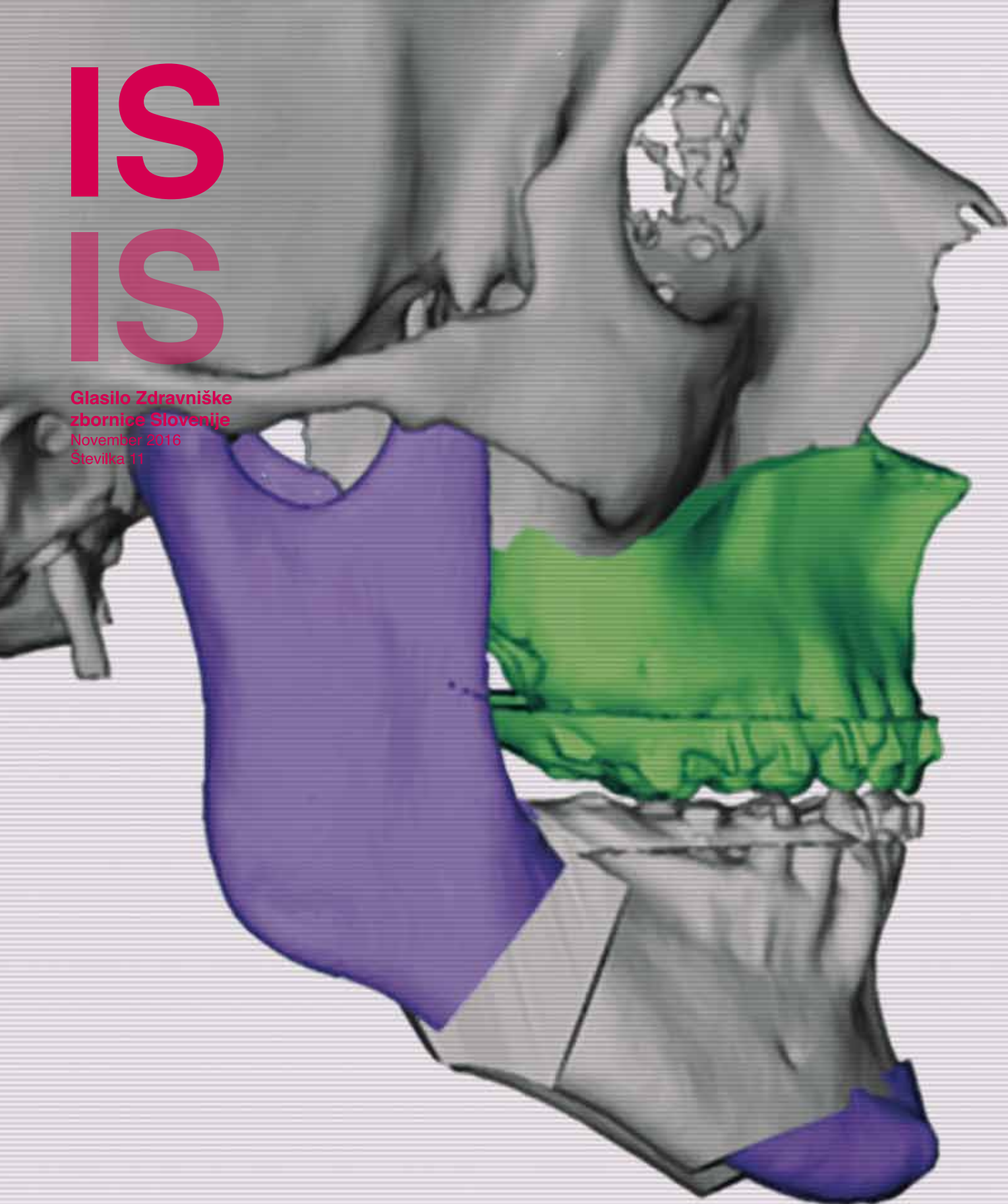


IS IS

Glasilo Zdravniške
zbornice Slovenije
November 2016
Številka 11



Doc. dr. Andrej Kansky, dr. dent. med., predstojnik Kliničnega oddelka za maksilofacialno in oralno kirurgijo v UKC Ljubljana:
Maksilofacialna kirurgija v Ljubljani je v svetovnem vrhu na področju onkologije, travmatologije, rekonstrukcijske kirurgije, ortognatske kirurgije, kirurgije prirojenih nepravilnosti, zobne implantologije, predprotetične kirurgije, dentoalveolarne kirurgije ...



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 prepoznavne in obravnave nasilja v družini v sklopu zdravstvene dejavnosti
- primeri dobrih kliničnih in mednarodnih praks s področja prepoznavne 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.

Ob prenovi kodeksa zdravniške etike

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

Kodeks medicinske deontologije Slovenije (KMDS) je vsega spoštovanja vreden dokument, ki odraža več desetletij prizadevanj slovenskih zdravnikov, da bi poleg strokovnosti v svojem ravnanju vedno videli tudi etično dimenzijo

Pri delu zdravnika naj etika ne bo ovira, pač pa pomoč za varno delo: kot kompas, kot varnostni pas v avtomobilu.

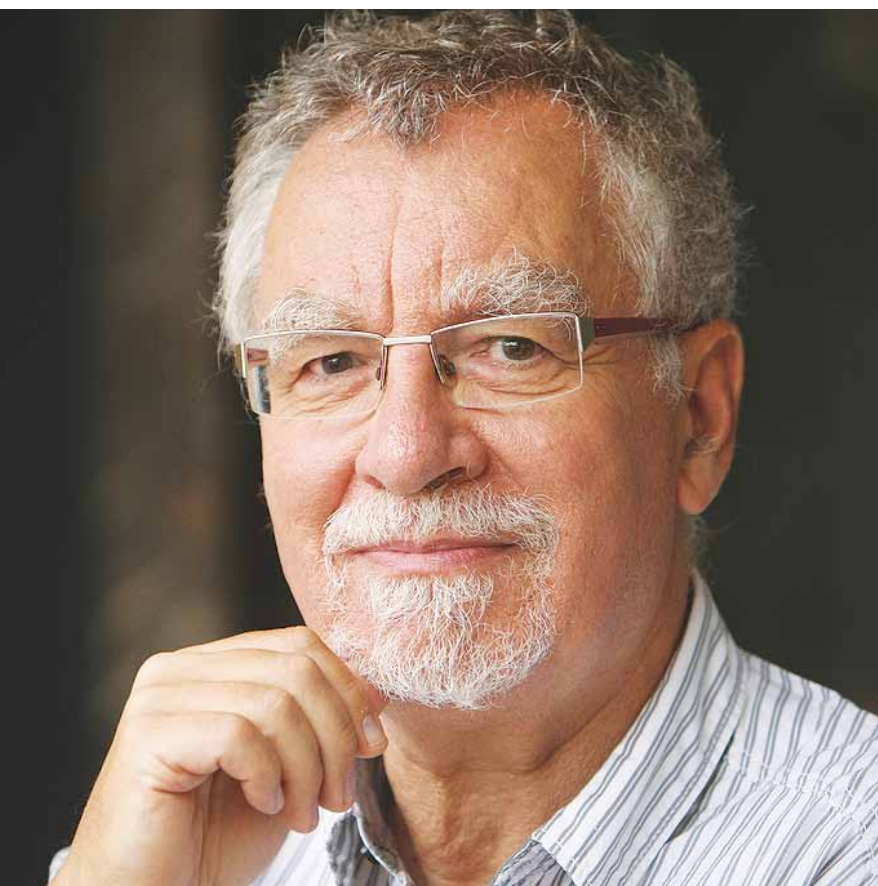
zdravniškega poklica. Že nekaj let pa smo ugotavljali, da dosedanji kodeks z zadnjimi spremembami iz leta 1997 ne daje več dobrih, jasnih napotkov za etično ravnanje zdravnikov. V njem je preveč nejasnosti, notranjih protislovij, idealiziranja in črno-belih stališč, manjka pa tudi vrsta vprašanj, ki so bistvena za etično delo zdravnika.

Skupščina Zdravniške zbornice Slovenije (ZZS) je decembra 2014 sklenila, da je potrebna prenova kodeksa, in mi zaupala nalogo, da zberem skupino, ki bo kodeks prenovila. V skupini so sodelovali prof. dr. Jože Balažic, prim.

prof. dr. Marjan Bilban, doc. dr. Zdenka Čebašek Travnik, doc. dr. Urh Grošelj, prim. izr. prof. dr. Matija Kozak, prim. mag. Brane Mežnar,

prim. Andrej Možina, Miha Oražem, dr. med., prim. Dušica Pleterski Rigler, prim. izr. prof. dr. Danica Rotar Pavlič in prim. doc. dr. Ksenija Tušek Bunc. Dr. Božidar Voljč kot predsednik Komisije za medicinsko etiko je bil prav tako povabljen k delu skupine, vendar ni želel sodelovati pri pripravi dokumenta, ki naj bi ga kasneje ocenjeval; kljub temu smo ga obdržali na seznamu prejemnikov vse naše korespondence, tako da je lahko ves čas spremljal naše delo.

Na prvih sestankih skupine v februarju in marcu 2015 smo se še enkrat vprašali, katere so slabosti Kodeksa medicinske deontologije Slovenije, ki naj bi jih v prenovljenem besedilu odpravili. Podrobno naštevaje po členih bi vzelo preveč prostora, zato tukaj navajam le nekatere. V KMDS najdemo kar nekaj primerov očitnih notranjih protislovij. Kot primer navedimo 5. člen: »Zdravnik je pri opravljanju svojega poklica v mejah svoje strokovne usposobljenosti samostojen in neodvisen ter za svoje delo odgovoren pred svojo vestjo, bolnikom in družbo«, ki je v nasprotju z 8. členom: »Zdravnikova ravnanja in ukrepi so vedno v skladu s smernicami, ki zagotavljajo nadaljnji razvoj zdravstva. V strokovnih in ekonomskih odločitvah ravna vedno racionalno, zavedajoč se, da mora v primeru omejenih materialnih možnosti najprej zagotavljati ustrezno zdravstveno varstvo najbolj ogroženim« in s 34. členom: »V delovni skupini odloča vodja, ki odgovarja za njene in svoje odločitve.« V treh členih torej nasprotujoča si stališča: samostojnost in neodvisnost, vendar hkrati upoštevanje smernic in pri omejenih materialnih možnostih racionalizacija ter povrh še hierarhično odločanje. Težko spreje-



mljiva je tudi belo-črna ločnica med uradno medicino in vsem, kar ne sodi vanjo. Ko se zavedamo problematičnosti zdravilstva, tega vprašanja vendarle ne moremo rešiti z banalno diskvalifikacijo: *»Zdravnik si mora prizadevati ... za odpravo splošne zaostalosti, vraž in mazaštva«* (4. člen KMDS). Danes neprimerna je prepoved oglaševanja: *»Vsaka neposredna ali posredna reklama ali publiciteta, ki nima vzgojnovarstvene in izobraževalnega cilja, je za zdravnika prepovedana«* (10. člen KMDS). Če tuji zdravniki lahko pri nas oglašujejo svoje delo, potem moramo pod določenimi pogoji to dopustiti tudi našim zdravnikom. Oporekamo lahko tudi določilom glede raziskovanja: *»Zdravnik mora imeti zagotovljeno možnost, da uvaja in uveljavlja nove diagnostične, terapevtske in preventivne metode, ki so znanstveno utemeljene«* (47. člen KMDS). Uvajanje novih načinov diagnostike in zdravljenja pač ni pravica, ki bi bila vsakemu zdravniku podeljena z diplomom, pač pa zahteva posebno usposobljenost. Tudi stališče *»Načrtovanje novih metod zdravljenja mora zagotavljati prednost pričakovanih koristi pred tveganjem za zdravje in življenje ljudi, ki so subjekt raziskav,«* je problematično: nujno ga je treba podrediti osnovnemu vodilu, da ima pri nasprotju interesov dobrobit posamičnega pacienta vedno prednost pred interesom raziskave.

Največja slabost dosedanjega kodeksa je, da niti z besedo ne omenja zdravnikovih sodelavcev, pa čeprav je jasno, da so za varno delo ključnega pomena urejeni odnosi v zdravstvenem timu ter jasna razmejitev odgovornosti in pravic vseh, ki sodelujejo pri zdravstveni obravnavi.

V skupini za prenovo kodeksa smo si za cilj zastavili sodobno in ne preveč obsežno besedilo brez nepotrebnih omejitev, idealiziranja ali moraliziranja, ki naj poleg etičnih smernic ponudi tudi priporočila za varno delo zdravnika. Po kritičnem branju KMDS in po pregledu vrste

kodeksov tujih zdravniških združenj smo naredili lepljenko. Preambuli in vrsti členov dosedanjega kodeksa smo dodali določila, ki smo jih povzeli iz tujih kodeksov ali pa smo jih po skrbnem tehtanju sami oblikovali. Od junija 2015 je bil osnutek prenovljenega kodeksa v javni obravnavi. V strpni razpravi je sodelovalo približno 50 zdravnikov in zdravnic in mnoge njihove predloge smo vključili v prečiščeno besedilo. V razpravo o prenovljenem kodeksu se je vključilo Slovensko zdravniško društvo, Komisija za medicinsko etiko in člani Razreda za medicinske vede SAZU. O prenovljenem kodeksu smo razpravljali na sejah skupščine ZZS junija 2015, decembra 2015 in aprila 2016, dokončno pa smo ga v drugem branju sprejeli na 85. seji skupščine ZZS 6. oktobra 2016. Teden dni kasneje, 14. oktobra 2016, je prenovljeni kodeks sprejela tudi skupščina Slovenskega zdravniškega društva.

Pred nami je dokument s sodobnejšim naslovom, ki je v primerjavi z dosedanjim kodeksom skoraj za polovico (natančneje: za 42 odstotkov) krajši, pa vendarle zajema vso širino zdravniškega poklica. Najobsežnejše je poglavje o odgovornosti do pacienta, temu pa sledita poglavji o odgovornosti do družbe in do poklica. Povsem nova so poglavja o odnosih v zdravstvenem timu, o gospodarskih dejavnostih v zdravstvu, o zdravniku v javnosti in o odgovornosti do samega sebe.

Že v 1. členu je očitno, da se nismo omejili izključno na etiko v ozkem pomenu besede. Zapisali smo: *»Pogoj za strokovno in varno delo so ustrezni kadrovske, materialni, časovni in prostorski pogoji.«* Ta stavek pomeni, da zdravnika ne smemo obsojati zaradi morebitne pomanjkljivosti pri kakovostni in varni obravnavi pacienta, če dela v neprimernih pogojih. Hkrati zavezuje zdravnike na vodstvenih delovnih mestih, da svojim zdravnikom omogočijo primerne pogoje za delo. Vsega strokovnega in etičnega bremena našega

poklica pač ne smemo naložiti na hrbet lečečega zdravnika!

Ob brušenju besedila smo se veliko vrteli okrog vprašanja, ali naj zdravnikom dovolimo ukvarjanje z metodami, ki jih uradna, znanstveno utemeljena medicina ne priznava. Vsi člani skupine glede tega nismo bili enakega mnenja, nasprotovanje smo slišali tudi na sestankih s predstavniki Slovenskega zdravniškega društva in s Komisijo za medicinsko etiko. Sedanje določilo, kjer jasno razmejujemo dovoljene dopolnilne od nedopustnih alternativnih postopkov diagnostike in zdravljenja, je po mojem prepričanju dobro. Mnogo je zdravstvenih težav, ki so psihosomatske narave in pri katerih farmakološka terapija ni nujno najboljša prva izbira. Take bolnike lahko obravnavajo zdravilci, pogosto brez kakršnekoli medicinske izobrazbe. Le zakaj jih torej ne bi smel prevzeti zdravnik s svojim razumevanjem diagnostike in z vedno odprto možnostjo, da »prestopi« na uradno zdravljenje? Če bo spoštoval tudi 4. člen kodeksa, ki prepoveduje, da bi zdravnik pacienta izkoriščal za osebno korist, potem v njegovem ravnanju ne vidim nič etično spornega. In še o mnenju, da naj bi vsa določila o zdravilstvu preprosto izpustili iz našega zdravniškega kodeksa, češ da nas ne zadevajo. Na tako mnenje odgovarjam: s tem bi izpustili možnost, da jasno odklonimo in obsodimo alternativno diagnostiko in zdravljenje, ki je strokovno in etično resnično hudo sporno.

Vem, mnogi bodo v novem kodeksu pogršali svojo usmerjenost v širokem polju zdravniških aktivnosti ali pa svoj pogled na etiko in etičnost. Razumeti moramo, da je kodeks zdravniške etike krovni dokument, ki zavezuje vse slovenske zdravnike, nikomur pa ne jemlje pravice do bolj natančno opredeljenih ali strožjih omejitev. V kratkem bodo v okviru Slovenskega zdravniškega društva sprejeli Kodeks sodelovanja zdravnikov s farmacevtsko industrijo. Tudi v nekaterih vejah medicine že imajo svoje etične kodekse. Nihče tudi ne

sme odreči zdravnikom pravice, da etiko in etičnost vidijo kot polje, ki ne sme biti žrtev kompromisa trenutnih družbenih norm. Glede tega se s spoštovanimi kolegi iz Združenja slovenskih katoliških zdravnikov v načelu strinjam, pa vendar zagovarjam stališče, da mora kodeks zdravniške etike kot krovni dokument podati priporočila, ki jim bodo lahko sledili vsi naši zdravniki, ne glede na nazor-sko usmeritev. Pravica do ugovora vesti, ki smo jo v 3. členu zapisali med splošna določila, pa pomeni, da bo lahko vsakdo med nami zvest svojemu etičnemu prepričanju.

Na koncu naj omenim dve poglavji, za kateri bi želel, da bi ju lahko zapisali drugače. Prvo je vprašanje suma strokovne napake. Priporočilo, kakor smo ga zapisali v 49. členu, je šibko. Želeli bi, da bi bilo ukrepanje ob sumu strokovne napake mnogo bolj odločno, usmerjeno v razkrivanje,

analizo in odpravljanje vzrokov napak. Jasno pa je: dokler bo zdravniška strokovna napaka kriminalno dejanje, do tedaj od zdravnikov ne moremo zahtevati, da bodo prijavljali svoje ali pa napake svojih kolegov. Zdravnika, ki kljub najboljšemu namenu stori napako, čaka zapor. V tej isti družbi gospodarstvenik ali politik lahko miselno zapravi desetine, pa tudi več sto milijonov evrov, pa se mu ne zgodi nič. Ni naklepa – ni kriv, tako pravijo. Spoštovani gospodje politiki, tudi z vašimi zapravljenimi milijoni bi lahko kupili helikopterje za zdravniško nujno pomoč ali zaposlili nove zdravnike ter reševali življenja. Ko bo zakonodajalec odpravil očitno krivico in dekriminaliziral zdravniško strokovno napako, bomo z veseljem popravili tudi svoj kodeks.

In čisto na koncu še beseda o evtanaziji. Odločen in jasen *ne* evtanaziji bo razočaral nekatere med

razmišljujočimi zdravniki, pa seveda med filozofi in modrijani vseh vrst. Takole pravim: ko bo v naši družbi prav vsakomur ne glede na socialni položaj ali kakršnokoli drugo okoliščino zagotovljena kakovostna in seveda brezplačna paliativna oskrba, tedaj se bomo lahko pogovarjali tudi o željah tistih (po mojem prepričanju redkih), ki bodo želeli skleniti svoje življenje. V naši realnosti pa je paliativna medicina hudo zapostavljena prav povsod – od zelo okrnjenega univerzitetnega izobraževanja in neobstoja specializacije do kadrovskih, prostorskih in seveda finančnih pogojev za delo na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstva. Pri tako šibko razviti in težko dostopni paliativni medicini bi priprta vrata za evtanazijo hitro postala široka pot, da se družba otrese bremena hudo bolnih. In zato se danes o evtanaziji (še) ne želimo pogovarjati.

Pregled vseh strokovnih srečanj na enem mestu!

Obiščite našo spletno stran:

www.domusmedica.si

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

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

Tu najdete tudi koledar kulturnih prireditev v Domus Medica.



Domus Medica
Slovenija

Uvodnik

- 3** Ob prenovi kodeksa
zdravniške etike

Matjaž Zwitter

K naslovnici revije

- 8** Doc. dr. Andrej Kansky,
dr. dent. med., predstojnik
Kliničnega oddelka za
maksilofacialno in oralno
kirurgijo UKCL

Alojz Ihan

Zbornica

- 14** Razpisujem volitve
predsednika
Marko Bitenc
- 15** Izjava o predlogu kandidature
za predsednika zbornice
- 17** Kodeks zdravniške
etike
- 22** Iz dela
zbornice

Aktualno

- 24** Nasilje nad zaposlenimi
v zdravstvu
Branko Gabrovec
- 25** Vpliv športa
na zdravje
- 31** Revija Zdravstveno varstvo je
vključena v PubMed
*Igor Švab, Ivan Eržen,
Saša Zupanič*
- 32** Ameriška regija brez
endemskih ošpic, kje je
Evropa?
Alenka Trop Skaza

Personaliala

- 33** Opravljeni specialistični
izpiti

Iz Evrope

- 36** Evropsko poročilo o mamilih:
Avstrija v predzadnji kategoriji

- 36** Gradiščanska: Vsak dan
gibalna enota v šolah

- 36** Prišli, da bi
ostali?

Zdravstvo

- 38** Nacionalna anketa o
izobraževanju za pridobivanje
kompetenc s področja
kakovosti v zdravstvu in
varnosti pacientov, 2016
*Andrej Robida, Biserka
Simčič, Brigita Skela Savič,
Zalika Klemenc Ketiš*

Forum

- 42** Čudeži se dogajajo, a ne?
Robert Oravec
- 44** Dogodek v izolski bolnišnici
Berta Jereb
- 44** Košarica
Nina Mazi
- 46** Omejevanje zdravniških
pravic
Miran Porenta

Intervju

- 47** Slovenska zdravnica v Nepalu
Polona Lečnik Wallas

Poročila s strokovnih srečanj

- 51** EUROPAD 2016
Jasna Čuk Rupnik
- 52** 3. mednarodna konferenca
o patofiziologiji stafilokokov
Irena Grmek Košnik
- 54** Tudi v zobozdravstvu lahko
imamo opravka z vitalno
ogroženim pacientom
*Uroš Zafošnik,
Robertina Benkovič*

Strokovne publikacije

- 56** Sistemska družinska terapija
Miloš Kobal

Strokovna srečanja

- 60** Zbornična izobraževanja za
zdravnike in zobozdravnike
- 62** Strokovna
srečanja
- 69** Mali
oglas

Obletnica

- 70** Prof. dr. Miloš Kobal
– 90-letnik
Maja Rus Makovec
- 73** 70-letnica ustanovitve
Otroškega oddelka Splošne
bolnišnice Celje
Katarina Meštrovič Popovič

V spomin

- 76** Ob smrti primarija docenta
dr. Jožeta Neudauerja
Branko Jerkovič
- 76** Prim. dr. Marija Berčič,
dr. med. (1928–2016)
*Jovan Miljković,
Gabrijel Borko*
- 77** Barbara Verovnik Moric,
dr. dent. med. (1974–2016)
Janez Gorjanc

S knjižne police

- 80** Igor Grdina, Primož Premzl:
Wilhelm von Tegetthoff in bitka
pri Visu 20. julija 1866
Marjan Kordaš

Zanimivo

- 83** Medikohistorična sekcija SZD
ob 180-letnici slovenskega imena
Maribor
*Gabrijel Borko,
Renata Završnik Mihič*
- 84** Cvetje na slovenskih tleh,
poimenovano po zdravnikih
*Zvonka Zupanič Slavec,
Andrej Seliškar,
Luka Pintar*

Zdravniki v prostem času

88 »Savudrijska polifonija« obarvala razstavišče UKCL

Katarina Majer

91 Pesmi

Tomaž Rott

92 Prizori z Altaja 2016 (1. del)

Eldar M. Gadžijev

94 54. tradicionalno srečanje slovenskih in hrvaških upokojenih zdravnikov, članov SZD in HLZ

Marjeta Rendla Koltaj

Zavodnik

97 Kaj je novega, zdravnica?

Jana Govc Eržen

Kolofon

Leto XXV, št. 11, 1. november 2016

Natisnjeno 10.100 izvodov

Datum tiska: dan pred izidom

UDK 61(497.12) (060.55)

UDK 06.055:61(497.12)

ISSN 1318-0193 CODEN: ISISF9

IZDAJATELJ IN ZALOŽNIK

Zdravniška zbornica Slovenije

Dunajska cesta 162, p. p. 439

1001 Ljubljana

W: <http://www.zdravnikazbornica.si>

T: 01 30 72 100, F: 01 30 72 109

E: gp.zzs@zss-mcs.si

Transakcijski račun: 02014-0014268276

PREDSEDNIK

Prim. Andrej Možina, dr. med.

UREDNIŠTVO

Slavka Sterle, Marija Cimperman

Dunajska cesta 162, p. p. 439

1001 Ljubljana

W: <http://www.zdravnikazbornica.si>

Isis online: ISSN 1581-1611

T: 01 30 72 152, F: 01 30 72 109

E: isis@zss-mcs.si

ODGOVORNI IN GLAVNI UREDNIK

Prof. dr. Alojz Ihan, dr. med.

E: alozj.ihan@mf.uni-lj.si

T: 01 543 74 93

UREDNIŠKI ODBOR IN NOVINARJI

Prim. asist. mag. Martin Bigec, dr. med.

Izr. prof. dr. Vojko Flis, dr. med.

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. Poštšina je plačana pri pošti 1102 Ljubljana.

**Doc. dr.
Andrej
Kansky, dr.
dent. med.,
predstojnik
Kliničnega
oddelka za
maksilo-
facialno in
oralno
kirurgijo
UKCL**

Prof. dr. Alojz Ihan, dr. med., ZZS
alozj.ihan@mf.uni-lj.si

Doc. dr. Andrej Kansky, dr. dent. med., je predstojnik Kliničnega oddelka za maksilofacialno in oralno kirurgijo UKC Ljubljana, kjer zdravijo okoli 22.000 pacientov na leto; 7000 pacientov potrebuje manjši operacijski poseg v lokalni anesteziji, 1000 pacientov pa večji poseg v splošni anesteziji.

Javno podobo medicine v zadnjem letu krojijo razprave o čakalnih vrstah, ki odražajo pomanjkanje zdravnikov določene stroke in/ali plansko (pod)financiranje določenih vrst posegov v manjši meri, kot so realne potrebe slovenskih bolnikov. Glede teh problemov ste lani v odprtem pismu direktorju UKC napisali vrsto zanimivih in zelo konkretnih podrobnosti v zvezi z vašo kliniko, ki se prav tako lahko »pohvali« z zelo dolgimi čakalni-



mi dobami. Omenili ste preobremenjenost zdravnikov in njihov posledični umik v zasebnost, kar še pogloblja probleme, saj slovenski pacienti iz vrhunskega strokovnjaka za velike operacije dobijo ambulantnega zasebnika za male posege.

Odrpito pismo sem napisal, ko sta sedmim specialistom, ki so odšli iz UKCL, sledila še dva maksilofacialna kirurga. Razlogi za odhod so nezadovoljstvo zdravnikov zaradi neurejenih razmer in pritiski na zdravnike. Slovenska medicina je v strokovnem smislu odlična, organizacija zdravstva pa je mizerna. Če pogledam, kje smo bili leta 1985, ko sem začel službo, in danes, vidim, da smo naredili ogromno, ponosen sem, da sem del tega napredka, da brez sramu stojimo ob boku najbolj razvitim. Maksilofacialna kirurgija v Ljubljani je v svetovnem vrhu na področju onkologije, travmatologije, rekonstrukcijske kirurgije, ortognatske kirurgije, kirurgije prirojenih nepravilnosti, zobne implantologije, predprotetične kirurgije, dentoalveolarne kirurgije ... Danes z istim številom zaposlenih naredimo dva- do trikrat več kot pred tridesetimi leti, tu so nove tehnike, novi posegi, oprema, znanje, prostorsko smo še vedno v istih prostorih na istih kvadratnih metrih, z isto organizacijsko strukturo. V 22-milijonski Jugoslaviji v zdravstvu ni bilo čakalnih vrst (so bile pa za olje, sladkor, avtomobile), vse se je naredilo sproti, danes pa za 2 milijona prebivalcev ne moremo poskrbeti! Saj niso vsi Slovenci bolni? Valvasor v Slavi vojvodine Kranjske piše, da za zdravnike na Kranjskem ni mnogo posla, ker klani Kranjci neradi zaupajo zdravnikom, pa tudi sami si znajo pomagati z zelišči in naravno medicino. Najbrž smo se v štiristo letih spremenili in nismo več klani, zdravniki na zelišča poznajo le redki, zaradi odtujenosti pa radi obiskujemo zdravnike. Če sta včasih za operacije zadoščala skalpel in nit, imamo danes

vrsto diagnostičnih naprav, drage kirurške pripomočke, nove materiale, nova spoznanja in vse to stane.

Kako te probleme rešujete v UKCL?

Z velikimi težavami smo se za silo opremili. Pozabljamo, da UKCL ni bolnišnica, kamor bi zdravnik prišel delat in bi imel že na razpolago primerne prostore in opremo. Da lahko normalno delamo, smo si morali priboriti pravzaprav vse, od postelj, opreme, izobraževanj ... Zdravniki v UKCL smo po eni strani profesionalci, poleg tega pa še menedžerji, organizatorji, pacienti odvetniki ... Nekaj primerov: moj šef prof. Jurca je bil tip dobrega vodje in je imel posluš za razvoj stroke, na pobudo nas mlajših je znal priboriti nujne stvari, da se je stroka lahko razvijala, opremili smo se z mikroskopom, miniploščicami, endoskopom, zobnimi vsadki, vrtalniki ... Zato se je lahko razvijala rekonstruktivna kirurgija, travmatologija, ortognatska kirurgija, endoskopska kirurgija, implantologija in ostalo. Z golimi rokami danes ne gre več.

Zdravniki si iz lastnih sredstev kupujemo instrumente, aparate. Čeprav opravimo veliko zahtevnega dela, nas vodstvo stalno prepričuje, da smo v izgubi, da ni denarja za nadure, opremo, nove prostore ... Če ne bi imeli zasebnih zdravnikov in tudi zavodov, bi še vedno verjeli, da je z nami nekaj narobe. 2,5 milijarde zdravstvenega denarja ni majhen znesek, tudi 400 milijonov, kolikor naj bi dobil UKCL, ne, vprašanje pa je, koliko denarja zares ostane v zdravstvu.

Po Pravilniku o zagotavljanju sredstev, pridobljenih iz dela amortizacije javnih zdravstvenih zavodov, so javni zdravstveni zavodi dolžni mesečno odvajati 20 odstotkov celotne amortizacije Ministrstvu za zdravje, ki upravlja z lastnino slovenskih bolnišnic. To ni malo denarja, zato je težko razumeti, da Klinični oddelek za maksilofacialno in oralno kirurgijo, pa tudi Stomatološka klinika še vedno

delata v prostorih, ki so bili zgrajeni leta 1954, da ni denarja za novo zgradbo, za opremo. Leta 2012 je bil svečano odprt Fabianijev most, cesta od takrat teče dva metra od oken naših ambulant. Protihrupna zaščita je bila zgrajena samo do sosednje ORL-klinike, pred našimi ambulanta-mi pa so bile štiri leta kovinske planke, prenašali smo hrup s ceste, avtomobilski smrad in prah. Po štirih letih stalnega opozarjanja smo končno dobili stekleno zaščito, ki jo je v končni fazi plačalo Ministrstvo za zdravje.

Vse se vrti okoli denarja. Kaj nas čaka?

Imamo vrhunsko medicino, kjer praktično vse storitve pokriva državna zavarovalnica, državljani imamo pravico do vrhunskih zdravnikov in njihovih storitev, ne moremo pa priti na vrsto! Državno vodeno zdravstvo je po moje dobra stvar, če je vodeno strokovno in na realnih predpostavkah. V naši državi je zdravstvena politika zgrajena na temeljih iz leta 1945. Če so bili ti temelji dobri za izgradnjo socialističnega sistema zdravstvenega varstva, danes niso več dobri, zato se zdravstveni sistem resno maje.

Kje je problem?

Problemov je več in so večplastni, zato je treba začeti pri temeljih. Zdravstvo je povsod po svetu ekonomska kategorija in boljše kot je, več stane, uporabniki pa morajo storitve pač plačati. Izvajalci morajo pripraviti nabor storitev in cenike, politika mora povedati, kaj in komu bo plačala iz skupnih fondov (recimo temu socialno zavarovanje), ostalo pa je stvar dodatnih zavarovanj in samoplačništva. Pri nas z zdravstvom lahko služijo vsi razen zdravnikov. Meni je kot pacientu nelagodno, če vem, da je kirurg, ki mi rešuje kožo, plačan 13 evrov na uro. Pacient od svojega zdravnika želi vse najboljše, istega zdravnika pa država prepričuje, da je javni uslužbenec, da ima plačo, kot mu po razredu pripada, in naj dela 40



ur na teden. To s podobo dobrega zdravnika enostavno ne gre skupaj, tako nas ne vidijo pacienti, tako si ne želimo delati sami.

Kako je s čakalnimi dobami?

Ukrepi, ki jih trenutno sprejema vlada, vodijo v povsem napačno smer. Čakalne dobe niso stvar zdravnikov, bolnišnic in zdravstvenih domov, čakalne dobe so nastale, ko je politika zdravstvo vzela iz rok zdravnikov in ga položila v naročje zdravstvenim administratorjem. Birokrati so iz uporabnikov in izvajalcev zdravstvenih storitev naredili sovražnike. Birokrati bodo izpraznili čakalnice in ambulate. Zdravniki bodo v praznih ambulantah čakali paciente, pacienti pa bodo doma čakali, da bodo prišli na vrsto. Če pregledaš pacienta, ki ni bil vpisan v čakalni seznam, in plačaš kazen 250 evrov, ker si kršil zakon o čakalnih vrstah, tega na boš storil nikoli več. Pregledam deset pacientov preko vrste in mi vzamejo mesečno plačo! Česa takega se še Orwell ni spomnil.

Kako se na to odziva vodstvo UKCL?

UKCL je s preko 7000 zaposlenimi največje javno podjetje v Ljubljani, morda celo v Sloveniji, zato je slabo pregledno in ga ni lahko voditi. Če predpostavljamo, da bolnišnica živi in služi od zdravstvenih storitev, potem je za njen zaslužek ključnih 800 specialistov, zaradi katerih v bolnišnico prihajajo bolniki. Tem ljudem UKCL ni ravno prijazen delodajalec, zato je med zdravniki veliko nezadovoljstva, kar je tudi razlog za stavko. Dejstvo je, da s plačo specialista v UKCL težko plačuješ kredit za stanovanje in vzdržuješ družino, zato večina zdravnikov dela tudi izven bolnišnice. Vodstvu gre to v nos in namesto da bi se trudilo vzpostaviti pogoje, da bi specialisti delali za dodatno plačilo znotraj UKCL in bi vsi nekaj pridobili, nas skuša ovirati z elektronskim beleženjem prisotnosti, z ukinjanjem soglasij za delo zunaj bolnišnice, s kaznovanjem zaradi dolgih čakalnih dob, s prepovedjo gibanja nepooblaščenih oseb v UKCL,

s kratenjem zdravniškega ugleda v medijih, z ustvarjanjem afer.

Kam to pelje?

Imamo liberalni kapitalizem, ki velja za vse, razen za zdravnike, vse metode za zaslužek so legitimne, razen plačila za delo, spoštujemo vse podjetniške oblike, razen poštenih, lahko prodajajo meglo, znanja pa ne moremo. Ljudi, ki želijo soglasje za delo zunaj UKCL, ki bodo dohodke prijavili, plačali davke, razbremenili javni sistem in pomagali ljudem, se prikazuje kot rušilce javnega zdravstva. Resnica je obratna, rušilci javnega zdravstva so tisti, ki so ustvarili pogoje, da sistem ne deluje. Tisti, ki v zdravstvo z velikimi vlaganji vpeljujejo neustrezne novosti, npr. informacijske sisteme, in ga birokratizirajo do nefunkcionalnosti.

Zakaj je ura tako moteča?

Ura meri čas, sama po sebi ni moteča. Pri nas časovna prisotnost ni noben problem, uvajanje štempljanja je pa jasen znak nezaupanja vodstva do dela zdravnikov. To nezaupanje se prenaša na odnos bolnik – zdravnik, kar pa je problem. Bolnika ne moreš zdraviti, če ti ne zaupa! Poleg tega je časovna prisotnost eno, delovna učinkovitost drugo, kakovost tretje. Kakovosti se ne da doseči na silo, z ukazom, z obrazci in parafami, ne da se je meriti z elektronsko uro. To lahko izmerimo in cenimo samo tisti, ki se na stvari dobro spoznamo! Ura je nezaupnica šefom in predstojnikom, češ da zaposlenim niso kos.

Kaj pa so rešitve?

Čakalne dobe je možno skrajšati na nič z zelo preprostimi ukrepi: realnim plačevanjem zdravstvenih storitev in poštenim nagrajevanjem tistih, ki delajo! Kontroliranje čakalnih seznamov, elektronsko naročanje in elektronski recepti nam pri tem ne bodo nič pomagali! Z novostmi, ki se uvajajo, se velika količina javnega denarja odliva stran od bolnikov in izvajalcev, zato bodo v prihodnosti razmere še slabše. V katero smer

zdravstvo pripelje uravnilovka in nemotivirani zdravniki, si nočem niti predstavljati. Podobno kot staro hišo, ki jo je težko popraviti tako, da bomo v njej zadovoljni, je treba zdravstveni sistem postaviti na novih zdravih temeljih, pri tem pa politika potrebuje vizionarja, ki bo celoten postopek speljal v korist uporabnikov in izvajalcev.

Kako v luči teh problemov živite in delate na Kliničnem oddelku za maksilofacialno in oralno kirurgijo?

Maksilofacialna in oralna kirurgija predstavlja relativno majhen del v primerjavi z ostalo medicino. Do leta 1996 smo bili samostojna klinika, a ker smo bili najmanjša klinika v UKCL, se je vodstvo, ki ima raje večje sisteme, odločilo in nas z odlokom priključilo Kirurški kliniki. V praksi je to pomenilo manj samostojnosti, težjo pot do potrebne opreme in nabav, še enega šefa med predstojnikom in generalnim direktorjem. Po hudih mukah smo leta 2011 prenovili glavno operacijsko dvorano in sobo za intenzivno nego, sedaj imamo v načrtu prenovu ambulantnih prostorov. Pokamo po šivih in bi potrebovali še eno novo operacijsko dvorano in novih 500 m² prostorov za ambulantno kirurgijo. Strokovno smo v redu, zdravimo veliko bolnikov, uspešno delamo zapletene stvari, uvajamo sodobne metode. Številčno nas kronično primanjkuje, posebno med študijskim letom zaradi številnih obveznosti na MF.

Vaše področje se ukvarja s človeškim obrazom, ne toliko s tistim, kar se vidi na prvi pogled, ampak z njegovo infrastrukturo, kostmi, živci, žilami, mišicami.

Maksilofacialna in oralna kirurgija je specialistična dejavnost, ki se ukvarja z zdravljenjem in rehabilitacijo prirojenih in pridobljenih patoloških stanj glave, obraza, ustne votline, čeljusti in vratu. Nepravilnosti lahko nastanejo zaradi bolezenskih spre-

memb, nepravilnega razvoja, tumorjev, poškodb in starostnih pojavov.

Dejavnost maksilofacialne in oralne kirurgije vključuje zdravljenje poškodb, tumorjev glave in vratu, rekonstruktivno kirurgijo glave in vratu, zdravljenje prirojenih napak obraza, razvojnih motenj ustne votline, glave in vratu, zdravljenje vnetnih stanj, dentoalveolarno kirurgijo, zdravljenje sprememb ustnih sluznic, obrazne bolečine, predprotektično kirurgijo z implantologijo, bolezni in nepravilnosti temporomandibularnega sklepa, tumorskih sprememb žlez slinavk.

Kdaj se je začel njen razvoj pri nas?

Maksilofacialna in oralna kirurgija se je kot samostojna stroka razvila v obdobju med prvo in drugo svetovno vojno. Nosilca razvoja v Sloveniji sta bila prof. dr. Jože Rant (1896–1972) in prof. dr. Franc Čelešnik (1911–1973). Posebno slednji je s svojim strokovnim, pedagoškim, raziskovalnim in publicističnim delom pustil v stroki neizbrisen pečat. Zaradi velikih zaslug za razvoj stroke je bil leta 1970 izbran za prvega predsednika Evropskega združenja za maksilofacialno in oralno kirurgijo in leta 1972 je v Ljubljani organiziral prvi kongres združenja.

V čem se vidi napredek?

Na vsakem od prej naštetih področij. Maksilofacialna kirurgija je v zadnjih tridesetih letih dosegla velikanski napredek. V tem obdobju so se zaporedno pojavili ortopantomogram, računalniška tomografija (CT), magnetna resonanca (MR), ultrazvok. Uvedba vsake od teh diagnostičnih metod je bistveno razširila način prikazovanja kirurške anatomije in omogočila tridimenzionalno predstavo patoloških sprememb. Nove preiskave so omogočile pogled v mehka tkiva glave in vratu ter notranjost skeleta in tako bistveno spremenile razumevanje patoloških sprememb ter pozitivno vplivale na kirurške odločitve pri zdravljenju.

V tretjem tisočletju napredek stroke sledi novim tehničnim možnostim, ki jih omogočajo strojna tehnologija, biotehnologija, računalništvo, biokemija in fiziologija.

Kaj je novega pri poškodbah?

Pri travmatološki oskrbi sta bistven korak k spremembam v sedemdesetih letih pomenila razvoj osteosintetskih materialov in filozofija o funkcionalno stabilni osteosintezi s takojšnjo pooperativno rehabilitacijo. Zaradi težav pri adaptaciji in postavitvi velikih jeklenih plošč so se kot odgovor na težave pojavile manjše (mini) ploščice, ki so jih v devetdesetih letih začeli delati iz titana in so še danes v vsakodnevni uporabi. Mini-ploščice so omogočile, da lahko zlome po anatomske repoziciji uvrstimo v pravem položaju in z minimalno invazivnimi pristopi omogočimo celjenje. Danes z minimalno obolenostjo lahko zdravimo večino zlomov obraznega skeleta. Najzahtevnejši posegi so v zvezi s fronto-nazo-orbitalnimi poškodbami, operacije zlomov očesnih votlin in nosu, operacije kondilarnih odrastkov, tudi poškodbe zob so lahko zelo neugodne za zdravljenje.

Mnogi mislijo, da se z rakom ukvarjajo samo na Onkološkem inštitutu.

Onkologija je pomemben del našega dela in skupaj z rekonstrukcijo tudi najbolj zahteven. Ustna votlina in žrelo sta najpogostejši lokaciji primarnih tumorjev glave in vratu, vsako leto je 250 do 300 novih primerov, pri nas naredimo 80–100 večjih operacij. Trideset odstotkov karcinomov glave in vratu je lokaliziranih v ustni votlini. Več kot devetdeset odstotkov med njimi je ploščatoceličnih karcinomov, sledijo tumorji malih žlez slinavk, melanomi, limfomi in sarkomi.

Večina bolnikov z rakom ustne votline in žrela je moških, v zadnjem desetletju opažamo porast malignih obolenj tudi pri ženskah in obolenje mlajše populacije. Razširjenost bolezni ob začetku zdravljenja je ključni napovedni dejavnik za priča-

kovano možnost ozdravitve. Zdravljenje se začne s postavitvijo diagnoze, ugotovitvijo razširjenosti bolezni in splošnega stanja bolnika. Temu sledi načrt zdravljenja, o katerem se dokončno dogovorimo na maksilofacialno-onkološkem konziliju. Zdravljenje se začne z operacijo, pri napredovalih tumorjih nadaljuje z radioterapijo in v redkih primerih s kemoterapijo. Operativno dejavnost izvajamo na našem oddelku, radioterapija in kemoterapija pa se izvajata na Onkološkem inštitutu. Kirurško zdravljenje praviloma sestavljajo začasna traheotomija, operacija na vratu (izpraznitve ležišč bezgavk), odstranitev tumorja do zdravega tkiva, patohistološki pregled robov z zmrzlim rezom in rekonstrukcija (z ustreznimi mehko tkivnimi in kostnimi reznji). Pooperativna rehabilitacija traja običajno od 7 do 30 dni (odvisna je od splošnega stanja bolnika), 4 do 5 tednov po operativnem zdravljenju pa se začne dodatno onkološko zdravljenje (radioterapija in morebitna sočasna kemoterapija). Bistven napredek predstavlja dobro načrtovana 3D-rekonstrukcija. Preživetje pri nas operiranih bolnikov je boljše v primerjavi s statističnim povprečjem v ZDA in EU.

Otroška kirurgija je prav tako del maksilofacialne kirurgije.

Heilognatopalatoshize (zajčja ustnica in volčje žrelo) so najpogostejše obrazne razvojne nepravilnosti, pojavljajo se na eno od 700 rojstev. Obravnava se začne takoj po rojstvu, pri zdravljenju sodeluje tim strokovnjakov različnih specialnosti: neonatolog, pediater, maksilofacialni kirurg, logoped, avdiolog, pedontolog, otorinolaringolog, ortodont, psiholog. Cilj zdravljenja je doseči sprejemljiv videz, zagotoviti normalno rast in razvoj ter omogočiti normalen govor in hranjenje. Na Kliničnem oddelku za maksilofacialno in oralno kirurgijo v Ljubljani zdravimo obrazne nepravilnosti od leta 1948 dalje; operiramo vse otroke, ki se rodijo v Sloveniji. Otroke zdravimo po točno določenem proto-

kolu: po rojstvu dobijo nebno ploščo, operirani pa so pri starosti 6 mesecev, ko se operira ustnica, 12 mesecev, ko se naredi zapora mehkega neba, in pri starosti 30 mesecev, ko se naredi zapora trdega neba in čeljustničnega grebena. Korektivni posegi na čeljustnicah, zobeh, nosu, žrelu, ušesih se izvajajo še v predšolskem obdobju in po končani rasti. Najboljši rezultati so pri pacientih, ki med zdravljenjem dobro sodelujejo, s kirurgijo pa jim omogočimo neovirano dihanje skozi nos in pravilno držo ustne votline, pravičen razvoj in normalen videz.

Pojem razvojnih nepravilnosti obraza je zelo širok, kaj pravzaprav vi delate?

Področje razvojnih nepravilnosti obsega pravzaprav vse, kar se na obrazu in v ustih narobe razvija in raste: mehka tkiva, hrustanci, kosti, zobje. Maksilofacialni kirurgi smo tradicionalno bolj usmerjeni na kosti in zobe, smo se pa razvili tudi na področju mehkih tkiv. Pri ugotavljanju in prepoznavanju razvojnih obraznih nepravilnosti moramo imeti jasno predstav o tem, kakšen je pravičen razvoj, kakšna so normalna obrazna razmerja glede na lobanjsko bazo in kaj želimo doseči z operacijo. Pomembno je, da nepravilen razvoj pri otroku zgodaj prepoznamo, spremljamo in ga usmerjamo že pred kirurškim zdravljenjem. Zdravljenje načrtujemo timsko, na kirurško-ortodontskih konzilijih. Za dober rezultat zdravljenja je pomembno pravilno ortodontsko zdravljenje, pravilno načrtovanje in dobra izvedba operacije. Najpogostejše zdravimo mandibularni prognatizem (z razkolno osteotomijo mandibule in pomikom čeljusti nazaj), maksilarno retrognatijo (z osteotomijo maksile po tipu LeFort I in pomikom naprej) in mandibularno retrognatijo (z razkolno osteotomijo mandibule in pomikom čeljusti naprej). Pogosto izvajamo posege na zgornji in spodnji čeljusti sočasno, pri vsakem posegu pa je poleg funkcionalnosti zelo pomemben estetski rezultat. Posegov na zobeh pa je



seveda zelo veliko in večino se jih dela v okviru ambulantne kirurgije.

