
25. Aasland OG, Foreed R., Impact of feeling responsible for adverse events on doctor's personal and professional lives: the importance of being open to criticism from colleague. *Qual Saf Health Care*, 2005; 14:13–7.
26. Kazenski zakonik. Uradni list Republike Slovenije št. 55/2008
27. Millenson ML. "The Silence." *Health Affairs* 2004; 22: 103–12.
28. Robida A. Kriminalizacija človeških napak – rešitev ali poguba za paciente. *ISIS*. 2012; 2: 17–23.
29. Robida A. Pojem napake v zdravstvu. V: *Etika v belem – 7. posvet- Napaka v zdravstvu in njena obravnava*, 2009 okt 23–24. Bled: Agencija za management, 2009.
30. Robida A. Varnostni zaplet pri pacientu – nova znanost, stara praksa. *Odgovornost v zdravstvu*. 19. posvetovanje Medicina in pravo na temo, Maribor, 2010 Mar

- 26.–27. Maribor, Slovenija.
32. Robida A. Trdovratnost zavajajočega izraza »zdravniška napaka« in Mednarodna klasifikacija varnosti pacientov ISIS. 2011; 20: 24–30.
33. Reason JT, Carthey J, de Leval M R. Diagnosing »vulnerable system syndrome«: an essential prerequisite to effective risk management. *Quality in Health Care*. 200; 110 Suppl II: ii21–ii25.
34. Robida A. Sindrom ranljivega sistema. ISIS, oktober 2013.
35. Pleskovič A. Informacija v zvezi z objavami povezanimi s poročilom strokovnega nadzora zdravljenja otroka iz otroškega kardiokirurškega programa. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana, 2013.
36. Skela Savič B, Robida A. Quality and safety of health care provision : the role of middle management. *Obzornik zdravstvene nege* 2012, 46: 9–35.

Intervjuju doc. dr. Matjaža Fležarja na rob

Z zanimanjem smo prebrali intervju **Vedno boljše obvladovanje astme ter strokovne smernice na področju KOPB in astme**, ki ga je z doc. dr. Matjažem Fležarjem, direktorjem Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik, opravila Polona Lečnik Wallas in je bil objavljen v majski številki vašega glasila.

Navedbe o astmi pri otrocih v Sloveniji žal ne ustrezajo dejanskemu stanju, zato menimo, da je primerno slišati tudi pogled pediatrov na omenjeno problematiko.

V Sloveniji imamo kakovostno raziskavo o pogostnosti astme pri otrocih v šolskem obdobju (1), ki ocenjuje pogostost te kronične bolezni na 14 odstotkov. Zaradi sledenja časovnih razlik ima Služba za pljučne bolezni Pediatrične klinike (PEK) že zastavljeno metodologijo ponovne

raziskave, ki jo bomo izvedli naslednje leto.

Postavitev diagnoze astme pri otroku, predvsem predšolskem, je zahteven diagnostični mozaik. Zaradi enovitosti celostne obravnave astme pri otroku v državi, Služba za pljučne bolezni v sodelovanju s Katedro za pediatrijo MF UL že 13 let organizira redno podiplomsko izobraževanje »Astma pri otroku« z učnimi delavnicami, namenjeno pediatrom in zdravnikom družinske medicine. Vzporedno poteka izobraževanje za medicinske sestre, ki skrbijo za otroke z astmo.

V letošnjem letu je Katedra za pediatrijo MF UL izdala povsem prenovljena učbenika »Astma pri otroku« (2) ločeno za zdravnike in medicinske sestre.

Služba za pljučne bolezni PEK ima oblikovan kazalnik kakovosti obravnave bolnikov z astmo, ki meri stopnjo

hospitalizacije otrok, ki se zdravijo v ambulanti Pediatrične klinike. Rezultati so pod evropskim povprečjem (PEK 0,18 odstotka, Eurostat 0,2 odstotka) in so bili sprejeti za predstavitve na letošnjem Kongresu evropske respiratorne skupnosti v Amsterdamu.

1. Kopriva S, Maček V, Župevc M, Kos M, Kopriva Pirtovšek K. Epidemiologija astme pri otrocih v Sloveniji. V: *Astma pri otroku*. Maček V, Kopriva S, ur. Ljubljana: Klinični center, Pediatrična klinika, Služba za pulmologijo, 2003: 7–17.
2. Krivec U, Praprotnik M, ur. *Astma pri otroku*. Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo, Ljubljana, 2015.

Za strokovni kolegij Pediatrične klinike prof. dr. Rajko Kenda, dr. med., višji svetnik

Reforma zdravstva ali životarjenje

Prim. Marjan Fortuna, dr. med., Kranj

Ko poslušam kritike na račun razmer v zdravstvu kot neposredni izvajalec zdravstvene dejavnosti, ne morem ostati ravnodušen. Zdravniki smo res nosilci zdravstvene dejavnosti, še zdaleč pa ne tisti, ki smo glavni »krivci«, če gre v zdravstvu kaj narobe. Za razmere smo krivi kar vsi državljani, ker nismo pripravljeni na nobene spremembe. Ko iz vrst poslan-

cev in raznih civilnih združenj, sindikalistov, upokojencev itd. slišim pozive po tem, da potrebujemo tako zdravstvo, kot ga hočemo in potrebujemo, pogrešam predvsem predloge, kakšno pa zmoremo. V zdravstvu ni mesta za politikantstvo in strankarsko preračunljivost, čeprav smo ravno temu priča vsaj od osamosvojitve dalje. Občutek imam, da se na zdrav-

stvo, tako kot na nogomet, spoznamo vsi. Pustimo pri milem bogu organizacijo zdravstva zdravstvenim delavcem, politiki naj pa zagotovijo pogoje za njegovo delovanje. Kakšno razburjenje je po vsej državi povzročil predlog nove organizacije nujne medicinske pomoči, združitev nekaterih javnih zavodov, predlog o neplačani bolniški odsotnosti do tri dni itd., itd.? Naša značilna kratkovidnost, da ne rečem zaplankanost!

Jasno je tako uporabnikom – bolnikom kot izvajalcem, da je reforma zdravstva nujna. Ne gre samo za normative in standarde dela ter plačilo, ustrežno naši odgovornosti in času šolanja, ampak tudi ali pa predvsem za drugačne organizacijske rešitve ter stopenjsko delitev dela, za kar je pa ključna mreža izvajalcev od najmanjših ambulant do specializiranih in splošnih bolnišnic ter obeh kliničnih centrov. Spremembe, ki (bi) bodo v temeljih zamajale sistem, pa se ne morejo zgoditi hitro, ker je to proces, ki pravzaprav nikoli ni končan, saj reforme potekajo stalno glede na potrebe prebivalstva, razvoj znanosti in materialne možnosti družbe.

V razpravah o zdravstveni reformi slišimo bolj ali manj argumentirane razprave, kritike, mnogo populizma, tragične osebne izpovedi, negativne in pozitivne izkušnje, pozive za nujne spremembe itd. Strinjal bi se z različnimi civilnimi združenji, če bi ponudila boljše in pravičnejše rešitve, dokler pa teh ni, ampak jim odgovarja »status quo«, se z njimi ni mogoče strinjati. Govorijo o pravici do svobodne izbire zdravnika, enake dostopnosti do zdravstvenih storitev in podobno, kar je tudi ustavna pravica. Ali kdo temu sploh oporeka? Vprašal bi pa, ali nimamo tudi pravice do dela, enakosti pred zakonom, sojenja v razumnem roku itd.? Torej, eno so zagotovljene pravice, drugo pa je zagotavljanje pravic. S polno odgovornostjo trdim, da so nujni primeri obravnavani enako ne glede na materialni in družbeni položaj posameznika. In zdravstvo je tu lahko zgled drugim podsistemom glede na strokovnost, pravičnost in dostopnost.

V zadnjih letih stalno opozarjamo na razkorak med opravljenim delom in plačilom za opravljeno delo. Predvsem bolnikom ni razumljivo, kako je mogoče, da pogosto niso plačani niti materialni stroški, če že opravljeno delo ni. Stalno poslušamo izgovore, da so za izgube v zdravstvu krive predvsem (pre)visoke plače (seveda zdravnikov), nepregledna javna naročila, nepremišljene in megalomanske

investicije, le redko pa kdo omeni, da so pomemben razlog za izgubo v zdravstvu tudi (pre)velike pravice, pa če to hočemo priznati ali ne, in premajhne prispevne stopnje ter izogibanje plačila prispevkov, kar ni nič drugega kot kraja. Ko zbolimo, hočemo imeti pa vse pravice, ne glede na to, ali smo tudi pošteno in solidarno plačevali prispevke, ali pa smo se plačilu spretno izogibali. Mnogi torej poznajo zgolj pravice, ne pa tudi dolžnosti.

Tako je, denimo, pravica do svobodne izbire zdravnika kjerkoli in kadarkoli anahronizem. Samo za ponazoritev naj navedem, da dnevno v Univerzitetni klinični center Ljubljana (UKCL) prihaja večje število bolnikov praktično iz vse Slovenije, a hkrati je UKCL bolnišnica, ki ima največjo izgubo. Resda so razlogi za izgubo številni, toda v UKCL se dobesedno rešujejo življenja, ki jih druge v Sloveniji ne bi bilo mogoče rešiti. In ker je tako, imajo zavarovanci, ki jim je UKCL »domača« bolnišnica, dejansko manj pravic oz. težjo dostopnost kot drugi, saj morajo skupaj z drugimi bolniki čakati zlasti na urgenci in v specialističnih ambulantah, ki so stičišče ne samo ljubljanskega, ampak celotnega slovenskega zdravstva.

Kot imamo na eni strani podfinancirano in preobremenjeno osrednjo slovensko bolnišnico, pa imamo celo vrsto zavodov, ki delajo le toliko, kot dobijo plačano. Država z dvema milijonoma prebivalcev ima po mojem mnenju, pa če je to komu všeč ali ne, preveč razdrobljen zdravstveni sistem, ki je zato drag in premalo učinkovit. Trenutno Slovenija potrebuje dva klinična centra in največ osem močnih regijskih bolnišnic. Vse ostale ustanove pa se morajo preoblikovati v specializirane ustanove. Organizacijsko, strokovno in tudi finančno pa bi morale biti povezane z večjimi zavodi, kar se sicer v manjši meri že dogaja. Zmanjšanje števila zavodov bi pomenilo boljši način upravljanja, vodenja, financiranja, strokovnega dela in ne nazadnje

veliko racionalizacijo drugih stroškov, ki jih vsaka ustanova potrebuje za svoje nemoteno delovanje (tudi dežurstva!). Saj ne mislim, da bi kar ukinili kakšno bolnišnico, ampak bilo bi racionalno, če bi se specializirale in povezale z večjimi. Namenoma ne bom imenoval nobene, ker sem bil že deležen kritik, ker nisem bil razumljen. Nesmiselno je torej imeti toliko splošnih bolnišnic, kjer je mnogo strokovnega kadra, drage medicinske opreme, ki pogosto ni dovolj izkoriščena, kar je pa najhuje, je pogosto ni mogoče uporabiti ravno tedaj, ko je najbolj potrebno (npr. koronarografije). Trenutno je v Sloveniji možno opravljati to preiskavo v petih (!) centrih, toda le v dveh je organizirana stalna pripravljenost za te posege, s katerimi dobesedno rešujemo življenja. Da bi bolnikom lahko pomagali, jih moramo torej voziti v ta dva centra, kar veliko stane, saj je pogosto potreben prevoz tudi s helikopterjem, še bolj pomembno pa je, da izgubljam dragocen čas, ki je pri zdravljenju srčnega infarkta izjemno pomemben in včasih celo usoden. Zdravniki, ki sodelujejo v ekipah za interventno kardiologijo, ne morejo kaj prida vplivati na število bolnikov in porabo materiala, in če bi se zgodilo, da bi kakemu bolniku odrekli pomoč (spomnimo se primerov nenadne smrti v Celju in Ljubljani), takega zdravnika in zavod privedemo na sramotilni steber, ne oziraje se na to, da so največkrat organizacijski razlogi tisti, ki so vzrok za opustitev zdravljenja ali neustrezno pomoč.

Morda celo bolj pomemben je problem osnovnega zdravstva, ki je temelj vsakega sistema. Vsaj v Ljubljani je množica različnih ambulant, ki bi lahko in morale prevzeti del bremena, ki ga sedaj prevažajo na UKCL. Če vzamemo za primer samo Internistično prvo pomoč (IPP), je to mesto, kamor prihajajo bolniki, ki potrebujejo včasih zelo enostavne, da ne rečem banalne storitve, a ker nimajo druge možnosti, pač prihajajo na IPP. Da ne govorim kar na pamet, bi lahko ponazoril s številnimi primeri iz svoje

dolgoletne prakse. Načini, kako omejiti pošiljanje bolnikov, predvsem iz drugih regij, ki imajo svoje bolnišnice, obstajajo, a nihče – zlasti mislim na zavarovalnico – tega ne sankcionira. Nesprejemljivo je denimo, da v neki periferni ustanovi (imenoval ne bom nobene!) tako rekoč prepovejo pošiljanje bolnikov z izgovorom, da nimajo prostora. Bolnik **mora** biti najprej pregledan v regijskem zavodu in če je indikacija za napotitev v drugo bolnišnico, se ga po dogovoru, ponavljam, po **dogovoru** pošlje v drugo ustanovo.

Skrajno populistično je, da je treba zasebno delo strogo ločiti od javnega. Nasprotno, čim bolj ga je treba vključiti v mrežo celotne zdravstvene dejavnosti. Nespametno je tudi, da številni strokovnjaki niso vključeni v sistem zagotavljanja neprekinjenega zdravstvenega varstva (pa naj to imenujemo dežurstvo, stalna pripravljenost ali kako drugače). Koliko manj bi bilo podvajanja pregledov in drugih storitev, če bi ravnali tako, vendar kadarkoli in kjerkoli omenim tako možnost, dobim vedno enake ali podobne odgovore.

To so stvari, ki jih morata urediti koncedent in koncesionar.

Poseben problem je glavno mesto. UKCL je hkrati regionalna bolnišnica za Ljubljano s širšo okolico ter terciarna ustanova za vso državo. Zaradi te dvojne vloge ima ogromno težav, od (pre)dolgih čakalnih dob do pomanjkanja predvsem internističnih postelj. Zato bi morala biti ena prvih prioriteta mesta in države izgradnja novega UKCL, sedanja stavba bi pa postopoma postajala regionalna bolnišnica, kar dejansko že je.

Ker je država slab gospodar, bi bilo smiselno prenesti upravljavske pravice bolnišnic na regionalne skupnosti. Je pa seveda ključna vloga resornega ministrstva in Zdravniške zbornice Slovenije izdelava mreže zdravstvenih zavodov ter skrb za čim večjo strokovnost njihovega dela. Bolnišnice bi postale delniške družbe, katerih pomembni delničarji bi bili zlasti zaposleni, ki bi imeli pomembnejši vpliv pri njihovem vodenju in delovanju. Privatiziramo pa lahko celotno primarno zdravstvo, vendar tako, da bo to res komplementarno javnemu (ali državnemu, kakor komu

bolj ustreza). Ker je nastal nov družbeni sistem, verjetno ni boljše možnosti, če hočemo, da bo zdravstvo dobro delovalo. Ne nazadnje pa, če hočemo ali nočemo, je treba pritegniti zasebna sredstva tudi z uvedbo participacije. Poznavalci razmer v zdravstvu sprašujejo, zakaj se toliko zavzemam za participacijo, če celo delovno dobo plačujemo za zdravstvo. To je res, vendar plačujemo za sedanje bolnike in njihovo zdravljenje in ker izdatki prehitevajo prihodke, smo stalno v zaostanku za odhodki.

Vsak si zdravstveno reformo predstavlja malo po svoje. Politiki tako, da bi ugajali volivcem, zdravstveni delavci predvsem s strokovnega vidika, bolniki iz osebnih izkušenj in pričakovanj, sindikati in upokojenci zopet drugače, zato je jasno, da z morebitnimi spremembami ne bomo nikoli vsi zadovoljni. Če ne bo najširšega družbenega soglasja (morda celo referendum) in sodelovanja vseh zdravstvenih delavcev in politike, se bodo razmere v zdravstvu še naprej samo slabšale in posledice bomo občutili vsi.

Etične dileme ob odtegnitvi nesmiselnega intenzivnega zdravljenja

Prof. dr. Matjaž Zwitter, dr. med., Katedra za medicinsko etiko in pravo, Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru
matjaz.zwitter@guest.arnes.si

Velika večina zdravnikov, pa tudi laične javnosti se strinja, da intenzivni medicinski ukrepi niso primereni, kadar gre le za podaljševanje življenja brezupno bolnih, še posebej, kadar je kakovost življenja izjemno nizka. Opustitev ali odtegnitev intenzivnega zdravljenja takim bolnikom je zato ne samo sprejemljivi-

va, pač pa priporočena. V zapisanih etičnih priporočilih pogosto beremo, da sta v etičnem pogledu opustitev in odtegnitev intenzivnega zdravljenja enako sprejemljivi dejanji (1). V praksi pa se mi ta dilema kaže drugače: odtegnitev intenzivnega zdravljenja je pogosto zelo blizu evtanaziji.

Evtanazije kot besede ne sprejemamo. Pa je to zavračanje res iskreno? Poglejmo si to zavračanje na dveh primerih: pri odtegnitvi hrane in tekočin ob trajnem vegetativnem stanju in pa pri opustitvi umetnega predihavanja za bolnika v nepopravljivi možganski komi.

Dolgo smo nasprotniki evtanazije poskušali drug drugega prepričati, da je šlo pri Eluani Englaro za odtegnitev nesmiselnega zdravljenja. Ko danes ponovno premišljujem njeno zgodbo, pa sem prepričan, da je šlo za evtana-

zijo. Ko so po 17 letih trajnega vegetativnega stanja Eluani odtegnili hrano in tekočino, so natanko vedeli, da bo v kratkem umrla. Po sedmih dneh brez hrane in tekočine se je to res zgodilo. Tega dejanja ne moremo opisati kot odtegnitev nesmiselnega zdravljenja, pač pa kot namerno pospešitev smrti. Seveda, pospešitev smrti iz usmiljenja do nje in do svojcev, a vendarle. Pri tem ne razumem, zakaj čakati en teden in jo pustiti, da počasi ugaša. Odstranili so hranjenje in hidracijo, nato pa so si umili roke: če želi Eluana živeti, naj stopi do hladilnika in si pripravi kosilo. Tudi če morda ni čutila bolečin – zakaj niso dejanja evtanazije takoj izpeljali do konca? In odgovor: ker bi to zamajalo trdnost argumentov vseh, ki evtanaziji nasprotujemo in pri tem ne dopuščamo nobene izjeme.

Če kdo dvomi, da je šlo pri Eluani Englaro za evtanazijo, mu ponudim primerjavo z zločinom v Hudi jami. V Hudi jami ljudi niso pobili, le žive so zazidali. Bo kdo rekel, da tisti, ki so ukazali jamo zazidati, niso bili morilci?

Drug primer je opustitev umetnega predihavanja pri bolniku, ki je v nepopravljivi možganski komi. Nekaj dni prej, ko so zdravniki še upali na izboljšanje, so bolnika zaradi slabe

oksigencije priključili na aparat za umetno predihavanje. Ko je postalo jasno, da se bolnik iz kome ne bo več prebudil, so zdravniki in svojci soglašali, da je nadaljnje intenzivno zdravljenje neprimerno. V takem stanju nam medicinska etika svetuje: opustitev intenzivnega zdravljenja je dopustna in celo priporočljiva, evtanazije pa ne smemo izpeljati. In kaj takšno stališče pomeni v praksi? Po odklopu z aparata za predihavanje bolnik v kratkem preostalem življenju z velikimi napori sam diha, vendar je oksigenacija nezadostna, zato postane hudo nemiren. Ne zmore se odkašljati, zato hudo in pogosto glasno hrope in stoka. Hud nemir in hropenje sta prisotna pri skoraj 90 odstotkih bolnikov, ki so jih odklopili od aparata za umetno predihavanje (2). Te simptome delno, vendar ne v celoti lahko ublažimo s pomirjevali in z zdravili, ki zmanjšujejo bronhialno sekrecijo. Bolnik, ki je prej v sedaciji mirno prenašal umetno predihavanje, v zadnjih urah doživlja vse simptome agonije zaradi hipoksije. Če razumem empatijo kot sočustvovanje in kot prizadevanje, da se zdravnik preseli v bolnikovo kožo, potem lahko kar zanesljivo napovem: večina zdravnikov bi za sebe v takem stanju prosila,

naj jim smrtna injekcija odvzame muke zadnjih ur življenja.

Zdaj smo torej pri ključnem etičnem vprašanju: prav vsi bolniki, ki so jim odtegnili intenzivno zdravljenje, bodo po zelo kratkem obdobju umrli. Do smrti jih loči nekaj ur, dan, dva, v primeru odtegnitve hrane in pijače kakšen teden. Zdravnik je z odtegnitvijo intenzivnega zdravljenja priznal, da je boj za življenje izgubljen. Je tedaj v etičnem pogledu kakšna razlika med odtegnitvijo intenzivnega zdravljenja in med ukrepom, ki bi jim takoj vzel življenje? Ali, kot je rekel naš učitelj prof. dr. Janez Milčinski: »Kolegi, ko z dobrim igralcem igrate partijo šaha in izgubite kraljico, ne boste nadaljevali do mata, ampak boste igro predali. In vedite, smrt je zelo dober igralec.«

Mi bo kdo pomagal skozi ta vprašanja?

Literatura:

1. Grosek Š, Grošel U, Oražem M (ur.): Etična priporočila za odločanje o zdravljenju in paliativni oskrbi bolnika ob koncu življenja v intenzivni medicini. Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ljubljana 2015.
2. Kompanje EJ. »The death rattle« in the intensive care unit after withdrawal of mechanical ventilation in neurological patients. *Neurocrit Care*. 2005; 3: 107–10.

Razmišljanja ob rob nerazpravam o evtanaziji

Prim. Anica Mikuš Kos, dr. med., Ljubljana

Ne pišem kot zdravnica. Pišem kot človek, star več kot 80 let, ki razmišlja o smrti – kdaj se bo zgodilo, kako se bo zgodilo... In seveda ob razpravah okrog umiranja na neki kliniki in nerazpravah o evtanaziji v moji državi razpredam še malo več misli o svojem koncu kot običajno.

Moj odnos do smrti je večplasten. Mislím, da mi ne bo žal umreti. In če bi me vprašali, ali bi hotela še enkrat

živeti, bi odgovorila: »Hvala, ne.« Zlasti ne v sedanjih časih, ko vsi moji znanci (seveda je to selektiven izbor, pogovarjam se predvsem ali skoraj le z ljudmi, ki mislijo podobno kot jaz) predvidevajo v bližnji in daljni prihodnosti nelepe reči. V bližnji še večjo socialno neenakost in revščino, razcvet fašizma, oborožene konflikte, širjenje terorizma, v daljni prihodnosti ekološke nesreče... Sprašujem se,

kaj se bo zgodilo z našimi čustvi, kako se bo spreminjalo delovanje naših možganov pod vplivom novih elektromagnetnih, kvantnih in ne vem še kakih posegov. Skrbi me za vnuke... In lahko bi tožila še in še. Skratka, nekako v olajšanje mi je, da bom odšla s tega sveta.

Obenem se mi zdi to dokaj sebična perspektiva. Zalotim se pri želji, da bi ostala, da bi ščitila svoje vnuke. Le kako neki? Nekoč sem brala v nekem ameriškem romanu, da lik iz romana

– mati majhnega otroka – pravi: »Ima me, da bi se ulegla pred sobo svojega sina in ga kot pes čuvaj ščitila pred zlom.« V dokumentih o Jasenovcu sem brala, da so stare matere ponujale ustašem sebe, naj jih ubijejo namesto vnukov.

V naslednjem prerezu mojega razmišljanja o smrti je prisotna neuresničljiva želja, pa vendar prisotna fantazija, da bi lahko čez kakih 20 ali 50 let od nekod pokukala na ta svet in videla, kaj se dogaja. Preprosto, da bi potešila svojo spoznavno radovednost.

Sem pa tudi malo staromodna v svojih razmišljanjih. Na primer, ne bi rada bila raztrosena. Meni dobro de, da vem, da so moji starši na nekem mestu pokopani, da jih lahko obiščem. Morda si bodo tudi moji otroci na stara leta želeli priti za 1. november na moj grob. Pa tudi ne bi bilo lepo – ko vsi hodijo na grobove, da oni na dan mrtvih ne bi imeli kam iti.

Potem se preusmerim v skrb za potek lastnega umiranja. Rada bi umrla brez velikih muk. Ko sem pred kakimi 50 leti delala na pediatrični kliniki, sem našla na mizi na hodniku oddelka za otroško onkologijo dopisnico (danes dopisnice ne obstajajo več), na kateri je bilo z okorno pisavo napisano s svinčnikom: »Sporočamo, da je včeraj v hudih mukah umrl naš Jožek. Užaloščeni starši...« Jožeka nisem poznala, toda še sedaj mi pridejo solze v oči, ko se spomnim na to dopisnico. Danes se lažje umira kot

nekoč. Pomagajo ti z analgetiki in še s čim.

V moji stroki – psihiatriji me učijo, da ljudje lažje prenesejo grozote in veliko trpljenje, če lahko dodelijo temu nek smisel. Moram reči, da mi ni bilo jasno, kakšen smisel naj bi dodelili ljudje v Auschwitzu svojemu trpljenju ali Sirijci, katerim vojaki ISIL-a (Islamic State of Iraq and the Levant) sekajo glave. Menda prično rezati glavo od spredaj, tako da bi človek bolj trpel. Morda so nekateri videli ali vidijo smisel trpljenja v svoji religiji. Toda jaz nisem iz te zgodbe. Skratka, nočem po nepotrebem, brezkoristno trpeti.

In ne bi rada bila nemočna in odvisna, v nadlego drugim. Ne bi rada, da bi si ljudje okoli mene po tihem želeli mojo smrt – zato, da bi bila jaz rešena trpljenja, da me ne bi več videli trpeti, da bi bili v tem vrtoglavo hitrem in zahtevnem življenju rešeni opravi in skrbi za mene.

Tudi na svoje dostojanstvo dam nekaj. Rada bi zapustila ta svet dostojno. V Medscapu sem našla članke, ki govorijo o tem, da se vse več starih oseb, ki so še v zadovoljivem zdravstvenem stanju, odloča za samomor. Želijo oditi, dokler so še v redu, ali pa zatrjujejo, da so utrujeni od življenja. Prihajajo prosit za pomoč svoje zdravnike. In zdravniki se sprašujejo, kaj narediti s takimi osebami. Kam jih napotiti? K psihiatru? Zato ker jim je dovolj življenja? Ob branju teh člankov sem se spomni-

la na japonski dokumentarni film o najstarejših Japoncih, v katerem kakih 120 let stara gospa pravi: »Rada bi umrla. Naveličala sem se živeti.« Moj sin pravi: »Bog ne daj, da bi takim ljudem kdo pomagal umreti. Na svetu je toliko ljudi, ki so utrujeni od življenja, naveličani neprijetnega ali imajo kake druge razloge, zaradi katerih bi radi izstopili, da bi prišlo do epidemije izstopov.«

Pravijo, da smo preveč katoliška država in morda tudi preveč južna država, da bi lahko razpravljali o evtanaziji. Jaz, pa ne samo jaz, bi rada, da bi se pričeli o tem pogovarjati. Ne govorite mi vnaprej o možnostih zlorabe. Iz medijev so znane zgodbe o tem, da so v domovih za stare in v zdravstvenih ustanovah v Angliji, v Avstriji in še kje v državah, v katerih evtanazija ni bila dovoljena, pomagali ljudem oditi s tega sveta. In ne govorite mi o svetosti življenja. Tega besednjaka ne uporabljamo ob množičnih morijah preteklih in sedanjih časov. Zakaj bi ga uporabljali za moje življenje?

Želim si, da bi lahko umrla s pomočjo drugih, če sama tega ne bi mogla izpeljati. Ne da bi pri tem moral kdo iz dobrote do mene storiti kriminalno ali kaznivo dejanje s tem, da mi da popotnico za odhod. Veliko bolj mirna bi bila, ko bi v moji državi obstajala možnost evtanazije. Saj ne vem, če bi se je res poslužila. Toda pomirjalo bi me to, da je evtanazija možna.

Pogled z druge strani

Ali nekaj o tem, kako je pogled drugačen, ko v bolnišnici nisi več študent na vajah, ampak ležiš v bolniški postelji

Barbara Podnar, študentka 5. letnika medicine MF Ljubljana
barbara.podnar@gmail.com

Neko poletje sem imela kot študentka medicine priložnost opravljati prakso v eni od dunajskih bolnišnic. Ena izmed mnogih stvari, ki sem se jih

naučila, je trkanje. Pa ne po mizi zaradi vraževerja, ampak na vrata bolniških sob. Starejši kolegi so me vedno znova (in vedno znova z isto prizanesljivostjo

in prijaznostjo) opominjali na logično sosledje dogodkov: potrkaj, vstopi, pozdravi, zapri vrata za seboj, ko odhajaš. Nekaj, česar so me naučili že v vrtcu, je v tem mesecu znova postalo samoumevno. Sem se pa takrat spraše-

vala, kam je moje »trkanje« poniknilo v vmesnem času...

Letošnjo zimo sem »imela priložnost« na oddelku ene izmed ljubljanskih bolnišnic odležati nekaj dni kot bolnica. Kaj hitro mi je bilo jasno, zakaj je lepo in potrebno, kar so me naučili – veliko hitreje, kot pa sem potrebovala, da sem sama takrat ponotranjila malo izgubljenega bontona.

