

Nefrologija in nobelovci

Ideja o transplantaciji organov
sega daleč v zgodovino,
vendar pa se je prva uspešna
presaditev ledvice zgodila
še le konec 20. stoletja.
Danes je to najuspešnejša
metoda zdravljenja končne
ledvične odpovedi.





Še nikoli tako

Še nikoli doslej ni bila največja slovenska zdravstvena ustanova na težji preizkušnji kot v zadnjih časih. Morda le v času afere zaradi operacijskih miz, pa še to brez epiloga. Sodeč po odmevih v javnosti, še nikoli ni bilo toliko očitkov o spornem poslovanju, ki kar po dolgem in počez mečejo slabo luč na vse v zdravstvu. In še nikoli doslej ni bilo zaznati tako velike stopnje apatije, razočaranja, strahu in zaskrbljenosti med več kot 1.200 zdravniki v največji slovenski bolnišnici. Strahu pred lastno usodo in še v večji meri za prihodnost ustanove, ki so jo številni desetletja gradili in ustvarjali.

Že v preteklosti so bili in tudi v prihodnosti bodo sporni dogodki pri zdravljenju nekaterih izmed več kot sto tisoč hospitaliziranih bolnikov in od skoraj milijon ambulantno oskrbljenih letno, toda še nikoli toliko dvomov o našem strokovnem ravnanju in o varnosti oskrbe bolnikov. Zdravniški spori še nikoli niso bili tako močno oznanjeni in problematizirani v zvezi z aferami, zaradi katerih je javnost upravičeno ogorčena in zaskrbljena. Zanesljivo moramo biti zaskrbljeni tudi zdravniki sami, toda predvsem moramo najti rešitve in v prihodnje znati take afere preprečevati.

Iz epilogo teh dogodkov, ki dobivajo končne obrise, moramo povzeti nekatera spoznanja. Tudi po zaključku le-teh bodo brez dvoma tu in tam nastajale nove podobne zgodbe. Tega v zdravstvu ni moč v celoti preprečiti. In praviloma jim bomo lažje kos, če bodo naši odnosi korektni, profesionalni in skladni s kodeksom, kateremu smo zavezani. Mnogo lažje nam bo, če se bomo znali pravočasno spoprijeti s kulturo strokovne nepoštenosti, samorazglašene odličnosti, nesprejemanja kritike in zanikanja. In seveda pravočasno pokazati na odklone, ki se dotikajo ne le našega dela, ampak tudi poslovanja. Zdravniki ne smemo dovoliti, da nastale razmere v zdravstvu nasploh še naprej načenjajo kolegialne odnose. Škarje in platno odnosov so namreč v veliki meri v naših rokah. Težke delovne razmere, ki nedvomno vplivajo na profesionalne in kolegialne odnose, nas ne smejo vreči onstran meja sprejemljivega. Imejmo pred očmi veliko verjetnost, da se bodo kaotične razmere v zdravstvu, sodeč po trenutni sliki in viziji zdravstvene politike, nadaljevale še nekaj časa. In že tako so povzročile veliko škodo tako nam kakor bolnikom.



Če se zdravnik prekrši zoper čast in ugled poklica, mu težko stopimo v bran. Zdravniki se ne moremo strinjati s slabo prakso ali z po etičnem kodeksu nesprejemljivimi dejanji posameznika. Tudi kadar govorimo o sistemskih napakah, iščemo odgovornega nosilca sistema. Posploševanje in prelaganje odgovornosti na vse zdravnike kar po dolgem in počez je nadaljevanje starega, že videnega. Je sicer priročno, toda preveč enostavno, v osnovi pa gre za prikrivanje in odobravanje slabih praks vodstvenih struktur.

O naključju ne moremo več govoriti. Tudi o raznih zarotah teh in onih proti UKC Ljubljana ni vredno razmišljati. Tako kot marsičesa na področju reformiranja zdravstva, tudi tega nismo sposobni izpeljati. Gre za nekaj globljega in trdovratnega in pravo vprašanje ta čas je, kako zavzeti bomo, da se dokopljemo do samega bistva. Podoba ustanove, ki je bila še včeraj v ponos, strahovito hitro izgublja svoj sijaj. Izgublja zaupanje javnosti, kar nikoli ni dobro. Še mnogo bolj usodno bo, če se bodo še naprej

stopnjevali apatija, slabi delovni pogoji, kriminalizacija zdravniškega dela in dvom med zdravniki in vsemi zaposlenimi v perspektivo ustanove.

UKC Ljubljana ni edina žrtev katastrofalnega upravljanja slovenskega zdravstva, ki skozi desetletje ubija voljo in zavzetost pri opravljanju zdravniškega poslanstva. Umik v osamo in previdno opazovanje ni rešitev. Zdravniki smo po zakonu odgovorni nosilci zdravstvene dejavnosti in v resnici se ne bo nič premaknilo v lepšo prihodnost brez našega aktivnega zavzemanja za spremembe. Ustanova je preprosto prevelika zakladnica neizkoriščenega znanja. Prav tako upanja za razvoj slovenske medicine, ki komaj še lovi stik s sodobno medicino v svetu. Da bi jo prepustili stihiji, političnim in poslovnim interesom, negiranju lastnih napak in slabemu vodenju? Tega nikakor ne smemo dopustiti. Še vedno me oblije kurja polt, ko se spomnim besed nekaterih politikov, da se bo novo zdravstvo gradilo le na ruševinah starega.

V času hitrega razvoja medicine, vse starejšega prebivalstva in vse večje

ozaveščenosti državljanov se v zdravstvu ni spremenilo skorajda nič. Vrtimo se v začaranem krogu. Bolj ko politika od zdravstva pričakuje poslovno uspešnost, v večji meri spodje-da njegove gospodarske temelje, bolj ko se soočamo z globalizacijo zdravstva v naši okolici, bolj cenimo domače poskuse organizacije. Bolj ko nam bolniki odhajajo preko meja, manj naredimo, da bi jih zadržali doma. Bolj ko imamo na jeziku centre odličnosti z namenom prodora v svet, bolj jih demoniziramo. Bolj ko v svetu oglašujejo dobro zdravniško prakso, bolj se v domačem prostoru etično sprenevedamo. Bolj ko nam postaja jasno, da zgolj z javnimi sredstvi ne bomo zmogli sanirati zdravstva, bolj zavračamo zasebno zdravstvo. In če že potihoma komu uide misel, da je konkurenca morda le dobra, v istem trenutku krepimo monopole v škodo državljanov in izvajalcev zdravstva.

Menda se na Olimpu upravljanja zdravstva zdaj dela zavzeto, celo garaško kot še nikoli do zdaj. Pohvalno. Manjka še spoznanje, da so rešitve in še zlasti izvedba sodobno organizi-

ranega zdravstva večinoma v glavah najbolj ustvarjalnega poklica v zdravstvu. In za čuda tudi odnosi najvišje zdravstvene politike z zdravniškimi organizacijami še niso na potrebnih ravni. Z zdravniškim sindikatom pravzaprav nikakršni ali celo sovražni, z zbornico komaj korektni brez potrebne kemije, zaupanja, ustvarjalnosti in skupnih projektov, z združenjem zasebnih zdravnikov v smislu drdega in preslišanega ideološkega račka, s Slovenskim zdravniškim društvom v smeri odrekanja strokovne avtonomije zdravniškega poklica.

Pred velikimi izzivi slovenskega zdravstva to ni prav spodbudna popotnica. Prava ovira tudi ne, kajti ta je v resnici zapisana v koalicijski pogodbi za zdravstvo, ki ne omogoča nikakršne bistvene spremembe v zdravstvu. To dobro ve ministrica za zdravje in to zelo dobro vemo slovenski zdravniki. Prihaja čas, da si to tudi priznamo.

Z lepimi pozdravi

Andrej Možina

Omogočiti ljudem, da nam bodo spet zaupali

Varnost je lastnost sistema.

Varnost pacientov je pri nas že dolgo zanemarjena znanost. Neznanje o tem, kako napake nastanejo in kako se preprečujejo, je veliko, kar se kaže v vsakdanji praksi kot škodljivi dogodki za paciente. Ti nimajo samo fizične razsežnosti za pacienta, ampak tudi težke psihološke travme tako za pacienta, svojce in zdravnike ter druge zdravstvene strokovnjake, ki so bili vpleteni v proces verige nastajanja končnih posledic. Natančnih epidemioloških podatkov pri nas o tem ni, ker je tudi iz raziskovalnega stališča varnost pacientov zelo zanemarjena. Kar se pojavi v medijih, je

resnično samo vrh ledene gore in ne gre za redke škodljive dogodke zaradi napak, ampak za javnozdravstveni problem.

Ovir za zavedanje in ukrepanje za preprečevanje napak je ogromno. Morda se že zavedamo, da napake dela vsak, manj pa se zavedamo tega, da je dokazano, da se da z ureditvijo sistema varnosti napake preprečevati. Mnogo ovir smo že prepoznali, a pravih rešitev, čeprav so v svetu in ponekod tudi pri nas znane, ne vpeljemo v vsakdanjo prakso. To namreč zahteva hud napor, ker ne gre samo za tehnične spremembe, ampak

predvsem za človeško prilagoditev na nov način urejanja stvari.

Ko se zgodi napaka s škodo za pacienta, čutimo zdravniki sami pri sebi moralno sramoto, češ kako se mi je moglo to zgoditi, saj spremljam strokovno literaturo, sem natančen človek in po vseh teh letih dela tudi več. Tako mišljenje nam je bilo vcepljeno za časa študije in specializacije, a raziskave so pokazale, da so večine in zavzetost zdravnikov majhen, sicer potreben del v mozaiku nastajanja napak. Tako mišljenje močno podpira tudi kazenska zakonodaja, ki je škodljiva, in tisti, ki so predlagali dikcijo glede

zdravniškega dela, ter tisti, ki so zakon sprejeli, se ne zavedajo, da so s tem naredili škodo ljudstvu, v imenu katerega so to naredili. Kriminalizacija človeških napak je najslabši možni sistem za preprečevanje napak. Slabšega sistema enostavno ni. Za začetek bi bilo dobro, da vsaj vodstvo ne uporablja diktacije iz kazenskega zakonika, ko pripravlja sklep za komisijo, ki naj bi pogledala, kaj se je zgodilo – namesto, ali je zdravnik ravnal po pravilih zdravniške stroke, naj raje zapišejo: »Prosimo, analizirajte domnevno napako po sodobnih načelih analize napak v zdravstvu.«

Tisti, ki boste napake analizirali, sodelovanje enostavno odklonite, če bodo uporabljali besede iz kazenskega zakonika, vpleteni v domnevno napako pa ne pristajajte na tak škodljiv način analize.

Pri nas še vedno velja, da je za škodljivi dogodek zaradi napak odgovoren posamezen zdravnik ali zdravstveni strokovnjak, ker je to najbolj prikladno za vodstva ustanov, kjer je do napake prišlo, in še za koga drugega. Največ napak nastane v procesih in sistemih zdravstvene obravnave, kar ne pomeni, da zdrav-

niki za svoje delo nismo odgovorni. Na nastanek napak ne vpliva samo zdravstveno osebje, ampak tudi okolje, v katerem delamo, pacienti, naloge, ki jih opravljamo, pripomočki in tehnologija ter organizacija in druge prvine zdravstvene ustanove.

Zdravniki ne moremo biti odgovorni za vse napake, ker na sisteme in procese večkrat ne moremo vplivati. Odgovornost za napake je deljena, odgovorni so vsi deležniki, ki vsak na določen način posredno ali neposredno vplivajo na potek zdravstvenih obravnav, tako vlada, zavarovalnice, izobraževalne ustanove, vodstva zdravstvenih ustanov kot zdravniki in drugi zdravstveni strokovnjaki.

Bistveno za nas zdravnike pa je, kaj lahko naredimo skupaj v naših večpoklicnih zdravstvenih timih, v našem mikrosistemu, v prvi liniji, kjer se za pacienta dogajajo največkrat dobre stvari, a v približno 10 odstotkih prihaja do škodljivih dogodkov zaradi napak. Mikrosistem v zdravstvu ima svoj namen, sestavljajo ga osebje enote ali večpoklicnega tima, pacienti, procesi, ki jih mikrosistem uporablja za izvajanje oskrbe, obnašanja in vzorci, ki označujejo delovanje mikrosistema. Mikrosistem ima skupne cilje in meri strukture, procese, izide in vzorce obnašanja. Brez dobrega delovanja mikrosistema ni dobrih izidov in ni preprečevanja škodljivih dogodkov zaradi napak. Mikrosistem mora imeti podporo mezosistema, oddelka, kjer deluje, in makrosistema, vrhnjega vodstva zdravstvene ustanove. Za to, kako se izboljšuje delo v mikrosistemu, pa se moramo usposobiti.

Kaj lahko naredimo v mikrosistemu za preprečevanje škodljivih dogodkov zaradi napak? Ker je zdravstvo in zato tudi mikrosistem socio-tehnična, zelo kompleksna dejavnost, mora kot vsak živ prilagoditveni sistem opraviti delo, ugoditi potrebam osebja in vzdrževati samega sebe kot zdravstvena enota ter prispevati k uspehom celotne ustanove. Tehnične večšine znamo opraviti dobro, šepamo pa na socialnih, netehničnih večšinah

in zato neredko ne znamo vzdrževati lastnega večpoklicnega tima.

Metod in orodij, ki jih moramo znati uporabljati pri vsakdanjem delu, da lahko preprečimo napake, je veliko in ena sama metoda ali orodje nikoli ne bosta rešila problema varnosti pacientov, ki ga imamo. Metode in orodja niso zapleteni, a če jih nimamo ali jih ne znamo uporabljati, se nam bodo napake pojavljale v nezmanjšanim številu še naprej. Nekaj orodij bom naštel: na prvem mestu je izobraževanje in trening za varnost pacientov; sledita strategija in program varnosti pacientov s ciljnim vrednostmi za vsak mikrosistem; sporočanje napak in odklonov z namenom, da se iz napak in odklonov učimo (ne prijava napak, ker ne gre za policijsko dejavnost); sodobna analiza napak, kjer iščemo globlje vzroke, ki so pripeljali do napak, ker jih le tako lahko preprečujemo; graditev in vzdrževanje timskega dela za preprečevanje napak, kjer gre za skupne miselne modele, jasne vloge in odgovornosti članov, skupno vizijo in vrednote, standardizirano komunikacijo, profesionalne odnose itd.; proaktiven pristop z upravljanjem s kliničnimi tveganji itd.

Naša moralna in etična zaveza in naše vrednote nas naravnost silijo, da rutinsko sodelujemo pri izboljševanju varnosti pacientov, merjenju in izboljševanju dela v naših mikrosistemih skupaj z našimi sodelavci, kjer upoštevamo prispevek vsakega ne glede na hierarhični položaj k večji varnosti naših pacientov in varnosti naših timov in nas samih. Od vodstev pa moramo zahtevati, da nam to omogočajo. Kakovost, varnost pacientov in osredotočenost na pacienta in svojce so vpleteni v vsako naše dejanje in niso posebna disciplina nekje v neki pisarni naše zdravstvene ustanove.

Zaupanje pacientov bomo dosegli le, če se bomo tega resno lotili. Pavšalnim ocenam našega dela in samo hvaljenju pa ne bo verjel nihče več.

Andrej Robida



Uvodnik

- 3** Še nikoli tako
Andrej Možina
- 4** Omogočiti ljudem,
da nam bodo spet zaupali
Andrej Robida

K naslovnici revije

- 8** Razvoj nefrologije
v Sloveniji
s poudarkom na trans-
plantaciji ledvic
Zvonka Zupanič Slavec

Zbornica

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

Aktualno

- 14** Ob priznanjih akademiku
prof. dr. Vinku Dolencu in
Aleksandru Dopliharju, dr. med.
Tomaž Rott
- 15** Nasilje v družini je tudi
javnozdravstveni problem!
Nena Kopčavar Guček
- 18** 100-odstotna učinkovitost
testiranega cepiva proti eboli
Alenka Trop Skaza
- 20** Odškodninska odgovornost
zaradi zdravniške napake
v slovenski sodni praksi
Nataša Cankar

Iz Evrope

- 24** Zadržite zdravnike
Boris Klun
- 24** Izkoreninjenje tuberkuloze
Boris Klun
- 25** Koroška: Zmanjšali bodo
število postelj v bolnišnicah
- 25** Madžarska: zdravniki in
osebje za nego protestirajo

Zdravstvo

- 26** Pomen upravljanja in
vrednotenja zdravstvenih
tehnologij
*Tatja Kostnapfel,
Jure Mikolič,
Vesna Kerstin Petrič*
- 29** Joint Action EUnetHTA 3
ali »zdaj gre zares«
*Valentina Prevolnik Rupel,
Marjetka Jelenc*

Mladi zdravniki

- 31** Komunikacija z bolnikom
– srečanje specializantov
nevrologije
Martin Rakuša
- 32** Regionalni kongres
Svetovnega psihiatričnega
združenja (WPA) v Osaki,
Japonska
Katarina Čeranić Ninić

Forum

- 34** Etične dileme ob odtegnitvi
nesmiselnega intenzivnega
zdravljenja – odgovor prof. dr.
Matjažu Zwitteru, dr. med.
Matjaž Figelj
- 36** Zmagovalci so ... opice!
Alenka Žagar Slana
- 37** Pravilnik in strategija
urgentnih centrov
Dušan Vlahovič
- 38** Psihijatrija – ali je stroka
ponovno zlorabljena?
Vesna Švab
- 40** Analiza poteka obravnave
petinšestdesetletnega
bolnika J. S.
Zlata Remškar
- 41** Zdravilstvo je del zdravstva
*Zmago Turk,
Elko Borko,
Bruno Sedevečič*
- 44** Ortoreksija – pogled
z veganske strani
Miloš Židanik

Intervju

- 46** Incidenca melanoma strmo
narašča, tudi pri nas
Polona Lečnik Wallas
- 48** Profesor Nentwig – legenda
zobne implantologije
Andrej Kansky

Medicina

- 50** Obeta se prvo cepivo proti
malariaji
Alenka Trop Skaza

Poročila s strokovnih srečanj

- 51** »Zobozdravniki rešujejo
življenja«
Diana Terlevič Dabič
- 52** EuroPerio 8
*Miha Pirc,
Rok Ovsenik*
- 53** 5. raziskovalni dan
Ortopedske bolnišnice
Valdoltra in srečanje
Vertebrološkega združenja
Slovenije
*Ingrid Milošev,
Nikša Hero*
- 55** 7. južnoevropska konferenca o
zdravljenju odvisnosti od drog
in 14. simpozij SEEA net o
odvisniških vedenjih
Jasna Čuk Rupnik
- 57** »Ali smo dovolj dobri?«
Živa Novak Antolič

Strokovne publikacije

- 62** Predstavitev knjige Klinična
prehrana v nosečnosti
Eldar M. Gadžijev

Strokovna srečanja

- 64** Zbornična izobraževanja za
zdravnike in zobozdravnike
- 66** Strokovna srečanja
- 79** Mali oglasi

S knjižne police

- 82** Jose Saramago: Evangelij po Jezusu Kristusu
Marjan Kordaš
- 84** Katja Galle Toplak: Zdravilne rastline na Slovenskem
Nina Mazi

Zanimivo

- 86** Novogoriška porodnišnica ponovno obdarjena
Neda Bizjak

Zdravniki v prostem času

- 87** Koncert zdravniškega orkestra Camerata medica
Jasna Čuk Rupnik
- 88** Predstavitve pesniške zbirke Utrinki duše Andreja Ranta
Polona Lečnik Wallas
- 89** Modest Musorgski, ruski skladatelj druge polovice devetnajstega stoletja
Pavle Kornhauser
- 93** Zdravnik literat Matjaž Lesjak navdušil s krjavelsko fabulo
Ksenija Slavec
- 94** Sv. Kozma in Damjan v besedi in sliki
Zvonka Zupanič Slavec
- 95** 12. poletni medicinski tek na Bledu
Armin Alibegović

Zavodnik

- 97** Bolnišnični nesmisli
Mirjana Rajer

Kolofon

Leto XXIV, št. 10, 1. oktober 2015
Natisnjeno 9750 izvodov
Datum tiska: dan pred izidom
UDK 61(497.12) (060.55)
UDK 06.055:61(497.12)
ISSN 1318-0193 CODEN: ISISF9

IZDAJATELJ IN ZALOŽNIK

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

PRESEDNIK

Prim. Andrej Možina, dr. med.

UREDNIŠTVO

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

ODGOVORNI IN GLAVNI UREDNIK

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

UREDNIŠKI ODBOR IN NOVINARJI

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

OBLIKOVANJE

Agencija Iz principa

RAČUNALNIŠKA POSTAVITEV IN PRIPRAVA ZA TISK – DTP

Stanislav Oražem

TRŽENJE

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

TISK

Tiskarna Povše

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

Lastnik blagovne znamke:

Zdravniška zbornica Slovenije
Dunajska cesta 162
1000 Ljubljana

Navodila avtorjem

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@zgs-mcs.si. Objavljeni bodo dogodki za največ tri mesece vnaprej.

Izjava uredništva

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

Letna naročnina

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

Razvoj nefrologije v Sloveniji s poudarkom na transplantaciji ledvic

Prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec,
dr. med., Inštitut za zgodovino
medicine MF UL
zvonka.slavec@gmail.com

Sodobna nefrologija je večdimenzionalna specializacija, ki zdravniku ponuja zelo pestre in raznolike izzive, povezane z ledvičnimi boleznimi: klinično nefrologijo z diagnostiko in zdravljenjem glomerulnih in tubulointersticijskih bolezni, vključno z elektrolitnimi, acidobaznimi motnjami in hipertenzijo, ter nadomestno dializno zdravljenje akutne ledvične okvare in zdravljenje končne ledvične odpovedi (KLO) s hemodializo, peritonealno dializo in presaditvijo ledvic. Razvoj medicine v drugi polovici 20. stoletja je prinesel nova spoznanja v fiziologiji, patofiziologiji in patologiji ledvičnih bolezni in s tem pospešil razvoj nefrologije. Številna med njimi so bila nagrajena z Nobelovo nagrado za fiziologijo ali medicino, skupno pa so vodila tudi do izjemnega razvoja transplantacijske medicine, kjer ima izstopajoče pomembno mesto transplantacija ledvic.

Razvoj po svetu

Presaditev ledvice pomeni za preživetje bolnikov in kakovost življenja **najuspešnejšo**



metodo nadomestnega zdravljenja KLO. Čeprav ideja o presajanju organov od človeka na človeka sega precej nazaj v zgodovino, je v resnici zgodovina presajanja ledvic, ki je tipična zgodba številnih resnih preprek in njihovega uspešnega premagovanja, razmeroma kratka, saj so se ključni dogodki odvili v zadnjih šestdesetih letih. Najzgodnejši tovrstni poizkusi so se zgodili na prelomu 19. v 20. stoletje, a so bili neuspešni. V začetku prejšnjega stoletja se je povečalo zanimanje za transplantacijsko dejavnost predvsem pri kirurških. Povečalo se je zlasti potem, ko so skozi številne eksperimente in tudi klinično uporabo izboljšali kirurške tehnike, predvsem **metode žilnega šiva.**

Številna raziskovalna dela iz različnih področij, ki so bila nagrajena z **Nobelovo nagrado**, se posredno dotikajo tudi **nefrologije**, vendar so najtesneje z nefrologijo, predvsem s transplantologijo, povezana tri imena, od katerih sem dve na kratko že opisala v marčevski številki Izide, v prikazu razvoja hematologije in transplantacije kostnega mozga. Prvi je Nobelovo nagrado za fiziologijo ali medicino že leta 1912 prejel francoski kirurg **Alexis Carrel** (1873–1944), in sicer kot priznanje za njegovo delo na področju žilnega šiva pri **presaditvah krvnih žil in organov.** Alexis Carrel je na osnovi svojega raziskovalnega dela skušal pojasniti zavrnitve transplantata z delovanjem nekakšne »**biološke sile**«. Ker vsem takratnim preprekam niso bili kos, je pred prvo svetovno vojno zanimanje za to dejavnost uplahnilo. Do koncu 40. let 20. stoletja še niso uspeli premagati »**biološke sile**«, ki naj bi trajno preprečevala presajanje organov med ljudmi. Drug Nobelov nagrajenec, zoolog sir **Peter Brian Medawar** (1915–1987), se je že bolj približal pravi razlagi zavrnitve, saj jo je pripisal **imunološkimi dejavniki.** Njegovo odkritje s področja **pridobljene imunološke tolerance**, ki ga je kasneje še nadgradil in za katerega je leta **1960** skupaj s sirom

Frankom Macfarlanom Burnetom dobil **Nobelovo nagrado** za fiziologijo ali medicino, je pomembno spremenilo gledanje na presaditev organov. Ko je bilo uradno potrjeno, da je imunski sistem vpleten v zavrnitev presadka, so se raziskovalci osredotočili na **odkrivanje antigenov.** **Jean Dausset** je leta **1952** odkril poglobitveni **histokompatibilnostni kompleks**, kar je omogočilo razvoj **tipizacije tkiv in testov kompatibilnosti** med posamezniki. **Tretji Nobelov nagrajenec**, ki sem ga že na kratko predstavila v marčevski številki Izide, je bil ameriški plastični kirurg **Joseph Murray** (1919–2012), ki je leta **1990** dobil **Nobelovo nagrado za transplantacijo celic in organov** kot načina zdravljenja človeških bolezni. Bil je prvi, ki je skupaj s kirurgom Johnom Hartwellom Harrisonom ter nefrologom Johnom P. Merrillom 23. 12. **1954** v bolnišnici *Peter Bent Brigham Hospital* v Bostonu v ZDA napravil **uspešno presaditev ledvice živega dajalca** med enojajčnima dvojčkoma. Presajena ledvica je takoj pričela delovati. Joseph Murray je bil v tistem času tudi vodilni strokovnjak, ki je prikazal **učinkovitost obsevanja celotnega telesa za preprečevanje zavrnitve organa**, kar je bila tudi prva imunosupresijska metoda. Kasneje je bil med tistimi, ki so dokazali, da lahko enake učinke, z manj škodljivosti za prejemnika organa, dosežemo z uporabo **citotoksičnega zdravila azatioprina.** Tega so v imunosupresivno zdravljenje uvedli leta 1961, leto dni kasneje pa še **prednizolon.** To je omogočilo, da so leta **1962** **prvič presadili ledvico umrlega darovalca.** Razvoj **tkivne tipizacije** (od leta 1962) in ustrezno ohranjanje vitalnosti (»*preservation*«) ledvice (od leta 1967) sta poleg izboljšanja imunosupresije pomembno prispevala k uspehu zdravljenja s presaditvijo, upoštevanje možganske smrti za odvzem ledvic (po letu 1968) pa tudi k razmahu te dejavnosti.

Razvoj transplantacijske dejavnosti v Sloveniji

Pri nas se je razvoj transplantacijske dejavnosti odvijal s približno dvajsetletnim zamikom glede na svetovne dosežke, kar je preprečevalo večje začetniške napake in olajšalo uvajanje novega medicinskega področja. Da se je takšna dejavnost lahko razvila, je bilo treba izpolniti nekatere predpogoje, predvsem zagotoviti načine in orodja za čim optimalnejšo izbiro prejemnikov, kjer je bilo ugotavljanje tkivne skladnosti gotovo eno ključnih, in v primeru nedelovanja presajene ledvice ali tudi odpovedi presadka omogočiti zdravljenje s hemodializo ali peritonealno dializo.

Kratek oris razvoja nadomestnega zdravljenja ob odpovedi ledvic v Sloveniji

Od leta **1959**, ko je bila pod vodstvom urologa prof. dr. **Slavka Rakovca st.** (1906–1992) napravljena prva akutna hemodializa, do leta 1970 je bilo z dializo mogoče zdraviti le posamezne bolnike z akutno ledvično okvaro, ki so jih zdravili urologi. Urologi so nekaj mesecev zdravili tudi eno bolnico s končno ledvično odpovedjo. **Z rednim programom kronične hemodialize so v Sloveniji** pričeli v Ljubljani 5. novembra **1970** pod vodstvom nefrologa prof. dr. **Saše Luzarja** (1921–2008), ko so tega leta nefrologi skupaj z urologi ustanovili **prvi dializni center**, ki je bil nameščen v treh sobah nekdanje Interne klinike. V prvem letu so dializirali pet bolnikov dvakrat tedensko po 12 ur. Dializni center je bil leta 1972 premeščen v nove prostore Kliničnega centra Ljubljana. Obseg dializne dejavnosti se je postopoma širil, večalo se je število bolnikov, zato

so oddelek prostorsko preurejali in povečevali. Tako se je od začetnih 14 dializnih mest njihovo število do danes povečalo na 41, kar omogoča kronično zdravljenje okrog 220 bolnikom s KLO. V zadnjih 40 letih je zadržal vlogo osrednjega izobraževalnega in raziskovalnega centra v Sloveniji. Danes je v **Sloveniji 21 dializnih centrov** in en **Center za transplantacijo**, ki se nahaja v UKC Ljubljana.

Vzporedno s hemodializo je potekal tudi razvoj **peritonealne dialize (PD)** v Ljubljani in po vsej Sloveniji.

Leta **1976** so v najbolj razvitih centrih po svetu že pričeli uporabljati izpopolnjeno metodo PD, primerno za ambulantno, samostojno izvajanje, ki so jo **poimenovali kontinuirana ambulantna peritonealna dializa (CAPD)**. Ta prenova PD, ki se je odlikovala z enostavnostjo, dokajšnjo udobnostjo in stanovitnostjo, je pomembno oživila to metodo nadomestnega zdravljenja KLO. V Ljubljani so jo začeli uporabljati leta 1983, za kar imata največ zaslug takratni vodja Centra za dializo prof. dr. **Jože Drinovec** in prof. dr. **Andrej Bren**, kasnejši dolgoletni predstojnik KO za nefrologijo v Ljubljani. Leta 1989 je bil ustanovljen **Center za peritonealno dializo**, ki ga je vse do upokojitve vodil prim. **Andrej Guček**.

Največji razcvet je ta metoda doživela po letu 1991, ko je Center, z veliko podporo tej dejavnosti takratnega predstojnika KO za nefrologijo, prof. dr. **Radoslava Kvedra**, postal referenčni Baxterjev center za PD. V zadnjem desetletju prejšnjega stoletja so CAPD kot enakovredno metodo zdravljenja pričeli uporabljati tudi v drugih dializnih centrih po Sloveniji.

Leta 1969 je bil ustanovljen **prvi center za tipizacijo tkiv** kot **Bio-kemični laboratorij Zavoda SRS za transfuzijo krvi**, ki ga je vrsto let vodila prof. dr. **Mateja Bohinjec**. V sedanjem Centru za tipizacijo izvajajo vse imunološke preiskave, ki so potrebne pred presaditvijo ledvice. V zadnjih letih so razvili tudi preiskoval-

ne metode, ki pomagajo pri opredeljevanju humoralne zavrnitve ledvičnega presadka.

Kratka zgodovina presajanja ledvic v Sloveniji

Prva presaditev ledvice živega darovalca v Sloveniji je bila izvedena aprila **1970**. Ledvico je sinu darovala mati. Kirurško ekipo so sestavljali profesorji: kardiokirurg Miro Košak ter urologa Slavko Rakovec st. in Ludvik Ravnik. Leta 1978 so prvič presadili ledvico umrlega darovalca, ki je bila odvzeta na Reki (Hrvaška), vendar presaditev ni bila uspešna. Izvedel jo je prof. Ravnik. Leta **1985** so na pobudo nefrologov (prof. dr. Jože Drinovec) v Sloveniji dobili **prvi transplantacijski zakon**, ki je omogočil začetek presajanja ledvic umrlih darovalcev. Od leta 1986 v Sloveniji redno presajajo ledvice umrlih darovalcev in tudi odvajajo primerne organe za darovanje. Do leta 1997 so vse odvzeme ledvic umrlih darovalcev, z izjemo štirih, naredili v UKC Ljubljana.

Od leta 1986 do 1998 je delo koordinatorja transplantacijskega postopka opravljal dežurni oz. konzilijarni zdravnik Nefrološke klinike oz. kasnejšega Kliničnega oddelka za nefrologijo UKCL. Ta zdravnik je opravljal tudi pogovor s svojci umrlega in jih hkrati obvestil o nameravnem **odvzemu ledvic**. V primeru nasprotovanja svojcev ali umrlega pred smrtjo odvzema ledvic ni bilo. Na pobudo prof. Bohinčeve je bil leta 1992 ustanovljen **Razširjeni strokovni kolegij za transplantacijo (RSKT)**, katerega prva predsednica je bila anesteziologinja prim. **Jasna Vončina**, ki je bila obenem tudi nacionalna koordinatorica transplantacijske dejavnosti. Njeni naporji so pripeljali do ustanovitve **Transplantacijskega centra** v okviru Kirurške klinike UKC Ljubljana marca 1998, kjer je pomen tega razumel in podprl takratni predsednik Zdravstvenega sveta kirurg prof. dr. **Zoran Arnež**.



Prof. dr. Slavko Rakovec st. (1906-1992), pionir transplantacije ledvic pri Slovencih (fotoarhiv Inštituta za zgodovino medicine MF UL).

Center je prinesel pomemben premik v transplantacijski dejavnosti. Ta je do ustanovitve **Slovenija-transplanta** deloval kot organizacijska enota, ki je povezovala slovenske bolnišnice, obenem pa kot nacionalna ustanova, ki se je v imenu Slovenije pogajala za vstop v **Eurotransplant**. Mesto vodje Slovenija-transplanta je prevzela anesteziologinja, prim. **Danica Avsec**. Poleg koordinatorja za transplantacijo v Kliničnem centru Ljubljana so bili takrat imenovani tudi transplantacijski koordinatorji v devetih darovalskih bolnišnicah. V Kliničnem centru Ljubljana je bila ustanovljena **mobilna kirurška ekipa**, ki v darovalskih bolnišnicah še vedno vodi **odvzeme ledvic in drugih organov** za transplantacijo. Z vzpostavitvijo centralne koordinacije se je začelo sodelovanje z darovalskimi bolnišnicami. Delovala pa je tudi služba za **ugotavljanje možganske smrti**. Center je leta 2000 dobil v uporabo prve prostore v

UKCL. Kmalu so se začela **pogajanja za pridružitvev Eurotransplantu**, ki so obrodila sadove s pridružitvijo leta **2000**. Vsa ta dejavnost je botrovala pomembnemu povečanju števila pridobljenih ledvic umrlih darovalcev in povečanju števila presaditev ledvic.

Metodologija presajanja ledvic v UKC Ljubljana

Do sedaj so za presaditev uporabili samo **ledvice umrlih zaradi možganske smrti**. Za odvzem ledvic **umrlih po zastoju srca** (*donation after cardiac death*) se še niso odločili, saj je za ustrezen odvzem potrebna posebej izurjena skupina strokovnjakov, ki je pri nas še nimamo. Februarja 2005 so zvišali zgornjo starostno mejo umrlih darovalcev od 60 na 65 let. Od maja 2010 so darovalci, stari 65 let in več, lahko primerni za naše kandidate, ki so vključeni v **seniorski program Evrotransplanta**. Prejemniki ledvice so bolniki s KLO na nadomestnem zdravljenju z dializo ali pa napredovalo kronično ledvično boleznijo z ocenjeno oz. izmerjeno glomerulno filtracijo, manjšo kot 20 ml, ki si presaditve želijo pred pričetkom nadomestnega zdravljenja in za to ni zadržkov. Februarja 2005 je bila ukinjena zgornja starostna meja za potencialne prejemnike ledvice, ki je bila do tedaj 65 let. Republiški čakalni seznam za presaditev ledvice umrlega darovalca od leta 1986 vodijo zdravniški KO za nefrologijo UKCL. Odrasle kandidate pred vključitvijo na čakalni seznam obravnavajo nefrologi KO za nefrologijo v sodelovanju z nefrologi dializnih centrov. Pri tem upoštevajo enoten protokol.

Po presaditvi so bili odrasli prejemniki ledvice praviloma sprejeti na **oddelek za intenzivno terapijo operativnih strok**. Od septembra **2012** bolnike po operaciji sprejema **Klinični oddelek za urologijo**. Če ni zadržkov, je večina odraslih prejemnikov drugi dan po presaditvi premeščena v Hospitalni oddelek Kliničnega oddelka za nefrologijo. Po

odpustu iz bolnišnice so prejemnike ledvice redno ambulantno spremljali nefrologi UKC Ljubljana. Prejemnike so sprva pregledovali v **Centru za dializo**, nato v **Nefrološki ambulanti**, od decembra **1999** pa v prenovljeni ambulanti **Centra za transplantacijo ledvic** Kliničnega oddelka za nefrologijo. Če je zaradi zapletov potrebno bolnišnično zdravljenje, so prejemniki običajno ponovno sprejeti v Hospitalni oddelek. Tu zdravijo tudi vse prejemnike z biopsijo presadka dokazano akutno zavrntvijo presajene ledvice.

Imunosupresivno zdravljenje, ki je izjemnega pomena in **preprečuje zavrntev transplantirane ledvice**, se je v štirih desetletjih precej **spremenilo**. Uvajati ga je začel prof. dr. **Saša Luzar**, njegova prva sodelavca sta bila prof. dr. **Jože Drinovec** in prof. dr. **Pavle Jezeršek**. Kasneje je za ažurno posodobljanje in uvajanje najnovejših imunosupresivnih zdravil in protokolov v tej dejavnosti skrbel prof. dr. **Aljoša Kandus**. Prostorska omejenost tega zapisa preprečuje širši prikaz. Gradivo je pri avtorici.

Rezultati zdravljenja s presaditvijo ledvic v Sloveniji

Od leta **1970 do 31. 12. 2013** je v Sloveniji dobilo **presajeno ledvico 1.039 bolnikov**; 913 (87,9 odstotka) od teh je dobilo ledvico umrlega darovalca. Do konca leta 2009, ko je bila napravljena zadnja takšna presaditev, je dobilo ledvico živega darovalca sorodnika 89 moških in 37 žensk, starih od 6 do 53 let. Po vključitvi v Evrotransplant sta bili napravljene dve presaditvi živega darovalca.

Redno presajanje ledvic umrlih darovalcev se je začelo oktobra **1986**. Pred letom 2000 je prejelo ledvico umrlega darovalca 239 bolnikov (135 moških in 104 ženske). Prejemniki so bili stari 40 ± 12 let (razpon: od 9 do 65 let). Od 1. 1. 2000

do 31. 12. 2013 je prejelo ledvico umrlega darovalca 674 bolnikov (395 moških in 279 žensk). Prejemniki so bili stari 48 ± 12 let (razpon: 13 do 74 let). 810 (90,5 odstotka) bolnikov je imelo presaditev prvič, 64 (9,5 odstotka) je prejelo že drugo ledvico. 297 (44,1 odstotka) presajenih ledvic je bilo iz Slovenije, 377 (55,9 odstotka) iz drugih držav Evrotransplanta. Darovalci so bili stari 42 ± 14 let (razpon: od 5 do 71 let). Neskladnost v antigenih HLA-A, B in DR je bila $2,8 \pm 1,1$ (razpon: od 0 do 6).

Od začetka leta 2000 do konca leta 2013 je bilo eno- oz. petletno preživetje presajenih ledvic darovalcev 94,1 odstotka oz. 87,9 odstotka, eno- oz. petletno preživetje prejemnikov pa je bilo 98,0 oz. 94,4 odstotka. Od leta 1997 do 2000 je bilo enoletno preživetje ledvic umrlih darovalcev 90,5-odstotno, od leta 1986 do 1996 pa je bilo le 71,9-odstotno.

Še vedno odlično deluje prejemnikova presajena ledvica, ki mu jo je podaril brat junija 1976. Zelo dobro je tudi delovanje dveh presajenih ledvic umrlih darovalcev, ki sta ju prejemnika dobila novembra oz. decembra 1986.

V obdobju od leta 2000 do leta 2010 je bil mediani čas čakanja na presaditev ledvice umrlega darovalca 1,1 leta, interkvartilni razpon čakanja je bil od 0,4 do 2,4 leta.

Kratkoročni in srednjeročni **rezultati presaditve ledvic** umrlih darovalcev v Sloveniji od leta 2000, ocenjeni s preživetjem presajenih ledvic in prejemnikov, so **zelo dobri**, boljši kot v preteklosti in povsem **primerljivi z rezultati velikih registrov**. Ti rezultati so odraz dobrega dela vseh, ki so v Sloveniji vpleteni v transplantacijsko dejavnost.

Avtorica se **zahvaljuje nefrologu prof. dr. Radoslavu Kvedru** za strokovno pomoč.

Ključni podatki o organizaciji in transplantaciji ledvic v Sloveniji ter rezultatih te dejavnosti so uporabljeni iz še neobjavljenega prispevka nefrologov, profesorjev Aljoše Kandusa in Andreja Brena.

Nasprotujemo vsem oblikam nasilja v zdravstvu – prijavimo nasilni dogodek!

Spoštovani,

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

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

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

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

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

Anonimna prijava nasilnega dogodka nad zdravnikom oziroma zobozdravnikom

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

Kratek opis nasilnega dogodka:



Ob priznanjih akademiku prof. dr. Vinku Dolencu in Aleksandru Dopliharju, dr. med.

Prof. dr. Tomaž Rott, dr. med., Ljubljana
tomaz1945@yahoo.com

2. septembra 2015 se je v Veliki dvorani Predsedniške palače že precej pred 11. uro čutil pričakujoči nemir, ki je nakazoval svečanost trenutka. Ob zbranih gostih in po prihodu dveh slavljencev ter predsednika republike se je z balkona Velike dvorane himnično vzneseno razlegla slovenska himna v svečani priredbi za trobila.

Predsednik Republike Slovenije gospod Borut Pahor je namreč želel odlikovati s srebrnim redom za zasluge akademika prof. dr. Vinka Dolenca za vrhunsko znanstvenoraziskovalno delo na področju nevrokirurgije.

Aleksander Doplihar, dr. med., sicer upokojeni zdravnik, naj bi prejel red za zasluge za izjemen prispevek k vzpostavitvi in delovanju ambulante Pro Bono, ki skrbi za ljudi brez urejenega zdravstvenega zavarovanja.

Nehote se mi je ob izbiri vrhunškega znanstvenika in dobronedelega zdravnika pred očmi pojavila znana realistična slika iz zgodnjega ustvarjalnega obdobja Pabla Picassa (1881–1973) s pomenljivim naslovom *Ciência e caridade* (Znanost in dobronedečnost), ki jo je slikar naslikal v svojem 16. letu starosti. Velika podoba (197 × 249 cm) poudarja dvojnost zdravniškega poklica: na eni strani znanstvenoraziskovalno delo, ki je nujno za razvoj medicinske stroke, na drugi strani pa tudi nujno dobronedečnost z razumevanjem bolnika. Kot simbol znanosti je slikarjev oče, ki meri utrip ležeče bolnice, na drugi strani bolniške postelje pa je medicinska sestra v nunski opravi z otrokom v naročju leve roke in skodelico, ki jo z desno ponuja bolnici. Oba elementa zdravniškega dela medsebojno dopolnjujeta naša slavljenca, tako akademik kot dolgoletni dobroneden zdravnik.

Vinko Dolenc se je boril z ortodoksnimi stališči večine svojih kolegov po svetu, ki niso mogli sprejeti njegovih izvernih in za mnoge »prevratniških« sprememb pri operacijah patoloških sprememb na možganskem dnu. Svoje metode je preverjal tudi na avtopsijskem materialu. Po truda polnem delu je le prepričal



svoje številne nasprotnike. Danes mu pripisujejo devet splošno sprejetih operativnih posegov na lobanjskem dnu. Njegovo delo je postalo pravi katekizem kirurgije lobanjskega dna.

Upokojeni zdravnik Doplihar je začutil stisko skorajda brezimnih ljudi, ki si poleg ostalih stisk niso mogli zagotoviti najbolj osnovnih pravic zdravstvenega zavarovanja, in takih bolnikov je več kot 1000 na leto. Njegove pobude in pomoč znancev in prijateljev so mu omogočile delovanje dobronedele ustanove. Ni odveč poudariti, da tako odlikovanec kot še marsikdo po upokojitvi nadaljuje s svojim delom zastoj, brez vsakega plačila, kar se večkrat očita upokojenim zdravnikom.

Komu je bilo mar delo obeh zdravnikov? Gotovo mnogim, ki so ali niso mogli priti ob tej priložnosti v kar premajhno Veliko dvorano Predsedniške palače. Prisotni so bili mnogi znani politiki, akademiki, zdravstveni delavci, ki so sodelovali pri njunem delu idr. Saj je akademik Dolenc dejal, da sam ne bi mogel doseči izjemnih uspehov. In kar se danes izredno lepo sliši, so besede iz vrst predlagateljev priznanja: predlog za odlikovanja je bil soglasno sprejet.

In komu ni bilo mar? Medijem. Od Dela, Dnevnika in Večera je dogodek s kratko notico zabeležil le Večer. Nasprotno pa so se na široko razpisali o poročilu nadzora na Nevrološki kliniki UKC v Ljubljani.

Če na eni strani tehtamo vrednost življenjskega dela Dolenca in Dopliharja, ki je nenadomestljivo, na drugi strani pa poročilo o nadzoru, sem prepričan, da slednje ne bo učinkovito, saj le analizira posamične segmente raznovrstnega dela v zdravstvu in ne rešuje stvari sistemsko. Nikjer ni otipljivih predlogov, ki bi uvedli nadzor nad vsem zdravstvom, z

obveznim prijavljanjem in predvsem analizo napak, na vseh oddelkih enako.

Še bolj grozljive so izjave poslancev, medicinskih kvazistrokovnjakov, ki govorijo, da so razmere na nevrologiji in otroški kirurgiji le vrh ledene gore, gnilega sistema, zaradi katerega bi univerzitetni klinični center razbili do temeljev in institucijo na novo postavili. Vprašam se, ali je vse to res, ali pa bi po razbitju ostal, podobno kot pri jeruzalemskem templju, le še zid objokovanja.

Lahko smo veseli, da imamo Dolenca in Dopliharja in še mnoge

neodlikovane, ki vztrajajo v včasih nevdržnih razmerah in poslušajo aroganco poznavalcev. Mnogi mednarodno uveljavljeni strokovnjaki bi že zdavnaj zapustili domače ognjišče, za mnoge, ki so odšli, sploh ne vemo, da bi se pustili polivati z gnojnico provincializma.

Naj politični avanturisti še tako vlečejo za vrv navčka, namenjenega zdravstvu, vseeno upam, da ga bo preglasila himnična Zdravljica, ki že v besedi nosi zdravje.

Foto Daniel Novakovič/STA

Nasilje v družini je tudi javnozdravstveni problem!

Asist. dr. Nena Kopčavar Guček, dr. med., spec. spl. med.
nena.kopcavar-gucek@zd-lj.si

Nasilje v družini naj bi se po resoluciji Svetovne zdravstvene organizacije v javnem zdravstvu obravnavalo prioritarno zaradi kratkoročnih in dolgoročnih posledic za posameznike, družine, okolja, države ter tudi za zdravstvene sisteme. V primerjavi z epidemijo kroničnih bolezni je bolj razširjeno in ga je moč preprečiti, kar je izziv tudi za (družinsko) medicino.

Nasilje v družini se večinoma odigrava v domačem okolju, v posameznikovem najintimnejšem prostoru, zato ni vedno razvidno ali očitno. Nasilen odnos med partnerjema se zrcali na medgeneracijski relaciji (starši – otroci in otroci – starši): lasten dom in družina sta nevarno okolje, kjer posameznik lahko postane žrtev duševnega, telesnega ali spolnega nasilja. Raziskave so jasno pokazale, da je izpostavljenost nasilju v domačem okolju v otroštvu povezana z dolgoročnimi, vseživljenjskimi posledicami, ki se v odrasli dobi kažejo v obliki nasilni-

štva ali viktimizacije. Telesne poškodbe ali celo nasilna smrt niso edine posledice nasilja; zdravstvene težave, duševna ali družbena oškodovanost posameznika lahko trajajo še leta po izpostavlje-

veliko več je poškodovanih, posledice pa so tudi dolgoročne; nasilje je vodilni vzrok smrti v starostni skupini od 15 do 44 let. Zaradi različnih vplivov na pogostnost nasilja in s tem povezano variabilnostjo naj bi vsaka država zase ocenila stopnjo nasilja v svojem okolju.

V službi ni nihče vedel, zaznal ali prepoznal, kaj preživljam doma. Vidne poškodbe sem skrivala z obleko, našla izgovore ... Tudi sama nisem iskala pomoči: pred sodelavci me je bilo sram, strah. Skrajno sem bila izčrpana, ponižana, brez moči. Po enem hujših nasilnih izbruhov nekdanjega partnerja sem potrebovala zdravstveno oskrbo na travmatološkem oddelku. Še danes sem hvaležna zdravniku, ki je podal prijavo na policijo. Ravnal je strokovno in me podprl. Odločilno je prispeval, da sem zapustila nasilnega moža.

Mogoče bo moja zgodba opogumila tudi druge žrtve nasilja v družini, da bodo prej spregovorile, naredile spremembo.

(Izpoved žrtve nasilja, priročnik projekta POND)

nosti nasilju in ga vseživljenjsko zaznamujejo.

Nasilje je globalno pogost pojav, saj zaradi njega vsako leto izgubi življenje več kot milijon ljudi, še

Zdravniška stroka je bila prepoznana kot ključni dejavnik pri obravnavi vzrokov in posledic univerzalnega problema nasilja. Zdravstveno okolje je primerno za prepoznavanje in obravna-

vo nasilja v družini, ker je varno, profesionalno, opredeljeno z etičnimi zavezami, ker posamezniki pogosto vstopajo vanj in z zdravniki stkejo zaupen, nepretrgan, partnerski odnos.

Hkrati je zdravstveno okolje nevtralnno, je okolje, kjer ni obsojanja, kjer so na voljo vse informacije, prva pomoč, ukrepanje, podpora in interdisciplinarno povezovanje.

Ženske so najpogostejše, a ne izključne žrtve nasilja v partnerskih odnosih. 35 odstotkov **žensk** po vsem svetu je v svojem življenju doživelo nasilje med partnerjema oz. izven-partnersko spolno nasilje. Raziskava Svetovne zdravstvene organizacije 2014 je razkrila, da je 30 odstotkov žensk v trenutnem intimnem razmerju doživelo različne oblike fizičnega ali spolnega nasilja s strani partnerja. 38 odstotkov umorov žensk po svetu je storjenih s strani njihovih partnerjev. Od 4 do 6 odstotkov starejših oseb je bilo žrtev katere koli oblike nasilja v zadnjem mesecu. **Četrtna odraslih** poroča, da so bili v otroštvu deležni fizičnega nasilja.