Kaj je dentoalveolarna kirurgija? Kakšna je razlika med oralno in maksilofacialno kirurgijo?

Oralna kirurgija je v bistvu dentoalveolarna kirurgija in vključuje operacije na zobeh in obzobnih tkivih, vključno s puljenjem zob. Poleg tega se ukvarja še z boleznimi in patološkimi stanji ustne sluznice, obrazno bolečino, nadomeščanjem manjkajoče kosti na čeljustničnih grebenih, s predprotetično kirurgijo in implantologijo. Od številnih bolezenskih stanj sta najpogostejša vzroka za bolezn in izgubo zob karies in parodontitis. Na pojav obeh bolezni v največji meri vplivajo ustna higiena, prehranske navade, genetski dejavniki in dejavniki iz okolja. Najpogostejše operacije na področju oralne kirurgije so odstranjevanje modrostnih zob, zapletene ekstrakcije zob in ekstrakcije pri sistemsko ogroženih bolnikih. Z različnimi metodami dentoalveolarne kirurgije zdravimo procese na zobeh, spremembe na čeljustih in ustnih sluznicah s ciljem pozdraviti zobe in obzobna tkiva, podaljšati življenjsko dobo zob in zagotoviti bolnikom možnosti za primerno estetsko in funkcionalno rehabilitacijo ustne votline. Področje kirurgije se zelo hitro razvija; opravimo vedno več kostnih nadgraditev atrofiranih čeljustničnih (alveolarnih) grebenov, transplantacij zob, apikotomij, odstranitev cist. Maksilofacialna kirurgija v celoti pokriva delovno področje oralne

kirurgije. V praksi se vidi, da se oralna kirurgija v glavnem izvaja ambulantno, ker gre za manjše operacije, maksilofacialna pa večinoma bolnišnično zaradi potrebe po splošni anesteziji.

Kdo zdravi odontogena vnetja?

Odontogena vnetja so najpogostejši vzrok za vnetne spremembe v ustni votlini. Prvi jih zdravijo zobozdravniki, če gre za napredovale primere, oralni kirurgi, če bolniki potrebujejo bolnišnično zdravljenje, pa se zdravijo pri nas. Kadar so prisotni vsi vnetni znaki, vključno z zobobolom, karioznim zobom in vnetno resorpcijo kosti okoli zobne korenine, je možnost za napako pri postavljanju diagnoze majhna, kadar pa so znaki neizraziti ali zabrisani (kar je pri prepogosti uporabi antibiotikov pogosto), je za postavljanje diagnoze potrebno več znanja in izkušenj. Pomembno je, da pri pacientih opravimo vse potrebne diagnostične preiskave, saj včasih tudi tumorje lahko zamenjamo z vnetnimi stanji, napačno zdravljenje pa je lahko usodno.

Kje je danes zobna implantologija?

Implantologija je danes veja stomatologije, maksilofacialne in oralne kirurgije. Gre za to, da manjkajoče zobe zamenjamo s titanovimi vijaki – nadomestki zob. Je del predprotetične kirurgije. Implantologija je konec osemdesetih let prinesla revolucijo v stomatologijo in lahko rečemo, da se je izkazala za uspešno. Pred implantati je bilo nemogoče protetično reševati primere hudih atrofij čeljustnične kosti, pri izgubi enega zoba je bilo za mostiček treba obrusiti sosednje zdrave zobe. Danes lahko rečemo, da so zobni implantati temelj stomatološke protetike. Vsi problemi tudi z implantati seveda še niso rešeni; če ni dovolj kosti, je problem, manjkajočo kost je treba najprej zgraditi nazaj (kar ni vedno lahko), potem je možno vstaviti implantate.

Kljub dobrim kirurškim rešitvam je na prvem mestu še vedno preventiva. Dobra ustna higiena je ključna za zdravo ustno votlino. Za čiščenje zob ne potrebujemo zobozdravnika, higienika, kirurga, implantologa, to lahko delamo sami z zobno ščetko, nitko in toplo vodo.

Na kaj je po vašem mnenju treba biti pozoren, da bo razvoj področja pri nas šel v smer kakovosti, primerljive z razvitim svetom?

Tako kot za ostala področja v medicini, so pomembni dober kader, znanje, tehnične možnosti in tudi oprema. Tudi pri nas brez nenehnega izobraževanja ne gre. Če je bilo ob mojih kirurških začetkih pomembno izboriti opremo, dostop do preiskav in se naučiti novih tehnik, vidim v prihodnosti potrebo po tem, da v naš prid izkoristimo, kar nam ponuja sodobna tehnologija. Nove računalniške tehnologije, trodimenzionalne predstavitve, računalniške simulacije, biotehnologije, robotska kirurgija – vse to bo zahtevalo timsko, multidisciplinarno delo, posameznik je ob množici dostopnih informacij zelo omejen. Dobra kirurgija se bo razvijala v takih centrih, kjer bo dovolj kakovostnih kadrov; da bi take kadre obdržali, pa je pomemben tudi denar.

Lahko izpostavite najuspešnejše posege – glede na razvoj v svetu – na Kliničnem oddelku za maksilofacialno in oralno kirurgijo UKCL?

Prav na vseh predhodno naštetih področjih smo dobri, ni nas sram pokazati rezultatov pred svetovno strokovno javnostjo. Krivico bi delal, če bi izpostavil samo en poseg ali enega kirurga. Pa ne gre samo za kirurga, pri težkih bolnikih morajo biti vsi deli medicine in zdravstva na visoki ravni, če želimo dobre rezultate. In ne samo to, vsi deli morajo med seboj dobro sodelovati, kot dobro naoljen stroj. Če tega ni, postane zdravljenje nevarno. Zdravniki, medicinske sestre, kirurgi, anesteziolo-

gi, zdravniki, ki izvajajo diagnostiko, negovalke, rehabilitacija morajo v dobri bolnišnici delati kot orkester, sicer nastanejo problemi. Na področju zahtevnih primerov zdravljenja raka, se lahko pohvalimo z 78-odstotnim petletnim preživetjem, kar je krepko nad evropskim povprečjem. Dobre rezultate imamo na področju zdravljenja heilognatopalatoshiz, na področju ortognatske kirurgije, implantologije. Pomembno je vedeti, da imamo 24-urno dežurno službo za oskrbo nujnih stanj in lahko v zelo kratkem času organiziramo ekipo za zdravljenje najzahtevnejših obraznih poškodb. Samo najboljši centri na svetu, tako kot mi, operirajo zlome kondilarnih odrastkov. Vedno se je mogoče še izboljšati. Relativno zanič smo na področju publiciranja in objav (kar danes edino šteje). Razlog je v pomanjkanju časa, premalo kadra in v tem, da postaja publiciranje v strokovni literaturi »full time job« in z občasnimi poizkusi ne prideš daleč. Nedvomno se moramo na tem področju vsaj malo popraviti, nisem pa prevelik optimist, saj imajo danes »opinion leaderji« za seboj premožne institucije, raziskovalne time in bogate raziskovalne fonde.



Datum: 1. 11. 2016

Na podlagi 24. člena Poslovnika o delu skupščine, izvršilnega odbora ter njenih organov
(besedilo sprejeto na skupščini Zdravniške zbornice Slovenije dne 4. 12. 2007)

RAZPISUJEM VOLITVE PREDSEDNIKA

**Zdravniške zbornice Slovenije
za 13. december 2016**

Predsednik Zdravniške zbornice Slovenije se voli na neposrednih, splošnih in tajnih volitvah
13. decembra 2016.

Volitve se opravijo z glasovanjem po pošti.

Za predsednika zbornice lahko kandidira vsak član zbornice, ki pri volilni komisiji vloži prijavo, iz katere izhaja, da je njegovo kandidaturo predlagalo vsaj petdeset zdravnikov s podpisano izjavo (obrazec izjave je objavljen v nadaljevanju), da so kandidaturo predlagali najmanj trije regijski odbori ali da kandidaturo predlaga izvršilni odbor.

Kandidat za predsednika zbornice mora ob kandidaturi vložiti tudi izjavo, da ni nosilec funkcij v organih političnih strank.

Upoštevane bodo le tiste kandidature, ki jih bo volilna komisija prejela najkasneje do 17. novembra 2016 do 16. ure.

Nepopolnih kandidatur volilna komisija ne bo upoštevala.

Kandidature za predsednika zbornice je potrebno poslati na naslov:
Zdravniška zbornica Slovenije, volilna komisija, Dunajska cesta 162, 1000 Ljubljana.

Kandidati za predsednika zbornice lahko od objave volitev dalje objavijo svojo predstavitev in program v glasilu zbornice največ enkrat, na največ treh straneh. Svojo kandidaturo lahko kandidati predstavljajo tudi na drug način, ki spoštuje kodeks medicinske deontologije ter dostojanstvo zdravnika in zdravniškega poklica.

*Mag. Marko Bitenc, dr. med.
predsednik skupščine Zdravniške zbornice Slovenije*

VOLITVE 2016

Obr. št. 5

IZJAVA O PREDLOGU KANDIDATURE ZA PREDSEDNIKA ZBORNICE

**Spodaj podpisani/-a član/-ica Zdravniške zbornice Slovenije
predlagam kandidaturo**

(ime in priimek kandidata)

**za predsednika/predsednico
Zdravniške zbornice Slovenije na volitvah 2016.**

Ime in priimek:
(s tiskanimi črkami)

Naslov:
(s tiskanimi črkami)

Podpis:

1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		

18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		
31.		
32.		
33.		
34.		
35.		
36.		
37.		
38.		
39.		
40.		
41.		
42.		
43.		
44.		
45.		
46.		
47.		
48.		
49.		
50.		

**Slovensko zdravniško društvo
in
Zdravniška zbornica Slovenije**

KODEKS ZDRAVNIŠKE ETIKE

Kodeks je bil sprejet 12. 12. 1992 na 3. redni seji skupščine Zdravniške zbornice Slovenije; dopolnjen 24. 4. 1997 na 27. redni seji skupščine Zdravniške zbornice Slovenije ter prenovljen, usklajen s Slovenskim zdravniškim društvom in sprejet 6. 10. 2016 na 85. redni seji skupščine Zdravniške zbornice Slovenije.

UVOD

Zdravnica in zdravnik, zobozdravnica in zobozdravnik (v nadaljnjem besedilu: zdravnik) svečano obljubljam: svoj poklic bom opravljal vestno in odgovorno. Najvišja zapoved pri mojem ravnanju bo ohranjanje in obnavljanje zdravja ter preprečevanje in lajšanje trpljenja. Varoval bom skrivnosti, ki mi bodo zaupane. Ohranjal bom čast in plemenita izročila zdravniškega poklica in ne bom dopuščal nobenih razlik zaradi spola, rase, genetskih dejavnikov, življenjskega sloga, spolne usmerjenosti, vere, nacionalnosti, politične pripadnosti ali socialnega položaja. Spoštoval bom človeško življenje od spočetja dalje in celo pod grožnjo ne bom svojega zdravniškega znanja uporabil v nasprotju z zakoni človečnosti. Svojim učiteljem, kolegom in sodelavcem bom izkazoval dolžno spoštovanje.

Ta kodeks nadaljuje tradicijo spoštovanja deontoloških in etičnih načel slovenskega zdravništva in predstavlja nadgradnjo predhodnih kodeksov.

I. ODGOVORNOST DO PACIENTA

Splošna določila

1. člen

Zdravnik pri svojem delu upošteva znanstvena in strokovna dognanja sodobne medicine, zato se stalno izobražuje in stori vse, kar je v njegovi moči, za kakovostno in varno obravnavo pacienta. Pogoji za strokovno in varno delo so ustrezni kadrovski, materialni, časovni in prostorski pogoji.

2. člen

V nujnih medicinskih primerih zdravnik vsakomur ponudi pomoč.

3. člen

Zdravnik ima pravico do ugovora vesti. V skladu s tem lahko odkloni zdravljenje ali drug poseg, v kolikor ta nasprotuje njegovim temeljnim osebnim prepričanjem in vesti, vendar le, če ne gre za nujno zdravniško pomoč. O tem obvesti paciente in sodelavce.

4. člen

Zdravnik nikoli ne izkorišča pacienta za osebne koristi.

5. člen

Zdravnik prepozna meje svojega znanja in dela. Kadar je potrebno, priporoči ali poišče dodatno mnenje ali pomoč.

6. člen

Dopolnilni postopki¹ so dopustni le ob izvajanju preverjenih

načinov diagnostike in zdravljenja ter pri polni obveščeni bolnika. Alternativni postopki² kot nadomestek preverjenih načinov diagnostike ali zdravljenja zdravniku niso dovoljeni.

7. člen

V kolikor ne gre za nujno zdravniško pomoč, ima zdravnik pravico odkloniti pacienta, ki se kljub opozorilu ne drži svojih obveznosti in navodil ali je do zdravnika ali do drugega zdravstvenega osebja žaljiv ali agresiven.

8. člen

Pri zdravljenju samega sebe, družinskih članov ali tesnih prijateljev se zdravnik zaveda, da njegova osebna vpletenost lahko vpliva na racionalnost odločitve in izvedbe zdravniškega ukrepa. Če je le mogoče, bo v primeru resnega zdravstvenega stanja prosil za nasvet drugega zdravnika ali mu predal pacienta v oskrbo.

Komunikacija, odločanje in soglasje

9. člen

Zdravnik je do pacienta, do njegove družine in bližnjih spoštljiv, razumevajoč in sočuten.

10. člen

Svojim pacientom zdravnik na razumljiv način ponudi informacije, ki jih potrebujejo, da bodo lahko sami odločali o predlaganih zdravstvenih ukrepih. Zdravnik spoštuje

1. »dopolnilni postopki« – postopki, ki se izvajajo vzporedno s strokovno utemeljeno zdravstveno obravnavo

2. »alternativni postopki« – postopki, ki se izvajajo namesto strokovno utemeljene zdravstvene obravnave

pravico vsakega pacienta, ki je sposoben odločati o sebi, da sprejme ali zavrne medicinski poseg.

11. člen

Zdravnik priporoči le tiste diagnostične ali terapevtske postopke, za katere sodi, da so v dobrobit njegovemu pacientu ali drugim. Če je ukrep priporočen zaradi zaščite drugih, kot na primer pri ukrepih javnega zdravja, zdravnik o tem pacienta pouči in ukrepa skladno z zakonsko obvezo.

12. člen

Pri sprejemanju medicinskih odločitev zdravnik tehta med zmožnostjo odločanja mladoletnikov in med vlogo družine ter spoštuje avtonomijo mladoletnikov, ki že lahko odločajo o zdravljenju.

13. člen

Zdravnik stori vse, da zaščiti zdravje in življenje otroka ali druge osebe, ki ni sposobna odločanja o sebi, kadar jo s svojimi dejanji ali z opustitvijo ogrožajo njegovi skrbniki ali kadar je kako drugače ogrožena.

14. člen

Zdravnik spoštuje pravico pacienta do drugega mnenja.

15. člen

Zdravnik spoštuje vnaprejšnjo voljo pacienta, ki ni sposoben odločanja o sebi, kot jo je predhodno pisno ali ustno izrazil.

16. člen

Kadar ni znana volja pacienta, ki ni sposoben odločanja o sebi, se zdravnik posvetuje s svojci ali z bližnjimi in predlaga takšno zdravljenje, ki je po njegovi presoji bolniku v največjo korist. Če v pogovoru ne pride do soglasja, se glede bolnikove največje koristi opredeli zdravniški konzilij in svoje mnenje posreduje svojcem ali bližnjim. Če se nesoglasje ne razreši, zdravnikov drugačno mnenje svojcev ali bližnjih ne zavezuje.

Zasebnost in zaupnost

17. člen

Zdravnik varuje zdravstvene in druge osebne podatke pacientov.

18. člen

Na pacientovo zahtevo mu zdravnik omogoči vpogled v njegovo medicinsko dokumentacijo. Izjema so primeri, ko lahko zdravnik zanesljivo sklepa, da bo informacija v medicinski dokumentaciji pomembno škodila pacientu ali drugim.

19. člen

Zdravnik v javnosti ne omenja pacientov na način, ko bi to lahko privedlo do razkrivanja njihove identitete.

20. člen

Osebne zdravstvene podatke zdravnik razkrije le s pacientovim soglasjem, razen kadar bi varovanje zaupnosti vodilo do pomembne škode za tretje osebe. V teh primerih v razumnih mejah obvesti pacienta, da bo prekršeno načelo zaupnosti.

21. člen

Zdravnik v vlogi izvedenca obravnavani osebi pojasni nara-vo in obseg svoje odgovornosti do naročnika izvedenskega mnenja.

Načrtovanje družine

22. člen

Zdravnik spoštuje življenje od spočetja dalje in s svetovanjem tak odnos prenaša na širšo skupnost. Zdravnik se zaveda etičnih dilem v zvezi z umetno prekinitvijo nosečnosti in je ne priporoča kot metodo načrtovanja družine. Na odločitve o prekinitvi nosečnosti nikoli ne sme vplivati morebiten interes za uporabo zarodka v kakršenkoli namen.

23. člen

Sterilizacija je dopustna le iz medicinskih, genetskih, socialnih ali osebnih razlogov in jo zdravnik opravi po predhodnem pojasnilu in pisni privolitvi.

24. člen

V primeru zmanjšane plodnosti zdravnik nudi prizadetim svetovanje in razumno uporabo biomedicinskih postopkov zdravljenja. Nadomestno materinstvo ni dopustno.

25. člen

Prepovedano je uporabljati oplojena jajčeca, embrije, fetuse ali zarodne celice v komercialne namene. Pod posebnimi pogoji in z izrecnim soglasjem Komisije RS za medicinsko etiko sta uporaba ali odvzem tkiva iz oplojenega jajčeca, embrija, fetusa ali zarodnih celic dopustna le v terapevtske, diagnostične ali znanstvenoraziskovalne namene.

Presajanje organov in tkiv

26. člen

Presajanje organov in tkiv se izvaja v zdravstvene namene, kadar drug način zdravljenja ni primerljivo uspešen. Zdravnik upošteva pravice in svoboščine darovalcev, možnih darovalcev in prejemnikov organov in tkiv. Presajanje organov in tkiv mora biti izvedeno v skladu s poklicnimi normami in dolžnostmi. Trgovanje z deli človeškega telesa ni dopustno.

Zdravniška pomoč v zadnjem obdobju življenja

27. člen

Pri diagnostičnih in terapevtskih postopkih ob neozdravljivi bolezni zdravnik upošteva kakovost pacientovega življenja in njegove želje ter ne uvaja ukrepov ali jih opušča, kadar so nekoristni ali pa pacientu v večje breme kot v korist.

28. člen

Etično nesprejemljivi sta opustitev ali odtegnitev paliativne oskrbe.

29. člen

Zdravnik zavrača evtanazijo in pomoč pri samomoru.

Raziskovanje

30. člen

Klinične raziskave lahko vodi le zdravnik, strokovnjak na raziskovalnem področju, ki pozna načela dobre klinične prakse in metodologijo kliničnih raziskav ter ima ustrezne pogoje za varno in znanstveno korektno izvedbo raziskave.

31. člen

Pri načrtovanju raziskave, njeni izvedbi, analizi in poročanju naj se zdravnik vzdrži vsakršne pristranosti, ki bi lahko vodila do neobjektivnih ali zavajajočih sklepov.

32. člen

Raziskovanje mora biti znanstveno in etično preverjeno, v skladu s Helsinško deklaracijo in s Konvencijo Sveta Evrope o človekovih pravicah v zvezi z biomedicino (Oviedska konvencija) ter odobreno s strani Komisije RS za medicinsko etiko. Ta lahko odloči, da za nekatere neinterventne raziskave ni potrebno individualno bolnikovo soglasje.

33. člen

Privolitev po pojasnilu je pogoj za sodelovanje bolnika v raziskavi. Informacija mora biti posredovana na razumljiv način in vključuje namen raziskave, dobrobiti, tveganja in bremena pri izvajanju raziskave, zagotovilo o varovanju zaupnosti zbranih osebnih podatkov, zavarovanje bolnika v primeru neželenih posledic zdravljenja, možnosti zdravljenja izven raziskave in pojasnilo, da ima bolnik kadarkoli pravico izstopiti iz raziskave, ne da bi to imelo neugodne posledice za njegovo zdravstveno oskrbo.

34. člen

Pred vključitvijo v raziskavo mora zdravnik pridobiti pacientovo pisno privolitev. Za pacienta z omejeno avtonomijo soglasje podpiše njegov zakoniti zastopnik.

35. člen

Če v postopku raziskave pride do nasprotja interesov, ima dobrobit posamičnega pacienta vedno prednost pred interesom raziskave.

II. ODGOVORNOST DO DRUŽBE

36. člen

Socialni, ekonomski in okoljski dejavniki vplivajo na zdravje, bolezen in na izide zdravljenja. Zdravnik se tega zaveda in na to opozarja.

37. člen

Pri spodbujanju javnega zdravja zdravnik sodeluje pri izobraževanju ter s predlogi ukrepov za krepitev zdravja in blaginje posameznika in skupnosti.

38. člen

Zdravnik sodeluje pri pripravi in izvedbi kolektivnih ukrepov, katerih cilj je izboljšanje preventive, diagnostike in zdravljenja bolnikov.

39. člen

Zdravnik je od naročnika ali delodajalca strokovno neodvisen pri oceni okoljskega in poklicnega tveganja, poklicne varnosti in zdravja pri delu ter pri preventivnih programih.

40. člen

Zdravnik opozarja laično in strokovno javnost na pomanjkljivosti na področju zdravstvenega varstva in na poskuse vplivanja na strokovno neodvisnost zdravnikov.

41. člen

Zdravnik si prizadeva za enakovredno zdravstveno varstvo ranljivih skupin prebivalstva in manjšin.

42. člen

Zdravnik se zaveda omejenosti materialnih sredstev in spodbuja pravičen dostop do virov v zdravstvu.

43. člen

Zdravnik je dolžan v mejah svojih sposobnosti in možnosti, ki so na voljo, z medicinskega vidika sodelovati v primeru večje nesreče, epidemije, naravne katastrofe ali vojne.

44. člen

Zdravnik odklanja sodelovanje ali podporo pri dejavnostih, ki kršijo človekove pravice.

III. ODGOVORNOST DO POKLICA

45. člen

Samoregulacija zdravniškega poklica daje zdravniku posebno odgovornost, pravice in dolžnosti.

46. člen

Zdravnik kolegično skrbi za obolelega kolega, za obolele zdravstvene delavce in študente zdravstvenih poklicev.

47. člen

Zdravnik posreduje znanje študentom, specializantom, kolegom in zdravstvenim delavcem drugih strok. Pred kolegi ne prikriva diagnostičnih ali terapevtskih sredstev in postopkov, ki jih uporablja.

48. člen

Pri poklicnem delu zdravnika ni prostora za osebne zamere, ki bi vplivale na obravnavo bolnikov in na zmanjševanje ugleda kolegov.

49. člen

Ob sumu napačnega ravnanja drugega kolega zdravnik ne odlaša in se z njim pogovori. Če se zadeva zadovoljivo ne pojasni, posreduje opažanja predpostavljenim. Vsi se držijo načela varovanja zasebnih podatkov in osebne integritete vseh vpletenih. Razprava v širši javnosti je dopustna le tedaj, ko pacient ali svojci sami sprožijo javno obravnavo spornega dogodka ali ob sumu kaznivega dejanja.

50. člen

Zdravnik nudi svojemu kolegu podporo, ko se ta znajde v stiski pri vpletenosti v napako ali v domnevno napako.

IV. ODNOSI V ZDRAVSTVENEM TIMU

51. člen

Vsi odnosi v zdravstvenem timu morajo temeljiti na medsebojnem spoštovanju in slediti dobrobiti bolnikov.

52. člen

Zdravnik je odgovoren za zdravstveno oskrbo, hkrati pa upošteva strokovnost in pooblastila sodelavcev, ki s tem prevzemajo svoj delež strokovne odgovornosti. Ob spoštovanju strokovne hierarhije mora nenehno potekati dvostrmerna izmenjava informacij in izkušenj.

53. člen

Zdravnik, ki je odgovoren za vodenje zdravstvene obravnave, odgovarja za vsebino navodil sodelavcem in za posledice ali spore, ki bi nastali kot posledica neprimernih navodil.

54. člen

Pri uvajanju novih medicinskih postopkov in smernic mora biti novost celovito predstavljena in usklajena s celotnim zdravstvenim timom.

55. člen

Pri komunikaciji s pacienti in s svojci zdravnik lahko preneša del pooblastil sodelavcem, vendar ostaja ključna odgovornost v njegovi pristojnosti. Zdravnik ima pravico in dolžnost, da sodelavce opozori na neprimerno komunikacijo, hkrati pa tudi pravico in dolžnost, da sodelavce zaščiti v primeru neprimernega odnosa pacienta ali svojcev.

V. ZDRAVNIK IN GOSPODARSKE DEJAVNOSTI, POVEZANE Z ZDRAVSTVOM

56. člen

V odnosu do gospodarskih dejavnosti, povezanih z zdravstvom, mora zdravnik zadržati kritično strokovno neodvisnost.

57. člen

Pri uvajanju novih načinov diagnostike in zdravljenja zdravnik upošteva strokovno in znanstveno utemeljenost ter finančne posledice novosti.

58. člen

Zdravnik ne sme sprejeti plačila ali nagrad kot spodbude za predpisovanje, uporabo ali nabavo zdravil, medicinskih pripomočkov ali drugih medicinskih izdelkov.

59. člen

Pri predstavitvi novosti v strokovni javnosti zdravnik kolegom razkrije morebitno finančno ali drugačno povezanost z gospodarskim podjetjem.

VI. ZDRAVNIK V JAVNOSTI

60. člen

Zdravnik ne podpira objave javnih zahval ali povečevanja lastnih uspehov v širši javnosti.

61. člen

Zdravnik se zaveda, da vsako neustrezno, lahkomiselno, za zdravnika nečastno in ponižujoče dejanje prizadene tudi druge zdravnike in zdravstveno osebje ter zdravstvo v celoti. Za zdravnika nečastna je vsaka zloraba javnih pooblastil in sredstev za osebno okoriščenje.

62. člen

Predstavljanje strokovnih dosežkov in novosti v javnosti mora biti uravnoteženo, brez senzacionalizma ali preuranjenih zaključkov.

63. člen

Oglaševanje zdravstvene dejavnosti mora biti omejeno na posredovanje strokovno korektnih informacij in ne sme poudarjati komercialnega interesa ponudnika. Zdravnik ne sme biti vpleten v oglaševanje zdravil ali medicinskih izdelkov ter strokovno in znanstveno spornih diagnostičnih ali terapevtskih postopkov.

64. člen

V primeru javne obtožbe napake ima zdravnik pravico in dolžnost braniti svoj ugled ter ugled in dobro ime kolega.

Pri razkrivanju osebnih podatkov so bolnik ali njegovi svojci tisti, ki določajo polje zaupnosti. Ob javni obtožbi ima zdravnik pravico, da javno razkrije tiste osebne podatke, ki so bistveni za objektivno oceno spornega ravnanja.

VII. ODGOVORNOST DO SAMEGA SEBE

65. člen

Zdravnik varuje in spodbuja lastno zdravje ter v poklicnem in zasebnem življenju prepoznava dejavnike stresa, ki naj jih poskuša s primernimi ukrepi obvladati.

66. člen

Zdravnik poišče pomoč kolegov in drugih primerno usposobljenih, kadar nastopijo bolezen ali osebne težave, ki bi lahko neugodno vplivale na njegovo zdravje in delo.

VIII. KONČNE DOLOČBE

67. člen

Kodeks zdravniške etike zavezuje vse zdravnike v Sloveniji. Zdravniška zbornica Slovenije je dolžna ukrepati proti zdravnikom, ki kršijo določila kodeksa.

68. člen

Kodeks zdravniške etike stopi v veljavo osmi dan po objavi v reviji Isis, glasilu Zdravniške zbornice Slovenije.

Spoštovane kolegice in kolegi,

neizmerno nas je pretresla tragična in veliko prezgodnja smrt našega kolega Luisa Guillerma Martineza Bustamanteja. Nesmiselno bolnikovo ravnanje ga je iztrgalo iz njegove družine, zapustil je ženo in dva majhna otroka.

Zdravniška zbornica je žalujoči družini že pomagala v okviru možnosti, ki jih dopuščajo zbornični akti, skupščina zbornice pa je na svoji zadnji seji 6. oktobra 2016 sklenila, da zbornica za pomoč družini zaprosi tudi svoje člane, zdravnike in zobozdravnike.

Spoštovani člani, prosimo vas, da po svojih zmožnostih pomagate mladi družini, ki se bo z vašo pomočjo morda vsaj malo lažje spopadla s svojo veliko izgubo. Hvala.

Zdravniška zbornica Slovenije

Podatki za nakazilo:

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 takšnega darila 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 %).

Iz dela zbornice

Sami krojimo svojo usodo

Uvodnik 405. tedenskega biltena ZZS

Zadnja leta niso prav obetavna ne za bolnike ne za nas zdravnike. Problemi in afere se kar vrstijo, od zdravstvene reforme smo zopet vse bolj oddaljeni. Na izredni seji Skupščine ZZS smo slišali s strani najbolj poklicanih, poslank in poslancev predsednikov regij, realno in tudi pretresljivo oceno o razmerah v zdravstvenih ustanovah in ambulantah po vsej državi. Ob že nakopičenih problemih je zdaj še vse več nasilnosti nad zdravniki in drugimi sodelavci. Odraž širših družbenih razmer in še posebej neurejenih razmer v zdravstvu, kjer imamo kot stan vse manj vzvodov za spremembe na bolje.

Tragična smrt kolega dr. Martineza je le delček v mozaiku dogajanja, ki mu botrujejo vse slabše razmere na čelu z nerazumno dolgimi čakalnimi dobami. Zbornica bo poskrbela iz skrbstvenega sklada za otroke preminulega kolega vse do njihove samostojnosti, družina je prejela enkratno pomoč, v nadaljevanju pa bo prilagojen pravilnik, ki bo omogočal še večjo pomoč družinam ob tako tragičnih usodah naših članov. Solidarnost in izkazana skrb za družino našega člana nam je lahko več kot v ponos.

Na zadnji redni seji Skupščine pred dnevi smo se posvečali predvsem stanovskim temam. Skupščina je sprejela novi **Kodeks zdravniške etike** v najtesnejšem sodelovanju z vsemi zdravniškimi organizacijami in

v soglasju s SZD. Najpomembnejši stanovski dokument je sprejet in bo naše vodilo v obdobju, ko je naša podoba v javnosti vse bolj na preizkušnji. V žepni izdaji bo dostavljen prav vsem slovenskim zdravnikom in zobozdravnikom in vsakokrat nas bo spominjal na medsebojno spoštovanje, sporazumevanje in obveznosti do pacienta, družbe in tudi do samega sebe.

Žal nam ni uspelo spremeniti visoko zastavljenih demokratičnih standardov pri volitvah vodstva ZZS. Torej gremo na ponovne decembrske volitve z istim tveganjem za neuspeh kot na majske. Povsem samostojni smo na področju ustvarjanja stanovske organizacije v času, ko nam je politika izrazito nenaklonjena. V pričakovanju najavljenih zakonov s področja zdravstva smo lahko glede na poznavanje namer upravičeno zaskrbljeni in le s strnjenimi vrstami bomo kolikor toliko uspešno kljubovali nepremišljenim in vsiljenim rešitvam na področju zdravstva.

Že tako slabe projekcije si lahko le še otežimo, če se nam ponovne volitve ZZS tudi to pot izjalovijo. Se to lahko zgodi? Ne verjamem, da lahko dvakrat ponovimo usodno napako in si sami krojimo usodo po meri drugih. Že najavljene številne kandidature so znamenje, da smo se predramili in se zavedeli nujnosti, da stanovsko organizacijo vseh zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije izgradimo v

močno in upoštevanja vredno organizacijo v družbi.

Trdno sem prepričan, da se bo po razpisu volitev 90 poslank in poslancev ZZS sestalo z vsemi člani v svojih regijah na volilnih zbora, kjer boste argumentirano in polemično spregovorili o današnjih razmerah v zdravstvu in hkrati izbrali najboljšo perspektivo za naslednje mandatno obdobje ZZS.

Z lepimi pozdravi

Andrej Možina

Uporaba konoplje v zdravstvene namene

V torek, 21. septembra 2016, je v Domus Medica potekala novinarska konferenca, na kateri je Delovna skupina za področje predpisovanja medicinske konoplje in kanabinoidov pri ZZS predstavila **Poročilo in predlog ukrepov na področju uporabe medicinske konoplje in kanabinoidov**. Delovna skupina je pozvala stroko, da določi indikacije in kontraindikacije za zdravljenje z medicinsko konopljo. Želijo, da zdravljenje s konopljo temelji na z dokazi podprti medicini, dostop do nje pa se omogoči prek lekarn, kot je to pri ostalih zdravilih.

Sporočilo za javnost lahko preberete na spletni strani: www.zdravni.skazbornica.si (sporočila za javnost).

Podelitev licenčnih listin in potrdil o opravljenem specialističnem izpitu

Zdravniška zbornica Slovenije je v **četrtek, 29. septembra 2016**, organizirala svečano podelitev licenč-

nih listin in potrdil o opravljenem specialističnem izpitu. Podelitve se je udeležilo skupaj več kot 260 specialis-

tov, njihovih sorodnikov in prijateljev. Listine so specialistom podelili predsednik Skupščine Zdravniške



zbornice Slovenije mag. Marko Bitenc, dr. med., predsednica Sveta za izobraževanje in usposabljanje zdravnikov izr. prof. dr. Bojana Beović, dr. med., in podpredsednica Odbora za

zobozdravstvo dr. Diana Terlević Dabić, dr. dent. med.

Vsem specialistom iskrene čestitke!

Fotografije s podelitve so objavljene na intranetnem portalu zbornice: <https://intra.zdravniskazbornica.si/intra/galerija.asp?FolderId=982&GalleryId=39> (Aktualno na zbornici – Fotogalerija)

Za vstop v intranetni portal potrebujete uporabniško ime in geslo. V primeru, da ju nimate, je kontaktna oseba g. Milan Kokalj (milan.kokalj@zds-mcs.si).

Za vstop v intranetni portal potrebujete uporabniško ime in geslo. V primeru, da ju nimate, je kontaktna oseba g. Milan Kokalj (milan.kokalj@zds-mcs.si).

Dokazila o veljavnosti licence zaposlenih zdravnikov

Zdravniška zbornica Slovenije obvešča svoje člane in kadrovske službe njihovih delodajalcev, da v skladu z določili Pravilnika o zdravniških licencah (Uradni list RS, št. 48/15, v nadaljevanju: Pravilnik) **postopek podaljšanja licence uvede po uradni dolžnosti dva meseca pred iztekom licence.**

V kolikor zdravnik izpolnjuje predpisane pogoje za podaljšanje licence, v skladu z določili 10. člena

Pravilnika, mu zbornica licenco podaljša.

Odločbo o podaljšanju licence zdravniki prejmejo priporočeno po pošti **najkasneje mesec dni pred iztekom veljavnosti licence.**

Skladno z določili Zakona o varstvu osebnih podatkov vse kadrovske službe zdravstvenih ustanov pozivamo, da se za pridobitev dokazil o veljavnosti licence, to je odločb o podaljšanju licence, obrnete neposre-

dno na zdravnike, vendar ne prej kot mesec dni pred iztekom licence. Obenem delodajalce ponovno obveščamo, da je na **spletni strani Zdravniške zbornice** <http://www.zdravniskazbornica.si/> **Iskalnik zdravnikov**, kjer je mogoče v vsakem trenutku preveriti, ali ima zaposleni veljavno licenco. Podatki se ažurirajo dnevno.

*Tina Šapec, univ. dipl. prav.
Vodja Oddelka za podiplomsko usposabljanje*

Nasilje nad zaposlenimi v zdravstvu

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

V zadnjem času smo priča vse večjemu nasilju nad zaposlenimi v zdravstvu, tudi z najbolj tragičnimi izidi.

Od 35 do 80 odstotkov zdravstvenih delavcev je bilo vsaj enkrat fizično napadenih na delovnem mestu. V ZDA je na delovnem mestu zaradi nasilja letno poškodovanih kar 1,7 milijona delavcev, od tega kar 60 odstotkov v zdravstveni dejavnosti (1).

Nasilje na delovnem mestu obsega (2):

- ogrožajoča vedenja – na primer žuganje s pestmi, prepiranje, uničevanje lastnine, požige, metanje predmetov po tleh ali v ljudi in podobno;
- ustne ali pisne grožnje – sem štejemo vse izjave namere o poškodovanju ali povzročitvi škode;
- nadlegovanje – vsako vedenje, ki nekoga ponižuje, spravi v zadrego, osramoti ali vznemirja in za katero se ve, da ni zaželeno; to vključuje uporabo besed, gest, zastraševanja, zatiranja, opravljanja in ostalih nepriemernih dejanj; del nadlegovanja je tudi spolno nadlegovanje, še posebej vizualno spolno nadlegovanje;
- besedno zlorabljanje – na primer preklinjanje, žalitve, uporabo podcenjujočih izrazov, pa tudi verbalno spolno nadlegovanje;
- telesne napade – na primer udarce, prerivanja, brcanje, uporabo orožja, posilstvo, fizične oblike spolnega nadlegovanja in umore.

Definicija nasilja razlikuje pasivno, fizično in psihično nasilje. Pasivno agresiven pacient zavrača sodelovanje in je odtujen. Verbalno nasilje vključuje agresivne in napadalne izraze skupaj s spremljajočo gestikulacijo in obrazno mimiko (3). Fizično agresiven pacient lahko napade in poškoduje druge s pretepanjem, pljuvanjem, potiskanjem, brcanjem, davljenjem, zvijanjem rok ipd., takšno vedenje pa je lahko usmerjeno tudi proti stvarim (4).

Pomembni so podatki o nasilnem vedenju v psihiatričnih bolnišnicah, zlasti na zaprtih oddelkih, ki se gibljejo od 3,9 odstotka pa vse do

37 odstotkov v različnih delih sveta (v Sloveniji med 6 in 7 odstotki). Ob nasilnem vedenju na psihiatričnih oddelkih je največ poškodovanih med osebjem, kar opozarja na potrebo po ustreznem znanju vsega psihiatričnega osebja o pravočasnem prepoznavanju in preprečevanju nasilnega vedenja pri psihiatričnih pacientih (5). Da je malo narejeno za varnost zdravstvenih delavcev pred pogostim nasiljem bolnikov nad osebjem, meni tudi Čebašek Travnik (6).

Kljub velikemu statističnemu odstotku poškodovanih v zdravstveni dejavnosti je dejanski odstotek še večji, predvsem zaradi pogostega neporočanja o incidentih (7). Kar 70 odstotkov incidentov ali zlorab proti medicinskim sestram ostaja neprijavljenih (8).

Raziskanost nasilja nad zaposlenimi v zdravstvu je pri nas pomanjkljiva. Opravljenih je bilo malo reprezentativnih raziskav, še največ jih najdemo v zdravstveni negi.

V presečnih raziskavah v letih 2013–2016 (9, 10, 11, 12, 13) je bilo ugotovljeno, da so zaposleni v zdravstveni negi pri opravljanju svojega poklica izpostavljeni vrsti tveganj, ki so povezana z nasiljem pacientov nad zaposlenimi. V zadnjem letu je v psihiatrični zdravstveni negi na intenzivnih oddelkih 92,6 odstotka zaposlenih doživelo verbalno nasilje, 84,2 odstotka jih je doživelo fizično nasilje, 24,6 odstotka jih je doživelo spolno nadlegovanje. V celotni delovni karieri je bilo poškodovanih s strani pacientov kar 63,5

	Psihijatrija	DSO	Reševalne službe	Patronaža	MTD
N	303	527	246	337	42
Verbalno nasilje	92,6 %	71,7 %	78 %	56,1 %	85,7 %
Fizično nasilje	84,2 %	63,8 %	49,6 %	3,5 %	28,6 %
Poškodoba	63,5 %	36,8 %	26,8 %	3,5 %	9,5 %
Spolno nadlegovanje	24,6 %	35,5 %	24,4 %	30 %	7,1 %

NIJZ Nacionalni inštitut za javno zdravje

Vrste in odstotek nasilja

odstotka zaposlenih. Odstotki so podobno visoki tudi na drugih področjih. Raziskave so pokazale na visoko stopnjo horizontalnega in lateralnega nasilja (do 42 odstotkov) in povezanosti različnih oblik nasilja.

Zdravstveni sistem potrebuje sistematično spremljanje in večplastno ukrepanje za zagotavljanje varnosti zaposlenih, in to na vseh področjih dela in v vseh poklicnih skupinah.

Literatura:

1. Clements, P. T. at all. (2005). Workplace Violence and Corporate Policy for Health Care Settings. Nurse Econ. 23 (3): 119–124: Jannetti Publications, Inc.
2. Canadian Centre for Occupational Health and Safety (1999). Violence in the Workplace. Internet: <http://www.ccohs.ca/oshanswers/psychosocial/violence.html>
3. Živič, Z. (2000). Zdravstvena nega bolnika z nasilnim vedenjem. V: B. Kogovšek, & R. Kobentar (Eds.), Priroč-

- nik zdravstvene nege in psihiatrije (pp. 161–168). Ljubljana: Psihiatrična klinika.
4. Klemenc, D., & Pahor, M. (2000). Nasilje na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji. In D. Klemenc, & M. Pahor (Eds.), Nasilje in spolno nadlegovanje na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji (pp. 12–35). Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
5. Groleger, U. (2009). Agresivnost. In P. Pregelj, & R. Kobentar (Eds.), Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju (pp. 288–294). Ljubljana: Rokus Klett.
6. Čebašek - Travnik, Z. (2009). Zdravniki kot žrtve nasilja. Družinska medicina, 7(6). Retrieved December 12, 2010, from http://www.drmed.org/javne_datoteke/novice/datoteke/774-II.cZdrav%8Devic2009.pdf
7. Gates, D.M, at all.(2011). Violence Against Nurses and its Impact on Stress and Productivity. Nurse Econ. 29 (2): 59–67: Jannetti Publications, Inc.
8. Stokowski, L.A. (2010). Violence: Not in My Job Description. Workplace Violence in Healthcare Settings, 2010.
9. Gabrovec, B., & Lobnikar B., 2014. Organizational model of ensuring safety

and quality of treatment of aggressive psychiatric patients in mental health nursing in Slovenia = Organizacijski model zagotavljanja varnosti in kakovosti obravnave agresije pri pacientu z duševno motnjo v zdravstveni negi na področju psihiatrije v Sloveniji. Obzornik zdravstvene nege, 48(4), pp. 286–293.

10. Gabrovec, B., Eržen I. & Lobnikar B., 2014. The prevalence and the nature of violence directed at the medical staff in psychiatric health care in Slovenia. HealthMed, 8(2), pp. 228–234.
11. Gabrovec, B., 2015. The prevalence of violence directed at paramedic services personnel = Prevalenca nasilja nad zaposlenimi v reševalnih službah. Obzornik zdravstvene nege, 49(4), pp. 284–294.
12. Gabrovec, B., & Lobnikar B., 2015. The analysis of the role of an institution in providing safety and quality in psychiatric health care. Anadolu psikiyatri dergisi, 16(6), pp. 420–425.
13. Gabrovec, B., & Eržen I., 2016. Prevalence of violence towards nursing staff in Slovenian nursing homes = Prevalenca nasilja nad zaposlenimi v zdravstveni negi v domovih starejših občanov. Zdravstveno varstvo, 55(3), pp. 212–217.



Vpliv športa na zdravje

Objavljeno v Österreichische Ärztezeitung št. 9, 10. maj 2016. Prevod iz nemščine z dovoljenjem uredništva te revije: akad. prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med.

Spodbujanje športa in gibanja je pomembno ne le za povečanje zdravstvenega statusa, temveč tudi pomaga pri varčevanju pri izdatkih nacionalne ekonomije. Tako 1 EUR, investiran v šport, privarčuje do 5 EUR izdatkov ob boleznih. To je rezultat dveh socialno-ekonomskih raziskav o pristočnem in množičnem športu v Avstriji.

Otmár Weiß in sodelavci.*

Uvod

Eden najbolj pomembnih vidikov športa je njegovo zdravstveno delovanje, ki pa je povezano tudi z ekonomskimi učinki. Investicija enega evra v šport privarčuje do pet evrov stroškov ob boleznih. Z drugimi besedami: Šport je najboljšo zdravilo, ki dokaza-

no zmore obvarovati pred boleznimi ter jih zdraviti.

V letu 2000 so raziskovalci športa, zdravstveni ekonomisti in socialni znanstveniki razvili t. i. *welfare cost-benefit model* množičnega in pristočnega športa v Avstriji. S tem modelom so za to državo po eni strani obračunali nacionalno-ekonomske

stroške pri športnih nezgodah in športnih poškodbah, po drugi strani pa nacionalno-ekonomske koristi športne aktivnosti za leti 1998 in 2013. Namen je bil objektivizirati vprašanje pozitivnih in negativnih vplivov športa na zdravje.

Že v prvi raziskavi leta 1998 se je jasno pokazalo, da ni športna dejavnost, temveč športna **ne**dejavnost tista, ki ima večje nacionalno-ekonomske stroške. To izhaja iz tega, da so stroški zdravljenja športnih nezgod in športnih poškodb manjši kot pa tisti, ki nastanejo zaradi bolezni kot posledice premalo gibanja. Posebno pri preventivi civilizacijskih bolezni, npr. pri boleznih srca in ožilja, diabetesu mellitusu tipa II, karcinomih in pri bolečinah v križu je šport tisti, ki pokaže svojo učinkovitost. Ker je pomanjkanje gibanja

* Univ. prof. dr. Otmár Weiß, mag. Andrea Pichlmair, mag. Wilhelm Hanisch, dr. Robert Bauer Institut für Sportwissenschaft/Universität Wien; Auf der Schmelz 6, 1150 Wien; tel.: 01/4277/48850; e-naslov: otmar.weiss@univie.ac.at

eden od glavnih vzrokov za nastanek civilizacijskih bolezni, se morejo prek športnih dejavnosti prihraniti stroški. Nematerialne vrednote, kot npr. duhovno, telesno in socialno blagostanje, se ne morejo kvantitativno ovrednotiti in ostanejo kot prebitek.

Leta 2013 – 15 let pozneje – so se letni prihranki na temelju športne dejavnosti v Avstriji povečali za skoraj 3-krat. To sledi iz ponovnega *cost-benefit* obračuna o množičnem in pristočnem športu v Avstriji, ki je bil izveden na temelju podatkov za leto 2013.

Zdravstveno-ekonomske koristi športa v Avstriji

Metodični temelj za obračunavanje koristi športne dejavnosti je bilo na *ekonomiji blagostanja* temelječe izhodiščno merilo, pri katerem so bili združeni trije parametri: pogostnost športne dejavnosti; koristi športne dejavnosti (prek stroškov zaradi bolezni, katerim se je mogoče izogniti, oz. prek stroškov, ki sploh niso nastali); stroški zaradi športnih nezgod in športnih poškodb. Tu so upoštevali

tako dejansko kot potencialno raven športne dejavnosti. Poleg prihrankov so tudi preračunali, katerim socialnim stroškom (zdravstveni sistem, socialno zavarovanje itn.) bi se bilo mogoče izogniti, če bi se športna dejavnost povečala.

Prvi parameter je sestavljala pogostnost športne dejavnosti avstrijskega prebivalstva. V ta namen so bili uporabljeni podatki, objavljeni v *Weiß et al. 2000* ter v *Special Eurobarometer* (European Commission, 2014). Na tem temelju je bilo avstrijsko prebivalstvo razdeljeno v tri rizične skupine (slika 1).