V vsej naglici in delovni vnemi včasih pozabimo, da so naši bolniki

ljudje, ki velikokrat potrebujejo mir in počitek. Zdravim in aktivnim nam je vrvež naokoli samoumeven in ga sploh ne opazimo. Nekomu, ki leži v sobi, pa je hrup s hodnika morda odveč.

Ali pa zasebnost – predstavljajte si, da se za neko obdobje (ki je lahko celo zelo dolgo) preselite v tujo stavbo, v sobo, ki si jo delite s tujimi ljudmi in kamor kar naprej vstopajo neki tujci, ki po možnosti pozabijo potrkati ali zapirati vrata za seboj.

Neprijetno. Seveda je oddelek, kjer delamo, naše delovišče in vsaka soba poznana skoraj kot lastni žep. Ima pa kljub temu bolnik neke vrste prednostno pravico do sobe za tisto obdobje, ko v njej biva. In morda mu je lahko prijetnejše, če spoštujemo tisto malo zasebnosti, ki jo lahko ima v bolnišnici.

Zatorej – če imamo to možnost, napravimo bolnišnice malo prijetnejši kraj za bivanje. Za lepši dan tistim, ki potrebujejo našo pomoč.

Poletna refleksija

Mag. Nina Mazi, dr. med., Ljubljana

Tole pisanje dolgujem kolegu Jerneju, ki mi je naročil, naj napišem kaj za prijetno branje pod palmo, na plaži, seveda na način, da ne bo izzvenelo kot »plaža«. Pa tudi ne pretežno in prezahtevno, da bralcev in ljubiteljev Izide na počitnicah ne bo bolela glava. Resno in lahkotno, brez obveznosti, iskriivo in igrivo. Odo čarobno-spokojnemu življenju (o katerem običajni smrtniki sanjajo vse leto), pretkanemu s počitniško brezskrbnostjo, ki je prenekateri zdravnik skorajda ne pozna, predvsem zato, ker ne zna, ne zmore, si ne upa ali noče nikoli povsem sleči svojega »belega plašča«.

Kljub temu pa na srečo glavnina spoštovanih kolegov dobro ve, kdaj lahko zaorjejo na globoko, zaplujejo na široko ter se povzpnejo visoko in kdaj morajo ostati skromni, ponižni (a ne klečeplazni) in prizemljeni. Ostati mali ljudje z velikim srcem ter ravnati in se obnašati v skladu z ugotovitvijo legendarnega Julija Cezarja, ki je učil, da je treba biti pokončen, a ne poravnani. Hkrati pa se zna večina naših zdravnikov pravočasno in dovolj spretno izogniti »slovenskemu sindromu« privoščljivosti, vrtičkarstva in nevoščljivosti. Vse našete prvine so pogosto prisotne v našem prostoru in

nenehno razbijajo mit »small is beautiful«, ki nam ga pogosto navdušeno servirajo Anglosasi, oz. vedno znova poteptajo germansko krilatico »klein und fein«.

Je neodvisnost slovenskega zdravstva v času, ko nanj ves bolj pritiska politika, tržni liberalizem in različni »botri«, ki bi si radi z zdravstvenim denarjem čim prej napolnili mošnjičke, pod vprašajem?

Upam, da ne, vsekakor pa pričujoče vprašanje terjajo zvrhano mero pozornosti – nenehno si je treba prizadevati za ohranitev strokovne suverenosti in vseh elementov samostojnosti, ki so z njo neločljivo povezani. Predpogoj suverenosti predstavlja ta dve ključni danosti: upanje in zaupanje. Upanje, da bo kmalu bolje, »pokonci drži« tako zdravnike oz. izvajalce zdravstvenega varstva kot tudi paciente, njegove uporabnike. Zaupanja pa je na srečo kljub številnim zapletom in neljubim presenečenjem še vedno dovolj – o tem priča na primer dejstvo, da so naše zdravstvene zmogljivosti še vedno dobro obiskane (mnoge med njimi celo pretirano oblegane), medtem ko se v nekaterih državah članicah EU ubadajo s pomanjkanjem uporabnikov in si jih skušajo pridobiti z različnimi

medijskimi domislicami in reklamnimi prijemi. Zaupanje je velik kapital slovenskega zdravstva – kjer usiha, ga je treba spodbuditi in okrepiti, kjer ga je (zaenkrat še) dovolj, pa skrbeti, da se še naprej pogloblja in razvija. Žal pa o kapitalski vrednosti upanja in zaupanja pristojni pogosto sploh ne razmišljajo in z njima ravnajo, kot bi šlo za samoumevni danosti, ki *sui generis* spremljata naše zdravstvo. Vsakokrat, ko pride do »javnega pranja perila«, obtoževanja, natolcevanja in obrekovanja ali celo poskusa medijskega linča, sta upanje in zaupanje močno ogrožena, čeprav se tega ključni akterji zdravstvenih konfliktov praviloma sploh ne zavedajo oz. se pretvarjajo, da o tem nimajo pojma.

Počitnice so čas za branje in razmišljanje o lepih, pa tudi napornih in zahtevnih rečeh. Kdor si noče s skrbmi in problemi pokvariti celega dneva, se lahko »težkim« temam posveča le urico na dan (najbolje vsak dan ob isti uri, kar omogoča proaktivno miselno naravnost in bolj učinkovito soočanje s težavami). Ko »urica za skrbi« mine, se človek pomirjen in sproščen navdušeno spet vrne v počitniški živžav. Podobno kot telesne mišice, je treba tudi na počitnicah nenehno uporabljati in trenirati tudi možgane. Vsak dan, zaznamovan z mentalno inercijo oz.

intelektualno lenobo, vpliva na znižanje posameznikovega IQ (5–8 enot na teden mentalnega lenarjenja). Dejstvo, ki velja tudi za genije. Za primeren vir mentalne energije, analitični um, kreativne sposobnosti in intuicijo je treba skrbeti tudi na počitnicah. Odločitev za potovanje skozi počitniški čas v nižji prestavi zato sama po sebi ne sme pomeniti zanemarjanja kreativnih sposobnosti, odrekanja logičnemu mišljenju in racionalnemu sklepanju ter zatajevanja »tihega glaska« (vest, intuicija), ki ga vsakdo nosi v sebi, a mu ni pripravljen vselej prisluhniti.

Zavzet, odgovoren in pošten zdravnik/človek, ki mu je mar za bolnike/ljudi in domovino, tudi v poletni vročini ne more povsem pozabiti na zapleteno situacijo v zdravstvu/gospodarstvu in na izzive, ki ga čakajo jeseni.

Pri tem se skozi dogajanje kot rdeča nit vleče nedorečena situacija v zdravstvu, ki poraja vrsto vprašanj – nekatera so retorična, druga pa terjajo jasen, odločen in objektivni, verodostojen odgovor. S pomočjo poletne refleksije v sproščenem počitniškem vzdušju lahko človek ugotovi, kaj sodi v prvo in kaj v drugo kategorijo. Za pogajalsko mizo, ko gredo zadeve »na nož«, je to praviloma veliko težje izvedljivo. Prvo izmed vprašanj je povezano z razmejitvijo pristojnosti in odgovornosti – kaj mora storiti vlada s pristojnim ministrstvom (enim ali več) na čelu, kaj pa je, mora biti in ostati izključno v rokah stroke. Prav pomanjkanje razmejitve pristojnosti in odgovornosti – jasnih ločnic na obeh straneh pogajalske mize, botruje številnim nepotrebnim trenjem in nekonstruktivnim nasprotovanjem. Vlada mora zagotoviti predvsem ustrezno klimo in model (delovanja, upravljanja, financiranja), ki bosta sprejemljiva za stroko in bosta pritegnila potencialne ter zadržala obstoječe investitorje. Ki bosta zagotavljala preprosto, hitro, pregledno in učinkovito delovanje v skladu z dosedanjimi preverjenimi modeli dobre prakse in uspešno tradicijo. Poskrbeti pa mora

tudi za inovativno eksperimentiranje in nenehno uvajanje novosti oz. izboljšav. Naložbeno okolje je mogoče izboljšati in posodobiti (predpotopni sistemi so se že zdavnaj izpeli) – narediti bolj privlačno za investitorje z dvema pomembnima ukrepoma: s poenostavitvijo regulative in reformo zdravstvenega sistema, pa tudi pravosodja. Pričujočima zahtevnima posegoma stopata ob bok še načrtovana stabilizacija javnih financ (trd pogajalski oreh za zdravnike oz. celotno zdravstvo, ki lahko potegne krajši konec) in prevetritev oz. stabilizacija finančnega sistema v državi (tudi ta je tesno povezan z zdravstvom).

Pomembno vlogo pri urejanju zadev na vladni ravni pa bo igrala tudi načrtovana gospodarska rast – realni BDP Slovenije naj bi po napovedih strokovnjakov v naslednjih treh letih, med 2015 in 2018, znašal 2,1 odstotka letno. Trenutno je mehanizem finančne transmisije v naši državi še vedno oslabiljen in premalo učinkovit – nezadosten. Investicije v Sloveniji so še vedno relativno počasne in drage – neučinkovite, kot bi se vlada ne zavedala, da bi naložbe (domače in tuje) zagotovile pogoje za hitrejšo gospodarsko rast in razvoj negospodarskega, javnega sektorja. Veliko coklo razvoju pa predstavljajo tudi administrativne ovire in bohotenje birokracije. Vlada si mora prizadevati, da se bo aktualno gospodarsko okrevanje okrepilo in prineslo boljše fiskalne rezultate ter posledično tudi več denarja v izropano zdravstveno blagajno. Spodbuden pa je tudi dvig konkurenčnosti v naši državi – na naj-novejši mednarodni lestvici konkurenčnosti smo se povzpeli za šest mest – kljub zmanjšanju konkurenčnosti produktivnosti dela (nad slednjim se mora resno zamisliti tudi zdravstveni sektor). Pri presoji konkurenčnosti je pomembno, v kolikšni meri je država pripravljena in sposobna pritegniti in ohraniti neposredne tuje naložbe (TNI). Vse našteje naloge od vlade terjajo strukturiran, sistematičen pristop, premišljeno strategijo (soočamo se s strateškim deficitom ali še

huje, s strateškim vakuumom) in načrtno (enotno ali vsaj usklajeno) delovanje. Če jih bodo pristojni izpolnjevali dovolj zavzeto, strokovno in natančno, ne bodo imeli časa in energije za »skok« na ostala področja (kadrovanje, urejanje internih zadev v zdravstvenih ustanovah, birokratsko gledanje pod prste itd.).

Za vse strokovne in poslovne zadeve pa so/naj bi bili pristojni in odgovorni zdravniki in njihovi sodelavci v zdravstvenem sektorju. Vključno s prestrukturiranjem, pri čemer je treba upoštevati, da dolgovi in posojila pomembno zmanjšajo dobičkonosnost. Razmere v zdravstvu ne dovoljujejo odlašanja in slepomišenja – za nesmiselno, neproduktivno in nenačrtno delovanje brez vizije in brez potenciala nimamo več časa in sredstev.

Drugo pomembno vprašanje pa zadeva varčevanje. Ko gre za varčevanje, se je treba zavedati, da generira nezadovoljstvo, omejuje strokovni razmah ter ustvarja socialne konflikte in politično napetost – vse naštetu pa nikomur ne koristi. Zato je treba večjo pozornost posvetiti zagotavljanju rasti in razvoja ter ustvarjanju nove dodane vrednosti, zategovanje pasu in zmanjševanje primanjkljaja pa naj bosta na drugem mestu. In to kljub dejstvu, da se je javni dolg RS v zadnjih letih povečal in terja učinkovito proračunsko konsolidacijo. Ustvarjanje je še vedno pomembnejše od omejevanja – optimizacija je pomembnejša od racionalizacije. Kar pa seveda nikakor ne pomeni, da si vlada ne bo prizadevala materialnih tveganj za javne finance zmanjšati na minimum. Vsekakor pa je treba upoštevati dejstvo, da tradicionalno politično pokroviteljstvo in oslabiljeno/neustrezno institucionalno oz. korporativno upravljanje lahko omejita obseg in zmanjšata uspeh načrtovanih reformnih ukrepov in omejita njihov domet. Tudi in predvsem zaradi osebnih interesov številnih vpletenih akterjev na pomembnih položajih, ki lahko pomembno vplivajo na tok dogajanja. Posameznikov, ki so prepričani, da je žuganje, odrejanje in

ukazovanje – nastop *ex cathedra* – bolj preprosto in hitreje od motiviranja, komunikacije in sodelovanja. Aktualne razmere v zdravstvu in v politiki niso le odraz nizke ravni politične kulture in kulture odnosov, marveč tudi (in predvsem) pomanjkanja vrednot oz. vakuuma človečnosti.

Kaj torej potrebuje zdravstveni sektor? Predvsem zavedanje, da čas sam po sebi v trenutni zagati ne more izboljšati ničesar in da ni mogoče pričakovati spontanih dramatičnih sprememb, kaj šele čudežev. Pa seveda vitko in prožno delovanje,

prilagodljiv pristop ter robustno arhitekturo za reševanje aktualne problematike. Zavedanje, da je v zdravstveni panogi vedno več tekmecev. In pa dovolj poguma, odločnosti in prodornosti ter debelo kožo, ki bo junaško prenesla (morebitne) udarce. Poslanstvo zdravnika je zahtevno in naporno, saj se zdravnik pogosto nahaja nekje vmes – na meji med življenjem in smrtjo, med vzvišenim/nadžemeljskim/svetim in banalnim/tuzemskim/vsakdanjim.

Ko boste »pod palmo« razmišljali o aktualnem trenutku našega zdrav-

stva, počnite to navdušeno in s strastjo – ne le znanje in izkušnje, tudi navdušenje in strast človeka vodita do velikih dosežkov, ga ženeta naprej in mu omogočata, da postane boljši ali vsaj drugačen od ostalih.

Po napovedih vremenoslovcev bo letošnje poletje dolgo in vroče – idealno za smeje poletne načrte, ki služijo kot iztočnica za prihodnost. Da bomo jeseni lahko s polnimi baterijami zavihali rokave in uredili vse, kar smo doslej hote ali nevede pometali pod preprogo. Čas slepomišenja in skrivalnic se nepreklicno izteka.

Avgustovsko branje

polona.wallas@zzs-mcs.si

Irena Štaudohar

Magija za realiste

Beletrina, 2015



Delova novinarka je v esejih s podnaslovom *Življenje, nadaljevanji* tečaj orisala kratko zgodovino skoraj vseh človeških čustev, misli, stanj. Knjiga se odlično bere, deluje enotno in je priporočljivo branje za tiste, ki želijo izvedeti več o človekovi naravi in moči. Eseji so vodič v družbi obilja, temeljijo pa na najsodobnejših nevroloških odkritjih, evolucionarni in moralni psihologiji. Delujejo terapevtsko, na trenutke filozofsko, vendar na svež način pripovedujejo o volji do življenja. V kontekstu biti in delati dobro.

Dino Bauk

Konec. Znova

Beletrina, 2015

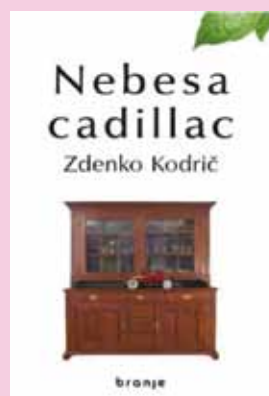


Baukov prvenec nas popelje v družbeno obdobje začetka devetdesetih ter v čas generacije, ki je mladost preživela v nemiru političnih sprememb in balkanske vojne vihre. Pripovedi glavnih protagonistov – ameriške mormonke v Ljubljani, zagrenjenega birokrata Petra, skorumpiranega poslovecza Gorana – se navidezno stikajo in so prepletene in zaznamovane z življenjem Denisa, ki je doživel usodo izbrisanih in bil izgnan iz Slovenije. Roman za ljubitelje glasbe Ekatarine Velike in drugih alternativnih rokovskih glasbenih skupin iz tistega obdobja.

Zdenko Kodrič

Nebesa cadillac

Založba Pivec, 2014



Kodrič je roman zgradil na resnični zgodovinski osebnosti Adelme von Vay (1840), spiritualistke iz Slovenskih Konjic, zdravilke, prve homeopatinje, poznane predvsem zaradi medialnega pisanja. S svojimi nadnaravnimi sposobnostmi je zdravila bolne, z baronom Odomom pa sta bila tudi podpornika in pobudnika ter donatorja konjiške bolnišnice. Na svoje stroške sta poleg bolnišnice postavila še izolirnico za bolnike z nalezljivimi boleznimi, med prvo vojno pa še vojaško bolnišnico. Knjiga je odličen oris obdobja na Slovenskem, ko se je napovedovala prva svetovna vojna, na vrata pa je trkal tehnološki razvoj. Pisatelj se poglobi tudi v slovenski duhovni in politični prostor tedanje dobe.

Slovinci in alkohol

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

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

Mercedes.Lovrecic@nijz.si

Škodljiva raba alkohola v Sloveniji, z vsemi svojimi posledicami, dolga desetletja predstavlja pomemben javno-zdravstveni izziv. Poraba alkohola na prebivalca pri nas je še vedno visoka, a upada. Družbeni odnos do alkohola, velika dostopnost alkoholnih pijač in pivske navade prebivalcev ostajajo problematični. Različni kazalniki (npr. umrljivost zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov, bolnišnične obravnave mladih zaradi akutne zastrupitve z alkoholom, opijanje) potrjujejo, da je problematika alkohola na tem področju prisotna, se povečuje in kliče po ukrepih, s katerimi bi jo lahko zajezili in zmanjševali.

Alkohol je toksičen in rakotvoren, a so se tako posamezniki kot družba pripravljani v primeru alkohola bolj izpostavljati in tvegati več v škodo zdravja kot v drugih primerljivih okoliščinah (druge nevarne snovi iz okolja). Deloma gre to pripisati samemu psihoaktivnemu učinku alkohola, nepoznavanju problematike ter precenjevanju pozitivnih učinkov, ki naj bi jih alkohol imel na zdravje ljudi. Manj permisivni so v primerih, ko alkoholizirane osebe povzročajo škodo, trpljenje, poškodbe ali celo smrt drugih. Poskusi in načini preprečevanja in zmanjševanja posledic škodljive rabe alkohola in s tem posledično doseganja boljšega zdravstvenega stanja prebivalstva so stalnica agende zdravstvenih politik v razvitih in osveščenih državah, izvajanje dokazano učinkovitih ukrepov alkoholne politike, usmerjene v omejevanje porabe alkohola, pa naj bi bilo prednostno.

Škodljiva raba alkohola predstavlja vzročno (edino ali dodatno) komponento za več kot 200 identificiranih bolezenskih stanj in poškodb, ki jih vključuje Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (MKB 10) (1). Med temi v več kot tridesetih primerih že ime (opis) ali definicija stanja vsebuje besedo alkohol, najbolj poznana so npr. sindrom odvisnosti od alkohola, akutna zastrupitev z alkoholom, alkoholna polinevropatija, alkoholna ciroza jeter, fetalni alkoholni sindrom ipd., kar izhaja iz dejstva, da se ta bolezenska stanja ne bi niti razvila brez alkohola (2).

Škodljiva raba alkohola predstavlja enega glavnih preprečljivih dejavnikov tveganja za kronične bolezni, poškodbe, nesreče, napade, nasilje, umore in samomore. V svetu se uvršča med najpomembnejše dejavnike tveganja za obolevnost, manjzmožnost, invalidnost ter umrljivost (2–5). Alkohol predstavlja vse pomembnejši dejavnik tveganja za globalno breme umrljivosti (6). Lim in sod. (7) poročajo, da je med najpomembnejšimi dejavniki tveganja, ki prispevajo v globalno breme prezgodnje umrljivosti zaradi nenalezljivih kroničnih bolezni na svetu, alkohol že na tretjem mestu (5 milijonov smrtnih primerov po svetu), takoj za hipertenzijo (9,4 milijona smrti) in kajenjem tobaka (vključno s pasivnim kajenjem; 6,3 milijona smrti), potem ko je bil alkohol v predhodnih tovrstnih raziskavah šele na šestem mestu.

Pogosto se pozablja, da je škodljiva raba alkohola povezana tudi z večjim tveganjem za obolenja srca in srčno-žilnega sistema, kap, cirozo jeter ter različna rakava obolenja, sama izpostavljenost še nerojenega otroka alkoholu v času nosečnosti pa povzroča posledice v telesnem in duševnem razvoju (3). Po drugi strani pa izsledki raziskav potrjujejo tudi, da določeni vzorci pitja alkohola predstavljajo zaščito pred ishemično boleznijo (8, 9) in diabetesom tipa 2 (10).

Splošno znano je, da ima Slovenija težave s posledicami škodljive rabe alkohola. Slovenija se tako po porabi alkohola kot po posledicah

škodljive rabe alkohola desetletja uvršča v sam vrh držav EU (11–14). Kljub nekaterim trenutnim ugodnim trendom, kot je trend padanja porabe alkohola, pa ostaja še naprej upravičena zaskrbljenost nad problematiko z vsemi posledicami.

Poraba alkohola v Sloveniji upada, a je še vedno nad povprečjem regije SZO z najvišjo porabo alkohola na svetu

Po podatkih SZO so prebivalci Evropske regije¹ (ER) SZO še vedno največji porabniki alkohola na svetu, poraba je v tej regiji več kot dvakrat višja od svetovnega povprečja, Slovenija pa ima višjo porabo alkohola v litrih čistega alkohola na prebivalca, starega najmanj 15 let, v primerjavi z ER SZO (4).

Poraba alkohola tako v ER SZO kot tudi v Sloveniji v zadnjih letih upada, kar je deloma povezano s krizo in recesijo, a tudi s sistemskimi in drugimi ukrepi na področju alkoholne politike (2). Kljub trenutnemu ugodnemu trendu padanja porabe alkohola v Sloveniji in ob nadaljevanju takega trenda bi tudi po najbolj optimističnih napovedih SZO Slovenija v prihodnosti še vedno imela skrb zbujajočo visoko porabo alkohola na prebivalca (13, 14). Sicer izkušnje in podatki kažejo, da se poraba alkohola na prebivalca po krizi in recesiji povečuje. Visoka poraba alkohola na prebivalca sama po sebi sicer še ne pomeni avtomatsko škodljive rabe alkohola v družbi, a je pri nas problematična tudi velika dostopnost do alkohola in odnos družbe do alkohola.

Dostopnost alkohola pri nas je velika

Slovenija je vinorodna dežela, ki ima tudi tradicijo pridelovanja piva in žganja. Za Slovenijo je znana tudi cenovna dostopnost alkoholnih pijač (11, 12, 15).

Možnosti za uspešno omejevanje dostopnosti do alkoholnih pijač so poznane. Mnogi od priporočenih ukrepov imajo tudi pri nas visoko

podporo javnosti (16). SZO kot dokazano učinkovite ukrepe priporoča: cenovne (npr. določitev minimalne cene alkohola – tak ukrep pri nas podpira 62 odstotkov prebivalcev; 80 odstotkov pa podpira ukrep, s katerim bi zagotovili v prodaji vsaj polovico brezalkoholnih pijač, ki stanejo enako ali manj kot alkoholne pijače; 61 odstotkov prebivalcev podpira zvišanje cen alkohola) in davčne ukrepe (npr. zvišanje minimalnih davčnih stopenj, dodatna obdavčitev za mešane gazirane alkoholne pijače, prepoved akcijskih in promocijskih cen ipd.), omejevanje dostopa (npr. uvedba licenc za prodajo alkoholnih pijač, prostorske in časovne omejitve prodaje alkoholnih pijač, določitev spodnje starostne meje za nakup in pitje alkoholnih pijač – 93 odstotkov prebivalcev pri nas podpira prepoved prodaje in pitja alkoholnih pijač pred 18. letom starosti; omejevanje tržnega komuniciranja alkoholnih pijač – 57 odstotkov prebivalcev pri nas podpira popolno prepoved oglaševanja alkoholnih pijač ipd.) (2, 4, 16).

Družbeni odnos pri nas kulturološko spodbuja pitje alkoholnih pijač in je toleranten do opijanja v javnosti

Pri nas je problematičen tudi izrazito toleranten odnos družbe do alkoholnih pijač. Za lažje razumevanje za primerjavo vzemimo Francijo. Tudi Francija ima veliko porabo čistega alkohola na prebivalca, vendar imajo tam drugačno kulturo pitja alkoholnih pijač. Pri njih prevladuje mediteranski vzorec pitja alkoholnih pijač, kar konkretno pomeni kak kozarec vina ob obrokih, do opijanja v javnosti pa niso družbeno tolerantni (4). Za razliko ima pri nas alkohol v naši družbi svojevrstno vlogo: zaznamovan življenjskih dogodkov ali obletnic posameznikov ali skupin, kot tudi drugih širših družabnih ali družbenih dogodkov (npr. organizirane prireditve) si niti ne predstavljamo brez alkoholnih pijač in opijanja (11, 15). Družbeni odnos je alkoholu izrazito naklonjen, kulturološko spodbuja pitje alkoholnih pijač in je do opijanje

v javnosti toleranten (številni običaji) (11, 12).

Zmotno je prepričanje, da na odnos do alkohola vplivamo le s preventivnimi aktivnostmi v okviru zdravstvenega in/ali šolskega sistema ter s senzibilizacijo splošne javnosti. Na bolj primeren odnos do alkohola lahko vplivamo tudi s sistemskimi ukrepi, ki so usmerjeni v omejevanje dostopa do alkohola in so dokazano učinkoviti, kot taki pa niso nadomestljivi z drugimi oblikami ukrepov (2, 4, 17).

Z vidika tveganja za zdravje so družba in posamezniki pri alkoholnih pijačah bolj permisivni, pripravljeni več tvegati in sprejemati večje zdravstvene posledice

Rehm s sod. (17) ugotavlja, da je v bolj razvitih družbah tveganje za zdravje, povezano s škodljivo rabo alkohola, bolj sprejemljivo kot druge primerljive posledice za zdravje (npr. vpliv okolja), pri čemer so, razumljivo, tvegana vedenja, povezana s prostovoljno izbiro posameznika (npr. pitje alkohola, kajenje tobaka), bolj tolerirana, medtem ko so do neprostoVOLjnega tveganja za zdravje ali življenje (npr. udeležba vinjenih voznikov v prometu, kajenje v restavracijah) praviloma ljudje in družba bolj kritični. Tako posamezniki kot družba kažejo večjo pripravljenost za izpostavljenost škodljivim posledicam alkohola in sprejemanje tveganja kot npr. za kancerogene vplive iz okolja, čeprav ima alkohol znan toksični in kancerogeni učinek. Nesorazmernost v pripravljenosti, tako posameznika kot populacije, izpostavljati se tveganju, povezanemu s škodljivo rabo alkohola, bi deloma lahko bila posledica nepopolnih informacij in nepoučenosti ter precenjevanja pozitivnih posledic alkohola za zdravje (17), a tudi dejstva, da alkohol kot zasvojljiva psihoaktivna snov ni mednarodno reguliran, za razliko od tobaka, prepovedanih drog ali zdravil. Prav tako alkohol ni obravnavan kot druga živila, čeprav ima dokazan kancerogeni učinek (17).

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

Dodatno Slovenci bolj poznamo in smo bolj občutljivi za nezaželene socialne kot za zdravstvene posledice, medtem ko državljani EU prepoznajo tako škodljive učinke na zdravje kot nezaželene socialne posledice, ki nastopijo zaradi škodljive rabe alkohola (11).

Pivske navade odraslih Slovencev še vedno problematične, vsak deseti Slovenec čezmerno pije alkohol, izrazito narašča opijanje med mladimi ženskami

V obdobju 2001–2012 smo pri nas beležili trend naraščanja abstinentov in trend padanja čezmernih pivcev alkoholnih pijač med Slovenci v starosti od 25 do 64 let, kar je ugodno in spodbudno, vendar je vsak deseti Slovenec še vedno čezmerno pil alkohol, vsak drugi pa se je vsaj enkrat letno opil. Moški, tako kot drugod po svetu, manj abstininirajo, pogosteje pijejo alkohol in v večjih odmerkih v primerjavi z ženskami, vendar je pri mladih ženskah v obdobju krize bolj strmo naraščalo opijanje v primerjavi z moškimi. V letu 2012 v primerjavi z letom 2008 se delež čezmernih pivcev alkoholnih pijač ni značilno spremenil, je pa značilno porastel delež tistih, ki so se opili vsaj enkrat letno, potem ko smo do leta 2008 zaznavali trend padanja takega vedenja. K temu neugodnemu trendu uživanja alkoholnih pijač bi lahko, tako kot v drugih državah, pripomogla tudi gospodarska kriza (18).

Mladostniki v Sloveniji: porast hospitalizacij zaradi zastrupitve z alkoholom, tudi smrtne žrtve

Alkohol je v vseh starostnih obdobjih najbolj razširjena in najbolj priljubljena droga, tako tudi mladostniki v Sloveniji niso imuni na problematiko tveganega pitja alkoholnih pijač. Mladostniki pri nas so izpostavljeni pogostejšemu pitju alkoholnih pijač in višjim koncentracijam alkohola v primerjavi z evropskim ali drugim mednarodnim povprečjem, vse več otrok in mladostnikov pri nas prvič pije alkoholne pijače pred svojim 13. letom

starosti, mnogi še prej (15). 85 odstotkov 15-letnikov v Sloveniji je že pilo alkoholne pijače, dva od petih slovenskih 15-letnikov sta bila v življenju že vsaj dvakrat opita. V zadnjih letih narašča delež mladostnic, ki tvegano pijejo alkoholne pijače (16).