V Sloveniji so pogostnost nasilja v družini ocenjevali z različnimi metodologijami in večkrat. Raziskava nasilje v družinah v Sloveniji leta 2006 je odkrila 23 odstotkov oseb z izkušnjo nasilja, 73 odstotkov v primarni in 38,6 odstotka v trenutni družini. Nacionalna raziskava o nasilju v zasebni sferi 2010 je ugotovila, da je vsaka druga (56,1 odstotka) ženska od dopolnjenega svojega 15. leta že doživela eno od oblik nasilja. V ambulantah družinske medicine je 17,9 odstotka bolnikov poročalo o izkušnji nasilja v družini (Kopčavar Guček, 2015). Izidi slovenskih raziskav so primerljivi z rezultati podobnih raziskav v tujini.

Smo zdravstveni delavci uspešni pri prepoznavanju nasilja v družini?

Rezultati raziskav kažejo, da samo 10 odstotkov zdravnikov rutinsko preišče svoje bolnike v zvezi z nasiljem.

Spontano o nedavnem nasilju v družini poroča le 4 odstotke žensk. Zdravniki prepoznavajo le eno od 20 žrtev nasilja.

In vendar: žrtve nasilja so pripravljene zaupati osebnemu izbranemu zdravniku, če jih ta na lastno pobudno vpraša o morebitni izpostavljenosti nasilju. V različnih raziskavah, tudi v slovenskem prostoru (Kopčavar Guček, 2015), so zdravniki poročali o podobnih ovirah: pomanjkanje znanja in izkušenj, nepovezanost z drugimi institucijami, občutek nemoči, fenomen Pandorine skrinjice, preobremenjenost, pomanjkanje časa, nejasnost glede kompetenc in pooblastil, strah pred ogrožanjem odnosa bolnik – zdravnik, strah pred ogrožanjem varnosti žrtve, strah za lastno varnost, neustrezne prostorske razmere v zdravstveni ustanovi, raznolikost etničnih in tradicionalnih vrednot (begunci, emigranti), lastna izkušnja z nasiljem v družini in osebna stališča. Tudi žrtve nasilja občutijo ovire: pomanjkanje podpore (npr. prijateljev, družine, institucij), družbena pričakovanja (npr. zakonska zveza velja v »dobrem in slabem«), zanikanje, iskanje opravičil (npr. »zaradi dela je pod pritiskom«, »njegov oče ga je pretepal«, »mogoče je bila juha res prehladna«), izolacija (npr. »nihče ne bo hotel imeti nič s to grozno osebo«), občutek nemoči, strah in grožnje povzročitelja (npr. »ubil bom tebe, otroke, potem še sebe«), odvisnost (npr. čustvena in ekonomska odvisnost), nima jamstva za prihodnost, upanje, da se bo partner spremenil, razočaranje oz. slabe izkušnje s službami, ki naj bi nudile pomoč. Žrtve nasilja od zdravstvenih delavcev pričakujejo, da jih bodo poslušali, da bodo spoštovali njihovo zasebnost, da jih ne bodo obsojali, da bodo sodelovali z drugimi pristojnimi institucijami.

Osnovna naloga zdravstvenega osebja je pomoč in zaščita žrtev nasilja v družini, in ne presojanje resničnosti izjav, pregon ali kaznovanje oseb, ki povzročajo nasilje, kar je naloga drugih pristojnih institucij (policije, tožilstva, CSD).

Skladno z mednarodnimi smernicami in priporočili naj bi v okoljih, kamor se žrtve nasilja pogosteje zatečejo (pediatrija, družinska medic-

na, psihiatrija, travmatologija, ginekologija), namesto sistematičnega presejanja za nasilje uveljavili aktivno prepoznavanje izpostavljenosti nasilju. Na nasilje v družini naj bi zdravstveni delavci pomislili pri ponavljajočih se in sumljivih poškodbah, pri nekaterih z nasiljem povezanih zdravstvenih težavah (depresija, napadi tesnobe, motnje hranjenja, spolno prenosljive bolezni, težave s prebavili, zapleti nosečnosti itd.), ob poročanju drugih služb (npr. policija, CSD) in pri pogostem obiskovanju ambulant z nespecifičnimi, nedefiniranimi zdravstvenimi težavami. Dejavniki, povezani z izpostavljenostjo nasilju, so – tudi po podatkih slovenskih raziskav (Kopčavar Guček 2015) – ženski spol, brezposelnost, zloraba alkohola in psihoaktivnih snovi, postopek ločitve, izpostavljenost nasilju v primarni družini in depresivnost.

Izkušnje in rezultati spremljanja obravnave žrtev nasilja kažejo, da se odnos med osebnim izbranim zdravnikom in žrtvijo po razkritju nasilja učvrsti in poglobi, žrtve pa že po samem razkritju pogosto čutijo olajšanje. Razkrijejo se vzroki pogostih obiskov v ambulantni in nepojasnjenih zdravstvenih težav. Četudi se žrtve ne odločijo za takojšnji odhod iz nasilnega razmerja, jim je lažje, ker nekdo zdaj ve za njihove težave, jim pomaga, jih sprejema, razume in podpira.

V Sloveniji imamo številne dobro delujoče službe in organizacije (npr. nevladne organizacije, SOS-telefon, posebej usposobljeno skupino v sodstvu, varne hiše, Društvo za nenasilno komunikacijo in druge), ki med seboj niso povsem usklajene. Poti ukrepanja kljub Zakonu o preprečevanju nasilja v družini iz leta 2007 (letos ga čaka prenova) niso dovolj utečene. Pristojnosti posameznih dejavnikov bi lahko bile natančnejše definirane.

Z interdisciplinarno obravnavo, ki je za odgovor na vse potrebe žrtve nasilja nujna in neogibna, bi stkali varno mrežo, ki bi zaščitila žrtve, jih podprla in preprečila hude posledica.

To je tudi eden od ciljev projekta POND_SiZdrav (Prepoznavna in obravnava nasilja v družini v zdravstveni dejavnosti: smernice in izobraževanja za zdravstvene delavce): vzpostavitev interdisciplinarnega izobraževalnega programa za povečanje kompetenc zdravstvenega osebja pri prepoznavanju in obravnavanju žrtev nasilja v družini. Mednarodni projektni konzorcij je iz Znanstvenoraziskovalnega centra Slovenske akademije znanosti in umetnosti, Zdravniške zbornice Slovenije, Centra za socialno delo Maribor, Zavoda Emma (Center za pomoč žrtvam nasilja) in St. Olavs University Hospital, Forensic department Brøset, Centre for research and education in forensic psychiatry. Projekt je sofinanciran v okviru programa Norveškega finančnega mehanizma 2009–2014. Koordinator programa je Služba Vlade RS za razvoj in evropsko kohezijsko politiko.

V okviru projekta bodo:

- organizirana brezplačna izobraževanja za zdravstvene delavce,
- izdelan priročnik za zdravstvene delavce o prepoznavi in obravnavi nasilja v družini v tiskani in pdf-različici,
- pripravljene izobraževalne spletne vsebine s področja nasilja v družini, njegovega prepoznavanja in ustreznega ukrepanja,

- opravljena raziskava o pričakovanih in izkušnjah na področju obravnave nasilja v družini v zdravstveni dejavnosti na vzorcih zdravstvenih in strokovnih delavcev ter žrtvah nasilja v družini, njeni izsledki pa predstavljeni na različnih javnih predstavitev in tudi vključeni v izobraževanja.

Vse predstavitvene in izobraževalne aktivnosti projekta bodo potekale v prostorih Zdravniške zbornice Slovenije.

Izobraževanja za zdravstveno osebje bodo potekala kontinuirano od septembra 2015 do aprila 2016 in izpolnjujejo predpis ministrstva za zdravje, ki v Pravilniku o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti določa, da se morajo zdravstveni delavci na področju splošne oz. družinske medicine, pediatrije, ginekologije, psihiatrije in patronažne službe ter zdravstveni delavci v urgentnih oz. travmatoloških ambulantah in oddelkih bolnišnic udeležiti izobraževanja o nasilju v družini vsakih pet let, v obsegu najmanj 5 ur.

Dvodnevna izobraževanja bodo vključevala tako predavanja kakor delavnice, izvajali pa jih bodo strokovnjaki z različnih področij. Znanja, ki jih bodo udeleženci pridobili v sklopu izobraževanj, bodo pripomogla k dvigu osnovnih in naprednih kompe-

tentnosti zdravstvenega osebja pri obravnavah žrtev nasilja. Za udeležbo na izobraževanjih bodo udeleženci prejeli tudi kreditne točke. Izobraževanja sledijo Strokovnim smernicam, ki jih je v aprilu 2015 potrdil Zdravstveni svet in predstavljajo zbirko priporočenih ravnanj oz. korakov za obravnavo otrok žrtev zlorab in nasilja ter odraslih žrtev nasilja. Namenjene so različnim zdravstvenim delavcem, ki se utegnejo srečati z nasiljem v družini. Zaradi posebnosti prepoznavne in obravnave so posebej pripravljene smernice obravnave žrtev nasilja v družini v patronažni službi ter v ginekologiji in porodništvu. Namenjene so zdravstvenim delavcem, ki prihajajo v stik z žrtvami nasilja v družini, kot pomoč in da se opremijo z veščinami, znanjem in gotovostjo pri ugotavljanju, prepoznavanju in obravnavi žrtev.

Smernice si lahko preberete na spletni strani: www.prepoznajnasilje.si (nasilje v družini - zakonodaja).

Več o projektu: www.prepoznajnasilje.si

Nasilje je nepotrebno in nedopustno.

Stopimo skupaj in ga premagajmo.

Povežimo se in stkimo mrežo, ki bo ščitila pred nasiljem, prestregla prizadete in preprečila tragedije.

Samo skupaj zmoremo.



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

Četrto izobraževanje o Prepoznavi in obravnavi žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti bo 6.–7. novembra 2015

Kotizacije ni.
Kreditne točke: 12

Več informacij in prijave na: www.prepoznajnasilje.si

100-odstotna učinkovitost testiranega cepiva proti eboli

Prim. dr. Alenka Trop Skaza, dr. med., Nacionalni inštitut za javno zdravje, Območna enota Celje
Alenka.Skaza@nijz.si

Iz Gvineje, ene od treh držav, ki je del do sedaj največjega izbruha ebolo, poročajo o učinkovitosti in uspešnosti rekombinantnega cepiva proti eboli. Cepivo vsebuje oslabljen virus vezikularnega stomatitisa s površinskim glikoproteinom kot antigensko komponento Zaire ebolavirusa (rVSV-ZEBOV). Cepivo po enkratnem odmerku povzroči hiter imunski odziv. Čeprav točnih podatkov o hitrosti dosega zaščitnega titra protiteles še ni, se to najverjetneje zgodi znotraj sedmih dni po cepljenju.

Dvojno slepa študija je vključevala različno velike grozde/klastre (angl. »cluster«) okoli indeksnega primera bolnika z ebolo. Po laboratorijski potrditvi okužbe z virusom ebolo pri 446 bolnikih so identificirali vse osebe, ki so bile v stiku z obolelim (kontakti), in tudi »kontakte kontaktov«. Med kontakte so uvrstili osebe, ki so z bolnikom živele v skupnem gospodinjstvu v zadnjih 21 dneh, jih je bolnik obiskal, ko je že imel simptome bolezni, ali pa so prišle v stik z bolnikovimi telesnimi tekočinami, onesnaženimi rjuhami in obleko. Kot kontakte kontaktov so identificirali sosede »indeksnega« bolnika ter vse družinske člane kontaktov na določenem območju. Značilnost izbruhov ebolo je njihova lokalna pojavnost in širjenje v koncentričnih krogih, okužba se prenaša s tesnim kontaktom preko stika s krvjo in drugimi telesnimi tekočinami ter izločki. Po identifikaciji oseb, ki so bile izpostavljene okužbi, so 90 klastrov s 7651 osebami na slepo razdelili v dve skupini. Povprečna starost vključenih oseb je bila 35 oziroma 37 let. Uvrstitev v eno ali drugo skupino glede začetka cepljenja ni bila znana ne preiskovancem ne raziskovalcem na terenu. Po izločitvenih kriterijih (mlajši od 18 let, prebolela ebola, odklonitev sodelovanja,

imunska kompromitiranost, akutna infekcijska bolezen, nosečnost, dojenje) so s cepivom proti eboli 2014 oseb cepili takoj, 1498 oseb pa po 21 dneh. Cepili so kontakte znotraj klastra okoli indeksnega bolnika (»ring vaccination«). Ta pristop so prvič uporabili leta 1970 v programu izkoreninjenja črnih koz. Pristop temelji na cepljenju oseb v izbruhih, ki imajo veliko tveganje za okužbo zaradi socialne ali prostorske povezanosti z začetnim (prvim) bolnikom v klastru.

Zdravstveno stanje oseb po razvrstitvi v eno od skupin za cepljenje so spremljali s sistemom individu-

alnega poročanja in obiski na domu. Pojav značilnih simptomov za ebolo so spremljali do 10 dni po razvrstitvi v eno od skupin za cepljenje. V primeru, da so pri osebi ebolo potrdili, so ukrepali v skladu s protokolom za ebolo. Preiskovance so v času do 84 dni po cepljenju šestkrat obiskali na domu zaradi spremljanja zdravstvenega stanja in neželenih učinkov po cepljenju.

V skupini, kjer so bili preiskovanci cepljeni takoj, ni bilo nobenega primera ebolo. V skupini z 21-dnevnim odlogom cepljenja je za ebolo zbolelo 16 ljudi. Šest dni po cepljenju niso v klastrih zabeležili nobenega primera ebolo več. Poročali so o 43 resnih neželenih učinkih po cepljenju.

Povzeto po članku v reviji Lancet: Henao Restrepo AM, Longini IM, Egger M, et al. *Efficacy and effectiveness of an rVSV-vectored vaccine expressing Ebola surface glycoprotein: interim results from the Guinea ring vaccination cluster-randomised trial.*

Dostopno na spletnem naslovu: <http://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/pdfs/S0140673615611175.pdf>

V Domus Medica na ogled nova razstava

V začetku septembra smo v Domus Medica v sodelovanju z Veleposlaništvom Madžarske odprli razstavo o Ignacu Semmelweisu, madžarskem zdravniku, »rešitelju mater«, ki je živel v 19. stoletju.

Razstavo sta odprla veleposlanica Madžarske gospa Edit Szilágyiné Bátorfi in akad. prof. dr. Franc Strle, predstojnik Klinike za infekcijske bolezni in vročinska stanja UKC Ljubljana.

Vljudno vabljeni na ogled razstave.



Odškodninska odgovornost zaradi zdravniške napake v slovenski sodni praksi

Mag. Nataša Cankar, univ. dipl. prav., odvetnica
natasa.cankar@gmail.com

Zdravljenje je lahko zelo zapleten proces. Kljub prizadevanju zdravstvene osebja se pri zdravljenju včasih nehote zgodi napaka, ki ima za bolnika lahko neprijetne in tudi daljnosežne posledice. Bolniki vse pogosteje vlagajo odškodninske zahteve pri zavarovalnicah ali celo tožbe proti osebam, ki naj bi napako storile. Zastavlja se vprašanje, v katerih primerih je verjetno, da bodo bolniki s svojimi zahtevki uspeli, v katerih primerih pa gre za nesrečna naključja, ki jih ni mogoče šteti za zdravniške napake.

Naj že na tem mestu poudarim, da skozi celoten prispevek obravnavam pojem »zdravniška napaka« tako, kot ga razume sodna (in druga pravna) praksa. Andrej Robida je v svojem prispevku v tej reviji pred nekaj leti opozoril (1), da splošno razumevanje in uporaba tega pojma v javnosti pomensko nista enaka opredelitvi te oznake v Mednarodni klasifikaciji varnosti pacientov. Zato ni odveč poudariti, da izraz »zdravniška napaka« tudi v pravu označuje nekaj drugega, kot pa bi bilo mogoče sklepati po uporabi tega pojma v medijih.

Najprej razjasnimo, kaj se po pravni teoriji šteje za zdravniško napako. Zdravniki in vsi zdravstveni delavci morajo zdravstveno dejavnost opravljati **v skladu s profesionalnimi standardi** (torej skladno z veljavno zdravstveno doktrino) in **z drugimi strokovnimi in etičnimi kodeksi**. Zdravniška napaka je:

1. strokovna zmota zdravnika, ki bi lahko ali je povzročila škodo bolniku, ali pa

2. nenačrtovan dogodek, ki bi lahko ali je povzročil škodo

bolniku, zdravnik pa bi ta dogodek glede na stanje in značilnosti bolnika razumno lahko pričakoval in bi ga moral preprečiti.

Predstavljajo jo npr. napaka v diagnostičnem postopku, napaka pri predpisovanju zdravil, izvedba napačnega ukrepa, opustitev ukrepa itn. Zdravniška napaka ni nujno le posledica ravnanja **zdravnika**, temveč je lahko vezana tudi na drugo **zdravstveno osebje**.

V primerih obravnave zahtevkov zaradi storjenih zdravniških napak se pravo praviloma ukvarja z ravnanjem zdravnikov, ker imajo ti zaradi svoje- ga strokovnega položaja na zdravljenju največji vpliv. Posledično se nadaljnje pisanje izrecno nanaša na zdravnike, čeprav bi odločitev v predstavljenih primerih smiselno lahko veljala tudi za zdravstveno osebje ali zdravstvene ustanove.

Namen tega prispevka je predvsem obravnavati sodne prakse uveljavljanja odškodninskih zahtevkov. Morebitne kazenskoopravne in disciplinske posledice storjene napake so v pravu povsem ločeno vprašanje, ki ga na tem mestu ne bom vključila. Kazenskoopravne posledice se ugotavljajo v drugem (kazenskem) postopku, disciplinski ukrepi so v pristojnosti zdravstvenih ustanov in Zdravniške zbornice Slovenije, odškodnina pa sodi na civilnopravno področje. Ker tudi zavarovalnice pri svojih odločitvah o odškodninskih zahtevkih praviloma ravnajo v skladu z obstoječo sodno prakso (v nasprotnem primeru tvegajo neuspeh pred sodiščem in posledično stroške pravdanja), se v nadaljevanju prispevka posvečam

predvsem dostopni sodni praksi o teh primerih.

Bolnik lahko svoj odškodninski zahtevek zaradi storjene zdravniške napake uveljavlja zoper **tri različne subjekte** (odvisno od konkretnega primera), in sicer:

- zdravnika,
- drugo zdravstveno osebje (medicinske sestre itn.),
- ustanovo, v kateri so zdravnik in osebje zaposleni in ki je posledično odgovorna za pravilnost ravnanja svojih delavcev.

Za uveljavitev odškodnine ima bolnik na voljo (vsaj) **dve poti**:

- uveljavljanje zahtevka pri zavarovalnici, ki ima zavarovano poklicno odgovornost zdravnika,
- uveljavljanje odškodninskega zahtevka s tožbo pred sodiščem (do česar navadno pride, če stranka ni (v celoti) uspela z zahtevkom pri zavarovalnici).

Bolnik, ki želi uspeti z odškodninskim zahtevkom zaradi zdravniške napake, **mora dokazati**, da:

- mu je nastala škoda na zdravju,
- je to škodo povzročilo ravnanje zdravnika ali drugega zdravstvenega osebja, in sicer aktivno ravnanje (napačno ukrepanje) ali pa pasivno ravnanje (opustitev dolžnega ukrepanja),
- je bilo ravnanje zdravnika ali zdravstvenega osebja, ki je povzročilo bolniku škodo na zdravju, v nasprotju s strokovnimi standardi,
- so zdravnik, zdravstveno osebje ali pa ustanova, pri kateri je zdravnik ali drug zdravstveni delavec zaposlen, odgovorni za nastalo škodo.

Pravna teorija loči dve pravni podlagi odškodninskega zahtevka zaradi

zdravniške napake, to je **poslovno odškodninsko odgovornost in odgovornost za civilni delikt**. Slovenska sodna praksa glede tega vprašanja ni povsem enotna, saj se zdi, da v določenih primerih prisojeno odškodnino utemeljuje na poslovni odškodninski odgovornosti (odločitev Vrhovnega sodišča RS v zadevi II Ips 342/2014 z dne 22. 1. 2015, v kateri je zapisano, da gre za poslovno odškodninsko odgovornost, razen če gre za primer, ko je zdravnik ravnal v nuji), drugič pa na odgovornosti za civilni delikt (odločitev Vrhovnega sodišča RS v zadevi II Ips 102/2014 z dne 4. 9. 2014, v kateri je izrecno navedeno, da obveznost povračila škode lahko zajema le tisto škodo, ki je v zvezi s škodljivim dejstvom, kar bi kazalo, da gre za civilni delikt). Obe navedeni pravni podlagi se sicer medsebojno ne izključujeta (bolnik lahko torej uveljavlja obe, katera bo uspešna, pa je odvisno predvsem od dejstev v konkretnem primeru). Ne glede na navedeno razhajanje pri natančni oznaki podlage odškodninske odgovornosti, se bo toženec plačilo odškodnine uspel razbremeniti, če bo dokazal, da je bilo njegovo ravnanje v skladu s strokovnimi standardi oz. da sicer nestrokovno ravnanje ni povzročilo nastale škode.

Poslovna odškodninska odgovornost izhaja iz **pogodbe** (ki je lahko pisna, ustna ali pa sklenjena konkludentno na podlagi ravnanja udeleženih oseb) med zdravnikom (oz. drugim udeleženim zdravstvenim osebjem ali ustanovo, pri kateri je zdravnik oz. osebje zaposleno) in bolnikom. Obveznost bolnika je plačilo opravljenih storitev (pri čemer lahko to plačilo izvede sam, kot samoplačnik, ali pa ga namesto njega opravi zdravstvena zavarovalnica). Obveznost ustanove, zdravnika ali osebja pa je izvršiti dogovorjeno zdravstveno storitev. Slovenska pravna teorija opredeljuje to pogodbo kot **podjemniško pogodbo**, pri kateri gre po naravi stvari za **obveznost prizadevanja in ne obveznost uspeha**. Zdravnik se zaveže,

da se bo po najboljših močeh in z vso strokovno skrbnostjo trudil za izboljšanje bolnikovega zdravstvenega stanja, ne obveže pa se, da bo bolnik tudi dejansko ozdravel (smiselno enako velja za zdravstveno osebje oz. za ustanovo, pri kateri je zdravnik zaposlen) (2). Če bolnik utemeljuje plačilo odškodnine za škodo na zdravju na poslovni odškodninski odgovornosti, mora torej dokazati:

- poslabšanje zdravstvenega stanja (t.i. škodo na zdravju),
- kršitev sklenjene pogodbe, ki je v tem, da se je zdravnik zavezal ravnati z vso strokovno skrbnostjo, pa tega ni storil,
- vzročno zvezo med zdravnikovim nestrokovnim ravnanjem in nastalo škodo (torej, da je bilo nastali škodi vzrok prav to nestrokovno ravnanje),
- da je zdravnik za nastalo škodo tudi odgovoren (pri čemer se odgovornost domneva in mora toženec dokazovati vzroke, ki bi to odgovornost lahko izključili).

Odgovornost za civilni delikt pa izhaja iz temeljnega pravila civilnega prava, da se je vsakdo dolžan vzdržati dejanja, s katerim bi drugemu povzročil škodo (*neminem laedere*). Ravnanje, ki povzroči škodo, je torej protipravno. Če bolnik utemeljuje plačilo odškodnine za škodo na zdravju na odgovornosti za civilni delikt, mora dokazati:

- poslabšanje zdravstvenega stanja (t.i. škodo na zdravju),
- protipravno škodljivo ravnanje (da je zdravnik ravnal v nasprotju s pravili stroke),
- vzročno zvezo med zdravnikovim nestrokovnim ravnanjem in nastalo škodo (torej, da je bilo nastali škodi vzrok prav to nestrokovno ravnanje),
- da je zdravnik za nastalo škodo tudi odgovoren (pri čemer se odgovornost domneva in mora toženec dokazovati vzroke, ki bi to odgovornost lahko izključili) (3).

Zgornja primerjava obeh možnih pravnih podlag za uveljavljanje odškodninske odgovornosti za zdrav-

niško napako pokaže, da gre v veliki meri za teoretično razlikovanje, čeprav obstajajo tudi primeri, ko je možno uporabiti le eno, druge pa ne. Pri izključitvi odgovornosti za civilni delikt bo npr. velikega pomena odgovor na vprašanje, ali je zdravnik pravilno izpolnil svojo pojasnilno dolžnost (če jo je in je bolnik ob vseh pojasnjenih tveganjih na poseg pristal, odgovornost zdravnika za civilni delikt ni podana oz. je izključena zaradi bolnikove privolitve v poseg). Pri uveljavljanju odškodnine na podlagi poslovne odškodninske odgovornosti ima ta vidik navadno manjši pomen. V praksi bo rešitev konkretnega odškodninskega primera najpogosteje odvisna od odgovora na vprašanje, ali je zdravnik v konkretnem primeru ravnal z vso dolžno strokovno skrbnostjo (ne glede, na katero pravno podlago se bolnik sklicuje).

Odgovor na to vprašanje nikakor ni lahek. Sodišče si pri odločanju v takšnih primerih pomaga z izvedenci medicinske stroke, ki pojasnijo, kakšno ravnanje bi v konkretnem primeru izpolnilo standard dolžne strokovne skrbnosti. Upošteva se strokovni standard vedenja in ravnanja, ki je v veljavi na področju medicine v času dogodka.

Od zdravniške napake je treba razlikovati **zaplet pri zdravljenju**, torej poslabšanje zdravstvenega stanja bolnika, ki se pojavi redko, naključno in ga tudi pri vsej dolžni skrbnosti ni mogoče preprečiti (npr. nepričakovana alergija bolnika na zdravilo, ki je glede na njegovo zdravstveno stanje in do tedaj znane odzive na zdravila ni bilo mogoče predvideti, itn.). V primeru zapleta pri zdravljenju, ki ga zdravnik in osebje tudi ob vsej dolžni strokovni skrbnosti niso mogli predvideti, je **odškodninska odgovornost izključena**.

Pomen določenega pojma je navadno najlaže ponazoriti z jasnim primerom. V nadaljevanju prispevka zato navajam nekaj takih sodnih primerov, v katerih je sodišče ravnanje zdravnika opredelilo kot **zdravni-**

ško napako (torej kot dejanje, za katero zdravnik odgovarja). Za bolj jasen prikaz nasprotja med obema pojmom pa jim sledi še nekaj situacij, pri katerih je sodišče poslabšanje bolnikovega stanja pripisalo **zapletu pri zdravljenju** (torej zapletu, na katerega zdravnik ne more vplivati in zato zanj tudi ne odgovarja). Predstavljene primere sem izbrala predvsem zaradi njihove nazornosti.

Po sodni praksi je do **zdravniške napake** (za katero je zdravnik odgovoren) prišlo v naslednjih primerih (4):

a) Pogost zaplet pri tovrstnem zdravljenju

Tožnica je bila sprejeta na zdravljenje zaradi suma aspiracije tujka, ki je bil potrjen z rentgenskim posnetkom pljuč. Do aspiracije tujka je prišlo okoli sedem mesecev prej, zaradi česar so bila tožničina pljuča že dlje okvarjena. Z bronhoskopijo dne 17. 1. je bila ugotovljena stenoza desnega glavnega bronhija, tujek pa ni bil najden, z drugo bronhoskopijo 20. 1. je bil ugotovljen gnojni izloček, tujka pa tudi tokrat niso našli. 21. 1. je prišlo do spontanega pnevmotoraksa, zato je bila izvedena drenaža, 29. 1. je bila opravljena ponovna bronhoskopija, pri kateri je bila ugotovljena popolna zapora desnega glavnega bronhija. Naslednja bronhoskopija 3. 2. je našla večjo količino granulacijskega tkiva, tujka pa ne, med tem je prišlo do tenzijskega zastoja srca. Do tega ne bi prišlo, če bi bil dren, ki je bil zamašen, prehodan. Osebe je po zastoji srca pomislilo na pnevmotoraks, a je to možnost izključilo, ker je tožnica imela vstavljen dren. Do zapleta ne bi prišlo, če bi bil dren pred zadnjim posegom očiščen in pregledan. Po 40 do 45 minutah reanimacije je osebe ponovno pomislilo na možnost pnevmotoraksa, ki se je potrdila z diaskopom, ki je bil ves čas na razpolago v reanimacijski sobi. Pnevmtoraks in posledično zastoj srca je zaplet, ki je pri bronhoskopiji predviden, zaradi okvarjenih pljuč tožnice pa je bila verjetnost tega zapleta še povečana in torej predvi-

dljiva. Ker je bila tožnica ob posegu še otrok in dren posledično manjši, je bila večja tudi možnost zamašitve. Glede na navedeno bi moralo osebe ob ustreznih skrbnosti pomisliti na možnost zamašitve in pri reanimaciji takoj ustrezno ukrepati (potrebna aparatura je bila ves čas na voljo) (5).

b) Prepočasno ukrepanje oz. opustitev potrebne diagnostike

Tožnik se je zdravil zaradi vnetja slepiča. Pri pregledih 10. 4. in 11. 4. diagnostika kljub slabšanju njegovega zdravstvenega stanja ni bila izpeljana do konca oz. tožnik ni bil napoten na dodatni pregled h kirurgu. Posledično je bil tožnik operiran šele, ko je zaradi počenega slepiča že nastopilo razširjeno vnetje trebušne stene, nato pa še ponovno operiran zaradi zapore svetline črevesja, ki je dokaj pogost zaplet pri vnetju trebušne stene. Navedeno bi bilo s pravočasnim diagnosticiranjem mogoče preprečiti (6).

c) Predvideni stranski učinki pri jemanju zdravil

Tožnici je bilo predpisano zdravilo R., ki lahko ob jemanju zmanjša učinkovitost kontracepcijskih tablet. Zdravnica, ki je tožnici predpisala zdravilo, je vedela, da tožnica jemlje kontracepcijske tablete, zmanjšana učinkovitost teh pa je bila med predvidenimi stranskimi učinki zdravila R. Zdravnica tožnice na navedeno ni opozorila. Jemanje zdravila R. je zmanjšalo učinkovitost kontracepcijskega sredstva, kar je posledično povzročilo neželeno zanositev in druge posledice. Zgolj dejstvo, da zdravnica v dolgoletni praksi ni vedela za primer, ko bi jemanje zdravila R. povzročilo zmanjšanje učinkovitosti kontracepcijskih sredstev, ni bilo dovolj, da zdravnica ne bi bila odgovorna za napako, ker je bil to eden izmed znanih in predvidenih učinkov jemanja zdravila R. (7).

č) Premajhna natančnost pri pripravi operacije

Pri tožnici je bil med rutinskim posegom odstranitve maternice ugotovljen tumor na črevesju. Osebe

se je zato med operacijo odločilo še za odstranitev tumorja. Pred nadaljevanjem operacije je bila potrebna nova priprava operacijskega polja. Zaradi premajhne natančnosti pri čiščenju se je po telesu tožnice razlila čistilna tekočina, in sicer tudi po delu, kjer je bila koža v stiku z operacijsko mizo, na kateri je ležal električni nož. To je tožnici povzročilo opekline. Podobne situacije v praksi niso neznane, zato bi morali pred pripravo operacijskega polja poskrbeti, da ne bi prišlo do različnih čistilnih tekočin in stika tekočin z električnim nožem (8).

Med primere, ko zdravniška napaka **ni bila podana**, ampak je šlo za **zaplet pri zdravljenju**, pa je sodišče uvrstilo naslednje situacije:

a) Nepričakovan refleksni gib bolnika, ki je povzročil poškodbo

1. Tožnikovo levo uho je bilo poškodovano med operacijo, izvršeno v lokalni anesteziji. Pri pričviščanju proteze je zaradi dotika kožastega labirinta v notranjem ušesu prišlo do nenaadne zasuka tožnika in do mehanske poškodbe, ker operater ni mogel pravočasno odmakniti instrumentov iz ušesa. Pri tovrstnih operacijah navadno prihaja do blagega dotika kožastega labirinta v ušesu, ki pa pri bolniku navadno povzroči vrtoglavico in bruhanje, sem ter tja tudi premik glave, a običajno ne tako hiter in silovit, da operater ne bi mogel pravočasno odmakniti instrumentov. Tožnikova reakcija je bila zaradi prekomerne občutljivosti njegovega kožastega labirinta neobičajna, njegov refleksni odziv pa je po svoji intenzivnosti več kot le znatno presegel običajne odzive. Ker tožnikove izjemne reakcije ni bilo mogoče predvideti, zdravniku ni mogoče očitati, da ni ravnal s potrebno skrbnostjo (9).
2. Tožnik je v večernih urah prišel v zobozdravstveno ambulanto

zaradi obsežnega gnojnega vnetja. Zob je bilo treba izpuliti, pred tem pa odstraniti mostiček. Poseg je bil opravljen v lokalni anesteziji, ki je popustila šele ponoči. Tožnik je bil med vsem posegom nemiren in je premikal glavo ter druge dele telesa, zaradi česar je bil opozorjen, poseg pa večkrat prekinjen. Med odstranjevanjem mostička je tožnik tako močno sunil z glavo, da mu je sveder poškodoval jezik, čeprav običajno med tovrstnim posegom ne pride do stika svedra z jezikom ali dlesnimi. Sama uporaba medicinskih orodij, ki so sposobna povzročiti telesno poškodbo, še ne pomeni, da gre za nevarno dejavnost in da je uporabnik posledično odgovoren za vso morebitno nastalo škodo. Poseg je bil opravljen strokovno pravilno in v skladu s sprejeto doktrino, do zareze pa je prišlo zaradi nenadnega tožnikovega sunka z glavo (10).

b) Nepredviden pojav redke bolezni, za katero do tedaj ni bilo vidnih znakov

Tožnik je bil 2. 2. sprejet na interni oddelek bolnišnice zaradi bolečin v spodnjem delu telesa z diagnozo ulcus ventriculi sup. Med 2. 2. in 10. 2. so bile opravljene vse predvidene preiskave, kirurg se je glede na stanje dne 9. 2. strinjal s predvidenim potekom zdravljenja. 10. 2. je bil pri tožniku ugotovljen akutni abdomen. Tožnik je bil takoj premeščen in operiran zaradi gangrene črevesja. Vzrok zanjo je bila trombofilija, redka bolezen, za katero se testi rutinsko ne opravljajo. Medicinske indikacije za to bolezen ni bilo, saj so bili tožnikovi rezultati tudi glede trombocitov normalni. Bolezen je potekala prikrito, tožnik pa je bil ob poslabšanju stanja takoj operiran (11).

c) Napačna diagnoza redke bolezni

Tožnica se je pri toženki od 10. 7. do 30. 7. zdravila zaradi bolečin v

trtici. Toženka ji je odobrila bolniški dopust ter jo napolila na specialistične preglede, in sicer na RTG-slikanje ledvenega in križnega dela hrbtenice ter k fiziatru in ortopedu. Tožnica je nato prenesla zdravniški karton k drugemu zdravniku, ki jo je zdravil od avgusta do marca naslednje leto, postavil tožnici diagnozo lumbalni sindrom ter jo napolil na nadaljnje preiskave. V aprilu tega leta je tožnica ponovno zamenjala zdravnika, ki je na podlagi rezultatov preiskav ugotovil, da gre za maligni tumor. Glede na to, da je šlo za redko obliko bolezni, ki je bila še v fazi razvoja in na katero zgolj z dotedanjimi rezultati preiskav (do 30. 7., ko je tožnico obravnavala toženka, je bilo izvedeno le RTG-slikanje) ni bilo mogoče posumiti, toženka kljub napačni diagnozi ni odgovorna za zdravniško napako, saj je ravnala v skladu s strokovnimi standardi in profesionalno skrbnostjo ter relativno zgodaj začela z natančnejšo diagnostiko (12).

Bolniki vlagajo vedno večje število odškodninskih zahtevkov. Vsak zdravstveni delavec mora biti zato že zaradi narave svojega dela pripravljen na možnost, da se kot toženec znajde v sodnem postopku. Upam, da so izbrani primeri vsaj približno nakazali mejo, ki jo je med zdravniško napako (in posledično odškodninsko odgovornostjo zdravnika) ter zapletom pri zdravljenju (za katerega zdravnik ne odgovarja) do sedaj začrtala sodna praksa.

Normalno je, da je **prag potrebne strokovne skrbnosti v zdravstvu visok**. Zdravnik mora predvideti ne le najbolj običajne, temveč tudi tiste zaplete, ki se pojavljajo redkeje, a jih je mogoče predvideti (so npr. že opisani v strokovni literaturi). Za njihovo preprečitev je dolžan uporabiti vse običajne strokovne metode. Zdravnikova odgovornost je z gotovostjo izključena le tedaj, kadar gre za zelo redek nepričakovan odziv, ki ga po do tedaj zbrani medicinski dokumentaciji bolnika ni bilo mogoče predvideti, uporaba dodatnih preventivnih ukrepov poleg običajnih pa bi

bila pretirana tako po učinkih kot po stroških (npr. preventivna uporaba popolne anestezije namesto lokalne pri vsaki operaciji pričvrščanja proteze v uho zaradi morebitne preprečitve refleksnega premika bolnika, čeprav v veliki večini primerov zadošča lokalna anestezija).

Ob tem je treba poudariti še, da **odškodninska odgovornost za zdravniško napako** pokriva le odgovornost konkretnega zdravnika (oz. drugega zdravstvenega osebja ali zdravstvene ustanove) za nestrokovno ravnanje v posameznem primeru, ne omogoča pa uveljavljanja odškodnine, kadar gre za napake, ki so posledica sistemske neurejenosti področja (npr. predolge čakalne dobe, neustrezna oprema, neustrezna organiziranost dela itn.). To področje v našem pravu še ni celovito urejeno. Glede na to, da obstoječe statistike redno ugotavljajo poslabšanje zdravstvenega stanja bolnikov tudi zaradi teh razlogov (na katere posamezen zdravnik ali zdravstveni delavec nima vpliva), bo treba v prihodnje vzpostaviti tudi odškodninsko odgovornost pristojnih organov za sistemske napake tega področja.

Viri:

1. Andrej Robida: Trdovratnost zavajajočega izraza »zdravniška napaka« in mednarodna klasifikacija varnosti pacientov, Revija Isis, leto XX., št. 3, marec 2011, str. 24.
2. Ada Polajnar Pavčnik: Pravo in medicina. Ljubljana, Cankarjeva založba, 1998, str. 94.
3. Ada Polajnar Pavčnik: Pravo in medicina. Ljubljana, Cankarjeva založba, 1998, str. 95.
4. Strokovna terminologija v primerih je povzeta po sodnih odločbah, ker sama nisem strokovnjak na področju medicine.
5. Vrhovno sodišče RS, zadeva II Ips 342/2014 z dne 22. 1. 2015.
6. Višje sodišče v Mariboru, zadeva I Cp 1330/2013 z dne 11. 3. 2014.
7. Višje sodišče v Ljubljani, zadeva I Cp 870/2004 z dne 8. 6. 2005.
8. Višje sodišče v Celju, zadeva I Cp 652/2011 z dne 2. 2. 2012.
9. Vrhovno sodišče RS, zadeva II Ips 190/2008 z dne 3. 4. 2008.
10. Vrhovno sodišče RS, zadeva II Ips 758/2006 z dne 19. 3. 2009.
11. Vrhovno sodišče RS, zadeva II Ips 819/2007 z dne 8. 7. 2009.
12. Višje sodišče v Celju, zadeva 1102/2009 z dne 14. 5. 2010.

Zadržite zdravnike

Prevod in priredba: prof. dr. Boris Klun, dr. med., v. svet.,
Ljubljana
boris.klun@gmail.com

»Zadržite zdravnike na Hrvaškem in zagotovite jim dostojne pogoje za delo,« je poziv, ki ga je sprožilo Združenje hrvaških bolnišničnih zdravnikov.

Le nekaj let pred vstopom Hrvaške v Evropsko unijo so se pričeli pojavljati članki z vprašanji, koliko zdravnikov utegne zapustiti Hrvaško po vstopu.

Prav malo zaskrbljenosti je bilo čutiti, celo neke vrste zadovoljstvo, da se bo hrvaška medicina v Evropi lahko dobro izkazala.

Danes, nekaj let kasneje, je zaskrbljenost prevladala. Odšlo je 220 zdravnikov, kar na prvi pogled ni veliko, vendar so to le tisti, ki so zahtevali potrjena zbornice, dejansko število pa naj bi bilo okoli 900. Ob tem je treba povedati, da na Hrva-

škem že danes manjka od 2000 do 3000 zdravnikov. Posebno zaskrbljujoče pa je, da odhajajo vse mlajši ljudje, med 35. in 40. letom starosti.

Če vržemo pogled na izdana potrdila v času od julija 2014 do julija 2015, je za potrdila zaprosilo 460 zdravnikov, 214 moških in 246 žensk.

Največ je specialistov (270), sledijo jim zdravniki družinske medicine. Od specialistov je daleč največ anesteziologov in reanimatologov, sledijo rentgenologi, internisti in psihiatri.

Preseneča majhno število pediatrov in kardiologov.

Porazdelitev po državah, kamor odhajajo, je predvidljiva:

Na prvem mestu je Združeno kraljestvo (92), ki mu sledi Nemčija (89). Precej manj jih odhaja v Avstrijo

(41). Vse ostale številke so mnogo nižje, veljalo bi omeniti Bosno in Hercegovino (11), Slovenijo (10), kamor jih je odšlo več kot v Švico (9), Združene arabske emirate (7), na istem mestu se nahaja Italija. Na koncu so nekatere bolj eksotične destinacije s po enim migrantom (Finska, Kosovo, Panama, Rusija).

Morda ne kaže verjeti vsem podatkom, kajti v seznamu ni nobenega kandidata, ki bi odšel v ZDA, medtem ko se v spremljajočem besedilu ZDA omenjajo kot ena pomembnih držav.

Poziv je mnenje neke cehevske organizacije in ne vključuje drugih zdravstvenih delavcev. Še večji problem, ki se ga v glasilu Hrvaške zdravniške zbornice malokrat omenja, je odhajanje medicinskih sester.

P. S. Na mesto novega predsednika Hrvaške zdravniške zbornice je bil izvoljen mr. sc. Trpimir Goluža. Sijajno področje za takojšen začetek dela.

Vir: *Liječničke Novine*, junij 2015

Izkoreninjenje tuberkuloze

Prevod in priredba: prof. dr. Boris Klun, dr. med., v. svet.,
Ljubljana
boris.klun@gmail.com

Tuberkuloza, stara dama, je še vedno glavni vzrok smrtnosti med vsemi bakterijskimi boleznimi. Smrtnost znaša po vsem svetu še vedno približno 1,5 milijona, kar pomeni v enem letu samo nekoliko manjše število umrlih, kot šteje vse prebivalstvo Slovenije.

Leta 1908 je bil v Washingtonu eden takrat redkih medicinskih kongresov, ki mu je predsedoval Robert Koch. Ob vsej njegovi slavi in nedvomnem poznavanju bolezni je napovedal, da bo prišlo do izkoreni-

njenja tuberkuloze v petindvajsetih letih, torej nekako do leta 1933.

Najnovejša strategija Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), pod imenom Post-2015 Strategy, napoveduje izkoreninjenje tuberkuloze, vsaj v epidemični obliki, do leta 2035, vendar le malo strokovnjakov verjame tem številkam.

We Can Eliminate TB in 25 years... 1908
International TB Congress



Nekatera nova odkritja vzbujajo upanje. Predvsem so to nove laboratorijske metode, zlasti molekularni testi, s katerimi je mogoče v nekaj urah iz vzorca dokazati *M. tuberculosis*, hkrati pa tudi prisotnost genskih mutacij, ki so odgovorne za morebitno odpornost proti zdravilom.

Nova zdravila, čeprav šele kratak čas v uporabi, obetajo dobre, celo dramatične uspehe. Isto velja za odkritje in izdelavo novih cepiv.

Čeprav je cepivo proti tuberkulozi že dolgo poznano, pa njegovo delovanje pri odraslih ni zadovoljivo. Nekatere države z nizko stopnjo

tuberkuloze so ukinile cepljenje vsega prebivalstva in se omejile le na rizične skupine. Nova, boljša cepiva bi spremenila takšna razmišljanja.

Vir: Liječničke Novine, junij 2015

Koroška: Zmanjšali bodo število postelj v bolnišnicah

Prevod in priredba: Marjan Kordaš, Ljubljana

marjan.kordas@mf.uni-lj.si

V prihodnjih petih letih naj bi se število postelj za akutne primere zmanjšalo za vsega skupaj 8 odstotkov. To predvideva regionalni strukturni načrt za zdravstvo (*Regionale Strukturplan Gesundheit*). Od dosedanjih 3488 postelj za akutne primere v koroških bolnišnicah naj bi jih bilo v prihodnje le 3208. V Redovni bolnišnici (*Ordensspital*) Friesach ter v Bolnišnici elizabetink (*Krankenhaus der Elisabethinen*) v Celovcu bodo zaprli oddelek za kirurgijo, v bolnišnici Waiern v Feldkirchnu pa bodo zaprli oddelek za interno medicino. V vseh bolnišnicah se bodo zmanjšali oddelki za ginekologijo in porodništvo. Ortopedijo in kirurgijo bodo

združili. Načrtujejo tudi »Primary Health Care Centres«, zaenkrat še potekajo ustrezna pogajanja z zdravniško zbornico. Psihosocialna oskrba naj bi se okrepila; v vseh večjih mestih okrožij naj bi ustanovili ambulatorije. Izgradila naj bi se tudi paliativna oskrba; v Kliniki Celovec (*Klinikum Klagenfurt*) naj bi ustanovili oddelek, vrh tega pa še dva mobilna tima za paliativno oskrbo. Pri tej novi strukturi referentka za zdravstvo Beate Prettnner (SPÖ) pričakuje letni prihranek pri izdatkih približno 10 mio. EUR.

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

Opomba: Kot sem že večkrat poročal, tako avstrijska osrednja zdravniška zbornica kot deželne zbornice so vse doslej ostro nasprotovale ustanavljanju »Primary Health Care Centres« po skandinavskem zgledu – očitno neke vrste zdravstveni domovi – ter so jih slabšalno označevale kot »zdravstvene kolhoze«. V nedavnem intervjuju z ministrico za zdravje je slednja nekoliko omilila stališče, a očitno vztraja pri osnovni zamisli. Menim, da poročilo zgoraj med vrsticami pove, da je avstrijska zdravniška zbornica kar trd pogajalec.

Madžarska: zdravniki in osebje za nego protestirajo

Prevod in priredba: Marjan Kordaš, Ljubljana

marjan.kordas@mf.uni-lj.si

Pred kratkim je v Budimpešti v dveh protestnih pohodih zaradi nizkih dohodkov ter slabih delovnih razmer protestiralo več tisoč zdravstvenih delavcev. Akcije je organizirala

madžarska zbornica strokovnjakov v zdravstvu ter nekatere druge organizacije. To naj bi bilo »resno opozorilo« vladni desnokonservativnega Viktorja Orbana. Povprečni dohodek

delavcev v zdravstvu je 97.000 forintov (318,66 EUR). Vse manj je zdravnikov ter osebja za nego, ker pač odhajajo v zamejstvo, zato je ogrožena medicinska oskrba.

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

Pomen upravljanja in vrednotenja zdravstvenih tehnologij

Doc. dr. Tatja Kostnapfel, mag. farm., Nacionalni inštitut za javno zdravje

Jure Mikolič, mag. farm., Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Vesna Kerstin Petrič, dr. med., Ministrstvo za zdravje RS

Tatja.Kostnapfel@nijz.si

Vrednotenje zdravstvenih tehnologij – VZT (Health Technology Assessment – HTA) postaja uveljavljeno orodje zdravstvene politike, ki podpira z dokazi podprte, trajnostne in nepristranske odločitve na področju zdravstvenega varstva in zdravstvenih tehnologij v korist pacientov.

V evropski mreži za vrednotenje zdravstvenih tehnologij, ki jo podpira ter koordinira Evropska komisija (European Commission, Health and Consumers directorate-general), sodeluje tudi Slovenija. Pravna podlaga je uresničevanje 15. člena Direktive 2011/24/EU Evropskega parlamenta in sveta o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu, ki govori o sodelovanju pri ocenjevanju zdravstvene tehnologije. Unija podpira in olajšuje sodelovanje in izmenjavo znanstvenih informacij med državami članicami v okviru prostovoljne mreže, ki povezuje nacionalne organe ali telesa, pristojne za ocenjevanje zdravstvene tehnologije, ki jih imenujejo države članice. Ta mreža temelji na načelih dobrega upravljanja, vključno s preglednostjo, objektivnostjo, strokovno neodvisnostjo, poštenimi postopki in ustreznim posvetovanjem z zainteresiranimi stranmi.

Cilji mreže za ocenjevanje zdravstvene tehnologije so podpora sodelovanju med nacionalnimi organi ali telesi, podpora državam članicam pri zagotavljanju objektivnih, zanesljivih, pravočasnih, preglednih, primerljivih in prenosljivih informacij o sorazmerni učinkovitosti in, ko je to potrebno, o kratko- in dolgoročni učinkovitosti zdravstvenih tehnologij ter omogočanje učinkovite izmenjave teh informacij med nacionalnimi organi ali telesi. Cilj je tudi podpirati preučevanje narave in vrste informacij, ki se lahko izmenjujejo, ter preprečevati podvajanje ocenjevanja (1).

Za določitev meril za ustanovitev mreže HTA ter določitev prednostnih področij je bila spreje-

ta tudi strategija EU za sodelovanje v mreži HTA: »Strategy paper on EU cooperation on HTA«.

HTA je učinkovito orodje, ki podpira odločevalce politike v njihovih prizadevanjih za učinkovit zdravstveni sistem. Cilj EU-sodelovanja na področju HTA je povečanje kakovosti, količine ter učinkovitosti HTA v Evropi in promocija uporabe v nacionalnih praksah in zakonodaji (2).

Glavni cilji mreže HTA so podpirati države članice pri zagotavljanju objektivnih, zanesljivih, pravočasnih, preglednih, primerljivih in prenosljivih informacij o sorazmerni učinkovitosti in, ko je to potrebno, o kratko- in dolgoročni učinkovitosti zdravstvenih tehnologij, omogočati učinkovite izmenjave teh informacij med nacionalnimi organi ali telesi, podpirati preučevanje značaja in vrste informacij, ki se lahko izmenjujejo, ter preprečevati podvajanje ocenjevanja. Ti sklepi se nanašajo predvsem na zdravila, vendar veljajo tudi za medicinske pripomočke, ki so prav tako pomembni na področju inovacij v korist pacientov, uvesti pa jih je treba na področje vseh zdravstvenih tehnologij.

Razvoj novih zdravstvenih tehnologij ter zdravil, bioloških zdravil, cepiv, krvnih pripravkov, medicinske opreme in pripomočkov, predvsem pa boljša osveščenost bolnikov ter omejenost finančnih virov, namenjenih za zdravstveno varstvo, kažejo na vedno večje potrebe po vzpostavitvi sistema za določanje prednostnih nalog v zdravstvu.