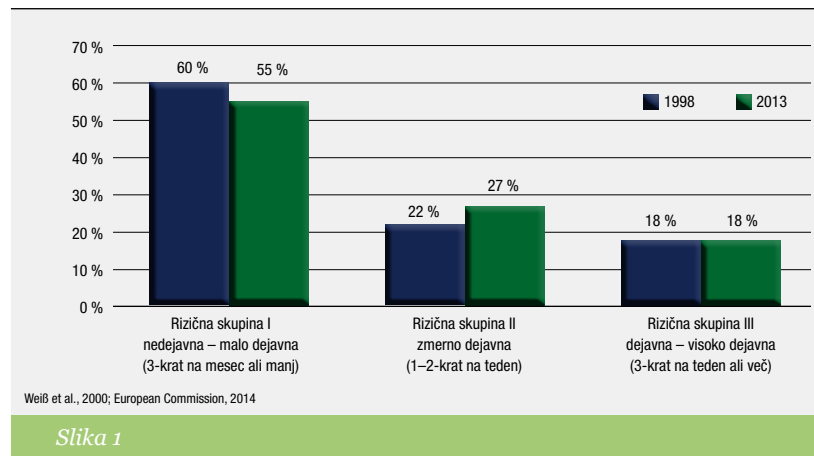
Drugi parameter je zadeval koristi športne dejavnosti. Kot temelj za obračunavanje so bili pregledani nacionalno-ekonomski stroški bolezni zaradi pomanjkanja gibanja. Slednje je bilo izvedeno prek vrednosti srednjega relativnega tveganja (Relative-Risk, R-R) iz enoznačnih epidemioloških raziskav. Razdelitve vrednosti R-R so bile vzpostavljene za tiste bolezenske sisteme, za katere obstoji signifikantna povezanost med obsegom telesne dejavnosti ter tveganjem morbiditete oz. mortalitete.¹

Vse v epidemioloških raziskavah navedene relativne vrednosti R-R so normirane glede na nedejavnost; vrednost relativnega tveganja je v tem primeru enaka 1 (ena).

Izračunavanje t. i. *Population Adjusted Risk (PAR)*² pa zahteva

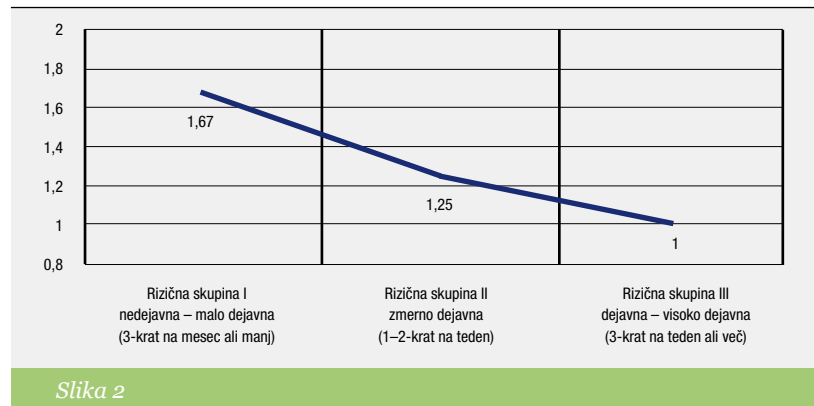
1. Rizično tveganje (glede na raven dejavnosti) bodisi zboleli bodisi umreti je bilo – prek vrednosti R-R – izmerjeno za naslednje bolezni: Kardiovaskularne bolezni (morbiditeta in mortaliteta), koronarne bolezni (morbiditeta in mortaliteta), diskopatije in dorsopatije (morbiditeta), bolečine v križu (morbiditeta), diabetes II in s to boleznijo pogojene bolezni ožilja (morbiditeta in mortaliteta), bolezni žolčnika (mortaliteta), rak pljuč (morbiditeta), rak črevesja (morbiditeta in mortaliteta), rak dojke (morbiditeta in mortaliteta), depresivna stanja (morbiditeta), osteoporozni zlomi (morbiditeta).
2. Vrednost PAR izraža zmanjšanje tveganja pri športni dejavnosti v odstotkih. Če se ugotovljeni odstotek nanese na vsakokratne stroške, se iz tega lahko izračunajo ustrezno privarčevani zneski v EUR. Za to

Pogostnost izvajanja športnih dejavnosti v Avstriji



Slika 1

Osteoporoza: razporeditev R-R (relativno tveganje)



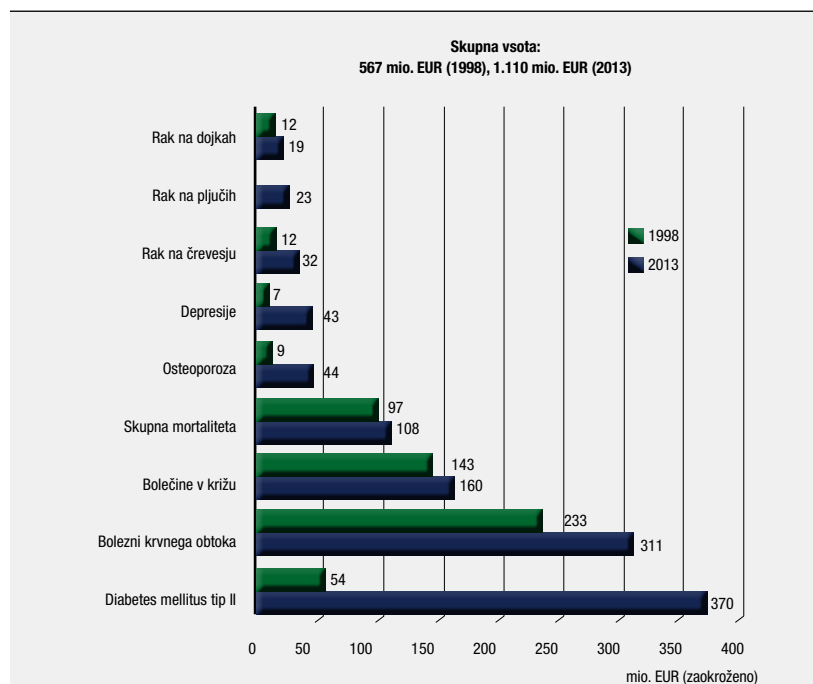
Slika 2

Število športnih nezgod in poškodovancev

	Mrtvi	Hudo poškodovani	Lahko poškodovani	Skupaj
1998	122	18.710	79.794	98.626
2013	112	48.110	146.085	194.307

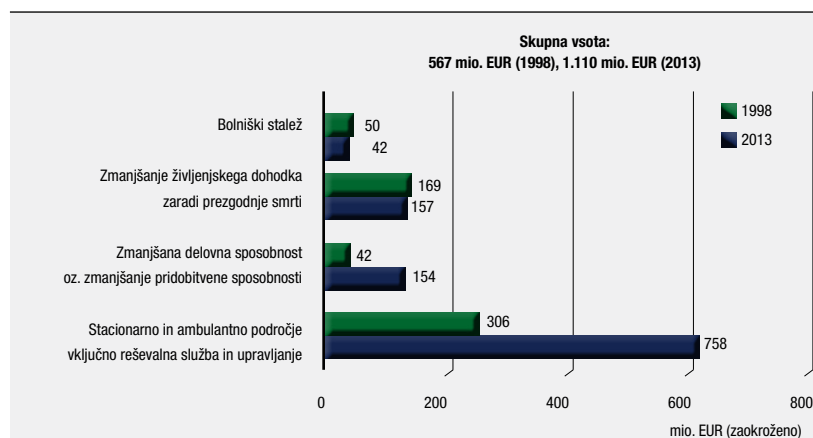
Razpredelnica 1

Koristi športne dejavnosti: stroški, ki niso nastali, po skupinah bolezni



Slika 3

Koristi športne dejavnosti: stroški, ki niso nastali, po vrstah stroškov



Slika 4

podatek vrednosti R-R kot mnogokratnik od 1, z vključeno ozirnalno točko v vrednosti 1 pri rizični skupini III (dejavna - visoko dejavna). Vrednost Relative Risk npr. $1,67 - 1 \times 100$

izračunavanje se uporabljata dve formuli (Colditz, 1999). S prvo (PAR1) se ugotovi retrogradna vrednost, torej dani prihranki. Prek druge formula (PAR2) se izračuna aspektivna vrednost, torej potencial tiste mase tveganja, ki se mu lahko še izognemo.

pokaže, da ima skupina »nedejavna - malo dejavna« za 67 % več možnosti, da bi zbolela za osteoporozo, kot pa skupina »dejavna - zelo dejavna«. Za skupino »zmerno dejavna« pa je to tveganje povečano za 25 % (slika 2).

S pomočjo vrednosti PAR so bili ugotovljeni nacionalno-ekonomski prihranki. Koristi oz. učinki privarčevanja zaradi športne dejavnosti so se izkazali prek zmanjšane morbiditete

(to so bolezni, ki se jim je mogoče izogniti, tj. ki se niso pojavile, *op. prev.*) in zmanjšane smrtnosti. Na temelju pogostnosti izvajanja športne dejavnosti so bili izračunani stroški, ki jih zaradi tega ni bilo, in sicer po skupinah bolezni (slika 3) ter po vrstah stroškov (slika 4). Tako so bili ugotovljeni letno prihranjeni stroški v Avstriji za leti 1998 in 2013.

Izkazane vrednosti obeh preiskanih let so strukturno le pogojno primerljive. Primer: Pri diabetesu mellitusu tipa II iz novih epidemioloških raziskav izhaja (večje vrednosti R-R pri pomanjkanju gibanja) drugačen temelj za preračunavanje. Za rak pljuč za leto 1998 še ni bilo nobenih podatkov. S sistemom LFK za novo obračunavanje hospitalnih stroškov se je leta 2013 omogočilo bolj natančno prirejanje stroškov za posamezne diagnostične skupine. Dalje so leta 2013 stroški zajeli še dve postavki, »stroški reševanja ter stroški upravljanja«.

Tretji parameter je zajel stroške, nastale zaradi športnih nezgod in športnih poškodb. Upošteevane so bile tiste športne nezgode in športne poškodbe, ki so bile povezane s športnimi izvajanjem.

Leta 1998 so povprečni stroški na športno nezgodo oz. poškodbo znašali 3050 EUR; leta 2013 je to bilo 2050 EUR. Športne nezgode in športne poškodbe z najhujšimi posledicami so se zgodile tako leta 1998 kot 2013 pri plavanju (predvsem pri skokih in potapljanju) in jadrnem padalstvu, kot tudi pri drugih podobnih ekstremnih vrstah športa. Leta 1998 je bilo 80 % stroškov pri športnih nezgodah in poškodbah povzročenih pri moških; leta 2013 jih je bilo 66 %. Leta 1998 in 2013 so bili pri ženskah najvišji stroški pri te vrste poškodbah v starostni skupini od 10 do 14 let.

Razlike pri stroških zdravljenja športnih nezgod in poškodb v letih 1998 in 2013 temeljijo na spremembah v družbi (digitalizacija, spremenjene poklicne ter vsakodnevne razmere itn.), v športu (vrsta in način športne dejavnosti, boljša oprema, preventivni ukrepi pri zaščiti

Športne dejavnosti primerjalno

Vrsta športa	Število poškodovanih in mrtvih 1998	Število poškodovanih in mrtvih 2013	Skupaj v letu 1998 (mio. EUR)	Skupaj v letu 2013 (mio. EUR)
Alpsko smučanje	21.200	37.000	101,8 34 %	100,4 25 %
Kolesarjenje	12.400	22.000	44,2 15 %	45,8 12 %
Pohodništvo, gornišstvo	4.000	10.000	30,2 10 %	39,8 10 %
Nogomet	22.500	36.000	27,5 9 %	54,7 14 %
Plavanje, skoki, potapljanje	200	3.000	24,3 8 %	18,1 5 %
Jadrarno padalstvo, padalstvo	200	300	15,9 5 %	7,8 1 %
Druge vrste športa	38.100	86.000	58,1 19 %	131,4 33 %
Skupaj	98.600	194.300	302	398

Razpredelnica 2

pred temi poškodbami pri vseh vrstah športa itn.) ter v znanosti (bolj natančni temelji za podatke, spreminjanje metode preračunavanja itn.).

Zdravstveno-ekonomska bilanca – stroški/koristi – športne dejavnosti

Primerjava nacionalno-ekonomskega razmerja med stroški in koristmi športne dejavnosti v Avstriji za leti 1998 in 2013 je pokazala naslednje:

Zaradi športnih nezgod in poškodb v Avstriji je bilo leta 1998 (n = 98.626) za 302 mio. EUR stroškov, leta 2013 (n = 194.307) pa za 398 mio. EUR.

Koristi (tj. prihranka) zaradi športne dejavnosti v Avstriji je bilo leta 1998 za 567 mio. EUR, leta 2013 pa za 1110 mio. EUR.

Iz tega sledi pozitivni saldo 265 mio. EUR, ki pa je bil leta 2013 kar 3-krat večji, 712 mio. EUR. Skoraj 3-krat večji prihranek je nastal v bistvu zato, ker so se v zadnjih 15 letih izjemno povečali stroški za zdravljenje civilizacijskih bolezni (bolezni zaradi pomanjkanja gibanja). Stroški zdravljenja bolezni, ki nastanejo zaradi relativne nedejavnosti, so za leto 1998 znašali 836 mio. EUR, za leto 2013 pa 1357 mio. EUR. Če bi se rizična skupina »nedejavna - malo dejavna« izkazala kot »zmerno dejavna« ali

»visoko dejavna«, bi bil prihranek 836 mio. EUR (1998) oz. 1357 mio. EUR (2013).³ Skratka: Športna dejavnost prispeva k varčevanju pri stroških zdravljenja bolezni.

Kateri šport, kako deluje?

Dopolnitev športne paradigme ter bolj široko zasnovana paradigma dejavnosti, v katerih so tudi poudarjene zdravstvene koristi zmerno intenzivne dejavnosti vsakdanjega življenja, cilja na to, da nagovori tudi nedejavne oz. premalo dejavne podskupine prebivalstva. Priporočila za izboljšanje zdravja so usmerjena v dejavnost življenjskega sloga: Povečanje vsakdanjih rutinskih dejavnosti (delo na vrtu, aktivna igra z otroki), povečanje dejavnosti, ki so povezane s transportom (več hoditi peš, več kolesariti, hoditi po stopnicah), ter razširjenje prostočasne dejavnosti s športom ter intenzivnim treningom (večkrat na teden).

3. Ta potencialni prispevek (prilagojen ravni dejavnosti) se mora saldirati z ustreznimi stroški športnih nezgod in športnih poškodb. Tako se lahko dobi neto potencialni učinek kot ciljna spremenljivka. Vsekakor pa je mogoče to bilanco popraviti z ustreznimi ukrepi pri preprečevanju nezgod ter izogibanju poškodb.

Če je le mogoče, naj se šport izvaja na prostem, saj sončna svetloba poveča pretvorbo pro-vitamina D v njegovo aktivno obliko, ki je nujna za gradnjo kosti. Po drugi strani pa vodi v povečanje transiterja dopamina v možganih, ki krmili občutenje in razpoloženje. Pomanjkanje dopamina vodi v depresivna nerazpoloženja, povečanja pa k izboljšanju razpoloženja. Poleg učinka izboljšane razpoloženja športni trening tudi zmanjša občutke strahu.

Vzdržljivost

Čim več mišic se pritegne v vzdržljivostne oblike športa, tem bolj je ta oblika učinkovita. Tek ali tek na smučeh v tem pogledu štejeta med »najbolj zdrave« oblike športa.

- *Vzdržljivostne oblike športa delujejo proti nastanku bolezni srca in ožilja⁴ (zmanjšanje frekvence srca).*
- *Vzdržljivostni trening zmanjša tveganje za aterosklerozo.*
- *Vzdržljivostni trening je vrhunsko učinkovit ukrep proti tako imenovanemu »starostnemu diabetesu«, ki temelji na pomanjkanju gibanja ter prekomerni telesni teži.*

4. V sodobnih industrijskih družbah so te bolezni v približno 50 % vzrok smrti št. 1.

Zdravstveno-ekonomska bilanca med stroški in koristmi pri športni dejavnosti

	Stroški zaradi športnih nezgod in poškod (mio. EUR), 1998	Stroški zaradi športnih nezgod in poškod (mio. EUR), 2013	Koristi zaradi bolezni, ki se niso pojavile (mio. EUR), 1998	Koristi zaradi bolezni, ki se niso pojavile (mio. EUR), 2013
Stroški zdravljenja (stacionarno in ambulantno, vključno reševanje in upravljanje)	67	210	306	758
Poklicni izpad proizvodnje	43	33	169	157
Bolniški stalež	94	83	50	42
Zmanjšana delovna sposobnost oz. zmanjšanje pridobitvene sposobnosti	98	72	42	153
Skupaj	302	398	567	1.110

Bilanca med stroški in koristmi pri športni dejavnosti v Avstriji

	1998 (mio. EUR)	2013 (mio. EUR)
Koristi športne dejavnosti (bolezni, ki se niso pojavile)	567	1.110
Stroški športne dejavnosti (stroški zdravljenja športnih nezgod in poškodb)	302	398
Saldo	265	712

Razpredelnica 3

- Z zmernim vzdržljivostnim treningom (dolgo in počasi) se okrepi imunski sistem. Zato postaja vzdržljivostni trening vse bolj pomemben tudi pri preprečevanju rakavih obolenj.
- Vzdržljivostni trening razgrajuje telesu lastne stresne hormone in umirja osrednje živčevje, tako da se ustvarja notranji mir in uravnoveženost.
- Vzdržljivostni trening znižuje arterijski tlak in zmanjšuje prej povečane ravni plazemskih maščob.
- Pri telesni obremenitvi se v povečani meri izločajo telesu lastni derivati morfina – npr. endorfini – ki neposredno kot tudi posredno dolgoročno delujejo antidepresivno ter omogočajo boljše počutje.
- Prilagojen vzdržljivostni trening povečuje debelino hrustanca.

- S stopnjevanim vzdržljivostnim treningom se prekrvlenost možganov poveča za do 25 %, kar poveča pozornost in kratkoročne spominske sposobnosti. Prek izboljšane prekrvlenosti možganov pride pri vseh učnih procesih ne le do povečanega učinka učenja, temveč tudi do skrajšanja ter ekonomiziranja učnega procesa.

Moč

Dobro razvito mišičje stabilizira hrbtenico in deluje proti poškodbam drže. Dobro trenirane mišice so izjemno učinkovita zaščita sklepov, tako da zmanjšajo tveganja zaradi poškodb in artroz.

- S treniranjem moči se izločajo endorfini, ki izboljšajo razpoloženje in delujejo antidepresivno.
- Močnostni trening se izkazuje kot

terapevtik za ljudi z nizkim arterijskim tlakom, saj mišičje z dobrim tonusom tudi povišuje arterijski tlak.

- Povečanje moči ima odločilen vpliv na vitalnost, samozavest in pozitivno naravnost življenja.
- Tlačne in natezne obremenitve, ki delujejo na kosti, so dražljaj za njihovo gradnjo. Predvsem razne športne igre imajo izjemno ugoden vpliv na trdnost oz. gostoto kosti. Posebno intenzivne razvojne dražljaje za kosti sprožajo raznoliki nastopni, skočni in metni gibi. Na splošno imajo dvigovalci uteži največjo gostoto kosti, takoj za njimi pa sledijo udeleženci športnih iger. Športne igre so posebno pomembne za otroke in mladostnike, saj se v tej starosti dogradi približno 98 % kostne mase.

- Tako imenovana starostna osteoporoza je – če odštejemo maloštevilne izjeme – osteoporoza zaradi nedejavnosti. Močno-stni trening je za obstoj kostne stabilnosti ter tako za samostojnost in neodvisnost predvsem starih ljudi dobesedno nujnost.

Gibljivost

Gibljivost se lahko izboljša v vsaki starosti, vendar če ni vadbe, gibljivost hitreje upada kot ostali dejavniki zmogljivosti. Nujnost treninga gibljivosti skozi vse življenje, ki ga ne more nadomestiti nobena druga oblika treninga, se lahko utemelji takole:

- Z dnevnim, minimalnim treningom gibljivosti se zmanjša tveganje za poškodbe mišic, kit in sklepnih vezi.
- Kontrakcije tipičnih mišičnih skupin zaradi enostranske uporabe (npr. dolgo sedenje) oz. napačne obremenitve se lahko preprečijo le prek ustreznih vaj za raztezanje.
- Z različnimi razteznimi in razbremenitvenimi tehnikami lahko pomembno prispevamo k zmanjšanju napetosti ter stresa.

Hitrost

To ne pomeni le sposobnosti hitro teči, temveč tudi povečanje hitrosti dožemanja, predvidevanja, odločanja, odzivanja, akcije in končno tudi povečanje globalne sposobnosti ukrepanja; vse te lastnosti se lahko optimalno trenirajo pri igranju z žogo. Hitri oz. močni premiki se izvedejo predvsem z mišičnimi vlakni, ki se krčijo »hitro«. Počasni gibi oz. tisti, ki se izvedejo z majhno silo, se pa izvedejo predvsem z mišičnimi vlakni, ki se krčijo »počasi«. Tipični mišic, ki se ne trenirajo vse življenje, atrofirajo. Pri netreniranih osebah se mišična in kostna masa vsako leto zmanjšata približno za 1 %, najbolj prizadet je delež mišic, ki se krčijo hitro. Vendar so predvsem ta mišična vlakna tista, ki se pri padcih hitro odzivajo in ki tako lahko padce »ujamejo« oz. omilijo.

- S treningom – predvsem močnim treningom – hitrostnih komponent se izoblikujejo ne le ustrezni dejavniki kondicije, kot npr. hitrost moči, temveč tudi koordinacijske in kognitivne sposobnosti (npr. hitrost dojemanja).
- Športni trening predstavlja najbolj vsestranski in najbolj kompleksen dražljaj treninga za celotnost vseh čutov, česar niti približno ne more nadomestiti kaka druga dejavnost. Kdor ne trenira svojih čutov in refleksov, se pač ne more spraševati, zakaj je pri vseh odzivnih in hitrostnih zmogljivostih vedno počasnejši ter da je zato vse bolj preobremenjen z vsakodnevnimi zahtevami po hitrosti (npr. v cestnem prometu).

Koordinacija

- S koordinativnim treningom se telesna zmogljivost izboljša v celoti; tako se z manj energije doseže večja zmogljivost. Mno-gostransko koordinativno šolanje – npr. z učenjem oz. izvajanjem različnih oblik športa – omogoča raznoliko, zdravje spodbujajoče oblikovanje prostega časa. Kdor se ni naučil smučanja ali igranja tenisa, se mora odpovedati ne le tem socialno dragocenim vseživljenjskim oblikam športa, temveč jih tudi ne more uporabiti v smislu šolanja tistih svojih odzivov, ki so človeku v radost.
- Športni trening je zaradi hkratnega izboljšanja koordinacije, odzivov in prožnosti pomembna profilaksa za padce in poškodbe.

Psihosocialno delovanje športa

Upravljanje stresa

- Kot razvedrilo in meditativna stanja, kot npr. »runners high« oz. »feel better phenomenon« (evforična razpoloženja, kot npr. pri vzdržljivostnih, fitnes in

naravnih oblikah športa).

- Negativna razpoloženja in depresije izginejo zaradi delovanja stresnih hormonov, npr. kateholaminov, noradrenalina, serotonina, beta-endorfinov itn., ki se zaradi športnih dejavnosti izločajo v večji meri.

Povečevanje subjektivne kakovosti življenja

- Prek vpliva športne dejavnosti na socialno dobro počutje. Šport v družtvih, neformalnih skupinah itn. vsebuje socialne interakcije in tako deluje integrirajoče oz. ponuja socialna vključevalna, podporna in vplivov polna doživetja.

Izboljšanje razpoloženja

- Prek povečane prekrvljenosti možganov in povečanega izločanja endogenih opioidov, kar se vzpostavlja pri športni obremenitvi, ki je dovolj dolga in dovolj intenzivna.
- Določena dejavnost lahko ljudi »prevzame«, če so docela kos zahtevam, ki so postavljene pred njih. Tako npr. pride pri spustih skozi globok sneg do stanj, za katera je značilna radost v dejavnosti. Samopozaba, doživetje je tisto, kar je cilj.

Okrepitev podobe in koncepta o sebi

- Zaradi pozitivnih afektov in socialnega priznanja pri športih.

Zmogljivost, dosežena prek lastnega napora, vodi v občutek kompetence, kar se odraža v samozavesti in samozavednosti. Prek telesne dejavnosti v športu se razvije potrjevanje identitete oz. samopodobe. Obstoji mnogo primerov, da predvsem mladostniki v športnih dosežkih najdejo samozavest, gotovost in notranje ravnotežje. Šport jim omogoči uresničevanje samega sebe, gradnjo in razvoj lastne identitete ter individualnih posebnosti.

Sklepi

Povzetek iz obeh socio-ekonomskih analiz množičnega in pristočnega športa v Avstriji v letih 1998 in 2013 se glasi: Spodbujanje športa in gibanja kot sestavine življenjskega sloga v sodobnem zdravstvenem in

socialnem sistemu ni le pomembno za povečanje zdravstvenega statusa in splošnega boljšega počutja, temveč je tudi pomoč pri varčevanju z nacionalno-ekonomskimi izdatki.

Svetovna zdravstvena organizacija, WHO, je zdravje opredelila kot telesno, duševno in socialno blagosta-

nje. Na temelju učinkov športa na teh treh ravneh se športna dejavnost lahko uvede kot preventivni ukrep. Ni nobenega zdravila in ni nobenega ukrepa, ki bi lahko imel primerljiv učinek kot telesni trening.

Literatura je na voljo pri avtorjih.

Revija Zdravstveno varstvo je vključena v PubMed

Prof. dr. Igor Švab, dr. med., Medicinska fakulteta Ljubljana

Prim.izr. prof. dr. Ivan Eržen, dr. med., Nacionalni inštitut za javno zdravje

Saša Zupanič, Revija Zdravstveno varstvo, Nacionalni inštitut za javno zdravje



Revija Zdravstveno varstvo (Slovenian Journal of Public Health), ki jo izdaja Nacionalni inštitut za javno zdravje od leta 1962, je uspešno zaključila dolgotrajen in zahteven postopek evalvacije za vključitev v PubMed. Tako so odslej v PMC in PubMed indeksirani vsi članki iz revije Zdravstveno varstvo, ki so izšli po zadnji številki v letu 2014 (odtlej je jezik objav izključno angleščina, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

ed/?term=%22Zdr+Varst%22%5Bjour%5D). PubMed ima visoke vstopne kriterije, tako z vidika znanstvene kakovosti kot tudi z vidika tehnične priprave revije. Revija Zdravstveno varstvo počasi in vztrajno raste in pridobiva mednarodno veljavo, z vstopom v PubMed pa je še okrepila svoj položaj vodilne znanstvene revije s področja javnega zdravja na območju srednje in JV Evrope.

Revija objavlja le članke s širšo mednarodno tematiko s področja javnega zdravja in spodbuja objavo rezultatov interdisciplinarnih raziskav na tem področju. Objavlja predvsem izvirne znanstvene članke, v manjši meri pa tudi sistematične pregledne znanstvene članke in metodološke članke ter vabljene uvodnike. Letno izidejo štiri redne številke z okoli 35 članki. V objavo je sprejetih le približno 20 odstotkov rokopisov, ki jih prejme uredništvo.

Uredniški, recenzentski in tehnični postopki potekajo po mednarodnih standardih. Avtorjem je oddaja rokopisov odslej olajšana z videoposnetkom navodil za avtorje (<http://www.nijz.si/sl/nijz/revija-zdravstveno-varstvo>). Vsak tehnično brezhiben

rokopis pregledata dva urednika, ki se odločita, ali je rokopis smiselno vključiti v recenzentski postopek. Rokopis recenzirajo trije mednarodno priznani recenzenti, vsaj en recenzent je iz tujine. Recenzentski postopek je dvojno slep in hiter, recenzije pa poštene in konstruktivne.

Revija ima faktor vpliva neprekinjeno že pet let in se giblje med 0,16 in 0,73. Želimo si kakovostnih objav, ki bi sčasoma prinašale višji faktor vpliva. Revija je vključena v številne zbirke: Thomson Reuters (Web of Knowledge) SSCI, ProQuest, Scopus, CAB Abstract, Global Health, ResearchGate, The Summon, DOAJ, PubMed Central, PubMed...

Spletna izdaja Zdravstvenega varstva je prosto dostopna na De Gruyterjevi strani (<https://www.degruyter.com/view/j/sjph>).

Vabljeni k branju!

Ameriška regija brez endemskih ošpic, kje je Evropa?

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

Alenka.Skaza@nijz.si

27. septembra 2016 je Panameriška zdravstvena regija razglasila, da so Severna, Srednja in Južna Amerika ter Karibi brez endemskih (avtohtonih) ošpic. Tako je ta zdravstvena regija prva na svetu, ki ji je to uspelo. Zadnji primer endemskih ošpic so zabeležili v letu 2002.

Ošpice so tako peta nalezljiva bolezen, ki je v Amerikah odpravljena; po izkoreninjenju črnih koz v letu 1971, otroške paralize v letu 1994 ter rdečk in kongenitalnega rubella sindroma v letu 2015. Ošpice so nalezljiva bolezen z zelo visokim bazičnim reprodukcijskim številom (Ro). To število nam pove, koliko neimunih oseb okuži oseba z ošpicami; Ro pri ošpicah je od 12 do 16.

V Združenih državah Amerike so pričeli z rutinskim cepljenjem otrok proti ošpicam v letu 1963, s cepivom proti ošpicam, mumpsu in rdečkam pa v letu 1971. Pred uvedbo cepljenja so v povprečju vsako leto zabeležili pol milijona bolnikov ter 500 smrti zaradi ošpic.

Sicer se z ošpicami na ameriških tleh še vedno srečujejo, vendar so primarni viri okužbe izven njihovega ozemlja. V letu 2015 so v povezavi z obiskovalci Disneylanda zabeležili velik izbruh ošpic. Šlo je za importirane ošpice, širjenje virusa pa je bilo mogoče zaradi kopičenja necepljenih oseb. To je botrovalo uvedbi strožje zakonodaje v Kaliforniji in še nekaterih drugih zveznih državah glede vključevanja necepljenih otrok v šolo. V teh državah opustitev cepljenja ni več mogoča zaradi verskih in/ali filozofskih razlogov ne glede na to, ali se otrok vključuje v javni ali zasebni vrtec oz. šolo. Otroci, ki niso cepljeni, se lahko šolajo oz. varujejo le doma.

Kljub temu problem, kopičenje neimunih oseb, ostaja.

Kako je z ošpicami v Evropi? V prvi polovici letošnjega leta je bilo zabeleženih 1683 bolnikov, kar je bistveno manj kot v enakem časovnem obdobju v letu 2015 (29.726 bolnikov). Največ ošpic je bilo v Italiji, Romuniji in Združenem kraljestvu. Mogoče so letošnji podatki dober obet za Evropo v smislu ameriške zgodbe.

Cepljenje ostaja najpomembnejši ukrep za preprečevanje okužbe, pomembna je zgodnja prepoznavna bolnikov in identifikacija izpostavljenih neimunih oseb, pri katerih je potrebno cepljenje oz. izolacija. V letu 2011, ko je v Evropi 30.000 ljudi zbolelo za ošpicami, osem jih je umrlo, pri 27 je prišlo do encefalitisa, pri 1482 pa do pljučnice, je bilo med bolniki 82 odstotkov necepljenih, 13 odstotkov bolnikov pa je bilo cepljenih samo z enim odmerkom cepiva.

Literatura je na voljo pri avtorici.



*"Družina je popolna,
ko so vsi obrazi zbrani in nasmejani."*

VABILO

Društvo študentov medicine Slovenije Vas prisrčno vabi na tretjo Gala večerjo, posvečeno Vam, alumni članom, partnerjem, sodelavcem in drugim zaslužnim.

Pridružite se nam v avli Medicinske fakultete v petek, 18. novembra 2016, ob 19. uri, da se ob bližajočem se koncu uspešnega leta 2016 podružimo, obudimo spomine in morda skujemo načrte za prihodnost.

Dobrodelni prispevek za večerjo znaša 35 EUR.

Prosimo Vas, da nam svojo udeležbo do 11. novembra potrdite na elektronski naslov miksa@dsms.net ali na 041 273 380, kjer smo Vam na voljo za dodatne informacije.

Vaše Društvo študentov medicine Slovenije

| Opravljeni specialistični izpiti

Izr. prof. dr. Miha Arnol, dr. med., spec., specialist nefrologije, izpit opravil s pohvalo 17. 6. 2016

Matic Avguštin, dr. med., specialist abdominalne kirurgije, izpit opravil 27. 7. 2016

Nuša Avguštin, dr. med., specialistka nefrologije, izpit opravila s pohvalo 29. 6. 2016

Urška Bokal, dr. med., specialistka internistične onkologije, izpit opravila s pohvalo 24. 6. 2016

Iztok Caglič, dr. med., specialist radiologije, izpit opravil s pohvalo 29. 6. 2016

Maja Cencič, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 14. 6. 2016

Janez Dolinar, dr. med., specialist anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine, izpit opravil s pohvalo 29. 7. 2016

Sandra Dušič, dr. med., specialistka anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine, izpit opravila s pohvalo 30. 6. 2016

Sašo Erak, dr. med., specialist radiologije, izpit opravil 20. 7. 2016

Daniela Fiket, dr. med., specialistka psihiatrije, izpit opravila s pohvalo 23. 6. 2016

Andrej Florjan, dr. med., specialist otorinolaringologije, izpit opravil 5. 7. 2016

Nika Furar, dr. med., specialistka interne medicine, izpit opravila 27. 5. 2016

Matej Furlan, dr. med., specialist anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine, izpit opravil s pohvalo 22. 7. 2016

Asist. Manca Garbajs, dr. med., specialistka radiologije, izpit opravila s pohvalo 26. 8. 2016

Jure Gačnik, dr. dent. med., specialist oralne kirurgije, izpit opravil 15. 7. 2016

Julija Germ, dr. med., specialistka klinične mikrobiologije, izpit opravila s pohvalo 30. 8. 2016

Elena Gombač Šuc, dr. med., specialistka pediatrije, izpit opravila 3. 8. 2016

Boris Greif, dr. med., specialist torakalne kirurgije, izpit opravil s pohvalo 30. 7. 2015

Mateja Groboljšek Žgavc, dr. med., specialistka oftalmologije, izpit opravila 29. 8. 2016

Jasmina Hauptman, dr. med., specialistka hematologije, izpit opravila 23. 6. 2016

Jernej Hren, dr. med., specialist medicine dela, prometa in športa, izpit opravil s pohvalo 16. 6. 2016

Maruša Jelenc, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila s pohvalo 14. 6. 2016

Amela Kabaklić, dr. med., specialistka interne medicine, izpit opravila s pohvalo 22. 6. 2016

Lea Kalač, dr. med., specialistka nevrologije, izpit opravila s pohvalo 25. 5. 2016

Viktorija Kerin, dr. med., specialistka pediatrije, izpit opravila 25. 7. 2016

Nadja Khalil, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 14. 6. 2016

Dr. Marko Kmet, dr. med., spec., specialist intenzivne medicine, izpit opravil s pohvalo 11. 7. 2016

Asist. Mojca Knez Ambrožič, dr. med., dr. dent. med., specialistka maksilofacialne kirurgije, izpit opravila s pohvalo 9. 6. 2016

Mile Knežević, dr. med., specialist anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine, izpit opravil s pohvalo 27. 7. 2016

Urška Komel, dr. med., specialistka interne medicine, izpit opravila 17. 6. 2016

Asist. Miha Krajnc, dr. med., specialist psihiatrije, izpit opravil 24. 8. 2016

Oxana Levak, dr. med., specialistka medicine dela, prometa in športa, izpit opravila s pohvalo 2. 6. 2016

Asist. dr. Polona Maver, dr. med., specialistka klinične mikrobiologije, izpit opravila s pohvalo 3. 6. 2016

Jakob Merkač, dr. med., specialist ortopedske kirurgije, izpit opravil s pohvalo 15. 7. 2016

Polona Mihelič, dr. med., specialistka anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine, izpit opravila s pohvalo 22. 7. 2016

Danijela Mitrović, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 14. 6. 2016

Maja Nahtigal, dr. med., specialistka otorinolaringologije, izpit opravila 24. 6. 2016

Luka Notar, dr. med., specialist nevrologije, izpit opravil s pohvalo 29. 7. 2016

Ana Novaković, dr. med., specialistka interne medicine, izpit opravila 8. 7. 2016

Vojislav Obrenović, dr. med., specialist oftalmologije, izpit opravil 24. 6. 2016

Lucija Omejc Demšar, dr. med., specialistka dermatovenerologije, izpit opravila s pohvalo 14. 7. 2016

Linda Orešnik, dr. med., specialistka psihiatrije, izpit opravila s pohvalo 28. 7. 2016

Tine Pavšič, dr. med., specialist urgentne medicine, izpit opravil s pohvalo 8. 7. 2016

Simona Perčič, dr. med., specialistka javnega zdravja, izpit opravila 22. 8. 2016

Jožica Petan Strahovnik, dr. med., specialistka radiologije, izpit opravila s pohvalo 15. 6. 2016

Veronika Polanšek, dr. dent. med., specialistka otroškega in preventivnega zobozdravstva, izpit opravila s pohvalo 16. 5. 2016

Radivoje Pribaković Brinovec, dr. med., specialist javnega zdravja, izpit opravil s pohvalo 25. 8. 2016

Bojan Radaković, dr. med., specialist dermatovenerologije, izpit opravil s pohvalo 25. 5. 2016

Branko Radi, dr. med., specialist družinske medicine, izpit opravil 14. 6. 2016

Darko Rajtman, dr. med., specialist interne medicine, izpit opravil s pohvalo 7. 6. 2016

Ajša Ana Repar, dr. med., specialistka anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine, izpit opravila s pohvalo 29. 7. 2016

Denis Rituper, dr. med., specialist družinske medicine, izpit opravil 14. 6. 2016

Davor Romih, dr. med., specialist medicine dela, prometa in športa, izpit opravil s pohvalo 16. 6. 2016

Barbara Rupnik, dr. med., specialistka anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine, izpit opravila s pohvalo 22. 8. 2016

Lina Savšek, dr. med., specialistka nevrologije, izpit opravila s pohvalo 30. 5. 2016

Nejc Snedec, dr. med., specialist radiologije, izpit opravil 15. 7. 2016

Ivana Sokolović, dr. med., specialistka interne medicine, izpit opravila 19. 8. 2016

Peter Spazzapan, dr. med., specialist nevrokirurgije, izpit opravil 25. 8. 2016

Saša Starc Telič, dr. med., specialistka pediatrije, izpit opravila 5. 7. 2016

Alenka Stojanović, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 14. 6. 2016

Ljubomir Predrag Šainović, dr. med., specialist urologije, izpit opravil s pohvalo 23. 8. 2016

Tomislav Šarenac, dr. med., specialist oftalmologije, izpit opravil 30. 8. 2016

Tea Šikovec, dr. med., specialistka radiologije, izpit opravila s pohvalo 27. 5. 2016

Nejc Šoštarčič, dr. med., specialist infektologije, izpit opravil 23. 8. 2016

Tanja Šušteršič, dr. med., specialistka pediatrije, izpit opravila 18. 8. 2016

Matija Švagan, dr. med., specialist otorinolaringologije, izpit opravil 27. 7. 2016

Tea Terzić, dr. med., specialistka psihiatrije, izpit opravila s pohvalo 25. 5. 2016

Anja Troha Gergeli, dr. med., specialistka pediatrije, izpit opravila s pohvalo 1. 7. 2016

Irena Urbančič, dr. med., specialistka anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine, izpit opravila s pohvalo 18. 7. 2016

Marijana Vidmar Šimic, dr. med., specialistka ginekologije in porodništva, izpit opravila s pohvalo 23. 8. 2016

Špela Volčanšek, dr. med., specialistka interne medicine, izpit opravila s pohvalo 18. 7. 2016

Eva Vozlič, dr. med., specialistka otorinolaringologije, izpit opravila 4. 7. 2016

Nina Weber, dr. med., specialistka oftalmologije, izpit opravila s pohvalo 20. 7. 2016

Miha Zavrl, dr. med., specialist torakalne kirurgije, izpit opravil s pohvalo 5. 8. 2016

Špela Žagar Gabron, dr. med., specialistka psihiatrije, izpit opravila s pohvalo 22. 6. 2016

Andrej Žist, dr. med., specialist internistične onkologije, izpit opravil s pohvalo 24. 5. 2016

Martina Žitko, dr. med., specialistka interne medicine, izpit opravila s pohvalo 8. 6. 2016

Čestitamo!

So vaši podatki na intranetnem portalu ZZS pravilni?

V sklopu intranetnega portala Zdravniške zbornice Slovenije uspešno deluje povezava s podatkovnimi bazami zbornice, s čimer vam je preko spletnega portala omogočen dostop do večine podatkov, ki jih vodimo o članstvu, kot so npr.: osebni podatki, izobrazba, licence, kreditne točke, zaposlitev, zasebnništvo, funkcije v zbornici itn.

Z namenom zagotovitve ažurnosti podatkov vas prosimo, da svoje podatke pregledate in nam sporočite morebitne spremembe, nekatere izmed podatkov pa lahko spreminjate tudi sami v rubriki »*Moji podatki*«.

Za vstop v intranetni portal potrebujete uporabniško ime in geslo. V primeru, da ju nimate, se obrnite na g. Milana Kokalja (milan.kokalj@zzs-mcs.si).



Evropsko poročilo o mamilih: Avstrija v predzadnji kategoriji

Prevod in priredba: Marjan Kordaš, Ljubljana

marjan.kordas@mf.uni-lj.si

V evropski primerjavi je Avstrija pri porabi vseh vrst mamil »v spodnjem srednjem razredu«. Tako kaže letno poročilo Evropske posvetovalne komisije o mamilih. Delež mladih odraslih

(15–40 let), ki so v preteklem letu uživali kanabis, je med 4,1 in 8 odstotki. Primerjava: na Češkem, v Španiji in Franciji je več kot 12 odstotkov, v Grčiji pa manj kot 4 odstotke. Podobno je (v

Avstriji, op. pis.) z uživanjem kokaina pri mladih odraslih, delež je od 1,1 do 2 odstotka. Prav pri vrhu sta Velika Britanija in Španija. Poraba ekstazija je od 0,6 do 1 odstotka.

Vir: *Österreichische Ärztezeitung*
št. 12, 25. junij 2016

Gradiščanska: Vsak dan gibalna enota v šolah

Prevod in priredba: Marjan Kordaš, Ljubljana

marjan.kordas@mf.uni-lj.si

V gradiščanskih osnovnih in novih srednjih šolah naj bi se v prihodnjem letu preskušala vsakodnevna športna in gibalna enota (pri pouku, op. pis.). Če se bodo tako odločili zastopniki staršev in učiteljev, se bodo šole lahko

o tem odločale samostojno. Za podporo učiteljem bodo na voljo t. i. *Bewegungskoachi* (gibalni *coachi* v smislu angleškega pojma »coach«, op. pis.) izobraženi na zveznih akademijah za šport oz. na pedagoških visokih šolah.

Šolski nadzor bo preverjal, ali se gibalne enote dejansko izvajajo. Financiranje tega projekta – sredstva naj bi bila zagotovljena za naslednji 2 do 3 leta – bo prevzelo Ministrstvo za šport in izobraževanje.

Vir: *Österreichische Ärztezeitung*
št. 12, 25. junij 2016

Prišli, da bi ostali?

Prevod in priredba: Marjan Kordaš, Ljubljana

marjan.kordas@mf.uni-lj.si

Prvi študenti medicine, ki so dokončali študij predklinike v Gradcu, nadaljujejo zdaj svoj peti semester v Linzu. Vicerektorinja, prim. univ. prof. dr. Petra Apfalter v intervjuju govori o trenutnem stanju na Medicinski univerzi Linz ter kaj bi bilo nujno storiti, da bi mladi kolegi ostali v Avstriji.

Vprašanje (V): Kako presoja-te trenutno stanje na Medicinski fakulteti v Linzu?

Odgovor (O): Tu je več vidikov. Po eni strani začetek in nadaljevanje pouka v 5. semestru pri študentih, ki prihajajo iz Gradca, po drugi strani pa načrtovanje množičnih kurikulumov pouka temeljnih medicinskih predmetov (1. do 4. semester). To vključuje prve profesure, infrastrukturo (stavbe in kampus), kamor se bomo preselili v študijskem letu 2021/22.

Pomembno je tudi raziskovanje. Po korakih bomo postavili 24 kliničnih in 8 nekliničnih kateder (*Lehrstuhl*).

V: Za JKU (Johannes Kepler Universität, Univerza Johannes Keplerja), ki je bila ustanovljena pred skoraj 50 leti, velja ustanovitev medicinske fakultete za njen največji projekt. Prve zahteve, da bi se v Linzu ustanovila medicinska visoka šola, so se pojavile leta 1894. Kako pomembna je danes?

O: Iz tega se vidi, kako trdovratni so Zgornjeavstrijci (smeh). Zdravni-

štvo je vedno delovalo v tej smeri. Seveda so bile vse tri že obstoječe medicinske fakultete, pozneje medicinske univerze (Dunaj, Gradec, Innsbruck, *op. prev.*), vseskozi nekakšna konkurenca, saj gre za razdelitev finančnih sredstev (na novo). Vendar smo vsemu navkljub prišli v zakonodajo, zato smo enakovredni ostalim javnim medicinskim univerzam ter se tako razlikujemo od zasebnih univerz ali visokih strokovnih šol. Tako smo pod velikanskim nadzorom na zunanji in mednarodni ravni.

V: Težišča na JKU so socialne, gospodarske in pravne vede. Mar ne bi bilo bolj ciljno usmerjeno, če bi na že obstoječih medicinskih fakultetah povečali število študijskih mest, namesto da se ustanovi popolnoma nova medicinska fakulteta na novem mestu?

O: Ne, nikakor ne! Prav v Linzu imamo zaradi povezanosti z ustaljenimi drugimi fakultetami na JKU, npr. medicine in tehnike, neverjetno ugodne možnosti.

V: Menite, da bi bilo mogoče, da bi v Linzu nastala »Medicinska dolina«?

O: To je eden naših načrtov. Imeli smo že uvodno prireditev, jeseni pa bomo začeli krog po bolnišnicah. Nekaterim gre vse to seveda prepočasi. Vendar, v primerjavi z velikansko križarko medicinske univerze smo mi majhna, gibčna barka in lahko vse ustvarjamo bolj prožno. Seveda pa je nujno imeti kar nekaj pionirskega duha!

V: Kako ocenjujete možnosti, da bodo študenti, ki bodo prišli, v Zgornji Avstriji tudi ostali in tu delali?

O: Vsekakor pričakujemo, da se bodo vrnili vsi tisti, ki se bodo v preteklih štirih semestrih (študija v Gradcu, *op. prev.*) kvalificirali. Na tisto, kar se bo dogajalo po zaključku študija, pa univerza nima dosti vpliva. Vendar je razmerje med številom učiteljev in študentov

pri nas tako ugodno kot nikjer drugje.

V: Z 61-odstotnim deležem žensk pri sprejemnem testu na Medicinski fakulteti JKU je slednja na prvem mestu v Avstriji. Kako to razlagate in koliko je ta podatek pomemben za izobraževanje?

O: Menim, da gre za igro števil. Razmerje je nekaj več kot pol/pol, enako kot na ostalih medicinskih univerzah. Tu ne želim preveč interpretirati.

Smo pa spet tam, kako ta poklic narediti bolj zanimiv. Nujno bo izdelati modele, ki so združljivi z vsem. V preteklih letih se je zgodilo mnogo takšnega, zaradi česar se več žensk odloča za ta poklic.

V: V okviru sodelovanja JKU z Medicinsko univerzo Gradec bo vedno 120 študentov začelo svoj temeljni študij v Gradcu, 180 študentov pa bo začelo v Linzu. Ali ima JKU dovolj kapacitet?