V obdobju od leta 2003 do leta 2012 v Sloveniji beležimo trend naraščanja hospitalizacij zaradi akutnih zastrupitev z alkoholom tako v starostni skupini od 15 do 19 let (statistično značilen porast), kot tudi v starostni skupini od 20 do 29 let (19). Pri tem se je treba zavedati, da je akutna zastrupitev z alkoholom, posebej pri mladih, resno medicinsko stanje, ki se v določenih primerih lahko konča s smrtjo. V Sloveniji je v obdobju od leta 1997 do leta 2013 zaradi zastrupitve z alkoholom v starosti od 15 do 29 let skupaj umrlo 48 oseb, 42 moških in 6 žensk (20). Gre za smrti, ki so še posebej tragične in ki bi se jim lahko v celoti izognili. Dodatni zapleti zastrupitve z alkoholom so lahko povezani s padci, poškodbami, nesrečami, spolnimi zlorabami ipd. (15). Sprejemi mladostnikov v bolnišnico zaradi zastrupitve z alkoholom in najbolj neugoden izhod – smrtni primeri, pa kljub svoji dramatičnosti in resnosti težav predstavljajo vrh ledene gore.

Popivanje med mladimi vzbuja skrb tudi zaradi nevrotoksičnega učinka alkohola. Možgani otrok in mladostnikov so občutljivejši za škodo, ki nastane zaradi izpostavljenosti alkoholu zaradi razvojnih procesov. Poleg tega se proces sindroma odvisnosti lahko začne že v otroštvu in mladostništvu (15). Mlajša je oseba, ko začne piti alkoholne pijače, večja je verjetnost, da bo imela pozneje v življenju težave zaradi alkohola (15).

Hospitalizacije in smrti zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov kažejo, da breme alkohola narašča, čeprav so ta bolezenska stanja in smrti v celoti preprečljive

Posledice škodljive rabe alkohola se odražajo na zdravju posameznika

in lahko prizadenejo npr. njegovo živčevje (sindrom odvisnosti, epileptični napadi, psihoze ipd.), prebavila (alkoholna okvara jeter, vnetje trebušne slinavke ali želodca), srčno-žilni sistem (npr. povišan krvni tlak, motnje srčnega ritma), predstavlja tveganje za razvoj raka ustne votline, žrela, grla, požiralnika, jeter, debelega črevesa in danke ter dojk, posledice pa lahko prizadenejo tudi svojce in širšo družbo (težave v družini, delovnem okolju in družbi, nasilje različnih oblik v družbi in v družini, samomori, nezgode doma, na delu, v prometu in drugod) (3, 6).

Vsak dan imamo v Sloveniji zaradi vzrokov, ki jih pripisujemo izključno in 100-odstotno alkoholu, 10 bolnišničnih obravnav. V letu 2012 smo imeli v Sloveniji 3722 primerov bolnišničnega zdravljenja zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov, zdravljenih je bilo 2868 primerov moškega spola in 854 primerov ženskega spola, v 263 primerih je bila starost nižja od 19 let (21). Sicer v zadnjem desetletju opazamo trend padanja hospitalizacij (števila, stopenj), predvsem na račun zdravljenja sindroma odvisnosti od alkohola, kar pa žal ne odraža manjše tovrstne problematike pri nas, temveč dejstvo, da se vzporedno z gospodarsko krizo in recesijo prizadete osebe v manjši meri in kasneje odločajo za tako obliko zdravljenja (22).

Vsak dan v Sloveniji zaradi bolezenskih stanj in poškodb, izključno in 100-odstotno povezanih z alkoholom, v povprečju umreta dve osebi. V povprečju pri nas letno umre 881 oseb zaradi bolezenskih stanj in poškodb, kjer je izključni vzrok alkohol in so v celoti in 100-odstotno preprečljive. Umirajo pogosteje moški, dve tretjini jih umre pred 65. letom starosti. V letu 2012 je zaradi vzrokov, 100-odstotno pripisljivih alkoholu, umrlo 941 oseb, kar je več kot leto poprej, od tega 734 moških in 207 žensk, 3 žrtve so bile stare manj kot 19 let (20). Poudariti je treba, da tu niso vštete tiste smrti, kjer alkohol predstavlja zgolj enega od dejavnikov tveganja za

bolezensko stanje (npr. rakava bolezen, kjer je alkohol eden od dejavnikov tveganja). Tako je smrtnih žrtev, povezanih s škodljivo rabo alkohola, dejansko bistveno več, pri čemer je treba izpostaviti tudi smrtne žrtve prometnih nezgod, katerih povzročitelji so alkoholizirani (v povprečju 75 oseb na letni ravni) (16).

Sistemske ukrepi, usmerjeni v omejevanje dostopa do alkoholnih pijač, so dokazano učinkoviti, za državo pomenijo prihranek

Škodljiva raba alkohola resda v Sloveniji predstavlja ključen javnozdravstveni problem, vendar bremena alkohola ne moremo zmanjšati samo znotraj zdravstvenega sistema. Posledice škodljive rabe alkohola zaradi nastalih stroškov in posledic v prometu, socialnem varstvu, zdravstvu in sodstvu ter zaradi zmanjšane ali izgubljene delovne produktivnosti (bolezen ali smrt) nosi celotna družba, problematika pa narekuje tudi potrebo po širšem družbenem soglasju glede ukrepov, saj je na tak način spopadanje s problematiko učinkovitejše. SZO med najuspešnejše ukrepe alkoholne politike, ki dokazano zmanjšujejo škodo zaradi alkohola, uvršča davčne in cenovne ukrepe, omejevanje dostopa, skrb za varnost v cestnem prometu (pri nas 77 odstotkov prebivalcev podpira ukrep 0,0 za vse voznike), zdravljenje stanj in posledic škodljive rabe alkohola in kratke svetovalne programe pri zgodaj prepoznanih tveganih pivcih (2, 4). Take ukrepe javnost večinoma podpira (16), ker jih prepozna kot koristne za zaščito zdravja, vendar podpora javnosti sama po sebi še ne zagotavlja sprejetja določenega sistemskega ukrepa, je pa pomemben dejavnik za spremembe na ravni alkoholne politike. Slovenija se v sprejemanju učinkovitih ukrepov alkoholne politike uvršča na 16. mesto med 29 evropskimi državami, s čimer ne moremo biti zadovoljni (16).

Sistemske ukrepi, usmerjeni v omejevanje dostopa do alkohola,

imajo posreden in neposreden, takojšen in dolgoročen učinek. S sistemskimi ukrepi, ki jih sprejema politika, lahko vplivamo tudi na izoblikovanje stališč in odnosa, še lažje pri mladih. Omejevanje dostopa do alkohola lahko zaščiti otroke in mladostnike, jim omogoča varnejše okolje in jih uči, da alkohol v otroštvu in mladostništvu ni primeren. Pri nas med izzivi ostaja tudi izoblikovanje bolj odgovornega odnosa do alkohola v družbi ter ustvarjanje primerne okolja, kjer bodo prevladovali bolj razumne odločitve.

Literatura:

1. Svetovna zdravstvena organizacija. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene. 10. revizija (1. knjiga, 2. izdaja). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2005.
2. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Geneva: WHO, 2014. http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_1.pdf?ua=1
3. OECD. Alcohol consumption among adults, in Health at a Glance: Europe, OECD Publishing, 2012. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-25-en>
4. World Health Organization. Alcohol in the European Union: Consumption, harm and policy approaches. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/160680/e96457.pdf
5. Rehm J et al. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *The Lancet* 2009; 373 (9682): 2223–33.
6. Rehm J, Shield KD. Alcohol and Mortality: Global Alcohol-Attributable Deaths From Cancer, Liver Cirrhosis, and Injury in 2010. *Alcohol Research: Current Reviews* 2014; 35(2): 174–83.
7. Lim Stephen S et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet* 2012; 380 (9859): 2224–60.
8. Roerecke M and Rehm J. Alcohol intake revisited: Risks and benefits. *Current Atherosclerosis Reports* 2012; 14: 556–62.
9. Roerecke M, Rehm J. The cardioprotective association of average alcohol consumption and ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Addiction* 2012; 107(7): 1246–60. doi:10.1111/j.1360-0443.2012.03780.x
10. Baliunas DO et al. Alcohol as a Risk Factor for Type 2 Diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care*. 2009; 32(11): 2123–32. doi:10.2337/

dc09-0227.

11. Lovrečič B, Lovrečič M. Poraba alkohola in piske navade v obdobju 2000-2010: primerjava med EU in Slovenijo. *Isis* 2013; 22: 70–5.
12. Lovrečič B, Lovrečič M. Celotna poraba alkohola in (dodaten) javnozdravstveni izziv. *Isis* 2014, 23(5): 67–9.
13. WHO. Global Health Observatory Data Repository (European Region) <http://apps.who.int/gho/data/node.main-euro.A1025?lang=en?showonly=GISAH>
14. World Health Organization. Global Information System on Alcohol and Health (GISAH) 2015 <http://www.who.int/gho/alcohol>
15. Lovrečič B. Možgani mladostnikov in alkohol. *Isis* 2014; 23(7): 16–8.
16. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Alkoholna politika v Sloveniji: priložnost za zmanjševanje škode in stroškov. NIJZ: Ljubljana, 2015. http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/Posveti_Konferenca_2015/Alkoholna_politika_v_Sloveniji_01.pdf
17. Rehm J, Lachenmeier DW, Room R. Why does society accept a higher risk for alcohol than for other voluntary or involuntary risks? *BMC Medicine* 2014; 12: 189. doi:10.1186/s12916-014-0189-z.
18. Lovrečič B, Lovrečič M. Alkohol. V: TOMŠIČ, Sonja (ur.). et al. Izzivi v izboljševanju vedenjskega sloga in zdravja : desetletje CINDI raziskav v Sloveniji. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014, str. 63–69.
19. Perharič L, Rok Simon M, Zgaga A, Šömen Joksic A. Ten year trends of hospital admissions due to acute poisoning in Slovenia. Eurotox 50th Congress of the European Societies of Toxicology, Edinburgh, 2014.
20. Baza umrlih, Zdravniško poročilo o umrli osebi, NIJZ.
21. Zbirka bolnišničnih obravnav BOLOB, NIJZ
22. Lovrečič M, Lovrečič B. Umrljivost in hospitalizacije zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov v Sloveniji v obdobju od 2000 do 2010. *Isis* 2013; 22(4): 60–5. *Digestive Disease Week* 2015

Digestive Disease Week 2015

Asist. Davorin Dajčman, dr. med., UKC Maribor

davorin.dajcman@ukc-mb.si

V mesecu maju letošnjega leta je v Washingtonu DC (ZDA) potekal vsakoletni tradicionalni teden, posvečen boleznim prebavil, ki v zadnjih letih predstavlja najbolj množično in vsebinsko naj sodobnejšo strokovno srečanje gastroenterologov, gastroenteroloških endoskopistov, hepatologov, abdominalnih kirurgov, gastroenteroloških radiologov, bazičnih raziskovalcev, proizvajalcev opreme ter zdravil za področje boleznih prebavil. Srečanje se uradno imenuje Digestive Disease Week, domači gastroenterologi pa mu radi kratko rečemo »DiDiWi«. Običajno se ga udeleži več kot 15.000 tisoč strokovnjakov, spremljanje njegovega poteka pa je zajeten zalogaj za udeleženca, ki bi rad spoznal ključne novice, strokovne dileme in najnovejše smernice na področju, s katerim se v svoji praksi najbolj ukvarja. Sem član mednarodnega zbora Ameriške zveze za gastroenterologijo (American Society for Gastrointestinal Endoscopy – ASGE), ki je ena od ključnih soorganizatoric srečanja, in skupaj s ženo Natašo, otroško psihiatrinjo, sva v obliki vabljenega in za člane občasno obvezne diskusijske skupine predstavila bolnika s sočasnim potekom avtoimunskega pankreatitisa in sindroma ADHD (attention-deficit/hyperactivity disorder – motnja pomanjkanja pozornosti), dveh bolezenskih dogajanj z navidezno oddaljeno vzročnostjo, a vse večjo pogostnostjo. Razprava je bila uspešna, odgovora na morebitne povezave med obema stanjema pa seveda nismo prepoznali. Strokovnjaki menijo, da v prihodnosti lahko pričakujemo vse več skupnih imenovalcev za bolezni, ki jih danes obravnavamo zelo specialno in oddaljeno, kar postaja eno od ključnih spoznanj bazičnih medicinskih raziskav na področju genetike in molekularne biologije.

O čem vse so potekala predavanja, razprave, predstavitve in delavnice, sploh ni mogoče povzeti, ker programa, ki ga niti v elektronski obliki na tablici ali pametnem telefonu ni možno celostno preučiti, udeleženec srečanja preprosto ne obvlada. Elektronske programske aplikacije si je priporočeno naložiti že predčasno ob registraciji, s katero si pridobiš pravico do njihovega »snemanja in nalaganja« na spletni strani srečanja, in si vnaprej izdelati načrt oz. urnik svoje aktivnosti – drugače se lahko preprosto izgubiš v »cunami« vsebin in števila predavanj.

V prispevku želim poudariti nekaj zanimivih sodobnih splošnih spoznanj gastroenterološke stroke, ki sem jih zasledil na srečanju in so zanimiva za širšo zdravniško javnost. Ob vse bolj razmahnenih presejalnih programih za zgodnje odkrivanje raka debelega črevesa in danke ter z njimi povezanih endoskopskih resekcij ali polipektomijah tako odkritih predrakavih sprememb, se vse bolj kažejo tudi neželeni učinki takšnih, v zadnjem času posledično vse bolj številčnih posegov. Med pomembnimi temami razprav ASGE so tako bili dejavniki tveganja za pojav klinično pomembnih krvavitev po polipektomiji polipov debelega črevesa, ki se pojavijo kar pri 6 odstotkih bolnikov. Med najbolj pomembne dejavnike, ki vplivajo na potek polipektomije, tako po besedah dr. Andrewa J. Baina, vodje endoskopske enote Roswell Park inštituta za rakave bolezni v Buffalu (zvezna država New York) spadajo endoskopska tehnika polipektomije, vrsta in oblika polipa in koagulacijsko stanje bolnikove krvi, predvsem bolezenske in z zdravljenjem povzročene motnje strjevanja krvi! Pojavijo se lahko že med posegom, lahko pa kot odložene krvavitve po več dneh ali celo tednih in zato predstavljajo resen izziv bolnikom in endoskopskemu osebju. Dr. Bain je komentiral delo skupine španskih strokovnjakov, ki je predstavila raziskavo na 1300 bolnikih, ki so jim opravili endoskopsko mukozektomijo večjih sluzničnih lezij. Ugotavljajo, da je tveganje za pojav krvavitve zvečano pri lezijah, katerih velikost presega 30 milimetrov, se nahajajo proksimalno od prečnega dela debelega črevesa (transverznega kolona), pri bolnikih, starejših od 75 let, in pri bolnikih, ki se zdravijo z aspirinom ali antikoagulacijskimi zdravili. Na podlagi tega spoznanja so izdelali poseben točkovnik za prepoznavanje bolnikov z velikim tveganjem za krvavitve, ki ga lahko v klinični praksi uporabijo za vnaprejšnje načrtovanje zaščitnega (profilaktičnega) preprečevanja krvavitev s sponkami za zaustavljanje krvi oz. hemostatskimi klipi med posegom in podaljšanja časa doslednejšega sledenja po posegu. Na drugi strani pa je kalifornijska skupina predstavila svoje rezultate raziskave incidence in dejavnikov tveganja za krvavitve po polipektomij pri bolnikih, ki prejemajo antitrombotično

zdravljenje, s katero so še enkrat potrdili, da je pri teh bolnikih dosega nje varnega ravnovesja med zaščito pred ponovnim trombemboličnim dogodkom in preprečitvijo krvavitve po polipektomiji ena izmed najtežjih nalog endoskopske ekipe. Številne razprave so bile posvečene klinični koristnosti različnih zaščitnih (profilaktičnih) metod hemostaze za preprečitev odložene krvavitve po endoskopskih mukozektomijah. Ugotavljajo, da se mukozektomije zaradi večje nevarnosti pojava krvavitve še zmeraj ne izvaja v želenem obsegu, saj med glavne razloge spada pomanjkanje izkušenj in s tem v zvezi manj agresivno endoskopsko zdravljenje.

V zvezi z rakom debelega črevesa in danke je bila zanimiva tudi razprava na kliničnem posvetu ameriške Zveze za kirurgijo prebavne cevi (Society for surgery of Alimentary Tract – SSAT), kjer so razpravljali tudi o zdravljenju razsejane ali metastatske bolezni omenjenega raka. Z razvojem novejših oblik onkološkega zdravljenja je dobila razsejana oblika raka z metastazami značaj kronične bolezni, prav tako pa narašča število bolnikov, pri katerih je opravljena kirurška resekcija jeter oz. metastazektomija. Tako v dobro usposobljenih centrih opravijo takšne kirurške posege kar pri dobri četrtini bolnikov z metastazami v jetrih, kar zelo

izboljša njihovo petletno preživetje, ki v posameznih raziskavah presega 60 odstotkov. Takšno zdravljenje priporočajo vsem za kirurške posege sposobnim bolnikom, pri katerih je možna radikalna lokalna resekcija primarnega raka, in tistim z operabilnim lokalnim recidivom bolezni. Kirurško zdravljenje metastaz v jetrih pri bolnikih z večorganskim zasevanjem (pluća, peritonej) je še vedno predmet razprav, zaenkrat pa oprijemljivih dokazov izboljšanja preživetja takšnih bolnikov po morebitni resekciji jeter z metastazami še ne poznamo.

Okvara delovanja ledvic pri bolnikih z jetrno cirozo je znan negativni napovedni dejavnik, saj pomembno poveča tveganje za njihovo smrt, zato je Ameriška zveza za raziskave bolezni jeter (American Association for the Study of Liver Diseases – AASLD) tej temi posvetila široko razpravo na svojem kliničnem simpoziju o odkrivanju in zdravljenju bolezni ledvic pri cirotikih. Poudarili so, da je treba pomen slabšanja ledvične funkcije ter naraščanja serumskega kreatinina pri bolnikih s cirozo jeter redefinirati, predvsem zaradi zgodnjega odkrivanja resnega in večinoma usodnega zapleta, znane ga kot hepatorenalni sindrom. Dr. O'Leary iz Transplantacijskega inštituta Baylor Simmons v Dallasu (zvezna država Teksas) je poudaril, da

imajo ti bolniki resne težave z delovanjem ledvic, še preden se pojavi omenjeni smrtno nevaren zaplet. Po njegovih besedah že zgodnje spremembe v delovanju ledvic, ki se kažejo z blagim naraščanjem serumske koncentracije kreatinina nad normalnimi vrednostmi, napovedujejo možnost tveganja za smrt teh bolnikov. Molekularne spremembe v ledvicah se namreč dogajajo še v fazi, ko z laboratorijskimi preiskavami ugotavljamo še normalne vrednosti kreatinina v serumu. Raziskave so pokazale, da imajo velik klinični pomen na ledvično funkcijo pri takih bolnikih tudi subklinično potekajoče okužbe. Ker je uspešno zdravljenje hepatorenalnega sindroma zato predvsem v preprečevanju njegovega kliničnega nastanka, še preden se pojavi porast serumskega kreatinina, se v klinično prakso uvaja določanje zgodnjih kazalcev ledvične okvare oz. bioloških označevalcev (biomarkerjev), med katerimi so izpostavili cistatin-C (zaviralec lizosomskih proteinaz), nevtrofilni lipokalin (neutrophil gelatinase-associated lipocalin/N-GAL), molekulo ledvične poškodbe KIM-1 (kidney injury molecule-1) in interleukin-18 (IL-18). V zdravljenju pa naj bi pri bolnikih z omenjenimi znaki grozeče ledvične okvare veliko obetalo zgodnje uvajanje vazopresinovega analoga terlipressina, ki je sicer bolj poznan v zdravljenju krvavitve iz varic in ni novo zdravilo. Krovna Ameriška gastroenterološka zveza (American Gastroenterological Association – AGA) je pripravila zanimiv simpozij o dilemah na področju celiakije, bolezni, katere pogostnost narašča, v splošni populaciji pa je postala pravi »modni hit«! Poslušalcev je bilo zelo veliko, dilem pa toliko, da se še poznavalcu zazdi, da celiakija postaja bolezen modernega človeka!?

Slednjič pa še nekaj o Washingtonu DC (District of Columbia), glavnem mestu Združenih držav Amerike. Washington ni značilno ameriško velemesto z visokimi nebotičniki, ki pretežni del sončnega dne nad ulice



Avtor v sredini makete logotipa srečanja v vhodni avli kongresnega centra.

mečejo hladno senco, ampak je evropsko urejeno veliko mesto s številom prebivalcev, ki ne presega enega milijona. Osrednje stavbe političnega in kulturnega središča so grajene v neoklasicističnem slogu časa, v katerem je mesto ustanovil prvi predsednik neodvisnih Združenih držav Amerike George Washington, v novejšem poslovnem in trgovskem delu pa stojijo prijazne in obvladljive stavbe brez nemogočega števila nadstropij, ob katerem se ti lahko že v dvigalu začne vrteti. V mestu ne manjka zelenic, drevja, parkov s številnimi spomeniki, med katerimi je najznamenitejši »National Mall«, v katerem

so povprečnemu zemljanu našega časa poznana številna znana obeležja iz zgodovine »novega sveta«: druga svetovna vojna, korejska vojna, vietnamski zid z imeni vseh padlih Američanov v tej izgubljeni vojni, muzej »holokavsta« in seveda mavzolej Abrahama Lincolna, predsednika, ki ga po mojem občutku častijo še bolj kot prej omenjenega Washingtona. Če se odpraviš na ogled peš in ne s kolesom, ne izpustiš še mavzoleja Thomasa Jeffersona in novejšega spomenika Martinu Luthru Kingu, pot pa nadaljuješ preko mosta čez reko Potomac vse do Arlingtona, kjer je znamenito vojaško pokopališče, in

zaključiš pri spomeniku »Iwo Jima«, se krepko sprehodiš. Mariborčan bi prišel vse do mejnega prehoda z Avstrijo v Šentilju. Poseben čar mestu daje pridruženo mestoce Georgetown, starejše mesto, zgrajeno v slogu kolonialnih časov Združenega kraljestva, saj njegova podoba spominja na mestna jedra v Veliki Britaniji ali na Irskem. Značilne so dvonadstropne hiše z lokali, trgovinami in drugimi zanimivostmi, rečni kanal in obala reke Potomac, kar Gergetownu daje privlačen, povsem turističen pridih. Tako ogromen kongres kot mesto vredna ogleda!

16. evropski ortopedski kongres EFORT v Pragi

Vesna Levašič, dr. med., Ortopedska bolnišnica Valdoltra

Doc. dr. Rihard Trebše, dr. med., Ortopedska bolnišnica Valdoltra

Vesna.Levasic@ob-valdoltra.si

Vsako leto se v eni od evropskih prestolnic odvija evropski ortopedski kongres EFORT (European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology). Letošnji, »16th EFORT Congress«, je potekal v češki prestolnici Pragi od 27. do 29. maja 2015.

Program tridnevnega kongresa EFORT obsega 90-minutne simpozije, 60-minutna izobraževalna predavanja priznanih svetovnih predavateljev, delavnice, 5-minutne ustne predstavitve in posterje. Na simpozijih in razstavnih prostorih so številni ponudniki medicinskega materiala in opreme predstavili svoje novosti.

V četrtek smo z zanimanjem poslušali plenarno predavanje prof. Morlocka z naslovom: Are The Implant And The Bearing Articulation Still Important ter v petek prof. Malchua: The Next Critical Role Of

Orthopaedic Registries, From Working In Isolation To International Networking.

Glavna tema kongresa v Pragi so bile okužbe. Ortopedi in travmatologi iz evropskih ustanov, pa tudi iz bolj oddaljenih koncev sveta, so razpravljali o še nedavno nezaželeni temi – okužbah v ortopediji. Kongresa se je udeležilo skoraj 7500 udeležencev iz vseh evropskih držav, pa tudi Amerike, Azije in Bližnjega vzhoda.

V Ortopedski bolnišnici Valdoltra smo pred dvema letoma v okviru reorganizacije medicinske dejavnosti vzpostavili samostojno organizacijsko enoto z namenom sistematičnega obvladovanja kostnih okužb. Tudi zato je bila zasedba s strani Valdoltre letos številčna.

Posebnost kongresov EFORT so delavnice Expert meet Expert Forum, kjer strokovnjaki izmenjujejo svoje

izkušnje in mnenja. Za te delavnice je bila potrebna posebna prijava, saj je udeležba na posamezni delavnici omejena na 100 udeležencev. V delavnici z imenom Patient Adapted Treatment After Prosthetic Joint Infection sem doc. dr. Trebše predstavil svoj pogled na zdravljenje okužbe kostnih vsadkov z nekrektomijo in zadržanjem vsadka (Debridment and Retention), čemur so udeleženci sledili z velikim zanimanjem.

Sodelovali smo kot moderatorji različnih sekcij:

- doc. dr. Rihard Trebše je moderiral dve sekciji, in sicer Infection: Miscellaneous ter Bearing and Tribology 2,
- prof. dr. Ingrid Milošev je moderirala sekcijo Innovations and experimental studies on biomaterials.



Doc. dr. Rihard Trebše kot moderator sekcij *Miscellaneous ter Bearing and Tribology 2* (vir: www.efort.org/prague2015/).

Slovenski zdravniki in raziskovalci smo bili na EFORT-u kar številčno prisotni s svojimi prispevki:

- Rihard Trebše: Debridement and Retention – vabljeni predavanje
- Ingrid Milošev, Vesna Levašič: pH Of Synovial Fluid Of Osteoarthritic Joints And Joints With Metal Joint Replacements – ustna predstavitev
- Andrej Coer, Mitja Rak, Vesna Levašič, Rihard Trebše, Ingrid Milošev: Molecular Analysis Of Sonicate Fluid In Comparison To Histological Analysis Of The Periprosthetic Tissue For Detection Of Periprosthetic Joint Infection – predstavitev posterja
- Rene Mihalič, Rihard Trebše: Modern Approach To Periacetabular Osteotomy – predstavitev posterja
- Rene Mihalič, Klemen Bedenčič, Rihard Trebše: New Cut-Off Values For Synovial Fluid Cell Count And Differential For The Diagnosis Of Prosthetic Hip Infection – predstavitev posterja
- David Martinčič, M. Brojan, F. Kosel, D. Štern, T. Vrtovec, R. Vengust: Optimal Cement Volume For Vertebroplasty – Biomechanical

- Study – ustna predstavitev
 - Miha Vodičar, Robert Košak, Matevž Gorenšek, Robert Korez, Tomaž Vrtovec, Jadran Koder, Rok Vengust: Does Vertebral End Plate Perforation Cause Annulus Reparation And Intervertebral Space Restoration? – ustna predstavitev
 - Blaž Mavčič: The Impact Of Femoral Canal-Flare_Index On Leg-Length Discrepancy After Primary Total Hip Arthroplasty – poster
 - Tomaž Silvester: Jumbo Cup – Its Role In Acetabular Revision – poster
- Vesna Levašič in prof. Ingrid Milošev sva se udeležili tudi sestankov na temo evropskega registra artroplastike. Ugotavljamo, da se je združenje European Arthroplasty Register (EAR) preoblikovalo v EARN pod vodstvom nekdanjega podpredsednika EAR, prof. Gerolda Labeka, združenje EFORT pa je ustanovilo svojo organizacijo NORE (Network Orthopaedic Registries in Europe), ki bolj upošteva že uveljavljene skandinavske registre in registre s številnejšo populacijo. Tu smo kot Register endoprotetike Slovenije (RES) v

nastajanju nekoliko razočarani, saj se različna združenja številčno množijo, namesto da bi evolucijsko napredovala na višje ravni. S prof. dr. Labekom smo namreč kot Register artroplastike OB Valdoltra dobro sodelovali. Tako smo med drugim skupaj izvedli analizo vsadkov z zamenljivim vratom, kar je prof. Labek predstavil v obliki predavanja v sekciji Evidence Of Recent Innovations.

Pričakovano je bil, glede na glavno temo kongresa, v več sklopih predavatelj tudi prof. dr. Andrej Trampuž, priznan slovenski infektolog, trenutno zaposlen v Nemčiji na kliniki Charité Universitätsmedizin v Berlinu, ki se ukvarja predvsem s kostnimi okužbami.

Ne nazadnje smo v Valdoltri zelo ponosni, da je bil delegat iz Slovenije, naš sodelavec Rene Mihalič, dr. med., spec. ortopedске kirurgije, izvoljen za člana upravnega odbora združenja EFORT (Executive Board Members At Large), kar lahko razumemo tudi kot priznanje slovenskim strokovnjakom, ki s svojim delom in izsledki študij prispevajo k izboljšavam v kompleksnih procesih zdravljenja kostnih obolenj.

Praga je zelo prijetno mesto s pridihom domačnosti, saj sta jeziki in arhitektura precej podobna naši. Mestnih znamenitosti sicer nismo uspeli obiskati, saj nam je dogajanje na kongresu vzelo preveč časa. Zvečer smo vseeno posedeli v centru Prage ob pečenki in cmokih z obveznim kozarcem piva, da smo vsaj takrat spoznali utrip mesta.