Pomemben sestavni del medicinskih tehnologij predstavljajo tudi medicinski postopki, preventivni in diagnostični, kot tudi terapevtski in rehabilitacijski. Z javnofinančnega vidika vrednotenje zdravstvenih tehnologij skrbi za transparentno dodelitev sredstev med zdravstvene programe in s tem vpliva na postavljanje prednostnih nalog oz. pomaga pri odločanju o izbiri najučinkovitejših programov (6).

V Sloveniji se s potrebo po bolj-šem upravljanju in vrednotenju (zahtevnejših) zdravstvenih tehnologij soočamo že vrsto let.

Zaradi skokovitega razvoja medicinske in drugih znanosti, tehnologije zdravljenja na področju zdravstvene oskrbe ter oskrbe z zdravili in medicinskimi pripomočki hitro zastarajo. Pojavljajo se nove tehnologije s težnjo po takojšnji širitvi uporabe. V strokovni literaturi se novim tehnologijam zdravljenja pripisuje prevladujoč vpliv na rast izdatkov za zdravstvo, zato skušajo vse razvite države z ustreznimi politikami in institucionalnimi ureditvami obvladovati takšne pritiske na rast izdatkov (3).

V javnih zdravstvenih sistemih držav EU se v ta namen uporabljajo pregledni sistemi vrednotenja zdravstvenih tehnologij, ki se izvajajo na ravni EU, nacionalni ravni, na ravni izvajalcev in plačnikov ter na ravni oddelkov v bolnišnicah.

Na področju zdravstvene oskrbe je bil postavljen protokoliran proces za presojo metod in postopkov zdravljenja, ko je Ministrstvo za zdravje sprejelo poseben pravilnik, ki ga uporablja Zdravstveni svet za ocenjevanje vlog za uvajanje novih metod in postopkov zdravljenja, ne pa tudi za vrednotenje oz. sprejemanje odločitev o opuščanju zastarelih tehnologij zdravljenja (3).

Zdravstveni svet, ki je oblikovan kot najvišji usklajevalni in posvetovalni organ na področju zdravstvenega varstva pri Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije, pri uvajanju novih metod zdravstvene obravnave obravnava predloge razširjenih strokovnih kolegijev in drugih predlagateljev, kadar vplivajo na vsebino in obseg zdravstvenega varstva, s tem pa na zdravstveno politiko in financiranje zdravstvenega varstva.

Zdravstveni svet v skladu s svojimi pristojnostmi predlaga, minister pa odloči, katere so tiste novosti, ki bodo v naslednjem proračunskem obdobju obravnavane prednostno, skladno s 63. členom Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (4).

Odločanje Zdravstvenega sveta poteka po večkrat prenovljenem postopku. **Sedanji »Postopek obravnave vlog za nove zdravstvene programe« je bil sprejet na seji 3/2015 Zdravstvenega sveta dne 1. 4. 2015.** Končni namen Postopka je pregledno odločanje o vključevanju oz. financiranju tistih metod zdravstvene obravnave, ki izkazujejo klinično in stroškovno učinkovitost. Postopek predlaganja in ocenjevanja novosti temelji na načelih z dokazi podprte medicine (Evidence Based Medicine, EBM) in HTA (Health Technology Assessment). Ocenjevanje predlaganih novosti poteka skladno z vnaprej določenimi kriteriji in časovnimi okvirji. Vse predlagane novosti, ki zahtevajo dodatna sredstva, so razvrščene na prednostni seznam (4).

V predlogu **Resolucije o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2015–2025** je pomemben del namenjen ureditvi uporabe VZT na celotnem področju načrtovanja in spremljanja novih tehnologij. Treba je zagotoviti strukturno podporo in vzpostaviti pregleden sistem VZT, v katerem bi jasno ločili strokovne in odločevalske procese. V strokovne procese bi morali vključiti strokovnjake s področja VZT, razširjene strokovne kolegije posameznih strok, terciarne ustanove idr. Zdravstveni svet bi ohranil ključno odločevalsko vlogo ob koncu procesa VZT, to je ob pregledu in kritični presoji prioriteteznega seznama predlaganih novih tehnologij (3).

Neskladje med novimi možnostmi zdravstvene obravnave ter potrebami, zahtevami in možnostmi njihovega plačevanja se povečuje. Pri uvajanju novosti je treba upoštevati njihovo strokovno medicinsko učinkovitost, pomembnost zdravstvenega problema za zdravje posameznika in javno zdravje, potrebo po uvedbi novega načina obravnave, njeno ekonomsko upravičenost, vire financiranja in uravnoteženost obravnave različnih zdravstvenih problemov (4).

Veliko evropskih držav ima javne agencije za HTA. Te institucije zdru-

žuje sistematičen in pregleden proces za povzemanje informacij medicinskega, sociološkega in ekonomskega značaja o uvajanju ter razširjanju novih tehnologij. Učinki HTA so po navadi posredni in se razlikujejo med državami (5).

HTA je pomembno orodje za sprejemanje odločitev v zdravstvenih sistemih in za ustvarjanje zdravstvene politike na vseh ravneh. Kot znanstvena disciplina lahko bistveno izboljša procese in kakovost odločanja v zdravstvu. Z javnofinančnega vidika HTA skrbi za pregledno načrtno razdeljevanje sredstev med zdravstvene programe in s tem vpliva na postavljanje prioritet oz. pomaga pri odločanju o izbiri najučinkovitejših programov. Slednja je pomembna tako za bolnika kakor tudi za zavarovanca, ne nazadnje z zdravstvenega in finančnega vidika.

Evropska mreža za vrednotenje zdravstvenih tehnologij (**European Network for Health Technology Assessment**, v nadaljevanju **EUnetHTA**) definira HTA kot multidisciplinarni proces, ki sistematično, pregledno, objektivno in robustno združuje informacije o medicinskih, socioloških, ekonomskih in tudi etičnih vprašanjih, povezanih z uporabo zdravstvenih tehnologij.

Način organizacije HTA je odvisen predvsem od velikosti države, razpoložljivosti kadrov, virov financiranja in političnih odločitev. Ker je Slovenija država z zelo omejenimi kadrovskimi viri, ki bi bili sposobni izvajati študije HTA, bi bila ustanovitev strukturirane mreže za HTA, ki bi povezovala in integrirala obstoječe nacionalne institucije, najprimernejši pristop za vrednotenje zdravstvenih tehnologij (5).

Da bi bilo vrednotenje koristno, mora zagotoviti pravočasne in ustrezne informacije, ki upoštevajo dejanske potrebe ter zahteve zdravstvenega sistema. Povezati je treba tako regulatorje in plačnike kot tudi paciente in industrijo, kar je vsekakor zahteven proces (5).

Uvajanje novih, spremenjenih in dopoljenih tehnologij v Sloveniji torej poteka na različne načine. Predvsem je to izraženo pri procesu vključevanja zdravil v javni zdravstveni sistem. Zdravila, ki se predpisujejo na recept, zdravila v bolnišnični rabi in zdravila, katerih financiranje je urejeno na podlagi vloge predlagatelja, temeljijo na različnih postopkih, in sicer je področje zdravil, ki se predpisujejo na recept, v domeni Komisije za razvrščanje zdravil na liste, o vključevanju zdravil, katerih financiranje je urejeno na podlagi vloge predlagatelja, odloča Zdravstveni svet, odločitve o uporabi obstoječih in novih zdravil, ki jih potrebujejo hospitalizirani bolniki, pa so prepuščene odločitvam posameznih bolnišnic ali drugih zdravstvenih zavodov (6).

Sistem HTA za zdravila je pri nas že dobro zaživel. Za razvrščanje zdravil na listo je zadolžen Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). Od zadnje spremembe Pravilnika o razvrščanju zdravil na listo leta 2013 je za vložitev vloge za razvrstitev novega zdravila ali nove indikacije že razvrščenega zdravila obvezna tudi farmakoekonomska raziskava. Farmakoekonomske analize, ki se lahko uporabijo kot temelj za oceno farmakoekonomskih podatkov, so analiza stroškovne učinkovitosti, analiza stroškovne koristnosti, analiza zmanjševanja stroškov ali analiza stroškov (8).

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) ocenjuje zdravilo na podlagi rezultatov farmakoekonomske analize in analize finančnih učinkov, ki mora biti prikazana za obdobje prvih treh let kritja zdravstvenega zavarovanja.

V primeru analize stroškovne učinkovitosti oz. koristnosti, narejene ali prilagojene za slovenski prostor, se kot podlaga za oceno zdravila upošteva tudi mejno razmerje stroškovne učinkovitosti, kot razmerje prirastka stroškov in prirastka učinkovitosti ali koristnosti med novim in standardnim zdravljenjem (ICER). Za mejno

razmerje med stroški in učinki je od leta 2013 določena vrednost 25.000 EUR/QALY (quality-adjusted life year – leto zdravstveno kakovostnega življenja) in je enaka 1,5 BDP na prebivalca. Pri mnogih vlogah za razvrstitev novega zdravila je vrednost ICER višja od navedene vrednosti. Zato se ZZZS s predlagatelji pogaja za dosego takšne cene zdravila, da bi zdravilo postalo stroškovno učinkovito (8).

ZZZS ima glede na predpise možnost skleniti več vrst dogovorov s farmacevtskimi družbami, med drugim tudi kompleksnejše dogovore, kot so npr. razmerje cena zdravila – obseg prodaje, povračilo prekoračenih izdatkov za zdravilo ali delitev tveganja.

International Society for Pharmacoeconomics and outcome research – ISPOR je mednarodna organizacija, katere poslanstvo je povečati učinkovitost, uspešnost in pravičnost zdravstvenega varstva z namenom izboljšanja zdravja. Ima širok obseg dejavnosti ter vključuje tudi rezultate raziskovalcev, razvijalcev zdravstvenih tehnologij in ocenjevalcev, regulatorje, zdravstvene ekonomiste, oblikovalce politike zdravstvenega varstva, plačnike, izvajalce, bolnike, prebivalstvo in družbo kot celoto.

V juniju je ISPOR organiziral brezplačen štiridnevni tečaj **ISPOR PILOT HTA Course for CEE countries**, kjer smo bili prisotni predstavniki iz 13 srednje- in vzhodnoevropskih držav. ISPOR je prvič organiziral tovrstno izobraževanje in tako predavatelji kot organizator so izrazili željo po čim večji interaktivnosti na predavanjih. Tako je bilo med predavanji veliko izmenjevanja informacij o izkušnjah in zdravstvenih sistemih v državah udeležencev. Vsak dan so bile na sporedu tudi praktične delavnice.

Na začetku je potekala predstavitev organizacije ISPOR, ki je prisotna v večini držav po svetu, njihova spletna stran <http://ispor.org/> pa ponuja mnogo informacij, predstavi-

tev in uporabnih orodij za raziskovalce, odločevalce in bolnike. Sledila je predstavitev pomena vrednotenja zdravstvenih tehnologij in področij, kjer se lahko uporabljajo, ter praktična podstavitev posameznih farmakoekonomskih študij.

Pred izobraževanjem smo morali udeleženci izpolniti anketo o uporabi HTA v svoji državi. Predstavili so rezultate ankete, kjer so prikazali uporabo HTA v sodelujočih državah ter njihov zdravstveni sistem.

Tudi na podlagi pridobljenih znanj na tem tečaju lahko zaključimo, da obstaja v Sloveniji potreba po ustanovitvi skupine HTA, ki bi lahko pripomogla h kakovostnejšemu vrednotenju novih in obstoječih zdravstvenih tehnologij ter ocenjevanju stroškovne učinkovitosti zdravil ter medicinskih pripomočkov.

Literatura:

1. Direktiva 2011/24/EU evropskega parlamenta in sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu (Uradni list Evropske unije št L88/45 z dne 4.4.2011). Directive 2011/24/EU on the applications of patients' rights in cross-border healthcare, Article 15(2). <http://old.eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:SL:PDF>
2. Strategy for EU Cooperation on Health Technology Assessment. http://ec.europa.eu/health/technology_assessment/docs/2014_strategy_eucooperation_hta_en.pdf
3. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2015–2025. Skupaj za družbo zdravja – predlog. Ministrstvo za zdravje, 2015, pridobljeno s spletne strani: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javna_razprava_2015/Resolucija29_06_2015.pdf
4. Novi Postopek obravnave vlog za nove zdravstvene programe. [http://www.mz.gov.si/si/o_ministrstvu/zdravstveni_svet_in_ostala_posvetovalna_telesa/zdravstveni_svet/postopek_zavloge/Marušič_D_Kako_do_HTA_v_Sloveniji?](http://www.mz.gov.si/si/o_ministrstvu/zdravstveni_svet_in_ostala_posvetovalna_telesa/zdravstveni_svet/postopek_zavloge/Marušič_D_Kako_do_HTA_v_Sloveniji?Zdrav_Vestn_2010;79:2)
5. Zdrav Vestn 2010; 79: 2.
6. Turk E, Prevolnik Rupel V. Vrednotenje zdravstvenih tehnologij (HTA) v Sloveniji – status quo, izzivi, Predlogi. Bilt-ekon organ inform zdrav 2010; (26)1: 3–13. 1
7. ISPOR – International Society for Pharmacoeconomics and Outcome research. PILOT HTA course for CEE countries. Zagreb, junij 2015.
8. Pravilnik o razvrščanju zdravil na listo. <http://www.uradni-list.si/1/content?id=112932>
9. <http://www.uradni-list.si/1/content?id=112932>



Joint Action EUnetHTA 3 ali »zdaj gre zares«

Dr. Valentina Prevolnik Rupel, univ. dipl. ekon.,

Inštitut za ekonomska raziskovanja

Dr. Marjetka Jelenc, dr. med.,

Nacionalni inštitut za javno zdravje

marjetka.jelenc@nijz.si

V Københavnu je 28. in 29. maja 2015 potekalo zadnje plenarno zasedanje skupščine projekta Joint Action European Network for Health Technology Assessment 2 (JA EUnetHTA 2). Iz Slovenije sva se zasedanja udeležili predstavnici obeh sodelujočih partnerjev: Marjetka Jelenc kot predstavnica Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) ter Valentina Prevolnik Rupel kot predstavnica Inštituta za ekonomska raziskovanja (IER).

EUnetHTA je bila vzpostavljena leta 2006 in je do leta 2008 delovala kot projekt, ki ga je sofinanciral Directorate General for Health and Consumers (DG Sanco). Zaradi velikega pomena vrednotenja zdravstvenih tehnologij (pojem vključuje vse farmacevtske izdelke, naprave, postopke, organizacijske sisteme, ki se uporabljajo v zdravstvu) je EUnetHTA leta 2009 delovala kot kolaboracija zainteresiranih partnerjev, že leta 2010 pa se je začel projekt JA EUnetHTA 1, ki je potekal do leta 2012; sledil mu je JA EUnetHTA 2, ki se zaključuje s koncem leta 2015 (1).

Cilj EUnetHTA je postavitev trajne mreže za vrednotenje zdravstvenih tehnologij, ki bi na podlagi skupnih orodij in podatkov v medsebojnem sodelovanju »Health Technology Assessment« (HTA) agencij oz. teles na evropski ravni zagotavljala pregledne, zanesljive in prenosljive študije o vrednotenih tehnologijah. Medtem ko je bil cilj projekta JA EUnetHTA 1 razviti skupna orodja, komunikacijske poti, baze

podatkov in postopke, je cilj JA EUnetHTA 2 vsa pripravljena orodja preizkusiti na konkretnih primerih, sodelovanje in izdelke nadzorovati in ovrednotiti ter vzpostavljeno mrežo EUnetHTA pripraviti na trajno in stalno delovanje v skladu s 15. členom Direktive o čezmejnem prehodu pacientov. Glavna delovna paketa za testiranje orodij sta delovni paket 4 (»Core HTA«), ki je testiral skupno pripravo celovitih modelov HTA na evropski ravni skupaj z naknadno nacionalno prilagoditvijo, ter delovni paket 5 (»Pharmaceuticals«), ki se je ukvarjal s pripravo hitrih presoj izbranih tehnologij. Hitra presoja zajema ovrednotenje tehnološkega vidika, sedanjo uporabo tehnologije, presojo varnosti in pregled klinične učinkovitosti, ne upošteva pa ekonomskega, organizacijskega, etičnega, pravnega in socialnega vidika uvedbe nove tehnologije. Vsi ostali delovni paketi projekta so oba »produksijska« paketa podpirali z dejavnostmi, kot so: ocenjevanje, usklajevanje, objavljanje, informacijska podpora in storitve ter priprava smernic. NIJZ se je v sklopu projekta JA EUnetHTA 2 aktivno vključeval v oba ključna vsebinska delovna paketa, 4 in 5, ter v delovni paket 2 (»Dissemination«) ter se redno udeleževal plenarnih skupščin projekta. NIJZ je sodeloval tudi pri pripravi članka o hitri presoji zdravil, ki je bil objavljen v ugledni reviji Cambridge University Press, International Journal of Technology Assessment in Health Care (2).

IER se je dvakrat kot vodilni raziskovalec ter na nekaj domenah tudi kot sekundarni raziskovalec vključil v pripravo dveh od treh celovitih modelov HTA. Prvi je bil presejanje raka debelega črevesa in danke (sodeloval je tudi NIJZ), drugi pa strukturirana telefonska podpora pri pacientih s kroničnim srčnim popuščanjem. V skladu s svojim poslanstvom in znanjem so se na IER vključevali v delo na ekonomski, organizacijski ter tehnični domeni. Prav tako so na IER soavtorji publikacije »Smernice za pripravo ekonomskih analiz na evropski ravni«, objavljene na naslovu www.euneta.eu/outputs/euneta-methodological-guideline-methods-health-economic-evaluations.

Cilj predvidenega novega projekta JA EUnetHTA 3 je postaviti trajno vrednotenje zdravstvenih tehnologij na ravni Evropske unije (EU) ter ga izvajati neprojektno, na podlagi dejanskih potreb posameznih držav. Študije se bodo izvajale v sodelovanju vseh vključenih institucij oz. agencij HTA, ki jih bo zanimalo sodelovanje v mreži. V postopek vrednotenja posamezne tehnologije se bodo vključile seveda tiste države, v katerih se bo izbrana vrednotena tehnologija uvajala v javno financiranje. Prvič bo zato v mreži EUnetHTA pomembno sodelovanje vseh deležnikov v posameznih državah: plačnika, odločevalca ali drugega naročnika. V Sloveniji imata trenutno na področju uvajanja zdravil in medicinskih pripomočkov v javno financiranje pomembno vlogo Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, na področju drugih tehnologij (postopki, nova organizacija in postopki, cepljenja) pa Ministrstvo za zdravje.

Skupno vrednotenje zdravstvenih tehnologij na ravni EU je velikega pomena za sodelujoče države (3), ki

bodo pridobile hiter dostop do študij HTA (EUnetHTA se s farmacevtskimi podjetji in združenji dogovarja za hitro pridobitev informacij o zdravih). Pomembno je kombiniranje kadrovskih virov različnih agencij HTA, njihovo sodelovanje in izmenjava znanja in izkušenj ter dostopa do podatkovnih baz in informacij. Prav tako bo priprava študij HTA cenejša, saj bo narejena le enkrat na ravni EU, pripravo pa bo sofinancirala EU; potrebna bo torej le nacionalna prilagoditev študij. Le-ta naj bi postala standardna, saj skuša EUnetHTA postopke priprave študij uskladiti in jih začrtati v skladu s skupnimi protokoli in modeli. Države, ki so doslej uporabljale svoje standarde in postopke, bodo imele z uskladitvijo protokolov kar nekaj težav in

dela, seveda pa je njihova prednost v znanju in obsežni praksi na področju vrednotenja, kar jim bo olajšalo prehod. Nekatere države (npr. Belgija) so ta korak že naredile in so svoje protokole prilagodile protokolom EUnetHTA. Druge države (npr. Francija) so sredi procesa, nekatere pa v proces še niso vstopile (npr. Anglija, Nemčija).

Sloveniji bi JA EUnetHTA 3 lahko prinesel bolj pregledne in hitre postopke vrednotenja, večjo kakovost študij, prihranke zaradi sodelovanja z drugimi državami ter sprotno vključenost v razvoj področja na evropski ravni. Še posebej pa pomen JA EUnetHTA 3 avtorici vidiva v večjem zavedanju in poznavanju deležnikov o pomenu vrednotenja zdravstvenih tehnologij doma ter posledično

sprejetje odločitve o ustanovitvi agencije oz. oddelka ali druge organizacijske enote, ki se bo ukvarjala z vrednotenjem zdravstvenih tehnologij. Ustanovitev le-te na NIJZ podpira zadnja sprememba Zakona o zdravstvenem varstvu iz leta 2014.

Literatura:

1. Jelenc M, Kalan Živčec G. Začenja se JA EUnetHTA 2. *Isis* 2012; 8–9: 20–21.
2. Kleijnen S, Pasternack I, Van De Castele M, Rossi B, Cangini A, Di Bidino R, Jelenc M, Abrishami P, Autti-Ramo I, Seyfried H, Wildbacher I, Goettsch W. Standardized reporting for rapid relative effectiveness assessments of pharmaceuticals. *Int J Techn Assess Health Care* 2015; vol 30, 5: 488–496.
3. McKee M, Reche B, Busse R. Healthcare public health. In: *Facets of public health in Europe*. London 2014; 135–152.

Obvezno cepljenje otrok v Kaliforniji

Jurij Kurillo, dr. med., Kranj
jurij.mihail@siol.net

Kakor povzemam po časopisu *Contra Costa Times* (1. 7. 2015), je guverner zvezne države Kalifornija Jerry Brown s svojim podpisom spremenil senatni odlok 277 (Senate Bill 277) v zakon. Gre za zakonski predpis o obveznem cepljenju vseh kalifornijskih otrok, ki obiskujejo bodisi zasebne bodisi javne šole, ne glede na osebna ali verska prepričanja staršev. Necepljeni otroci bodo lahko obiskovali šole samo s potrdilom zdravnika, da ne morejo biti cepljeni iz medicinskih razlogov. Zakon bo začel veljati 1. julija 2016, ko bodo morale šole preverjati, ali je bil otrok cepljen pred vstopom v vrtec.

Guverner je zakon utemeljil z naslednjimi besedami: »Znanosti je popolnoma jasno, da cepiva dramatično ščitijo otroke pred številnimi nalezljivimi in nevarnimi boleznimi. Čeprav je res, da ni noben medicinski poseg popolnoma brez tveganja, je dokazano, da cepljenje učinkovito koristi skupnosti in jo zavaruje.«

S tem zakonom se Kalifornija pridružuje dvema drugima, sicer precej konservativnima zveznima državama, kot sta Misisipi in Zahodna Virginija, ki tudi ne dopuščata opustitev cepljenja otrok zaradi osebnih ali verskih prepričanj staršev.

Kalifornijski nasprotniki cepljenja otrok zdaj grozijo z referendumom, ki pa se po mnenju javnosti ne bi posrečil, saj imajo veliko premalo pristašev. V devetdesetih dneh bi morali namreč zbrati kar 365.880 veljavnih podpisov.

Poostrene zahteve za tovrstna cepljenja je bržkone povzročila epidemija ošpic lanskega decembra, ki je izvirala iz zabavišča Disneyland. Takrat je zbolelo 136 oseb, od katerih se je moralo skoraj 20 odstotkov zdraviti v bolnišnici.

Kalifornijski otroci prejmejo deset cepiv proti naslednjim boleznim: davica, hepatitis B, hemofilus influence tip B, ošpice, mumps, oslovski kašelj, otroška paraliza, rdečke, tetanus in norice.

Komunikacija z bolnikom – srečanje specializantov nevrologije

Mag. Martin Rakuša, dr. med., UKC Maribor
ris101@gmail.com

Združenje nevrologov Slovenije je konec meseca junija organiziralo dnevno srečanje specializantov nevrologije. Specializanti iz vseh koncev Slovenije so se zbrali v Radencih. Poudarek srečanja je bil na komunikaciji z bolniki in njihovimi svojci. Na začetku srečanja sta nas v imenu sponzorja pozdravila Dejan Golubič in Matjaž Ficko iz farmacevtskega podjetja Teva. Za podporo in pomoč se jim najlepše zahvaljujemo.

Prvi dan srečanja sta doc. dr. Uroš Rot z Nevrološke klinike, UKC Ljubljana, in asist. mag. Martin Rakuša z oddelka za nevrološke bolezni, UKC Maribor, pripravila predavanji o multipli sklerozi in demenci. Čeprav sta bolezni različni, se pri obravnavi bolnikov srečamo s podobnimi težavami. Obe diagnozi sta dokončni. Bolnikovo življenje se bo lahko bistveno spremenilo. V dobi hitrega pretoka informacij bolniki in njihovi svojci postavljajo več strokovnih vprašanj. Zdravnik mora dostikrat odgovarjati na polresnice in napačne interpretacije z različnih internetnih forumov. Bolnik in njegovi svojci imajo tudi življenjska vprašanja. Zdravnik mora znati razumeti bolnikova vprašanja in na njih primerno odgovoriti. Obravnava bolnika tako zahteva več časa in znanje komunikacije.

Doc. dr. Rot se je v svojem predavanju najprej dotaknil znakov, simptomov in zdravljenja multiple skleroze. Nato je na praktičnih primerih prikazal vprašanja bolnic, ki jih skrbi, ali bodo lahko imele otroke, ali bodo lahko še delale in kako bo zdravljenje vplivalo na njihovo življenje. Poudaril je pomen timskega pristopa. Razložil je, kaj pomeni skrajšan delovni čas in beneficirana delovna doba. Poudaril je, kako poklicno življenje vpliva na samozavest in samostojnost bolnic. Bolnice imajo včasih tudi pomisleke glede zdravljenja. V Sloveniji imamo

na voljo deset različnih zdravil. Starejša zdravila se aplicirajo subkutano, medtem ko so novejša v obliki tablet. V delu svojega predavanja je doc. dr. Rot predstavil, kako razložiti bolnici izbor posameznega zdravila.

V naslednjem predavanju je asist. mag. Rakuša prikazal obravnavo bolnika z demenco. Preko primera je poskusil odgovoriti na nekaj pogostih vprašanj v nevrološki ambulanti. Prvo vprašanje, ki si ga bolniki in njihovi svojci postavijo ob motnji spomina, je: »Ali je to demenca in ali imamo zdravila?« Odgovor na prvo vprašanje je predvsem strokoven. Za postavitev diagnoze morajo biti izpolnjeni diagnostični kriteriji, ki temeljijo na (hetero)anamnezi, laboratorijskih, slikovnih in nevropsiholoških preiskavah. Če postavitev diagnoze značilne Alzheimerjeve demence ni težka, je vseeno potrebno nekaj veččin komunikacije, kako to predstaviti bolniku in njegovim svojcem. Nekoliko težje je pojasniti zdravljenje. Zaenkrat še nimamo zdravila, s katerim bi pozdravili Alzheimerjevo bolezen. Na voljo imamo štiri zdravila (tri inhibitorje acetilholinesteraze in antagonist receptorjev NMDA), s katerimi lahko lajšamo simptome. Bolnike in svoje tudi spodbudimo, da pri zdravljenju vztrajajo.

Z napredovanjem bolezni in zmanjšanjem opravilne sposobnosti se pojavijo predvsem socialna vprašanja. Svojci sprašujejo, kako dolgo lahko bolnik še vozi in kako poskrbeti za mamo ali očeta. Pomembno je, da se o teh vprašanjih pričnemo pogovarjati, še preden nastopi kritičen trenutek. Če svojci ne zmorejo skrbeti za bolnika, je treba urediti domsko varstvo. Idealno je, da se bolnik ali bolnica s tem strinja. V kolikor bolnik tega ni več v stanju razumeti, sta v Sloveniji na voljo dva instrumenta. Zaradi zaščite bolnika se mu lahko dodeli skrbnika za poseben primer ali v skrajnem primeru odvzame opravilna sposobnost. O prvem teče postopek na centru za socialno delo, medtem ko o drugem odloča sodišče. Število odraslih oseb s skrbnikom za poseben

primer iz leta v leto narašča. Po drugi strani je število ljudi z odvzeto operativno sposobnostjo v zadnjih letih približno enako.

Srečanje specializantov smo po predavanjih nadaljevali z večerjo in prijetnim druženjem. Naslednji dan je najprej gospa Damjana Pondelek, svetovalka in komunikatorica, predavala o komunikaciji za varno delo in javno nastopanje. Nato so sledile predstavitve specializantov. Dvanajst specializantov iz različnih slovenskih regij je predstavilo svoje bolnike. Tokrat ni bil poudarek na redkosti in nevrološki zapletenosti primerov, ampak na težavah, ki izvirajo iz nerazumevanja med bolnikom in zdravnikom.

Večina bolnic in bolnikov je imela multiplo sklerozo ali demenco. Specializanti so prikazali svojo stisko, ko mnogokrat nimajo dovolj časa za dolg pogovor z bolnikom. Po drugi strani pa bolniki, predvsem tisti z multiplo sklerozo, pričakujejo obširna pojasnila in zagotovilo, da smo za njih naredili vse. Pri oskrbi bolnika lahko pride tudi do obratne situacije, ko bolnik

zavrača zdravniško pomoč. Mariborska specializantka je lepo prikazala nekaj primerov bolnikov z vaskularnimi dogodki. Pri vseh je bila indicirana nujna hospitalizacija. Šele po velikem trudu ji je uspelo bolnike prepričati, da so ostali v bolnišnici.

Specializanti so opozorili na problem pri dementnih bolnikih. Zaradi demence bolniki zdravnika dostikrat ne razumejo, zato imajo občutek, da so v obravnavi prikrajšani. Tako je npr. bolnica želela večkratno razlago izvida, ki za njeno zdravstveno stanje ni bil pomemben. Na koncu se je izkazalo, da je bil pri bolnici že prisoten kognitivni upad.

Podoben primer je prikazal tudi drug specializant. Bolnik s kognitivnim upadom je prišel na krajšo diagnostično hospitalizacijo. Ob sprejemu je zdravnik njemu in njegovi hčeri podrobno razložil namen predvidene preiskave in trajanje hospitalizacije. Nekaj ur kasneje se bolnik tega pogovora ni več spominjal. Zdravnik si je ponovno vzel čas in si v dolgem pogovoru pridobil bolnikovo zaupanje. V naslednjih dneh je bolnik

opravil vse predvidene preiskave in zadovoljen odšel domov. Vsi opisani primeri kažejo, da se specializanti nevrologije trudijo razumeti in pomagati bolnikom, ki imajo specifične potrebe, ne glede na pomanjkanje časa in druge okoliščine.

Zadnje predavanje je bilo namenjeno krizni komunikaciji. Gospa Pondelek nam je na praktičnih primerih prikazala ravnanje v kritičnih situacijah. V svojem predavanju se je naprej osredotočila na prepoznavanje le-teh. Poudarila je, da je potrebno vse kritične situacije rešiti čim prej. Znotraj institucije je treba zadevo raziskati ter opraviti pogovore z vsemi udeleženci. Pri pojasnjevanju neljubega dogodka zdravnik nujno potrebuje podporo predstojnika in vodstva ustanove, še posebej, če se vpletejo mediji in širša javnost.

Srečanje mladih nevrologov je odlično uspelo. Preko predavanj in primerov smo se dotaknili pomembnih tem.

Naslednje srečanje bo 6. in 7. novembra letos na 2. slovenskem nevrološkem kongresu v Zrečah.

Regionalni kongres Svetovnega psihiatričnega združenja (WPA) v Osaki, Japonska

Katarina Čeranić Ninić, dr. med., specializantka psihiatrije, UKC Maribor
katarina.ceranic@gmail.com

Letos je med 4. in 6. junijem 2015 v japonski Osaki potekal regionalni kongres Svetovnega psihiatričnega združenja (WPA). Na njem se je zbralo več kot 5000 udeležencev iz različnih držav, največ jih je bilo iz Azije. Hkrati s tem srečanjem je potekala tudi 111. redna letna skupščina Japonskega društva za psihiatrijo in nevrologijo (JSPN). Osrednja tema dogodka je bilo povezovanje azijskih psihiatrov s kolegi z vsega sveta. Na kongresu so bile predstavljene različne teme iz psihiatrije in izmenjane klinične izkušnje med kolegi.

Poseben del kongresa je bil namenjen psihiatrom do 40. leta, katerega sem se udeležila tudi sama. JSPN je namreč letos ponujal štipendije za 10 mladih psihiatrov z vsega sveta. Namen je bil, da bi se spoznali z mladimi kolegi z Japonske in z njimi izmenjali izkušnje o vsem, od programa specializacije pa do različnih modelov obravnave pacientov. Med izbranimi štipendisti nas je bilo pet iz Evrope (samo eden iz Slovenije), eden



Podelitev zahval štipendistom na zaključni slovesnosti.

iz Afrike in štirje iz Azije. Osrednja tema je bila obravnava forenzičnih pacientov. Razdeljeni smo bili v dve skupini, kjer je vsak natančno predstavil model obravnave forenzičnega pacienta v svoji državi. Zanimivo je bilo slišati, kako se vsaka država spopada z omenjeno problematiko. Izvedeli smo, da so v Italiji od aprila letos zaprli vse forenzične bolnišnice in vedno večkrat obravnavajo paciente v skupnosti. Tudi v Veliki Britaniji se veliko napora vlaga v izobraževanje bodočih forenzičnih psihiatrov. Po treh letih splošne specializacije imajo še tri leta izobraževanja iz forenzične psihiatrije.

Sama sem predstavila našo Enoto za forenzično psihiatrijo, UKC Maribor, ki je odprta od leta 2012. Ilustrirala sem klinično pot obravnave forenzičnega pacienta v Sloveniji in vse pasti, s katerimi se vsakodnevno srečujemo.

Po končanih predstavitev smo imeli okroglo mizo, na kateri je predsednik WPA, prof. Dinesh Bhugra, odprl dilemo o nujnosti uvajanja subspecializacije iz forenzične psihiatrije. Debata je bila zelo živahna in slišali smo različna mnenja, od tega, da ta subspecializacija sploh ni potrebna, ker splošni psihiater lahko opravlja vse te naloge, do tega, da je

nujno treba imeti takšno specifično izobraževanje.

Vsekakor nam je bilo zanimivo slišati, kako je organizirano zdravstvo oz. psihiatrija na Japonskem. Skoraj četrtino bolnišničnih posteljnih zmogljivosti (okoli 300.000) zasedajo psihiatrični pacienti. Hospitalizacije trajajo od 4- do 5-krat dlje kot pri nas v Sloveniji, tako da ni nenavadno, da pacient ostane na psihiatričnem oddelku 20 in več let. Psihiatri se lahko v nujnem primeru popolnoma neodvisno od pravnega sistema sami odločajo za hospitalizacijo pacienta proti njegovi volji. Tudi specializacija poteka popolnoma drugače kot pri nas. Vsaka bolnišnica namreč sama določa, kako bo potekal program izobraževanja mladega zdravnika, tako da lahko specializacija traja od 3 do 5 let. Lahko se zgodi, da nekdo dokonča specializacijo iz psihiatrije in pri tem ni nikoli videl, kako se obravnava forenzičnega pacient. Poročali so, da od leta 2011, ko je katastrofalni cunami zadel japonsko obalo, opažajo povečanje števila odvisnih od alkohola.

Japonski kolegi so nas peljali na ogled oddelka za forenzično psihiatrijo v Osaki. Oddelek ima 33 postelj, ki so večinoma polno zasedene. Veliko pozornosti namenjajo delovni terapiji in rehabilitaciji teh pacientov. Pacienti

imajo na razpolago različne ustvarjalne, zaposlitvene in športne skupine. Posebnost je, da se v sklopu tega oddelka nahaja tudi majhno stanovanje, urejeno v tradicionalnem japonskem stilu, t.i. *ryokan*. Ryokan je opremljen z vsemi gospodinjskimi aparati. Njegov namen je, da gre pacient, ki je tik pred odpustom iz bolnišnice, tja živeti. Sam skrbi za vsa gospodinjska opravila, kuha, pere in čisti. Osebe mu pomagata, samo če je kaj nujnega. Ideja je, da se na ta način pacient čim bolj pripravi za samostojno življenje v skupnosti.

Mednarodni kongres se je zaključil s posebno slovesnostjo, na kateri so nam štipendistom podelili zahvale. Japonci so znani kot pravi mojstri za slovesnosti, kar se je lahko videlo tudi po načinu, kako so organizirali zaključni večer. Vsak štipendist je dobil posebej zanj pripravljeno zahvalo.

Zaključim lahko, da je bil celoten kongres fantastično organiziran. Japonski kolegi so se maksimalno potrudili, da bi nam predstavili svojo kulturo in način dela. Lahko smo se prepričali, kako disciplinirani, delovni in točni so. Prav zato upam, da bomo sodelovanje nadgradili s skupnimi projekti, s katerimi bomo bogatili psihiatrijo, predvsem forenzično psihiatrijo, in tako prispevali k boljši rehabilitaciji naših pacientov.

Etične dileme ob odtegnitvi nesmiselnega intenzivnega zdravljenja – odgovor prof. dr. Matjažu Zwitteru, dr. med.

Matjaž Figelj, dr. med., Splošna bolnišnica »dr. Franca Derganca«

Nova Gorica

matjaz.figelj@guest.arnes.si

Spoštovani prof. dr. Matjaž Zwitter, dr. med.

Vesel sem, da ste v avgustovski/septembrski številki revije Isis načeli vprašanje o odtegnitvi nesmiselnega intenzivnega zdravljenja. Zdi se, da se zdravstveni delavci v Sloveniji radi izogibamo ukinjanju/zadržanju uvajanja postopkov za ohranjanje življenja. Mogoče zaradi stiske, ki je posledica novosti v medicinski stroki v našem prostoru in posledičnega nezadostnega znanja.

Prosili ste za pomoč skozi vprašanja o etičnih dilemah ob odtegnitvi nesmiselnega intenzivnega zdravljenja. V prispevku ste predstavili svoja razmišljanja o odtegnitvi nesmiselnega intenzivnega zdravljenja. V pričujočem prispevku bom predstavil strokovna stališča o ukinjanju/zadržanju uvajanja postopkov za ohranjanje življenja.

Da bi se izognili pojavljanju etičnih nesoglasij, navajam definicije pojmov, ki jih primerjate v prispevku:

Evtanazija je usmritev bolnika z aplikacijo zdravil, ki jo opravi zdravnik na prostovoljno željo bolnika, ki je sposoben odločanja o sebi (European Association for Palliative Care) (1). Namen zdravnika pri evtanaziji je usmritev bolnika z aplikacijo zdravil (anestetik + mišični relaksant). Zaradi etične, medicinske, kulturne, pravne in verske kontroverznosti je evtanazija v večini držav zakonsko prepovedana. Evtanazija je zakonsko prepovedana tudi v Sloveniji, zato o njej ne bom razpravljajal.

Ukinitve postopkov za ohranjanje življenja (v vašem prispevku intenzivnega zdravljenja) je pravica bolnikov in/ali bolnikovih bližnjih (nadomestna presoja) do ukinitve postopkov za ohranjanje življenja, ki jih bolnik že prejema in zgolj podaljšujejo proces umiranja ali ohranjajo bolnika v stanju, ko zaradi telesne ali duševne nesposobnosti ne more skrbeti zase (2, 3).

Zadržanje uvajanja postopkov za ohranjanje življenja (v vašem prispevku intenzivnega zdravljenja) je pravica bolnika in/ali bolnikovih bližnjih (nadomestna presoja) do nevedbe postopkov za ohranjanje življenja, ki bi zgolj podaljševali proces umiranja ali ohranjali bolnika v stanju, ko zaradi telesne in duševne nesposobnosti ne bi bil sposoben skrbeti zase (2, 3).

Postopki za ohranjanje življenja so terapevtski postopki s ciljem vzdrževati življenje bolnika (antibiotiki, vazopresorji, krvni nadomestki, hemodializa, oživljanje, umetna ventilacija, hranjenje in hidracija z medicinsko pomočjo, operativni posegi) (2).

Ali lahko med ukinitve/zadržanje uvajanja postopkov za ohranjanje življenja in evtanazijo postavimo enačaja?

Zdravnik pri ukinitvi/zadržanju uvajanja postopkov za ohranjanje življenja bolniku ne aplicira zdravil, ki povzročijo bolnikovo smrt. Zdravnik pri ukinitvi/zadržanju uvajanja postopkov za ohranjanje življenja bolniku ukine oz. ne uvede zdravil, ki bolniku ne koristijo več in so mu le v breme (etično načelo koristnosti in neškodovanja) (2, 4). Odločitev o ukinitvi/zadržanju uvajanja postopkov za ohranjanje življenja mora biti vselej tudi v skladu z etičnim načelom o spoštovanju bolnikove avtonomije (2, 4). Etično načelo o spoštovanju bolnikove avtonomije moralno obvezuje zdravstveno osebje, da bolnika vključi v soodločanje o njegovi oskrbi. Informiran bolnik (in ne zdravstveno osebje) bo najbolje presodil, kaj je zanj koristno in kaj ne. Če bolnik s terminalno boleznijo in sposobnostjo odločanja o sebi ne želi postopkov za ohranjanje življenja, je zdravstveno osebje moralno obvezano, da njegovo željo spoštuje. Namen ukinitve/zadržanja uvajanja postopkov za ohranjanje življenja je torej spoštovanje bolnikove želje, da

omenjenih postopkov ne želi, ne povzročitev smrti bolnika (5).

Ali je ukinjanje/zadržanje uvajanja postopkov za ohranjanje življenja ubijanje? Ni. Nezdravljenje, zaradi katerega bolnik umre, velja za uboj/umor le, če ima zdravstveno osebo dolžnost, da bolnika zdravi. Če bolnik s terminalno boleznijo zdravljenja ne želi, zdravstveno osebo nima dolžnosti, da ga zdravi (ima moralno obvezo, da spoštuje bolnikovo željo). Če zdravstveno osebo nima dolžnosti, da bolnika zdravi, se nezdravljenje ne šteje za uboj/umor (5).

Na podlagi navedenega zaključujem, da ukinitve postopkov za ohranjanje življenja tako z etičnega kot tudi s praktičnega stališča (kar omenjate) ni enako oz. blizu (kar omenjate) evtanaziji. Bistvena razlika je v namenu. Namen zdravnika pri evtanaziji je usmrtiti bolnika na bolnikovo željo (1). Namen zdravnika pri ukinitvi/zadržanju uvajanja postopkov za ohranjanje življenja pa je spoštovanje bolnikove želje, da omenjenih postopkov ne želi (5). Smrt je v tem primeru posledica neozdravljive bolezni.

Naj razložim etična stališča o ukinjanju postopkov za ohranjanje življenja na primeru Eluane Englaro. Eluana Englaro je že leto pred usodno prometno nesrečo, zaradi katere je bila v vegetativnem stanju, staršem in prijateljem zaupala, da ne želi, da jo v primeru vegetativnega stanja ohranjajo pri življenju. Odločitev je sprejela po obisku prijatelja, ki se po prometni nesreči ni prebudil iz kome. Na Eluanino nesrečo so njeni želji prisluhnili šele po sedemnajst let trajajoči očetovi bitki na sodiščih in ji odstranili hranilno cevko. Po sedemnajstih letih so se odločili, da bodo spoštovali njeno željo po ukinitvi postopkov za ohranjanje življenja, če bo kakovost njenega življenja nižja od zanjo še sprejemljive. In »dovolili«, da zaradi bolezni umre. Sprašujem se, zakaj ste Eluanine starše, sodnika in zdravstveno osebo, ki so spoštovali Eluanino željo, da v primeru vegetativnega stanja ne želi, da jo ohranjajo pri življenju (ne želi postop-

kov za ohranjanje življenja), označili za morilce. V vsakdanjem življenju pričakujemo, da nas bodo naši bližnji, sodelavci in vsi, s katerimi se družimo, spoštovali, da bodo spoštovali naše želje in odločitve. V vsakdanjem življenju spoštujemo druge, spoštujemo njihove želje in odločitve. Zakaj zadrega pri spoštovanju želja in vrednot bolnikov? Zakon o pacientovih pravicah od zdravstvenega oseba zahteva, da bolnike vključujemo v odločanje o oskrbi in spoštujemo njihove želje glede oskrbe (3). Zdravstveni delavci, ki spoštujemo bolnikove vrednote in želje, ki bolnike in njihove bližnje vključujemo v soodločanje ter spoštujemo Zakon o pacientovih pravicah, nismo morilci.

Drugi primer, primer opustitve umetne ventilacije pri bolniku v nepopravljivi možganski komi je z etičnega in s praktičnega stališča enak primeru Eluane Englaro. Seveda ob predpostavki, da so se zdravstveni delavci in bolnikovi bližnji soodločali v skladu z bolnikovimi prej izraženimi željami (vnaprejšnja volja/vnaprejšnji načrt oskrbe/nadomestna presoja). Če zdravstveno osebo in bolnikovi bližnji bolnikovih želja niso poznali (tako razumem vaš zapis) in so se kljub temu odločili za ukinitve postopkov za ohranjanje življenja, je omenjen način ukinjanja postopkov za ohranjanje življenja nezdravljenje, kljub dolžnosti zdravljenja, oz. uboj/umor.

Strinjam se z vami, da naenkrat opuščena ventilacija bolniku povzroči hudo trpljenje (hudo dispnejo in nemir) (6). Naenkrat ukinjena ventilacija je strokovna napaka. Ukinitve umetne ventilacije je medicinski postopek, tako kot je medicinski postopek npr. plevralna punkcija, in poteka v skladu s priporočenim algoritmom (7). Ventilacijo ukinjamo postopno. Postopno znižujemo dihalno podporo ventilatorja in ob tem po potrebi lajšamo dispnejo z opioidom, nemir pa po potrebi z midazolomom (omenjam le medikamentne ukrepe). Postopno ukinjena ventilacija (postopek traja običajno od

20 do 45 minut) ne povzroča dodatnega trpljenja. Trdite, da bolnik, ki je v sedaciji mirno prenašal umetno ventilacijo, po ukinitvi ventilacije nujno doživlja simptome agonije (verjetno mislite dispnejo in nemir). Ne strinjam se z vami. Prav tako kot z analgezijo in sedacijo bolniku lajšamo trpljenje, povzročeno z ventilacijo, z analgezijo in sedacijo bolniku lajšamo trpljenje, povzročeno z ukinjanjem ventilacije (7).

Posplošujete povezavo hipoksemije z nemirrom. Hipoksemija je le eden od dejavnikov tveganja za nemir (8). Nikakor ne drži, da so vsi hipoksemični bolniki nemirni. Vsi umirajoči bolniki so hipoksemični, toda vsi umirajoči bolniki niso nemirni.

Posplošujete problematiko hropenja pri bolnikih, ki smo jim ukinili umetno ventilacijo. Terminalno hropenje »death rattle« običajno ni moteče za bolnika, večasih je moteče za bolnikove bližnje (9). Lajšamo ga z butilskopalaminom (omenjam le medikamentni ukrep). Če je terminalno hropenje posledica gostega izločka iz dihalnih poti, je za bolnika lahko moteče. Lajšamo ga z aspiracijami (9).

Z ukinitvijo postopkov za ohranjanje življenja oskrba bolnika ne preneha. Moralno in zakonsko smo obvezani, da nadaljujemo s paliativno oskrbo (3). Paliativno oskrbo seveda omogočamo bolniku že prej, vzporedno s postopki za ohranjanje življenja. S paliativno oskrbo začnemo, ko se pojavi trpljenje. Odločanje o ukinitvi postopkov za ohranjanje življenja in ukinitve omenjenih postopkov sodi v paliativno oskrbo bolnika. Paliativna oskrba s preprečevanjem in z lajšanjem bolnikovih težav nikakor ne povečuje trpljenja bolnikov. Nasprotno, paliativna oskrba dokazano zmanjšuje bolnikovo trpljenje.

Zdravnik z ukinitvijo postopkov za ohranjanje življenja ni priznal, da je boj za življenje izgubljen. Zdravnik je z ukinitvijo postopkov za ohranjanje življenja spoštoval bolnikovo željo, da se z omenjenimi postopki ne strinja. Strinjam se z vami, da je smrt res dober igravec. Ne moremo je prema-

gati. Zakaj bi se torej proti njej borili za vsako ceno? Raje se oborožimo z znanjem o oskrbi bolnikov ob koncu življenja, razmišljajmo široko, informirajmo bolnike, ponudimo jim različne možnosti nadaljnje oskrbe (tudi take, ki se nam morda ne zdijo najboljše) in jim pomagajmo skupaj izbrati zanje najprimernejšo oskrbo. Omogočimo jim k bolniku in družini usmerjeno oskrbo.

V prispevku dramatično opisujete trpljenje bolnikov ob in po ukinitvi postopkov za ohranjanje življenja. Sklepate, da bi večina zdravnikov, ki bi se znašla v takšni situaciji, prosila, naj jim smrtna injekcija odzame muke zadnjih ur življenja. Menim, da je strah pred trpljenjem odveč. Vsi imamo možnost, da o zadnjem obdobju našega življenja razmišljamo in izberemo zase primerno rešitev. Za nekatere bo primernejše, da bodo s postopki za ohranjanje življenja vztrajali do konca za vsako ceno, četudi se bodo soočali z minimalno, praktično neverjetno možnostjo za izboljšanje zdravstvenega stanja. Drugi bomo v zadnjem obdobju življenja dali prednost kakovosti pred

dolžino življenja in se odločili za preprečevanje in lajšanje trpljenja (paliativno oskrbo) ter za ukinitve postopkov za ohranjanje življenja. Pomembno je, da naše želje zaupamo našim bližnjim, še bolje je, da jih zapišemo. Preprosto. Preostane nam upanje, da bo ob koncu življenja za nas skrbelo zdravstveno osebje, ki bo spoštovalo naše želje. Zato spoštujemo želje in vrednote naših bolnikov. Bodimo zgled zdravstvenim delavcem, da bodo tudi oni spoštovali naše želje, ko bodo skrbeli za nas v zadnjem obdobju našega življenja.

Ali kdo pozna drugačne odgovore?