O: Seveda, sicer nam ne bi bilo treba graditi kampusa. Od 2018 bomo začeli s prvim letnikom predklinike v Linzu. Končno bo pa (vseh) 180 študentov tudi začelo v Linzu. O zanimanju za študij ni vredno razpravljati. Saj tudi sama poučujem, od jeseni dalje vodim področje higijene, mikrobiologije in infektologije.

V: Kako poteka sodelovanje z Universitätsklinikum Kepler?

O: V načelu zelo dobro. Vsakdo si prizadeva, da svojo nalogo opravi kar najbolje. Keplerjev Klinikum (Klinični center, *op. prev.*) pa mora poskrbeti za oskrbo in da bo v prihodnje primerljiva tisti ravni, ki velja za univerzitetni klinični center. Viri bodo usmerjeni za pouk in raziskovanje.

V: Medicinska fakulteta je prvi korak, usmerjen proti pomanjkanju zdravnikov. Kaj bi se po vašem mnenju moralo še zgoditi, da bi postal poklic splošnega zdravnika bolj privlačen?

O: Menim, da je to privlačen poklic. Medicina je zanimiva. Naš

zaslužek ni majhen, to moram povedati kar naravnost. Vsekakor nepriemerljivo s stanjem pred 20 leti. Zdaj gre za to, da razvijemo inovativne modele, s katerimi bi mlade zdravnice in zdravnike obdržali v Zgornji Avstriji. To je tisto, kar spodbujamo ter kar je vgrajeno v kurikulum. 45 zdravnikov splošne medicine spremlja študente od petega do desetega semestra ter jim daje uvid v svoj vsakdan. O tem smo prej lahko le sanjali.

V: Kakšno je vaše sedanje finančno stanje? Je mogoče že zdaj prepoznati, da bodo nekatere reči bolj drage, kot so bile načrtovane?

O: Pogodili smo se za zelo natančen proračun do leta 2028 in tega se bomo držali. Zaenkrat je vse v zelenem področju.

V: Predstavljajte si, da ste spet stari 18 let. Ali bi se odločili za študij medicine v Linzu?

O: Potem bi bila zlatarka ali kuharica (smeh). Če bi se pa odločila za medicino, pa najraje v Linzu. Sem kar strastna medicinka. Vendar gre tudi za razvojne smeri, ki mi niso všeč. Danes vse poteka prek izvidov, »ček-list« in obsežne dokumentacije. Vedno bolj mi manjka usmeritev na posameznega pacienta. Sposobnost uporabljati zdravniško umetnost ter pomagati pacientu vse bolj stopa v ozadje. Iz najrazličnejših razlogov se pacienta odriva sem in tja med petimi zdravniki. Tu želimo stanje izboljšati in študij zgraditi drugače. Spodbuda za oblikovanje te vrste pouka je bilo tisto, zaradi česar sem prevzela svoj položaj na medicinski fakulteti.

Vir: OÖ Ärzte št. 304, september 2016

Opomba: Zaradi varčevanja s prostorom sem intervju precej skrajšal in priredil. Upam pa, da se še vedno – morda le med vrsticami – vidijo nekatere značilnosti, o katerih bi bilo vredno razmišljati tudi pri nas.

O udejanjanju pa so seveda dovoljene tudi sanje, mar ne?

Nacionalna anketa o izobraževanju za pridobivanje kompetenc s področja kakovosti v zdravstvu in varnosti pacientov, 2016

Izr. prof. dr. Andrej Robida, dr. med., Center za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave

Biserka Simčič, spec. posl. ekon., EQM, Ministrstvo za zdravje RS

Izr. prof. dr. Brigita Skela Savič, Fakulteta za zdravstvo Jesenice

Doc. dr. Zalika Klemenc Ketiš, dr. med., ZD Ljubljana, Enota ZD Šentvid
andrej.robida@prosunt.si

Uvod

Ministrstvo za zdravje je v Svetu za kakovost imenovalo delovno skupino za pripravo izhodišč za izobraževanje za pridobivanje kompetenc s področja kakovosti v zdravstvu in varnosti pacientov.

Anketna raziskava o stanju izobraževanja o kakovosti in varnosti v visokošolskih zavodih, ki izvajajo študijske programe s področja zdravstva (klasifikacija ISCED 72), je bila prvič izvedena leta 2008. Rezultati so bili predstavljeni na posvetu z naslovom »Ready for the future. Defining European Healthcare Through Innovation and Quality« v Kranjski Gori leta 2008, ko je Slovenija predsedovala Svetu EU (Robida, 2008).

Rezultati anketne raziskave med omenjenimi visokošolskimi zavodi ($n = 7$) v letu 2008 in slabo uresničevanje priporočil Luksemburške deklaracije (2005), Evropske komisije iz leta 2009, kjer se je Slovenija skupaj z Romunijo uvrstila na zadnje mesto glede izpolnjevanja priporočil Evropske komisije o varnosti pacientov (Evropska komisija, 2014), so spodbudili Ministrstvo za zdravje, da je v Nacionalni strategiji kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015) opredelilo vzpostavitev sistema izobraževanja in usposabljanja s področja kakovosti in varnosti kot pomemben strateški cilj (Simčič, 2010).

Izziv na področju izobraževanja zdravstvenih strokovnjakov je sistemizacija pristopa in forma-

lizacija izobraževalnih okvirov, zlasti znotraj visokošolskih ustanov na področju medicine in zdravstvene nege. Namen je zagotovitev splošnih znanj in veščin s področja kakovosti in varnosti za doseganje uspešnejše zdravstvene obravnave, kot so: veščine vodenja, komunikacija, medosebni odnosi, sistem osredotočenja na pacienta, izgradnja timov, kakovost in varnost zdravstvene obravnave itd.

Do uresnitve tega strateškega cilja ni prišlo (Simčič, 2015).

Prva naloga imenovane delovne skupine je bila, da ponovno pregleda stanje glede visokošolskega izobraževanja o kakovosti v zdravstvu in varnosti pacientov.

Namen anketne raziskave ni bil pridobivanje natančnih vsebin predmetov o kakovosti in varnosti v zdravstvu, pač pa priprava izhodišč za vpeljevanje zahtev po kompetencah diplomantov vseh študijskih programov na področju zdravstva.

Metode

Delovna skupina je pripravila strukturiran vprašalnik na podlagi prejšnjega vprašalnika (Robida, 2008). Vprašalnik je vseboval devet vprašanj, z možnostjo podajanja mnenj, komentarjev in predlogov na koncu vprašalnika. Vprašalnik je bilo mogoče izpolniti v elektronski obliki in je bil razposlan na e-poštne naslove dekanatov enajstih visokošolskih zavodov.

V spremnem pismu smo razložili pomembnost izobraževanja s tega področja znanosti in tudi pomanjkljivosti glede na poročilo Evropske komisije (Evropska komisija, 2014). V primeru neodzivnosti v roku smo vprašalnik poslali še 3-krat s ponovno prošnjo, da ga odgovorni v visokošolskem zavodu izpolnijo. Zagotovili smo anonimnost odgovorov.

Rezultati

Od 11 visokošolskih zavodov smo dobili vrnjenih osem vprašalnikov (73 odstotkov). Kljub večkratnim pozivom nismo dosegli 100-odstotne odzivnosti.

Rezultati kažejo, da imajo predmet z vsebinami o kakovosti in varnosti v zdravstvu vsi visokošolski zavodi, ki so odgovorili na zastavljena vprašanja. Vsebina je oblikovana v samostojni predmet študijskega programa prve stopnje na petih visokošolskih zavodih in na treh na ravni drugostopenjskega študija v obliki strokovnega magistrerja. Drugje strokovnega ali znanstvenega magistrskega študija s preučevanega področja nimajo.

Predmet je izbiran na prvi bolonjski stopnji v štirih visokošolskih zavodih, v treh je obvezen, en visokošolski zavod nima ne enega ne drugega, en visokošolski zavod pa ima oboje. Poučevanje poteka na prvi bolonjski stopnji v 1. ali 2. ali 3. letniku, v enem visokošolskem zavodu v vseh treh letnikih. Na drugi bolonjski stopnji je predmet izbiran v štirih, v treh je obvezen in en visokošolski zavod ima le 3 ure vsebin s področja kakovosti in varnosti v sklopu drugih predmetov. V enem visokošolskem zavodu je predmet obvezen in izbiran. Poučevanje poteka v 1. ali 2. letniku. Modalna vrednost ur predmeta na 1. stopnji je 45, en visokošolski zavod ni podal odgovora. Na drugi bolonjski stopnji je razpon ur predmeta od 45 do 100, dva visokošolska zavoda nista odgovorila. Kakovost in varnost se poučujeta pri drugih predmetih v treh visokošolskih zavodih.

Vsebine so zelo različne po visokošolskih zavodih. Opis predmeta je poslal en visokošolski zavod in povezoval na svoje spletne strani dva visokošolska zavoda.

Pet visokošolskih zavodov meni, da naj bi bil predmet samostojen, medtem ko se en zavzema za kombinacijo samostojnosti predmeta in vključevanja v druge predmete.

Za integrirano izobraževanje, torej za vse zdravstvene poklice, se je opredelilo šest visokošolskih zavodov, v enem ocenjujejo, da to ne bi bilo dobro, medtem ko enega odgovora nismo prejeli.

Primerjava odzivnosti je pokazala, da smo v letu 2008 dobili odgovore od 4 od skupno 7 visokošolskih zavodov (57 odstotkov) in v letu 2016 od 8 od 11 zavodov (73 odstotkov). En zavod ni odgovoril ne v letu 2008 in ne v letu 2016.

Komentarje je podalo pet visokošolskih zavodov:

- *Mnenja smo, da je potrebno pri večini predmetov nameniti del vsebine tudi kakovosti in varnosti pacientov. Seveda pa je odvisno od nosilcev predmetov, v kolikšni meri so kompetentni za podajanje teh vsebin.*
- *Kakovost in varnost sta zelo pomembni v stroki zdravstvene nege in na področju zdravstva sploh. Ne glede na to, da nimamo samostojne učne enote za obravnavo področja kakovosti, je zelo pomembno, da so vsebine integrirane v vse strokovne predmete.*
- *Kakovost in varnost je pomembna za vse zaposlene v zdravstvenem sistemu. Skupen predmet bi pomagal h krepitvi kulture za doseganje ciljev.*
- *Kompetence na področju kakovosti in varnosti pacientov so ključne za uspešno delo vseh zdravstvenih delavcev na vseh strokovnih področjih v zdravstvenem sistemu. Zato je na tem področju pomembno kontinuirano izobraževanje bodočih zaposlenih, kot tudi kontinuirano vseživljenjsko izobraževanje že*

zaposlenih v zdravstvu.

- *Integralen pristop pri poučevanju gradi na spoznavanju in obvladovanju situacij, pri čemer se srečujejo različna znanja (različni predavatelji) znotraj istega kompleksnejšega predmeta. Ob razvoju zdravila je že v prvih fazah potrebno upoštevati tudi varnost pacientov na koncu verige preskrbe z zdravili. Ob delu z biološkim materialom v medicinskem laboratoriju je potrebno razumeti ukrepe z vidika varnosti delavca, varnosti pacienta, zaščite vzorca in zaščite podatkov. Zato imamo navedene tematike v programih, ki izobražujejo zdravstvene delavce, zajete v več predmetih in je nemogoče natančno opredeliti točno število ur za posamezno tematiko po posameznih predmetih in posameznem programu. To je potem analiza študijskih programov in ne anketa (ki je kljub poznavanju programov ni mogoče izpolniti v 10 minutah od danes na jutri).*

Razprava

Zaradi nespodbudnih rezultatov anketne raziskave v letu 2008 je Ministrstvo za zdravje pripravilo Nacionalno strategijo kakovosti in varnosti v zdravstvu z akcijskim načrtom, kjer je bil eden izmed strateških ciljev tudi izobraževanje s področja kakovosti in varnosti pacientov. Strateški cilj ni bil realiziran v celoti. Štirje visokošolski zavodi od sedmih so imeli vsebine o kakovosti in varnosti vključene ob raziskavi 2008. V času do te raziskave so bili ustanovljeni še štirje visokošolski zavodi s področja zdravstva.

Rezultati anketne raziskave kažejo, da so kakovost in varnost resneje vzeli visokošolski zavodi, ki izobražujejo druge zdravstvene poklice, in ne tisti, ki izobražujejo zdravnike. Ena medicinska fakulteta ni odgovorila, druga ima zelo malo vsebin s področja kakovosti in varnosti pacientov.

Neodzivnost na povabilo k izpolnitvi vprašalnika, kljub večkratnim zaprosilom, kaže bodisi na nizko zavedanje odgovornih o pomembnosti umestitve vsebin s področja kakovosti in varnosti, bodisi na splošno prisotnost nizke kulture kakovosti in varnosti v slovenskem prostoru, bodisi so bili odgovorni za izpolnjevanje vprašalnika ali preveč zaposleni ali pa se jim ni zdelo dovolj pomembno odgovoriti.

Večina vključenih visokošolskih zavodov namenja predmetu 45 ur in se zavzema za samostojen predmet, ki naj bi bil skupen za vse zdravstvene poklice. Jasno je, da gre tu za skupne vsebine osnov kakovosti in varnosti v zdravstvu, ostale specifične pa naj bi se poučevale pri posameznih predmetih. Predmet ni povsod obvezen.

Omejitve raziskave

V raziskavi smo se omejili samo na visokošolsko izobraževanje in ne tudi na srednješolsko izobraževanje zdravstvenih smeri. Pomembno bi bilo pridobiti tudi podatke o tovrstnem izobraževanju v času specializacij in že zaposlenih v zdravstvu, ki v času študija niso slišali nobenih oz. skoraj nobenih vsebin o kakovosti in varnosti v sistemu zdravstvenega varstva.

V prihodnosti vidimo to kot področja, ki jih je treba analizirati tudi s pomočjo kvalitativnih metod. Prav tako bi bilo smiselno izvesti poglobljeno analizo predmetnikov in usposobljenosti visokošolskih učiteljev s področja kakovosti in varnosti v sistemu zdravstvenega varstva, ki te vsebine predavajo in učijo.

Zaključek

Kljub napredku v primerjavi z letom 2008 ocenjujemo, da je treba poenotiti študijske izide in kompetence za kakovost in varnost v sistemu zdravstvenega varstva na ravni države, medtem ko način izvajanja in priprava podrobnih programov ni naloga delovne skupine, temveč izvajalcev izobraževanja glede na

zahteve kriterijev kompetenc na področju kakovosti in varnosti bodočih zdravstvenih strokovnjakov.

Izhodišča za ureditev področja daje tudi dopolnjena Direktiva 2013/55/EU za regulirane poklice v zdravstvu, ki za najštevilnejšo poklicno skupino v zdravstvu jasno opredeli sposobnost, da morajo medicinske sestre, izobražene po predpisani Direktivi, imeti »sposobnost samostojno zagotavljati kakovost zdravstvene nege in jo ocenjevati« in »sposobnost oceniti kakovost zdravstvene nege s ciljem izboljšanja svoje poklicne prakse«. Navedeno od visokošolskih zavodov zahteva dopolnitev študijskih programov s predmetnimi vsebinami za doseganje predpisanih sposobnosti. Realizacijo le-tega mora nadzirati regulator Direktive v vsaki državi.

Glede na rezultate in dogajanja v naprednih državah bo delovna skupina pripravila kompetence na nacionalni ravni, ki jih potrebujejo bodoči zdravstveni strokovnjaki na področju kakovosti in varnosti sistema zdravstvenega varstva, in priporočila tudi izobraževanje visokošolskih učiteljev za ti dve področji. Zavedamo se, da samo uvedba ustreznih predmetov v visokošolske programe ne bo dovolj. Potrebno je neprestano izobraževanje iz kakovosti in varnosti, ki mora postati obvezna sestavina profesionalnega izobraževanja ter mora biti obvezna vsebina za pridobitev in obnavljanje licenc za delo.

Literatura:

1. Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council, 2013. Official Journal of the European Union, L354/132. Available at: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013L0055&from=EN> [2. 12. 2015].
2. Evropska komisija. Luksemburška deklaracija, 2005.
3. Priporočila Sveta z dne 9. junija 2009 o varnosti pacientov, vključno s preprečevanjem in obvladovanjem okužb, povezanih z zdravstveno oskrbo (2009/C 151/01).
4. Report from the Commission to the Council. The Commission's second report to the Council on the implementation of Council recommendation 2009/C 151/01 on patient safety, including the preventi-

on and control of healthcare associated infections, 2014.

5. Robida A. Health professions education in Slovenia. A new challenge to overcome a quality gap. Kranjska Gora, 2008.
6. Simčič B (ed.). Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2010.
7. Simčič B. Analiza realizacije strateških ciljev. Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015). Ministrstvo za zdravje, interni dokument, 2015.
8. Svet Evrope, Odbor ministrov. Priporočilo Rec (2006)7 odbora ministrov državam članicam o ravnanju z varnostjo pacientov in preprečevanju neželenih dogodkov v zdravstvu. Sprejel Odbor ministrov 24. maja 2006.

Prošnja organizatorjem strokovnih srečanj

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

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

Uredništvo

ISIS



Čudeži se dogajajo, a ne?

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

robert.oravec@amis.net

»Psihatrija je termometer v riti družbe,« je nekoč dejal moj kolega, obdarjen z umetniško žilico. Da je imel prav, ugotavljam iz leta v leto, kajti v psihiatričnih ambulantah se koncentrija vsa bolečina, nepravilnost, prizadetost malih in velikih ljudi, ki so se na takšen ali drugačen način zapletli v konflikt z delodajalcem, oblastjo, sosedom, možem ali ženo, sorodniki itd.

V zadnjih dvajsetih letih v psihiatriji veliko poslušam o odnosih med delavci in delodajalci. Glede na to, da delam v specialistični ambulanti, ki pokriva celotno regijo, se soočam z zgodbami posameznikov iz podjetij, družinskimi zgodbami ali zgodbami iz skupnosti. Ko med pogovorom pridem do podatkov o zaposlitvi, o delodajalcu, je velikokrat že jasno, o kakšnih težavah bo pacient poročal. Te pripovedi so precej podobne ena drugi, velikokrat so celo akterji isti. Ker so zgodbe prizadetih neredko prav shrbljive, se težko navadiš nanje, ne da bi čutil kaj jeze in socialne odgovornosti. Če bi šlo za eno samo zgodbo, bi lahko ostali skeptični in v dvomih, ali pacient ne pretirava s svojo pripovedjo. Vendar, če iz istega delovnega okolja pride vedno več delavcev, ki pripovedujejo enake zgodbe, potem se s številom teh izpovedi zmanjšuje možnost, da bi šlo za pretiravanje ali manipulacijo s strani posameznika, ki se trudi prikazati kot žrtev ali iztržiti kakšno sekundarno korist.

O skrajno nečloveškem ravnanju predelavke, ki je leta in leta maltretirala svoje podrejene, sem pogosto slišal od prizadetih delavk, ki so trumoma prihajale iz ene od velikih tovarn v regiji. Zahvaljujoč tej »mojstrici« je kar nekaj delavk pristalo celo v psihiatrični bolnišnici, vendar to ni zbudilo nobene pozornosti pri predpostavljenih. Pa vendar se je kasneje o njej pisalo v časopisu po zaslugi delavke, ki je med bolnišničnim zdravljenjem na psihiatriji zbrala pogum in obvestila medije o njenem početju. Ko so predelavko pospremili iz tovarne, so si vsi oddahnili, vendar ne za dolgo. Sistem je namreč neznansko hitro zapolnil praznino, ki je nastala po njenem odhodu. Poraja se vprašanje, kaj predstavlja večji problem z odpuščeno predelavko: to, da je bila nasilna in poniževalna do svojih podrejenih ali da se je o njej pisalo v medijih.

Ostaja vprašanje, kakšna je korist nečloveškega odnosa delodajalca, šefa ... do podrejenega delavca. Pacientke, večinoma so to namreč ženske – delavke, pripovedujejo o tem, kako ravnajo z njimi. Ne morem mimo primerjave s suženjskim delom. Nezanimivo, monotono, slabo plačano delo v nemogočih, hudo napetih delovnih razmerah, pogosto celo ponoči, desetletja za istim strojem, nenehno v strahu pred predelavcem, ki ti da vedeti, da bi lahko dobila boljše delovno mesto, če bi bila »prijazna« do njega. Prav tako predelavka, ki lahko kriči nate, te zmerja, ti grozi z odpovedjo, že če poveš, da moraš ostati doma, ker imaš bolnega otroka. Nepredstavljivo je, da ti v 21. stoletju nekdo lahko reče, da moraš izbrati med otrokom in službo, ne da bi se ob tem soočil s hudimi občutki krivde in nečlovečnosti.

Delavko, ki ima dva majhna otroka, ki sta komaj za spoznanje starejša od treh let, in moža policista, ki vsak dan prevozi 300 km v službo in nazaj, mirne duše in brez kančka obžalovanja razporedijo v nočno izmeno, »mečejo« iz izmene v izmeno, tako da niti nekaj dni prej ne ve, kaj jo čaka in kako bo priskrbela varstvo za svoja otroka.

Starejši delavci, čeprav že na koncu svoje delovne kariere, so velikokrat izpostavljeni poniževanju mlajših delavcev, ker ne zmorejo več delovnega tempa in so drugi prisiljeni delati »namesto njih«. Delodajalec niti ne pomisli na to, da je svojo jahto ali vilo zaslužil na hrbtu tega delavca, ki že desetletja pridno stoji za »strojem« in dela, kolikor lahko. Tri mesece pred doseženo zaščiteno starostjo ga elegantno odpustijo, češ da ne potrebujejo več njegovega dela. Programe za prestrukturiranje starejših delavcev ima le nekaj slovenskih podjetij. Mimogrede, situacija ni rožnata niti v zdravstvu, čeprav je jasno, da npr. instrumentarka ne bo zdržala poleg operacijske mize do svojega 65. leta ter da medicinska sestra ne more do upokojitve dvigovati težkih pacientov. Prav tako imamo zdravniki zaradi narave dela krajšo življenjsko dobo.

Ker ni sistemskih rešitev za premeščanje starejših delavcev na bolj primerna delovna mesta, pogosto vidimo, kako izčrpanost in soočanje s telesnimi bolečinami vodi v psihično dekompenzacijo in kronifikacijo depresivnih mo-

tenj. Problematika večine teh delavcev se neizogibno rešuje preko ocene sposobnosti za delo. Ko se razve, da se nekdo pripravlja na predstavitev pred invalidsko komisijo, se prične šikaniranje, pojavijo se grožnje z odpovedjo. Invalidi so večkrat nujno zlo v podjetjih, tarče zaničevanja in posmeha, da so »premladi« za upokojitev, delomrzneži, da drugi delajo zanje. Niti ni tako redko, da se dolgoletni delodajalec zoperstavi invalidski oceni svojega delavca, češ da on že ve, da ta človek sploh ni bolan.

Sprva je bil šok, ko so podjetja svoje dolgoletne delavce, ki so postali invalidi, premeščala v invalidska podjetja, ki so po čudnih naključjih propadala in so se delavci izigrani znašli na cesti. Danes je to pač grenka realnost, ki jo delavci molče sprejemajo.

Spolne zlorabe v delovnem okolju najbrž niso pogoste, prav redke pa tudi ne. Žrtve teh dejanj se pojavijo pri nas šele potem, ko se uprejo svojim »zaljubljenim« predpostavljanim in so zaradi tega šikanirane, premeščane, odpuščene z delovnega mesta. Ravno te žrtve pričajo, kako težko je dokazati spolno nasilje v delovnem okolju, kako je policija ignorantska do tega.

Policistka se vozi v službo s štajerskega konca na skrajni jug Dolenjske. Po 4 do 5 ur na dan. Opravlja 12-urne izmene. Pogosto se zgodi, da jo pokličejo nazaj v službo že dve uri potem, ko se končno vrne domov. V 10 letih je med vožnjo v službo utrpela osem prometnih nesreč. Vloge za premestitev bližje mestu bivanja njen predpostavljeni redno zavrača z obrazložitvijo, da je pomanjkanje kadrov.

Razlik med našimi in tujimi podjetji ni. Nižje in srednje vodilne kadre izbirajo na osnovi osebnostnih lastnosti, ki jih psihiater uvršča v kategorijo osebnostnih motenj. Agresivnost, brezobzirnost, primitivizem se pogosto štejejo kot vrednote. Vodilni delavci mehkega srca niso zaželeni. Pred časom sem bil seznanjen z zgodbo, ko se je predelavka uprla navodilu, da naj »zategne« odnos do

svojih podrejenih, vendar se je rajši odpovedala svojemu srednje vodilnemu delovnemu mestu, ker ni mogla sprejeti tega, da bi postala nečloveška. Kmalu zatem se je tudi sama znašla v statusu navadne delavke in je imela možnost izkusiti spremenjen odnos predpostavljenih do delavcev.

Ne gojim nostalgije za družbenim sistemom pred osamosvojitvijo, vendar vse kaže na to, da so v preteklih kratkih petindvajsetih letih skoraj vsi pozabili, da je delavec tudi človek, sočlovek, vir naših dohodkov, blaginje. Pripadnik nekoč vladajočega družbenega razreda.

Do podrejenih se nadrejeni velikokrat vedejo, kot da so z drugega planeta, neka druga bitja, do katerih nikomur ni treba čutiti empatije. Ker imajo podjetja dobre odvetnike, so pravice delavcev pogosto le »mrtva črka na papirju«.

Vseeno verjamem, da ne gre le za množico brezčutnih, motenih ljudi, čeprav se pogosto sprašujem, kaj učijo na vseh teh šolah, ki izobražujejo bodoče menedžerje, vodilne kadre v gospodarstvu in v javnih ustanovah. Prepričan sem, da se je izoblikoval sistem, ki deluje tako, da se daje prednost brezčutnosti, kjer se človek povsem podredi dobičku, bogastvu nekega posameznika, ki se je v pravem trenutku tranzicije našel na pravem mestu. Sočlovek se v tem procesu spremeni v kovino prestižnega avta ali v plastično lupino kakšne jahte.

Kdo smo mi, ki dajemo prednost in pravico tem ljudem, oblastnikom, ki že na videz delujejo kot osebe, ki ne znajo ljubiti in niso zmožne sočustvovati, da počnejo to, kar počnejo?

Nedvomno smo sami krivi, da jih ob vsakih volitvah izberemo, potrjujemo in obenem naivno pričakujemo čudež, da se bo kdaj zgodilo nekaj nepričakovano dobrega, da bo vse pozabljeno in se bomo zbudili iz tega grdega sna.

Nedvomno obstajajo tudi drugačne zgodbe, predvsem v nekaterih javnih zavodih, ki še delujejo predtranzicijsko. V teh ustanovah so vsaj

nekateri delavci nedotakljivi, njihovi »grehi«, kot so zloraba alkohola, brezdelje, neustrezen odnos do uporabnikov, nasilje nad sodelavci, se tolerirajo do neskončnosti. Najbrž zato, da se s tem ne bi ogrozil večni red in mehka zaspanost, uravnilovka, potreba po povprečnosti in navsezadnje, da se ne bi zamajal kakšen udoben »stolček« direktorja, ravnatelja, predstojnika. Iz teh logov prihajajo k nam psihiatrom mladi raziskovalci, intelektualci, strokovnjaki, razočarani in izgoreli v nenehni boju z neko nevidno silo, ki se nenehno trudi, da bi zadušila njihovo kreativnost, željo po napredku in koristnosti. Zgodbe po istem kopitu, ki se končajo z odhodom, večkrat v tujino kot v zasebno sfero.

Kje pa je tisti čudež, dogodek, ki radikalno odstopa od običajnega, omenjen v naslovu?

Pred kratkim je bila v naši ambulanti gospa, stara 45 let, s poklicno izobrazbo. Že ob prejšnjih pregledih mi je povedala, da bo njen delodajalec, veliko mednarodno podjetje, opustil določene objekte, delovne enote. Vedela je, da bo ostala brez zaposlitve, in bila je pripravljena na to, kar se je potem tudi zgodilo. Prav v času prenehanja zaposlitve, ali v tesni povezavi s tem, se je razkrilo, da boleha za rakom. Do sedaj je že prestala dva posega, čaka jo še obsevanje.

V hudi stiski je poklicala kadrovske referentke svojega podjetja ter jo vprašala, ali obstaja kakšna možnost, da bi še lahko bila na bolniškem dopustu v času teh posegov in rehabilitacije. Sprva ji je bilo rečeno, da je postopek prekinitve delovne pogodbe na žalost zaključen, nato pa jo je dan kasneje poklicala vodja kadrovske službe in ji sporočila, da jo je delodajalec ponovno zaposlil, sprva za pol leta, potem pa »se bo videlo«.

Gospa pripoveduje vzhičeno, s solzami v očeh. Med potjo domov v avtu pripovedujem zgodbo svoji ženi. Ob razpletu tudi mene nekaj zagrebe v grlu.

Epilog: Lahko bi slavili pogumno kadrovske referentke, ki je zbrala

pogum in naredila nekaj, kar na videz nikakor ni v interesu podjetja. Lahko si predpostavljamo, da je ta dobrosrčna oseba morala vedeti, da njeno početje ne bo naletelo na kritiko njenih predpostavljanih. Na osnovi

tega lahko sklepamo, da ji je delovno okolje posredovalo sporočilo, da je humanost, sočutnost dovoljena, zaželena vrednota v tem podjetju.

Razmišljam o tem, ali je stoletna tradicija kapitalizma v državah, bolj

zahodno od nas, prinesla to, da je delavec pomemben in spoštovanja vreden dejavnik delovnega procesa, ali pa je to izkušnja neke kulture, ki je tekom zgodovine trpela veliko manj kot ti naši narodi na robu Balkana.

Dogodek v izolski bolnišnici

Prof. dr. Berta Jereb, dr. med., Ljubljana

Dogodek v izolski bolnišnici, ko je bolnik s strelom ubil zdravnika in policista, me je spomnil na nekaj, kar sem doživela pred dobrimi 60 leti, ko sem bila še zelo mlada zdravnica, zaposlena na Onkološkem inštitutu. Bilo je torej v zgodnjih 50. letih, ko je ta imel svoje prostore v bivši šentpetrski vojašnici.

Bolnikov je prihajalo vsak dan več, bila je velika prostorska stiska. Čakalnih list nismo pisali, vsakega, ki ga je bilo treba zdraviti, smo sprejeli za zdravljenje takoj, saj rak, če ga ne zdraviš, ne čaka, ampak raste in se širi.

V šentpetrski vojašnici je takrat imelo nekaj prostorov tudi podjetje »Soča«, ki pa se je pripravljalo za izselitev, ker so dobili nove prostore. Onkološki inštitut je želel v teh izpraznjenih prostorih povečati svoje zmogljivosti. Zato je bila potrebna privolitev sekretarja za zdravstvo pri Izvršnem svetu SFRJ. Dali so mi nalogo, da grem k sekretarju za zdravstvo, mu razložim težave in prosim za pomoč. Takratni sekretar

za zdravstvo pri Izvršnem svetu je bil to, kar je današnji minister za zdravje.

Najavila sem se in sprejel me je res prijazno. Tega današnja ministrica, kot vedo povedati, ni sposobna. Ni za razgovore. Tovariš sekretar, ne vem več njegovega imena, je bil docent stomatologije in zlobni jeziki so govorili, da je postal docent, ker je psu maršala Tita popravil zobovje. Nisem vedela, ali je bilo to res, in tega tudi danes ne vem.

Opisala sem mu prostorske težave, s katerimi se soočamo na Onkološkem inštitutu. »Zakaj pa sprejemate bolnike, če jih nimate kam dati?« je vprašal. Odvrnila sem: »Veste, bolnikov z rakom ne moremo pustiti čakati kot na primer tiste s kilo, ki jim lahko rečejo, da naj pridejo čez mesec na operacijo.« »Ne razlagajte mi nečesa, česar ne razumem!« »No ja,« sem rekla, »vam bom pa razložila tako, da boste lažje razumeli. Predstavljajte si, da ugotovijo, da imate raka, potem pa povedo,

da na Onkološkem inštitutu ni prostora za sprejem in zdravljenje in da vas bodo poklicali, morda čez teden ali dva.« Tovariš sekretar se je zgrozil in rekel: »Če bi meni povedali, da imam raka, bi se ustrelil«. Jaz pa sem rekla: »Potem pač nimava več težav, vzemite pištolo in jih postrelite.« Tak je bil konec najinega razgovora. Prostore, za katere smo prosili, smo dobili. Težav seveda še vedno ni bilo konec. Bolnikov je bilo vedno več. Takratni pionirji pa so v teh najtežjih časih postavili osnove Onkološkemu inštitutu za razvoj, ki so bile v tistem času edinstvene, in je bil tak med redkimi v svetu. Danes jih lahko le občudujemo.

Tovariš sekretar za zdravstvo se je sicer odzval nenavadno, priznal pa je svojo slabost in se pokazal človeka. Tega med našimi voditelji in ministri ni opaziti. Napihujejo se pred kamerami z naučenimi kretnjami, ki naj bi kazale njihovo odločnost. Nič sramu ne občutijo za tisto, kar naučeno govorijo in nespretno počnejo. Kje je njihovo dostojanstvo, kam se je izgubila človečnost, saj so vendar ljudje?

Košarica

Mag. Nina Mazi, dr. med., Ljubljana

Košarica se je doslej že nešteto-krat izkazala za zanimivo in uporabno

zadevo. Človek (tudi sodobni, ki ga košare in košarice morda sploh ne

zanimajo več), se s košarami in košaricami srečuje od zibelke do groba. Odkar so klasične košare, v katerih so nekoč »prebivali« novorojenčki in dojenčki, zamenjale posteljice, so za najmlajše aktualne predvsem pravljične košarice, v katerih se skrivajo najrazličnejše dobrote in/ali zanimivosti. Med njimi kljub poplavi

novodobnih pravljic in zgodb z vedno bolj »odštekano« in bizarno ali vsaj nenavadno vsebino še vedno posebno mesto pripada pravljici o Rdeči kapici. Legendarna nemška avtorja, brata Jacob in Wilhelm Grimm, sta ljubki deklici potisnila v roke košarico z dobrotami za babico in jo poslala v gozd. Glavnina otrok in malčkov pozna Rdečo kapico in zna tudi natanko naštet, kaj ima v košarici. K dobrotam, ki jih mala navihanka nese bolni babici, pa mnogi izmed njih dodajo še kako svojo, ki jo imajo sami najraje. Košare in košarice nato človeka spremljajo pri nakupovanju, urejanju, okraševanju, prenašanju, pospravljanju in številnih drugih opravilih oz. dejavnostih doma, v službi in v družbi. Zdravniki se z njimi (hote in vede ali nehoti in nevede) srečujemo in soočamo vselej, ko z zavarovalnico oz. financerji obravnavamo različne storitve. Prej ali slej pa se s posebno vrsto košaric v živo sreča tudi vsakdo, ki je uspel dočakati visoko starost in izkusiti z njo povezane zdravstvene zaplete. Tedaj marsikdo prvič sliši za »košarico pravic«, ki jih dotlej sploh ni poznal oz. ni vedel zanje. Kaj si posameznik predstavlja pod tem pojmom, lahko predvsem ugibamo, saj nam nihče natančno ne bi mogel oz. ne bi znal pojasniti natančnega pomena te besedne zveze. Zdi se, da tega pogosto na znajo in ne zmorejo (morda pa tudi nočejo, da ne bi koga preveč šokirali in prizadeli) niti pristojni iz največje zdravstvene zavarovalnice v državi. Čeprav sem prepričana, da vrh ZZZS nedvomno ve, o čem govori, ko omenja »košarico pravic«.

»Oni« oz. »tisti tam zgoraj«, kot je imel navado reči eden izmed mojih, danes žal že pokojnih učiteljev in mentorjev, že vedo, mi pa najbrž ne ...

Do včeraj sem bila tudi jaz prepričana, da vem marsikaj oz. skoraj vse o košarici pravic, danes pa vem, da ni tako.

Včeraj me je namreč prijateljčina hčerka, osmošolka, ki pripravlja referat o sodobnem zdravstvu, vprašala, kakšna je definicija košarice pravic.

»Lahko ti povem definicijo besede »košarica« in pojma »pravica«, vsako posebej. Ampak skupaj ...«

»Potrebujem enotno definicijo za celo besedno zvezo,« je vztrajala nadobudna osmošolka.

»Te pa ne vem ... Vsaj ne takoj zdaj ...«

»Kar pomeni?!?«

»Kar pomeni, da bom stvar preštudiral in ti jo povem jutri ...« sem ji pojasnila.

»Krasno ... Cel dan za eno samo besedno zvezo ... Ni čudno, da se bo naše zdravstvo vsak čas sesulo ...«

Ob njenih besedah sem okamerala od groze. Pretresena, skorajda šokirana ob dejstvu, da laiki (vseh generacij) sleherno zdravnikovo besedo, misel in potezo (lahko) brez pomisleka aplicirajo in posplošijo ter povežejo v širši koncept uspešnega ali neuspešnega zdravstva, sem se spet enkrat globoko zamislila nad odgovornostjo zdravniškega poslanstva. Zdravnik ni »kar nekdo«, človek iz množice, ki si svoj vsakdanji kruh iz znanega ali neznanega razloga služi s skrbjo in pomočjo tistim, ki ga potrebujejo, marveč strokovnjak, ki ga je narava obdarila z darovi in sposobnostmi, ki jih je nato začel načrtno razvijati, poglobljati in širiti ter se je z zaprisego zavezal, da bo to zavzeto počel do groba. Rezultate svojih prizadevanj pa nesebično razdajal soljudem. Ne glede na svojo morebitno oz. pričakovano brezhibnost pa

zdravnik kljub vsemu ostaja tudi in predvsem človek. Ljudje pa že od nekdaj veljamo za zmotljiva bitja. Za bitja, ki imajo vso pravico, da grešijo, se motijo, delajo napake, skačejo v prazno in počnejo marsikaj, kar nikakor ne sodi v koncept popolnosti oz. je z njim popolnoma nezdružljivo.

Življenje zdravnikov in bolnikov je večkrat zapleteno, tudi zaradi košarice pravic, ki ji na prvi pogled človek sicer nima kaj očitati, če pa se poglobi vanjo, kmalu ugotovi, da ji manjka kanček pravljčnosti. Zahvaljujoč čarobnosti bi po vzoru Rdeče kapice človek v košarici pravic vedno našel vse tisto, kar potrebuje oz. pričakuje, hkrati pa bi ne glede na obseg standardnega seznama vanjo vedno znova lahko vtaknil še kaj, kar ima najraje oz. si v določenem trenutku najbolj želi ali celo potrebuje.

Ker dober zdravnik vedno drži besedo in se sama globoko zavedam, da je človek toliko vreden, kolikor velja njegova obljuba, je zvedava osmošolka naslednjega dne izvedela definicijo košarice pravic, ki sem jo ustvarila sama: seznam zdravstvenih proizvodov in storitev, ki se plačujejo (krijejo) iz zdravstvenega zavarovanja – obveznega in prostovoljnega.

Osmošolki se je moja definicija sicer zdela suhoparna, a hkrati tudi sprejemljiva in jo je zato vključila v svoj referat. Jaz pa sem se odločila, da bom košarico pravic še kdaj vzela pod drobnogled in si skušala ob tem vsaj sem ter tja nadeti »rožnata očala«, skozi katera stvar ne bo videti tako stroga in neobetavna, marveč bo dobila pridih čarobnosti ali vsaj svobodne izbire, ki sta jo brata Grimm namenila Rdeči kapici. Mar ne bi bilo imenitno, če bi posameznik v odločitvah trenutnih vsebini svoje košarice pravic dodal vsaj še kak »priboljšek«?

Spoštovani avtorji prispevkov,

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

Uredništvo

Omejevanje zdravniških pravic

Prof. dr. Miran Porenta, dr. med., Ljubljana

V družbi starejših zdravnic in zdravnikov – vrstnikov po letih in po izkušnjah v medicinski praksi – smo razpravljali o prispevku zdravnika Matjaža Zwitterja »Predpisovanje zdravil v pozni starosti«, ki je bil objavljen v letošnji osmi številki glasila Isis. V njem je zanimiv predvsem naslednji stavek: »Zapišem naj svoje osebno mnenje: po starosti 80 let bi bilo prav, da bi zdravnikom ugasnila zdravniška številka in pravica do predpisovanja zdravil.« Iz prispevka razberemo, da je na to misel prišel ob razpravi na Odboru za pravno-etična vprašanja pri naši Zdravniški zbornici med obravnavo suma, da so zdravniško številko in blok receptov zlorabljali svojci »zelo starega in močno oslabelega kolega«.

Spomnili smo se, da imamo zdravniki pravico, da predpisujemo recepte tudi po upokojitvi, od leta 1995 po zaslugi infektologinje prof. dr. Marice Marolt Gomišček. To je uredila, ko je bila namestnica ministra za zdravstvo, v skladu s svojimi pooblastili, na hitro in brez medijskega pompa. Ta ukrep je zagotovo vzbudil odobravanje in zadovoljstvo upokojenih zdravnikov, saj jim za npr. antihipertonik in lipolitik ni bilo treba čakati na obravnavo v zdravstvenem domu. Odobravali so ga tudi aktivni zdravniki, ker so se rešili vsaj predpisovanja zdravil po nareku starejšega, zaradi dolgotrajnega postopka naveličanega kolega. Pozneje, ko se je aparat za organizacijo zdravstva na ministrstvu, v zavodih, zavarovalnicah, lekarnah itd. izjemno povečal, so nam vsem enako zmanjšali število receptov od prvotnih dvesto na trideset na leto. Ob kontrolnem informacijskem sistemu, ki odkrije napake in poneverbe. Logično in pravično bi bilo, da bi si tisti, ki je bolj bolan, lahko napisal več receptov.

Kaj pa smo pridobili starejši zdravniki s hipertrofijo organizatorjev zdravstva in z Zdravniško zbornico, ki se financira z našo obvezno članarino? Na njenem Odboru za pravno-etična vprašanja razpravljajo, da se je zelo star in oslabel kolega zmotil pri predpisovanju zdravil. Kolikokrat, največ tridesetkrat v letu. Če pomislimo, koliko receptov mora izdati v enem dnevu ob pregledu petdesetih in več bolnikov aktivni zdravnik, se sprašujemo, ali se na Odboru za pravno-etična vprašanja splača ukvarjati s tako nepomembno zadevo in celo premišljati, kako kaznovati vse, ki so presegli *ad hoc* postavljeno starost 80 let.

In o osebnem mnenju zdravnika Matjaža Zwitterja – ostarelelega kolega, kot se je v prispevku v reviji Isis sam imenoval: »Po starosti 80 let bi bilo prav, da bi zdravnikom »ugasnila« zdravniška številka in pravica do predpisovanja zdravil«. Prepričani smo, da je lahko namen avtorja s takimi provokativnimi izjavami predvsem zabavati kolege zdravnike. Namen odgovornega urednika bi bil pa opravičljiv le s tem, da je želel povečati krog dopisnikov revije Isis. Uredniku bi morda predlagali, naj drugič podobne prispevke uvrsti v novo rubriko »Dr. Pavliha«.

Naj nadaljujem na enak način. Nakopičene probleme v zdravstvu, kot so npr. prevelike obremenitve zdravništva, predolge čakalne dobe, zastarela oprema, je nujno rešiti s postopnim zmanjševanjem in ukinitvijo pravic zdravnikov, starejših od 80 let. Pri 81 letih naj se jim ukine pravica do branja strokovne literature in prepove internet, odklopi računalnik ter telefon. Pri 82 letih se jim fizično prepreči vstop na medicinske strokovne prireditve, še posebno pa javno izražanje kakršnegakoli mnenja, po-

vezanega z delovanjem odborov Zdravniške zbornice. Pri 83 letih se prepove medicinskemu osebju obravnavane zdravnike naslavljanje z npr. gospod zdravnik. Edino primerno je, da ga kličejo: ata, mama, tale ta siten in podobno. Pri 84 letih se obvezno premestijo v ustanovo ZDRAVHO-SPIC. Posebno škodljive zdravnike, kot sta npr. prim. mag. Primož Vidali in prof. dr. Igor Križman, ki nas vsak september (letos že osemindvajsetič!) povabita, brez kotizacije, na dvodnevni internistični kongres in izdajata aktualen izvrstno urejen zbornik predavanj, pa v ZDRAVHOSPIC izolirnico. Da se jim omogoči posebno poglobljena duševna podpora. Morda bi kazalo – glede na izkušnje iz polpretekle zgodovine – predpisati, da zdravnice in zdravniki po 80. letu nosijo na vidnem mestu kakšen opozorilni znak na nevarnost, da bi lahko 80-letni zdravnik prevečkrat in ob neprimernem času nadlegoval soljudi z nasveti iz svojih dolgoletnih izkušenj.

Slovenska zdravnica v Nepalu

Polona Lečnik Wallas, univ. dipl. soc.

Špela Kristan, dr. med., specialistka dermatovenerologije, je bila včasih članica Gorske reševalne službe (GRS) in vodnica lavinskega psa, ljubiteljica pohodniških odprav v tuja gorstva, zadnja leta predvsem v Himalajo, danes pa skoraj polovico leta preživi v Nepalu, v himalajski vasi na skoraj 3.000 metrih nadmorske višine. Tam ima urejeno manjšo ambulanto, v kateri oskrbuje okoli 400 prebivalcev z zelo širokega področja in približno 150 šolarjev. Z njo smo se pogovarjali pred septembrskim odhodom v Nepal.

Ste zdravnica, svoje življenje ste posvetili medicini in goram. Kako ste se odločili za medicino?

Zrasla sem v veliki družini. Bilo nas je pet otrok in starši so vsem omogočili šolanje. Živeli smo skromno, pomanjkanja pa nismo doživljali. Starši so nas naučili, da smo si vse delili med seboj in z drugimi ter si pri vsem pomagali. Kadarkoli sem prijokala z dvorišča, da mi kdo nagaja ali da me je celo udaril, so me starši

najprej vprašali, kaj sem jaz rekla ali storila slabega temu vrstniku.

Po očetovi strani nihče v družini ni bil zdravnik, po mamini pa jih je bilo kar nekaj, vendar jih kot otrok nisem poznala. Spominjam se, da sem se za medicino odločila, ko sem bila stara pet let. Stanovali smo v Ljubljani, ko je razsajala epidemija hepatitisa A, za katerim sem zbolela. Peljali so me k zdravniku, da bi me pregledal. Zdravnik se je odločil, da me ne bo zadržal v bolnišnici, jaz pa sem bruhnla v krčevit jok. Zelo sem si želela ostati v bolnišnici in opazovati zdravnike pri delu. Spomnim se, da sem bila stara sedem let, ko sem bila na Jesenicah dalj časa hospitalizirana zaradi težav z ledvicami in anemije. Vodja internističnega oddelka je delal diaskopije pljuč. Nekega dne je delal diaskopijo tudi pri meni in ko je zaključil, sem se skrila za zaveso in ostala tam celo dopoldne ter ga opazovala. Bila sem povsem nezaščiten in ko me je našel, je znorel. Uboga sestra, kako je vpil nanjo.

Tudi pomagati sem si znala sama. Če se mi je v roko zapičila trska in se mi je zagnojilo, sem vedela, da moram tujek spraviti ven, ne zgolj prebosti mehurja, in sem to tudi storila, prekuhala sem nitko in šivanko ...

V Ljubljani ste končali gimnazijo in se vpisali na medicinsko fakulteto. V tem času pa vas je zagrabila velika ljubezen do gora.