Kongres EFORT v Pragi je bil po našem mnenju zelo uspešen in kljub temu, da gre za evropski kongres, je bil priložnost, da svoje izkušnje predstavijo ortopedi in raziskovalci iz vsega sveta. Prihodnji, 17. kongres EFORT bo v Ženevi. Glavna tema bo ohranjanje aktivnosti skozi življenje.

Mafija prihaja v zobozdravstvo? Lahko pa je že tu!

Redna letna skupščina Sveta zobozdravnikov EU (CED), Riga, 29.–30. maj 2015

Izr. prof. dr. Matjaž Rode, dr. dent. med., v. svet., Ljubljana

Gordan Čok, dr. dent. med., Dr. Čok Dental, d. o. o., Zasebna zobna ordinacija, Portorož

matjaz.rode@siol.net

Naj pričneva ta zapis z razlago naslova. Italijanski kolegi so pisno obvestili vse delegate, ki so predstavljali svoje države na letošnji Generalni skupščini CED, ki je potekala v enem od hotelov v Rigi, da so organizacijo zobozdravstva v Italiji prevzele pokrajine in je zato stanje tako različno, da postaja kaotično. Pojavljajo se zasebne klinike, ki zaposlujejo osebje, ki ima nepreverjeno izobrazbo, in kar nekaj znakov kaže, da se je s svojim kapitalom v italijansko zobozdravstvo vselila mafija. Vprašati se moramo, ali se to dogaja res samo v Italiji in ali ne povsem jasnih povezav med denarjem in stroko ni najti tudi drugje v EU?!

Letošnja redna letna skupščina je bila nasploh polna napovedovanja še drugih nevspečnosti.

Šušlja se, da pogajanja o trgovinskem sporazumu med EU in ZDA med drugim dopuščajo možnost, da se bo ameriški kapital polastil tudi nekaterih evropskih bolnišnic, zobozdravniških klinik ali celo posegel v sam zdravstveni sistem v posameznih državah. Med samo skupščino so nemški kolegi dobili sporočilo, da je na to pristala celo Nemčija, ki je bila v začetku pogajanj zelo proti temu!

Tudi v zobozdravstvu v državah EU je kar nekaj težav. Priseljevanje tujih zobozdravnikov v nekatere države je tako intenzivno, da že ogroža organizacijo dela in predvsem postavlja pod vprašaj kakovost, kar je v neskladju z določili Direktive o varnosti pacientov. Nekatere države skušajo ta plaz zajeziti z dodatnimi preskusi strokovnega znanja in znanja jezika države, v katero so ti tuji

strokovnjaki prišli. O teh problemih je izčrpno poročala tudi gospa Tina Šapac v svojem zapisu o 13. sestanku ENMCA (European Network of Medical Competent Authorities), ki je objavljen v letošnji junijski Izidi. Tudi Slovenija pri tem ni izjema, saj se je samo od maja 2014 do maja 2015 pri nas zaposlilo 28 tujih zobozdravnic in zobozdravnikov, pri tem pa je pomembno, da je že sedaj v Sloveniji zobozdravnikov dovolj (Sabina Markoli; Isis, junij 2015) in da slovenski mladi zobozdravniki na strokovnem izpitu na vprašanje o zaposlitvi največkrat odgovorijo, da v najboljšem primeru pričakujejo začasno zaposlitev, mnogi pa še te možnosti nimajo in se odpravljajo v tujino!!

Letošnji delegati na Generalni skupščini CED so med drugimi potrdili tudi resolucijo o poklicih v zobozdravstvu, in to predvsem zaradi nekaterih nejasnosti o pristojnostih, nalogah, pravicah in dolžnostih posameznih članov zobozdravniškega tima. V resoluciji je predvsem poudarjeno, da delujejo dentalni higieniki pod nadzorom in po navodilih zobozdravnika in da morajo v zakonskih aktih to urediti tudi tiste države EU, ki tega do sedaj še niso naredile.

Veliko skrb zbuja tudi poskus deregulacije poklica (zobo)zdravnik in nasploh komercializacija zdravstvenih poklicev, ki so ji bruseljski birokrati naklonjeni. Zaradi prostega prehoda pacientov po državah EU je na pohoju »diskontno«
zobozdravstvo, kot se je slikovito izrazil nemški delegat in dodal, da to vodi v strokovno smrt našega poklica. So pa delegati skup-

ščine zavrnil predlog, da bi Komisija v eni od novih direktiv natančno standardizirala vsako fazo zobozdravnikovega dela, lahko pa standardizira nekatera splošna pravila varnega dela v zobozdravniških ordinacijah.

Delegati so tudi pisno opozorili Komisijo, da je nepremišljeno prenesla odgovornost za pravilno tehnologijo v zdravstvu na Komisijo za industrijo, kar bo lahko imelo negativne posledice in bo zahtevalo tudi veliko pazljivost komisarja EU za zdravje.

Za bolj strokovne zadeve je ob tako natrpanem programu skoraj zmanjkalo časa. CED bo proaktivno spremljal vse dokumente Komisije, ki bodo pomembni za zobozdravništvo EU, in o tem obveščal nacionalna strokovna in stanovska združenja.

Za slovenska delegata je bilo še posebno zanimivo sporočilo, da CED v juniju tega leta v Bruslju pripravlja skupaj z Evropskim parlamentom enodnevni sestanek o raku v ustni votlini. Moderator bo slovenski poslanec gospod Alojz Peterle. Odbor za zobozdravstvo pri ZZS je v letu 2014 organiziral in zelo uspešno izpeljal akcijo odkrivanja sprememb na ustni sluznici med prebivalci Slovenije in tako bodo predstavniki odbora zagotovo prisotni na tej evropski prireditvi. Imajo kaj povedati!!

K prvemu slovenskemu prevodu Medicinskega etičnega priročnika

Prof. dr. Ivan Krajnc, dr. med., MF UM

V Sloveniji prvič dobivamo prevod Medicinskega etičnega priročnika kot plod sodelovanja enega vodilnih slovenskih strokovnjakov na področju medicinske etike, prof. dr. Matjaža Zwittera, in skupine študentov mariborske medicinske fakultete, ki poslušajo predmet medicinska etika in pravo in so pokazali velik interes tudi za proučevanje etičnih vprašanj. V aktualnem trenutku, ko se v podalpski deželi pogosto sprašujemo, ali smo na etiko, empatijo in sočutje povsem pozabili, je prevod pomemben korak k širši in poglobljeni družbeni razpravi. Seveda z željo, da obudimo morebiti pozabljene in zane-marjene občečloveške vrednote.

Dela v slovenskem prevodu doslej še nismo imeli, kar je pravzaprav presenetljivo, saj je sicer področje medicinske etike skozi čas dobro obravnavano zaradi zavedanja številnih avtorjev v preteklosti o pomembnosti teme, v aktualnem času pa zlasti zaznamovano s prizadevanji pobudnika prevoda. Delo bo koristno dopolnilo obstoječi literaturi, ki jo študentje na Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru uporabljajo pri predmetu medicinska etika in pravo. Za lažje ravnanje v številnih zapletenih situacijah pa bo, ob upoštevanju slovenske medicinske deontologije, v pomoč tudi zdravnikom. Pri prebiranju tako izvornika kot prevoda ni očitno, da bi si avtor (in posledično tudi prevajalci) prizadeval za visoko znanost, temveč želi zlasti na privlačen, problemsko naravnani študijski način pri bralcu, tako študentu medicine kot zdravniku in zdravstvenemu sodelavcu, vzpodbuditi zlasti zavedanje o pomenu medicinske etike in razmislek o lastnem in ravnanju kolegov oz. širšem družbenem okolju. To daje delu dodatno vrednost, saj je izjemno težko strokovno temo

predstaviti na razumljiv način; pri tem pa velja izpostaviti, da na MF UM dobršen del študija poteka od vsega začetka po načelih problemsko naravnane učenja, ki je v številnih državah poglaviti način osvajanja novih vsebin, vsekakor pa je bolj zanimivo, interaktivno in učinkovito.

Etika v medicini ima več kot dvatisočletno zgodovino, kljub temu pa se je skozi čas nenehno spreminjala glede na razvoj medicinske znanosti in v soodvisnosti od razvojnih korakov in ekonomskih možnosti posamezne družbene skupnosti. Temeljna načela medicinske etike, kot so dobronamernost, neodvisnost, pravičnost in zaupnost, pa so vendarle tista, ki zavezujejo tako zdravnike in vse zdravstvene sodelavce in delavce, seveda pa tudi študente medicine k njihovem doslednemu upoštevanju in ravnanju. Mirno lahko rečemo, da se, in se tudi mora, etika v medicini dvigniti tudi nad pravni red oz. ga prehiteti. Vemo namreč, da pravna ureditev določenim vprašanjem življenja in zdravja ne sledi tako hitro, kot se razvija medicinska znanost. In tudi zato je tako zelo pomembno, da že študente, zlasti pa zdravnike, zavežemo k doslednemu spoštovanju etičnih načel. V

Medicinski etični priročnik

Naslov izvornika:

**MEDICAL ETHIC
MANUAL**

Izdajatelj: World Health Communication Associates, J. R. Williams, etična komisija The World Medical Associations, 2nd ed., 2009/©

Slovenski prevod: Prof. dr. Matjaž Zwitter in skupina študentov medicine MF UM

Izdajatelj slovenske izdaje: Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru

Leto izdaje 2015

medicini se namreč srečujemo z vprašanji vrednot, pravic in odgovornosti vsaj tako pogosto kot z vprašanji znanstvene ali tehnične narave.

Žal je moralo človeštvo doživeti eno najhujših katastrof, da je po drugi svetovni vojni komaj ustanovljeno Svetovno zdravniško združenje (The World Medical Association, 1947) že leta 1949 sprejelo mednarodni kodeks medicinske etike (spremenjen v letih 1968, 1983 in 2006). Še zlasti pa je pomembna jasno in nedvoumno izražena zahteva, da se v vse medicinske šole uvede predmet medicinska etika. Kodeks etike je lahko v izrazito podporo trdnim etičnim stališčem zdravnikov, ko se soočajo s pogosto povsem drugačnimi stališči vladajočih elit, zdravstvenih oz. zavarovalniških sistemov ali farmacevtskih gigantov. Kljub prizadevanjem državne regulative morajo zdravniki v prvi vrsti ceniti in ohranjati svojo klinično in strokovno avtonomijo.

Etika je proučevanje morale – skrbna in sistematična refleksija in analiza moralnih odločitev in ravnanja in kot taka pripravi študente medicine na prepoznavanje zahtevnih situacij in njihovo obravnavo na razumen in načelen način. Neobhodno je, da zdravniki obvladajo in ponazarjajo temeljne vrednote medicine, torej empatijo oz. sočutje, strokovno usposobljenost in avtonomijo, tako pri delu z bolniki kot tedaj, ko se ukvarjajo z raziskovanjem v medicini.

Prepričanje, da so vsa človeška bitja vredna spoštovanja in enakopravne obravnave, je v svetu (glede na častljivo zgodovino etičnih postulatov) relativno sveže, spodbujeno z ameriško listino Bill of rights in kot posledica francoske revolucije. Žal lahko vedno znova, ali pa še zlasti v sodobnem času, ugotavljamo, da ni vedno tako, zato je nenehno opozarjanje in vzgajanje mladih rodov v smislu visoke etičnosti izjemnega, če ne celo za človeštvo odločujočega pomena.

Oče slovenske medicinske deontologije, akademik prof. dr. Janez Milčinski, je podal dobre in zanesljive temelje, ki smo jih bili deležni vsi zdravniki, ki smo se šolali na Medicinski fakulteti v Ljubljani, njegovo delo je nadaljeval akademik prof. dr. Anton Dolenc. Tudi naši študentje so lahko v okviru srečanj Medicina in pravo prisluhnili predavanjem in spoznali preudarnega akademika prof. dr. Jožeta Trontlja. Vsekakor pa je treba med slovenske velikane medicinske etike umestiti tudi pobudnika pričujočega prevoda, prof. dr. Matjaža Zwittera, onkologa, ki se je skozi svojo poklicno pot nenehno srečeval z vprašanji morale in etike ter z izzivi, ki jih pred zdravnikom postavlja tako čas kot razvoj stroke in pričakovanja bolnikov, njihovih svojcev in družbene skupnosti.

Prevod Medicinskega etičnega priročnika, ki je delo tako nosilca predmeta medicinska etika in pravo na Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru kot študentov, ki jih ta

vprašanja še zlasti zanimajo, je tisti kamenček v mozaiku, ki ga v slovenski razpoložljivi literaturi, člankih in razpravah doslej nismo imeli. Priročnik nima namena posegati v obstoječo deontologijo, saj le opredeljuje etične obveznosti zdravnika do bolnikov, družbe in sodelavcev, prav tako pa tudi dolžnosti do sebe in svojih družin ter sodelavcev in kolegov, saj smo vse prepogosto pričeli posledicam nespoštljivega odnosa do samih sebe (izgorelost, zgodnejša umrljivost, pri nas je to še zlasti očitno zaradi pomanjkanja zdravnikov).

Kot dekana medicinske fakultete me veseli, da smo ne le sledili smernicam in v študijski program na naši fakulteti uvrstili predmet medicinska etika in pravo, temveč etične vsebine vpletli tudi v vse študijske vsebine. Od naših študentov in diplomantov pričakujemo, da bodo zavezani najvišjim etičnim standardom. Znanstveni in tehnološki napredek, možnosti vplivanja na začetek in ohranjanje ali iztek življenja, nas zdravnike zavezuje, da se zavemo, kako nujne so jasne in nedvoumne etične in moralne norme glede dovoljenega, sprejemljivega ali prepovedanega v območju svobodnega odločanja in ravnanja. Svobodna privolitev deležnikov v procesu preventive, kurative, paliative in raziskovanja v medicini je danes eno temeljnih etično-moralnih in pravnih načel v medicini in o naštetih vprašanjih bodo prav gotovo tekle še številne razprave.

Obvestilo organizatorjem izobraževanj – beleženje prijav

Vse organizatorje bi želeli obvestiti, da se lahko udeleženci na (vaše) dogodke prijavljajo tudi preko spletne strani www.domusmedica.si ali www.zdravniskazbornica.si, kjer je vaš dogodek objavljen, potem ko zbornici podate vlogo za dodelitev kreditnih točk.

Zato prosimo, da spremljate prijave preko aplikacije Licenčnik (dostop preko www.zdravniskazbornica.si), za kar potrebujete uporabniško ime in geslo, ki ga dobite pri g. Milanu Kokalju (milan.kokalj@zss-mcs.si).

Tako zbrane prijave omogočajo on-line evidentiranje prisotnih na samem dogodku in pošiljanje e-seznamov udeležencev zbornici za dodelitev točk.

V kolikor želite prijave zbirati sami, vas prosimo, da o tem obvestite go. Mojco Urana (mojca.urana@zss-mcs.si), da pri vašem izobraževanju ukine možnost spletne prijave. To seveda pomeni, da boste morali prijave v aplikacijo Licenčnik (za dodelitev kreditnih točk) vnesti sami.

Dodatne informacije: maja.horvat@zss-mcs.si, tel.: 01 30 72 143.

Nosečnost in vodenje poroda

Tretja, dopolnjena izdaja

Prof. dr. Marko Lavrič, dr. med., Tržič

marko.lavric@guest.arnes.si

Po prvi knjigi, ki je izšla leta 1994, in drugi dopoljnjeni izdaji iz leta 2004 je letos, maja 2015, izšla še tretja dopolnjena in predelana izdaja tega učbenika. Prvi dve knjigi sta uredila prof. dr. Marjan Pajntar in prof. dr. Živa Novak Antolič, k urejanju tretje izdaje pa sta pritegnila še doc. dr. Miha Lučovnika.

Tretjo knjigo je založila družba Medicinski razgledi. Ima 443 strani in je opremljena s številnimi novimi slikami.

Če primerjamo ta učbenik s prejšnjima dvema, lahko vidimo rast in razvoj stroke in knjige. Če je imela izdaja leta 1994 obseg 353 strani in 13 avtorjev, je bil obseg druge izdaje 364 strani in je pri njej sodelovalo 20 avtorjev.

Tretja izdaja, ki jo imamo pred seboj, je upoštevala to, da je prišlo v zadnjih letih do številnih novih spoznanj na področju zdravstvenega varstva nosečnic, plodov in novorojenčkov. Zato je bilo treba učbenik prenoviti, da bi upošteval vsa ta nova dognanja. Na vabilo k sodelovanju so se odzvali številni izkušeni in nadarjeni porodničarji, ginekologi, neonatologi in strokovnjaki drugih strok, ki so povezane s perinatologijo. Tako se je število avtorjev povečalo na 41. Učbenik ima sedaj 443 strani. Je sodoben, za medicino vsestransko uporaben in na visoki strokovni ravni. V veliki meri so uporabljeni slovenski strokovni izrazi.

Vsebina je razdeljena na pet poglavij: varovanje reproduktivnega zdravja, nosečnost, psihološki vidiki nosečnosti in poroda, porod in novorojenček.

Povsem novo je poglavje Psihološki vidiki nosečnosti in poroda. Ta del

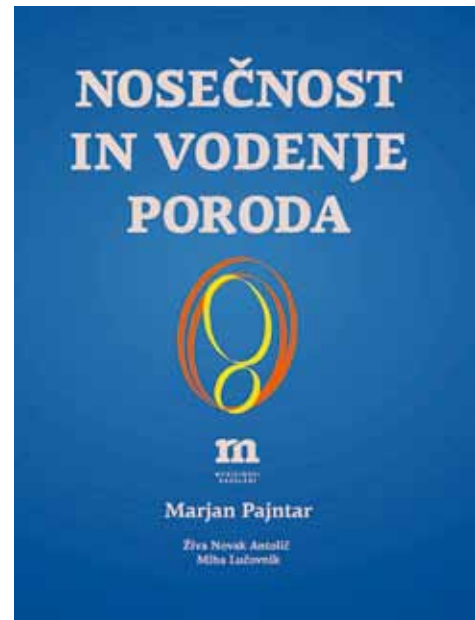
obsega 50 strani dognanj, ki so bila nekatera prej nerazjasnjena ali le na kratko omenjena pod drugimi naslovi. Ta del knjige celovito opisuje, kako lahko duševnost nosečnice ter stres nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja vplivajo na potek nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja. Tega se zdravniki in tudi drugi zdravstveni delavci pogosto premalo zavedamo.

Tudi vsa druga poglavja so posodobljena in dopolnjena z novimi ugotovitvami. Teh novosti je veliko. Naj omenim le nekatere. Posebej je opisano, kako vpliva debelost na potek nosečnosti in poroda in kakšne zaplete lahko pričakujemo. Debelost je pandemija, ki zajema ne le razvite, ampak tudi manj razvite dežele.

Vedno več otrok se rodi po postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo. Potrebna je bila analiza takšnih nosečnosti, porodov ter stanja in razvoja otrok po teh postopkih. Vključene so nove smernice za odkrivanje sladkorne bolezni v nosečnosti, nove diagnostične metode, kot npr. neinvazivno odkrivanje kromosomopatij v nosečnosti z analizo proste plodove DNK v materini krvi, in še mnogo drugega.

V marsikaterem poglavju so dodani slovenski statistični podatki, ki nam jih je omogočil kakovosten slovenski perinatalni informacijski sistem.

Ob strmem naraščanju pogostosti carskega reza so avtorji ponovno opozorili na osnovne zakonitosti klasičnega porodništva v upanju, da bodo s tem upočasnili ali zavrli naraščanje števila carskih rezov, ki



imajo več zapletov kot vaginalni porod. Carski rez pri prvem porodu ima namreč v večini primerov za posledico carski rez pri naslednjih porodih.

Tudi ta učbenik bo postal – kot že prvi dve izdaji – osnovni študijski pripomoček za specializante ginekologije in porodništva. Specialistom tega področja je to priročnik, da si lahko izpopolnijo in posodobijo svoje teoretično znanje ne glede na to, ali delajo v osnovnem zdravstvu ali v bolnišnicah. Študentom medicine bo predstavljal koristen pripomoček pri pripravi na izpit iz porodništva.

Že do sedaj so bile prejšnje izdaje učbenika dostopne v knjižnicah visokih zdravstvenih šol, ne le babilške, in so bile vedno na razpolago študentom teh šol za poglobitev osnovnega znanja in kot pripomoček pri pripravi diplomskih del.

Nosečnost in vodenje poroda je že klasični učbenik porodništva. Pripravljen sem, da bodo mlajše, sposobne generacije strokovnjakov nadaljevale začrtano pot. Tako bi študentje in zdravniki dočakali vsaj vsakih 10 let posodobitev in dopolnitev tega učbenika in dobili vse nove in pomembne informacije o nosečnosti in porodu na enem mestu.

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. Prisluhnimo telesu.

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

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

Vodenje zdravniških timov

seminar – september, november

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

Izvajalka: Metka Komar, univ. dipl. ekon.

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)**. Sodelujoči partnerji so Družbenomedicinski inštitut ZRC SAZU, Zdravniška zbornica Slovenije, Center za socialno delo Maribor, Zavod Emma in St. Olavs University Hospital, Forensic department Brøset, Centre for research and education in forensic psychiatry. Projekt je sofinanciran s strani Norveškega finančnega mehanizma 2009–2014.

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

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 pozor-

nosti. 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 prepogosto 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, dolgoletna 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.

30-urni tečaj angleščine

tečaj (10-krat po 3 ure) – oktober – december

Tečaj angleškega jezika je namenjen zdravnikom oz. zaposlenim v zdravstvu, ki si želijo izboljšati znanje angleškega jezika, tistim, ki uporabljajo angleški jezik pri svojem vsakdanjem delu v zdravstvu, nameravajo delati v mednarodnem okolju oz. v tujini, so vključeni v mednarodnih raziskovalnih skupinah ali pa so aktivni na mednarodnih medicinskih izobraževanjih, kongresih in srečanjih.

Tečaj vodi mag. Lidija Jerman, prof.

Nujna medicinska pomoč za ekipe v zobozdravstvu

delavnica – oktober

Namen tečaja je, da osveži in obogati znanje in veščine 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 nerealnih pričakovanj do ljudi drugačnega tipa osebnosti, kot je vaš. Spoznali boste, zakaj v komunikaciji z določenimi ljudmi pogosteje zaidete v konflikt in kako le-te ustrezno reševati oz. jih preprečiti. S pomočjo orodij

poznavanja tipov osebnosti boste bolje razumeli vedenje, razmišljanje in odzivanje ljudi okoli vas.

Delavnico vodi Anja Žagar, univ. dipl. ekon.

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

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

AVGUST 2015

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

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 50	kotizacija: 40 EUR (DDV je vključen)	k. točke: 3
vsebina: Družine in odnosi, vloge in naloge. Čustveno inteligentno sporazumevanje. Odgovorno starševstvo v različnih fazah odraščanja otrok (in staršev)	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: prijave: www.domusmedica.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, če se dogodka ne udeležite in tega zbornici ne sporočite vsaj 3 dni pred dogodkom, ste dolžni plačati 30 % kotizacije	

SEPTEMBER 2015

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

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Modra dvorana, Dunajska c. 162	št. udeležencev: 100	kotizacija: 40 EUR, za študente 20 EUR	k. točke: 4
vsebina: seminar je namenjen zdravnikom, psihologom, zdravstvenim delavcem, psihoterapevtom (prof. dr. Marjan Pajntar: Osnove medicinske hipnoze in praktični primer hipnotskih sugestij, Jeffrey Lazarus MD, FAAP: Medicinska hipnoza v pediatriji (tiki, enureza, glavoboli, bolečine v trebuhu – zdravljenje s pomočjo hipnoze, Pamela Kaiser, PhD, CPNP: Anksioznost pri otrocih, mladostnikih in odraslih – zdravljenje s pomočjo medicinske hipnoze)	organizator: Društvo za medicinsko hipnozo Slovenije, prof. dr. Marjan Pajntar	prijave, informacije: prijave: E: društvo.medicinska.hipnoza@gmail.com , info@hipnoza-dmhs.si , informacije: Boni Plut, T: 031 322 207, W: www.hipnoza-dmhs.si	

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

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

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

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

3.–4. ob 8.30 • 5. MARIBORSKA ŠOLA ULTRAZVOČNE DIAGNOSTIKE V GINEKOLOGIJI IN PERINATOLOGIJI

kraj: MARIBOR, Medicinska fakulteta, Taborska ulica 8	št. udeležencev: do 40	kotizacija: 180 EUR z vključenim DDV	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje z učnimi delavnicami je namenjeno zdravnikom specializantom ginekologije in porodništva, specializantom in specialistom družinske medicine, specializantom in specialistom urgentne medicine, zdravnikom pripravnikom		organizator: UKC Maribor, Klinika za ginekologijo in perinatologijo, MF UM Maribor, Katedra za porodništvo, prof. dr. Iztok Takač, dr. med., svetnik	prijave, informacije: W: www.ukc-mb.si , informacije: UKC Maribor, Center za odnose z javnostmi in marketing, Slavica Keršič, posl. sek., T: 02 321 29 40

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

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska c. 162	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 200 EUR za specialiste, 150 EUR za specializante	k. točke: 8
vsebina: izobraževanje je namenjeno specialistom in specializantom ginekologije in porodništva	organizator: Združenje 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.	prijave, informacije: prijave: UKC Ljubljana, ERIIK, Šlajmerjeva 3, 1000 Ljubljana, informacije: E: martina.peclin@mf.uni-lj.si , 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)

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 15	kotizacija: 480 EUR (DDV je vključen)	k. točke: 20
vsebina: 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.		organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: prijave: www.domusmedica.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, če se dogodka ne udeležite in tega zbornici ne sporočite vsaj 3 dni pred dogodkom, ste dolžni plačati 30 % kotizacije

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

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

9. • KOMUNIKACIJSKE ODVOZLANKE IN OSEBNOSTNE ODLIKE (seminar)

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

10. • ARHETIPSKA ANALIZA OSEBNOSTI (delavnica 4 ure)

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

10. ob 8.45 • ŠOLA PLJUČNEGA RAKA

kraj: LJUBLJANA, Onkološki inštitut	št. udeležencev: 150	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: šola je namenjena zdravnikom družinske medicine	organizator: Združenje za radioterapijo in onkologijo Slovenskega zdravniškega društva, Onkološki inštitut Ljubljana, Katedra za onkologijo MF Ljubljana, asist. dr. Mirjana Rajer, dr. med., in doc. dr. Vilijem Kovač, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: slovsin@onko-i.si , informacije: Sabina Lovšin, Onkološki inštitut Ljubljana, T: 01 587 95 22, E: slovsin@onko-i.si	

10., 11. in 15. ob 16.00 • OSNOVE MEDICINSKE HIPNOZE

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

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

kraj: LJUBLJANA, UKC, predavalnica 1	št. udeležencev: ni omejno	kotizacija: 200 EUR	k. točke: 10
vsebina: Mednarodni simpozij je namenjen zdravnikom družinske medicine. Glavni cilj seminarja je izboljšati poznavanje nevropatije ulnarnega živca v komolcu in sorodnih okvar perifernega živčevja (okvara ulnarnega živca v zapestju, vratne radikulopatije, brahialne plexopatije). Udeleženci – nevrologi, fiziatrji, kirurgi (nevrokrg., plastiki, ortopedi), družinski zdravniki, fizioterapevti... – bodo ob tem izpopolnili tudi svoje znanje elektromiografije, nevrologije, konservativne terapije, kirurgije in ultrasonografije perifernega živčevja.	organizator: Klinični inštitut za nevrofiziologijo in Sekcija za klinično nevrofiziologijo SZD, prof. dr. Simon Podnar, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: registration@cd-cc.si , informacije: Tone Žakelj, E: tone.zakelj@kclj.si , T: 01 522 15 14, F: 01 522 15 33	

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

kraj: MORAVSKE TOPLICE, Hotel Ajda	št. udeležencev: ni omejno	kotizacija: zdravniki, SMS/ZT, DMS/VMS, farmaceuti 100 EUR, kotizacije ni za študente, pripravnike in upokojene zdravnike	k. točke: ***
vsebina: 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)	organizator: Erika Zelko in sodelavci	prijave, informacije: prijave: W: www.e-medicina.si ali Nina Štojs, Zavod za razvoj družinske medicine, Poljanski nasip 58, Ljubljana, informacije: Nina Štojs, Ljubljana, T: 01 438 6914, E: nina.stojs@gmail.com	

12. • IZGORELOST IN DELOVNA IZČRPNOST (delavnica)

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 20	kotizacija: 90 EUR (DDV je vključen)	k. točke: 4
vsebina: Delavnica je zasnovana tako, da se udeleženci poučijo o razločevalnih kriterijih in ukrepih obravnave pri na videz podobnih, a hkrati različnih motnjah, ki se še vedno prepogosto enačita. Obe motnji je moč vnaprej uspešno preprečevati in se izogniti njunim številnim negativnim posledicam, ki prizadenejo vse večje število ljudi, zlasti ogrožene skupine odgovornih in sposobnih ljudi.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: prijave: www.domusmedica.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, če se dogodka ne udeležite in tega zbornici ne sporočite vsaj 3 dni pred dogodkom, ste dolžni plačati 30 % kotizacije	

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

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

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

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

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

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

18. ob 9.00 • PSIHOLOŠKE RAZSEŽNOSTI TRAVMATSKE IZKUŠNJE: OD POSLEDIC ZA BOLNIKE DO PREPREČEVANJA IZGORELOSTI PRI STROKOVNJAKIH

kraj: LJUBLJANA, URI Soča, 4. nadstropje stavbe Vrtnica	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 60 EUR brez DDV	k. točke: ***
vsebina: seminar	organizator: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Urša Čižman Štaba, spec. klin. psih.	prijave, informacije: prijave: E: vesna.grabljevec@ir-rs.si , informacije: Vesna Grabljevec, Urša Čižman Štaba, T: 01 475 82 43, F: 01 473 70 20, E: vesna.grabljevec@ir-rs.si	

18. 9. in 3. 10. ob 8.00 • TEČAJ AMBULANTNE INHALACIJSKE SEDACIJE – ANKSIOLIZE – Z DIDUŠIKOVIM OKSIDOM IN KISIKOM (N₂O/O₂)

kraj: LJUBLJANA, Stomatološka klinika, Hrvatski trg 6, predavalnica na MF, Korytkova 2	št. udeležencev: 40	kotizacija: 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	k. točke: ***
vsebina: tečaj je namenjen zobozdravnikom, medicinskim sestram, ki bodo sodelovale pri ambulantni sedaciji z N ₂ O/O ₂	organizator: Katedra za otroško in preventivno zobozdravstvo in Katedra za anesteziologijo in reanimatologijo UL MF, prof. dr. Alenka Pavlič	prijave, informacije: 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.–19. • PREPOZNAVNA IN OBRAVNAVA ŽRTEV NASILJA V DRUŽINI V OKVIRU ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

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

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

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

22. • IZGORELOST IN DELOVNA IZČRPANOST (delavnica)

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 20	kotizacija: 90 EUR (DDV je vključen)	k. točke: 4
vsebina: Delavnica je zasnovana tako, da se udeleženci poučijo o razločevalnih kriterijih in ukrepih obravnave pri na videz podobnih, a hkrati različnih motnjah, ki se še vedno 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.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: prijave: www.domusmedica.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, če se dogodka ne udeležite in tega zbornici ne sporočite vsaj 3 dni pred dogodkom, ste dolžni plačati 30 % kotizacije	

23. • VODENJE ZDRAVNIŠKIH TIMOV (seminar)

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

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

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

24. • PROSIM, RAZUMITE ME!

