

IS IS

Glasilno Zdravniške
zbornice Slovenije
Oktober 2016
Številka 10

Doc. dr. Anže Kristan, dr. med., predsednik Komisije za podiplomsko usposabljanje pri ZZS: Kompetenca je več od teoretičnega in tudi praktičnega znanja; pomeni, da prepoznaš patologijo, izbereš pravilno metodo zdravljenja, jo pravilno izpelješ in jo hkrati znaš prilagoditi konkretnemu pacientu.



Zdravniki in zobozdravniki skrbimo za zdravje pacientov.

Nedopustno je, da smo tarča njihovih napadov.

Zdravniška zbornica Slovenije razglša ničelno toleranco do verbalnega in telesnega nasilja nad zdravstvenim osebjem. **Zato vas vabimo na seminar Prepoznavanje in preprečevanje nasilnega vedenja v zdravstvu, ki bo v torek, 11. oktobra 2016, ob 16.00 v Domus Medica.**

Več informacij in program seminarja na www.domusmedica.si.

Za člane ZZS ni kotizacije, pridobivanje kreditnih točk pa je v postopku.





Priporočila za izhod javnega zdravstva iz krize; spoštovanje, sodelovanje in ukrepanje

Zdravniki smo želeli z **Deklaracijo o izhodu javnega zdravstva iz krize** predstaviti priporočila za rešitev težav, v katerih je slovensko javno zdravstvo. Med drugimi smo predstavili tudi interventne ukrepe države za odpravo nedopustno dolgih čakalnih dob, ki so posledica zamujanja z reformo zdravstva. Na izredni seji Skupščine ZZS je bilo slišati pretresljive izpovedi predsednikov regijskih odborov s ključnim sporočilom: »Dovolj nam je! Ne želimo biti torišče zdravstvene politike, ki veliko obljublja, zdravniki pa smo tisti, ki moramo bolniku sporočiti slabe novice, ki prinašajo nedopustne posledice.«

Zdravstvena reforma

Brez aktivne vloge zdravništva pri spremembah zdravstva ne bo dobrih rešitev in reforma ne bo uresničljiva!

Zdravstvo je podvrženo dolgoletni politiki, ki ni uvedla prepotrebni sprememb. Mineva tretje leto, odkar smo zdravniške organizacije nakazale rešitve za vse večje težave. Vendar organizacija zdravstva in zdravstvena politika ni stvar zdravniških organizacij, zato smo bili deležni dokaj neprijaznih sporočil in namer z vrha aktualne politike. Od tod tudi saga nesporazumov, skromnega sodelovanja in nič kaj prijaznih besed v zadnjem obdobju. Ko ob koncu mandata s primerne razdalje gledam vse aktivnosti ZZS in ostalih zdravniških organizacij, čutim neko zadoščenje. Zdravniške organizacije smo enotne glede nujnih sprememb v zdravstvu, še zlasti pa je spodbudno, da tudi širša strokovna javnost (od zdravstvenih ekonomistov, zavarovalničarjev, direktorjev do politikov) gradi vse širši imenovalca izhodišče za nujno reformo zdravstva. Moja ocena je, da smo šele na začetku prave poti. Pot do cilja bo še dolga in zdravniške organizacije morajo biti tudi v nadaljevanju promotor sodelovanja laične javnosti in politike

pri iskanju ustreznih rešitev za boljši jutri našega zdravstva.

Zdravniška zbornica in zdravniške organizacije

ZZS je osrednja zdravniška organizacija z obveznim članstvom

V interesu članstva je, da izboljšamo učinkovitost zdravniških organizacij s tesnejšim povezovanjem in jasnimi pristojnostmi!

vseh slovenskih zdravnikov in zobozdravnikov. Kot taka nosi največje breme in največjo odgovornost, tako z vidika sporazumevanja z javnostjo, sodelovanja z nepredvidljivo politiko kot z vidika zahtevnega članstva. Kljub mojim jasnim stališčem in naporom v smeri graditve enotnega imenovalca v konceptu Domus Medica, do bistvenega napredka v tem mandatu še ni prišlo. Interesnih skupin med nami je vse več, vse bolj želijo nastopati samostojno in iskati bližnjice do izpolnitve svojih ožjih interesov. Tudi mi, ne samo politika, smo ujetniki dolgoletnih stereotipov in historičnih danosti organizacij, zato se težko poslavljamo od starega in uveljavljenega ustroja. Skupščina ZZS se je opredelila do tega trenda in s 87 odstotki glasov izrazila podporo vse tesnejšemu povezovanju zdravniških organizacij. Moje že dolgo znano prepričanje je, da s trenutnim stanjem ne izkoriščamo učinkovito vseh kadrovskih in finančnih virov pri zastopanju vseh zdravnikov in zobozdravnikov. Kljub temu zmorejo zdravniške organizacije v sklopu Koordinacije poenotiti stališča pri ključnih vprašanjih, kot je reforma zdravstva, Modra knjiga standardov in normativov, Zakon o zdravniški službi in avtonomija najvišjih strokovnih teles v državi. V ozračju politične nepredvidljivosti naj to ostane imperativ vseh, ki zastopajo interese slovenskih zdravnikov. Vedno imejmo

v mislih, da je 80 odstotkov članov zaposlenih v javnih zavodih, da jih zastopa večinoma sindikat Fides in da so prav oni s svojimi članarini v večjem delu izgradili ZZS. Taka dejstva naj zavezujejo vse odgovorne tudi pri uravnoteženi skrbi za vse interesne skupine zdravništva.

Javna pooblastila ZZS, obvezno članstvo in prihodnost

Oslabljeno delovanje in okrnjena neodvisnost najvišjih strokovnih teles v RS je ena največjih ovir pri izgradnji uspešnega zdravstva.

V imenu države odgovorno opravljamo v očeh članstva nevhvaležne restriktivne naloge, celo iz naslova članarin. Samoregulacija tako izpostavljenega poklica je preizkus za vse nas, tako politike kakor zdravnike in zobozdravnike, in je v veliki meri vezana na že desetletja osvojevano obvezno članstvo. Kljub temu politika ne skriva želja, da ukine Zakon o zdravniški službi, prevzame izobraževalne procese specializacij in strokovne nadzore ter v še večji meri koketira z neodvisnostjo in suverenostjo stališč medicinske stroke. Tudi zato spodbuja prostovoljno članstvo. Vodstvo in Skupščina ZZS ter tudi ostale organizacije smo do tega vprašanja zavzeli jasna stališča. Z vidika legitimnosti in demokratične volje boste morali na te izzive odgovori-

Specializacije bi že zdavnaj predali MZ, če ne bi imeli v mislih varnosti 2000 mladih kolegov in kakovosti izobraževanj. Z vidika obsega dela, financ in kritik so specializacije veliko breme ZZS!

ti prav vsi slovenski zdravniki in zobozdravniki na referendumu, če bo tako odločila Skupščina ZZS. Prostovoljno članstvo ZZS je zanesljivo bolj demokratično, v praksi onemogoča opravljanje zdajšnjih javnih pooblastil

in postavlja pod vprašaj smiselnost obstoja takšne organizacije.

Vodstvo zbornice končuje mandat

Mandat predsednika in vodstva Zdravniške zbornice Slovenije se po štirih letih v tem mesecu končuje. Majske volitve vodstva ZZS niso bile uspešne, kar ni najbolje ne z vidika legitimnosti ne z vidika suverenega vodenja institucije v precej razburkanem dogajanju. Smo pa zato izvolili nov parlament z veliko mladimi kolegicami in kolegi ter novim predsednikom Skupščine mag. Markom Bitencem, ki ima izkušnje pri uveljavljanju stanovske organizacije. Prav tako tudi nov Nadzorni odbor s prof. dr. Edo Vrtačnik Bokal na čelu kot pomemben porok skrbnega poslovanja ZZS in zaupanja. S tem so podani temelji za kar najhitrejšo izvolitev novega vodstva za naslednje mandatsno obdobje.

Drage kolegice in kolegi! Izkazali ste mi veliko zaupanje z izvolitvijo na ta zahteven položaj. Zame in ekipo sodelavcev je bil vsekakor velik izziv in večina v veliko zadovoljstvo.

Priznam pa tudi, da ni prav enostavno zastopati številnih interesov zdravništva in voditi Zdravniške zbornice Slovenije skozi nemirno politično sceno številnih vsiljenih afer in tudi takih, ki nam niso v čast. Po navadi strele sekajo po vrhovih. Toda ni hudo, ko udriha politika ali mediji, bolj neprijetno je prejemati vse mogoče, večinoma anonimne grožnje, tudi tiste s smrtjo. Zagotovo pa so bile zame najtežji del razprtije med članstvom in neučinkovitost zdravniških organizacij kot celote. V razmerah, kakršne danes vladajo v zdravstvu in v katerih delujete, ni kredibilno govoriti o uspešnosti opravljenega mandata. Zagotavljam pa vam, da smo se z zavzetimi sodelavci trudili opraviti nalogo z vsem svojim znanjem in

poštenimi nameni. Hvala za izkazano zaupanje v imenu vseh sodelavcev, bilo nam je v veliko čast.

Politiki – eni bolj, drugi manj – bomo kot stanovska organizacija vedno naporen sogovornik. Naša podoba v javnosti bo tudi v nadaljevanju stalno na preizkušnji, kakšna pa je podoba ZZS v naših oz. vaših očeh, se ob stalnih medklicih po navadi izkaže na volitvah. Naj bodo čim prej, vse večje zanimanje za vodenje Zdravniške zbornice zanesljivo vodi v vaše večje angažiranje na bližnjih volitvah in na splošno pri upravljanju.

S spoštovanjem in lepimi pozdravi
Andrej Možina

Zdravniška zbornica je v našem interesu in bo »naša« toliko, kolikor ji bomo namenjali pozornosti s svojim znanjem in angažiranjem v njej.



Uvodnik

- 3** Priporočila za izhod javnega zdravstva iz krize; spoštovanje, sodelovanje in ukrepanje
Andrej Možina

K naslovnici revije

- 8** Doc. dr. Anže Kristan, dr. med., predsednik Komisije za podiplomsko usposabljanje pri ZZS
Polona Lečnik Wallas

Zbornica

- 16** Iz dela zbornice

Aktualno

- 20** Razširjeni samomori
Robert Oravec
- 22** »Mini koncentracija, maksimi komplikacija«
Alenka Trop Skaza
- 23** Spremljanje neželenih dogodkov v povezavi z živili/prehranskimi dopolnili – nutrivigilanca
Urška Blaznik, Martina Puc, Mojca Triler, Marjeta Recek

Iz Evrope

- 28** Češka: Višje plače za zdravnike
- 28** Diabetes na pohodu
- 28** Novo zdravljenje glioblastoma
- 29** Koncesionar, da ali ne
Boris Klun
- 29** Dan zdravniških karier
Boris Klun

Zdravstvo

- 30** Med mojo in tvojo resničnostjo
Tatjana P. Hohler

Forum

- 36** O soodvisnosti umora zdravnika v Izoli in odstavljanja ministrice ali kako preprečiti kolaps sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji
Marko Vudrag

- 38** Bolnišnice morajo (p)ostati bolnišnice
Marijan Fortuna

- 39** Nov »pomemben« prispevek k reformi slovenskega zdravstva
Dragotin Ahlin

- 40** Moja (naša) brca v (trdo) meglo
Zmago Turk

- 42** Retrogradna analiza zdravstvenega obravnavanja bolnika Č. I.
Zlata Remškar

- 43** Medicina vrača udarec
Marija Burnik

- 44** Medicina vrača udarec – ali ga res??
Anton Kunstelj

- 46** Drugo mnenje na prispevek »Predpisovanje zdravil v pozni starosti«
Tatjana Leskošek Denišlič

- 47** Še enkrat o predpisovanju zdravil v pozni starosti
Matjaž Zwitter

Intervju

- 48** Katarina Osolnik, dr. med., Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik
Polona Lečnik Wallas

Medicina

- 52** Nove ugotovitve na področju zdravja in z zdravjem povezanih vedenj med slovenskimi mladostniki
Helena Jeriček Klanjšček, Anja Čuš, Ada Hočevar

Poročila s strokovnih srečanj

- 56** 21. kongres EUMASS in 4. mednarodni kongres medicinskih izvedencev
Marjan Rus

- 58** Skupno srečanje: 6. raziskovalni dan Ortopedske bolnišnice Valdoltra in sestanek Vertebrološkega združenja Slovenije
Ingrid Milošev, Samo Novak, Nikša Hero

- 60** Učna delavnica Simulacija poroda v Mariboru
Andrej Cokan, Faris Mujezinović, Iztok Takač

Strokovna srečanja

- 62** Zbornična izobraževanja za zdravnike in zobozdravnike
- 64** Strokovna srečanja
- 73** Mali oglasi

V spomin

- 74** Luis Guillermo Martinez Bustamante, dr. med. (1980–2016)
Mircha Poldrugovac, Miloš Petrović
- 75** Primarij doktor Drago Kanič (1924–2016)
Anton Munda
- 76** Bojan Štefančič, dr. med., specialist šolske medicine
Nataša Žilevski

S knjižne police

- 78** Reginald Vospernik: Tomaž Ulbing – duhovnik in pesnik. Življenje in delo izredne duhovniške osebnosti na Koroškem
Marjan Kordaš

- 80** Janis Varufakis: Ta svet je lahko boljši – Kako sem hčeri razložil gospodarstvo
Nina Mazi

Zanimivo

- 82** Pred 30 leti
Marko Demšar
- 83** Pa vendar dober dan
Eldar M. Gadžijev

Zdravniki v prostem času

- 86** Temperamentni flamenko v razstavišču UKCL
Katarina Majer
- 88** Pesmi
Tomaž Rott
- 89** »Au«-foristična tinktura
Janez Tomažič
- 89** Štos poletja 2016
Janez Tomažič
- 89** Utrinki Južne Afrike med medicino in gorskim reševanjem
Iztok Tomazin
- 92** Kolesarjenje po nemški Romantični poti
Pavle Košorok
- 96** Golfsko tekmovanje v okviru Medigames 2016
Sabina Markoli

Zavodnik

- 97** Predavanja
Boris Klun

Kolofon

Leto XXV, št. 10, 1. oktober 2016
Natisnjeno 10.000 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.zdravniskazbornica.si>
T: 01 30 72 100, F: 01 30 72 109
E: gp.zzs@zss-mcs.si
Transakcijski račun: 02014-0014268276

PRESEDNIK

Prim. Andrej Možina, dr. med.

UREDNIŠTVO

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

ODGOVORNI IN GLAVNI UREDNIK

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

UREDNIŠKI ODBOR IN NOVINARJI

Prim. asist. mag. Martin Bigec, dr. med.
Izr. prof. dr. Vojko Flis, dr. med.
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 Mesec, dr. med., svet.
Prof. dr. Črt Marinček, dr. med., v. svet.
Asist. mag. Marko Pokorn, dr. med.
Doc. dr. Mirjana Rajer, dr. med.
Prim. izr. prof. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med.
Prof. dr. Tomaž Rott, dr. med.
Asist. Aleš Rozman, dr. med.
Prof. dr. Vito Vrbič, dr. dent. med., v. svet.

LEKTORIRANJE

Marta Brečko Vrhovnik, univ. dipl. slov.
E: marta.brecko@zss-mcs.si

OBLIKOVANJE

Agencija Iz principa

RAČUNALNIŠKA POSTAVITEV IN PRIPRAVA ZA TISK – DTP

Stanislav Oražem

TRŽENJE

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

TISK

Tiskarna Povše

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

Lastnik blagovne znamke:

Zdravniška zbornica Slovenije
Dunajska cesta 162
1000 Ljubljana

Navodila avtorjem

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

Poročila s strokovnih srečanj

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

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

Napoved strokovnega srečanja

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

Izjava uredništva

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

Letna naročnina

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

Doc. dr. Anže Kristan, dr. med., predsednik Komisije za podiplomsko usposabljanje pri ZZS

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

Dobro leto je, odkar ste postali predsednik Komisije za podiplomsko usposabljanje. Kaj ste v tem letu naredili oz. kakšno delo opravlja komisija?

Komisija, katere člani so še: Boštjan Kersnič, dr. med., asist. mag. Gregor Norčič, dr. med., asist. mag. Alenka Simonič, dr. med., prof. dr. Zvezdan Pirtošek, dr. med., in Marcel Berro, dr. med., se ukvarja večinoma s specializacijami. V tem letu smo izboljšali E-list specializanta, določili pravila za prekinitvev specializacije za doktorski študij, omejili kroženje v tujini na eno leto in določili, da mora biti le-to s področja, s katerega zdravnik specializira, znani pa morajo biti cilji kroženja. Začeli smo z uvajanjem ocenjevanja specializantov s strani neposrednih mentorjev na kroženju in tudi z ocenjevanjem neposrednih mentorjev s strani specializantov. Redno se ukvarjamo z reševanjem sporov med specializanti in ustanovami, sodelovali smo npr. pri problemu specializantov anesteziologije v UKC Maribor.

Zbornica ima pooblastila za vodenje specializacij, pa vendar še nedolgo nazaj ni bilo tako. Ali menite, da se mladi zavedajo, kakšno je bilo stanje na področju specializacij, ko so ustanove za več let po opravljeni specializaciji

vezale zdravnike za delo pri njih?

Vodenja specializacije v prejšnjem obdobju, ko je roko nad specializacijami držalo Ministrstvo za zdravje ob pomoči kateder medicinske fakultete, pravzaprav ni bilo. Danes zbornica pomaga specializantu pri organizaciji kroženja, pomaga mu s pravnimi nasveti, skrbi za smiselno število specializantov na določenem kroženju pri določenem izvajalcu in tako vsakemu učečemu zdravniku omogoči, da od kroženja tudi kaj odnese. V mojem času si je specializant sam določal, kje in kdaj bo krožil, in se sam dogovarjal za kroženja na oddelkih in klinikah. Tako se je večkrat zgodilo, da nas je bilo na določenem kroženju ogromno in dejansko nisi prišel niti zraven, drugje pa si bil spet sam in popolnoma zaseden z oddelčnim delom. Danes je kroženje bolj usklajeno in strukturirano, vsak specializant ima sredstva za izobraževanje, ki jih lahko uporablja za tečaje, literaturo. Mi tega nismo imeli. Stanovska institucija tudi pomaga specializantom, kadar so v težavah, njihova vprašanja rešujejo komisije, nad procesom vodenja specializacij pa bedijo strokovnjaki, koordinatorji, pravniki. Zbornica je uvedla tudi izobraževanja za glavne in neposredne mentorje, saj se zavedamo, da je proces učenja odraslih specifičen.

Zbornica tudi skrbi za izbirni postopek ob kandidaturi za specializacijo in za izvedbo specialističnega izpita. Včasih je bila izbira kandidatov za specializacije vezana neposredno na bolnišnico, danes pa se kandidate izbira za regijsko področje.

Moje osebno mnenje je, da smo sedaj z regijskim sistemom obtičali nekje vmes. Absolutno nesprejemljiv je pretekli bolnišnični sistem, kjer si je bolnišnica vzela že zelo mladega zdravnika po medicinski fakulteti in si ga vzgajala. Idealen sistem je nacionalni razpis.

Kako gledate na težnje države, da bi financiranje specializa-

cij z ZZS prenesla na ustanove?

Če bi financiranje specializacij prešlo na ustanove (javne in zasebne), ustanovam ne bi bilo v interesu, da specializanti hodijo po znanje v druge ustanove. Nekateri bi najverjetneje zahtevali od specializantov, da vso specializacijo opravijo pri njih, saj bi jih tudi oni plačevali. Govorimo o vajeniškem sistemu po načelu: »Jaz te bom naučil to, kar boš potreboval tu pri meni.« Če sem malo pesimističen, vendar ne čisto nerealen, bi lahko kmalu prišlo do pobud, da bi vsaka ustanova sama napravila program specializacije za svoje specializante. To je zaton znanja. Po opravljenem izpitu bi mlade specialiste vezali še na dodatno delovno dobo, ki jo morajo nujno opraviti v ustanovi. Zato mora biti plačnik specializacij nad vsemi, vseeno je, od kod pride denar, še najbolje iz proračuna, zagotovo pa ne iz ustanove.

Omenili ste nacionalni razpis. Zakaj ga nimamo in kakšne so njegove prednosti?

Mlad zdravnik se mora po zaključeni medicinski fakulteti odločiti za specializacijo, ki mu je najbolj všeč, ker bo le tako delo opravljal z veseljem, bo pri tem uspešen in zadovoljen. Težko razumem, da se v majhni Sloveniji nekdo odloča za specializacijo iz določene veje medicine, ker mu le-ta omogoča delo v domačem kraju, ne pa za tisto, ki si jo najbolj želi, ker bi se moral vsak dan nekaj kilometrov voziti na delo v drugo mesto.

Poleg tega se ambicije med ljudmi razlikujejo in se lahko med specializacijo tudi spremenijo. Vezava na regijo, ki nima terciarne ustanove, je za ambicioznejše specializante slaba, podobno tudi obratno.

Predpogoj za nacionalni razpis je mreža specialistov na ravni države. Mreža pa temelji na nacionalni strategiji razvoja zdravstva. Ne more se v nekem kraju ali regiji razvijati dejavnost, ki je subspecialistična, redka in je poleg vsega tudi draga,

samo zato, ker se je konkretna bolnišnica odločila za to. Na drugi strani pa se določene dejavnosti v nekaterih bolnišnicah ukinjajo, ker ustanova za to ni zainteresirana, kljub potrebam.

Ob prej omenjeni mreži bi bilo za posamezne specialnosti možno na nacionalni ravni predvideti potrebe po določenih specialistih za več let vnaprej.

Specializanti bi del kroženja opravljali v različnih ustanovah, ki imajo pooblastila za opravljanje izobraževanja iz določene veje. Na ta način bi specializanti spoznali način dela v različnih ustanovah, v primarnih, sekundarnih in terciarnih, poleg tega bi tudi potencialni bodoči delodajalci spoznali mogoče kandidate za zaposlitev. Pomemben del bi moralo biti tudi objektivno, strukturirano ocenjevanje specializantov s strani neposrednih mentorjev, ki bi olajšalo izbor delodajalcu, ko bi mlad »nov« specialist zaprosil za službo.

Mreže specialistov na državni ravni nimamo. Zakaj je stroka sama ne ustvari?

To je stvar Ministrstva za zdravje, vendar nujno ob sodelovanju stroke. Potrebne bi bile strokovne delovne skupine, ki bi za posamezne veje izdelale nacionalni načrt razvoja stroke, kjer bi na podlagi analize obstoječega stanja v državi ter demografskih kazalcev in epidemioloških študij ugotovili, katera stroka je v zatonu, katera v porastu. Pri stroki, kjer pričakujemo, da bo določena patologija naraščala, moramo načrtovati ustrezno število kadrov. Lep primer je število geriatrov pri nas, ki absolutno ne sledi staranju prebivalstva. To je naloga ministrstva, saj je skrbnik dejavnosti.

Ali bo nacionalni razpis spodbujal konkurenčnost med specializanti?

Zagotovo. Danes specializanti kljub temu, da pripadajo določeni regiji, večinoma že vedo, v kateri ustanovi bodo dobili službo (klub temu, da imajo zaposlitev zagotovlje-



no le do konca specializacije). Morda sem krivičen, ampak ni jim nujno v interesu, da bi se izkazovali dovolj zgodaj in zgodaj v svojem strokovnem razvoju postali kompetentni. Njihova motivacija bi morala biti, da bi se že v roku specializacije veliko učili, to tudi pokazali in na koncu specializacije super znali. Njihov cilj bi moralo biti izključno znanje, ki bi ga lahko konec koncev ponudili bodočemu delodajalcu. Na tak način bi z nacionalnim razpisom nastal trg delovne sile tudi na področju specialistov.

To pomeni tudi konkurenčnost na strani ustanov?

Seveda. Konkurenca med institucijami, da mladim specialistom ponudijo dobre pogoje dela, možnost razvoja, v manj privlačnih delih države pa verjetno še kaj, kar bi mladim družinam omogočilo bivanje.

Po drugi strani pa bi se ustvarila lestvica najboljših specialistov.

Bi nacionalni razpis reševal probleme, kot je npr. pomanjkanje anesteziologov v UKC Maribor? Ali pa primer ZD Ormož, ki je zaprosil za pediatra, vendar na razpisu mesta ni dobil. Odgovornost za to so preko medijev usmerili na ZZS.

Samo pogledimo spomladanski razpis. Od 28 razpisanih mest za mariborsko regijo je 23 mest ostalo neizpolnjenih. Vemo pa, kaj se je dogajalo na oddelku za anestezijo v UKC Maribor. Torej se mladi zdravniki niso odločili, da kandidirajo za določeno specializacijo za mariborsko regijo, ker bi to pomenilo, da se bodo po zaključeni specializaciji zaposlili v UKC Maribor. To ne pomeni, da

mladih ljudi ne zanimajo razpisane specializacije, ampak jih ne zanima delo v določeni ustanovi. Trenutne razmere v ustanovi so vplivale na njihovo odločitev za izbor smeri specializacije. Osebnostno verjamem, da se razmere urejajo in se bodo verjetno povsem uredile do zaključka njihovih specializacij. Z nacionalnim razpisom bi mlad specialist kandidiral za službo in bi z narejeno specializacijo lahko izbral delodajalca.

Primer ZD Ormož pokaže še na eno pomanjkljivost regijskega sistema in odsotnost nacionalne mreže. Število določenih specialistov v regiji je lahko zadostno, vendar je težava v kopičenju na določenih oddelkih oz. v določenih ustanovah. Torej kljub temu, da ZZS zadosti vsem javljenim potrebam iz regije, se lahko zgodi, da ZD Ormož ne dobi pediatra, ker se je tisto mesto, ki je bilo namenjeno ZD

Ormož, »prelilo« v drugo ustanovo. ZZS pa ne razvršča specialistov po ustanovah. Nacionalna mreža bi jasno pokazala, da je v ZD X prostora za n pediatrov in ne n+1, v ZD Y pa za m in ne m-1.

Kako torej poteka usklajevanje za število razpisanih mest? Je preveč razpisanih mest?

Razpis je narejen tako, da pred razpisom ZZS pozove ustanove, naj javijo potrebe po določenih specialistih čez šest let. Posamezni zavodi javijo potrebe in te se združijo po regijah po posameznih specialnostih. ZZS razpolaga s podatki, koliko specializantov že opravlja določeno specializacijo za konkretno regijo. Vemo, da bodo ti specializanti že zapolnili nekaj vrzeli, ker bodo končali specializacijo znotraj teh šestih let. Zato zbornica razpiše samo manjkajoča mesta do javljenih potreb. Primer: če regija potrebuje čez 6 let 10 specialistov splošne kirurgije, hkrati pa ima ta regija že 8 specializantov splošne kirurgije, ki bodo čez šest let že specialisti, bosta za to regijo razpisani dve novi mesti. Na eni strani imamo torej javljene potrebe bolnišnic, na drugi strani pa stanje števila specializacij pregleda koordinator določenih specializacij, ki ima pregled nad vsem.

Na koncu število potrdi ali spremeni še Ministrstvo za zdravje.

Očitki posameznih ustanov in tudi Ministrstva za zdravje, da je ZZS kriva za pomanjkanje specialistov, so torej neutemeljeni. Zdi se mi, da gre največkrat za nerazumevanje načina določanja potreb.

S tem, da je v zadnjih nekaj letih, odkar se razpis za specializacije vodi preko ZZS, prisoten trend naraščanja števila specialistov in bomo po projekcijah v začetku naslednjega desetletja že dosegli evropske normative.

Kar nekaj specializantov mora vračati strošek specializacije ZZS, saj niso sprejeli ponujenega dela v regiji. Kako je s tem?

Pravila ZZS so takšna, da se je specialist po zaključeni specializaciji dolžan zaposliti v regiji v roku treh mesecev. Če ne dobi ponujene službe v treh mesecih, je prost in se lahko zaposli izven regije. Če pa dobi ponudbo iz regije in jo zavrne ali se odloči, da gre drugam, mora vračati denar. Poudarjam pa, da so to pravila plačnika specializacije, tj. Zavoda za zdravstveno zavarovanje.

Specializanti pravijo, da so programi specializacij zastavljeni ambiciozno, so pa težko izvedljivi. Kako komentirate to?

Programi večine specializacij so bili napisani kmalu po letu 2000. Nekateri so bili revidirani, drugi ne. Še vedno temeljijo na določenih časovnih obdobjih in na številu posegov. Ne čas, ne število posegov ne zagotavljata, da bo specializant določeno strokovno področje obvladoval. Modernjši koncept govori o kompetencah. Kompetenca je namreč več od teoretičnega in tudi praktičnega znanja; pomeni, da prepoznaš patologijo, izbereš pravilno metodo zdravljenja, jo pravilno izpelješ in jo hkrati znaš prilagoditi konkretnemu pacientu. Svet za izobraževanje zdravnikov je na pobudo Komisije za podiplomsko izobraževanje že lani pozval strokovna združenja, da razmislijo o pregledu in eventualni prenovi programov specializacij.

Specializacija je samo del izobraževanja. Po opravljeni specializaciji se pričakuje kompetentnost na širokem področju pogostih patologij, za ozko usmerjanje znotraj specialističnega področja pa je čas še po specializaciji.

Veliko vlogo pri tem igrajo glavni mentorji, ki so odgovorni za to, da mladega specializanta pripeljejo do kompetenc.

Glavni mentor je ob specializantu najbolj odgovoren za razvoj specializanta. Poleg tega, da mora biti strokovnjak na svojem področju, mora imeti znanje in smisel za učenje ter se

potruditi, da svojega specializanta spozna in prenese svoj odnos do pacientov in stroke na specializanta. Od specializanta pričakujemo, da ima relativno strmo krivuljo učenja. Mentor bi moral prepoznati, če v razvoju specializanta prihaja do zastoja, skupaj s specializantom bi moral ugotoviti, kaj je vzrok (objektiven, subjektiven), in mu pomagati prebroditi krizo oz. mu v skrajnih primerih tudi svetovati prekinitve ali spremembo specializacije. Na dolgi rok morajo vsi specializanti napredovati. Glavni mentorji lahko imajo po tri specializante, ampak iskreno, že trije so hitro preveč; mentor ob svojem kliničnem, fakultetnem, raziskovalnem in vodstvenem delu težko skrbi za vse. Mentorji so izredno obremenjeni. V resnici en človek ni en klinik. Za opravljanje dela treh klinikov bi verjetno morali ob takih obremenitvah imeti zaposlene štiri ljudi.

Specializanti se počutijo, kot da so namenjeni pretežno oddelčnemu delu in vzdrževanju sistema. Določena kroženja si morajo izprositi sami, kar se jim ne zdi prav. Omenjali so tudi predolga kroženja, nekatera bi se lahko skrajšala.

Ni slabo, da je specializant samoiniciativen in si bolj prizadeva za pridobitev določenih kompetenc, se pa strinjam, da ko imajo težave, morajo imeti nekoga, na kogar se obrnejo. Predvsem pričakujem, da specializant jasno izrazi svoja pričakovanja na določenem kroženju in jih pove neposrednemu mentorju. Če je pri tem neuspešen, ima svojega glavnega mentorja in v skrajnih primerih tudi oddelek za izobraževanje zdravnikov na ZZS.

Kar zadeva občutek izkoriščenosti, moram povedati, da so specializanti plačani za klinično delo, ki ga opravljajo na kroženju, stroške specializacije pa jim krije ZZS. Gre za neko obliko »izobraževanja ob delu«.

Morda marsikdo dobi kdaj občutek, da tisto delo ni namenjeno

pridobivanju znanja, vendar je na dolgi rok učinkovito. Specializacije bodo najverjetneje vedno časovno opredeljene. V kratkem časovnem obdobju bo specializant spoznal pogosto patologijo, ob dolgotrajnejšem kroženju pa ima priložnost spoznati tudi redkejšo patologijo.

Vendar, kot je bilo že rečeno, o vsebini in obsegu specializacij odločajo posamezna strokovna združenja in posamezni razširjeni strokovni kolegiji, ne zbornica.

Kakšno je vaše mnenje o ponovni uvedbi sekundariata?

Sekundariat je bil že vzpostavljen in moje osebno mnenje je, da je slabo, ker je bil ukinjen. Za razliko od sobnih zdravnikov danes, je bil sekundariat strukturiran in sestavljen iz obveznih in izbirnih vsebin. V obdobju sekundariata so mladi zdravniki spoznali klinično delo na več različnih vejah in se kasneje zato lažje pravilno odločali za specializacijo. Slabost sekundariata pa je bila, da se je na ta način podaljševala pot do specializacije.

Ustanovljena je bila delovna skupina znotraj SIZ-a, ki razpravlja in se zavzema za ponovno uvedbo obveznega izobraževanja za zdravnike takoj po opravljeni fakulteti (govorimo o »prvem letu« in ne o sekundariatu). Trenutno gredo razmišljanja v naslednjo smer: to izobraževanje bi trajalo eno leto, zajemalo bi večji del,

ne pa nujno vseh urgentnih vsebin, ki jih mladi zdravniki sedaj odkrožijo v času pripravništva, preostanek časa do enega leta pa bi bil zapolnjen z dvema obveznima dvomesečnima kroženjema in izbirnimi kroženji. Vsako kroženje bi se zaključilo s testom in objektivnim strukturiranim mnenjem neposrednega mentorja. Po opravljenem prvem letu bi lahko zdravnik kandidiral za specializacijo. Vsebine prvega leta bi se vedno vštete v specializacijo.

Kaj so dobre lastnosti takega sistema: spoznavanje različnih vej in lažja odločitev za specializacijo, objektivne ocene (testi in mnenja), ki bi objektivizirale izbirni postopek, podiplomsko izobraževanje (specializacija) se ne bi podaljšalo, verjetno bi se skrajšalo za nekaj mesecev, začetni del vsake specializacije bi bil zelo širok in bi se kasneje zožil na posamezno stroko ...

Nam lahko še poveste, zakaj je komisija omejila izobraževanja zdravnikov v tujini?

Komisija za podiplomsko usposabljanje podpira kroženje specializantov v tujini. Menimo pa, da je kroženje v tujini v času specializacije smiselno le, če specializant kroži del svojega ožjega področja, če se specializant tam nauči novo metodo, postopek, poseg, ki ga v Sloveniji še ne izvajamo oz. je le-ta pri nas še v povojih ali je

izjemno redek, ob tem spozna delovanje zdravstvenega sistema v tej državi in naveže koristne stike za sodelovanje v prihodnje. O želji specializanta se vedno opredelita specializantov glavni mentor in koordinator, ki najboljše poznata razmere.

Že iz zgoraj povedanega je jasno, da je eno leto znotraj specializacije v veliki večini primerov dovolj. Seveda se bo v izrednih primerih ter na podlagi prepričljivih in jasnih razlogov komisija lahko odločila tudi za daljše kroženje. V preteklosti so bili primeri, ko so specializanti opravili v tujini kroženja, ki z njihovo konkretno specializacijo niso imela neposredne povezave in niso bila logična. Primer: specializant kirurgije v tujini opravi kroženje iz sodne medicine. Ali pa so se kroženja v tujini vlekla nerazumljivo dolgo, končala pa so se z zaposlitvijo v tujini. Ali so se kroženja v tujini končala z doktoratom iz laboratorijskega dela v tuji raziskovalni instituciji.

Seveda je iskanje službe v tujini povsem legitimno, prav tako menimo, da so doktorati v tujini dobrodošli, ni pa upravičeno, da se te aktivnosti financirajo iz sredstev, ki so namenjena opravljanju specializacije, torej iz sredstev naše zdravstvene zavarovalnice.

Najlepša hvala za pogovor.

Mladi zdravniki o specializacijah

**Anže Mihelič, dr. med.,
specialist ortoped,
Ortopedska bolnišnica
Valdoltra**

Kako ste zadovoljni s programom vaše specializacije?

Zaposlen sem v Ortopedski bolnišnici Valdoltra, specializacijo sem končal že pred osmimi meseci. Z matično ustanovo sem bil izredno zadovoljen, saj sem lahko opravil veliko operativnega programa.

Ali ste med izobraževanjem dobili dovolj znanja in veščin, da lahko po koncu specializacije samostojno opravljate poklic zdravnika specialista?

Lahko rečem, da sem delo samostojno opravljal že skoraj eno leto pred koncem specializacije. Po specialističnem izpitu sem delal popolnoma samostojno na področju, za katero sem se specializiral.

Kje vidite probleme programa vaše specializacije?

Specializanti kirurgije bi morali opraviti zadostno število operacij, da bi izurili ročne spretnosti in veščine. Ko sem imel kroženja po drugih bolnišnicah in sem drugje zgolj asistiral, sem nato vsaj en dan v tednu v matični ustanovi samostojno operiral. Zame je bilo to ključnega pomena. Večina specializantov je vključena predvsem v redno ambulantno bolnišnično delo, v pisanje odpustnic, predvsem zato, ker je sistem preobremenjen in je kadrovske podhranjen. Pogosto se dogaja, da se specializantov ne spusti na dopust, nadur se jim

ne izplačuje, dežurstva se vrstijo ... Tako stanje ni samo v kirurgiji, temveč tudi na drugih strokovnih področjih.

Kako gledate na težnje države, da bi financiranje specializacij z ZZS prenesla na ustanove?

Do tega sem zelo skeptičen. Kadar gre za denar ustanov, se avtomatično varčuje; bolnišnice bodo raje plačevale le dva specializanta, ki bosta naredila delo treh. Včasih je zavarovalnica po strokovnem izpitu krila še leto in pol sekundariata, ko si se lahko usmeril na določeno področje, videl, kaj ti dejansko leži, in v miru počakal na razpis specializacij. Ravno moji generaciji so sekundariat ukinili. Obljube s strani vodstva so bile, da bo število sobnih zdravnikov enako številu sekundarijev, pa vendar se je v praksi izkazalo drugače. Na kirurških oddelkih so večji del bremena preložili na maloštevilne sobne zdravnike, ki jih je manj kot prej sekundarijev, in krožeče specializante. Danes se soočamo z vakuumom med opravljenim strokovnim izpitom in razpisom specializacij.

Kaj menite o ideji, da bi razpis izvedli na nacionalni ravni in ne na regionalni, kot doslej? Nacionalni razpis obrača logiko, ustanove bi se potegovala za najboljše specialiste.

Ustanova bi morala imeti določeno svobodo pri izbiri kandidata, po mojem mnenju jo sedaj tudi ima. Intervju prinese veliko točk. Problem vidim v tem, da ustanova kandidata ne more zavrniti. Poznan mi je primer iz Ljubljane, iz zadnjega razpisa, kjer so zaprosili za eno mesto, razpisani pa sta bili dve mesti. Kandidata niso mogli zavrniti.

Kako ste zadovoljni z vodenjem postopka specializacije s strani Zdravniške zbornice Slovenije?

Izjemno sem zadovoljen. Všeč mi je fleksibilnost, da si sklope kroženja v veliki meri lahko določaš sam, program lahko sproti prilagajaš, vse se da

dogovoriti. Tu bi pohvalil Majo Benedičič, ki mi je vedno še isti dan odgovorila na elektronsko pošto. Upam, da ta sistem ostaja.

Kako gledate na vsebino specializacije glede na podobne programe v Evropski uniji?

Težnja je, da bi se specializacije na evropski ravni povsod poenotile, kar se mi zdi v redu. Ostaja edini problem: izvajanje operacij. Če pogledam mojih šest let, je bilo znotraj tega obdobja ogromno izgubljenega časa in bi lahko bilo, v mojem primeru, izobraževanje tudi leto do dve krajše. Menim, da ni volje za skrajšanje specializacije, saj sistem potrebuje armado mladih zdravnikov, ki preživijo ogromno časa v ambulantah, ob urejanju odpustnic, šele kasneje lahko zasedejo prostor ob operacijski mizi. To seveda ni prav. Kirurgi imamo seznam, koliko posegov moramo opraviti v programu specializacije; načrt je ambiciozen, a v praksi skoraj neizvedljiv. Na papirju je vse videti super, a sistem ni usmerjen v to, da bi bil zdravnik kompetenten pri določenem posegu. To bi moral sproti ocenjevati mentor in skupaj z ustanovo prilagajati program, tako da bi dobili dobro izurjenega kirurga. Ostaja pa problem kadrovske podhranjenosti; če želimo imeti visoke standarde zdravstvenega varstva, moramo zagotoviti ustrezno število zdravniškega kadra, medicinskega osebja, opreme. Tega sedaj ni.

Jernej Berden, dr. med., specializant interne medicine, Univerzitetni klinični center Ljubljana

Kako ste zadovoljni s programom vaše specializacije?

Program specializacije iz interne medicine je dober, zelo širok, nabor posegov je ambiciozen, optimistično zastavljen in na papirju deluje odlično. Izvajanje programa pa je v veliki meri odvisno od samega specializanta

ter od angažiranosti posrednih in neposrednih mentorjev. Res je, da moramo tudi sami z lastno prizadevnostjo in samoiniciativno poskrbeti, da se program izvaja, pa vendar je v takem zdravstvenem sistemu, kot ga imamo, to težko. Posredni ali neposredni mentor je sam precej obremenjen in nima toliko časa za specializanta. Samo pogledjte, kako so organizirane sestre! Skoraj na vsakem oddelku imajo eno sestro, ki je zadolžena za učeči se kader. Žal zdravniki tega nimamo. Prav tako ne moremo opraviti vseh posegov, samo gastrokopij imamo načrtovanih 100, 50 ultrazvokov trebuha in 30 kolonoskopij, a vse to je kljub osmim mesecem kroženja praktično nemogoče izvesti. Zdi se mi, da specializanti večino časa vzdržujemo sistem. Izrazito se pozna pomanjkanje kadra, tako zdravnikov kot medicinskih sester, ogromno časa porabimo za pretipkavanje rezultatov izvidov, preiskav in konziliarnih mnenj v odpustnice. Nekatera dela, ki so celo v regijskih bolnišnicah informacijsko podprta ali jih opravi administracija in drugo zdravstveno osebje, tu opravimo mi. Upam si trditi, da je tri četrtine dela specializantov administrativnega, kar ni prav. Opozoril bi tudi na slabo tehnološko opremljenost bolnišnic, na pomanjkanje ergonomске opremljenosti delovnega mesta, tudi tu zaostajamo. Če bi specialist medicine dela kdaj opravil pregled delovnega mesta (izrabljen lesen stol ob računalniku za odpis, ki stoji sredi oddelčnega hodnika), bi delovišče, kjer specializant preživi večino časa, verjetno zaprl. Želel bi si nekoga, ki bi na oddelkih bedel nad izvajanjem predpisanega programa, organiziral delo in mi omogočil, da bi prišel do zadostnega števila opravljenih posegov. Želel bi si motivacijo mentorjev ali ustanove, da dobi čim bolj kompetentnega specialista.

Ali ste med izobraževanjem dobili dovolj znanja in veščin, da lahko po koncu specializacije samostojno opravljate poklic zdravnika specialista?

Skozi celotno specializacijo sem se usposabljal za točno določeno delovno mesto in lahko rečem, da bom po končani specializaciji lahko samostojno opravljal svoje delo. Vendar pa tega ne bi pripisal sistemu, temveč lastni prizadevnosti ter precejšnjemu delu kroženja in pogostemu dežuranju na matičnem oddelku. Zame osebno je bila specializacija predolga. Želel bi si sistem, ki bi pričakoval od mene, da se čim bolj izobražujem, in ne, da sem namenjen pretežno oddelčnemu delu in vzdrževanju sistema. Kot primer lahko navedem, da sem dva tedna kroženja v urgentni angiološki ambulanti moral praktično izprositi, čeprav je tam predpisanih kar nekaj predvidenih posegov.

Ali menite, da je prav, da vas po končani specializaciji čaka služba, ali pa bi si želeli sistem, ki bi specializante silil v tekmovalnost in konkurenčnost za določeno delovno mesto?

Menim, da tudi službe niso več samoumevne, da je več kandidatov, ki čakajo na določeno delovno mesto. Vsaj v večjih bolnišnicah je tako. Morda bi bilo prav, da bi nas sistem še bolj silil v tekmovalnost, konkurenčnost med nami, v usvajanje številnih znanj, čeprav je to vedno dvorezno. Prav pri specializaciji iz splošne interne medicine je tako, da marsikdo še sredi specializacije ne ve, kje bo delal. Prepozno začneš dežurati in se usmerjati. Poznam primer kolegice, ki kot izoblikovana specialistka ni dobila službe in je morala na zavod za zaposlovanje. To ni dobro.

Kako gledate na težnje države, da bi financiranje specializacij z ZZS prenesla na ustanove?

Na nek način to morda ne bi bilo tako slabo. Prednost vidim v tem, da bi ustanova morala biti bolj zainteresirana za to, kaj bo njen specializant znal, kje je »doma«, in bi si na ta način izbirala tudi svoje zdravnike.

Kaj še pričakujete od Zdravni-

ške zbornice Slovenije kot specializant?

Od zbornice pričakujem, da bi kljub dobro zastavljenemu programu vzpostavila tak sistem, ki bi bil v resnici uresničljiv. Moja pričakovanja so zagotovo višja tudi do neposrednih mentorjev, da bi bilo izvajanje programa maksimalno učinkovito. Kot primer lahko navedem regionalne bolnišnice, ki so zelo zainteresirane, da hitro usposobijo specializanta ... V večjih bolnišnicah je drugače, občutek imam, da smo velikokrat prepuščeni sami sebi, in tu bi si želel malo boljše-ga vodenja specializacij.

Miha Kisilak, dr. med., specialist travmatologije, UKC Ljubljana, vodja kirurških specialistov ljubljanske regije

Kako ste zadovoljni s programom specializacij?

Program specializacij je dober, še vedno pa vidim prostor za izboljšave, predvsem v smislu fleksibilnosti. Z intenzivnejšim sodelovanjem specialistov, mentorjev in ZZS bi lahko dodelali program kroženja do te mere, da bi specializanti svoj čas izobraževanja kar najbolje izkoristili, ustanove pa bi s tem dobile boljši kirurški kader. Možnosti izboljšav vidim v skrajšanju nekaterih daljših kroženj, namesto tega pa bi lahko kirurški specializanti odkročili nekatera področja, ki jih potrebujejo in niso vključena v kroženje (npr. travmatologije), ali pa bi lahko uvedli izbirna kroženja, saj se mnogi specializanti splošne kirurgije proti koncu specializacije že nekoliko usmerijo na specifična področja. Izbirna kroženja bi lahko približala tudi vede, ki niso klasične kirurške, a nudijo veliko znanja kirurgije (ORL, ginekologija ipd.).

Kako ustanova kroženja vpliva na potek specializacije?

Osebno verjamem, da prizadevne-mu specializantu, ki pokaže resno zanimanje za delo in stroko, v nobeni ustanovi ne bo slabo. Specializanti veliko večino prvih izkušenj nabiramo v času dežurnih služb, kar je enako povsod. Seveda pa so razlike: v perifernih bolnišnicah je jasna težnja k temu, da specializanti zelo hitro opravljajo pogoste elektivne operacije, saj je kadra načeloma manj in je v interesu kirurških oddelkov, da so specializanti čim prej samostojni. Pri nas (UKC Ljubljana) je kadra načeloma dovolj, zato imam občutek, da specializanti sprva elektivno operiramo nekoliko manj, šele z leti pa število posegov narašča. Treba je tudi omeniti, da v regionalnih ustanovah kirurgija praviloma doseže nek plato, v terciarnih ustanovah pa postaja patologija vedno bolj kompleksna in s tem omogoča nadaljnji kirurški razvoj.

Ali boste v procesu izobraževanja dobili dovolj znanja in veščin, da lahko po koncu specializacije samostojno opravljate poklic zdravnika specialista?

Tukaj lahko govorim le v imenu travmatoloških specialistov. S spremembo organizacije Urgentnega kirurškega bloka UKC Ljubljana pred letom in pol smo specializanti ogromno pridobili. Pod nadzorom specialista večkrat mesečno operiramo in nabiramo dragocene izkušnje oz. kirurške veščine. Verjamem, da specializant, ki šest let dela v takem sistemu, iz njega pride dobro pripravljen za delo specialista v dežurni službi. Kar zadeva delo specialista v celoti, pa razvoj traja celotno kariero.

Kako gledate na težnje države, da bi financiranje specializacij z ZZS prenesla na ustanove?

Te ideje ne podpiram. Menim, da bi s tem postopek pridobivanja specializacij postal nejasen, omogočili bi

lobiranje. Dodatno tukaj ne gre samo za pridobivanje specializacij, temveč za sodelovanje v njihovem celotnem poteku. Kirurški specializant pogosto menja program oz. ustanovo kroženja in pri tem potrebuje pomoč, hitro odzivnost, predvsem pa pravega in stalnega sogovornika. Specializanti imamo slabe izkušnje z Ministrstvom za zdravje, ki do sedaj ni pokazalo poslušna za našo skupino. Jasno je tudi, da je ministrstvo veliko bolj pod vplivom politike oz. mandatov. V tem procesu vidim primerno vlogo ZZS, saj omogoča kontinuiteto dela, skrbi za interese specializantov ter jim nudi tudi pravno pomoč, ko jo potrebujejo.

Kaj menite o ideji nacionalnega razpisa, da bi se specializanti šele po opravljenem specialističnem izpitu potegovali za službo v ustanovah?

Ideja se mi ne zdi primerljiva z regionalnim razpisom. Razliko vidim v tem, da bi si v primeru nacionalnega razpisa moral specializant bolj prizadevati v smislu izobraževanja in pridobivanja veščin in izkušenj, saj bi s tem postal konkurenčen in bolj zanimiv zeleni ustanovi. Ne vem, kako bi se to odrazilo pri razporeditvi specializantov po celotni državi, predvidevam, da bi bile periferne ustanove lahko podhranjene. Regio-

nalni razpis se mi zdi primernejši predvsem zato, ker specializantu domača ustanova z mentorjem ponudi varno okolje, kjer lahko kolege povprašaš za nasvet in imaš občutek pripadnosti ter ne nazadnje spremljaš glavnino svojih pacientov. Ne smemo pozabiti, da je čas specializacije tudi čas postavljanja življenjskih temeljev v smislu izoblikovanja družine in lastnega doma, zato je v tem smislu pripadnost določeni regiji dobrodošla.

Kako gledate na vsebino specializacije glede na podobne programe v Evropski uniji?

Trendi poenotenja programov v Evropski uniji potekajo že vrsto let, medicina v tem smislu ni izjema. Če je kot sklop izobraževanja priznana diploma medicinske fakultete, mora biti enako s specialističnim izpitom. V interesu specializantov kot skupine mora nujno biti usklajevanje z evropskimi programi, saj to omogoča primerljivost in pretok delovne sile. Prav je, da določen odstotek specializantov po specialističnem izpitu išče delo v tujini, delež bo v prihodnje verjetno naraščal. Vzrokov je veliko. V tujini obstajajo določene specialnosti in subspecialnosti, ki jih v naši državi ni. Ponekod v tujini lahko nudijo boljše pogoje dela, boljše plačo in tudi boljše okolje za življenje, a to mora

presoditi vsak posameznik sam glede na vrednote, ki jih goji. Večji izziv vidim v tem, da država te zdravnike privabi nazaj, saj ta kader s seboj prinese znanje in širino, ki omogočata napredek stroke v Sloveniji.

Kako ste zadovoljni z vodenjem procesa specializacije s strani Zdravniške zbornice Slovenije?

Sam sem zadovoljen, zagotovo bi bilo brez ZZS veliko slabše. Specializanti moramo razumeti, da brez sodelovanja in dialoga ne moremo pričakovati izboljšanja stanja. Izobraževanje med specializacijo ni dolžnost ZZS, temveč specializanta samega. Ima pa specializant pravico prositi za boljše pogoje in dolžnost ZZS kot naše krovne organizacije je, da v sklopu svojih zmožnosti specializantom omogoči čim boljše pogoje. Prav v tej točki je kritičen dialog. Pomembno je, da imamo na zbornici vedno sogovornika, da dobimo hitre odgovore. Nam to veliko pomeni. Želimo se izobraziti do te mere, da bomo zmožni samostojnega dela. Želimo spoznati bolnišnice in bodoče sodelavce, s katerimi bomo delali vse življenje. Šele tako lahko glede na osebne vrednote pravilno izberemo specializacijo, ustanovo in regijo, v kateri ne bomo samo delali, temveč tudi srečno živeli.



Izobraževanje o Prepoznavi in obravnavi žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti bo 7. novembra 2016.

Več informacij in prijave na: www.domusmedica.si

Iz dela zbornice

Izredna seja Skupščine Zdravniške zbornice Slovenije

Skupščina Zdravniške zbornice Slovenije je 22. septembra 2016 na izredni seji sprejela deklaracijo, ki prinaša priporočila zbornice za izhod javnega zdravstva iz krize. Deklaracija je objavljena na spletni strani ZZS.