Ne, ne. S hribi sem bila zasvojena že od rane mladosti. Moj oče je bil alpinist in gorski reševalec in večkrat me je še kot otroka peljal v gore. Postala sem popolnoma zasvojena z njimi. Spomnim se, da me že kot otroka niso zaustavili niti žulji od novih čevljev. Stopala sem si povila, da sem lahko šla z očetom in mamo v hribe. Odlično sem prenašala bolečino. Prav posebna ljubezen do gora pa me je zagrabila, ko sem bila stara 16 let in sem začela na skrivaj plezati. Oče mi ni vedno dovolil v steno. Z nekaterimi plezalcii pa sploh ne. V tistih letih sem obiskovala tudi glasbeno šolo, učila sem se igrati violino. Hudo je bilo, kadar sem imela skoraj do krvi oguljene konice prstov zaradi plezanja, pa sem morala naslednji dan na uro violine. Kako je bolelo! Ko sem se vpisala na medicinsko fakulteto, je bilo časa za alpinizem malo manj, vendar sem tudi v



Vasica Chialsa z ambulanto in pogorjem Numbur.



Gesheju sem za 50. rojstni dan spekla torto.

izpitnem obdobju med vikendi obiskovala gore.

Bili ste tudi članica dveh odprav in številnih trekingov.

Kot zdravnica sem se udeležila dveh odprav: v Perzijo in Mehiko. Kasneje sem se usmerila v »težke« trekinge v zaprte in odročne predele v Nepal. Pridružila sem se GRS in naredila izpit za reševalko – lahko rečem, da je to družinska tradicija. Bila sem tudi vodnica lavinskega psa pri GRS. Imela sem dva reševalna psa, ki sta hodila povsod z mano, tudi na turne smuke. Z mano sta šla tudi po poteh, kjer ni bilo preveč klinov. Psa sem navezala na vrvi in ga spuščala v prazno, tudi več metrov globoko do spodaj ležeče poličke. Pes se je moral usesti in mirno počakati name, saj bi sicer obstajala nevarnost, da bi tudi mene potegnil s seboj. Niti premaknil se ni, dokler nisem bila pri njem. In potem tako naprej ...

Se je kdaj zgodila kakšna nepredvidljiva situacija?

Ko sem prišla po nekaj dneh potepanja po Julijcih na Prehodavce – v gore sem lahko hodila zgolj jeseni zaradi psa – mi je ušel za ovčami ... Ko sem prišla do roba, kjer mi je pobegnil, je bila prepadna stena, njega pa nikjer. Nekaj časa sem čakala, potem sem ga pa le videla od daleč, kako gre prav počasi po poti navzgor. Na srečo ni imel nič zlom-

ljenega, utrpel pa je hude udarnine z nekaj manjšimi ranami. Takoj sva se odpravila v dolino, bil je še ogret in se je lahko premikal. Sredi noči sem ga morala peljati k veterinarju v Ljubljano. Naslednji dan pa sem ga odpeljala na Kolpo plavat ... rehabilitacija.

Lahko opišete svojo ambulanto in življenje slovenske zdravnice v Nepal? Kako se je vse začelo?

Tik preden smo se odpravili na enega izmed težkih trekingov, sem zbolela že v dolini. Že v Katmanduju sem začela močno kašljati in dobila sem vročino. Nekako sem zmogla do 4.000 metrov nadmorske višine, naprej pa ni šlo več. Ostala sem pri enem od samostanov, kjer so mi pomagali. V skupini smo bili trije zdravniki in en biolog in smo svoj prihod vnaprej napovedali. Sprva smo dva dni intenzivno delali, saj je vsa dolina vedela, da so pri samostanu zdravniki. Domačini so prišli na pregled, malce iz radovednosti, malce iz nuje. Kasneje so se ostali člani »težkega trekinga« odpravili dalje po začrtani poti, jaz pa sem ostala. Po tednu dni počitka v samostanu so mi nune organizirale sestop v dolino in prevoz z avtom v Katmandu, saj se je moje zdravstveno stanje slabšalo. V Katmanduju pa so mi pomagali menihi, skrbeli so zame, mi prinašali hrano, me vozili k zdravniku ... V zahvalo sem predstojniku samostana v Katmanduju ponudila pomoč pri organiziranju ambulante v enem izmed odročnih krajev v deželi Šerp, kjer je tibetanski begunski center. Kasneje sem enega od menihov povabila v Slovenijo. Ko smo se peljali na Bled, tega se še prav dobro spomnim, je zazvonil telefon in na drugi strani je bil prijatelj iz društva *Bežj ču uejdeš*. Dogovorili smo se za sestanek, kjer je menihi ponudil, da bi humanitarna skupina zbrala denar za streho ambulante. Tako je ideja o ambulanti padla na plodna tla, začela sem zbirati denar še za zidove ambulante. Jeseni 2011 sem šla na ogled terena, kjer smo zakoličili parcelo,

2012 so pričeli z gradnjo in 2013 sem že lahko pričela z delom v ambulanti. Veliko mi je pomagal tudi častni konzul Nepala v Sloveniji, gospod Aswin Shrestha, ki mi je svetoval, na koga naj se obrnem v Katmanduju za nabavo medicinske opreme za ambulanto. Nepalci, ki živijo v Sloveniji, so zbrali sredstva za nabavo medicinske opreme. Ambulanta je majhna in je ob majhnem samostanu. Leži na 3.000 metrih nadmorske višine, v smeri proti Everestu, vendar stran ob že utečenih poti odprav in trekingov. Tu je pravzaprav tibetanski begunski center. Nepalska vlada jim je dala zemljo, ko so prebežali čez Himalajo. Ljudje so revni, brez prave zdravstvene oskrbe. Področje je izredno razpotegnjeno, prebivalcev je okoli 400 na večjem območju. Imajo majhno šolo, ki jo obiskuje okoli 150 otrok, in internat za 50 učencev, ki stanujejo zelo daleč in ne bi zmogli vsakodnevnih večurnih poti v šolo in nazaj domov. V samostanu živi in se šola od 15 do 20 »menihcev«, starih od 6 do 17 let. Večina od njih je tako revna, da jim samostan nudi celotno oskrbo brezplačno: nastanitev, hrano, meniška oblačila, obleke, šolske uniforme in šolanje. Tudi ti menihi hodijo v normalno šolo, ki poteka od 9. ure zjutraj do 4. ure popoldne. Pred šolo in po njej pa imajo še svoja budistična učenja in molitve. Vodja samostana je zelo izobražen mož, ime mu je Geshe



Po potresu so se menihci učili kar na travniku pred šolo.

Yonten. Po nepalskem potresu je bilo treba šolo podreti, učenci so se učili kar na prostem. Tibetanska skupnost je medtem šolo kar zaprla, češ da je premalo Tibetancev. Tako je tudi šolo prevzel Geshe Yonten. Zanj ni pomembno, ali je otrok Tibetanec, Šerpa, Hindujec ... Zanj je pomembna izobrazba otrok. Zvišal je nivo šolanja, sedaj imajo že osem razredov, imajo novo šolsko poslopje, več kakovostnih učiteljev ... V sklopu naselja je torej samostan, šola, internat in ambulanta.

Kako so videti različna obdobja, letni časi na 3.000 metrih nadmorske višine?

Tu zelo redko zapade sneg, za njihove razmere gre za nizko nadmorsko višino. Ko pritisne mraz, enkrat konec novembra, se le-ta še stopnjuje do konca januarja. Šola se zaključí sredi decembra, vsi šolarji grejo domov, menihi pa v Katmandu. Govorimo o temperaturah okoli ledišča, saj kurjave ni. V sobi sem imela 5 stopinj nad lediščem in me je stalno zeblo. Kuri se samo v kuhinji, kjer imajo odprt ogenj, štedilnik, na kurišču pa daljše poleno, ki ga, ko dogoreva, počasi potiskajo naprej. Sama imam že od nekdaj raje mraz kot vročino, dva meseca takega mraza pa je tudi zame skorajda preveč. Vendar, če zdržijo oni, bom tudi jaz. Toplo mi je le ponoči v spalni vreči. Predstavljajte si delo v ambulanti pri takem mrazu. A to je pokrajina izzivov: ko sem na enem izmed trekingov hodila po pobočjih in prečila Nepal od Katmanduja proti vzhodu do Ilama, me je po desni strani, tam kjer me je obsijalo sonce, žgalo, po tistem delu telesa, ki je bil v senci, pa me je mrazilo. Decembra se življenje v hribovitih delih skoraj ustavi, po njihovem novem letu pa spet oživi. Tokrat grem v Nepal jeseni in nato spet konec marca, vsakič za tri mesece. Marca 2017 bom skupaj s slovenskim zobozdravnikom organizirala zobozdravstveni tabor, da predvsem šolarjem malo uredimo zobovje.

Kako potekajo dnevi, s kakšnimi boleznimi ljudje prihajajo k vam?

Takoj, ko pridem, začnem delati. Ljudje so me dobro sprejeli. Na začetku je bilo veliko radovednosti. Bolniki pridejo tudi iz drugih dolin, več ur hoda daleč, z najrazličnejšimi težavami. Pri starejših so to bolečine v hrbtu, sklepah, pa tudi kardiološke težave, bolezni pljuč, poškodbe, velik problem je alkohol. Oni namreč nimajo encima, da bi razgradili še tako majhne količine doma narejene-ga piva, ki ima od 2 do 3 promile alkohola. Otroci imajo odrgrnine, zvine, zagnojene rane, garje, uši, črevesne parazite, impetigo, angino, vnetje ušes ... Veliko je problemov z očmi, saj je v prostoru, kjer je ogenj, tudi dim.

Si je težko pridobiti njihovo zaupanje?

Nam deset evrov ne pomeni veliko, zanje pa je to bogastvo, to je vsaj 1200 rupij. Za primer lahko povem, da za 60 centov lahko dobiš

zelo kakovosten obrok in se naješ.

Če jim z obnašanjem vzbudiš občutek, da si zaradi denarja nekaj več, si jih v resnici ponižal. Tudi mene vprašajo, koliko imam dohodkov, a jim ne povem. Rečem le, da pri nas dobim za enako vsoto le kavo, pri njih pa že kosilo. To je zanje nepredstavljivo ... Glede financ so to povsem druge dimenzije, moraš biti previden, tako pri obnašanju kot pri izjavah. V kolikor jim pomagaš in si prijazen, se ne delaš, da si nekaj več, ti bodo zaupali in pomagali. Vsekakor pa si pravega zaupanja ne pridobiš z enkratnim obiskom.

Kaj vas je presenetilo, kaj pri njih občudujete?

Zanimiv mi je njihov način življenja, njihovo razmišljanje ... Tam gori ne potrebujete ne vem kakšne tehnologije, življenje je precej bolj preprosto, a težko. Včasih se pogovarjamo in povem, da se moji prijatelji v Sloveniji bojijo za službo, ker je kriza in ne vedo, kako bo ... Pa me



V zahvalo za moje delo so mi podarili tibetansko sliko tanko.



Delo v ambulanti, ki še ni do konca urejena in opremljena – popotresna popravila in gradnja nove šole imajo prednost.

Tibetanci le gledajo in povedo, da oni tega enostavno ne razumejo. Šele z izgubo službe dobiš priložnost, da lahko delaš tisto, kar te veseli, in to razumejo kot možnost za spremembo načina življenja. Res pa je, da ko greš v Nepal, moraš pozabiti vso svojo zahodnjaško miselnost, nepomembne potrebe in želje po udobju. To je drug svet. Za nas ni lahko, je pa lepo.

Kakšna je ambulanta, nam jo lahko opišete?

Ambulanta je v hiši, kjer ena velika soba služi kot ordinacija. Tam so priročna zdravila, instrumentarij in ena postelja za nujne primere. Poleg je manjša soba, ki še ni urejena in trenutno služi kot shramba za zdravila in sanitetni material, tam imamo tudi sterilizator. Zraven je stranišče in tuš, a je voda mrzla. V ambulanto moramo še napeljati vodo. V hiši je tudi stanovanje za zdravnika: dve sobi, tuš in stranišče. Povsod je le mrzla voda. Ne vem še, kako jo bomo grelj. Načrt za ambulanto so izdelali Nepalci. Pol

stroškov za izgradnjo sem pokrila iz svojih prihrankov, pol pa so donirali prijatelji in razna podjetja. Društvo *Bejž če uejdeš* iz Pivke je v celoti doniralo za streho in so jo tudi sami postavili. Pa še za kakšno steno so nabrali. Razmišljamo tudi o zobozdravstveni ambulanti. Predstojnik samostana Geshe Yonten vsako leto poskrbi, da samostan obišče ekipa splošnih zdravnikov in zobozdravnikov iz Katmanduja, a slednji drugega kot ekstrakcij zob niso mogli delati. Enkrat na leto pride tudi avstralska ekipa z otorinolaringologom iz Katmanduja, da ljudem pregleda sluh. Po potrebi dobijo slušne aparate (zastonj), Geshe pa zalogo baterij za slušne aparate. Lepo se je končala zgodba deklice, ki je bila na obe ušesi gluha in ni govorila, potem pa so ji dali dva slušna aparata in danes obiskuje šolo in govori.

Kako se vas je dotaknil budizem?

Veliko se pogovarjamo in tudi nekaj filozofije se navzameš. Poslušala sem nekaj predavanj visokih lam, zelo veliko dajo na zavest – um, saj vse izvira iz našega uma, in na to, kako doseči notranji mir. Njihovo vodilo je, da vedno pomagaj drugim. V kolikor jim ne moreš pomagati, pa jim vsaj ne škoduj. Kako znano mi je to iz mojih otroških let! Veliko je menihov z zahoda, ki študirajo budizem in ga prene-sejo naprej, a ga marsikateri že preveč prilagaja zahodnjaškemu načinu življenja.

Najlepša hvala za pogovor.

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

EUROPAD 2016

Leiden, od 27. do 29. maja

Prim. Jasna Čuk Rupnik, dr. med., Ljubljana

cukovi@gmail.com

Evropsko združenje za zdravljenje opiatne odvisnosti (EUROPAD) vsako leto poskrbi za osvetlitev nekaterih novih spoznanj in utrditev številnih starih. Ta zapis predstavlja le nekaj najbolj zanimivih vsebin letošnje konference.

Raziskava EQUATOR je podala ugotovitve, da se številni aktivni uživalci drog, ki so nekoč že bili vključeni v zdravljenje, ob ponovitvi bolezni ne vključujejo v obstoječe programe zdravljenja zaradi strahu, da ne bi zmogli dovolj uspešno izpolnjevati vseh terapevtskih zahtev, pa tudi zaradi negativnih izkušenj, ki so jih ob zdravljenju že doživeli sami ali so o njih izvedeli od drugih bolnikov. Iz raziskave je izšla **potreba po večji fleksibilnosti programov in po manjšem pritisku na paciente v smeri zniževanja dnevnega odmerka opiatnih zdravil**. Nujni so dobro strukturirani programi, ki pa obenem omogočajo **individualno prilagajanje specifičnim potrebam** posameznih pacientov. Le tako bi lahko dosegli maksimalno pomoč za posameznike in zmanjšali ekonomsko breme, ki ga za družbo pomenijo slabo zdravljeni pacienti.

Glede stabilnosti psihiatričnih diagnoz se je izkazalo, da je kar 95 odstotkov bolnikov v času zdravljenja bolezni odvisnosti doživelo spremembo diagnoze. Med najbolj stabilne so se uvrstile psihoze (posebej bipolarna motnja). Dokaj stabilna pa je ostajala tudi diagnoza bolezni zasvojenosti (70 odstotkov). Po vstopu v programe »z zdravili podprte rehabilitacije« je za postavitev pravilne diagnoze na podlagi DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) zato potrebno najprej **dolgotrajno opazovanje**.

Več držav je predstavilo lastne ugotovitve glede razvoja bolezni odvisnosti v populaciji bolnikov, ki iščejo pomoč zaradi **kronične bolečine**. Zasvojenost se je pogosteje pojavila pri tistih bolnikih, ki so jemali opioidna zdravila dalj časa, so izkazovali višjo stopnjo depresije in anksioznosti, so uporabljali alkohol ali druge droge ali so navajali močnejše subjektivne zaznave bolečine. Poleg ZDA, kjer je epidemija

odvisnosti od opiatov v močnem vzponu, se mora s tovrstno patologijo ukvarjati tudi vse več razvitih evropskih držav. Da bi o tem ozavestili splošne zdravnike in tudi ameriško laično javnost, je organizacija AATOD (American Association for the Treatment of Opioid Dependence) predstavila odličen film o spopadanju s problemom bolezni odvisnosti tudi zaradi predpisovanja protibolečinskih zdravil v Seattlu. (Op. Na You Tubu kot »Chasing of heroin«.) V ZDA predvidevajo, da kar 80 odstotkov oseb, ki so začele v zadnjem času uživati heroin in iščejo pomoč v programih »z zdravili podprte rehabilitacije«, prihaja iz vrst bolnikov, ki so pred tem jemali opioidna zdravila z namenom odpravljanja kroničnih bolečin.

Že »neštetokrat« dokazana dejstva so bila potrjena tudi na Norveškem. Tam so si programi z zdravili podprte rehabilitacije odvisnih od opiatnih drog vse do nedavna utirali pot le z veliko težavo: v primerjavi z detoksikacijo ali s stanjem bolezni odvisnosti od opiatov brez zdravljenja **izkazujeta zdravljenje z metadonom in zdravljenje z visokimi odmerki buprenorfina mnogo boljše rezultate** glede ostajanja v programu in glede značilno boljših rezultatov na področju **abstinence od drog, kriminala, tveganih vedenj, prenosa HIV in hepatitisa B in C, predoziranja in splošne umrljivosti**.

Izziv za mnoge terapevte, ki še vedno vidijo v metadonu »le nadomestek za heroin«, je bilo predstavljeno poglobljeno razmišljanje o odmerjanju tega zdravila »po strategiji doseganja maksimalnega učinka zdravila«. S tem razmišljanjem o vplivu opioidov na možnost gane je bila »strategija največjega vpliva« predstavljena kot zamenjava za iskanje zgolj najnižje ravni pacientove »stabilizacije in klinične normalnosti«. Raziskave možganov nakazujejo, da imajo lahko višji odmerki metadona – poleg že znanega učinka na zmanjševanje odtegnitvenih znakov, zniževanje hlepenja in doseganje blokirajočega učinka – dejansko še bolj učinkovito (zdravilno) delovanje na oboleli možganski opioidni

sistem in možgansko nevroplastičnost.

Glede **zdravljenja hepatitisa C z novimi zdravili**, ki lahko okužbo ozdravijo že pri več kot 90 odstotkih ljudi v času le 12 tednov, sodi Slovenija med tiste redke države, v katerih je takšna terapija pacientom že omogočena iz plačila zavarovalnice.

Ker je zasvojenost s heroinom resen zdravstveni problem povsod po svetu in je povezan z mnogo osebnega trpljenja in z velikimi stroški družbe, se je kot uspešno uveljavilo tudi zdravljenje z acetilmorfinom (op. **HAT – heroin assisted treatment**). Švica, Nizozemska in Danska so ta program že vključile v redno medicinsko oskrbo ljudi. V Španiji, Nemčiji in Veliki Britaniji pa je program še na stopnji eksperimentalnega. Uspešno poteka tudi v Kanadi. Kot »pionirski« projekt poteka v Švici že preko 20 let na podlagi odgovornega in neprekinjenega dialoga med raziskovalci, uporabniki programa in odločevalci.

Zanimivo je bilo slediti predstavitvam prenovljenih **učnih programov za dodiplomski in podiplomski študij bolezni**

odvisnosti v Švici, Angliji in Nizozemski. V vseh teh državah sta slaba tako prepoznavanje kot zdravljenje bolezni odvisnosti, ob tem pa imajo zdravstveni delavci, vključno z zdravniki, do teh bolezni tudi negativen odnos. V zvezi z opiodi je učenje posvečeno oskrbi bolečine, splošni politiki do drog, principom dolgotrajnega zdravljenja z opiodnimi agonisti (t.i. »z zdravili podprta rehabilitacija«) in osebnemu odnosu zdravstvenih delavcev do zasvojenosti z opiodi.

Ginekologi iz več držav so predstavili uspehe pri **vođenju nosečnosti in širši skrbi za reproduktivno zdravje žensk** ter pri skrbi za otroke, ki se rodijo »nenačrtovani, niso pa nezaželeni« v populaciji žensk s težavami zaradi uživanja alkohola in drugih drog.

Več držav izvaja raziskave za ugotavljanje **pokazateljev učinkovitosti programov** zdravljenja bolezni odvisnosti z namenom **zmanjševanja nevarnosti**, ki bi lahko izhajale iz programov. Univerza v Helsinkih je v raziskavi posebej opredeljevala dva cilja programov: a) rehabilitacija in doseganje abstinence in b) zmanjševanje škode in izboljše-

vanje kakovosti življenja tistih bolnikov, ki popolne abstinence (še) ne morejo doseči. Članice EU so izvedle več raziskav za ugotavljanje nabora **minimalnih standardov kakovosti programov**. Septembra 2015 so jih potrdili ministri Sveta Evrope ter določili, da jih je treba dosegati na področju **varnosti, spoštovanja, blagostanja in kakovosti življenja uporabnikov** v programih pomoči. Organizacija EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) bo za uporabo v praksi pripravila različna orodja za določanje ravni doseganja standardov.

Francoski raziskovalci so se posvetili ugotavljanju **močnih vzajemno spodbujajočih interakcij med nikotinom in opiodi**, zaradi katerih je še posebej pomembno, da bi programi zdravljenja z opiodnimi zdravili zagotavljali tudi vsakemu posamezniku prilagojeno **svetovanje** za prenehanje ali zmanjševanje uporabe tobaka. Med populacijo oseb, ki se zdravijo z opiodnimi zdravili, predstavljajo daleč najpogostejši vzrok smrti bolezni, povezane z uporabo alkohola in tobaka.

3. mednarodna konferenca o patofiziologiji stafilokokov

Doc. dr. Irena Grmek Košnik, dr. med., Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano
irena.grmek.kosnik@nlzoh.si

Od 15. do 17. septembra 2016 sem se udeležila konference o stafilokokih v Tübingenu v Nemčiji, mestecu, ki leži 30 km od Stuttgarta. Tübingen je zelo staro univerzitetno mesto, začetki univerze segajo v leto 1477. V tem mestu imamo svoje sledi tudi Slovenci, saj je Primož Trubar tu leta 1550 dal natisniti prvi slovenski knjigi Katekizem in Abecednik. Primožu Trubarju je posvečena dvojezična spominska tabla, ki pa je zaradi pomanjkanja časa nisem uspela videti.

Po besedah organizatorja – Univerze Tübingen – se je konference udeležilo od 300 do 400 udeležencev. Organizatorji so povedali, da jih je množičnost udeležbe presenetila. Univerza ima tradicijo raziskovanja infekcijskih bolezni in mikrobiologije. Trenutno imajo kar sedem rednih profesorjev mikrobiologije. Na konferenci sem bila edina udeleženka iz Slovenije. Od udeležencev so prevladovali Nemci, Danci, Francozi. Spoznala sem, da so določene države

glede raziskav veliko pred nami in smo verjetno že zamudili, da bi bili z njimi lahko enakovreden partner. Vsa predavanja sem poslušala z izrednim zanimanjem in pozornostjo, med predavanji sem si delala beležke. Žal udeleženci nismo prejeli izročkov predavanj, smo pa prejeli knjižico posterjev. Konferenca je bila dobro organizirana, saj je bila po vsakem predavanju organizirana kratka razprava z vodenimi vprašanji in odgovori.

V četrtek po uradnem odprtju je imel prvo predavanje Nemec prof. Herman iz Hamburga, ki je prikazal začetke molekularnih raziskav. Molekularne raziskave v Nemčiji potekajo že 40 let. Poudaril je, da se moramo zavedati, da raziskave *in vitro* niso enake raziskavam *in vivo* ter da so pomembne predvsem tiste študije, ki imajo pomen za človeka. Dober raziskovalec nikoli ne odneha na poti k odgovoru na vprašanje, ki si ga je zastavil. Raziskave določenih problemov je smiselno ponavljati z različnimi orodji in modeli. Po njegovem videnju so večje revolucije v razumevanju patofiziologije stafilokokov *ica* geni, ki imajo pomen v adherenci – tvorbi biofilmov, razumevanje variant majhnih kolonij (SVC) in nove oblike antibiotika s protitelesi, t. i. antibody-antibiotic-complex (AAC).

Za adherenco stafilokokov so odgovorni *ica* geni, ki so se prenesli iz bakterije *E. coli* na stafilokok. Bakterija *S. epidermidis* lahko raste v planktonski obliki ali biofilmu. Geni *ica* se lahko preklapljajo, ker so regulatorni. Dokazano je, da je oblika rasti v biofilmu bolj odporna na antibiotike. Bakterija v biofilmih lahko preživi zelo dolgo tudi brez hranil in jo je nemogoče ozdraviti s klasičnimi antibiotiki, izjema je rifampicin. Dokazano je, da koagulaza negativni stafilokoki lahko koristijo ogljik za svojo rast tudi iz katetrov.

Znanstveniki so ugotovili, da pri varianti malih kolonij (SVC) obstaja defekt v respiraciji, defekt aminokislinske kisline, ki se sproži po aminoglikozinskih antibiotikih (gentamicin-

nu), posledica česar je odpornost na antibiotike. Po precepljanju SVC postanejo normalen tip.

SCV preklapijo iz visoko agresivnega fenotipa, ki povzroča akutno okužbo, v tihi fenotip – anaerobni tip, ki preživi intracelularno in lahko različno dolgo vztraja v celici.

Bakterija *S. aureus* ima številne virulencne dejavnike, tako ima α -toksin, PVL-toksin, s katerim uničuje nevtrofilce, peroksidazo, adhezine, faktor strjevanja, eksfoliativni toksin, stafilokokne enterotoksine.

Raziskovalci so prikazali študije, ki potrjujejo hipotezo, da so izolati iz hemokultur enaki izolatom *S. aureus* iz nosa posameznega pacienta. Obstajajo študije, ki to potrjujejo, s čimer je bil čas nosilstva različen in je trajal od 1 dneva do 9 let.

V zadnjem času se v obrambi pred *S. aureus* odkriva pomen T-celic (celične imunosti).

Skupina raziskovalcev iz Univerze Tübingen je odkrila, da bakterija *S. lugdunensis* naravno izloča antibiotik lugdunin, ki zavira rast *S. aureus* (Zipperer, Nature 2016). To je odprlo novo področje raziskav, usmerjenih v zdravljenje s probiotiki oz. nakazuje nove možnosti dekolonizacije pacientov z MRSA.

Bakterija *S. epidermidis* nima superantigenov, kot tudi ne toksinov. V zadnjem času se odkriva vloga toksinov, peptidov, ki so regulatorji *agr* gena. Pri bakteriji *S. epidermidis* so dokazali PSMs *mec*, ki ni genomsko kodiran, je pa del SSC *mec* tip II in III. Vloga peptida tega gena je, da pomembno poveča izločanje citokinov, kar se dogaja v katetrski sepsi (IL, TNF, CXCL1) s to bakterijo.

Predstavljeni so bili ostali koagulaza pozitivni stafilokoki, kot so *S. intermedius*, *S. hyicus* (pri psih, pticah, konjih, prašičih) in *S. pseudo-intermedius*, ki najpogosteje povzroča vnetje kože pri psih.

Kar dva sklopa petkovih predavanj sta poglobljeno prikazovala učinke okužbe z bakterijo *S. aureus* na imunski sistem. Takojšen imunski

odgovor po okužbi z bakterijo *S. aureus* je fagocitoza, in to ne le makrofagov, temveč tudi dendritičnih celic. Bakterija *S. aureus* koristi dendritične celice kot trojanski konj za sistemsko razširitev. Pacienti s sistemsko mastocitozo so pogosto kolonizirani z bakterijo *S. aureus*. Znanstveniki so dokazali, da je v granulih mastocitov pogosto skrita bakterija, ki se sprošča po degranulaciji. Znotraj mastocitov ima *S. aureus* odebeljeno celično steno. Te celice znotraj so bolj odporne proti antibiotikom in imajo pomen v atopičnem dermatitisu.



Konferenca je potekala na Univerzi Tübingen.

Pri proučevanju imunosti okužb z bakterijo *S. aureus* so znanstveniki prišli do presenetljivih odkritij. V povprečju 3,5 odstotka perifernih T-celic spozna *S. aureus*, vendar je med posamezniki lahko tudi do 35-kratna razlika, kar je novo področje raziskovanja. Bakterijski proteini so adjuvantni, kot tudi alergeni.

Škotski raziskovalci so povedali, da so ravno pri okužbah z bakterijo *S. aureus* velike potrebe po cepivu, ker je od 180 antibiotikov, ki so na tržišču, ravno ta bakterija postala odporna proti večini antibiotikov. Cilj cepljenja je preko določenih spominskih celic nuditi zaščito. Trenutno je cepivo še vedno v fazi raziskovanja na mišjem modelu in še nič ne kaže, da bo kaj kmalu učinkovito v praksi.

V nadaljevanju so bile predstavljene določene bolezni, ki so pogosto v povezavi z bakterijo *S. aureus*, kot sta cistična fibroza in bulozna epidermoliza.

Danski znanstveniki so predstavili velike populacijske študije prebivalstva, ki jih izvajajo z zaznavanjem nositeljstva bakterije *S. aureus* v nosu in v povezavi z bakteriemijo s to bakterijo. Vse izolate *S. aureus* so sekvenirali. Ugotovili so, da je kar 18,5 odstotka pacientov enkrat v

življenju imelo okužbo s *S. aureus* istega tipa, kot ga ima oz. ga je imelo v nosu.

Populacijsko študijo izvajajo tudi Norvežani v Tromsu. Rezultati študije kažejo, da je nositeljstvo *S. aureus* pogostejše oz. je v povezavi z nizko stopnjo vitamina D, hormonskimi kontraceptivi, povečano ali zmanjšano telesno aktivnostjo. Obratno pa kajenje zmanjšuje pogostost kolonizacije s *S. aureus*.

V soboto je bila večina predstavitev namenjena antibiotikom, ki so učinkoviti v izkoreninjenju intracelularnih bakterij *S. aureus* v primeru osteomielitisa, endokarditisa in pljučnic. Učinkoviti antibiotiki za zdravljenje teh okužb so vankomicin, daptomicin, linezolid in rifampicin. V primeru intracelularnih bakterij je zelo pomembno, kdaj začeti zdravljenje. Značilne razlike so, če zdravljenje začnemo v prvi uri, sedmi uri ali 24 urah. Tu je vloga mikrobiološkega laboratorija izredna.

V zdravljenju trdovratnih kroničnih okužb veliko obetajo nove oblike antibiotika s protitelesi, tako imenovani antibody-antibiotic-complex (AAC). Ta vezava mora biti stabilna, ko zdravilo vstopa v celico. Veza mora biti takšna, da funkcija enega ali

drugega ni spremenjena. Po vstopu v celico pa se morata komponenti ločiti in učinkovati na odporne bakterije, ki so se potuhnile v celici. AAC se bo uporabljal pri zdravljenju MRSA. AAC je dokazano bolj učinkovit tako od vankomicina kot tudi daptomicina, ker dolgo ostane v celici, kjer deluje.

Konferenca o stafilokokih je bila zelo zanimiva in koristna. V rutinsko delo bom prenesla predvsem naslednji ugotovitvi: glede na dokaze o obstoju majhnih variant stafilokokov (SCV) bomo še vedno prvi dan izvajali precepljanje, drugi dan pa v primeru enakih kolonij ne bomo (brez slabe vesti) podvajali Maldi Tof in testiranja občutljivosti za antibiotike, ker gre za ene in iste bakterije, ki se v danih razmerah izražajo drugače.

Klinikom bom bolj svetovala antibiotično terapijo v primeru stafilokoknih okužb kroničnih ran, pri osteomielitisih oz. okužbah, ki trajajo dlje od štirih tednov, ker se je treba zavedati pomena intracelularnih bakterij, kot tudi ažurnosti mikrobiološke diagnostike. Značilne razlike v učinkovitosti zdravljenja bolnika s stafilokokno bakteriemijo so, če zdravljenje začnemo v prvih urah. Tu je vloga mikrobiološkega laboratorija izjemna.

Tudi v zobozdravstvu lahko imamo opravka z vitalno ogroženim pacientom

Uroš Zafošnik, dipl. zn., mag. soc. del., ZD Ljubljana
Robertina Benkovič, dipl. m. s., univ. dipl. org., ZD
Ljubljana
prijava.sim@zd-lj.si

Zaradi vse kompleksnejšega dela v zdravstvu je nujno potrebno nenehno izobraževanje. Dnevno namreč ugotavljamo, da za kakovostno in

strokovno oskrbo uporabnikov velikokrat ni dovolj pridobljena formalna izobrazba. Za večino situacij ob stiku z bolnikom se je nujno predhodno

pripraviti, preden se s primerom ponovno soočimo. Na omenjene situacije se lahko uspešno pripravimo s simulacijami v zdravstvu.

Dne 16. septembra 2016 je v Simulacijskem centru Zdravstvenega doma Ljubljana (SIM-center) potekalo usposabljanje zobozdravnikov in zobozdravstvenih asistentov Zdravstvenega doma Ljubljana (ZD Ljub-



ljana) iz vsebin temeljnih postopkov oživljanja ter oskrbe vitalno ogroženega pacienta. Usposabljanje je potekalo v obliki podajanja kratkih teoretičnih vsebin, delavnic z učenjem ročnih spretnosti in veščin ter naprednih simulacij, kjer so udeleženci modula lahko združili vse pridobljeno znanje. Svoje uspehe so potrdili in preverili na koncu modula ob »debriefingu«, kjer so na posnetku scenarijev spoznali svoje prednosti in navsezadnje tudi pomanjkljivosti, ki so jih lahko odpravili med usposabljanjem. Usposabljanje v SIM-centru je učenje z vrhunsko opremo, ki v vsej svoji podobi in funkcionalnosti spominja na realno okolje: simulator profesionalnega defibrilatorja, simulator avtomatskega defibrilatorja, simulator poroda, lutka hudo poškodovanega, uporaba realnih zdravil, lutka, ki odgovarja kot živ človek, zvočni efekti težkega dihanja, oprema za snemanje scenarijev, lutka novorojenčka, dojenčka in malega otroka, simulator reševalnega vozila. Usposabljanje v SIM-centru je izkustveno in simulacije so čim bolj realne: bolnik z izgubo zavesti ali motnjami dihanja, izvedba poroda z zapleti, obvladovanje agresivnega bolnika v čakalnici, pristop k poškodovani in pretepeni bolnici, reanimacija v srčnem zastoju, oskrba bolnika z opeklinami, urezninami ali strelnimi ranami, reševanje v avtomobilski ali množični nesreči, razgovor po telefonu s svojci in ostalimi člani tima, delo z radijskimi postajami itd.

Inštruktorji SIM-centra vsebine za svoje delo ves čas črpajo in pridobivajo s sodelovanjem z vidnimi strokovnjaki s področja izobraževanja s simulacijami v zdravstvu (SESAM¹). Inštruktorji imajo mednarodno licenco ITLS², EPLS³, ERC⁴, MTS⁵, MRMI⁶ ali so strokovnjaki na svojem področju. Kakovost dela v SIM-centru je dvakrat letno presojana s strani mednarodne akreditacijske hiše SIQ⁷ (ISO-standard), DNV⁸ (DIAS).

Podobna izobraževanja, vendar v manjših skupinah, potekajo v SIM-centru že od 31. januarja 2014, ko ga je ZD Ljubljana odprl. SIM-center je prvi simulacijski center na primarni ravni v Sloveniji. Je učni center, ki zagotavlja izvajanje naprednih simulacij v zdravstvu z najsodobnejšo opremo.

Usposabljanja v SIM-centru so namenjena vsem zainteresiranim, tako profesionalnemu kadru v zdravstvu (timi urgence, reševalci, timi splošne medicine, zobozdravstveni timi, patronažne medicinske sestre, medicinske sestre iz domskega var-

stva, farmacevti, študenti medicine in zdravstvene nege, dijaki zdravstvene nege itd.) kot laični javnosti (gasilci, pripadniki civilne zaščite, strokovni delavci v vrtcih in šolah, policisti, mestni redarji, zaposleni v drugih delovnih organizacijah ter ostala laična populacija).

Učenje v SIM-centru poteka v okolju, ki ponazarja realno klinično okolje. Udeleženci se na začetku usposabljanja najprej seznajajo s teorijo, po izvedeni simulaciji, ki se snema za namen usposabljanja, pa sledi pregled posnetka. Tako lahko učeči preverijo svoje ukrepanje ter se učijo iz lastnih napak ali odličnih rešitev, kar imenujemo »debriefing«. Na ta način med doseganjem »vau« efekta: »Res nekaj znam!« pridobijo uporabno znanje.

Letno nas v povprečju obišče 2.000 udeležencev. Prav tako nas spoznavajo različni domači in tuji strokovnjaki, ki se zanimajo za simulacije v zdravstvu (ministrica za zdravje, predsednica Zbornice-Zveze, delegacije iz Kazahstana, Srbije, Turčije, Črne gore, Irske, Velike Britanije, Hrvaške itd.).

S takim načinom dela zdravstveni delavci dosegajo odlične rezultate, kajti raven usposobljenosti po izvedenem usposabljanju v SIM-centru je v povprečju za 48 odstotkov večja. Na ta način se lahko zdravstveni izvajalci najbolje pripravijo na oskrbo pacienta in mu s tem zagotovijo varno in kakovostno oskrbo.

1. SESAM – Society in Europe for Simulation applied to medicine
2. ITLS – International Trauma Life Support
3. EPLS – European pediatric life support
4. ERC – European Resuscitation Council
5. MTS – Equipment for mechanical testing and simulation
6. MRMI – Medical Response to Major Incidents
7. SIQ – Slovenski inštitut za kakovost in meroslovje
8. DNV – Det Norske Veritas

Sistemska družinska terapija

Urednici: Maja Rus Makovec, Dubravka Trampuž

Založnik: Inštitut za družinsko in sistemsko psihoterapijo in Medicinska fakulteta v Ljubljani

Prof. dr. Miloš Kobal, dr. med., Ljubljana

milosfrancisek.kobal@amis.net

Ko vstopam v devetdeseto leto svojega življenja, se vznemirjen srečujem z delom osmih psihiatrinj psihoterapevtk, vsem nekdanji mentor in spraševalec pri specialističnem izpitu *Sistemska družinska terapija*. Dovoljujejo mi, da njihovo delo predstavim in ocenim.

Začeti je treba s predstavitvijo te terapije kot ene izmed modalitet psihoterapije sploh. Razlago bi našli pod obsežnim naslovom Dubravke Trampuž »Aktualna strokovna informacija («state of art») o sistemski teoriji in praksi v povezavi s temeljnimi koncepti psihoterapije. Umetitev v psihiatrično medicinski kontekst«. Začetne misli utrjuje Maja Rus Makovec v sestavku »Družinska terapija kot specifična paradigma in psihoterapevtska modaliteta.« Ta se od drugih psihoterapevtskih smeri razlikuje predvsem po tem, da gre za terapijo družine kot naravne skupine z njeno preteklostjo in prihodnostjo. Seanso je treba voditi z ljubeznivo radovednostjo, tako da bodo ljudje, v intenzivnem odnosu med njo, lahko odšli domov – simbolično in konkretno. Terapevt je opremljen z zbirko terapevtskih tehnik, ki jih vodi specifičen način razmišljanja. Začetniki družinske terapije in po njih nasledniki so opustili intrapsihično (na »notranji svet« vezano) in se osredotočili na odnosno («intersihično») raven. Spoznavajo, da obstoja sistem: posamezniki in odnosi med njimi. So v cirkularni soodvisnosti, zato je treba s krožnimi vprašanji odkrivati njihove navezanosti.

Sistemski način razmišljanja je običajno specifičen za predstavljeno terapijo, vendar se možnosti takšnega mišljenja raztezajo tudi v druga področja motenega vedenja, torej tudi v osnovni medicinsko-psihiatrični kontekst. Tu bi bilo mogoče zamenjati enosmeren pristop do posameznika in njegove simptomatike z odnosno cirkularnostjo, kot bi jo pokazali v primerjani in dejanski izvedbi:

Pri zdravljenju moža bi s krožnimi vprašanji ugotovili, da žena s svojim ravnanjem moža depresijo vzdržuje ali da način funkcioniranja družine z depresivnim očetom in možem ustreza vsem članom družine: mami in ženi, ker ji

omogoča dominantno vlogo v družini, otrokom, ker se oče, ko je depresiven, umakne in se starša ne kregata. Na pacientov družinski kontekst je treba pomisliti tudi takrat, ko se pacient vnovično vrača v bolnišnico in opušta terapijo. Morda sta njegova starša do njega pretirano kritična, ali pa pacientovi starši in žena nasprotujejo temu, da pacient jemlje zdravila.

O indikacijah in prognozi v družinski psihoterapiji govori zopet Dubravka Trampuž: *Družinska terapija kot specifična paradigma in psihoterapevtska modaliteta*. Najprej opozori na kontraindikacije. Te vidi skozi nasilje v družini in v spolni zlorabi. V sistemsko psihoterapijo se v takšnih okoliščinah, ko še ni zagotovljena varnost žrtve, lahko vključijo le posamezni člani družine.

Sicer pa seznam indikacij za sistemsko družinsko (psihoterapijo) obsega – po objavljenem sestavku – vsaj 12 terapevtsko značilnih in pomembnih okoliščin.

Izjemoma se v družinsko psihoterapijo vključijo samo posamezniki. Primerneje je vključevanje vseh udeležencev sistema – tako ponudnikov pomoči (socialne, medicinske, psihološke) kot uporabnikov – kar pripomore k razumevanju vodilnega problema in ciljev sistemske obravnave.

Prognoza je tesno povezana z ustreznimi indikacijami.

Ker je psihoterapija v načelu umetnost pogovora, se je treba takoj posvetiti »*Psihoterapevtskemu intervjuju v sistemski družinski psihoterapiji*«, kar spet opravi Dubravka Trampuž.

Sistemska psihoterapija se začne s sistemskim psihoterapevtskim intervjujem, s katerim terapevt raziskuje krožno vzročnost pacientovih vodilnih težav in hkrati s svojimi vprašanji vnaša nove, tudi drugačne poglede, ki spodbujajo spremembe. Gre za drugačno kakovost pogovora. Ker bi poslušalca lahko premagalo občutje, češ, vsi se lahko, brez razlike, pogovarjamo in pogovor s terapevtom nima posebne vrednosti, smo ga nadomestili s tujko, z intervjujem. Takšen zagotavlja dogajanje konverzijsko vrednost. Pacienta ne enačimo zgolj z boleznijo in morebitno diagnozo. Saj ne povesta ničesar o njem kot osebi in o družinskih



članih, o njihovih odnosih in čustvih ter o njihovem načinu soočanja z življenjskimi stiskami in težavami. S sistemskim načinom konverzacije bomo v analitični terapiji odkrivali gon, v kakšni izmed drugih terapij žarišče (fokus), v sistemski družinski terapiji pa navezanosti in njihove morebitne izgube. Ker v tej in drugih terapijah mentalnih motenj še ni povsem natančnih metod konverzacije, se moramo zavedati, da tisti, ki opazuje in ocenjuje, vnaša svoje poglede, prepričanja in izkušnje, ki vplivajo na njegovo vedenje, razumevanje in procesiranje informacij. Z intervjujem, takšnim, kot mora biti, terapevt vendarle raziskuje krožno vzročnost vodilnih težav in hkrati s svojimi vprašanji vnaša nove, drugačne poglede, ki spodbujajo spremembe. Odgrinjajo se bolj ali manj skrivnostne zgodbe preteklosti in sedanjosti. S tem se v pacientu in drugih udeležencih terapije potrjujejo ali spreminjajo podobe o sebi in drugih, ki jih v konverzaciji povezujemo v smiselne zgodbe.

Pričakovanja v naslovu prispevka Dubravke Trampuš in Mojce Breclj Kobe »Sistemska (družinska) psihoterapija: kako začeti?« sestavek neposredno ne izpolnjuje. V njem je mnogo dragocenih ugotovitev o poteku terapije. Na podlagi teorije sistemov in kibernetike vse šole družinske sistemske psihoterapije, s posebnim poudarkom prav sistemska

družinska terapija, pripomorejo k odpiranju novih, drugačnih videnj težav, ki do tedaj nerešljive probleme preoblikujejo v rešljive.

V sestavku je posebej govora o terapevtskem timu, ki spremlja dogajanje, po pravilu izza zaslona in v svoji »metapoziciji« zagotavlja refleksije (v drugih terapijah kontratransferne premisleke) terapevtov in drugih udeležencev v terapevtskem procesu, torej »dialog o dialogu« in demistifikacijo terapevtskega procesa.

Sistemsko vodeni razgovor (Trampuš, Kobe), ustrezneje pogovor, začetna in nadaljevalna konverzacija pomaga terapevtu in pacientu osvetliti težave, ki so področje terapije, in to iz različnih zornih kotov.

V nadaljevanju je mogoče bolje razumeti sestavine predstavljene terapije v sestavku Maje Rus Makovec »Terapevtska delovna zveza (alianza) v sistemski družinski psihoterapiji«. Ena njih je, kot že v naslovu, terapevtska aliansa. Ta po avtoričinih besedah izhaja iz tesnega medsebojnega razumevanja udeležencev terapevtskega procesa. Očitno se ne pričakuje kakšnih pisnih zavez, razen če temu (dodatno) pomaga risanje genograma. Avtorica predstavi graditev alianse v štirih okvirih, pri čemer se za njen nastanek izkažejo najbolj učinkovita cirkularna in refleksivna vprašanja. Na trnovi, rašomonski poti se (lahko) gradi pozitiven in realističen element terapevtskega odnosa, ki poskuša vnesti neko spremembo v pacientove realne odnose.

Enako dogajanje v tej terapiji osvetljujejo »Obrambe in odpori v družinski sistemski terapiji – dilema glede spremembe« avtoric Dubravke Trampuš, Mojce Breclj Kobe in Mojce Močnik Bučar.

Podrobno in obsežno z izvirnimi terapevtskimi tehnikami predstavljajo razvoj iz sistemske (milanske) terapije, s pomočjo katerega poskušajo razrešiti razumevanje dilem, ki jih družina prinaša v terapevtski proces. Te so poimenovali strategije. V takšnem poteku terapije je mogoče zaključevati, da so odpori in obrambe

zgolj terapevtov konstrukt, ki si ga je ustvaril o pacientu, s katerim težko sodeluje. S tem konstruktom terapevt odgovornost za zastoj premesti na pacienta. V terapiji nastaja neenakovreden odnos, v katerem razpolaga terapevt z več moči in zato s pravico, da ga definira. Pacient postane šibkejši člen in se skladno temu tudi vede.

Ogromnega pomena za uspeh terapije je spremljanje njenega poteka. To opravijo v prispevku »Faza terapevtskega procesa v sistemski družinski psihoterapiji« avtorice Jana Borštnar, Mojca Breclj Kobe, Mojca Močnik, Maja Rus Makovec in Dubravka Trampuš. Priročna je delitev terapevtskega procesa v fazo priprav, v začetno in srednjo fazo ter fazo zaključevanja. Temu je po dogovoru mogoče priključiti še fazo spremljanja.

Za fazo priprav je v tej terapiji značilna fleksibilnost, kar jo skorajda ločuje od drugih terapij. V sodelovanju z udeleženci terapije poskušajo terapevti za vsako družino in posameznika v sodelovanju z njima poiskati okvir, teorijo in iz nje izhajajoče prakse.

V začetni fazi se vzpostavlja odnos in gradi delovna aliansa. Pridobivamo podatke o funkcioniranju družine (včasih z risanjem genograma). Z »intervencijskim intervjujem« nabiramo anamnestične podatke, pri čemer so vprašanja že način terapevtske intervence. Zaradi terapevtove prisotnosti se družinsko vedenje tudi spremeni v morebitno napadalnost ali v bolj obrambno držo.

V srednji fazi se osnova terapije odmakne od problema z morebitnimi simptomi na odnose v družini. Terapevt s svojimi vprašanji in spoštljivo radovednostjo poskuša vnesti dvom in omajati morebitna prepričanja, ki s svojo nevidno močjo ohranjajo in celo utrjujejo težave.