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: ni	k. točke: 1,5
vsebina: 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.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije.	prijave, informacije: prijave: www.domusmedica.si , 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

kraj: MARIBOR, Medicinska fakulteta, Taborska ulica 8	št. udeležencev: 70–100	kotizacija: predavanja so razdeljena na dva vsebinska sklopa, kotizacija za posamezen sklop znaša 50 EUR	k. točke: v postopku
vsebina: šola otroške dermatologije je namenjena pediatrom, šolskim in osebnim zdravnikom	organizator: Združenje slovenskih dermatovenerologov, Oddelek za kožne in spolne bolezni UKC Maribor, Dermatovenerološka klinika UKC Ljubljana, Aleksandra Dugonik, dr. med., Vlasta Dragoš, dr. med.	prijave, informacije: Center za odnose z javnostjo in marketing UKC MB, Slavica Keršič, T: 02 321 29 40, E: slavica.kersic@ukc-mb.si	

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

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

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

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

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

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

1. • LIPIDNA ŠOLA

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: do 100	kotizacija: zdravniki 75 EUR (+ DDV), med. sestre, zdr. tehniki 50 EUR (+ DDV), študenti 25 EUR (+ DDV)	k. točke: 8
vsebina: Srečanje je namenjeno specialistom in specializantom družinske medicine, interne medicine, kardiologije in vaskularne medicine ter drugih specialnosti, ki želijo pridobiti ali celostno osvežiti znanje in veščine, ki so potrebne za diagnostiko in obravnavo dislipidemij v klinični praksi. Enodnevni tečaj s končnim preizkusom znanja in izdajo certifikata.	organizator: Združenje kardiologov Slovenije, Delovna skupina za preventivno kardiologijo	prijave, informacije: Združenje kardiologov Slovenije, T: 01 43 42 100, E: sasa.radelj@sicardio.org	

2. ob 9.00 • KLASIČNI KIRURŠKI POSEG IN SODOBNE TERMIČNE METODE ABLACIJE V ZDRAVLJENJU REFLUKSNE SAFENSKE VENE: PRAKTIČNI PRIKAZ POSTOPKA ABLACIJE Z VODNO PARO

kraj: LJUBLJANA, Dermato-loški center Parmova	št. udeležencev: 20	kotizacija: 350 EUR, nižja kotizacija za člane SFD	k. točke: ***
vsebina: učna delavnica je namenjena dermatologom, kirurgom, zdravnikom družinske medicine, internistom, specializantom	organizator: Slovensko flebološko društvo, prof. dr. Miloš D. Pavlovič	prijave, informacije: prijave: DCP, Parmova 53, Ljubljana, informacije: DCP, T: 01 436 63 30, F: 01 436 48 66, E: info@dcp.si	

2.–3. ob 8.00 • TRADICIONALNO 10. STROKOVNO SREČANJE Z MEDNARODNO UDELEŽBO »AKUTNA MOŽGANSKA KAP / ACUTE STROKE« program bo objavljen na spletni strani www.mozganska-kap.info/deset

kraj: PORTOROŽ, Grand hotel Bernardin	št. udeležencev: do 350 in po predhodni prijavi	kotizacija: še ni določena	k. točke: ***
vsebina: srečanje je namenjeno širši strokovni javnosti iz Slovenije in tujine, ki želi izpopolniti svoje znanje s področja obravnave bolnikov z akutno možgansko kapjo, vzporeden del srečanja bo namenjen medicinskim sestram in rehabilitacijskemu timu (Novosti v obravnavi možganske kapi, Klinični primeri o možganski kapi, Delovanje Republiške mreže TeleKap, Obravnava bolnikov z možgansko kapjo)	organizator: Sekcija za možganskožilne bolezni pri SZD in Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni ob strokovnem sodelovanju zdravnikov UKC Ljubljana, UKC Maribor in drugih slovenskih in tujih strokovnjakov s področja možganskožilnih bolezni, prof. dr. Bojana Žvan, dr. med., prim., v. svet.	prijave, informacije: prijave: W: www.mozganska-kap.info/deset , informacije: Andreja Merčun, E: mzb@mozganska-kap.info , T: 0590 11234, F: 01 430 23 14	

2.–3. ob 9.00 • REDNI STROKOVNI SESTANEK ZDRUŽENJA HEMATOLOGOV SLOVENIJE SZD

kraj: MARIBOR, Terme Maribor, hotel Habakuk	št. udeležencev: 45	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Sekcijski sestanek, prikazi primerov, skupščina ZHS, KML, NPM, mikrobiota, glivične okužbe, KLL – novi način zdravljenja, poročila s kongresov, laboratorij, zdravljenje z ECP (sodelujejo predavatelji iz Slovenije, Češke, Nemčije, Poljske). Dogodek je namenjen specialistom in specializantom hematologije, interne medicine, onkologije, pediatrije in transfuzijske medicine.	organizator: Zdrženje hematologov Slovenije SZD, doc. dr. Uroš Mlakar, dr. med.	prijave, informacije: prijave: ob registraciji, informacije: doc. dr. Uroš Mlakar, dr. med., T: 01 522 31 34	

2.–3. ob 14.30 • ARITMIJE/PACING 2015

kraj: BRDO PRI KRANJU, Kongresni center	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: ni podatka	k. točke: ***
vsebina: 5. znanstveno-strokovno srečanje z mednarodno udeležbo je namenjeno vsem zdravnikom	organizator: Klinični oddelek za kardiologijo, Društvo za napredek kardiologije, prof. dr. Igor Zupan, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: info@aritmije-pacing.si , informacije: W: www.aritmije-pacing.si , prof. dr. Igor Zupan, prof. dr. Mirta Koželj, ga. Irena Orel, T: 01 522 11 67, 01 522 28 44, F: 01 522 28 28, E: aritmijebrdo@gmail.com	

2.–4. ob 10.00 • MIR IN VOJNA: SKUPINSKA ANALITIČNA EKSPLOKACIJA V MALIH IN VELIKI SKUPINI

kraj: KOBARID, Fundacija Poti miru, Gregorčičeva ulica 8	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 175 EUR, za člane SDSA 150 EUR, za upokojene člane in študente SA 75 EUR	k. točke: ***
vsebina: delavnica je namenjena vsem zdravnikom	organizator: Slovensko društvo za skupinsko analizo, Vlasta Meden Klavora	prijave, informacije: prijave: MCL, Psihiatrična ordinacija, d.o.o., Metelkova 15, 1000 Ljubljana, Vlasta Meden Klavora, E: vlastameden@gmail.si , W: www.sdsa.si	

3. ob 9.00 • 2. SIMPOZIJ SLOVENSKEGA ZDRUŽENJA ZA FOTOMICINO IN FOTOBIOLOGIJO

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: podiplomski seminar je namenjen zdravnikom, medicinskim sestram, študentom, fizioterapevtom	organizator: Slovensko združenje za fotomicino in fotobiologijo, asist. mag. Igor Frangež, dr. med., dr. dent. med.	prijave, informacije: prijave: E: ifrangez@gmail.com , informacije: Igor Frangež, T: 041 682 112, E: ifrangez@gmail.com	

5.–6. • PREPOZNAVA IN OBRAVNAVA ŽRTEV NASILJA V DRUŽINI V OKVIRU ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

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

8. • PACIENTI (BOLNIKI) IN POTRPLJENJE

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 20	kotizacija: 75 EUR (DDV je vključen)	k. točke: 4
vsebina: Prepoznajte in prilagodite se čustvenim potrebam pacienta (bolnika). Ker je vse bolj pomemben celostni pristop k zdravljenju bolezni pri posameznem pacientu, je pomembno posvetiti nekaj pozornosti metodam, ki so najbolj ustrezne osebnostnemu tipu pacienta (bolnika).	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: prijave: www.domusmedica.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, če se dogodka ne udeležite in tega zbornici ne sporočite vsaj 3 dni pred dogodkom, ste dolžni plačati 30 % kotizacije	

9. • MOBING (TRPINČENJE) NA DELOVNEM MESTU

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

9. ob 9.00 • TEČAJ DOBRE KLINIČNE PRAKSE

kraj: MARIBOR, UKC Maribor, predavalnica prim. dr. Zmaga Slokana	št. udeležencev: 40	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: seminar je namenjen zaposlenim, ki sodelujejo pri kliničnih študijah	organizator: UKC Maribor, Oddelek za znanstveno raziskovalno delo, doc. dr. Dušan Mekiš, dr. med.	prijave, informacije: prijave: spletna stran UKC Maribor/strokovna srečanja, informacije: Tina Škerbinc Muzlovič, univ. dipl. medij. kom., E: tinaskerbincmuzlovic@ukc-mb.si , T: 02 321 29 40	

9.–10. • SLOVENSKI KONGRES PALIATIVNE OSKRBE

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Modra dvorana, Dunajska cesta 162, 1000 Ljubljana	št. udeležencev: 260	kotizacija: zdravniki, SMS/ZT, DMS/VMS, socialni delavci, psihologi, duhovni spremljevalci, farmacevti 150 EUR + DDV. Omejenemu številu študentov, pripravnikov in upokojenih zdravnikov omogočamo brezplačno udeležbo na predavanjih.	k. točke: ***
vsebina: Celostna obravnava bolnika v paliativni oskrbi, obvladovanje simptomov, psihosocialna podpora in duhovno spremljanje. Vabljeni k aktivni udeležbi v obliki prispevkov. Rok oddaje: 6. 9. 2015. Oddaja prispevkov na E: prispevekSZPM@gmail.com	organizator: Slovensko združenje paliativne medicine (W: www.szpm.si) v sodelovanju z Onkološkim inštitutom Ljubljana	prijave, informacije: prijave: W: prijaveSZPM@gmail.com , informacije: Maja Ebert Moltara, Slovensko združenje paliativne medicine, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, E: szpmslovenija@gmail.com	

9.–10. • MEDNARODNA DELAVNICA IZ BRONHOSKOPIJE

kraj: GOLNIK, Klinika Golnik, Vurnikova predavalnica	št. udeležencev: 30	kotizacija: 490 EUR	k. točke: 10
vsebina: delavnica je namenjena pnevmologom, anesteziologom in torakalnim kirurgom ter specializantom omenjenih strok	organizator: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo, asist. mag. Aleš Rozman, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: www.klinika-golnik.si , informacije: E: irena.dolhar@klinika-golnik.si , T: 04 256 94 93	

9.–10. ob 9.00 • STROKOVNI SEMINAR RADENCI 2015: KAKO POSTATI PSIHOTERAPEVT podroben program na spletni strani: W: <http://www.zpsi.si/radenci-2015>

kraj: RADENCI, Hotel Radin	št. udeležencev: 70 do 90	kotizacija: podatki na spletni strani W: http://www.zpsi.si/radenci-2015	k. točke: ***
vsebina: predavanja, okrogla miza in diskusijske skupine so namenjeni psihoterapevtom, zdravnikom, specializantom, študentom medicine, psihologom, kliničnim psihologom	organizator: Združenje psihoterapevtov Slovenije in Psihiatrična klinika Ljubljana, asist. dr. Karin Sernec, dr. med., spec. psihiatrije, psihoterapevtka	prijave, informacije: prijave: Združenje psihoterapevtov Slovenije, Zaloška 29, 1000 Ljubljana, E: tajnistvo@zpsi.si , spletna prijavnica na: http://www.zpsi.si/radenci-2015 , informacije: tajništvo Združenja psihoterapevtov Slovenije, T: 040 711 546, E: tajnistvo@zpsi.si	

10. • NUJNA MEDICINSKA POMOČ, DELAVNICE ZA EKIPJE V ZOBOZDRAVSTVU

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 21	kotizacija: 147 EUR (DDV je vključen)	k. točke: 8
vsebina: Namen tečaja je, da osveži in obogati znanje in veščine s področja temeljnih postopkov oživljanja in defibrilacije ter prepoznavanja in pravilnega ukrepanja ob nekaterih nujnih stanjih (tujki v zgornjih dihalih, akutni koronarni sindrom, akutna možganska kap, motnje zavesti, anafilaktična reakcija).	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: prijave: www.domusmedica.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, če se dogodka ne udeležite in tega zbornici ne sporočite vsaj 3 dni pred dogodkom, ste dolžni plačati 30 % kotizacije	

15., 16. in 20. ob 16.00 • OBLIKOVANJE SUGESTIJ IN KREPITEV EGA

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

16. ob 8.30 • ŠOLA PRAKTIČNEGA PREPOZNAVANJA ZNAMENJ, MELANOMA IN DRUGIH KOŽNIH TUMORJEV

kraj: LJUBLJANA, Dermatovenerološka klinika	št. udeležencev: 50	kotizacija: 140 EUR	k. točke: ***
vsebina: šola je namenjena vsem zdravnikom	organizator: Dermatovenerološka klinika, UKC Ljubljana, prim. asist. Tanja Planinšek Ručigaj, dr. med., svet.	prijave, informacije: Tajništvo Dermatovenerološke klinike, Nevenka Juvančič, T: 01 522 42 80, F: 01 522 43 33, E: nevenka.juvancic@klj.si	

16.–17. • 17. FAJDIGOVI DNEVI

kraj: KRANJSKA GORA, Hotel Kompas	št. udeležencev: 250	kotizacija: zdravniki 180 EUR, SMS/ZT, DMS/VMS, farmacevti 100 EUR, enodnevna kotizacija 110 EUR, zdravnik in SMS/ZT ¹ 220 EUR, zdravnik in SMS/ZT + DMS/VMS ¹ 300 EUR (¹ ob prijavi do 17. 9. 2015. Popust za tim je treba javiti na recepciji srečanja). Omejenemu številu študentov, pripravnikov in upokojenih zdravnikov omogočamo brezplačno udeležbo na predavanjih. Svetujemo zgodnjo prijavo.	k. točke: ***
vsebina: strokovno izobraževanje za zdravnike, medicinske sestre, zdravstvene tehnike in patronažne sestre	organizator: Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, Zavod za razvoj družinske medicine, Osnovno zdravstvo Gorenjske, Aleksander Stepanovič	prijave, informacije: prijave: W: http://www.e-medicina.si , informacije: Nina Štojs, Zavod za razvoj družinske medicine, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana, E: nina.stojs@gmail.com , W: www.e-medicina.si , T: 01 438 69 14, F: 01 438 69 10	

16.–17. ob 9.00 • 7. GORIŠKI TRAVMATOLOŠKI DNEVI: ZDRAVLJENJE SKLEPNIH IN OBSKLEPNIH POŠKODB ZGORNJE OKONČINE

kraj: NOVA GORICA, Kongresni center Perla	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: 100 EUR, kotizacije ni za upokojene, študente, sekundarije	k. točke: ***
vsebina: seminar z učnimi delavnicami je namenjen kirurgom	organizator: Društvo travmatologov Slovenije in Splošna bolnišnica Nova Gorica	prijave, informacije: prijave: W: www.go-travma.si , E: melitamakuc@gmail.com , informacije: Franci Koglot, T: 041 775 705, E: francikoglot@gmail.com	

16.–17. ob 9.00 • INFEKTOLOŠKI SIMPOZIJ 2015: NOVOSTI – PROBLEMI PROTIMIKROBNE ODPORNOSTI V SLOVENIJI: PET PRED DVANAJSTO ALI MINUTA ČEZ?

kraj: LJUBLJANA, Univerzitetni klinični center Ljubljana, predavalnica I, Zaloška cesta 7	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 130 EUR (DDV ni vključen v ceno)	k. točke: ***
vsebina: simpozij je namenjen vsem zdravnikom	organizator: Sekcija za protimikrobno zdravljenje SZD, Katedra za infektivne bolezni in epidemiologijo, Klinika za infektivne bolezni in vročinska stanja, prof. dr. Bojana Beović, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Tajništvo Klinike za infektivne bolezni in vročinska stanja, Japljeva ulica 2, 1525 Ljubljana, informacije: Simona Rojs, T: 01 522 13 52, F: 01 522 24 56, E: simona.rojs@klj.si	

16.–17. ob 13.00 • 5. OSTEOLŠKI DNEVI

kraj: MARIBOR, velika predavalnica Medicinske fakultete Maribor, Taborska 8	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 100 (z vključenim DDV)	k. točke: ***
vsebina: interdisciplinarno strokovno srečanje z mednarodno udeležbo je namenjeno specializantom in specialistom strok, ki se pri svojem delu srečujejo z boleznimi kostnine in njihovimi posledicami	organizator: Zdravniško društvo Maribor, UKC Maribor, SB Celje, prim. Miro Čokolič	prijave, informacije: prijave: E: miro.cokolic@ukc-mb.si , informacije: prim. Miro Čokolič, T: 02 321 29 66, F: 02 321 28 45, E: miro.cokolic@ukc-mb.si	

17. • II. ŠOLA OBREMENITVENEGA TESTIRANJA

kraj: ŠMARJEŠKE TOPLICE, Terme	št. udeležencev: do 100	kotizacija: zdravniki 150 EUR (+ DDV), med. sestre, zdr. tehniki 100 EUR	k. točke: v postopku
vsebina: Šola je namenjena zdravnikom spec. interne medicine in kardiologom, zdravnikom medicine dela, prometa in športa, zdravnikom, ki sodelujejo pri obremenjevanju športnikov, zdravnikom, ki sodelujejo pri ocenjevanju delovne sposobnosti v invalidskih komisijah ter medicinskim sestram in tehnikom, ki sodelujejo pri izvajanju obremenitvenih testov v bolnišnicah, zdravstvenih domovih, ambulantah, v enotah medicine dela, prometa in športa, centrih za rehabilitacijo srčnih bolnikov (zdravilišča, ambulantna rehabilitacija, KK, centri za rekreacijo športnikov, zdravih itd.)		organizator: Združenje kardiologov Slovenije, Delovna skupina za preventivno kardiologijo	prijave, informacije: prijave: do 10. 10. 2015: Združenje kardiologov Slovenije, Delovna skupina za preventivno kardiologijo, Štukljeva cesta 48, 1000 Ljubljana, informacije: Saša Radelj, T: 01 43 42 100, E: sasa.radelj@sicardio.org

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

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

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

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 50	kotizacija: 40 EUR (DDV je vključen)	k. točke: 3
vsebina: Družine in odnosi, vloge in naloge. Čustveno inteligentno sporazumevanje. Odgovorno starševstvo v različnih fazah odraščanja otrok (in staršev)		organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: prijave: www.domusmedica.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, če se dogodka ne udeležite in tega zbornici ne sporočite vsaj 3 dni pred dogodkom, ste dolžni plačati 30 % kotizacije

21. • KOMUNIKACIJSKE ODVOZLANKE IN OSEBNOSTNE ODLIKE (SEMINAR)

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

22. • TEŽAVE IN RAZUMEVANJE V MEDOSEBNIH ODNOSIH

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 20	kotizacija: 75 EUR (DDV je vključen)	k. točke: 4
vsebina: Zakaj se nam zdi, da imamo z določenimi ljudmi toliko skupnega, medtem ko se nam drugi zdijo, kot da so z drugega planeta. Že od nekdaj obstaja težnja človeka, da bi razumel, zakaj smo si ljudje tako različni, saj bi sicer lahko živeli lepše življenje in vzpostavili višjo stopnjo medsebojnega razumevanja.		organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: prijave: www.domusmedica.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, če se dogodka ne udeležite in tega zbornici ne sporočite vsaj 3 dni pred dogodkom, ste dolžni plačati 30 % kotizacije

22. • UPATI DO KONCA

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

22. ob 9.00 • XXIII. SEMINAR »IN MEMORIAM DR. DUŠANA REJE«: KAJ SPOROČA EVROPSKI KODEKS PROT RAKU

kraj: LJUBLJANA, Onkološki inštitut, predavalnica, stavba C, Zaloška 2	št. udeležencev: 120	kotizacija: 50 EUR	k. točke: ***
vsebina: strokovni seminar je namenjen zdravnikom, zdravstvenim sodelavcem, profesorjem in predavateljem zdravstvene vzgoje, študentom medicine	organizator: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, izr. prof. dr. Maja Primic Žakelj, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, Trubarjeva 76 a, 1000 Ljubljana, informacije: Amalija Zdešar, T: 01 430 97 80, F: 01 430 97 85, 051 267 332, E: info@protiraku.si	

23.–24. • XXXIX. PODIPLomsKA ŠOLA ZA ZDRAVNIKE, SLADKORNA BOLEZEN TIPA 2

kraj: LJUBLJANA, UKC, Zaloška c. 7	št. udeležencev: 30	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: podiplomska šola je namenjena družinskim zdravnikom	organizator: UKC Ljubljana, Interna klinika, KO za endokrinologijo, diabetes in bolezni presnove, Zaloška c. 7, Ljubljana, prof. dr. Andrej Janež, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: diabetessola@gmail.com , informacije: Evelina Oltra, T: 01 522 35 64, 041 772 702, F: 01 522 93 59	

23.–25. ob 9.00 • 5. MEDNARODNI KONGRES ŠPORTNE MEDICINE

kraj: MARIBOR, Medicinska fakulteta	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: zdravniki 200 EUR, ostali 100 EUR, za upokojene zdravnike in študente kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: kongres je namenjen zdravnikom, fizioterapevtom, kondicijskim trenerjem, trenerjem posameznih športnih panog, nutricionistom	organizator: Inštitut za športno medicino, Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru in Olimpijski komite Slovenije, doc. dr. Matjaž Vogrin, dr. med.	prijave, informacije: prijave W: www.ism-mb.si/ICSM-2015 , informacije W: www.ism-mb.si/ICSM-2015 , Rok Kacijan, T: 02 234 58 69, E: info@ism-mb.si	

24. • 8. MEDNARODNI KONGRES NOVIH TEHNOLOGIJ V STOMATOLOGIJI

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Modra dvorana	št. udeležencev: 300	kotizacija: objavljena bo naknadno na spletni strani ZZS	k. točke: 6,5
vsebina: kongres je namenjen vsem zobozdravnikom (novosti v stomatologiji, razvoj stroke v regiji in povezovanje različnih specialističnih področij v stomatologiji z delom splošnega zobozdravnika)	organizator: Odbor za zobozdravstvo pri ZZS, Diana Terlevič Dabič, dr. dent. med.	prijave, informacije: prijave: W: www.domusmedica.si , informacije: Lea Žižek, T: 01 30 72 142	

26. • MOBING (TRPINČENJE) NA DELOVNEM MESTU

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

IŠČEM

Iščem ginekologa za delo v ambulanti 1–2 dneva na teden. Ginekološka ambulanta Katarina Kolar Kurent Metelkova 15, 1000 Ljubljana, T: 040 259 356

Občina Žiri objavlja

JAVNI RAZPIS

za podelitev koncesije za opravljanje javne službe na področju osnovne zdravstvene dejavnosti v občini Žiri

in vabi vse zainteresirane kandidate, ki izpolnjujejo razpisne pogoje, da oddajo svojo vlogo na naslov Občina Žiri, Loška cesta 1, 4226 Žiri najkasneje do dne 15. 6. 2016 do 8.30.

Razpisna dokumentacija je zainteresiranim kandidatom na voljo na spletni strani www.ziri.si.

V spomin prim. Ani Kraker Starman, dr. med.

Dr. Irena Grmek Košnik, dr. med., Nacionalni laboratorij
za zdravje, okolje in hrano

Marija Magajne, dr. med., Nacionalni inštitut za javno zdravje
irena.grmek.kosnik@nlzoh.si



V najlepšem mesecu leta, v mesecu maju smo se poslovili od prim. Ane Kraker Starman, dr. med., poznane Kranjčanke, dolgoletne direktorice Zavoda za zdravstveno varstvo Kranj. Zapustila nas je v 88. letu življenja.

Ana Kraker Starman je bila zdravnica, specialistka higijene, ki je orala ledino na področju preventive. Že kot mlada zdravnica se je zavedala, da zdravje ni pogojeno le z biološkimi dejavniki, kot so spol, starost in dednost, temveč nanj vplivajo tudi življenjski slog posameznika ter dejavniki iz naravnega in bivalnega okolja. Na te je skušala vplivati z ozaveščanjem ljudi in vzgojo za zdrav način življenja ter s predlaganjem ukrepov za izboljšanje življenjskega in delovnega okolja. Svoje znanje in pridobljene izkušnje je rada delila s sodelavci, kolegi in z vsemi, ki jih je področje higijene zanimalo. Napisala je mnogo prispevkov v strokovnih in poljudnih revijah ter izvedla številna predavanja. V prispevkih in predavanjih se je dotaknila takrat aktualnih tem, od predlogov za spremembo zakonodaje, zdravstvenih vidikov družbene prehrane, stanja hranjenosti otrok do popolnoma praktično uporabnih nasvetov v drobnih priročnikih, kot sta bila npr. Skrbimo za higieno doma in Očistimo stranišča. Veliko strokovnih in poljudnih člankov je napisala tudi po upokojitvi. Verjetno pa je v Sloveniji najbolj poznano njeno temeljno delo, priročnik Higijenski minimum, ki je še danes zelo aktualen in uporaben vir informacij in znanja o osnovnih higienskih načelih za delo z živili.

Ana Kraker Starman je bila direktorica Zavoda za zdravstveno varstvo Kranj od leta 1963 do 1990. Imela je največ zaslug za to, da se je leta 1982 Zavod za socialno medicino in higieno Gorenjske, kot se je zavod takrat imenoval, preselil v novo namensko zgrajeno stavbo. Selitev iz dotedanjih prostorov v stari baraki v novo stavbo, v kateri so bili sodobni in prostorni laboratoriji, velika predavalnica in lepo opremljeni drugi delovni prostori, ni pomenila le

korenitega izboljšanja delovnih pogojev zaposlenih, ampak je pomenila tudi priznanje za dobro delo na področju preventivnega zdravstvenega varstva, katerega nosilka je bila prav Ana Kraker Starman. Pogosto nas je spomnila, da se je ime zavoda, ki ga je tako dolgo in dobro vodila, pogosto spreminjalo, kar je lahko tudi oviralo delo, a poslanstvo zavoda ostaja enako: prispevati k boljšemu zdravju prebivalcev. In naša direktorica, kot smo jo vsi radi imenovali, je to poslanstvo vsa leta udeležila in na to pot usmerjala tudi nas, ki smo ji na tej poti v različnih vlogah sledili.

Ana Kraker Starman je bila izredno preprosta in iskrena. Svojo preprostost in široko znanje je znala združiti v zanimiva predavanja, ki so jim ljudje radi prisluhnili, saj so bila polna iskrici in življenjskih izkušenj. Vedno je znala poudariti, kaj je v življenju res pomembno. Ob njej si lahko začutil, da je življenje sreča, ki nam je podarjena, ter da je škoda, da bi to srečo zapravljali za nepomembne stvari. Del te sreče je nesebično delila tudi s svojo razširjeno družino, ki ji je izjemno veliko pomenila.

Ana Kraker Starman je živela po načelih, ki jih je kot zdravnica, specialistka higijene učila in prenašala na mlajše rodove. Tudi po upokojitvi je ostala aktivna in dejavna na različnih področjih. Dokler ji je zdravje dopuščalo, je bila nepogrešljiva udeleženka skupine, ki se je redno vsak teden srečevala na telovadbi. Prav tako je bila aktivna v domu upokojencev, kjer je preživljala zadnja leta življenja. Rada je delila dobre novice, se udeleževala pogovorov in srečanj. Še pred slabe pol leta je s poslušalci radia delila svoje spomine na božične praznike in mrzle zime iz svojih mladih dni.

Ana Kraker Starman, zagovornica preprostih, a izjemno pomembnih načel za zdravo življenje, ostaja svetel zgled ne le vsem, ki delamo na področju preventivne medicine in javnega zdravja, ampak tudi vsem, ki želijo tako živeti.