Skupščinski poslanci in drugi udeleženci so se na izredni seji z minuto molka poklonili umorjenemu zdravniku Luisu Guillermu Martinezu Bustamanteju. Zdravniki so opozorili, da so razmere v zdravstvu že dalj časa zaostrene in se še poslabšujejo, kar se kaže v nezadovoljstvu bolnikov, zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev. Izredna seja skupščine je minila v zaskrbljenosti zaradi pojava tudi najhujših oblik nestrpnosti in agresije v zdravstvenih ustanovah. Stanje v zdravstvenih ustanovah terja takojšnjo poglobljeno razpravo o položaju zaposlenih v zdravstvu. Deklaracija je v tem kontekstu poziv k razumu, pogovoru in hitremu ukrepanju, politiki pa nedvoumno sporoča, da ni opravičila za desetletno zamujanje z reformo. »Razmere v zdravstvu se poslabšujejo, ukrepov in reforme pa ni,« je opozoril predsednik zbornice prim. Andrej Možina, dr. med. Zdravniki po njegovih besedah zato vse težje opravljajo svoje glavno poslanstvo – zdravljenje bolnikov.

Zbornica kot ukrep za izboljšanje dostopnosti do opreme in storitev predlaga stalno vpeljevanje sistemskih vzpodbud za ohranjanje in razvoj državnega in zasebnega dela izvajalcev. Prav slaba dostopnost po mnenju zbornice vodi v privatizacijo najslabše vrste. Med ukrepi je tudi predlog za dvig prispevne stopnje za zdravstvo, ki bi zagotovil denar za dodatno zdravljenje bolnikov. Sledi mu poziv k

premesitvi določb o najdaljših čakalnih dobah iz zakona o pacientovih pravicah v Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju z namenom, da se Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) trajno zaveže k ustreznemu načrtovanju finančnih sredstev.

Prim. Andrej Možina je poudaril, da zdravstvo brez dodatnih finančnih sredstev ne bo moglo iziti iz krize, saj je že preveč sestradano. Potrebo po dodatnem denarju za zdravstvo je izpostavil tudi predsednik skupščine mag. Marko Bitenc, dr. med. Vršilec dolžnosti generalnega direktorja ZZZS Marjan Sušelj pa je ocenil, da bi za začetek zadoščalo, če bi v zdravstvo postopno vrnili vire, ki so šli iz proračuna zdravstvenega zavarovanja v integralni proračun.

Ministrica za zdravje Milojka Kolar Celarc je v izjavi za medije dejala, da je na sejo zbornične skupščine prišla predvsem zato, da prisluhne širšemu krogu zdravnikov. Pojasnila je, da ne zavrača predloga za dvig prispevne stopnje, saj predstavlja eno od možnih poti do dolgoročno stabilnega financiranja zdravstva.

Predsednik parlamentarnega odbora za zdravstvo in nekdanji minister za zdravje Tomaž Gantar, dr. med., je pozdravil zbornično deklaracijo, saj so zdravniki po njegovih besedah nosilci zdravstvenega varstva in jim zato velja vselej prisluhniti. Kot je dejal v izjavi za medije, še vedno ne ve ničesar o vsebini ukrepov, ki jih napoveduje ministrica. Znova je izrazil upanje, da bo ministrstvo predlog sprememb zakonodaje poslalo v javno obravnavo najkasneje decembra. Če do tega ne bo prišlo, bi pričakoval odstop ministrice.

Na področjih, kjer ZZZS financira realizacijo vseh programov, zbornica poziva k ukrepom za povečanje dostopnosti do diagnostike in terapij v okviru izvajalcev javne zdravstvene službe: državnih oz. občinskih in zasebnih.

V deklaraciji Zdravniška zbornica Slovenije predlaga tudi srednjeročne ukrepe, med katerimi prednjači poziv k pripravi nove zakonodaje po področjih. Zbornica se zavzema za popolnoma nove zakone o zdravstvenem zavarovanju, o zdravstveni dejavnosti in o zdravstvenem varstvu. Zavzema se za povečanje odgovornosti in pooblastil vodstev bolnišnic ter okrepitev nadzora, zdravnike pa naj bi se izvzelo iz zdajšnjega sistema javnih uslužbencev. Opozarja tudi na potrebo po ustrezni zakonodaji za farmacevte, medicinske sestre, fizioterapevte, delovne terapevte in babice.

Deklaracija je kritična do zdravstvene politike. Po mnenju mag. Marka Bitenca nobeden od zakonov, ki so trenutno v pripravi za obravnavo ali v obravnavi, ne bo mogel odpraviti krize v zdravstvu. Vsi pokazatelji potrjujejo, da je ključni problem javnega zdravstva finančna podhranjenost, ob neustreznem upravljanju zdravstvenega sistema pa se negativni učinki še povečujejo, navaja deklaracija. V Sloveniji, ki se uvršča med razvitejše države, ni nobenega pravega razloga, da državljanji ne bi bili deležni pravočasne in kakovostne zdravstvene oskrbe.

Obraz politike v luči tragedije našega kolega doktorja Martineza

Uvodnik 400. tedenskega biltena ZZS

Po neprijetnem gledanju prerivanja strank okoli **interpelacije zoper ministrico za zdravje** Milojko Kolar Celarc je ta danes realnost. Ne glede na dalj časa napovedovano interpelacijo ni moč zanikati vzročne zveze med hitenjem z interpelacijo in omejenim tragičnim dogodkom. V interpelaciji ji očitajo neukrepanje na področju podaljševanja čakalnih dob in soodgovornost za slabo poslovanje javnih zdravstvenih zavodov ter vlogo pri političnem kadrovanju v javne zdravstvene zavode. Med očitki so navedli tudi odgovornost ministrice zaradi nepriprave ključne zakonodaje na področju zdravstva, ki bi omogočila celostno reformo zdravstva v Sloveniji, kot tudi odgovornost pri vzpostavitvi in delovanju mreže urgentnih centrov v Sloveniji, hkrati pa naj bi bila odgo-

vorna za slabo finančno stanje v slovenskem zdravstvu.

Razmere v slovenskem zdravstvu so vam poznane, prav tako pota sporazumevanja z ministrico v preteklem letu. Pravi obraz človek po navadi pokaže v dramatičnih situacijah. In umor našega kolega in policista na tako grozovit način je zagotovo pretresel vse nas, državljanke, tudi resorna ministra. Kako velika razlika med njima ob tem dramatičnem dogodku! Za razliko od kolegice, ministrice za zdravje obtoži predsednike zdravniških organizacij nespodobnosti in celo sovražnega govora. Zakaj že? Ne zato, ker so izjavili, da gre za tragični dogodek, ki ga verjetno ni bilo mogoče preprečiti. Ker si drznejšo pojasniti splošno znana dejstva o najverjetnejšem motivu hudo bolnega storilca, torej dolgih čakalnih dobah. In o tem, da danes preko razumnih čakalnih rokov čaka 30.000 bolnikov, v ozadju te množice pa so številni konflikti in nejevolja bolnikov, ki stresajo jezo na zdravnike in medicinske sestre. Vaše izjave v zadnjem času o tej temi so pretresljive.

Kot že večkrat ob podobnih dogodkih, se sprožajo v določenih medijih trditve o povezovanju zdravniških organizacij s političnimi strankami, češ da gre za skrbno dogovorjeno akcijo pri predlogu zamenjave ministrice. Zdravniške organizacije smo v stiku z vsemi političnimi skupinami, tudi z SDS in NSi, in nimamo nikakršnih zarotniških namenov. Argumentirano nastopamo in sprejemamo tudi neprijetne odločitve, kot so razlogi za nezaupanje v delo in kompetence ministrice Kolarjeve. Očitajo nam neoliberalno privatizacijo, zagovarjanje kakovostnega zdravstva kot privilegija premožnejših ter znižanje zdravstvenih standardov za večino prebivalstva. Novinarju Janezu Markešu smo odgovorili,

odgovor lahko preberete na naslednji strani. Prav tako smo nagovorili Mladino in njihov prispevek, ki je kritičen do slovenskih zdravnikov in zdravniških organizacij.

Namigovanja, da je ZZS odgovorna za pomanjkanje zdravnikov in da je naš motiv v interesu zasebnitva, so izredno zavajajoča. Zdravnikov je še vedno premalo, za EU-28 zaostajamo še vedno za okoli 15 odstotkov. Do specializacije spravimo prav vse diplomante medicinskih fakultet in kadre načrtujemo po vsej državi, čeprav mreža zdravnikov ni izdelana na nobenem nivoju. Prav tako še vedno ni standardov in normativov, ki so prav tako pomembni za načrtovanje kadrov. Toda v zadnjih 12 letih smo povečali število aktivnih zdravnikov za skoraj 50 odstotkov. Do leta 2020 pričakujemo neto priliv 1300 in do leta 2025 še 500 novih specialistov. Počasi prihajamo v obdobje z večjimi problemi, ko bo potrebno vse te naše mlade zdravnike tudi zaposliti ob precej sestradanem zdravstvu.

Interpelacija je politična realnost, toda ni najbolj smela rešitev. Nanjo nimamo vpliva. Stališče ZZS je dolgo znano, da zdravstvo ne sme postati predmet prestiža in spopada med političnimi strankami. V razgretem političnem ozračju brezplodnih debat in obtoževanja nikoli ne bomo dosegli razmer, ki bi omogočale reformo zdravstva. Naj sedaj politika odigra svojo priljubljeno predstavo zadnjih 15 let, medtem ko bomo v tem času tako v ZZS kot Domus Medica odprli vrata vsem z dobrimi nameni in znanjem pri iskanju najboljših rešitev za slovensko zdravstvo.

Z lepimi pozdravi

Andrej Možina



Odziv ZZS na Delov članek v Sobotni prilogi Roka, ki ziblje zibko (3. 9. 2016), avtorja Janeza Markeša

Komentar novinarja Janeza Markeša glede aktualnih razmer v zdravstvu zahteva nekaj bistvenih pojasnil. V odgovoru ni mogoče obrazložiti silno zapletene problematike v zdravstvu, sam prispevek g. Markeša pa kaže na to, da je zdravstveni sistem in delovanje zdravstva zahtevno področje, ki je dostikrat celo za poznavalce trd oreh in izziv, kako priti do sistema, ki daje uporabnikom zdravstvenih storitev najboljše možno zdravstveno varstvo, ob upoštevanju omejenih finančnih in drugih virov. Hkrati pa ne moremo mimo tega, da se zbornici in zdravništvu pripisujejo nekatera stališča in namere, ki jih v resnici nima. In na to želim opozoriti v tem kratkem pismu.

V resnici smo vse zdravniške organizacije kar precej enotne glede razmer v slovenskem zdravstvu, vzrokov za takšno stanje in tudi glede pobud za rešitev slovenskega zdravstva. Čeprav to ni naša prednostna naloga, smo pred tremi leti v zdravniških organizacijah (Zdravniški zbornici Slovenije, sindikatu Fides, Slovenskem zdravniškem društvu in Strokovnem združenju zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije) presodili, da so številni poskusi politike v desetih letih propadli že znotraj politike same in da ni na vidiku nobenih rešitev, ki bi bile malo bolj ambiciozne od kozmetičnih popravkov. Zato smo do ključnih strateških izzivov zdravstva zavzeli stališča in priporočila politiki za izboljšanje razmer. Nič več kot pobuda in dobri nameni, da priskočimo

politiki na pomoč kot najbolj odgovoren poklic v zdravstvu. Navsezadnje najbolj poznamo in občutimo (ob bolnikih, razumljivo) slabe in dobre lastnosti družbenega segmenta, ki najbolj zaznamuje državljane. Tudi aktualni ministrici smo ponujali sodelovanje in pomoč, večinoma zaman, čeprav smo že po zakonu dolžni in upravičeni aktivno sodelovati pri nastajanju vseh predpisov in planskih dokumentov v zdravstvu. To je bilo pogosto prezrto. Veliko je argumentiranih razlogov, zakaj smo v zdravniških organizacijah po obširnih razpravah prišli do spoznanja, da ministrici odrečemo zaupanje.

Nesrečni dogodek v Izoli je tragičen in je seveda vreden splošne obsodbe. Predsedniki zdravniških organizacij nikakor nismo želeli tragedije izkoriščati ne za sindikalni nespোরazum ne za uveljavitev kakršnih koli sistemskih nespোরazumov z ministrico, ki so v resnici številni in že dalj časa na sceni. V izjavah smo poudarili, da gre za dogodek, ki ga najverjetneje ni bilo mogoče preprečiti. Ko pa se je ministrica v celoti ogradila od sprožilnega dogodka (dolge čakalne dobe pri težki diagnozi) in številnih konfliktov med 200.000 čakajočimi bolniki in zdravstvenim osebjem, smo ponovno zaznali njeno politično preračunljivost in prelaganje objektivne odgovornosti za sistemsko anomalijo. Vse daljše čakalne dobe in številni problemi v zvezi z njimi so le del problemov v slovenskem zdravstvu.

Težko sprejemamo tezo g. Markeša o povezavah in skupni politiki NSi in zdravniških organizacij. Med politiko in zdravniškimi organizacijami ni nikakršnega usklajenega delovanja glede usode ministričinega političnega preživetja. Interpelacija je povsem politični instrument. Tako ZZS kot Fides imata redne stike, izmenjavo pogledov in posvetovanja z vsemi političnimi skupinami in njihovimi predsedniki.

ZZS sodeluje z vsemi reformnimi skupinami, ki si želijo dober javni zdravstveni sistem, in predvsem s tistimi, ki tudi nakažejo uresničljive rešitve. Kdor pozorno spremlja vse reformne skupine, bo našel vse širši skupni imenovalec, in kdor spremlja vse politične skupine, bo opazil velike spremembe v njihovih pogledih na zdravstvo. Stališče vseh zdravniških organizacij, da brez širšega političnega soglasja in sodelovanja javnosti zdravstvene reforme ne bo, je že dolgo znano.

Številni neodvisni poznavalci zdravstva in dobrih namenov iščejo rešitve tudi v okrilju Domus Medica in ZZS, zavedajoč se, da je to hiša bogatih znanj, izkušenj in iskrenih namenov reformirati zdravstvo predvsem v dobro bolnikov. Bolj ko tečejo poglobljene razprave o rešitvah med sicer različno mislečimi, tudi različnih političnih pogledov, bolj spoznavamo, kako naporna bo reforma zdravstva.

*Prim. Andrej Možina, dr. med.
Predsednik*

Za pomanjkanje zdravnikov ni kriva Zdravniška zbornica Slovenije

V zadnjem času je s strani ministrice za zdravje Milojke Kolar Celarc in s strani poslanske skupine SMC slišati trditev, da je za pomanjkanje zdravnikov kriva Zdravniška zbornica Slovenije. Ministrica

Kolarjeva je 23. avgusta na POP TV izjavila: »Danes sem slišala, da so za 50 procentov zmanjšali število urologov. Vemo pa, da razpisuje specializacije Zdravniška zbornica.«

Branko Zorman pa je 30. avgusta 2016 tudi na POP TV dejal: »Treba je slovenski javnosti povedat, da je eden izmed razlogov za dolge čakalne dobe tudi cel sistem, tako izobraževanja kot seveda podeljevanja in razpisovanja specializacij, za kar je absolutno odgovorna Zdravniška zbornica Slovenije in zdravniški ceh. Če bi oni v preteklosti opravljali svoje delo dobro, potem mi danes pomanjkanja zdravnikov ne bi imeli.«

Javnosti bi radi sporočili, da so izrečene trditve izjemno lažne in zavajajoče. Prelaganje odgovornosti na Zdravniško zbornico Slovenije je presenetljivo ob dejstvu, da nad sistemom razpisovanja bedi prav Ministrstvo za zdravje, ki k vsakokratnemu razpisu daje soglasje in zadnja leta tudi zelo aktivno sooblikuje število razpisanih specialističnih mest.

Sporočilo za javnost je objavljeno na spletni strani zbornice www.zdravniskazbornica.si.

Informacija o povečanju čakalnih dob

Čakalne dobe se povečujejo, ker se obseg storitev, ki ga ZZZS plačuje izvajalcem za zdravstvene storitve, ne povečuje dovolj oz. v skladu z naraščajočimi potrebami prebivalstva. Rešitev je v povečanju sredstev za zdravstvo in posledično povečanju obsega plačanih storitev, kjer so dolge čakalne dobe.

Primerjava podatkov o čakalnih dobah za obdobje od 2010 do 2015 pokaže, da se je število čakajočih pri vseh merjenih storitvah, ki so v letu

2015 imele največje število čakajočih, povečalo (to so MR, UZ srca, operacije krčnih žil, UZ trebuha, nevrološka elektrodiagnostika, operacija sive mreže).

V opazovanem obdobju se je najbolj povečala povprečna čakalna doba pri operaciji hrbtenice in posegih na sečevodu. Povprečna čakalna doba se je zmanjšala pri operaciji rame.

Število čakajočih je pri večini ambulant zelo naraslo (dermatološka ambulanta, kardiološka ambulanta, ambulanta za oralno kirurgijo, nevrološka ambulanta). Zmanjšalo se je število čakajočih pri okulistični ambulanti.

Vir: NIJZ, ZZZS

Spoštovane kolegice in kolegi,

nenadoma in mnogo prezgodaj nas je doletela žalostna novica o tragični izgubi našega kolega Guillerma Martineza - Mema. Težko je razumeti nesmiselnost ravnanja, ki je pripeljalo do tega, da sta sinova pri 5 oz. 3 letih ostala brez ljubečega očeta, njuna mama pa brez dragega moža. Vsem, ki so nam bili Memo in njegova družina blizu, je neizmerno hudo.

Našega kolega ni več, vendar smo se z dovoljenjem družine odločili, da s pozivom vsem kolegicam in kolegom poskusimo olajšati finančno negotovost mlade družine, ki je ostala brez glavnega skrbnika.

Na vas naslavljamo prošnjo, da po svojih najboljših močeh prispevate sredstva na:

TRR številko: SI56 10100-0007962628, TRR odprt pri Banki Koper, d.d.

Upravičenka: Maša Šukunda

Naslov: XXXXX

Pošta: XXXX XXXXX

Namen: Pomoč družini

Koda: OTHR

Opomba: Če fizična oseba obdaruje drugo fizično osebo, se takšno darilo ne obdavči, razen če presega 5.000 EUR (darila, prejeta od istega darovalca v 12 mesecih, se seštevajo). Če pravna oseba (zasebnik ali podjetje) daruje fizični osebi, se to obravnava kot darilo in bo obdavčeno z dohodnino. Od tega zneska mora darovalec plačati akontacijo dohodnine (25 %).

Razširjeni samomori

Dr. Robert Oravec, dr. med., Psihiatrična bolnišnica Ormož

robert.oravec@amis.net

Pred leti je profesor Antonio Preti opozoril na pojav, ki je znan kot samsonski samomor. Pojem je prvič uporabil antropolog Jeffreys že v petdesetih letih, in sicer kot pojasnilo posebnih samomorilnih ritualov naravnih ljudstev v Polineziji. Svetopisemski lik Samsona se v tem pojmu navezuje na posebno obliko samomora, ki nosi v sebi nedvoumne oblike sovražnosti in maščevalnosti.

Po tem, ko so Filistejci ujeli Samsona, judovskega junaka, ga osepili in pripeljali v svoj tempelj, je podrl nosilna stebra templja, tako da so ga ruševine pokopale pod sabo skupaj s številnimi Filistejci.

Jeffreys je samsonski samomor (Samsonic suicide) uporabil pri opisu samomorilnega rituala, ko pred dejanjem samomorilec javno označi odgovornega za svoje dejanje, s čimer spodbudi svoje sorodstvo, da se maščuje za njegovo ali njeno smrt.

Danes temu pojavu rečemo »samomor s sovražnim namenom«. Čeprav antropologi ta pojav opisujejo v domorodnih skupnostih, ugotavljamo, da so elementi sovražnosti in maščevalnosti prisotni tudi v vzorcih poslovnih in evropskem prostoru.

Profesor Preti s pomočjo pojma samsonski samomor razlaga motivacijo samomorilskih napadalcev in storilcev strelskih pohodov. Samsonski samomor je namreč le posebna oblika razširjenega samomora. Čeprav so po Shneidmanu vsi samomori motivirani s hudo, neznosno psihično bolečino, pri razširjenem samomoru ni možno prezreti močnih čustev, kot so jeza, sovražnost in maščevalnost.

O razširjenem samomoru lahko govorimo tudi v tistem primeru, ko si storilec po umoru ali strelskem pohodu ne sodi sam, temveč se izpostavi na takšen način, da pade pod streli policije.

Dejanja, ko nekdo vzame s seboj v smrt tudi svoje sovražnike, se tekom zgodovine pojavljajo vsake toliko časa. Nekatera so označena kot junaška dejanja, poveljevana s strani oblasti ali kulture. Bartol ostroumno opisuje vzorce, s pomočjo katerih lahko mladega človeka pripravijo do tega, da se žrtvuje za nekoga ali nekaj. Maščevanje, poplačilo trpljenja je vsekakor eden od teh vzorcev.

Na medmrežju sem zasledil obsežen zapis streljanj in umorov v ameriških šolah in presenečen ugotovil, da se takšni dogodki vrstijo že od konca 19. stoletja. Med opisom dogodkov je močno prisoten motiv maščevanja za trpinčenje in poniževanje.

V 90. letih prejšnjega stoletja postajajo ti strelski pohodi vedno bolj odmevni, predvsem zaradi stopnjevanja nasilnosti, večanja števila žrtev in ne nazadnje tudi zaradi pogostosti teh dogodkov. Med prebiranjem poročil ni možno ne opaziti, da se ti dogodki vedno bolj pogosto končajo s smrtjo storilcev, naj bo to samomor ali dejanje policistov. Te smrti niso naključne, temveč pričakovane in načrtovane s strani storilcev.

Michael Moore se je v svojem dokumentarcu »Bowling for Columbine« obsežno posvetil pojavu strelskih pohodov po šolah in pokazal na srhljivo liberalen odnos do orožja, obenem pa je nakazal tudi posebnosti ameriške kulture, ki posameznika usmerja k nasilnemu reševanju konfliktov.

Ob koncu 90. let se je poleg strelskih pohodov – razširjenih samomorov začel nov pojav. Sprva na bližnjem vzhodu se na izraelskih avtobusih začnejo razstreljevati mladi Arabci z imenom boga na ustih. Po začetku druge zalivske vojne se samomorilski napadi razširijo na celotno območje, kasneje pa tudi na Evropo.

Vsi ti dogodki, predvsem strelski pohodi in v zadnjem času tudi teroristična dejanja, zbujejo močno medijsko zanimanje. Podrobno se opisujejo dogodki, čustva preživelih svojcev, življenjske zgodbe storilcev, velikokrat se razkriva njihovo trpljenje, neodzivnost oblasti in institucij. Komunikacijska revolucija je prispevala k temu, da se v realnem času soočamo z dogajanjem kjerkoli na zemeljski obli. S tem se ti pojavi, značilni za neko kulturo, globalizirajo, postanejo predmet razmišljanja, se uvrstijo med možne strategije spopadanja z nekim problemom.

Na razraščanje razširjenih samomorov smo v slovenskem prostoru postali pozorni tekom preteklega desetletja. Vedno bolj pogosto se zgodi, da storilci po storjenem nasilnem dejanju storijo samomor ali se izpostavijo krogam policije. Celó v primerih, ko se nasilen dogodek

konča z aretacijo, so prisotni znaki, ki kažejo na to, da je storilec načrtoval ali celo izpeljal samomorilni poskus.

Z redkimi izjemami, kot je umor delodajalca in njegovega sina s strani na smrt bolnega odpuščenega delavca, so bila ta dejanja usmerjena na člane družine, predvsem na partnerke. Čeprav se Slovenija lahko pohvali z nizkim številom umorov, prepletanje samomorilnega vzorca z umorom predstavlja tveganje za povečevanje števila hudih nasilnih dejanj, storjenih v škodo drugih oseb.

Storilci so večinoma starejši ali vsaj precej starejši od svojih žrtev, neredko tudi zasvojeni z alkoholom, telesno bolelni in socialno šibkejši, neuspešni. Medtem ko je bil samomor pred začetkom družbenega prehoda razširjen po vseh družbenih slojih, zdaj opažamo, kako se vedno več samomora koncentrira na družbenem robu, med osebami, ki jih je življenje iz takšnega ali drugačnega razloga povozilo.

Gostilniška subkultura je postala pomembno gojišče sovražnosti in jeze proti vsem tistim, ki so uspešni, premožni, dobro prilagojeni. V to kategorijo sodijo bivši delodajalci, politiki, subjekti pravosodnega sistema ter zadnje čase očitno tudi mi, zdravniki. Posebno kategorijo predstavljajo ženske, ki niso več pripravljene prenašati nasilja in poniževanja.

Gostilniška subkultura se redi na medijskem poročanju, na rumenem tisku, kot so Slovenske novice, in predvsem na izpovedih posameznih pripadnikov te subkulture. Ob tem pa so zagotovo pomembna tudi spoznanja oz. poročanje o nepravilnosti družbe, o slabem funkcioniranju pravosodnih in drugih institucij, o nedotakljivosti politične in gospodarske elite. Pri tem gre seveda za izmaljeno predstavo o stvarnosti, ki ni zmožna upoštevati elementov družbene realnosti.

Če posedimo v kakšni vaški oštariji, bomo hitro soočeni z izrazito negativno naravnano miselnostjo, z elementi sovražnosti in izražanjem nasilnih namenov kot možnega

načina reševanja konfliktov. Osebe, ki so prepojene s to miselnostjo in pogosto tudi alkoholno spremenjene, postanejo izrazito dojemljive do teh vsebin in vzorcev. Družbena izključenost teh posameznikov je pomemben element njihove odtujenosti od tiste stvarnosti, ki se konstruira na osnovi izkušenj realnih družbenih odnosov.

Odmevna in pogosto tudi pri-stranska poročila o nasilnih dogodkih spodbujajo nastanek Wertherjevega efekta, ki je v suicidologiji dobro znan. To ni značilno le za klasične oblike samomora, v smislu povečevanja samomorov z enakimi motivi in storjenih na enak način, temveč tudi v smislu povečevanja posebnih oblik samomorilnih dejanj, kot so razširjeni ali samsonski samomori.

Razširjeni samomori, pojav kombinacije umora in samomora, zagotovo predstavljajo pomemben znak spremembe samomorilnega diskurza v Sloveniji. V teh dejanjih so prisotni pomembni elementi prizadetosti in obenem tudi jeze ter potrebe po maščevanju. Vzrok za trpljenje se preusmerja iz duševnosti samomorilnega posameznika v osebe, ustanove, družbene subjekte, ki se prepoznava-jo kot legitimni povzročitelji posameznikovega trpljenja. Družbeni diskurz, ki se oblikuje v medijih ter v kulturnih produktih določenega družbenega sloja, lahko »potrdi« razširjeni samomor kot primeren vzorec za reševanje trpljenja, prizadetosti in ponižanja. Storilca se ne označi kot nekaj negativnega, temveč se ga celo gratificira. Po smrti zgodbe, ki se ustvarijo v družini, skupnosti, določeni subkulturi, opravičujejo ali celo povečujejo njegovo dejanje.

Kot se lahko razkrije iz aktualnih, na žalost izredno tragičnih dogodkov, je zelo pomembno razumeti proces transformacije zamer, jeze, prizadetosti posameznika, ki nastane zaradi družbenih razmer, v nasilen odnos do posameznika, ki predstavlja določeno institucijo, vejo oblasti ali politično opcijo.

V ženski, ki se zateče v varno hišo, v policistu, ki posreduje zoper nasil-

neža, v zdravniku, ki ne more nuditi, kar pacient pričakuje, v psihiatru, ki se odloči za prisilno hospitalizacijo, v delodajalcu, ki pristane na koncu verige plačilne nediscipline, prizadeti posameznik prepozna odtujenost družbe, pomanjkanje razumevanja, človečnosti in pravičnosti.

Medijska poročanja o tragičnih dogodkih v Izoli izpostavljajo motenost in kriminaliziranost storilca. Le pogovor s sovaščani in sorodniki razkriva, kako se je ta nesrečen človek že dlje časa spopadal s hudo čustveno stisko, osamljenostjo in najbrž tudi s strahom pred smrtjo, saj je bolehal za maligno boleznijo.

Izjava ministrice, s katero zanika vpliv dolgih čakalnih vrst na tragičen razplet, je brez posebne vrednosti. Človek, ki se sooča z maligno boleznijo, pričakuje takojšen, strokoven in učinkovit poseg, zdravljenje in predvsem primeren človeški odnos, podporo in razumevanje.

Sprašujem se, koliko slovenskih bolnišnic je danes brez psihologa in psihiatra, ki bi bil dostopen za osebe in paciente takrat, ko so ti potrebni pomoči. Ali je na razpolago strokovno usposobljena oseba, ki bi pomagala svojcem umirajočih ter žalujočim?

Pri razraščanju nasilja in samouničevalnosti gre vedno za boj med Erosom in Tanatosom, ljubeznijo in smrtjo. V ta odnos je možno poseči le s humanizacijo naše družbe in naših ustanov.

Varnostniki, gumijevke, vojaški škornji, orožje in detektorji kovin zbujajo le nezaupanje in so zrcalo odtujenosti ustanov od uporabnikov, državljanov, soljudi. Demonstracija nasilja zbujajo le nasilje in odpor.

»Mini koncentracija, maxi komplikacija«

Prim. dr. Alenka Trop Skaza, dr. med., NIJZ, Območna enota Celje

Alenka.skaza@nijz.si

Pred dnevi sem v medijih zasledila novico, da bo italijansko Združenje zdravnikov kaznovalo kolege, ki odsvetujejo cepljenje. Kazen bo lahko tudi odvzem licence, disciplinski postopki zoper posamezne zdravnike že potekajo. V združenju menijo, da gre za kršenje kodeksa medicinske deontologije.

V zadnjih letih so italijanska sodišča posameznikom, ki so tožili državo zaradi domnevnih posledic cepljenja, prisodila odškodnine. Pri razsodbah so se sodišča opirala na mnenja posameznih zdravnikov, ki so (bila) v nasprotju z znanstvenimi dokazi. V letu 2014 je sodišče v civilni tožbi družine dečka z avtizmom tožnikom dosodilo 250.000 evrov odškodnine. Dokazov o dejstvu, da avtizem ni povezan s cepljenjem, je veliko.

Združenje opozarja na razkorak med pravosodjem in znanostjo ter poziva sodnike, da v svojih sodbah s področja medicine upoštevajo znanstvena dognanja.

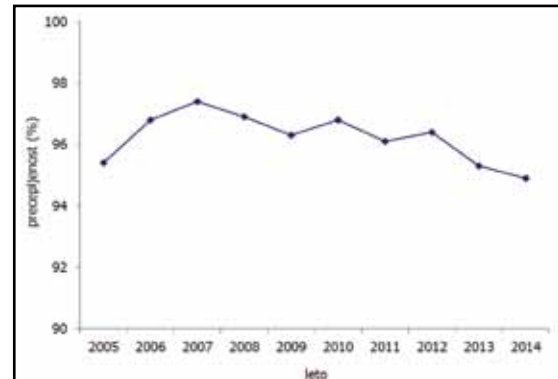
Odmerki cepiv so običajno od 0,5 do 1 ml. Cepiva vsebujejo zdravilno učinkovino (antigen), pomožne snovi, ki podpirajo učinek cepiva, in snovi v sledovih. Z rednim cepljenjem je večina oseb prav zaradi cepiv zaščitena pred nalezljivimi boleznimi. V praksi lahko »maksi« komplikacijo za dovzetno osebo predstavlja sama nalezljiva bolezen, po drugi strani pa so predvsem pediatri in šolski zdravniki zaradi obveznega cepljenja pod vsakodnevnim stresom zaradi številnih vprašanj staršev o cepivih. Z njihovimi odgovori starši največkrat niso zadovoljni, čeprav so zdravniki opravili svojo pojasnilno dolžnost. V večini primerov čas pokaže, da so starši nasprotniki cepljenja.

Vprašanj glede živega srebra v cepivih je glede na dejstvo, da so v

Sloveniji vsa cepiva brez tiomersala, vse manj. Drugače je glede aluminija, ki ga vsebuje večina inaktiviranih cepiv v običajni koncentraciji 0,5 mg/odmerek. Zanimivo je, da otroci v prvih šestih mesecih prejmejo približno 10 mg aluminija iz materinega mleka in od 40 do 120 mg aluminija, če so hranjeni z mlečnimi formulami. Količina aluminija v cepivih je tako majhna, da po cepljenju ne pride do pomembne spremembe v koncentraciji aluminija v krvi.

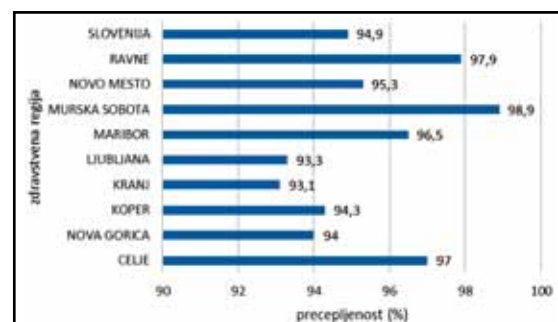
Hrana je glavni vir vnosa aluminija v telo. Izmerjene koncentracije aluminija v nepredelanih živilih so manj kot 0,1 mg/kg v jajcih, jabolkah in surovem zelju, do 4,5 mg/kg v čaju. Precej višje koncentracije so izmerili v industrijsko predelanih živilih, v katerih so aluminijeve soli dodane kot aditivi za živila. Pomemben vir izpostavljenosti aluminiju so tudi zdravila (npr. antacidi) in kozmetični izdelki (npr. antiperspiranti). Ker je poletje čas piknikov, je zanimiv tudi podatek, da pečenje mesa v aluminijasti foliji poveča sproščanje aluminija tudi do 5-krat v primerjavi s peko brez folije. Tedenska meja izpostavljenosti aluminiju je 2 mg/kg telesne teže.

Dejstvo je, da je v Sloveniji cepljenje proti nekaterim nalezljivim boleznim obvezno. Dejstvo tudi je, da se ta obveznost ne izpolnjuje in da se po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje deleži cepljenih otrok v rojstnih kohortah znižujejo¹ (Slika 1).



Slika 1. Delež cepljenih predšolskih otrok proti davici, tetanusu, oslovskemu kašlju, otroški paralizi, hemofilusnemu meningitisu tipa B v Sloveniji od leta 2005 do 2014.

Deleži cepljenih predšolskih otrok v letu 2014 proti naštetim nalezljivim boleznim se razlikujejo tudi med posameznimi regijami (Slika 2).



Slika 2. Delež cepljenih predšolskih otrok proti davici, tetanusu, oslovskemu kašlju, otroški paralizi, hemofilusnemu meningitisu tipa B v slovenskih regijah v 2014.

¹ Nacionalni inštitut za javno zdravje. Analiza izvajanja imunizacijskega programa 2014. Dostopno na spletnem naslovu: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/porocilo_cepljenje_2014.pdf.

Velikokrat se osebe oz. starši otrok, ki cepljenje zavračajo, sklicujejo na to, da z odklonitvijo cepljenja ne ogrožajo nikogar, saj je cepljenih večina ljudi. S cepljenjem vsaj od 90 do 95 odstotkov se vzpostavi kolektivna imunost. S tem so zavarovani tisti, ki zaradi kontraindikacij ne smejo biti cepljeni, in posamezniki, pri katerih cepljenje ni bilo uspešno. Zanimivo je, da se starši, ki odklanjajo cepljenje,

odločijo za cepljenje svojega otroka proti tetanusu, če se otrok poškoduje in zaradi poškodbe obstaja tveganje za okužbo.

Ko v kolektive vstopajo necepljeni otroci, pri katerih starši iz različnih razlogov cepljenja nočejo opraviti, se poraja vprašanje, ali imajo starši redno cepljenih otrok pravico, da izvedo, da so skupaj z njihovim malčkom tudi necepljeni otroci.

Kakšno je sicer intimno prepričanje zdravnikov o cepljenju, posredno pokaže cepljenje nas samih, vključno s cepljenjem proti gripi ter cepljenjem družinskih članov proti rotavirusni okužbi, humanim papilomavirusom (HPV), pnevmokoknim okužbam, klopnemu meningoencefalitisu.

Ostala literatura je na voljo pri avtorici.

Spremljanje neželenih dogodkov v povezavi z živili/prehranskimi dopolnili – nutrivigilanca

Dr. Urška Blaznik, univ. dipl. kem., Nacionalni inštitut za javno zdravje

Mag. Martina Puc, mag. farm., spec., MBA, Inštitut za raziskave in razvoj kakovosti

Mojca Triler, univ. dipl. inž. živil. tehnol., MZ RS, Direktorat za javno zdravje

Dr. Marjeta Recek, univ. dipl. ing. živil. tehnol., MZ RS, Direktorat za javno zdravje

uraska.blaznik@nijz.si, martina.puc@irrk.si, mojca.triler@gov.si, marjeta.recek@gov.si

Uvod

Od živil pričakujemo, da so varna za uživanje. Pa vendar pri posameznikih zaznavamo mikrobiološke okužbe, alergije v povezavi s hrano, pa tudi bolj ali manj resne dogodke ali stanja, ki jih lahko pripišemo škodljivemu delovanju sestavin živil, na kar vplivajo tudi prehranjevalne navade in življenjski slog posameznika. Ključna je ugotovitev, da je posameznik v sodobnem okolju slabo poučen o zdravih izbira živil, izpostavljen številnim informacijam in prepuščen svojim stiskam tudi v primeru, ko izkusi neželeni dogodek v povezavi s hrano. Prepoznavanje akutnih, predvsem pa kroničnih težav, ki bi jih bilo možno povezati z določenimi sestavinami živil pri obravnavanih bolnikih, je nizko tudi pri zdravstvenih delavcih. Od leta 2015 predstavlja strateški okvir za številne ukrepe za zmanjševa-

nje zastrupitev in bolezni, povzročenih s hrano, Resolucija o Nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015–2025, ki jo je pripravilo Ministrstvo za zdravje v sodelovanju z drugimi resorji, stroko in nevladnimi organizacijami, potrdil pa jo je Državni zbor. Eden od pomembnih ukrepov resolucije je vpeljava sistema nutrivigilance v Sloveniji.

Nutrivigilanca je podobno kot farmakovigilanca ali vigilanca medicinskih pripomočkov sistem poročanja o neželenih učinkih oz. dogodkih, le da je pri nutrivigilanci predmet poročanja živilo oz. živilska sestavina. Poročanje tudi ni omejeno zgolj na zdravstvene delavce, pač pa na vse deležnike, ki so v stiku z neželenim dogodkom. Med živili je verjetnost tveganja za neželeni dogodek povečana pri prehranskih dopolnilih¹, obogatenih živilih² in novih živilih³.

Nutrivigilanca je pomemben del obveščanja o tveganjih, ki je poleg ocene tveganj⁴ in njihovega obvlado-

- 1 »Prehranska dopolnila« so živila, ki so zgoščeni oz. koncentrirani viri hranil ali drugih snovi s hranilnim ali fiziološkim učinkom in so namenjena dopolnjevanju običajne prehrane. Tržijo se v obliki tablet, kapsul, praškov, tekočin in v drugih podobnih oblikah, da se jih lahko uživa v odmerjenih majhnih količinskih enotah.
- 2 »Obogatena živila« so živila, ki so jim dodani vitamini, minerali ali druge snovi s hranilnim učinkom.
- 3 »Nova živila« so živila in živilske sestavine, ki se niso v pomembnem obsegu uporabljale v prehrani ljudi na območju Evropske unije v vsaj eni izmed držav članic pred 15. majem 1997.
- 4 Ocena tveganja je proces na znanstveni podlagi, sestavljen iz prepoznavanja nevarnosti, opredelitve nevarnosti, ocene izpostavljenosti in opredelitve tveganja.

vanja⁵ sestavni del analize tveganj pri živilih (1). Nutrivigilanca ne vključuje epidemiološkega spremljanja nalezljivih bolezni v povezavi z živili, saj so te že del vzpostavljenih mrež, podprtih z laboratorijsko diagnostiko (2).

Sistem nutrivigilance

Da prihaja do neželenih dogodkov pri uživanju živil, je prva opozorila Francija, ki je že leta 2009 uvedla sistem njihovega spremljanja in ga poimenovala »nutrivigilanca«. Do leta 2013 so na francoski agenciji za zdravje in varnost hrane, okolja in dela ANSES (Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail) zabeležili 1565 poročil o neželenih dogodkih. Večina njih (76 odstotkov) je bila povezana s prehranskimi dopolnili, 24 odstotkov je bilo povezanih z obogatnimi živili ali živili za posebne prehranske namene, 16 odstotkov prijav so predstavljale energijske pijače. Več kot tretjina poročenih dogodkov s prehranskimi dopolnili je bila povezana z izdelki za zmanjševanje telesne teže, zdravje las ali zniževanje holesterola. Poročani neželeni učinki so najbolj pogosto opisovali težave z jetri, prebavnim sistemom in alergije (3).

S koordinacijo Evropske agencije za varnost hrane (EFSA) je k sistemu nutrivigilance pristopila večina držav članic EU, konec leta 2014 tudi Slovenija (4). Vključitev je za nas pomembna zaradi porasta ponudbe in uporabe prehranskih dopolnil v zadnjih letih, prisotnosti farmakoloških aktivnih snovi v prehranskih dopolnilih in zaradi povečanja ter nesistematičnega zbiranja prijav o neželenih dogodkih in povezavi s prehranskimi dopolnili

in drugimi živilskimi izdelki. Način zbiranja in spremljanja poročil o neželenih dogodkih se med državami razlikuje glede na že vzpostavljene sisteme v državah. V Franciji npr. je poročanje za zdravnike družinske medicine zakonsko obvezno, medtem ko v večini ostalih držav ostaja prostovoljno in odprto za vse poročevalce.

Nutrivigilanca v Sloveniji je zasnovana na več ravneh in vključuje več deležnikov, pri čemer ima Nacionalni inštitut za javno zdravje, s podporo Ministrstva za zdravje, postavitveno in povezovalno vlogo. Ravni spremljanja neželenih dogodkov v povezavi z živili si sledijo od prepoznavanja potencialnih virov neželenih dogodkov (živila, ki niso varna), preko poročil o blažjih simptomih, ki jih zaznajo potrošniki, do poročil o resnih in zelo resnih primerih neželenih dogodkov, ki so obravnavani v zdravstvenem sistemu.

Ena od osnovnih zahtev živilske zakonodaje je, da morajo biti vsa živila dana na trg varna, kar se preverja v okviru uradnega nadzora, ki ga opravljata Zdravstveni inšpektorat RS (organ v sestavi Ministrstva za zdravje) ter Inšpekcija za varno hrano, veterinarstvo in varstvo rastlin (Uprava za varno hrano, veterinarstvo in varstvo rastlin).

Živila, vključno s prehranskimi dopolnili, ki niso skladna z živilsko zakonodajo in/ali predstavljajo tveganje za zdravje ljudi (niso varna), so predmet evropskega sistema hitrega obveščanja RASFF (Rapid Alert System for Food and Feed). Preko nacionalne kontaktne točke, ki je na Upravi Republike Slovenije za varno hrano, veterinarstvo in varstvo rastlin, tečejo aktivnosti za zagotavljanje varstva potrošnikov. V letu 2015 je bilo v okviru RASFF notificiranih 76 vzorcev živil, ki smo jih v Sloveniji zaznali kot tveganje za zdravje potrošnikov (5). Sistem na ravni živil deluje tako, da večina od teh izdelkov sploh ne pride v stik s potrošniki, ker so presojani in umaknjeni ali zavrženi še pred vstopom na trg.

Živilo, ki ni varno, je prav gotovo potencialni vir škodljivih učinkov na zdravje ljudi. Obstaja pa tudi verjetnost zlorab, pretiranega uživanja, nepravilnega uživanja, kombiniranja z zdravili in neželenih dogodkov, ki niso posledica samega izdelka, pač pa načina uporabe. Poročani primeri neželenih dogodkov so tako kombinacija obeh možnosti in ne vemo, v kolikšnem deležu neželeni dogodek pripisati izdelku oz. nepravilni uporabi. Zato je ob poročanju treba pridobiti veliko informacij.

Večinoma so neželeni dogodki take narave, da se tisti, ki ga izkusijo, običajno ne odločijo za obravnavo pri zdravniku (npr. izpadanje las, blagi glavoboli, prehodna slabost, napih-njenost, zaprtje).

»Gospa, 60 let, poroča: »Začelo me je skrbeti, z možem že nekaj časa jemljeva tri različne preparate dnevno. Za srce. Mož se slabo počuti, jaz imam spremenjeno prebavo.«

O neželenem dogodku poročajo posamezniki (potrošniki) oz. njihovi svojci sami, pa tudi proizvajalci, distributerji, trgovci. Poročanje teče preko spletnega obrazca na spletni strani Nacionalnega inštituta za javno zdravje, lahko pa je del uradnih prijav Zdravstvenemu inšpektoratu RS ali prijav v druge vigilančne sisteme (npr. farmakovigilance).

Poročila o resnejših primerih neželenih dogodkov pričakujemo od zdravnikov, lekarnarjev in drugih strokovnih zdravstvenih delavcev. Prostovoljno poročanje trenutno še teče preko spletnega obrazca, v prihodnosti pa upamo, da bo potekalo z za to skupino prilagojenimi aplikacijami. Zelo resne dogodke (akutne ali kronične zastrupitve) sicer že obravnavajo na Centru za klinično toksikologijo in farmakologijo, kar je najvišja raven nutrivigilance. Primere na Centru vodijo v Registru zastrupitev Republike Slovenije, s pripravljeno podatkovno strukturo tudi za živila.

»Primer poročila Francija (Nutrivigilance Newsletter, št. 16, januar 2016) – Kategorija: hujšanje; Glavne sestavine: *Linum usitatissimum*,

5 Obvladovanje tveganja je proces presojanja s posvetovanjem zainteresiranih strani o različnih možnostih sodelovanja ob upoštevanju ocene tveganja in drugih upoštevanja vrednih dejavnikov in po potrebi izbor primernih možnosti za preprečevanje in nadzor tveganj.

Rosmarinus officinalis, Fagopyrum esculentum, Vitis vinifera; Spol: ženska; Starost: 55; Neželen dogodek: anafilaksa; Komentar: zelo verjetna povezava.»

Prehranska dopolnila in tveganja za zdravje

Prehranska dopolnila pri nutrivigilanci posebej izpostavljamo, saj so v zadnjem desetletju iz različnih razlogov med ljudmi vedno bolj zaželena oblika skrbi za zdravje. V osnovnem namenu dopolnjujejo običajno prehrano. Z njimi lahko hitro vplivamo na prehranski status posameznika, populacije ali populacijske podskupine (npr. nosečnic) (6). Razen prepoznanih pomanjkanj hranil pri posameznikih, uporaba prehranskih dopolnil ob zdravi in uravnoveženi prehrani ni potrebna ali priporočljiva (7). Pa vendar so prehranska dopolnila široko dostopna, od običajnih trgovin, lekarn, specializiranih trgovin do športnih centrov in predvsem spletne ponudbe. Kanali za distribucijo se spreminjajo in prilagajajo potencialnim kupcem, tako da vedno bolj neposredno nagovarjajo posameznika, npr. preko socialnih omrežij in elektronske pošte. Sporne so predvsem informacije o teh izdelkih in njihovih sestavinah, njihovo razumevanje in tolmačenje. V medijih kot viru informacij npr. avtorji prispevkov o prehranskih dopolnilih pogosto niso navedeni (8), pri čemer se objavljajo populacijski nasveti brez individualne obravnave posameznikovega življenjskega sloga, brez opozoril o seštevanju vnosov, morebitnih interakcijah z zdravili ipd. Ob tem se kljub prepovedi uporabe nedovoljenih zdravstvenih trditev prehranska dopolnila predstavljajo kot podpora ali celo zdravila za vse bolezni, kot učinkovit nadomestek za nezdrav življenjski slog in kot nujno potrebna za življenjski slog posameznika. Zelo redko so prehranska dopolnila opremljena z opozorili glede možnih zapletov ali prepovedi uživa-

nja za določene populacijske skupine (9).

Čeprav večina uporabnikov zaznava prehranska dopolnila kot varna ali neškodljiva, tveganja za neželene učinke obstajajo. Pričakujemo jih lahko predvsem zaradi dveh razlogov. Prvi je prekomeren vnos hranil v daljšem časovnem obdobju. Drugi (novejši) vzrok tveganj pa predstavljajo (zdravilne) rastline kot sestavine prehranskih dopolnil. Njihova pojavnost na trgu EU narašča. Raziskava v okviru evropskega projekta PlantLIBRA med 2359 odraslimi prebivalci Finske, Nemčije, Italije, Romunije, Španije in Velike Britanije se je osredotočila na škodljive učinke med jemanjem prehranskih dopolnil z (zdravilnimi) rastlinami. Preiskovanci so poročali o 144 primerih neželenih učinkov v prebavnem, srčno-žilnem in živčnem sistemu. Največ (8) je bilo povezanih z baldrijanom (*Valeriana officinalis*), s sedmimi primeri sledi čajevec (*Camellia sinensis*), s šestimi primeri ginko (*Ginkgo biloba*) in gvarana (*Paullinia cupana*) ter s petimi poročanimi primeri vrste ameriškega slamnika (*Echinacea angustifolia/purpurea*), oljke (*Olea europea*), rdečega riža (*Oryza sativa* + *Monscus purpureus*) in kitajskega ginsenga (*Panax ginseng*) (10). Resni zapleti so redki, večina težav izzveni po prenehanju jemanja, zato se primeri redko pojavijo v registrih Centrov za zastrupitve. V okviru projekta PlantLIBRA so raziskovalci pregledali podatke izbranih evropskih in brazilskega Centra za zastrupitve za obdobje 2006 do 2010. Kriterijem je ustrezalo 75 primerov, 76 odstotkov je bilo povezanih s prehranskimi dopolnili, v 24 odstotkih je bila rastlina zaužita kot običajno živilo. Pri večini primerov so bili opisani blažji simptomi, pet je bilo zelo resnih. Rastline, povezane s primeri, so bile že omenjene rastline baldrijan (*Valeriana officinalis*), čajevec (*Camellia sinensis*), gvarana (*Paullinia cupana*) in kitajski ginseng (*Panax ginseng*), poleg njih pa še navadna melisa

(*Melissa officinalis*), zdravilna pasijonka (*Passiflora incarnata*), poprova meta (*Mentha piperita*), sladki koren (*Glycyrrhiza glabra*), mate (*Ilex paraguariensis*) in grenka pomaranča (*Citrus aurantium*) (11). Čeprav imajo same rastline lahko dolgo zgodovino uporabe, pa je zelo malo znanega o varnosti ter tveganjih in koristih zaužitih koncentriranih oblik teh rastlin (npr. izvlečkov) in njihovem dolgotrajnem jemanju.

Raziskovanje pogostosti in navad uživanja prehranskih dopolnil v populaciji je sicer bolj kompleksno v primerjavi z ostalimi živili, saj jih ljudje pogosto dojemajo kot zdravila, jih z zdravili zamenjujejo in/ali o njihovem jemanju ne poročajo. Nekaj nacionalnih podatkov kljub temu imamo, in sicer raziskovalci Biotehniške fakultete Univerze v Ljubljani ugotavljajo, da skoraj 20 odstotkov mladostnikov uživa vsaj eno prehransko dopolnilo, najbolj pogosto so to multivitaminske tablete (12). Navadam in zaužiti količini ter vrsti prehranskih dopolnil pri prebivalcih Slovenije se bo bolj podrobno posvetila nacionalna prehranska raziskava »EU Menu Slovenija« v letu 2017 (13). Zanimivo je, da po rezultatih ankete, ki je bila izvedena v Lekarni Ptuj leta 2012 (grafični prikaz 1), pri jemanju prehranskih dopolnil več kot četrtina uporabnikov prehranskih dopolnil ne upošteva navodil proizvajalcev (14).

Zaradi najboljše prilagoditve načina poročanja v sistem nutrivigilance je pomembna informacija o tem, kje se ljudje oskrbujejo s tovrstnimi izdelki. Raziskava javnega mnenja o prehranskih dopolnilih, ki jo je Ministrstvo za zdravje izvedlo leta 2010, kaže, da 51,2 odstotka anketiranih kupuje prehranska dopolnila v lekarnah (15). Tudi zato ni zanemarljiv podatek, da 30 odstotkov tistih, ki so se odzvali na anketo, ki jo je Inštitut za raziskave in razvoj kakovosti (IRRK) letos aprila in maja izvedel med slovenskimi lekarnami, meni, da bi zdravnik lahko imel večjo vlogo pri jemanju prehranskih dopol-

nil oz. bi moral vedeti, katera prehranska dopolnila uživa pacient (16). Po podatkih prej omenjene raziskave javnega mnenja imajo pri 59 odstotkih tistih, ki uživajo prehranska dopolnila, pomembno vlogo priporočila sorodnikov, prijateljev in znancev, pri 42 odstotkih pa tudi priporočila zdravnika ali farmacevta.