Faza zaključevanja nastopi, ko so izpolnjeni zastavljeni cilji, ki sta jih skupaj oblikovala družina in terapevt. Družina kaže zmožnost, da sama obvladuje novonastale probleme. Zmanjšuje se neproduktivno prepiranje, več je zmožnosti za odkrito nestrižanje.

V sestavku »*Terapevtski ukrepi v sistemske (družinski) psihoterapiji*« avtoric Marte Cerar Lotrič in Maje Rus Makovec se ukrepi spreminjajo v nosilne tehnike, za katere pa so potrebna dolga leta, da se jih terapevti naučimo v svojem interveniranju. Vsako skupino tehnik bi kazalo skrbneje predstaviti, vendar bi preveč razširili smisel našega prikaza. Zato mogoče ostanemo le pri naslovnih tehnik: za reorganizacijo družinske strukture, za spodbujanje prilagoditvenih mehanizmov in moči, za povečanje sposobnosti čustvene izkušnje, za razvijanje medosebnih veščin in za povečanje uvida ter reševanje konfliktov. Vmes so tudi narativne tehnike, s katerimi soustvarjamo drugačne zgodbe o problemu in s tem njegov pomen postane lažje rešljiv.

V življenjski resničnosti se terapevti te orientacije in tudi drugi srečujemo z zakonskimi in zunajzakonskimi pari. Zato ni presenetljivo, da Maja Rus Makovec v »*Terapevtske intervence pri partnerski problematiki*« in Jana Borštnar ter Mojca Močnik Bučar v »*Partnerski problemi v ambulantni družinskega zdravnika*« spregovorijo prav o tem vprašanju. Partnerski odnos je kompleksen zaradi svoje raznovrstnosti. Tej odgovarjajo osnovna izhodišča za terapevtske intervence. Rusova – tudi s pomočjo literature – jih vidi najprej v normativnosti, kar pomeni, da imamo terapevti jasne norme, kaj velja za zdravo in priporočljivo vedenje. Druge intervence izhajajo iz enakopravnosti in enakovrednosti partnerjev. V povzetku to pomeni večjo samostojnost, zmanjšanje togosti in povečanje fleksibilnosti, spodbujanje zmožnosti za odpuščanje, sprejemanje partnerjevega doživljanja ter spodbujanje zmožnosti za pravilno ocenjevanje stanja v paru.

V drugem prispevku si avtorici zamislita vlogo družinskega zdravnika, ki je pogosto soočen s partnerskimi problemi. Razrešujeta dilemo, ali naj se zdravniki te usmeritve sploh ukvarjajo s pojavi, ki so nemedicinski, in pritrdita njihovi vlogi tudi v takšnih

odnosih. Glavoboli, kronična depresija, generalizirana anksioznost, kronična utrujenost, pritožba zaradi blažjih boleznih otrok, ki jih doživljajo kot zelo resne, dalj časa trajajoča nespečnost so opozorila, da je treba spoznati partnerski odnos in dogajanje v njem. Pri ženskah so kritična obdobja ob majhnih otrocih in v obdobju odhajanja otrok od doma. Pri moških težje odkrijemo probleme v partnerskih odnosih, tudi če v srečanju z njimi izstopajo posamezni telesni simptomi. Še vedno odloča stereotip o moških, da je izražanje čustev znak šibkosti.

Dovolj podrobno smo prikazali bistvo in uporabnost sistemskega pristopa k družini in v partnerskih odnosih. Avtorice obetajoče dopolnjujejo povedano z nekaterimi konkretnimi situacijami, med katerimi spoznamo povezave družine z izgubo in žalostjo. Govorijo o deklici z anoreksijo, o pozabljeni ženi in zaskrbljenem možu, o pacientki po poskusu samomora, pa spet o depresiji in nazadnje o konkretnem sodelovanju šole s starši iz simptomatičnih družin.

Nekaj problemov posebne pomembnosti je še ostalo odprtih. To so odvisnost in nasilje v družini ter usodna navezanost. Maja Rus Makovec posveti nasilju sestavek »*Dinamika odnosov v družinah z izkušnjo nasilja*«, Zdenka Čebašek Travnik pa sestavek »*Družinske skrivnosti – odvisnost in nasilje v družini*«. V sestavku Maje Rus Makovec so predstavljeni trije sklopi nasilja: pri otrocih, v partnerskem odnosu, kot nasilje nad starejšimi. Ker so ljudje v družinah medsebojno navezani, dolgo ostajajo v odnosu, zato se nasilnost nad otroki ponavlja in postaja stalen vzorec vedenja. Praviloma se člani družin, v katerih ni varno živeti, temu stanju prilagodijo. Posledice se čutijo v poznejši čas: tisti, ki so v svoji mladosti doživljali telesno kaznovanje, bodo verjetno tudi sami telesno nasilni do svojih otrok.

V partnerskem nasilju je ena proti deset žrtev ženska. Obstaja nevarnost, da se bo nasilje nad materjo prenašalo v nasilje do otroka in da se bo nasilje medgeneracijsko uveljavljalo v novih rodovih.

Nasilje do nemočnih starejših je še bolj prikrito od ostalih dveh. Morda gre za poravnavanje preteklih zamer, a žrtve so navadno depresivne, zmedene ali zelo nebolgljene.

Čebaškova predstavi odvisnost in nasilje v njuni soodvisnosti. Vzdržuje ju zanikanje pojava, ki pomeni skrivnost, in ta vzdržuje odvisnost v družini. Ne imenujejo je s pravim imenom, jo torej zanikajo in s tem varujejo skrivnost v družini. Nasilje je pogostejše v odvisnih družinah. Nikakor ni naključni dogodek, temveč je vedenjski vzorec, ki poteka ciklično in se po svoji zakonitosti samo krepi.

Na »*Usodno navezanost*« Du-bravka Trampuž in Mojca Breclj Kobe opozorita pri zdravljenju deklice z anoreksijo. Izhajata iz znamenitega *attachment* J. Bowlbyja, ki pa se v družinskem odnosu lahko sprevrže v patologijo. Ker je takšna opredelitev morebiti prehuda, se v njunem sestavku »usodno« razloži z dezorganizirano navezavo.

Zaključni del knjige je namenjen osnovam terapevtskega dela te vrste, ki ga terapevtke razumejo kot »*Sistemske dileme in diskurzi o moči in spolu*«. Prav ta dva pojava – moč in spol – razkrivata ideologijo, ki ji pripada osem psihiatrinj psihoterapevtk. Njihova razmišljanja so bogata in obsežna, da bi zahtevala samostojno predstavitev. Čeprav smo o moči spregovorili že prej in četudi se oglašajo pomemben strokovnjak Bateson, da je pojem moči mit, velja, da je v odnosu med terapevtom in pacientom moč na strani terapevta. Takoj je mogoče priključiti »*Nekaj misli o uporabi in zlorabi terapevtove moči v Sloveniji*«, ki jih podajata Janja Borštnar in Mojca Močnik Bučar.

Za primernejše razumevanje spola lahko pomaga obsežen sestavek Dubravke Trampuž s pomenljivim naslovom: »*Toda ženske so pomembne, ali ne? Sociokulturni konstrukt moškosti in ženskosti*«. Velik del dinamične psihologije – v preteklosti in celo sedanjosti – je posvečen razvoju moškega in njegove spolnosti. Zato nehote in nezavedno omejujemo otrokovo in/ali pacientovo individual-

nost s še vedno veljavnimi socialnimi in kulturnimi konstrukti spola in spolnih vlog. Sodobno je, da pripadamo krogu, ki (bolj ali manj popolno) zapira v realnosti obstoječo vlogo obeh spolov. To omogoča, da v terapiji izberemo najprimernejše teoretično izhodišče: če nam eno ni v pomoč, uporabimo drugo iz širokega območja ženske/moškega načela. Ta spoznanja ponovita Dubravka Trampuž in Silvija Sotošek v sestavku »*Izvirni greh: biti ženska*«. Okrepita jih s prikazom konkretne terapije z Ano »po njenem resnem« in »skorajda usodnem poskusu samomora« (str. 268).

Zaključna beseda je sicer pri Maji Rus Makovec »*Mnogoteri glasovi*«, ki bi lahko vzela sapo tudi recenzentu. Ko ta pride do diha, je njegova sodba o knjigi naslednja: najprej ni treba varčevati s pohvalo sijajnemu krogu žensk, psihiatrinj in psihoterapevtk, ki so s sorazmerno novo sistemsko (psiho)terapijo obogatile celoten krog uveljavljenih in priznanih psihoterapij. Je pa nekaj pomanjkljivosti, ki bi jih s temeljitejšo redakcijo lahko odpravili. Med neenotnost v prikazanih besedilih štejem različno uporabo »terapije« in »psihoterapije«. Je za tem kakšna

sramežljivost pred tradicionalno »psiho«analizo?! Pa z navezanostjo in navezavo. Sam vidim v njihovih prispevkih »psiho«terapijo in navezanost. Znano je, da ne odobravam uporabe »občutka«, ki je elementaren psihični pojav (npr. str. 57). Tudi pri kateri od avtoric uporaba tega pojma včasih zdrsne v pravilnejše »občutje«. Hudo pa me moti prepredenost sestavkov s »primeri«. Če jih že dopuščamo tistim v medicini, ki se ukvarjajo z različnimi tkivi, je kaj takega neustrezno v strokah, ki se srečujejo s celoto človeka. Noben človek ni primer, je oseba, osebnost.

Pozor, rak

Mag. Nina Mazi, dr. med., Ljubljana

V primeru številnih bolezni, motenj in poškodb je zgodnje odkrivanje ključ do uspešne terapevtske obravnave ali še bolje: predpogoj za preživetje. Mednje sodi tudi rak.

Znanstveniki iz priznane britanske raziskovalne institucije Cancer Research U.K. na podlagi izsledkov svoje najnovejše poglobljene raziskave ugotavljajo, da več kot polovica onkoloških bolnikov dovolj zgodaj opazi značilne simptome ali vsaj ne povsem določene znake za alarm, ki pa jih glavnina ne jemlje dovolj resno. Zaskrbljujoča je tudi in predvsem ugotovitev, da le skromna 2 odstotka med njimi pomisli na možnost raka in takoj obišče zdravnika oz. terapevta.

Raziskovalci z Otoka, ki so v obsežno poglobljeno študijo vključili okrog 5000 prebivalcev Velike Britanije obeh spolov, vpisanih pri splošnih oz. družinskih zdravnikih. Poslali so jim specialne vprašalnike. V dogovorjenem roku so prejeli le dobro tretjino izpolnjenih vprašalnikov – 1880, od katerih so jih morali pet izločiti, ker so bolniki že zdravili zaradi malignomov. Podrobna analiza odgovorov sodelujočih prostovoljcev je pokazala, da ljudje o raku

in drugih nevarnih boleznih, motnjah in poškodbah vedo marsikaj, vendar pa iz različnih razlogov tega svojega vedenja in znanja, podatkov in informacije ne uporabljajo v konkretni praksi, ko sami potrebujejo pomoč. Pomagajo pa svojim bližnjim in ostalim, ki se nanje obrnejo po pomoč in nasvet.

Dr. Katrina Whitaker, raziskovalka na University College London in soavtorica opisane raziskave, poudarja, da je stopnja ozaveščenosti na teoretični ravni dokaj zadovoljiva, v praksi pa se stvari prepogosto zalomijo. Zdravniki in njihovi sodelavci, pa tudi mediji, se morajo zato od običajnega informiranja in splošnega ozaveščanja preusmeriti na konkretno, individualno in ljudi spodbujati k vključevanju lastnega znanja in izkušenj v konkretno prakso. Jim povedati in jih prepričati, da jim vse, kar vedo o zdravju in bolezni, lahko dejansko koristi v prizadevanjih za zdravo, polno in kakovostno življenje. V smislu starega latinskega reka, da se človek uči za življenje.

Vira: Cancer Research UK Report 2014, 2015

Zbornična izobraževanja za zdravnike in zobozdravnike

Nujna medicinska pomoč za ekipe v zobozdravstvu

delavnica – november

Namen tečaja je, da osveži in obogati znanje in veščine s področja temeljnih postopkov oživljanja in defibrilacije ter prepoznavanja in pravega 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 – pomemben del zdravnikove strokovnosti

predavanja, delavnice – 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 kontakt 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 delavnice vodita: Vojka Žgavec Clemenz, univ. dipl. nov., in Jurij Clemenz, dr. med.

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

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 njihovih prirojenih 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 bolje razumeli vedenje, razmišljanje in odzivanje ljudi okoli vas.

Delavnico vodi Anja Žagar, univ. dipl. ekon.

Migracije in zdravstvo: ustrezna zdravstvena obravnava migrantov in beguncev

seminar – marec–november

Udeleženci usposabljanja bodo razvijali znanja, ustrezen odnos in veščine na področju kulturnih kompetenc za zdravstveno obravnavo migrantov in beguncev. Izobraževanje bo potekalo v dveh delih. V prvem delu, ki je razdeljen v tri vsebinske sklope (Migracije: izziv za zdravstvo v Sloveniji; Migranti in begunci v sistemu zdravstvenega varstva Slovenije; Komunikacija med zdravstvenimi delavci ter migranti in begunci), bodo preko interaktivnih predavanj pojasnjeni osnovni koncepti, posredovane ključne informacije in predstavljeni pristopi, ki so mednarodno uveljavljeni. V drugem delu pa bo posredovano znanje poglobljeno s praktičnim delom na konkretnih primerih, preko katerih bodo udeleženci razvijali različne veščine za kakovostno zdravstveno obravnavo migrantov in beguncev.

Strokovni odbor: Martina Bofulin, Nike Kocijančič Pokorn, Uršula Lipovec Čebren, Jožica Maučec Zakotnik, Marija Milavec Kapun, Danica Rotar Pavlič, Jana Šimenc, Igor Švab

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

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

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: 6
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	

10. ob 9.00 • POROD 1

kraj: LJUBLJANA, Zdravstveni dom Ljubljana, Simulacijski center, Mislejeva 3	št. udeležencev: do 20	kotizacija: 150 EUR	k. točke: ***
vsebina: strokovno usposabljanje je namenjeno zdravnikom (Priprava materiala za porod, Priprava izvajalca, Določitev lege plodu, Simulacije poroda, Oskrba novorojenčka)	organizator: ZD Ljubljana, Simulacijski center, Uroš Zafošnik, dipl. zn., mag. soc. del.	prijave, informacije: prijave: E: prijava.sim@zd-lj.si , informacije: Marija Mali, T: 01 472 37 83, E: marija.mali@zd-lj.si	

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: v postopku
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. ob 8.00 • 2. ŠOLA O GINEKOLOŠKEM RAKU: RAK MATERNIČNEGA TELES

kraj: LJUBLJANA, Onkološki inštitut, stavba C	št. udeležencev: 150	kotizacija: 50 EUR specialisti, 30 EUR specializanti, za študente brezplačno	k. točke: v postopku
vsebina: šola o ginekološkem raku	organizator: Združenje za radioterapijo in onkologijo SZD, Združenje za ginekološko onkologijo, kolposkopijo in cervikalno patologijo SZD	prijave, informacije: Sabina Lovšin, E: receprijatrt@onko-i.si , T: 01 587 95 22	

11. ob 9.00 • REHABILITACIJA BOLNIKOV S KRONIČNO NERAKAVO BOLEČINO

kraj: LJUBLJANA, URI Soča, dvorana v 4. nadstropju stavbe Vrtnica	št. udeležencev: 50	kotizacija: 50 EUR + DDV	k. točke: v postopku
vsebina: redna učna delavnica je namenjena vsem zdravnikom	organizator: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Helena Jamnik, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: vesna.grabljevec@ir-rs.si , Vesna Grabljevec, Helena Jamnik, T: 01 475 82 43, F: 01 437 20 70, E: vesna.grabljevec@ir-rs.si , informacije: Vesna Grabljevec, Helena Jamnik, T: 01 475 82 43, F: 01 437 20 70, E: vesna.grabljevec@ir-rs.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: 6
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 8.00 • TEČAJ AMBULANTNE INHALACIJSKE SEDACIJE – ANKSIOLOGIJE – Z DIDUŠKOVIM OKSIDOM IN KISIKOM (N₂O/O₂)

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta	št. udeležencev: 40	kotizacija: zobozdravniki: do vključno 7. oktobra 400 EUR + DDV, od 8. oktobra dalje 450 EUR + DDV, medicinske sestre: do vključno 7. oktobra 150 EUR + DDV, od 8. oktobra dalje 200 EUR + DDV	k. točke: v postopku
vsebina: tečaj ambulantne inhalacijske sedacije je namenjen doktorjem dentalne medicine in medicinskim sestram	organizator: Katedra za otroško in preventivno zobozdravstvo, Medicinska fakulteta, izr. prof. dr. Alenka Pavlič, Katedra za otroško in preventivno zobozdravstvo	prijave, informacije: prijave: Sonja Leben, Katedra za otroško in preventivno zobozdravstvo, Medicinska fakulteta, Hrvatski trg 6, 1000 Ljubljana, informacije: Sonja Leben, T: 01 522 43 71, F: 01 522 43 71, E: sonja.leben@mf.uni-lj.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: v postopku
vsebina: 19. redni letni seminar Slovenskega združenja za zdravljenje bolečin je namenjen vsem zdravnikom	organizator: Slovensko združenje za zdravljenje bolečin, 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	

15. ob 8.00 • KAKOVOST IN VARNOST V ZDRAVSTVU: SPREGLEDANA, NAPISANA ALI URESNIČENA?

kraj: LAŠKO, Thermana Laško	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Srečanje je namenjeno vodstvom zdravstvenih ustanov, zdravnikom in vsem zdravstvenim delavcem. Program se bo osredotočal na nove poglede nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti z namenom vgrajevanja kakovosti in vsakdanje delo zdravstvenih timov. Predavali bodo tuji in domači strokovnjaki. Na koncu srečanja bo okrogla miza.	organizator: Slovensko združenje za kakovost in varnost v zdravstvu, Jurij Avramovil, dr. med., predsednik SZKVZ	prijave, informacije: prijave: E: szkvz@protonmail.com , informacije: Biserka Simčič, T: +386 31 394 717, E: szkvz@protonmail.com	

16. ob 14.00 • MEDICAL FLOSSING: PREDSTAVITEV TEHNIKE

kraj: LJUBLJANA, UKC, predavalnica 3	št. udeležencev: 100	kotizacija: ni podatka	k. točke: ***
vsebina: interno strokovno predavanje je namenjeno zdravnikom, fizioterapevtom, delovnim terapevtom	organizator: Inštitut za medicinsko rehabilitacijo, doc. dr. Nataša Kos, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: maja.zorc@kclj.si , informacije: Maja Zorc Migliranza, T: 01 522 49 77, F: 01 522 27 90, E: maja.zorc@kclj.si	

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 zmoglosti. 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
vseбина: 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
vseбина: seminar je namenjen zdravnikom specialistom ter specializantom družinske medicine ter ostalih med. specializacij, imenovanim zdravnikom ZZS, 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. ob 8.30 • AVTIZEM: IZZIVI ZA PRIHODNOST – S CHRISTOPHERJEM GILLBERGOM

kraj: LJUBLJANA, Dvorana Smelt, Dunajska 160	št. udeležencev: 300	kotizacija: 150 EUR	k. točke: ***
vseбина: strokovna konferenca je namenjena pediatrom, otroškim psihiatrom, psihiatrom, družinskim zdravnikom, psihologom, specialnim pedagogom, logopedom, delovnim terapevtom	organizator: Inštitut za avtizem in sorodne motnje in NevSom, Oslo University Hospital, doc. dr. Marta Macedoni Lukšič	prijave, informacije: prijave: W: www.instavtizem.org , informacije: Manja Lešnik, T: 059 031 228, E: info@instavtizem.org	

18. ob 13.15 • RAZLIČNI VIDIKI SODELOVANJA MED ŠOLSTVOM IN ZDRAVSTVOM: CEREBRALNI PAROKSIZMI

kraj: KAMNIK, CIRIUS, Novi trg 43 A	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vseбина: strokovno srečanje je namenjeno specialistom šolske medicine, pediatrom, vsem zdravnikom in zdravstvenim delavcem, ki se ukvarjajo s šolarji in mladostniki	organizator: Sekcija za šolsko, študentsko in adolescentno medicino	prijave, informacije: prijave: E: marta.orehek@cirius-kamnik.si , informacije: CIRIUS Kamnik, Novi trg 43 A, Marta Orehek Kirbiš, dr. med., dr. Mojca Juričič, dr. med., E: marta.orehek@cirius-kamnik.si	

18.–19. ob 9.00 • 8. BANIČEVI DNEVI: OKUŽBE DIHAL

kraj: BLEJ, Hotel Golf	št. udeležencev: 120	kotizacija: 150 EUR, kotizacije ni za upokojece, študente in specializante	k. točke: ***
vseбина: Strokovno srečanje je namenjeno vsem zdravnikom in mikrobiologom. Na srečanju bodo obravnavana najnovejša spoznanja na področju mikrobiološke diagnostike okužb dihal. Posebna pozornost bo posvečena tudi kritičnim skupinam bolnikov s cistično fibrozo, virusnimi okužbami. Celoten sklop bo namenjen diagnostiki in epidemiologiji tuberkuloze in okužbam z netuberkuloznimi mikobakterijami.	organizator: Sekcija za klinično mikrobiologijo in bolnišnične okužbe, Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano, Oddelek za medicinsko mikrobiologijo Kranj in Klinika Golnik, prof. dr. Miroslav Petrovec	prijave, informacije: prijave: Helena Pokorn, NLZOH, Oddelek za medicinsko mikrobiologijo Kranj, Gosposvetska 12, 4000 Kranj, F: 04 201 71 65 ali E: kr.cmm@nlzoh.si , informacije: Helena Pokorn, T: 04 201 71 64 ali Mihaela Oberdank Hrastar, T: 01 543 74 08	

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: ***
vseбина: podiplomski seminar je namenjen specialistom, specializantom internistične onkologije, radioterapije, kirurgije, ginekologije, farmacevtom	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
vseбина: 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	

23.–25. • TEČAJ KIRURŠKIH TEHNIK V ABDOMINALNI KIRURGIJI – PODIPLOMSKI TEČAJ IZ KIRURGIJE**kraj:** LJUBLJANA, Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, UKC Ljubljana, Inštitut za anatomijo, MF Ljubljana**št. udeležencev:** 20**kotizacija:** 100 EUR + DDV**k. točke:** v postopku**vsebina:** učna delavnica je namenjena specializantom kirurgije**organizator:** Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, UKC Ljubljana, Slovensko združenje za gastroenterologijo in hepatologijo, doc. dr. Aleš Tomažič, dr. med.**prijave, informacije:** prijave: E: Jan.grosek@kclj.si, informacije: asist. Jan Grosek, dr. med., T: 041 80 80 53**24. ob 12.00 • PREKOMERNA DNEVNA ZASpanOST IN SPOSOBNOST ZA VOŽNJO MOTORNIH VOZIL****kraj:** VRANSKO, Center varne vožnje**št. udeležencev:** do 200**kotizacija:** 100 EUR + DDV za specialiste, 50 EUR za specializante**k. točke:** *****vsebina:** srečanje je namenjeno zdravnikom medicine dela, družinske medicine, ORL, nevrologom, pulmologom (cirkadiani ritem, patološka dnevna zaspanost, diagnostika motenj dihanja v spanju, zdravljenje motenj dihanja, smrčanja)**organizator:** Združenje medicine dela, prometa in športa, asist. Vesna Pekarović Džakulin, dr. med.**prijave, informacije:** prijave: E: boris.kopilovic@nijz.si, informacije: asist. Vesna Pekarović Džakulin, dr. med., E: vesna.pekarovic@siol.net**25. ob 8.00 • 5. SREČANJE O KEMIJSKI VARNOSTI: KEMIJSKE INDUSTRIJSKE NESREČE, KEMIJSKI EKOLOŠKI KRIMINAL IN TERORISTIČNI NAPADI S KEMIKAJIAMI****kraj:** LJUBLJANA, Radisson Blu Plaza Hotel**št. udeležencev:** 120**kotizacija:** 130 EUR z DDV**k. točke:** *****vsebina:** Srečanje je namenjeno zdravnikom medicine dela, javnega zdravja, družinske medicine, urgentne medicine, interne medicine, pediatrije, onkologije. Na srečanju bomo predstavili Uredbo o stanju tal in jo primerjali z uredbami v drugih državah, nato bomo opisali kemijske povzročitelje hormonskih motenj in poklicne rake zaradi kemikalij na delovnih mestih. V nadaljevanju bomo opozorili na možnosti napadov in namerno povzročenih nesreč s kemikalijami v industriji ter opisali uporabo pesticidov v urbanem in neurbanem okolju ter njihove škodljive učinke na ljudi. Predstavili bomo ekološko kriminaliteto in ukrepanje policije ob zaznavi nevarnih snovi v Sloveniji. V zadnjem delu bomo predstavili novejša dognanja o učinkih izpostavljenosti polikloriranim bifenilom in dioksinom, oskrbo z antidoti za nevarne industrijske kemikalije, pesticide in kemijsko orožje ter uporabo kemikalij za namerno začasno onesposobitev ljudi.**organizator:** Sekcija za klinično toksikologijo SZD in Center za klinično toksikologijo in farmakologijo UKCL, doc. dr. Miran Brvar, dr. med.**prijave, informacije:** prijave: Sekcija za klinično toksikologijo SZD, Center za zastrupitve, Interna klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Zaloška cesta 7, 1000 Ljubljana, E: miran.brvar@kclj.si, informacije: Miran Brvar, T: 041 605 420, F: 01 434 76 46, E: miran.brvar@kclj.si, W: <http://www.ktf.si>**25. ob 8.30 • TEHNIKE IN METODE ZA OPOLNOMOČENJE: IZKUSTVENE DELAVNICE****kraj:** LJUBLJANA, URI Soča, dvorana v 4. nadstropju stavbe Vrtnica**št. udeležencev:** 60**kotizacija:** 60 EUR + DDV**k. točke:** *****vsebina:** Delavnica je namenjena psihologom, zdravnikom, medicinskim sestram, delovnim terapevtom, fizioterapevtom, socialnim delavcem, študentom, prostovoljcem in ostalim, ki se želijo spoznati z metodami in tehnikami za obvladovanje stresa v vsakdanjem življenju.**organizator:** Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, asist. dr. Urša Čizman Štaba, spec. klin. psih.**prijave, informacije:** prijave: E: vesna.grabljevec@ir-rs.si, informacije: Vesna Grabljevec, Urša Čizman Štaba, T: 01 475 82 43, F: 01 437 20 70, E: vesna.grabljevec@ir-rs.si**25. ob 9.00 • POROD 2****kraj:** LJUBLJANA, Zdravstveni dom Ljubljana, Simulacijski center, Mislejeva 3**št. udeležencev:** do 20**kotizacija:** 150 EUR**k. točke:** *****vsebina:** strokovno usposabljanje je namenjeno zdravnikom v prehospitalu (Reanimacija nosečnice, Reanimacija novorojenčka, Ukrepanje ob zapletih pri porodu, Timsko delo pri izvajanju poroda z zapletom)**organizator:** ZD Ljubljana, Simulacijski center, Uroš Zafošnik, dipl. zn., mag. soc. del.**prijave, informacije:** prijave: E: prijava.sim@zd-lj.si, informacije: Marija Mali, T: 01 472 37 83, E: marija.mali@zd-lj.si**25. ob 9.30 • SVEČANA AKADEMIJA OB 60-LETNICI ODDELKA ZA GASTROENTEROLOGIJU 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. • XXV. STROKOVNO SREČANJE ZDRUŽENJA ZA HIPERTENZIJO: NOVA STROKOVNA ZNANJA NA PODROČJU ZDRAVLJENJA IN OBRAVNAVE ARTERIJSKE HIPERTENZIJE

kraj: LJUBLJANA, Hotel Lev	št. udeležencev: 200	kotizacija: zdravniki 80 EUR + DDV, medicinske sestre, tehniki 30 EUR, kotizacije ni za študente, sekundarije, upokojence	k. točke: ***
vsebina: Strokovno srečanje je namenjeno družinskim zdravnikom, specialistom interne medicine, kardiologije, nefrologije, specializantom, medicinskim sestram, medicinskim tehnikom		organizator: Združenje za arterijsko hipertenzijo, mag. Jana Brguljan Hitij, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: tina.mali@hipertenzija.org , informacije: Tina Mali, Edi Madaras, mag. Jana Brguljan Hitij, dr. med., T: 01 522 55 18 ali 01 522 54 62, F: 01 522 56 00

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

kraj: LJUBLJANA, UKC, Zaloška c. 7	št. udeležencev: 30	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 15
vsebina: podiplomska šola je namenjena družinskim zdravnikom	organizator: UKC Ljubljana, Interna klinika, KO za endokrinologijo, diabetes in 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	

25.–26. ob 8.30 • 9. MARIBORSKI KONGRES DRUŽINSKE MEDICINE

kraj: MARIBOR, Hotel Habakuk	št. udeležencev: 200	kotizacija: 200 EUR	k. točke: v postopku
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom družinske medicine	organizator: Združenje zdravnikov družinske medicine, dr. Ksenija Tušek Bunc, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: www.e-medicina.si , informacije: Nina Štojs, T: 01 438 69 14, E: nina.stojs@gmail.com	

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.klopcc@gmail.com	

26. ob 13.30 • POSVET ZDRAVNIKOV IN ZOBOZDRAVNIKOV, ZDRUŽEN S XVI. DRŽAVNIM PRVENSTVOM ZA ZDRAVNIKE IN ZOBOZDRAVNIKE V STRELJANJU S STANDARDNO ZRAČNO PUŠKO IN PIŠTOLO, S SEMINARJEM O POŠKODBAH V ŠPORTU

kraj: LJUBLJANA, strelišče, Dolenjska cesta 11	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: člani Medicusa 30 EUR, ostali 40 EUR	k. točke: ***
vsebina: predavanje in posvet na temo aktualne zdravstvene politike in državno prvenstvo v streljanju	organizator: Športno društvo Medicus	prijave, informacije: prijave, informacije: Branko Košir, E: branko.kosir@siol.net , T: 041 444 972	

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: 8
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: lkristan@onko-i.si , informacije: tajništvo Sektorja internistične onkologije, Lidija Kristan, T: 01 587 92 82, F: 01 587 93 05, E: lkristan@onko-i.si	

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

kraj: BLED, 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 poglobitve 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. 12. 2016–2. 12. 2017 • MEDNARODNA ŠOLA AKUPUNKTURE

kraj: LJUBLJANA, Fakulteta za šport, Gortanova ulica 22	št. udeležencev: izobraževanje bo izvedeno, v kolikor bo prijavljenih vsaj 30 kandidatov	kotizacija: Cena teoretičnega dela izobraževanja 2.970 EUR. Možnost plačila je v največ 11 mesečnih obrokih po 270 EUR. Plačilo praktičnega dela se izvede v dogovoru z mentorjem po ceni, ki jo določi akupunkturna sekcija Slovenije.	k. točke: ***
vsebina: Šola je namenjena vsem zdravnikom, zobozdravnikom in absolventom medicine in dentalne medicine (izpit opravijo po zaključku fakultete). Teoretični del je sestavljen iz 28 različnih predmetov v skupnem trajanju 154 pedagoških ur. Vsak kandidat mora za priznanje praktičnega dela opraviti prakso v določenih zdraviliščih in v akupunkturnih ambulantah v EU ali v bolnišnicah na Kitajskem, Šri Lanki in podobno. Praktični del je pogoj, da lahko kandidat opravlja izpit in pridobi certifikat oz. ustrezno diplomo.		organizator: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport v sodelovanju z Zdravstvenim zavodom za medicino športa Ljubljana in Akademijo za tradicionalno kitajsko medicino, Peking, Kitajska, izr. prof. dr. Edvin Dervišević	prijave, informacije: prijave: E: Martin.Tus@fsp.uni-lj.si , informacije: Martin Tuš, E: Martin.Tus@fsp.uni-lj.si , T: 01 520 77 52, W: http://www.fsp.uni-lj.si/institut-za-sport/cvus/strokovno-usposabljanje/aktualni-tecaji/2016100511460419/

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, kardiološkimi kirurgom, anesteziologom, internistom, infektologom in specializantom vseh naštetih področij.	organizator: Društvo slovenskih kardiokirurgov in Klinični oddelk 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	

8.–9. ob 8.00 • 47. MEMORIALNI SESTANEK PROF. JANEZA PLEČNIKA: OKVARA ZARADI ZDRAVIL

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta, Velika predavalnica	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: mednarodni simpozij	organizator: Inštitut za patologijo, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, prof. dr. Nina Zidar, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: jera.jeruc@mf.uni-lj.si , informacije: Nina Zidar, E: nina.zidar@mf.uni-lj.si , Jera Jeruc, T: 01 543 71 03, F: 01 543 71 04, E: jera.jeruc@mf.uni-lj.si	

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: 6
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: aduratic@onko-i.si , informacije: mag. Amela Duratović Konjević, T: 01 587 96 25, E: aduratic@onko-i.si	

JANUAR 2017

12. ob 9.00 • POGOSTA STANJA V PROKTOLOGIJI

kraj: LJUBLJANA, Medicinski center Iatros, Parmova 51**št. udeležencev:** 25**kotizacija:** 60 EUR, brezplačna udeležba za prvih pet prijavljenih specializantov**k. točke:** *****vsebina:** strokovno srečanje za specialiste in specializante družinske medicine**organizator:** Medicinski center Iatros, prof. Pavle Košorok**prijave, informacije:** prijave: E: izobrazevanja@iatros.si, v prijavi napišite ime, priimek, trenutno delovno mesto in ustanovo, v kateri ste zaposleni, informacije: W: www.iatros.si, E: izobrazevanja@iatros.si

18. ob 9.00 • TEŽAVE IN RAZUMEVANJE V MEDOSEBNIH ODNOSIH

kraj: 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

*** Zbornica nima podatka o številu kreditnih točk, ker organizator še ni podal ali sploh ne bo podal vloge za njihovo dodelitev.

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 zdravstveno zavarovanje Slovenije

K sodelovanju vabimo

1. zdravnike/zdravnice na Direkciji za:

- delo v oddelku za nadzor, ki obsega področja:
 - ambulantnih in bolnišničnih storitev,
 - izvajanja finančno-medicinskih nadzorov,
 - predlaganja ukrepov v primeru odstopanj,
 - odgovorov na vprašanja izvajalcev in priprave navodil,
 - predlaganja sprememb.

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

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

Pogodbo o zaposlitvi bomo sklenili za nedoločen čas, s polnim delovnim časom in trimesečnim poskusnim delom. V oddelku za nadzor vabimo tudi zdravnike specialiste in zobozdravnike protetike za sodelovanje po pogodbi o delu.

2. zdravnike/zdravnice v območnih enotah Celje, Kranj, Maribor, Koper, Krško in Novo mesto za:

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

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

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

Pogodbo o zaposlitvi bomo sklenili za nedoločen čas, s polnim ali krajšim delovnim časom in trimesečnim poskusnim delom.

Za dodatne informacije se lahko obrnete na nas po T: 01 307 74 10.

Vaše pisne prijave, s predstavitvijo dosedanjega dela in navedbo enote, kamor se prijavljate, pošljite do **30. 11. 2016** na naslov: ZZZS, Direkcija, Miklošičeva 24, 1507 Ljubljana oz. na E: zaposlitev@zzzs.si. Kandidati bodo izbrani na podlagi izbirnega postopka, ki lahko vključuje tudi testiranje. Kandidati bodo o izboru obveščeni v zakonsko določenem roku.

Medicinski center Krka, d.o.o.

objavlja prosti delovni mesti:

1. doktor medicine, specialist medicine dela, prometa in športa (m/ž)

- delovno razmerje za nedoločen čas

Kandidat mora izpolnjevati naslednje pogoje:

- diploma medicinske fakultete,
- specialistični izpit s področja medicine dela, prometa in športa,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije.

2. doktor medicine z opravljenim strokovnim izpitom (m/ž)

- delovno razmerje za določen čas

Kandidat mora izpolnjevati naslednje pogoje:

- diploma medicinske fakultete,
- potrdilo o opravljenem strokovnem izpitu.

Pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev naj kandidati pošljejo v roku 30 dni od objave na naslov: Medicinski center Krka, d.o.o., Šmarješka cesta 4, 8000 Novo mesto.

Kontaktna oseba: Damijan Gazvoda, dr. med.

E: damijan.gazvoda@mc-krka.si

Zdravstveni dom Laško

razpisuje prosto delovno mesto

zdravnika specialista pediatrije (m/ž)

Pogoji:

- opravljena specializacija iz pediatrije,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije za delo na področju pediatrije,
- aktivno znanje slovenskega jezika.

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s poskusno dobo 4 mesece. Več informacij: 03 734 36 00

Pisne prijave pošljite na naslov: ZD Laško, Kidričeva 5b, 3270 Laško

Rok za prijavo: **30. 11. 2016**

ODDAM

Oddamo opremljeno zobno ordinacijo ali ordinacijo za druge zdravstvene storitve.

Vse informacije na T: 031 383 893

Prof. dr. Miloš Kobal – 90-letnik

Izr. prof. dr. Maja Rus Makovec, dr. med., svet.,
Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

Biti star 90 let (profesorjev rojstni dan je 11. oktober 1926) in biti v polni ustvarjalni kondiciji, s strokovnimi dosežki, ki so usodno pomembno vplivali na razvoj stroke, z družino, ki ga ima rada in on njih – tako prof. dr. Miloš Kobal v najboljši psihiatrično-psyhoterapevtski maniri udejanja Freudovo sintagmo, da »smo duševno zdravi, če lahko delamo in ljubimo«¹, in zelo podobno (predhodno) Tolstojev misel, da »človek lahko čudovito živi na tem svetu, če ve, kako delati in kako ljubiti«². Kar na začetku v svojem in v imenu kolegov profesorju voščim vse najboljše ob visokem jubileju.

Dragi starejši kolega, do upokojitve član katedre za psihiatrijo, je predlagal, naj kot članica katedre pripravim zapis ob visokem jubileju prof. Kobala. V mojih letih že spoznavam, kako se stroko prikraja za sodobnost in prihodnost, če ne poznamo okoliščin in procesov v stroki skozi čas. Posebej morda v psihiatriji, kjer ves čas potekata vzporedno procesa velikih strokovnih novosti, podprtih z nevroznanostjo, in pa univerzalne človekove duševne bolečine, dileme in stiske. Zato sem se z velikim zanimanjem lotila dokumentacije v zvezi z vlogo prof. Kobala v psihiatrični stroki in bila presenečena nad njegovim opusom oziroma pomembnostjo njegovega prispevka, čeprav sem ga deloma poznala že prej. V tem zapisu je moja vloga počastiti profesorjev jubilej v kontekstu psihiatrične stroke. Zagotovo je vsak tak zapis prefiltriran z merili pisca; tako povzemam tiste točke profesorjeve ustvarjalnosti in aktivnosti, ki jih jaz razumem kot bistvene za predstavitev njegove vloge v stroki.

Zrel in izkušen človek razume, da vsak človek, tudi tisti, ki »se lahko imenuje srečnega« z na začetku omenjenimi dosežki, izkuša v življenju izgube in bolečine. Prof. Kobal – in

njegova generacija, ki je živela v najtežjih zgodovinskih časih – je v svojem otroštvu, mladostništvu in kasneje doživljal preizkušnje, ki so nam, rojenim v kasnejših mirnih in varnih časih, povsem tuje (žal se zgodovinske nesreče aktualno dogajajo v evropski bližini, tudi Evropejci ne moremo več zatiskati oči pred nesrečo ljudi v soseščini). Sposobnost, preživeti taka težka obdobja in po njih postati osebnostno še stabilnejši in bolj empatičen do ljudi, imenujemo v naši stroki duševna odpornost. To nalogo je prof. Kobal odlično opravil; življenjske preizkušnje so ga med drugim očitno motivirale, da je sistematično, z legitimno močjo, ki jo je imel kot dolgoletni direktor psihiatrične klinike, in z drugimi pomembnimi vlogami vnesel v psihiatrično stroke povsem novo vrsto profesionalizma oziroma strokovne identitete. Ta je bistveno vplivala na kakovost zdravljenja, ki so ga prejeli in ga prejemajo pacienti z duševnimi in vedenjskimi motnjami. Kot eno tako skrajno izkušnjo razumem njegovo prvo srečanje s psihiatrijo v februarju leta 1950. V aprilu 1949 je diplomiral na pravni fakulteti in je kot pravnik prišel v Bolnišnico za duševne in živčne bolezni Ljubljana Polje, da bi pomagal pri določanju pravnega položaja tistih, ki so jih v bolnišnico mimo zakona pošiljali različni organi. S prof. Kanonijem sta se zakopala v popise bolezni za leto in pol nazaj. Po šestih mesecih je bilo odpuščenih skoraj dvesto bolnikov. Po pričanju prof. Kobala je bila bolnišnica v celoti bedna in prenatrpana. Iz Kanonijevih zapisov je razbrati, da je Miloša (Kobala) to delo tako čustveno in strokovno vznemirilo, da se je vpisal na medicinsko fakulteto in se pozneje odločil za psihiatrijo. Sam poroča o pretresenosti nad položajem bolnikov, še posebej na »priporniškem oddelku«. Po tleh oddelka je bila slama, okna so bila ne le zamrežena, temveč le četrtninska.

Psihična odpornost pomeni, da se ob izkušnji trpljenja ne ustavimo na »tarnanju ali neučinkovitem usmiljenju«, ampak nas trpljenje spodbudi k akciji. Prof. Kobal je iskal poti, kako pomagati,

1. Erikson EH. *Childhood and society* (2nd ed.). New York: Norton, 1963.
2. Troyat H. Tolstoy. Garden City, New York, 1967: Doubleday & company.



reševati usode ljudi v psihiatriji. Ena od začetnih poti je bila zagnan študij. Navduševal se je tako za psihoanalizo kot za iskanje nevrološke podlage duševnih motenj (v letu 1951 je že razmišljal o bioloških osnovah človekove duševnosti in odgovornosti). Tako je pri sebi očitno že takrat razrešil tako imenovano dolgoletno krizo identitete v psihiatriji, ali izhajamo predvsem iz Freudove psihoanalize ali iz nevrologije (seveda izhajamo iz obojega). Med študijem medicine je imel možnost spoznati raven nevropsihiatrije v Leidnu in Kölnu in si želel možnosti, da bo kdaj mogoče vnesti tako znanje tudi doma.

Nasploh je celotno delovanje prof. Kobala označevala izvenserijska proaktivnost in iniciativnost. Iz njegovega dela je razvidno, da je nezmotljivo in ažurno prepoznaval strokovne dileme v psihiatriji ter se s sebi lastno aktivnostjo zagnal v spremembe in izobraževanje, tako lastno kot drugih zaposlenih. Razmišljam, da je ta dober pregled nad potrebnimi spremembami nastal iz zelo izvirnega prihoda v psihiatrično stroko. Med študijem medicine

(diplomiral je decembra 1955) je bil že diplomirani pravnik; ko se je zaposlil v psihiatriji, pa je imel že dolgoletne izkušnje z ambulantnim delom v zaporih, sodeloval je z inštitutom za kriminologijo, se ukvarjal z vprašanji razvoja in terapije delinkventnega vedenja zlasti pri mladih, predaval na oddelku za psihologijo filozofske fakultete v Ljubljani in na pravni fakulteti, neposredno zdravniško delo pa je potekalo v ambulantah Bolnišnice dr. Petra Deržaja.

V letu 1962/1963 je imel možnost s štipendijo Britanskega sveta v Londonu spoznavati možnost psihoterapije pri prestopnikih. Spoznavanje takratnih najsodobnejših svetovnih smeri psihoterapije je bistveno pomembno za njegovo kasnejše delo v psihiatriji.

Iz pravnega konteksta ga je v področje psihiatrije povabil prof. Kanoni, ki mu je ponudil povratek v psihiatrično bolnišnico in na katedro na medicinski fakulteti. Na psihiatriji se je zaposlil avgusta 1967, direktor psihiatrične klinike je postal septembra 1968, pred tem se je aprila 1967 habilitiral na medicinski fakulteti. Ob nastopu direktorske funkcije je bil torej zelo izkušen na, gledano z današnjega zornega kota, interdisciplinarni ravni in za takratne čase imel posebej veliko stikov s strokovnimi krogi zahodne Evrope, kar je pomembno vplivalo na strokovni razvoj.

Znana nam je človeška lastnost, da se neredko merijo moči, kdo je zaslužen za kaj v stroki. Ko bom odkrivala pomen prof. Kobala za našo stroko, sledim dostopni dokumentaciji, predvsem pa: direktorovanje si nosilci te funkcije predstavljajo različno. Lahko se zapirajo v ozke kroge in otežujejo strokovne pobude, ali pa svojo legitimno moč porabijo za odpiranje novih poti v stroki in sodelavce pri razvoju podpirajo. Nedvomno se v medicinski stroki razvoji dogajajo le, če jih direktorji vzpodbudijo, omogočijo in se jih veselijo. Iz dokumentov razberem področja, ki jih je bodisi vnesel bodisi podprl prof. Kobal med svojim direk-

torovanjem Psihiatrični kliniki Ljubljana do leta 1981. »Priti od zunaj« pomeni imeti dober pregled nad sistemom in bolje videti, kaj bi ga izboljšalo. Glede na profesorjeve izkušnje v začetku 50. let se je z delom na psihiatriji nekako vrnil domov, v stroko, ki ga je najbolj prevzela.

Najprej se je zavzel, da je bila bolnišnica v letu 1968 preimenovana v Klinično bolnišnico za psihiatrijo. V istem letu je medicinska fakulteta določila, da se oblikuje katedra za psihiatrijo. Psihiatrija je lahko vedno ranljiva, da postane predmet nadzora; lahko pa prevzame vlogo stroke, ki duševno osvobaja. Eden prvih ukrepov direktorovanja je bil, da ob obisku tujih državljanov ni bilo več dovoljeno pridržanje nevarnih oseb na psihiatriji. Profesorjevi takratni sodelavci menijo, da se je z njim kot direktorjem med letoma 1969 in 1975 izvedla popolna reforma slovenske psihiatrije. Gre za naslednje izjemne dosežke, ki spreminjajo psihiatrično paradigmo: zmanjšanje števila postelj s premeščanjem v primernejše ustanove, večina oddelkov je postalo odprtih, podprl je ustanovitev Centra za mentalno zdravje, nastal je nočni in dnevni oddelek, vzpodbudila se je družinska oskrba, podprla se je ustanovitev oddelkov za zdravljenje odvisnosti v vseh psihiatričnih bolnišnicah, uvedla se je psihiatrična oskrba v domovih za starejše in v azilnih ustanovah, podprlo se je zdravljenje z depojem in litijem (leta 1969 oz. 1970). Ležalna doba se je skrajšala za več kot pol. Ta reforma je prehitela znamenito italijansko reformo, ki se je začela leta 1978 in kljub dobrim namenom sprožila tudi resen problem z zapustitvijo psihiatričnih bolnikov. Poskrbljeno je bilo za pedopsihiatrični oddelek, za ustrezne dispanzerje za otroke in za gerontopsihiatrične potrebe. Slovenska reforma psihiatrije je bila prav posebej humana tudi s postopnim in prevladnim pripravljanjem prej dolgotrajno hospitaliziranih bolnikov na svet zunaj institucije. Profesor je vzposta-

vil z italijanskimi nosilci reforme kolegialno sodelovanje.

Posebej pomembno je, kako se je zmozel veseliti dobrih sodelavcev, ki so imeli znanje in voljo za preobrate v slovenski psihiatriji, ki so prevzemali svoj del bremena ustvarjanja strokovne in humane psihiatrije. Poimenovanje teh sodelavcev je domena slavljenca samega, zato naj tu poudarim le značilno libidinozno potezo konsistentnega skupnega sodelovanja, ki je utemeljila sodobno psihiatrijo v Sloveniji. Poseben ponos te odlične ekipe v času profesorjevega direktorovanja je Center za mentalno zdravje, ustanovljen na Poljanskem nasipu. V stavbi, kjer je bilo doživetega toliko človeškega trpljenja (zapor), se je »vsadil cvet, ki se je razcvetel«.