Literatura:

1. Materstvedt LJ, Bosshard G. Euthanasia and physician-assisted suicide. In: Hanks G, Cherny NI, Christakis NA, Fallon M, Kaasa S, Portenoy RK, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 4th ed. New York: Oxford University Press; 2010. p. 304–319.
2. Fins JJ, Nilson EG. Withholding and withdrawing life-sustaining care. In: Hanks G, Cherny NI, Christakis NA, Fallon M, Kaasa S, Portenoy RK, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 4th ed. New York: Oxford University Press; 2010. p. 320–329.
3. Zakon o pacientovih pravicah. Uradni list

d.o.o. (accessed 1 Sep 2015). Available from: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200815&stevilka=455>

4. Beauchamp TL, Kahn JP. Ethical Theory and Bioethics. In: Beauchamp TL, Walters L, Kahn JP, Mastroianni AC, editors. Contemporary issues in bioethics. 8th ed. Boston: Wadsworth, Cengage Learning; 2014. p. 1–35.
5. Gert B, Culver CM, Clouser KD. An Alternative to Physician-Assisted Suicide. In: Beauchamp TL, Walters L, Kahn JP, Mastroianni AC, editors. Contemporary issues in bioethics. 8th ed. Boston: Wadsworth, Cengage Learning; 2014. p. 405–413.
6. Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubenfeld GD et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. Crit Care Med. 2008; 36: 953–963.
7. Figelj M. Prenehanje postopkov za ohranjanje življenja. In: 2. simpozij etika v medicini; 2014 Apr; Ljubljana. p. 89–92.
8. Mah B. Delirium. In Emanuel LL, Librach SL, editors. Palliative Care: Core Skills and Clinical Competencies. 2nd ed. St. Louis: Elsevier Saunders; 2011. p. 162–167.
9. Chan KS, Tse DMW, Sham MMK, thorsen AB. Palliative medicine in malignant respiratory diseases. In: Hanks G, Cherny NI, Christakis NA, Fallon M, Kaasa S, Portenoy RK, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 4th ed. New York: Oxford University Press; 2010. p. 1107–1144.

Zmagovalci so ... opice!

Spoštovani dr. Ihan, malo sem priredila naslov vašega uvodnika. Bila sem v zadregi z razmejitvijo med opicami in zmagovalci, kdo je kdo. Smo opice mi, zdravniki, ki že leta dopuščamo, da nas mrcvari vsakokratna zdravstvena politika, ali so opice tisti, ki jih zdravstvena politika nastavlja in prestavlja na bolj ali manj odgovorne položaje in jih dnevno gledamo v medijih? So ti zadnji zmagovalci ali pa smo zmagovalci tisti zdravniki, ki smo z različnimi preživetvenimi manevri uspeli ohraniti nekaj strokovne avtonomije in osebnega miru?

Spomin mi sega kar daleč in kar dobro mi služi. Tako se spomnim

izjave pokojnega prof. dr. Antona Dolenca. Ob neki priložnosti je skupini specializantov izjavil: »Slovenski zdravnik ni nikoli delal v normalnih razmerah in sploh ne ve, kakšne so normalne razmere.«

Takrat nisem vedela, o čem spoštovani profesor govori, danes vem, še predobro vem. Pravzaprav nobena povojna zdravniška generacija ni delala v normalnih razmerah in zato o normalnosti opravljanja zdravniškega dela nimamo prave predstave. Tisti med nami (vami), ki so vsaj nekaj časa delali na tujem, so po povratku domov pripovedovali o vzdušju in možnostih dela v tujini. Včasih se je poslušalo njihove izkuš-

nje z nekoliko zavisti, danes se jih spominjamo kot pravljice za velike otroke.

Doma, v ambulantah in bolnišnicah, ostaja tako, kot pač je. Navadili in sprijaznili smo se z razmerami, kakršne nam je kuhala politika, nekaj med nami je neutrudno pisalo v različne medije, verjamem, da so (ste) marsikatero tehtno zinili tudi v različnih zdravstvenih svetih in komisijah, toda zgodilo se ni praktično nič.

Sedaj me mika, da bi pisala še naprej: o zdravstveni ekonomiji, ki je nimamo, o političnem kadrovanju v zdravstvu, ki ga mediji v živo prenašajo, o neznansko velikih egih, ki lomastijo po zdravstvu in nemoteno sedijo

v naslanjačih zdravstvenih ustanov in jih ne premaknejo niti afere niti nesposobnost; o trpinčenju na delovnem mestu, ki nas hromi in postaja stalnica v medsebojnih odnosih, in ne nazadnje o zdravstveni reformi, ki je ni in je ne bo, saj si je nihče od resničnih odločevalcev sploh ne želi skladno z realističnim slovenskim pregovorom, da se ne da istočasno stisniti in »s..ti.«

Razmere v našem zdravstvu so tako hude, da je pri mnogih na delu

najbolj osnoven nagon po preživetju.

»Opravim svoje delo po najboljših močeh in trdno zaprem vrata svoje duše do naslednje runde.« Tako razmišlja veliko zdravnikov in ostalega medicinskega osebja, ki skupaj z nami deli usodo zdravstvenega sistema.

Kdo sem? Zmagovalec ali opica? Trenutno je to popolnoma vseeno. Razmere so namreč take, da so lahko tudi slabše.

Zdravstvo potrebuje marsikaj, predvsem pa široko in gosto metlo. In koga pomesti na smetišče? Če bi čudežna metla pometla z vsemi, ki še nikoli niso videli bolnika ali pa je bilo zadnjič pred veliki leti ... si predstavljate, kako lep bi bil začetek zdravstvene reforme?!

Kolegialen pozdrav vsem, ki berete te besede,

Alenka Žagar Slana

Pravilnik in strategija urgentnih centrov

Odziv na pisanje Gregorja Prosenca, dr. med., in mag. Renate Rajapakse, dr. med.

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

Ne podpiram javnih polemik, vendar sem se, po dolgem in tehtnem premisleku, le odločil, da se odzovem na pisanje Gregorja Prosenca in mag. Renate Rajapakse v zvezi z mojimi pripombami na predlog Pravilnika o urgentni medicini. Odzvati se želim predvsem na posamezne očitke in ob tem predstaviti svoje poglede na to problematiko. Brez ogorčenja in razočaranja ugotavljam, da so odzivi na moje pripombe še vedno slabo argumentirani, saj izstopa edino *argumentum ad hominem*.

Specializacija iz urgentne medicine

Vsebina specializacije iz urgentne medicine je objavljena na spletnih straneh Zdravniške zbornice Slovenije (<http://www.zdravnikazbornica.si/library/includes/file.asp?FileId=352>). Glede na ta dokument specializant urgentne medicine kroži en mesec v operacijski sobi (na anesteziji) in dva

meseca v enoti za intenzivno zdravljenje (v Ljubljani v Centru za intenzivno terapijo). Z anesteziologijo se specializant ponovno sreča v tretjem letu specializacije, ko kroži en mesec v operacijski sobi in en mesec v protibolečinski ambulanti. Če seštejemo čas, ki ga torej specializant prebije v operacijski dvorani ob anesteziologu, to znese dva meseca in niti dneva več. V protibolečinski ambulanti bo specializant težko prišel v stik s politratiziranimi poškodovancem.

V prvem letu specializacije specializant kroži dva meseca v kirurški enoti intenzivnega zdravljenja, dva meseca v internistični enoti intenzivnega zdravljenja in dva meseca v pediatrični enoti intenzivnega zdravljenja. V drugem letu specializacije specializant kroži še tri mesece v internistični enoti intenzivnega zdravljenja in pol meseca v pediatrični enoti intenzivnega zdravljenja. V tretjem, četrtem in petem letu specializacije specializant nima stika z enotami za intenzivno

zdravljenje. V četrtem letu specializacije naj bi tri mesece prebil v »intenzivni pooperativni sobi«. V tem primeru gre za enoto intenzivne nege, ki nima statusa intenzivne terapije in kjer se zdravijo kirurški bolniki, ki intenzivne terapije ne potrebujejo. Vsega skupaj gre za 9,5 meseca kroženja v enotah intenzivnega zdravljenja in od tega sta odraslim kirurškim bolnikom posvečena samo dva meseca.

Pravilnik

Pravilnik je dokument, ki mora biti napisan tako, da ni dvoma o tem, kaj posamezni členi pomenijo. Če je potrebna dodatna razlaga in če posamezniki lahko pravni akt razlagajo po svoje, je ta napisan slabo. Popraviti dikcijo je bolj ali manj enostavno. Osnovni pogoj za to je, da se z vsebino strinjaš, saj edino v tem primeru lahko besedilo oblikuješ na drugačen, bolj razumljiv način. Če se z vsebino in konceptom ne strinjaš, ti

preostane edino, da pravilnik napišeš na novo. To je bil tudi razlog, zakaj v prvotnem besedilu nisem predlagal konkretnih sprememb.

Če se omejimo samo na zloglasni 6. člen, lahko ugotovimo, da se nanaša na to, kdo se lahko vključuje v službo nujne medicinske pomoči (NMP). Glede na to, da v 3. členu v 4. odstavku pravilnik pravi, da je izvajalec NMP javni zdravstveni zavod in da se NMP izvaja v obliki urgentnih centrov (UC), lahko sklepam, da 6. člen določa, kdo v UC izvaja NMP. Nobena še tako dobro pripravljena predstavitev pravilnika me ne more prepričati, da bi prebral

nekaj, kar ni napisano. Poleg tega se v 4. odstavku 6. člena omenja tudi UC. Zato so trditve o tem, da pravilnika nisem prebral, blago rečeno neutemeljene.

Odzivni čas 20 minut, tudi če je najdaljši, ni sprejemljiv. Življenjsko ogrožen pacient ima po 20 minutah zelo malo možnosti za preživetje. Poleg tega pa bo 20 odstotkov pacientov lahko čakalo še dlje. Pričakovanja, da bo odzivni čas dejansko krajši, ker bodo izvajalci na lastno pobudo poskusili skrajšati odzivni čas, so nerealna. V zaostrenih ekonomskih pogojih ni realno pričakovati, da se bo zaradi skrajševanja odzivnega časa, ki

je pravno definiran kot sprejemljiv, povečalo število ekip in reševalnih vozil. Prvi posredovalci lahko prispevajo svoj delež, ko gre za nenadni srčni zastoj, pri poškodbah je njihova vloga zanemarljiva. Vsebine prvotnih pripomb namenoma ne ponavljam, saj sem še vedno prepričan v njihovo pravilnost.

Koncept

Spremembe sistema NMP so seveda nujne, vendar pa se pogledi na to, kako bi se moral razvijati sistem NMP, močno razlikujejo.

Psihijatrija – ali je stroka ponovno zlorabljena?

Izr. prof. dr. Vesna Švab, dr. med., MF Ljubljana
vesna.svab@mf.uni-lj.si

Psihiatrična zdravila so med najpogostejše predpisanimi zdravili v medicini. Predpisovanje antidepresivov, zdravil, ki naj bi pomagala k boljši energetski opremljenosti in preprečevala pretirano potrtost, nemoč in obup, narašča v zadnjem desetletju tudi pri nas. Predpisovanje antidepresivov v Sloveniji se je od 2001 do 2014 podvojilo, predpisovanje antipsihotikov pa zraslo za enkrat. Obstajajo resni pomisleki o tem, da je to predpisovanje prešlo meje racionalnega, in v uglednih angleških znanstvenih revijah se je prvič pojavila odkrita debata o tem, ali s psihiatričnimi zdravili za zdravljenje depresije ne delamo več škode kot koristi. Poglavitni argumenti tistih strokovnjakov, ki zagovarjajo povečano predpisovanje, so v dejstvu, da se je v zadnjih letih močno zmanjšalo število samomorov v Evropi in drugje, razen v nekaterih vzhodnih državah, kjer naraščanje vsaj vztraja ali se še

povečuje. Drugi razlog je v raziskovalnih dokazih številnih študij, ki dokazujejo, da lahko psihiatrična, tudi antidepresivna zdravila bistveno zmanjšajo človeško trpljenje in izboljšajo funkcioniranje pri ljudeh z diagnozami, kot so depresija in hude duševne motnje. Spremenjena družbena klima glede duševnih motenj in vsaj delna destigmatizacija duševnih motenj so prispevali k boljšemu iskanju pomoči, ljudje lažje zaupajo svojim zdravnikom in bližnjim, da so v stiski. Po drugi strani pa medijska poročila o psihiatričnih motnjah, ki naj bi bile nevarne za druge ljudi, prispevajo k večjemu prikrivanju težav. Na spletnih forumih ljudje s psihičnimi težavami razpravljajo o tem, katero vrsto ali kombinacijo antidepresivov si svetujejo, si zdravila posojajo in podobno.

Nasprotniki povečanega predpisovanja zdravil pa opozarjajo na neželene učinke psihofarmakov, med njimi

na tisto, kar povedo tudi številne pacientke v moji ambulanti: da so jim zdravila sicer olajšala stisko, vendar jih tudi oddaljila od reševanja problemov, da so zmanjšala intenzivnost njihovega čustvenega doživljanja, jim vzela veselje do spolnosti in jih prikrajšale vsaj za del sočutja do drugih. Težava je tudi predpisovanje antidepresivov starejšim ljudem, ker imajo številne neželene učinke, ki poslabšajo telesno zdravje, pa tudi dejstvo, da se antidepresivna terapija pogosto kombinira z nekaterimi antipsihotičnimi zdravili (torej zdravili, ki so registrirana za zdravljenje shizofrenije), ki naj bi tudi imela pozitivne učinke na razpoloženje. Tudi ta zdravila imajo številne neželene učinke, med katerimi je najbolj nevaren metabolični sindrom, ki se kaže s prezgodnjo umrljivostjo zaradi srčno-žilnih bolezni.

Tudi knjige o ženskih možganih, ki naj bi bili bolj dojemljivi za čustva

drugih, bolj povezovalni in fleksibilni, pa tudi bolj ali celo v pretežni meri odvisni od hormonskih nihanj in specifičnih hormonov, ter moških možganih, ki naj bi pod vplivom hormonov delovali precej drugače, preplavljajo tržišče in oblikujejo trg novega, od kemičnega ravnovesja v možganih odvisnega potrošnika, torej posameznika, ki s kemičnimi nadomestki nevrotansmitterjev uravnava svoje psihično stanje in z zdravili dosega dobro počutje.

Nova klasifikacija bolezni (peta revizija ameriške klasifikacije) ponuja velik porast diagnostičnih kategorij, ki lahko upravičijo predpisovanje vseh vrst psihiatričnih zdravil, najbolj pa antidepresivov.

V psihiatrični praksi ti družbeni vplivi, verjetno zaradi pregovorne zadržanosti Slovencev, ne vplivajo bistveno na porast obiska v psihiatričnih ambulantah in tudi meni se redko zgodi, da pridejo ljudje k meni le zaradi tega, ker bi želeli biti bolj srečni. Večinoma se obračajo na psihiatra zaradi resnih in hudih znakov duševnih motenj. Vendar pa klinične izkušnje kažejo, da se vse več ljudi, predvsem žensk, oglašajo zaradi tega, ker so v težkih življenjskih, največkrat eksistenčno težkih situacijah. Pogosta obiskovalka psihiatrične ambulante je ženska, stara nad 50 let, ki ima za sabo že več kot 20 let delovne dobe, v istem podjetju, prizadeta, izkušena, vendar v sedanjem življenjskem ciklu nekoliko počasnejša, kot je bila prej, se slabše prilagaja in jo izpodrivajo mlajši kolegi ali kolegice. Zgodi se, da je pridruženo odkrito psihično nasilje, kar pomeni ponavljajoče se očitke, preverjanje njenega dela, včasih odkrito odklanjanje ali posmehovanje, iskanje napak pri njenem delu – vse z namenom, da bi dala odpoved in da bi jo lahko nadomestil kdo drug, ki je pogosto v dobrih odnosih s šefom. V teh situacijah si ženske poskušajo pomagati na različne načine, med njimi so prepričevanja, grožnje, dokazovanja itd. Veliko jih išče drugo službo, saj imajo veliko izkušenj, vendar jih v tej starosti nihče noče

zaposliti. Kadar se obdobja teh stisk podaljšujejo v nedogled, lahko pride do izčrpanja prilagoditvenih sposobnosti, umika in dejanskega upada zmožnosti, ki vodi v prezgodne upokojitve – žensk, ki bi lahko bile na vrhuncu ustvarjalnih sposobnosti zaradi izkušenj, znanja in še visoke sposobnosti povezovanja obojega. Ko se pogovarjam z njimi in jim predpišem tudi antidepresivno terapijo, ker so razžaljene, ponižane in obupane ter imajo tudi vse znake tesnobe in depresivnosti, se vprašam, ali je moje delo še etično in ali morda ne služi bolj državi kot pacientom, da prikrije jezo in ogorčenje nad diskriminatornimi ravnanimi.

Duševne motnje se pojavljajo v kontekstu, v okoliščinah in so ne le posledica biokemičnega ravnovesja v možganih, ali po novem hormonskih neravnovesij v ženskih možganih, temveč tudi posledica razmer, v katerih živimo. Psihija ne more zdraviti zlorab, lahko pa ublaži njihove posledice, vendar za ceno, ki je dobro opisana v dostopni literaturi, za ceno odmika od problema, ki ga ni mogoče reševati na prave, ustrezne načine. Povečevanje predpisovanja antidepresivov je tako tudi odraz zlorabe psihija v družbene name-

Antipsihiatrično gibanje pred desetletji je označilo duševne bolezni kot produkt družbenega dogajanja. Tej tezi se je psihija enotno uprla in dosegla zmago. Vsi vemo, da duševne motnje obstajajo, in velika večina sredstev za njihovo zdravljenje se steka v institucije, ki imajo dovolj nje upravljati in razdeljevati farmacevtski in zdravstveni denar.

Farmaceutska industrija je za svoje oglaševanje uporabila tudi antistigmatizacijsko gibanje, ki ima svoje korenine v združenjih pacientov in njihovih svojcev. Dokazano zmotne mite o tem, da so ljudje z duševnimi motnjami nevarni, je razkrila zato, da se poveča predpisovanje zdravil, in ne za kar je antistigmatizacijsko gibanje nastalo: za okrepitev tistih, ki službe uporabljajo, da bodo lahko enako-

pravno sodelovali pri zdravljenju in drugih oblikah obravnave, da bi zaščitilo njihove človekove pravice in jim dalo moč pri odločanju – tudi o zdravilih.

Slovenci nismo posebej duševno bolan narod. Imamo več samomorov kot v večini drugih držav, vendar se je njihovo število do pred kratkim zmanjševalo predvsem na račun boljše osveščenosti ljudi in zmanjšanja stigme zaradi duševnih motenj in tudi zaradi izvrstnega dela zdravnikov v osnovnem zdravstvenem varstvu, ki zelo dobro prepoznajo simptome depresije, ki lahko vodi v samomor. Videti je, da ne posegamo povsem nekritično kot drugje po antidepresivih, pomirjevalih in uspavalih. Imamo zelo dobro mrežo služb na osnovni ravni zdravstvenega varstva – družinske zdravnike in patronažne medicinske sestre, ki poznajo ljudi, družine in zgodbe in znajo presoditi, kaj je reakcija in kaj je bolezen, ter ljudem stati ob strani. Raziskave kažejo, da je večino duševnih motenj mogoče preprečiti, če jih pravočasno odkrijemo in obravnavamo in če pri tem uporabimo vse dokazano uspešne terapije, ne le zdravila.

Takšna preventiva pa se lahko izvaja le na osnovni ravni zdravstvenega in socialnega varstva in verjamem, da bo politika naredila, kar je obljubila v novi Resoluciji zdravstvenega varstva – tokrat resnično poskušala preusmeriti sredstva tja, kjer so najbolj potrebna, ter poskrbela za prerazporeditev kadrov in znanja na osnovno, primarno, lokalno raven pomoči.

Kar zadeva stigo, pa še to: verjamem, da se bomo tudi v stroki uprli pretiranemu diagnosticiranju in zdravljenju življenjskih težav. Človeško bitje je veliko več kot skupek biokemičnih reakcij in v stiski potrebuje tudi pomoč ter sočutje, in ne le zdravila.

Analiza poteka obravnave petinsedemdesetletnega bolnika J. S.

Prim. dr. Zlata Remškar, dr. med., Medvode
zlata.remskar@evj-kabel.net

Lahko bi zapisala, da gospoda J. S. poznam že trideset let. Srečevala sva se bolj ali manj pogosto v pulmoški ambulanti zaradi zdravljenja astme. Na posvet v zvezi z astmo se je oglasil tudi letos. Tako sem izvedela za njegovo zgodbo, ki je spodbudila naslednja razmišljanja o našem odnosu z bolnikom, za katerega večkrat poudarjamo, da bi moral biti spoštljivo enakovreden oz. partnerski.

Najprej naj ugotovim, da imamo eno samo življenje in da težko sprejemamo svojo umrljivost. Jemljemo jo kot danost, na katero ne znamo vplivati, ter jo razumsko kot posamezniki odrivamo v nedoločeno prihodnost, vse dokler nam je posebne življenjske okoliščine, na primer resna bolezen, ne približajo in začutimo v sebi njen dih. Večinoma se šele takrat z vso polnostjo zavemo, kako smo privilegirani z zaznavanjem svojega obstajanja in neponovljivosti. Zbojimo se ju izgubiti. Tudi zato ob različnih priložnostih poudarjamo, da je treba vsako človeško življenje spoštovati ter ga ohranjati. Pravzaprav je slednje osnovno vodilo zdravnikovega delovanja, ali pa bi vsaj moralo biti.

Zdravniki imamo s svojimi odločitvami v odnosu z bolnikom nad njim veliko moč, ki se je pri svojem delu z bolniki pogosto premalo zavedamo. Če smo nanjo opozorjeni, večkrat samoobrambno potožimo o svoji preobremenjenosti, ki naj bi motila celosten pristop obravnavanja vsakega posameznega bolnika. Toda, ali je preobilica dela, tudi če objektivno obstaja, lahko opravičilo za brezosebni in odtujen odnos do bolnikov!? V naših razmerah se zdi, da smo omejeno opravičilo preobremenjenosti vgradili v naš zdravstveni sistem in z

njim že vnaprej s splošnim družbenim soglasjem opravičujemo marsikatero pomanjkljivost zdravstvenega obravnavanja naših bolnikov. Menim, da bi morda morali do omenjenega postati manj tolerantni, kar bi lahko vsaj v nekaterih primerih izboljšalo obravnavo zaupanih nam bolnikov.

Oglejmo si sedaj zgodbo petinsedemdeset let starega bolnika J. S.

V juliju 2013 so mu diagnosticirali rak repa slinavke, ki se je že lokalno razširil v vranično ožilje.

Sicer se je do takrat dolga leta zdravil zaradi že predhodno omenjene astme, pred leti imel opravljeno zamenjavo aortne zaklopke ter odkrito kronično atrijsko fibrilacijo, zaradi katere je prejemal zdravila proti strjevanju krvi. S svojimi kroničnimi boleznimi se je naučil živeti in ga niso pomembno omejevale pri dnevnem življenju. Ostajal je psihično in fizično aktiven.

Takoj po diagnosticiranju na novo odkritega raka slinavke je bila bolnikova medicinska dokumentacija v avgustu 2013 predstavljena na onkološkem gastrointestinalnem konziliju, ki je predlagal usmeriti bolnika h kirurgu zaradi morebitnega operativnega zdravljenja lokalno razširjenega raka slinavke.

Septembra 2013 so mu kirurgi opravili levo hemipankreatektomijo in splenektomijo, ki pa ni bila radikalna, ter pooperativno ponovno predstavili bolnikovo dokumentacijo, brez bolnika, na onkološkem gastrointestinalnem konziliju, ki je menil, da glede na sočasno obstoječe druge internistične bolezni pri bolniku sistemsko zdravljenje ni indicirano.

Bolezen je tiho tlela. Večjih težav ni povzročala.

V začetku leta 2015 so pri bolniku odkrili izrazit porast tumorskih markerjev ter se marca 2015 ponovno odločili za kirurški poseg, pred katerim je bolnika konziliarno pregledal kardiolog, ki ni ugotovil zadržkov za ponovno operativno zdravljenje. Zatem se je pristopilo k laparotomiji, ki pa je ostala zaradi kirurške neodstranljivosti napredovale bolezni le eksplorativna.

Po eksplorativni laparotomiji je bila bolnikova dokumentacija že tretjič predstavljena onkološkemu gastrointestinalnemu konziliju, ki je svetoval sledenje bolnika pri abdominalnem kirurgu z načrtovanim pregledom pri njem čez tri mesece.

Ob odpustu bolnik s svojim zdravstvenim stanjem ni bil podrobno seznanjen.

Slutil pa je, da so stvari zaskrbljujoče.

Takoj po odpustu se je zatekel k zdravilskemu zdravljenju s konopljo. Samoplačniško si kontrolira tumorske markerje, ki ostajajo povišani...

Po končani pripovedi bolnika in pregledu medicinske dokumentacije, ki jo je prinesel na vpogled, sem se najprej vprašala, ali lahko na specialističnem konziliju pregled medicinske dokumentacije nadomesti pregled bolnika z dokumentacijo?

Prikazan primer vsekakor potrjuje že znano, da ne! Bolnikove kronične bolezni so bile namreč na onkološkem konziliju septembra 2013, brez osebnega pregleda bolnika, opredeljene za vzrok zavrnitve uvedbe sistemskega onkološkega zdravljenja. Očitno pa, kot lahko ugotovimo, niso bile toliko pomembne stopnje, da ne bi bil bolnik z njimi čez leto in pol, to je marca 2015, zmožen za ponoven operativni poseg, ki pa se je žal končal le s kirurško eksploracijo abdomna.

Bi uvedba dodatnega onkološkega zdravljenja septembra 2013 zavrla

razrast takrat neradikalno kirurško odstranjenega raka slinavke?

Je bila eksplorativna laparotomija marca 2015 absolutno potrebna? Bi napredovanje boleznih lahko ocenili na manj invaziven način?

Smo bolniku res prihranili stisko, ker smo se ob zadnjem odpustu izognili seznanjenju bolnika s kirurškimi ugotovitvami napredovanja bolezni in o morebitnih še obstoječih možnostih onkološkega zdravljenja? Onkološki gastrointestinalni konzilij je bil tudi tretjič opravljen brez prisotnosti bolnika.

Prikazana necelostna obravnava bolnika s strani uradne medicine, ki je ostal neobveščen o svoji bolezni in morebiti obstoječih onkoloških možnostih zdravljenja, je sprožila iskanje pomoči v zdravilskih metodah,

katerih učinkovitost bolnik samoinicijativno preverja s samoplačniškim kontroliranjem tumorskih markerjev...

Znotraj uradne medicinske obravnave ostaja povsem osamljen s slutnjami konca svojega življenja... Še vedno upa, še vedno se ni vdal!

Življenje posameznika je namreč enkratno in neponovljivo, kot smo ugotovili že v uvodu, in bi ga predvsem zdravniki morali dosledno spoštovati. Pa ga?

Prikazan primer tudi odpira (verjetno ne prvič in edini) sistemsko organizacijsko vprašanje, ki zadeva konziliarno predstavljanje bolnikov med različnimi specialnostmi, katerih namen naj bi bila verodostojna predstavitev obolelega, ki naj bi mu omogočila najoptimalnejšo odločitev

za njegovo zdravljenje. Verjetno bi bilo vodenje tega bolnika drugačno, če bi ga septembra 2013 na konziliju pregledali, če bi lahko partnersko sodeloval pri načrtovanju svojega zdravljenja. Saj v resnici gre za njegovo življenje in verjetno se strinjamo, da ni prav, da je ostal izven odločanja!

Sedanji način je seveda za zdravnike hitrejši in lažji, ni pa vedno, kot kaže opisan primer, varen za bolnika. Opravičujemo ga z maloštevilnostjo superspecialistov in prevelikim povpraševanjem po njihovem mnenju. Edino odgovorno pa bi ga bilo spremeniti, poskušati prilagoditi bolniku, da bi lahko postal enakovreden partner v načrtovanju svojega obravnavanja, kar bolnik J. S., kot smo lahko opazili, pravzaprav ni bil.

Zdravilstvo je del zdravstva

Akad. prof. dr. Zmago Turk, dr. med., predsednik ZIMS

Prof. dr. Elko Borko, dr. med., višji svetnik, predsednik Strokovnega sveta ZIMS

Bruno Sedevčič, generalni sekretar ZIMS

elko.borko@guest.arnes.si

Pred kratkim je slovensko javnost razburkala novica o množični zastrupitvi z industrijsko konopljo v Žalcu. Zloraba na omenjenem dogodku žal ni edina v zadnjem času. Tovrstnih zlorab zdravja ljudi in uporabe različnih metod, tehnik in substanc za namene »zdravljenja« je v Sloveniji čedalje več, pravzaprav tovrstni primeri eksponentno naraščajo iz leta v leto.

Ob tem neljubem in povsem nepotrebnem dogodku je strokovno vodstvo »Združenja za integrativno medicino Slovenije (ZIMS)« poklicano, da javnosti predstavi povsem neurejene razmere na področju zdravilstva, ki je z Zakonom o zdravilstvu leta 2007 postalo tudi v Sloveniji del zdravstva.

Prav tako pa je to priložnost, da Združenje za integrativno medicino Slovenije predstavi svoje pripombe na osnutek *Resolucije o nacionalnem planu zdravstvenega varstva (2015–2025)*, ki obravnava zdravilstvo v skromnih 11 vrsticah besedila.

Naše izhodišče je ugotovitev, da je za splošno zdravstveno stanje, pogoje delovanja zdravstva v posameznih državah in za prikaz mednarodnih kazalcev o zdravstvenem stanju v naši državi poklicano predvsem Ministrstvo za zdravje (MZ) Republike Slovenije. Vzrok za nered v zdravilstvu, ki ga MZ ne odpravi in ne ukrepa, je po našem mnenju v pomanjkanju dovolj usposobljenih kadrov za spremljanje ali celo ureditev pomembne problematike zdravil-

stva. Problem je v množici posameznikov in podjetij, ki se ukvarjajo z zdravilstvom. Nekateri od teh so uradno registrirani kot gospodarski subjekti, le peščica jih pa ima prijavljeno tudi dejavnost zdravilstva oz. komplementarnih in alternativnih oblik in metod zdravljenja. Tema, ki se odpira kar sama po sebi, pa ni vprašanje integrativne medicine – kdaj in kako jo uporabimo, temveč etično vprašanje: na kakšen način določen zdravilec predstavlja svojo dejavnost in njeno »uspešnost« ter seveda tudi problematika odgovornosti, ki ni urejena na tem področju zdravstva.

Tako imamo danes v zdravstvenem sistemu izvajalce, ki jih lahko uvrstimo v naslednje skupine:

- predstavnike javnega zdravstva in druge izvajalce *uradne ali šolske*

medicine,

- *zdravilce*, ki opravljajo določene zdravilske dejavnosti v soglasju z obstoječimi predpisi, med katerimi so tudi zdravniki, in
- *zdravilce (šarlatan?)* – osebe, ki se nepooblaščno ukvarjajo z zdravilstvom, torej tudi z zdravjem oz. zdravljenjem, brez pravno urejenega statusa, in tako posegajo na področje zdravstva.

V to skupino sodijo vsi tako ali drugače organizirani ali samostojni zdravitelji, ki danes ponujajo svoje zdravilske usluge, tudi po telefonu, z letaki in drugimi načini sodobnega obveščanja, in vabijo občane z obljubami, da bodo po pregledu na njihovem aparatu ali po posvetu z njihovim strokovnjakom dobili vse podatke o svojem zdravstvenem stanju in nato lahko pridobili zdravila ali druge dobrine (posteljina, prehranska dopolnila za sklepe, spomin in številne druge zdravstvene neprijetnosti, razni pripomočki za zdravljenje v domačem okolju), ki zagotavljajo zdravje in dolgo življenje. Taki in podobni strokovnjaki se včasih skrivajo za popolnoma drugo dejavnostjo oz. registracijo dejavnosti, tudi pri Gospodarski zbornici Slovenije, saj so pri tej in drugih ustanovah prijaviili dejavnost, ki ne zahteva podatkov o uspešnosti ali dokazil, da je njihov način obravnavanja zdravja uspešen ali celo neškodljiv. In končno nimamo nadzora nad njihovo dejavnostjo, ki se tako izvaja brez vsake odgovornosti, ki je eden od temeljev urejenega zdravstva.

Takim zdravilcem naseda veliko predvsem starejših občanov, ki ne prepoznajo goljufivega izkoriščanja, zato je nerazumljivo, da oblasti ta oblika izkoriščanja ne zanima in da ne ukrepa ter tako ne zaščiti te ranljive skupine naših državljanov.

Vse take oblike izkoriščanja so v preteklosti relativno uspešno preganjale zdravstvene in druge inšpekcije. V tem kaotičnem stanju, ko imamo na eni strani še vedno uspešno in dobro javno zdravstveno službo, na drugi pa celo vrsto zdravilcev, med katerimi so

tudi šolsko usposobljeni zdravniki, ki varno skrbijo za zdravje in dobro počutje širokega kroga občanov, pa se nahaja tudi opisana večja skupina zdravilcev šarlatanov, ki so vse do sedaj, zaradi lastnih koristi, uspešno zavlačevali z uveljavitvijo oz. dejanskim delovanjem Zakona o zdravilstvu. Po ocenah in podatkih, ki so skladni z ocenami Ministrstva za zdravje (MZ), je tovrstnih zdravilcev v Sloveniji okoli 20.000, uradno registriranih gospodarskih subjektov, ki imajo prijavljene alternativne oblike in metode zdravljenja, pa je v Sloveniji po zadnjih podatkih malenkost manj kot 600. Razlika je torej nekaj desetkratna.

Seveda imamo tudi veliko nerazumevanja pri predstavnikih šolske medicine, ki nikakor nočejo sprejeti dejstva, da so raziskave in izkušnje pokazale, da je med zdravitelji, ki so v času razvoja postali pravi strokovnjaki na svojem zdravilskem področju, veliko odličnih zdravilcev, ki jim lahko občani zaupajo in ki delujejo skladno z vsemi predpisanimi doktrinami in zakonodajo. Številni med njimi imajo ustrezno medicinsko izobrazbo in so celo zdravniki, nekateri celo specialisti na nekaterih področjih uradne medicine. Naša dosedanja zdravstvena zakonodaja pa je s svojimi predpisi tako delovanje prepovedala, kljub temu, da je to dovoljeno v številnih državah evropske in svetovne skupnosti. Najtežje je ločiti zrno od plev!

Pred tremi leti smo v Sloveniji dobili Združenje za integrativno medicino (ZIMS), ki je polnopravni član Evropskega združenja za integrativno medicino, redno pa sodeluje s podobnimi združenji tudi v ostalih državah in na celinah izven Evrope. V tem združenju delujejo habilitirani učitelji uradne medicine, ki niso obremenjeni s predsodki, ki obvladujejo nekatere predstavnike uradne medicine. Ti ne glede na poročila o spremembah v svetu in spremenjenem odnosu tudi v naši družbi še vedno nočejo sodelovati z zdravitelji, ki pri zdravljenju uporabljajo zdravilske

metode, katerih uradna medicina še ne priznava, kljub temu, da je med njimi tudi veliko zdravnikov, ki so končali šolanje uradne šolske medicine na raznih domačih in tudi tujih univerzah. Vse več pa je zdravstvenih delavcev, ki so s svojimi izkušnjami prišli do spoznanja, da lahko tudi z neuradnimi načini pomagajo svojim pacientom, ki so jim za to obliko pomoči in zdravljenja tudi hvaležni, in da je za celotno zdravstvo koristno, da se tudi s pomočjo uradne medicine uredijo nepravilnosti v našem zdravilstvu.

Najvišji strokovni organ ZIMS-a je strokovni svet, ki je sestavljen izključno iz članov s končano medicinsko fakulteto ter več desetletno prakso iz šolske medicine. Vsi člani strokovnega sveta ZIMS so ravno tako člani Zdravniške zbornice Slovenije ter člani različnih zdravniških društev. Nihče izmed nas se ne ukvarja z zdravilstvom, spoznali pa smo, da je ta oblika zdravstva prisotna tudi v naši družbi in predstavlja neko obliko samopomoči pri zdravstvenih težavah. Namen strokovnega sveta je kritično, na podlagi najvišjega šolskega medicinskega znanja, spremljati in opazovati dosežke dopolnilnih oblik in metod zdravljenja, odprto in razumno debatirati o rezultatih, kritično presojeti o fenomenih, uspehih ali zavajanjih ter dokazano in argumentirano uspešne metode postopoma vključevati v slovensko javno zdravstvo.

Trenutno je »Združenje za integrativno medicino Slovenije« edino strokovno društvo, ki ima za te popolnoma nasprotno, na videz nerešljive probleme ustrezne rešitve. Združenje je most in povezava med dosedanjimi togimi stališči uradne medicine in zdravitelji, ki se trudijo, da se te razmere uredijo. Prvi korak bi bil sprememba in kakovostna dopolnitev obstoječega zakona o zdravilstvu in nato imenovanje zbornice zdravilcev, ki bi morala biti sestavljena iz zdravnikov šolske medicine, zdravnikov zdravilcev, zdravilcev in vsekakor tudi predstavnikov MZ, ki nosijo breme

odgovornosti za urejeno stanje na področju zdravilstva.

Svoje strokovno znanje ponujamo kot usposobljeno svetovalno telo Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije z željo, da številne nepravilnosti na področju zdravilstva uredimo v korist slovenskih državljanov in javnega zdravstva, ter se pri tem zavzemamo za strokovno upravičeno in za paciente koristno integracijo (sodelovanje) pri zdravljenju na za paciente strokovnih in tudi v okviru uradne medicine sprejemljivih izhodiščih.

To pomeni, da vsak zdravilec potrebuje za delo na zdravstvenem področju uradno licenco zdravilske zbornice, saj je za delo v zdravstvu in za zdravje potrebno upoštevati stroga merila, ki so se izoblikovala med predstavniki – zdravniki uradne medicine in z dolgoletnimi izkušnjami usposobljenimi zdravilci, ki imajo ustrezno pridobljeno strokovno znanje.

Ob pomislekih v zvezi z našim predlogom vendarle ne smemo pozabiti, da vse javnomnenjske raziskave kažejo, da je več kot polovica Slovencev v preteklosti že koristila kakšno izmed dopolnilnih oblik zdravljenja, ta trend pa se bo v prihodnosti le še povečeval. Morda številčnosti obiskov ljudi pri zdravljenju ne botruje le skopo odmerjen čas zdravnika za svojega pacienta, temveč dejansko pozitivno delovanje nekaterih metod dopolnilnega zdravljenja.

Na kratko bomo predstavili naše rezultate v zadnjih treh letih.

Kot prvi in edini smo uvedli možnost objektivnega zavarovanja odgovornosti za zdravilce, kar je bilo sicer opredeljeno že v prej omenjenem zakonu iz leta 2007, vendar do lanskega leta nobena izmed zavarovalnic ni omogočala tovrstnega, zakonsko opredeljenega zavarovanja. Na podlagi javnega mnenja in potreb smo vzbudili interes zdravstvenih zavarovalnic v Sloveniji, da oblikujejo pakete zavarovanj, ki bi zajemali tudi možnosti zdravljenja z dopolnilnimi metodami. Pri konkretiziranju teh

paketov in uvrstitvi dopolnilnih zdravstvenih metod vanje tudi aktivno sodelujemo.

Organizirali smo 1. kongres integrativne medicine Slovenije z mednarodno udeležbo, ki je bil dobro obiskan in tudi v javnosti dobro sprejet. Pridobili smo preko 1000 pridruženih članov (članarine še nismo uvedli), ki prihajajo iz skorajda vseh zaupanja vrednih zdravilskih vej. Naš član je tudi Gospodarska zbornica Slovenije (GZS) s svojo sekcijo refleksoterapevtov in holistov. Povezali in združili smo skorajda vsa zdravilska združenja in jim omogočili brezplačna gostovanja v naših prostorih v Celju. Organizirali smo več javnih okroglih miz in razprav, med drugim tudi na obeh medicinskih fakultetah ter tudi v državnem zboru RS. Odmevnejša je bila okrogla miza na GZS, katere so se na našo pobudo udeležili tudi predstavniki MZ in ki je potekala v ustvarjalnem dialogu. Večkrat smo se že sestali s predstavniki MZ in znali poiskati stične točke ter tlakovati most za »jutri«, med drugim nas je sprejela tudi državna sekretarka. Uspešno sodelujemo z evropskim poslancem g. Peterletom, ki je v evropskem parlamentu zadalžen tudi za zdravstvo. Različnim veleposlanikom tujih držav smo omogočili srečanja s predstavniki različnih zdravilskih sistemov z željo, da bi se v tej smeri obogatil tudi gospodarski razvoj naše države, ter zdravilec omogočili pridobivanje zaenkrat manjših nepovratnih sredstev držav, iz katerih zdravilski sistemi izvirajo. Bili smo tudi ustvarjalni sodelavci pri izdaji prvega slovenskega priročnika o ayurvedi, ki je v celoti recenziran in potrjen s strani indijskega ministrstva za zdravje.

Objavili smo vrsto člankov tako v zdravniškem mesečniku Isis kakor tudi v drugih, bolj javnih publikacijah. Nekajkrat smo kot sogovorec gostovali v televizijskih oddajah nacionalne in drugih komercialnih televizij. Sodelujemo z vsemi fakultetami, ki nas seznanjajo s svojimi dognanji o metodah dopolnilnega zdravljenja

(fakulteta za farmacijo, kemijo, biologijo...) ter z mednarodnimi inštituti, ki to področje spremljajo primarno. Podprli smo obe fakulteti, ki izvajata tako dodiplomski kot podiplomski študij integrativne medicine.

Kot lahko razberete, smo zelo dejaven člen v mozaiku javnega zdravstva.

Javnosti smo večkrat ponudili tehtne prispevke o metodah integrativne medicine, kdaj in pri kom jih je smiselno uporabiti in kaj od teh metod lahko pričakujemo. Aktivno spremljamo tudi problematiko številnih magistrstov farmacije, ki jim zaradi trenutne zakonodaje o zdravilstvu brez opravljenega nacionalnega preizkusa iz zdravstvenih vsebin ni dovoljeno opravljanje zdravilskih dejavnosti, kljub temu, da je njihovo primarno znanje medicine po predpisnem programu in po mnenju tako same Fakultete za farmacijo kot tudi Srednje zdravstvene šole iz Ljubljane na bistveno višji ravni, kot jo zahteva omenjen nacionalni preizkus.

Prav tako smo aktivno spremljali tudi razplet dogajanja na področju homeopatije decembra v Zdravniški zbornici Slovenije. Pod aktivno imamo v mislih avtorstvo ankete, ki je bila delo dveh naših ključnih članov. Kljub jasno izraženi volji stroke o odnosu do homeopatije se do danes na tem področju še vedno ni nič spremenilo. Homeopatija pa žal ni edina dejavnost, ki potrebuje enake vate v obravnavni. Tu se namreč pojavlja še vrsta drugih dopolnilnih oblik zdravljenja, ki jih prav tako izvajajo zdravniki šolske medicine, ki so ustrezno izobraženi za določeno metodo in žal v nenehnem strahu pred izgubo zdravniške licence. S tem pa postavljeni v popolnoma neenakopraven položaj v primerjavi s svojimi kolegi v tujini.

Strinjamo se z analizo stanja in ugotovitvami v resoluciji o sedanjem stanju na področju zdravilstva. Pogrešamo pa usmeritve, ki bi to stanje uredile, ki jih zagovarjamo v vodstvu ZIMS in jih v tem pozivu v

okviru javne razprave še pisno posredujemo naši strokovni javnosti. Namreč, verjetno še dolgo ne bo več tako primerne trenutka, ko so tako zdravilci kot medicinska stroka složni, da je treba to področje čim prej urediti. Javnost pa to tako ali tako zahteva že vrsto let.

Samo na tak način se bo na področju javnega zdravstva vzpostavil red in ne bo prihajalo do takšnih in podobnih zlorab, kot je žalska zgodba, ko je vrtnar vodil »delavnico o uporabi industrijske konoplje v zdravilne namene«. Zanj pa v občilih ni podatkov, ali ima poleg svoje vrtnarske izobrazbe še kako dovoljenje za delo na področju zdravstva (licenco zdravilca fitoterapevta) ali kako drugo

listino, ki jo lahko izda samo MZ ali po njegovem pooblastilu zdravilna zbornica, ki pa žal že vrsto let ni ustanovljena. Da je sedaj čas za ukrepe, je več kot očitno, saj je množična zastrupitev s THC postala pomembna javnozdravstvena skrb tudi uradne medicine in primer, da si ne smemo zatiskati oči pred vedno bolj množično uporabo številnih zdravilskih metod, ki zahtevajo nadzor MZ kot uradnega organa, ki je v državi odgovoren za zdravstveno stanje državljanov.

ZIMS kot združenje predstavnikov uradne medicine in priznanih zdravilcev predstavlja primerno priložnost za sodelovanja uradne medicine s številnimi zdravilskimi sistemi, hkrati

pa lahko s svojimi dosedanjimi izkušnjami pomaga pri dokončni uskladitvi besedila iz 9.2.9 člena resolucije, ki je namenjeno zdravilstvu, in kasneje za izvedbo v resoluciji predlaganih aktivnostih na področju zdravilstva. Številne že pripravljene dokumente smo namreč že posredovali MZ in čakajo v njihovih predalih ter so lahko osnova za pripravo nujnih sprememb Zakona o zdravilstvu, ki bo celovito in dokončno uredil tudi to področje zdravstva v skladu s pravnimi predpisi v svetu pod geslom iz resolucije »Skupaj za družbo zdravja«. Vendarle govorimo in delamo za uspešno in učinkovito zdravstvo, s katerim bodo zadovoljni naši državljanji, torej za zdravstvo vseh nas.

Ortoreksija – pogled z veganske strani

Mag. Miloš Židanik, dr. med., Zdravstveni zavod Vaše zdravje, d. o. o., Maribor
Milos.Zidanik@vasezdravje.si

Ko se vegani srečujemo z drugimi ljudmi, z večino, sredi katere živimo, pride prej ali slej do soočenja etično-moralnih stališč. Tu vsejedi nimajo nekih protiargumentov. Srečal sem zelo redke posameznike, ki so menili, da jim za nepotrebno trpljenje živali ni mar. Sicer pa prevladuje strinjanje z vegansko etiko ob pripombi, da je tudi človek čuteča žival in če je edini način, da preživi, ta, da uživa živali, je po »zakonu narave« moralno-etično upravičen do vsejedstva. Zato iščejo vsejedi dokaze, da veganska hrana ni dovolj za zdrav razvoj in življenje človeka. Tu se potem zaplete, kajti veganska hrana ni le ustrezen način prehranjevanja v vseh življenjskih obdobjih (1), temveč je pomemben način prehranjevanja v smislu preventive in zdravljenja številnih nenelezijskih kroničnih bolezni, ki pestijo našo zahodno civilizacijo. Tako je

možno samo s srednje dolgim postom in prehodom na vegansko prehrano ukiniti večtirno antihipertenzivno terapijo (2), veganska hrana se je pokazala za najboljšo preventivo pred sladkorno boleznijo tipa 2 (3) in je boljše od priporočene sladkorne diete v primeru sladkorne bolezni tipa 2 (4, 5). Da je možno 30 do 40 odstotkov rakavih obolenj, še posebej dojk, prostate, debelega črevesa, danke in bronhijev, preprečiti z zdravim načinom življenja in s prehrano, so ugotovili celo italijanski torakalni kirurgi (6), verjetno frustrirani ob ponovitvah rakavih obolenj. O osteoporozi se govori predvsem pri ženskah, zato sem tokrat za ilustracijo izbral raziskavo na moških (n = 35.349), kjer so povezali večje uživanje mleka in mlečnih izdelkov v najstniški dobi s pogostejšimi zlomi kolka v starosti nad 50 let (7). Tako

priporočajo vegansko prehrano tudi pri zdravljenju osteoporoze, raka, ledvičnih obolenj, demence, črevesnih obolenj in revmatoidnega artritisa (8). Zaradi naraščanja debelosti v vseh posledicami pri otrocih, se pri otrocih priporoča prehod na rastlinsko prehrano v smislu primarne preventive debelosti in za doseganje optimalnega zdravja in (celo!) ugodnega okoljskega vpliva (9).

Ko zdravstveni argumenti padejo v vodo, prihajajo po novem vsejedi z zabavnim argumentom, da so tudi rastline čuteča bitja in da vegani živalim odjedamo njihovo hrano, pri čemer se resna razprava konča, ker je jasno, da ta argument služi izključno odporom vsejeda do spremembe. Nekateri zdravniki pa so posegli po zanimivi diagnozi, ortoreksiji, ki sicer še ni sprejeta v MKB, nakazuje pa že svoj prihod v diagnostične kriterije.

Kot je za psihiatrijo značilno, je tudi ta diagnoza simptomatska, kjer terapevt posamezen diagnostični kriterij zelo subjektivno presoja po svojem lastnem vrednostnem sistemu. Če se v ortoreksijo resneje ne poglobimo in ostanemo na ravni internetnih člankov, ki krožijo po družbenih omrežjih (10), izvemo, da gre za obsedenost z zdravjo in biološko čisto hrano ter za izogibanje hrani, ki naj bi bila nezdrava. Glede na to, da smo vegani bolj budni glede svoje prehrane – vedno prebiramo deklaracije, ker si ne bi mogli misliti, kje vse je moč najti mleko v prahu, jajca ali želatino, pridobljeno iz pujsov, pa smo zato bolj pozorni tudi glede gensko spremenjene soje in drugih prehrabnih dodatkov. Kot sem omenil zgoraj, je zdravje pomembna tema v vsakodnevih razgovorih z nevegani in smo zato hočeš nočeš precej dobro obveščeni o vseh mogočih in nemogočih dodatkih v prehrani živali (rastni hormoni, antibiotiki ter pesticidi in insekticidi, pri katerih prihaja do akumulacije v živalskih maščobah). Zato smo relativno bolj usmerjeni v biološko in biodinamično pridelavo zelenjave ter v čim večjo stopnjo samooskrbe kot običajni potrošnik, ki se v svojo prehrano sploh ne pogloblja in meni, da če je neka hrana v trgovini na polici, da ob delujoči inšpekcijski službi in delujoči državi pač hrana mora biti zdrava, sicer je tam ne bi bilo. Če naletimo na zdravnika, ki mu ta tema ni pomembna in se vanjo ne pogloblja, hitro izpademo ortoreksični. Kaj ta diagnostična opredelitev takšnemu zdravniku omogoči? Predvsem njegov lastni notranji mir. Ko se sooča s svojimi pacienti vegani, ki imajo kljub njegovim predvidevanjem normalne laboratorijske teste in ki imajo drugačen vrednostni sistem, mu ta diagnoza omogoča, da sam ostane pri vsejedstvu – ker je pač veganstvo odraz neke psihične motnje. Daleč od tega, da bi vsi zdravniki tako mislili, a včasih pride do tega in potem dobivam prestrašena vprašanja veganov, ali so res ortoreksični ali ne. Zdravnik naj bi bil pri svojem delu

verodostojen. Ne tako kot kolega pediater, ki smo ga slišali govoriti v javnih občilih, da svojim pacientom vedno reče: delajte tako, kot vam govorim, in ne tako, kot delam. To so dvojna sporočila, ki razvrednotijo njegovo strokovno znanje. Ljudje ne bodo poslušali pridige o kajenju, če zdravniku, ki o tem pridiga, iz ust smrdi po cigaretnem dimu. In enako ne pridige o preveliki telesni teži, če bo zdravnik, ki pridiga, debel. A tu ne gre le za odnos s pacienti, temveč za lasten notranji konflikt, ki nastane, če delam nekaj, kar vem, da ni prav. In vsejedstvo je pač povezano z zlorabo in mučenjem živali ter degradacijo okolja. In slabim zdravstvenim stanjem (seveda, kot vedno, z izjemami – tudi vegani zbolevalo za rakom, le da je verjetnost za to veliko manjša kot pri vsejedih).