Prim. Jurij Simoniti, dr. med. (1931–2015)

Janez Lavre, dr. med., SB Slovenj Gradec

Bil je topel pomladni dan, ko se je od nas tiho poslovil dolgoletni pomočnik direktorja, eden od pionirjev dializnega zdravljenja v Sloveniji, predvsem pa spoštovan učitelj in vzornik primarij **Jurij Simoniti**. Rodil se je 7. avgusta 1931 v Gorici v Italiji. Že leta 1932 se je družina preselila v Jugoslavijo zaradi fašističnega nasilja nad Slovenci. Oče je leta 1937 prevzel vodstvo bolnišnice in mesto vodje internističnega oddelka v Slovenj Gradcu. Tako je Jurij Simoniti obiskoval osnovno šolo v Slovenj Gradcu, klasično gimnazijo pa je končal leta 1950 v Mariboru. Študij na medicinski fakulteti v Ljubljani je končal julija 1956.

Zaposlil se je v bolnišnici v Slovenj Gradcu in po odsluženem vojaškem roku nadaljeval kot sekundarij na internem oddelku. V letih 1959 in 1960 je delal v bolnišnici Mt. Sinai

Hospital v Minneapolisu v ZDA. Po vrnitvi je bil eno leto zdravnik v zdravstvenem domu v Slovenj Gradcu, da je nato lahko dobil specializacijo iz interne medicine, ki jo je zaključil s specialističnim izpitom avgusta 1965.

Od tedaj je bil zdravnik specialist na internem oddelku bolnišnice v Slovenj Gradcu. Sčasoma se je vedno bolj usmerjal v obravnavo ledvičnih bolezni. Leta 1970 je med prvimi v Sloveniji začel s sodelavci pripravljati center za dializo za kronične ledvične bolnike. Ob tem je imel vso podporo predstojnika internega oddelka prof. Iva Raišpa in vodstva bolnišnice z direktorjem prim. Dragom Plešivčnikom, saj sta se oba zavedala pomena takega centra za umestitev bolnišnice v slovenskem prostoru. Dializni center je začel z delom le dva meseca za centrom v Ljubljani.

Delo v dializnem centru v Slovenj Gradcu se je hitro širilo, saj je število bolnikov zelo naraščalo; sprva so v Slovenj Gradec vozili bolnike iz velikega dela Slovenije vse od Murske Sobote pa do Krškega in Zgornje Savinjske doline. Do leta 1990 je bil Jurij Simoniti v Slovenj Gradcu edini zdravnik za vse dializne bolnike in za vse dni v letu – torej v stalni pripravljenosti. Da je bilo to mogoče, gre priznanje in zahvala vsem njegovim sodelavkam in sodelavcem, predvsem pa njegovi požrtvovalnosti. Leta 1990 je prejel priznanje za pionirsko delo na področju dializnega zdravljenja.

Leta 1974 je internist Stane Zupančič odšel iz Slovenj Gradca v Novo Gorico in tam prevzel vodstvo internega oddelka. Takrat je prim. Drago Plešivčnik ponudil izpraznjeno mesto pomočnika direktorja bolnišnice Juriju Simonitiju. Ta je ponudbo sprejel in delavski svet ga je imenoval na položaj, čeprav ni bil nikoli član

Zveze komunistov. Tako je potem opravljal še funkcijo pomočnika direktorja bolnišnice vse do upokojitve leta 1998. Leta 1987 je postal primarij, potem ko v Sloveniji tega naziva 20 let niso podeljevali.

V 70. letih je bolnišnica v Slovenj Gradcu obnavljala zgradbo internega oddelka, za kar si je Jurij Simoniti zelo prizadeval. Obnova je bila končana leta 1977. Takoj zatem so se začele priprave za gradnjo novega otroškega oddelka, s čimer bi se bolnišnica razširila. Ob tem je prišlo do hudih sporov s širšo regijo za potreben denar. Pred obnovo otroškega oddelka je morala namreč na republiški ravni pasti odločitev, ali bolnišnica Slovenj Gradec v takem obsegu sploh obstane. Alternativa je bila, da bi ohranili dve šibki bolnišnici: Slovenj Gradec in Topolšico. S tem bi se zmanjšala regija, ki gravitira v bolnišnico Slovenj Gradec. Problem je že takrat bila slaba cestna povezava – druge pa ni. Topolšica je imela v tistem času močno politično podporo in je tudi močno lobirala. Jurij Simoniti se je zavedal, kakšen pomen ima bolnišnica za Slovenj Gradec, zato se je kot predstavnik bolnišnice odločno zavzel zanjo pri dogovarjanjih za širitev tudi v medijih. Republiški sekretariat se pri odločitvi med Topolšico in Slovenj Gradcem ni hotel opredeliti. Vendar so na koncu republiški organi vendarle dali dovoljenje za izvedbo samoprispevka v Slovenj Gradcu, s katerim so potem financirali izgradnjo novega otroškega oddelka.

Tako je bil tudi zagotovljen nadaljnji obstoj in razvoj slovenjgraške bolnišnice. Žal zaradi krize v zadnjih letih Jugoslavije in spremembe ob osamosvojitvi Slovenije ni bilo mogoče obnoviti še kirurško-ginekološkega oddelka. Kljub vsemu so v tem obdobju obnovili ali dogradili več



manjših projektov: kotlovnico, pralnico, kuhinjo, rentgen in urologijo.

V slovenjgraški bolnišnici je vse obdobje po drugi svetovni vojni zelo primanjkovalo srednjega medicinskega kadra. Ko je delo za Stanetom Zupančičem v bolnišnici leta 1974 prevzel Jurij Simoniti, je tudi on odločno podprl prizadevanja za ustanovitev in nadaljnji razvoj Srednje zdravstvene šole Slovenj Gradec. Bolnišnica je bila ves čas baza za praktični pouk medicinskih sester in je zagotavljala tudi ves potreben učni material.

Leta 1998 se je primarij Jurij Simoniti upokojil ter svoje delo in odgovornost prepustil mlajšim kolegom in sodelavcem.

Primarij Jurij Simoniti je vse življenje z velikim veseljem hodil v gore ter spoznal Alpe od Mont Blanca do naših vrhov. Krajši čas je bil tudi predsednik Planinskega društva Slovenj Gradec.

Ukvarjal se je s filatelijo in je bil od leta 2001 do 2014 predsednik Filatelističnega društva Slovenj Gradec. V tem obdobju je društvo pripravilo več razstav. Leta 2003 je primarij Jurij Simoniti ob 140-letnici železniške proge Maribor–Celovec organiziral razstavo v Dravogradu. Leta 2005 je pod njegovim vodstvom sledila odmevna razstava o znamkah na območju današnje Slovenije od leta 1850 dalje. Zadnjih pet let je redno pripravljala mesečno filatelistično okno s tematskimi razstavami na pošti v Slovenj Gradcu. Sestavil je več prišpevkov za revijo »Nova filatelija« in se oglašal v avstrijski filatelistični reviji »Die Briefmarke«.

Leta 2011 so v Koroškem pokrajinskem muzeju v Slovenj Gradcu odprli razstavo »Pot v neznano« o korespondenci družine Simoniti med drugo svetovno vojno ter ob razstavi izdali obsežen katalog.

Prijatelj Jurij je bil ustanovni član Rotary kluba Slovenj Gradec in leta 1995 njegov predsednik.

Tako je bil s svojim poklicnim delom zavzet prebivalec Slovenj Gradca in v prostem času dejaven meščan, ki mu je bilo mar za dobro someščanov in jim je lahko vzor.

Zahrbtna bolezen ga je v zadnjih letih le nekoliko omejila pri njegovih aktivnostih, še decembra si je z zanimanjem ogledal prostore našega novega Urgentnega centra, pogumno borbo pa je žal izgubil. Ostal bo zapisan in naših srcih kot pogumen, odločen in pravičen sodelavec, prijatelj in učitelj.

Vsem nam bo svetel zgled, predvsem bolnišnici in kraju pa v ponos, saj je s svojim delom pomagal utrditi temelje tako obstoju kot tudi nadaljnemu razvoju bolnišnice, Slovenj Gradcu pa večjo prepoznavnost na zemljevidu Evrope.

Odličnost in kakovost na piedestalu

Mag. Nina Mazi, dr. med., Ljubljana

Kakovost strokovnega delovanja in odličnost v odnosu do kolegov, bolnikov, uporabnikov in ostale javnosti je zdravnikom »predpisal« že Hipokrat. Kljub temu pa omenjenih vrlin marsikdo še do danes ni uspel dovolj spretno vnesti v vsebino in način svojega razmišljanja in delovanja. Zaskrbljeni nad omenjenim dejstvom zdravniki in pristojni za zdravstvo na glavnini svojih srečanj in posvetovanj o nalogah, dolžnostih, možnostih in priložnostih sodobnega zdravnika in njegovem poslanstvu nekaj dragocenega časa posvetijo tudi tej tematiki. Pri tem se vedno znova ukvarjajo tudi z načinom, obliko, dolžino in vsebino študija medicine, specializacije in vseživljenjskega izobraževanja zdravnikov. V Veliki Britaniji so že večkrat zahtevali strožje pogoje za vpis na medicinske fakultete in natančnejše preverjanje kandidatov. Slednje naj ne bi bilo osredotočeno le na dosežen uspeh v srednji šoli, marveč tudi na splošno znanje, izkušnje in kompetence, na značaj (osebne lastnosti) in na kandidatov socialni kapital. Aspirantom, ki niso sposobni preskočiti prve ovire, verjetno tudi kasneje v poklicu stvari ne bodo šle od rok tako, kot od njih pričakujejo stroka, uporabniki, zavarovalnica in družba nasploh. Zdravniški poklic zaradi svoje specifičnosti in zahtevnosti na prelomu tretjega tisočletja sodi

med »elitne« (v pozitivnem vključujočem in ne izključujočem smislu), čeprav so si na eni strani v preteklosti mnogi zelo prizadevali, da bi ga vrgli s piedestala in dokazali njegovo preprostost, enostavno obvladljivost in ubikvitarčnost. Njihovi nasprotniki pa so zašli v drugo skrajnost – zdravniški poklic oz. poslanstvo so hoteli obdati s pretiranim spoštovanjem, nedosegljivostjo in nedotakljivostjo. Pravo mesto sodobnega zdravnika je nekje vmes. Biti zdravnik ne pomeni le priti v službo, si obleči belo haljo, natakni stetoskop ter začeti pisati recepte in napotnice. Zdravniški poklic že od nekdaj velja za poslanstvo, povezano z dostojanstvenim in častnim razmišljanjem in delovanjem ter vzornim (ali vsaj neoporečnim) življenjem do groba. Kakovosti in odličnosti v zdravstvu pa seveda ne morejo meriti vlada, ministrstvo za zdravstvo, zavarovalnica ali celo organi pregona, marveč jo lahko meri le stroka in seveda predvsem uporabniki.

Viri: International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 28, Is: 2, 2015; Max Moulin: Delivering Excellence In Health and Social Care: Quality, Excellence and Performance Measurement 2007; Lucy Gaster & Amanda Squires: Providing Quality in the Public Sector: A Practical Approach to Improving Public Services (Public Policy & Management) 2009



Podarimo si *Odprto srce* in *Darove minevanja*

Asist. dr. Zdenka Čebašek Travnik, dr. med., MF Ljubljana

zdenka.cebasek@gmail.com

Življenje nam ponuja različne darove; še nikoli prej nisem pomislila, da obstajajo tudi darovi minevanja. S tem nenavadnim naslovom nas nagovarja knjiga Mance Košir in njenih dopisovalk in dopisovalcev. Darovi minevanja je knjiga, kakršne v slovenskem prostoru doslej še nismo imeli, knjiga, ki kar kliče po tem, da jo preberemo vsi, ki se v svojem poklicnem življenju srečujemo z ljudmi in njihovim (našim) minevanjem.

Ideja o predstavitvi knjige v Zdravniški zbornici Slovenije je izšla iz dopisovanja med Manco Košir in mano, ki sem to prireditev pripravila in vodila. Bojazen, da bo prelepo majsko popoldne zvabilo veliko ljudi v naravo in da poslušalcev ne bo dovolj, se je izkazala za neupravičeno, saj je bil klubski prostor v Domus Medica polno zaseden.

Verjamem, da je v Sloveniji le malo ljudi, ki ne bi vedeli za Manco Košir. V zadnjem času jo veliko vidimo v akcijah za ohranitev delovanja hiše Hospic in Ljubljani. In ravno ta hiša, kjer Manca že več let deluje kot prostovoljka, ji je dala izkušnje in »kompetence«, da se loti tudi teme umiranja in smrti. K ustvarjanju knjige Darovi minevanja je povabila »dopisovalce«, s katerimi je v obliki pisem predstavila njihove zelo različne poglede na umiranje in smrt. Nekateri od dopisovalcev so javnosti bolj, drugi manj znani, med njimi sta tudi dve zdravnici, Jasna Stosić in Urška Lunder.

Urška Lunder in Manca Košir sta nam s svojimi razmišljanji in odgovori na vprašanja pojasnili nekaj posebej izpostavljenih tem. Knjiga Darovi minevanja je osemnajsto knjižno delo Mance Košir, za katero sama pravi, da je v njej šla najgloblje. Dejansko gre za poglobljeno iskanje odgovorov na vprašanja umiranja in smrti, globoka iskrenost vseh dopisovalcev pa ji daje še dodatno širino. Veliko občutljivost so vsi avtorji pokazali tudi z vključevanjem posebej izbrane poezije. Marsikdo bo ravno v sklopu branja Darov minevanja prepoznal sporočilnost *Dežele nerojenih* Kajetana Koviča. Vsak dopisovalec nam je razkril delček svojega miselnega in

duhovnega bogastva ter nas povabil k premišljanju o lastni družini in življenjskem poslanstvu. Globoko je tudi odkrivanje družinskih skrivnosti, s katerimi so nas obdarili Mančini dopisovalci. Pretresljivo je umiranje nerojenega hudo poškodovanega ploda v materi, odkrite skrivnosti pa nas popeljejo tudi v preteklost druge svetovne vojne, ko so nacisti odpeljali in usmrtili večino psihiatričnih bolnikov iz bolnišnice Novo Celje. Med žrtvami je bila tudi Mančina teta.

Urška Lunder, zdravnica s posebnimi znanji na področju paliativne medicine, nas je pred leti obdarila s knjigo *Odprto srce*, leta 2005 pa je bil na Frankfurtskem knjižnem sejmu nagrajen njen učbenik za biologijo v 9. razredu osnovne šole kot najboljši evropski učbenik. Vsi, ki Urško Lunder osebno poznamo, vemo, da je zelo večča komunikacije, predvsem v smislu, da zna tudi zelo težke in zapletene stvari povedati na vsem razumljiv način. Na predstavitvi knjige nam je še enkrat podala svoj opis notranje moči umirajočih in opisala pogum, ki je potreben za sodelovanje v tako občutljivih obdobjih življenja.

Predstavitvi knjige je prisostvoval tudi prim. Andrej Možina, predsednik Zdravniške zbornice Slovenije.



Vladimir Vertlib: Mein erster Mörder. Lebensgeschichten

(Moj prvi morilec. Zgodbe iz življenja)

Deutscher Taschenbuchverlag, 2008, 253 str.

Marjan Kordaš, Ljubljana

marjan.kordas@mf.uni-lj.si

... Kmalu sta Robert in Karl razumela nekaj malega hrvaško, a mnogi prebivalci tistih delov Jugoslavije, ki so nekoč pripadali avstro-ogrski monarhiji, so tako in tako govorili nemško...

... Eden od kmetov jima je zadevo razložil takole: »Tisti zgoraj pridejo in odidejo,« je menil, »a smrt v vojni je vedno enaka. Jaz sem se za avstrijskega cesarja bojeval proti Srbiji, Nemci so bili naši zavezniki. Moj ded se je pri Königgrätzu bojeval proti Nemcem in tam tudi padel. Moj brat tam prek meje se je leta 1914 bojeval proti nam, moj sin pa je zdaj v jugoslovanski vojski in uboga srbske častnike, ki so pred nekaj več kot dvajsetimi leti streljali name. In ko se bo začelo pri nas, bo moj sin streljal na moje nekdanje tovariše in njihove sinove. Takšno je življenje. Tako je bilo vedno in vedno bo tako ostalo...«

str. 206–207

Knjigo sestavljajo tri zgodbe:

Prva se dogaja v glavnem na Dunaju v poznih petdesetih letih.

Druga zgodba poteka na Češkem med leti 1938 in 1975 ter se konča na Dunaju.

Tretja zgodba se začne decembra 1939 na Dunaju ter nadaljuje pozimi 1939/40 v Jugoslaviji, spomladi 1940 nekaj dni v Trstu in konča do nekako aprila (oz. oktobra) 1940 spet na Dunaju oz. nekje v francoskih kolonijah.

Naj poskusim zgodbe povzeti? Seveda:

Moj prvi morilec (naslov je isti kot za knjigo) je zgodba o gimnazijcu Leu, ki s svojimi starši ter staro teto (očetovo krušno materjo oz. sestro očetove matere) živi v še precej porušenem povojnem Dunaju v bornih razmerah. Kljub temu je t. i. *primus*, najboljši dijak v svojem razredu. Zaradi nepomembnega spora s sostanovalci se oče in stara teta spreta. V navalu jeze Leovemu očetu očitajoče omeni nekaj, kar se mu je zgodilo leta 1945, ko je bil oče nemški vojak, tik preden je Rdeča armada zasedla Dunaj.

Leo začne spraševati, kaj se je takrat zgodilo, a namesto odgovora naleti le na izmikanje. Prek ovinkov dožene, da stara teta že skoraj od mladosti piše dnevnik. Po dolgem iskanju ga v njenih predalih najde, ga ponoči prebira ter išče odgovor na svoje vprašanje. Hkrati začne v knjižnicah iskati literaturo o drugi svetovni vojni, ki je sicer uradno dostopna, zanj, gimnazijca pa skoraj nedosegljiva. Tudi v svoji šolski okolici, med gimnazijskimi profesorji opazi, da je raziskovanje te vrste nezaželeno, še posebej če gre za novejšo zgodovino »druge republike« Avstrije. Končno Leo odkrije – in to mu potrdi tudi stara teta – da je njegov oče kot nemški vojak leta 1945 »bil zraven«, ko so Nemci na begu pred Rdečo armado skupino taboriščnikov zaprli v skedenj ter ga zažgali. Izkaže se, da je Leov oče, surovež, ki Lea za vsako malenkost pretepa, v bistvu slabič. Namesto da bi svojo vlogo pri tem krutem množičnem poboju sinu opisal in svojo vlogo priznal, se izgovarja, da je »samo izvrševal povelja«. Spoznanje o

resničnosti lika njegovega očeta je za Lea pogubno.

Lepi mešanec je zgodba o skupini dvojezičnih, češko-nemških sorodnikov, ki pravzaprav ne vedo, kaj so: ali Čehi, ali Nemci. Vedo pa, da imajo judovske prednike, da pa so kljub temu kristjani. Osrednja oseba je Renata, ob začetku zgodbe stara osem let, ki hodi v češko šolo. Po mnogih letih (avtorju knjige?) pripoveduje o sebi, o svoji materi Aleni ter o očetu Bedøichu (Friedrichu) Reissu. Ob sudetski krizi leta 1938 oče in hči postaneta Nemca, medtem ko je mati Alena še vedno Čehinja. Enako se zgodi z nekaterimi drugimi sorodniki, ki tako dobijo nemško (rajhovsko) državljanstvo. Ko Hitler spomladi leta 1939 zasede Češko in ustanovi *Protektorat Češka in Moravska*, mora Renata, četudi se upira, v nemško šolo, kjer jo zasramujejo, ker nemško govori s češkim naglasom. Zato se včlani v BDM (*Bund deutscher Mädel*; ženska veja nacistične mladinske organizacije *Hitlerjugend*). A to traja le do oktobra 1943, ko nemška oblast Renati in očetu Bedøichu (Friedrichu) odvzame nemško državljanstvo. Po sili razmer spet postaneta Čeha, ki pa sta zaradi judovskih korenin na slabšem kot mati Alena, ki je bila vseskozi Čehinja.

Po osvoboditvi leta 1945 se družina komaj izogne, da bi jih zdaj češka oblast izselila, enako kot vse Sudetske Nemce.

Renata je zdaj v češki šoli, kjer jo zasramujejo, ker češko govori z nemškim naglasom. Ko se leta 1948 Češkoslovaška republika preoblikuje po sovjetskem vzorcu, družino začne preganjati policija. Renata se sicer sme vpisati na češko gimnazijo, kjer je odlična dijakinja. Zaradi maturitetnega spisa o cesarju Karlu (ki je leta 1348 v Pragi ustanovil univerzo) pa je iz gimnazije izključena in stalno pod udarom policije. Zaradi nevzdržnih razmer se Renata leta 1966 izseli na

Dunaj k očetu, ki je bil že leta 1946 izgnan iz Češke v Avstrijo. Mati Alena, četudi večkrat zaprta in venomer pod policijskim nadzorom, pa ostane doma, na Češkem...

Po končni zmagi je zgodba dveh 18 let starih Dunajčanov. Robert je bil že potrjen k vojakom, a še ni vpoklican. Karl pa je napol Jud (*Halbjud*) in zato ne sme biti nemški vojak. Sicer pa ve, da ga v bližnji prihodnosti ne čaka nič dobrega, četudi je visok in plavalas, mnogo bolj podoben vojaku SS kot pa Judu. Zato se oba najstnika(!) malo pred božičem 1939 odločita uiti iz Hitlerjevega rajha v Palestino. Kot turista se odpeljeta »na izlet« na južno Koroško in nekje pri Dravogradu ilegalno prekoračita mejo. Prek Zagreba in Siska prideta v Sarajevo, kjer ostaneta do marca 1940. Nato do Skopja, kjer ugotovita, da je grška meja tako zastražena, da še miš ne more skoznjo. Nato nazaj: Niš–Beograd–Dubrovnik, kjer jima najprej spodleti beg v Albanijo in končno ju tu ujame policija. V Dubrovniku ugotovijo, da »zanju niso pristojni«, in ju pošljejo v Sarajevo. Tu z isto utemeljitvijo policija pošlje oba ujetnika v Beograd. Tu z isto utemeljitvijo pošljejo oba ujetnika v Ljubljano. Tu se ju usmili policijski uradnik, ki tekoče govori nemško, in jima ponudi izgon čez »zeleno mejo« v Italijo. Prideta v Trst, kjer ju angleški konzul napoti na francoski konzulat. Na francoskem konzulatu Robert in Karl podpišeta prijavo za *Tujsko legijo* ter dan pred odhodom v Francijo (v marcu 1940 Italija še ni v vojnem stanju s Francijo) poiščeta ločeni prenočišči. Karl pri stari ženski, ki se preživlja z oddajanjem sob, Robert pa v hospicu, ki ga vodijo nemški patri.

Medtem ko Karl dejansko srečno prispe v Francijo ter pristane v *Tujski legiji*, pa nemški patri Roberta izdajo gestapu, ki razmeroma samostojno deluje v italijanskem fašističnem Trstu. Robert končno kot zapornik pristane v gestapovskem zaporu na Dunaju.

Kljub pretepanju med zasliševanji zamolči svoje poznanstvo s Karlom ter večino dogodkov med popotovanji po

Jugoslaviji. Tako gestapo Roberta končno preda vojski. Vojaško sodišče ga zaradi »izmikanja vojaški službi« obsodi na dve leti in pol strogega zopora pogojno (*auf Bewährung*). Če obsojenec prekrši pogoj, se zaporna kazen izvrši šele po »končni zmagi« (*nach dem Endsieg*). Zmage seveda ni; tako Robert kot Karl kot nemški vojak oz. kot vojak *Tujske legije* vojno preživita. Ko se prvič srečata, ugotovita, da bi se lahko zgodilo, da bi kot vojaka streljala eden na drugega.

Zgodbe so neverjetno natančno postavljene v svoj čas. Najbolj me je pretresla točnost podatkov za Kraljevino Jugoslavijo pozimi 1939/40.

V tem povzetku sem seveda preskočil številne stranske veje zgodb. Morda tudi zagrešil kako napako; povzetke sem napisal tako, kot so mi zgodbe ostale v spominu – kot odraz čustvenih vzgibov mojega odziva med branjem. Sicer pa je vsak povzetek res samo povzetek; sporočilo se razkrije le tistemu, ki prebere vso knjigo.

Zato sploh ne poskušam v svoj povzetek zajeti nadvse povednih odlomkov. Npr. kako je v drugi zgodbi Bedöich (Friedrich) Reiss pozvan, naj postane gestapovski špicelj, ter kakšna so bila njegova poročila (str. 118–119). Ali v isti zgodbi, kakšno je bilo delovanje avstrijske birokracije, ki se je razpletla za Renato srečno in značilno avstrijsko: V času avstrijske stanovske države (1933–1938) je slednja v svoja koncentracijska taborišča zaprla tako socialiste in komuniste kot nacist. No, tako se je zgodilo, da sta v tem času neki zaprti nacist in neki zaprti socialdemokrat postala prijatelja. Med nacizmom je nacist pomagal socialdemokratskemu, po letu 1945 pa socialdemokrat pomagal nacističnemu prijatelju.

Ko je bila Renata na tem, da jo izženejo iz Avstrije, je njen šef, bivši nacist, poklical svojega socialdemokratskega prijatelja (trenutno veliko politično živino) in Renatina zadeva je bila rešena takoj (str. 184–189)...

In – če verjamete ali ne: pikološko nemško sodstvo ni pozabilo, da je bil Robert (kot opisano v tretji



zgodbi) pogojno obsojen na dve leti strogega zopora. Zadeva je bila tako rešena leta 1966, po končni zmagi, dobesedno (str. 251–253).

Velja tudi prevesti avtorjevo opozorilo, natisnjeno v knjigi med bibliografskimi podatki:

Vsa tri prozna besedila imajo resnično ozadje. Pa vendar so nekatera opisana dogajanja izmišljena ali pa so se v resničnosti dogajala nekoliko drugače. Nekatere zgodovinske nadrobnosti so podrejene dramaturgiji besedil. Oris posameznih likov se deloma oddaljuje od resničnih predlog. Večina imen, če ne gre za znane zgodovinske osebnosti, je spremenjenih. Zgodba »Po končni zmagi« v bistvenih potezah temelji na spominih dunajskega slikarja Romana Hallerja.

Pojasnilo potrjuje že dolgo znan pregovor, da »...najbolj resnične so izmišljene zgodbe.«

Vladimir Vertlib se je v Sloveniji pojavil pred nekaj leti z romanom *Vmesne postaje*. Ko sem ga prebral, sem prebral še nemški izvornik, *Zwischenstationen* in takoj nato še roman *Das besondere Gedächtnis der Rosa*

Masur. Slednji je pravkar izšel pod slovenskim naslovom *Posebni spomin Roze Masur*. Spodbuda zame, da sem še enkrat prebral nemški izvirnik, saj mi je že marsikaj ušlo iz spomina. Tako sem *Mojega prvega morilca* bral nekako pod vtisom vsega tistega, kar je že povedala Roza Masur.

Menim, da sta oba romana enako udarna. *Moj prvi morilec* pa – tako se mi zdi zaradi krajšega besedila in treh delov – pride bralcu bolj do živega. Medtem ko je prva zgodba nekako linearna – Anglež bi morda rekel, da je *straightforward* – je zadnja zgodba nekako absurdno komična ali absurdno tragična. Še posebej, če se bralec spomni vseh anekdotičnih, a za tisti čas značilnih dogodkov.

Druga zgodba pa je izrecno tragična: pokaže zverinskost nacistov do Čehov in Judov med vojno ter surovost Čehov do Nemcev in Judov po »osvoboditvi«.

In ko bralec strne vse tri zgodbe, se sporočilo razširi še bolj: Vsak človek prej ali slej naleti na svojega morilca: takrat se življenje spremeni bistveno in nepovratno.

Fascinantno branje. Knjigo je mogoče prebrati v enem zamahu. Meni je to pri drugi zgodbi spodletelo. Zgodba je namreč tako kruto resnična, da sem si moral med branjem privoščiti kar nekaj premorov.

Knjiga sporoča – to se najbolj kruto resnično pokaže v drugi zgodbi – da morilec lahko postane žrtev; ko pa se razmere spremenijo, žrtev lahko postane morilec.

V svojih predstavitev knjig sem doslej že večkrat omenil pojem iz islamske teologije, *Al Araf*. To je zid med peklom in rajem. Na njem bivajo duše tistih, ki so se proti volji svojih staršev bojevali za pravo vero ter v tem boju umrli. Ker so umrli za pravo vero, jih Bog ne more pregnati v

pekel. Ker so pa to počeli proti volji svojih staršev, jih Bog ne more vzeti v nebesa. Zato so na zidu *Al Araf*, lahko vidijo na obe strani, v nebesa in pekel hkrati in tako dobijo *uvid*...

Skrito, a najpomembnejše sporočilo knjige pa je tole:

Vladimir Vertlib je Rus in hkrati jud in hkrati piše v izvrstni nemščini. Njegovo bivališče je *Al Araf*; kot pisatelj gleda in vidi na vsaj dve, če ne že na več strani – hkrati. Nemškemu bralcu tako dogajanja okoli druge svetovne vojne ter njene politične posledice predstavi z vidika, ki je (samo) nemško govorečemu (pisatelju) nepredstavljiv ter zato nedosegljiv.

Kar pravzaprav pomeni le tole: Kdor hoče spozna(va)ti resnico, mora premagati meje, ki jih po svoji naravi postavljajo kulture, jeziki in vere, in tako dobiti *uvid*...