Zakaj in kako poročati o neželenem dogodku?

K poročanju z različnimi aktivnostmi spodbujamo posameznike (kot uporabnike, starše, svojce), zdravnike in druge zdravstvene delavce, npr. lekarnarje, prodajalce in druge nosilce živilske dejavnosti, skratka vse, ki se srečajo z neželenim dogodkom, ki bi ga lahko povezovali z živili oz. prehranskimi dopolnili. Vsako poročilo na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje obravnavamo po vzpostavljenem protokolu in se glede na resnost dogodka, sestavo izdelka, ujemanje oz. podobnosti dogodka z že prejetimi poročili odločamo o najbolj primerni obliki komunikacije s strokovno in splošno javnostjo. O sestavinah živil, ki so lahko vir tveganja, potrošnike in vse zainteresirane obveščamo preko spletnih strani <http://www.nijz.si/sl/nutrivigilanca>.

Poročanje o neželenem dogodku je možno preko spletnega obrazca ali s pošiljanjem izpolnjenega obrazca po elektronski pošti ali pisemski pošti (17).

Nekaj preliminarnih podatkov

Če pogledamo opisne podatke od vzpostavitve sistema februarja 2016 do priprave tega prispevka (junij 2016), lahko navedemo:

- 333 obiskov spletne strani,
- 99 obiskov spletnega obrazca,
- 13 delno izpolnjenih anket,
- 5 končanih anket,
- 2 primera povezana s prehranskimi dopolnili za hujšanje (isti proizvajalec),

- 1 primer povezan s prehranskimi dopolnili s silicijem in nalaganjem kalcija,
- 1 primer povezan s sočasno uporabo več različnih prehranskih dopolnil,
- 1 primer težav s prebavo brez navedbe konkretnega izdelka.

Zaključek

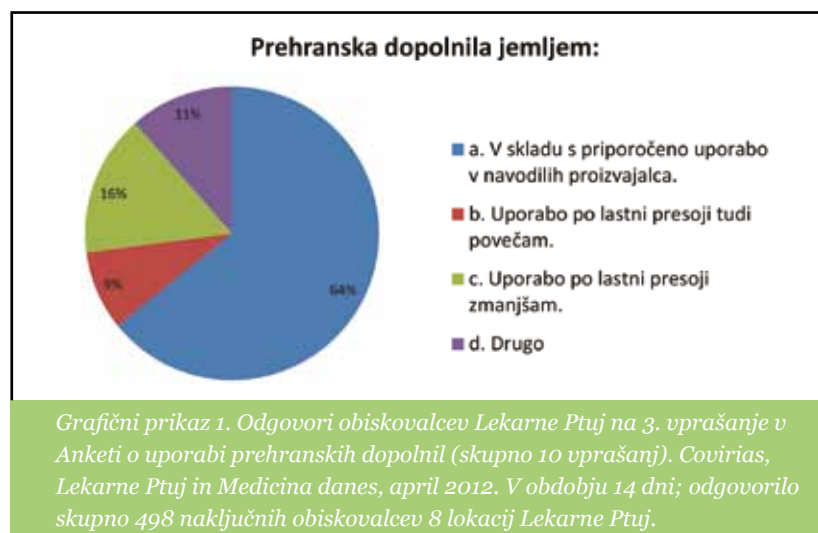
Čeprav so spletne in medijske aktivnosti prirejene ozaveščanju potrošnikov, ljudje pričakujejo informacije in predvsem pomoč v primeru neželenih dogodkov od zdravnikov splošne oz. družinske medicine, lekarnarjev in drugih zdravstvenih strokovnjakov. Zato je pomembno, da slednji v sklopu svojih siceršnjih aktivnosti zaznajo neželene dogodke in ustrezno poskrbijo ne le za obravnavanega posameznika, temveč z dokumentiranjem v sistem nutrivigilance tudi za ustrezno obveščanje drugih deležnikov in posledično ustrezno sistemsko ukrepanje. H kakovostnemu delu sodi namreč tudi ustrezno dokumentiranje, ki omogoča sistemsko izboljšavo in ne le obravnavo posameznih primerov.

Za uspešno in učinkovito vključevanje v sistem nutrivigilance je poleg ozaveščenosti o pomenu za javno zdravje in informiranosti o vstopnih točkah pomembna tudi usposobljenost. Sistem nutrivigilance bo namreč

deloval v korist zdravja vseh prebivalcev Slovenije, če bodo zajeti ustrezni podatki in informacije ter bo za njihov zajem potreben čim krajši čas in čim manj napora. Za vključevanje zdravstvenih strokovnjakov zato pripravljamo izobraževalna gradiva in prispevke na strokovnih posvetih, ki bodo olajšali delo v praksi.

Literatura:

1. UREDBA (ES) št. 178/2002 EVROPSKEGA PARLAMENTA IN SVETA z dne 28. januarja 2002 o določitvi splošnih načel in zahtevah živilske zakonodaje, ustanovitvi Evropske agencije za varnost hrane in postopkih, ki zadevajo varnost hrane. Dostopno na: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:2002R0178:20060428:SL:PDF>.
2. Kraigher A. Epidemiološko spremljanje nalezljivih boleznih v Sloveniji v letu 2014. Ljubljana; Nacionalni inštitut za javno zdravje 2015. Dostopno na: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/epidemiolosko_spremljanje_nalezljivih_bolezni_2014_2.pdf.
3. ANSES. Nutrivigilance scheme: objective and main results. Dostopno na: <https://www.anses.fr/en/content/nutrivigilance-scheme-objective-and-main-results>.
4. <http://www.efsa.europa.eu/sites/default/files/event/140305a-m.pdf>.
5. RASFF portal, dostopno na: <https://webgate.ec.europa.eu/rasff-window/portal>.
6. Puš T, Podkrajšek K, Fidler Mis N, Benedik E, Rogelj I, Simčič M. Vitamin and mineral nutritional status of healthy pregnant women improved by nutrient supplements. *Acta Agriculturae Slovenica* 2013; 102/1, 7–54.
7. Dickinson A, MacKay D, Wong A. Consumer attitudes about the role of multivitamin and other dietary supplements: report of a survey. *Nutritional*



- Journal* 2015; 14-66.
8. Puc M, Galjot M. Prehranska dopolnila v slovenskih medijih. V: BITENČEVI živilski dnevi 2015.
 9. Wrobel-Harmas M, Krysinska M, Postupolski J, Wysocki J. Food supplement – related risks in the light of internet and RASFF data. *Przegl Epidemiol* 2014; 68:613-619.
 10. Restani P, Di Lorenzo C, Garcia-Alvarez A, Badea M, Ceschi A, Egan B et al. Adverse effects of plant food supplements self-reported by consumers in the PlantLIBRA survey involving six European countries. *PLOS ONE*. Doi: 10.1371/journal.pone.0150089.
 11. Lude S, Vecchio S, Sinno-Tellier S, Dopter A, Mustonen H, Vucinic S et al. Adverse Effects of plant food supplements and plant consumed as food: results from the Poisons Centres-Based PlantLIBRA Study. *Phytother Res* 2016; 30:988-996.
 12. Šterlinko Grm H, Stubelj Ars M, Besednjak-Kocijančič L, Golja P. Nutritional supplement use among Slovenian adolescents. *Public Health Nutrition* 2011; 15(4): 587–593. doi:10.1017/S1368980011002333.
 13. <http://www.nijz.si/sl/kako-se-prehranjujemo-v-sloveniji-od-dojenckov-otrok-mladostnikov-do-odraslih>.
 14. Petavs L. B. Miti in resnice o dopolnilih. *Medicina in ljudje* 2012; 2:10-11.
 15. Ministrstvo za zdravje. Raziskava javnega mnenja o uporabi prehranskih dopolnil. Ljubljana; 2010. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/zakonodaja/mednarodna_zakonodaja/VARNOST_%C5%BDIVIL/PARSIFAL-porocilo_raziskave.pdf.
 16. Puc M. Pravi izzivi trženja prehranskih dopolnil, COVIRIAS srečanje. Ljubljana; 9. junij 2016.
 17. <http://www.nijz.si/nutrivigilanca>

Desetletje zdravega staranja – sodelovanje s civilno družbo

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) je z objavo Strategije za zdravo staranje in z Akcijskim načrtom za ta projekt svetovala državam članicam SZO, da prilagodijo svoje zdravstvene sisteme starajočemu se prebivalstvu.

Svetovna zdravstvena organizacija želi biti pri tem še bolj aktivna, saj ljudje živijo dlje, vendar z večjim številom bolezni. Za naslednje desetletje 2020–2030 načrtuje kampanjo Desetletje zdravega staranja. Slovenija se je že s projektom Ministrstva za zdravje in Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti Active and Healthy Ageing pričela pripravljati oz. odzivati pozivom SZO. Ob tem je treba poleg strokovnjakov, specialistov pritegniti k sodelovanju tudi civilno družbo. Skupaj z nekaterimi strokovnimi sekcijami Slovenskega zdravniškega društva so se združenja bolnikov, ki jih povezujejo nekateri geriatrični problemi, že povezala in

odzvala, tako da načrtujemo pilotni projekt Centra za zdravo staranje. V sodelovanju z Inštitutom za aplikativne raziskave medicinske rehabilitacije v Dobrni med 16. in 20. oktobrom pripravljajo tečaj za laične aktiviste Združenja za inkontinenco, za Alzheimerjevo bolezen, za Parkinsonovo bolezen, za osteoporozo in za sarkopenijo. Tečaj je namenjen posameznim aktivnim predstavnikom civilne družbe, da se bodo usposobili za svoje delo v društvih po različnih slovenskih regijah.

Načrtujejo, da bi tečaj ciklično ponavljali in tako v Sloveniji povečali število kompetentnih aktivistov – članov naštetih društev. V okviru kampanje Desetletje zdravega staranja 2020–2030 pa bi lahko dejavnost razširili na mrežo slovenskih naravnih zdravilišč. Seveda pod pogojem, da bi pilotni projekt jeseni v Dobrni dal dobre rezultate.

Prof. dr. Radko Komadina, dr. med.

Češka: Višje plače za zdravnike

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

Na Češkem se bodo s 1. januarjem 2017 plače za zdravnike in ostale zdravstvene poklice povečale za 10 odstotkov. Ministrski predsednik

Bohuslav Sobotla je izjavil, da hoče vlada na ta način ukrepati proti odhajanju osebja, zaposlenega v državnem zdravstvenem sistemu.

Vsako leto se namreč v Avstrijo, Nemčijo in druge države EU izseli približno 400 zdravnikov ter absolutov medicine.

Vir: *Österreichische Ärztezeitung*
št. 10, 25. maj 2016

Diabetes na pohodu

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

Do 9 odstotkov avstrijskega prebivalstva ima diabetes. Nedavna metaanaliza kaže, da poleg znanih dejavnikov tveganja tudi pasivno kajenje za 33 odstotkov poveča tveganje za razvoj te bolezni. Vse to ima tudi finančne posledice, na leto se za zdravljenje porabi 4,8 milijarde EUR. Za leto 2030 se računa, da se bo ta znesek povečal na več kot 8 milijard EUR.

Na nedavni tiskovni konferenci je prof. H. Toplak (predsednik avstrijskega društva za diabetes) povedal, da v Avstriji vsakih 50 minut umre en

človek zaradi posledic diabetesa. Ali z drugo besedo: Zaradi posledic te bolezni v Avstriji umre vsako leto 10.000 ljudi.

Poleg običajnih dejavnikov tveganja (pomanjkanje telesne dejavnosti, napačna prehrana in prekomerna telesna teža) je tudi kajenje eden glavnih vzrokov za širjenje te bolezni po vsem svetu.

Za razvoj diabetesa je pomembno tudi zmanjšanje mase rjave maščobe.

Posebno ogroženi so ljudje z nizko izobrazbo, ki živijo v slabih socialno-ekonomskih razmerah. To kaže

raziskava, ki je bila izvedena v sedmih evropskih državah. Kar 80 odstotkov vseh bolnikov z diabetesom živi v državah, kjer imajo ljudje nizke dohodke.

Vir: *Österreichische Ärztezeitung*
št. 10, 25. maj 2016

Opomba: Ta članek je nekakšen sklep splošne tematike v tej številki časopisa *Österreichische Ärztezeitung*, ki objavlja še dva članka, *Debelost pri otrocih: Vse več, vse mlajši* ter *Diabetes v otroški starosti: Incidenca se je podvojila*.

Novo zdravljenje glioblastoma

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

Na Univerzitetni kliniki za nevrokirurgijo Medicinske univerze Innsbruck so pri pacientih z glioblastomom pred kratkim začeli uporabljati novo metodo zdravljenja. Prek elektrod na glavi se v možganih vzpostavijo polja toka (*Stromfelder*),

ki zavirajo delitev celic in rast tumorja. Metoda zdravljenja se imenuje *Optune* in nima stranskih učinkov, pokrivalo (*Haube*) z elektrodami pa morajo pacienti nositi od 16 do 18 ur na dan. Ta poseg lahko podaljša preživetje do devet mesecev, ob

dodatnem obsevanju in kemoterapiji pa do 15 mesecev.

Vir: *Österreichische Ärztezeitung*
št. 13/14, 15. julij 2016

Koncesionar, da ali ne

Prevedel in priredil prof. dr. Boris Klun, dr. med., v. svet. Ljubljana

boris.klun@gmail.com

87 odstotkov zdravnikov v primarnem zdravstvenem varstvu, zaposlenih v treh zagrebških zdravstvenih domovih, bi želelo delati kot koncesionarji, s pogodbo s hrvaškim zavodom za zdravstveno zavarovanje. V nekoli-ko skrajšani obliki so prikazane prednosti in slabost take odločitve.

Prednosti dela v zdravstvenem domu

- Zaščita s kolektivno pogodbo.
- Zajamčena plača, ne glede na kakovost opravljenega dela.
- Nadomestilo za obolelega sodelavca.
- Možnost strokovnega izpopolnjevanja.
- Letni dopust.

Slabosti dela v zdravstvenem domu

- Za delo ni denarne stimulacije.
- Direktor izbira sodelavce.
- Direktor odloča o informacijskem programu.
- Zaposleni ne more izbirati časa in kraja izpopolnjevanja.

- Zaposleni ne more izbirati opreme.
- Zaposleni ne more dobiti potrošnega materiala, če ga zmanjka (obnavlja se na tri mesece).
- Večina zdravstvenih domov nima avtomobila za obiske na domu.
- V kolikor uporablja svoje vozilo, nima finančnega nadomestila.
- Ne more dobiti dodatne sestre, tehnika ali administratorke.

Prednosti dela v koncesiji

- Prosta izbira medicinske sestre in tehnika.
- Prosta izbira informacijskega sistema v ambulanti.
- Denarna sredstva so odvisna od števila bolnikov in števila posegov.
- Prosta izbira možnosti za izobraževanje.
- Možnost izbire opreme.
- Potrošni material lahko nadomesti v enem dnevu.
- Za obiske na domu ima avtomobil.
- Po potrebi lahko dodatno zaposli sestro, tehnika ali administratorko.

Slabosti

- Finančna negotovost in odvisnost od števila pacientov in števila posegov.
- V primeru sodelavčeve bolezni mora finančno pokriti stroške nadomestila.
- V primeru lastnega porodniškega dopusta ali porodniškega dopusta medicinske sestre mora najti zamenjavo in plačati finančno nadomestilo.
- V času svojega letnega dopusta in dopusta strokovnega osebja je dolžan plačati stroške in najti nadomestilo.
- Dolžan je plačati strokovno izpopolnjevanje in najti ustrezno strokovno nadomestilo.
- Finančne izgube gredo na račun koncesionarja.
- Sam plača zavarovanje za svoje in za delo medicinske sestre. V primeru odškodninskega zahtevka ga mora pokriti s svojo lastnino.
- Nima pravice do decentraliziranih sredstev, tudi če so namenjena obnovi stare in nakupu nove opreme v okviru primarnega zdravstvenega varstva.

Vir: *Liječniške novine*; junij, 2016

Dan zdravniških karier

Prevedel in priredil prof. dr. Boris Klun, dr. med., v. svet. Ljubljana

boris.klun@gmail.com

Približno polovica hrvaških študentov medicine je pripravljena emigrirati, če se v obdobju treh let ne bo mogla zaposliti.

Hrvaške fakultete so povečale vpisne kvote za 60 mest, tako da na svojih fakultetah vpisujejo letno 300 študentov. Vendar jim je Ministrstvo za znanost zmanjšalo materialne

stroške za 80 odstotkov, posledično primanjkuje 90 učiteljev.

Predsednik Hrvaške zdravniške zbornice, mr. sc. Trpimir Goluža: »Hrvaški zdravniki so poznani v svetu, ker so naše medicinske fakultete vrhunske izobraževalne institucije in to kvaliteto je treba obdržati z vsemi razpoložljivimi sredstvi.«

Namestnik ministra za zdravje, dr. Ivan Bekavac: »Poleg ustvarjanja zakonskih osnov smo pričeli operativno reševati probleme in do konca leta bi se morali pokazati prvi rezultati našega dela.«

Bodočim zdravnikom se po toliko obljubah obeta res lepa prihodnost.

Vir: *Liječniške novine*; junij, 2016

Med mojo in tvojo resničnostjo

Tatjana P. Hohler, univ. dipl. soc. del., Psihiatrična bolnišnica Vojnik

Socialno delo v bolnišnici gostuje na področju, kjer je temeljna dejavnost zdravstvo. Koncepti podpore in pomoči so tudi na tem področju dela definirani kot procesi soustvarjanja. V prispevku so na temeljih vzpostavljanja delovnega odnosa, osebnega stika in soustvarjanja izvirnega delovnega projekta pomoči izpostavljene dileme, s katerimi se srečuje socialni delavec v psihiatriji. Psihiatrija kot veja medicine se posveča spoznavanju duševnih motenj in bolezni ter njihovemu zdravljenju, socialno delo pa na človeka in njegove stiske gleda z drugega zornega kota. V situacijah, naravnanih k zdravljenju, ima socialni delavec vlogo in status bolnikovega spoštljivega in odgovornega zaveznika. Z dobrim občutkom za sodelovanje lahko kot član multidisciplinarnih oddelčnih timov pomembno dopolnjuje spekter celostne obravnave bolnika oz. uporabnika.

»Tu, pri kapelici, tu je treba zaviti. Ja, takoj za vogalom desno. Zdaj pa naravnost. Čisto blizu smo že. Se že vidi. Tamle je hiša. Saj veste, tista od znanstvenikov. Ni moja, da ne bo pomote. Nekaj časa sem živela tu, ko sem čakala P. Zdaj samo še počakam, da se vrne pome. Sem že zdavnaj spakirala. Kmalu pride. Vem. Obljubil mi je.« Medtem že odpirava vrata napol polomljene, rjaste ograje. Za njimi gotovo že več let nihče ni odstranil plevela. Zima je sicer naredila svoje, koprive so premrle in čakajo pomlad, da zopet poženejo. Pod nabiralnikom so kupi napol razpadlih reklamnih letakov, med njimi mokri ostanki kakega uradnega pisanja, večinoma položnic. Za trenutek te zaskrbi. »Le kdo bo to plačal? Menda že znanstveniki, saj je vse to zdaj njihovo. To ni moja hiša, da se ne bi kdo zmotil. Samo nekaj časa sem živela tu.« Po žepu pobrskam za ključi, ki si mi jih zaupala, preden sva se odpravili na pot, in ti sledim proti vhodnim vratom. Trudim se odkleniti, a žal si moram priznati, da ključa v moji roki ne bosta prepričala ubogih, majavih vrat. Pa tako dolga pot je za nama, o

bog, ne daj, da je zaman. Opazim tvoj vprašujoči pogled, preden odhitim okrog vogalov. Je vsaj kakšno okno priprto? So še kje vrata? So. Lahko bi

Vsak dan znova me prepričaš, kako malo je potrebno, da se povzpneva do previsa razumnosti in z nebrzdano spontanostjo ubesediva drugačnost...

bila garažna vrata. Vdajo se ključu in že sva v mračnem, vlažnem prostoru. Srh me spreletava, ko se skrivaj oziram po vogalih. Bom videla netopirja, pošast ali še kaj bolj groznega? Z naježeno kožo in srcem v vratnih venah ti sledim. Zopet vrata. Zapahnjena. Kaj mi bo ključ, ki ga stiskam med prsti, ko pa ni ključavnice. A vrata tesnijo. Premalo je moči v meni, da bi zmogla. Odtavam ven, na zrak, pod pomladno sonce, ki v ta vogal hiše ni nikoli prodrlo. »Hej, uspelo mi je. Sem butnila z vso silo, pa je šlo. Vem, kako se to počne. Saj ne, da bi kdaj vlamljala, a vem. Čudno, samo vem.« Vrnem se in ti sledim. Znajdeva se v mračni predso- bi in takoj zatem v kuhinji. Sem

zavrtela čas za pol stoletja nazaj? Kam, na kateri vzvod sem pritisnila, da se je to zgodilo? So me moji občutki prevarali? Je to zaradi mračnosti prostora ali tega posebnega vonja? Kaj se je zgodilo z menoj? Naj se uščipnem, naj zakričim? Kako naj vem, da sem, da sva resnični? »Poglej, vse je tu.« O, hvala za tvoje besede. Zdrabila si me in me poklicala v sedanost. Ja, pod nogami so vrečke. Plastične vrečke. Stare morda le leto ali celo samo pol. Ni prevare. Resnični sva in stojiva sredi tvoje kuhinje ob treh polnih vrečkah. Dovolj mi in previdno se lotim vsebine, čeprav praviš, da v njih gotovo ni, kar iščeva. Čakam, da me boš ustavila. Zastonj. Le razlagaš, s kakim namenom si vse to skrbno pripravila. Oprano perilo, poletni čeveljci in nekaj zavitek Franck kave, na dnu vreč pa par loncev in ponev. Olajšano zajamem sapo – ročna ženska torbica. Gotovo sva našli, po kar sva prišli. Vzamem jo iz vrečke in ti jo izročim. Odpri jo že, ne zavlaučaj, se zmagoslavno nasmehnem. »Ah, nič ni v njej, sigurno ne. Vse tisto je že v Nemčiji. Sem ti rekla, da ni tu.« Ko jo odpreš, sprijaznjena z resnico le povestim pogled. Brskam naprej, na da bi več natančno vedela, kaj hočem najti. Počasi dojemam, da je v vrečkah pred menoj vse tvoje imetje. Zobna ščetka, pasta, kava, par posod, čevlji in nekaj letnih oblačil. Prav, previdno, ne blekni kake neumnosti, bodi spoštljiva do njene resnice, si pravim. Globoko vdihni, umiri begave misli, sledi intuiciji. Žal mi prav ta sporoča, da sva na slepi sledi. Ne vdaj se, se od nekod priplazi geslo mojega preživetja. »Poglejva še v druge prostore. Smem?« Prikriš. »Ti poglej.« Vse moči zlijem v željo, da bi vsaj na

videz ohranila trezno glavo, prikrila vznemirjenje in srh, ki me obliva, ko primem eno od kljuk v veži. Napol spuščene rolete, zavese iz šestdesetih, omare še kako desetletje, dve, morda tri, starejše, na sredini prostora mala, okrogla mizica, ob njej en sam samcat stol in v kotu ležišče. Na njem prepognjena odeja, brez prevleke, brez rjuhe, brez blazine. Kot soba za goste, ki že leta sameva. Ker si danes manj kot druge dni prepričana, da tu ni ničesar več, da ni dokumentov, ki jih iščeva, vztrajam. Videti hočem vsak kot, odpreti vsaka vrata omare, s pogledom ošiniti vsak predal. Dovolila si mi ta napol detektivski posel in tudi sama želiš, da bi našli, po kar sva prišli. Zaman. Razen vrat omare, ki mi ob odpiranju ostanejo v rokah, je vse prazno. Tukaj niti slučajno ni nihče ničesar pozabil. Prepričana, da razen pohištva, zaves in odeje v prostoru ni ničesar, odidem. Spoštljivo zaprem vrata in se polastim druge kljuke, medtem ko me ti motriš s pogledom. Počasi, kot bi vstopala v svetišče, odprem. Zadržujem dih, ko me obda neka čudna slutnja, ki je ne znam umestiti. Zakonska spalnica? V polmraku se prepričam, da v njej ni duhov, a če so, so se umaknili pod posteljo. Tja ne bom pogledala, zagotovo ne bom. In prav ta postelja, prekrita s svilenim pregrinjalom, obledelim v duhu časa, je nedotaknjena od kdo ve kdaj. Nekje v kotičku spomina vidim nekaj podobnega. Morda spalnico svojih staršev ali starih staršev? Težko se odločim. Računam leta. Izrezljana vrata omar, segajočih od stene do stene in prav do stropa, lesteneč, komoda z zaprašenim ogledalom in preproga ob vnožju postelje. Odpreti moram vsako omaro, vsak predal, kljub tvojemu prepričanju, da ne bom ničesar našla. Tiho in spoštljivo, kot sem prišla, odidem. V sebi priznam poraz. Vseh preko sto kilometrov vožnje je bilo zaman. Ko se vrneva, bom lahko rekla le, da si mi dovolila vstopiti v hišo znanstvenikov, in to bo vse. Nič o tvojem življenju v njej, nič o tebi. Nisi izbrisala le spominov. Ko

tvoj P. odnese vrečke iz kuhinje, ne bo ostalo v njej nič tebe, nobenih sledi o tvojem obstoju.

Kam si zaklenila vsa leta življenja, leta obstoja, svoje resničnosti? Kaj so ti storili, da si jih izbrisala? Pravijo, da je mati umrla ob tvoji zibelki in da je oče odšel prek južne meje. Je pregrinjalo na postelji nedotaknjeno od takrat? Sama poveš, da si Italijanka in tvoja mati, Benečanka, je prišla v te kraje, ko ti je bilo sedem let. Potem sta z očetom umrla in umrla je tvoja babica, zato si, sirota, živela ob neki čudni, stari ženski. Ne ona zate, ti si skrbela zanjo. Kdo je bila ta ženska, kaj ti je storila, da te danes ni, da ni deklice z rdečim ponijem in s kapo z velikim cofom? So povedali, da si vsako zimo hodila po vasi, oblečena v oblačila pokojne mame, da so se vaški pobalini naslajali nad tvojo ženskostjo, tvojo nezaupljivostjo in čudaštvom. Peti mesec sem ob tebi, ko pestuješ svojo nemško nosečnost, in vedno manj vem o njej in o tebi. Imam pravico reči, da je namišljena, ko položiš roko na trebuh? Čutiš svoje dete, njegovi gibi ti narišejo milino na obraz. Edini odraz čustev, odkar te poznam. Kje so meje moje in kje tvoje resničnosti? Ne znam zložiti sličic, kjer si in te ni. Vsak trenutek znova se zavem, kako zahtevne sestavljanke sem se lotila, kako kratke sape so moji upi, da odkrijem ključ labirinta tvojih skrivnosti. Morda so ga zagrebli skupaj s tvojo materjo in ga ne bo nikoli nihče našel, morda ga je pred smrtjo zakopala tvoja babica ali kar je pač bila tista čudna ženska, morda ga je odnesla s seboj na drugi svet. Pri očetu ga ni, ker tam preprosto ne more biti. Po smrti žene si mu bila, jokajoča dojenčica, odvzeta. So rekli, da ti bo z babico bolje. Ko se je po nekaj letih vrnil, ni bil zaželen in potem ga ni bilo nikoli več. In prav tisti, ki so te takrat vzeli njemu, sedaj hlinijo zaskrbljenost zate. Vmes jih ni bilo. Ne vedo, kje si spala, si bila lačna samo ljubezni ali tudi kruha, ne vedo, kdo si bila, še manj, kdo si

danes. Da bi jim zdaj zaupala? Kdo naj jim med platnice spisov položi svojo zgodbo, če tebe ni? In kdo sem jaz, da bi sodila, kje se najini resničnosti razhajata? Sva ženski, blizu po letih in revščini v temeljih, a moj svet in tvoj svet sta dve vesolji. Ne morem se zlititi s teboj, ne morem ujeti tvojih misli, ne videti skozi tvoje oči. Ne morem čutiti tvoje praznine, le slutim jo lahko. Ne maram potapljanja v globine, a metafora je premočna, da bi jo spregledala. K tvojemu obrisu postavim sliko rdeče opečnate hiše, na videz že desetletja zapuščene, s spuščeni roletami in vrečkami v kuhinji. Z dvema sobama, v katerih že dolgo, zelo dolgo prebivajo samo duhovi. Nikjer ni sledov preteklosti, ni sledov življenja in ne kretnja, ne glas, ne pogled te ne izdajo. Kdo si, ženska, ki stojiš pred menoj? Ženska brez korenin, brez spominov in brez prihodnosti. Imava le drobce skupne sedanjosti. V njih ne vidim deklice, ne dekleta, ne žene. Vidim samo tebe, drobno bitje sredi nevidnega sveta. Nevidnega meni, nevidnega nam, a živega zate. »Pa zdaj? Bom v bolnici počakala P.? Prav, pa bom. Saj pride. Gotovo pride. Je oče tega otroka. Tega, ki ga bom kmalu rodila. Vsi moji dokumenti, denar in drugo je že v Nemčiji, zato danes nisva ničesar našli. Sem že poslala naprej, da je lahko pripravil vse potrebno za moj prihod. Obljubil mi je in jaz mu verjamem.«

Zgoraj predstavljena zgodba se je izpisala, ko je uporabnica v spremstvu socialne delavke, avtorice zapisa, po večmesečni hospitalizaciji odšla domov. Zapis je bližje literarnemu kot strokovnemu besedilu, saj ni nastal z namenom dokumentiranja socialnega dela in ni poročilo o dogodku. Vsebuje opise občutij in razmišljanj zapisovalke, soudeležene v dogajanju. Če bi bili njene misli in občutki izpuščeni, bi dobili na prvi pogled bistveno bolj verodostojen zapis, a to na tem mestu ni namen. Zgodba je metafora za vprašanje meje med stroko in subjektivnim doživljanjem, med strokovnjakovo in uporabnikovo resničnostjo,

med stroko in zdravo pametjo. Ni zapis realnosti dogodka, temveč zapisovalkina resnica o doživetju tistega dneva. Nastal je z zavedanjem, da njeno videnje in opredelitev problema ni videnje uporabnice ali njene resnice. Na tem mestu se izpiše velik vprašaj – kaj pa je njena resničnost? Kako pa bi brali zgodbo, ki bi jo zapisala ona? Trdno je verjela v svoje blodnje. Kljub, z medicinskega stališča, zanesljivim dokazom, ki so zanikali njeno nosečnost, je natančno izračunala termin poroda. Prepričana v obstoj P. je verjela, da bo držal oblubo, in ga je iz dneva v dan čakala. V veri, da bo poskrbel zanjo, je hišo, ki je bila njena last in kjer je pred hospitalizacijo živela, prepustila namišljenim znanstvenikom. Tudi v njihovo verodostojnost je bila prepričana. Ker ji je P. že urejal nove dokumente, je vse, kar je imela (bančno kartico, zdravstveno izkaznico, osebno izkaznico ...), uničila ali poslala kdo ve kam. Vsa oblačila, osebne predmete, posodo ipd., z izjemo tega, kar je spravila v vrečke v kuhinji, je zmetala v smeti, saj jih ne bo odnesla s seboj v tujino. V zadnjih letih z nikomer ni navezovala stikov. Nesmiselno bi se bilo navezati, če bo kmalu odpotovala. Kurjave za zimo ni priskrbela, ker bo že pred zimo odšla itd.

Medicina pravi: *F 22.9 Trajna blodnjava motnja, neopredeljena* (MKB-10 2005). Kaj pa stroka socialnega dela?

V psihiatrični bolnišnici, kjer je temeljna dejavnost zdravstvo, govorimo o sekundarnem modelu prakse socialnega dela. Socialni delavec je zdravstveni sodelavec, član multidisciplinarnih oddelčnih timov, ki skrbijo za celostno obravnavo bolnikov. Socialna služba v bolnišnici je organizirana tako, da zagotavlja dostop do individualne ali skupinske psihosocialne pomoči vsem uporabnikom, vključenim v bolnišnično oz. ambulantno zdravljenje, glede na njihove potrebe.

Procesi podpore in pomoči v socialnem delu so definirani kot procesi soustvarjanja in prva naloga

socialnega delavca pri tem je vzpostavitev delovnega odnosa, ne glede na področje socialnega dela.

Koncept delovnega odnosa v socialnem delu predstavlja odnos med socialnim delavcem in uporabnikom. Je opora za začetek pogovora, ki omogoča raziskovanje in sooblikovanje dobrih rešitev. Prav delovni odnos omogoči, da se ustvarjanje rešitev zastavi kot izviren delovni projekt, v katerem rešitve soustvarjata uporabnik kot strokovnjak iz izkušenj in socialni delavec kot njegov spoštljiv in odgovoren zaveznik. Gabi Čačinovič Vogrinčič (2006) pravi, da je strokovni socialnodelovni pogovor pogovor med sogovorniki, ki so iz pogovora pripravljene priti drugačni, z novimi pogledi, alternativnimi rešitvami oz. drugačnim razumevanjem. Je pogovor, ki prinese nove premisleke in nove odločitve. Poudarja, da proces pomoči potrebuje pogumne sogovornike, ki so pripravljene povedati, kaj mislijo in doživljajo, razlikovanje med zdravo pametjo in profesionalnim ravnanjem pa je večna tema socialnega dela.

V socialnem delu lahko v grobem govorimo o dveh pogledih na proučevanje socialnih težav, realističnem in konstruktivističnem, ki pa se ne izključujeta, temveč sta komplementarna, dopolnjujoča. Če pogledamo na človeka s konstruktivističnega zornega kota, vidimo, da ni enega in edinega pravega pogleda nanj in na resničnost. Tako kot imamo različne poglede na to, kaj je naša resničnost, kaj je in kaj ni socialna težava oz. socialni problem, imamo tudi vsak svoj pogled na to, kaj je prav in kaj narobe, kaj je dobro in kaj slabo, kaj je sprejemljivo in kaj ni. Tudi o tem, kaj pomeni duševno zdravje ali duševna bolezen oz. motnja in kaj je pomoč, imamo različne predstave. Poštrak (2008) piše, da je s tega zornega kota cilj socialnega dela učinkovito partnerstvo z uporabnikom ob upoštevanju njegove specifične realnosti, ki jo pozna le sam. Strokovnjak spoštuje njegovo osebno realnost, spodbuja njegovo integriteto

in ob sodelovanju pride do razumevanja njegove stvarnosti. V odnos z uporabniki vstopa s predpostavko, da ne pozna njihove realnosti, vendar jo spoštuje.

Namen prispevka je s pomočjo konceptov vzpostavljanja delovnega odnosa, osebnega stika in soustvarjanja izvirnega delovnega projekta pomoči izpostaviti dileme socialnega delavca, s katerimi se srečuje pri delu v psihiatriji. Psihiatrija kot veja medicine, ki se posveča spoznavanju duševnih motenj in boleznih ter njihovemu zdravljenju, temelji predvsem na biološki znanosti. Duševnost in njene motnje obravnava kot fiziološko in patofiziološko dejavnost možganov. Možganska dejavnost, označena kot psihična, omogoča človeku stik s svetom in s samim seboj. V psihopatoloških okoliščinah je tak stik na različne, vendar prepoznavne in zakonite načine moten. Motene so lahko vse osebne prepoznavne duševnega dogajanja, občutki, zaznave, mišljenja, čustva, spomin ali volja. Delo z osebami, pri katerih je zaradi boleznih motena presoja resničnosti oz. niso v stiku z resničnostjo, odpira mnoga vprašanja in poleg osebnih tudi etične dileme. Osredotočili se bomo na procese pomoči osebami, pri katerih so v ospredju motnje mišljenja, zlasti blodnje. Blodnje so pretežno vsebinske motnje mišljenja, ki nastajajo v psihopatološkem procesu – nastajajo v bolnikovih možganih kot miselne konstrukcije z očitnim in hudim izkrivljanjem resničnosti. Bolnik trdno verjame v njihovo vsebino in se v skladu z njo tudi vede. Blodnje, v nasprotju od zmote, ni sposoben korigirati, niti ob morebitnem prepričevanju in dokazovanju neresničnosti (Kobal 1999). Tudi ti uporabniki imajo svojo resnico, mi pa nismo poklicani, da bi postavljali mejnike med stvarnim in navideznim, med njihovo in našo resnico, med blodnjo in stvarnostjo. V njihovem notranjem svetu so ustvarjene slike, ki jih ne vidimo, z znanjem, izkušnjami, izostrenimi čuti in empatijo se jim lahko le bolj ali manj približamo.

Socialni delavci se kot predstavniki gostujoče stroke v zdravstvu vsakodnevno srečujemo z medicinskim pogledom na človeka, njegovo bolezen in stisko. V situacijah, naravnanih k zdravljenju, imamo vlogo in status bolnikovega spoštljivega in odgovornega zaveznika. Na njegove težave lahko pogledamo z druge perspektive in z dobrim občutkom za sodelovanje pomembno dopolnimo spekter psihiatrične obravnave.

Tudi ko vstopamo v procese pomoči z uporabniki, ki so hkrati bolniki, moramo izhajati iz predpostavke, da bomo skupaj z njimi soustvarjali dobre rešitve. Raziskovali in iskali bomo toliko časa, dokler ne bomo prišli do rešitev, ki bodo dobre zanje, njim sprejemljive in uresničljive. Tovrsten način dela je za uporabnike, še posebej za tiste s težavami v duševnem zdravju, nekaj novega, pogosto nerazumljivega. Običajno nimajo izkušenj, da bi bili na tak način slišani in spoštovani. Ne zavedajo se lastnih kompetenc, niti lastnih virov moči. Njihovo izkustvo je največkrat vezano na stigmo, na neenako obravnavo in socialna pravičnost ima zanje grenak priokus. Samo z jasno predstavo, da nismo nosilci vsega znanja, da naša naloga ni prepričati in dopovedati, in z zvrhano mero potrpežljivosti zmoremo pri soustvarjanju z njimi postati in ostati zavezani duhu in jeziku socialnega dela.

Že takoj na začetku dela, pri sami vzpostavitvi delovnega odnosa z uporabnikom, pri katerem je motena presoja resničnosti, se izpišejo mnoga vprašaja in dileme. Prvo stopničko, ki jo predstavlja *dogovor o sodelovanju*, običajno še prestopimo. Ko izzveni akutna faza bolezni, lahko izpeljemo uvodni ritual z jasnimi in izrečenimi dogovorom o sodelovanju. Uporabniki ob primernem pristopu brez večjih zadržkov pristanejo na sodelovanje tu in zdaj, v konkretnem času, ki ga imamo na voljo, a že naslednja stopnica se zamaje. Dogovor o delovnem odnosu, o tem, kako bomo delali, jih nemalokrat zmede. Ko pojasnimo svo-

jo vlogo in svoje pristojnosti, ter vlogo uporabnika kot soudeležene v procesu pomoči, se odzovejo zelo različno (umik in nepripravljenost za nadaljnje delo, strah pred neznanim, strah pred odgovornostjo, pred tem, da jih ne jemljemo resno ipd.). Vajeni so drugačne pomoči – pomoči, kjer jih k odločitvam usmerjajo drugi ali jih celo sprejemajo namesto njih, sami pa ostajajo bolj ali manj pasivni. V proces soustvarjanja rešitev vstopajo negotovo in plaho, socialni delavec pa mora kljub temu odločno in jasno predstaviti možen način sodelovanja.

V delovnem odnosu na tak ali drugačen način soustvarjamo *delovne projekte pomoči*. Vedno znova so to izvirni projekti, saj se oblikujejo sproti in za vsakega uporabnika oz. njegovo družino posebej. Uporabniki, vajeni medicinske obravnave, in še večkrat njihovi svojci, k socialnim delavcem v bolnišnici prihajajo po nasvete, po rešitve. Ko zelenega ne dobijo, so nemalokrat razočarani. Težko sprejmejo dejstvo, da zgolj znotraj običajnega in znanega rešitev ni najti, da pa imajo možnost njihovega soustvarjanja. Kot protiutež izzivom po novih izkušnjah postavljajo na tehtnico pretekle slabe izkušnje, nezaupanje vase, prepričanja v lastno nesposobnost, nemoč ipd.

Vemo, da sta *instrumentalna definicija problema* in *soustvarjanje rešitev* temelja delovnega odnosa. Uporabnik, ki si je zaradi bolezenskega dogajanja ustvaril svoj svet, v katerem ne loči med blodnjo in resnico, težko ali sploh ne zmore definirati problema, če ga, pa je ta dostikrat imaginaren, neopredeljiv. Brez tega ne more raziskovati možnih poti k rešitvi, ne more prispevati svojega deleža vanjo. S tem je onemogočeno oblikovanje delovne definicije možnega, uresničljivega. Še tako filigransko delo in brezpogojno spoštovanje uporabnika in njegove osebne izkušnje, njegovega pogleda na stvarnost, nas ne vodi k uresničljivemu izidu. Enkrat mu situacija, ki se nam zdi popolnoma nepojmljiva in nesprejemljiva, sploh ne predstavlja

problema, drugič pa ga vidi, kjer ga za nas ni. Prav na tem mestu, na točki definiranja problema, se najpogosteje znajdemo na slepi pegi, na nejasni meji med zdravorazumskim razmišljanjem in profesionalnim socialnim delom. Namesto osebnega vodenja k dogovorjenim dobrim izidom lahko le bolj ali manj spretno krmarimo med zgodbami uporabnikov, jih raziskujemo, iščemo poti med njihovo in našo resnico, se približamo in spet oddaljimo od možnih korakov v smeri rešitve.

Kljub temu, da mnogokrat ne vemo, kam želimo priti, ali da je zeleni izid le naš in ni soustvarjen v delovnem odnosu, pa z *osebnim vodenjem* vendarle odpiramo alternative k možnim rešitvam. Ko se v komunikaciji z uporabnikom osebno odzivamo na nastajajoči odnos, ko ravnamo empatično, ko ubesedimo možne dobre rešitve, vseeno napredujemo. Po milimetrih, pa vendar. Že to, da ustvarimo zaupen odnos z uporabnikom in ostanemo zunaj njegove blodnje, je uspeh. Ko ne poznamo cilja, ko je ta prepreden s preveč neznankami, ko nam zdrava pamet govori, da uporabnikova definicija problema in njegovo videnje rešitve nima okvirjev možnega, uresničljivega, smo na tankem ledu profesionalnega socialnega dela. Zelo malo bi bilo potrebno za korak nazaj, k socialnemu delavcu, ki ve, kaj je za uporabnika dobro, ki ga lahko prepriča, mu dopove! Pa vendar definiranje problema ni diagnostika in nimamo recepta za rešitev.

Tu nam je lahko v pomoč *etika udeležnosti*, ki od nas ne zahteva, da smo objektivni opazovalci, temveč nas usmerja v proces sodelovanja, v pogovor, ki se nadaljuje, v katerem nihče ne potrebuje končne besede. V pogovor, kjer ne iščemo vzroka. Uporabniki na začetku kljub temu zavzamejo obrambni položaj. Izkušnje so jih naučile, da morajo braniti svojo resnico ali pa nas spretno speljati proč od problema, ga zaviti v metafore, nas prepričati, da je njihov svet, njihov vidik eden in edini pravi. Ker trdno

verjamejo v svoj prav in ne dopuščajo možnosti, da bi bila zaradi boleznih motena njihova presoja realnosti, morajo to realnost braniti. Šele ko ugotovijo, da naš namen ni presojati med narobe in prav, med vzroki in posledicami, temveč sodelovati v pogovoru, soustvarjati pogovor, ki sproti nastaja, se počasi sprostijo in začnejo zaupati.

Skozi pogovor, ki temelji na *perspektivi moči*, spoštljivo odkrivamo uporabnikove lastne vire, se približamo njegovim željam, njegovim upom. Tudi tu se pogosto najdemo v svetu metafor oz. daleč stran od resničnega sveta. Uporabnika, ki živi v svojem svetu, ko je zaradi boleznih moteno njegovo zaznavanje in presojanje, lahko samo krepimo v tistih pogledih, ki so bližje resničnosti. In spet smo pred dilemo – za čigavo realnost gre?

Ker nismo nosilci resnice in ne rešitve, lahko le v duhu koncepta *socialne krepitve* ustvarjamo varen prostor, kjer se bo uporabnika videlo in slišalo. Prostor, kjer bomo z veliko mero občutljivosti morda le zaznali njegovo ranljivost in med vrsticami prebrali, kaj ga ovira pri definiranju problema ali celo pri korakih k rešitvi.

Pri tem ne smemo spregledati posameznikove potrebe po *vključenosti*. Če nimamo socialne mreže, ne poznamo občutka pripadanja, sprejetosti, spoštovanja. Ne le ljudje, ki skrbijo za nas, temveč tudi tisti, za katere lahko mi skrbimo, so nam in mi njim viri moči. Enako pomembno kot dobiti je dati, pa naj gre za občutek, da smo cenjeni, odgovorni, nekomu potrebni ali ljubljani. Žal v vsakodnevni praksi vidimo, da so osebe s težavami v duševnem zdravju pogosto osamljene, z razrahljanimi ali celo pretrganimi družinskimi vezmi, brez prijateljev, umaknjene pred sosedi in znanci. Veljajo za posebne, čudaške in premalokrat pomislimo, da je lahko prav socialna izolacija eden od virov stisk in nemoči ali pa stiske še pogloblja. Zaradi navedenega je še toliko bolj pomembno, da se

zavedamo potrebe po pripadanju že v času bivanja uporabnika v bolnišnici. V okviru terapevtske skupnosti se ima možnost učiti dajati in sprejemati, biti drugim potreben in jih potrebovati, biti spoštovan in spoštovati. Tovrstno izkušnjo lahko pridobiva tudi v soustvarjanju delovnega odnosa s socialnim delavcem.

Ko vstopamo v delovni odnos z uporabnikom, ki ima težave v duševnem zdravju, še zlasti, ko gre za kronične bolezni, za trajne blodnjave motnje, je zelo pomembno, da znamo opaziti tudi minimalne razlike, da zaznamo posamezne nianse iste barve. Bolezni imajo svoje zakonitosti, svoje vzpone in padce, pa vendar moramo verjeti v posameznikovo *sposobnost okrevanja*. To, da nekdo po zaključenem zdravljenju ostaja blodnjav, še ne sme pomeniti neuspeha. Pomeni, da ostaja v svojem svetu, v katerem se mu lahko bolj ali manj približamo in skupaj z njim poskušamo iskati rešitve znotraj meja uresničljivega, njemu sprejemljivega. Težko, z veliko potrpežljivosti, pa vendar. In nehote smo zopet pred skušnjava, da bi se odločili v njegovo dobro, namesto njega.

Če še tako verjamemo v človekovo *naravnost k celjenju*, k sposobnosti in notranji modrosti prepoznavanja, kaj je zanj dobro, je težko vztrajati in prepustiti času čas. Ko na določeni stopnji zdravljenja zaradi bolezenskih procesov ne moremo iskati poti k dobrim izidom, je smiselno, da vsaj poskušamo osvetliti ali ubesediti morebitne slabe odločitve, jih za določen čas odložiti. Pomembno je, da situacijo vzdržujemo, če je že ne moremo izboljšati. Ko je zaznava uporabnika toliko motena, da bi zaradi tega ogrožal svoje življenje ali življenje drugih, nam kot socialnim delavcem niti ni težko. Takrat morajo v njegovo dobro odločiti druge stroke, mi pa lahko kljub temu z njim vzpostavljamo ali ohranjamo osebni odnos. Če uporabnik začasno ne zmore sodelovati v delovnem odnosu, lahko čas izkoristimo za pridobivanje ali ohranjanje zaupanja.

Kjer koli na poti okrevanja oz. zdravljenja se srečamo z uporabnikom, in ne glede na njegovo medicinsko diagnozo, se moramo z vidika socialnega delavca vnaprej *odpovedati dvomu* v njegove besede, v njegovo sporočilo oz. njegovo resničnost. Veliko znanja, spretnosti in izkušenj je potrebnih, da se zmoremo pogovarjati z uporabnikom, ki je vpet v svoj blodnjavi sistem. Ne kakor koli, temveč pogovarjati v smeri raziskovanja, odkrivanja virov moči, iskanja dobrih izidov. Ob tem kaj hitro naletimo na dve pasti. Prva je ta, da če se zares odpovemo dvomu v uporabnikove besede, kaj hitro ugotovimo, da lahko s tem podpiramo njegove blodnje. V nasprotnem primeru pa z odkritim izražanjem dvoma v slišano izgubimo njegovo zaupanje in postanemo samo eden od mnogih, ki mu niso verjeli.

Dilema, koliko verjeti in koliko ne oz. kdaj brezpogojno slediti temeljnim načelom socialnega dela, kdaj pa samo malo odskrniti vrata dvomu, je ena ključnih dilem pri delu z osebami, pri katerih je motena presoja realnosti. Z njo se srečujemo skozi ves proces pomoči. Ko previdno odstiramo tančice z uporabnikove zgodbe, ko tankočutno sledimo njegovim upom in željam, ko soustvarjamo varen prostor za »biti viden in slišan«, hodimo po tanki meji med zdravo pametjo in profesionalnim ravnanjem.

Literatura:

1. Čačinovič Vogrinčič, G. (2006), *Socialno delo z družino*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
2. Kopal, M. F. (1999), Znaki in simptomi duševnih motenj. V: Tomori, Martina (ured.) ... [et al.]. *Psihijatrija*. Ljubljana: Litterapicta: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani.
3. MKB-10. (2005), *Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
4. Poštrak, M. (2008), Zapisovati v skladu z miti socialnega dela. V: Čačinovič Vogrinčič, Gabi ... [et al.]. *Zapisovati socialno delo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.



O soodvisnosti umora zdravnika v Izoli in odstavljanja ministrice ali kako preprečiti kolaps sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji

Dr. Marko Vudrag, dr. med., Nacionalni inštitut za javno zdravje

Tisti, ki smo »pozno« prišli z dopustov, smo bili osupli in zgroženi nad tragičnim umorom zdravnika na delovnem mestu v Splošni bolnišnici Izola in nad takojšnjimi zahtevami po odstavitvi ministrice. Dramatičnost in neobičajnost dogodkov sta tolikšni in do take mere, da je tega preprosto preveč. Ob tem se že samo po sebi vsiljuje vprašanje, ali je možno povezati ta dva dogodka (umor zdravnika na delovnem mestu in odstavljanje ministrice). Pa umestimo ta dva dogodka v dane okoliščine!

Je že res, da ministrica resor (sistema zdravstvenega varstva – SZV) vodi politično. In je zato zmotno trditi, da mora veliko vedeti o SZV. Navsezadnje je prišla iz Vzajemne in ne iz SZV. Vsi se spominjamo, zakaj je bila svoj čas ustanovljena in kaj sploh je Vzajemna. Tam nikdar niso bili (tudi zdaj ne) neki posebno dobri poznavalci SZV in potreb prebivalstva, neodvisni denar za SZV (in za populacijo) pa jim je in jim še vedno zelo diši. Obstaja domneva, da je bil zaradi tega vonja tudi sam neizprosni, a pošteni borec in poznavalec SZV ter zdravstvenih potreb prebivalstva S. Fakin prisiljen zapustiti ZZZS, ki sicer niti ni zavarovalnica, pač pa agencija, ki relativno dobro upravlja naš zdravstveni denar.

V Izoli se je torej človek oz. pacient, kronični bolnik – sicer se ga v medijih deklarira s kriminalno preteklostjo in z dvomljivo integriteto individualnega osebk, ne da bi karkoli vedeli o njegovih stiskah in zakritih premišljevanjih – prelevil v pošast, v dvojnega morilca (in en poskus umora), na koncu si je (menda) celo sodil

sam. Skratka, oseba brez državljskih pravic. Sicer zaradi dejanj, ki so iracionalna in v zahodnoevropski krščanski tradiciji, ki ji pripadamo, brez opravičila.

Pri tej grozljivi zgodbi se mi vsiljuje misel, ki se nekako vrti okrog besedne zveze, ali ne gre tukaj predvsem za:

Zdravje prebivalstva in kje sploh iskati zdravje?

Govorimo o petdesetih slovenskih urologih (ubiti zdravnik je bil urolog), potrebovali bi jih (baje) sto (100). V drugih specialnostih je precej podobno. Kolegice in kolegi v prvi liniji (primarna raven SZV) imajo 7 minut za pacienta in trume v čakalnicah. Naše kolegice umirajo veliko bolj zgodaj kot njihove vrstnice, ki delajo v drugih poklicih. Kako tudi ne bi, saj ni redko, da npr. k pediatrom prihajajo matere ne samo z otroki, pač pa tudi z odvetniki. So (smo) pod nenehnim stresom.