Zato pogledjmo nekaj pomembnih dejstev glede ortoreksije. Zdravo prehranjevanje ni ortoreksija (11). Je pa v zadnjem času na polju razumevanja tega pojma prihajalo do zmede, tako Steven Bratman, ki je prvi opredelil to diagnostično kategorijo, tudi zaradi prvega izdelanega testa ORTO-15, ki se uporablja za prve raziskave in potrebuje predelavo, ker bolj identificira člane subkultur, ki se prehranjujejo zdravo, kot tiste, ki so dejansko ortoreksični. Ortoreksija nastopi šele pri čustveni samokaznovni obsesiji, ki napreduje v vedno bolj restriktivno prehranjevanje. Zdravo prehranjevanje je tako najpomembnejša tema v posameznikovem življenju in najpomembnejši vir samozavesti, občutka lastne vrednosti in smisla. Temu sledijo socialna izolacija, psihološke motnje in včasih tudi telesne posledice. Skratka: skrb za zdravje je postala nezdrava (11). Dejansko članki, ki govorijo o ortoreksiji, v bralcu povzročajo zmedo – enkrat je prevalenca v splošni populaciji 1 do 2 odstotka (12), drugič 57,6 odstotka (13), enkrat prednjačijo ženske, drugič moški. Simptomi se prekrivajo z anoreksijo, obsesivno-kompulzivno motnjo, somatizacijsko motnjo, strahom pred boleznijo in

motnjami psihotičnega spektra (14). Skratka: bolezen, ki moti vsakodnevno funkcioniranje. Kar veganstvo ni.

Literatura:

1. Craig WJ, Mangels AR. Position of the American Dietetic Association: vegetarian diets. *J Am Diet Assoc* 2009, 109(7): 1266–82.
2. McCarty MF. A preliminary fast may potentiate response to a subsequent low-salt, low-fat vegan diet in the management of hypertension - fasting as a strategy for breaking metabolic vicious cycles. *Med Hypotheses*, 2003, 60(5): 624–33.
3. McEvoy CT, Temple N, Woodside JV. Vegetarian diets, low-meat diets and health: a review. *Public Health Nutr* 2012, 15(12): 2287–94.
4. Barnard ND, Cohen J, Jenkins DJ, Turner-McGrievy G, Gloede L, Green A, Ferdowsian H. A low-fat vegan diet and a conventional diabetes diet in the treatment of type 2 diabetes: a randomized, controlled, 74-wk clinical trial. *Am J Clin Nutr* 2009, 89(5): 1588S–1596S.
5. Trapp CB, Barnard ND. Usefulness of vegetarian and vegan diets for treating type 2 diabetes. *Curr Diab Rep*, 2010, 10(2): 152–8.
6. Divisi D, Di Tommaso S, Salvemini S, Garramone M, Crisci R. Diet and Cancer. *Acta Biomed* 2006, 77(2): 118–23.
7. Feskanich D, Bischoff-Ferrari HA, Frazier L, Willett WE. Milk consumption during teenage years and risk of hip fractures in older adults. *JAMA Pediatr*. Published online November 18, 2013.
8. Leitzmann C. Vegetarian diets: what are the advantages? *Forum Nutr* 2005, 57: 147–56.
9. Sabate J, Wien M. Vegetarian diets and childhood obesity prevention. *Am J Clin Nutr* 2010 91(5): 1515S–1529S.
10. https://sl.wikipedia.org/wiki/Ortoreksija_nervoza
11. <http://www.orthorexia.com/>
12. Barthels F, Pietrowsky R. Orthorectic eating behaviour – nosology and prevalence rates. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2012, 62(12): 445–9.
13. Ramacciotti CE, Perrone P, Coli E, Burgalassi A, Conversano C, Massimetti G, Dell'Osso L. Orthorexia nervosa in the general population: a preliminary screening using a self-administered questionnaire (ORTO-15). *Eat Weight Disord* 2011, 16(2): e127–30.
14. Koven NS, Abry AW. The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2015, 11: 385–94.

Incidenca melanoma strmo narašča, tudi pri nas

Intervju s prof. dr. Janjo Ocvirk, dr. med.

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

Melanom je ena izmed najnevarnejših oblik kožnega raka. Če je odkrit dovolj zgodaj, je ozdravljiv. Kakšna je incidenca melanoma v Sloveniji?

Incidenca melanoma je malo pod 500 novih bolnikov letno in strmo narašča, podvoji se na 6 do 10 let. V svetu incidenca dosega 62.000 novih bolnikov na leto. Zbolevanje je odvisno od različnih dejavnikov: od tipa kože, barve las, izpostavljenosti soncu, drugih dejavnikov tveganja. Incidenca po Evropi prav tako ni enakomerna.

Po podatkih Mednarodne agencije za raziskovanje raka je Slovenija na 6. mestu po incidenci raka v Evropi.

Incidenca v Sloveniji močno narašča. Nekoliko narašča tudi na račun boljšega odkrivanja. Razveseljivo je, da debelina primarno odkritih melanomov pada. Odkrivamo jih prej, bolj zgodaj, to pa omogoča boljše preživetje. Umrljivost dejansko ne raste toliko kot incidenca. Razlog za to je iskati prav v zgodnjem odkrivanju zelo tankih melanomov. Če smo imeli še pred leti melanome debelejšje od treh milimetrov, je danes povprečna debelina odkritih melanomov manj kot en milimeter. To pomeni, da jih odkrijemo zelo zgodaj.

V Avstraliji jim je uspelo z boljšim ozaveščanjem javnosti doseči, da ljudje v 80 odstotkih pridejo k zdravniku s pravilno diagnozo, ki so si jo postavili sami. Ko zdravnikom uspe doseči tako visoko raven zavedanja pri prebivalstvu, je to za vse velik uspeh. Kako je s tem pri nas?

Lahko se pohvalimo, da smo na tem področju naredili več kot v Avstraliji. Oni so bili pred nami, ker so imeli večji problem zaradi velike incidence. Moram povedati, da so bili prav Avstralci presenečeni nad našimi rezultati, kako smo zmanjšali debelino melanoma. Res je, da smo po obsegu manjši, ampak imamo v zadnjih 15 letih resnično dobre rezultate. Takšen rezultat

pa je zagotovo posledica vsega, kar se je dogajalo v tem obdobju, od ozaveščanja in poučevanja bolnikov o melanomu do izobraževanja vsega zdravstvenega osebja: zdravnikov in sester. Pripomogle so številne akcije tudi med farmacevti. Šola melanoma, ki jo izvajata Sekcija internistične onkologije pri SZD in Onkološki inštitut Ljubljana, pa je bila namenjena predvsem zdravnikom, ki se pri svojem delu kakor koli srečujejo z melanomom (plastičnim kirurgom, onkologom, dermatologom), šele kasneje smo jo razširili še na družinske zdravnike. V šoli melanoma obravnavamo vse, od prepoznavanja bolezni do zdravljenja, gremo čez vse faze in prav zaradi takšne oblike izobraževanja se veliko več govori in ve o melanomu kot pred šolo.

Melanom zdravniki pogosto odkrijejo med rutinskim pregledom. Kirurško zdravljenje še vedno ostaja osnovni način zdravljenja.

Primarni melanom je tumor, ki ga je treba kirurško odstraniti, če nima oddaljenih zasevkov. Tako kirurgija ostaja prvi in osnovni način zdravljenja. Melanomi, ki so tanjši od enega milimetra, potrebujejo samo odstranitev z ustreznim



varnostnim robom in nič več. Če je melanom debelejši od enega milimetra, potem bolnik dobi biopsijo varovalne bezgavke. Bolniki, ki imajo zasevke v bezgavkah, imajo najprej limfadenektomijo, nato so dodatno zdravljeni z interferonom. Nova zdravila prihajajo na vrsto pri zdravljenju metastatskega melanoma. Kemoterapija je bila pri melanomu malo učinkovita, pod 20 odstotkov. In ravno na tem področju zelo dolgo ni bilo novih zdravil. Z novimi znanji in z novimi ugotovitvami pa smo prišli do spoznanja, da je polovica melanomov BRAF-mutiranih, kar pomeni, da imajo mutacijo, ki pomeni slabšo prognozo. Če je mutacija znana, se lahko izdelava zdravila, ki delujejo tarčno. Tako so prišli na tržišče BRAF-inhibitorji. To so tarčna zdravila – male molekule, ki zavirajo pot BRAF in s tem zdravijo. Na tržišču imamo dve zdravili: vemurafinib in dabrafenib. Ugotavljali so, da če to pot zaviramo še nižje, bolj proti jedru, povečamo učinkovitost. S kombinacijo BRAF-inhibitorjev in MEK-inhibitorjev je zdravljenje lahko še bistveno bolj učinkovito. Prva taka kombinacija je bila že registrirana v Švici in prihaja tudi v Evropo. Slovenski bolniki dobivajo BRAF-inhibitorje že okoli 5 let, BRAF-inhibitorji so v rutinski uporabi. Kombinacijo BRAF-in MEK-inhibitorjev imajo na voljo v programu razširjene dostopnosti.

Kaj pomeni to za bolnika?

To pomeni, da se mu srednji čas, do napredovanja bolezni, podaljša za nekaj mesecev. Kombinirano zdravljenje mu omogoča srednja preživetja daljša od dveh let, nekoč pa so ti bolniki živeli od 6 do 9 mesecev.

Zdravljenje se vse bolj usmerja v vlogo imunskega sistema pri nastanku rakavih bolezni. Tu prihaja do pomembnih prebojev. Kako poteka zdravljenje z zdravili, ki delujejo na imunski sistem bolnika?

Res je, prav pri zdravljenju melanoma je prišla v ospredje tudi imunoterapija. Poleg kombinacije BRAF-in-

hibitorjev in MEK-inhibitorjev pri BRAF-mutiranih bolnikih oz. kemoterapije bodo lahko kasneje dobili še imunoterapijo. Več terapije pomeni še daljše preživetje.

Imunoterapijo predstavljajo zdravila, ki vzpodbujajo imunski sistem. Ideja imunoterapije je stara več desetletij, žal pa je bilo na tem področju tudi zelo veliko razočaranj, od imunoterapevtikov do cepiv, dokler niso prišla nova spoznanja. Prvo zdravilo iz skupine imunoterapevtikov – ipilimumab – je prišlo na tržišče za zdravljenje melanoma. To je protitelo proti CTLA4. Ko se protitelo veže, prepreči zaviranje limfocitov T. Tako sproži naravno stimulacijo oz. jo omogoči. Limfociti T kot naš naravni imunski odgovor napadejo tumorske celice in jih uničujejo. Imunoterapija deluje tako, da spodbuja naš imunski sistem oz. prepreči zaviranje, saj ima rak mehanizme, da zavira imunski sistem.

Ta zdravila veliko obetajo, ne samo pri melanomu, temveč tudi pri drugih vrstah raka.

Imunoterapija je učinkovita pri številnih vrstah raka. Ipilimumab je bil testiran samo pri melanomu, zdaj pa prihaja več vrst zdravil iz skupine anti PD 1 in anti PDL 1. Prvi dve zdravili, ki sta že bili registrirani, sta pembrolizumab in nivolumab. Zdravili sta registrirani za zdravljenje bolnikov z metastatskim melanomom, a so ju testirali pri številnih drugih rakah. Verjetno bo naslednja indikacija pljučni rak, kjer so rezultati dobri, rak prebavil, rak želodca, rak črevesja, rak mehurja. Veliko novih zdravil je v fazi kliničnih preizkušanj in rezultati so zelo obetavni.

Zanimivo je, da se je prav na področju imunoterapije raziskava z zdravilom končala predčasno. Nam lahko poveste kaj več o tem?

Zdravila proti nadzornim točkam anti PD 1 in anti PDL 1 so bila zelo velika novost z izjemnimi rezultati. Pembrolizumab je bil primerjan z ipilimumabom, ne s klasično kemoterapijo. Razlike v učinkovitosti so bile tako velike, da je bila raziskava predčasno zaustavljena, saj je bilo neetično zdraviti z dosedanjim zdravilom, ker je bilo novo zdravilo pembrolizumab toliko boljše. Zato je bilo po zelo hitrem postopku registrirano na osnovi faze 2. Imunoterapija je zelo učinkovita in bo zamenjala oz. dopolnila dosedanje zdravljenje s kemoterapijo, ne samo pri zdravljenju melanoma, ampak tudi pri drugih načinih zdravljenja raka.

Hvala za pogovor.

Izjava o nasprotju interesov

S strani proizvajalcev v članku omenjenih zdravil intervjuvanka ni prejela donacij, honorarjev, sponzorskih sredstev ali drugačne podpore, ki bi vplivala na njeno objektivnost.

Spoštovani avtorji prispevkov,

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

Uredništvo

Profesor Nentwig – legenda zobne implantologije

Doc. dr. Andrej Kansky, dr. dent. med., UKC Ljubljana
andrej.kansky@kolj.si

Prof. dr. Georg-Hubertus Nentwig je diplomiral iz dentalne medicine na univerzi v Kölnu. Po končanem študiju je na Kliniki za maksilofacialno in oralno kirurgijo univerze v Münchnu delal kot asistent in leta 1982 opravil specializacijo iz oralne kirurgije. Strokovno in raziskovalno delo je posvetil zobni implantologiji, razvil je več vrst zobnih vsadkov, svetovni uspeh pa je dosegel z razvojem vsadka Ankylos, ki se prodaja v milijonskih številkah širom sveta.

Leta 1988 je postal profesor za oralno kirurgijo na Univerzi v Münchnu, 1991 profesor na univerzi Goethe v Frankfurtu na katedri za oralno kirurgijo. Leta 2003 je bil zaradi strokovnih zaslug sprejet v »Royal College of Surgeons« v Londonu. Leta 2009 je ustanovil magistrski študij implantologije na univerzi Goethe v Frankfurtu.

Brez njega danes implantologija ne bi bila to, kar je. Prof. Nentwig je trenutno vodilni strokovnjak na področju oralne travmatologije, kostne regeneracije in zobne implantologije.

Slišali smo vašo zgodbo o tem, kako ste s kolegom dr. Moserjem iznašli ta vsadek, ki pravi, da sta princip današnjega sistema Ankylos razvila

na Oktoberfestu leta 1985. Kako je prišlo do tega?

Dr. Moser je inženir in strokovnjak s področja znanosti o materialih. Septembra 1985 sem ga povabil, naj se mi pridruži na pivo na Oktoberfestu, ki se je odvijal v bližini zobozdravstvene ordinacije. Tam sva na podstavek za pivo narisala prve skice zobnih vsadkov.

Zamisel o konusu v notranjosti zoba je bila genialna, dobesečno šokirali ste »tekmece«, saj je tako preprosta in učinkovita. Kako ste prišli na to idejo?

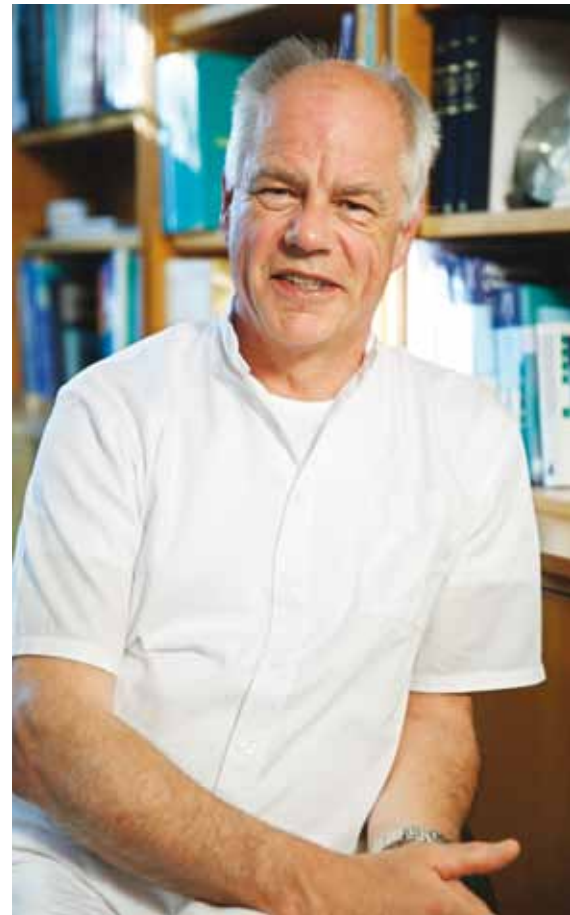
Že od samega začetka sva namerala uporabiti konusno povezavo, ki se nama je zdela najboljša, saj se sama sidra, samo idejo pa je izpeljal inženir.

Kakšen vpliv sta imela Linkow in Brånemark na vaše zamisli?

Uporabil sem ideje obeh, pa tudi nekaj drugih sistemov, vsi so bili povezani z določenimi indikacijami in imeli določene slabosti. Želel sem iznajti sistem, ki bi bil uporaben za širok spekter brezobnosti in bi bil preprost za uporabnika.

Mnogi imajo izvirne zamisli, a jih nikoli ne uresničijo. Kako vam je uspelo privedi izdelek do komercialne izdelave? Kako ste prepričali proizvajalce, da so verjeli v vas ter uspešnost vaše zamisli?

Leta 1994 je podjetje Degussa prevzelo sistem od manjšega dobavitelja. Na čelu družbe je bil dr. Werner Groll, po izobrazbi inženir. On je razumel pomen tega, kar smo delali, in videl potencial sistema, zato ga je podprl.



Kdaj ste uspeli vsaditi prve vsadke, ki ste jih razvili, dejanskim pacientom? Kdo je izdelal prvi prototip in komu ste ga vsadili?

Prva vsaditev se je odvila septembra 1987 v münchenski zobozdravstveni ordinaciji, in sicer na brezobnem predelu spodnje čeljustnice levo zadaj. Proizvajalec je tedaj bilo podjetje Eberle, manjša družba v južni Nemčiji.

Veste, koliko vsadkov je bilo prodanih v svetovnem merilu?

Ne, vendar gre za veliko številko.

V 80. letih smo za zobno protetiko morali brusiti zdrave zobe, nato so se pojavili vsadki. Prvi odzivi v zobozdravstvu so bili negativni. Zakaj je po vašem mnenju bilo tako?

Vsadki so bili takrat že uspešni, vendar v veliko manjšem obsegu. Največja težava je bila velika izguba

kostnega tkiva, če je vsaditev spodletela, s čimer se takrat še nismo znali spopasti.

Implantologija je v zobozdravstvu sprožila revolucijo, konec je z brušenjem zob, apikotomijami, nič več delnih protez. So te zamisli sprejeli po vsem svetu?

V znanosti res. Vendar številni zobozdravniki še vedno niso usposobljeni, da bi ta postopek opravljali visokokakovostno. Na žalost postopki niso vsem cenovno dostopni.

Kakšna bo po vašem mnenju prihodnost zobne implantologije, recimo čez 30 let? Kje vidite pglavlitne težave, ki jih bo treba razrešiti, ali potencial za izboljšave? Mislite, da še vedno obstajajo možnosti za nadaljnji razvoj glede navoja ali stika med vsadkom in protetično nadgradnjo?

To je zelo zapleteno vprašanje, na katero ne morem podati kratkega odgovora. Na splošno je stopnja uspešnosti pri pravilno zasnovanih vsadkih in dobro usposobljenih zobozdravnikih tako visoka, da si je težko predstavljati nadaljnje izboljšave. Zobozdravstvo je na tem, da izboljša protokole zdravljenja, vključno z zdravljenjem periimplatitisa, v industriji se trudijo razviti močnejše biokompatibilne materiale, ki lahko vzdržijo zaporne obremenitve za vse pacientovo življenje.

Titan je trenutno najpomembnejši material v zobozdravstvu – kaj pa druge snovi: paladij, cirkonij, polietil-eter-keton?

Za vse našete materiale je treba šele dokazati, da so sposobni vzdržati tovrstne obremenitve na dolgi rok.

V zobozdravstvu je vedno vladalo trdno prepričanje, da ni mogoče povezati zob in vsadkov v mostiček. Ali to še drži?

Težava je, da pri tem ustvarimo dolgo konzolno podporo, pri čemer lahko pride do parodontalnih premikov. To lahko poškoduje tako dele

vsadka, kost ob vsadku kot tudi protetično konstrukcijo.

Nekaj časa so bili na trgu vsadki, ki so posnemali pozobnico, a se zamisel ni prijela. Zakaj je bilo tako?

Material, ki so ga uporabljali za ta namen, je bil neobstoje in je sčasoma postal pretrujen.

Ankiloza je torej naša zapoved, vsi želimo vsadek, dobro prekrit s kostjo, a sčasoma opazimo, da je kost živo tkivo, ki se preoblikuje, izginja okoli vsadkov. Kaj so ključni razlogi za to – sile pri žvečenju, higiena, določeni mikroorganizmi?

Obstajata le dva glavna vzroka za izgubo kostnega tkiva: nefiziološke obremenitve in okužbe.

Kaj mislite o trenutni razpravi o mikrorazpokah, mikrogibanju in bakterijski kontaminaciji kot vzrokih za še vedno pogosto skledasto resorpcijo kosti?

Notranji deli vsadka po montaži protetične nadgradnje so večinoma kontaminirani. Zato lahko zaradi mikrorazpok in mikrogibanj ta kontaminacija preide iz notranjega dela vsadka in kontaminira kostno okolico. To povezavo je treba narediti čim bolj hermetično, za kar nudi konusna povezava doslej najboljše obete.

In kakšno je stanje pri protetiki? Ali lahko nastanejo težave zaradi premikov oz. podajanja?

S pomočjo pravilno zasnovanega prenosnega ključa s tem nikoli nismo imeli težav.

Kaj bo naslednji korak v zobozdravstvu? Gojite upanje glede vzgoje tkiv? Mislite, da bi lahko vzgojili zobni zametek po ugodni ceni, je tretja denticija na vidiku?

To zelo kompleksno področje tkivnega inženiringa je že pomembno napredovalo, vendar sem še vedno prepričan, da bo vstavljanje vsadka ostalo najhitrejši način za povrnitev funkcije in videza nekoč naravnih zob.

Brezzobi ljudje niso podhranjeni, danes je na voljo kašasta in molekularna hrana. Tako hrano okusimo, a je ni treba gristi. Mislite, da bodo zobje v prihodnosti postali le še organ za okras? Sami menimo, da so zobje pomemben organ, vendar ali bi se strinjali, da so v sodobnem življenju zobje kot organ izgubili na pomembnosti?

Dogaja se to, da zaradi pravilne nege in izobrazbe zobje ne bodo več izpostavljeni kariesu oz. parodontitisu in bodo zato ostali v dobrem stanju.

Brezzobi ljudje povprečno tehtajo več kot ljudje z zobni – kako si razlagate to?

Maščobe, sladkorji in druge sestavine ne zahtevajo veliko žvečenja. Kar ozrite se v supermarketu in restavracije, pogledjte, kaj in koliko ljudi jedo.

Zakaj po vašem mnenju ljudje izgubijo zobe? Gre res le za nepoučenost, slabe navade in nedisciplino, ali tudi genetiki, sistemskim obolenjem in zdravlilom pripisujete pomembno vlogo?

V glavnem gre za nepoučenost in slabo samodisciplino. Najpogosteje gre za slabo nego zob.

Veste, koliko Nemcev je brezzobih? Kolikšen delež le-teh ima vsadke in koliko odstotkov še vedno nosi klasične proteze?

To število je v zadnjih desetletjih dramatično upadlo. Pri usposabljanju študentov v naši ordinaciji komaj najdemo kakšnega pacienta s popolno brezzobostjo.

Nekateri menijo, da je dentalna implantologija podobna lepotnim operacijam proti staranju in da ni starosti brez zobnih vsadkov. Kaj mislite o tem?

Kot sem že dejal, starost sama po sebi še ne pomeni, da bomo izgubili zobe. Danes v Nemčiji srečamo veliko starih ljudi z odlično ohranjenim zobovjem.

Obeta se prvo cepivo proti malariji

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

Alenka.Skaza@nijz.si

24. julija 2015 je Evropska agencija za zdravila (EMA) sporočila, da je podala pozitivno mnenje za uporabo cepiva proti malariji za otroke. S tem se odpira nova perspektiva v preventivi malarije. Po predvidevanjih bo Svetovna zdravstvena organizacija izdala priporočila za uporabo prvega antimalaričnega cepiva v novembru 2015.

Malarija je najpomembnejša tropska in subtropska bolezen, za katero letno zbolijo več sto milijonov ljudi. Po ocenah Svetovne zdravstvene organizacije je v letu 2013 zaradi malarije umrlo 627.000 ljudi, od tega 90 odstotkov v podсахarski Afriki; 83 odstotkov umrlih je bilo otrok, mlajših od pet let.

Malarijo povzročajo plazmodiji, ki jih prenašajo komarji iz rodu *Anopheles*, drugi načini okužbe so redki (npr. s transfuzijo okužene krvi, kongenitalna okužba, souporaba okuženih igel). Za preprečevanje malarije uporabljamo kombinacijo ukrepov: zaščitne mreže, impregnirane z insekticidi (komarji so najbolj aktivni od mraka do zore), repelente in zdravila (kemoprofilaksa z antimalarikami).

V Sloveniji za malarijo obolevajo večinoma odrasli potniki, ki potujejo na malarična področja brez ustreznih zaščit. V obdobju od leta 2004 do 2013 je bilo evidentiranih 60 bolnikov, največ se jih je z malarijo okužilo najverjetneje v Gani.

Od vseh oblik malarije je najpogostejša in najbolj nevarna malarija tropika, ki jo povzroča *Plasmodium falciparum*. Njegov razvojni krog v človeku je sestavljen iz asimptomatske jetrne faze, v kateri pride do poškodbe hepatocitov, in simptomatske eritrocitne faze, zaradi katere ima bolnik najrazličnejše težave. Kandidatko za cepivo, ki je »pred vrati«, so začeli razvijati v osemdesetih letih prejšnjega stoletja. Velike težave je predstavljala

identifikacija antigena, ki bi povzročil učinkovit imunski odziv. CS-protein, ki ga imajo vsi plazmodiji, je slabo imunogen. Strokovnjaki so zato vrsto let raziskovali in iskali rešitev, ki jo prinaša aktualna kandidatka za cepivo. Proteinu so dodali HBsAg ter tako ustvarili antigensko komponento cepiva, ki je učinkovita proti *P. falciparum*. Rekombinantno cepivo tako ščiti tudi pred okužbo s hepatitisom B, za povečanje imunskega odziva vsebuje še adjuvans AS01, ki ga sestavljajo liposomi, monofosforil lipida A in saponini.

V tretjo fazo kliničnih raziskav je bilo vključenih 16.000 dojenčkov in malih otrok iz osmih afriških držav. S tremi odmerki cepiva v enomesečnih razmikih so preprečili malarijo skoraj pri polovici otrok, starih od 5 do 17 mesecev. Pri dojenčkih, starih od 6 do 12 tednov, je bila učinkovitost cepiva 27-odstotna. Po končanem cepljenju s štirimi odmerki (četrti, pozitivni odmerek je sledil tretjemu čez 18 mesecev) so v štiriletnem opazovanem obdobju pri cepljenih otrocih dosegli 39-odstotno zmanjšanje obolenosti zaradi malarije. Resnih neželenih učinkov po cepljenju je bilo malo.

Kljub omejeni učinkovitosti cepiva pri preprečevanju malarije bo cepljenje otrok, starih od 6 tednov do 17 mesecev, v endemičnih državah obvarovalo veliko malčkov pred malarijo in smrtjo. Ocenjujejo, da bodo s kombinacijo cepljenja in

podpornih preventivnih ukrepov proti komarjem preprečili približno 80 odstotkov malarije pri otrocih. Dejstvo je, da malarijo spremljajo revščina, slaba zdravstvena infrastruktura in pomanjkanje na vsakem koraku. Dejstvo tudi je, da pri uvajanju cepljenja proti določeni nalezljivi bolezni veliko vlogo igra stroškovna učinkovitost, nad katero se ljudje tako radi zgražamo, a svet se vrti v smislu izreka: »Česarkoli se lotevaš, pomisli, kaj sploh hočeš doseči.« (Publinij)

Literatura:

1. http://www.who.int/malaria/media/world_malaria_report_2014/en/
2. RTS,S Clinical Trials Partnership. The Lancet. 2015; 386 (9988): 31–45.
3. European Medicines Agency. News and Events. First malaria vaccine receives positive scientific opinion from EMA. Dostopno na spletnem naslovu: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Press_release/2015/07/WC500190447.pdf
4. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Epidemiološko spremljanje nalezljivih bolezni v Sloveniji v letu 2013. Dostopno na spletnem naslovu: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/epidemilsko_spremljanje_nalezljivih_bolezni_2013.pdf

Prošnja organizatorjem strokovnih srečanj

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

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

Uredništvo

»Zobozdravniki rešujejo življenja«

Sestanek v Evropskem parlamentu o raku ustne votline, Bruselj, 23. 6. 2015

Diana Terlević Dabić, dr. dent. med., Zdravniška zbornica Slovenije
diana.terlevic@siol.net

Organizatorji sestanka: Council of European Dentists – CED, MAC – MEPs Against Cancer, ECL – Association of European Cancer Leagues

Gostitelj sestanka: g. Alojz Peterle, predsednik skupine MAC

Udeleženci sestanka: delegati članic CED, člani MAC, EU-poslanci, člani ECL

Sestanek je z uvodnimi besedami odprl dr. Wolfgang Doneus, predsednik CED. Poudaril je, da je rak ustne votline na 10. mestu po pojavnosti med raki v EU, vsako leto se odkrije okoli 75.000 novih primerov, pogosteje pri moških, in doba preživetja pri pozno odkritih primerih je nizka. Pojavnost novih primerov narašča, večinoma zaradi izpostavljenosti dejavnikom tveganja, kot so kajenje, alkohol, nezdravo življenje ali HPV. Preventiva in zgodnje odkrivanje lahko v veliki meri zmanjšajo pojavnost in posledice obolevnosti za rakom ustne votline. Zato želimo opozoriti na pomembnost ozaveščanja prebivalstva o rednih zobozdravniških preventivnih pregledih, ki omogočajo odkrivanje zgodnjih sprememb in njihovo zdravljenje, ter na vlogo, ki jo imamo evropski zobozdravniki v preventivi, promociji ustnega zdravja in zdravega načina

življenja, pri zgodnjem odkrivanju in zdravljenju raka ustne votline.

Vabljeni častni predavatelj je bil prof. Saman Warnaskulasuriya, profesor oralne medicine in eksperimentalne patologije na Kings College London in direktor Centra za raka ustne votline pri SZO, svetovalec državam članicam SZO za strategijo v preventivi in zgodnjem odkrivanju raka ustne votline. Profesor je udeležencem sestanka osvetlil najbolj pomembne vidike pojavnosti raka ustne votline. Poudaril je, da morajo biti sporočila javnosti jasna, da je rak ustne votline lahko smrten, da se njegova pojavnost veča, da je mogoče delovati preventivno, kateri so dejavniki tveganja in da so začetne lezije večinoma popolnoma ozdravljive.

Njegovo sporočilo zdravstveni politiki EU je poudarek na preventivi, spremembi življenjskih navad in zgodnjem odkrivanju.

Smernice strokovnih standardov naj postanejo presejalni pregledi za zgodnje odkrivanje raka ustne votline in pravočasne napotitve pacientov s sumljivimi spremembami na sekundarno raven.

Forum www.oralcancerldv.org je bil ustanovljen za ozaveščanje javnosti o raku ustne votline.

Ga. Lia Mills, irska pisateljica, nam je predstavila svojo zgodbo – zgodbo pacientke, ki je preživela raka ustne votline. Spremembe v ustni votlini je opazila relativno zgodaj, vendar se ji ni zdelo potrebno poiskati pomoči, ker niso bolele, in je čakala, da same minejo. Vendar so se težave sčasoma večale in ko je prišla do diagnoze, je bila njena bolezen že v napredovali fazi. Zdravljenje je bilo težko, dolgotrajno, potrebnih je bilo več operacij, posledice so še vedno prisotne v obliki oteženega govora in videza. Sedaj aktivno sodeluje v združenju proti raku ustne votline in piše knjižice na temo ozaveščanja o raku ustne votline (World of mouth, In your face).

Pobudo EU proti raku ustne votline je predstavil g. Martin Seychell, namestnik direktorja Direktorata za zdravje in varno hrano, ki deluje pri Evropski komisiji. Poudaril je, da je treba



oblikovati nacionalne strategije za nadzor raka ustne votline, ustvariti skupno internetno stran European Oral Cancer Network, oblikovati strategijo za skupine z visokim tveganjem ter določiti European Mouth Cancer Awareness Day, namenjen ozaveščanju javnosti.

Sledila je predstavitev primerov dobre prakse pri ozaveščanju o raku ustne votline.

Dr. Conor McAlister z Irske je povedal, da so se za kampanjo odločili, ker se je povečala pojavnost ustnega raka na Irskem in so želeli ozaveščati javnost o tej hudi bolezni. V kampanji je sodelovalo 700 irskih zobozdravnikov.

Dr. Francisco Rodriguez Lozano iz Španije je poudaril, da je za pozne diagnoze raka ustne votline več vzrokov. Delujemo lahko na treh ravneh. Prvi v verigi je pacient, ki mora biti ozaveščen o bolezni, dejavnih tveganja, zdravi prehrani in načinu življenja, samopregledovanju in preventivnih kontrolnih pregledih pri zobozdravniku.

Naslednji v verigi so strokovnjaki – zobozdravniki, ki naj bi kakovostno

znanje o raku ustne votline iz diplomskega študija nadgrajevali na podiplomskih izobraževanjih.

Na koncu še zdravstveni sistem, ki bo omogočal preventivne zobozdravniške preglede in hiter prehod na sekundarno stopnjo v primeru sumljivih sprememb.

Dr. Pedro Transcoso s Portugalske je poudaril, da pri njih pojavnost raka ustne votline raste in je na 6. mestu med raki. Od leta 2012 so bili odkriti 1204 novi primeri, od tega 967 pri moških. Ministrstvo za zdravje je v sodelovanju s portugalskim zobozdravniškim združenjem marca 2014 organiziralo projekt zgodnjega odkrivanja raka ustne votline, pooblastilo 250 zobozdravnikov in namenilo sredstva za preglede pacientov s sumljivimi spremembami, napoteni s strani splošnih zobozdravnikov.

Eden od takih primerov je bil tudi projekt Odbora za zobozdravstvo ZZS Slovenije **Pravočasen pregled ustne votline lahko reši življenje**, ki je potekal v septembru 2014. V njem je sodelovalo več kot 250 slovenskih zobozdravnikov in skupaj smo prebivalcem Slovenije omogočili okoli

2000 brezplačnih preventivnih pregledov ustne votline, s ciljem, da bi odkrili zgodnje maligne spremembe v ustni votlini in ozaveščali prebivalstvo o tej hudi bolezni. Organizirali smo brezplačno izobraževanje o ustnem raku za vse zobozdravnike, ki so sodelovali v projektu. Projekt je bil medijsko zelo odmeven, zastavljen na *pro bono* osnovi in je izpolnil vsa pričakovanja. Ugotovili smo lahko, da je bil naš projekt eden od primerov dobre evropske prakse o ozaveščanju o raku ustne votline.

Sporočilo sestanka javnosti in politiki je, da je treba bistveno večji poudarek nameniti preventivi, bolj zdravemu načinu življenja in boljše razumevanju, zakaj in koliko je za kakovost življenja pomemben odnos do lastnega zdravja.

Smernice strokovnih standardov naj postanejo presejalni pregledi za zgodnje odkrivanje raka ustne votline in pravočasne napotitve na sekundarno raven. Za opravljanje tega poslanstva je treba zagotoviti ustrezne sistemsko uokvirjene organizacijsko-finančne pogoje.

EuroPerio 8

Miha Pirc, dr. dent. med., Ljubljana
Rok Ovsenik, študent dentalne medicine

miha.pirc@hotmail.com

Evropska zveza za parodontologijo (EFP; European Federation of Periodontology) je med 3. in 6. junijem v Londonu organizirala osmi kongres, EuroPerio 8. Organiziran je na vsaka tri leta in velja za vodilno konferenco v parodontologiji in implantologiji. O pomembnosti samega dogodka priča tudi število udeležencev, ki se z vsakim dogodkom povečuje. Zadnjega, EuroPerio 7, ki je bil na Dunaju, se je udeležilo približno 7800 obiskovalcev,

letošnjega v Londonu pa že več kot 9600 registriranih udeležencev z vsega sveta. Organizatorji so uspeli sestaviti program z zvnečimi imeni predavateljev in široko paleto predavanj. Istočasno je vzporedno potekalo do šest različnih predavanj, namenjenih specialistom parodontologije in implantologije, splošnim zobozdravnikom, ustnim higienikom in akademikom, tako da je zagotovo vsak našel nekaj, kar ga je zanimalo.

Prvi dan se je začel s predstavitvijo kratkega filma z naslovom »The Sound of Periodontitis«, ki je pokazal pogled pacientov na parodontalno bolezen. Čeprav je parodontalna bolezen pogosto imenovana tudi tiha bolezen, je bilo ob ogledu tega filma in kasnejši razpravi jasno, da se opozorilni znaki pokažejo že zgodaj, kar zaznavajo tudi pacienti, in da je naš cilj, da jih v bodoče pravočasno prepoznamo. Sledilo je svečano odprtje, kjer je z nošenjem zastave Slovenijo zastopal doc. dr. Boris Gašpirc.

Drugi dan se je začel s tako imenovanim plenarnim predavanjem z



Z leve: Rok Ovsenik, Anja Sotošek in Miha Pirc.

naslovom »A Geneticist's Apology: Nature, Nurture, or Neither?« profesorja Steva Jonesa in nadaljeval s predstavitvijo filma o povezavi med parodontalno in sladkorno boleznijo. Preostanek dneva sva namenila sklopu predavanj o mukogingivalni kirurgiji. Prvi sklop je bil namenjen izbiri pravilne tehnike. Po Zuhru je subepitelijsko vezivno tkivo zlati standard za augmentacijo dlesni, vendar so tudi pri zlatem standardu določene nejasnosti. Zaradi tega je za uspešno delo potrebno dobro razumevanje presadkov in same histologije tkiv. Drugi sklop je bil namenjen zdravljenju

multiplih recesij dlesni. Predstavljene so bile različne tehnike s poudarkom na »tunel tehniki« in pravilni izvedbi operacije. V tretjem sklopu pa so bile predstavljene nove tehnologije in uporaba alograftov in ksenograftov.

Prvo polovico tretjega dneva sva namenila sklopu predavanj o kritičnih dejavnih parodontale regeneracije, drugo polovico pa kritičnim dejavnikom pri estetski oskrbi z zobnimi vsadki. Dr. Schwarz je predstavil razmerja med nadgradnjo (angl. *abutment*) in zobnim vsadkom ter zaključil, da na to temo manjka zanesljivih dokazov in da bi bilo glede

na trenutno dostopno literaturo prehitro sklepati, katera nadgradnja je boljša. Zobozdravnik naj bi izbral stabilno povezavo med zobnim vsadkom in nadgradnjo ter s tem preprečil vdor mikroorganizmom.

Zadnji, četrti dan je na oder še zadnjič stopil profesor Lindhe, ki je predaval o spremembah v brezobzi čeljusti, kongres pa se je zaključil z daljšo razpravo z naslovom »25 years of European Periodontology«. Profesor Filippo Graziani je med drugim izpostavil, da si mora vsak zapomniti, da ne zdravi milimetrov, temveč ljudi. S tem je želel izpostaviti pomen prilagoditve terapije posamezniku in način vzpostavljanja ustrezne ustne higijene.

Odziv na izbiro predavateljev in teme predavanj je bil izjemen. Poleg predavanj, ki sva jih izbrala, je bilo še veliko zanimivih razprav, o katerih bomo z veseljem brali v naslednji izdaji »Journal of Clinical Periodontology«.

Glede na videno se že veseliva naslednjega kongresa EuroPerio, ki bo čez tri leta v Amsterdamu.

5. raziskovalni dan Ortopedske bolnišnice Valdoltra in srečanje Vertebrološkega združenja Slovenije

Prof. dr. Ingrid Milošev, univ. dipl. inž., Ortopedska bolnišnica Valdoltra

Nikša Hero, dr. med., spec. ortop., Ortopedska bolnišnica Valdoltra

ingrid.milosev@ob-valdoltra.si

V Ortopedski bolnišnici Valdoltra smo 12. junija 2015 organizirali že 5. raziskovalni dan, ki je namenjen predstavitvi znanstvenoraziskovalnih in strokovnih dosežkov sodelavcev bolnišnice in izobraževanju zdravnikov, farmacevtov, fizioterapevtov in osebja zdrav-

stvene nege, ki želi izvedeti več o najnovejših smernicah s področja zdravljenja ortopedskih bolnikov. Letošnje srečanje je že peto od leta 2010, ko smo pričeli z organizacijo na pobudo prof. dr. Ingrid Milošev. Tokrat je sočasno potekalo tudi srečanje Vertebrološke-

ga združenja Slovenije, ki ga je letos drugič v Valdoltri organiziral predsednik združenja mag. Nikša Hero, dr. med., spec. ortop. Namen srečanja je bil poglobiti razpravo o načinih zdravljenja obolenj hrbtenice.



Udeleženci 5. raziskovalnega dneva Ortopedske bolnišnice Valdoltra in srečanja Vertebrološkega združenja Slovenije.

Naša bolnišnica je uveljavljena na področju umetnih sklepov, operacij hrbtenice in artroskopije. Število operiranih bolnikov in bolnikov z implantiranimi protezami se vsako leto povečuje in tudi pričakovanja bolnikov glede aktivnega življenjskega sloga so čedalje večja. Poleg napredka v kirurški in medicinski tehniki spremlja ta močan razvoj tudi napredek na vseh drugih področjih, ki so sestavni deli bolnišnice – radiološka in laboratorijska diagnostika, zdravstvena nega, anesteziologija, farmakologija, informatika in druga področja, ne nazadnje pa tudi uvajanje novih materialov in predvsem spremljanje lastnih kliničnih rezultatov. Slednji so povratna informacija o uspešnosti postopkov oz. primernosti posameznih vrst protez (vsadkov), ki jih uporabljamo.

Raziskovalni oddelek, ki je bil ustanovljen leta 2002, je danes aktivno povezan z različnimi sorodnimi institucijami doma in v tujini, zlasti z evropskim registrom endoprotetike. Osnova za delovanje raziskovalnega oddelka je povezava s kliničnim delom bolnišnice. Zaradi tega so glavna področja raziskovalnega dela analize preživetja ortopedskih vsadkov, analize odstranjenih komponent, kot so tribološke analize obremenjenih sklopov, in tudi bazične raziskave na

materialih, kot je npr. razvoj protiko-rozijskih in antibakterijskih površin. V okviru naših raziskav se trudimo opremljati tudi naš raziskovalni laboratorij, saj je uspešno raziskovalno delo nujno povezano z dostopom do raziskovalne opreme. Naš cilj je vzpostavitev sodobnega centra, ki bi s svojim znanjem deloval ne samo kot podporna dejavnost kliničnemu delu, ampak tudi kot gonilna sila razvoja bolnišnice. Na nekaterih področjih, kot so analiza odstranjenih vsadkov, razvoj diagnostike vzrokov za predčasno zamenjavo umetnega sklepa, na področju zdravljenja okužb umetnih sklepov in v zadnjem času tudi na področju razvoja računalniško podprtih operacij na kosteh se umeščamo med pomembne in celo vodilne medicinske institucije. V prid temu govorijo mednarodno odmevni znanstveni članki, aktivna prisotnost in vabljenja predavanja na svetovnih konferencah, objava knjig v mednarodnih založbah in sodelovanje z vrhunskimi strokovnjaki v svetovnem merilu.

Letošnji dogodek je bil razdeljen na dva dela. Prvi del je bil posvečen srečanju Vertebrološkega združenja, kjer se je s prispevki predstavilo sedem predavateljev iz Ortopedske bolnišnice Valdoltra, Kliničnega oddelka za travmatologijo Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani in

Oddelka za ortopedijo Univerzitetnega kliničnega centra v Mariboru. Teme, ki so jih predavatelji predstavili, so bile zelo aktualne: pojav in zdravljenje sindroma kavde ekvine po operacijah na hrbtenici, zdravljenje poškodb križnice in vratne hrbtenice in poškodbe hrbtenjače. Predstavljeni so bili tudi nekateri prikazi primerov, kot so zdravljenje vnetja hrbtenice in hrbteničnega kanala, trdovratnega spondilodiscitisa in metastaz vretenca.

V drugem delu srečanja, ki je bil posvečen raziskovalnim dosežkom sodelavcev Valdoltra, se je predstavilo 13 predavateljev. Obravnavali smo najnovejše trende, ki so navedeni tudi v svetovnih smernicah. Eden izmed pomembnih poudarkov je bil na diagnostiki in zdravljenju okužb različnih ortopedskih vsadkov. Okužba je sicer relativno redek zaplet po vstavitvi ortopedskega vsadka, a zahteva kompleksno zdravljenje. Tej temi je bil posvečen tudi letošnji evropski kongres EFORT. Uvajanje in spremljanje rezultatov novih metod zdravljenja je stalnica v klinični praksi.

Na letošnjem raziskovalnem dnevu smo se seznanili tudi z rezultati totalne artroplastike gležnja, rekonstrukcije anterolateralnega ligamenta kolenskega sklepa, obravnave ponavljajočih se izpahov rame, zdravljenja lateralnega in medialnega epikondili-

tisa in z rezultati vstavitve totalne proteze kolka s sprednjim pristopom. Predstavljene so bile tudi nekatere bolj raziskovalno ali diagnostično usmerjene teme, npr. konfokalna in dvofotonska mikroskopija v raziskavah sklepnega hrustanca, vpliv transeksamične kisline na zmanjšanje izgube krvi pri totalni artroplastiki kolka in kolena, spremljanje kinetike prokalcitonina pri okužbah in razvoj antibakterijskih prevlek na titanu. Eno najpomembnejših orodij za

spremljanje kliničnih rezultatov je Register artroplastike OB Valdoltra, ki v naši bolnišnici deluje že od leta 2002. Letos smo se aktivno vključili tudi v projekte Evropske unije (projekt PARENT).

Osnovno vodilo našega tako kirurškega, kliničnega dela kot tudi raziskovalnih študij je izboljšanje zdravljenja in s tem povezana boljša kakovost življenja naših bolnikov. Razvoj in raziskovalni dosežki omogočajo uvajanje teh rezultatov v klinično

prakso in spreminjanje kliničnih doktrin v smeri čim boljše obravnave in dobrobiti bolnika. Menimo, da je to pristop, ki dolgoročno izkazuje najboljše rezultate. Organizacija tovrstnih dogodkov, kot je raziskovalni dan, in stalno izobraževanje in izpopolnjevanje zdravnikov in strokovnjakov iz drugih strok, vključenih v zdravljenje bolnika, je del tega pristopa, zato se bomo v naši bolnišnici še naprej trudili ne le ohranjati, ampak tudi pospešiti razvoj tovrstne dejavnosti.

7. južnoevropska konferenca o zdravljenju odvisnosti od drog in 14. simpozij SEEA net o odvisniških vedenjih

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

Cankarjev dom v Ljubljani je bil od 12. do 14. marca 2015 živahno prizorišče ne le obeh zgoraj navedenih mednarodnih dogodkov, pač pa tudi 6. slovenskega simpozija o okužbi z virusom hepatitisa C pri osebah, ki uživajo droge.

Glede slovenskega simpozija o hepatitisu C naj zapišem le sklepno ugotovitev, da sodi Slovenija po uspešnosti zdravljenja te okužbe v sam svetovni vrh (takoj za Francijo). Z letošnjo uvedbo še novejših zdravil se ta uspešnost postopno bliža 100 odstotkom. Torej prava »zgodba o uspehu«, kakor sta poudarili predavateljica prof. Mojca Matičič, v imenu Ministrstva za zdravje pa sekretarka Mojca Godec.

Z obeh mednarodnih srečanj pa navajam nekaj ključnih poudarkov slovenskih in tujih predavateljev. Nove droge (stimulansi in GBL) so dosegle tudi Slovenijo in ogrožajo še

posebej močno populacijo MSM (moške, ki imajo spolne odnose z moškimi). Vse večji problem so vedno nove (sintetične) droge, o katerih delovanju vedo le malo tako sami

uporabniki kot tudi strokovnjaki, je opozarjala Mina Paš iz organizacije Drog Art. Številne potrebe in dileme na področju drog, ki jih mladostniki zaupajo svetovalcu na www.tosemjaz.net, je predstavila Nuša Konec Juričič s sodelavci. Zanimive epidemiološke podatke o hepatitisu C sta predstavila



Plaketo, ki je bila posmrtno namenjena zdravnici Branki Čelan Lucu, eni od pionirk zdravljenja z metadonom, je prevzel njen sin Jaka Lucu.

Jelka in Milan Krek: največji delež pozitivnih testov na hepatitis C so raziskave pokazale med tistimi osebami, ki niso imele stalnega bivališča, in med intravenskimi uživalci drog. Več okuženih je tudi med starejšimi uživalci drog in med tistimi, ki droge uživajo že dalj časa. O ujetosti v internet in o otroški travmi v povezavi z motnjami osebnosti in odvisnostjo je predavala Sanja Rozman iz Zavoda za psihoterapijo v Ljubljani (Spremembavsrcu.si). Študentje Univerze v Ljubljani pod mentorstvom Milana Kreka so pripravili zanimivo raziskavo o snoveh, ki jih študentje medicine uporabljajo kot pomoč pri študiju. Andreja Drev (NIJZ Ljubljana) je prisotne seznanila s sistemom zgodnjega obveščanja o novih psihoaktivnih snoveh. Za nabor podatkov o uporabi »drog na recept« med intravenskimi uživalci drog sta poskrbela Samo Novakovič in Ines Kvaternik.

Nataša Sorko je predstavila raziskavi iz 2009 in 2014. V slednji se je izkazalo, da je povprečna starost, pri kateri osnovnošolci prvič pijejo alkohol, 10 let – deklice nekaj prej kot dečki. Pri 15 letih je alkohol poskusilo že 90 odstotkov otrok, 35 odstotkov pa jih je bilo v tej starosti že pijanih. Spodbudno pa je bilo to, da je od prve do druge raziskave za 7 odstotkov narasel delež otrok in mladostnikov, ki alkohola niso poskusili.