Oddelek za psihiatrično prvo pomoč, nočni oddelek za paciente, ki so ob delu potrebovali varno strukturo zaradi narave svoje bolezni, psihoterapevtski oddelek, oddelek za adolescence so bili zgodovinski dosežki. Sem je sodil še prav poseben oddelek, ki je bil verjetno svetovni unikum. V sklopu Centra za mentalno zdravje je namreč ustanovil odprti forenzični oddelek, ki je uspel oblikovati pod usmerjanjem prof. Kobala tako terapevtsko vzdušje, da tako rekoč ni bilo incidentov in so ti bolniki bivali skupaj z drugimi oddelki. V delu bolnišnice, ki je delovala v Polju, so se odprla vrata, odstranili so rešetke, podrli zid, ki je ločeval bolnišnico od sveta, začelo se je prosto gibanje bolnikov, čimprejšnje odpuščanje in skrb za bolnike zunaj bolnišnice. Kot direktor se je zavzel, da se je uredil status negovalnega osebja in da se je kultiviralo tudi njihovo znanje.

Prav poseben pomen profesorjeve vloge v psihiatriji pa vidim v njegovi zavzetosti, da se vnese v psihiatrijo kot metoda zdravljenja psihoterapija in da se na splošno veda psihoterapija identificira kot samostojna stroka tudi izven psihiatrije. V psihiatriji sta dokazani učinkoviti metodi celostnega zdravljenja tako farmakoterapija kot psihoterapija. Psihiatrija stoji ali pade na tem, kako svoje strokovno znanje

povezuje s humanostjo in terapevtskimi odnosi. Sistematično vnašanje psihoterapevtskega duha zagotavlja strokovno kultiviranost empatije, z refleksivnostjo pomaga do uvidov v naravo duševnih motenj in medosebnih odnosov, spodbuja avtonomnost in zdravo medsebojno povezovanje bolnikov, zagotavlja spoštovanje bolnikovih pravic.

V psihoterapiji mu je bila posebej blizu kratka dinamična psihoterapija, ki jo je inovativno razčlenil. Gledano z današnjega stališča je močno prehitel takratno stanje duha; kratka dinamična psihoterapija usmeri v razumevanje narave simptoma in razrešitve brez dolgoletnih psihoterapij, ki niso uporabne za večino trpečih bolnikov. Ves čas je bil in ostaja radoveden, kako med seboj povezati psihoterapijo in nevrobiologijo, saj je človek celota vseh teh ravni, nevrobiologija pa pomaga dodatno potrditi psihoterapijo kot na dokazih slonečo stroko.

Psiho- in socioterapijo je konsistentno vnašal v zaporske institucije. Zaposlovalo ga je strokovno vprašanje, s kakšnimi terapevtskimi intervencami in odnosom bi postali dostopni spremembi ljudje z disocialno osebnostno motnjo. Prof. Kobal je poročal o številnih uspehih teh intervenc. Verjetno je vsaj deloma pri tem pomagala tudi njegova drža pomirljive gotovosti, da se teh bolnikov ne boji, ampak hoče vzpostaviti sodelovanje.

Prof. Kobal se je zavzel za vnos t.i. terapevtske skupnosti na vsa področja psihiatrije (neke vrste hišni parlament); prav posebej velik preobrat je to pomenilo za paciente s psihozo, ki so s tem konceptom postali enakopravni in aktivnejši sodelavci v lastnem zdravljenju. Socioterapevtske metode je profesor že prej vnašal v prevzgojnem domu v Logatcu, tudi v smislu eksperimenta s širokim strokovnim odmevom. Poskrbljeno je bilo tudi za športno dejavnost bolnikov s telovadnico in športnimi igrišči. Uvedene so bile različne oblike rehabilitacije, s takratno težnjo, da bi

se oblikoval zakon o duševnem zdravju, ki bi se zgledoval po britanskem. Prav posebna zgodba so bile nekdanje ekonomije ob psihiatričnih bolnišnicah, kar si danes komajda lahko predstavljamo. Namesto tega je bila uvedena kreativna delovna terapija, ki je bila le v funkciji rehabilitacije.

Prof. Kobal je opravljal tudi druge pomembne vloge, s katerimi je bilo možno vplivati na razvoj psihiatrije. Kot predsednik Republiškega medicinskega sveta je dosegel, da so se prej velike, pretežno azilsko oblikovane psihiatrične bolnišnice spremenile v manjše, aktivne ustanove.

Ob prebiranju dokumentov ugotavljam, da so se v času profesorjevega direktorovanja vzpostavljale živahne evropske in tudi svetovne strokovne povezave in izmenjave idej, zelo dostopne širokemu krogu strokovnjakov.

V raziskovalnem delu se je med drugim posebej rad posvečal raziskavam s področja nevropsiholoških in nevrobioloških korelatov duševnih procesov, pa raziskovanju deviantnega vedenja in njegove zakonitosti. Sem sodi tudi raziskovalni del v povezavi s kratko dinamično psihoterapijo. Ko je ugotovil, da psihiatrija ne objavlja dovolj svojih dognanj, je bil med ustanovitelji slovenske psihiatrične publikacije *Viceversa*, ki se je rodila ravno v obdobju osamosvajanja Slovenije.

Tudi pedagoško je bil zelo aktiven. Iz časa njegovega vodenja psihiatrije izhajajo podiplomska izobraževanja za psihiatre, psihologe ter ostalo osebje (psihoterapija, psihopatologija, pedopsihiatrija). Tudi kot dekan medicinske fakultete je aktivno posodabljal način učenja psihiatrije, uveljavil je obsežnejše praktično učenje ter izbirne predmete. Študentom je veljalo za srečno okoliščino, če so dobili za izpraševalca prof. Kobala, ker je bil izpit pri njem akademsko spoštljiv. Prav tak je bil tudi pri specialističnih izpitih na psihiatriji (kjer se je sicer vedelo, da je možno dobiti vprašanje, na katero kandidat

ne bo znal odgovoriti. To ni pomenilo težav pri izpitu, ampak dodatno poučitev). To drži do študentov in specializantov povezujem s profesorjevimi prepričanji o psihoterapiji, ki jih je vnašal tudi v realne odnose, da ni prav na izpitih obremenjevati študentov s prekomernimi čustvenimi pritiski.

Zdravljenje odvisnosti od alkohola je posebna zgodba, ki gledana z današnjimi profesionalnimi očmi vzbuja začudenje. Prof. Kobal je podprl ustanovitev oddelka na kliniki in pomagal ustvariti možnosti zdravljenja odvisnosti od alkohola po Sloveniji. Tudi sam je prevzel del terapevtskih obveznosti z vodenjem kluba zdravljenecov, v katerem še vedno deluje. Posebnost zgodbe je v tem, da se je po specifičnem osebnem zadržanju psihiatra s področja odvisnosti v ocenjevanje stroke odvisnosti od alkohola, kdo ima ali nima strokovno prav, vpletla politika in dnevno časopisje z novinarji, s čustveno napetim diskurzom. Včasih se zazdi, da se ta zgodba še kje pojavi, pa bi jo bilo treba reflektirati *sine ira et studio* (zdi se, da področje duševnih motenj še vedno ostaja ranljivo za napetosti med uporabniki in izvajalci psihiatrije, pa med samimi psihoterapevti ipd. Rešitev vidim le v stalni zavzetosti za transparentnost stroke, strokovno samorefleksijo, v iskanju kultivirane-

ga skupnega dialoga z uporabniki, ampak to je že druga tema).

Psihoterapijo bi lahko šteli pri profesorju za še vedno aktualno strokovno ljubezen. Ves čas je bil v to področje vpleten kot dejaven psihoterapevt, kot predsednik združenja, sekcije ali pa kot tisti, ki skuša povezati in pomiriti. To področje, ki se povezuje tudi z našimi nezavednimi izbirami načina dela, lahko buri duhove, narcisizmi pa so lahko izključujoči in brez samorefleksije (kar je posebej zanimivo, saj gre za ljudi, ki zmorejo v druge vnesti spremembo. Vendarle je socialna in finančna moč očitno močnejši motivator kot psihoterapevtska paradigma). S takimi zgodbami se še vedno bolj ali manj živo ukvarjamo vpleteni v to stroko, brez dorečenosti. Meni se zdi, da ob teh zgodbah in baldorijah prof. Kobal ohranja zdravo športno držo.

S posebno simpatijo bi želela omeniti še vedno aktualno profesorjevo posebno psihoterapevtsko aktivnost. Še vedno se angažira v skupini zdravljenecov s področja odvisnosti in mu je zelo mar, kako gre vsakemu članu posebej.

Vse napisano bi se lahko napačno zaključilo v ugotovitev, da sporočam, da je imel prof. Kobal z vsemi svojimi funkcijami izvrstno kariero, ki sem jo želela predstaviti ob njegovem jubileju. Vendar ni tako. Sama bi si želela

pripadati kategoriji humanista s skandinavskim pojmovanjem demokracije in socialnih odnosov. V tem smislu sem zadržana glede statusov moči, če se ne porabijo za dobro stroko.

Nekoč mi je človek, ki mi je vzor etičnega humanizma, dejal, da se dobra kariera ne kaže v funkcijah, ampak v tem, koliko so se naša dela odražala v dobrem vplivu na življenje drugih ljudi. Prof. Kobal je svoje položaje vodenja v psihiatriji in psihoterapiji konsistentno porabil za svoje lastne in iniciative svojih sodelavcev, da so lahko s trdim delom, z navdihom in s tovarištvom oblikovali čudovite dosežke pri preobrazbi psihiatrije. Ta je lahko začela smiselno razreševati duševne motnje ter lajšati druge oblike človekovega duševnega trpljenja pri deset tisočih ljudeh, morda gre še za večji količnik. Tako lahko povzamem, da je imel prof. Kobal zares izvrstno kariero.

Vesetje nad doseženimi preobrazbami naše stroke ne pomeni, da se pozabi na stalno potrebo po refleksiji in kritičnosti v psihiatriji. Oba procesa obstajata hkrati kot nujna celota prave profesionalne drže psihiatra in psihoterapevta.

Prof. Kobal še vedno piše članke in recenzije. Ohranja tako veselje kot kritično refleksijo do stroke.

70-letnica ustanovitve Otroškega oddelka Splošne bolnišnice Celje

Katarina Meštrović Popović, dr. med., SB Celje

Otroški oddelek SB Celje je bil kot tretji otroški oddelek v Sloveniji ustanovljen avgusta leta 1946. Sprva ni bil v sklopu javne bolnišnice, pač pa v Westnovi vili na Golovcu, ki je od bolnišnice oddaljena približno

3 km. V prvotnih prostorih je bilo 45 postelj, ena kopalnica in manjša oddelčna ambulanta z laboratorijem. V naslednjih dveh letih so zmogljivosti še nekoliko razširili z dodatno kopalnico, prostorom za

doječe matere in rentgenskim aparatom.

Po preselitvi v prostore bolnišnice leta 1957 se je število postelj povečalo na 58 za otroke in 6 za doječe matere. Kljub povečanim zmogljivostim le-te še vedno niso zadoščale potrebam, zato so začasno (od leta 1961 do 1962) ustanovili še oddelek v Dečjem domu

pod Kalvarijo (ob vznožju Jožefovega hriba pri železniški postaji). Tu so bili hospitalizirani manj bolni dojenčki in majhni otroci, vendar je bil ta oddelek zaradi neustreznih higiensko-sanitarnih razmer kmalu ukinjen. Od leta 1964 so bili večji otroci s pljučnicami ter kronični bolniki z revmatizmom in nefropatijami hospitalizirani na oddelku v Novem Celju. Ta oddelek je bil tudi specializiran za zdravljenje otrok z aktivno tuberkulozo pljuč in tuberkuloznim meningitisom za vso Slovenijo, deloval je do leta 1976. Leta 1975 je oddelek z nadzidavo nad patologijo pridobil nov trakt za dojenčke z dodatnimi 12 sobami in 32 posteljami, tako da je imel v letih od 1976 do 2003 70 postelj, v letih od 2003 do danes pa je bilo na oddelku 60 postelj za bolne otroke.

V letih od 1988 do 1990 so na oddelku potekale posodobitve: preurejeni sta bili sobi za obiske in doječe matere, v sprejemnem traktu sta bila narejena dva ambulantna prostora, na podstrešju so bile narejene učilnica, pisarna in seminarska soba.

Leta 1998 je bil prizidan prostor z velikim transportnim dvigalom, leta 2000 je bil urejen ambulantni prostor v pritličju. V zadnjih letih so potekala še dela za izboljšanje energetske učinkovitosti stavbe (menjava oken in nova fasada s toplotno izolacijo). V teh dneh se zaključujejo obnovitvena dela na oddelku, s katerimi bomo pridobili sobe za intenzivni nadzor bolnih otrok ter osamitev otrok z nalezljivimi boleznimi. Pred oddelkom je bil urejen tudi prijeten park z igrali za otroke.

Skozi vsa leta delovanja je Otroški oddelek SB Celje sledil trendom v moderni pediatriji: z večanjem kadrovskih in prostorskih zmogljivosti se je večalo število sprejemov bolnih otrok, hkrati pa se je skrajševal čas hospitalizacije. Zaradi zagotavljanja boljšega počutja otrok je bila omogočena stalna prisotnost staršev ob otroku, še posebej doječih mater. Na oddelku delujeta tudi bolnišnični vrtec in šola. Prva ambulanta je pričela z delom leta 1964, od takrat se njihovo število stalno

povečuje, ravno tako se povečuje tudi število pregledanih otrok. Danes oddelek nudi specialistično ambulantno obravnavo za vsa najpomembnejša področja pediatrije, letno je pregledanih približno 11.500 otrok.

V sedemdesetih letih delovanja so oddelek vodili naslednji predstojniki: Valerija Valjavec od 1946 do 1947, prim. Marjan Stegnar od 1947 do 1974, prim. Vladimir Zalar od 1974 do 1981, Milena Žele leta 1981, Ana Meštrovič od 1981 do 2005, mag. Lidija Vučajnk od 2005 do 2008 in Andrej Mlakar od 2008 dalje.

Glavne medicinske sestre v tem obdobju so bile: Silva Stegnar od 1946 do 1967, Margareta Dežnak od 1967 do 1997, Jožica Ribič od 1997 do 2007 in Katja Mulej Hren od 2007 dalje.

Na proslavi ob tem jubileju, ki je bila 16. septembra 2016 v Narodnem domu v Celju, sta se direktor bolnišnice, mag. Marjan Ferjanc, in strokovni direktor, asist. Franc Vindišar, s plaketama za življenjsko delo v imenu vse bolnišnice zahvalila dvema osebam z velikim srcem, ki sta se z zlatimi črkami zapisali v zgodovino našega oddelka: dolgoletni predstojnici Ani Meštrovič in glavni medicinski sestri Margareti Dežnak.

Ana Meštrovič se je vsa leta svojega mandata (od leta 1981 do 2005) zavzemala za napredek stroke

na oddelku, za uvajanje sodobnih diagnostičnih in terapevtskih metod in izboljšanje bivalnih pogojev za otroke ter delovnih pogojev za osebje. Na oddelku so pod njenim vodstvom še posebej skrbeli, da bi bil le-ta čim bolj prijeten za bivanje otrok in njihovih staršev. Na njeno pobudo je bila leta 1990 organizirana bolnišnična šola za šoloobvezne otroke. Leta 1995 so bila v delo oddelka vpeljana načela, zapisana v Listini otrokovih pravic – Magni Charti: neomejeni obiski staršev, bivanje staršev ob bolnem otroku in bolnišnična šola ne le za otroški oddelek, temveč tudi za otroke, hospitalizirane na drugih oddelkih Bolnišnice Celje. Leta 2009 je prejela odličje zaslužni član Zdravniške zbornice za delo na področju pediatrije v celjski regiji. V veliki meri je prav ona s svojo prizadevnostjo, neutrudnim delom in požrtvovalnostjo prispevala k temu, kar danes predstavlja celjski otroški oddelek.

Margareta Dežnak se je v celjski bolnišnici zaposlila kot ena izmed prvih višjih medicinskih sester. 1967. leta je postala glavna medicinska sestra otroškega oddelka. Pustila je neizbrisen pečat na oddelku in tudi v slovenskem prostoru, saj je ob prevzemu dolžnosti glavne medicinske sestre otroškega oddelka svoj trud, znanje in energijo usmerila v kakovost



Z leve: asist. Franc Vindišar, Margareta Dežnak, Ana Meštrovič in direktor mag. Marjan Ferjanc.



stno zdravstveno nego otroka. Bila je aktivna članica Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Celje, od 1988 do 1992 pa tudi predsednica Pediatrične sekcije. Za svoje znanje in organizacijske sposobnosti ter za opravljanje številnih odgovornih funkcij je bila leta 1994 nagrajena z

zlatim znakom, najvišjim priznanjem, ki ga podeljuje Zbornica-Zveza.

Prireditev je bila zelo uspešna, saj smo združili prijeten kulturni program, spoštljiv pogled na preteklost, hudomušen prikaz sedanjosti otroškega oddelka in strokovne teme: predstavitve pediatričnega urgentnega

centra v Celju in nekaj (redkih) nujnih stanj v pediatriji.

Posebno zanimanje je požel naš pediatrični urgentni center, ki je edinstven in vzbuja številne polemike. Poleg sedanjih in bivših zaposlenih na našem oddelku so bili prisotni tudi pediatri in medicinske sestre iz vse Slovenije, saj smo združili praznovanje visokega jubileja našega oddelka s srečanjem Združenja za pediatrijo. Po strokovnem delu, ki smo ga zaključili s predavanjem o pnevmotoraksu (Lucija Pungeršek, dr. med.), možganski kapi (doc. dr. Mirjana Perkovič Benedik, dr. med.) in hemolitično-uremičnem sindromu (prof. dr. Nataša Marčun Varda, dr. med.), smo si v Pokrajinskem muzeju ogledali še razstavi Celjski grofje in Mesto pod mestom. Vsi so bili zelo zadovoljni s celotno idejo in izvedbo prireditve.

Prihodnost oddelka je polna izzivov, ki se jih lotevamo premišljeno in strokovno. Kot tretji največji v Sloveniji ostaja Otroški oddelek Splošne bolnišnice Celje pomemben steber slovenske pediatrije.

Delo do groba

Mag. Nina Mazi, dr. med., Ljubljana

Trdo delo, ki mu mnogi pripisujejo izgorelost, pospešeno staranje in propadanje oz. degeneracijo organizma ter prezgodnjo umrljivost, vrsta najnovejših znanstvenih raziskav uvršča med dejavnike kakovostnega in dolgega življenja. Zato je treba v anamnestičnih podatkih posebno pozornost posvetiti delovni anamnezi in ugotoviti ne le, kaj in koliko posameznik dela, marveč tudi in predvsem, ali bolnik rad dela, ali ga delo izpolnjuje in v njem tudi uživa. Pomembno pa je oceniti tudi odnose in vzdušje na delovnem mestu, prisotnost stresorjev ter morebitno škodljivost (fizikalno, kemijsko) oz. oporečnost delovnega okolja.

Ameriški in japonski znanstveniki poudarjajo, da človeka, ki rad in dobro dela, bolj kot trdo in zahtevno delo bremeni misel na pokoj oz. strah pred izgubo dela – brezposelnostjo, brezdeljem in dolgočasjem. Delovni elan, navdušenje in ustvarjalnost spodbujajo človekovo zdravje, mladostnost in vitalnost, kar se odraža v večji

dodani vrednosti, boljših odnosih s sodelavci, manjšem številu poškodb in nesreč pri delu ter v nižji stopnji bolniške odsotnosti.

Skupina ameriških in kanadskih raziskovalcev je s poglobljenimi študijami v okviru projekta The Longevity Project ugotovila, da ljudje, ki resno, zavzeto in trdo delajo, so predani svojemu poklicnemu delu in so pri delu tudi zadovoljni, živijo dlje in bolje kot njihovi bolj »lenobni« vrstniki. Vse naštetu velja tako za fizične delavce kot tudi intelektualce. Med slednjimi je veliko takih, ki bi kljub zrelemu življenjskemu obdobju še radi ostali poklicno aktivni, pa jim administrativne ovire to pogosto onemogočajo in jih prisilijo v »neprostovoljni pokoj«. Med njimi so tudi številni zdravniki. Strokovnjaki se zato upravičeno zavzemajo, da bi pri upokojevanju posameznikov, ki uživajo pri svojem delu in ga tudi zgledno opravljajo, namesto kronološke upoštevali njihovo biološko starost. Pomembno vlogo pa naj bi igrala tudi človekova uspešnost pri delu. Končna odločitev o odhodu v pokoj naj ostane izključno stvar individualne presoje.

Viri: Science et Vie 12,15, Age and ageing, 1/16, ILO Report 2015



Ob smrti primarija docenta dr. Jožeta Neudauerja

Branko Jerković, dr. med., Ambulanta Jerković, Ptuj

Spoštovani kolega, primarij docent dr. Jože Neudauer je umrl v 96. letu starosti.

Moj namen ni naštevati njegovih številnih funkcij – bil je specialist interne medicine, predstojnik oddelka za interno medicino, docent interne medicine – in številnih visokih priznanj. Rad bi vam povedal, da se je interni oddelek SB Ptuj med njegovim vodenjem strokovno uveljavil in razvil gastroenterološko, nefrološko, diabetološko in kardiološko dejavnost. On je zaslužen, da so leta 1979 v SB Ptuj začeli z dializo. Pokazal je, da je bil vizionar in je premikal meje zdravstvenega varstva naših občanov na bolje. A pri uresničevanju ciljev mu ni bilo lahko. Kot prisilni mobiliziranec v nemško vojsko je bil v nemilosti pri tedanji oblasti in njegovi uspehi so bili mukotrpno doseženi.

Tisto, kaj me pri njem najbolj navdušuje, ni le suhoparni naslov – doktorska disertacija leta 1974 z naslovom Alimentarne intoksikacije s svincem, ampak njegov zavzet boj za te paciente in prebivalce, ki so bili v nevarnosti. Treba je vedeti, kako se je boril za njih. Marsikaterega pacienta, ki so ga hoteli kirurgi operirati zaradi trebušnih krčev, je premestil na interni oddelek in pravilno zdravil zaradi zastrupitve s svincem. To, da je ugotovil, da so zastrupitve s svincem na našem območju posledica na prenizki temperaturi pečene glazirane lončene posode, mu ni bilo dovolj. Z avtom se je vozil po severovzhodni Sloveniji, iskal lončarje in jih prepričeval, da zvišajo temperaturo v pečeh. Takšne primere predanosti poklicu, energije, dosežkov bi slovenski zdravniki morali poznati in jim slediti.

Prim. dr. Marija Berčič, dr. med. (1928–2016)

Prim. izr. prof. dr. Jovan Miljković, dr. med., Maribor

Prim. prof. dr. Gabrijel Borko, dr. med., v. svet., Maribor

V četrtek, 8. septembra 2016, smo se na Pobreškem pokopališču v Mariboru sodelavci, znanci, prijatelji in pacienti poslovili od izjemne zdravnice in dolgoletne sodelavke prim. dr. Marije Berčič - Mojce.

Dr. Marija Berčič se je rodila 14. aprila 1928 v Črni na Koroškem v znani zdravniški družini. Oče dr. Adolf Ramšak je bil znan zdravnik, leta 1926 je na kirurškem oddelku v

Mariboru opravil prvo transfuzijo krvi na Slovenskem.

Dr. Marija Berčič je osnovno šolo končala v Črni, gimnazijo je obiskovala na Ptuj in v Celovcu, maturirala pa je na Klasični gimnaziji v Mariboru leta 1947. Medicinsko fakulteto v Ljubljani je končala leta 1953 in takoj začela delati v Splošni bolnišnici v Mariboru. Po končanem pripravništvu je leta 1955 začela s speciali-

zacija iz dermatovenerologije, specialistični izpit pa je opravila na Dermatovenerološki kliniki v Ljubljani 25. maja 1958.

Vso delovno dobo je delala na Oddelku za kožne in spolne bolezni Splošne bolnišnice v Mariboru. Bila je vodja otroškega oddelka, začetnica dermatološke kozmetologije in od leta 1973 tudi novoustanovljenega histopatološkega laboratorija.

24. oktobra 1986 je na Kliniki za kožne i spolne bolezni v Zagrebu zagovarjala doktorsko disertacijo z naslovom: »Doprinos riješavanju problematike i diferencijaciji palmo-plantarnih keratodermijskih promjena« in bila prva z nazivom doktor znanosti v 66-letni zgodovini dermatološko-venerološkega oddelka v Splošni bolnišnici Maribor.

Aktivno se je udeleževala strokovnih sestankov doma in v tujini, bila je mentorica številnim zdravnikom in vrsto let predavateljica na Višji zdravstveni šoli v Mariboru.

Sodelovala je tudi pri izdaji obeh slovenskih učbenikov za študente medicine in stomatologije (Mala dermatovenerologija – Betetto-Fettich, ki je izšla leta 1993) in Kožne in spolne bolezni – Kansky in sodelavci, ki je izšla leta 2002).

Ob strokovnem in zdravniškem delu je opravljala še številne druge zadolžitve: od leta 1953 je bila članica Slovenskega zdravniškega društva, članica Dermatovenerološke sekcije

SZD od leta 1958, predsednica izvršnega odbora Dermatovenerološke sekcije SZD od 1980 do 1984, članica izvršnega odbora Udruženja dermatovenerologa Jugoslavije od 1980 do 1992. Že od leta 1980 je bila takrat edina članica mednarodnega združenja dermatohistopatologov in članica Avstrijskega združenja dermatovenerologov. Številni bolniki z luskavico na našem področju so pokojni zdravnici hvaležni za dolgoletno skrb in zdravljenje ter za nekajletno vodilno delo v njihovem društvu.

Bila je prva tajnica Mediko-historične sekcije SZD (MHS SZD), ki so jo ponovno ustanovili leta 1968, s sedežem v Ljubljani (predsednik prim. dr. Drago Mušič, podpredsednik prim. dr. Eman Pertl), in to nalogo opravljala tudi po letu 1971, ko se je sekcija za stalno preselila v Maribor. Ves čas je bila tesna sodelavka predsednika MHS prim. Eman Pertla. Od leta 1980, ko je bilo v Mariboru ustanovljeno Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije, podružnica Maribor (ZDZZZKS Maribor), pa je sočasno opravljala naloge tajnice tudi v tem društvu vse do leta 1987, ko jo je zamenjal dr. Friderik Pušnik.

Prim. dr. Marija Berčič je za svoje izjemno uspešno in nesebično delo tajnice MHS SZD in ZDZZZKS Maribor, vse od ustanovitve sekcije leta 1968 pa do svoje upokojitve leta 1989, dobila tudi naziv častna članica MHS



SZD. Tudi po upokojitvi je še vedno vzdrževala stike s stroko, sodelovala na strokovnih srečanjih in predano delala pri Mediko-historični sekciji. S svojim strokovnim znanjem, organizacijskimi sposobnostmi, pedagoškim delom, publicistično dejavnostjo in z obsežnim znanstvenoraziskovalnim delom je veliko prispevala k razvoju oddelka in tudi slovenske dermatovenerologije. Za slednje ji je bil podeljen naziv primarijka.

Drago kolegico, sodelavko in izjemno zdravnico bomo člani uredništva časopisa Acta dermatovenerologica APA, Združenja slovenskih dermatovenerologov, Mediko-historične sekcije SZD in Društva za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije ohranili v trajnem spominu.

Barbara Verovnik Moric, dr. dent. med. (1974–2016)

Janez Gorjanc, dr. dent. med., spec. oralni kirurg, Prevalje

Draga Barbara, prvič smo se srečali pred skoraj 27 leti, kot najstniki, ki smo se vpisali na srednjo šolo na Ravne na Koroškem.

Ker je bilo to še v naši prejšnji državi, se je šola imenovala SŠTNPU, kar je pomenilo Srednja šola tehnično naravoslovne in pedagoške usme-

ritve, in mi smo bili 1aN – naravoslovci.

Bili smo nekaj posebnega, vsaj tako smo takrat mislili. In zakaj ne bi bile najstniške sanje dovoljene?

Bila si ena izmed 7 deklet ob 24 fantih v razredu. Običajno si sedela

v srednji vrsti mogoče malo bolj zadaj.

Spomnim se te, kako ti je šla matematika; vidim tvojo roko s svinčnikom, ki je izpisoval vse tiste sinuse in kosinuse in nepregledno množico znakov in enačb in na koncu ... pravilen rezultat.

Pa ne samo matematika, tudi vsi drugi predmeti so ti šli, saj si bila vsa leta odličnjakinja.

Spomnim se te, ko smo se pri kakšni uri slovenščine dolgočasili, ti pa si na rumen papir od žvečilnega gumija z lepim rokopisom izpisovala besedila pesmi angleške pevke Roxette in jih potem hranila v svoji peresnici ali kakšno dala tudi naprej.

Spomnim se, da so bili tvoji zvezki zelo iskano blago, ker je jasna pisava in dobra vsebina zagotavljala dobro osnovo za fotokopiranje in posledično učenje – še zlasti nas fantov. In te zvezke si vedno rada posojala.

Spomnim se te, kako smo na maturantskem izletu poležavali na soncu ob vodi Blatnega jezera, govorili neumnosti, se smejali ali se obmetavali z blatom. In slišim ta tvoj odkritosrčni smeh ...

Spomnim se, kako smo vsi žareli in ponosno stopali v dvorano na maturantskem plesu v Mežici in se zabavali ob plesu četvorke. To je bil naš dan, to je bil naš uspeh.

Ko smo končali srednjo šolo v novi državi, je bila to že gimnazija.

Odločila si se, da greš študirat v Ljubljano, na medicinsko fakulteto – smer stomatologija. A samo odločitev ni bila dovolj, opraviti si morala zaključne izpite na gimnaziji in dodatno še sprejemne izpite.

Spomnim se, da je bil zelo neprijetno vroč dan, ko nas je 170 kandidatov pisalo sprejemne izpite. In med 50

izbranimi si bila ti, z željo, da končaš ta šestletni študij.

Spomnim se te ob koncu drugega letnika, ko sva zagovarjala izpit iz biokemije v tisti leseni barakarski vajalnici; ti si naredila, mene pa si potolažila in mi jasno, vendar brez posebnega pomilovanja razložila, katere knjige naj naštudiram, da uspem na jesenskem roku.

Leta študija so minevala in ti si redno v rokih napredovala. Vse bolj se je dokazovala tvoja pravilna odločitev glede poklica, saj je bilo tvoje sočutje ob delu z ljudmi in bolniki očitno in tudi praktično delo z rokami si hitro mojstrsko izpopolnjevala.

Fakulteto si končala v novem tisočletju, to je bil tvoj dan, tvoj uspeh. Postala si doktorica dentalne medicine.

Po nekaj letih dela v zdravstvenem domu si zbrala pogum in se odločila za samostojno podjetniško pot zobozdravnice. Stvari, o katerih si sanjala, si dosegla.

Še več, nato si ustvarila zobozdravstveno podjetje, postala si direktorica. A ta izraz te ne opiše pravilno, bolje je, da rečem – postala si vodja. Vodja zobozdravstvenega tima: zobnih asistentk in mladih zobozdravnic in zobozdravnikov, katerim si nesebično predajala svoje znanje in praktične izkušnje, ob tem pa izkazovala odlične vodstvene sposobnosti.

Ob vsem tem pa je tvoje poklicno delo imelo še dodatno vrednost, saj si vedno znala prisluhniti pacientom in jim naredila najbolje, kar si znala in čutila po svoji vesti.

Pa čeprav je bila to nedelja popoldne ...

Ja, to si ti. To so ti dali in s svojim zgledom privzgojili tvoji starši. Danosti, ki si jih prejela od mame Darinke in očeta Rudija. S svojo bistrostjo,

neizmerno voljo in trdom pa si ti vse le še nadgrajevala.

Spomnim se, da sva se velikokrat slišala po telefonu, se mogoče pogovorila kaj strokovnega ali kaj v zvezi s terapijo za najine paciente; kaj v zvezi z nabavo potrebne sodobne zobozdravstvene opreme, še večkrat pa razglabljala o problemih birokratizacije našega poklica in kako bomo bili ali rešili neumno papirnato vojno.

Spomnim se, kako sem te v zadnjem letu večkrat, ko sem se zvečer vračal iz službe, poklical, ko sem se vozil nekje pod tvojim Legnom, samo z namenom, da govoriva, da te slišim, da te poslušam.

Spomnim se, da sem ti 23. decembra lani poslal fotografijo prvih sončnih žarkov vzhajajočega sonca z vrha Uršlje gore, da ti posije v tvoj dom, kjer si bila vedno več časa.

In poslala si mi fotografijo majhnega božičnega drevesca na mizi tvoje dnevne sobe z lepimi željami. Ob tem sem čutil, da ti je kljub vsemu lepo. Lepo zaradi topline doma, ki ga ustvarjajo ljubeči mož Jože in krasna otroka Marko in Mojca.

Vem, da ti je bilo lepše in lažje zaradi prisotnosti tvojih staršev, tvojih sester Tanje in Metke z družinama, tvojih drugih sorodnikov, sosedov in prijateljev.

Draga Barbara,

še te bom poklical. Vendar v svojih mislih. In vem, da bom takrat v svojih ušesih slišal tvoj odkritosrčni smeh. In vem, da bom takrat v svojih prsih čutil tisto tvojo neizmerno trdno voljo.

In zgled te tvoje trdne volje nam bo danes pomagal, da se zavedamo, da je za vse nas, brez tebe, samo ena pot – pot naprej.

Hvala Barbara.



Igor Grdina, Primož Premzl: Wilhelm von Tegetthoff in bitka pri Visu 20. julija 1866

Umetniški kabinet Primož Premzl, Maribor, 2016, 145 + 6 str.

Marjan Kordaš, Ljubljana

marjan.kordas@mf.uni-lj.si

Knjiga (objavljena je v slovenščini in nemščini) je razdeljena na sedem poglavij ter dva dodatka. Za popoln vtis sem najprej prebral slovensko, nato pa še nemško različico.¹

Gre za življenjepis v Mariboru rojenega admirala Tegetthoffa (1827–1871), ki pa je nekako postavljen v širše evropsko dogajanje okoli leta 1848. Po eni strani se je takrat začela podirati fevdalna Metternichova Evropa ter so se začele pojavljati težnje po t. i. nacionalnih državah. Po drugi strani pa so se obnovile napetosti med že obstoječimi evropskimi državami zaradi teženj po prevladi.

Knjiga je imeniten sprehod skozi razmere takratnega časa ne le v Evropi, temveč tudi zunaj nje.

Z vojaško-tehničnega vidika po mojem izstopajo tri poglavja. Prvo, **Uspeh, vendar ne tudi zmaga**, opisuje bitko pri Helgolandu, spopad prusko-avstrijskega z danskim bojnim ladjevjem 9. 5. 1864 (str. 26–37). Naslednje poglavje (str. 39–51), **Svet se podira**, opisuje, kako sta Italija in Prusija postali zaveznici v boju proti Avstriji. Tako se je slednja na severnem bojišču s Prusijo spopadla pri Kraljevem Gradcu na Češkem (3. 7. 1866), kjer so zmagali Prusi, na južnem bojišču pa z Italijo pri Custozi (24. 6. 1866), kjer so zmagali Avstrijci. Zato se je maščevalno odzvala italijanska mornarica, tako da se je namenila zavzeti otok Vis, ob tem pa morebiti tudi premagati avstrijsko floto.

Do spopada obeh flot je prišlo 20. 7. 1866; opisan je v poglavju **Tegetthoff triumfira** (str. 53–83). Italijanska operativna eskadra je imela 12 oklepnih, 14 lesenih ladij na vijak in 12 parnikov na kolesa. Avstrijska flota pod poveljstvom Tegetthoffa je imela 7 oklepnih, 16 ladij na vijak in 7 parnikov na kolesa (str. 44). Topovi v premičnih (vrtljivih) kupolah so bili redkost; topovi so streljali (s črnim smodnikom) skozi line na obeh bokih ladij. Topovske cevi večinoma niso imele žlebov, zato je bila točnost zadetkov samo okoli 10-odstotna. Ker so imele izstreljene granate zelo slabo prebojnost ladijskega oklepa, je bilo zaletavanje (kljun ladje v bok nasprotnikove ladje) bolj učinkovita metoda. Tako je Tegetthoffova oklepna *Erzherzog Ferdinand Max* potopila italijansko fregato *Re d'Italia*; nadvse pomemben dogodek v pomorski bitki pri Visu. Avstrijci so premagali dvakrat močnejše Italijane, preprečili zavzetje strateško pomembnega jadranskega otoka Visa ter morda celo preprečili invazijo na Dalmacijo!

Četudi je na južnem bojišču Italijo premagala Avstrija, je slednja na severnem bojišču premagala Prusijo. V celoti je Avstrija postala poražena in je Italiji morala prepustiti Benečijo in Lombardijo.

Tegetthoffova vojaško-diplomatska vloga doseže nekakšen vrh ob nenavadnih dogodkih, ki so v poglavju **Junak kot institucija** opisani takole (str. 89–92):

Ravno tedaj je v francosko prestolnico prišla vest, da je bil mehiški cesar Maksimilijan (nadvojvoda Ferdinand Maks, brat avstrijskega cesarja Franca Jožefa, je leta 1863 sprejel mehiško krono [op. pis.]) po obsodbi na smrt 19. junija 1867 ustreljen. /.../ Tegetthoffa so pri priči odpeljali pred cesarja, ki mu je zaupal nalogo, naj od oblasti mehiške republike dobi posmrtno ostanke njegovega ustre-

1. Nemška različica se bere izvrstno. Nimam se za strokovnjaka za nemščino, a prevajalcem moram kar čestitati. Slovensko in nemško besedilo se celo po straneh natančno ujemata. Na enem mestu se pa knjigi razlikujeta tako zelo, da mi je zaprlo sapo. Na str. 79 slovenske različice, pod sliko avstrijske flote v viškem pristanišču, je desno pod sliko med drugim Tegetthoffova izjava »Lahko je zmagati z vašimi slovanskimi levi!« V nemški različici, pod isto sliko, je na istem mestu le prazen prostor!! Zakaj? Čemu? Mar gre morda za mit, prijeten za slovenskega, trapast pa za nemškega bralca? Ki ga ni treba obremenjevati s slovanskimi miti? Glej moj komentar na koncu tega zapisa.

ljenega brata in jih pripelje v domovino. /.../ Misija je bila zelo delikatna, saj se je uradni Dunaj pri stikih z Juarezovo vlado, brez katerih ne bi bilo mogoče dobiti pokojnikovih posmrtnih ostankov, hotel izogniti *de facto* priznanju zmagovitih oblasti. Katoliška monarhija je imela zelo resne načelne zadržke do mehiške republike ne samo zaradi njene justifikacije cesarja Maksimilijana, temveč tudi zato, ker je na čelu stal prosto-zidar. Franc Jožefov odposlanec (Tegetthoff, op. pis.) je zato moral vsaj nominalno nastopati kot zasebnik. /.../ Šestnajstega januarja 1868 je Tegetthoffova ladja (avstrijska fregata Novara; op. pis.) spustila sidro v tržaškem pristanišču. Mučna misija je bila uspešno končana.

Jezikovno-nacionalni vidik se začenja kazati že v začetnih poglavjih **Iz Maribora k morju** ter **Od kadeta do kapitana**; vredno je prebrati tole:

Guilelmus de Tegetthoff – v dokumentih mariborske latinske šole je Wilhelm izpričan s tem imenom – se je tedaj na vse pretege učil italijanščino, ki je bila do leta 1853 uradni jezik v habsburški floti, saj se je ta štela ne le za naslednico, temveč tudi za dedinjo beneške, ki je v srednjem veku in ob zori novega obvladovala Sredozemlje. /.../ Tegetthoff, ki je bil v svojih zrelih letih vselej dober habsburški patriot in zagovornik vodilne vloge Avstrije Srednji Evropi, zlasti na območju Nemške zveze, je s pekočo skrbjo opazoval razmere v mornarici. Med gojenci kolegija, na katerem se je izsolal, je bilo leta 1844 kar 68 % Italijanov, 14 % Nemcev in 11 % Južnih Slovanov. Številke pri

operativnih častnikih so bile podobne: prvih je bilo 59 %, drugih 17 % in tretjih 15 %. Vse do marčne revolucije 1848 se stanje ni bistveno spremenilo, čeprav so oblasti vedele za težave s protidržavnim razpoloženjem (str. 12–13).

Avstrijska flota, ki je med revolucionarnimi pretresi 1848–1849 dobila pretežno nemški značaj – italijanščina se je obdržala med moštvo, saj je bilo njeno znanje razširjeno ne samo med Benečani in romansko govorečimi Istrani in Dalmatinci, temveč tudi med Slovenci, Hrvati in Srbi v primorskih predelih cesarstva Franca Jožefa – ... (str. 19).

Ta, v zgoraj omenjenih poglavjih še šibko izraženi jezikovno-nacionalni vidik pa se izrazito pokaže v zadnjem poglavju **Med apoteozo in pozabo**. Kot sklep (za slovensko samorefleksijo?) je vredno prebrati tole:

Spomin na viceadmirala Tegetthoffa so si ob koncu 19. in začetku 20. stoletja poskušali ekskluzivno prisvojiti nemškonacionalni krogi. Slednji so se šteli za edine legitimne naslednike patriotične miselnosti, kakršno je gojil zmagovalec v viški bitki. Zato je po letu 1918 vse, kar je bilo povezano z njim, postalo zunaj meja avstrijske republike problematično. Odstranjeni in podrti spomeniki žalostno pričajo o tem (str. 112).

Po političnem prepričanju Tegetthoff večini Slovencev ni bil blizu, saj je menil, da je v Srednji Evropi treba ustvariti veliko cesarstvo, ki bi segalo od Baltika do Jadrana. V njem naj bi imeli Nemci odločilno besedo. /.../ Zaradi zagledanosti v enotnost cesarstva ni čudno, da se je velikokrat mrzlično aktivni Tegetthoff potegoval za uveljavitev nemščine v Francjožefovih

oboroženih silah. Kljub temu pa zmagovalec viške bitke ni bil načelen sovražnik drugih narodov in jezikov. Navsezadnje so si usodnega 20. julija 1866 njegovi mornarji dajali duška z vzkliki v italijanščini. Kljub duhovnim barieram ter premikanju meja in spomenikov so Slovenci znamenitega Mariborčana ohranili v pozitivnem spominu. V njihovo zavest je bil predvsem vpisan kot vojščak, ki je vsaj začasno odvrnil grožnjo podreditve vzhodne jadranske obale in ozemelj ob njej Italiji. V jeseni 1918, ko bi se lahko popolnoma ovedli njegovega izjemnega zgodovinskega pomena, je razpad habsburške monarhije preprečil globljo refleksijo o rezultatih mož, ki so jo poosebljali. V jugoslovanskem imaginariju in ideariju preprosto ni smelo biti prostora za junake, ki so bili emblem bivše države. Zgodovina, ki je neobvladljivo široka in globoka, pa je preživela tudi ta poskus gospodarjenja z zapomnjenimi preteklostjo: nekaj spomina na Tegetthoffa – pa tudi na grofa Radetzkega – je le preživelo vse viharje časov in režimov (str. 121).

Če nekoliko pretiravam, lahko tako k maršalu Radetzkiemu in viceadmiralu Tegetthoffu prištejemo še generalfeldmaršala Borojevića. Se pravi, vsaj v časih teh vojaških osebnosti so bili Avstrijci naravni zavezniki Slovencev (pa tudi nekaterih Hrvatov in Srbov).

Nekakšna nadgradnja tega sklepa sta oba dodatka. Človekova iracionalnost do preteklosti (zgodovine) je izvrstno obdelana v prvem dodatku, ki ima značilen naslov: **Zgodbe o spomeniku bitke pri Visu in spomenikih viceadmirala Wilhelma von Tegetthoffa v Pulju, Mariboru in na Dunaju**. Imenitno branje: spomeniki so bodisi preživeli

bodisi so bili prestavljeni na drugo mesto bodisi so bili obnovljeni po mnogih letih. Spomenik Wilhelmu von Tegetthoffu v Mariboru pa je izginil brez sledu. In ob tem se (slovenski) bralec lahko sprašuje, kaj je zgodovina, kaj je revizija zgodovine ter kaj je mit. Koliko je v slovensko-avstrijskih odnosih zgodovina in koliko je mitov? Kot tisti o »slov^anskⁱh levih« na str. 79 slovenske različice?

Wilhelm von Tegetthoff je bil samski, vseskozi je bil zelo navezan na svojo mamo. Umrli je na Dunaju v starosti komaj 43 let, verjetno zaradi posledic raka na ustnici.

Zelo, zelo lepa knjiga! Implicitno pove, da (slovenska) nacionalna zavest ni stalnica, temveč spremenljivka. Dokumentirana z doslej še neobjavljenim arhivskim gradivom (večinoma iz Pokrajinskega arhiva Maribor) ter iz zasebne zbirke enega od avtorjev. Natiskana na kakovostnem, brezlesnem papirju, ustrezno velikega formata, zato so reprodukcije slik, fotografij in dokumentov izvrstne.

Posebnost knjige je tudi, da slovenska avtorja obravnava zgodovinsko osebnost ne slovenske, temveč (trde? zelo trde?) nemško-avstrijske

provenience. Nevtrarno, brez pogrevanja resničnih ali izmišljenih zamer. Izvrstna dopolnitev knjig **Kako je Maribor postal slovenski** ter **Nemci in Maribor**. Naj torej ponovim: zelo koristna knjiga za slovenskega bralca, ki se hoče poučiti, kaj je v slovensko-(nemško)avstrijskih odnosih zgodovina in kaj je mit.

In prav zato menim, da bo knjiga o Wilhelmu von Tegetthoffu v svoji nemški različici zagotovo na poseben način nagovorila tudi nemškega bralca!

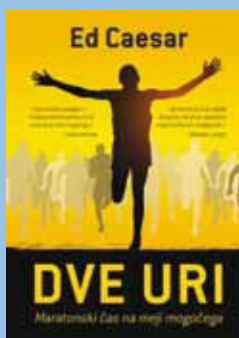
Novembrsko branje

Ed Caesar

Dve uri

Maratonski čas na meji mogočega

Založba UMco, 2016

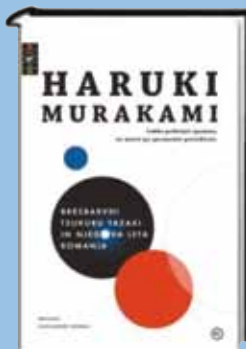


Knjiga, zaradi katere si boste želeli steči v naravo. Četudi niste tekaški navdušenec, vas bo knjiga britanskega novinarja Eda Caesara vznemirila in ponesla v svet redkih izbrancev med elito najboljših maratoncev na svetu. Z zgodbami o njihovih osebnostih in njihovem težkem življenju preiskuje zgodovino maratona, obenem pa prikaže znanstvene vidike, fiziološke in psihološke dejavnike, ki spremljajo tako dolg in tako hiter tek.

Haruki Murakami

Brezbarvni Tsukuru Tazaki in njegova leta romanja

Mladinska knjiga, 2016



V zadnjem romanu Harukija Murakamija spremljamo tiho junaštvo Tsukuruja Tazakija, ki ga je usodno zaznamoval brutalen konec mladostniške idile. Četverica prijateljev ga je nenadoma izobčila iz svojega kroga in tako se v upanju, da se bo prikopal do osvobajajoče resnice, začne njegovo dolgo, samotno romanje, kjer spozna, da »srca ljudi niso nujno povezana samo v spokoju. Če kaj, jih lahko povežejo rane.« Odlično branje.