Čeprav imajo naši bolniki še vedno vse (ali skoraj vse) med zidovi sistema in jim je slovenski SZV sposoben povrniti zdravje, kadar ga izgubi, pri nas žal še vedno ni celostne obravnave, zlasti kroničnega bolnika. A kronična bolezen, npr. rak, je mnogo več kot le pravilno ugotovljena diagnoza in skrbno izbrano ter vodeno zdravljenje. Kronična bolezen je način življenja, ki človeka (in njegove svojce) spremlja do zadnjega dne življenja in večino časa poteka izven zidov bolnišnic in zdravstvenih domov. Ker bolezen

zelo temeljito poseže v dotedanji življenjski slog, to tudi pomeni, da mora biti pacientu (in njegovi družini) na voljo čim širša in dobro organizirana vsestranska oz. celostna pomoč in obravnava. Kaj imam pri tem v mislih? Najprej to pomeni dobro in ustrezno informiranost o diagnozi in oblikah zdravljenja, ki mora biti na voljo v vseh fazah bolezni. Nadalje to pomeni obvladovanje bolečin, dobro prehransko podporo, pomoč pri oskrbi telesnih težav (npr. slabosti ob terapijah, pri zaprtju, limfedemih, stomi, protezah, vstavljenih katetrah ...), pravico do drugega mnenja, informiranje o možnosti zdravljenja v tujini, redno izobraževanje o bolezni, psihološko podporo – individualno in skupinsko, spodbujanje k vključitvi v društva bolnikov (NVO) ter tudi celovito paliativno oskrbo. Večina kroničnih bolnikov ni »obvladanih« tako dobro, kot bi želeli ali kot bi bilo potrebno, kar je delno posledica tudi slabega poznavanja osnov bolezni (in delovanja zdravil) s strani bolnikov. Ki pogosto ne vedo, kako njihova bolezen deluje in poteka, ne vedo in nezadostno razumejo, kaj je cilj zdravljenja oz. obvladovanja njihove bolezni, kako ga doseči (npr. zakaj morajo zdravila jemati tudi takrat, ko nimajo simptomov) ... Posledično si bolniki včasih sami določajo režim jemanja zdravil, ga pogosto spreminjajo in ne sledijo predpisanemu, občasno opuščajo zdravljenje ... Vse to lahko vodi v slabo vodeno bolezen, več zapletov bolezni, več obiskov pri zdravniku, daljše čakalne dobe, manj časa, ki ga imajo na voljo pri zdravniku, višjo porabo zdravil, denarja ... Poleg tega je poznavanje Zakona o pacientovih pravicah med bolniki zelo slabo.

Zato je ključno, da kronične bolnike temeljito poučimo, kaj je njihova bolezen, katere so pglavitne značilnosti, kaj lahko naredimo z zdravili, zakaj jih je treba ves čas jemati redno in dosledno. Izkušnje kažejo, da so bolniki, ki so člani društev bolnikov (NVO), bolj ozaveščeni in bolj razumejo svojo bolezen

ter jo zaradi tega tudi bolje obvladujejo. A žal je v društva včlanjenih (pre)malo bolnikov. Ob tem se je treba vprašati tudi to, kakšen je sploh odnos »upravljalcev« Slovenije do NVO in kakšni so sistemski pogoji delovanja nevladnega sektorja (NVO) v Sloveniji.

Vse skupaj vsiljuje širši pogled na okoliščine, ki jih imamo, predvsem pa je nujno iskati rešitve, da bi se izognili kolapsu SZV, ki je ob takem grozljivem dogodku naenkrat že »tukaj in zdaj«!

Zdi se, da se za začetek predlogi rešitev (celo uradni) sučejo okrog indikatorjev kovin in namestitve uniformiranih, praviloma obratih, razkoračenih, s prekrizanimi mišičastimi rokami in že po videzu nevarnih moških. Somrak pameti!

Osebnost sem prej za to, da mora slovenski zdravniški stan za začetek glede SZV nehati z dobrohotnim sprejemanjem (brez izjeme) odgovornosti, ki mu ne pripadajo, mu jih pa nespodobni in hinavski »mnenjski voditelji in odločevalci« spretno in zvito tovorijo na pleča. Namesto da jim slovenski zdravniki dopovemo in dokažemo, da slovenski SZV še vedno deluje samo zaradi zdravniške nesebične prizadevnosti, predvsem pa zaradi mizerno majhnih plač, so »oni« za nas zdravnike »določili« družbeno vsesplošno sprejet psihološko-čustveni status, običajen pri 8- ali 10-letnih otrocih, kjer je za otroka odločilnega pomena, da je všečen in sprejet (ljubljen) ter zaradi tega v čustvenem stanju nenehne krivde. To v Sloveniji niti ni težko, kajti v celotni družbi je prisotna huda anomija, kjer so ponotranjene (družbene in osebne) vrednote popolnoma razvrednotene. Jih ni! Oz. ima vsak svoje, zlasti instant internetne. Vse drže so enakovredne in vsi se razumejo na vse, zlasti na medicino. Empatija, dobrotta in poštenje se razglašajo za neumnost in naivnost. S tem trendom v resnici generiramo velike probleme, tudi v zdravstvu. Dokaz za to je bilo svoj čas sprejetje Zakona o uravnoteženju javnih financ – ZUJF-a (kot edinstvene-

nega primera politične nespodobnosti), v resnici pa je bil to generator številnih družbenih problemov v Sloveniji, lahko rečem tudi stanja v zdravstvu (domnevam, da tudi Izole). In prav ZUJF je naš SZV, za katerega na podlagi dnevnih dejstev lahko domnevam, da ga prikrito krmili samo majhna, a posvečena peščica politikov, ki nima stika z državljani in z zdravstveno stroko, pripeljal pred vrata kolapsa.

Kako se torej izogniti kolapsu? Poleg številnih predlogov slovenskega zdravniškega stanu bo izrednega pomena tudi vzpostavitev lokalnih mrež in delujočega nevladnega sektorja (NVO), prek katerih se bodo lahko izvajali akcijski načrti strokovnih skupin ter ozaveščanje javnosti. To bo ključna podpora za izvedbo projekta reforme SZV. Le ozaveščanje ter nesebična vzpodbuda in pomoč splošni populaciji (in ne aroganca) bodo privedli do aktivne udeležbe pri vseh družbenih (političnih) odločitvah, tudi o narodovem zdravju. Samo na ta način bomo prišli do boljšega zdravja, do zmanjševanja pritiska na proračun ter do odprave neenakosti v zdravju.

Zato pošiljam politikom in Vladi jasno sporočilo, da naj bi nadgradnja sistema potekala »od spodaj navzgor« in ne nasprotno, »od zgoraj navzdol«. Eksperimentiranje z narodovim zdravjem namreč ni dopustno – *sistem zdravstvenega varstva* je popolnoma nepolitično področje in ne dopušča političnega tekmovanja za naklonjenost volivcev.

Bolnišnice morajo (p)ostati bolnišnice

Prim. Marjan Fortuna, dr. med., Kranj

Veliko manj pomembne in manj izpostavljene ustanove, kot so bolnišnice, zdravstveni domovi in številne ambulate, nimajo praktično nobene varovanja pred morebitnimi nasilneži. V svoji več kot štiridesetletni praksi sem doživel tudi zelo nevarne situacije, zlasti ob morebitnem neugodnem izhodu zdravljenja. Govorjenje o tem, da je šlo pri dogodkih v SB Izola za ekscesen primer, je, milo rečeno, sprenevedanje. Ravno za to gre! Za preprečevanje ekscesov, kolikor je le mogoče, in teh je preveč! Treba je poskrbeti za varnost zaposlenih in bolnikov, saj so tudi slednji pogosto deležni nasilja znancev, sorodnikov in barab.

Večina bolnikov prihaja v zdravstvene ustanove po pomoč zaradi takih ali drugačnih zdravstvenih težav. So pa med njimi tudi taki, ki svojih težav ne znajo ali nočejo reševati na kultiviran način in se zatekajo k raznim oblikam nasilja. Sem ne sodijo tisti, ki so nasilni zaradi narave bolezni, in teh ni tako malo. Pa tudi za te, za katere je očitno, da potrebujejo posebno obravnavo in nadzor, ne storimo dovolj. Ne gre samo za bolnike z duševnimi boleznimi, gre tudi za bolnike, ki imajo organske bolezni zlasti centralnega živčevja, so odvisniki od raznih substanc, in za asocialne ljudi, ki so nasilni že do svojih bližnjih, sosedov, znancev itd. Taki ljudje se nikoli ne bodo spremenili in bodo svoje težave pogosto skušali reševati na nasilen ali celo brutalen način, ker jim lastno življenje niti življenje drugih nič ne pomeni.

Prav je, da se ob podobnih dogodkih v zdravstvu, pri policiji, v drugih državnih službah (spomnim naj na

primer geometra, ki je nič hudega sluteč opravljal le svojo službo in bil deležen fizičnega napada, zaradi katerega je izgubil življenje) – pa tudi, če nekateri menijo, da gre za ekscesna dejanja – zgane vsa javnost in skuša vsaj zmanjšati možnosti, da sploh pride do takih dejanj. Povsem preprečiti se jih res ne da.

Naše bolnišnice (vsaj Univerzitetni klinični center Ljubljana v mojem času) imajo zaposlene varnostnike, ki pa bolj kot za varnost skrbijo za informacije. Tako velika ustanova bi morala namesto kakega varnostnika imeti zaposlenega nekoga, ki je sposoben v primeru fizičnega nasilja, grožnje z orožjem ali celo eksplozivom ustrezno ukrepati. UKCL je zaradi svoje odprtosti, razprostranjenosti v več stavbah in dostopnosti iz številnih vhodov zelo lahko dostopen tudi ljudem, ki nimajo dobrih namenov in nimajo v bolnišnici česa iskati.

Bolnišnice so mesto, kjer bolniki in zaposleni potrebujemo mir: prvi za zdravljenje, drugi za nemoteno delo. Pa pogosto ni tako. Pred leti smo uvedli obiske bolnikov od 11.30 do 19.00 z namenom, da bi svoji pomagali pri negi in da bi bil čas obiskov bolj liberalen. Poslušali smo floskule celo od vodilnih, da mora biti bolnišnica prijazna do bolnikov. Ali ni bolnišnica najbolj prijazna, če v njej vladajo mir, red, disciplina, čistoča? Vsega tega zaradi številnih obiskovalcev ni. To bi lahko veljalo, če bi imel v naših bolnišnicah vsak bolnik svojo sobo. Dokler pa je včasih tudi po osem bolnikov v eni sobi, taki liberalni obiski niso možni niti zaželeni. Medicinske sestre niso tiste, ki morajo preganjati nesramne, nasilne in moteče posameznike. Že tako ali tako

so deležne številnih šikaniranj, opazk, kritik bolnikov in svojcev ter verbalnega, pa tudi fizičnega nasilja. Obiskovalci namreč hodijo po bolniških oddelkih, kot jih je volja, tudi ponoči, stikajo po omaricah drugih bolnikov, množijo se kraje vrednih predmetov, grozi se medicinskim sestram in zdravnikom, kot da smo za težave v zdravstvu krivi le mi.

Za ilustracijo bi lahko navedel mnogo primerov, ki sem jim bil priča tudi sam ali moji sodelavci, vendar bi bil spisek predolg. Bom pa navedel dva. Ali je normalno, da mene kot dežurnega zdravnika ob 11. uri zvečer v pritličju UKCL ustavi moški in mi ponuja revijo Kralji ulice? Ali da na oddelku, kjer sem bil zaposlen, nek narkoman ukrade štampiljko in ponaredi recept? To sta samo dva primera, ki se v neki javni ustanovi ne bi smela zgoditi. Resda v teh primerih ni šlo za nasilna dejanja, sem jih pa deležen tudi jaz in jih na tem mestu raje ne bi omenjal. Da, tudi to se dogaja, spoštovani zagovorniki bolnikom »prijaznih« bolnišnic.

Trdim, da so naše zdravstvene ustanove preveč odprte tudi za ljudi z zlimi nameni, in sem bil neuspešen v prizadevanjih, da bi postale ustanove bolj zaprtega tipa. Večina bolnišnic npr. nima niti ograje, ki bi mnogim preprečila nepooblaščen prihod vanje. Saj ne moreš priti kar tako npr. na občino, sodišče, v izobraževalne ustanove, vladno poslopje, ministrstvo npr. za zdravje, kadar te je volja. Po bolnišnici pa se lahko sprehaja kdor koli? Nikakor in nesprejemljivo!

Svoje trditve, da morajo biti bolnišnice čim bolj varovane (fizično, z nadzornimi kamerami in prikrito) pred preštevilnimi ljudmi, ki dnevno prihajajo vanje in jih nihče ne nadzira, niti ne vemo, kdo so, lahko podkrepim s številnimi drugimi primeri in argumenti. Na vhodu morda

vratarju ali varnostniku sicer rečejo to in to, preverja pa tega tako ali tako nihče. Ko pridejo v ambulanto ali na bolniški oddelek, pa se lahko prosto sprehajajo sem in tja ter načrtujejo svoja kriminalna dejanja. Takrat je pogosto že prepozno.

Zatorej morajo postati bolnišnice »trdnjave« zdravja in miru, ne pa mesto, kamor se lahko zateče vsak, ki to hoče zaradi takšnih ali drugačnih vzgibov. Ne morem verjeti, da najvišji državni uradniki (npr. nekdanji minister Keber in državna sekretarka

dr. Sandra Tušar, vodstva zdravstvenih zavodov in nekateri drugi) zagovarjajo nekaj, kar ni nikjer drugod. Kdo pri zdravi pameti lahko zagovarja tako rekoč dneve odprtih vrat ob tem, da so mnogi bolniki preveč nemočni, da bi vsaj pozvonili, če opazijo kaj sumljivega. Zaposleni pa tudi ne morejo nadzorovati vseh in vsakogar, ki se znajde v bolnišnici.

Tudi meni je povsem jasno, da se vseh tragičnih dogodkov pred in v bolnišnicah ne da preprečiti, toda storiti moramo vse, kar je v naši moči,

da bi bilo takih dogodkov čim manj. Tudi za ceno, da bolnišnice čim bolj zapremo pred tistimi, ki v njih nimajo česa iskati. Od sedanjega ministrstva pač ni mogoče pričakovati radikalnih ukrepov, ker gre po njihovem mnenju samo za »ekscese«.

Ne preostane nam nič drugega, kot da se sami samozaščitno organiziramo, tudi za ceno očitkov, da naše bolnišnice niso bolnikom prijazne ustanove, kar pa so zgolj floskule nesposobnih politikov in vodstev zdravstvenih zavodov.

Nov »pomemben« prispevek k reformi slovenskega zdravstva

Mag. Dragotin Ahlin, dr. med., Splošna ambulanta Kamnik

Dne 23. junija sem bil ravno na dopustu. Imel sem čas spremljati elektronsko pošto. Ob 8.49 sem dobil sporočilo od ZZZS – tako kot verjetno vsi zdravniki, predvidevam, da samo v osnovni zdravstveni dejavnosti – da moramo do 6. julija sporočiti prilagoditev svojih urnikov 15. točki 36. člena Splošnega dogovora za leto 2016. Ta pravi, da moramo v okviru delovnega oziroma ordinacijskega časa opredeliti tudi odmor za malico, ki se lahko določi šele po eni uri dela in najpozneje eno uro pred koncem delovnega časa. Zaradi nemotene nujne medicinske pomoči je treba urnik prej še uskladiti z organizatorjem te dejavnosti v izpostavi. Urnik je treba popraviti tudi zaradi 154. člena Zakona o delovnih razmerjih, ki pravi, da ima delavec pravico do odmora med delovnim časom – 30 minut.

V sporočilu je pisalo, naj pošljemo nov urnik z opredeljenim časom malice od–do.

Enako sporočilo sem dobil ponovno ob 8.56 in ob 10.04. Sporočilo je bilo očitno zelo pomembno.

Ob 14.28 istega dne smo dobili novo sporočilo (v prejšnjih časih smo včasih dobili večkrat isto sporočilo po pošti, elektronska sporočila vsaj nič ne stanejo in se prihrani zdravstveni denar). Takrat so nam sporočili, da ni treba opredeliti malice od–do, ampak samo razširiti delovni čas, malico pa lahko imamo, kadar nam čas to dopušča, verjetno pa vseeno ne pred koncem prve ure dela in ne po začetku zadnje ure dela!

Meni se zdi tako poseganje v naše delo smešno.

Do sedaj smo, če se je vsa ekipa strinjala, imeli pol ure krajši delovni čas in kadar je čas dopuščal, v nekaj minutah popili tisto kavico. Tak način dela nam je ustrezal. Delo v ambulanti je namreč težko organizirati tako, da je čakalnica prazna in da imamo pol ure časa zase. Pacienti so sicer naročeni, žal pa ves čas hodijo tudi vmes ali pa vsaj telefonirajo. Sestra ne bo nikoli pol ure prosta, tudi zdravnik težko, četudi to zapovedujejo vsi zakoni in pravila sveta. Tudi v času malice nam je vsem jasno, da če pride

do nujne situacije, pa tudi če je nujna medicinska pomoč organizirana drugače, ne bomo sedeli, ampak se lotili dela. Tudi ko smo na malici, smo torej v stalni pripravljenosti, ki seveda ni posebej plačana in nikomur tudi na misel ne pride, da bi bila.

Če tako zelo skrbimo, da bi zdravstveni delavci delali spočiti, bi bilo prej treba poskrbeti za to, da ne bi delali po 12, 24, 36, 48 ur ali celo več skupaj. Ti ljudje so res utrujeni in morda tudi nevarni, družba pa se spreneveda in tišči glavo v pesek. To je veliko večji problem kot problem malic v osnovni zdravstveni dejavnosti.

Glede na to, da je v zakonu napisano, da je pravica do malice samo pravica, ne pa tudi dolžnost, sem na ZZZS pisno vprašal, ali se lahko cel tim moje ambulante tej pravici pisno odpove in dela brez malice. Žal do danes odgovora še nisem dobil.

Kaj bomo s to »pravico« dobili zdravstveni delavci? Žal nič. Delati bomo morali pol ure dlje – tudi do sedaj smo vedno delali, dokler nismo vsega naredili – spremeniti bomo morali napis na vratih, vizitke, spletno stran (dodatni stroški).

Kaj bodo dobili pacienti? Žal le več čakanja in slabe volje. Manj bodo zadovoljni.

Stanje v čakalnici splošne ambulante je namreč nepredvidljivo. Veliko pacientov je naročenih, veliko tudi nenaročenih. Še našega urnika pogosto ne poznajo, kaj šele časa za malico, ki tako in tako ne bo določen, bo pa določeno, da je malica najkasneje eno uro pred koncem službe in najprej eno uro po začetku službe. Smešno!

V zdravstvu kar mrgoli velikih in pomembnih problemov. Že nekaj let nam zdravstveni sistem pred očmi propada, gledamo nepravilnosti, ki so vsak dan večje, in nemočne paciente, ki se z njimi soočajo in molčijo ter plačujejo vedno več (ker se morajo zaradi katastrofalnih vrst posluževati storitev zasebnikov). Mi smo pa bolj papeški od papeža in bomo reševali

problem malice in zdravstvenim delavcem zapovedali malico, vendar takrat, ko nimajo dela.

Zdravniki v osnovnem zdravstvenem varstvu smo močno preobremenjeni, premalo nas je, zahteve bolnikov so vsak dan večje. Sam npr. »normo« presegam za 25 odstotkov. Ta del seveda ni plačan, med delom pa moram opraviti še kup administrativnih neumnosti, ki skrajšajo čas stika z bolnikom.

6. julija 2016 sem dobil od ZZZS elektronsko pošto, s katero so me spomnili, da moram oddati poročilo o opravljenem laboratoriju. Ko je bolnik pri meni, moram vnesti v računalnik vsako laboratorijsko storitev, ki jo naročim. To mi dnevno gotovo vzame vsaj 20 minut dragocenega časa, ki bi ga sicer posvetil pacientu.

Vpisati moram storitve, napotitve, laboratorij, e-recept, začeli bomo z

e-napotnico. Pošiljati moram fakturna poročila, ne računov za storitve, ker so storitve tako in tako plačane po pavšalu, torej je vse administrativno delo »v prazno«. No ja, ni čisto »v prazno«, jemlje mi dragocen čas, ko bi se lahko pogovarjal s pacientom, ga pregledoval ali pa bi ga vsaj gledal v oči. Zdaj moram namreč pol časa, ki je zanj že tako skromno odmerjen, gledati v računalnik.

Veliko stvari bi se bilo treba lotiti in jih urediti, pa se žal s tem ukvarjajo pisarniški delavci, na napačnem koncu. Nikoli se namreč nobena administrativna zapoved ne ukine, vedno vse ostane in se doda še kaj novega. »Veliki brat« nas opazuje, mi tiho izpolnjujemo zahtevano, pacienti so pa tudi tihi!

Škoda, ker so zaradi vsega tega na slabšem LJUDJE, NAŠI LJUDJE!

Moja (naša) brca v (trdo) meglo

Prim. prof. dr. Zmago Turk, dr. med., v. svet., Maribor

Ko te dni dobivamo vabila za Evropski kongres integrativne in komplementarne medicine in vabila za Svetovni kongres integrativne in komplementarne medicine v Varšavi, Stockholmu, na Harvardu ter drugih znamenitih univerzah, ki so znotraj svojih struktur ustanovile posebne inštitute za integrativno medicino, v katerih združujejo raziskovalno delo, poskušam razmišljati o dogodkih v Sloveniji na tem področju.

S prof. Borkom¹ sva s članki že večkrat želela odpreti razpravo v zdravniških krogih o aktualnih dogodkih v slovenskem prostoru. V Sloveniji namreč deluje okoli 7000 zdravilcev

različne izobrazbe, ki »zdravijo« več kot pol milijona ljudi mimo organiziranega zdravstvenega varstva iz žepov bolnikov. Obrnila sva se tudi na ministrico, ki pa po svoji navadi na naša vprašanja in predloge sploh ne odgovarja.

Naj spomnim, da se je zaradi zgoraj navedenih dogodkov leta 2011 sestala skupina najvišje izobraženih slovenskih zdravnikov. Vsi smo bili redni profesorji, višji svetniki (Gadžijev, Kenda, Pajntar, Borko, Turk, Starc, Jeglič, Jerman, Toplak ...). Ustanovili smo Združenje za integrativno medicino Slovenije (ZIMS) po vzoru nemškega združenja. Organizirali smo ustanovni in kasneje še več kongresov vse do letošnjega kongresa v Gornji Radgoni. Postali smo člani Evropskega združenja integrativne

medicine v Berlinu in člani odbora. Nihče izmed ustanoviteljev se ni želel ukvarjati s komplementarno medicino.

Osnovni namen združenja je:

- analizirati razmere v slovenskem prostoru glede uporabe komplementarnih in alternativnih oblik zdravljenja, s katerimi se zdravijo Slovenci brez strokovnega in materialnega nadzora;
- v sekciji zdravnikov znotraj ZIMS-a zbrati vse tiste zdravnike, ki se ukvarjajo ali pa se želijo ukvarjati z eno od komplementarnih oblik, in od njih zahtevati strokovno analizo in podporo za uporabo te metode ter začeti znanstveno raziskovati metode, ki nimajo dovolj znanstvene podlage;

¹ Borko E. Turk Z.: Zdravstvo in zdravilstvo. Isis. Julij 2016: 15–8.

– vključiti vse registrirane zdravilce, ki so se registrirali preko Gospodarske zbornice brez vsakih medicinskih dokazil, v enotno sekcijo, ki bi jo kontrolirali zdravniki. Preko tega bi si prizadevali za spremembo zakona o zdravilstvu in za ustanovitev zdravilske zbornice Slovenije s strokovnim nadzorom združenja zdravnikov.

Kot komplementarne oblike, o katerih je moč pisati in raziskovati, smo šteli akupunkturo, homeopatijo, manipulativne tehnike, *body medicine*, fitoterapijo, jogo, meditacije, bioresonanco, refleksoterapijo stopal in podobne oblike, ki se pojavljajo v zdravniških in zdravilskih krogih.

Posebno sekcijo bi predstavljala analiza prehranskih in drugih dopolnil, ki se prodajajo bolje kakor žemlje v slovenskih lekarnah, predvsem pa preko spleta. V tem poslu se obračajo milijoni evrov brez vsakega strokovnega nadzora in priporočila.

Čeprav je akupunktura po zaslugi prof. Pomeranza, preko Svetovne zdravstvene organizacije, dobila svoj status znotraj medicinskih krogov, je trebe nadaljevati raziskovalne projekte z metodami sodobne medicinske znanosti, zato smo ustanovili Združenje za akupunkturo pri Slovenskem zdravniškem društvu. Temu navkljub pa po Sloveniji pikajo razni strokovnjaki z vzhoda – Kitajci, Rusi in priučeni Slovenci – brez vsakega strokovnega nadzora in izobrazbe ter na široko propagirajo svojo akupunkturno dejavnost v vseh občilih in na tablah ob cestah. Tudi ti so registrirani preko Gospodarske zbornice brez potrebnih dokazil.

Ustanovitelji Združenja za integrativno medicino smo preko svojega dosedanjega dela z nazivi in delom dokazali, da obvladamo šolsko medicino, vendar vidimo na vseh kliničnih poteh še vedno odprta vprašanja, kjer bi lahko nekatere metode komplementarne medicine dopolnjevale znanje in izkušnje ortodoksne šolske medicine. Posluha nismo našli niti pri Zdravniški zbornici Slovenije, še

manj pa pri Slovenskem zdravniškem društvu. Posamezni zdravniki v različnih komisijah so brez vsakršnih izkušenj na področju komplementarnosti ognjevito trdili, da je slovenska medicina samo ena, da uporablja samo znanstveno preverjene metode, brez da bi razmišljali o tem, da obstaja vzporeden zdravstveni sistem, za katerega so kot funkcionarji slovenskega zdravništva prav tako odgovorni.

Ustanovni profesorji Združenja za integrativno medicino smo vsi že v poznih zrelih letih. Počasi popuščamo v dopovedovanju, da ne želimo škoditi slovenski šolski medicini, ki v Sloveniji absolutno obvlada stroko, oz. nivoju strokovnega varstva, ampak želimo na eni strani urediti neorganizirano in nestrokovno zdravilsko zdravljenje, na drugi strani pa odpreti možnost selektivnega pristopa v raziskovanju in analizi nekaterih komplementarnih oblik. Enako kot to počnejo v znamenitih klinikah po svetu, predvsem v kliniki Charite v Berlinu, kjer je evropski center za integrativno medicino.

V Sloveniji je okrog 50 ordinacij za bioresonanco in refleksoterapijo, s katero se ukvarjajo tudi zdravstveno izobraženi ljudje, vendar brez vsake strokovne podlage in analize svojih rezultatov. Ko smo jih želeli pritegniti v organiziran in nadzorovan sistem, so se umaknili v svoje kroge, ker ne želijo komunikacije na tem področju. Nališpane gospe na televiziji vsakodnevno razlagajo in diagnosticirajo težave bolnikov. Ministrica pa nič. Ali mora priti Krpan? Ta je po sodobni razlagi dobil tudi politično noto.

Zaradi vsega zgoraj napisanega profesorji, višji svetniki, emeriti v spodobnih letih izgubljamovoljo, da bi še naprej nastavljali hrbte za nekoga, ki ne želi, ne razume ali pa noče ugotoviti dejstva, da je v slovenskem prostoru na tem področju vse narobe. Ni nadzora, ni strokovnosti, ni integracije metod, ni povezanosti med kolegi, ki so na eni strani mogoče zdravniki, popoldne pa zdravilci. Bojijo se pokazati svoje delovanje

kljub opravljanju visokih funkcij v zdravniških združenjih.

Sprva smo mislili, da gre zgolj za meglo, skozi katero bi se dalo prebiti s potrpežljivostjo, strokovno svetlobo in strokovnim tipanjem. Vendar smo ugotovili, da je znotraj megle trda stena nerazumevanja v naših zdravniških krogih, ki se ponavljajo od znanih stališč Komisije RS za medicinsko etiko iz leta 1998² naprej, in absolutna aroganca zdravilcev, ki si ne želijo nadzora, še manj pa zahteve po strokovnosti in dokazih ter analizi svojih dejavnosti. V tavanju po tej megli smo že izgubili voljo, energijo in izčrpali meglenske ter zdravniško solidarnost.

Slovensko združenje za integrativno medicino tako tava med novimi in sodobnimi vzori Evrope in sveta ter blokado v slovenskem prostoru. Ustanovitelji, ki smo zastavili svoj ugled in znanje, se počasi umikamo in prepuščamo razvoj dogodkov času in prostoru. Menim, da eni in drugi strani ustreza sedanja nedorečenost, da prvi ostajajo na svojih piedestalih, drugi pa v svojem biznisu.

Najverjetneje bo tako, kot so rekli stari Latinci: »Contra principia negantem non est disputandum.«

2 Stališče državne komisije za medicinsko etiko o zdravilstvu. Zdrav Vestn 1998: 67: 179–81.

Retrogradna analiza zdravstvenega obravnavanja bolnika Č. I.

Prim. dr. Zlata Remškar, dr. med., Medvode

zlata.remskar@evj-kabel.net

Danes petinšestdesetletni bolnik je do starostne upokojitve opravljal delo skladiščnika. Bil je dolgoletni kadilec 40 cigaret na dan. Osem let ne kadi. Zaradi periferne arterijske okluzivne bolezni (PAOB) njegovo stanje spremlja angiolog.

Leta 2011 so mu ob bolečinah na levi strani prsnega koša ugotovili vnetje rebre mrene levo. Bolnišnična obravnava enostranskega vnetja rebre mrene ni uspela razjasniti. S preiskavami so izključevali infektivni vzrok plevritisa, avtoimunsko obolenje, pljučne embolizme in maligno obolenje rebre mrene. Biopsija plevre ni bila narejena. Kljub nerazjasnjenemu vzroku enostranskega vnetja rebre mrene so se odločili – z delovno diagnozo morda obstoječega neopredeljenega avtoimunskega obolenja plevre – za poskusno uvedbo antitivnetnega zdravljenja z medrolom z začetnim visokim odmerkom 96 mg/dan, ki so ga med bolnišnično obravnavo postopoma znižali na 16 mg/dan. Plevralni izliv se je izboljšal. Bolnik je bil odpuščen domov ob vzdrževalnem odmerku medrola 16 mg/dan ter usmerjen v nadaljnje ambulantno spremljanje stanja.

Čez šest mesecev, junija 2011, je bil pregledan pri revmatologu, ki je ugotovil, da bi bolnikove simptome in znake sicer težko združili v »enotno revmatsko bolezen«, ki pa bi bila »še vedno možna«. Kar zadeva zdravljenje z medrolom, ki ga je bolnik takrat prejemal 8 mg/dan, pa bo odločil pulmolog, ki je pred meseci uvedel zdravljenje.

Aprila 2012 je bolnik še vedno prejemal medrol v vzdrževalnem odmerku 6 mg/dan. Revmatolog tudi tokrat ni ugotovil znakov sistemskega

vezivnotkivnega obolenja. Rentgenogram prsnih organov ni prikazal plevralnega izliva. Vzdrževalnega odmerka medrola niso spremenili, ponovna revmatološka kontrola je bila predvidena čez eno leto oz. junija 2013.

Leta 2014 so bolniku na novo ugotovili suprarenalno insuficienco ter medrol zamenjali s hydrocortisonom v odmerku 10 + 5 + 5 mg na dan.

Še naprej so letno preverjali kazalce morebitnega sistemskega vezivnotkivnega obolenja, ki pa je ostajalo nepotrjeno.

Leta 2014 je bolnik pričel kašljati, kar je bilo pripisano ponavljajočim se okužbam spodnjih dihal, ki so bile ocenjene kot odporne na antibiotično terapijo. Revmatolog je s tem v zvezi januarja 2015 menil, da bi lahko težji potek okužb razložili s pri bolniku poznano suprarenalno insuficienco. S tem v zvezi je bolniku svetoval, da ob blažjih okužbah dihal odmerek hydrocortisona podvoji, ob težjih okužbah pa potroji.

Zaradi omenjenih pogostejših okužb spodnjih dihal so bolniku od januarja 2016 do junija 2016 štirikrat rentgensko kontrolirali stanje prsnih organov. Pljučnice niso zaznali, opazili pa so pljučne retikulonodularne zgostitve, ki bi lahko kazale na kronično intersticijsko obolenje pljuč, zaradi katerih so priporočili pregled pri pulmologu.

Pulmolog je julija 2016 ugotovil, da je imel bolnik v tej ambulanti že pred osmimi leti oz. leta 2008 s CT prsnega koša odkritih nekaj emfizemskih sprememb v pljučih in začetno pljučno fibrozo v spodnjih pljučnih področjih. Takrat se niso odločili za poglobljanje diagnostike oz. za zdrav-

ljenje. Bolnika so po dveh letih prepustili sledenju izbranega zdravnika.

Pulmologova primerjava letos opravljenih rentgenogramov prsnih organov, ki jih je bolnik prinesel na vpogled, s stanjem leta 2008 je prikazala napredovanje intersticijske prizadetosti pljuč.

Bolnik je pulmologu povedal, da dobri dve leti opaža zmanjševanje fizične zmogljivosti. Pol leta ga dispneja ovira že pri hoji po ravnem. Večkrat se tudi splošno slabo počuti, kašlja oz. preboleva »pljučnice«, ob katerih mu predpisujejo različne antibiotike, ter glede na svoje počutje spreminja svoj dnevni odmerek hydrocortisona.

Ob julijskem pregledu je pulmolog nad pljuči bolnika slišal obojestransko pozno inspiratorno pokanje, ki po odkašljanju ni izginilo. Betičastih prstov bolnik ni imel.

Bolniku so bile izmerjene srednje težke restriktivne ventilatorne motnje in znižanje difuzijske zmogljivosti za CO na 50 odstotkov normalne zmogljivosti.

Pulmolog se je odločil za ponovitev CT prsnega koša, primerjalno glede na stanje leta 2008, zaradi ocenitve napredovanja intersticijske prizadetosti pljuč v osmih letih.

Po pregledu večletnega zdravstvenega obravnavanja bolnika, kot sem ga povzela iz njegove medicinske dokumentacije in iz ugotovitev svojega naključnega ambulantnega srečanja z njim, se mi je porodilo nekaj vprašanj in opažanj, ki jih bom v nadaljevanju predstavila in o njih tudi razpravljala.

Prva med ugotovitvami je bila, da so se pri bolniku z enostranskim neopredeljenim plevritisom zelo hitro odločili za uvedbo sistemskega kortikoidnega zdravljenja, ki je, kot so ocenili, takoj »pomagalo«.

Druga, nedvomno za bolnika zelo pomembna, je bila ugotovitev, da so

kljub v nadaljevanju nepotrjeni sistemski vezivnotkivni boleznii vztrajali pri dolgotrajnem vzdrževalnem kortikoidnem zdravljenju in niso razmišljali o morebitni ukinitvi medrola.

Tretja ugotovitev je bila pojav zapleta dolgotrajnega kortikoidnega zdravljenja v smislu suprarenalne insuficience, zaradi katere so bolniku po treh letih namesto medrola predpisali hydrocortison. Bolnikovi presoji pa so prepustili aktualno odmerjanje substitucijskega zdravljenja s hydrocortisonom, ki ga je glede na svoje počutje večkrat poviševal do najvišjih svetovanih odmerkov.

Kot četrto ugotovitev analize obravnavanja bolnika bi izpostavila, da so zadnji dve leti simptomatiko kašlja razlagali z okužbami pljuč, ki so jih tudi večkrat antibiotično zdravili, pa čeprav rentgenogram prsnih organov, ki je bil na primer od januarja do junija 2016 narejen štirikrat, ni

prikazal pljučnice. Šele zadnje junjsko priporočilo rentgenologa je sprožilo usmeritev bolnika k pulmologu, in sicer po naključju k istemu, ki ga je obravnaval že pred osmimi leti oz. leta 2008.

Ob pulmološkem pregledu je bilo prav zato mogoče odkriti, da je imel bolnik že pred osmimi leti s CT prsnega koša ugotovljen emfizem pljuč in pljučno fibrozo.

Med obravnavo zaradi levostranskega plevritisa leta 2011 teh podatkov niso imeli in jih tudi niso iskali, saj so se povsem osredotočili na obravnavo enostranskega vnetja rebrne mreže.

Opravljen analiza prikazanega primera nam zelo nazorno kaže, kako pomembno je pri obravnavanju bolnikov upoštevati vse dokumentirane ugotovitve oz. pregledati vso bolnikovo medicinsko dokumentacijo. Zdi se, da bi temu bolniku z bolj celostno obravnavo lahko prihranili

iatrogeno povzročeno suprarenalno insuficienco ter pri simptomatiki kašlja že pred dvema letoma upoštevali poleg možnosti okužbe spodnjih dihal tudi pred osmimi leti zaznano intersticijsko bolezen pljuč, na katero se je v razdobju od leta 2008 do leta 2016 čisto »pozabilo«.

Menim torej, da bi se moral bolnik gibati med preiskovalci in terapevti vedno z vso razpoložljivo medicinsko dokumentacijo, ki bi lahko preprečila podobna dogajanja kot pri prikazanem bolniku.

Ugotovim naj še, da zdravniki in tudi bolniki večinoma niti ne izvemo, da bi bila v nekaterih primerih zdravstvena obravnavo bolnikov lahko tudi bolj celostna, kot je bila.

Tudi zato je treba vsake toliko časa opozoriti na prikazano problematiko in si osvežiti zavest o možnih tudi negativnih posledicah naših odločitev za bolnike, ki so nam zaupani.

Medicina vrača udarec

Marija Burnik, dr. med., spec. ped., ZD Ljubljana

marija.burnik@zd-lj.si

Že skoraj moreče sanje: gasilci so morali čedalje večkrat posredovati zaradi požarov. Nekaj so jih uspeli pogasiti hitro, drugje je bila škoda precej večja. Nekaj požarov je bilo le začetnih in so jih uspeli lastniki hiš pogasiti sami. A škode je bilo povsod vsaj malo ...

Na te sanje sem se spomnila, ko sem brala prispevek v avgustovski številki revije Isis z naslovom »Medicina vrača udarec« o uporabi sodobne tehnologije pri informiranju, ozaveščanju in svetovanju. Študenti so s svojimi mentorji opravili hvalevredno delo, ko so razvili in dali v uporabo spletno aplikacijo o spolno prenosljivih okužbah (ASPO). A ko se sprašujem, kako bo ta aplikacija prišla do mladih, kako jo bodo sprejeli, jo

uporabljali, se bodo iz nje kaj naučili ..., se bojim, da pristopamo k »perečemu in neobvladanemu javnozdravstvenemu problemu« z imenom spolno prenosljive okužbe (SPO) z napačne strani.

Spolnost je danes za mlade nekaj, kar je (že skoraj) nuja, nekaj, kar jim pripada, kar jih dela »bolj odrasle«. In že od konca osnovne šole jih učimo, da naj to seveda kar počnejo, le na kondom naj ne pozabijo. Saj kondom »uredi« vse: zaščiti pred (neželeno) nosečnostjo in varuje pred SPO. Pozabili pa smo jim povedati, da je tudi ob pravilni uporabi kondom »le« 98-odstotno zanesljiv pri preprečevanju nosečnosti, zaradi nepravilne uporabe pa je nosečnosti celo 15

odstotkov. Pozabili smo povedati, da je virus HIV 25-krat manjši od (širine) spermija¹; kolikšna je torej verjetnost za prehod virusa HIV skozi kondom, če le-ta »zataji« v (najmanj) 2 odstotkih primerov? Nekje se je izgubila informacija, da je sam spolni akt le eden od možnih načinov prenosa SPO, res da najpogostejši. Kaj pa stik kože s kožo oz. sluznice s sluznico? Zlasti če je kje (lahko zelo majhna) sveža rana?

So naši mladi morda že slišali (videli?), da je daleč najboljša preventiva proti SPO vzdržnost in zvestoba enemu partnerju? Je do njih že prišla informacija, da telesna intimnost, ki zanemari, prezre ali celo izključi

¹ Glavica spermija meri 3,1 µm v širino (torej za prehod potrebuje tako veliko luknjico) in 5,1 µm v dolžino. Virus HIV meri v premeru okrog 120 nm.

čustva, poniža človeka na raven predmeta, ki ga nekdo uporabi in nato (pogosto) zavrže?

Avtorica zgoraj omenjenega članka pravi, da je »eden pomembnih dejavnikov, ki so vplivali na bohotenje SPO, tudi razvoj informacijskih in komunikacijskih tehnologij v devetdesetih letih, ki je omogočil, da vse več ljudi, predvsem mladih, išče pot do kratkotrajnih, največkrat le enkratnih intimnih zvez /.../ Ob tem pa se večinoma ne zavedajo najrazličnejših tveganj, ki so jim izpostavljeni, predvsem možnosti spolno prenosljivih okužb.« Se še komu drugemu zdi, da je vzgoja tu popolnoma zatajila? Od kod, če ne od vzgojiteljev (v prvi vrsti staršev, pa tudi ostalih sorodnikov, učiteljev ...), naj bi namreč mladi izvedeli, kaj je prav in kaj ne, kaj je dobro (koristno) in kaj ne, kaj je tvegano in kaj ne?

V julijski številki revije Isis je bil objavljen odlični članek dr. Barbare Lovrečič, dr. med., ki nudi dober »vpogled« v možgane še ne odraslega². Kot pravi, se možgani razvijajo in

2 Lovrečič B. Ranljivosti mladostnikov in razvoj zasvojenosti: od genov do dozorevanja možganov. Isis 7, julij 2016; 29–33.

dozorevajo postopoma in različno hitro; zato so mladostniki telesno že podobni odraslim, nekatere duševne funkcije pa bodo do ravni odraslih oseb potrebovale še nekaj časa. Deli možganov, ki dozori najprej, so tisti, povezani z motoriko in senzorično, deli možganov, ki so odločilni za nadzor impulzov, presoje in odločanja, pa dozori kasneje. Najkasneje dozori in se razvijejo tisti predeli možganske skorje, ki nadzorujejo izvršilne funkcije. Zato, kot pravi dr. Lovrečič, so »mladostniki še prikrajšani pri odločanju, samoobvladovanju in nadzoru vedenja, načrtovanju dolgoročnih odločitev, razumevanju doživljanja drugih in reševanju kompleksnih nalog.« Poleg tega še ne razvita prefrontalna skorja mladostnike nagiba k sprejemanju slabih odločitev in k nepravilni zmožnosti prebiranja čustev drugih. Povedano enostavno: prefrontalna skorja skrbi, da ne podlegamo skušnjavam. Tako so mladostniki bolj nagnjeni k eksperimentiranju in tveganemu vedenju, raje imajo fizično kot miselno akcijo, zelo si želijo biti sprejeti v družbi in so zelo občutljivi na pritisk vrstnikov.

Nič čudnega torej, da mladi vstopajo v spolne odnose že zelo zgodaj. Ampak ali smo »čustveno manj zrele« mladostnike dovolj pripravili za »telesno odraslo vedenje«? Je res dovolj mladostnika poučiti o pravilni in redni uporabi kondoma, mladostnici pa čim prej predpisati kontracepcijske tabletko za primer, če kondoma ne bo ali pa bo zatajil?

Moje sanje žal niso (bile) samo sanje; otrokom smo dali v roke vžigalice, jim povedali, da je ogenj sicer dober (ker nas ogreje, omogoča kuhanje in pečenje, ob njem se je prijetno družiti), zraven pa smo namizo postavili lonček vode in jim povedali, da je to za primer, če bo ogenj postal prevelik. Pa je kdo preveril, ali vedo, kako ravnati z ognjem, in ali vedo, kaj je prevelik ogenj ter kako se ga pogasi? Aja, saj imajo spletno aplikacijo, iz katere se bodo naučili vse o ognju in možnih posledicah (no, vsaj eni skupini le-teh).

In sedaj se čudimo, ker je požar neobvladljiv, mladostniki pa enako nevedni ...

Medicina vrača udarec. Mar res?

Medicina vrača udarec – ali ga res??

Prim. Anton Kunstelj, dr. med., specialist pediater v pokoju, Ljubljana
tone.kunstelj@rkc.si

Zbodel me je članek v zadnji številki revije Isis o vedno aktualni tematici borbe s spolno prenosljivimi okužbami (SPO), ki predstavljajo »pereč in neobvladan javnozdravstveni problem povsod po svetu, še posebej med mladimi«. Svetovne institucije bijejo plat zvona, ker so se SPO v tem tisočletju razmahnile v pandemični obliki in niso več ozdravljive z desetletja priporočenim antimiokrobnim zdravljenjem, pojavljajo se na povsem nepričakovanih geograf-

skih področjih in končno so razširile svoj epidemiološki vzorec in se vse pogosteje pojavljajo v določenih populacijah razvitega sveta, kot je to pri hepatitisu C.

Svetovne institucije ugotavljajo, da je prišlo do »silovitega razmaha tveganega spolnega vedenja, katerega je v temeljih botrovalo popuščanje strahu pred kugo 20. stoletja«. Razvoj zdravil zoper povzročitelja aidsa, nato vse bolj razširjena uporaba psihoaktivnih substanc, kar je oboje še stop-

njevalo tvegano spolno vedenje, predvsem med mladino, »saj je odpovedala vsaka razsodnost«. K temu je v članku dodan še razvoj informacijskih in komunikacijskih tehnologij, ki je omogočil, da vse več, »predvsem mladih ljudi, išče pot do kratkotrajnih, največkrat le enkratnih intimnih zvez«.

Ljudje, torej predvsem mladi, se pri tem sploh ne zavedajo, da so »predvsem resno izpostavljeni možnosti spolno prenosljivih okužb ter

posledic za zdravje in celo smrti«. Preberemo tudi, da ne gre le za ogroženost posameznika, temveč za širši javnozdravstveni problem. V članku so nato korektno naštetje resne posledice tveganega spolnega vedenja. Zaradi okužbe, ki lahko poteka tiho in ni pravočasno prepoznana, lahko okuženi utrpí dolgotrajne in zelo resne posledice, saj so nekatere okužbe neozdravljive, druge pa lahko prinesejo »neplođnost, spontani splav, rak, prizadetost različnih notranjih organov ter osrednjega živčevja«.

Sedaj pridemo do bistva članka. Skrajni čas je, da medicina poseže po sodobni tehnologiji in »vrne udarec«. Kaj pomeni »vrniti udarec«? Torej je moral biti prvi udarec že zadan in moral je biti tako jasen, močan in prepoznaven, da ga je sedaj treba vrniti. Članek napoveduje spletno aplikacijo o spolno prenosljivih okužbah, ki »ne bo nudila le informacij, temveč prinaša tudi ozaveščanje o varni spolnosti in svetovanje ter konkretne napotke v primeru resničnega tveganja«.

Prvi udarec v članku niti ni jasno definiran, gre le za ugotavljanje javnozdravstvene nevarnosti, ki jo pomeni širjenje spolno prenosljivih okužb, ki se širijo in postajajo vedno težje obvladljive. Čas tega dogajanja pa je postavljen v začetek našega tisočletja. V čem je problem? V tem, da npr. povzročitelja gonoreje vedno težje zdravimo z antibiotiki, da se pojavljajo geografsko nepričakovane oblike bolezni, da je hepatitis C postal problem v določenih populacijah razvitega sveta? Kaj se dogaja?

Podal bom svoj pogled na to, kaj se dogaja. Vem, da se nekateri kolegi z menoj absolutno ne bodo strinjali, drugi pa mi bodo pritrdili. Začetek tega dogajanja bom postavil v čas po drugi svetovni vojni, tja v konec petdesetih let. V t. i. zahodnem svetu je standard hitro rasel, vedno višja je bila izobrazba prebivalstva, predvsem žena, veliko nekoč težko dosegljivih dobrin je bilo na razpolago povprečnemu človeku – potrošniku. V ta čas

pade prihod sodobne hormonske kontracepcije. Spominjam se propagande, da bo ta kontracepcija »osvobodila« ženske, da se bo število splavov zmanjšalo in se bo reproduktivno zdravje žena izboljšalo. Razvoj dogodkov pa je šel svojo pot. Osvoboditev žena je pomenila, da je čedalje več deklet začinjalo svoje spolno življenje vse bolj zgodaj, da so menjavale partnerje, kar je pomenilo več nenačrtovanih nosečnosti, nato več splavov in vzporedno več spolno prenosljivih okužb. Sočasno se je po zahodnem svetu (in ne prav dosti kasneje tudi drugje) začela večati poraba psihoaktivnih substanc in vzporedno je še naraščala incidenca spolno prenosljivih okužb. Spirala se je le še dvigovala, strokovnjaki so le še beležili negativna dogajanja in strahoma opazovali razvoj, ki je šel svojo pot.

V članku napovedana aplikacija je dobra in koristna stvar, a gre le za zaviranje razvoja in blaženje posledic, ne upa pa si dregniti v izvor dogajanja, to je pri nas in prav tako širše v zahodnem svetu nedotakljiva zadeva. Gre le za gasilsko akcijo, ki bo ali pogasila trenutno žarišče požara ali pa ga omejila, da se ne bo širil naprej, s tem pa vzrokov požara še ne bomo odpravili. Ker si ne upamo dregniti v dokaj jasne vzroke požara, smo prisiljeni v gašenje, preventiva je tu onemogočena. Pomislimo na dogajanje po svetu ob prihodu kuge 20. stoletja, aida. Obširne medijske kampanje so uspele zaustaviti širjenje okužbe, in to predvsem v razvitem delu sveta, manj po Afriki. Tja so »dobrodelne« organizacije pošiljale gore kondomov, ki pa sami epidemije niso zaustavili. Šele ko so h kondomom dodali še ozaveščanje prebivalstva o odgovornem spolnem vedenju, je epidemija začela upadati. Ena od ciljnih populacij za ozaveščanje so bili moški homoseksualci. A po tridesetih letih ozaveščanja lahko v strokovni literaturi, tudi za Slovenijo, preberemo, da so prav ti še vedno populacija z največjo in še vedno rastočo stopnjo okuženosti. Podobno zgodbo, drugač-

no, a vseeno poučno, sem slišal v prvi polovici devetdesetih let, dogajala pa se je v slovenskih šolah. Otrokom v devetletki in srednjih šolah je predavala ameriška strokovnjakinja za spolno vzgojo. Plošča se je vrtela: spolni odnosi da, a ob uporabi kondoma. Leto kasneje so jo vprašali, kaj bi naredila, če bi jo osvajal Kevin Costner (ameriški filmski zvezdnik, za katerega je bilo znano, da ima dokaj pestro spolno življenje), pa pri sebi ne bi imela kondoma. Bila je v zadregi in odgovorila, da je do njega »mehka« in bi se mu pustila zapeljati. Adijo saga o kondomu. Nato je gospa obrnila ploščo in začela govoriti tudi o odgovornosti.

Dokler bomo v našem zdravstvu le gasilci in bomo popuščali javnemu mnenju, ki od nas pričakuje ali pa celo zahteva pristajanje na svobodomiselnost in odklanja vsako omejevanje, živela svoboda! Vprašam se, koliko kolegov, in to ne samo iz ginekološko-porodniške stroke, se je kdaj odzvalo povabilu kake šole in speljalo kak vzgojno-poučni cikel ali pa morda le eno samo predavanje s področja spolne vzgoje in pri tem ni predavalo le anatomije, fiziologije in ponujalo kondomov, ampak je govorilo tudi vzgojno in omenilo vzdržnost in odgovornost, zrelost v odnosih med fantom in dekletom?

To niso problemi in vprašanja, ki bi si jih morali danes zastavljati le v Sloveniji, to so vprašanja za razviti svet, predvsem Ameriko in Evropo. Je osebna svoboda na vseh področjih, tudi v medčloveških odnosih in na tako intimnem področju, kot je človekova spolnost, in to brez vsakih omejitev, res prava stvar? Je družina in vzgoja otrok znotraj družine res že preživeta stvar? Kdo še danes javno govori o pojmi, kot so odgovornost, vzdržnost ali čistost, in ne bo deležen javnega posmeha? Podlegamo pritiskom z vseh mogočih strani, od farmacevtskih lobijev, *Open society* fundacij Sorosevega tipa, do LGBT-lobija. Vse gre v smeri uničiti družino, njen vpliv in njeno vzgojo ter narediti iz mladine, ki odrašča v takih pogojih,

»dobro vzgojene« potrošnike, ki ne znajo misliti z lastno glavo, zato pa utrpijo posledice neodgovornega ravnanja, danes na področju spolno-

sti, jutri pa na drugih področjih. Krepko subvencioniramo organizacije in društva, ki sodijo v LGBT-sfero, nič pa ne naredimo za podporo družini in

njeni vzgojni vlogi. *Quo vadis Slovenija in njena medicinska stroka?*

Drugo mnenje na prispevek »Predpisovanje zdravil v pozni starosti«

Prim. mag. Tatjana Leskošek Denišlič, dr. dent. med., Ljubljana

Prof. dr. Matjaž Zwitter je v številki revije Isis za avgust in september v sestavku z zgornjim naslovom pozval bralce, da mu mnenja za in proti pošljejo na priložen elektronski naslov. Ker je bil njegov prispevek natisnjen, bom odgovorila nanj s spodnjim zapisom.