Spolno življenje pri Slovencih med leti 1900 in 1960

Žan Vrhunc, študent MF Ljubljana

Spolno zdravje in higiena sta za splošno zdravstveno stanje človeka znatnega pomena. Ob današnjih možnostih anonimnega in brezplačnega testiranja za spolne bolezni, zgodnjega izobraževanja mladih o spolnosti – delovanju spolnih organov, spolno prenosljivih boleznih, kontracepciji itd. – in boljše splošne ozaveščenosti, pa tudi večje strpnosti, je današnjim generacijam težko doumljivo, da pred le malo več kot pol stoletja tako znanje ni bilo splošno razširjeno, zlasti med ruralnim prebivalstvom, do spolnosti kot take pa so imeli ljudje precej drugačen odnos. Kdor to izjavo jemlje kot samoumevno, si verjetno predstavlja le rahlo bolj konservativno dojemanje spolnosti s strani naših staršev, starih

staršev in prastaršev, a resnica je precej hujša.

»Ogenj, rit in kače niso za igrače«, katere del so tudi pričevanja ljudi o spolnosti med letoma 1900 in 1960, je knjiga Milene Miklavčič, ki je nedavno razburkala slovensko javnost. Vse javne knjižnice imajo čakalno vrsto za njeno izposajo, trije ponatisi in povabila avtorici, da jo predstavlja javnosti, pa so nagovorili tudi slovenske zgodovinarje medicine, da se srečajo z avtorico in njeno raziskavo. Temo je predstavila članom Znanstvenega društva za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije in študentom medicine. Če med prvimi prevladujejo zdravniki zrelih let, ki so se s temo neredko srečevali skozi vse svoje delovno obdobje in jim ni tuja, je bila

za študente medicine pravi šok, še zlasti za tiste, ki niso predhodno prebrali knjige. Kako zelo se je odnos do spolnosti spremenil v zadnjem stoletju, je skorajda nepredstavljivo.

Razvoj medicine do leta 1960 pri tem pravzaprav ne igra najpomembnejše vloge, saj se je oralna kontracepcija razvila ravno na tej prelomnici, kar je bilo zbranim jasno tudi iz spremljajočega predavanja zgodovinarke medicine prof. Zvonke Z. Slavec. In ravno možnost obvladovanja nosečnosti ter načrtovanja družine ob hkratnem popuščanju verskih okovov je v življenju vsakdanjega človeka spremenila perspektivo, da se je skorajda izključno reproduktivna funkcija spolnosti dopolnila s spolnim užitek, ki je v zvezah tako povezovale. Zanimivo je bilo tudi razmišljanje avtorice Milene Miklavčič o upadanju



»Ogenj, rit in kače niso za igrače« je knjiga, ki detabuizira spolnost pri Slovencih v prvi polovici 20. stoletja.

spolne potence in sle pri sodobnih mladih ter zadovoljevanju le-te v virtualnem svetu. Svet se je na tem področju resnično spremenil in branje knjige, kakršne ob siceršnji poplavi najrazličnejših kulturno-antropoloških študij doslej Slovenci še nismo imeli, razkriva manj sončno plat spolnega življenja pred časom njene detabuizacije, učenja o njej, sprejemanja, da naj bi spolnost prinašala užitek tudi ženski, in seveda uvedbe uspešne kontracepcije, ki je žensko razbremenila nenehne skrbi pred nezaželeno nosečnostjo.

Priznati moram, da knjige nisem vzel v roke v celoti iz znanstvenega vzgiba; tema spolnosti danes, zlasti med mojimi vrstniki, večinoma ni več nikakršen tabu, vendar pa še vedno ni nekaj, do česar bi bili brezbrizni – in verjetno zaradi svoje narave nikoli ne bo. Zato sem, kot rečeno, bral deloma z namenom pridobiti znanje, ki navsezadnje do določene mere zadeva moj študij, deloma pa pričakujoč, da bodo pričevanja bolj ali manj zabavne narave. Nekaj takih je sicer tudi bilo, a brez dramtiziranja lahko trdim, da sem bil med in po branju neprijetno presenečen, celo šokiran.

Spomini starejših o tem, kako jim je bila kot otrokom oz. mladim pred-

stavljena spolnost oz. kakšne nevšečnosti in travme jim je povzročalo samostojno odkrivanje te plati življenja, so na trenutke pretresljivi. Nekateri pari še po poroki niso vedeli, kako pristopiti k stvari, in jim je, ko še po nekaj letih v zakonu ni bilo otrok, moral na pomoč priskočiti celo lokalni duhovnik (le-ti so bili dejansko na podeželju edini s kakršnimkoli znanjem o tem). Raven higijene je bila takšna, da bi jo prej kot 20. stoletju pripisali srednjemu veku. Če so se umivali, območje nad sredino stegen in pod pasom ni prišlo v poštev – dotikanje intimnih predelov naj bi vodilo v skušnjava. To je seveda pomenilo znatno večjo možnost okužb in vnetij. Precej bolj so zaradi okoliščin trpele ženske: menili so, da ženska v spolnem odnosu ne more uživati kot moški, zato se je od nje pričakovalo, da naj stisne zobe in počaka, da mož opravi svoje. Ker ni bilo kontracepcije, je do nosečnosti prihajalo praktično vsako leto, porodi pa so potekali brez zdravniške prisotnosti, zato so nekatere ženske z veseljem pozdravile vsako menstruacijo. Slednja je bila sicer za številne vir psihičnih travm – od fanta, ki je imel svojo mamo za morilko, ker jo je videl s krvavimi rokami, do dekleta, ki jo je mati po menarhi oklicala za nečisto. To so le nekatera (in nikakor ne najnenaavadnejša) pričevanja, resnično zaskrbljujoče pa je dejstvo, da so podobne razmere (vsaj kar zadeva higienske pogoje) vladale ne le v času pred in med obema vojnama, temveč še v 50. letih prejšnjega stoletja.

Vse zgoraj naštetu seveda spada popolnoma pod domeno čudenja. Gledano s perspektive zdravniškega poklica, je treba pomisliti na odziv ljudi, rojenih v tistem času, na bolezni ali poškodbe, ki imajo neposredno ali posredno povezavo s spolnostjo oz. spolnimi organi in drugimi intimnimi predeli. V splošnem je mnogo ljudem še vedno težko iti k zdravniku s podobnimi težavami; okuženih s spolnimi boleznimi se v družbi drži stigma zaradi domnevne promiskuitetnosti, še huje je vse to za istospolno usmerjene – zlasti na slednjem podro-

čju je nestrpnost še vedno zelo opazna, celo med študijskimi kolegi. Pri obravnavi mora biti torej že sicer prisotna visoka mera zaupanja med pacientom in zdravnikom (da do obiska pri zdravniku pravzaprav sploh pride). Pri osebi, rojeni in vzgojeni v drugačnem času, ko se o spolnosti in z njo povezanih težavah praktično ni govorilo (in tudi sicer bolj malo vedelo), je ta zahteva še toliko bolj pomembna in sama situacija tolikanj bolj delikatna.

Dokler nisem prebral omenjene knjige, se nisem zavedal, kako pomembno je v resnici vprašanje, ki nam ga svetujejo postavljati na vajah predmetov, ki vključujejo sporazumevanje z bolnikom, tj. vprašanje o izgubi dostojanstva oz. intimnosti pri obravnavi v zdravstveni ustanovi. Za osebo, rojeno na podeželju v času med obema vojnama, so morda že vprašanja, ki zadevajo spolnost, travmatična, samoiniciativno priti s tako težavo k zdravniku, ki mu ne zaupajo, pa popolnoma nepredstavljivo. Danes živimo v drugačnih časih, a strahovi in načela, privzgojeni v otrostvu, lahko človeka naredijo neracionalnega, tudi ko gre za njegovo zdravje.

Samo srečanje s sončno življenja polno in energično raziskovalko Mileno Miklavčič, ki v Nedelu teden-sko spodbudno odgovarja bralcem ob njihovih medčloveških in ljubezenskih težavah, pa je meni in študijskim kolegom pustilo pomembno sporočilo: bolniki zrelih let, še posebej iz kmečkih okolij, so lahko obremenjeni s svojim spolnim življenjem, ki se lahko odraža na njihovem psihofizičnem zdravju. Obziren in uvideven pogovor bo zanje pravo zdravilo! Po mojem mnenju je knjiga izredno priporočljivo branje za vsakogar, zlasti pa za zdravnike oz. študente medicine. Resnica je včasih nenavadnejša od fikcije in kadar gre za tako pomembno temo, je izredno pomembno, da se tega zavedamo. Avtorici gre velik poklon, da je znala razvezati jezike zelo starih ljudi, da so spregovorili o hudo tabuizirani spolnosti prve polovice 20. stoletja.



Naslovnica kataloga
Ko mrtvi žive uče –
anatomija skozi čas.

»Ko mrtvi žive uče – Cum mortui vivos docent«

Anatomija skozi čas

Prof. dr. Jana Furlan Hrabar, dr. med., Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije
damjana.furlan.hrabar@masicom.net

Razstava »Anatomija skozi čas«, katere odprtje je bilo 16. aprila 2015 v razstavišču Narodne in univerzitetne knjižnice v Ljubljani (NUK), je bila posvečena 500-letnici rojstva najznamenitejšega anatoma vseh časov Andreasa Vesaliusa (1514–1564). Njena avtorica je zgodovinarica medicine, prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec z Inštituta za zgodovino medicine Medicinske fakultete v Ljubljani. K sodelovanju z NUK-om sta jo povabili bibliotekarki, skrbnici starih knjig, dr. Sonja Svolfšak in Urša Kocjan. Razstava predstavlja razvoj anatomije od najzgodnejših poskusov raziskova-

nja zgradbe in delovanja človekovega telesa do 20. stoletja. Z izjemno bogato zbirko starih anatomskih knjig in zanimivo vsebino na posterjih prinaša redko znanje o trplju skozi zgodovino človeštva. Na ogled bo pol leta.

Slavnostno odprtje razstave je potekalo v veličastnem hramu slovenske knjižne kulture, sijajni Plečnikovi mojstrovini, stavbi Narodne in univerzitetne knjižnice v Ljubljani. Obiskovalce je že na mogočnem stopnišču pozdravila slavnostna glasba fanfar, dijakov Konservatorija za glasbo in balet v Ljubljani, ki je pričarala vzdušje svečanega dogodka in skrivnostnega pričakovanja. Odprtje je potekalo v veliki Plečnikovi čitalnici, ki jo številni slovenski intelektualci pomnijo iz svojih študijskih let, ko so v okolju znanja in spodbude pozabili na pasti prijazne družbe in lepega vremena ter se posvetili študijskemu gradivu. Vse je še vedno tako, kot je bilo. Mogočni lestenci sipljejo s stropa svojo svetlobo, klasične namizne lučke ustvarjajo občutek večnosti znanja, Plečnikov stol pa občutek trdnosti in prizemljenosti. V pozdravnem govoru je direktorica NUK-a Martina Rozman Salobir nagovorila številne udeležence, ki so skoraj zapolnili velik prostor, in poudarila uspešno sodelovanje omenjenih ustanov, Inštituta za zgodovino medicine MF UL s prof. dr. Zvonko Zupanič Slavec in NUK-a z že imenovanima bibliotekarkama pri nastanku pregledne razstave in spremljajočega kataloga. Poudarila je, da je NUK zakladnica gradiv z različnih področij znanosti in umetnosti in da so veseli, da se lahko predstavijo z anatomsko razstavo. Povedala je tudi, da je treba razbiti v družbi neredko prisotno stereotipno razmišljanje, da v NUK-u hranijo predvsem slovenska literarna dela. Želja ustanove namreč je, da predstavlja bogastvo svojih zbirk z vseh področij življenja in dela. Posebej je izpostavila, da je avtorica znala navdušiti sodelu-



Soavtorici razstave in kataloga, zgodovinarica medicine prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec (desno) in skrbnica starih tiskov NUK-a dr. Sonja Svolfšak. Za njima sedi prof. dr. Dušan Sket, ki je kot medicinski terminolog uredil besedila (foto; Milan Štupar).



Srčni kirurg doc. dr. Jus Kšela se je zahvalil v imenu Cundrovih za moralno rehabilitacijo njihovega sorodnika, anatomu prof. dr. Milana Cundra, prof. Zvonka Slavec pa mu je simbolično izročila Cundru posvečen katalog (foto: Staš Šolman).

joče in da še nikoli ni slišala koga govoriti s takim žarom. Skratka, NUK je z velikim zadovoljstvom javnosti odpiral razstavo ob 500-letnici rojstva najznamenitejšega anatomu vseh časov, Flamca Andreasa Vesaliusa, katerega dragoceno knjigo iz leta 1555 hrani v svoji zbirki, ob njej pa še druge stare izjemno vredne anatomске knjige sledečih stoletij.

Predstavitev razstave je nadaljevala avtorica prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec z zgoščenim prikazom razvoja anatomije, kar je popisala tudi v obsežnem slovensko-angleškem razstavnem katalogu. Zahvalila se je vsem sodelujočim za žlahtno sodelovanje, posebej soavtoricama in prof. dr. Dušanu Sketu, ki je kot medicinski terminolog ustvarjalno soprispeval h kakovosti in jezikovni dorečenosti slovenskega in angleškega besedila v katalogu in na 14 razstavnih posterjih. Izročila mu je katalog s posvetilom. V uvodnem delu je prof. Zvonka Slavec povedala še, da je ob pisanju predstavitve razvoja anatomije pri Slovencih spoznala, da je dozorel čas za rehabilitacijo po krivici obsojenega anatomu prof. dr. Milana Cundra, ki je bil žrtev povojnega političnega brezumja. Odprtja se je udeležila njegova razširjena družina s številnimi slovenskimi intelektualci, zbrane pa je v imenu družine nagovoril njihov član, srčni

kirurg UKC Ljubljana, doc. dr. Juš Kšela. V izbornem govoru je poudaril, da je bila z obsodbo staremu stricu odvzeta možnost razvoja njegovega strokovnega področja in akademske kariere ter ga je nerehabilitacija zaznamovala za vse življenje. Avtorici se je zahvalil za simbolično dejanje, družina pa se je tudi odločila za uradno vlogo za njegovo sodno rehabilitacijo.

Tudi soavtorica, bibliotekarka dr. Sonja Svolsjak, je predstavila bogastvo razstavljenih knjig in njihov katalogni prikaz ter se zahvalila vsem sodelujočim z Inštituta za anatomijo MF UL in predstojniku prof. dr. Deanu Ravniku, nakar so zbranim imenitno prikazali »anatomsko gledališče« z igrano sekcijo trupla po renesančni maniri. Mladi zdravnik je dramatično prebiral Galenovo besedilo o sekciji trupla, njegov asistent pa je izvajal prebrano in radovednim gledalcem, ki so se zbrali na galeriji NUK-ove knjižnice in okoli sekcijske mize, kazal posamezne dele trupla. Bilo je na moč zanimivo in domiselno! Sledil je voden ogled razstave, znamenitih starih anatomskih knjig, priručnikov, atlasov in anatomskih modelov, ki prikazujejo razvoj anatomije od prvih poskusov sistematičnega raziskovanja človekovega telesa pa vse do 20. stoletja. Izbor anatomskih knjig prihaja iz zbirke NUK-a, Semeniške knjižnice ter knjižnice Inštituta za zgodovino medicine. Anatomske modeli so iz zbirke Inštituta za anatomijo MF UL in skladno dopolnjujejo vsebino razstave.

Iz katalogne vsebine

Medicina je od nekdaj preučevala telo, z njegovo zgradbo pa se je in se še vedno ukvarja predvsem anatomija. Sekcija človekovega telesa, kot osnovna spoznavna metoda, je bila pogosto prepovedana. Tako so stari Egipčani spoznavali zgradbo telesa ob balzimiranju trupel, med starimi Grki so se anatomije lotevali le v aleksandrinskem času zunaj teritorialnih meja Grčije, v času starega Rima pa so



NUK je bil s svojo galerijo v osrednji čitalnici sijajno prizorišče za aluzijo na renesančno anatomsko gledališče. Vlogo zdravnika, ki je bral Galenovo besedilo, je prevzel mlad zdravnik, rekvizite pa je posodil Inštitut za anatomijo MF UL (foto: Staš Šolman).

zdravniki, z Galenom na čelu (2. stoletje), sicer opravljali anatomske sekcije, a predvsem na prašičih in opicah. Spoznanja galenske anatomije so se ohranila skoraj tisočletje in pol skozi ves srednji vek in so obveljala vse do nastopa renesanse. Prebujena atomska znanost se je na prehodu iz 15. v 16. stoletje odvrnila od dogmatske anatomije preteklih obdobij in postopoma vpeljala sekcije človekovega trupla ter tako postopoma prinašala nova spoznanja. Najpomembnejši renesančni zdravnik Andreas Vesalius (1514–1564), ki je končal študij medicine na takrat najnaprednejši medicinski šoli na svetu, padovski medicinski fakulteti, je s sistematičnim seciranjem človeških trupel dopolnil Galenovo anatomijo in vanjo vnesel okoli dvesto pomembnih

novosti. Novo anatomijo je popisal v delu »De humani corporis fabrica libri septem« (O človeškem telesu v sedmih knjigah), ki je prvič izšla leta 1543. Opremljena je s skoraj tristoletimi (273) izjemnimi risbami večinoma Tizianovega učenca Jana Stephana van Calcarja. Doživela je številne ponatise in prevode ter postala ne le osrednji anatomski učbenik nadaljnjih nekaj stoletij, temveč tudi najznamenitejša medicinska knjiga vseh časov. Po Vesaliusovem prodoru se je sprožil plaz novih anatomskih raziskav in spoznanj. Prišlo je tudi do liberalizacije sekcije človekovega trupla, čeprav je bila pot do trupel še vedno težka, saj so fakultete letno dobivale le po eno truplo (navadno usmrčenih obsojencev).

V 17. in 18. stoletju so v največjih evropskih univerzitetnih središčih nastala t. i. anatomska gledališča, v katerih je lahko večje število ljudi spremljalo redke javne sekcije, ki so ponavadi trajale štiri dni. Na njih so prosectorji javno poučevali anatomijo in hkrati preučevali trupla. Na to, kako velika je bila potreba po truplih na evropskih medicinskih fakultetah, kaže dejstvo, da so se pojavili celo poklicni tatovi trupel. Pomanjkanje anatomskega materiala je pripeljalo tudi do zamisli o voščenih anatomskih modelih, ki bi lahko nadomestili trupla. Predvsem v Toskani je v 17. in 18. stoletju nastalo nekaj delavnic, v katerih so kirurgi sodelovali z umetniki, ki so izdelovali dovršene anatomске modele celotnega telesa, pa tudi njegovih posameznih delov. Ti modeli so postali osrednji anatomski učni pripomočki najvidnejših evropskih medicinskih fakultet, danes pa predstavljajo občudovanja vredne umetnine.

Razvoj anatomije pa se je nezadržno nadaljeval. Spoznanje natančne zgradbe človeškega telesa je vodilo k vse boljšemu razumevanju njegovega delovanja in razvoju fiziologije. Najpomembnejše zgodnje fiziološko odkritje je bilo, da kri po telesu kroži. Leta 1628 ga je objavil angleški zdravnik William Harvey (1578–



V razstavnih dvorani so si obiskovalci ogledali imenitne anatomске monografije, atlase in učbenike iz NUK-ove zakladnice, 14 spremljajočih posterjev in nekaj anatomskih učnih rekvizitov. Vodila je Zvonka Zupanič Slavec (foto: Milan Štupar, NUK).

1567). Izum mikroskopa je anatomijo iz makroskopskega področja usmeril na mikroskopsko raven in razvila se je veda o tkivih ali histologija. Njen pionir je bil Francois Xavier Bichat (1771–1802). Na podoben način se je razvila še embriologija, katere začetnik je bil Kaspar Friedrich Wolff (1735–1794). Raziskave so se iz preučevanja zdravega telesa razširile še na področje preučevanja bolezenskih stanj in razvila se je patologija, ki je bila tako kot anatomija sprva makroskopska, nato še mikroskopska. Njen začetnik je bil Giovanni Battista Morgagni (1682–1771).

Čeprav se zdi, da je bil s tem razvoj anatomije sklenjen, se le-ta nadaljuje in v skladu z novimi odkritji ter s pomočjo sodobnih slikovnih tehnik in drugih raziskovalnih metod še vedno prinaša nova spoznanja. Ob anatomskem razvoju se je razvijalo tudi mednarodno anatomsko izrazoslovje v latinskem jeziku, ki so ga strokovnjaki v zadnjem stoletju kar nekajkrat usklajevali. Sedaj je v veljavi »Terminologia Anatomica«, ki vsebuje okoli 7500 izrazov.

Tudi na Slovenskem je anatomija opravila svojo razvojno pot. Na ljubljanskem Gornjem trgu je imel kirurg Filip Jakob Breclj že sredi 18. stoletja svoje anatomsko gledališče, kjer so potekale učne ure anatomije. Tem je sledil pouk v ljubljanski bolnišnici na Ajdovščini v okviru Mediko-kirurškega učnega zavoda (liceja), ki pa je bil ukinjen leta 1848. Univerzitetni študij anatomije se je začel z nastankom ljubljanske medicinske fakultete leta 1919. Prevezl ga je zdravnik in patolog prof. dr. Janez Plečnik (1875–1940). Bil je prvi slovenski sodobni anatom, izdal pa je tudi prvi slovenski anatomski učbenik, prirejen po Breitensteinovih repetitorijih. Plečniku so kot vodje Inštituta za anatomijo sledili profesorji Milan Cunder, Valentina Kobe, Anton Širca, Alenka Dekleva ter sedanji predstojnik Inštituta za anatomijo prof. dr. Dean Ravnik. Od leta 2004 anatomijo poučujejo tudi na Medicinski fakulteti v Mariboru.

Renesančno in porenosančno anatomsko raziskovanje je močno vplivalo ne le na medicino, ampak



Znamenita Vesaliusova anatomsko knjiga, prvič izdana leta 1543, ki je povzročila revolucijo v anatomski znanosti (foto: Staš Šolman).

tudi na umetnost. Razvoj upodabljanja človekovega telesa so močno zaznamovali slikarji in kiparji, kot so Leonardo da Vinci, Michelangelo Buonarroti, Rafael Santi, Tizian in drugi.

Moralna rehabilitacija anatoma prof. dr. Milana Cundra

Obsežen katalog o razstavi, avtoric prof. dr. Zvonke Zupanič Slavec in dr. Sonje Svobljšak, je posvečen spominu prof. dr. Milana Cundra. Razstava naj bi bila namreč primeren okvir za njegovo rehabilitacijo, ker je v zgodnjem povojnem obdobju doživel politično diskreditacijo in ni bil nikoli rehabilitiran. V duhu tega razmišljanja so objavljeni zgoščeni podatki iz življenjepisa prof. dr. Milana Cundra.

Dr. Milan Cunder je leta 1935 postal asistent na anatomskem inštitutu ljubljanske medicinske fakultete, ki ga je vodil prof. dr. Janez Plečnik. Po drugi svetovni vojni leta 1945 je bil imenovan za izrednega profesorja in leta 1946 za predstojnika inštituta. Ob pedagoškem delu se je posvečal tudi znanstvenoraziskoval-

nemu delu, pouk anatomije je skušal dopolniti z uvajanjem topografske anatomije. Bil je priljubljen predavatelj pri študentih in cenjen sodelavec med kolegi. Med drugo svetovno vojno je preživel viharnе čase: leta 1942 je odšel v partizane, kjer je sodeloval kot zdravnik ter bil član štaba Kokrškega odreda. Nemški okupator ga je zajel in zaprl v Begunje, nato pa premestil v nemško taborišče Sachsenhausen, kjer je ostal do leta 1945.

Kljub njegovemu medvojnemu domoljubnemu prispevku v Osvobodilni fronti ga ta dejanja niso rešila pred politično diskvalifikacijo. Bil je namreč kritičen do tedanje povojne politične stvarnosti in je želel izstopiti iz Komunistične partije. Leta 1948 je bil obsojen in zaprt na Golem otoku in nato v Bileči. Nikoli ni bil rehabilitiran. O dr. Milanu Cundru ni od leta 1947 izšel noben članek, zato je po polstoletnem načrtnem zamolčevanju zbledel spomin nanj tudi v strokovnih krogih. Samo ob njegovi smrti leta 1970 mu je Zdravstveni vestnik posvetil spoštljiv nekrolog. Leta 2012 ga je oživila prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec v svoji knjigi »Prvi učitelji popolne medicinske fakultete v

Ljubljani po letu 1945«, kjer je prvič objavila njegov celoten življenjepisa.

Ob koncu naj povzamem: po izredno uspelem prikazu razstave o razvoju anatomije, ob spodbudnih zvokih renesančnih fanfar na balustradah Plečnikovega stopnišča, ki je kot prisposoda grškega templja, so v NUK-u ob visoki znanosti in dragoce- ni knjižni zbirki zaživele tudi etične in moralne vrednote slovenske družbe. Lepo je, da je bil v tem vzdušju moralno rehabilitiran priznan slovenski anatom prof. dr. Milan Cunder, katerega širša družina visokih intelektualcev, doma iz znane ljubljanske gostilne Pri ruskem carju v Ljubljani, se je zbrala in veselila tega dne. Družina se je tudi odločila svojega sorodnika sodno rehabilitirati. Dvoje- žična razstava, ki bo pol leta nagovarjala obiskovalce z vseh vetrov, nato pa se s posterji selila po vsej Sloveniji, je NUK in njegove sodelavce potrdila v velikem poslanstvu, ki ga opravljajo med slovenskim narodom, javnost pa obogatila z deli izjemne kulturne dediščine, ki jo ustanova hrani v svojih zbirkah. Naj se dogaja še veliko duha privzdigujočih dogodkov v slovenskem hramu znanja in kulture za dvig narodove samozavesti in nacionalnega ponosa.

Literatura:

1. Zupanič Slavec Z, Svobljšak S. *Ko mrtvi žive uče: anatomija skozi čas. ob petstoletnici rojstva začetnika znanstvene anatomije Andreasa Vesaliusa (1514–1564). When the dead teach the living: anatomy through time: in commemoration of the 500th birth anniversary of the pioneer of scientific anatomy Andreas Vesalius (1514–1564).* Ljubljana: Narodna in univerzitetna knjižnica, 2015. 139 str.
2. Zupanič Slavec Z. *Prvi učitelji popolne Medicinske fakultete v Ljubljani po letu 1945: [znanstvena monografija].* Ljubljana: Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije: Društvo Mohorjeva družba, 2012. 317 str.



Kdo od nas, ki beremo Isis, bi bil sposoben o delu in življenju nekoga drugega - z mnogimi detajli različnih zgodbic in datumov - govoriti kar dve uri? In to na pamet?

Predavanje profesorja Pavla Kornhauserja v Domus Medica

Modest Musorgski, njegovo življenje, glasba ter njegove bolezni in smrt

Prim. Jasna Čuk Rupnik, dr. med., Ljubljana

cukovi@gmail.com

Slovensko zdravniško društvo ter Sekcija upokojenih zdravnikov, Združenje za pediatrijo, Zdravniška zbornica Slovenije in Kulturno-umetniško društvo KC in MF dr. Lojz Kraigher so združeno podprli pomemben kulturni dogodek našega »zdravniškega časa«. Tako nas je v sredo, 6. maja, ob 18. uri v Domus Medica očaralo posebej zanimivo dogajanje. Verjamem, da smo poslušalci in gledalci pričakovali izpolnitev svoje z naslovom dogodka usmerjene radovednosti. A naše čudenje je daleč preseгло vsa pričakovanja.

Pozornost občinstva je uspel pediater in pianist profesor Pavle Kornhauser kar dobri dve uri in pol odlično vzdrževati z izjemno domisljico kombinacije lastne klavirske interpretacije uvodne in povezovalne teme (Promenade) napovedanega glasbenega dogodka – skladbe »Slike z razstave«. Izvedel je nekaj prvih slik, druge pa v nadaljevanju zaupal (CD) izvedbi pianista Iva Pogorelića. Ob poslušanju posameznih glasbenih slik so bili naši možgani dodatno očarani ne le s projekcijo posnetkov realnih slik, ki si jih je na ogledu razstave slikarskih del arhitekta Viktorja Hartmana leta 1874 v Sankt Peterburgu ogledoval Musorgski in jih kmalu zatem odlično glasbeno upodobil. Njegova glasbena pripoved je vsebino slik odlično pretvarjala v bogastvo zvokov in omogočila prisotnim vse boljše sledenje.

Čudenje je zajemalo tudi nam (navadnim smrtnikom) nerazumljivo sposobnost predavatelja in pianista profesorja Pavleta Kornhauserja, da je brezhlibno, sistematično opisoval skladate-

ljevo burno in zanimivo življenje, ves čas tudi v povezavi z njegovo glasbo, in to kar brez vsebinskih predlog ali kakih drugih mnemotehničnih pripomočkov. Izvedeli smo mnogo zanimivega, ob tem pa je avtor obljubil, da bo vse te zanimivosti tudi objavil.

Za zaključek pa je nepopustljivo napetost poslušalcev spremljal še videoposnetek zadnjega prizora 4. dejanja iz opere Boris Godunov v izvedbi Mariinega gledališča iz Sankt Peterburga. Pretresljivo odpeta arija je globoko segla v srca poslušalcev in izzvala marsikatero solzo in pospešila dih.

Doživeli smo torej vrhunski večer, ustvarjen na podlagi izjemne poustvarjalčeve sposobnosti pediatra-pianista in tudi obilice njegovega vztrajno vloženega truda pri iskanju zgodovinskih odgovorov na vprašanja o skladateljevem življenju in delu. Vse to v občudovanja vrednem desetem desetletju izjemno plodne strokovne in umetniške kariere profesorja Pavleta Kornhauserja. Bravo, maestro!