Mirjana Delić in Peter Pregelj sta z Laro Lusa v raziskavi iskala dejavnike, ki vplivajo na izid zdravljenja opiatne odvisnosti v Centru za zdravljenje odvisnih od drog Univerzitetne psihiatrične klinike Ljubljana. Med pomembnejšimi so raziskovalci zasledili trajanje zdravljenja in stopnjo motivacije za zdravljenje, pozornost pa naj bi posvetili tudi pripravi in stabilizaciji pacienta, preden vstopi v bolnišnični program. V raziskavi s Karmen Kajdiž pa sta avtorici ugotovljali ključno vlogo osebnosti pri odgovoru na zdravljenje, pri čemer neka osebnostna poteza lahko deluje istočasno kot zaščitni dejavnik ali kot dejavnik tveganja.

Uporabo novih psihoaktivnih snovi med pacienti, ki so bili med septembrom in decembrom 2014 hospitalizirani v Psihiatrični bolnišnici v Ljubljani, je predstavila Nuša Šegrec. Kot težavna so se v raziskavi izkazala dejstva, da so nove droge v porastu, so lahko dostopne, sorazmerno poceni, pogosto legalne, uživalcu nudijo lažen občutek varnosti, njihova pojavnost se naglo spreminja in jih pogosto (še) ni moč dokazati v vzorcih urina.

Jasna Čuk Rupnik je predstavila delo zdravnikov v CPZOPD (centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog). Danes jih je v Sloveniji 18, ustanovljeni pa so bili v okviru primarne zdravstvene dejavnosti pred 20 leti. Zdravniki potrebujejo poleg znanja splošne medicine še dodatna znanja iz psihologije in psihiatrije bolezni odvisnosti, ob tem pa še znanje glede okužb, ki ogrožajo predvsem populacijo odvisnih od drog – predvsem hepatitis C. Nujno se morajo posvečati tudi problematiki alkohola in tobaka, saj ob naraščajoči starosti pacientov le-ti umirajo pretežno zaradi okvar zdravljenja, ki jih povzročata ti dve drogi.

Andrej Kastelic in Tatja Kostnapfel sta prikazala 20-letno zgodovino slovenske mreže CPZOPD. Januarja 1995 je bila v okviru Centra za mentalno zdravje v Ljubljani ustanovljena prva enota za detoksikacijo. Zdravljenje opiatne odvisnosti je v centrih potekalo najprej samo z uporabo metadona, leta 2004 je bil uveden tudi buprenorfin, 2005 počasi sprostjujoči morfin, leta 2007 pa še buprenorfin v kombinaciji z naloxonom.

Vsako zdravljenje naj bi se začelo s predhodno temeljito diagnostično oceno in šele tej naj bi sledile farmaceutske in psihoterapevtske intervencije, je bilo prepričanje Tine Zadravec. Spodbudila je uvid, da so potrebni različni programi zdravljenja glede na težavnost osebnostnih motenj in glede na različnost faz zdravljenja.

Pomen nevrobiologije osebnostnih motenj za zdravljenje pa je obravnavala Bojana Avguštin Avčín.

Posebej pri mejni osebnostni motnji in antisocialni osebnostni motnji gre za kompleksno prepletene dinamične sisteme. V obe motnji se vključujejo kombinacije travmatičnih doživetij iz otroštva in kasnejših obdobij življenja, posebno mladostne dobe, deficiti razvoja možganov in genetski polimorfizem, ki prizadene predvsem serotoninski sistem in stresno os. Slikovna diagnostika je omogočila uvid v hiperaktivnost osi hipotalamus-hipofiza-nadledvičnica, disfunkcijo frontolimbicne mreže z zmanjšano prostornino tkiva hipokampusa, orbitofrontalne regije in amigdale s povečano aktivnostjo v amigdali ob odgovoru na negativne čustvene dražljaje. Vse to vodi v disfunkcionalno vedenje in psihosocialne primanjkljaje. V zdravljenju so se za uspešne izkazali stabilizatorji razpoloženja za umirjanje limbične prevzdražljivosti in selektivni zaviralci ponovnega privzema serotonina za ojačanje »centralne kontrole vedenja«. Uspešne so psihosocialne intervencije, ki pomagajo razvijati alternativne veščine obvladovanja vedenja in utrjujejo upočasnitev odzivanja.

Da je pomembno in vredno uporabljati izsledke farmakoekonomske, je bil v svoji predstavitvi več kot prepričljiv Rok Hren.

Kako pomagati osebam z odvisnostjo od novih medijev, je svetoval Bernard Spazzapan. Po njegovem mnenju bi bilo treba te motnje raziskati bolj podrobno, saj pri njih psihiatri pogosto odkrivajo simptome zgodnjih psihoz ali depresije.

Odlične predstavitve lastnih raziskav iz vseh že zgoraj navedenih in tudi iz drugih vsebin so podali tudi strokovnjaki drugih južnoevropskih držav in drugi strokovnjaki: o hepatitisu C; o zdravljenju z metadonom v zaporih; o depresiji in odvisnosti od opiatov kot o enotni bolezni; o tem, kako alkohol zaplete in poslabša rezultate zdravljenja opiatne odvisnosti z metadonom in bi zato morali uživanje alkohola razumeti kot »prikriti heroinizem«; o odvisnosti od



Plakete organizacije SEEA net so prejeli (z desne): Ante Ivančić (Hrvaška), Saša Tomčuk (Črna gora), Aleksander Kantchelov (Bolgarija), Jasna Čuk Rupnik (Slovenija), Liljana Ignjatova (Makedonija), Milazim Gjocaj (Albanija) in Nermana Mehić Basara (Bosna in Hercegovina). Plakete je podelil trenutni predsednik SEEA net Andrej Kastelic.

interneta med visokošolskimi študenti in kot odziv na travmatska doživetja ali bolezni, o odvisnosti, ki ni le izziv za zdravljenje, negovanje in socialni sistem, ampak posega tudi v same temelje družbe: svobodo, demokracijo in odgovornost; o nujnosti uvajanja višjih odmerkov metadona za zdravljenje, saj se uporaba prenizkih odmerkov, kljub rezultatom številnih

raziskav, še vedno uveljavlja v klinični praksi.

Strokovno vsebino so organizatorji dopolnili tudi s slovesnostjo ob 10-letnici organizacije SEEA net (South East European Addiction network) in ob 20-letnici mreže slovenskih CPZOPD (centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog).

V okviru obeh jubilejev sta plaketo »kot priznanje za predanost, za trdo delo, za spodbuden odnos do pacientov in sodelavcev in za pomemben prispevek k razvoju zdravljenja odvisnosti« prejeli zdravnici Branka Čelan Lucu, dolgoletna in zdaj že pokojna vodja CPZOPD Ljubljana, in prim. Jasna Čuk Rupnik, vodja CPZOPD Logatec.

»Ali smo dovolj dobri?«

Načrt za izboljševanje procesa specializacije

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

»Are we good enough?« je bil naslov srečanja, ki ga je organiziral odbor za izobraževanje NFOG (Nordic Organisation of Obstetrics and

Gynecology). Združuje štiri nacionalna združenja porodničarjev in ginekologov, ki so vsako zase včlanjena tudi v EBCOG (European Board and

College of Obstetrics and Gynaecology).

Torej: »Ali smo dovolj dobri?« so se vprašali mentorji specializantov – v nadaljnjem besedilu trenerji – iz nordijskih držav in se zbrali na dvodnevem srečanju v Københavnu 7. in 8. maja 2015.

Pozdravila sta nas predsednik NFOG, ki šteje okrog 4000 (štiri

tisoč) ginekologov, Knut Hordness, in Tomi Mikkola, nato pa so trenerji in specializanti z Danske, Finske, Norveške in Švedske okrog 50 udeležencem sistematično prikazali načrte izboljševanja procesa specializacije.

Naslov mojega vabljenega predavanja je bil *The EBCOG/ENTOG way*. V EBCOG delam že dve desetletji, osem let sem bila predsednica Komisije za specializacije (*Standing Committee for Training and Assessment*), sedaj vodim delovno skupino za delavnice Treniranje trenerjev (TTT, *Training the Trainers*). To je razlog, da so me povabili predavat.

Srečanje je bilo razdeljeno v štiri dele. Vsebinska je namenoma napisana pregledno, zato da bo kdo to prepisal in organiziral podobno srečanje v Sloveniji.

Trenerji tudi potrebujejo treniranje

- Kako postati dober mentor
- EBCOG/ENTOG način: zakaj TTT?
- Kirurško treniranje na Norveškem
- Supervizija poučevanja ultrazvoka
- Razprava: Kaj lahko naredimo v nordijskih državah?
(Če prepisujete, tukaj vstavite: v Sloveniji)

Ocenjevanje

- Ocenjevanje in presoja. Kaj je razlika? Zakaj? Kako? Za koga?
- Moderna orodja za ocenjevanje
- Kako ocenjevati. Tradicionalni pisni izpiti v primerjavi z drugimi načini

Odziv

- Kako komunicirati, ko si v konfliktu?
- Problematičen specializant ali trener – kako lahko ravnamo?
- Kako dati odziv in kako ga sprejemati? Zaznavanje trenerja in specializanta

Izpiti

- Za in proti

Razprava

- Ali smo dovolj dobri ali lahko postanemo boljši?
Leila Niemi - Murola s Finske je navedla teorije izobraževanja odraslih ter citirala veliko člankov iz revij, kot

so *Medical teacher, Academic Medicine, Medical Education, Studies in Higher Education*, ter smernic AMEE (*An International Association for Medical Education*) in BEME (*Best Evidence Medical Education*). V desetletjih se je namreč, tako kot odnos do pacientov, spreminjal tudi način učenja iz paternalističnega preko birokratskega do takega, ki podpira vseživljenjsko učenje (*facilitation of life long learning*). Revije sem navedla zato, da se zavedamo, da je poučevanje v medicini prav tako »specializacija« kot kakšna druga; na tem področju raziskujejo, pišejo članke in nova dognanja prenašajo v prakso. Pa pri nas?

V svojem predavanju sem na uvodni **vipraz** (če ni velikega zaslona, pa se imenuje viraz) prepisala cilje NFYOG, to je specializantskega dela NFOG. No dobro, nekateri še vedno govorijo o foliji, nekateri še vedno govorijo o diapozitivu. Vipraz je nova beseda za **virtualno** sliko, ki jo **projektor** brezžično iz **računalnika** prenese na veliki zaslon. Mislím, da bi morala to besedo patentirati, da bo moje ime v Wikipediji. V angleščini je beseda seveda malo drugačna, torej **vipro** (*virtual picture, projector, computer*). Folija je nekaj oprijemljivega; diapozitiv je nekaj zelo oprijemljivega. Še se spomnim, kako smo letraset črke lepili na papir, to nato fotografirali, razvili film, razrezali, vstavili v okvirčke s steklom – včasih malo postrani – oštevilčili v spodnjem levem kotu... ali pa tudi ne!

V tem hipu sem se spomnila kolega BB in se mu ponovno globoko opravičujem. Še vedno me preganja ta travma iz mladosti: kolega je imel dvojno projekcijo, torej dva diaprojektorja in dva kompleta diapozitivov. Mene je prosil (ker mi je zaupal!), da hkrati pritiskam na oba gumba na projektorjih, da sta se diapozitiva simultano pomaknila naprej. Diaprojektorja sta improvizirano stala na nazaj nagnjeni površini, zato da sta bili projicirani sliki na ekranu primerne veliki. Ker sem bila preveč skoncentrirana, da bi vse potekalo brez-

hibno, sem v najbolj napetem trenutku predavanja pritisnila na gumba, ki sta izvrgla vse diapozitive iz obeh projektorjev. Na tleh se je znašel kup stotih diapozitivov.

Sem si mislila: no, najbrž so označeni 1a in 1b itd. do 50a in 50b. Ne! Sploh niso bili označeni, nekateri so imeli številke od prejšnjih predavanj, levi in desni se po ničemer niso razlikovali!

Kolega je obdržal popolnoma mirne živce. Diapozitive smo stlačili nazaj v projektorje in potem je kolega nadaljeval s predavanjem presenečenja. Tako, veste, kjer nihče, najmanj pa predavatelj sam, ni vedel, kaj bo na naslednjih dveh diapozitivih, niti to ne, kako bodo obrnjeni. Nekako smo prišli do konca. Hotela sem se vdreti v zemljo, kolega se mi je pa še zahvalil, ker sem ga naučila, kako označiti diapozitive! Pa to znanje ni bilo dolgo uporabno, saj so izumili točko moči (*power point*), jaz pa vipraz oziroma *vipro*.

Torej, cilji NFYOG so številni, niti eden pa ne govori osebno o specializantu. Tega sem se lotila v svojem predavanju. Kako bo dosegel avtonomijo, mojstrstvo in smisel v življenju, preden bo izgorel/zasovražil medicino/zasovražil paciente/mu bo razpadla družina/bo resno zbolel za kronično nenalezljivo boleznijo. Cinizem in odhajanje iz medicine sta trenutno terciarna preventiva izgorelosti = gašenje požara. Primarna preventiva bi bila, da do opisanih stanj sploh ne pride, sekundarna pa, da je zapletov čim manj.

Pravzaprav so me prosili, naj bo naslov predavanja: Kdo naj gre na TTT? Predavanje bi bilo lahko čisto kratko, obsegalo bi samo eno besedo: vsak. No, mene so pustili govoriti celo uro. Poudarila sem, kako pomembno je govoriti o izgorelosti zdravnikov, o samomorih, o cinizmu, (ne)profesionalizmu, o pasti, v katero se ujame večina zdravnikov. Pa ni pomembno samo govoriti. Delavnice TTT, nadaljevalna TTT2, Profesionalizem, Delavnice za učitelje tutorje, Kako boljše delati v timu, DALACARTE

(delavnica za reševanje posebnih problemov v timih), Celostni pristop k zdravljenju (*Healer's art*) se lotevajo teh vsebin in proaktivno učijo osnovne osnov generičnih veščin. Od leta 2008, ko sva s prim. Vasilijem Matkom Cerarjem začela z delavnicami TTT v Sloveniji in s kolegi iz EBCOG-a po Evropi ter z doc. dr. Majo Rus Makovec in prof. dr. Samom Ribaričem (Delavnice za učitelje tutorje, Kako bolje delati v timu – za zaposlene na vseh fakultetah Univerze v Ljubljani, DALACARTE), sem vodila ali sodelovala najbrž pri stotih delavnicah z okrog 800 udeleženci. Kot učenka sem bila tudi na delavnici Celostni pristop k zdravljenju, ki jo je vodila dr. Barbara Hrovatin.

Ne mislim, da mi to daje kakšne posebne pravice predavati o izgorelosti, cinizmu in samomorih. Vsekakor pa mi jih daje »insajderstvo«. Sem hčerka in snaha zdravnika, sem žena in svakinja zdravnika, sem mati farmacevta, ki dela kot klinični farmacevt v bolnišnici, in sem mati zdravnika. Sem zdravnica, ki sem 40 let in 8 mesecev delala v Porodnišnici Ljubljana in 35 let in 10 mesecev na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani. Verjetno bi delala do smrti (tako sem mislila), če ne bi bilo ZUJF-a. Tisti zdravniki, ki ste brez službe, ker ZUJF pravi, da ni novega zaposlovanja, kratico poznate. Za ostale: ZUJF pomeni Zakon o uravnoteženju javnih financ, ki pravi, da se moraš upokojiti, če si dosegel pogoje za upokožitev. Lars Kolind, vodja gibanja *Unboss your organisation*, pravi: smisel mora biti največja vrednota 21. stoletja. Ker tako misli, pa čeprav je krepko čez Bismarckovih 65, so ga Kitajci sprejeli z odprtimi rokami za vodjo podjetja in z odgovorom na njegovo vprašanje, ali ni malo prestar: »Po 65. letu starosti je človek ravno prav moder in najbolj uporaben za vodenje.«

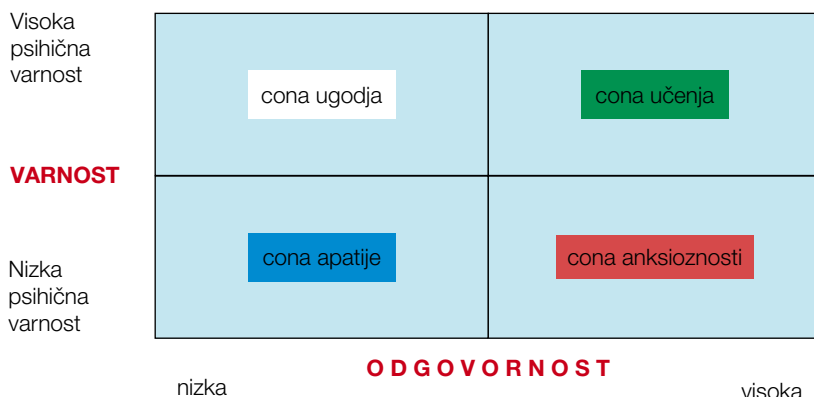
Za tiste, ki ne razumete »Bismarckovih 65«: upokožitveno starost 65 let je postavil pruski kancler Bismarck takrat (1889), ko večina ni dočakala teh let. Pameten dečko!

Seveda v vsakem svojem predavanju omenim dr. Edwarda de Bona; sedaj še posebej z veseljem. Namreč, njegov Priročnik za pozitivno revolucijo v razmišljanju, ki ga je napisal davnega leta 1991 in je bil v slovenščino preveden in objavljen prvič leta 2005, je mag. Nastja Mulej ponovno prevedla; naročite ga pri Založbi Rotis na tel.: 02 33 24 744, na info@rotis.si ali preko spleta www.rotis.si. Priročnik sem prvič brala pred leti; dala narediti majice z napisom pozitivna revolucija in na drugi strani s simbolom pozitivne revolucije: **razprta** roka, kjer palec pomeni učinkovitost, kazalec prave vrednote, sredinec spoštovanje, prstanec samoizpopolnjevanje in mezinec prispevek. Ko sem priročnik prebrala sedaj, sem ugotovila, kako sem se spremenila – na bolje, seveda! Torej moje delavnice in moje samoizpopolnjevanje zagotovo delujejo!

Nekaterim se bo vsebina mojega predavanja zdela znana – seveda, to je bolj ali manj predavanje, ki ga imam v okviru delavnic ZZS za glavne mentorje. Poleg pozitivne revolucije, postavljanja kratkoročnih in dolgoročnih ciljev na petih področjih življenja (zdravje, družina, osebna rast, kariera, finance) in pisanja osebne Hipokratove prisege vsako leto, glavnim mentorjem povem nekaj o učenju profesionalizma, o socialni pogodbi med medicino in državo, o MSF (*multi source feedback* ali 360-stopinjno ocenjevanje) in o presoji, posebej, kako sodelovati s problematičnim specializantom (ali pa trenerjem, da smo pošteni).

Peter Lindgren s Karolinškega inštituta je prikazal stopenjsko preverjanje znanja in veščin ter podeljevanja licence za opravljanje ultrazvočnih pregledov. Jeanne Mette Goderstad z Norveške je poudarila, kako pomembno je, da ves kirurški tim izve za novosti in se v njih trenira, ne samo kirurgi. Opozorila je na dejstvo, da robotsko kirurgijo kontrolirajo proizvajalci opreme – da ne bo prišla na slab glas – in ne zdravniki niti zavarovalnice. Za laparoskopsko

operiranje je predlagala kartico za odpiranje vrat operacijske: dobiš jo šele, ko opraviš test na simulatorju. Jeannett Strandbygaard je raziskovala na področju ocenjevanja splošnih tehničnih veščin in specifičnih veščin (za posamezen operativni poseg); več podatkov najdete na www.dsog.dk. Prikazala je zanimivo primerjavo, ki si jo velja zapomniti: rože zalivamo, da rastejo (= *formative assessment*, *appraisal*, po naše presoja), potem jih pa merimo, koliko so zrastle (= *summative assessment*, ocenjevanje). Za vsa vprašanja je dostopna na jeannett78@gmail.com. Marjan (ja, Marjan) Govaerts iz Maastrichta je poudarila, da so tožbe največkrat povezane s pomanjkanjem tako imenovanih mehkih ali generičnih veščin. Tudi ona je omenila veliko objav v prestižnih revijah, kot je *New England Journal of Medicine*. Izkazalo se je, da imajo največ težav pred disciplinskimi/etičnimi odbori tisti zdravniki, ki so že kot študentje izstopali s svojim odnosom in vedenjem. Presoja je imenovala *assessment for learning*, ocenjevanje pa *assessment of learning* in poudarila, da najboljši želijo in prosijo za odziv (primerjaj: trenerji vrhunskih športnikov), povprečneži pa odziv (*feedback*) sovražijo. Razložila je, kaj pomeni veljavnost, zanesljivost izpita. Za kakršenkoli test je nujno, da traja vsaj štiri ure; tako dobimo kolikor toliko zanesljivo oceno kognitivnih in psihičnih sposobnosti kandidatke/kandidata (v nadaljnjem besedilu kandidata). Zato so uvedli *programmatic assessment*, ki kandidatovo znanje osvetli z veliko strani. Nikoli ne sme manjkati **samoocena kandidata**, kot tudi ne poročilo o kritičnih dogodkih, pri katerih je bil udeležen kandidat. Naj ob tem spomnim, da sem pri izvajanju MSF kandidatovo samooceno primerjala z oceno njegovih sodelavcev. Zelo v ospredje stopajo tudi pripovedni podatki (*narrative data*) o kandidatu. Rezultate vseh metod napišejo in vstavijo v kandidatovo osebno mapo. Z večjim številom različnih metod ocenjevanja in veli-



kim številom ocenjevalcev se zniža subjektivnost ter izboljša proces izobraževanja. Tako ocenjevanje opravijo enkrat letno. Brez komentarja o ocenjevanju kandidatov pri nas. Na vprašanje: »Ali ni to predrago, pa saj nimamo kadrov za to,« je samo odgovorila: »Dolgoročno je to veliko bolj poceni kot napake v medicini in tožbe.« Z njihovim načinom ocenjevanja so študente (to pomeni morebitne bodoče zdravnike) našli zelo zgodaj – in karierna preusmeritev je bila možna. Do uvedbe takega načina ocenjevanja ni nikoli nihče zapustil medicinske fakultete; v zadnjih petih letih že deset. Vodje morajo sprejeti odgovornost, da dovolj zgodaj najdejo osebe s problemi. Poudarili so, kako pomembno se je pogovarjati in z ljubeznijo – vendar neposredno – spodbuditi osebo, da pove o svojih težavah. Veliko se da narediti s pravim načinom pristopa.

V svojem drugem predavanju je govorila o ocenjevanju študentov in sistematično prikazala nekaj napačnih predpostavk in pravilne trditve. Prva predpostavka: ocenjevanje naj pospešuje učenje. Dejstvo: ocenjevanje diktira učenje! Moralo pa bi biti: učenje naj vodi ocenjevanje. Druga predpostavka: ocenjevanje ima opraviti z ocenami. Dejstvo: ocene so brez pomena. Pri njih ocenjujejo samo naredil/ni naredil. Zelo pomemben je **odziv** glede performance (ne gre samo za npr. izvajanje nekega postopka, gre za celotno obravnavo pacienta, za delo v timu), vrednot in standardov

kandidata; potrebujejo **narativne** ocene. Tretja predpostavka: ocenjevanje ima opraviti z odgovornostjo. Prikazala je tabelo (gl. zgornjo tabelo), kjer je jasno razvidno, da je pri izobraževanju potrebno zagotoviti psihično varnost: učeči se največ nauči (conna učenja), kadar se počuti varno, učitelji **in** učeči pa imajo **visoko mero odgovornosti**. Pravilno je: ob učenju moramo zagotoviti psihično varnost in visoko odgovornost. Učitelj in učeči naj si stalno postavljata cilje in prosita za odziv. Odziv pa mora biti dan na pravilen način; bolje je dati pravilen odziv manjkrat kot pogosto dati napačen odziv. Pri njih v Maastrichtu, kjer so bili vsi zavzeti za spremembo kulture ocenjevanja, je do spremembe minilo 5 let. Koliko pa traja, če so ljudje levo spodaj?

Specializant Martin G. Tasgaard z Danske je opisal, kako ocenjujejo znanje izvajanja ultrazvočnih preiskav: z grozo je priznal, da si celo nekaj t.i. ekspertov ne zna izboljšati slike na zaslonu.

Asa Kadowaki, psihiatrinja in družinska zdravnica s Švedske, nas je učila, kako komunicirati, ko smo v konfliktu. Najprej se vprašaj, ali gre res za konflikt. Naši možgani prehitro delajo zaključke. Telo takoj reagira, kakor da gre za konflikt, v resnici pa ga ni. Večna ljudi je v redu; ko so v stresu, pa so drugačni (paternalistični, sadistični). Pomembno se je orientirati po vrednotah, ne po pravilih. Poudarila je nujnost **čuječnosti**

(*mindfulness*): zaznavanje in občutenje sedanjega trenutka; **sprejemanja**: da dovolimo in damo prostor vsem notranjim reakcijam; **vpetosti/radovednosti**: da počnemo, kar je resnično pomembno. Veliko ljudi je strah. »Če hočeš ven iz strahu, moraš najprej noter,« pravi Mr Ramesh (<https://www.youtube.com/watch?v=An18wQ3asMw>). Dr. Kadowaki je rekla, da Mr Ramesh v minuti in nekaj sekundah pove, za kar je ona rabila 10 let, da se nauči!

Lažje je soditi druge kot videti sebe; lažje je podleči socialnemu pritisku kot delati tisto, kar je prav. Naši možgani hočejo prihraniti energijo, zato uporabljajo »avtomatičen odzivnik«; plazilski možgani prevladujejo. V zlatem krogu so **zakaj** (cilj mora imeti smisel in vrednoto), **kako** (kompetenco in veščine), **kaj** (naš izdelek). Izgorimo, če nismo povezani, če samo reagiramo – nismo proaktivni, se izogibamo, predpostavljamo v mislih, zanemarjamo vrednote. Za to uporabljajo akronim **DRAIN**: *Disconnection, Reactivity, Avoidance, Inside your mind, Neglecting values*. Kljuge, ki nas držijo v slabem razpoloženju, so avtomatične misli, čustva, asociacije, spomini in občutki.

Pozitivno obnašanje pa prinese ljubezen: prepuščanje, odpiranje, vrednotenje, zavzemanje. **LOVE**: *Letting go, Opening up, Valuing, Engaging*. Pomagajo nam kontakt s sedanjim trenutkom, odpiranje in skrb za vrednote.

Mervi Vaisanen - Tommiska s Finske je menila, da bi morali trenerji tudi in predvsem **dobivati odziv!** Vsi, ki že dobivajo odziv, pa naj bodo veseli, saj to pomeni, da je nekemu mar zanje. Vsi trenerji naj se naučijo veščine **dajanja pravilnega odziva**, da ne naredijo več škode kot koristi. Specializantka Sandra Halldorsdottir (z Islandije, seveda), je ponovila, da je zelo težko dati pravilen odziv. Če pa dobiš pravilen odziv, ga sprejmi kot darilo!

Do tega trenutka seminarja so se bolj ali manj vsi strinjali. O **speciali-**

stičnih izpitih pa so iz različnih držav na začetku imeli različna mnenja **za** – predstavil jih je Juha Rasanen s Finske – in **proti** – predstavil jih je Lars Gronlund Poulsen z Danske. Na koncu se je izkazalo, da so vsi **za sprotno preverjanje na delovnem mestu**: kako specializant komunicira, kako obravnava paciente – skupaj s teoretičnim znanjem določene bolezni, kakšne veščine obvlada, ali obvlada samorefleksijo. Sprotni, formativni izpiti dokazano izboljšujejo znanje, veščine (in odnos ter obnašanje). Klasični izpiti za »zeleno« mizo ne preverjajo niti empatije niti vztrajnosti niti trpežnosti, kar je za zdravnika pomembno. Nikjer ni bilo dokazano, da si zaradi končnega specialističnega izpita boljši zdravnik. Izpit le poudari uniformiranost, česar pri zdravnikih nočemo: saj si želimo, da bi bili radovedni, da bi ustvarjali nove poti! Potrebujemo ljudi z različnimi osebnostmi in

različnimi sposobnostmi. Če bi izpiti kaj pomagali, bi jih odvetniki jedli za zajtrk!

Kar pa je bilo zame najbolj zanimivo, je bil odziv publike NFOG in naših glavnih mentorjev na moje, kot sem omenila, skoraj enako predavanje. Po predavanju v okviru NFOG so me javno spraševali in mi javno čestitali. In čestitali in spraševali v odmorih. In se mi zahvaljevali pri večerji: da v bistvu to vedo, pa si o tem nihče ne upa na glas govoriti. In predsednik NFOG je na večerji v svojem govoru rekel, da če bi podeljevali prvo mesto med predavatelji, bi pripadlo meni. Tega ne pišem samo zato, da bi se hvalila (malo tudi, saj me od kolegov nihče ne more hvaliti, ker nikogar ni bilo tam), pač pa da poudarim, kako pomembno je govoriti o izgorelosti zdravnikov, samomorih, cinizmu, (ne)profesionalizmu, o pasti, v katero se ujame večina zdravnikov.

Dr. Rachel Naomi Remen pravi: »Največji stres za zdravnike ni pomanjkanje spanja ali časa. Želijo pomagati ljudem. Stres prihaja iz globokega spoznanja, da so v pasti sistema, ki ima popolnoma drugačne vrednote.«

Pa pri nas? Pri nas so se nekateri (manjšina) javno kregali z mano, da ni res, da ni tako, da je vse v najlepšem redu. Večina je molčala. Pogumni, poštene in odprti posamezniki pa so prišli za mano ven iz predavalnice; ali me ustavili, ko smo se kje srečali na štiri oči, in povedali enako kot Skandinavci: da je treba o tem govoriti in ukrepati. Potem bo tudi pri nas tako, da si bomo nastavili ogledalo in se trudili za EBNE*!

Počaščena sem, da so mi to povedali, saj vem, da sem s svojim »poZUJFovskim« delom na pravi poti.

1. *EBNE – excellent but not enough

Rdeča luč za bolnišnične jedilnike

Mag. Nina Mazi, dr. med., Ljubljana

Hospitalizirani pacienti so se že od nekdaj pritoževali nad bolnišnično prehrano. Pogosto jih je le-ta motila veliko bolj kot ostale pomanjkljivosti in spodrsaljaji, ki so po strokovni oceni dejansko pomembnejši od vsebine na krožniku. Rezultati obsežne raziskave, ki so jo britanski strokovnjaki na pobudo tamkajšnjega združenja za varstvo potrošnikov izvedli na Otoku, so pokazali, da v 35 odstotkih bolnišnic bolnikom ponujajo hrano, ki je nezadostna, nekoristna in neprimerna. Inšpektorji so ugotovili, da obilica bolnikov zaradi neustrezne organizacije bolnišnične prehrane v času svojega bivanja v bolnišnici sploh ne more zaužiti toplega obroka, ki jim pripada (neustrezen sistem dostave, serviranja in razdeljevanja). Škodo pri tem utrpijo predvsem bolniki, pa tudi zavarovalnica, ki za nerazdeljene in nezaužite obroke letno odšteje dobrih osemnajst milijonov funtov, ki bi jih sicer lahko namenili za zdravljenje. Poleg neustreznega sistema in organizacije pa je zaskrbljujoče tudi dejstvo, da številni bolniki hrane, ki jo dobijo na krožnik, ne morejo ali ne smejo, pa tudi nočejo jesti.

Poleg tega v skoraj četrtini primerov pristojno osebje pozabi preveriti, kakšno dieto ima predpisano bolnik in

katero hrane ne sme (oz. kaj mora) jesti. Tudi kakovost živil in jedi je bila nemalokrat prenizka ali celo vprašljiva, obenem pa so med posameznimi bolnišnicami na tem področju velike razlike. Temu primerno se razlikujejo tudi cene prehrane v britanskih bolnišnicah, ki se gibljejo od skromnih treh do razkošnih dvajsetih funtov dnevno. Ker sodi primerna prehrana – dietoterapija med pomembne elemente kompleksnega zdravljenja (že staroegipčanski zdravnik in oče medicine, Imhotep, je par stoletij pred našim štetjem natančno zapisal, kaj je treba uživati in v kakšnih odmerkih, da bi se ubranili določenih bolezenskih stanj), so se britanske zdravstvene oblasti odločile, da bodo zadeve na tem področju skušale čim prej urediti – najti ustrezno sodobno sistemsko rešitev, ki bo stvari obrnila na bolje. Zanimiva pa je tudi izjava britanskega dietologa dr. Petra Barra, ki je dejal, da so Otočani s svojo raziskavo dejansko naredili uslugo številnim drugim državam, ki bodo zaradi njihovih ugotovitev lahko sedaj vzele pod drobnogled bolnišnično prehrano na domačem terenu in ugotovile, kaj morajo storiti, da bi se razmere izboljšale.

Vira: *The Independent*, BBC

Predstavitev knjige **Klinična prehrana v nosečnosti**

Domus Medica, 10. junij 2015

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

Uvod

Pozvonil je moj mobitel in najprej ga je bilo treba poiskati. Potem moj »Halo, prosim?«

»Nada Kozjek tukaj. V sredo imamo predstavitev knjige Klinična prehrana v nosečnosti v Domus

»Prehrana nosečnice vpliva na zdravje otrok in vnukov.«

*dr. Nada Rotovnik Kozjek
v učbeniku Klinična prehrana v nosečnosti*

Medica. Gospa Wallas nam je rekla, da moramo imeti moderatorja. A bi lahko to bili vi?«

»Kako jaz, upokojen, odpisan kirurg pa nosečnost?«

»No ja, ampak bili ste med prvimi, ki ste se ukvarjali tudi s prehrano bolnikov in sploh...«

Pa učbenik je ideja prof. Žive Novak Antolič!«

Itak! Kaj sem hotel? Kolegica me je s svojo klinično prehrano pred leti potegnila iz karcinomske kaheksije in ji zato ne morem odreči prošnje, kolegico Živo pa poznam še iz otroštva in jo izredno cenim! Končno pa, kdaj sem nazadnje kakšno reč napravil prvič? In sem sprejel.

»Ampak to je čez tri dni, nujno potrebujem knjigo!« In sem jo od kolegice dobil še isti dan.

Pa sem začel brati in pregledovati knjigo, ki me je že, ko sem jo prijel v roke, najprej oblikovno navdušila. Ne vem, ali zato, ker me je oblikovanje spominjalo na tisto, ki ga imamo sedaj v Izidi, ali ker je bilo vse skupaj tako pregledno in odlično strukturirano. In potem še vsebina! Priznam, da je bilo

moje navdušenje in zadovoljstvo ob spoznanju, da smo tudi pri nas sposobni napisati tako dober učbenik, izredno.

Učbenik

Urednice učbenika so bile Živa Novak Antolič, Katja Kogovšek, Nada Rotovnik Kozjek in Denis Mlakar Mastnak.

Kompleksno sestavljen učbenik, pri katerem je sodelovalo 61 avtorjev z različnih področij medicine in tudi sorodnih strok.

475 strani + prostor za zapiske, pet sklopov in 34 poglavij.

Knjigo je oblikovala agencija »Iz principa«, izdal pa Center za razvoj poučevanja MF, Univerze v Ljubljani.

Izdano v 500 izvodih (samo! – moj komentar).

Iz recenzije

Recenzijo sta napisala prof. dr. Dušanka Mičetić Turk, dr. med., viš. svet., in prof. dr. Iztok Takač, dr. med., svet.

»Učbenik, ki ne bi smel manjkati na nobeni knjižni polici strokovnjakov, ki se ukvarjajo z nosečnicami in njihovimi otroki ali so kakorkoli povezani s prehrano,« je med drugim napisal v recenziji prof. Iztok Takač.

In še, kot je na koncu napisala prva recenzentka prof. Dušanka Mičetić Turk: »Da je ta univerzitetni učbenik kakovosten prispevek k izobraževanju vseh zdravstvenih delavcev in laične javnosti... Osebo menim, da je dobrodošel in potreben ne le v strokovnih krogih, med zdravniki, nutricionisti, medicinskimi



sestrami in drugimi zdravstvenimi delavci, študenti kot tudi v laičnih krogih. Vsebina učbenika je predstavljena pregledno in strokovno neoporečno ter izčrpno...«

Predstavitev

V klubskem prostoru Domus Medica v prijetnem vzdušju ob nekaj pijače in jedače se nas je zbralo kakšnih 30. Po kratkem uvodu moderatorja je kolegica dr. Nada Rotovnik Kozjek knjigo predstavila nekoliko drugače: predstavila nam je zgodovino klinične prehrane pri nas, od začetkov do rojstva učbenika. Slišali smo, kako se v razvitem svetu še kako zavedajo pomembnosti prehrane pacientov in kako je prehrana praktično tako pomembna kot zdravljenje z zdravili. Da se tudi pri nas stanje počasi izboljšuje in zdravniki začenjajo upoštevati pomen prehrane, študenti pa so sploh zelo zainteresirani.

»Klinična prehrana je multidisciplinarno področje, ki je usmerjeno v raziskave in razumevanje presnovnih stanj, povezanih z akutnimi in kroničnimi boleznimi ter njihovimi prehranskimi potrebami in obravnavo. Z optimalno prehrano moduliramo presnovne spremembe, ki spremljajo kronična (kaheksija) in

akutna (obsežne opekline) bolezenska stanja. Vnos hranil kot presnovnih substratov, kar obravnava področje klinične prehrane, neposredno vpliva na bolnikovo presnovo in izid zdravljenja.

Nekatere evropske države organizirajo v okviru kliničnih specializacij tudi specializacijo iz klinične prehrane. Na področju klinične prehrane izhajajo številne ugledne mednarodne znanstvene revije; v prvi četrtini je 20 revij, s faktorji vpliva od 12,963 do 3,355.

Na medicinskih fakultetah v Sloveniji ni formalnega izobraževanja o klinični prehrani, po drugi strani pa je laična javnost prek medijev vedno bolj obsipana s podatki in reklamami o prehrani in prehranskih dopolnilih. V razvitem svetu se klinična prehrana pospešeno uveljavlja kot medicinska stroka in del sodobnega dodiplomskega in podiplomskega izobraževanja zdravnikov. Izobraževanje zdravnikov pri nas poteka izključno na medicinskih fakultetah, zato se mora tudi interdisciplinarno področje klinična prehrana razvijati v okviru Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani. (Pa tudi na MF v Mariboru - moj komentar.) Učenje predmeta klinična prehrana omogoča pridobitev znanj, na osnovi katerih lahko izvajamo prehransko podporo in terapijo pri kliničnem delu večine medicinskih strok. Zadnje predavanje na medicinski fakulteti s področja klinične prehrane so organizirali študentje sami, nanj se je prijavilo skoraj 500 študentov. V okviru medicinske fakultete se je organizirala delovna skupina, ki je pripravila predlog uvedbe habilitacijskega področja in vključitve vsebin klinične prehrane v pouk na medicinski fakulteti. Klinična prehrana je medicinska stroka, ker je za izvajanje prehranske podpore in terapije v zdravstvenih organizacijah odgovoren zdravnik.

Ker je klinična prehrana multidisciplinarna stroka, je potrebno uvesti v zdravstveni sistem kliničnega dietetika, ki lahko izvaja tisti del prehranske obravnave, ki je povezan z neposrednim prehranjevanjem. V

Izoli se na Fakulteti za vede o zdravju izobražuje tudi profil dietetika, ki bi ga lahko vgradili v klinični sistem. Trenutno v okviru zdravstvenih poklicev dietetik ni definiran.«

Struktura in vsebina

V petih sklopih je 34 poglavij, ki so vsa enako strukturirana, tako da ima vsak prispevek na začetku Izvleček, nato opis Učnih ciljev, razčlenjen seznam Vsebine in Ključna sporočila. To vse je nato predstavljeno še v angleščini, sledi pa slovensko besedilo poglavja.

V učbeniku avtorji opišejo vlogo, pomen in uporabo klinične prehrane v nosečnosti v sklopih, začenši z »Osnovami patofiziologije in presnove«, kjer je pregledno predstavljena fiziologija in patofiziologija v nosečnosti ter presnovne prilagoditve z njenimi posledicami. Sledijo »Splošna prehranska priporočila za nosečnico in porodnico«, kjer so predstavljeni prehranski pregled, ocena prehranskega stanja, priprava načrta in priporočila. Nato v tretjem sklopu avtorji obravnavajo »Prehrano nosečnic in otročnic s specifičnimi boleznimi«, kjer opišejo, kako kronična bolezen povzroči stresno presnovo, opišejo kaheksijo in obravnavo takšnih bolnic. V sklopu »Dobro je vedeti« avtorji različnih strokovnih področij pišejo o dejavnikih, ki so posredno vezani na nosečnice, kot je higiena živil ali varnost hrane, hormonski motilci in še marsikaj. V sklopu »Poročila iz Slovenije« beremo o zdravem življenjskem slogu, telesni masi v nosečnosti, primeru *hyperemesis gravidarum* in na koncu prispevek pobudnice nastanka učbenika, prof. dr. Žive Novak Antolič o tem, kako je do knjige prišlo.

Tako učbenik ne le opiše klinično prehrano v nosečnosti z vseh možnih strani, ampak je v bistvu knjiga o klinični prehrani nasploh.

Nastanek učbenika

Zbranim je nato urednica, avtorica in idejna vodja ter neumorna koordinatorica nastajanja knjige

kolegica prof. Živa Novak Antolič povedala, kako je učbenik nastajal od priprave za zbornik »Novakovih dnevov«, od občutka do uresničitve in rojstva knjige. Navdušena je bila nad sodelavci, soavtorji, ki nikoli niso spraševali za materialno kompenzacijo in so najprej sami kupili knjigo, da so lahko potem projekt tudi finančno izpeljali. Jasno je, da je prav njeno navdušenje omogočilo, da se je učbenik »rodil«.

Spomnila se je še svojega očeta prof. Franca Novaka, ginekologa, velikega učitelja in avtorja mednarodno odmevne knjige o ginekološki operacijski tehniki. »Njemu so verjeli, čeprav v knjigi ni bilo enega citata. Ta učbenik pa jih ima čez 1000.«

Potem je še kolegica Katja Kogovšek razložila, kako prav ji je prišlo blagoslovljeno stanje, v katerem je, da je lahko uredniško delovala za učbenik. Opravila je ogromno delo, ki bi ga sicer težko ali pa ga sploh ne bi uspela opraviti. (Naključja niso naključna! – moj komentar.)

Denis Mlakar Mastnak pa je poročala, kako je delovala pri urejanju in zbiranju materiala kot predstavnica medicinske nege. Sama je v svojem diplomskem delu pred leti obravnavala prav prehrano v nosečnosti. Povedala je še, da so na fakulteti v Izoli izobrazili 20 dietetikov, ki sedaj ne morejo dobiti službe, čeprav je dejavnost več kot potrebna v številnih zdravstvenih ustanovah pri nas. (Tipično po naše in žalostno – moj komentar.)

Razveseljivo pa je bilo spoznanje, da je vodstvo fakultete naklonjeno uvedbi predmeta klinična prehrana in kot piše prof. Živa Novak Antolič v svojem poglavju: »Audentes fortuna iuvat.« Da, prav zaradi hrabrosti zavzetih bo na MF prišlo do umestitve klinične prehrane v študijski program fakultete.

Na koncu predstavitve je zbrane pozdravil še predsednik zbornice prim. Andrej Možina, dr. med., in potem smo vsi skupaj zaželeli učbeniku srečno pot v roke čim večjega števila bralcev.

Zbornična izobraževanja za zdravnike in zobozdravnike

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

Izobraževanje je del projekta *Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti: smernice in izobraževanja za zdravstvene delavce (POND_SiZdrav)*. Sodelujoči partnerji so Družbenomedicinski inštitut ZRC SAZU, Zdravniška zbornica Slovenije, Center za socialno delo Maribor, Zavod Emma in St. Olavs University



Hospital, Forensic department Brøset, Centre for research and education in forensic psychiatry. Projekt je sofinanciran s strani Norveškega finančnega mehanizma 2009–2014.

Čustveno inteligentni starši

predavanja – 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**. Priporočljivo za tiste, ki želijo vedeti, kaj je odgovorno starševstvo in kako se ga lotiti.

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

Komunikacijske odvozanke in osebne odlike

seminar – oktober, november

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

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

Arhetipska analiza osebnosti

predavanja in delavnice – november

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

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

Preprečevanje izgorelosti pri zdravnikih

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

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

Izvajalka: Tanja Breznik, dipl. del. ter.

Sporočilnost telesnega za ljudi, ki delajo z ljudmi

delavnica – november

Telo si zapomni. Telo sporoča. V našem telesu je zapisano vse, kar smo bili, kar smo in kar prav zato 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 – november

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

Izvajalka: Metka Komar, univ. dipl. ekon.

Da ne bi po nepotrebnem strašili in jezili drugih

predavanja – 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

Trpinčenje na delovnem mestu

predavanja – november

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

Izvajalka: Tanja Breznik, dipl. del. ter.

Upati do konca

seminar – 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.