Ne poznam primera, ki je bil obravnavan na Odboru za pravno-etična vprašanja pri Zdravniški zbornici in ki je prof. dr. Matjaža Zwittera vzpodbudil k zapisu »Predpisovanje zdravil v pozni starosti«. Rada bi izrazila odločno nestrinjanje z njegovo željo, da zdravniku po 80. letu »ugasne« zdravniška številka, ker **trditev**, da je to 15 let po upokojitvi in najmanj toliko let od zadnjega strokovnega izobraževanja, enostavno ne drži kar povprek.

Poznam zdravnike, ki so pri sedemdesetih letih in več še vedno polno aktivni, tudi na mednarodnih srečanjih. Verjetno bi jih bilo še več, če ne bi bilo tega nesrečnega ZUJF-a. Upokojeni zdravniki po »prisilni« upokojitvi pogosto še delajo in se izobražujejo, slednje tudi na lastne stroške. Mladim so omogočena vsakršna izobraževanja, a prepričana sem, da mednarodna srečanja ne zagotavljajo vedno poznavanja najnovejših smernic. O tem, kako agresivna

je farmacevtska industrija, sploh ne bi razpravljala.

Domnevam, da se pokojni akademik prof. dr. Jože Trontelj ne bi strinjal z ugasnitvijo zdravniške številke z etičnega stališča. Bi pa sama pred zapisom pobude zagotovo povprašala njegovega naslednika prim. Boža Voljča. Veste, odvzem zadnjega, kar po zaključku dolgotnega, ne lahkega dela ostane, me trpko spomni na ukrep odvzema opravilne sposobnosti. Spoštovanje starosti naj bi pomenilo spoštovanje modrosti, ki se je kalila na izkušnjah. Te pa vihravi mladosti zagotovo še manjkajo!

V bogati bližnjevzhodni državi so lani podaljšali, seveda kdor želi, možnost dela do zaključenega 75. leta starosti. Zagotovo so spoznali pomembnost zrele preudarnosti. Vem, da so njihovi zdravniki večinoma šolani na uglednih univerzah v Angliji, Ameriki in Kanadi.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije letno nameni upokojenim zdravnikom in zobozdravnikom po 30 receptov za lastne potrebe. Ker smo starejši in skoraj ga ni junaka, ki bi bil brez take ali drugačne terapije, si z njimi olajšamo življenje, saj prihranimo pot k osebnemu zdravniku.

Tudi zmanjšanje na 20 bi sprejela, saj me to ne bi oropalo dostojanstva, kot zveni ob ugasnitvi zdravniške številke. Ko ugasnejo luči, nas obda tema!

Ja, tudi osebni zdravniki se starajo in nadomestijo jih mlajši, ki pa nas starejših ne poznajo več. Prav tako nas ne poznajo, ko potrebujemo pomoč v splošni nujni medicinski pomoči ali internistični nujni pomoči. Vsemu naštetemu sledi dolgotrajno in večkrat mučno čakanje na hodnikih zdravstvenih domov ali urgence. Verjetno je tako le v večjih mestih (verjemite, že preizkušeno), v manjših se ljudje bolje poznajo.

Absolutno se strinjam, da svoje in prijatelje zdravijo tisti, ki so na tekočem s sodobnimi smernicami! Kako pa odreči pomoč otroku ali vnuku, ki mora nenapovedano na pot, a mu je zmanjkalo zdravila, ki ga že dlje časa uporablja, ali zakoncu v nedeljo ali na praznik, ko ga zaradi nespretnega giba močno uščipne v križu?

Za konec in v premislek, spoštovani profesor, pa naslednje: bi morda kaj povzeli in olajšali sprejem in obravnavo upokojenih zdravnikov in zobozdravnikov na urgencah? Isto naj bi veljalo tudi za upokojene sestre vseh profilov, saj smo skupaj v zdravstvenih ustanovah pustili svoja lepa

leta, se trudili, razdajali in pomagali po najboljših močeh.

Zdravstvene kartice bi poleg vseh zapisov lahko vsebovale tudi zaznamke o našem preteklem delu. Verjemite, da bi bil to izraz naklonjenosti.

Prijaznejša beseda mlajših za okenci in v ordinacijah bi nas toplo pobožala.

Mladi ponavadi ne potrebujejo veliko zdravstvene pomoči. A če jo, imajo vrsto kolegov in sodelavcev, na katere lahko računajo. Ko postaneš

starejši in bolj ogrožen, to odpade, saj so tudi kolegi v pokoju.

Verjemite, da je težko biti le številka v dolgih urah čakanja!

Pa čim več zdravja vsem skupaj od srca!

Še enkrat o predpisovanju zdravil v pozni starosti

Prof. dr. Matjaž Zwitter, dr. med., Ljubljana

Kar nekaj pošte sem dobil na vprašanje v poletni številki Izide, ali je prav, da zdravniki tudi v pozni starosti zadržimo pravico predpisovanja zdravil. Nekaj strinjanja, ob tem pa seveda veliko ugovorov. Res je: kronološka starost ni merilo za fizično ali umsko sposobnost, prav tako je res, da se mnogi zdravniki tudi po upokojitvi izobražujejo in so na tekočem s strokovnimi smernicami. Odvzem pravice predpisovanja zdravil bi bil do mnogih krivičen.

Iz tega dopisovanja so zame najpomembnejši opisi neprijetnosti pri čakanju v zdravniški čakalnici. Poklicna solidarnost je zapisana v vseh etičnih kodeksih od Hipokrata dalje. Nihče, tudi nadzornik zavarovalnice nima pravice, da bi prizadel

dostojanstvo upokojenega zdravnika. Namesto grenkih izkušenj, ki so mi jih posredovali nekateri starejši kolegi, naj raje citiram mlajšo zdravnico: *»Najpomembnejši je spoštljiv odnos do zdravnika – starostnika v družbi kot celoti. Ko pride v mojo ambulanto kot pacient, ga še vedno naslavljam z besedo doktor ali doktorica pred primumkom. Svojo pozornost mu izkažem tako, da nikoli ne čaka. Vedno se mu posvetim z vso pozornostjo. Morda je to vrednejše od številke in bloka receptov.«*

Močno upam, da se bodo besede o spoštljivem odnosu do starejših kolegov prijele še koga od mlajših.

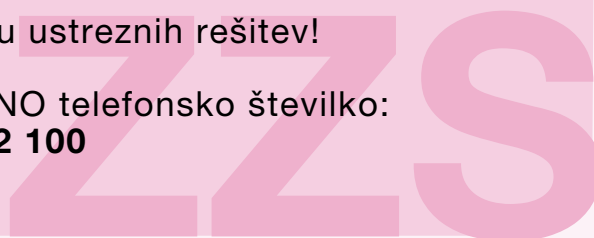
Naj opozorim še na eno okoliščino: upokojeni zdravniki imamo sicer še pravico pisati recepte, nimamo pa

dostopa do diagnostike. In prav strokovni korektnosti in varnosti je bilo namenjeno moje vprašanje. Pri upokojenih zdravnikih se pogosto dogaja, da sebe in svoje bližnje zdravimo »na pamet« in takoj posežemo po bloku z recepti, ker je to pač edino, kar imamo na voljo. Ko imam pred seboj ženo ali vnuka, ki že en teden hudo kašlja in ima povišano temperaturo, bi se moral vedno vprašati: če bi bil to nekdo tretji, ali bi ga poslal v laboratorij, na odvzem kužnin in na slikanje pljuč? Kar nekaj zgodb iz zdravniških vrst priča, da pri sebi in svojih bližnjih opuščamo preiskave, da se ne držimo navodil o počitku ali bolniškem dopustu ... In zato ni odveč poudariti: kadar zbolijo, naj bo zdravnik ali njegov bližnji deležen najmanj enako kakovostne zdravstvene obravnave kot vsak drug bolnik.

V STISKI NISI SAM!

Vam in vašim svojcem bomo ANONIMNO nudili pomoč v težavah in pomagali pri iskanju ustreznih rešitev!

Pokličite nas na ANONIMNO telefonsko številko:
01 30 72 100



Katarina Osolnik, dr. med., Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

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

Idiopatska pljučna fibroza (IPF) je redka intersticijska pljučna bolezen neznanega vzroka. Preživetje je primerljivo z rakom pljuč. Bolniki so pred dokončno postavitvijo diagnoze obravnavani na intersticijskem konziliju Bolnišnice Golnik pod vodstvom Katarine Osolnik, dr. med., s katero smo opravili pogovor.

Katere so intersticijske pljučne bolezni? Kaj jih povzroča in kako pogosto se srečujete z njimi?

Intersticijske pljučne bolezni so redke in v okviru Klinike Golnik obravnavamo več kot polovico vseh slovenskih bolnikov s temi boleznimi. Mednje spadajo: sarkoidoza, kot najpogostejša znotraj skupine granulomatoz, z zdravili povzročene intersticijske spremembe: amjodaronska okvara pljuč, pnevmonitisi po raznih kemoterapevtikah, bioloških zdravilih, posebno skupino predstavlja prizadetost intersticija pri sistemskih boleznih veziva in skupina s kajenjem povezanih bolezni: histiocitiza X, respiratorni bronhiolitis – intersticijska pljučna bolezen. Pomembno skupino predstavljajo idiopatske intersticijske pljučnice, najpogostejša med njimi je idiopatska pljučna fibroza (IPF).

Na grobo bi razdelila intersticijske pljučne bolezni na tiste, ki jim poznamo vzrok, in na tiste, za katere ne poznamo vzroka in kamor spada tudi IPF. Postavitev diagnoze IPF je izključitvena. Vsak nastanek fibroznih sprememb na pljučih še ne pomeni IPF. Končno stanje spreminjanja pljuč je enako pri različnih boleznih, različnih vzrokih. Kolikor kasneje v poteku bolezni postavljamo diagnozo, manjša je verjetnost, da iz dejanskega stanja, tudi radiološke in histološke diagnoze, uspemo ugotoviti vzrok bolezni.

Ali je kajenje lahko vzrok za nastanek IPF?

Kajenje je pomemben dejavnik tveganja za nastanek idiopatske pljučne fibroze. Velik del pacientov, ki zbolijo za IPF, so kadilci. Zelo pomembno je, da natančno vprašamo, kakšnim

vplivom okolja so bili izpostavljeni bolniki. Jasno je, da neugodni vplivi okolja (tudi na delovnem mestu) lahko prispevajo k razvoju bolezni.

Kako težko pridete do diagnoze IPF? Kaj vse je treba izključiti pri postavitvi klinične diagnoze?

Pri IPF je nujno, da izključimo poznane možne razloge enakim spremembam. Klinični diagnozi IPF na področju radiologije in patologije ustreza diagnoza: običajne intersticijske pljučnice (angl. UIP – usual interstitial pneumonia). Tako imenujemo tudi spremembe, ugotovljene z visokoločljivostnim CT, ki imajo pri IPF tudi značilno sliko sprememb zaradi običajne intersticijske pljučnice. To sta histološka in radiološka diagnoza. Ne ena ne druga sami po sebi nista enaki IPF. Enaki diagnozi lahko podata radiolog in patolog. Tudi končno stanje pri preobčutljivostnem pnevmonitisu, t. i. farmarskih pljučih, je pogosto razlog za prav take spremembe, ugotovljene histološko in na rentgenskih slikah. Enake spremembe lahko pustijo nezdravljena revmatska pljuča, vendar vse to ni IPF. Enake radiološke in patološke spremembe lahko najdemo tudi kot posledico amjodaronske okvare pljuč, zdravljenja z bleomicinom, v terminalnih stadijih sarkoidoze ... Vse te bolezni moramo pred postavitvijo diagnoze IPF izključiti.

Problem IPF je njen nepredvidljiv potek. Tudi ko bolnika diagnosticirate, težko predvidite potek njegove bolezni.

Poznamo štiri tipe poteka bolezni. Med njimi je eden najugodnejši, ker se bolezen ne slabša, ne



napreduje. Običajno najdemo take bolnike povsem slučajno, so pa to res starejši bolniki. IPF je bolezen starih pljuč, etiologija ni povsem znana, bistveno več je je med starejšimi. Znotraj te skupine najdemo bolnike, ki so relativno stabilni, čeprav ravno pri tej bolezni težko govorimo o stabilnosti.

Druga skrajnost je tisti potek bolezni, pri katerem bolniki postanejo simptomatski ter po dveh ali treh mesecih običajno poiščejo pomoč, ker bolezen hitro in vidno napreduje. Pri njih lahko pride do respiratorne odpovedi in potrebe po kisiku že v nekaj mesecih napredovanja bolezni. Taki bolniki lahko po enem letu tudi že umrejo. Treba je hitro postaviti diagnozo in takoj zatem uvesti zdravljenje ter pomisliti na možnost transplantacije, ki bolniku podaljša življenje. Žal so prav v tej skupini pogosto tudi mlajši bolniki. V tretji skupini imamo bolnike, pri katerih bolezen postopno in vztrajno napreduje eno do dve leti. V četrty skupini so relativno stabilni bolniki, ki doživijo

jo t.i. akutno eksacerbacijo (akutno poslabšanje), ki je vzrok za skokovito poslabšanje pljučne funkcije. Ti bolniki se na tej stopnji ustavijo, njihovo stanje se ne popravi. Eden največjih problemov akutne eksacerbacije je skoraj 50-odstotna smrtnost. Poskušajte si predstavljati: nekdo, ki je prej relativno stabilen in doživi akutno eksacerbacijo, ima približno polovico možnosti, da preživi. In to je tista negotovost IPF – nepredvidljivost situacije.

Kakšna je prognoza nekoga, ki zbolí za IPF?

Če pogledamo skupno prognozo vseh štirih skupin bolnikov, je mediana preživetja med 2 in 5 let, kar je povsem enako kot pri pljučnem raku. IPF je sicer bistveno redkejša, po prognozi pa je praktično enaka pljučnemu raku.

Kakšne so možnosti zdravljenja IPF?

Največji problem je bil, da do pred nekaj leti nismo imeli nobenih zdravil. V letu 2012 je bila v reviji *New England Journal of Medicine* objavljena velika študija, ki je pokazala, da imajo bolniki z IPF, ki so bili zdravljeni po do tedaj veljavnih smernicah (kombinacija sistemskih glukokortikoidov in citostatika: ciklofosfamida ali azatioprina), slabše preživetje. V tistem trenutku se je vsa terapija, ki smo jo izvajali do tedaj, prekinila. Zdravili smo zgolj simptomatsko, kar je bilo tako za bolnika kot za zdravnika zelo neugodno, saj praktično ni vedel, kaj naj stori. Problem je, da bolniku težko povemo prognozo bolezni, bolnik težko razume dinamiko bolezni, sprva se celo razveseli, samo da ni rak ...

Po drugi strani pa, ko se pojavi poslabšanje bolezni, smo dolžni bolniku in svojem povedati, kakšni so možni poteki bolezni. Veliko dela je treba še opraviti na področju paliativne oskrbe; bolniki s tako napredujočo boleznijo v terminalni fazi potrebujejo 24-urno zdravstveno oskrbo. Transplantacija je tista, ki reši življenje, vendar pridejo zanjo v poštev mlajši od 65 let in tudi sicer dovolj zdravi, da

zadostijo vsem potrebnim pogojem. Ujeti moramo pravo časovno okno za transplantacijo pljuč, pri čemer sta oteževalna dejavnika možnost in nepredvidljivost pojava akutne eksacerbacije.

Kako pogosto se srečujete z IPF? Koliko bolnikov je ta trenutek v Sloveniji?

Registra te bolezni še nimamo. Imamo podatke, koliko je bolnikov, ki jih pri nas diagnosticiramo, vendar pri tem ne moremo govoriti o incidenca in prevalenci. Nimamo še centraliziranih podatkov. Uvedba terapije po sedaj veljavnih predpisih zavarovalnice nam daje možnost za pregled stanja. Vemo tudi, da je pogostnost bolezni sorazmerna intenzivnosti odkrivanja. Bolj jo iščemo, več je najdemo. Dokler nismo imeli visokoločljivostnega CT, se o tem ni dalo govoriti. Dokler ni bilo terapij, je bila intenzivnost iskanja manjša in se je bolnike manj zagreto iskalo. Vemo, da takih bolnikov ni veliko, treba jih je poiskati znotraj drugih bolezni.

Zato je zelo pomembno, da izobražujemo študente že v času študija interne medicine o simptomih in znakih IPF, da jih prepoznajo, ko pride bolnik prvič k zdravniku.

Kateri pa so tisti simptomi, s katerimi se sooča bolnik z IPF in zaradi katerih pride k družinskemu zdravniku?

Prvi tak simptom je težka sapa, ki se najprej pojavi ob obremenitvah, kasneje pa se lahko pojavi tudi pri hoji po ravnem. Ljudje običajno prilagajajo svoje aktivnosti, sapo pripisujejo drugim pridruženim boleznim. Veliko je odvisno od bolnikove percepcije. Drugi simptom je suh kašelj, redkeje so prisotne bolečine v prsnem košu, velikokrat najdemo betičaste prste. To so tiste stvari, na katere moramo biti zdravniki takoj pozorni. Prav tako se slišijo inspiratorni poki. Dežurni zdravniki inspiratorne poke velikokrat pripišejo pljučnicam. Vendar pa bodo ob naslednjem pregledu pri takem bolniku poki še vedno prisotni. Takrat je čas, da se ga



napoti na rentgensko slikanje pljuč, kjer lahko ugotovijo zmanjšan volumen pljuč ali pa že vidijo fibrozne spremembe. Tak bolnik si zasluži pregled pri pulmologu, saj je morda CT-preiskava tista, ki bo pokazala fibrozne spremembe, ključne za IPF. Tudi najdba betičastih prstov je bila pri nekaj naših bolnikih prvi znak in je vodila v začetek diagnostike.

Ko je bolnik poslan k pulmologu, kateri so nadaljnji diagnostični koraki?

Prva od preiskav je preiskava pljučne funkcije, njej sledi visokoločljivostni CT. Pulmologi so že dodobra seznanjeni z IPF in ko pulmolog dobi več podatkov, pokliče na Golnik, kjer imamo skupen konzilij, ki odloča o diagnozi in terapiji. V intersticijskem konziliju sodelujemo pulmologi, v intersticijske bolezni pljuč usmerjeni radiologi in patolog, enkrat na mesec revmatologinja. Sestanemo se vsak teden, skupne strokovne konzilije imamo tudi v UKC Maribor in v Topolšici, v UKC Ljubljana pa predstavljamo bolnike na transplantacijskem konziliju. Sodelujemo tudi z vsemi pulmologi v slovenskih splošnih bolnišnicah in pulmoloških ambulantah.

Slikovno diagnosticiranje opravi- mo z visokoločljivostnim CT, na osnovi katerega lahko izkušeni radio-

log že poda diagnozo. To je lahko zadnja stopnja diagnosticiranja. Če pa spremembe na CT niso povsem značilne, bolnik potrebuje še histološko preiskavo. Bronhoskopija je v tem primeru namenjena izključevanju drugih bolezni, ki povzročajo enake spremembe. Izključujemo preobčutljivostne pnevmonitise, sarkoidozo, pljučno prizadetost ob sistemskih boleznih veziva. Bronhoskopija s transbronhialno biopsijo je sicer največkrat nezadosten poseg za histološko potrditev IPF, izjema je med bronhoskopijo opravljena kriobiopsija, ki omogoča odvzem primerno velikega vzorca za histološko potrditev diagnoze.

Za kirurško biopsijo pljuč se odločimo, če spremembe na HRCT niso povsem značilne za IPF in menimo, da bo izvid histološke analize odvzetega tkiva imel terapevtske posledice.

Bolnikom z diagnosticirano IPF odsvetujemo vse nenujne operativne posege v splošni anesteziji, ker obstaja precej poročil, da lahko vsaka splošna anestezija pri bolnikih z IPF sproži akutno eksacerbacijo, ki je lahko v polovici primerov za bolnika usodna.

Ko potrdimo diagnozo, bolnike zdravimo ambulantno. V Sloveniji, kot tudi drugje v razvitih državah sveta, imamo na voljo dve zdravili: pirfenidon in nintedanib.

Kaj želimo z zdravili doseči? Se bolnik pozdravi?

Z zdravili želimo upočasniti napredovanje bolezni in zmanjšati pojavljanje akutnih eksacerbacij. Bolnike je treba redno kontrolirati zaradi stranskih učinkov (hepatopatije, slabosti, bruhanje, hujšanje ...), morajo se izogibati izpostavljenosti soncu, saj lahko dobijo kožne izpuščaje. Bolnike pred uvedbo zdravila natančno poučimo. Upoštevati morajo

prehranska navodila, z njimi se pogovori naš dietetik, posebno vlogo pa imajo tudi timske sestre, ki bolnike poučijo o primerni hrani. Bolniki imajo na voljo našo telefonsko številko, kar nekaj informacij pa imamo že natisnjenih. Kontrolo ob zdravljenju z zdravili potrebnih krvnih preiskav lahko opravijo pri lečečem zdravniku, kompletno pulmološko spremljamo pa bolnike vsake tri mesece. Zaradi uvedbe terapije in potrebnih kontrol bolnik ne leži v bolnišnici, zanj daleč najprimernejši način je dnevna bolnišnica.

Kaj lahko storite za bolnika, ko bolezen napreduje?

Ob napredovanju bolezni je za vse bolnike primerna simptomatska terapija. Uvajamo kisik, ker pri bolnikih pogosto pride do respiracijske insuficience. S kisikom lahko zdravimo tudi na domu. Suh kašelj je treba blažiti, saj je v napredovalem stadiju lahko zelo nadležen simptom. Bolniku svetujemo, naj hrano zaužije v več manjših obrokih, prav tako je pomembno, da mu povemo o prognozi bolezni.

Lani ste začeli z ozaveščanjem v okviru IPF-tedna, letos je ta potekal konec meseca septembra. S kom vse sodelujete in kakšni so vaši cilji?

Sodelujemo z Združenjem pljučnih in alergijskih bolnikov Slovenije in tudi v mednarodnih združenjih bolnikov z IPF. Vse prebivalce želimo ozaveščati o IPF, da bi tiste bolnike, ki že imajo take simptome, čim hitreje diagnosticirali. Bolnike spodbujamo k sodelovanju, izmenjavi informacij, zelo veliko so vredne informacije, ki jih bolnik dobi od drugega bolnika z enako diagnozo. Smo na dobri poti. Imamo dober odziv tako s strani bolnikov kot raznih strokovnih in laičnih združenj.



Nove ugotovitve na področju zdravja in z zdravjem povezanih vedenj med slovenskimi mladostniki

Doc. dr. Helena Jeriček Klanšček, Nacionalni inštitut za javno zdravje

Anja Čuš, mag. psih., Nacionalni inštitut za javno zdravje

Ada Hočvar, dr. med., Nacionalni inštitut za javno zdravje

helena.jericsek@nijz.si

Samoocene zdravja in z zdravjem povezanih vedenj so pomembni kazalniki in napovedniki zdravja mladostnikov in odraslih, zato je ključno, da jih redno spremljamo. Ugotovitve takšnih raziskav nam omogočajo razumevanje življenjskega sloga otrok in mladostnikov, njihovih potreb in dajejo podlago za oblikovanje na dokazih temelječih programov in politik, usmerjenih v krepitev zdravja otrok in mladostnikov.

Mednarodna raziskava Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju (Health Behavior in School-aged Children – HBSC) je ena redkih raziskav, ki se v Sloveniji izvajajo vsaka 4 leta med všolanimi 11-, 13- in 15-letniki. Raziskava poteka pod okriljem Svetovne zdravstvene organizacije, v njej pa je leta 2014 poleg Slovenije sodelovalo še 41 držav. Glavni cilj raziskave je pridobiti podatke o ključnih vedenjih, ki vplivajo na zdravje otrok in mladostnikov (npr. prehrana, gibanje, tvegana vedenja, samoocena zdravja), ter o socialnih kontekstih, v katerih se mladostniki gibljejo (šola, družina, vrstniki).

Namen prispevka je na kratko prikazati stanje v Sloveniji v primerjavi z mladostniki iz ostalih vključenih držav (iz zadnje raziskave HBSC, 2014) ter izpostaviti nekatere trende, izračunane na slovenski bazi podatkov iz let 2006 (n = 5130), 2010 (n = 5436) in 2014 (n = 4997).

Stanje v Sloveniji glede na druge države v letu 2014

Okoli povprečja vseh 41 vključenih držav se slovenski mladostniki uvrščajo pri vprašanih o dobrem komuniciranju s starši, pri vprašanju o visoki podpori družine in sošolcev, pri oceni zdravja kot slabega (razen 11-letniki, ki so na 35. mestu), pri visokem zadovoljstvu z življenjem (razen 15-letniki, ki so na 8. mestu), poškodbah v zadnjem letu, vsakodnevem uživanju sadja, ščetkanju zob več kot enkrat dnevno, vsaj 60 minut gibanja dnevno, kajenju prvič pri 13 letih ali manj, pretepanju, trpinčenju (razen pri trpinčenju drugih so 11-letniki med prvo tretjino) in spletnem trpinčenju (cyberbullying).

Kot **ugodno** ocenjujemo, da slovenski mladostniki v primerjavi z vrstniki iz tujine redkeje dnevno uživajo gazirane sladkane pijače, poročajo o manj psihosomatskih simptomih in (z izjemo 15-letnikov, ki so blizu HBSC-povprečja) o manj tedenskega kajenja.

Kot **neugodno** ocenjujemo, da se slovenski mladostniki v primerjavi z vrstniki iz tujine visoko uvrščajo pri vprašanih o obremenjenosti s šolo, pri samooceni, da so predebeli, prav tako glede na izračunan indeks telesne mase (ITM), da so prekomerno hranjeni ali predebeli; pa tudi pri tedenskem pitju alkohola in pri uporabi kanabisa

(kadarkoli in tudi v zadnjih 30 dneh) (Tabela 1).

Bolj podrobni podatki so na voljo na spletni strani <http://www.euro.who.int/en/hbsc-report-2016>

Ugodni trendi v prehranjevanju, manj ugodni pri telesni aktivnosti

Ugodni trendi od 2006 do 2014 med slovenskimi 11-, 13- in 15-letniki so pogostejše zajtrkovanje (z 42,6 % v 2006 na 45,1 % v 2014) in upad uživanja sladkanih pijač (s 25,1 % v 2006 na 24,3 % v 2014), upad gledanja televizije 2 uri dnevno (s 63,3 % v 2006 na 52,6 % v 2014) in pogostejše ščetkanje zob 2-krat na dan (s 60,7 % v 2006 na 71,6 % v 2014). Žal pa upada delež tistih, ki so vsakodnevno telesno aktivni (z 20,3 % v 2010 na 18,5 % v 2014) (Slika 1).

Doživljanje psihosomatskih simptomov narašča

Medtem ko mladostniki glede na prejšnja leta poročajo o višjem zadovoljstvu z življenjem (s 85,9 % v 2006 na 87,8 % v 2014), pa slabše ocenjujejo svoje zdravje (z 10,3 % v 2010 na 11,2 % v 2014). Dekleta pogosteje poročajo o vsaj dveh psihosomatskih simptomih na teden kot fantje, vendar pa oba spola

Izbrani kazalnik		11-letniki (%)		13-letniki (%)		15-letniki (%)	
		SLO	HBSC	SLO	HBSC	SLO	HBSC
Povprečje	Dobra komunikacija s starši – mama	92	90	84	83	79	79
	– oče	80	78	66	69	56	63
	Visoka podpora družine	80	79	70	71	65	65
	Visoka podpora sošolcev	61	63	63	62	66	62
	Ocena zdravja kot slabega	6	9	12	14	16	17
	Visoko zadovoljstvo z življenjem	90	89	87	86	87	83
	Poškodbe v zadnjem letu	42	44	46	45	38	42
	Vsakodnevno uživanje sadja	48	44	39	37	32	33
	Ščetkanje zob	72	67	72	66	71	67
	60 minut gibanja dnevno	23	25	19	20	14	16
	Zgodnje kajenje					17	17
	Pretepanje	11	12	11	10	7	8
	Trpinčenje drugih	11	7	9	9	7	9
	Spletno trpinčenje	3	3	4	3	3	3
Ugoden položaj	Dnevno uživanje gaziranih sladkanih pijač	6	15	8	18	7	19
	Vsaj dva psihosomatska simptoma tedensko	19	27	29	33	36	39
	Manj kajenja tedensko	0	1	2	3	13	12
Neugoden položaj	Obremenjenost s šolo	30	23	54	36	55	45
	Samoocena, da so predebeli	29	24	39	31	41	32
	ITM-ocena, da so predebeli	25	22	23	20	20	17
	Tedensko pitje alkohola	5	3	7	5	14	13
	Uporaba kanabisa v življenju					21	15
	Uporaba kanabisa v zadnjih 30 dneh					10	7

Tabela 1. Stanje v izbranih kazalnikih zdravja in z zdravjem povezanih vedenj slovenskih mladostnikov v primerjavi s HBSC-povprečjem.

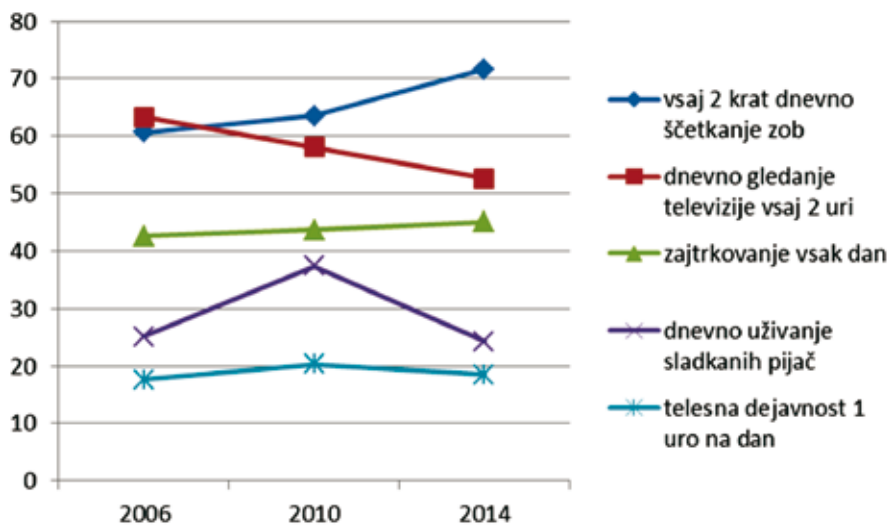
pogosteje poročata o simptomih glede na prejšnja leta (z 20,3 % v 2006 na 27,9 % v 2014) (Slika 2). Med psihosomatskimi simptomi mladostniki najpogosteje navajajo

nespečnost, nervozno in razdražljivost, v primerjavi s prejšnjimi leti pa se je pomembno povečala tedenska pogostost glavobola (z 10,5 % v 2006 na 12,8 % v 2014), bolečin v želodcu

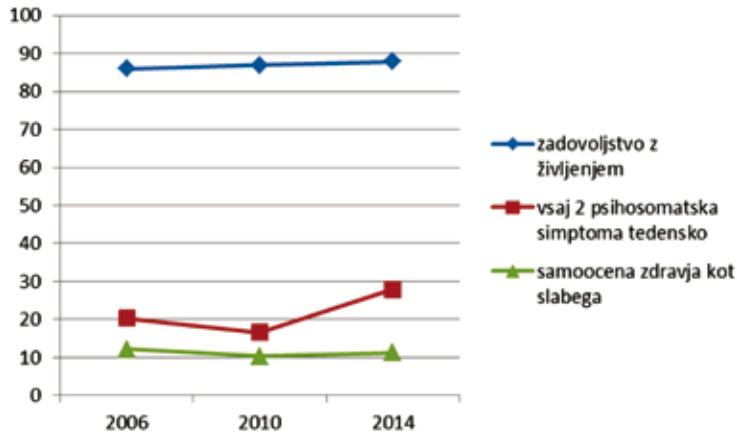
(s 6,9 % v 2006 na 8,5 % v 2014), nespečnosti (s 16,6 % v 2006 na 22,4 % v 2014) in omotičnosti (s 4,7 % v 2006 na 6,9 % v 2014).

Upadanje kajenja, naraščanje trpinčenja

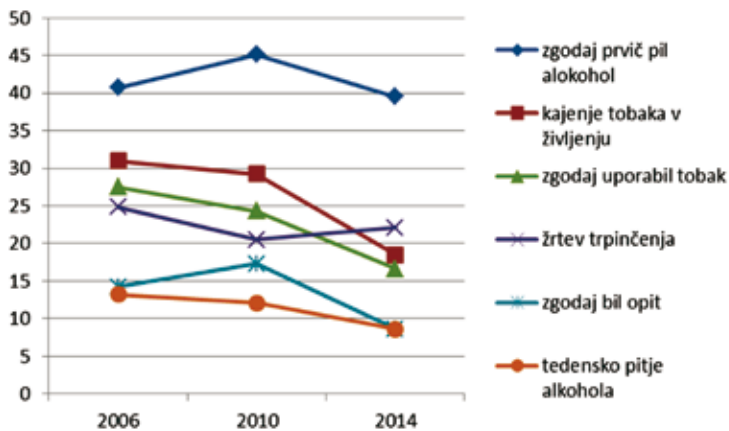
Na področju tveganih vedenj je opazen upad kajenja (npr. tedensko kajenje je s 6,6 % v 2006 upadlo na 5,1 % v 2014) in pitja alkoholnih pijač (npr. tedensko pitja je s 13,2 % v 2006 upadlo na 8,6 % v 2014), manj je tudi 15-letnikov, ki so bili zgodaj (v starosti 13 let ali manj) prvič opiti (s 14,2 % v 2006 na 8,6 % v 2014). Na drugi strani pa med tveganimi vedenji zasledimo naraščanje sodelovanja pri trpinčenju (s 7,3 % v 2006 na 8,9 % v 2014) in višji delež mladostnikov, ki so žrtve trpinčenja (z 20,5 % v 2010 na 22,1 % v 2014) (Slika 3).



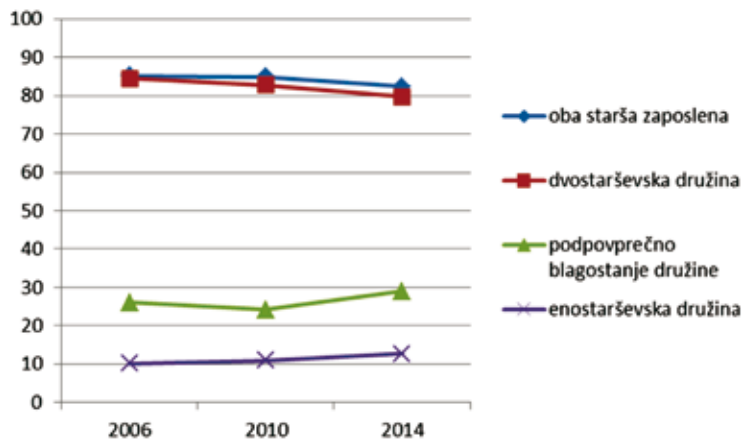
Slika 1. Deleži mladostnikov v izbranih kazalnikih življenjskega sloga leta 2006, 2010 in 2014.



Slika 2. Deleži mladostnikov v izbranih kazalnikih zdravstvenih izidov leta 2006, 2010 in 2014.



Slika 3. Deleži mladostnikov v izbranih kazalnikih tveganih vedenj leta 2006, 2010 in 2014.



Slika 4. Deleži mladostnikov v izbranih socio-demografskih kazalnikih leta 2006, 2010 in 2014.

Upad finančnega blagostanja družin

V letu 2014 so glede na prejšnja leta opazne nekatere razlike v strukturi in finančnem blagostanju družin. Število dvostarševskih družin upada (s 85 % v 2006 na 80 % v 2014), narašča pa število enostarševskih družin (z 10,2 v 2006 na 12,7 % v 2014). V primerjavi s prejšnjimi leti je več mladostnikov ocenilo blagostanje svoje družine kot podpovprečno (s 6,1 % v 2006 na 8,3 % v 2014), prav tako upada število mladostnikov, katerih oba starša sta zaposlena (s 85,1 % v 2006 na 82,4 % v 2014) (Slika 4). Finančno blagostanje družin pomembno vpliva na zdravstvene izide mladostnikov: višje blagostanje je povezano z bolj zdravim življenjskim slogom (npr. s pogostejšo telesno dejavnostjo, zajtrkovanjem), nižje pa z nekaterimi tveganimi vedenji (npr. s pogostejšim kajenjem).

Zaključek

Raziskava HBSC kaže, da so slovenski otroci in mladostniki v vedenjih, povezanih z zdravjem, precej podobni vrstnikom v tujini. Veseli nas, da je tako v Sloveniji kot tujini opaziti trend upadanja kajenja in da v Sloveniji upada uživanje sladkanih in alkoholnih pijač. Med neugodnimi trendi opažamo upad telesne dejavnosti – SZO priporoča za otroke in mladostnike med 5. in 17. letom eno uro telesne dejavnosti dnevno, kar pa dosega le petina slovenskih mladostnikov. Zaskrbljujoč je tudi pogostejši pojav psihosomatskih simptomov. Med trendi v neugodno smer izstopa še upad finančnega blagostanja družin, kar se odraža tudi kot neenakosti v zdravju.

Ugotovitve, pridobljene iz raziskave HBSC, nam dajejo dragocen vpogled v vedenja, povezana z zdravjem, ter nudijo strokovno podlago za intervencije, ki naj bodo usmerjene v spodbujanje vedenj, ki krepijo zdravje, ter manjšanje za zdravje tveganih vedenj.

V prispevku so predstavljene zgolj nekatere ugotovitve, obsežnejše poročilo o rezultatih raziskave je na voljo na spletni strani NIJZ <http://www.nijz.si/sl/publikacije/z-zdravjem-povezано-vedenje-v-solskem-obdobju-med-mladostniki-v-sloveniji-hbcs-2014>

Literatura:

- Jeriček Klanšček, Helena; Koprivnikar, Helena; Drev, A; Pucelj, V; Zupanič, T; Britovšek, K. (2015). Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji. Izsledki mednarodne raziskave HBSC, 2014. Nacionalni inštitut za javno zdravje, Ljubljana. Spletna stran: <http://www.nijz.si/sl/publikacije/z-zdravjem-povezано-vedenje-v-solskem-obdobju-med-mladostniki-v-sloveniji-hbcs-2014>
- Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey. WHO, Copenhagen, 2016. Spletna stran: <http://www.euro.who.int/en/hbcs-report-2016>



21. kongres EUMASS in 4. mednarodni kongres medicinskih izvedencev

Marjan Rus, dr. med., ZPIZ Slovenije
marjan.rus@zpiz.si

Od četrтка, 9. junija, do sobote, 11. junija 2016, smo v hotelu Union v Ljubljani gostili udeležence skupnega 21. kongresa EUMASS in 4. mednarodnega slovenskega kongresa medicinskih izvedencev.

Evropsko združenje zavarovalniške medicine in medicine v socialnem zavarovanju – EUMASS (European Union of Medicine in Assurance and Social Security) – UEMASS (Union Européenne de Médecine d'Assurance et de Sécurité Sociale) je mednarodno nepridobitno združenje nacionalnih strokovnih združenj zdravnikov socialnega zavarovanja in zavodov, ki zaposlujejo zdravnike s področja socialnega zavarovanja.

Cilji združenja so:

- zastopanje zdravnikov v zavarovalniški medicini na mednarodni – evropski ravni,
- izobraževanje zdravnikov na področju zavarovalniške medicine,
- strokovnoteoretične in klinične raziskave o medicinsko-socialnih vprašanjih, invalidnosti in na drugih področjih javnega zdravstva s poudarkom na razvoju dobre klinične prakse ter posredovanje informacij o novostih na tem področju,
- zagovarjanje etičnih standardov in delovanja medicinskih izvedencev, kjer je to potrebno,
- organizacija strokovnih srečanj in mednarodnega kongresa na vsaki dve leti.

Združenje je bilo ustanovljeno leta 1973 z namenom omogočiti izmenjavo izkušenj na področju medicine in socialne varnosti med državami članicami takratnega skupnega evropskega trga. Države podpisnice tega dokumenta so bile Belgija, Francija, Nemčija, Italija, Luksemburg in Nizozemska. Članstvo se je pričelo izraziteje širiti šele po letu 1996. Trenutno je vključenih 19 evropskih držav. Članstvo posamezne države v EU ni pogoj za sprejem. Slovenija je postala članica leta 2001. Ker Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije (ZPIZ) in Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) v tujini predstavljata največkrat enovito

dejavnost socialne varnosti v Sloveniji, je bilo smiselno postopek včlanitve v EUMASS izpeljati skupaj. Tako v EUMASS-u predstavljata Republika Slovenijo oba zavoda.

Po treh mednarodnih kongresih medicinskih izvedencev v Mariboru (2009, 2011 in 2013) se je na predlog članov izvršnega odbora EUMASS, da organiziramo evropski kongres v Sloveniji, porodila ideja o skupnem dogodku, in sicer 21. kongresu EUMASS in 4. mednarodnem kongresu medicinskih izvedencev.

Kongres je bil kot največji strokovni dogodek leta v Evropi na področju medicinskega izvedenstva v socialnih zavarovanjih in poklicne rehabilitacije namenjen zdravnikom izvedencem in drugim zdravnikom ter vsem udeležencem v postopkih socialnega zavarovanja. Organizacijo kongresa smo prevzeli v ZPIZ Slovenije, ZZZS, URI Soča in Sloveniatimesu, pokrovitelja kongresa pa sta bila Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti ter Ministrstvo za zdravje. Pomen te tematike za našo državo sta poudarili tudi slavnostni govornici na otvoritveni slovesnosti – ministrica za zdravje Milojka Kolar Celarc ter državna sekretarka na MDDSZ Martina Vuk.

Vodilna tema kongresa je bila čimprejšnje vračanje na delo s poudarkom na poklicni rehabilitaciji. Obravnavana je bila problematika bolniške odsotnosti, invalidnosti, raziskovanja in izobraževanja, kot tudi organizacije in vodenja na področju medicinskega izvedenstva in socialnega zavarovanja. Predstavljene so bile nove tehnologije v medicini in njihov vpliv na hitrejše vračanje na delo ter posledičen vpliv na zmanjševanje stroškov zaradičasne in/ali trajne nezmožnosti za delo. Teme so pritegnile k sodelovanju številne strokovnjake z omenjenih področij, ki so predstavili svoje delo tako s strokovnoraziskovalnega kot tudi čisto praktičnega vidika in s tem omogočili sodelujočim na kongresu spoznati najnovejše trende raziskovanj in vodenja obravnav s področja medicinskega



izvedenstva, socialnega zavarovanja in poklicne rehabilitacije.

Kongresa se je udeležilo več kot 650 udeležencev, od teh polovica iz tujine, in sicer iz 24 držav in treh kontinentov. Poleg 12 vabljenih predavateljev iz osmih držav je na devetih vzporednih sekcijah in štirih delavnicah sodelovalo še 129 predavateljev iz 16 držav. Predstavljenih je bilo tudi 40 posterjev. Kongres je vzbudil veliko zanimanje strokovne javnosti iz tujine, kar potrjuje več kot 60 odstotkov prispevkov iz tujine.

Slovenska zdravniška zbornica je kongresu dodelila 19 kreditnih točk, UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes – European Union of Medical Specialists) pa v okviru svoje EACCME (European Accreditation Council for Continuing Medical Education) 15 evropskih kreditnih točk za CME (Continuing Medical Education).

V prizadevanjih za visoko strokovno raven kongresa pa nikakor nismo pozabili na počutje udeležencev. Kongresni prostori v okviru hotela Union so namreč omogočili izredno dostopnost, hkrati pa nemoteno delo s pridihom secesijske Ljubljane. Poleg strokovnih so bili izredno dobro obiskani tudi družabni dogodki – sprejem udeležencev na Ljubljanskem gradu v četrtek in gala večerja s plesom v veliki Unionski dvorani v petek. Na predvečer dogodka smo se na sprejemu zahvalili vsem, ki so pomembno prispevali k izvedbi dogodka (strokovni in organizacijski odbor, svet EUMASS-a, vabljeni predavatelji in sponzorji).

Veseli smo, da smo lahko pripravili in izpeljali tako pomemben in nepozaben dogodek. Naš kongres bo s svojo vsebino pomembno prispeval k ustvarjanju skupne doktrine na področjih, ki jih pokriva, pa tudi k

večji uveljavitvi medicinskega izvedenstva tako v Sloveniji kot drugje po Evropi. O uspešnosti kongresa so izrekli številne pohvale predsednik mednarodnega strokovnega odbora dr. Wout de Boer iz Nizozemske, predsednik sveta EUMASS-a dr. Gert Lindenger iz Švedske in številni drugi udeleženci. Bivši predsednik EUMASS-a dr. Søren Brage iz Norveške pa je ob zaključku kongresa dejal: »Udeležil sem se vseh kongresov EUMASS-a od leta 1996. To, kar ste pripravili v Ljubljani, pa vse dosedanje kongrese zagotovo prekaša.«

Skupno srečanje: 6. raziskovalni dan Ortopedske bolnišnice Valdoltra in sestanek Vertebrološkega združenja Slovenije

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

Samo Novak, dr. med., Ortopedska bolnišnica Valdoltra

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

Ingrid.Milosev@ob-valdoltra.si

V Ortopedski bolnišnici Valdoltra smo 17. junija 2016 organizirali že 6. raziskovalni dan, ki je namenjen predstavitvi znanstvenoraziskovalnih in strokovnih dosežkov sodelavcev bolnišnice ter izobraževanju zdravnikov, farmacevtov, fizioterapevtov in osebja zdravstvene nege, ki želi izvedeti več o najnovejših smernicah s področja zdravljenja ortopedskih bolnikov. Raziskovalni dan je tudi priložnost, da predstavimo svoje delo strokovnjakom iz drugih ustanov in širši javnosti. Letošnje srečanje je že šesto od leta 2010, ko smo pričeli z organizacijo na pobudo prof. dr. Ingrid Milošev. Tokrat je sočasno potekalo tudi srečanje Vertebrološkega združenja Slovenije, ki ga je v Valdoltri že tretjič organiziral predsednik združenja mag. Nikša Hero, dr. med., spec. ortop. Namen srečanja je bil poglobiti razpravo o načinih zdravljenja obolenj hrbtenice.

Raziskovalni dan zaokrožuje leto, polno novih dognanj in dosežkov na strokovnem in raziskovalnem področju. Naša bolnišnica je uveljavljena na področju operacij vstavitve umetnih sklepov, operacij hrbtenice in artroskopije. Tako kot na vseh področjih medicine, mora biti nenehno izobraževanje in spremljanje izsledkov iz literature podkrepljeno še z analizo in retrospektivo lastnih kliničnih rezultatov. Letos smo aktivno sodelovali na pomembnih strokovnih konferencah doma in v tujini ter svoje rezultate objavili v šestih znanstvenih člankih v mednarodnih revijah. Strokovne in znanstvene dosežke smo delili s širšo javnostjo v različnih medijih. Naj omenimo le nekaj najpomembnejših. Z uvajanjem računalniško podprtih tehnologij razvijamo v bolnišnici Valdoltra nov pristop v kostni kirurgi-

ji in jo s tem spreminjamo v bolj natančno in manj rokodelsko vedo. V sodelovanju s podjetjem Ekliptik smo razvili več inovativnih postopkov za izboljšanje orientacije v operativnem polju in natančnosti izvedbe. Sodelovali smo tudi pri razvoju nove generacije otroškemu telesu prilagojenih ortoz – opornih steznikov za zdravljenje ukrivljenosti hrbtenice ali skolioze. V kombinaciji z individualno prilagojeno fizioterapijo kaže nova metoda boljše rezultate od dosedanjih metod zdravljenja. Letos je bila izvedena prva transplantacija meniskusa iz kostne banke v Sloveniji. Poseg je strokovno izredno kompleksen, saj se izvaja endoskopsko brez odpiranja sklepa. Vpeljana je bil tudi nova endoproteza gležnja, avtor katere je prof. Orthner iz Avstrije. Endoproteza omogoča bolj optimalno

vgradnjo in boljše delovanje gležnja. V novembru 2015 smo zaključili z delom na evropskem projektu Parent (»Patient registries initiative«), ki je bil namenjen združevanju dobrih praks na področju različnih registrov s ciljem boljšega vodenja in analize podatkov. V sodelovanju z Nacionalnim inštitutom za javno zdravje je nastala spletna aplikacija za Register endoprotektike Slovenije, ki jo sedaj polnimo z realnimi podatki, zaenkrat le iz naše bolnišnice.

Letošnji dogodek je bil razdeljen na dva dela. Prvi del je bil posvečen srečanju Vertebrološkega združenja, kjer se je s prispevki predstavilo osem predavateljev iz Ortopedske bolnišnice Valdoltra, Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani in Univerzitetnega kliničnega centra v Mariboru. Teme, ki so jih predavatelji predstavili na področju operacij hrbtenice, so bile zelo aktualne: zdravljenje spinalne stenoze z dekompresijo in mehkim medtrnastim vmesnikom, zdravljenje Chiari I malformacije, vpliv trans-eksaminske kisline na zmanjšanje izgube krvi pri dekompresijah s spondilodezo. Predstavljeni so bili operativni postopki spinalne fuzije in spino-pelvične fiksacije; analizirani so bili klinični rezultati vpliva perforacije krovnih plošč ob ledveni discektomiji na regeneracijo medvretenčnega prostora; obravnavani so bili tudi rezultati sprednje transartikularne spondilodeze C1-C2 pri zlomih densa

C2. Predstavljen je bil primer redke oblike spondiliscitisa po okužbi z *Aspergillus fumigatus*.

V drugem delu srečanja, ki je bil posvečen raziskovalnim dosežkom sodelavcev Valdoltre, se je predstavilo kar dvajset predavateljev. Tematike lahko razdelimo na tri glavna področja: nove metodologije in analize zdravljenja na področju endoprotetike (zdravljenje s kolčnimi ali kolenskimi vsadki) in artroskopije ter splošne analize in raziskave. Povzeli bomo nekaj rezultatov. Na področju endoprotetike smo se seznanili s pozitivnim vplivom spremembe rehabilitacijskega protokola po vstavitvi kolčne ali kolenske endoproteze, s poudarkom na zgodnji mobilizaciji, na pojavnost tromboemboličnih zapletov. Tudi pri operaciji metatarzo-falangealnega sklepa vodi zgodnja mobilizacija v dobro gibljivost. Vstavev ponvic pri vstavitvi kolčne proteze je bolj natančna ob uporabi navigacijskega sistema e-Hip, ki je na podlagi pridobljenih meritev prestal validacijski postopek

in ga je Javna agencija RS za zdravila opredelila kot medicinski pripomoček. Izvedeli smo, kakšne so razlike med velikostjo protez, načrtovanih na podlagi predoperativne analize in dejansko uporabljenih. Analizirali smo 16-letno preživetje necementiranih Doetsovih ponvic pri kolčnih protezah in ugotovili vzroke za relativno slabe dolgoročne rezultate. Pri necementiranih ponvicah kolčne proteze iz visokomolekularnega polietilena s 36-milimetrsko velikostjo glavice so bili po povprečnem času opazovanja 6,3 leta rezultati preživetja visoki, 96,4 odstotka. Pri uporabi necementiranih kolenskih protez iz trabekularnega tantala 9-letno opazovanje ni prineslo statistično značilne razlike glede na cementirane kolenske proteze podobnega modela. Analizirali smo modularne kolčne proteze in ugotovili, da se pri nekaterih pojavlja proces korozije, ki lahko vpliva na preživetje. Predstavljen je bil tudi tretma kronične insuficience kolčnih abduktorjev s

tehniko lokalnega mišičnega prenosa ali z uporabo transosalnih šivov. Zdravljenje okužb različnih ortopedskih vsadkov je vedno pomembna tema. Tokrat smo slišali o možnosti okužbe totalne kolčne proteze z *Listerio monocytogenes* in poteku zdravljenja. V naši bolnišnici potekajo tudi raziskave uporabe bakteriofagov za določanje bakterij rodu *Staphylococcus* pri okužbah sklepnih protez. Bakteriofagi so skupina virusov, ki napadajo izključno bakterije in jih lahko potencialno uporabimo pri diagnostiki okužbe skozi posredno detekcijo z metodo qPCR in bioluminiscenco.