Po koncertu in predavanju je ostalo mojstru Kornhauserju še veliko živahnosti, vedoželjnosti in radoživosti. Le kaj je bilo tako zanimivega še v avli?

Evropski zdravniški orkester gostoval v Sloveniji

Ksenija Slavec, dr. med., UKC Ljubljana

Katarina Javornik, študentka medicine MF UL

ksenija.slavec@gmail.com

Evropski zdravniški orkester (EDO – *European Doctors Orchestra*) je med 28. in 31. majem 2015 prvič gostoval v Sloveniji. Ta dogodek je presegel vsa pričakovanja, tako pri udeležencih, samih zdravnikih – glasbenikih z vseh vetrov Evrope, kot tudi pri poslušalcih, ki smo bili navdušeni in očarani, kaj vse zdravniki počnejo v prostem času in kakšen mogočen glasbeni repertoar so pripravili v pičlih štirih dneh! Na programu so se zvrstila dela treh skladateljev: slovenskega skladatelja Marjana Kozine: *Bela krajina*, *Koncert za rog in orkester v B-duru* Reinholda Glièra (solist fantastični Andrej Žust, ki je prvi in edini Slovenec, ki je postal član Berlinskih

filharmonikov) ter *grande finale*, *Simfonija št. 9 v e-molu*, »Iz Novega sveta«, znamenitega Čeha Antonína Dvořáka. Dirigiral je v slovenskem prostoru že uveljavljen in poznan maestro Marjan Grdadolnik.

Evropski zdravniški orkester so ustanovili leta 2004 na pobudo madžarsko-avstralskega plastičnega kirurga Miklosa Pohla. Zamislil si je orkester, ki bi omogočal zdravnikom, ki se ljubiteljsko ukvarjajo z glasbo, da bi se dvakrat letno srečevali širom Evrope ter nekaj dni preživeli skupaj in muzicirali, na koncu pa plod svojega dela predstavili širši javnosti na sklepnem dobrodelnem koncertu. Tudi sredstva, zbrana s prodajo vstopnic, so vedno namenjena dobro-



Solist hornist Andrej Žust je požel bučen aplavz za čudovito izvedbo koncerta za rog in orkester v B-duru Reinholda Glièra. Kot zanimivost povejmo, da je v kadenci hkrati igral in pel v rog, kar je v čutih poslušalcev v izjemno akustični dvorani Slovenske filharmonije vzbudilo nepozabne občutke.



Evropski zdravniški orkester pod vodstvom odličnega dirigenta Marjana Grdadolnika ponosno igra v dvorani Marjana Kozine v Slovenski filharmoniji.

delni organizaciji za otroke. Denar, zbran s prodanimi vstopnicami za koncert v Ljubljani, je bil v celoti namenjen programom žalovanja otrok in mladostnikov po izgubi bližnje osebe Slovenskega društva hospic. Slednje prav letos praznuje svojo 20. obletnico delovanja.

Izjemno delo pri organizaciji celotnega gostovanja orkestra v Ljubljani je opravilo pet navdušenih mladih slovenskih zdravnikov in en nemedicinec ob podpori KUD KC in MF dr. Lojz Kraigher in njegove predsednice prof. dr. Zvonke Zupanič Slavec. Same priprave za gostovanje so trajale skoraj dve leti. Z izjemno dobro in racionalno izdelanim konceptom so speljali gostovanje več kot 90-članskega orkestra, ki je imel na četrtek popoldne prvo skupno vajo v dvorani Karantanija ljubljanskega hotela Lev. Naslednji dan so vadili dopoldne in popoldne ter imeli zvečer voden ogled Ljubljane, ki so ga



Organizacijska ekipa EDO Ljubljana 2015: David Bele, Špela Baznik, Polona Savič, Bojana Petek, Tanja Carli, Tine Vučko.



Vsak evro od prodanih vstopnic je orkester podaril Slovenskemu društvu hospic. Skupaj so zbrali več kot 8000 evrov za programe žalovanja otrok in mladostnikov po izgubi bližnje osebe.

prevzeli mladi zdravniki, ter sprejem pri županu Ljubljane g. Zoranu Jankoviću. Mesto jih je očaralo s svojo sproščenostjo in šarmom. Tudi sobotni dan je potekal delovno z dopoldansko in popoldansko vajo. Sobotni večer je bil obarvan zelo slovensko: ob večerji v eni izmed tradicionalnih ljubljanskih gostiln so zbrane popeljali skozi svet ljudske glasbe in plesov. Folkloristi skupine Židana marena so s prodornim harmonikašem in nabritimi sodelavci zbrane v besedi, plesu, humorju in prešernem razpoloženju pritegnili medse. Skupaj so rajali na naš ljudski način: povštertanc, metltanc, izštevanje s klobuki in stoli ... Joj, koliko smeha in veselja je bilo! Res bravo organizatorjem! Ena izmed violinistk je povedala, da že šest let igra v orkestru in da vsako leto gostujejo drugje, a le še na Škotskem je bilo tako prisrčno in radoživo kot pri nas. KUD je vsem zaslužnim poklonil posebej za ta namen izdelana priznanja, da je javno pokazal svojo zahvalo in podporo projektu Evropskega zdravniškega orkestra.

Nedelja je bila ključna: v dopoldanskem času generalka, vrhunec pa je bil seveda večerni koncert v razprodani dvorani Slovenske filharmonije. Prišli so vsi tisti, ki so podprli glasbenike in hkrati tudi Slovensko društvo hospic. Njihova predsednica Renata J. Roban je v znak hvaležnosti nagovorila zbrane. Sledila je glasba, ki je s svojo mogočnostjo in sijajnim žarom, ki je vel iz orkestra, silovito prežela občinstvo, da je vsak del programa nagradilo z bučnim aplavzom. Med poslušalci so bili tudi nekateri tujci, družinski člani zdravnikov orkestrašev, ki so prevzeti povedali, da je pri nas vzdušje nepopovljivo. Tudi predsednik Zdravniške zbornice Slovenije prim. Andrej Možina je bil nad koncertom navdušen. V strnjeni besedi je koncert povezovala KUD-ova predsednica prof. Zvonka Zupanič Slavec. Prva violinistka Rebecca Hirsch je igrala tako prepričljivo, da se je takoj videlo, da je profesionalna glasbenica! Ampak: ljubezen do medicine jo je tako dolgo spremljala, da je po glasbeni izobrazbi zaključila še



Vaje so potekale od četrtega do nedelje.

medicinsko in sedaj dela kot zdravnica, violina pa ostaja njen komplementarni del življenja, ki jo izpolnjuje in bogati. Podobno so na sprejemu po koncertu povedali drugi člani orkestra. Neredki med njimi so se h glasbi vrnili po večletni prekinitvi, saj je medicina bila in ostaja študijsko in delovno časovno obremenjujoča. A ko je za njimi študij in specializacija, pa morebiti tudi otroci, je spet čas, da sežejo po glasbilih, osvežijo dolgoletno igro iz mladih let in z redno vadbo spet postanejo odlični instrumentalisti. Orkester se dobiva dvakrat letno, vsako jesen nekje v Veliki Britaniji, kjer imajo svoj sedež, za drugo lokacijo pa velja veliko povpraševanje. Zato iskreno čestitamo slovenski organizacijski ekipi, ki je s svojim izjemnim delom ter neverjetno energijo uspela pripeljati orkester v Ljubljano. O dogodku so poročali v več medijih, med drugim

tudi v osrednjem Dnevniku na RTV Slovenija ter v časopisu Nedelo.

Zanimiva je tudi izkušnja naše študentke medicine Katarine Javornik, ki je violinistka v zdravniškem orkestru Camereta medica in je tokrat prvič zaigrala tudi v Evropskem zdravniškem orkestru. O svojem doživetju je zapisala:

»Vsak dan znova se mora človek odločati o svojih korakih. Boš zmožel? Si upaš? Je to prava pot zame? Prav takšna vprašanja so me kar nekaj dni in noči morila in neusmiljeno vrtala ter terjala odgovor. Razumski del je nenehno postavljal zahteve: Sredi izpitnega obdobja si! Premalo imaš izkušenj! Tvoji prsti so počasni, zahtevani ritem pa hitrejši od adrenalinskega bitja srca...! Podzavestna in čustvena plat moje biti je vztrajno trkala na kamrico mojega srca: Enkrat v življenju se ti ponudi igrati v Evropskem zdravniškem orkestru! Prvič boš

lahko igrala v simfoničnem orkestru! Zaupaj! Boš vadila, pa bo šlo! Če pa ostane kakšen izpit za jesen, pa tudi ne bo konec sveta... in tako sem odšla. Na prve vaje. Bilo me je pošteno strah, a ko sem zagledala prijazne in nasmejane obraze, sem vedela, da le ne bo tako hudo. Res je bil tempo, v katerem sem vadila doma, deljen s štiri, toda tolažila sem se, da je to šele prvi dan intenzivnih vaj. Naslednji dan smo vadili debelih sedem ur. Glava je bila ob koncu dneva kakor razglašena violina, iz katere so razbijali nerazpoznavni toni. Naslednji dan sem začutila utrip veličastne glasbe ter silno pripravljenost zdravnikov, da poleg svojega poklica v roke vzamejo tudi instrument. Po napornem dnevu smo zvečer skupaj sedli za mizo. Večerja je bila prepletana s plesom in igrami, pri tem pa ni manjkalo angleškega humorja. Vsi so bili strašansko navdušeni nad Slovenijo, nad pesmimi, hrano,

naravo, ljudmi. Zanimalo jih je, kako poteka študij medicine pri nas, in nikakor se niso mogli načuditi temu, da se mlademu diplomantu lahko zgodi, da mora čakati na specializacijo. Vse nove člane so prijazno vzeli za svoje in nam pokazali, kako globoko so počaščeni, da igramo skupaj. Orkester, ki ga večinoma sestavljajo Britanci, namreč neizmerno ceni vsakega tujca, saj se zaveda, da je le v različnosti bogastvo in lepota ustvarjanja.

Končno je prišel nedeljski koncertni večer. Skladatelj Marjan Kozina nam je približal Belo krajino, ki nam je zarisala pot v znano in domače. Rog Andreja Žusta je zapel v nove dimenzije. In končno Dvořák – je nadaljeval in nas popeljal v Novi svet. Resnično so bile to dragocene minute, ko si čutil, da je glasba del onostranstva, brezmejnega veselja. Smisel vsega prizadevanja in npora pa onstran človeške omejenosti in brezčutnosti. Skupaj smo igrali, uglašeni na vesoljni ton »a«, in skupaj preusmerjali življenje k resničnim vrednotam. Da,

doživeti Novi svet in se zopet prizemljiti je naloga vsakega. Glasbenika in zdravnika pa še toliko bolj, saj nosi v sebi vedenje, da je življenje eno samo in brezmejno; kakor ton, ki zazveni v veselje in se ne vrne...

Iskrena hvala vsem, ki ste mi omogočili to doživetje! Naj nam glasba še naprej odpira nove svetove in prave vrednote! In naj bo med nami čim manj takšnih, ki čutijo samo še glissando in slišijo disonance. Le »Tutti« lahko soustvarjamo prijazen in lepši svet!«

Med člani orkestra se spletejo pristna prijateljstva, ki na vsakem koraku odpirajo vrata tudi medicinskemu sodelovanju, povezovanju v dobro stroke, bolnikov, vseh. Dragoceno je spoznanje, da je povezano zdravništvo ne le zmagovalna sila v stroki, ampak tudi v glasbi. Slovensko društvo hospic je tako prejelo izdatno podporo Evropskega zdravniškega orkestra, zdravnike glasbenike pa povezuje klasični rek: *Musica noster amor!*

Foto: Žiga Martinčič



Koncert je tudi tokrat navdušeno in z neverjetno karizmo povezovala prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec.

Bili smo v Rimskih Toplicah

Prim. prof. dr. Elko Borko,
dr. med., Maribor

Dr. Aleksander Kruščić,
dr. med., Maribor

elko.borko@guest.arnes.si

V soboto, 25. aprila, sta Mediko-historična sekcija SZD in hčerinsko Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije organizirala strokovni izlet v Rimske Toplice.

Na povabilo novega vodstva zdravilišča, ki je ponovno odprlo vrata zdravja in regeneracije potrebnim obiskovalcem, in s posredovanjem zdraviliških sodelavcev, naših članov, akad. prof. Zmaga Turka in prim. Jožeta Baroviča, se je strokovnega srečanja z ogledom zdravilišča udele-



Pogled na obnovljeno zdravilišče Rimske Toplice.



Člani društva med predavanjem akad. prof. Zmaga Turka.

žilo 35 naših članov, nekaj tudi iz Ljubljane.

Z avtobusom turistične agencije Globus smo se izpred UKC Maribor odpeljali proti Rimskim Toplicam. Udeleženci so uživali v sončnem in toplem dnevu ter prijetni vožnji po cesti, ki od Celja do tega zdravilišča vijuga ob slikovitem obrežju Savinje.

Po prihodu v zdravilišče nam je vodstvo zdravilišča pripravilo dobrodošlico, s katero smo se okrepčali in pripravili za strokovni del sestanka, ki je bil v sodobno urejeni konferenčni dvorani Seneka.

Po pozdravnem nagovoru našega predsednika prof. Elka Borka je udeležence v slovenskem jeziku pozdravil tudi novi lastnik zdravilišča g. Valerij Arakelov in nam zaželel prijetno bivanje.

V strokovnem delu nas je akad. prof. Zmago Turk v svojem zelo zanimivem prikazu seznanil s stanjem balneoterapije v Sloveniji in kako se med seboj razlikujejo zdravilne vode v posameznih zdraviliščih po količini mineralnih snovi in temperaturi vode.

V svojem predavanju je prim. Jože Barovič prikazal življenje in delo znanega mariborskega zdravnika dr. Ivana Frasa, očeta ameriškega psihiatra dr. Ivana Frasa, ki še vedno obiskuje domovino in ohranja stike z rojstnim krajem.

Nato je akad. prof. Turk predstavil Rimske Toplice in možnosti zdravljenja v tem sodobno urejenem zdravilišču. Po seznamu indikacij in kontraindikacij smo si ogledali še krajši film o zdravilišču. Po zaključku so udeleženci uživali v živahni polurni razpravi, ki

je dopolnila sicer bogato pripravljena predavanja o koristih balneoterapije. Sledil je voden ogled sodobno urejenih bivalnih prostorov, ki so v treh med seboj povezanih hotelih, medicinskega centra, številnih bazenov in drugih možnosti za skupinsko in individualno kopanje ter slednjic še manjšega premišljeno urejenega in zelo poučnega muzeja.

Natančen ogled celotnega sedemnadstropnega zdraviliškega kompleksa nas je utrudil, zato smo se z veseljem zbrali v restavraciji Sofija na skupnem kosilu. Pred kosilom je direktor zdravilišča z Radgonsko penino nazdravil udeležencem, med obroki pa smo počastili naša člana, ki sta v zadnjem času praznovala svoja okrogla življenjska praznika. Med nazdravljanjem in čestitkami smo se sladkali z odlično pripravljeno spominsko torto.

Ob slovesu smo imeli čas za ogled skrbno urejenega parka, v katerem rastejo orjaške sekvoje in drugo redko eksotično drevje.

Udeleženci strokovnega sestanka so bili zadovoljni z vsemi deli srečanja, posebno še z darilom uprave, ki je našim članom podarilo dvojno brezplačno vstopnico za celodnevni obisk zdravilišča. Poleg tega je vodstvo našega društva z upravo zdravilišča sklenilo še poseben ugoden dogovor za rekreacijo zdravniških in podobnih skupin po nižani ceni, ki vsebuje, pri sedemdnevnem bivalnem paketu, še 17 medicinskih storitev.

Foto: Jože Pristovnik

ZDRAVNIŠKO TENIŠKO PRVENSTVO 2015

Sobota, 19. september 2015,
zbor igralcev ob 9. uri
Tenis center Aldo, Strunjan (PI)
www.tcaldo.si

Prijavnina 20 EUR, lahko jo poravnate na kraju dogodka. Igra se v moški in ženski konkurenci po starostnih kategorijah.

Prijave in kontakt: Jurij Avramovič, E: javramovic@gmail.com, T: 040 465 112

Za hrano in pijačo poskrbljeno! Bogat nagradni sklad!

Vabljeni tudi partnerji, otroci in ostali navijači.

Državno prvenstvo zdravnikov in zobozdravnikov v golfu

Sabina Markoli, dr. dent. med., ZZS

V soboto, 30. maja, je na igrišču za golf Diners v Smledniku potekalo tradicionalno državno prvenstvo zdravnikov in zobozdravnikov v golfu.

V spremenljivem vremenu sta naslov državnega prvaka oz. prvakinje, torej najboljši rezultat v bruto točkovanju, osvojila Miro Matičič s 30 in Sabina Markoli s 23 bruto točkami.

V neto razvrstitvi je v skupini A moški (Hcp 0–19) najboljši rezultat dosegel Anđelko Brekalo, drugo mesto je osvojil Tomaž Slavec.

V skupini B moški (Hcp 19,1–54) je najboljši neto rezultat dneva dose-

gel Rok Vengust, za njim se je uvrstil Marko Vrhovec.

Med ženskami je bila v neto razvrstitvi najboljša Manja Pavlič pred Alenko Ramovš.

Najdaljši udarec je dosegel Tomaž Slavec, udarec najbližje zastavici je imel Marko Vrhovec.

Ob prijetnem druženju in pogostitvi smo se dogovorili, da bo jesensko družabno srečanje med ekipama Vzhod in Zahod na Bledu, predvidoma 6. septembra 2015. Ob tej prilož-

nosti vabim vse golfiste med zdravniki in zobozdravniki, da se tega srečanja udeležite, prav tako vabim vse, ki jih golf zanima, da se nam pridružijo.



Najboljša – Miro Matičič in Sabina Markoli.



Udeleženci golfskega prvenstva z nagradami.

Gospod Novak!

Dr. Sanja Lucija Pečnik, dr. dent. med.,

Pečnik Sanja Lucija, Zobozdravniška ordinacija, Ljubljana

Čas dogajanja: zgodnje popoldne nekega četrтка.

Kraj dogajanja: zobozdravniška ordinacija v Ljubljani, natančneje za Bežigradom.

Polna čakalnica... Videti je, da polna luna vpliva na psihično in fizično počutje čakajočih pacientov in tudi zaposlenih. Polglasno mrmranje čakajočih občasno prekine nervozno pokasljavanje, tu in tam pa se iz čakalnice zasliši tudi kakšen čudno zvenječ izdih...

V ordinaciji prevladuje zvok turbinske vrtalke in brnenje močnega aspiratorja. Ob premorih je mogoče slišati zvok izplakovanja in pohrkavanja. Tu in tam opisano zvočno dogajanje prekine zvonjenje telefona.

Ob 15.40 ponovno zazvoni telefon.

Asistentka (A): Zobna ordinacija, prosim?

Novak (N): Tukaj Novak. Veste, imam neke težave z zobmi in ravno potujem preko Slovenije...

A: Ali ste rekli Novak? Ste že naš pacient?

N: Ne, veste, nisem iz Slovenije...

A: Ali niste Novak?

N: Sem.

A: Ali imate zobobol?

N: No, malo me boli, vendar je težava v tem, da sem si zob odkrušil.

A: Poglejte, če niste naš pacient, je najbolje, da poiščete nujno zobozdravniško pomoč (NZP) na urgenci.

N: Ampak jaz bi rad prišel k vam! Ali bi šlo?

A: Danes imamo res polno pacientov, tako da bi bilo treba dolgo čakati...

Svetujem vam NZP.

N: Res bi se rad oglasil pri vas...

A: Kako pa, da ste poklicali ravno k nam?

N: Pa veste, prijatelj Vajda mi je povedal za vas.

A: Torej je gospod Vajda naš pacient?

N: Mislim, da ni, vendar je velikokrat v Sloveniji pri Hariju v Portorožu. Za vas mu je povedal tisti gospod iz ambasade, ne vem točno, kako se piše...

A: Torej vi želite priti na vsak način k nam?

N: Bi lepo prosil.

A: Danes imamo resnično ogromno pacientov...

N: Tišina....

A: Halo?

N: Ja?

A: Potem pa pridite čez uro in pol...

Ob 17.10 so v čakalnici še vedno trije pacienti. V ordinaciji še vedno prevladuje zvok turbinske vrtalke in brnenje močnega aspiratorja. Nekdo potrka.

Asistentka odpre vrata in zagleda gospoda Novaka.

N: Malo prej sem poklical in ste rekli, naj pridem ob 17.10.

A (zmeden): ... Pa vi ste gospod Djoković?

N: Da, Novak.

A (še vedno zmeden): ... Pa ne morem verjeti, vi ste...

Zobozdravnica, pri nas v čakalnici je gospod Djoković...

N: Da, Novak, Nole ☺. In tole je šopek za zobozdravnico, tale pa za vas, asistentka, ker ste me tako prijazno vzeli.

Asistentka in zobozdravnica: »Nole, Nole, svi ga vole!« Že prej sva navijali zanj, odslej pa navijava zanj še veliko bolj.



Teniški igralec Novak Djoković in dr. Sanja Lucija Pečnik, dr. dent. med., s hčerko.

Čas kislih kumaric

Prim. asist. Jana Govc Eržen, dr. med., Zdravstvena postaja Vojnik
jana.govc@gmail.com

V medijskem svetu so poletni meseci vedno veljali za čas kislih kumaric, nič pomembnega se ni dogajalo, o čemer bi novinarji lahko pisali. In ko me je doletela naloga, da naj napišem zavodnik za poletno številko Isis, sem pričela razmišljati o tem, kaj pri moji duši bi lahko v času dopustov zanimalo bralce naše stanovske revije. Čas dopustov naj bi bil namenjen počitku, regeneraciji, obiskovanju najlepših krajev po svetu in doma, namenjen naj bi bil tistim, ki jih imamo najraje, pa jih med letom komaj kaj vidimo. Zahvaljujoč sodobnim komunikacijskim metodam jih vsaj slišimo ali jim lahko napišemo sporočilo.

Na področju dela v ambulanti družinske medicine nisem v času svojega službovanja med poletjem nikoli doživela zatišja. Kar je povsem razumljivo. Vedno je bilo treba nadomeščati kolege, ki so bili odsotni zaradi dopusta, in povsem odvisno od števila odsotnih je bila tudi obremenitev temu primerna. Delaš za dva ali za tri. In ko napoči čas tvojega dopusta, si že tako zdelan, da je dopust še kako potreben. In potem prideš nazaj in prvi dan delaš za moje, tvoje in najine bolnike. Po prvem dnevu dela v ambulanti po dopustu bi ga zopet potreboval. Dopust. O kislih kumaricah ni ne duha ne sluha, srečujemo pa sveže kumarice – v kulinariki seveda. In že nekaj let zapovrstjo so poletni meseci še bolj

delovni in prepolni dogajanj in dogodkov, ki tako ali drugače polnijo tudi medijski prostor. Praviloma gre za slabe novice, saj le-teh ne manjka tako globalno gledano kot tudi znotraj meja dežele na sončni strani Alp. Slabe novice v zdravstvu se dotaknejo vsakega izmed nas.

V poletnem mesecu je ugledal luč sveta tudi letošnji Splošni dogovor, ki smo ga seveda nestrpno pričakovali od začetka leta naprej. Dokument je sila pomemben za načrtovanje dela, za financiranje dejavnosti. Nimam namena razpravljati o tem, kaj je vzrok za tolikšno zamudo, saj to ni v moji pristojnosti. Sem se pa razveselila dejstva, da bo družinska medicina v letošnjem letu pridobila 150 referenčnih ambulant, ki se bodo pridružile že obstoječim. Teh je trenutno 436. Vseh ambulant splošne oz. družinske medicine pa je 930. Obe, da bodo kmalu vse ambulante družinske medicine postale referenčne, so torej dobri.

Tudi sama imam referenčno ambulanto, in to od septembra 2011 dalje. Po štirih letih izkušenj z delom v ambulanti, ki je v tim sprejela še diplomirano medicinsko sestro v polovičnem delovnem času, moram nekaj napisati tudi o teh izkušnjah. Mnogo izkušenj in stališč sem pridobila tudi pri pripravi projekta referenčnih ambulant in pri izobraževanju zdravnikov in diplomiranih medicinskih sester za delo v referenčnih ambulantah. Stališča v zapisanem so seveda v celoti in povsem stališča avtorice – da ne bo nesporazumov.

Diplomirane medicinske sestre so v referenčnih ambulantah prevzele izvajanje presejanja, ocene ogroženosti, preventivnih pregledov in vodenje urejenih kroničnih bolnikov (določenih). Pričakovanja ob uvedbi takšnega načina dela so bila seveda velika, končno sem po več kot tridesetih letih dela dočakala, da se je na področju družinske medicine nekaj premaknilo – naprej in ne nazaj. Prepričana sem, da bi se marsikatera kolegica oz. kolega strinjal z mano, da smo ob pričakovanju koristi za bolnika (ki so nesporno izjemno velike – če sprejmejo ponujene storitve in številne možnosti svetovanja o zdravem načinu življenja) pričakovali tudi razbremenitev zdravnikov. A glej ga zlomka, o razbremenitvi zaenkrat še ne morem govoriti. In na tem mestu



bi veljalo omeniti tudi pregovor:
»Kdor išče, ta najde.« Če pretreseš in preseješ vse svoje bolnike, ki so starejši od 30 let, in če poznaš podatke o razširjenosti dejavnikov tveganja za nastanek kroničnih bolezni, vključno s čezmerno prehranjenostjo in debelostjo ter pomanjkanjem telesne dejavnosti (da o tveganem in škodljivem pitju alkohola in kajenju sploh ne govorim), in k temu prišteješ še tiste, ki kronično bolezen že imajo, potem lahko verjamete, da je do razbremenitve še dolga pot. In katera pot naj bi bila prava? Tudi o tem ne bom odločala jaz, lahko pa o tem razmišljam in pišem. Vsekakor vidim na prvem mestu rešitev v dodatnem zaposlovanju zdravnikov družinske medicine, torej v zmanjšanju števila opredeljenih oseb v posamezni ambulanti in

tudi v tem, da bi vsaka referenčna ambulanta zaposlila diplomirano medicinsko sestro v polnem delovnem času. Polovičarstvo se še nikoli ni izkazalo kot nekaj dobrega. Referenčne ambulante bi morale imeti natančno opredeljene prostorske normative, saj se trenutno delo marsikje izvaja v improviziranih in neprimernih prostorih. Normativi pa morajo biti opredeljeni tudi za delo diplomiranih medicinskih sester, saj le tako lahko dosežemo želeno količino opravljenega dela. Kakovost dela je seveda predpogoj in jo je treba spremljati in stalno izboljševati. Dodatno izobraževanje diplomiranih medicinskih sester za delo v referenčnih ambulantah je odlično pripravljeno in jim daje dovolj znanja, da lahko za svoje delo prevzamejo tudi vso odgovornost.

Nekaj ukrepov za razbremenitev zdravnikov družinske medicine smo sprejeli z velikim odobravanjem in tudi večina bolnikov je z njimi zadovoljna. Takšen ukrep so npr. obnovljeni recepti in naročilnice za medicinsko-tehnične pripomočke. A vedno se med našimi bolniki najdejo tudi izjeme, ki kljub ponujeni možnosti še vedno radi vsake tri mesece priromajo v ambulanto, se pogovorijo, izmerijo krvni tlak... In to je tudi njihova pravica, saj imajo naše ambulante vrata na široko odprta.

Kakorkoli, poletje je tu in želim vam, da ga preživite s tistimi, ki jih imate najraje in za katere vam v drugih mesecih v letu zmanjka časa. In ne pozabite na svoje zdravje.

Med prvimi Fulbrightovimi štipendisti tudi 90-letni dermatolog Aleksej Kansky

Janez Platiše, Ljubljana

Veleposlanik ZDA v Sloveniji Brent Hartley je ob 50. obletnici Fulbrightovih štipendij v Sloveniji in 75. obletnici preostalih ameriških izobraževanj za Slovence 27. maja na vrtu svoje rezidence sprejel nekdanje udeležence izobraževalnih izmenjav med Slovenijo in ZDA.

Na sprejemu je bil med najstarejšimi udeleženci Fulbrightovega programa 90-letni dermatolog Aleksej Kansky, ki se je v ZDA izobraževal v letih 1970 in 1971. V pogovoru je povedal: »Takrat s strani države izobraževanje v ZDA ni bilo najbolj zaželeno. Zato sem pričakoval, da me bodo ovirali in nasprotovali, vendar mi pred odhodom v ZDA nihče ni ničesar rekel niti me kakorkoli oviral. Kot dermatolog sem znanje izpopolnjeval na



področju alergij. Ugotovil sem, da smo takrat na tem področju pri nas imeli medicino na visoki ravni in da smo bili zdravniki dobro izobraženi. V posebno čast pa si štejem, ker me je na sprejemu posebej pozdravil veleposlanik ZDA Brent Hartley in predsednik vlade Miro Cerar.«

Prvi Fulbrightovi strokovnjaki in študentje iz Slovenije so odšli v ZDA leta 1965. Do zdaj je v Fulbrightovem programu izmenjave v ZDA sodelovalo že skoraj 400 slovenskih študentov in strokovnjakov. Prva dva, ki sta leta 1965 odšla na izobraževanje v ZDA, sta bila Baldomir Zajc in Ana Barbič.