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 prirojnih značilnosti ter lastnosti, kako se osvoboditi nereálnih pričakovanj do ljudi drugačnega tipa osebnosti, kot je vaš. Spoznali boste, zakaj v komunikaciji z določenimi ljudmi pogosteje zaidete v konflikt in kako le-te ustrezno reševati oz. jih preprečiti. S pomočjo orodij poznavanja tipov osebnosti boste 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

oktober–december • INFORMACIJSKO OPISMEJENJE podroben program na spletni strani CMK <http://www.mf.uni-lj.si/cm/storitve-izobrazevanje>

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta, Centralna medicinska knjižnica, Vrazov trg 2

št. udeležencev: 6–10 na posamezen tečaj

kotizacija: za člane CMK kotizacije ni, za nečlane 23,82 EUR za tečaj

k. točke: ***

vsebina: Iskanje bistvenih informacij, gradnja osebnih zbirk, analiza citiranosti, raziskovalna orodja. Praktični tečaji in e-izobraževanja, namenjeni zdravnikom, zobozdravnikom, raziskovalcem, študentom.

organizator: Medicinska fakulteta, Centralna medicinska knjižnica, mag. Anamarija Rožič, dr. med.

prijave, informacije: prijave: E: infocmk@mf.uni-lj.si, informacije: E: boza.oberc@mf.uni-lj.si, T: 01 543 77 33

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. ob 9.30 • DOJENJE IN DELO – NAJ DELUJE

kraj: LAŠKO, Kulturni center Laško	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 100 EUR, kotizacije ni za upokojene zdravnike in študente (prijave: do 25. 9. 2015)	k. točke: ***
vsebina: nacionalno strokovno srečanje je namenjeno strokovnjakom različnih poklicev, kot so: družinski zdravniki, pediatri, porodničarji, patronažne medicinske sestre, svetovalke za dojenje, zdravstveno osebje porodničnic, pediatričnih oddelkov in ambulant ter drugih ustanov, kjer obravnavajo doječe matere in njihove otroke	organizator: Nacionalni odbor UNICEF-a Slovenija za spodbujanje dojenja, Društvo svetovalcev za laktacijo in dojenje Slovenije, asist. dr. Borut Bratanič, dr. med., spec. pediatrije	prijave, informacije: Polona Greif, T: 01 583 80 78, F: 01 583 80 81, E: polona.greif@unicef.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: zdravniki: 85 EUR (+DDV), prijave po 20. 9.: 105 EUR (+DDV), medicinske sestre in zdr. tehniki 50 EUR (+DDV), prijave po 20. 9.: 70 EUR (+DDV)	k. točke: 8
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: Združenje 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 12.00 • TOP 40 – 3. MEDNARODNO SREČANJE EKSPERTOV S PODROČJA UROGINEKOLOGIJE IN GINEKOLOŠKE UROLOGIJE

kraj: LAŠKO, Thermana Laško	št. udeležencev: do 100	kotizacija: podatki na spletni strani www.ukc-mb.si (strokovna srečanja)	k. točke: v postopku
vsebina: simpozij je namenjen specialistom in specializantom uroginetologije, urologije, ginekologije	organizator: UKC Maribor, Oddelek za splošno ginekologijo in ginekološko urologijo, prof. dr. Igor But, dr. med., svet.	prijave, informacije: prijave: W: www.ukc-mb.si (strokovna srečanja), informacije: Slavica Keršič, posl. sek., Rebeka Gerlič, univ. dipl. ekon., T: 02 321 29 40, F: 02 321 28 13	

2.–3. ob 14.30 • ARITMIJE/PACING 2015

kraj: BRDO PRI KRANJU, Kongresni center	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: ni podatka	k. točke: v postopku
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: 10
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: v postopku
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 DEJAVNOST

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. • 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: v postopku
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 Serbec, 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 EKIPE V ZOBOZDRAVSTVU

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 21	kotizacija: 147 EUR (DDV je vključen)	k. točke: 8
vsebina: Namen tečaja je, da osveži in obogati znanje in veščine s področja temeljnih postopkov oživljanja in defibrilacije ter prepoznavanja in pravičnega 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	

10. ob 11.00 • 34. ZDRAVNIŠKI TEK MATIJE HORVATA NA ROŽNIK

kraj: LJUBLJANA, Tivoli, zraven bazena po poti na Rožnik, Koslerjeva dvorana, pivovarna Union	št. udeležencev: 50	kotizacija: 10 EUR, za upokojene zdravnike kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: tek na 7500 m za moške in na 6000 m za ženske ter predavanje: akademik prof. dr. Marjan Kordaš: Koristne igre in igrače za stare	organizator: Medicus, zdravniško športno društvo, Bojan Knap	prijave, informacije: prijave: E: knap.j.bojan@gmail.com , informacije: Bojan Knap, T: 031 228 999	

13. ob 14.30 • NEKOČ STRAH PRED OTROŠKO PARALIZO, DANES PRED CEPLJENJEM

kraj: NOVA GORICA, OE NIJZ Nova Gorica, Vipavska cesta 13, Rožna dolina	št. udeležencev: do 100	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Strokovni simpozij z okroglo mizo: Poliomiellitis včeraj in danes ter cepljenje na primeru rehabilitacijskega centra v Stari Gori pri Gorici (ob ponovnem pojavu otroške paralize v Ukrajini). Simpozij je namenjen zdravstvenim delavcem, zdravnikom, študentom medicine, medicinskim sestram, farmacevtom, pedagoškemu osebju, medijem in širši javnosti	organizator: Splošna bolnišnica »dr. Franca Derganca« Nova Gorica, Oddelek za invalidno mladino Stara Gora ter Društvo za boj proti raku in drugim kroničnim nenalezljivim boleznim ko-RAK.si, Inštitut za zgodovino medicine MF Univerze v Ljubljani	prijave, informacije: prijave: E: info@ko-rak.si , informacije: doc. dr. Marko Vudrag, dr. med., T: 041 632 284, E: marko.vudrag@nijz.si , Jasna Savič, dr. med., T: 051 606 686, E: jasnasavic87@gmail.com , prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec, dr. med., T: 041 327 935, E: zvonka.zupanic-slavec@mf.uni-lj.si	

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, Dermato-venerološka 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@kclj.si	

16. ob 13.30 • REHABILITACIJA BOLNIKOV PO KRITIČNI BOLEZNI

kraj: LJUBLJANA, URI Soča, dvorana, 4. nadstropje stavbe Vrtnica	št. udeležencev: 100	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: seminar	organizator: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, doc. dr. Primož Novak, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: vesna.grabljevec@ir-rs.si , informacije: doc. dr. Primož Novak, dr. med., Vesna Grabljevec, T: 01 475 82 43, F: 01 437 20 70, E: vesna.grabljevec@ir-rs.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' 220 EUR, zdravnik in SMS/ZT + DMS/VMS' 300 EUR (' 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: 9
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 Stepanović	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. • 152. SKUPŠČINA SZD, stanovska tema: POLOŽAJ MLADIH ZDRAVNIKOV V EVROPI IN V SLOVENIJI – BEG MOŽGANOV IZ SLOVENIJE, strokovna tema: ETIKA NA RAZPOTJU podroben program na spletni strani www.szd.si

kraj: MORAVSKE TOPLICE, Hotel Livada	št. udeležencev: okoli 150	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 7
vsebina: skupščina, strokovni sestanek je namenjen zdravnikom in zobozdravnikom vseh specialnosti	organizator: Slovensko zdravniško društvo, prof. dr. Pavel Poredoš, prof. dr. Radko Komadina	prijave, informacije: prijave: SZD, Dunajska 162, Ljubljana ali E: tajnistvo@szd.si , informacije: Marija Poredski, T: 01 434 25 80, E: tajnistvo@szd.si	

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 upokojence, študente, sekundarije	k. točke: v postopku
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 infekcijske bolezni in epidemiologijo, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, prof. dr. Bojana Beović, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Tajništvo Klinike za infekcijske 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@kclj.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	

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

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

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: 2,5
vsebina: Za polno in kakovostno življenje je upanje temeljnega pomena. Da zaupamo v svoje notranje vire moči, da prepoznavamo smisel svojega življenja, da v še tako težkih situacijah ne izgubimo upanja. Tudi v času hude bolezni in umiranja ne.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: prijave: www.domusmedica.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, če se dogodka ne udeležite in tega zbornici ne sporočite vsaj 3 dni pred dogodkom, ste dolžni plačati 30 % kotizacije	

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: 5
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. ob 8.00 • AZBEST, NIKOLI DRUGAČNA ZGODBA

kraj: VIPOLŽE, GORIŠKA BRDA	št. udeležencev: do 200	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: srečanje je namenjeno strokovni in splošni javnosti	organizator: NIJZ, UKC LJ – KIM-DPŠ, SO Brda, Društvo ko-RAK.si, doc. dr. Marko Vudrag, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: https://www.1ka.si/a/70226 , informacije: Ivana Mis, T: 05 300 86 12	

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: 15
vsebina: podiplomska šola je namenjena družinskim zdravnikom	organizator: UKC Ljubljana, Interna klinika, KO za endokrinologijo, diabetes in boleznih 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.–24. ob 14.00 • 33. STROKOVNO SREČANJE ZDRUŽENJA OTORINOLARINGOLOGOV SLOVENIJE SZD

kraj: BLEED, Hotel Golf, dvorana Concordia	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: ni podatka	k. točke: ***
vsebina: strokovni seminar je namenjen otorinolaringologom	organizator: Združenje otorinolaringologov Slovenije SZD, prof. dr. Irena Hočevar Boltežar	prijave, informacije: prijave: E: saba.battelino@kclj.si , informacije: E: irena.hocevar@kclj.si	

23.–24. ob 15.00 • JESENSKO SREČANJE ZDRUŽENJA ZA PATOLOGIJO IN SODNO MEDICINO

kraj: SORICA, Gostišče Macesen	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 50 EUR, kotizacije ni za študente in upokojene zdravnike	k. točke: ***
vsebina: podiplomski seminar je namenjen specialistom, specializantom patologije in sodne medicine	organizator: Združenje za patologijo in sodno medicino, Izidor Kern	prijave, informacije: Jera Jeruc, T: 01 543 71 38, E: jera.jeruc@mf.uni-lj.si	

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	

OKTOBER 2015

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. • 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

NOVEMBER 2015

3. 11., 17. 11., 1. 12., 15. 12. ob 17.00 • PREPREČEVANJE IZGORELOSTI PRI ZDRAVNIKI (3. sklop)

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, učilnica Julija	št. udeležencev: 16	kotizacija: 180 EUR	k. točke: 20
vsebina: Delavnica je namenjena vsem zdravnikom. Znaki izgoravanja se lahko kažejo kot velika izčrpanost, splošno neprijetno počutje, motnje spanja, obup, pomanjkanje sočutja, simptomi so vidni tudi v obliki cinizma, prenašanja odgovornosti na druge, povečanih občutkov krivde, izgube smisla. Delo je usmerjeno v večanje zavedanja (iskanje smisla in razumevanja), iskanje podpirajočih prepričanj in rešitev, večanje občutka solidarnosti in v delo z viri.		organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Tanja Breznik, univ. dipl. psih.	prijave, informacije: prijave: W: www.domusmedica.si , informacije: Mojca Vrečar, MBA, T: 01 30 72 191

5. • VODENJE ZDRAVNIŠKIH TIMOV (seminar)

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 15	kotizacija: 120 EUR (DDV je vključen)	k. točke: 8
vsebina: Ob sebi imamo ljudi, ki so osebnostno zelo različni, vsak s svojimi dobrimi in slabimi lastnostmi, vsak s svojimi mejami sposobnosti. Dober vodja je kot dirigent, ki vzpodbudi svoj »orkester«, da igra harmonično, da se njegovi člani soočijo z vsemi izzivi na delovnem mestu, 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

5.–7. • 57. TAVČARJEVI DNEVI

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

5.–7. ob 17.00 • STROKOVNA DOKTRINA STOMATOLOŠKE KLINIKE

kraj: ROGAŠKA SLATINA, Kulturni dom	št. udeležencev: 300	kotizacija: zobozdravniki 250 EUR, drugi zobozdravstveni delavci 170 EUR	k. točke: ***
vsebina: srečanje je namenjeno zobozdravnikom, ustnim higienikom, medicinskim sestram, zobotehnikom	organizator: Društvo zobozdravstvenih delavcev Slovenije, izr. prof. dr. Martina Drevenšek, dr. dent. med.	prijave, informacije: prijave: Društvo zobozdravstvenih delavcev Slovenije, Hrvatski trg 6, 1000 Ljubljana, informacije: Peter Goltes, T: 051 212 869, F: 01 434 49 20	

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

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162 **št. udeležencev:** 10 **kotizacija:** 200 EUR **k. točke:** 8

vsebina: Telo si zapomni. Telo sporoča. V našem telesu je zapisano vse, kar smo bili, kar smo in kar prav zato šele postajamo. Vsa naša prepričanja, navade, strahovi, izkušnje, talenti in hrepenenja. Iščemo zapletene metode, da bi razumeli skrivnosti drugih. Pa nam toliko pove že tisto, kar je najbolj očitno. Resnica je na dlani – in v očeh, obliki našega nosu, naši koži, drži. Ne glede na to, kako obvladani ali naučeni smo, naše telo govori, kriči. 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

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

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162 **št. udeležencev:** ni omejeno **kotizacija:** kotizacije ni **k. točke:** 4

vsebina: Arhetipi so univerzalne psihične dispozicije, ki nam pomagajo razumeti našo osebnost. Vsak arhetip ima svoje 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

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

kraj: BRDO PRI KRANJU, Kongresni center **št. udeležencev:** 430 **kotizacija:** kotizacije ni **k. točke:** ***

vsebina: strokovno izobraževanje je namenjeno vsem sodelavcem programa ZORA (ginekologi, citologi, patologi, medicinske sestre, presejalci, mikrobiologi, epidemiologi...)

organizator: Onkološki inštitut Ljubljana in Ministrstvo za zdravje RS, izr. prof. dr. Maja Primic Žakelj, dr. med., Urška Ivanuš, dr. med.

prijave, informacije: prijave: Program in register ZORA, Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, informacije: Mojca Florjančič, E: zora@onko-i.si, T: 01 587 95 76

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

kraj: PORTOROŽ, Kongresni center hotelov LifeClass, Hotel Slovenija **št. udeležencev:** ni omejeno **kotizacija:** 100 EUR (z vključenim DDV) **k. točke:** ***

vsebina: bienalno interdisciplinarno strokovno srečanje je namenjeno specializantom in specialistom travmatologije, splošne kirurgije, ortopedije, fizioterapije, družinske medicine

organizator: Društvo travmatologov Slovenije SZD, prof. dr. Andrej Čretnik, predsednik DTS

prijave, informacije: prijave: E: sbcdi@guest.arnes.si, informacije: prof. dr. Radko Komadina, predsednik organizacijskega odbora, T: 03 423 30 96, F: 03 423 38 99, E: sbcdi@guest.arnes.si

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

kraj: MARIBOR, Hotel Habakuk **št. udeležencev:** ni omejeno **kotizacija:** 50 EUR, kotizacije ni za študente in upokojene zdravnike **k. točke:** ***

vsebina: simpozij je namenjen vsem zdravnikom

organizator: Združenje slovenskih dermatovenerologov, prof. dr. Jovan Miljković

prijave, informacije: prijave: Oddelek za kožne in spolne bolezni UKC Maribor, Ljubljanska ul. 5, 2000 Maribor, Klavdija Fras, T: +386 2 321 27 05, F: +386 2 321 27 13, E: klavdija.fras@ukc-mb.si, informacije: Klavdija Fras, T: +386 2 321 27 05, F: +386 2 321 27 13, E: klavdija.fras@ukc-mb.si

9. • TRPINČENJE NA DELOVNEM MESTU

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162 **št. udeležencev:** 40 **kotizacija:** 30 EUR (DDV je vključen) **k. točke:** v postopku

vsebina: Predavanja so namenjena zaposlenim, ki delujejo na vodstvenih delovnih mestih in so lahko potencialni povzročitelji trpinčenja na delovnem mestu, in vsem, ki želijo večjo ozaveščenost o trpinčenju, kaj ga povzroča, kako vpliva na odnose med zaposlenimi, kako vpliva na povečanje strokovnih napak zaradi napačno usmerjene pozornosti.

organizator: Zdravniška zbornica Slovenije

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

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

kraj: LJUBLJANA, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Studenec 48, 1260 Ljubljana Polje **št. udeležencev:** ni omejeno **kotizacija:** 60 EUR **k. točke:** v postopku

vsebina: izobraževalni dogodek je namenjen specializantom in specialistom psihiatrije in klinične psihologije, urologije, ginekologije in porodništva, družinske medicine ter drugim zainteresiranim

organizator: Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Irena Rahne Otorepec, dr. med.

prijave, informacije: prijave: E: silva.potrato@psih-klinika.si, informacije: Silva Potrato, T: 01 587 24 11, E: silva.potrato@psih-klinika.si

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

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

13. • ARHETIPSKA ANALIZA OSEBNOSTI (delavnica 4 ure)

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

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

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

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

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

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

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

16. • TRPINČENJE NA DELOVNEM MESTU

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

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

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

17. • KOMUNIKACIJSKE ODVOZLANKE IN OSEBNOSTNE ODLIKE (seminar)

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

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

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

19. • UPATI DO KONCA

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

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

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

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

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

20. ob 9.00 • SVOJCI BOLNIKOV Z DUŠEVNIMI MOTNJAMI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

21. • II. ŠOLA OBREMENITVENEGA TESTIRANJA

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

21. ob 9.00 • JESENSKA PEDIATRIČNA ŠOLA V MARIBORU

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

27.–28. ob 8.30 • SENZOMOTORNA INTEGRACIJA, STIMULACIJA IN SNOEZELEN PRI OSEBAH Z OKVARO CENTRALNEGA ŽIVČNEGA SISTEMA**kraj:** LJUBLJANA, URI Soča, 4. nadstrop-
je stavbe Vrtnica **št. udeležencev:** 20 **kotizacija:** 80 EUR brez DDV **k. točke:** *****vsebina:** delavnica **organizator:** Univerzitetni rehabilitacijski
inštitut Republike Slovenije - Soča, Maja
Povše, viš. fiziot., univ. dipl. ped. **prijave, informacije:** prijave: E: vesna.grabljevec@ir-rs.si,
informacije: Vesna Grabljevec, T: 01 475 82 43, F: 01 473
70 20, E: vesna.grabljevec@ir-rs.si**27.–28. ob 9.00 • IZBRANA POGlavJA IZ LAJŠANJA BOLEČINE****kraj:** LJUBLJANA, Hotel Four Points by
Sheraton (Mons), dvorana Plečnik 1 **št. udeležencev:** 150 **kotizacija:** do 10. 10. 2015 je kotizacija 70 EUR, po
tem datumu 85 EUR **k. točke:** *****vsebina:** 18. seminar o
bolečini je namenjen vsem
zdravnikom, medicinskim
sestram, farmacevtom, fizio-
terapevtom **organizator:** Slovensko združenje za
zdravljenje bolečine, prim. Gorazd Požlep,
dr. med. **prijave, informacije:** prijave: E: pba.amb@ukc-mb.si,
SZZB (Martina Felser), UKC Maribor, Ljubljanska 5, 2000
Maribor, informacije: E: pba.amb@ukc-mb.si, pozlep@netscape.net,
Martina Felser, T: 02 321 15 36, 02 321 15 68,
prim. Gorazd Požlep, dr. med., T: 041 720 750**28. ob 9.00 • 17. STROKOVNI SEMINAR ZDRUŽENJA ZA MAKSILOFACIALNO IN ORALNO KIRURGIJO SLOVENIJE – OBZOBNA TKIVA: OHRANJANJE, REKONSTRUKCIJA IN ESTETIKA****kraj:** BRDO PRI KRANJU, Kongresni
center **št. udeležencev:** 400 **kotizacija:** 250 EUR **k. točke:** 6**vsebina:** seminar je namen-
jen zdravnikom in zobozdrav-
nikom **organizator:** Združenje za maksilofacialno
in oralno kirurgijo Slovenije, UKC Ljubljana,
KO za maksilofacialno in oralno kirurgijo,
MF Ljubljana, Katedra za maksilofacialno in
oralno kirurgijo **prijave, informacije:** prijave: Združenje za maksilofacial-
no in oralno kirurgijo Slovenije, Zaloška 2, 1525 Ljubljana,
informacije: Ani Klopčič, T: 01 522 42 35, GSM: 051 381 557

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

Pregled vseh strokovnih srečanj na enem mestu!

Obiščite našo spletno stran:

www.domusmedica.sikjer najdete seznam in osnovne informacije o
vseh strokovnih dogodkih, za katere je
organizator podal vlogo za dodelitev kreditnih
točk. Organizatorji pa lahko tu ponudite vse
informacije o svojem srečanju.Preko te strani je možna e-prijava na vse
dogodke.Tu najdete tudi koledar kulturnih prireditev v
Domus Medica.

Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije

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

izvedence/izvedenke medicinske stroke

za delo v invalidski komisiji II. stopnje v Ljubljani, in sicer za:

*zdravnika izvedenca – specialista interne medicine
(2 delavca)*

zdravnika izvedenca – specialista ortopedije

zdravnika izvedenca – specialista nevrologije

zdravnika izvedenca – specialista psihiatrije

*zdravnika izvedenca – specialista medicine dela, prometa
in športa*

Za izvedenca je lahko imenovan zdravnik specialist ustrezne usmeritve z veljavno licenco Zdravniške zbornice Slovenije, z najmanj dveletnimi delovnimi izkušnjami v svoji specialistični dejavnosti, ki je v rednem delovnem razmerju ali je samozaposlen. Izbrani izvedenec bo imenovan praviloma za štiri leta in bo kot član senata ali predsednik senata invalidske komisije ali kot zdravnik posameznik izdeloval izvedenska mnenja, kot so opredeljena po Zakonu o pokojninskem in invalidskem zavarovanju. Delo se na podlagi določil Pravilnika o organizaciji in načinu delovanja izvedenskih organov Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije opravlja po pogodbi in praviloma v popoldanskem času. Kandidati/kandidatke naj pošljejo pisne prijave z dokazili o izobrazbi in delovnih izkušnjah v 15 dneh od objave v reviji Isis na naslov: Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, Kolodvorska 15, 1518 Ljubljana ali na E: kadri@zpiz.si O imenovanju oz. neimenovanju bodo kandidati obveščeni v 30 dneh po sklepu pristojnega organa.

Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije

objavlja v sektorju za izvedenstvo naslednja prosta delovna mesta:

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

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

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

Kandidati/kandidatke morajo izpolnjevati naslednje posebne pogoje:

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

Prijava mora vsebovati:

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

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

Kandidate/kandidatke vabimo, da pošljejo pisne ponudbe z dokazili o izpolnjevanju pogojev in opisom delovnih izkušenj na E: kadri@zpiz.si ali po pošti na naslov: Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, Kolodvorska 15, 1518 Ljubljana.

IŠČEMO

Zasebna zobozdravstvena ordinacija v Ljubljani išče pomoč zobozdravnika za 2- do 3-krat tedensko. Zaželeno delovne izkušnje.

Informacije na T: 041 653 602

ODDAMO

Oddamo prostor, 28 m², primeren za zdravstveno dejavnost, terapijske storitve, pisarne, zastopstvo ali drugo. Prostor se nahaja v poslovno-stanovanjskem objektu in ima vse priključke za nemoteno delovanje.

Lokacija ob glavni cesti, z večjim zasebnim parkiriščem, v naselju Črnuče. Neto mesečna najemnina 220 evrov, obratovalni stroški se zaračunavajo dodatno. Informacije: T: 031 414 993. Ogljed fotografij na FB-strani: DK Ksenija Drole Org. Co

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

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

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

1. Zdravnika/zdravnico na Direkciji za:

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

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

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

2. Zdravnika/zdravnico na Direkciji za:

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

3. Vodjo oddelka za nadzor v območni enoti

Novo mesto za:

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

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

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

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

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

Delovno razmerje bomo sklenili za nedoločen čas, s polnim ali krajšim delovnim časom in trimesečnim poskusnim delom. Za dodatne informacije se lahko obrnete na nas po T: 01 307 74 10. Svoje pisne prijave, s predstavitvijo dosedanjega dela in navedbo enote, kamor se prijavljate, pošljite **do 31. 10. 2015** na naslov: ZZZS, Direkcija, Miklošičeva 24, 1507 Ljubljana oz. na E: zaposlitev@zzzs.si.

Od novih sodelavcev pričakujemo sposobnosti komuniciranja in reševanja problemov, sposobnosti organiziranja in analitičnega razmišljanja, sposobnost timskega dela, sposobnost hitre presoje in sodelovanja, predvsem pa profesionalnost in samoiniciativnost ter pripravljenost za pridobivanje specifičnih znanj s področja zdravstvenega zavarovanja.

Novim sodelavcem nudimo dinamično delo v urejenem okolju ter možnost strokovnega izpopolnjevanja in razvoja.

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

Kandidati bodo o izboru obveščeni v zakonsko določenem roku.

Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj

razpisuje prosta delovna mesta za zdravnike specialiste:

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

zdravnik specialist radiologije V/VI (m/ž)

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

zdravnik specialist pediatrije V/VI (m/ž)

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta,

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

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

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

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



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.

Prijave na: www.domusmedica.si
Kreditne točke: 6,5
Kotizacija: 150€

Jose Saramago: Evangelij po Jezusu Kristusu

Cankarjeva založba, Ljubljana, 2005, 317 str. Prevod: Barbara Juršič Terseglav

Marjan Kordaš, Ljubljana

marjan.kordas@mf.uni-lj.si

... Bog je rekel, Nastala bo Cerkev, kar, kot veš, pomeni zborovanje, verska družba, ki jo boš ti ustanovil oziroma bo ustanovljena v tvojem imenu, kar je več ali manj isto, če se ustavimo pri tistem, kar je pomembno, in ta Cerkev se bo razširila po vsem svetu do zdaj še neznanih meja, imenovala se bo katoliška, ker bo vesoljna, kar, na žalost ne bo pomenilo, da ji bodo prihranjena nesoglasja in razprtije med tistimi, ki te bodo imeli za duhovno referenco bolj kot mene, kot sem ti že povedal, to pa bo trajalo samo nekaj časa, samo nekaj tisoč let, saj sem bil jaz že pred teboj in bom še vedno potem, ko boš prenehal biti, kar si in kar boš. Govori jasneje, ga je prekinil Jezus. To ni mogoče, je rekel Bog, človeške besede so kot sence in sence ne bi mogle nikoli pojasniti luči, med njimi in lučjo je in se vriva motno telo, ki jih poraja, Vprašal sem te glede prihodnosti, Saj govorim o prihodnosti, Želim, da mi poveš, kako bodo živeli ljudje, ki bodo prišli za menoj, Misliš na tiste, ki bodo hodili za teboj, Da, bodo srečnejši, Srečnejši, ne, ne bi rekel...

str. 272

... Bog je cincal, potem pa je z izčrpanim glasom rekel, Še, Inkvizicija je, ampak o njej bi, če ti je prav, spregovorila kdaj drugič, Kaj je Inkvizicija, Inkvizicija je še ena neskončna zgodba, Rad bi vedel, kaj je, Bolje, da ne veš, Vztrajam, V svojem sedanjem življenju boš trpel očitke vesti, ki so del prihodnosti, Ti pa ne, Bog je Bog, nima očitkov vesti, ...

str. 280

Oba citata navajam kot vzorec Saramagovega sloga, ki precej odstopa od pravopisnih pravil. Vrh tega avtor vseskozi uporablja indirektni govor; bralec mora biti kar pozoren, da ugotovi identiteto govorca. Včasih pa to ni mogoče in zaradi negotovosti so možni različni sklepi. In ker, kot je zapisano zgoraj, »človeške besede so kot sence in sence ne bi mogle nikoli pojasniti luči,« dvomim, da mi bo v tej predstavitvi knjige

uspelo opisati vso sporočilnost Saramagovega razmišljanja.

Knjiga ima tri posvetila:

Prvo je »za Pilar«. Verjetno gre za novinarko Pilar del Rio, Saramagovo drugo ženo oz. žensko njegovega življenja.

Drugo posvetilo je odlomek iz začetka Evangelija po Luku, z evangelistovim sporočilom, da je treba natančno opisati dogodke, ki so se zgodili (Jezusu) – in tako se je odločil tudi Saramago, ki pa podatke črpa tudi iz drugih evangelijev, kano ničnih in apokrifnih. Najbolj se to vidi pri sužnji Zelomi (oz. Salome, str. 59, 88 ter pri Jezusovih bratih in sestrah; Evangelij po Jakobu).

Tretje posvetilo pa je znamenita izjava *Quod scripsi, scripsi*. Slišal sem jo že v otroštvu in se vseskozi zavedal, kaj pomeni. Nisem pa vedel, da jo je (prvič?) izrekel Poncij Pilat, potem ko je Jezusa obsodil (glej Evangelij po Janezu, 19:20-22). V nekoliko starinski slovenščini v protestantskem Svetem pismu se bere takole:

19 Napiše pa Pilat tudi napis in ga dene na križ; bilo pa je pisano: Jezus Nazarečan, kralj Judov. 20 Ta napis je torej bralo mnogo Judov, ker je bil kraj, kjer so Jezusa razpeli, blizu mesta; in bilo je pisano hebrejski, grški, latinski. 21 Reko torej višji duhovniki Judov Pilatu: Ne piši 'Kralj Judov', ampak da je sam rekel 'Kralj Judov sem'. 22 Pilat odgovori: Kar sem pisal, sem pisal.

Na spletu je kar nekaj podatkov o tej izjavi, menda znani v skrajšani obliki QSS, ter zakaj se je Saramago še enkrat odločil zapisati jo.

Ker poznam težavnost Saramagovega sloga iz njegovega romana *Zapis o samostanu*, sem z branjem kar dolgo odlašal. A knjiga se mi je prvič odprla na str. 17 in nekakšno *poskusno branje* ni bilo prav nič težavno – nasprotno, bilo je skoraj zabavno že na str. 19, nadaljuje se pa takole, s klasičnim opisom t.i. *zakonske dolžnosti*:

... Marija, ki je ležala na hrbtu, je bila budna in pozorna, nepremično je strmela v

točko pred seboj in zdelo se je, kot da čaka. Ne da bi izrekel besedo, je Jožef stopil do nje in odgrnil rjuho, s katero je bila pokrita. Odvrnila je pogled, malce privzdignila spodnji rob tunike, gor do trebuha jo je zavihala šele, ko se je on že sklanjal in enako počel s svojo tuniko, Marija pa je medtem razpirala noge ali pa jih je razprla že v spanju in je ostala v takem položaju, bodisi zaradi neobičajne jutranje toposti bodisi zaradi slutnje poročene ženske, ki pozna svoje dolžnosti. Bog, ki je povsod, je bil tam, ker pa je, kar je, se pravi čisti duh, ni mogel videti, kako se je koža enega dotikala kože drugega, kako je njegovo meso prodrlo v njeno meso, saj sta bila oba za to ustvarjena, in morda ga že ni bilo več tam, ko se je Jožefovo sveto seme razlilo po Marijini sveti notranjosti, saj sta bila oba sveta, ker sta izvir in čaša življenja, resnično so stvari, ki jih Bog sam ne razume, čeprav jih je ustvaril. Ker je Bog že

stopil ven na dvorišče, ni mogel slišati glasu, kot bi nekdo hropel v agoniji, ki se je izvil iz ust moškega v trenutku vrhunca, še manj pa slabotnega stoka, ki ga ženska ni mogla zatreti. Samo minutko ali pa niti ne toliko je Jožef počival na Marijinem telesu. Ko si je popravljala tuniko in se pokrivala z rjuho ter si potem zakrila obraz s podlaktjo, je on, stoje sredi hiše, z vzdignjenimi rokami, zazrt v strop, izrekel tisti nadvse strahovit blagoslov, ki velja samo za moške, Hvaljen bodi, Gospod, naš Bog, kralj stvarstva, da me nisi ustvaril kot žensko. ...
str. 21

Pripoved se začne z opisom ene klasičnih slik o križanju, kjer pod križem z mrtvim Jezusom Saramago zelo natančno opiše žalujoče tri ženske. Omeni, da je ena med njimi, ki je zelo žensko bujna, verjetno Marija Magdalena, rjavolaska, četudi bi to lahko bila sosednja ženska, ki ima plave lase; da so plavolaske že od nekdaj za moškega nekako bolj obetavne in zato bolj grešne. Po tem duhovitem komentarju pa avtor preskoči v takratno Jezusovo družinsko in osebno življenje. Mati Marija je poleg Jezusa rodila še osem otrok, dve deklici in šest dečkov, po vrsti: Jakob, Lizija, Jožef, Juda, Simon, Lidija, Just, Samuel. Saramago zadevo komentira takole:

... in če je prišel še kakšen, je takoj umrl, ne da bi se o njem v registrih ohranila kakršna koli sled. Otroci so veselje staršev, pravimo, in Marija si je skrajno prizadevala, da bi bila videti zadovoljna, vendar pa se je, ker je morala mesece in mesece tovoriti v svojem utrujenem telesu toliko sadežev, požrešnih na njene moči, njene duše včasih polastila nestrpnost, ogorčenje, ki je obupno iskalo nek zakaj, ker pa so bili časi takšni, kakršni so bili, ni pomišlila, da bi za to okrivila Jožefa, še manj pa prevzvišenega Boga, ki odloča o življenju in smrti bitij, ki jih je ustvaril, ...

str. 95

Po moji presoji ima knjiga več vrhuncev:

Prvi je na str. 78, ko Jožef po naključju sliši rimske vojake, ki se pogovarjajo o Herodovem povelju, da je treba pobiti vse otroke, mlajše od treh let.

Drugi je na str. 109 v zvezi z gverilskim bojevanjem pod vodstvom Jude Galilejca in ki se konča tako, da rimski vojaki ujamejo Jezusovega očeta Jožefa in ga, nedolžnega, križajo skupaj s skupino ujetih upornikov.

Tretji je na str. 149–150, ko Jezus v templju poslušá odgovor pismouka na vprašanja vernikov. Kjer je rečeno, da je človek svoboden zato, da je lahko kaznovan.

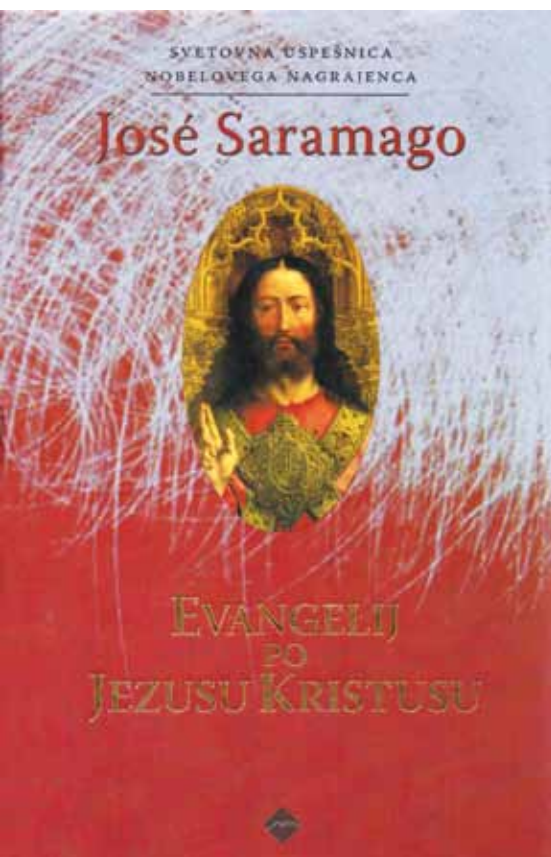
Četrti je na str. 189–190, ko se Jezusu prikaže Bog v obliki stebra dima. Jezus se sprva upira, da bi izgubljeno ovco, ki jo je pravkar našel, daroval Bogu. Izgovarja se, da nima noža, a nato mu Bog ustvari bodalo in zahteva žrtvovanje ovce. In ko Jezus z odporom ovco zakolje, Bog zavzdihne od zadovoljstva...

Peti je na str. 201–209, Jezusovo srečanje z Marijo iz Magdale. Postaneta ne le ljubimca, ampak ona postane tudi njegova prva učenka (apostol).

Šesti je eno celo poglavje (str. 261–286), Jezusovo srečanje z Bogom in Hudičem ter pogovor z njima, tako da se Jezusu razjasni njegova usoda. Vanjo privoli zato, ker pred Bogom nima nobene druge (svobodne) izbire.

Knjiga je bila izvrstna pobuda, da sem prelistal vse štiri kanonične evangelije ter ponovno prebral odlomke iz apokrifnega Nikodemovega evangelija. Tudi sem si precej obnovil nekaj zgodovine, npr. da je v času Jezusovega otroštva Herod gradil t.i. *Drugi Tempelj*. Saramago ga opiše kar nadrobno; a četudi tempelj še ni dograjen, že služi svojemu namenu, med drugim tudi žrtvovanju živali, takole:

... Na dveh velikih kamnitih mizah pripravljajo žrtve večjih dimenzij, predvsem vole in teličke, a tudi ovne in ovce, koze



in kozle. V bližini miz so visoki stebri, kamor na kavlje, pričvrščene v kamen, obešajo živalska okostja, videti je frenetično delo arzenala mesarjev, nožev, mesaric, sekir, žag, ozračje je nasičeno od dima, ki se dviga iz lesa in zažgane kože, od pare, od krvi in potu, duša, ki ji ni treba biti sveta, takšna čisto običajna, bo težko razumela, kako neki se lahko Bog počuti srečnega sredi takšne klavnice, saj je, kot sam pravi, skupni oče ljudi in živali. ...

V prihodnjih dneh, ko se bodo moji občutki malo polegli, bom zagotovo še enkrat – ali celo večkrat – prebral posamezne odlomke. K izjemnosti knjige bistveno prispeva tudi izvrsten prevod.

Za Jezusovo srečanje – in bivanje – z Marijo iz Magdale pa menim, da gre za enega najboljših literarnih opisov ljubezni med moškim in žensko. V ospredju je Eros v polnem pomenu besede. Gre za žensko-moško in telesno-duhovno razmerje, ki ga v svoji terminologiji poimenujem kot t.i. *duhovno spolno občevanje*. In če bi to hotel opisati, sem brez moči: človeške besede so kot sence in sence ne bi mogle nikoli pojasniti luči.

Zgodba o Jezusu z Marijo Magdaleneno je ena sama poezija, docela

neprimerljiva z menda posvečenim, a otožnim zakonom Jezusovih staršev. Nasprotno pa je Jezusovo srečanje z Bogom in Hudičem nekakšna pošastno kruta teologija (str. 261). Tudi scenerija je izvrstna: Jezus sam odvesla na Genezareško jezero in ko je nekje na sredi, se znajde v gosti megli. Ko se megla nekoliko razkadi, Jezus najprej zagleda Boga. In potem ko si (oba) razjasnita nekaj vprašanj o obojni identiteti, se jima pridruži še Hudič, najprej kot Leviatan, nato pa navzven kar precej podoben Bogu. Vsi trije sedijo nekako v obliki trikotnika, je pa jasno, da je Bog **glavni**. Medtem ko Hudič v glavnem molči, Bog Jezusu razloži, zakaj ga je izbral, da bo umrl na križu. In Bog Jezusu tudi napove prihodnost, med drugim izrecno navede imena, izvor ter način smrti cele množice ljudi oz. svetnic in svetnikov (str. 273–276). In zelo prozaičen je tudi Bogov motiv, zaradi katerega mora Jezus umreti na križu. Hudič, ki v glavnem molči, končno Bogu predlaga tole:

... Danes bi rad dobro uporabil srce, ki ga imam, sprejem in želim, da se tvoja moč razširi na vse konce sveta, ne da bi moralo umreti toliko ljudi, in ker praviš, da je vse, kar te ne uboga in zanika, plod Zla,

ki me poseblja in katerega niti imam v rokah v svetu, predlagam, da me spet sprejmeš v svojih nebesih, mi oprostiš stare hudobije zaradi tistih, ki mi jih v prihodnje ne bo treba storiti, in da sprejmeš in varuješ mojo poslušnost, kot v srečnih časih, ko sem bil eden tvojih najljubših angelov, klical si me Lucifer, tisti, ki nosi luč, preden mi je silna želja po tem, da bi ti bil enak, pogoltnila dušo in me prisilila, da sem se uprl tvoji oblasti, ...

str. 281

Kot je pričakovati, Hudičevo prošnjo Bog zavrne. Utemeljitev je vredno prebrati na str. 282.

Ker tudi zame velja *Quod scripsi, scripsi*, se na tem mestu nočem spuščati v kake biblijske, teološke ali kristološke nadrobnosti. A četudi se mi zdi, da je Saramago nekam krivičen do Boga, je **Evangelij po Jezusu Kristusu** zares izvrstna literatura. Izvrsten opis, kaj *ljubezen je*. Izvrsten primer, kako si lahko vsak človek Boga predstavlja po svoje, da je vsaka predstava človeška in sprejemljiva – ko pa ta predstava postane nekakšen obvezujoč nauk, vera ali celo religija, pa je ta predstava ena sama, pošastna poguba ...

Katja Galle Toplak: Zdravilne rastline na Slovenskem

Založba Mladinska knjiga, 2015

Mag. Nina Mazi, dr. med., Ljubljana

Obsežno in kompleksno delo na 520 straneh, z bogato vsebino in imenitno likovno opremo (ilustracije Aleša Sedmaka), bi moral spoznati in poznati vsak zdravnik v Sloveniji. Pa ne le zato, da bi ga uporabljal sam,

marveč tudi in predvsem zato, da bi znal in zmozel svetovati, priporočati in verodostojno presojati, kadar bi se z vprašanjem o zdravilnih rastlinah nanj obrnil pacient, njegov svojec ali kak drug laik. Doslej najboljše in

najpopolnejša knjiga o preventivi, kurativi in rehabilitaciji z rastlinami pri nas, izpod peresa domače strokovnjakinje in poznavalke dr. Katje Galle Toplak, je vredna pozornosti in spoštljive obravnave. Kot prava zakladnica znanja, izkušen in kompetenc, pa tudi idej in nasvetov, povezanih z zdravilnimi rastlinami iz domačih logov, si delo zasluži uvrstitev med pomembne elemente slovenske



narodne dediščine. Zdravilne rastline so neločljivo povezane z nacionalnim interesom – zdravje prebivalcev je oz. bi moralo biti na samem vrhu lestvice nacionalnih vrednot, saj predstavlja temelj, bistvo in nadgradnjo hkrati.

Avtorica pričujoče knjige, priznana biologinja, specialistka za področje zdravilnih rastlin z bogatimi mednarodnimi izkušnjami, je pri svojem pisanju veliko pozornosti posvetila učinkovanju in uporabi zdravilnih rastlin iz naših logov – za katere težave, bolezni, motnje in poškodbe so primerne in priporočljive – zdravilne. Nazorno in s pravo mero natančnosti je dr. Toplakova predstavila in pojasnila tudi pripravo (recepti/recepture) posameznih pripravkov v obliki čaja, čajne mešanice, tinkture, mazila, kreme, obkladkov, ovitkov, polivov, oblog itd.

Najnovejše delo Zdravilne rastline na Slovenskem je najbolj celovita in najboljše knjiga o zdravilnih rastlinah pri nas. Spodbuja in omogoča varno uporabo zdravilnih rastlin pri samozdravljenju (fitoterapija), pa tudi v moderni uradni medicini (kot samostojna, ključna ali dopolnilna metoda). Izkušnje ljudskega zdravljenja je dr. Toplakova spretno povezala in uskladila z najnovejšimi znanstve-

nimi spoznanji. Natančno predstavlja 120 najpomembnejših zdravilnih rastlin in nekaj deset po učinkovanju sorodnih vrst, ki rastejo v Sloveniji (nasveti za nabiranje, sušenje, izdelavo pripravkov), in na 100 straneh celovito obravnava pravilno uporabo zdravilnih rastlin in rastlinskih pripravkov pri otrocih, v posebnih rubrikah pa tudi uporabo zdravilnih rastlin v veterini in homeopatiji. Pojasnjuje kemijsko zgradbo, lastnosti in delovanje najpomembnejših rastlinskih učinkovin, vpliv zdravilnih rastlin na največji organ – kožo, in prinaša recepte za številne čajne oz. zeliščne mešanice. Številne zdravilne rastline oz. njihove učinkovine (aceticil-salicilat, digitalis, kinin, opij) so danes temelj priljubljenih farmacevtskih sredstev. Po ocenah strokovnjakov SZO naj bi med 25 in 35 sodobnih zdravil temeljilo na zeliščnih učinkovinah.

Priročnik, enciklopedija in leksikon o zdravilnih rastlinah izpod peresa dr. Katje Galle Toplak predstavlja odlično izbiro za vse, ki ljubijo naravo in prisegajo na naravne pristope ohranjanja oz. izboljševanja zdravja, mladostnosti in vitalnosti ter iščejo metode zdravljenja z manj neželenimi stranskimi učinki in zapleti. V knjigi Zdravilne rastline na Slovenskem je dovolj podrobno in primerno obširno predstavljenih 120 najpomembnejših zdravilnih rastlin, ki uspevajo na naših tleh, pa tudi več deset sorodnih rastlin s podobnim učinkom, kot ga imajo opisane ključne rastline. Že ob listanju po opisanem delu človeka mimogrede zamika, da bi se podal na bližji travnik, v gozd ali v hribe iskat rastline, prijazne zdravju in okolju.

Knjiga, ki pojasnjuje kemijsko sestavo, značilnosti, lastnosti in delovanje najpomembnejših rastlinskih učinkovin, je namenjena vsem, ki želijo nadgraditi, dopolniti in poglobiti svoje znanje in izkušnje na tem področju oz. povečati učinek terapevtskih metod in pristopov akademske medicine. Najnovejše delo Zdravilne rastline na Slovenskem je imeniten

sopotnik vsem, ki so odločeni, da se z boleznimi, motnjami in poškodbami, pa tudi s skrbjo za zdravje, počutje in razpoloženje, zunanji izgled, mladostnost in vitalnost uspešno in učinkovito spoprimejo na organizmu in okolju, pa tudi mošnjičku prijazen način. Čeprav je namenjena predvsem odraslim bralcem, pa je njena vsebina prilagojena predstavnikom vseh generacij – od dojenčkov, otrok in mladostnikov do starostnikov, saj prinaša aktualno, strokovno preverjeno vsebino, uporabno od zibelke do groba. S pomočjo pričujoče zakladnice botaničnega in fitofarmaceutskega oz. fitoterapevtskega znanja prosvetljen človek lahko bolj suvereno izbira, kupuje, kombinira in uživa zelišča oz. zeliščne pripravke in preparate. Lahko pa jih začne nabirati, predelovati in pripravljati tudi sam, na dovolj preprost, razumljiv in preverjen način, opisan v tej pestri, raznoliki in bogati knjigi. V njej avtorica predstavlja tudi uporabo zelišč v homeopatske in kozmetične namene. Nekaj dragocene pozornosti pa namenja tudi strupenim rastlinam in njihove-mu (potencialno) nevarnemu delovanju oz. možnim neželenim stranskimi učinkom.

Pri branju knjige izpod peresa dr. Toplakove se človek mimogrede zave pomena in vloge, ki jo zdravilne rastline igrajo ne le v skrbi za zdravje človeka, marveč tudi v primeru hišnih ljubljencev in domačih živali. Fitoterapija tako v medicini kot tudi v veterini predstavlja pomembno področje, ki je danes več kot aktualno. Upoštevajoč dejstvo, da herbalna medicina s svojo dolgo, preverjeno in preizkušeno tradicijo danes uporablja več kot 12.000 fitokemičnih snovi, fitoterapija pa predstavlja pomembno komponento sodobnega zdravljenja, je opisano delo o zdravilnih rastlinah na Slovenskem zaklad, vreden pozornosti, spoštovanja in občudovanja.

Novogoriška porodnišnica ponovno obdarjena

Prim. Neda Bizjak, dr. med., SB dr. Franca Derganca Nova Gorica

neda.bizjak@bolnismica-go.si

Tokrat povsem drugače.

Zadnja junijska sončna nedelja je bila vse prej kot običajna. Že šesto leto zapored se je v Biljah zgodil dobrodelni nogometni spektakel, ki je v ta lep kraj na Primorskem privabil športne zanesenjake, znane osebnosti in vse, ki radi pomagajo. Že šesto leto se je sredstva zbiralo za fundacijo Vrabček upanja, ki zbira sredstva za Oddelek invalidne mladine v Stari Gori, prvič pa je bila na drugo polovico igrišča postavljena ekipa šempetrske porodnišnice. Seveda ne dobesedno.

S sodelovanjem dveh znanih nogometašev, Valterja Birse in Tima Matavža, je bila organizirana dobrodelna nogometna tekma, pomerili sta se ekipi Vrabček, ki je igrala za Staro Goro, in Porodnišnica, ki se je borila za novogoriško porodnišnico bolnišnice v Šempetru.

Vsa sredstva, pridobljena z vstopninami, zbiranjem prostovoljnih prispevkov obiskovalcev in donacijami pravnih in fizičnih oseb, bodo enakomerno razdeljena med obe službi novogoriške bolnišnice. Zasluga za to, da bo tokrat darov deležna porodnišnica, gre v največji meri častni pokroviteljici porodnišnice, gospe Martini Arčon, novinarki in tudi glavni urednici radia Robin, ki se je pri odgovornih zavzela za to, da sredstva ostanejo na Primorskem, še več, da grejo šempetrski porodnišnici.

Dogodka se je udeležil predsednik države gospod Borut Pahor, na pobudo legendarnega »esimitovca«, jadralca Igorja Simčiča, pa tudi njegova presvetla visokost monaški knez Albert II., ki je še prav posebno pritegnil pozornost mnogih gledalcev. Tekmo so odigrali znani Slovenci in vrhunski športniki, manjkala ni niti naša enkratna smučarka svetovnega slovesa Tina Maze.



Tina Maze in monaški knez Albert II.

Na začetku je slovensko himno zapel čarobni deček, Oto Pestner, potem pa so na igrišče, v spremstvu mladih nadebudnih bodočih nogometašev, posamično začeli prihajati igralci, kot se za vsako pravo nogometno tekmo spodobi. Celotno dogajanje sta duhovito začinila Denis Avdič in Ranko Babič, ki sta tudi sama igrala, vsak na svoji strani.

Igralci so pokazali veliko borbenost, prvi gol je zabil predsednik države, ki je v nadaljevanju tudi čestital vsakomur, tudi iz nasprotnikove ekipe, kateremu je uspelo gol ponoviti.

Vse prisotne je v imenu oddelka v Stari Gori in porodnišnice pozdravila direktorica bolnišnice, prim. Nataša Fikfak. Prav na koncu tekme je Jana Morel podarila še tri praktične nagrade zvenečega naziva: za igralca z najlepšimi nogami (dobil jo je Borut Pahor), za igralca z najlepšo zadnjo platjo (dobil jo je Tim Matavž), za samega mistra nogometne tekme pa je bil proglašen Pero Lovšin.

Za končni rezultat niti ne vem, prepričana sem, da sploh ni pomemben. Zmagali smo prav vsi, ki smo bili tam z namenom, da pomagamo in skupaj naredimo nekaj dobrega!

Čeprav so se na nebo popoldne počasi začeli zgrinjati črni oblaki, pa je bilo tudi vreme na naši strani, saj se je dogajanje zaključilo v poznih večernih urah, ob glasbi in prijetnem druženju in brez ene same kaplje dežja.

Sledita dve od številnih fotografij, ki jih je na tekmi posnel priznani primorski fotograf, g. Leo Caharija.



Nasprotni ekipi, v ospredju knez Albert II. in Borut Pahor.

Koncert zdravniškega orkestra Camerata medica

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

Avlo Domus Medica so 18. junija 2015 ob 19.00 spet napolnili zvoki našega priljubljenega orkestra Camerata medica. Dirigent prof. Franc Avsenek svoje navdušenje nad glasbo očitno spretno prenaša na mlade – in tudi malo manj mlade – glasbenike, ki najmanj v polovici sestava Camerate sodijo med zdravnike ali vsaj študente medicine. Izbor skladb je bil sproščeno všečen in primeren za široko paleto ljubiteljev glasbe, kakovost izvedbe pa po pravilu odlična pri vseh nastopajočih. Precej skladb je za »svoj« orkester priredil kar prof. Avsenek in tu so označene z *. Dolgoletni član orkestra kirurg Pavle Košorok je ustvarjalno delo orkestra predstavil v prijaznem nagovoru, temu pa je sledil program:

J. S. Bach – Preludium*

J. S. Bach – Koncert v A-molu za violino in orkester – violina Andrej Gubenšek, dr. med.

W. A. Mozart – Aria Papagena iz opere Čarobna piščal – bariton Domen Križaj, študent medicine

P. I. Čajkovski – Aria Lenskega iz opere Evgenij Onjegin* – violina Lucija Čemažar, študentka medicine

G. Bizet – Habanera iz opere Carmen* – mezzosopran Alja Koren, dr. med.

W. A. Mozart – Aria Figara iz opere Figarova svatba – bariton Domen Križaj, študent medicine

G. Mahler – Klavierkwartett* – klavir Katja Lavrenčič, dr. med.

Ob zaključku koncerta se je na živahne zahteve občinstva po glasbenem dodatku orkester prijazno odzval z odlično prirejeno glasbo iz filma Stevena Spielbergha »Schindlerjev seznam«. Prof. Avsenek nam je zaupal, da je to glasbo za Isaaca Perlmana in Newyorški filharmonični orkester priredil John Williams za izvedbo na svečani uprizoritvi tega filma. V dodatku je znova blestel violinist nevrolog Andrej Gubenšek. Temu pa je sledil še valček iz baleta Maškarada Arama Hačaturiana.

A poleg dodatka nas je navdušilo še nekaj: pripoved o tem, kako je na ta koncert prišla pianistka. Naša kolegica Katja Lavrenčič je zdravnica primarnega nivoja, pediatriinja iz zamejstva – iz Doberdoba. Po radiu je poslušala intervju s prim. Kornhauserjem ob koncertu v okviru njegove 90-letnice. In navdušenje, s katerim je primarij govoril o muziciranju slovenskih zdravnikov, jo je tako prevzelo, da je pisala na Zdravniško zbornico Slovenije in dala pobudo za sodelovanje. Izvrstna ideja in izvrsten »slovenski pianistični debi«. Čestitke! Od solistov in orkestra smo se poslovili z iskrenim veseljem ob misli, da se bomo prav kmalu spet srečali. Čas hiti ...

Foto: Janez Platiš



Dobre pianistke imamo zdravniki tudi v zamejstvu. Katja Lavrenčič iz Doberdoba se nam je predstavila prvič.



Prof. Franc Avsenek vodi orkester premočrtno in s presežkom ustvarjalne moči.

Predstavitev pesniške zbirke Utrinki duše Andreja Ranta

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

polona.wallas@zzs-mcs.si

Zobozdravnik Andrej Rant je 16. julija v avli Domus Medica v Ljubljani predstavil svojo novo pesniško zbirko Utrinki duše, s katero je zaznamoval 50-letni jubilej pesniškega ustvarjanja. V uvodnih besedah je dejal, da pesnik lahko napiše samo tisto, kar čuti in doživlja. Številnemu občinstvu in ljubiteljem poezije je z občutkom prebral oz. zrecital več svojih pesmi, ki so jih povsem prevzele. Večer poezije je bil izjemno obiskan, avtor pesniške zbirke pa je bil kasneje na voljo še za pogovor z obiskovalci večera.

»Utrinki duše« je njegova peta pesniška zbirka. Predstavitev zbirke bi morala biti že lani, pa je bila zaradi avtorjeve težke boleznj preložena v letošnje leto. Zbirka vsebuje 71 pesmi na 79 straneh in predstavlja vrh njegove poezije. Po mnenju urednika akademika dr. Kajetana Gantarja je med njimi nekaj literarnih biserov, kot so pesmi Babici, Kamen in Navje.

Na svojstven, humoren način se avtor spoprijema s staranjem (pesmi Gospod, Gospa) in s smrtjo (Morana, Hvalnica smrti, Pozaba). A ni samo Tanatos, prisoten je tudi Eros, v izpiljenih pesmih starejšega datuma. Avtor je sam poskrbel za estetsko obliko knjige. Hermes na starogrškem novcu na naslovnj strani izraža poduhovljenost, maska kralja Ojdipa na zadnjji platnici, avtorjevo najboljšje kiparsko delo, pa obup Človeka.