Na področju artroskopije je bila predstavljena artroskopija kolka, ki s standardizacijo kirurških tehnik in z razvojem instrumentov postaja uveljavljen ortopedski poseg, namenjen zmanjšanju bolečine in izboljššanju funkcije pri neartritičnih spremembah kolka. Artroskopska stabilizacija gležnja postaja alternativa odprti kirurški tehniki in omogoča



Udeleženci 6. raziskovalnega dneva Ortopedske bolnišnice Valdoltra in srečanja Vertebrološkega združenja Slovenije.

pacientom vrnitev na enako raven športne aktivnosti z ohranitvijo stabilnosti in gibljivosti. Izvedeli smo tudi, kako se izvajajo računalniško vodeni posegi na kolenu in gležnju z uporabo tehnologije 3D-tiskanja, kar omogoča natančnejše načrtovanje in izvedbo operativnega posega. Predstavljen je bil tudi model rekonstrukcije medialnega patelo-femoralnega ligamenta (MPFL) kot uspešne metode za obravnavo ponavljajočega se izpaha pogačice med mlado in aktivno populacijo. Opisani so bili rezultati obravnave primera konservativnega zdravljenja juvenilnega disekantnega osteohondritisa.

Na področju raziskav in analiz, ki so splošno zanimive za širok spekter različnih deležnikov v procesu zdrav-

ljenja v naši bolnišnici, je bila predstavljena vrsta pomembnih ugotovitev. Analize so pokazale, da v naši bolnišnici izvajamo optimalno zdravljenje s transfuzijo, kar ima za posledico racionalno porabo krvnih komponent. Preiskovali smo tudi vpliv neželenih dogodkov (defekacija med posegom, pretrgane rokavice, povišana temperatura v dvorani, < 20 °) med primarnimi in revizijskimi operacijami kolčnih in kolenskih protez na pojavnost vnetja. Rezultati niso pokazali vpliva na porast pojavnosti vnetja. Tovrstna študija je ena izmed prvih študij na tem področju. Izvedeli smo tudi, kakšen problem predstavlja podhranjenost, zlasti starejših bolnikov, pri pripravi na ortopedski poseg in kako optimizira-

mo njihovo prehransko stanje. S področja fizioterapije smo slišali podrobnosti o zdravljenju diskinezije lopatice.

Letošnje rekordno število prispevkov kaže na čedalje večji interes sodelavcev za analize rezultatov dosedanjega dela, željo po uvajanju novih metod pri delu in izboljšanje dosedanjih postopkov in pristopov. Razvoj in raziskovalni dosežki omogočajo uvajanje teh rezultatov v klinično prakso in spreminjanje kliničnih doktrin v smeri čim boljše obravnave in dobrobiti bolnika. To kaže na visoko ozaveščenost, da le s strokovnim in poglobljenim delom lahko dosegamo boljše rezultate in ne le sledimo svetovnim strokovnim smernicam, ampak jih celo pomagamo soustvarjati.

Učna delavnica Simulacija poroda v Mariboru

Andrej Cokan, dr. med., UKC Maribor

Doc. dr. Faris Mujezinović, dr. med., UKC Maribor

Prof. dr. Iztok Takač, dr. med., svet., UKC Maribor

cokan.andrej@gmail.com

Specializacija je čas poglobljenega spoznavanja s stroko, teoretičnimi osnovami in praktičnimi veščinami. Specializanti ginekologije in porodništva morajo v tem času usvojiti številne veščine. Osnova je teoretično znanje, ki ga morajo nadgraditi z znanjem ultrazvoka, hkrati pa so zelo pomembne praktične veščine. Po končani specializaciji naj bi bil vsak specializant sposoben samostojno delati v porodnih sobah, kar tudi pomeni, da je vsak zmožen reševati tudi najbolj redka urgentna stanja v porodništvu. In tu nastane problem, saj so ta stanja res redka. V literaturi so posegi, s katerimi rešujemo mater in otroka, sicer opisani, vendar je kot v kirurgiji tudi tu potrebna praksa.

Zato menimo, da brez večkratnega ponavljanja in analiziranja posegov pod nadzorstvom specializanti teh veščin ne morejo usvojiti do te mere, da bi jih lahko samostojno opravljali. Hkrati je učenje v porodnih sobah pod nadzorstvom prav tako oteženo, saj so urgentna stanja v porodništvu izredno burna, nevarna in se je v takšnem okolju, kjer vedno primanjkuje časa, izredno težavno učiti, še večkrat pa zmanjka časa za poglobljeno analizo postopkov. Podobno tematiko je v svoji knjigi »Better: A Surgeon's notes on performance« obravnaval tudi Atul Gawande, ki je prav tako povzel, da enostavno ponavljanje korakov ne izboljšuje veščin, ampak je potrebna poglobljena analiza vsakega koraka in

vaja, ki pa je v vsakdanji praksi težko izvedljiva.

V petek, 17. junija 2016, smo zato na Medicinski fakulteti v Mariboru skupaj s Klinikom za ginekologijo in perinatologijo UKC Maribor organizirali učno delavnico Simulacija poroda. Delavnica je bila namenjena zdravnikom specialistom in specializantom ginekologije in porodništva, zdravnikom specialistom in specializantom družinske medicine, zdravnikom specialistom in specializantom urgentne medicine, zdravnikom pripravnikom, diplomiranim babicam in medicinskim sestram, zdravstvenim tehnikom ter študentom medicine in zdravstvenih ved.

Delavnica je bila organizirana v dveh delih. Prvi del je bil namenjen teoriji, v drugem pa so udeleženci imeli možnost učenja in praktičnega dela na modelih. Po uvodnih pozdravnih besedah red. prof. dr. Iztoka Takača, dr. med., svetnika, je doc. dr.

Poročila s strokovnih srečanj



Asistenta Veselin Šučur in Lucija Kuder pri vodenju poroda v medenični vstavi.

Faris Mujezinović, dr. med., predstavil fiziologijo normalnega poroda, doc. dr. Damir Franić, dr. med., vodenje normalnega poroda, asist. mag. Ksenija Ogrizek Pelkič, dr. med., patološki porod, Veselin Šučur, dr. med., pa ukrepe pri patološkem porodu. V nadaljevanju je asist. Veronika Anzeljc, dr. med., predstavila partogram in nadzor porodnice, asist. Lucija Kuder, dr. med., nadzor ploda, izr. prof. Miljenko Križmarić, univ. dipl. inž. el., tehnologije monitoringa med porodom, na koncu prvega dela pa je

prof. Takač predstavil še zanimive primere iz sodne prakse.

Sledilo je kosilo v kavarnici Medicinske fakultete, kjer so se imeli udeleženci delavnice priložnost spoznati in pogovoriti v sproščenem vzdušju, nato pa smo nadaljevali s praktičnim delom delavnice. Udeleženci so se razdelili v manjše skupine, kjer so se na simulatorjih vaginalnega poroda in simulatorju Sim Mom pod mentorstvom predavateljev učili vodenja normalnega poroda in poroda v medenični vstavi, ukrepov pri zastoju ramen in poporo-

dni krvavitvi, vakuumske ekstrakcije ploda ter osnov šivanja. Prim. Pelkič je poudarila pomen tipanja šivov na plodovi glavici, pri asist. Anzeljce smo ponavljali algoritme pri obravnavi poporodne krvavitve, asist. Šučur in asist. Kuder sta nas učila vodenja poroda pri medenični vstavi, obravnavali smo vodenje poroda po Brachtu in Covjanovu ter klasično metodo reševanja roki in Lovsetov manever ter metodo po Veit-Smelliju. Doc. Mujezinović nam je na simulatorju pokazal vakuumsko ekstrakcijo ploda, doc. Franić ukrepe pri zastoju ramen (McRobertsov, Rubin 1 in Rubin 2 ter Gaskinov manever), prof. Takač pa je vodil delavnico šivanja.

Na koncu delavnice so udeleženci prejeli potrdila o udeležbi. Vsi smo se strinjali, da so bile delavnice odlično pripravljene in so omogočile tako usvojitve novih znanj kot tudi ponovitev nekaterih urgentnih stanj v porodništvu. Zanimiva je bila tudi izmenjava mnenj in praktičnih izkušenj z bobicami in babičarji, prav tako pa so nove izkušnje pridobili tudi urgentni in družinski zdravniki, ki so najbolj izpostavljeni porodom na terenu. Za naslednje leto že načrtujemo ponovno izvedbo in hkrati menimo, da lahko zaradi pozitivnih odzivov ter mnenj in pripomb delavnice organiziramo še bolje.

Foto: Saša Kos



Udeleženci delavnice Simulacija poroda na MF Maribor, v ozadju Glavni most in Lent.

Zbornična izobraževanja za zdravnike in zobozdravnike

Človeške napake v zdravstvu in njihovo preprečevanje

delavnice – oktober

Kako pričeti z izboljševanjem varnosti pacientov, da se izognemo nepotrebnemu trpljenju pacientov in njihovih svojcev ter nepotrebnemu, nevarnemu in nepravičnemu obtoževanju zdravnikov in drugih zdravstvenih strokovnjakov?

Ne dovolite si, da vas sistem pusti na cedilu, ko pride do škodljivega dogodka zaradi napake. Udeležite se izobraževanja o varnosti pacientov.

Predavatelj: prim. izr. prof. dr. Danica Rotar Pavlič, izr. prof. dr. Andrej Robida

Nujna medicinska pomoč za ekipe v zobozdravstvu

delavnica – oktober, november

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

Komunikacijske veščine v zobozdravstvu

seminar – oktober

Od komunikacije v profesionalnem okolju do pogovora s seboj, od sporazumevanja s prestrašenim pacientom do konfliktov s tistimi, ki jih ne moremo sprejeti, od veščine nagovora do spoznavanja samega sebe ... Popoldne, namenjeno učenju, profesionalnemu razvoju in osebnostni rasti, v družbi dveh izkušenih »sporočevalk«.

Predavateljci: izr. prof. dr. Polona Selič, univ. dipl. psih., in Manica Žmauc, univ. dipl. ped., prof. soc.

Komunikacijske veščine – pomemben del zdravnikove strokovnosti

predavanja, delavnice – oktober, november

Odlično poznavanje osnov komunikologije in komunikacijskih veščin v poklicih zdravstvenih delavcev ni luksuz, temveč nuja:

- le dobro anamnezo lahko dopolni dober klinični pregled,
- le dobro razumevanje vpliva bolezni na bolnikovo življenje lahko zagotovi uspešen terapevtski pristop,
- le dober stik z bolnikom lahko zagotovi neprestano spremljanje njegovega zdravstvenega stanja,
- le kakovostna komunikacija med vsemi zdravstvenimi sodelavci vodi v stimulatивно in uspešno delovno okolje.

Predavanja in delavnico vodita: Vojka Žgavec Clemenz, univ. dipl. nov., in Jurij Clemenz, dr. med.

Prepoznava in obravnavanje žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti

predavanja in delavnice – november, december, januar



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

Sodelujoči partnerji so Družbenomedicinski inštitut ZRC SAZU, Zdravniška zbornica Slovenije, Center za socialno delo Maribor, Zavod Emma.

Šola o uporabi kanabinoidov in medicinske konoplje v medicini

predavanja – november

Šola je namenjena zdravnikom in zdravstvenim delavcem, ki jim bo v vsakdanji praksi koristilo pridobljeno znanje o pomenu endokanabinoidnega

sistema in uporabi kanabinoidov v medicini. Pridobljeno znanje bo udeležencem omogočilo, da bodo bolnikom posredovali znanstveno podprte informacije o uporabi medicinske konoplje in kanabinoidnih zdravil v medicini ter da bodo lahko v klinični praksi presodili, kdaj je njihovo predpisovanje strokovno utemeljeno, začeli zdravljenje, ga vodili in sproti ocenjevali njegovo uspešnost. Šola bo protislovne informacije v javnosti in stroki na tem področju umestila v znanstveni okvir. Jasno bo razmejila med uporabo konoplje v rekreativne namene in medicinske konoplje v medicinske namene ter pojasnila razliko med zdravljenjem, ki ga priporoča in vodi ustrezno usposobljen zdravnik, in drugimi oblikami uporabe konoplje in kanabinoidov, pri katerih nosilec zdravljenja ni zdravnik.

Programski odbor: prim. Jožica Červek, dr. med., asist. Milan Krek, dr. med., Jasna Čuk Rupnik, dr. med., prim. izr. prof. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med.

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.

Težave in razumevanje v medosebnih odnosih

delavnica – november

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

Delavnico vodi Anja Žagar, univ. dipl. ekon.

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

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

september 2016–junij 2017 ob 17.00 • ŠOLA AKUPUNKTURE

kraj: LAŠKO, Thermana Laško	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 1.890 EUR (DDV je vključen, možnost plačila na 10 obrokov) oz. 189 EUR za posamičen sklop	k. točke: ***
vsebina: podiplomska šola je namenjena vsem zdravnikom (160 ur predavanj + 40 ur seminarских nalog (200 ur teoretični del), 100 ur praktični del)	organizator: Slovensko združenje za akupunkturo pri SZD, prim. mag. Marija Cesar Komar	prijave, informacije: prijave: možna naknadna prijava v oktobru oziroma udeležba na posamičnem sklopu , informacije: Tina Kmet, Lea Šemrl, Neli Vintar, T: 041 726 441, E: sloakupunkturnasola@gmail.com	

5. ob 8.00 • 14. GOLNIŠKI SIMPOZIJ, SLOVENSKI PNEVMOLOŠKI KONGRES, BALKANSKI PNEVMOLOŠKI KONGRES: ULTRAZVOK PRSNEGA KOŠA – KAJ MORA ZNATI VSAK ZDRAVNIK V URGENTNI AMBULANTI

kraj: GOLNIK, Klinika Golnik, Vurnikova predavalnica	št. udeležencev: 20	kotizacija: 150 EUR + DDV	k. točke: 8
vsebina: delavnica je namenjena vsem zdravnikom	organizator: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, prim. dr. Robert Marčun, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: www.klinika-golnik.si , informacije: Klinika Golnik, Irena Dolhar, T: 04 25 69 493, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	

5. ob 9.00 • 14. GOLNIŠKI SIMPOZIJ, SLOVENSKI PNEVMOLOŠKI KONGRES, BALKANSKI PNEVMOLOŠKI KONGRES: 21. DELAVNICA IZ BRONHOSKOPIJE

kraj: GOLNIK, Klinika Golnik, Vurnikova predavalnica	št. udeležencev: 30	kotizacija: 350 EUR + DDV	k. točke: 5,5
vsebina: delavnica je namenjena internistom	organizator: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, asist. mag. Aleš Rozman, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: www.klinika-golnik.si , informacije: Klinika Golnik, Irena Dolhar, T: 04 25 69 493, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	

6. • ČLOVEŠKE NAPAKE V ZDRAVSTVU IN NJIHOVO PREPREČEVANJE – delavnica

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska c. 162	št. udeležencev: 20	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 9
vsebina: Delavnica je nadaljevanje predavanja s primeri iz prakse.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Mojca Vrečar	prijave, informacije: prijave: www.domusmedica.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191	

6. ob 8.30 • 14. GOLNIŠKI SIMPOZIJ, SLOVENSKI PNEVMOLOŠKI KONGRES, BALKANSKI PNEVMOLOŠKI KONGRES: DELAVNICA KLINIČNE PREHRANE – LIFE LONG LEARNING ESPEN, PREHRANSKA PODPORA PRI BOLNIKI S PLJUČNO BOLEZNIJO

kraj: BLEED, Hotel Golf	št. udeležencev: 40	kotizacija: 70 EUR + DDV	k. točke: 3
vsebina: delavnica je namenjena vsem zdravnikom	organizator: Klinika Golnik, Eva Topole, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: www.klinika-golnik.si , informacije: Klinika Golnik, Irena Dolhar, T: 04 25 69 493, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	

6.–8. ob 14.00 • BALKANSKI PNEVMOLOŠKI KONGRES, SLOVENSKI PNEVMOLOŠKI KONGRES, GOLNIŠKI SIMPOZIJ

kraj: BLEED, Hotel Golf	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 21
vsebina: predavanja so namenjena vsem zdravnikom	organizator: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, prof. Mitja Košnik, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: www.klinika-golnik.si , informacije: Klinika Golnik, Irena Dolhar, T: 04 25 69 493, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	

7. ob 9.00 • PREPOZNAVANJE IN ZDRAVLJENJE ODVISNOSTI OD ALKOHOLA – INTERDISCIPLINARNI POGLED

kraj: IDRİJA, Psihiatrična bolnišnica Idrija, predavalnica bolnišnice	št. udeležencev: 80	kotizacija: 50 EUR	k. točke: 6,5
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno psihiatrom	organizator: Psihiatrična bolnišnica Idrija, dr. Marko Pišljar, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: natalija.taljat@pb-idrija.si , informacije: Psihiatrična bolnišnica Idrija, Pot sv. Antona 49, 5280 Idrija, dr. Marko Pišljar, dr. med., Janja Milič, dr. med., T: 05 37 34 449, F: 05 37 34 422, E: marko.pisljar@pb-idrija.si	

7. ob 10.00 • KAKO PRESEČI POMANJKANJE ORGANOV ZA ZDRAVLJENJE S PRESADITVIJO

kraj: LJUBLJANA, Cankarjev dom, konferenčna dvorana M3	št. udeležencev: 120	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 6
vsebina: strokovni simpozij je namenjen vsem zdravnikom	organizator: Zavod RS za presaditev organov in tkiv Slovenija-transplant, Ženja Tomažinčič, dr. med., DESA	prijave, informacije: prijave: E: barbara.ustar@slovenija-transplant.si , informacije: Barbara Uštar, T: 01 300 68 60, F: 01 300 68 66, E: barbara.ustar@slovenija-transplant.si	

7. in 14. ob 8.00 • ŠOLA TESTIRANJA NA ALKOHOL IN DRUGE DROGE – JESEN 2016
program na spletni strani www.fortox.ai

kraj: LJUBLJANA, Dimičeva 13, stavba GZS, dvorana F	št. udeležencev: 20	kotizacija: ni podatka	k. točke: ***
vsebina: Dve zaporedni učni delavnici sta namenjeni zdravnikom, medicinskim sestram, vsem, ki se aktivno ukvarjajo z izvajanjem postopkov dokazovanja uporabe psihoaktivnih snovi, s strokovnim pregledom in tolmačenjem rezultatov toksikoloških preiskav. Šola bo poleg sistematično obdelanih poglavij o zakonskih osnovah in pravilih testiranja na alkohol in druge droge na delovnem mestu in v prometu dala večji poudarek razvoju priprav in metod, ki uporabljajo krvi alternativen biološki material. S toksikološkega vidika bo osvetlila tudi aktualne teme, kot so nove sintetične droge, ter uporabo kanabinoidov v medicini. Parkiranje v kleti stavbe GZS je za udeležence brezplačno.	organizator: Združenje za razvoj forenzične toksikologije – FORTOX, Inštitut za sodno medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, GZS – Združenje kemijske industrije, Kompetenčni center za kadre kemijske industrije, dr. Majda Zorec Karlovšek	prijave, informacije: prijave: W: www.fortox.si , informacije: Združenje FORTOX, Pod brezami 24, 1000 Ljubljana, dr. Majda Zorec Karlovšek, T: 041 644 322, E: mzkarlovsek@gmail.com	

7.–8. ob 9.00 • REDNI STROKOVNI SESTANEK ZDRUŽENJA HEMATOLOGOV SLOVENIJE SZD

kraj: PODČETRTEK, Terme Olimia, hotel Sotelia	št. udeležencev: 50	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 14
vsebina: Strokovni sestanek je namenjen specialistom in specializantom hematologije, interne medicine, onkologije, pediatrije in transfuzijske medicine (sodelujejo predavatelji iz Slovenije, Zagreba, Italije)	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	

8. ob 8.00 • TEČAJ IZBRANIH POGLAVIJ IZ NUJNE MEDICINSKE POMOČI ZA EKIPJE V ZOBOZDRAVSTVU

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska c. 162	št. udeležencev: 21	kotizacija: 147 EUR	k. točke: 7
vsebina: Namen tečaja je, da osveži in obogati znanje in veščine s področja temeljnih postopkov oživljanja in defibrilacije ter prepoznavanja in pravnega ukrepanja ob nekaterih nujnih stanjih (tujki v zgornjih dihalih, akutni koronarni sindrom, akutna možganska kap, motnje zavesti, anafilaktična reakcija).	organizator: Odbor za zobozdravstvo	prijave, informacije: prijave: W: www.domusmedica.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191	

8. ob 9.00 • 14. GOLNIŠKI SIMPOZIJ, SLOVENSKI PNEVMOLOŠKI KONGRES, BALKANSKI PNEVMOLOŠKI KONGRES: ŠOLA TORAKALNE RADIOLOGIJE

kraj: BLEJ, Hotel Golf	št. udeležencev: 40	kotizacija: 70 EUR + DDV	k. točke: v postopku
vsebina: delavnica je namenjena vsem zdravnikom	organizator: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, mag. Igor Požek, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: www.klinika-golnik.si , informacije: Klinika Golnik, Irena Dolhar, T: 04 25 69 493, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	

8.–9. ob 15.00 • 14. GOLNIŠKI SIMPOZIJ, SLOVENSKI PNEVMOLOŠKI KONGRES, BALKANSKI PNEVMOLOŠKI KONGRES: DELAVNICA: NEINVAZIVNA VENTILACIJA

kraj: BLEJ, GOLNIK, Hotel Golf in Vurnikova predavalnica Klinike Golnik	št. udeležencev: 20	kotizacija: 150 EUR + DDV	k. točke: 7
vsebina: delavnica je namenjena vsem zdravnikom	organizator: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, mag. Irena Šarc, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: www.klinika-golnik.si , informacije: Klinika Golnik, Irena Dolhar, T: 04 25 69 493, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	

11. ob 16.00 • PREPOZNAVANJE IN PREPREČEVANJE NASILNEGA VEDENJA V ZDRAVSTVU

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162**št. udeležencev:** 260**kotizacija:** za člane ZZS kotizacije ni, za udeležence, ki niso člani ZZS, 30 EUR (z DDV)**k. točke:** v postopku

vsebina: Nedavni tragični dogodki so ponovno pokazali veliko razliko v dojemanju nevarnosti agresivnega vedenja pri delu z bolniki med laično javnostjo in zdravstvenimi delavci. Tudi zdravstveni delavci imajo vso pravico, enako kot vsi drugi zaposleni, do varnega in ne nazadnje zdravega delovnega okolja. Le če bomo zdravniki in drugi zdravstveni delavci sami skrbeli za varno delovno okolje, se bo sčasoma kaj premaknilo. Zdravniška zbornica Slovenije prav s tem namenom organizira seminar o preprečevanju nasilnih incidentov na delovnem mestu.

organizator:
Zdravniška zbornica Slovenije, Mojca Vrečar

prijave, informacije:
prijave: www.domusmedica.si, informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191

12. ob 9.00 • XXIV. SEMINAR »IN MEMORIAM DR. DUŠANA REJE«: KEMIKALIJE V OKOLJU IN RAK

kraj: LJUBLJANA, Onkološki inštitut Ljubljana, predavalnica v stavbi C, Zaloška cesta 2**št. udeležencev:** 120**kotizacija:** 50 EUR**k. točke:** 5

vsebina: strokovni seminar je namenjen zdravnikom, medicinskim sestram, profesorjem zdravstvene vzgoje, študentom medicine

organizator: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, izr. prof. dr. Maja Primic Žakelj, dr. med., predsednica

prijave, informacije: prijave: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, Trubarjeva 76 a, 1000 Ljubljana, informacije: Amalija Zdešar, sekretarka, T: 01 430 97 80, 051 267 332, F: 01 430 97 85, E: info@protiraku.si

13. ob 9.00 • ČLOVEŠKE NAPAKE V ZDRAVSTVU IN NJIHOVO PREPREČEVANJE – delavnica

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska c. 162**št. udeležencev:** 20**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** 5,5

vsebina: Delavnica je nadaljevanje predavanja s primeri iz prakse.

organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Mojca Vrečar

prijave, informacije: prijave: www.domusmedica.si, informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191

13. ob 9.00 • 14. GOLNIŠKI SIMPOZIJ, SLOVENSKI PNEVMOLOŠKI KONGRES, BALKANSKI PNEVMOLOŠKI KONGRES: S KAJENJEM POVEZANE INTERSTICIJSKE PLJUČNE BOLEZNI

kraj: GOLNIK, Klinika Golnik, Vurnikova predavalnica**št. udeležencev:** 40**kotizacija:** 70 EUR + DDV**k. točke:** v postopku

vsebina: multidisciplinarna delavnica je namenjena vsem zdravnikom

organizator: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, prim. Katarina Osolnik, dr. med.

prijave, informacije: prijave: E: www.klinika-golnik.si, informacije: Klinika Golnik, Irena Dolhar, T: 04 25 69 493, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si

13.–16. ob 14.00 • 15. BREGANTOVI DNEVI – ČAS IN TRENUTEK

kraj: PORTOROŽ, Grand hotel Bernardin, Kongresni center Bernardin**št. udeležencev:** 200

kotizacija: Možna je udeležba 4 dni (polna kotizacija) ali 2 dni. Višina kotizacije je odvisna od datuma prijave (do 15. 6. ali do 15. 9.). Podrobnejše informacije o kotizaciji: www.zpsi.si/breganti2016

k. točke: 17

vsebina: srečanje psihoterapevtov Slovenije z mednarodno udeležbo je namenjeno vsem zdravnikom

organizator: Združenje psihoterapevtov Slovenije, Tina Sentočnik, dr. med., predsednica Organizacijskega odbora

prijave, informacije: prijave: Združenje psihoterapevtov Slovenije, Grablovičeva 44 a, 1000 Ljubljana, www.zpsi.si/breganti2016, informacije: Tina Sentočnik, Marjana Arzenšek, T: 041 677 609, 041 797 229, E: breganti@zpsi.si, E: tina.sentocnik@siol.net

14. ob 8.30 • PALIATIVNA OSKRBA SRČNEGA BOLNIKA

kraj: LJUBLJANA, Klinični center**št. udeležencev:** 130**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** v postopku

vsebina: posvet je namenjen zdravnikom vseh specialnosti ter drugemu zdravstvenemu osebju, ki ga zanima obravnava kroničnega srčnega bolnika

organizator: Slovensko združenje paliativne medicine, Klinični oddelek za žilne bolezni, Borut Jug, dr. med., Darja Žnidaršič, dr. med.

prijave, informacije: prijave: E: prijaveszpm@gmail.com od 1. 9. 2016 dalje, informacije: E: szpmslovenija@gmail.com, Darja Žnidaršič, dr. med., E: darjamarija@gmail.com

14.–15. ob 8.55 • XIV. KONGRES S 153. REDNO VOLILNO SKUPŠČINO SZD S STANOVSKO IN STROKOVNO TEMO

kraj: LJUBLJANA, Austria Trend Hotel**št. udeležencev:** okoli 150**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** 6,5

vsebina: volilna skupščina s stanovsko temo: Dolžnosti in pravice zdravnika in strokovno temo: Izzivi pri obvladovanju nalezljivih bolezni.

organizator: Slovensko zdravniško društvo, prof. dr. Srečko Koren in prof. dr. Radko Komadina

prijave, informacije: prijave: SZD, Dunajska c. 162, 1000 Ljubljana, informacije: Marija Poredski, T: 01 43 42 580

14.–15. • 7. DELAVNICA KLINIČNE ARITMOLOGIJE IN INVAZIVNE KARDIALNE ELEKTROFIZIOLOGIJE

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, ZZS, Dunajska cesta 162
št. udeležencev: 150–200
kotizacija: prvi dan kotizacije ni, za Šola EKG bo kotizacija objavljena na spletni strani
k. točke: v postopku

vsebina: Srečanje je namenjeno kardiologom in internistom, specializantom interne medicine in kardiologije ter vsem zdravnikom, ki se pri svojem delu srečujejo z bolniki z motnjami srčnega ritma. Šola EKG je zastavljena tako, da bo zanimiva za najširši krog poslušalstva, vključno s študenti višjih letnikov medicine. Prvi dan bodo predstavljene novosti na področju klinične in interventne obravnave najpogostejših motenj srčnega ritma. V sklopu Šole EKG bodo vodilni strokovnjaki, interaktivno in s kliničnimi primeri, predstavili osnove interpretacije EKG na področju aritmologije.

organizator: Združenje kardiologov Slovenije

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

14.–15. ob 9.45 • HEMODINAMSKO, TEKOČINSKO IN ELEKTROLITSKO RAVNOVESJE PRI NOVOROJENČKU

kraj: LJUBLJANA, Radisson Blu Plaza Hotel
št. udeležencev: 80
kotizacija: 200 EUR
k. točke: 10

vsebina: Mednarodni simpozij je namenjen pediatrom

organizator: Klinični oddelek za neonatologijo, Pediatrična klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana in Društvo za pomoč bolnim novorojenčkom – Prvi koraki, prof. dr. Darja Paro Panjan, dr. med.

prijave, informacije: prijave: E: simona.oblak@kclj.si, informacije: Klinični oddelek za neonatologijo, Pediatrična klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Bohoričeva ulica 20, 1525 Ljubljana, Simona Oblak, T: 01 522 93 48, F: 01 522 40 35, E: simona.oblak@kclj.si

14.–15. ob 10.00 • SPREMLJANJE BOLNIC Z GINEKOLOŠKIMI MALIGNIMI BOLENJI IN RAKOM DOJKE

kraj: MARIBOR, Menerga poslovna stavba Tezno
št. udeležencev: ni omejeno
kotizacija: 75 EUR, 100 EUR ali 120 EUR, zadnji rok plačila kotizacije 13. 10. 2016, podrobneje na www.ukc-mb.si
k. točke: ***

vsebina: učna delavnica je namenjena specialistom in specializantom ginekologije in družinske medicine

organizator: UKC Maribor, Klinika za ginekologijo in porodništvo, Oddelek za ginekološko onkologijo in onkologijo dojk, doc. dr. Maja Pakiž, dr. med.

prijave, informacije: prijave: E: www.ukc-mb.si, informacije: Slavica Keršič, posl. sek., T: 02 321 29 40, 051 420 741, F: 02 321 28 26, E: slavica.kersic@ukc-mb.si

15. ob 11.00 • 35. 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, kotizacije ni za upokojene zdravnike in študente
k. točke: ***

vsebina: Tek in predavanje sta namenjena zdravnikom in stomatologom. Tek na 7500 m moški, 6000 m ženske in predavanje: prof. dr. Branko Škof: Idealen trening teka

organizator: Medicus, zdravniško športno društvo, Bojan Knap

prijave, informacije: E: knap.j.bojan@gmail.com, informacije: Bojan Knap, 031 228 999

17.–20. • 22. PODIPLOMSKI TEČAJ IZ HOSPITALNE DIABETOLOGIJE

kraj: LJUBLJANA, predavalnica »stare travmatologije«, Zaloška 2
št. udeležencev: 30
kotizacija: kotizacije ni
k. točke: 13

vsebina: podiplomski tečaj za specializante interne medicine, interniste (udeleženci naj s seboj prinesejo klinične primere s področje diabetologije)

organizator: KOEDBP IK Ljubljana, dr. Jelka Zaletel, dr. med.

prijave, informacije: prijave: od 1. 10. 2016 dalje, E: jelka.zaletel@kclj.si, informacije: dr. Jelka Zaletel, dr. med., T: 01 522 39 90, E: jelka.zaletel@kclj.si

19. ob 13.00 • KOMUNIKACIJSKE VEŠČINE V ZOBOZDRAVSTVU

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska c. 162
št. udeležencev: 260
kotizacija: kotizacije ni
k. točke: 5

vsebina: seminar je namenjen zobozdravnikom

organizator: Odbor za zobozdravstvo

prijave, informacije: prijave: W: www.domusmedica.si, informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191

19. ob 16.00 • STROKOVNO SREČANJE MLADIH ZDRAVNIKOV ZASAVJA: UPORABNA ZNANJA IZ KLINIČNE PRAKSE INTERNE MEDICINE, KIRURGIJE IN PEDIATRIJE

kraj: TRBOVLJE, Zdravstveni dom Trbovlje, sejna soba
št. udeležencev: ni omejeno
kotizacija: kotizacije ni
k. točke: ***

vsebina: strokovno srečanje – posvet je namenjen vsem zdravnikom

organizator: SB Trbovlje

prijave, informacije: E: maja.potisek@gmail.com

20. • KOMUNIKACIJSKE VEŠČINE – POMEMBEN DEL ZDRAVNIKOVE STROKOVNOSTI

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska c. 162	št. udeležencev: 18	kotizacija: 135 EUR	k. točke: 5,5
vsebina: predavanje/delavnica je namenjeno vsem zdravnikom in zobozdravnikom	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Mojca Vrečar	prijave, informacije: prijave: www.domusmedica.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191	

20. ob 9.00 • TTT2 NADALJEVALNA DELAVNICA ZA USPOSABLJANJE MENTORJEV IN UČITELJEV (TRAINING THE TRAINERS)

kraj: LJUBLJANA, Stara pediatrična klinika, UKC Ljubljana, Vrazov trg 1, predavalnica (pritličje)	št. udeležencev: 10	kotizacija: 220 EUR, za zaposlene v UKC Ljubljana kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: učna delavnica je namenjena učiteljem in mentorjem vseh poklicev	organizator: UKC Ljubljana, Meta Vesel Valentinčič	prijave, informacije: prijave: E: izobrazevanje@kclj.si , UKC Ljubljana, Služba za izobraževanje, Bohoričeva 28, 1000 Ljubljana, informacije: Tina Kofler, T: 522 90 22	

20. ob 14.00 • JEŠETOV DAN

kraj: LJUBLJANA, Zavod za zdravstveno varstvo NIJZ Ljubljana, Zaloška 29	št. udeležencev: 120	kotizacija: 100 EUR, 50 EUR specializanti	k. točke: 5
vsebina: podiplomski seminar je namenjen oftalmologom	organizator: Očesna klinika Ljubljana, prof. dr. Brigita Drnovšek	prijave, informacije: prijave: tajništvo Očesne klinike Ljubljana, Mirjam Mavec, informacije: T: 01 522 19 00, F: 01 522 19 60, E: mirjam.mavec@kclj.si	

20.–22. ob 9.00 • 6. KONGRES PREVENTIVNE MEDICINE

kraj: PORTOROŽ, Hotel Slovenija, Kongresni center Portus	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 200 EUR, za člane SPM 180 EUR, specializanti 150 EUR, dnevna 120 EUR, udeležba na delavnici 50 EUR, za udeležence kongresa 1 delavnica vključena v kotizacijo	k. točke: v postopku
vsebina: kongres je namenjen vsem zdravnikom	organizator: Sekcija za preventivno medicino SZD, prof. dr. Alenka Kraigher	prijave, informacije: prijave: W: www.spm.si , informacije: Tatjana Berger, E: sekcija.spm@gmail.com	

21. ob 8.00 • 8. ČERNIČEVI DNEVI – STRJEVANJE KRVI IN KIRURŠKI BOLNIKI

kraj: MARIBOR, UKC Maribor, velika predavalnica Klinike za kirurgijo	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 120 EUR	k. točke: ***
vsebina: učna delavnica je namenjena zdravnikom kirurgom, zdravnikom transfuziologom, zdravnikom splošne in družinske medicine	organizator: UKC Maribor, prof. dr. Vojko Flis, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: www.ukc-mb.si (zavihek strokovna srečanja), informacije: E: nevenka.mlakar@ukc-mb.si , Rebeka Gerlič, univ. dipl. ekon., T: 02 321 28 13, F: 02 321 28 26, E: rebeka.gerlic@ukc-mb.si	

21.–22. • 18. FAJDIGOVI DNEVI podroben program W: <http://www.e-medicina.si/fajdigovi-dnevi>

kraj: KRANJSKA GORA, Hotel Kompas, Borovška cesta 100	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: podatki na W: http://www.e-medicina.si/fajdigovi-dnevi	k. točke: ***
vsebina: Srečanje je namenjeno zdravnikom, skupinam v osnovnem zdravstvu, študentom pri predmetu Družinska medicina, sekundarijem, specializantom družinske medicine in upokojenim zdravnikom. Namen srečanja je omogočiti udeležencem, da se podrobneje seznanijo z novostmi na področju diagnostike in zdravljenja najpogostejših bolezni, s katerimi se srečujemo na primarni ravni.	organizator: Združenje zdravnikov družinske medicine, Zavod za razvoj družinske medicine, Osnovno zdravstvo Gorenjske	prijave, informacije: Zavod za razvoj družinske medicine, Poljanski nasip 58, Nina Štojs, T: 01 438 69 14, F: 01 438 69 10, E: nina.stojs@gmail.com	

21.–22. ob 9.00 • INFEKTOLOŠKI SIMPOZIJ 2016: INFEKCIJSKE BOLEZNI EXTRA MURAS

kraj: LJUBLJANA, UKC, predavalnica I, Zaloška cesta 7	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 130 EUR (DDV ni vključen v ceno)	k. točke: v postopku
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., v. svet.	prijave, informacije: prijave: tajništvo Klinike za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Japljeva ulica 2, 1525 Ljubljana, informacije: Simona Rojs, 01 522 13 52, F: 01 522 24 56, E: simona.rojs@kclj.si	

OKTOBER 2016

24.–26. ob 16.00 • LOGOTERAPIJA, PREDSTAVITEV

kraj: SLOVENSKE KONJICE	št. udeležencev: 30	kotizacija: 50 EUR, kotizacije ni za upokojene, študente, sekundarije, specializante	k. točke: ***
vsebina: predavanja in delavnice	organizator: Zavod Žički tabor za duhovno rast	prijave, informacije: E: cvijeta.pahljina@gmail.com	

28. ob 8.00 • 4. MARIBORSKI ONKOLOŠKI DAN

kraj: MARIBOR, Hotel Habakuk	št. udeležencev: 200	kotizacija: 130 EUR (DDV ni vključen v ceno), kotizacije ni za upokojene, študente, specializante	k. točke: ***
vsebina: predavanja so namenjena kirurgom, gastroenterologom, onkologom, radiologom, družinskim zdravnikom	organizator: Oddelek za abdominalno in splošno kirurgijo, UKC Maribor, doc. dr. Bojan Krebs, dr. med.	prijave, informacije: informacije: Silva Škrlec, Bojan Krebs, Arpad Ivanec, T: 02 321 13 01, E: onkoloskidan@gmail.com	

NOVEMBER 2016

4.–5. ob 8.45 • GORIŠKI TRAVMATOLOŠKI DNEVI S SKUPŠČINO DRUŠTVA TRAVMATOLOGOV SLOVENIJE

kraj: NOVA GORICA, Kongresni center Perla	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 110 EUR	k. točke: ***
vsebina: simpozij in volilna skupščina društva sta namenjena zdravnikom travmatologom, ortopedom in fiziatrom ter specializantom teh strok	organizator: Zdravniško društvo IATROS, prim. Franci Koglot, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Splošna bolnišnica Nova Gorica, informacije: Melita Makuc, T: 041 775 705, E: francikoglot@gmail.com	

10. ob 8.30 • ŠOLA O UPORABI KANABINOIDOV IN MEDICINSKE KONOPLJE V MEDICINI

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: Šola je namenjena zdravnikom in zdravstvenim delavcem, ki jim bo v vsakdanji praksi koristilo pridobljeno znanje o pomenu endokanabinoidnega sistema in uporabi kanabinoidov v medicini. Pridobljeno znanje bo udeležencem omogočilo, da bodo bolnikom posredovali znanstveno podprte informacije o uporabi medicinske konoplje in kanabinoidnih zdravil v medicini ter da bodo lahko v klinični praksi presodili, kdaj je njihovo predpisovanje strokovno utemeljeno, začeli zdravljenje, ga vodili in sproti ocenjevali njegovo uspešnost. Šola bo protislovne informacije v javnosti in stroki na tem področju umestila v znanstveni okvir. Jasno bo razmejila med uporabo konoplje v rekreativne namene in medicinske konoplje v medicinske namene ter pojasnila razliko med zdravljenjem, ki ga priporoča in vodi ustrezno usposobljen zdravnik, in drugimi oblikami uporabe konoplje in kanabinoidov, pri katerih nosilec zdravljenja ni zdravnik.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Onkološki inštitut Ljubljana in Nacionalni inštitut za javno zdravje	prijave, informacije: prijave: W: www.domusmedica.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191	

11. ob 8.00 • GLEŽENJ IN STOPALO V ORTOPEDIJI

kraj: MARIBOR, Medicinska fakulteta – avditorij	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 150 EUR (za upokojene zdravnike in študente kotizacije ni)	k. točke: ***
vsebina: seminar je namenjen vsem zdravnikom	organizator: UKC Maribor, Oddelek za ortopedijo, mag. Zmago Krajnc, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: www.ukc-mb.si (zavihek strokovna srečanja), informacije: W: www.ukc-mb.si (zavihek strokovna srečanja), Rebeka Gerlič, univ. dipl. ekon., T: 02 321 28 13, F: 02 321 28 26, E: rebeka.gerlic@ukc-mb.si	

11. • 1. MEDNARODNI SIMPOZIJ VASKULARNE NEVROLOGIJE

kraj: LJUBLJANA, Radisson Blu Plaza Hotel, Bratislavka cesta 8	št. udeležencev: 70	kotizacija: zgodnja prijava do 15. 9. 2016: 130 EUR (90 EUR specializant samoplačnik), prijava od 16. 9. do 3. 11. 2016: 150 EUR (100 EUR specializant samoplačnik), prijava na srečanju: 200 EUR (120 EUR specializant samoplačnik)	k. točke: ***
vsebina: mednarodni simpozij je namenjen zdravnikom specialistom in specializantom nevrologije, interne medicine, radiologije, nevrokirurgije, kardiovaskularne kirurgije, anestezije, splošne medicine	organizator: Slovensko združenje nevrologov – SZD, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Sekcija medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije v nevrologiji, predsednica organizacijskega odbora: mag. Simona Šteblaj, dr. med., predsednica programskega odbora: doc. dr. Janja Pretnar Oblak, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: www.kclj.si/kovnint_mednarodni_simpozij , informacije: Bojan Veberič, univ. dipl. nem., T: 01 522 90 20, E: izobrazevanje@kclj.si	

11.–12. ob 9.00 • BOLEČINA V SKLEPIH IN ZDRAVLJENJE NEMALIGNE BOLEČINE Z OPIOIDI

kraj: LJUBLJANA, Hotel Four Points by Sheraton (Mons)	št. udeležencev: 150	kotizacija: 75 EUR do 14. 10. 2016, nato 90 EUR	k. točke: ***
vsebina: 19. redni letni seminar Slovenskega združenja za zdravljenje bolečine je namenjen vsem zdravnikom	organizator: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, prim. Gorazd Požlep, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: pba.amb@ukc-mb.si , informacije: E: pba.amb@ukc-mb.si , E: pozlep@netscape.net , Martina Felser, T: 02 321 15 36, Gorazd Požlep, T: 041 720 750	

17. • VODENJE ZDRAVNIŠKIH TIMOV

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska c. 162	št. udeležencev: 15	kotizacija: 120 EUR	k. točke: 6
vsebina: Ob sebi imamo ljudi, ki so osebnostno zelo različni, vsak s svojimi dobrimi in slabimi lastnostmi, vsak s svojimi mejami sposobnosti in zmožnosti. 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, Mojca Vrečar	prijave, informacije: prijave: www.domusmedica.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191	

17. • KOMUNIKACIJSKE VEŠČINE – POMEMBEN DEL ZDRAVNIKOVE STROKOVNOSTI

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska c. 162	št. udeležencev: 18	kotizacija: 135 EUR	k. točke: 5,5
vsebina: predavanje/delavnica je namenjeno vsem zdravnikom in zobozdravnikom	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Mojca Vrečar	prijave, informacije: prijave: www.domusmedica.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191	

17. ob 8.50 • OSKRBA OSEB Z VISOKO OKVARO VRATNE HRBTENJAČE PO ZAKLJUČENI REHABILITACIJI

kraj: LJUBLJANA, URI Soča, dvorana, 4. nadstropje stavbe Vrtnica	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 40 EUR + DDV	k. točke: 4
vsebina: seminar je namenjen zdravnikom specialistom ter specializantom družinske medicine ter ostalih med. specializacij, imenovanim zdravnikom ZZSZ, medicinskim in sodnim izvedencem, diplomiranim medicinskim sestram, zdravstvenim tehnikom, patronažnim sestram ter drugim zdravstvenim delavcem ter ostalim strokovnjakom s tega področja	organizator: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, prim. mag. Rajmond Šavrin, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: vesna.grabljevec@ir-rs.si , informacije: Vesna Grabljevec, T: 01 475 82 43, F: 01 437 20 70, E: vesna.grabljevec@ir-rs.si	

18.–19. ob 12.00 • 12. DNEVI INTERNISTIČNE ONKOLOGIJE: VLOGA KLINIČNE FARMAKOLOGIJE PRI ZDRAVLJENJU RAKA

kraj: LJUBLJANA, Onkološki inštitut Ljubljana, predavalnica, stavba C	št. udeležencev: 90	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: podiplomski seminar je namenjen specialistom, specializantom internistične onkologije, radioterapije, kirurgije, ginekologije, farmaceutom	organizator: Sekcija internistične onkologije SZD in Sektor internistične onkologije onkološkega inštituta, asist. mag. Erika Matos, dr. med.	prijave, informacije: prijave: izključno na E: lkristan@onko-i.si , registracija udeležencev od 11. do 12. ure, informacije: tajništvo Sektorja internistične onkologije, Lidija Kristan, T: 01 587 92 82, F: 01 587 93 05, E: lkristan@onko-i.si	

22. ob 9.00 • TEŽAVE IN RAZUMEVANJE V MEDOSEBNIH ODNOSIH

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska c. 162	št. udeležencev: 20	kotizacija: 75 EUR	k. točke: 4
vsebina: delavnica je namenjena vsem zdravnikom in zobozdravnikom	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Mojca Vrečar	prijave, informacije: prijave: W: www.domusmedica.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191	

25. ob 9.30 • SVEČANA AKADEMIJA OB 60-LETNICI ODDELKA ZA GASTROENTEROLOGIJO UKC MARIBOR

kraj: MARIBOR, Medicinska fakulteta UM	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 8
vsebina: simpozij je namenjen vsem zdravnikom, internistom, specialistom in specializantom, študentom	organizator: UKC Maribor, Klinika za interno medicino, Oddelek za gastroenterologijo, Katedra za interno medicino, Zdravniško društvo Maribor, prof. dr. Pavel Skok, dr. med.	prijave, informacije: prijave: www.ukc-mb.si , informacije: Slavica Keršič, posl. sek., T: +386 2 321 29 40, 051 420 741, F: +386 2 321 28 26, E: slavica.kersic@ukc-mb.si	

25.–26. • XLI. PODDIPLOMSKA ŠOLA ZA ZDRAVNIKE: SLADKORNA BOLEZEN TIPA 2

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

26. ob 9.00 • ODONTOGENE OKUŽBE DANES

kraj: BRDO PRI KRANJU, Kongresni center	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 250 EUR do 10. 11., po tem datumu 300 EUR, kotizacije ni za upokojene	k. točke: v postopku
vsebina: podiplomski seminar je namenjen doktorjem dentalne medicine	organizator: Katedra za maksilofacialno in oralno kirurgijo, prof. dr. Nataša Ihan Hren	prijave, informacije: Katedra za maksilofacialno in oralno kirurgijo, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, Nataša Ihan Hren, Ani Klopčič, T: 01 522 42 35, F: 01 522 24 95, E: ani.klopacic@gmail.com	

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

kraj: LJUBLJANA, Stara pediatrična klinika, UKC Ljubljana, Vrazov trg 1, predavalnica (pritličje)	št. udeležencev: 10	kotizacija: 200 EUR, kotizacije ni za zaposlene v UKC Ljubljana	k. točke: 7
vsebina: učna delavnica je namenjena učiteljem in mentorjem vseh poklicev	organizator: UKC Ljubljana, Meta Vesel Valentinčič	prijave, informacije: prijave: UKC Ljubljana, Služba za izobraževanje, Bohoričeva 28, 1000 Ljubljana, informacije: Tina Kofler, T: 01 522 90 22, E: izobrazevanje@kclj.si	

30. ob 8.30 • 5. ŠOLA TUMORJEV PREBAVIL: NOVOSTI V ZDRAVLJENJU TUMORJEV PREBAVIL

kraj: LJUBLJANA, predavalnica, stavba C	št. udeležencev: 90	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: podiplomska šola je namenjena vsem, ki jih to področje zanima (registracija udeležencev od 7.00 do 8.30)	organizator: Sekcija internistične onkologije SZD, Onkološki inštitut Ljubljana, Katedra za onkologijo, izr. prof. dr. Janja Ocvirk, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: Ikristan@onko-i.si , informacije: tajništvo Sektorja internistične onkologije, Lidija Kristan, T: 01 587 92 82, F: 01 587 93 05, E: Ikristan@onko-i.si	

1. ob 15.00 • KAKO BITI SREČEN V URGENTNI MEDICINI (predavanje)
2.–3. ob 8.30 • ŠOLA URGENCE, 4. LETNIK

kraj: BLEED, Hotel Golf	št. udeležencev: 300	kotizacija: šola urgence: 100 EUR za zdravnike pripravnike, 130 EUR za specializante, sobne zdravnike, zdravstvene tehnike in diplomirane zdravstvenike, 160 EUR za specialiste (DDV vključen), predavanje: 20 EUR za vsakega udeleženca (DDV vključen)	k. točke: ***
vsebina: Šola urgence: z zanimivimi in kratkimi predavanji bomo zajeli poglobljene teme infektologije, pediatrije, dermatovenerologije in toksikologije. Predavanja bodo podprta s twitter vprašanji. Šola je v prvi vrsti namenjena vsem zdravnikom, ki delajo v nujni medicinski pomoči in na urgentnih oddelkih bolnišnice, urgentnih centrov, zdravstvenih domov.		organizator: Slovensko združenje za urgentno medicino	prijave, informacije: prijave: izključno prek elektronske prijavnice do zapolnitve prostih mest oz. do najkasneje 23. 11. 2016, možna je prijava tudi na vsako srečanje posebej, informacije: E: sola.urgence@gmail.com , W: http://www.szum.si/sola-urgence.html

2. ob 8.00 • IZZIVI PRI ZDRAVLJENJU ZAKLOPK: NOVOSTI V SRČNI KIRURGIJI

kraj: LJUBLJANA, UKC, Zaloška c. 7, predavalnica 1	št. udeležencev: do 150	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Predstavitve najnovejših trendov pri zdravljenju okvar srčnih zaklopk je namenjena kardiologom, kardiovaskularnim kirurgom, anesteziologom, internistom, infektologom in specialistom vseh naštetih področij.	organizator: Društvo slovenskih kardiokirurgov in Klinični oddelek za kirurgijo srca in ožilja, UKC Ljubljana, prof. dr. Tomislav Klokočevnik, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: bolezni.zaklopk@gmail.com , informacije: doc. Katja Ažman Juvan, dr. med., Annette Sedovnik, Nataša Mihelič Miletič, E: katja.azman@kclj.si , natasa.mihelic@kclj.si , annette.sedovnik@kclj.si , T: 01 522 30 11, F: 01 522 25 83	

9.–10. ob 14.00 • 29. ONKOLOŠKI VIKEND: RAZVOJNI TRENDI V ONKOLOGIJI
– ONKOLOGIJA ČEZ DESETLETJE: IZBRANA POGlavJA IN DRŽAVNI PROGRAM
OBVLADOVANJA RAKA (POROČILO)

kraj: PORTOROŽ, GH Bernardin, Kongresni center Bernardin	št. udeležencev: 180	kotizacija: 150 EUR (z DDV), kotizacije ni za predstavnike nevladnih organizacij (največ 3 iz posameznega društva)	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno zdravstvenim delavcem in sodelavcem s področja onkologije ter družinskim zdravnikom	organizator: Kancerološko združenje SZD in Onkološki inštitut Ljubljana, prof. dr. Janez Žgajnar, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, E: aduratovic@onko-i.si , informacije: mag. Amela Duratović Konjevič, T: 01 587 96 25, E: aduratovic@onko-i.si	

Domus Medica za vas!

Domus Medica je bil ustvarjen kot osrednja hiša slovenskega zdravništva. Velika Modra dvorana, številne sejne sobe in klubski prostori so bili zgrajeni z namenom srečevanj, stanovskega druženja, odprtega dialoga, organiziranih strokovnih predavanj med zdravniki in zobozdravniki.

Z veseljem vas obveščamo, da smo predstavitev Domus Medica pripravili tudi na internetni strani: <http://www.domusmedica.si/>.

Vabimo vas, da si spletno stran ogledate in v prihodnosti svoje srečanje organizirate v prostorih **Domus Medica!**

Za več informacij o Medicinskem izobraževalnem centru pišite Mojci Vrečar (mojca.vrecar@zzs-mcs.si) ali pokličite 01 307 21 91.



Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije

objavlja v sektorju za izvedenstvo naslednja prosta delovna mesta:

zdravnik izvedenec I (m/ž) za delo v službi za izvedenstvo I. stopnje v Ljubljani

zdravnik izvedenec I (m/ž) za delo v službi za izvedenstvo I. stopnje v Mariboru

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

zdravnik predsednik I (m/ž) za delo v službi za izvedenstvo I. stopnje v Novem mestu

Kandidati morajo izpolnjevati naslednje posebne pogoje:

- zdravnik specialist medicine dela, prometa in športa ali zdravnik specialist druge ustrezne specialnosti,
- 4 leta delovnih izkušenj, od tega najmanj 2 leti v svoji specialistični dejavnosti za zdravnike izvedence, za zdravnike predsednike pa 4 leta delovnih izkušenj v svoji specializaciji,
- 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 ter drugih znanj in veščin,
- dokazila o izpolnjevanju pogojev (kopija licence Zdravniške zbornice, kopija diplome, izpisek obdobja zavarovanj iz matične evidence zavarovancev).

Pogodbe o zaposlitvi bomo z izbranimi kandidati sklenili za nedoločen čas, s šestmesečnim poskusnim delom, s polnim delovnim časom ali krajšim delovnim časom od polnega; nastop dela po dogovoru.

Kandidate 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, 1000 Ljubljana.

ODDAMO

Zdravniški ambulatorij, Savska cesta, 41,82 m², popolnoma opremljeno (čakalnica, ordinacija, mini laboratorij, pisarna, kopalnica, wc za paciente), z vsemi dovoljenji. Lastniško parkirišče v garaži.

Cena: 1.200,00 EUR/mesec.

Informacije: 031 339 699, E: dinka@mestonepremicnin.si

Nizozemska – zaposlitev za zobozdravnike

Za delo na Nizozemskem razpisujemo več prostih delovnih mest

zobozdravnik (m/ž)

Nudimo:

- redno zaposlitev s polnim delovnim časom,
- odlične delovne pogoje,
- možnost strokovnega izpopolnjevanja,
- delo v mednarodnem okolju,
- pomoč pri pridobitvi licence, nastanitvi, učenju jezika in drugih administrativnih zadevah, povezanih s selitvijo v tujino,
- proste vikende,
- plačani dopust, pokojninski sklad, božičnico in regres,
- stimulatívno plačo.

Pričakujemo:

- diplomu medicinske fakultete, izdano v EU,
- vsaj 3-letno sodelovanje.

Vašo prijavo in življenjepis v angleškem jeziku pričakujemo na: info@bizinaizi.si.

Psihiatrična bolnišnica Vojnik

objavlja prosto delovno mesto

zdravnik specialist psihiatrije VIVI PPD3

Pogoji: končana medicinska fakulteta, specializacija iz psihiatrije, licenca za delo na področju psihiatrije.

Opis delovnega mesta: specialistično zdravljenje in diagnostika psihiatričnih bolnikov v bolnišnici in v specialistični psihiatrični ambulanti; delo v 24-urni dežurni službi.

Delovno razmerje bomo sklenili za nedoločen čas, s poskusno dobo 4 mesece.

Več informacij na T: 03 780 01 87.

Kandidate vabimo, da pošljejo svoje ponudbe na:

Psihiatrična bolnišnica Vojnik, Celjska cesta 37, 3212 Vojnik ali E: emilija.stagoj@pb-vojnisk.si.

Rok za prijavo: 14. 11. 2016.

ODDAM

Oddam poslovni prostor – ambulanto. Pritličje, 85 m², dvojni vhod, veliko parkirišče, najboljša poslovna lokacija v Črnomlju.

Informacije: 041 415 165

ODDAM

V Novem mestu oddam opremljeno zobno ambulanto.

Informacije: 041 638 020

Luis Guillermo Martinez Bustamante, dr. med. (1980–2016)

Mircha Poldrugovac, dr. med., NIJZ

Miloš Petrović, dr. med., ZD Izola

Luis Guillermo Martinez Bustamante, dr. med., se je rodil 23. junija 1980 v Monterreyu v Mehiki v družini, ki je tesno povezana z zdravstvom. Oče je specialist družinske medicine, mati medicinska sestra, stric je nevrokirurg, zdravniško pot pa je izbral tudi njegov mlajši brat. Odločitev za študij medicine v tem kontekstu morda ne preseneča, druge odločitve, ki jih je sprejel skozi življenje, pa so bile manj pričakovane.

Odraščal je v Monterreyu, kjer se je šolal, vse dokler ni diplomiral *cum laude* na Medicinski fakulteti Avtonomne univerze Nueve Leon. Že v času študija medicine je pokazal veliko zanimanje za mednarodno udeleževanje. Med študijem je bil dejaven v mehiški organizaciji študentov medicine, postal njen predsednik in jo tudi zastopal pri Mednarodnem združenju študentov medicine (International Federation of Medical Students' Associations, IFMSA). Leta 2003 je bil izvoljen za generalnega sekretarja te organizacije in zato se je za leto dni preselil v Ženevo. Aktivni člani tega združenja pravijo, da je IFMSA velika družina. Guillermo Martinez je to razumel zelo dobesedno in se nekaj let kasneje poročil z aktivno članico IFMSA. To je bila Maša, študentka iz Ljubljane, in to je Guillerma Martineza pripeljalo v Slovenijo. V Koprju sta si ustvarila družino z otrokoma, ki sta danes stara 5 in 4 leta.

V času, ko so potekali postopki nostrifikacije, ki bi mu pri nas omogočila pripravništvo in nato specializacijo, je Guillermo Martinez sodeloval pri mednarodnih projektih na takratnem Inštitutu za varovanje zdravja.

Januarja 2008 je začel specializacijo s področja urologije za obalno regijo. V času specializacije se je izobraževal v različnih centrih v Sloveniji in tudi v tujini. Tako je znanje pridobil v Univerzitetni bolnišnici v Vidmu v Italiji in v Univerzitetni bolnišnici na Kanarskih otokih v Španiji. Delo v različnih okoljih mu je omogočilo tudi nadarjenost za jezike, saj je poleg materne španščine tekoče govoril slovensko, italijansko in

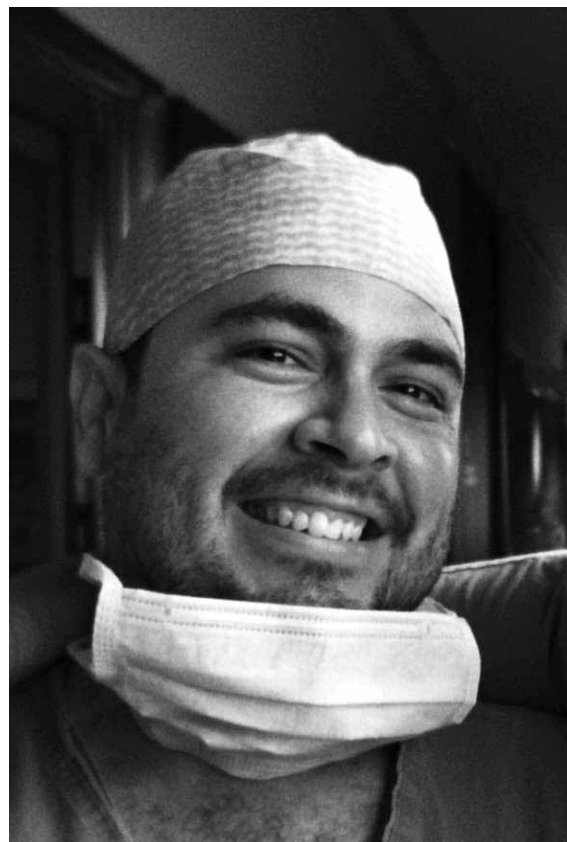
angleško. Zanimanje za mednarodno sodelovanje in organizacijske sposobnosti so ga vodile tudi k aktivnemu članstvu v evropskem društvu specializantov urologije, kjer je bil sekretar in član vodstva Pisarne mladih urologov.

Leta 2013 je Guillermo Martinez opravil specializacijo iz urologije. Bil je zelo suveren pri uporabi laserske tehnologije in zdravljenju urolitiaz. Z velikim navdušenjem je usvajal laparoskopsko kirurgijo ledvic in bil izjemen operater pri raku prostate, saj so bile radikalne retropubične prostatektomije z limfadenektomijo praktično del njegove tedenske rutine. S predanostjo se je poglobljajal tudi v področje funkcionalne in genitourinarne rekonstruktivne urologije.

Za mlajše kolege je bil pravi učitelj in referenčna točka, sposoben povezati skupino sodelavcev v predano ekipo kolegov in prijateljev, ki ima danes perspektivne obete za prihodnost.

Dvaindvajsetega avgusta je bil Luis Guillermo Martinez Bustamante v Splošni bolnišnici Izola umorjen med opravljanjem svojega dela. Imel je 36 let. Za sabo je pustil ženo, dva otroke, nešteto prijateljev in kolegov ter številne paciente. V naših spominih ostaja kot vzor predanosti, strokovnosti, sočutja, discipline, radosti in razgledanosti.

Dokaz ugleda in spoštovanja, ki ga je užival Guillermo Martinez, je pobuda nekaterih njegovih sodelavcev, da bi po njem imenovali bolnišnico Izola. Pobuda je naletela na izjemen odziv na družbenih omrežjih. Če bi se uresničila, bi bil to trajen opomnik vrednot, ki jih je s svojim delom in nehote s svojo smrtjo utelešal Guillermo Martinez.



Primarij doktor Drago Kanič (1924–2016)

Anton Munda, dr. med., Maribor

Le nekateri od vaših sodelavcev smo nekako bolj čutili in slutili, da vam je že v mladem življenju, po rojstvu 28. septembra 1924 v Črenšovcih, sicer nežna prekmurska ravnica pokazala vso svojo trdoto in neizprosno suhost z razpokami – življenjskimi brazdami. Kaj kmalu ste namreč ostali sami z bratom in sestro pri svoji babici. Mati in oče sta bila v nuji primorana poiskati drugo preživetveno življenjsko mesto na severu Francije.

A to vam je že v prekmurskih osnovnih šolah poklonilo neverjetno zgodnjo askezo duše in telesa. Dalo vam je življenjsko energijo in samostojnost pri obvladovanju dijaških osebnostnih razvojnih nemirov na mariborski klasični gimnaziji ob bivanju pri materini prijateljici. Ni bila dovolj le babičina smrt, vse se je stopnjevalo še z grozo svetovne vojne! Kljub temu ste leta 1943 dokončali (takrat sicer že zadnji dve leti) nemško klasično gimnazijo.

Težka usoda pa se ni še prav nič umirila, saj so vas kot 19-letnika že tri dni potem mobilizirali v nemško vojsko in poslali na rusko fronto. Spremljala vas je le preživetvena sreča, da ste se, po zajetju na Češkem, preko daljnega ruskega Krima novembra 1945 skupaj z redkimi vrnili v Slovenijo.

Neusmiljena politična miselnost odločilnih vam je šele eno leto kasneje dovolila in odredila opraviti ponovno dopolnilne izpite za 7. in 8. razred gimnazije. Neverjetno jeklena osebnost in neomajnost je še isto jesen izpolnila željo vpisa na zagrebško medicinsko fakulteto, ki ste jo s promocijo končali že 31. marca 1952. Študentsko klinično prakso ste nabi-

rali na različnih kirurških, ginekoloških in internističnih oddelkih, od Splita preko Varaždina do Maribora. Denar za študij ste si, ob skromni štipendiji, med semestrom služili še kot demonstrator, v poletnih »nepočitnicah« pa z delom v mariborski tovarni Metalna.

Kirurška žilica vas je šele po »dupliranem« služanju vojaške obveznosti v JNA pripeljala v otorinolaringološke vode. Z lahkoto in odliko ste 23. aprila 1957 v Zagrebu, pri svetovno uveljavljenem akademiku prof. dr. Šercerju, opravili specialistični izpit. Na valovih vašega izjemnega znanja, operativne spretnosti in slave nas je plula še šesterica kasnejših mariborskih specializantov.

Mladim svežim prišlekem, pa tudi vsem svojim številnim že zorečim sodelavcem ste vcepjali potrebno nemško disciplino, točnost, natančnost, predanost stroki, iskrenost ter spoštovanje vseh bolnikov in človečnosti duha med sabo. Vaš vzgled je bil vsakodnevno učinkovit!

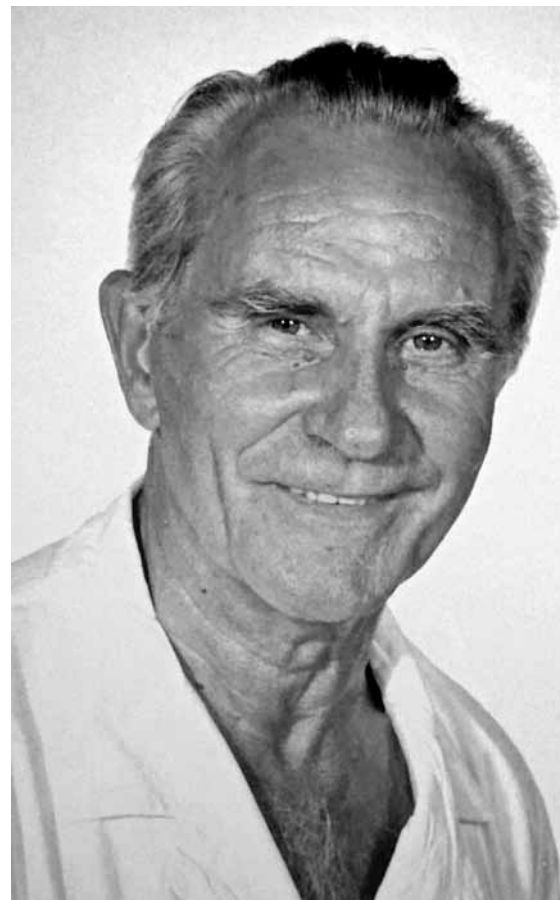
Občudovali smo lahko znanje šestih jezikov, izreden fotografski spomin in daleč pred dobo računalnikov vaše računalniško hitro vsrkavanje znanja – takrat večinoma le iz strokovnih knjig in revij ter ob veliko redkejših možnostih širjenja znanja in izpopolnjevanja na tujih klinikah.

Prirojeno zanimanje za matematiko, fiziko in elektroniko je poglabljalo široka medicinska znanja tudi v drugih zdravstvenih vejah. Ta raziskovalni nemir vam je prinesel mesto prvega jugoslovanskega otorinolaringološkega ultrazvočista ter prvo mesto v slovenski topodiagnostiki evociranih potencialov možganskega debla (BERA) in

pendularne nistagmografije (tj. objektivizacija ugotavljanja motenj sluha ter ravnotežja).

Torej ni prav nič čudno, da ste postali »primus«, tj. primarij že pri 42 letih (1. julija 1966).

V času svojega – sprva 10-letnega nadomestnega, nato pa od 16. decembra 1976 uradnega – predstojništva na oddelku ste izpolnjevali vizijo razvoja ORL-subspecialnosti: od diagnostičnih možnosti ter usvajanja radikalnih, delno ohranitvenih in obnovitvenih operativnih metod do prepotrebne ambulante dela v približevanju zdravnika specialista



bolnikom tudi v koroški, ptujski in slovenjegraški regiji.

Ne smem pozabiti na posebno vizionarsko, idejno in praktično vodenje skrbi za probleme naglušnih otrok ter na posebno rehabilitacijo gluhih otrok in odraslih v sodelovanju s Centrom za sluh in govor.

Kar iznenada ste se konec marca 1992 odločili, da nas kot predstojnik zapustite. Kljub temu ste nam še nekaj let v pokoju aktivno pomagali!

Med nami še živi vaš nemirni ustvarjalni duh, živi leksikon otorinolaringološke znanosti in praktičnih izkušenj, poln nekoliko preveč zadrž-

nih nasvetov ... ali pa jih mi sami nismo mogli prav dojeti.

Znali smo spoštovati vašo askezo, zadržanost čustev, a pravičnost in objektivnost. Prav tako vaše glavno vodilo vsega zdravstvenega dela v izpolnjevanju praktične koristnosti ter ugodja za bolnika.

Bojan Štefančič, dr. med., specialist šolske medicine

Nataša Žilevski, dr. med., Ljubljana

»Včeraj je umrl Štef!« se je glasilo jutranje SMS-sporočilo, potem pa je bila s kraticami navedena še diagnoza. Ni bilo imena in ne priimka, niti naziva doktor ali pa specialist šolske medicine. Kruto, suhoparno, nespoštljivo? V šoku sem se vprašala: Mar si spoštovani kočevski zdravnik z dolgoletno prakso ne zasluži imena: Bojan Štefančič, dr. med., specialist? Ne! Ni bilo nespoštljivo. Tako smo ga ljubeznivo klicali kolegi, prijatelji. Po ponarodelem vzdečku, ki je pomenil ljudskost, preprostost in obenem spoštovanje, je bil prepoznaven med generacijami mladih pacientov, med njihovimi starši in starimi starši. V vzdečku je bila izražena zdravnikova ljudskost, ljubezen do sočloveka in neverjetna empatična sposobnost.

Bojan se je zaposlil v domačem Kočevju še v časih, ko je bil zdravnik v skromnih ambulantnih razmerah odvisen predvsem od svojih čutil: tipa, vida, sluha in voha. Vodila ga je odlična intuicija, predanost in srčnost. Bil je zdravnik 24 ur na dan, vse dni v letu. Tudi po opravljenem specialističnem izpitu, in sčasoma v bistveno boljše opremljeni ambulanti, je še vedno ostajal stari hudomušni Štef, ljudski človek. S seboj je vedno nosil blok receptov. »Ordiniral« je

tudi na cesti, v lokalu ali na dopustu na morju.

Vemo, da zdravniki umirajo mladi. V Kočevju že desetletja ni noben zdravnik dočakal zasluženega običajnega pokoja. V zavedanju, da izgorejo prej kot drugi ljudje, zdravniki hitijo, hlastajo po življenju, živijo strastno, dokler jih ne zaustavi bolezen ali smrt. Bojan ni bil izjema. Bolezen ga je prikovala na voziček, ko bi lahko še veliko dajal svojim pacientom. Ves čas je bil prepričan, da se bo vrnil na delo. Listal je po strokovni literaturi, »da ne bi pozabil in ker znanje v medicini hitro zastara«.

Nismo ga obiskovali, tako kot tudi on ni obiskoval bolnih kolegov, ker smo zdravniki posebneži – individualisti. Nujna stanja na terenu te spreminijo v volka samotarja, ki v svoji bolezni ne želi biti v napoto svojemu cehovskemu tropu. Seveda pa smo bili v mislih povezani z njim. Razveselil nas je, ko je prišel na proslavo Zdravstvenega doma Kočevje. Ganila nas je njegova optimistična predanost zdravniškemu poklicu, ki je tudi bolezen ni mogla izničiti.

V srca bolnikov se je zapisal kot ljudski zdravnik v najžlahtnejšem pomenu besede. Sodelavcem ostaja hvaležen spomin na dobrega človeka, duhovitega kolega, včasih podobnega

ježu, ki je le navzven kdaj pa kdaj pokazal bodice, v notranjosti pa je bil ves mehak in za zbadanje sposoben iskrenega opravičila.

V mir onstran časa in prostora je odšel dober človek, odličen zdravnik Bojan Štefančič, dr. med., specialist šolske medicine, z opazno sledjo za seboj.

Za njim žaluje družina in vsa Kočevska.



pond

PREPOZNAVANJE IN
OBRAVNAVA ŽRTEV
NASILJA V DRUŽINI
V OKVIRU ZDRAVSTVENE
DEJAVNOSTI



7. november 2016

IZOBRAŽEVANJA S PODROČJA PREPOZNAVANJA IN OBRAVNAVE ŽRTEV NASILJA V DRUŽINI

Zdravniška zbornica Slovenije nadaljuje z izobraževanji, s katerimi želimo zdravstveno osebje opremiti z znanjem in komunikacijskimi veščinami za izboljšanje prepoznavanja in obravnavanja žrtev nasilja v družini.

Izobraževanje med drugim izpolnjuje 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 na oddelkih bolnišnic **vsakih pet let udeležiti izobraževanja o nasilju v družini**, v obsegu najmanj **5 ur**.

Kreditne točke: v postopku

Kotizacije za člane ZZS ni.

POUDARKI IZ VSEBINE:

- osnovne značilnosti, oblike in dinamika nasilja v družini
- zdravstvena tveganja in posledice nasilja v družini ter komorbidnost
- klinični in drugi znaki za boljše prepoznavanje žrtev nasilja v družini
- teoretične smernice ter praktični prikazi ustrezne komunikacije z žrtvami nasilja v družini
- izsledki projektne raziskave s področja prepoznave in obravnave nasilja v družini v sklopu zdravstvene dejavnosti
- primeri dobrih kliničnih in mednarodnih praks s področja prepoznave in obravnave žrtev nasilja v družini
- koraki medinstitucionalnega sodelovanja pri prepoznavi in obravnavi žrtev nasilja v družini
- protokoli obravnave otrok in odraslih žrtev nasilja v družini v sklopu zdravstvene dejavnosti
- vidiki obravnave žrtev nasilja v družini v sklopu družinske medicine, travmatologije, ginekologije, pediatrije, pedopsihiatrije, psihiatrije in patronažne službe

Več informacij in prijave na:

www.domusmedica.si

Vsebine interdisciplinarnega izobraževanja so usklajene s Strokovnimi smernicami za obravnavo nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti Ministrstva za zdravje Republike Slovenije.



Reginald Vospernik: Tomaž Ulbing – duhovnik in pesnik. Življenje in delo izredne duhovniške osebnosti na Koroškem

Založba Drava, Celovec, 2016, 233 str.

Marjan Kordaš, Ljubljana

marjan.kordas@mf.uni-lj.si

Tomaž Ulbing (1881–1969) je po študiju bogoslovja v Celovcu deloval kot duhovnik po različnih krajih dvojezične avstrijske Koroške. Usodne dogodke med prvo in drugo svetovno vojno je doživel kot župnik v Kazazah (1911–1923) in v Skočidolu pri Beljaku (1922–1941). Aprila 1941 je celovski Gestapo aretiral približno 50 slovenskih duhovnikov, med njimi tudi Ulbinga. Potem, ko so bili prisiljeni v zavezo, da ne bodo več maševali v slovenščini, so bili izpuščeni iz zapora. Pod pritiskom nacistov je nato celovski škofijski ordinariat te duhovnike premestil v nemške kraje, Ulbinga v mesto St. Stefan bei Dürnstein. Po koncu vojne se je večina pregnanih duhovnikov v svoje fare vrnila že leta 1945, Ulbing pa v domači Skočidol šele leta 1946. Tu je deloval vse do svoje smrti leta 1969. Nekaj let pred tem je vse svoje literarno, večinoma neobjavljeno zapuščino predal svojemu nekdanjemu ministrantu in učencu Reginaldu Vosperniku, ki je na temelju prejetega gradiva pripravil pričujočo knjigo.

Ko sem jo odprl in prelistal, me je kar nekako zmanjkalo. Edino, kar sem dojel, je bilo vprašanje, kako naj se lotim dobresedno gore podatkov. Ker pa imam nekaj izkušenj s tem, sem knjigo odložil do naslednjega jutra.

Morda se mi je o načrtu sanjalo, morda tudi ne: zjutraj sem zavestno preskočil kazalo in najprej prebral *Spremno besedo* Feliksa Bistra ter avtorjevi *Sklepne besede* in *Zusammenfassung*. Nadaljeval nekako križem kražem po besedilu, kot med nekakšnim križnim zasliseva-

njem, iskanjem sporočilnosti, ki sem jo slutil. Namreč, besedilo je med drugim nekakšen sprehod po slovenščini, nemščini in latinščini s takšno samoumevnostjo, da sem se je zavedel šele proti koncu branja.

No, končno sem se discipliniral ter začel in končal, kot se spodobi, na začetku in koncu. Ker besedilo ni lahko, sem delal premore in tako mi je pri razumevanju Vospernikovega besedila uspel poseben met, ki ga bom opisal na koncu.

Bralec, ki se bo lotil te imenitne knjige, se bo morda odločil za enako pot, ki res da dober pregled o Ulbingovi neverjetni, ponekod skoraj noro zanesenjaški dejavnosti. Po vrsti takole:

Najprej prebrati (str. 101–107) zapis v stihih z naslovom *Schutzhaft*. Začne se v slovenščini, nadaljuje z vložkom v nemščini – saj se le tako zares more opisati ta dejavnost celovškega Gestapa – in se potem do konca nadaljuje v slovenščini.

Pesem o gestapovskem pregonu iz Skočidola izvrstno dopolnjuje presem *Partizan* (str. 116–117); ta pojem je razumeti skladno z Ulbingovo opombo.

Nato preskočiti na str. 127–130, komentar o duhovniku Antonu Kremplu (1790–1844), njegovi pesnitvi o kralju Samu ter kako je – na prošnjo graškega zgodovinarja dr. E. Samoniga – Ulbing prevedel Kremplovo pesem v nemščino. Ob tem si bralec lahko pomaga z branjem digitaliziranega Kremplovega izvirnika (1845; Digitalna knjižnica Slovenije). Zares enkratna priložnost poučiti se, da so nekateri Kremplovi sodobniki menili, da je ta duhovnik za slovensko kulturo s svojimi spisi storil več kot Prešeren s svojo poezijo.

Ker je moje znanje latinščine zelo pomanjkljivo, mi je bil dobrodošel Vospernikov povzetek Ulbingove pesmi v latinščini, posvečene leta 1955 papežu Piju XII. ob njegovem 78. rojstnem dnevu (str. 155–158). In res sem se zabaval ob branju odgovora v zame »baročni« nemščini. Pisma seveda ni napisal papež, ampak njegov tajnik, vsekakor izjemna pozornost Svetega sedeža in le ugibam lahko, zakaj odgovor ni v latinščini, temveč v nemščini?

Dandanes se branje na str. 132–135 sliši anekdotično, a je resnično. Ob obisku Nikite S. Hruščova, prvega človeka Sovjetske zveze, na Koroškem leta 1960 mu je Tomaž Ulbing poslal pesem z naslovom *Pozdrav in prošnja Hruščovu*. Vospernik poroča, da je pesem sestavljena iz 70 štirivrstičnih kitic in da je ob tej pesmi v svoj arhiv Ulbing v latinščini(!) pripisal, da ni dobil odgovora. V knjigi je navedenih le nekaj kitic na začetku in koncu. Ko sem jih prebral, sem naredil dolg premor in se zamislil o profilu duhovnika Tomaža Ulbinga ter o njegovih dobesedno nezaslišanih pričakovanjih od voditelja Sovjetske zveze leta 1960, skoraj na višku hladne vojne. V času, ko si je Avstrija že toliko opomogla od posledic druge svetovne vojne, da si je z Državno pogodbo leta 1955 spet lahko privoščila svojim Slovencem neprijazno politiko?

Svoje preskakovanje, orientacijo po knjigi sem končal s sklopom na str. 48–70 z Ulbingovimi zapisi o začetku prve svetovne vojne, o spopadih med Volkswehrom ter Maistrovimi prostovoljci in jugoslovansko vojsko, plebiscitu leta 1920 ter poplebiscitnem času. Prav neverjetna sta zemljevida na str. 52, zgoraj zemljevid monarhije, spodaj pa njen razpad na posamezne nacionalne države.

Medtem ko je bilo preskakovanje po besedilu zaradi raznolikosti skoraj kratkočasno, je bilo sistematično branje naporno, a nujno za celotno sliko. Tomaž Ulbing je bil res izjemna, izobrazena in v celoti pokončna osebnost. Nekaj časa sem celo tuhtal, kako visok naslov iz cerkvene hierar-

hije bi mu jaz podelil na temelju prebranih podatkov, a sem omagal. K njegovi usodi (sreči?), da v cerkveni hierarhiji ni napredoval, da je vse življenje ostal vaški župnik in čebelar, je pa zagotovo vsaj nekaj malega prispevala njegova očitno samoumevna pripadnost slovenskemu jeziku in kulturi...

*

Težavnost (ali odlika?) zgodovine je, da gre za pogled nazaj, za rekonstrukcijo dogodkov ter njihovo razlago. Avtor oz. bralec zgodovinskega zapisa se lahko zavedata, da je sicer nemogoče obnoviti *duha časa* (*Zeitgeist* Stefana Zweiga), da pa je za interpretacijo zgodovine nujno zavedati se ga. Menim, da je to najboljše opisano v citatu spodaj:

Véliko zgodovino je lažje dojeti, če jo opazujemo od spodaj, iz perspektive posameznih izkušenj, doživetij, pa tudi tragedij. Izhajajoč iz tega, so spomini tako pomembni za ukvarjanje s preteklostjo, in sicer s spomini tako žrtev kot storilcev, pa tudi gledalcev, pa če so sodelovali ali ne. [...] Če različne izkaze nato kot sestavljanke zložimo v neakšno večjo sliko, nas to z malo sreče postavi v položaj, da si tisto, kar je na videz nerazložljivo, nedojemljivo, s čimer nas pogosto sooča novejša zgodovina, lahko razumemo vsaj v nastavkih. Suhoparna števila in podatki nam tega ne omogočajo.

Martin Pollack:

Topografija spomina (2016).

Zares: številke in suhi podatki ne morejo podati vsega. Zgodovina pač ni vedno odraz človekove racionalnosti. Pogosto – včasih pa skoraj izključno – pa je zgodovina v celoti odraz človekove iracionalnosti.

Reginald Vospernik je torej v svoji knjigi pripovedovalec, ki se zaveda obojega. Avtor tudi opozori bralca, da je (človeška) kultura kot *predaja štafetne palice* v športu. Takole:

[...] Tedanji dolgoletni skočidolski župnik Anton Gabron, ki je faro kot dušni pastir oskrboval med letoma 1892 do 1918, je kot katehet imel priložnost spoznavati odobro nadarjenost marsikaterih malčkov, da je lahko svetoval staršem, naj pošljejo svojega sina v višje šole, bodisi meščanske, kasneje glavne šole, bodisi v gimnazije (str. 20). [...]

Se pravi, štafetna palica (slovenščine, ki je takrat zajemala še mnogo drugega) je tako šla iz Gabronovih rok v Ulbingove in nato v Vospernikove. Slednji (ki je bil med drugim tudi ravnatelj Slovenske gimnazije v Celovcu) se na več mestih spominja tega predavanja in zgodovinskemu dogajanju in suhemu komentiranju dodaja ustrezno čustveno ozadje.

Zame, bralca, je največja osupljivost knjige dejstvo, s kakšno lahkoto Tomaž Ulbing, z njim pa tudi avtor knjige Reginald Vospernik, plujeta po slovenščini, nemščini in latinščini. In značilno se mi zdi, da je za latinska besedila na voljo slovenski prevod ali vsaj povzetek, za nemška besedila pa – samoumevno – ne. Kar pomeni, da mora (mora!) bralec obvladati oba jezika – sicer bo sporočila knjige zagotovo zgrešil. Zaradi varčevanja s prostorom naj tu omenim le dve:

Prvo sporočilo je kot nekakšno geslo, zapisano prav na začetku, v latinščini, slovenščini in nemščini. V kratkem komentarju Vospernik opiše njegov izvor. Ker ga doslej nisem slišal še nikoli, naj ga tu ponovim in zapišem, vendar nekoliko po svoje:

Edinost – ko je nujno; svoboda – ko je dvom; ljubezen – vedno.

Drugo sporočilo pa po moje izhaja iz pojava, opisanega na str. 108, citiram:

Faro Skočidol je v času Ulbingove odsotnosti oskrbovalo več duhovnikov. [...] Prvi vpis administratorja Rähsa v farno kroniko, češ, da je njegov predhodnik T. Ulbing mučil številne pridne otroke s

slovenščino (viele viele brave Kinder mit der slowenischen Sprache gequält), je izzval pri Ulbingu, ko se je 1946 vrnil v svoje župnišče in to krivično sodbo prebral, razlagalni vpis, dodan ustreznih strani v kroniki. Za dovoljenje, da vpisu iz leta 1941 doda svoj odgovor, je izrecno prosil tedanjega knezoškofa dr. Köstnerja [...]

Drugo sporočilo, »poseben met«, ki ga omenjam na začetku, je moje doživetje, ko se sporočilnost ene knjige nenadoma, skoraj samodejno, spoji s sporočilnostmi prej prebranih. Se pravi, knjiga o Tomažu Ulbingu se

je nenadoma spojila z (vsaj) dvema: *Če ubiješ oponašalca* (Harper Lee) in *Topografija spomina* (Martin Pollack). Morda tudi s knjigo istega avtorja *Der Tote im Bunker - Bericht über meinen Vater* (pri nas prevedena kot *Smrt v bunkerju*). V bistvu je sporočilo to, da se v vsakdanjiku človek ne vpraša »zakaj« vsakokrat, ko bi se moral. Npr. v Združenih državah tridesetih let skoraj ni bilo belopoltega človeka, ki bi si postavil vprašanje »**Zakaj** temnopolte pri nas vidimo kot drugorazredne ljudi?« V nacistični Nemčiji je bilo npr. le malo ljudi, ki so si postavili vprašanje »**Zakaj** naša oblast preganja Jude?«

Kako je mogoče, da si duhovnik Rähns ni postavil vprašanja »**Zakaj** obtožujem Ulbinga, da je svoje učence s slovenščino **mučil**?«

Knjiga o Tomažu Ulbingu bralca med drugim opozori, da je pri vsakem odgovoru dobro tudi razlikovati med t. i. *posebnim* ter t. i. *splošnim*. Npr. v *posebnem* je knjiga opomnik o slovenščini na avstrijskem Koroškem. V *splošnem* pa opozorilo, da moramo ljudje pri raziskovanju vedno začeti z »zakaj«; vendar ne odgovoriti iracionalno, opravičiti namen z »zato, da...«, temveč racionalno, razložiti mehanizem, »zato, ker...«.

Janis Varufakis: Ta svet je lahko boljši – Kako sem hčeri razložil gospodarstvo

Cankarjeva založba, 2016

Mag. Nina Mazi, dr. med., Ljubljana

Kaj lahko o svetu napiše mož, ki je kot finančni minister in najtesnejši zaveznik svojega šefa, tedanjega (in sedanjega) premierja Aleksisa Ciprassa, v Sirizini levčarski grški vladi spoznal in doživel (ne pa tudi preživel) najhujše materialne zagate, finančno krizo in politična nesoglasja? O čem in kako razmišlja temperamenten politični ekonomist, mož brez dlake na jeziku, ki se je odločil in januarja letos širši javnosti tudi sporočil, da s somišljeniki ustanavlja sodobno vseevropsko gibanje, ki bo »defragmentiralo« (ponovno združilo in povežalo) svet. Ko mu je bilo dovolj, je pod pritiskom Evrope in v soglasju s svojim predstojnikom sprejel pomembno odločitev, ki so je sposobni le veliki duhovi: odstopil je s prestižnega položaja in se brez nepo-

trebne patetike vrnil med »običajne smrtnike«. To je prva lekcija, ki jo je Varufakis sporočil svetu, zlasti vsem tistim, ki se na vse kriplje oklepajo svojih položajev in jih je treba z njih skoraj odnesti, ko škoda, ki jo s svojo navzočnostjo povzročajo, daleč presega morebitne hipotetične koristi njihove vztrajne prisotnosti.

Druga lekcija, ki jo je iz svojega arzenala na podlagi preverjenega akademskega znanja, preprostega razmišljanja, zdrave kmečke logike in zanimivih izkušenj Varufakis po sestopu s finančnega piedestala najbolj zadolžene članice EU sporočil svetu, je: denar in kapitalizem uničujeta človeka.

Tretja lekcija: kdor hoče resnično koristiti svetu in poskrbeti, da bo življenje na modrem planetu vsaj

malce bolj prijazno, prijetno in objektivno, ne potrebuje prestižnih naslovov in izjemnih položajev. Treba je ravnati tukaj in zdaj. Brez nepotrebnih pomislekov in predsodkov, v upanju na uspeh z odprto dlanjo in iskrenim srcem.

Te tri lekcije, ki smo jih mnogi spoznali, še preden smo odprli Varufakisovo najnovejšo uspešnico, se kot rdeča nit vlečejo tudi skozi njegovo pisanje s pomenljivim naslovom »Svet je lahko lepši«. Poznavanje evropske demokracije in globalne finančne oligarhije je avtorju, mednarodno priznanemu finančnemu strokovnjaku, pomagalo, da je svoje pronicljivo pisanje lahko postavil na verodostojne, objektivne temelje, ki so ljudem, ki ne poznajo zakulisja številnih dogodkov sedanosti in bližnje prete-

klosti, neznani in nejasni. V enem svojih televizijskih intervjujev je Varufakis zatrdil, da je bolje tako, sicer bi najmanj polovico sveta močno bolela glava.

Leta 2011 je Janis Varufakis napisal svojo prvo odmevno knjigo *Globalni Minotaver*. Naslov je metaforična prispevka – klasična antična metafora, na kateri je avtor poskušal in tudi uspel zgraditi zgodbo o dogodkih, **ki so se dejansko odvijali usodnega leta 2008**, v obdobju črnih dvanajstih mesecev, ko je borza v New Yorku od 1. januarja do 31. decembra izgubila več kot 31 odstotkov skupne vrednosti.

V svojem *Globalnem Minotavru* je Varufakis nagovoril (predvsem) odrasle bralce in jim skušal kot dober poznavalec zablod in zmot ekonomske znanosti, ki jo predavajo, uveljavljajo in izvajajo na glavnini svetovnih univerz, z zgradbo in delovanjem svetovnega gospodarstva predočiti vzroke za krizo leta 2008 ter osvetliti mehanizme in vzvode, ki so jo sprožili. V svoji najnovejši knjigi pa je »razvpiti« akademski ekonomist in javni intelektualec, ki je že dolgo pred svojim političnim vzponom razmišljal o dogajanju na domačem in globalnem finančnem parketu, sklenil nekaj besed posvetiti tudi otrokom in mladini – mladim generacijam, ki bodo za nami peljali svet v boljšo ali slabšo prihodnost. Ko je postal grški finančni minister v vladi Aleksisa Ciprasi in se spopadel z utrjenimi interesi evropskih političnih in kapitalskih elit, je ugotovil, da brezbriznosti mladih v

številnih primerih botrujeta predvsem neznanje, nevednost in dezinformiranost. Tudi zato, ker le redki veleumi znajo in zmorejo zapletene reči pojasniti otrokom in mladini tako, da jih ti lahko razumejo in posledično tudi sprejmejo.

Kljub temu pa mladi (tako kot ostala populacija) vedo, da je denar ključno gonilo svetovnega dogajanja. Temu primerno bi morali vsi poznati in (vsaj delno tudi) razumeti ključne zakonitosti delovanja gospodarstva in ekonomije. Vkljenjen v spone nevednosti je sodoben človek lahek plen pohlepnega kapitala. V želji, da bi mladim pojasnil in približal ključne postavke sodobnega ekonomskega dogajanja na nacionalni in globalni ravni, se je Janis Varufakis, raziskovalec in profesor ekonomije ter odločni in nepopustljivi, kratkotrajni grški finančni minister, ki se je uprl finančnemu mastodontu in brezkompromisno glasoval proti varčevalnim ukrepom ter februarja 2016 ustanovil vseevropsko demokratično gibanje, preko svoje hčerke na inovativen način obrnil na mladino. Avtor priznava, da je dolgo razmišljal, kako osnove gospodarstva in ekonomskih zakonitosti na razumljiv in sprejemljiv, pa tudi navdušujoč in zabaven način pojasniti svoji najstniški hčeri in njenim vrstnikom, ki jih doslej praviloma ni zanimalo nič več kot vsebina lastne denarnice. Nastala je domiselna knjiga, ki se je izkazala za poučno in navdihujočo – dobrodošlo tako za otroke kot tudi za odrasle. Z veseljem in zanimanjem so jo od

začetka do konca prebrali tudi številni avtorjevi kolegi finančniki in ekonomisti. Delo je namenjeno predstavnikom vseh generacij, ki se sprašujejo: »Kaj je denar in zakaj potrebujemo demokracijo?«, ki razmišljajo: »Kako se rojevajo finančne krize?«, ki iščejo odgovor na zagonetno vprašanje: »Zakaj v današnjem svetu vladata krivica in neenakost?«, pa tudi in predvsem tistim, ki bi radi ugotovili oz. izvedeli: »Kako ukrepati, da bi svet obrnili na bolje?«

Varufakisovo delo, v katerem je kot avtor svojo zvedavo mladoletno hčer odločno nagovoril z naslednjimi besedami: »Mnogi ti bodo rekli, da tvoj oče ne ve, kaj govori. Da sta ekonomija in ekonomska teorija znanost. Da kakor fizika – znanost, ki metodično in z matematičnimi sredstvi analizira naravo – tudi ekonomija združuje matematiko, statistiko in logiko, da bi znanstveno analizirala družbenogospodarske pojave. Nesmisel!« je primerno poletno branje za vse, ki bi radi jeseni z novim znanjem, uvidom in razumevanjem bolj razgledani in svetovljanski stopili novim izzivom naproti. Znanje ekonomije zdravniki danes potrebujemo bolj kot kdajkoli, zato smo lahko hvaležni tistim, ki so nam ga pripravljene posredovati na zanimiv, poljuden in berljiv, hkrati pa tudi dovolj strokoven, objektiv in preverjen način. Svet je lahko boljši tudi zato, ker smo se sposobni nenehno učiti in potem oboroženi z novim znanjem kljubovati zagatam, ki jih pred nas postavlja življenje.

Srečanje generacije 1986/87

Dragi kolegi, letos mineva 30 let od vpisa generacije 1986/87 na Medicinsko fakulteto. Med tistimi iz našega letnika, ki se večkrat vidimo, je prišla pobuda za srečanje. Nekatere smo vas že uspeli najti, kar nekaj pa vas je še skritih. Prosim vse, ki ste pričeli obiskovati 1. letnik Medicinske fakultete v študijskem letu 1986/87, da sporočite svoje kontaktne podatke na elektronska naslova **rina.rus@kelj.si** in/ali **natasa.toplak@kelj.si**. (Rina Suhadolc in Nataša Ličar).

Želimo namreč organizirati srečanje te čudovite generacije, predvidoma 18. 11. 2016.

Pridružite se nam v čimvečjem številu.

Organizacijski odbor: Rina Rus (Suhadolc), Marko Pokorn, Nataša Toplak (Ličar)

Pred 30 leti

Prim. Marko Demšar, dr. med., Ljubljana

Čeprav nas vse bolj in bolj zaposluje iskanje najboljših poti za prihodnost zdravstva, se velja ozreti tudi v preteklost, v kateri so izstopali zdravniki in zdravnice, ki so svoje delo vgradili v takratni ugled slovenske medicine.

Da je to (za razliko od danes?) znala ceniti tudi »družba«, lahko sklepamo po Zakonu o nagradah in priznanjih dr. Jožeta Potrča (Ur. list SRS, št. 11/84), ki je omogočil to obliko zahvale.

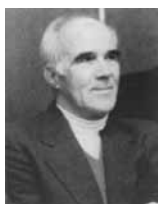
Tako je odbor za izbiro nagrajencev pri Zdravstveni skupnosti Slovenije marca 1986 po pregledu predlogov odločil, da **nagrado dr. Jožeta Potrča** prejmejo (utemeljitve so bile obsežnejše, tu je samo kratka predstavitev):



Dr. Bojan Accetto, redni univerzitetni profesor na Medicinski fakulteti, pobudnik ustanovitve inštituta za gerontologijo in Gerontološkega društva Slovenije, ki je leta 1959 ustvaril temelje »Tavčarjevih dnevov«.



Dr. Eman Pertl, ki je med vojno uničen dermatovenerološki oddelek Splošne bolnišnice Maribor organizacijsko in strokovno uredil ter vseskozi strokovno izpopolnjeval njegovo dejavnost. Sodeloval je pri sestavljanju prvega slovarja slovenskega medicinskega izrazoslovja.



Dr. Branko Šalamun je bil leta 1950 poslan v cono B Svobodnega tržaškega ozemlja in tam organiziral dispanzer za otroke in kasneje otroški oddelek bolnišnice. Njegov prispevek k snovanju in ustvarjanju mladinskega zdravilišča na Debelem rtiču je bil dokaz vsestranske skrbi za otroke, posebej upoštevanja socialnih vidikov v njihovem razvoju in zdravju.

Priznanja dr. Jožeta Potrča so dobili:



Dr. Stjepan Bunta, ki je vodil dermatovenerološki oddelek vojaške bolnišnice v Ljubljani in razširil stroko na dermatokirurgijo in angiologijo. Obsežen je njegov opus na področju znanstvenih člankov, soavtorstva strokovnih knjig in vzgojnih filmov. Kot generalni

sekretar Slovenskega zdravniškega društva v času predsednikovanja prof. Antona Dolenca je zahteval odgovornejšo vlogo slovenskega zdravništva v družbi.



Dr. Janko Držičnik, torakalni kirurg, je v mariborski bolnišnici uvedel operacije na požiralniku, kardiji, diafragmi in pljučih ter zaprtem srcu. Na področju raka dojke je kirurško delo razširil na zgodnje odkrivanje te bolezni. Leta 1978 je postal strokovni vodja kirurških oddelkov.



Dr. Zora Janžekovič je razvila sodobno metodo zdravljenja opeklin, ki je pomenila pomemben napredek, osvojen v svetu. Njen oddelek v Mariboru je postal učna baza za izpopolnjevanje kirurgov številnih uglednih ustanov.



Vlado Weingerl je leta 1953 pričel delati v Slovenj Gradcu v osnovnem zdravstvenem varstvu: v splošni ambulanti, v šolskem dispanzerju, posvetovalnici za otroke in žene ter protituberkuloznem dispanzerju. Preventivna naravnost ga je usmerila še v sanitarno inšpekcijo, v skrb za zdravo pitno vodo in neoporečno prehrano.



Naštetim se je s podelitvijo priznanja priključila še **Maja Česařek**, višja medicinska sestra.

Spoštovanja vredni kolegi, katerih delo naj ne utone v pozabo!

P. S.: Z zakonom urejeno podeljevanje nagrad in priznanj dr. Jožeta Potrča je ugasnilo (hic!), o čem podobnem pa danes zdravniki lahko le sanjamo.

Pa vendar dober dan

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

Začelo se je dan prej, morda pa še en dan prej.

Tisti prvi dan sem namreč po daljšem času sedel na kolo in se preskušal v nabiranju prevoženih kilometrov, si izbral kar velik »krog« in verjetno pretiraval. Na poti domov sem na zadnjih kilometrih kar težko dihal in komaj čakal na zadnji spust po klancu, ki bi me popeljal do naše hiše.

Naslednje dopoldne pa sem med počitkom v ležalniku na vrtu nenadoma oslepel na desno oko: kot bi se mi čezenj povescila sivorjava odeja in mi vzela vid.

»Oho, to pa ni hec, a bom sedaj slep na to oko?« sem se spraševal in se privzdignil v ležalniku, se trepljal po očesu, kot da bi ga hotel prebuditi, in razmišljal: »A je lahko to v zvezi z mojo »osnovno« boleznijo, ali pa imam »plake« v arteriji carotis in je prišlo do trombembolije v oko?« Nemir, skoraj panika, ampak kaj naj bi storil? Odpiral sem oko s prsti, ker se mi je zdelo, kot da je zaprto, masiral okolico očesa, si tipal žile na vratu, vstati pa se nisem upal. Že tako mi je zadnji teden nagajal zamašen levi sluhovod zaradi kostne stenozne, ob čemer sem imel celo nekaj vrtoglavice. »Kaj pa, če je ta vrtoglavica znak nečesa, kar me je sedaj oslepilo?« Misli, take in drugačne, tudi zmedene, nekatere logične, so se

mi motale po glavi. »Naj kličem na pomoč, naj čakam?«

Odločil sem se za čakanje, zamižal na levo oko in ob držanju vek s prsti gledal s »slepim očesom«.

Po nekaj minutah se je ob robu vidnega polja začela pojavljati slika. »Bom lahko zopet videl, se bo popravilo?« Vrnil se je optimizem in silna volja, da bi bilo tako. Slika se je počasi večala, predel slepote manjšal in nazadnje sem samo v predelu osredotočenja pogleda videl vse le kot narisano z belo barvo. »Če samo to ostane, bo moteče, ampak še vedno v redu.« Pa je tudi to izginilo, vid se je povrnil. Vstal sem in šel »na internet«, kjer sem osvežil nekaj znanja o oftalmologiji, potem pa še poročat svojemu hematologu, kaj se je zgodilo. Menil je, da ni v zvezi s plazmociotomom. Postavil sem si diagnozo »amaurosis fugax«. Po spletu sem še povprašal na Okulistiko, kako bi lahko prišel na pregled zaradi tega, kar se mi je zgodilo. Dobil sem odgovor in vedel, kaj mi je storiti.

In ta dan, dan, ki je vendar bil dober dan, je bil tak, da sem sklenil o njem pisati. Običajno v svojih prispevkih kritiziram, jamram in moraliziram, tako da se včasih počutim kot siten, zoprni, star tečež. A se je dan odvil tako, da sem bi prijetno preseñeñen, zadovoljen, celo vesel: »Pa pri nas le ni vse tako slabo!«

Najprej sem šel do svoje izbrane družinske zdravnice. Ob prijetnem pogovoru sem dobil napotnici za pregleda pri okulistu in otologu, pa še ušesa so mi sprali pri njej. Celo levo uho je bilo potem tisti dan bolj prepuštno za zvoke.

In potem na Očesno kliniko v bivšo vojaško bolnišnico. Da je tam res bila, namreč vojaška bolnišnica, sem lahko kmalu občutil, ko mi je zajetnejša varnostnica s srbohrvaškim naglasom dala vedeti, da ni govora, da bi parkiral nekje v »krugu« bolnišnice in da naj »nađem mesto nekje kjerkoli vani«. Medtem ko sem se motal z avtom, da bi zopet zapeljal nazaj na cesto – najprej sem pač kar zapeljal proti kliniki – pa sem lahko videl, da je nekaterim le bilo dovoljeno »ući unutra«, a se nisem sekiral. Kmalu sem našel prostor na nekem pločniku ob progi in parkiral ter se odpravil, kar z malo mešanimi občutki, na kliniko.

Varnostnik je bil tisti, ki je pogledal napotnico: »Levo do vrat številka 1, urgentna ambulanta.« »Hvala.« Pred vrati št. 1 je bilo nekaj bolnikov, ki so sedeli in čakali, na vratih pa je seveda pisalo Ne trkajte! Kmalu je prišla prijazna sestra z očali, vzela in pregledala napotnico ter zdravstveno izkaznico, ki sem jo bil še pravočasno vzel iz listnice (da je ne bi, kot že nekajkrat ob podobnih priložnostih,

zamenjal z osebno izkaznico). Nedolgo zatem me je poklicala v ordinacijo, kjer je z ležišča pravkar vstajal pacient in si mencial oči. Vzela je anamnezo in me poslala v sosednji prostor, kjer me je pričakala mlada kolegica in troje mirno sedečih študentk. Res me nanje ni opozorila, tudi me ni vprašala, ali se strinjam, da so prisotne, a je to moje opažanje zmotil prihod mlajšega kolega, očitno specializanta, ki je vzel v roke napotnico, me prijazno pogledal in rekel: »Gospod je pa naš znani kirurg.« Kolegica Makedonka (po narodnosti in po imenu, kot sem pozneje videl v podpisu) je še naprej v dobri slovenščini in s prijaznim nasmehom rekla, da je lahko njim, ki so bili ljubljanski študenti, ona pa ni bila.

Ves pregled je potekal gladko, prijazno, sama kolegica me je pospremila še do drugega kabineta, kjer sem ugašal lučke na očesnem ozadju ob motrenju v središčno točko. Tam sem celo prepoznal sestro, ki je nekoč delala na naši nevrokirurgiji, in se z njo zapletel v pogovor o nekdanjih časih in tudi o slikarjenju, saj je opravila štiri leta slikarstva.

Sledile so kapljice v oko in prepo-ved vožnje za štiri ure. »Pa nič zato, saj vas pošljamo še na Nevro, kjer bi vam morda lahko še napravili UZ vratnih žil, česar ne delajo v popoldanskem času.« Medtem pa bo čas »midriaze« že minil? Izkazalo se je zelo preroško glede časa za prenehanje delovanja kapljic ... Potem so me poslali še na slikanje makule in samo tam je bil malo bolj »odrezav« go-spod. Pa sva vseeno dobro zvozila, čeprav sem na take ljudi malo bolj občutljiv. Skratka, popolna obravnava v dokaj kratkem času, učinkovito in natančno. Dobil sem napisan izvid in napotnico za Nevrološko kliniko. Ko sem odhajal iz ordinacije, mi je mladi specializant, ki me je bil prepoznal, rekel, da bere moje prispevke v Isis in da so »odlični«. Nakar jaz: »Pa sem mislil, da Izido berejo le starejši kolegi!« Smeh.