Poezija Andreja Ranta je pisana v tekočih verzih, v metrični obliki z rimami, ki je pogosto prepletena tudi z notranjnimi rimami. Pesmi imajo mnogokrat zelo izraženo melodiko, prilagojeno vsebini. Ta je zelo raznolika, od ljubezenskih občutij do trpečih spoznanj minevanja, vprašanj o smislu življenja in obstoja, do kritičnih pesmi in baladnih motivov.

Andrej Rant je svoje življenje posvetil zobozdravstvu in poeziji. Kot zobozdravnik je več kot trideset let skrbel za oralno zdravje zelo zahtevne populacije otrok in odraslih z mot-

njami v razvoju. V njegovo področje dela so spadali tako otroci z motnjami v razvoju Zavoda Janeza Levca kot tudi slepi in slabovidni otroci Zavoda za slepo mladino ter deset let slušno in govorno prizadeti otroci Zavoda za slušno in govorno prizadeto mladino. Delo je opravljal ves čas predano, z veliko ljubeznijo, potrpežljivostjo in razumevanjem. Na svojem strokovnem področju je deloval tudi v mednarodnih okvirih kot član Sveta mednarodne organizacije za oralno zdravje otrok z motnjami v razvoju IADH.

Pesnik Rant je človek, ki ima v sebi prirojen čut ljubezni do sočloveka, do pacienta, človek z zelo razvitim čutom za pravičnost, ki ne prenaša krivic in nasilja. Bogastvo njegove duše se kaže tudi v njegovi poeziji, ki je izpiljena in se dotakne srca. Pesniti je začel že v gimnaziji leta 1964, ko je odkril dar pesnjenja. Od takrat ustvarja nepretrgoma.

Doslej so izšle njegove pesniške zbirke: Telohi leta 1984, Zornice leta 1998, Izpovedi leta 2006 in bogat izbor, pesniška žetev Zlati klas, ki je izšla leta 2012 ob pomoči Zdravniške zbornice Slovenije.

Občasno je svoje pesmi objavljajl v raznih revijah in časopisih, redno pa jih objavlja v naši reviji Isis od leta 2010, v vsaki številki tri do štiri. Ljubiteljsko se ukvarja tudi s kiparstvom, s svojimi stvaritvami v žgani glini je sodeloval na štirih bienalih zdravnikov umetnikov v Galeriji Krka. V začetku leta 2012 je bila na njegovo pobudo pri Slovenski konferenci Svetovnega slovenskega kongresa ustanovljena literarna sekcija Kongresa – Slovenska beseda, Andrej Rant pa je bil izvoljen za njenega predsednika.

Foto: Janez Platiše



Modest Musorgski, ruski skladatelj druge polovice devetnajstega stoletja

Njegovo življenje, njegova glasba, bolezni in smrt

Pavle Kornhauser

V zgodovini glasbe je malo skladateljev, ki so življenje končali tako tragično kot Modest Musorgski, ki je lahko uresničil le del svoje ustvarjalnosti in je šele po smrti doživel priznanje doma in v tujini. Pa mu je usoda že v zibelki omogočila, da bi lahko v cesarski Rusiji postal cenjen državljani na visokih uradnih položajih in obenem slaven skladatelj zaradi svoje genialne muzikalnosti, širokega splošnega znanja in razgledanosti, pa tudi zaradi svoje osebne privlačnosti. Prikazal bom pomembnejše podatke iz njegovega kratkega življenja, saj je umrl komaj štiridesetleten, ko bi človek moral biti na višku ustvarjalnosti. Resda so umrli tudi mlajši skladatelji od njega: naj omenim Wolfganga Amadeusa Mozarta, Frederica Chopina, Feliksa Mendelssohna Bartholdyja, vendar so ti ustvarili veliko nesmrtnih del, za razliko od Modesta Musorgskega, ki je glede na svoje sposobnosti zapustil malo skladb in še te večinoma nedokončane.

Modest Musorgski se je rodil 21. marca leta 1839 v guberniji Pskov, južno od cesarske prestolnice, v

veleposestniški družini, ki je štela prednike več stoletij nazaj, ni pa bila premožna (imela je 100 kmetov podložnikov). Njegov oče je bil negospodaren in je zapravljal posestvo. Bil je oficir, ljubitelj glasbe in vesele družbe; tudi mati je bila razgledana, doma so se pogovarjali v francoskem jeziku, sina je začela učiti klavir s petimi leti. Modest je hitro napredoval, bil je čudežni otrok, imel je odličen glasbeni spomin, pri sedmih letih je že igral Liszta. Družina se je kmalu preselila v prestolnico, ker so Modesta vpisali v nemško šolo, nadaljeval je s poukom klavirja pri vodilnem klavirskem pedagogu. Oče mu je določil oficirsko kariero. Razlikoval se je od prijateljev v kadetski šoli, bil je bolj resen, bral je nemške filozofe. (Značilna je izjava komandanta šole, da s simpatijami spremlja dijake, ko jih v kočijah pijane pripeljejo aristokratski starši...)

Po končanem oficirskem šolanju je le kratek čas ostal v vojaškem poklicu, saj se je bal, da ga bodo poslali iz prestolnice, kjer je imel družbo in se je obenem lahko posvečal glasbi. Že v kadetski šoli je skladal vojaško polko, navdušeni oče je dal skladbo tiskati. V Sankt Peterburgu je Modest kmalu spoznal vodilne intelektualce in tudi skladatelje: Borodina (ki je bil tudi kadet, pozneje je končal še medicino in bil vojaški kirurg, vendar se je odločil za poklic kemika, profesorja na univerzi), Dargomiškega, Kjuja (Cuija), Balakireva in Rimskega-Korsakova. Vodilni ruski glasbeni kritik Vladimir Stasov, ki je

imel velik vpliv na te mlade skladatelje, jih je imenoval »močna ruska peterica«. Za osnovo je zagovarjal harmonijo, melodiko in ritmiko ruske narodne glasbe. Musorgski je bil samouk, veliko ga je naučil šolani glasbenik Balakirev, s katerim sta skupaj igrala in analizirala Beethovove klavirske sonate. Musorgski je celo pripravil eno od sonat za štiriročno izvedbo. Da bi si zagotovil sredstva za življenje, je sprejel mesto državnega uradnika na enem od ministrstev. Službe ni vzel preresno, prihajal je celo opit, kar pa so nadrejeni spregledali, saj so ga spoštovali kot skladatelja. V družbi je bil zelo zaželen, bil je skromen in ljubezniv, kot pianist in pevec je blestel. Zanj so skrbele starejše aristokratske gospe, ki so ga vabile na podeželska posestva, kjer je imel vedno na voljo klavir, pri zelo bogatih celo orkester. Žal se je navadil pitja žganih pijač. Še ne tridesetletnik je moral zaradi duševnih težav v zdravilišče. Ni podatkov, ali je že takrat doživljal napade deliriuma tremensa, panične strahove, občutek, da po njem lezejo ščurki. K sebi na stanovanje ga je vzel njegov brat, s katerim sta se pozneje razšla zaradi delitve posestva. Zatem je živel v »komuni« s petimi moškimi. Nikoli ni imel kakšnih ljubezenskih stikov z žensko. Značilna je njegova izjava prijateljem, da če bodo v časopisu prebrali, da je storil samomor, je bila dan prej objavljena njegova poroka... Zato me je presenetilo, da v virih o Musorgskem ni bilo podatka o njegovi homoseksualnosti. Tudi tovrstna vprašanja ruskim muzikologom so ostala brez odgovora. Šele v teh dneh, ko oddajam rokopis v tisk, me je Katja Seražin opozorila na publikacijo, ki odkrito govori, da je bil Musorgski gej, še iz časov, ko je bil poslan v

* Besedilo pripravljeno na osnovi predavanja 6. maja 2015 v Domus Medica ob glasbeni spremljavi odlomkov iz skladbe Slike z razstave in prizora smrti carja Borisa Godunova v istoimenski operi Modesta Musorgskega.



Modest Musorgski (1839–1881). Ruski slikar Ilja Rjepin ga je portretiral le nekaj dni pred smrtjo.

oficirski šoli. Tudi pozneje je imel razmerja s številnimi glasbeniki, baletniki, intelektualci svojega časa v Sankt Peterburgu, med drugim tudi z Rimskim-Korsakovom. Očitno pa nagnjenje Musorgskega do moških ni izzvalo ogorčenja aristokratske družbe kot pri Čajkovskem.

Modest je spoznal in cenil narodno glasbo še kot otrok, ko je živel na podeželju ob kmetih. Pri enem od glasbeno šolanih menihov je spoznal tudi cerkveno glasbo. V glasbi ga lahko opredelimo kot realista, ki je zagovarjal enotnost besede in zvoka, ne pa izumetničenega »bel canta« italijanskih oper. Javno je ta »močna peterica« prišla v nasprotju z uradnimi akademsko šolanimi glasbeniki na akademijah za glasbo v Sankt Peterburgu in Moskvi, ki sta ju ustanovila brata Artur in Nikolaj Rubinstein, slednji znan kot mecen Petra Čajkovskega. Značilne so besede Modesta Musorgskega, da »želi opisati ljudstvo, ki ga vidi, tudi ko spi, da nanj misli, ko je in pije... Kakšno bogastvo obstaja v narodni glasbi, ki jo je treba odkriti in zbrati, kakšno veselje za pravega umetnika!« Večkrat je poudaril: »Samo ne laži, govori resnico.

Prenesti moram v zvok vse tanke prelive človeške govorice, vse bogastvo njenih otenkov.« Te misli so osnova za razumevanje skladateljeve vokalne ustvarjalnosti. Pred obdobjem opere Boris Godunov je skladal ciklus pesmi »Brez sonca«, »Uspavanka«, »Pesmi in plesi smrti« na pesimistično besedilo. Musorgski se tudi v svojih orkestralnih delih loteva smrti. Pozneje je zaslovel s ciklusom samospevov »Otroška soba«. Prva skladba za orkester (priredil jo je njegov prijatelj Rimski-Korsakov), ki je postala tudi mednarodno znana (pred kratkim jo je izvedel tudi orkester Slovenske filharmonije), je leta 1867 skladana simfonična pesnitev Noč na golem brdu (Noč čarovnic). To glasbeno zvrst je uvedel Franz Liszt; glavni motiv je Modest Musorgski uporabil še npr. v Slikah z razstave (pa tudi francoski skladatelj Hector Berlioz v svoji Fantastični simfoniji). Še pred to skladbo je Artur Rubinstein (že omenjeni direktor akademije za glasbo v Sankt Peterburgu) leta 1860 dirigiral njegov Capriccio. Za ustvarjanje Musorgskega je bilo zelo pomembno, da sta skupaj z Rimskim-Korsakovom, ki je bil mornariški oficir, najela stanovanje in tako lahko vsakodnevno izmenjavala mnenja in poslušala svoje nove skladbe. Zlasti je to veljalo za novo opero, Boris Godunov, ki jo je Modest Musorgski začel skladati leta 1868. Musorgski je sicer z operami poskusil že prej, scenska glasba za oder ga je vedno privlačila: znano je, da je začel skladati Salambó na besedilo francoskega pisatelja Flauberta, vendar je opero komaj začel pisati, enako velja za Ženitev na Gogoljevo besedilo.

Idejo za scenarij opere o nesrečnem ruskem carju Godunovu, s konca šestnajstega stoletja, so mu predlagali prijatelji zgodovinarji. Tudi Puškin je napisal pesnitev na to temo, vendar se je Musorgski svobodno sam lotil novega libreta (kar so mu nekateri zamerili!). Tokrat je bil uspešen in že po enem letu je imel glasbo za opero dokončano, sicer neorkestrirano, pripravljeno za klavir. Štiriletna

zgodba naprej je znana. Opero je predložil opernemu odboru, ki je izvedbo zavrnil, da je »neizvedljiva«, da ni ženskih vlog, da je žalitev za cesarstvo. Tudi njegovi prijatelji, npr. Balakirev in Kjuj sta izrekla hude kritike, da Musorgski ne obvlada osnove harmonije in podobno, kar je skladatelja, seveda, užalilo.

Vendar je upošteval kritične pripombe in se je lotil prenove opere: uvedel je prizor Borisovega kronanja, dodal dve dejanji – dogajanje na poljskem dvoru, ljubezen lažnega carja Dmitrija do princese Marine, epilog s sceno ljudstva po Borisovi smrti. Tudi Rimski-Korsakov se je lotil modernizacije orkestracije, da bi ugajala poslušalcem. Deli opere so bili izvedeni na zasebnih odrih pri bogatih aristokratih. Ko je operna komisija že drugič odbila javno izvedbo Borisa Godunova, je primadona opere zagrozila z odpovedjo, kar je zaleglo. Tako je bila 20. januarja 1874 premiera opere v Mariinem gledališču v Sankt Peterburgu. Mlajša generacija jo je navdušeno sprejela, opera je bila izvedena 19-krat, uradna kritika pa je bila uničujoča. Celo Čajkovski je izjavil, da je to delo »čevljarja«, pisalo se je o »brutalnem naturalizmu«. Leta 1874 je bil tiskan »avtentični« rokopis opere, pripravljene za klavir, vendar verjetno že s popravki Rimskega-Korsakova, ki se je pozneje dvanajst let trudil, da bi opero »posodobil«. V zgodovini glasbe ne poznamo podobnega primera, da bi se toliko skladateljev lotilo prenove, zlasti orkestrskega dela opere: tako še Balakirev, Kjuj, Skrjabin, Djagilev, Ljadov, Stravinski, Ravel in sredi 20. stoletja še Šostakovič. Slednji je že leta 1940 za gledališče Kirov (bivše Mariino gledališče) pripravil novo različico; baje je celo Stalin prepredil izvedbo, ki se je zgodila v Bolšoj teatru v Moskvi šele leta 1954. Presenetljivo je, da gre počasi vsa modernizacija opere v pozabo in gledališke hiše po svetu se vse pogosteje lotevajo izvirne partiturre, saj je evropsko uho dojelo vso globino in izvirnost ruske »nešolske«

harmonije, ki je bila prej ocenjena kot skladateljevo neznanje.

Za značaj Musorgskega je značilno, da ni imel stikov z glasbeniki iz tujine, da nikoli ni zapustil Rusije. Očitno je bil preponosen, da bi sprejel tuj denar, saj se je komaj preživljal, zavrnil je vabilo zagovornika Vladimirja Stasova, da bi v Weimarju skupaj obiskala Franza Liszta. Založnik Bessel iz Sankt Peterburga je imel leta 1868 prvič pogovor s tem znanim skladateljem, da bi mu predstavljal »rusko močno peterico«, tudi Musorgskega (vokalne skladbe). Da bi prišlo do izmenjave pisem med skladateljema, je plod domišljije, v svojih zapiskih Liszt nikoli ne omenja Musorgskega.

Mednarodno priznanje Musorgskega se je začelo v začetku 20. stoletja, ko je ruski uspešni impresarij Sergej Djačilev – umetniški vodja in obenem finančnik – leta 1908 povabil cesarsko opero iz Sankt Peterburga v Pariz z izvedbo Borisa Godunova. Carja Borisa je pel sloviti basist Fjodor Šaljapin. Znana je anekdota, da je tako prepričljivo igral vlogo umirajočega carja, da je – ko je zavesa padla – prišlo na odru do panike, bili so prepričani, da je pevec resnično umrl. Takrat se predelave opere ni lotil le Igor Stravinski, temveč je pri tem sodeloval tudi Maurice Ravel, ki je zaslovel leta 1922 z orkestracijo sicer klavirske skladbe Slike z razstave.

Leta 1862 – ko je bila premiera opere Boris Godunov – je Modest Musorgski v enem mesecu skladal znamenito, sicer tudi edino pomembno delo, namenjeno klavirju: Slike z razstave. Posvetil jo je pred kratkim umrlemu prijatelju arhitektu in slikarju Hartmanu. Ko si skladatelj ogleduje razstavo, ga med posameznimi slikami spremlja glasba, nek »lajtmotiv« (osnovna vodilna tema), z melodiko in harmonijo podobna ruski cerkveni glasbi: te sprehode je imenoval Promenada. Musorgski je upodobil 10 slik, kot kratke stavke, ki med seboj glasbeno niso v nobeni povezavi, upodabljanje je izrazito naturalistič-

no, kar ni uspelo nobenemu skladatelju ne pred njim ne pozneje. Obenem je dokazal, da je virtuozni pianist. Ne moremo razumeti, kako to, da ni zblestel v pianistični literaturi še s kako skladbo. Očitno se tudi njegovi sodobniki, verjetno tudi sam, niso zavedali veličine in pomena te skladbe. V slovstvu o Musorgskem nisem zasledil – o njem se je veliko pisalo že za življenja – kdaj je bila prva izvedba, kje, kdo je bil pianist, ne vabila za koncert. Posebej bi poudaril grotesknost njegove glasbe, kot v Gnomu, pritlikavcu, poetičnost v prikazu trubadurja pred graščino, v igrivosti otrok in živčavu na tržnici v Franciji, v srhljivosti v katakombah s stavkom De mortuis in lingua mortua ter v veličastnem sklepnem stavku Kijevska velika vrata. (Ob predavanju v dvorani zdravniške zbornice sem pri klavirju izvedel nekaj stavkov skladbe, večino pa prepustil odlični igri Iva Pogoreliča!)

Naslednjih nekaj let skladateljevega življenja je moralo biti bolj žalostnih kot zadovoljnih in uspešnih. Stikov s prijatelji iz »močne peterice« je bilo vse manj. Spoprijateljil se je s pesnikom Kutuzovom, sicer ubožanim potomcem znane družine, katerega ded je bil general, komandant zmagovite ruske vojske zoper Napoleona. Nekaj časa sta skupaj stanovala, sodelovala, Musorgski je na besedilo Kutuzova napisal več samospenov. Nadaljeval je, precej neuspešno, s skladanjem zgodovinske opere Hovanščina in bolj vesele opere Soročinski sejem, vendar ni dokončal ne ene ne druge, kar je prevzel – zlasti orkestracijo – Rimski-Korsakov. Izvedeni sta bili šele po smrti Musorgskega. Skladal je nekaj nepomembnih klavirskih skladb in samospenov. Zaradi pijančevanja je moral zapustiti varno državno službo, postal je klošar, spal tudi v kleti. Sem in tja ga je sprejela pod streho kakšna družina, kar je moralo biti zapleteno, saj je bil zanemarjen in umazan. Finančno so ga podpirali prijatelji, vnaprej so plačali za dve operi, ki naj bi ju dokončal. Nekaj časa je živel skupaj v

stanovanju z nekim mornarjem, prav tako pijancem.

Nekaj optimizma je prineslo sodelovanje z operno pevko Darjo Leonovo, ki ga je najela kot korepetitorja v glasbeni šoli. Ta ostarela, sicer uveljavljena sopranistka, ki je nastopala tudi na Japonskem in v Ameriki, je Musorgskega vzela pod streho. Z njim je odšla na gostovanje po Krimu in v južne kraje Rusije, na koncertih je Musorgski nastopal tudi kot solist. Zdravstveno stanje se mu je slabšalo: ne le zaradi napadov deliriuma tremensa, temveč tudi epilepsije. Pri enem od teh krčev so se v zdravljenje vključili njegovi prijatelji: s posredovanjem zdravnika Leva Bertensona (bil je tudi zdravnik Čajkovskega!) jim je »z zvijačo« uspelo, da so ga oktobra 1880 sprejeli v vojaško bolnišnico (kot oficirjevega posilnega). Zdravje se mu je v bolnišnici izboljšalo, prijatelju Kutuzovu je razlagal načrte, kako bo dokončal obe operi. Vendar je bilo izboljšanje le navidezno, padel je v komo in zgodaj zjutraj 28. marca 1881 (po ruskem koledarju) so bolničarke ugotovile smrt. Vzrok smrti naj bi bila odpoved srca. V zdravniškem spričevalu ni omenjeno, da je v bolnišnici utrpel možgansko kap, ni podatka, da bi imel – kar bi pričakovali pri kroničnem pijancu – cirozo jeter z zlatenico in ascitesom. Truplo so prenesli v kapelico, kjer so se od njega poslovili prijatelji. Dva dni pozneje je bil



Smrt carja Borisa

pokopan ob samostanu Aleksander Nevski (tako tudi Peter Čajkovski). Šele ob pogrebu se je pokazalo, kako znan in priljubljen je bil Modest Musorgski: od njega sta se kot govorca poslovala tudi Vladimir Stasov in Rimski-Korsakov. Tudi v imenu obeh akademij za glasbo, iz Sankt Peterburga in Moskve, so na grob položili venec. Dve leti pozneje so prijatelji poskrbeli za nagrobni spomenik.

Epilog

Tragična usoda ruskega skladatelja Modesta Musorgskega je zaznamovala življenje izredno obetavnega umetnika, ki bi lahko ustvaril še številne mojstrovine, če ga pijančevanje ne bi potegnilo na dno. Glede na njegovo nadarjenost, virtuoznost pri klavirju, sposobnost improvizacije, glede glasbenega spomina ga lahko kot mladostnika ocenimo podobno kot W. A. Mozarta. Kot otroku iz aristokratske družine bi mu od zibelke naprej napovedali bleščečo kariero v cesarski Rusiji. Pa je končal razmeroma mlad kot klošar z napadi alkoholnega deliriuma tremensa in epileptičnih krčev. Lotil se je številnih, zlasti opernih del, vendar so tudi njegovo edino dokončano opero Boris Godunov, tragično zgodbo ruskega carja iz šestnajstega stoletja, za orkester pripravili številni skladatelji – tudi eno stoletje pozneje. Bil je najbolj izrazit zagovornik ruske ljudske glasbe, v vokalnih delih naj bosta beseda in zvok enovita, v nasprotju z italijanskim opernim »bel cantom«. Njegova skladba za klavir *Slike z razstave* je mojstrovina, v kateri je glasbenik upodobil razstavo prijatelja arhitekta in slikarja: v desetih krajših stavkih, ki so med seboj tematsko neodvisni, je realistično, skoraj naturalistično predstavil vsebino posameznih slik. Večino povezuje »lajtmotiv«, ruska cerkvena koralna melodija in harmonija, skladatelj jo je imenoval *Promenada*. V zgodovini glasbe edinstvena umetnina; očitno jo niso tako



Predavatelj izvaja Promenado iz klavirske skladbe Slike z razstave v Domus Medica.

ocenili ne avtor ne skladateljevi sodobniki.

O Modestu Musorgskem obstaja zelo obsežna literatura, še danes je predmet številnih raziskav. Ostalo mi je več neodgovorjenih vprašanj, zato sem nekatere muzikologe zaprosil za pojasnila. Žal neuspešno, dobil sem le odgovor o nedokazanih pisnih stikih med skladateljem in Franzem Lisztom (s pomočjo madžarske ambasade v Ljubljani). Muzikologinja iz Petrograda (ki je sicer navedla, da je učenka Dmitrija Šostakoviča in Benjamina Brittna), mi je svetovala, naj se sam potrudim in poiščem odgovore v knjižnicah... Kakorkoli, slovstvo, iz katerega sem črpal podatke, je dovolj obširno, zato upam, da sem nazorno predstavil življenje Modesta Musorgskega in da bom pridobil pozornost zdravnikov, ki bodo v reviji Isis brali ta prispevek, saj večina med nami pozna in ceni »klasično« glasbo.

Ne morem mimo vloge ruskega samodržca Stalina v uveljavljanju opere Boris Godunov v 2. polovici 20. stoletja. Zlasti na Zahodu predstavlja Josipa Visarijonoviča Stalina kot grobega, slabo šolanega Aziata. V

spominih glavnega dirigenta ruske filharmonije Kondrašina beremo, da je Stalin spremljal obdelavo opere, ki se je je lotil vodilni ruski simfonik Šostakovič. Samo za Stalina so pripravili odrsko uprizoritev opere, ko je terjal, da se v opero ponovno vključi prolog s sceno Borisovega kronanja in vloge ljudstva. Terjal je celo spremembe scenografije. Čez noč so odstavili dirigenta in direktorja opere. Avtoritativna dejanja, ki pa so vendar prispevala, da se Boris Godunov danes izvaja tako, kot ga je Musorgski skladal in napisal. V zgodovini glasbe ne poznam podobnega uspešnega posega politika v umetnost.

P. S.

Zahvaljujem se Katji Seražin, profesorici ruskega jezika, sodelavki Društva prijateljstva med Slovenijo in Rusijo, za pomoč pri stikih z muzikologi iz Rusije.

Literatura je na voljo pri avtorju.

Zdravnik literat Matjaž Lesjak navdušil s krjaveljsko fabulo

Ksenija Slavec, dr. med., Ginekološka klinika UKCL
ksenija.slavec@gmail.com

Kulturno-umetniško društvo Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher (KUD) je v torek, 2. junija 2015, v razstavišču Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (UKCL) pripravilo prireditev za bolnike. Zbrane je človeško in umetniško nagovoril zdravnik in pisatelj Matjaž Lesjak iz Savinjske doline. V Dolenčevi galeriji je razstavljal likovna skupina Dvanajst, v Taborjevi pa sta avtorja prof. Zvonka Z. Slavec in študent medicine Matej Goričar predstavila številnim uporabnikom UKCL znamenitega kirurga prim. dr. Eda Šlajmerja (1864–1935), katerega 150-letnico rojstva obeležujemo. Prireditev je vodila predsednica KUD-a prof. Zvonka Z. Slavec.

Zdravnik in pisatelj se predstavi

Zdravnik in pisatelj Matjaž Lesjak bralcem Izide ni nepoznan. Velikokrat nas je že nagovoril s svojimi leposlovnimi prispevki v rubriki Zdravniki v prostem času. Matjaž Lesjak se je poleg rednega dela v splošni ambulanti vsa leta izpopolnjeval v dodatnih znanjih. Od leta 1985 do 1997 je organiziral in vodil 36 tečajev avto-ge-nega treninga in od leta 1994 vodil skupino za osebni razvoj »Klub albatros«. Od leta 1998 do 2001 je sodeloval pri društvu za pomoč obolelim za rakom »Dar«. Sooblikoval je seminarje za bolnike in se izpopolnjeval iz psiho-

nevroimunologije. Leta 2001 se je izpopolnjeval iz Tai Chi Chuana pri dr. Paulu Lamu v avstralskem Sydneyju.

Doktor Lesjak vsa leta spremlja področje komplementarne medicine in je na to temo napisal večje število poljudnih in strokovnih člankov ter sodeloval pri različnih okroglih mizah. Aktiven je tudi na področju umetnosti. Trenutno poje v zboru »A Cappella« in piše leposlovnna besedila. Objavlja v revijah Odsevanja, Vpogled in Isis. Leta 2013 je izdal svojo prvo knjigo »Druge zgodbe« in leta 2014 roman »Babji mlin«.

Iz biografije doktorja Matjaža Lesjaka

Rojen je bil leta 1956 v Celju. Po končanem srednjem šolanju se je vpisal na Medicinsko fakulteto v Ljubljani in jo končal leta 1983. Leta 1986 je opravil izpit iz akupunkture na Medicinski fakulteti v Zagrebu, 1992 pa specializacijo iz splošne medicine. Leta 1998 je izpeljal podiplomski študij »Principi in praksa

holističnega pristopa« na univerzi v Bristolu, Anglija. Leta 2003 je opravil izpit iz akupunkturne masaže, v letih 2003 in 2004 pa podiplomski študij iz psihoterapije z izpitom 2006. Istege leta je študiral analitično psihoterapijo. (Stik: matjaz.lesjak@amis.net)

Likovna skupina Dvanajst

V Dolenčevi galeriji se je predstavila skupina diplomiranih slikarjev z imenom Likovna skupina Dvanajst. Že med študijem na Šoli za risanje in slikanje se jim je v iskanju novih znanj in izpolnitev porodila želja o skupnem delovanju tudi po zaključku šolanja. Dela, ki jih predstavljajo na razstavah, so običajno tematsko vezana, vendar so tehnika, format in način izražanja poljubni. Tako slike izkazujejo pestro paleto različnih interpretacij, od zelo kromatičnih, ekspresivnih del do mimetične odslikave vidnega. Slikanje jim je izziv, na katerega odgovarjajo na osebni, subjektiven način in ga oblikujejo v likovno prepričljivo resničnost, ki se kot most v nizu interpretativnih možnosti pne med realističnim in abstraktnim bregom, vmes pa si ubira različne slogovne tokove. Pospnemanje



Z izjemno literarno nadarjenostjo že leta tudi z objavami v Izidi nase opominja zdravnik in literat Matjaž Lesjak iz Žalca.



150-letnica rojstva pionirja sodobne kirurgije na Slovenskem je bila priložnost, da medicincev Matej Goričar in prof. Zvonka Z. Slavec predstavita njegovo izjemno ustvarjalno zapuščino.

narave, kot odnosa med vizualno podobo narave in njeno likovno podobo, je odnos slike do vidnega sveta. Vendar je treba upoštevati še vmesni člen, zavest in mišljenje, zlasti pa zamisel slike. Vsem različnim likovnim posnemanjem vidnega sveta pa je skupna vizualna struktura stvari, ne pa neposredno vidna stvarnost sama. Tako slikar vizualno dojetje čustveno razčleni in prečisti in seveda subjektivno poda na platno. Slikarju je slika njegova notranja razsežnost, svet njegovih misli in čustev, projekcija njegove notranjosti in simbol njegove resničnosti in ker je vsako čustveno doživetje sveta rezultat mnogih in različnih sestavin, je enkratno in neponovljivo.

Med člani skupine Dvanajst so se predstavili:

Simona Černe, zaposlena v biokemičnem laboratoriju UKCL: njena barvna paleta je prefinjena v zlahkih niansah in bogata v razpiranju tonskih gradacij. Je poklon preizkušenim učinkom lazurnega platenja oljne barve na platno, pri katerem spodnji sloji presejajo in dajejo prav poseben čar.

Vesna Arko: njen slikarski nagovor je izčiščen, razbremenjen gostobesednega pripovedovanja in fokusiran le na izbran segment. Z uporabo oljne slikarske tehnike je avtorica dosegla tako eksaktnost kot mehko, ob tem pa razkrila svoj izostren koloristični občutek.

Reda Puc Križman, zaposlena na ljubljanski ginekološki kliniki: v tovrstni rešitvi so njene barve pastelne, tonsko stopnjevane in variirane v občutenih niansah. Sicer pa barvna paleta, ki ji je še posebej blizu, dosega srednje temne vrednosti. Pomemben ji je tako detajl kot celota.

Slavica Štrukelj Kokoravec: v živo pisani paleti barv je čutiti posebno moč in energijo, posebno žarilnost, ki biva tudi v hladnih barvnih vrednostih. Mestoma so nanosi drzni, konfrontacije toplo-hladnega očitne, a celota vendarle vedno predstavlja tehtanje barvnih mas.

Damjana Bijek: s platenjem drobnih sledi različnih barvnih vrednosti, smeri in intenzitet nastaja dinamična, živa, pulzirajoča likovna podoba, v kateri kljub mešanju vsak nanos še vedno ohranja svojo avtonomnost.

Ernest Artič: specifičnemu odnosu do slikovnega polja sledi tudi uporaba nekonvencionalnih slikarskih

materialov, ki jih avtor vkomponira v govorico barv in potez ter jim zaupa tako likovno kot vsebinsko vlogo.

(Stik: simona.cerne@gmail.com)

Prav je, da se ob 150-letnici rojstva poleg galerije Medicinske fakultete (MF) v Ljubljani predstavi velikana sodobne slovenske kirurgije **prim. dr. Eda Šlajmerja** (1869–1935) tudi v Taborjevi galeriji UKCL. Na tem mestu se preko bogatega slikovnega gradiva iz arhiva Inštituta za zgodovino medicine MF UL ter besedila, ki sta ga v soavtorstvu pripravila zgodovinarica medicine prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec in študent medicine Matej Goričar, predstavlja na svoji silno delavni in ustvarjalni življenjski poti. Več o njem je revija Isis v tem letu že poročala.

Celotno prireditve so podprli: ustanovitelji KUD-a UKCL in MF, Lekarna Ljubljana, JSKD in MOL.

Z željo, da nam vsa doživetja vsebinsko in vizualno bogatega srečanja dajo misliti o izjemnosti umetniškega poslanstva v človekovem življenju, vabimo vse dolgoletne spremljevalce ustvarjalnosti KUD-a, da pridejo na njihove različne prireditve, vsak 1. torek v mesecu ob 16.30 v prostorih razstavišča UKCL. Lahko pa se KUD-u tudi aktivno pridružite v kateri izmed njegovih številnih skupin. Tam lahko bogatite duha in odlagate napore vsakdana. Stik: kudkcmf@gmail.com, spletna stran: www.kudkcmf.si/si; FB: <https://www.facebook.com/KUDKCMF>

Foto: Katarina Zemljak, študentka medicine MF UL

Sv. Kozma in Damjan v besedi in sliki

Prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec, dr. med., Inštitut za zgodovino medicine MF UL
zvonka.slavec@gmail.com

Medicina in umetnost nudita številne možnosti povezovanja. Skupna zavetnika zdravnikov in

farmaceutov sta zato na predavanje privabila poznavalce in ljubitelje zgodovine zdravstvene kulture iz

medicinskih in farmacevtskih vrst. Predavanje sta soorganizirali še združenji zgodovinarjev medicine in



Farmaceutka Vida Valič Fabčič je navdušila s predstavitvijo številnih likovnih upodobitev sv. Kozme in Damjana na Slovenskem. Na predavanju sta med drugimi bila zgodovinar farmacije prof. dr. Aleš Obreza in dekan Fakultete za farmacijo, prof. dr. Borut Božič (foto: Duša Fischinger).

farmacije, Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slove-

nije (predsednica prof. dr. Jana Furlan) in Sekcija za zgodovino farmacije pri Slovenskem farmacevtskem društvu. Z bogatimi izkušnjami celoletnega raziskovalnega dela o njunem pojavljanju v slovenski umetniško-sakralni dediščini po slovenskih cerkvah je zbrane nagovorila mag. farmacije Vida Valič Fabčič. Na predavanju jo je predstavil prof. dr. Aleš Obreza, ki je to diplomsko delo tudi mentoriral. Predavateljica je zapisala: »Vsako leto 26. septembra obeležujemo dan slovenskih lekarn. To je dan, ko godujeta **sveta Kozma in Damjan**. Po izročilu sta bila dvojčka izučena zdravnika in lekarnarja. V začetku četrtega stoletja sta umrla mučeniške smrti. Že čez dobrih dvesto let so jima posvetili prve cerkve. Od takrat pa vse do današnjih dni čaščenju svetih Kozme in Damjana ni zamrlo. Prav tako še vedno nastajajo njune upodobitve. Svetnika sta na Slovenskem predstavljena s kipi (leseni, kamniti), oljnimi slikami, freskami, bakrorezi. Upodobitve nam kažejo, kakšne pripomočke, farma-

cevske oblike, gotova zdravila in zdravlilne rastline so lekarnarji in zdravniki uporabljali in kakšna oblačila so nosili. V preteklosti sta upodobitve na slovenskih tleh dokumentirala Franc Minařik, mag. farm., in Jože Gregorič, duhovnik in slavist. Minařik, ki je prvi prispevek o svetih Kozmi in Damjanu objavil pred 100 leti, je do leta 1969 zbral 29 upodobitev na 23 lokacijah. Gregorič, ki je svoje zadnje delo o svetih Kozmi in Damjanu objavil pred 30 leti, je zbral še 65 upodobitev na 53 lokacijah. Od takrat se je število in stanje upodobitev spremenilo. S pomočjo različnih virov smo odkrili 26 upodobitev na 22 novih lokacijah in 10 novih upodobitev na 7 že znanih lokacijah ter tako zvišali skupno število znanih upodobitev v Sloveniji na 121 na 86 lokacijah. Poleg teh smo preverili tudi 15 upodobitev, ki jih danes ni več, na 14 lokacijah. Že znane in nove upodobitve smo obiskali, fotografirali in opisali. Opisi zajemajo lego upodobitve, kratko zgodovino, podatke o avtorju, če je znan, in ikonografski opis.«

12. poletni medicinski tek na Bledu

Doc. dr. Armin Alibegović, dr. med., MF Ljubljana, Inštitut za sodno medicino

armin.alibegovic@mf.uni-lj.si

Člani Slovenskega zdravniškega športnega društva Medicus si letos prizadevamo obuditi Pokal zdravniških tekov, v katerega so bile vključene tekme v Prekmurju, na Gorenjskem, v Ljubljani in na Primorskem. Po 15. prekmurskem zdravniškem teku, ki ga je tudi letos v Murski Soboti uspešno organiziralo Zdravniško društvo Pomurja skupaj z Medicusom, je sledila tekma na Gorenjskem.

Medicus je pomagal tudi Milivoju Veličkoviću Peratu, neutrudnemu organizatorju Poletnega medicinskega teka. V prejšnjih letih je bil Poletni medicinski tek organiziran na Brdu pri

Kranju v sklopu duatlona (kombinacija teka in kolesarjenja). Zaradi objektivnih okoliščin smo letošnji 12. poletni medicinski tek organizirali na Bledu. Dobili smo se pred Festivalno dvorano v soboto, 6. junija. Od Rikljevoga spomenika v parku pred Festivalno dvorano smo tekli po Veslaški promenadi ob obali jezera in pod gradom do Veslaškega centra, nato mimo tribun do kampa v Zaki. Pri zapornici v kamp smo se obrnili in odtekli nazaj po isti poti v dolžini 6 km. Dan je bil idealen za tek in druženje, a kljub temu udeležba ni bila številna. Prvi trije v vsaki starostni

kategoriji so dobili medalje, prvi trije v absolutni razvrstitvi pa so dobili tudi pokale, seveda posebej ženske in moški. Po razglasitvi rezultatov in druženju ob kosilu nas je pokrovitelj tekme Zavod za kulturo Bled popoldne povabil na blejski grad, kjer so bili tradicionalni Srednjeveški dnevi, in na ogled Cvetličnih dnevov pri Vili Bled.

Naslednja tekma v okviru Pokala zdravniških tekov bo 34. zdravniški tek Matije Horvata po Rožniku, ki bo v soboto, 10. 10. 2015, dopoldne, malo več kot dva tedna pred Ljubljanskim maratonom. Podatke za prijavo dobite na straneh revije Isis. Za člane Medi-

čusa in tiste, ki bodo to postali, smo pripravili praktična tekaška darila. Pristrčno vabljeni.

Absolutna razvrstitev

1. Andrej Šubic 26' 14''
2. Armin Alibegović 27' 24''
3. Andrej Fabjan 29' 28''
4. Luka Hočevar 29' 35''
5. Ivan Florjančič 32' 13''
6. Bojan Knap 33' 31''
7. Nadja Šubic 37' 20''
8. Marica Ivić Alibegović 37' 20''
9. Milivoj Veličković 48' 41''

Razvrstitev po kategorijah

Moški 30

1. Luka Hočevar

Moški 35

1. Andrej Fabjan

Moški 50

1. Armin Alibegović

Moški 55

1. Andrej Šubic
2. Bojan Knap

Moški 70

1. Ivan Florjančič

Moški 75

1. Milivoj Veličković

Ženske 50

1. Nadja Šubic
2. Marica Ivić Alibegović



Kolesarska legenda Franc Hvasti, v pogovoru z Bojanom Knapom, je pomagal pri organizaciji tekm.



Milivoj Veličković Perat (levo) in Ivan Florjančič (desno) pred štartom.



Zmagovalci (Andrej Šubic v sredini, Armin Alibegović levo in Andrej Fabjan desno) ob Milivoju Veličkoviću Peratu, neutrudnem organizatorju Poletnega medicinskega teka.



Udeleženci in organizatorji 12. poletnega medicinskega teka.



Luka Hočevar, najmlajši udeleženec, prejema čestitke vodje tekmovanja.

Bolnišnični nesmisli

Asist. dr. Mirjana Rajer, dr. med., Onkološki inštitut Ljubljana
mrajer@onko.si

Definicija (avtorica M. Rajer): Bolnišnični nesmisel je postopek, ki se izvaja v bolnišnici. Redno (lahko tudi vsakodnevno) ali obdobjno, je specifičen za določen bolnišnični oddelek in nima nobenega posebnega namena. Izvaja se zato, ker je bil uveden v preteklosti s strani nekoga, ki je že davno v pokoju ali še delovno aktiven, vendar se ne spomni več, zakaj ga je uvedel. Bolnišnične nesmisle zaznajo samo bolniki, osebje se namreč ne zaveda, da je omejnjen postopek nesmiseln. Vsak poskus ukinitve bolnišničnega nesmisla vodi v upor celotnega osebja oddelka.

V svojem 40-letnem življenju sem bolnišnico kot bolnica na srečo obiskala le trikrat. Prvič pri petih letih, ko je moja mama »zapaničarila« in me po eni uri vročine, ki ni popuščala, peljala v bolnišnico. Meni se je to zdelo popolnoma nepotrebno, a ker petletnica o svojem zdravju ne more odločati, sem pristala v stari koprski bolnišnici. Tam posebnih bolnišničnih nesmislov nisem zaznala, verjetno je temu botrovala moja mladost in nezainteresiranost zanje. Sem pa vseeno doživela nesmisel, ko me je starejša sestra peljala v kletne prostore, me posedla na stol in mi rekla, naj skozi okno pogledam ptičko. V moji glavi(c) sta se takrat pojavili dve misli.

Prva je bila: »Zakaj mi govoriš, naj gledam ptičko skozi okno, saj vem, da mi boš vzela kri!« in druga »Kako naj vidim ptiča? Okno je majhno, gleda na ulico in skozi njega se vidi kvečjemu čevlje ljudi, ki hodijo mimo.« Seveda sem trmasto buljila v roko, iz katere mi je jemala kri, sama pa je obupala s poskusi preusmeritve moje pozornosti. Ali je bil to bolnišnični nesmisel ali ne, ne morem reči, ker so mi kri vzeli samo enkrat in ne vem, ali so otrokom redno priporočali ornitološke ogleda med jemanjem krvi.

Drugič sem bolnišnico okusila, ko sem šla roditi. Tam sem prvič zares spoznala bolnišnične nesmisle. Ker je moj otrok želel priti na svet kot car, so me v porodnišnici zadržali par dni več. Naj opišem dva opažena bolnišnična nesmisla. Prvi dan po operaciji so mi naročili, da moram piti veliko tekočine. Dali so mi lasten vrč čaja. Za lažjo predstavo recimo, da je bil to 1,5-litrski vrč. V sobi smo bile tri porodnice. Tretji dan smo namesto vsaka svoj vrč dobile en sam vrč za vse tri. Ko smo bolniško strežnico vprašale, zakaj smo do sedaj dobivale vsaka svoj vrč, danes pa smo dobile samo enega, nam je odgovorila: »Ja, ker je tretji dan po porodu in tako je«. Ne verjamem, da katera koli medicinska literatura, tudi najbolj podprta z največ dokazi, lahko razloži ta fenomen. Tretji dan po porodu naj bi se torej moja potreba po tekočini zmanjšala za 1,5 litra na dan na 0,5 litra na dan? Človek je zelo prilagodljivo bitje in tako smo se vse tri prilagodile na ta bolnišnični nesmisel s pomočjo avtomata za pijače, bara v avli porodnišnice in vode iz pipe.

Isti odgovor – torej, da je to zaradi tega, ker je tretji dan po porodu – smo dobile, ko smo vprašale, zakaj so nam zmanjšali število prinesenih spodnjih hlačk z dvojnih dnevno na ene dnevno. Saj ne, da bi si jih neznansko želele, samo jasno nam ni bilo, zakaj nas je pričakala taka drastična sprememba. Saj veste, o katerih spodnjih hlačkah govorim, tistih raztegljivih, za enkratno uporabo, ki so poleg otroka, ki spi med starši, in belih nogavic na moških nogah v sandalih 100-odstotno zaščitno kontracepcijsko sredstvo. In ker človeška prilagodljivost nima meja, smo se tudi na ene spodnjice dnevno uspešno prilagodile, in sicer tako, da smo odkrile omaro, kjer so bile te spodnjice spravljene, ter jih



enostavno hodile »krast«, kolikor se nam jih je pač zahotelo. Ker so bile zraven še pižame, smo si tudi te privoščile po potrebi in se tako polepšale, kadar koli se nam je zahotelo. Imena porodnišnice in oddelka namenoma ne navajam zaradi lastne zaščite in zaščite moje družine (kdo ve, morda še kdaj obiščem isto porodnišnico in isti oddelek).

Bolnišnični nesmisli pa niso rezervirani le za določeno vrsto bolnišnice ali slovensko regijo. Prisotni so v vsaki bolnišnici v Sloveniji in verjetno tudi po vsem svetu. Tako je bila moja tretja bolnišnična izkušnja rehabilitacijske narave. In čeprav moram prav pohvaliti vse v tej bolnišnici, kakor seveda tudi prej omenjeno porodnišnico, pa se tudi med samo rehabilitacijo prikradejo mali skratje – bolnišnični nesmisli. Enega takih sem doživela svojo prvo (in vse nadaljnje) prespane noči na ortopedski rehabilitaciji. Ob peti uri zjutraj se je nenadoma v temi v moji sobi pojavila oseba in se me je dotaknila.

Nevajena dotikov v bolnišnicah ob peti uri zjutraj, sem skočila pokonci od strahu. Nakar mi je prijazna sestra rekla: »Nič se ne bojte, samo temperaturo sem vam prišla izmerit.« Takrat sem doumela, da se me ni dotaknila oseba, temveč tulec na ušesnem termometru. Samo bolnišnični nesmisel lahko pojasni, zakaj je treba osebi na rehabilitaciji, ki ne kaže popolnoma nobenih znakov okužbe (tako kliničnih kakor tudi laboratorijskih), temperaturo pomeriti ravno ob peti uri zjutraj. Ljudje smo resnično prilagodljiva bitja do obisti. Na ta bolnišnični nesmisel sem se prilagodila tako, da sem si zvečer lase spela v čop in spala z glavo obrnjeno v eno smer. Moje ušesce je tako ob peti uri zjutraj pripravljeno štrlelo in čakalo tulec termometra, jaz pa sem vsa nadaljnja celotedenska merjenja sladko prespala.

Ob navedenih bolnišničnih nesmislih se mi poraja kar nekaj vprašanj. Koliko je takih nesmislov po vseh slovenskih bolnišničnih oddel-

kih? Ali imajo bolniki zaradi njih kakšne negativne posledice? Zgoraj omenjeni so samo nedolžni mali bolnišnični nesmisli, ki se jim mlada oseba zlahka prilagodi. Kaj pa starejši bolniki in bolj prizadeti? Zato pozivam vse zdravnike in medicinske sestre, predvsem vodstveni kader, preglejte postopke na vašem oddelku. Vprašajte se, ali so res vsi potrebni in ali morda kateri izmed njih ne delajo celo škode bolnikom. Ukinite jih kljub uporu osebja! Si samo predstavljam, kakšen upor bi nastal, če bi temperaturo namesto »nočne« morala meriti sestra v jutranji izmeni ali če bi bolniška strežnica tudi tretji dan po porodu morala v sobo prinesiti tri namesto enega vrča čaja ... Toda vseeno, pomislite na bolnike in če ne prej, boste bolnišnične nesmisle občutili sami, ko se boste kot bolnik nekoč znašli na nekem oddelku. No, upam, da jih ne boste čutili, ker bo vodja tega oddelka prebral/a moj zavodnik in nemudoma ukinitel/a vse bolnišnične nesmisle.

Novorojenčki in telemedicina

Mag. Nina Mazi, dr. med., Ljubljana

Pomanjkanje strokovnega kadra, ki bi lahko 24 ur na dan bdel nad neboljnim novorojenčki na neonatoloških oddelkih, zlasti v njihovih enotah za intenzivno terapijo, je privedlo ameriške in japonske zdravnike do odločitve, da svoje delo dopolnijo s telemedicino (opazovanjem, spremljanjem in zdravljenjem na daljavo). Tovrstno zdravljenje s pomočjo avdio- in videokomunikacije je cenejše oz. bolj ekonomično, hkrati pa, a maksimalno natančno in brezhibno.

Skupina ameriških perinatologov oz. neonatologov iz Children's Hospital v Los Angelesu je vzela pod drobnogled možnosti, ki jih ponuja robotsko vodena telemedicina, in ugotovila, da se sodobni sistem pristopa in obravnave na daljavo zahvaljujoč brezhibni in dovršeni tehnologiji ponaša z vrsto prednosti in lahko povečini enakovredno nadomesti prisotnost »živega« zdravnika

ter njegovih najožjih sodelavcev na peri- in neonatoloških oddelkih pri skrbi za novorojenčke z blažjimi in srednje hudimi boleznimi, motnjami in poškodbami. Rezultati obravnave oz. tretmaja so bili pri malih bolnikih odlični in se praktično niso razlikovali od tistih pri »klasični« obravnavi v nenehni prisotnosti zdravnika. Z robotsko vodeno telemedicinsko obravnavo so bili zadovoljni tudi starši hospitaliziranih novorojenčkov. Poročilo o izsledkih raziskave in uspehih robotsko vodene telemedicine na neonatalnih intenzivnih oddelkih (NICU), ki je bilo objavljeno v priznani strokovni publikaciji *Journal of Telemedicine and Telecare*, je edinstveno v globalnem merilu in obeta zanimive spremembe v peri- in neonatologiji.

Vir: *Journal of Telemedicine and Telecare*, 6/2015



pond

PREPOZNAVA IN
OBRAVNAVA ŽRTEV
NASILJA V DRUŽINI
V OKVIRU ZDRAVSTVENE
DEJAVNOSTI



6.–7. novembra 2015 IZOBRAŽEVANJA S PODROČJA PREPOZNAVE IN OBRAVNAVE ŽRTEV NASILJA V DRUŽINI

V okviru projekta POND organiziramo 2-dnevna izobraževanja, ki potekajo od septembra 2015 dalje. Namen izobraževanj je zdravstveno osebje opremiti z znanjem in komunikacijskimi veščinami za izboljšanje prepoznavanja in obravnavanja žrtev nasilja v družini v sklopu zdravstvene dejavnosti.

Predpis Ministrstva za zdravje namreč določa, da se morajo zdravstveni delavci vsakih pet let udeležiti izobraževanja o nasilju v družini, v obsegu najmanj 5 ur.

Kreditne točke: 12
Kotizacije ni.

POUDARKI IZ VSEBINE:

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

Vsebine interdisciplinarnega izobraževanja so usklajene s Strokovnimi smernicami za obravnavo nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti Ministrstva za zdravje Republike Slovenije.

Udeleženci izobraževanja prejmejo izobraževalno gradivo v obliki priročnika, namiznega seznama korakov za ukrepanje ter QR-kod za hiter dostop do izobraževalnih vsebin.

Več informacij in prijave na:

www.prepoznajnasilje.si

Izobraževanje o Prepoznavi in obravnavi žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti bo
6.–7. novembra 2015