Ne bi bil jaz, če bi pustil avto ob progih. Vse se mi je sicer bleščalo,

ampak nadel sem si sončna očala, videl, kje je cesta in kje pločnik, in se odpeljal proti UKC. Dobil sem prostor – seveda plačljiv – pri Zavodu za transfuzijo, parkiral, plačal za dobre tri ure in odšel na Nevrološko. Podoben začetek: Varnostnik je pregledal napotnico (pa moja zasebnost?) in rekel: »Na levo 4. vrata, kjer piše Urgenca.« Tam je bilo nekaj ljudi, več vrat, obvezno opozorilo, da se ne trka, in tudi, da sprejemajo po nujnosti, ne po prihodu. Pa še opozorilo, koliko časa lahko pričakuje človek do obravnave glede na nujnost. Meni, upokojencu, se ni nikamor mudilo, pa še uspelo mi je celo več, kot sem pričakoval, namreč, da sem prišel še do nevrologov in bom končno zvedel, kaj je z mojimi vratni-mi žilami ... Po kakšnih 20 minutah je prišla mlada sestra v uniformi, prirejeno ukrojeni vitki postavi, in mi na hodniku (pred ostalimi čakajočimi) vzela anamnezo (sem kar pozabil na zasebnost – kaže, da je sedaj pač tako!) ter odšla. Ne prav dolgo zatem so me poklicali v ordinacijo, kjer me je kolegica, mlada prijazna nevrologinja, spoznala in napravila nevrološki pregled. Potem me je še sama spremila do kabineta za UZ žilja, kjer sem ves zadovoljen lahko zvedel, da imam zdrave žile. Na koncu pa sva se s kolegico, ki me je pregledovala z UZ, celo »prepoznala«. Prijazno sva se poslovila, potem ko sem se ji še iskreno zahvalil za pregled. Mlada kolegica, nevrologinja mi je nato svetovala še CT glave. Siten, kot sem, sem najprej vprašal, kaj bi se po pregledu spremenilo na primer v zdravljenju, pa mi je pojasnila, da bi lahko našli kakšno ishemično lezijo in bi potreboval zdravljenje. »Ampak meni se je vedno po slikanjih, posebej po CT, kjer je veliko sevjanja, poslabšala osnovna bolezen.« Obljubila mi je, da se bo poskušala dogovoriti za MR-preiskavo. Ponovno čakalnica in čez čas pride kolegica ter mi pove, da je bila vodja RTG-oddelka takoj pripravljena opraviti zame MR, da pa bo treba počakati. »Ni problema!«

In res tako čakanje, čeprav traja tudi ure, ni nikakršen problem, saj se zavedaš ali veš, da so pred teboj na vrsti za sicer dolgotrajno preiskavo bolniki, ki preiskavo potrebujejo takrat verjetno bolj nujno kot ti. In sploh čakanje lahko postane nekaj dobrega! Ko čakaš in gre čas neverjetno počasi, gre tudi življenje bolj počasi. Veš, da živiš, in to bolj kot takrat, ko gre vse hitro, ko hitiš, pa še veš ne, da živiš, in ti čas samo hitro odteka in odteka ... Čakanje je lahko prijazno!

In tako sem dočakal še MR, pri čemer sem v preiskovalnem tunelu celo zadremal. Med preiskavo sem pomislil, kako dober »heavy metal music« lahko sliši človek v tistem ropotanju, če je le primerno naravnano. Zavedal sem se, da bo treba počakati še odčitavanje in pisanje izvida ter na koncu še zaključek, zapis celotnega pregleda in mnenje. »So what,« imel sem srečo in veliko, veliko so kolegi napravili danes samo zame, koliko pa še na splošno!

In potem je sledilo še dodatno prijetno srečanje. Sama vodja rentgenskega oddelka je prišla do mene, hči mojega dolgoletnega sodelavca in nepogrešljivega člana naše pionirske ekipe, ki je pred leti vpeljevala nove metode zdravljenja jetrnih tumorjev. Pri tem smo morali vse sami pripraviti, on pa je bil tisti, ki je izvajal nove intervencijske posege v okviru multidisciplinarnega zdravljenja. Zvedel sem, da je kolega zelo dobro, čvrst in zdrav pri 80 letih, še vedno tudi na kolesu, in prosil sem jo, da ga pristrčno pozdravi v mojem imenu. Nerodno pa mi je bilo, ker se nisem takoj spomnil, da sem jo kot dekle tudi operiral zaradi vnetja slepiča ...

Izvidi so bili dobri, nobene pomembne patologije. Še malo čakanja na končno poročilo in poklicali so me na pogovor z mladim kolegom, dežurnim nevrologom, ki je prevzel delo. Ta mi je lepo v pravilni slovenščini (tudi on je bil Makedonec) povedal, kar mi je moral povedati, in z izvidom sem, pozno popoldne sicer, ampak zadovoljen, pomirjen in

predvsem vesel zaradi pozitivnega vtisa, ki sem ga dobil ob obravnavi naših kolegov, odšel s klinike. Pa še na avtu ni bilo listka, kljub dobro pretečenemu parkirnemu času. Ja, to je bil pa res dober dan!

Seveda bi lahko dejal, da je bilo tako, ker so me prepoznali kot kolega in celo učitelja, morda tudi kot tistega, ki je večkrat kritiziral UKC, kjer vendarle marsikje do sedaj ni bilo tako ...

Večkrat sem se že vprašal, ali bi bilo narobe, če bi na naših napotnicah le lahko napisali tudi, da smo zdravniki, dr. med. ali celo učitelji. Ali bi to komu škodovalo? Ali bi bilo ob vsem, kar se sicer počne »mimo in drugače«, to tako oporečno ali celo koruptivno, ko sicer človek nima občutka, da bi pri nas tako zelo skrbeli za enakost vseh? Še celo pred zakonom ne? Bojim se, da je za tem le politika tega monopolističnega,

proti zdravništvu nastrojenega ZZZS, ob kar škodoželjni podpori naše oblasti, ki ji je skrb za zdravje ljudi in dobro počutje izvajalcev zdravstva »zadnja briga«. Zdravstvo pač le veliko stane in ne prinaša ne kapitala ne drugih ugodnosti našim vrlim »demokratskim« bruseljskim hlapcem.

No, pa sem zopet pri kritiziranju in jamranju! Očitno sem »preveč zdrav«!

Oktobrsko branje

polona.wallas@zzs-mcs.si

Sebastijan Pregelj

Kronika pozabljanja

Založba Goga, 2014



Junak Pregljevega romana je nedavno praznoval osemdeset let in biva v varovanem enosobnem stanovanju. Rad ima svoj mir, drugih ljudi pa skoraj ne potrebuje. To se spremeni, ko se v sosednje stanovanje na novo priseli Konstanca, po drugi strani pa na njegovo vest začnejo neumorno trkati besede brezdomcev, ki nimajo ničesar. Morda pa imajo upokojenci na svoji zadnji postaji vseeno možnost, da začnejo spreminjati svet na bolje in tudi zato še poslednjič polno zaživijo? Umirjen roman o življenju in minevanju z aktualno družbeno angažirano noto.

Umberto Eco

Nulta številka

Mladinska knjiga, 2016



Če želite vedeti, na kakšen način lahko delujejo mediji, kadar so v igri različni interesi, potem je ta knjiga kot naročena. Umberto Eco postavi glavnega junaka v središče urediškega ustvarjanja časopisa, ki bo z (ne)izdajanjem povzročil ustrezne politične pritiske. Nulta številka je namreč številka pred prvim izidom. Roman je satiričen in je ogledalo marsikateremu delovanju na področju medijev, a hkrati ponuja le eno resnico: da je za ustvarjanjem časopisa zgolj interes, ki vodi novinarje kot marionetne lutke. V kolikor ti postanejo svobodnejši ali v tekmi za resnico, lahko tudi tragično končajo. Roman je izšel tik pred smrtjo velikega pisatelja.

Donna Tartt

Skrivna zgodovina

Cankarjeva založba, 2016



Skrivna zgodovina pripoveduje zgodbo o tesni skupini prijateljev klasične filologije na elitnem kolidžu, ki pod vplivom karizmatičnega profesorja Juliana iščejo smisel življenja in v svoji želji po znanju in izkustvu prestopijo tanko mejo med dobrim in zlim. Gre za spreobrnjeno detektivko, ki ne zastavlja vprašanja, kdo je storil zločin – to se nam razkrije že na začetku knjige – temveč zakaj. Zgodba v mnogočem spominja na grško tragedijo in se ukvarja z vprašanji dionizičnega in apoliničnega, lepote in groze, spolne identitete, obravnava pa tudi razkol med družbenimi razredi. Odlična knjiga, ki prihaja med slovenske bralce 25 let po izidu. Vredno jo je vzeti v roke.

Temperamentni flamenko v razstavišču UKCL

Septembrska prireditev v ljubljanskem kliničnem centru

Katarina Majer, KUD KC in MF dr. Lojz Kraigher

katarinamajer2@gmail.com

Septembrska kulturno-umetniška prireditev v razstavišču Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani (dalje UKCL) je potekala v znamenju strasti in začetka šolskega leta. Razstavišče Dolenčeve galerije so zapolnili akvareli in akrili, ki jih je naslikal Petar Lazarevič, član Likovne skupine Leon Koporc Kulturno-umetniškega društva Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher (dalje KUD). Na predstavitev je povabil plesalko flamenka Živo Heričko Čerček, ki je napolnila obiskovalce prireditve z navdušenjem in nekatere tudi z željo, da bi se sami podali v svet flamenka. V Taborjevi galeriji je razstavljala svoj cikel obrazov Katarina Nadrag, ki jo je predstavila Milena Miklavčič, in nam s svojimi slikami prikazala doživljanje, ki ga je opisala v svoji knjigi Utopljene sanje.

Svet akvarela skozi oči slikarja

Petra Lazarevića je predstavila najprej predsednica KUD-a prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec v kratkem pogovoru z njim, a kmalu je besedo prevzel on in se sam predstavil. Spoznali smo slikarja, ki se je kot 9. otrok v družini moral potruditi in najti sam svojo življenjsko pot. Na njej ga je nenehno spremljalo slikanje kot hobi in mu omogočalo, da je kljub svoji tršati zunanosti pokazal, da se v njem skriva mehka duša, brez ostrih robov.

Kot slikarja ga je predstavila likovna kritičarka Anamarija Stibilj Šajn. »Petar Lazarevič je likovni ustvarjalec, ki ima odgovor, kako s klasično motivno tematiko, kot sta krajina in figura, narediti avtorsko intimni interpretativni preskok iz realističnega v (post)modernistično. S sproščeno, vehementno, živo potezo suvereno obvladuje likovno polje in se zna natančno zaustaviti v bistvu motivnih izhodišč. V njegovem slikarstvu je prisoten izostren likovni občutek in preudarna likovna strategija (pre)oblikovanja in samosvojega kolorističnega



Slikar KUD-a Petar Lazarevič je z vsebinsko bogato in tehnično raznovrstno razstavo akvarelnih in akrilnih slik prepričal o svoji umetniški moči. Predsednica KUD-a Zvonka Z. Slavec in mentor Likovne skupine Janez Kovačič sta slikarju poklonila KUD-ovo priznanje (foto: Miha Nadrag).

obravnavanja, s katero razpira doživljajske dimenzije.

Tako slikarjeva ustvarjalna misel potuje med figurativnostjo in abstraktnostjo, med realističnimi vsebinami in likovno sintetizacijo ter se vedno znova pogloblja v govorico primarnih likovnih izrazil, kot so linije, barve, ploskve in oblike. Prav v njihovem poznavanju in obvladovanju je vir novih, subtilnih preobražanj, ki avtorja odmikajo od realnih zaznav in mu hkrati omogočajo, da z njimi nikoli ne pretrga vezi.

Petar Lazarevič je tudi z likovnim svetom neločljivo, dvojno povezan, in sicer kot ustvarjalec in kot mentor. Njegovo izostreno oko zna izbrati prave motive, jih na slikovno polje umestiti v zanimivem in sporočilnem kadru ter iz njih



Oprijeta elegantna obleka z dolgo čipkasto vlečko in podkovani plesni čevlji so na plesalko flamenka Živo Heričko Čerček pritegnili vse oči auditorija, njen samozavesten nastop pa je za flamenko ogrel tudi občinstvo.

narediti novo, avtorsko samosvoje ovrednotenje. Izostren občutek za likovno sintakso, za stanja, odnose in ritme mu daje dragocen dar, ki ga z leti predanega ustvarjanja brusi, potrjuje v smeri prepoznavne poetike in ga s pridom uporablja tudi pri analiziranju del svojih »učencev« ter pri prebujanju in utrjevanju njihovih likovnih veščin.

Petar Lazarevič podreja ustvarjalni *credo* pretanjenemu poigravanju z oblikami in barvami ter si neutrudno prizadeva, da bi bil njegov slikarski zapis živ, da bi slika imela energijo. In jo ima! Ob ustvarjalnem doseganju optične resničnosti urbane ali ruralne krajine ter figure človeka, kompozicije preplavljajo impulzivne likovne reakcije, ki sežejo onkraj refleksije, ki presežejo fizis in razkrijejo avtorjevo sposobnost za izživetje trenutka, za vzpostavitev njegovega utripa in energije, za objektivizacijo njegove svobode, ki jo manifestirajo mehko razliti barvni madeži ali pa atraktivni, odločni potegi čopiča. Vsako delo

dokazuje, da se rodi iz avtorjevega ustvarjalnega užitka in se spremeni v užitek gledanja, saj te vodi k motivno znanim in prepoznavnim ciljem ter ti hkrati daje možnost sproščenih postankov in čustvenih vživetij.« (Vir: Anamarija Stibilj Šajn, likovna kritičarka)

Stik: petarlazarevic1@gmail.com

Strast v flamenku

Že pred predstavitvijo prvega razstavljavca nam je Živa Heričko Čerček zaplesala tako, da nam je zastajal dih in smo začutili strast, ki jo Živa preliva v svoj ples. Pokazala je, kako lahko s trudom in treningom pripraviš svoje telo, da dela neverjetne stvari, ki so obiskovalcem jemale sapo in jih popolnoma prezele.

Svojo plesno pot je Živa začela z baletom, šolanje je po osmih letih zaključila z uspešno opravljeno maturo pri predmetu balet. Nato jo je pritegnil flamenko, ki se mu aktivno posveča že več kot 10 let. Redno se izobražuje v Španiji pri največjih imenih flamenka, znanje pa prenaša na svoje učence v Mariboru in Ljub-

ljani. Sama ali s skupino Los Tacones nastopa na različnih prireditvah in festivalih.

Stik: www.zivahericko.com

Utopljene sanje v Taborjevi galeriji

Po drugem flamenku je pred nas stopila Milena Miklavčič, avtorica knjige »Ogenj, rit in kače niso za igrače«, ki je raziskovala spolno življenje Slovencev v prejšnjem stoletju. Tokrat je predstavila slikarko Katarino Nadrag. Povedala je, da ji slike pomagajo, da se izrazi na drugačen način kot v knjigi. Obiskovalcem je povedala, zakaj je napisala svojo prvo knjigo in kako je vedno hotela stopiti malo čez mejo.

Takole jo je opisala Milena Miklavčič. »Katarina Nadrag iz Železnikov je prvič stopila iz sence pred šestimi leti, ko je izdala svoj knjižni prvenec *Utopljene sanje*. Odkar pomni, ima potrebo po izražanju, že kot otrok je risala, kasneje tudi pisala. Skozi risanje je izražala vsebine, ki niso smele biti izražene skozi besedo. Prvič je svoje slike razstavila v Žireh, v galeriji DPD Svoboda, v najbolj



Slikarka Katarina Nadrag (levo) je svoje literarno delo v obliki obrazov prenesla tudi na slikarska platna. Predstavila jo je njena sokrajanka in priznana publicistka Milena Miklavčič (foto: Miha Nadrag).



Študenti ljubljanske medicinske fakultete so pri projektu *V odsevu* seznanjali osnovno- in srednješolce o zlorabah drog v pijačah in diskotekah. Na temo odvisnosti so mladi slikali, razstava pa je na panojih v avli UKCL nagovarjala številne obiskovalce. Projekt je predstavila vodja, Anja.

ženskem mesecu v letu in ob številnem občinstvu, ki je slikarko nagradilo s ploskanjem, njena dela pa so doživela bučen sprejem. Le nekajkrat je obiskala delavnico »Pot k sebi«, ki jo vodita Jano Milkovič in Biserka Komac, in tam je spoznala čar akvarela. Pravi, da risanje z akvarelom doživlja igrivo in terapevtsko obenem. Biserka Komac, njena mentorica, trdi, da imajo Katarinine risbe zelo oseben podpis, pogumen in brez »artističnih« bravour. Katarina slika iz notranje nuje, zato lahko vsak, ki se približa njenim slikam, začuti moč njene iskrene izpovedi. Slog slikanja je vsekakor ekspresiven. Ne samo, da ji uspe s slikami izraziti čustva, z njimi ji je, kot kaže, uspelo prebuditi tudi publiko. Z risbami, ki predstavljajo zelo izpovedne ženske obraze, se lahko ženske hitro identificirajo. Čeprav jo akvareli in voda, v katero dodaja barve, da se razlivajo »mimo njene volje«, zelo navdušujejo, pa je našla čas še za drugo knjigo. »Kot pri slikanju ženskih obrazov, sem tudi pri pisanju skušala odgrniti tančice in spregovoriti o tem, o čemer nočemo razmišljati, a nam je vseeno zapisano

v očeh,« pravi Katarina. (Vir: Milena Miklavčič)

Stik: nadragk@gmail.com

Študenti Medicinske fakultete v Ljubljani z Anjo na čelu so predstavili svoj projekt »V odsevu«, ki govori o zlorabah psihotropnih substanc pri mladih. Ti so ob koncu osnovne in v začetku srednje šole slikali svoje dožemanje teh zlorab in s slikami v avli UKCL ozaveščali uporabnike in obiskovalce o nevarnostih. Dragocen projekt in pomembna predavanja, ki jih medicinci poklanjajo mladim po osnovnih in srednjih šolah, da bi jih obvarovali pred zlorabami sodobnega časa.

V galeriji Nevrološke klinike razstavlja članica KUD-a Emilija Erbežnik, v galeriji Medicinske fakultete pa Lara Anja fotografije s svojih potovanj.

Prisrčno vzdušje med nastopajočimi in obiskovalci se je po koncu nadaljevalo v prijateljskem druženju in sklepanju novih poznanstev ter snovanju novih načrtov, kako z umetniškim pristopom v bolnišnično in medicinsko okolje prinašati vedrino in spodbudo.

Pesmi

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

tomaz1945@yahoo.com

Daj tvoj mi blagoslov, odvezo

Daj mi tvoj blagoslov, odvezo
saj mrtev ne bom spal,
če čutil bom le tvojo jezo,
čeprav sem vedno te občudoval.

Želel sem si besede smeha,
brez temnih krutih globočin
in snidenje brez greha
želel neubrani cvet v spomin.

Andreju M. (1996)

Petdeset let je lepa doba,
še lepših petkrat po deset
mladostnih radoživih let,
ki naj se znova prebudijo
v trenutkih mirne nostalgije,
ko spet začutiš, da ti bije
srce nemirno. Oživijo
naj tihe želje, dvojna sreča
naj se povrne vsa kipeča.

Če je deset let še mladost,
je petkrat več že kar norost,
čeprav ji pravijo modrost,
ko so izbrana vsa hotenja
najlepših let tega življenja.
Še glasbe muza naj te mami,
še gričkov nežnih in hribovja
doma, na tujem, naj predrami
pogled, posluh. Gosli zaspane
naj bodo znova razigrane.

Petkrat deset naj se ponavlja,
mladostna leta naj obnavlja
vsak dan prihodnjega življenja.
Pospremimo prihodnja leta
na dobro pot s kupico vina,
ki snidenje naj spet obeta.

»Au«-foristična tinktura

Kratki aforizmi v beli halji z geografskim poreklom

Prof. dr. Janez Tomažič, dr. med., UKC Ljubljana

janez.tomazic@kclj.si

Vse kaže, da slovenski zdravniki lahko preživimo svoje poslanstvo samo za ceno lastnih življenj.

Vse kaže, da se naša ministrica zaletava v odprta vrata.

Vse kaže, da se naša ministrica drži načela »*Primum non nocere*«.

Vse kaže, da je naša ministrica vse hitrejša (z nasmehom na licu) zato, ker moraš po tankem ledu hitro hoditi.

Kadar si sam težava, ne moreš biti sam rešitev (DDV).

Štos poletja 2016

Francelj razlaga prijateljem:
Včeraj sem se šel z ženo
»zdravstvo«: najprej sem 2 uri čakal
pred vrati, nato me je naročila čez
6 mesecev, nato pa sem šel samo-
plačniško!

Janez Tomažič

Utrinki Južne Afrike med medicino in gorskim reševanjem

Prim. dr. Iztok Tomazin, dr. med., Osnovno zdravstvo Gorenjske, ZD Tržič

iztok.tomazin@mf.uni-lj.si

Če potuješ na medicinskoreševalno srečanje na drugi konec sveta, potem je greh ne posvetiti vsaj nekaj časa in energije tudi spoznavanju dežele. In uživanju v tistem, kar tudi sicer, poleg medicine, rad počneš.

Pred medicinskoreševalnim delom našega bivanja v Cape Townu v Južni Afriki smo se nekateri udeleženci šli turiste, cela dva dneva. Običajno imam s »turističnimi vidiki življenja« težave oz. se pogosto dolgočasim, tokrat pa ni bilo tako. Najeli smo avto in prevozili na stotine kilometrov. Čeprav so me, kot običajno, srbeli plezalni prsti in umetna platnena krila, sem bil s potovanjem v gorovja v okolici Cape Towna in po obalah okoli Rta dobrega upanja več kot zadovoljen. Zaradi dobre družbe avstrijskih

kolegov in češke znanke, zaradi vznemirljivega občutka, da smo na drugem koncu sveta, na skrajnem južnem robu afriške celine, zaradi slikovite, divje obale, v katero butajo mogočne vode vzvalovanega vodovja Atlantika, zaradi širokih razgledov in nevidne Antarktike za južnim obzorjem, zaradi nenavadnih, večinoma prav pristrčnih živali, eksotičnih rastlin ter še marsičesa.

Vreme nam je bilo ves čas pretežno naklonjeno, le z Eolom se organizatorji niso dobro dogovorili, česar pa jim ne gre zameriti, saj sem bil edini letalec med medicinci iz tujine. Jadrarno padalo je zaradi močnih vetrov, podobnih naši burji, ki so vse dni hrumeli z gora nad Atlantik, žal moralo ostati v nahrbtniku. Do

naslednjič, upam. Plezalna oprema pa je seveda *moralna* biti uporabljena, saj je toleranca za veter pri lazenju po skalah precej višja kot pri letenju z nestabilno plahto nad glavo. Med zasedanjem Medicinske komisije IKAR in mednarodnim simpozijem gorske medicine je bilo ravno dovolj časa, da sem v navezah z domačini in s kanadskim kolegom ter norveško kolegico preplezal nekaj smeri v legendarni Mizasti gori (Table Mountain) nad Cape Townom in v bližnji Levji glavi (Lions Head). Nekaj pa sem seveda tudi soliral, saj je samotno doživljanje gorske divjine vedno posebna, neponovljiva in najbolj intenzivna zgodba. Okolje je zelo slikovito, globoko pod stenami se peni Atlantik, na obali kot v ogromnem

amfiteatru se bleščijo zgradbe Cape Towna, ki velja za eno najlepših mest na svetu. Upravičeno. Plezanje je bilo zanimivo, zelo strmo, skala popolnoma drugačna od naše – zelo star, dobro razčlenjen peščenjak, predvsem pa so smeri v celoti neopremljene, brez klinov ali drugih fiksni varoval. To je pomenilo, da si je bilo varovanje treba nameščati (zatikati, saj uporaba kladiva in klinov ni dovoljena) sproti, kar je predstavljalo precejšen psihični pritisk. Ni enostavno viseti na prstih ene roke v previsu, vedoč, da ne smeš pasti, in hkrati z drugo roko tlačiti varovalni zatič v razpoko z upanjem, da se bo dobro zagostil in zdržal morebitni padec ... Mir, razgled, dobra družba in razpoloženje na vrhu pa so, kot vedno, odtehtali vse drugo, tudi nekaj trenutkov blizu meje padca, prežetih z razmišljanjem o posledicah.



Na konicah prstov v prepadih nad Cape Townom.



Na vrhu Lions Head, zadaj Table Mountain.



Pristanišče v Cape Townu, zadaj Table Mountain.



Pogled s Table Mountain na Cape Town in otok Robben, kjer je bil zaprt Nelson Mandela.



Legendarni svetilnik pri Rtu dobrega upanja, ki je preprečil že mnogo brodolomov.



Sončni zahod med valovi južnega Atlantika.



Rt dobrega upanja.



V Južni Afriki so številna zanimiva gorovja.

Kolesarjenje po nemški Romantični poti

Izr. prof. dr. Pavle Košorok, dr. med., Iatros – dr. Košorok, d. o. o., Ljubljana

pavle.kosorok@guest.arnes.si

Tudi letos smo se odločili za kolesarsko potepanje. Dolgo smo nameravali oditi na potep po dolini reke Loare, saj smo bili že navajeni potovanj ob rekah (Drava, Donava). Nekako se ni izšlo s časom in prostim terminom za avtomod, zato smo cilj naše poti malo spremenili.

Romantična pot po Nemčiji je bila zanimiv izziv. Na pot smo šli v začetku julija. Huda vročina v prvih julijskih dneh nas je kar malo strašila. Ravno ko smo se odpravljali, pa vremenske napovedi niso bile prav nič obetavne. Od doma smo se odpravili še v vročem in lepem vremenu, od Salzburga naprej pa nas je že začel strašiti dež. Vodniki za nemško Romantično pot svetujejo začetek kolesarjenja v Würzburgu. Ko smo si ogledovali presek trase, se je pokazalo, da se zadnji del poti proti avstrijski meji precej dviga. Preračunljivo smo sklepali, da prihranimo nekaj moči, če začnemo ob uradnem koncu poti v Füssenu. Mislim, da nismo naredili



Romantična kolesarska pot.



Začetek poti, zadaj Neuschwanstein, »grad Trnuljčice«.

nič narobe. Celotno pot je bilo vseeno treba prevoziti.

Ludvik II. Bavarski je bil v resnici nenavaden vladar. V vojsko in oboroževanje ni vlagal denarja. Pričel je zidati kraljeve gradove, ki so v njegovem času izčrpavali državno blagaj-

no. Namigovali so, da ni čisto pri pravi. Na koncu je v nenavadnih okoliščinah utonil. Za njim so ostali njegovi gradovi, ki privlačijo milijone turistov in sedanji državi ustvarjajo dobiček, ki si ga ob zidavi ni nihče predstavljal. Grad Neuschwanstein je

navdušil že Walta Disneyja, ki je v takšno graščino umestil svojo Trnuljčico. Ko smo z našim avtodomom prihajali v to grajsko območje, so nas na poti že spremljali smerokazi »Romantične poti«. Seveda tudi dež, ki smo se ga kar malo bali, saj je bilo slabo vreme napovedano za kar nekaj dni. Po deževnem celonočnem škrebjanju smo se preoblekli v kolesarska oblačila in med množico turistov, večinoma Japoncev in Kitajcev, pričeli svoj podvig. Ker smo pravljični grad vsi že videli od blizu, nam je zadostoval pogled od daleč, saj je čakanje na vstop in sam ogled podvig dneva. Alpski del Bavarske je pokrajina, v kakršni se odvija zgodba »Gorskega zdravnika«. Prav zares smo se počutili, kot da sodelujemo v zgodbah, ki jih prikazuje ta avstrijska TV-serija. Posamezne kmetije na vrhovih gričev so bile obdane s travniki in pašniki. Vse je bilo podrejeno živinoreji. Obdelanih polj praktično ni bilo videti. Pričela so se šele naprej, skoraj 100 kilometrov bolj severno. Prvi kolesarski dan smo imeli srečo, saj smo opoldanski počitek načrtovali ravno takrat, ko se je dobro ulilo. Malico smo si privoščili v kmečki prodajalni, ki je prodajala svoje sire in različno pripravljene ribe iz ribogojnice. Potovali smo ob reki Lech, ki je bila naša spremljevalka več kot pol poti. Po poti nas je kar precej preganjal dež, tako da smo morali narediti postanek v Landsbergu. Mesto je bilo prvo od srednjeveških mest, ki so nas spremljala na poti. Pred vojno je bila to nemška romarska pot, ker je bil v tem mestu zaprt Hitler in je tukaj napisal svoj znameniti »Mein Kampf«. Danes njegovega zapora ne reklamirajo več, v opisih kraja pa je to še vedno omenjeno. Kraj smo si vseeno uspeli ogledati in zvečer prišli do avtokampa, kjer smo se preoblekli in obesili obleke, da se za silo posušijo. Vso noč je padalo in tudi zjutraj ni bilo nič bolje. Založeni smo bili s knjigami in se skoraj sprijaznili, da s kolesarjenjem ta dan ne bo nič. Vendar se je okrog poldneva vseeno



Dež in spet ovire na poti.

malo razjasnilo, tako da smo se odločili, da poskusimo.

Ob reki Lech smo nadaljevali vožnjo proti Augsburgu. Na reki je več jezov in elektrarn in velik del poti je bil speljan po nasipih ob reki. Pred prihodom v Augsburg nas je pot peljala skozi lep gozd, kjer smo se počutili kot v pravljici »Rdeča kapičica«, manjkalo je samo, da bi nam na pot stopil volk in nas vprašal: »Kam pa kam?«

Augsburg je bil največje mesto na naši poti in ima morda zelo podobno zgodovino kot Ljubljana – Emona. Zgrajen je bil kot rimsko naselje 15 let pred našim štetjem. Mesto je še danes ponosno na svojo rimsko zgodovino. Velik del poti smo kolesarili po trasi stare rimske ceste, ki ima v nekaterih krajih še vedno svoje ime – Via Claudia Augusta. Povezovala je severni Jadran z rimsko provinco Retijo, severno od Alp, ki je segala do Donave. V Augsburgu se že pozna ločevanje na protestante in katolike. Na vidnih mestih pa so ostanki iz rimskega časa. V mestnem središču smo bili potrebni okrepčila in hladnega piva. Malo nas je že preganjala noč,

ko smo iskali naš kamp. Kljub temu smo ga srečno našli. Naslednji dan smo še naprej potovali ob reki Lech. Srečevali smo različne ljudi. Najbolj zanimiv se mi je zdel samotarski kolesar, s katerim smo se zapletli v pogovor. Povedal je, da se je z vlakom iz Škotske odpeljal do Dunaja, od tam pa se je namenil prikolesariti do Nizozemske. Vse, kar je potreboval, je tovoril s seboj.

Na poti nas je pričakalo prvo obzidano srednjeveško mesto Rain na vzpetini nad reko.



»Deževni« posvet.



Spremljevalno vozilo.

Z zunanje strani smo videli samo obzidje. Ko pa smo prestopili mestna vrata, smo zagledali mesto kot iz Grimmovih pravljic: hiše stisnjene druga ob drugo, stolpčiči ob robu obzidja, mestna vrata na eni in drugi

strani. Spet smo se usedli ob pivu, naročili toplo juho z jetrnimi cmoki ter mesni sir s krompirjevo solato. Po takem kosilu smo se kar malo polenili, vendar nas je pot priganjala. Reka Lech se tu izliva v Donavo, ki je pred

sotočjem bistveno manjša od Lecha, kljub temu pa se reka naprej imenuje Donava. Od tu do Donauwörtha smo se vozili po že znani poti ob Donavi, ki smo jo prevozili lani. Prav tako je bilo isto tudi naše počivališče v mestu, kjer nam je bilo že vse znano. Ker smo bili že bolj pozni, smo ogled mesta pustili za naslednji dan. Seveda smo šli najprej pogledat gnezdo štorkelej na cerkvi, ki jih letos nismo videli. Morda so se že izlegle in odletele. Tudi sicer smo ob poti videvali štorkele, marsikatero gnezdo je bilo »živo«. Pokrajina, po kateri smo se vozili, je kmetijska, vendar so polja velika in zasajena s posameznimi kulturami – žito, koruza, oves, oljna repica, soja, sladkorna pesa, hmelj, sončnice. Na strehah hiš je neverjetno veliko sončnih celic, ponekod so vidne tudi vetrnice. Na poti smo obiskali zanimivo romarsko cerkev v Biberbachu, kjer so dobro izkoristili zgodbo o Mozartu. Oče Leopold je vzel dva sinova s seboj na koncertno turnejo v London in Pariz. Prav v Biberbachu so verjetno prenočili in objavili orgelsko tekmovanje med 10-letnim Wolfgangom in dve leti starejšim bratom. Oba sta igrala imenitno in zgodba pravi, da zmagovalca ni bilo. Zmagovalca še vedno iščejo z vsakoletnimi koncerti, ki spominjajo na to Mozartovo zgodbo. Na poti se je pred nami na visoki skali pokazal mogočen grad v mestu Harburg.

Zavili smo v starinsko mesto pod gradom in na terasi nad reko Tauber popili kavo. Zanimiv starejši nemški par se je zapletel z nami v pogovor in nas seznanil z vojaškim udarom v Turčiji, pokolom v Nici in nesrečo avstrijskega letala v Sloveniji. Počutili smo se kar »odklopljene« od vseh informacij. Tudi ona dva sta bila kolesarja, vendar sta bila pri silu videti zelo spočita. Ko smo odpeljali svoja kolesa, smo videli, da sta njuni kolesi na električni pogon. Takšnih čilih starejših kolesarjev smo spotoma srečali kar nekaj, posebej nam je to padlo v oči na kakih dolgih strmih klancih, kjer smo morali hitrost precej upočasniti.



Izbira kolesarskih poti je velika.

Naša naslednja postaja je bilo spet lepo urejeno mesto Nördlingen. Na trgu sta imeli koncert dve pihalni godbi – mladinska in mestna, v pisanih oblekah. Mesto si lahko ogledaš tudi iz stolpa katedrale. Pogled je zanimiv, ker je mesto sezidano v kraterju meteorita, ki je pred 15 milijoni let padel na to mesto in naredil krater premera 25 kilometrov. Naslednji dan nas je pot peljala mimo kapucinskega samostana v Maihingen. Večina cerkva je baročnih, že skoraj rokokojskih, ponekod pa so še veličastne gotske cerkve. Predvsem če so spremenjene v evangeličanske, so v notranjosti skromne in poduhovljene, tako da občuduješ samo arhitekturo. Stavbe so lepo obnovljene, marsikje imajo v njih tudi koncerte.

Naslednji dan smo se malo zgubili, vendar se zaradi tega nismo preveč obremenjevali. Prevozili smo kar nekaj hudih klancev. V Dinkensbühlu smo »padli« v sredino dogajanja. Šlo je za mestno slavje v spomin na 30-letno vojno, ko so uspešno preživel dolgotrajno švedsko obleganje. Spomine na te grozovite čase smo srečevali marsikje na tej poti, bodisi kot mestne zgodbe ali spominska

obeležja ob poti. Meščani se za to praznovanje oblečejo v starinske srednjeveške obleke, nosijo meče, sulice in helebarde in so turistom »hvaležen objekt« za fotografiranje. Za opoldansko kosilo smo se ustavili v Feuchtwangenu. Na poti mi je padla v oči spominska hiša, ki je bila opisana kot judovski muzej. V njej je živila židovska družina, ki je zbežala pred Hitlerjevimi pogromom. Družina je kasneje podarila mestu 300 let staro kroniko kraja, ki so jo hranili v Jeruzalemu. Eden od članov družine je postal slaven pianist v Ameriki. Morda zaradi slabe vesti organizirajo pianistično prireditev, kjer je bil gost tudi ta židovski pedagog in so mu podelili posebno priznanje. Pogromi nad Židi v Nemčiji so se dogajali že okrog leta 1300. Obtoževali so jih, da povzročajo nesreče, točo in kugo.

Rothenburg je bilo naslednje staro mesto na naši poti. Ima le 6000 prebivalcev. Med vojno je bilo bombardirano. 40 odstotkov mesta je bilo razrušenega in uničenega v požaru, obnovljeno pa je tako, da se sploh ne opazi. Orgelsko glasbo iz stolnice smo lahko le poslušali, za ogled je bila cerkev zaprta. Cerkev sv. Jakoba je

ena od cerkva nemške Jakobove poti do Santiaga de Compostela. V Rothenburgu je nekaj časa živel tudi naš Primož Trubar. Ker smo bili kolesarji na Romantični poti, se je tudi kamping v tem mestu imenoval »Romantični kamping«.

Staro srednjeveško mesto Röttingen je oglaševalo poletne prireditve. Znano je tudi kot mesto, kjer so se po letu 1200 začeli pogromi Judov. Takrat so pobili in izgnali okoli 300 judovskih skupnosti. Na poti nas je ustavil lep grad v Weikersheimu s parkom in čarovniškim vrtom. Zelo poučen je bil tudi domači vrt, kjer si je bilo mogoče ogledati, kaj vse se lahko pridelala doma.

V naslednjem zdraviliškem mestu Bad Mergentheimu so nam pivo postregli mladi ljudje s posebnimi potrebami. Menda v tem kraju gojijo največji trop volkov v Evropi, kar je še posebej spominjalo na Grimmove pravljice in Rdečo kapico.

Skozi najbolj vinorodni predel Romantične poti smo se pripeljali do Laude, kjer smo na postajališču za avtodome prespali sami. Čakal nas je še zadnji dan vožnje. Tik brez Würzburgom nas je utrudilo še nekaj



Na cilju v Würzburgu – most na Maini.

klancev v hudi vročini. V mesto smo prikolesarili v poznem popoldnevu. Temperatura je bila še vedno 35 stopinj. Prekolesarili smo 547 kilometrov. Tudi naša odločitev o obrnjeni poti ni bila slaba.

Würzburg je zares »pika na i«. Na okoliških gričkih so lepo negovani vinogradi. Mesto se oglašuje kot univerzitetno mesto in se ponaša s kar 14 Nobelovimi nagrajenci. Prvi med njimi je bil Wilhelm Conrad Röntgen, zadnji pa Harald zur Hausen, ki je

dokazal, da je humani papiloma virus povzročitelj raka materničnega vratu. Zaključno večerje smo imeli v nekoliko oddaljenem kampu. Naslednje jutro smo izvedeli, da je na železnici, oddaljeni kakih 500 metrov od nas, nekdo napadel potnike s sekiro in nožem. To nas je »poklapalo«, prav tako pa tudi hladen dež, ki je padal vso noč in nas prepričal, da smo samo še pospravili kolesa in vzeli pot pod noge. Zvečer smo bili že doma in poslušali zgodbe o napadu v Münch-

nu, kasneje pa še na nekaj mestih po Nemčiji.

Pot, ki smo jo prevozili, je v resnici romantična in jo lahko priporočimo še komu. Tokrat smo jo prevozili še brez pomoči elektrike, vprašanje pa je, ali ne bomo enkrat razmišljali tudi o tem. Z malo dodatnega pogona se še vedno lahko podamo v svet in v lepi naravi doživimo, da spadamo vanjo. Sicer pa še vedno velja – kolesarjem veter vedno piha v prsi.

Golfsko tekmovanje v okviru Medigames 2016

Sabina Markoli, dr. dent. med., ZZS

V okviru Medigames 2016 je potekalo tudi tekmovanje v golfu na Ptuju in v Moravcih.

Absolutna prvaka sta postala Sabina Markoli med ženskami in Miro

Matičič med moškimi. Drugo oz. tretje mesto sta osvojila Sanda Lah Kravanja in Anđelko Brekalo.

V skupini B je bil Marko Vrhovec drugi.

V neto razvrstitvi med ženskami je Zorka Vučer osvojila prvo mesto, Teodor Pevec pa v skupini neto B tretje mesto.



Z leve: Teodor Pevec, Anđelko Brekalo, Sabina Markoli, Miro Matičič in Sanda Lah Kravanja.



V družbi golfista iz Francije: Sabina Markoli, Sanda Lah Kravanja in Miro Matičič (z leve).

Predavanja

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

boris.klun@gmail.com

Zdravnik, ki se je odločil za akademsko pot, mora vključiti predavanja kot del kurikulumuma. *Licentia docendi* ni le akademski naslov, temveč tudi obveznost, že od srednjega veka dalje. Nekoč uveljavljena in spoštovana, kot neposreden prenos znanja od učitelja na učenca.

Na eni strani torej *Lanx Satura*, nasproti pa *Tabula rasa*, če močno poenostavim in karikiram.

A kaže, da dandanašnji predavanja v taki obliki niso priljubljena niti na učiteljski niti na učenčevi strani. Za akademsko stran je to lahko razumljivo, saj predavanja ne prinašajo nobenih točk in se jih je, brez težav in posledic, možno izogibati.

Nasprotna stran trdi: »Predavanja so dolgotrajna in izguba časa«. Oboje je mogoče razumeti ali zanikati.



Zdravniški poklic ima nekaj svojih značilnosti, ki jih pri drugih poklicih ne najdemo. Ena od teh temelji v prepričanju, da lahko opravljamo vse vrste poklicev. Zdravnik menedžer, zdravnik politik, zdravnik minister, zdravnik svetovalec v dobro stoječi družbi (morda Rdečega križa), zavarovalnici in še kaj. Temu se nihče ne čudi.

Zdravnik predavatelj pa praviloma nima nobene didaktične izobrazbe. Pedagoški dar ima ali pa ga nima, ustrezne pedagoške izobrazbe tudi ne in navadno ga po tem nihče ne povpraša.

Učitelj se ne bo nikoli lotil operirati razlitega slepiča, zdravnik pa brez zadrege predava. To, kar bo povedal poslušalcem, je lahko dobro ali slabo, koristno ali neuporabno, zanimivo ali dolgočasno, na srečo pa izgovorjeno v zrak, kamor brez škode hitro izgine. Večina predavateljev na medicini je morala nabirati izkušnje pri samem sebi.

To utegne biti razlog, da se način predavanja že stoletja ni kaj prida spremenil. Vzemimo za primer *Vesaliusa* in primerjajmo takratna predavanja z današnjimi. Ugotovili bomo, da je bila njegova predavalnica nekoliko bolj strma, kot so predavalnice danes; ni vedel za power point in je v predavalnico prinašal trupla, sneta z vislic, kar dandanes tudi ni v navadi, in to je bolj ali manj vse.

Osebni anekdotični primeri iz prve roke v medicini niso cenjeni, pa naj mi bo tu oproščeno.

Sam sem se na predavanja začel pripravljati že kakšno leto pred začetkom docenture. Vso učno snov sem razdelil na število predavanj enega leta, v katerih sem želel zajeti večji del nevrokirurgije.

Potrebno je bilo zbrati vse slikovno gradivo, takrat še zgolj na diapozitivih.

Izhajal sem iz stališča, da so medicinci neka posebna, recimo temu »elitna« skupina absolventov gimnazije.

Na Medicinski fakulteti na srečo ni bilo nenehnih šolskih reform in politika se skoraj ni vtikala v študij medicine.

Zelo jasno sem se zavedal, da bo število poslušalcev odvisno od zanimivosti in pestrosti predavanja, a za uvod je bil potreben udaren začetek. Na prvem predavanju sem objavil pravila igre, ki so velevale, da naj se študenti, ki

želijo eno uro prespati, zberejo v zadnjih klopeh; lahko igrajo šah ali študentke pletejo jopico za prijatelja. Kdor pa se želi resno udeležiti predavanj, naj se usede v prve vrste. Nihče se ni premaknil, kar sem tudi pričakoval.

Nato sem šel na sredino predavalnice in se usedel mednje. Za tiste čase precej nenavadno, rekel bi anglosaško. Skušal sem premostiti distanco med predavateljem in študenti. In uspelo je.

Določil sem tudi termin, do katerega bom podpisoval indekse (zelo liberalno), po preteku tega datuma pa nikomur, tudi če bi se njegov priimek končal na »-anc ali -inc«.

Slovenski študentje so, kar zadeva vprašanja in sodelovanje, nekaj posebnega. V veliki večini so (bili) tihi.

Pri tem sem imel kar nekaj izkušenj iz tujine.

Anglosaški študenti so od malega navajeni in naučeni, da aktivno sodelujejo. Vprašati je mogoče kadarkoli in kogarkoli! V kolikor je argument dober, ga je mogoče zagovarjati, ne glede na avtoriteto in hierarhični status nasproti govorečega.

Cheating, prepisovanje ali sploh goljufanje, je nemogoče in ga že študentje v kali zatrejo, medtem ko velja pri nas kot neko junaštvo ali vsaj kavališki delikt. Zdi se mi, da smo to kot dediščino prenesli z Balkana. *Nadmudrivanje*, pametnejši sem od tebe.

Na slovenskih fakultetah študenti le izjemoma kaj vprašajo in če že, tako tiho, da jih je komaj razumeti. Na začetku sem iskal razlog v slabem sodelovanju in sem ga zato skušal obojestransko uspešno premostiti. Zdi se, da je bilo študente strah, da bi bili ob sodelovanju vprašani kaj, česar ne bi znali, in bi se s tem osramotili.

Zadrego sem reševal tako, da sem se obrnil na enega izmed poslušalcev: »Čprav tega ne morete vedeti, je bil v enakem položaju vaš kolega pred 100 ali 200 leti, ki je moral sprejeti neko odločitev, pravilno ali napačno.

Kaj mislite, kako se je odločil?« Seveda vprašanec tega navadno ni vedel, vendar sem s tem študentu odvzel odgovornost morebitnega neznanja.

In še pomembnejše. Kar koli je študent povedal, ni smelo biti označeno kot napačno. Odgovor je bilo treba nekoliko razširiti in dopolniti ter skupaj najti pravilno rešitev. Ta nasvet opremljam s tremi klicaji!!!

Ne podcenjujmo študenta in se ne norčujemo iz njega. Nikoli več se ne bo oglasil, ali še slabše, ne bo ga več na predavanjih.

Če je bilo le mogoče, sem predavanja vedno poskušal ilustrirati s prikazom bolnika. Komaj kdaj se je zgodilo, da bolnik ne bi dal dovoljenja. Večina je, enkrat za spremembo, prav rada razlagala svoje težave publikli. Študenti so to cenili in so se po začetni zadregi vključevali v sestavljanje in razpravljanje anamneze.

Ne tako kmalu sem ugotovil, da tisto, kar je bilo meni jasno, ni bilo nujno jasno tudi poslušalcem. Sliko CT je treba razložiti. In če predavanja potekajo skozi daljše obdobje, je nujno potrebno od časa do časa pregledati, ali se dognanja med tem niso spremenila. Udobno, a ne preveč koristno je »viseti« na starih diapozitivih ali CD-jih.

Velika težava so predavanja, ki se »pokrivajo«. O poškodbah možganov govorijo morda najprej fiziologi ali patofiziologi, kasneje nevrologi, potem še kirurgi in nazadnje nevrokirurgi. Nekateri od teh morda še nikoli niso videli bolnika z možgansko poškodbo.

Tu ne najdem praktične rešitve, navidezno uspešne so v praksi neuporabne.

Na koncu vsakega letnika sem prosil študente, naj izpolnijo anonimno anketo z vprašanji, kako ocenjujejo predavanja, kaj naj bi se izboljšalo in podobna, precej standardna vprašanja.

Presenečen sem bil, da je bilo število odgovorov vedno stoddostno, nekateri pa so opremili anketo še z daljšimi pohvalami. Pri tem so pred-

njačile študentke, odgovori njihovih kolegov so bili bolj jedrnat.

Ne spominjam se več, ali so bile v okviru študentske organizacije ali morda na pobudo Medicinske fakultete nekajkrat objavljene ocene predavateljev, kjer sem bil vedno ocenjen kot najboljši predavatelj, nekaj let kasneje pa še profesor Janez Janež.

In ne nazadnje: enemu od študentov so se zdela predavanja tako zanimiva, da se je tej stroki tudi posvetil in postal predstojnik klinike.

Ugledni pedagog Franc Pediček je zapisal: »Kar v človeka plemenitega položiš, v njem ostane za vedno. To je temeljno poslanstvo pedagoškega dela.«

Po sedemnajstih letih, ko sem zapustil kliniko, sem s predavanji prenehal.

Kakih deset let kasneje so me s katedre vprašali, ali bi bil pripravljen spet imeti predavanja za študente. Z veseljem! Še kakšnih deset let sem predaval, dvakrat ali trikrat na semester, skupaj približno sedemindvajset let. In to gratis. Zahvala na koncu menda ni več v navadi, kakšen dinar, tolar ali evro pa, kot izkušnja pove, tudi ne. Občutek, da si predaval toliko let gratis, je koristen za vstop v Guinnessovo knjigo rekordov.

The professional public journal of the Medical Chamber of Slovenia

The Isis Journal is issued on the first day of each month. The annual subscription for non-members is 49,20 EUR. A single issue costs 4,47 EUR. The tax is included in price. Manuscripts are not returned to authors. An honorarium is paid for selected articles. Printed 10.000 copies. Postage for the Journal Isis paid at the 1102 Ljubljana post office.

The name of the journal is by the Isis, an Egyptian goddess, of all the gods and goddesses. The legend describes her as both the sister and the wife of Osiris, the first king in history. Isis had healing powers. She could also give new life into the body with her wings. According to the legend, her power extended all over the world. Each person is a drop of her blood. She was considered as the founder of medicine. A detail on a granite sarcophagus of Ramses III from the XXth dynasty shows her as a symbolic picture. This image and her name were chosen to be the title of the journal of the Medical Chamber of Slovenia, the goal of which is to unite and link together doctors in their efforts towards the welfare of all people, the drops of blood from the goddess Isis.

The President of the Medical Chamber

Prim. **Andrej Možina**, M. D.

The Vice-presidents of the Medical Chamber

Assist. **Valentin Sojar**, M. D., MBA, FEBS

Sabina Markoli, D. M. D.

The President of the Assembly

Marko Bitenc, M. D., M. Sc.

The Vice-president of the Assembly

Matevž Janc, D. M. D.

Executive board of the Medical Chamber of Slovenia

The president of the Educational council

Prof. **Bojana Beovič**, M. D., Ph. D.

The president of the Professional medical committee

Prof. **Radovan Hojs**, M. D., Ph. D.

The president of the Primary health care committee

Mihael Demšar, M. D.

The president of the Hospital health care committee

Assist. **Valentin Sojar**, M. D., MBA, FEBS

The president of the Dentistry health care committee

Sabina Markoli, D. M. D.

The president of the Legal-ethical committee

Prof. **Danica Rotar Pavlič**, M. D., Ph. D.

The president of the Social-economic committee

Božidar Visočnik, M. D.

The president of the Private practice committee

Helena Mole, M. D.

The Secretary General

Brane Dobnikar, L. L. B.

Legal and General Affairs Department

Vesna Habe Pranjič, L. L. B.

Finance and Accounting Department

Nevenka Novak Zalar, B. Sc. Econ., M. Sc.

Health Economics, Planning and Analysis Department

Nika Sokolič, B. Sc. Econ.

Head of CME/CPD Activities

Mojca Vrečar, M. B. A.

Head of Postgraduate Medical Training, Licensing and Registry Department

Tina Šapec, L. L. B.



Tasks

- The Medical Chamber of Slovenia is an independent professional organisation of medical doctors and dentists.
- Membership is an honour and obligation for all those that work as physicians or dentists in Slovenia and have a direct contact with the patients.
- The Medical Chamber of Slovenia protects and represents the interests of the medical profession, and helps to ensure the correct behaviour of doctors and uphold their reputation by:
 - Having and issuing a Code of Medical Ethics, monitoring the behaviour of doctors and administering any measures necessary for violations of the Code.
 - Maintaining a register of members and issuing membership cards.
 - Issuing, extending and revoking the doctors' licences for independent work.
 - Participating in the development of the undergraduate education programme for doctors.
 - Managing (planning, monitoring and supervising) the secondments of the two year compulsory postgraduate training in hospitals; secondments for specialisations; other postgraduate professional training, and examination.
 - Organising professional seminars, meetings and other types of professional medical development.
 - The professional auditing and appraisal of each doctor practising in Slovenia.
 - Participating in the preparation of regulations, planning and staffing plans in health care issues.

The Medical Chamber Of Slovenia

Founded in 1893 as The Medical Chamber for the Carniola Province. The Medical Chamber of Slovenia was subsequently founded in 1992.

- Determining doctors' fees and participating in agreeing the prices of health care services.
- Representing the interests of doctors in determining contracts with the Institute of Health Insurance of Slovenia.
- Participating in the negotiation of collective contracts, and agreeing them on behalf of private doctors as employees, thereby managing the value of medical professional' salaries.
- Providing legal assistance and advice to members on insurance against medical compensation claims.
- Maintaining a Welfare Fund to help members and their families.
- Monitoring the demand for doctors and helping unemployed doctors find job.
- Assisting members to find suitable locums during their absence.
- Publishing activities, editing activities; issuing a free journal to members, publishing books and other publications.
- Encouraging co-operation between members and arbitrating in disputes.
- Encouraging the cultural and social activities of members; organising the cultural, sporting and other social events and activities.
- Monitoring alternative methods of treatment.
- Deterring prohibited and unacceptable medical practices.
- Providing a free permanent consulting service to members.
- Undertaking other tasks pursuant to legal regulations and the statute.