Jan van Mersbergen

Zadnji pobeg

Cankarjeva založba, 2016



Zgodba je postavljena v sodobni čas in je napisana v prvi osebi. Pripoveduje jo oče desetletnega dečka Rubna. Živijo povprečno družinsko življenje srednjega sloja, vendar oče izgubi službo in je zaradi tega zelo prizadet. Ruben ima najboljšega prijatelja Deedeja, ki nima očeta. Desetletni Deede poišče očeta Ivana, ki živi svobodno življenje in se preživlja z nastopi po klubih kot iluzionist. V nadaljevanju romana spremljamo zgodbo o odnosu med očetom in sinom do zadnjega pobega, ko Ivan zadnjič nastopi s svojo točko. V romanu je brez pretirane čustvenosti opisan odnos med očetom in sinom, vsebuje pa tudi razmišljanja o starševstvu, življenju in svobodi, kot jih vidita Ivan in pripovedovalec zgodbe, ki živita vsak drugačen način življenje.

Medikohistorična sekcija SZD ob 180-letnici slovenskega imena Maribor

Prim. prof. dr. Gabrijel Borko, dr. med., v. svet., Maribor

Renata Završnik Mihič, dr. med., GINEKOMED FORUM, zdravstvene storitve in svetovanje, d.o.o., Maribor

V petek, 26. avgusta, smo pripravili prvi redni sestanek naše sekcije in ga posvetili spominu na 180. obletnico prvega zapisa slovenskega imena Maribor. Po že vnaprej sprejetem načrtu smo sestanek pripravili na Piramidi, najbližjem turistično zanimivem griču, ki se iz mariborskega parka dviga proti vrhu, visokem 386 m. Tam so v 12. stoletju zgradili grad Marburg, po katerem je mesto pod njim dobilo svoje prvotno nemško ime.

Zbranim je Elko Borko, predsednik naše sekcije, povedal, da je ime sestavljena iz nemškega izraza za grad v obmejni grofiji (Burg in der Mark) in je bilo prvič zapisano že leta 1164. Okoliški prebivalci slovenskega porekla so mesto v svojem narečju imenovali Marprok in to ime se je uporabljalo vse do narodnega prebujanja v 19. stoletju. Šele slovenski in hrvaški pesnik Stanko Vraz, najpomembnejši pristaš ilirskega gibanja na Slovenskem, je nemški Marburg poslovenil v Maribor in novo ime prvič uporabil v pismu, ki ga je 10. novembra 1836 poslal voditelju gibanja Ljudevitu Gaju. Od takrat je redno

uporabljal slovensko ime mesta ob Dravi. Po dveh letih so novo ime povzeli tudi Vrazovi prijatelji, med katerimi je bil zdravnik, slovenski rodoljub, dr. Štefan Kočever (1808–1883), ki je bil rojen v Središču ob Dravi. Kot zdravnik je služboval v Podčetrtku in Celju in je bil osebni prijatelj, zdravnik ter dobrotnik Stanka Vraza. Kljub temu so drugi Slovenci, med njimi tudi slovensko usmerjeni škof Slomšek, še uporabljali nemško ime vse do 17. julija 1861, ko so v Mariboru ustanovili Narodno slovansko čitalnico. Namen društva je bil: »Slovenec v Mariboru podati priliko se v materinskem jeziku vaditi in v slovenskem duhu razvijati in razveseljovati.« Slovanska čitalnica v Mariboru, ki je bila druga tovrstna narodnostno naravnana ustanova (prva je bila ustanovljena v Trstu), je tako postala središče vzpona slovenske narodne zavednosti in je načela dotedanjo samoumevno vlogo nemščine v mariborskem javnem življenju. V časopisu Novice je dopisnik iz Maribora 21. avgusta 1861 zapisal: »Glejte, kedaj in kje je do zdaj v Mariboru bivajoč Slovenec, Slovenca slovensko nagovoriti se upal.« Za čitalnico je bil pomemben 23. avgust 1861 zaradi obiska dr. Lovra Tomana (1827–1870), ki je bil pesnik in ognjevit govornik. Bil je poročen z Josipino Turnograjsko, prvo vidnejšo slovensko književnico. Ob obisku je na prošnjo dr. Janka Sernca, predsednika čitalnice, napisal pesem Maribor in pri tem preroško napovedal, da je slovenstvu še MAR in da bo za to mesto potreben BOR(j). Pesem je kasneje uglasbil Janez Miklošič in so jo zapeli na proslavi ob prvi obletnici čitalnice. Ime Maribor se je po teh dogodkih in po skoraj 25 letih od prvega zapisa povsem uveljavilo v slovenskem kulturnem krogu. Kljub temu so po razpadu Avstro-Ogrske tudi v kraljevini Jugoslaviji zaradi nemške manjšine občasno še vedno uporabljali nemško ime. Tako je v Mariboru od leta 1862 izhajal časopis v nemškem jeziku



Skupina članov MHS SZD na Piramidi med predavanjem arheologinje Mire Strmčnik Gulič.

foto: j. z. p.

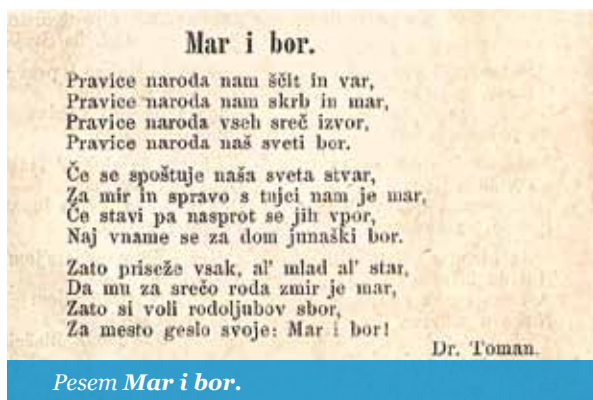
»Marburger Zeitung«, ki so ga šele leta 1929 preimenovali v »Maribor-Zeitung«. Seveda so med okupacijo od 1941 do 1945 Mariborčani ponovno prebirali Marburger Zeitung. Po drugi svetovni vojni pa je bila tudi v mednarodnem okolju sprejeta in poznana samo slovenska različica imena. Po tem prikazu zgodovine slovenskega imena Maribor se je vnela času primerna razprava, saj slovenske kmetije po mariborski okolici množično prevzemajo kmetje in drugi podjetniki iz sosednje Avstrije.

Sledilo je zanimivo predavanje o zgodovini in pomenu vinogradništva za Maribor in širšo okolico, ki ga je pripravil mestni viničar in zgodovinar Stane Kocutar.

Kot zadnja je nastopila znana arheologinja Mira Strmčnik Gulič. V zanimivem predavanju nam je predstavila potek izkopavanja na Piramidi od začetkov leta 2008 do njihovega konca zaradi pomanjkanja denarja. Nato nas je popeljala okoli izkopanih in zaščitene ostankov zidov maribor-

skega gradu na Piramidi. Zanimiv ogled in strokovno podajanje zgodovine in pomena ohranjenih ostankov je navdušil prisotne.

Razšli smo se ob prijetnem zavedanju, da je tudi v bližnji mariborski okolici veliko zanimivih krajev in primernih trenutkov za obujanje naše polpretekle zgodovine, vendar po drugi strani tudi žalostni, saj smo videli, da iz starih zidov, ki so bili izkopani in pred časom tudi zaščiteni, poganja plevel. Tudi kapelica na vrhu Piramide, ki ponuja enkratni pogled na naš Maribor in bližnjo okolico, je potrebna obnove, dragocena spominska tabla v kapelici je povsem dotrajana in le s težavo razbereš dragocen starinski



Pesem *Mar i bor.*

napis iz leta 1836. Strinjali smo se, da mestne oblasti slabo opravljajo osnovne naloge varovanja in ohranjanja naše kulturne dediščine, ki jo predstavljajo naš park s tremi ribniki, ostanki srednjeveškega obrambnega sistema in seveda Piramida, izjemna turistična točka, ki kraljuje nad mestom. Tudi pešpot (kolovoz), ki po severni bolj položni strani pelje do vrha, je nevarna, saj se

je pri sestopu na neenakomerno nasutem gramozu poškodovala ena od udeleženk. Porodilo se nam je vprašanje, ali se v vseh teh letih ni dalo urediti primerne poti na Piramido, da bi na vrh pripeljal tudi vlakec s turisti, ki bi lahko uživali v pogledu na lepo okolico našega mesta in se sočasno seznanili z njegovo zgodovino. Menili smo, da bi med izkopanimi ostanki gradu lahko uredili muzej vinogradništva, saj je večstoletni razvoj Maribora tesno povezan z vinsko trto. Tako urejeno okolje, ki bi ohranilo krajinsko in kulturnozgodovinsko podobo našega mesta, bi bilo v ponos meščanom in zanimivo za turiste.

Foto: Jože Pristovnik

Cvetje na slovenskih tleh, poimenovano po zdravnikih

Srečanje zdravnikov v Botaničnem vrtu ob izidu knjige

Cvetje slovenske dežele, avtorjev prim. Luke Pintarja in mag. Andreja Seliškarja

Prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec, dr. med.,

Inštitut za zgodovino medicine MF UL

Mag. Andrej Seliškar

Prim. Luka Pintar, dr. med. (fotografije)

Zvonka.Zupanic-Slavec@mf.uni-lj.si

»Medicina je moja zakonita žena, literatura moja ljubica«, je nekoč zapisal zdravnik in

pisatelj Ivan Pavlovič Čehov. Podobno misel bi lahko uporabili tudi pri drugih zdravnikih,

med slovenskimi pri pediatri prim. Luki Pintarju, ki mu fotografiranje cvetja predstavlja pravo ljubezen. Nazadnje je to izkazal skupaj z botanikom mag. Andrejem Seliškarjem pri izdaji knjige Cvetje slovenske dežele (Založba Narava, d.o.o., 2015).



Naslovnica knjige *Cvetje slovenske dežele*, avtorjev prim. Luke Pintarja in mag. Andreja Seliškarja (urednik Peter Virnik, lektorica Mojca Seliškar, recenzenta dr. Igor Draskobler in dr. Branko Vrešč).

Ljubitelji zgodovine medicine in medicinske humanistike, združeni v Znanstvenem društvu za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije, so v sodelovanju z Inštitutom za zgodovino medicine Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani in Botaničnim vrtom Ljubljana v začetku poletja 2016 priredili strokovno srečanje ob izidu navedenega dela, o katerem sta v dvorani Botaničnega vrta soavtorja knjige, mag. Andrej Seliškar in prim. Luka Pintar, pripravila imeniten prikaz. Na velikem platnu so v polnosti zaživele čudovite fotografije cvetlic celotne Slovenije, navdušili sta nas njihova svojstvena lepota in mojstrsko oko njihovega fotografa. Prim. Pintar je spominsko prepričljivo pripovedoval o nahajališčih posameznih rastlin, mag. Seliškar pa je izpostavljал njihove botanične posebnosti, ki jih je v knjigi popisal z izjemno predanostjo in natančnostjo ter dragocenimi zapisi o njihovih etimoloških posebnostih. Po predstavitvi knjige, ki jo je revija Isis predstavila že lansko leto, nas je direktor Botaničnega vrta dr. Jože Bavcon popeljal še po vrtu in predstavil posebnosti rastlinstva zgodnjepoletnega časa, na koncu pa smo si z

navdušenjem ogledali tudi spominsko sobo velikega slovenskega botanika, prof. dr. Toneta Wraberja (1938–2010), kjer je shranjena njegova bogata botanična knjižnica, poleg tega pa še velik del njegovega obsežnega delovnega arhiva. Vodstvu Botaničnega vrta iskreno čestitamo, da so na tak način ohranili veliko delo sijajnega slovenskega botanika, in se zahvaljujemo za zelo prijazen sprejem ob strokovnem srečanju.

V tem zapisu bi radi izpostavili nekaj cvetlic, ki so poimenovane po znanih zdravnikih in jih srečujemo pri nas. Gotovo v širšem svetovnem prostoru obstajajo še druge cvetlice, poimenovane po zdravnikih, a to presega namen tega zapisa. Zgodovinsko pomembna zdravnikarudarjev idrijskega rudnika živega srebra, Tirolec Giovanni Antonio Scopoli (1723–1788) in Bretonec Balthasar Hacquet (ok. 1739–1815), sta opravljala tudi prirodoslovno delo in po njija sta poimenovani cvetlici *Scopolia carniolica* ali kranjska bunika oziroma kranjski volčič, ki se pojavlja v temno rdeči ali rumenkasti barvi (forma *hladnikiana*), in *Hacquetia epipactis* ali navadno tevje. Med velikimi zdravniškimi imeni pa se pri poimenovanju cvetlic pojavlja tudi ime grškega boga medicine Asklepija, zato v tem kontekstu predstavljamo tudi vrsto *Gentiana asclepiadea* L. ali svilničasti svišč, ki ga prav tako pogosto srečujemo v naših krajih.

Cvetlice je predstavil mag. Andrej Seliškar, fotografije pa so izpred objektivna prim. Luke Pintarja.

Kranjska bunika, kranjski volčič (*Scopolia carniolica* Jacq.)

Razhudnikovke (*Solanaceae*)
Angleško: Nightshade-leaved Henbane; nemško: Krainer Follkraut; italijansko: scopolia della Carnia; francosko: scopolie de Carniole
Rastišče: sveža tla, gozdovi, zlasti bukovi, vlažne skalnate soteske
Razširjenost: Slovenija, od nižine do spodnjesorredorskega pasu, ne uspeva na Krasu, v slovenski Istri, na Pohorju, v Pomurju



Kranjska bunika, kranjski volčič (*Scopolia carniolica* Jacq.) (foto: Luka Pintar).

Čas cvetenja: maj
Življenjska oblika; višina rastline: zelnata trajnica, hemikriptofit; 20–50 cm
Število vrst rodu v Sloveniji: 1

Nikolaus Jacquin je leta 1764 opisal nov rod v čast in spomin na italijanskega zdravnika in naravoslovca Giovannija Antonia Scopolija, začetnika naravoslovja na Slovenskem in avtorja dela *Flora Carniolica*. Iz močne vodoravne korenike požene pokončno, golo in pri vrhu razvejano steblo. Listi so premenjalni, ovalnosulčasti. Posamični cvetovi so v zalistju, dolgocepljati, kimasti. Čaša ima pet kratkih zobcev, ki se ob zrelosti podaljšajo in obdajajo plod. Venec je zvonast, dolg 2 cm, zunaj svetlorjav, znotraj zelenorumen. Prašnikov je pet. Plodovi so oreški z ledvičastimi semeni. Rastlina je strupena; vsebuje alkaloid hiosciamin, skopolamin in atropin ter kumarinske spojine.

Hladnikova bunika, Hladnikov volčič (*Scopolia carniolica* Jacq. f. *hladnikiana* (Biatz. & Fleischm.) E. Mayer)
Razhudnikovke (*Solanaceae*)



Hladnikova bunika, Hladnikov volčič (Scopolia carniolica Jacq. f. hladnikiana) (foto: Luka Pintar).

Angleško: Hladnik's Scopolia, Hladnik's Henbane Bell; nemško: Krainer Tollkraut; italijansko: Scopolia della Carnia; francosko: Scopolie de Carniole

Rastišče: bukovi gozdovi in vlažne skalnate soteske

Razširjenost: Kolovec pri Kamniku, Soteska pod Lubnikom, Pekel pri Borovnici, Zeleni potok v dolini Idrije, Špičasti vrh v Trnovskem gozdu

Naravovarstveni status: redka vrsta – R, endemit

Čas cvetenja: od aprila do maja
Življenjska oblika, višina rastline: zelnata trajnica, hemikriptofit; 20–50 cm

Število vrst rodu v Sloveniji: 1

Hladnikova bunika je v naravi redek različek kranjske bunike, ki se od tipične vrste z rjavimi cvetovi razlikuje po cvetnem vencu, ki je znotraj in zunaj rumenkast. Leta 1819 ga je v okolici Turjaka našel Franc Hladnik in ga posadil v Botaničnem vrtu v Ljubljani, kjer še vedno uspeva. Kot posebno formo sta ga opisala Ivan Nepomuk Biatzovsky (1801–1863), slovaški zdravnik in botanik, ki je med leti 1834–1850 deloval v Ljubljani in

bil od 1844 do 1849 tudi vodja ljubljanskega botaničnega vrta, in Andrej Fleischmann. Opis je kasneje dopolnil še Ernest Mayer (1920–2009), profesor botanike na Univerzi v Ljubljani. Vinko Strgar (1928–1992), dolgoletni vodja Botaničnega vrta, je pri preučevanju dedovanja barve cvetov ugotovil, da iz semen Hladnikove bunike, ki raste skupaj s kranjsko buniko, lahko zrastejo rumenocvetne rastline. Iz semen izoliranih rastlin Hladnikove bunike, ki so bile oprasene s pelodom Hladnikove bunike, zrastejo večinoma rumenocvetne rastline, iz oprasenih s pelodom kranjske bunike pa pretežno rjavocvetne rastline.

Glej še: kranjska bunika

Navadno tevje (*Hacquetia epipactis* (Scop.) DC.)

Kobulnice (*Apiaceae*)

Angleško: Dwarf Masterwort; nemško: Schaftdolde; italijansko: hacquetia elleborina; francosko: hacquetia épipactis

Rastišče: sveža tla na karbonatni, še posebej dolomitni podlagi, gozdovi, zlasti bukovi

Razširjenost: Slovenija, ni v severovzhodnem delu in v slovenski Istri; od nižine do zgornjesredogorskega pasu



Navadno tevje (Hacquetia epipactis (Scop.) DC.) (foto: Luka Pintar).

Čas cvetenja: maj

Življenjska oblika, višina rastline: zelnata trajnica, hemikriptofit; 8–20 cm

Število vrst rodu v Sloveniji: 1

Vrsto je prvi opisal Scopol leta 1771, vendar v rodu zali kobulček kot *Astrantia epipactis*. Augustin Candolle je leta 1830 postavil vrsto v novoopisani rod, imenoval ga je po Baltazarju Hacquetu, francoskem kirurgu, naravoslovcu in etnologu, ki je deloval tudi v Idriji in Ljubljani. Steblo pri dnu obdajajo kožnati luskolisti. Večinoma po dva lista sta pritlična, dolgopeceljata, dlanasto deljena, široka okrog 6 cm. Socvetje je ovršen kobul, ki ga obkroža pet, redko šest velikih rumenozelenih ogrinjalnih listov. Zunanji cvetovi so moški na različno dolgih pecljih in s 0,5 mm dolgimi čašnimi listi. Notranji cvetovi so dvospolni, rumenozeleni, sedeči, dolgi 1,5 mm.



Svilničasti svišč (Gentiana asclepiadea L.) (foto: Luka Pintar).

Svilničasti svišč (*Gentiana asclepiadea* L.)

Sviščevke (*Gentianaceae*)

Angleško: Willow Gentian; nemško: Schwalbenwurz-Enzian; italijansko: gentiana asclepiade; francosko: gentiane à feuilles d'asclépiade

Rastišče: vlažna do sveža tla, gozdovi, med grmovjem, na travnikih in meliščih

Razširjenost: Slovenija, od nižin do subalpinskega pasu, redek je v jugozahodni Sloveniji

Čas cvetenja: od julija do septembra
Življenjska oblika, višina rastline: zelnata trajnica, hemikriptofit; 30–80 cm

Število vrst rodu v Sloveniji: 14

Linné je povzel rodovno ime po grški besedi *gentiane*, ki jo je za svišče uporabljal že Dioskorid, kasneje tudi Plinij starejši. Grško ime je nastalo po poglavarju Genthiosu, vladarju ilirskega plemena Labeotov med leti 180 in 167 pr. n. št., menda poznavalcu zdravilnih lastnosti sviščev. Vrsto ime pomeni, da je rastlina podobna rodu *Asclepias* – svilnica. Ima enakomerno olistano pokončno ali previsno steblo. Navzkrižno nameščeni listi so na senčnih rastiščih v eni ravnini, na sončnih v vseh smereh. Opisani so kot forma *cruciata*. Dolgi so od 4 do 8 cm, 3–5-žilnati. V zalistjih zgornjega dela stebela so zvonasti, 5-števni modri cvetovi. Redki so belo cvetoči primerki, opisani kot forma *albiflora*.



Udeleženci srečanja so si pod vodstvom direktorja Botaničnega vrta Ljubljana dr. Jožeta Bavcon z velikim interesom ogledali njegove zgodnjepoletne rastline (foto: Duša Fischinger).

Glej še: Clusijev svišč, močvirski svišč, napihnjeni svišč, navzkrižnolistni svišč, panonski svišč, spomladanski svišč, tržaški svišč, Vardjanov svišč

Knjigo lahko naročite na naslovu:
Založba Narava, Britof 96 a, 4000 Kranj
Tel: 04 280 20 00; e-naslov:
Matic Lombar: matic@narava.si



Lepo vabljeni na

11. TRADICIONALNI KONCERT ŠTUDENTOV MEDICINSKE FAKULTETE UNIVERZE V LJUBLJANI

**v ponedeljek, 21. novembra 2016, ob 19.30
v veliki operni dvorani SNG Ljubljana**

Na koncertu bodo nastopili:

Big band Medicinske fakultete v Ljubljani, dirigentka Gordana Buh

Kitarski orkester Medicinske fakultete v Ljubljani, umetniška vodja Eva Podbregar

Mešani pevski zbor Medicinske fakultete v Ljubljani, COR, zborovodkinja Anja Hrastovšek

Solisti pevci in instrumentalisti Medicinske fakultete v Ljubljani

Manjši glasbeni sestavi Medicinske fakultete v Ljubljani

Gostje: Komorni orkester Maribor, dirigent Evgen Bibianko

Program povezuje: Maja Trampuš in Ambrož Pušnik

Glavna organizatorja koncerta: Matija Jager in Nadia Ternifi

Soorganizatorji koncerta s študenti medicine so:

Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani,

Kulturno-umetniško društvo Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher

»Savudrijska polifonija« obarvala razstavišče UKCL

Jesenska prireditev v ljubljanskem kliničnem centru

Katarina Majer, KUD KC in MF dr. Lojz Kraigher

katarinamajer2@gmail.com

Kulturno-umetniško društvo Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher (naprej KUD) je 11. oktobra 2016 izpeljalo osrednjo jesensko prireditev za bolnike. Potekala je v razstavišču Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (naprej UKCL). Celotno galerijo so zapolnila dela članov KUD-ove Likovne skupine Leon Koporc. Člane Likovne skupine in njihova dela je predstavil mentor, akad. slikar Janez Kovačič. Glasbeni program je izvedel Mešani pevski zbor KUD-a Vox medicorum, katerega predsednik je dr. Matjaž Vrtovec. Zbrane je nagovorila namestnica glavne medicinske sestre UKCL Nataša Čermelj, prireditev pa je vodila predsednica KUD-a prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec.

Najprej se je Nataša Čermelj v imenu uprave UKCL zahvalila vsem KUD-ovim umetnikom, ki so tokratno razstavo v celoti poklonili bolnišnici. V spodbudnem nagovoru je med drugim dejala: »Želim vam vse dobro! Pozdravljam trud slikarjev in mentorja akademskega slikarja Janeza Kovačiča, saj tudi sama kot mentorica poznam odgovornost, ki jo to delo prinese.« KUD je Čermeljevi poklonil sliko, da jo bo dvigovala ob njenem zahtevnem delu. Ker je prava Primorka, ki ne zna živeti brez morja, si je izbrala morski motiv, ki jo bo vsak dan spominjal na ljubi dom.

Slikarska kolonija Savudrija 2016

Mentor KUD-ove »Likovne skupine Leon Koporc«, akademski slikar Janez Kovačič je s toplimi besedami predstavil septembrsko savudrijsko druženje. Med drugim je povedal, da so se letos lotili novega projekta, slikanja miniaturne vsakega slikarja, ki so jih združili v skupno sliko. Miniature je mentor z domišljijo in ljubeznijo

sestavil v skladno kompozicijo in razmišljal, da se »slike morajo navaditi na bližino druga druge«. O sami koloniji je Janez Kovačič zapisal: »Tudi letos smo uspešno izvedli likovno srečanje v Savudriji. Vzdušje je bilo dobro, vreme čudovito, za piko na i pa ni manjkala niti izvrstna kulinarična postrežba. Kolonije se je udeležilo 32 umetnikov, vsak je prejel dve platni – veliko za skupno oktobrsko razstavo, ki bo vsa donirana ljubljanskemu kliničnemu centru, in drugo, manjše (30 × 30 cm) za miniaturno sliko, ki bo kot skupinska kompozicija v okras večji steni v Kliničnem centru Ljubljana. Tema je bila prosta, vendar je bilo v delih čutiti močan vpliv bližine morja in imenitnega razpoloženja. Slikarji so ustvarjali v olju, akrilu in tudi akvarelu. Ob pregledu končanih del je bilo opaziti, da nekaterim slikarjem še manjkajo izkušnje z akrilno tehniko in različnimi slikarskimi podlagami. So pa motivi na končanih slikah pestri in bodo na razstavi pričarali poletno vzdušje, kasneje pa bodo postali prelepa dekoracija na različnih

Prijazna beseda ustvarja zaupanje.

Prijaznost v mislih ustvarja globino.

Prijaznost v dajanju ustvarja ljubezen.

(Lao Tse, 6. stol. pr. n. št.)

mestih v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana (UKCL). Pri slikah manjšega formata smo želeli, da bi umetniki čim bolj poenostavili svoje delo in naslikali motiv, ki jih najbolj predstavlja v njihovem osebnem izrazu. Čeprav za miniaturne slike datuma oddaje nismo določili, je slikarje izziv nagovoril in so slike večinoma oddali že v prijaznem počitniškem domu v Savudriji. Ustvarjene miniature bomo združili na skupni podlagi in z njimi oblikovali monumentalno likovno delo, ki bo predstavljalo sproščen utrip kolonije in likovni domet umetniške skupine. Veliko delo bo mladostno spodbujalo bolnike in uporabnike bolnišnice k boljšemu počutju in hitrejši ozdravitvi. Bo pa potrebovalo ustrezno mesto, da zadiha s polnokrv-



Slikarji KUD-a Kliničnega centra in Medicinske fakultete v Ljubljani, ki so sodelovali na slikarski koloniji v Savudriji, s svojim mentorjem, akad. slikarjem Janezom Kovačičem (skrajno desno). Celotno razstavo so poklonili ljubljanski bolnišnici.

nostjo slikarske invencije zvestih slikarjev iz Kliničnega centra. Ustvarjanje miniatur je bilo med slikarji sprejeto z zvedavostjo in kot izziv. Ta izkušnja nas nagovarja, da tudi v bodoče kolonije uvedemo kakšno likovno novost. Najvažnejše ob vsem tem pa je, da bo celotna razstava poklonjena našim ustanoviteljem UKCL za bolj prijazno bivanje in delo v bolnišnici. In tukaj čutimo najvišjo umetniško in moralno zavezo našega dela.«

Vtisi z morske kolonije 2016

Predsednica KUD-a, prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec je zbranim prebrala prisrčno refleksijo savudrijskega srečanja, ki jo je zapisal na odprtju odsotni član Likovne skupine mag. Ivan Kolar:

»Pozdravi, objemi, veselje ob snidenju. Eno prvih vprašanj je, kakšna je voda. Posedanje v zalivčku, s pogledom na Piran, kjer se mešata voda in namaka pestra družina slikarjev.

Večer pripada balinanju, kjer krogla vedno najde povsem svojo pot do balinčka, zato smo včasih vsi blizu, še večkrat pa vsi daleč. Zgodi se dober približek, ki mu sledi srdit napad, ki razbije postavitev in nastane nova podoba. Smeh, rahla jeza in gremo

naprej. Sestavi se nova ekipa in ponovitev vsega.

Sem eden izmed »formatov 30 × 30 cm«. Lahko naslikam karkoli: piko, packo, črto, pokrajino, abstrakcijo, ali pa se le podpišem. »Pribili« nas bodo na steno, v eno sliko, kjer bomo »viseli« drug ob drugem, nad drugim, med drugimi. Tokrat bomo najprej videli celotno podobo in šele potem svojo sliko. Verjetno se ne bo nihče jezil, ker njegova slika ni v sredini, ob strani ali kjerkoli drugje. Slike bodo tako različne, kot so naši pristopi, naši značaji, naši pogledi – slika pa bo ena sama in bo skupno naša.

Ko prihajamo na današnjo razstavo, najprej pogledamo, kje visi naša slika: je po našem mnenju na primer-

nem mestu, je postavitev dobra, ali vsaj primerna? Samostojna razstava je za razstavljalca razkošje brez vseh teh pomislekov! Želim povedati, da sem rad v projektu »format 30 × 30«, kjer se družim in delam v prijateljskem in ustvarjalnem vzdušju, pogledam vsakomur odkrito v oči in če bom povedal kakšno neumno ali pikro, ne bo nobene zamere. Želim si, da bi se naše »balin krogle« v Savudriji še dolgo prijateljsko kotalile in trkale druga ob drugo, naše ritke brezskrbno namakale v morju, da bi nas tisti brezmejni morski horizonti slikarsko navdihovali tako, da bi naše slike v ljubljanskem kliničnem centru lepšale dneve vsem, ki se tam zdravijo, in tistim, ki jih zdravijo. Lepa hvala tudi prijaznemu osebju, ki z odlično kuho združuje in razveseljuje nas slikarje. Bilo je tako lepo, da bi se od sreče lahko kdo tudi zjokal!«

Kolonije so se udeležili: Saša Boljkovac, Bogdan Breznik, Vilma Colja, Zdravko Dolinšek, Emilija Erbežnik, Blaža Fečur, Jure Godec, Janez Goltes, Višnja Grubišić, Karel Hruza, Alenka Klemenčič, Ivo Kolar, Biserka Komac, Jože Kovačič, Marjan Miklavc, Jano Milkovič, Radko Oketič, Ljudmila Pačnik, Tone Pačnik, Andreja Peklaj, Roman Planko, Sava Rant Hafner, Edi Sever, Franc Skerbinček, Draga Soklič, Ljubo Soklič, Magda Strle, Marija Strnad, Pavle Ščurk, Zdenka Vinšek in Erika Železnik.



Pevski zbor z najdaljšo tradicijo v KUD-u Vox medicorum je pod taktirko Barbare Maurer in pod vodstvom dr. Matjaža Vrtovca pripravil spodbuden in duši topel izbor slovenskih narodnih pesmi. V ozadju skupna slika miniatur KUD-ovih slikarjev.

Zdravniki so zapeli slovenske viže

Prvotno ime pevske skupine se je glasilo Oktet z napako, saj je njihov sestav vedno imel kakšnega člana več ali manj. Danes se imenujejo Vox medicorum. Zbor sestavljajo večino ma zdravniki, ki si tedensko ukradejo urico za svojo ljubezen, zborovsko petje. Zapeli so šest slovenskih pesmi pod taktirko Barbare Mauer. Srca so nam napolnile pesmi, kot so Potrkan ples, Teče mi vodica, Dajte dajte in Raziljanska pesem. O sebi so pevci zapisali: »Vox medicorum je najstarejši vokalni sestav v Kliničnem centru in ustanovni član KUD-a KC in MF dr. Lojz Kraigher. V njem so septembra 1979 v mešani zasedbi pod imenom Medicinski oktet prvič zapeli trije zdravniki in pet študentov medicine. Zaradi povečanja števila pevcev se je preimenoval v Vox medicorum. Svojo kvaliteto je dvakrat potrjeval med najboljšimi slovenskimi zbori na tekmovanju Naša pesem, kjer je osvojil bronasto plaketo. V svoji pestri zgodovini je ohranil svoje najlepše pesmi na dveh zgoščenkah, in sicer ob 210-letnici ustanovitve prve Civilne bolnišnice v Ljubljani in ob 30-letnici svojega delovanja. Posebno poslanstvo zbora so nastopi pred kolegi na domačih in mednarodnih strokovnih medicinskih srečanjih, sicer pa redno koncertira doma in občasno tudi v tujini. Od ustanovitve so Vox vodili dr. Matjaž Vrtovec, Judita Cvelbar, roj. Caserman, prof. Milivoj Šurbek, mag. Tomaž Faganel, Denis Robnik in Barbara Maurer.«

Umetniška vodja Barbara Maurer, dolgoletna članica in korepetitorica Akademskega pevskega zbora Tone Tomšič Univerze v Ljubljani, zaključuje študij kompozicije in glasbene teorije na Akademiji za glasbo v Ljubljani v razredu prof. Marka Miheveca, dodatno se izobražuje na drugi stopnji usposabljanja za pedagoško diplomu po sistemu Edgarja Willemsa ter na skladateljskih in zborovskih seminarjih. Posveča se predvsem zborovski literaturi, na Glasbeni šoli Zagorje

poučuje nauk o glasbi, glasbeno pripravnico, predšolsko glasbeno vzgojo ter vodi otroški in mladinski pevski zbor, v šolskem letu 2014/15 je vodila ženski vokalni skupini Vanda Križaj in Iris, od aprila 2015 pa Vox medicorum.

Člani zbora: Natalija Ambrož, Saba Battelino, Mojca Božič, Nina Bratanič, Marjanca Čuk, Martina Korenčič, Polona Mali, Monika Pavšek, Lucija Šarc, Mateja Vilar, Monika Vombergar, Irena Zadnikar, Peter Caserman, Darko Kovač, Janko Premelč, Lovro Možina, Matjaž Šinkovec, Roman Vahčič, Aleš Vrtovec, Matjaž Vrtovec. (Stik: matjaz.vrtovec@kclj.si)

Tako prijetno petje nas je še posebej pobožalo, saj so bile prav vse pesmi slovenske. Kot pravi prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec, je petje priporočljivo vzeti »na recept«, saj izredno izboljša naše počutje in prinaša toplino, ljubezen, prijateljstvo ter v nas spodbudi srčnost, tako da nam ustnice razpotegne v prijazen nasmeh. Upamo lahko, da bomo, tako kot v Avstriji in Nemčiji, kmalu tudi pri nas dobili »pojoče bolnišnice«, saj tovrstno zdravljenje deluje na bolnike izredno pozitivno in jih spodbuja k hitrejšemu okrevanju.

Predsednica KUD-a je prireditev vodila pristrčno in s toplino. Poslovala se je s Pavčkovo pesmijo o prijateljstvu, ki med drugim pravi:

Prijateljstvo se / prijatelj
dotika / od mezinčka na nogi, /
do besede z jezika. ...

Pravo prijateljstvo / gore
premika. / Ne more biti vprašaj, / je le klicaj ali pika ...«.

Razstava poteka tudi v galeriji Medicinske fakultete Ljubljana, kjer predstavlja Obrazce Madagaskarja absolvent dentalne medicine Staš Solman. V galeriji Nevrološke klinike UKCL razstavlja akvarele članica KUD-ove Likovne skupine Emilija Erbežnik. Prijazno vabljeni na ogled mikavnih razstav!

Prireditev so podprli KUD-ovi ustanovitelji, JSKD in MOL. Pristrčno vabljeni v KUD-ove vrste!

Stik: kudkcmf.tajnistvo@gmail.com

Foto: Katarina Zemljak



Zbrane je ob osrednji donatorski razstavi KUD-a v imenu uprave UKCL nagovorila namestnica glavne medicinske sestre Nataša Čermelj. Poudarila je pomen zavestne humanizacije hospitalizacije z umetniškimi duhovnimi spodbudami.



Veliko sestavljanjo formatov 30 x 30 cm (v ozadju) je umetniški vodja Janez Kovačič imenitno speljal: vsaka slika govori po svoje, a vse skupaj povezovalno kot predstavitev njihovega polifonega, a ubranega sodelovanja. Prireditev je vodila predsednica KUD-a prof. Zvonka Zupanič Slavec.

Pesmi

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

tomaz1945@yahoo.com

Jutranja mora

Kako povedati,
da v sebi nosiš breme,
kot da se jutro
noče iztrgati iz teme,
kot da prekrivajo ga
temni oblaki,
v tem težkem zraku
zadušljivi so koraki.
Morda najbolje
bivati naprej
je v mirnem spancu.

Ljubezni stan

Ljubezni stan
mi je poznan
a kaj naj z njo,
priprte dveri
v njenem domu
mi zapro.
Ti si zavrgla
moj utrip srca,
pustila lačnega,
da živ umira.
V spominu bodo
solze moje,
biserovine sij,
in njihov niz
suši se in blede.

Končan je dan

Končan je dan,
prevesi v mrak
trenutek vsak,
razkrije tlak
svoj nočni odmev.
Ko izzvenel je
moj korak,
utihne ulic
vseh odmev,
jih mrak v meglice
je odel.

Čutim naklonjenost

(iz zbirke Spominčice)

Čutim naklonjenost,
ki ni izpeta,
v življenju skrita je,
v srcu ujeta.
Zdaj jez popustil je,
da se razlije
nemirna ljubezen
na naju brežine.

Ko deliš smehljaje svoje

Ko deliš smehljaje svoje,
rad bi jih ujel,
da postanejo kot »moje!«,
mrežo bi imel.
In otožnost to prikrito
s tabo bi delil,
čaho polnil bi izpito
in se veselil.

Ko imel bi sonca moč

(iz zbirke Spominčice)

Ko imel bi sonca moč,
ki odpira v dnevu cvet,
bi ti z ljubeznijo
odprl srca svet.

V srce bi topel žarek
ljubezni te poslal,
da bi s teboj preživel
vsaj en dan ves svetel.

Besede

Besede so iskriko razigrane,
lahko so dolgočasne in zaspane,
kričavoživopisane, ranljive,
in nemolčeče skoraj vedno žive.
Besede, ki jih ne želijo,
z veseljem drugim jih delijo.

Besede tvoje

Besede tvoje so mi
božajoča roka,
obujajo
premražene roke,
prebujajo mi znova
uspavano srce.
Kako sem jih vesel,
kot ostri sončni žarki,
prerežejo temo oblakov,
nič več ni
negotovih mi korakov.
Besede so spodbuda,
jih nehote daruješ.
Raztrgal prsi bi,
da ti pokažem
zdaj srečno mi srce,
ki živo bije,
ko spet praznuje.

Zobje

Če vsak dan si zadet
od trave rjave,
mnogih cigaret,
ne krivi drugih
za svoj zobji skret.

Danes ne zmorem

Danes ne zmorem
vsebine ene besede –
ljubezen.
In življenje
se mi zdi mesto,
kjer poznam
vse ulice
in hišne naslove.
Morda so še
neodprta vrata,
tu ali tam,
bojim se jih odpreti.
Saj bom našel
le stole, mizo
in njih senco
in v kotu pajčevino.
Zrak pa je
tako tih in mrtev.

Prizori z Altaja 2016 (1. del)

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

eldar.gadzijev@gmail.com

O konjih

Altajski konji svobodni kot divji konji preživijo tri leta na gorskih pašnikih, prepuščeni čez celo leto vsem mogočim vremenskim razmeram in nevarnostim. Da pridejo do hrane, trave pod snegom, pozimi s kopiti odkopavajo sneg. Pred snežnimi neurji se lahko zatečejo le pod drevesa in se stiskajo v čredi skupaj v mrazu, ki pride tja do -40°C . Na srečo je povsod, kjer so pašniki, dovolj vode, dež, ki tudi poleti pade praktično vsak dan, pa omogoča, da je trava sočna in je imajo dovolj. Po treh letih svobode konje čaka vzgoja in šola. Altajci jih ukrotijo in »dresirajo« tako za nošenje bremen kot za ježo. In kot smo sami doživeli, jih odlično izšolajo, saj postanejo ubogljivi in mirni, hkrati pa ohranijo verjetno prirojeno in z izkušnjami pridobljeno preudarnost ter v gorah potrebno previdnost.

Tri leta na prostosti v divjini je za konje kljub popolni svobodi vendarle huda preizkušnja, pa tudi čas selekcije. Konji so prepuščeni sami sebi, ni pastirja, ni psov, ki bi jih čuvali. Tako se seveda zgodi, da nekateri ne preživijo.

Prav to pomlad so Sailaikini (družina naših vodnikov konj) izgubili dva žrebička. Ko zakrije vrhove in bregove s pašniki megla, je čas, ki ga izkoristijo volkovi za lov. V zavetju megle se prikradejo k čredi, z vohom prepoznajo plen in ga nekako izločijo od ostalih živali, nato pa napadejo. Na ta način organiziran trop volkov je uplenil in pokončal dva dobro leto stara konjiča.

Ko jih med sezono turističnih ekskurzij po gorah jezdijo vedno drugi priložnostni »turisti – jahači«, se konji v večjem delu sami odločajo, kam stopiti, kako premagovati ovire, kdaj se ustaviti in kam zaviti. Če čutijo, da je jezdeca strah, na primer pred strmino ali manjšim skokom s skale, se enostavno ustavijo in počakajo, da se »revež« umiri. Lepo hodijo v koloni in le ko se bližajo domu na koncu potovanja, radi preidejo v drnec ali celo galop, se prehitevajo in takrat jih je treba kar krepko zadrževati z uzdo. Spoštujejo »konjsko« hierarhijo in se znajo tudi »razvrščati«, pač glede na to, s kom so od prej navajeni biti skupaj ali katerega lastniku pripadajo.

Veliko lepih trenutkov sem doživel na teh konjih v zadnjih letih. V začetku malo zadržan in previden sem kmalu postal sproščen in se počutil povsem varnega. Med ježo ob prepadu po ozki »tropinki« (stezi) sem prvo leto ob moji vrtoglavosti v strahu tako nerodno fotografiral prepad, da so bile na slikah le konjske noge, strmine pa sploh ni bilo videti – nisem se upal gledati tja dol in sem pač pritiskal sprožilec fotoaparata »na slepo«. Kasneje pa na konju v takih primerih niti nisem več čutil vrtoglavice in sem se »pogumno« stegoval proti prepadnemu pobočju ali skalam ter občudoval razpenjeno reko tam spodaj ...

Včasih se je zgodilo, da se je konj spotaknil, zgodilo se je, da je bila pot med skalami ozka in je skala snela streme z nog, ali pa ti je med ježo skozi gozd veja z glave zbila kapo in pustila kakšno rdečo sled na pleši ... Pri prečkanju reke smo si včasih ne le zmočili obuvalo, ampak še kaj drugega, pa smo se vendar sčasoma navadili oceniti situacijo in okoliščine in smo znali take »nezgode« predvideti in preprečiti.

Ježa na takih ekskurzijah pač ni primerna za »fine ali preobčutljive ljudi«, saj konji v koloni pogosto izpuščajo vetrove in še kaj, se med ježo odločajo za hranjenje in se stegnejo po travi in cvetlicah, ali pa se odločijo, da bodo pili vodo ob prečkanju studencev in potočkov. Seveda se tudi dodobra oznoji, pa vendar se mi je zdelo, da ti konji nimajo kakšnega izrazito neprijetnega vonja, ali pa smo se ga pač navadili.

Kastracija in podkovanje leže

Zanimivo je bilo videti, kako iz triletnega žrebca »napravijo« konja. Kastracijo sem imel možnost opazovati, ko sem bil letos spomladi v vasi Kučerla, ki je sicer naša izhodiščna točka za ekskurzije.



Na altajskih konjih.



Ograda za podkovanje v vasi Kučerla.

Lepega rjavca so spretno podrli na tla in mu zvezali noge tako, da so lahko izpostavili moda – desna noga je bila z umetelno speljano vrvjo potegnjena naprej, ko je žival ležala na levem boku in so bila moda na ta način primerno izpostavljena »kastrandusu«. Ta je bil naš glavni konjevoдец Arkaš, po poklicu sicer veterinarski tehnik brez službe v novem sistemu, ki je najprej zarezal kožo na modih, potegnil ven obe žrebčevi jajci in nato nastavil dve močni prijemalki čez pripadajoče žile in povese. Potem jih je pod prijemalkama s skalpelom prerezal in tako opravil kastracijo. Konja so na tleh zadrževali kar štirje Altajci, pri čemer sta mu dva dobesedno sedela na glavi in vratu. Po dobrih 10 minutah je Arkaš odstranil klemi in posul rano z nekim antibiotičnim praškom. Sedaj že konja in ne več žrebca so potem osvobodili in takoj se je postavil na noge. Ni se mi zdelo, da je hudo trpel, in tudi po posegu je povsem normalno odpeketal, pri čemer se pač ni zavedel, kaj mu je poseg povzročil in da ga sedaj čaka usoda delovnega konja, ki ga kobile ne zanimajo več ...

Ko smo poleti taborili ob Akemskem jezeru in je večji del članov naše skupine odšel na izlet k ledeniku, nas je obiskal Altajec Marat, vaški sosed naših konjevodcev. Vodil je skupino petih Nemk po podobnih poteh, kot je bila naša. Med potjo po skalnih stezah se mu je njegov iskri konj »sezul« – izgubil je podkev na

desni zadnji nogi. Postavni Altajec je prišel k nam, ker je vedel, da je z nami tudi Esen, eden od konjevodcev, ki se je bil pred leti priselil, točneje povedano priženil, v Kučerlo, in je zato prišel prosit, da bi mu pomagali podkovati konja. Običajno Altajci, kot sicer živino-rejci marsikje drugje, podkujejo konja v posebni ozki ogradi, na »terenu« pa je to treba opraviti pri ležečem konju, pa vendarle primerno »kontrolirano« in predvsem dobro.

Opravila so se naši Altajci lotili tako, da so konja najprej spretno podrli na tla in trije so ga držali ter tiščali ob tla, Esen pa mu je umetelno, čeprav na videz kot je pač šlo, zamotal vrv okoli nog. Vse skupaj je bilo videti precej »divje« in priložnostno, pa vendar jim je hitro uspelo konja umiriti in povezati, tako da je Marat lahko prišel do kopita, ki ga je bilo treba podkovati. Medtem ko so ostali konja umirjali, je on pripravil podkeve in žeblje. Esen je nato pridržal konjevo desno zadnjo nogo, Marat pa je najprej z ostrim nožem toliko obrezal kopito, da se je podkev natančno prilegala nanj. Sledilo je pribijanje žebeljev in potem zakrivljanje in odščipavanje predolgi delov žebeljev. Vmes so, da je »kovač« lažje opravil delo z obeh strani, možaki konja prekucnili na drugo stran.

Ko je bilo podkovanje opravljeno, je sledilo osvobajanje konjevih nog. To se mi je zdel najbolj nevaren trenutek, saj bi konj hitro lahko koga brcnil in poškodoval. Pa je Esen, ki je bil tisti, ki je med vsemi v vasi edini znal pravilno vezati konjeve noge pri takem opravilu, na koncu držeč vrv v rokah v varni razdalji, z enim samim potegom vrvi naenkrat osvobodil vse štiri konjeve noge. Ta je res zabrcal in se hitro postavil pokonci. Ko je Marat pospravil orodje in ostale žeblje, ga je kar neosedlanega zajahal in po zahvali z nasmehom zadovoljstva odjahal. Moj mladi sopotnik Armando, ki tisti dan ni šel na izlet, je večji del podkovanja snemal s fotoaparatom, žal pa mu prav odločilnega potega vrvi za osvoboditev konjevih nog ni uspelo posneti.

Raz, dva, tri, kontakt

Pa še ena z Armandom: Nekega dne se je ob našem taboru namestila skupina mladih, treh fantov in dveh deklet. Pred tem so baje kar nekaj dni v bivaku pod goro Beluho zaman čakali, da bi se sneženje na gori toliko umirilo, da bi lahko splezali nanjo. Ko so prišli, so bili utrujeni in precej poklapani, vendar so že naslednji dan postali dobre volje. Tako so se zvečer prešerno, a predolgo v noč zabavali z neko igro, pri kateri so glasno vzklikali: »Raz, dva, tri, kontakt«. Temu je sledil glasen smeh in ponovno raz, dva tri, kontakt ... ter tako naprej v noč, ki smo jo njihovi sosede le želeli prespati. Vsem našim je že paralo živce in ko moja Mojca ni več zdržala, je pokukala iz šotora, se obrnila k skupini veseljakov ter v mešanici ruskega in slovenskega besednjaka izlila jezo zaradi njihovega neuvidevnega kaljenja miru. Pol minute zatem pa se je ulil še dež in pripomogel k utišanju motilcev nočnega miru.

Drugi dan smo se z mladimi gledali bolj postrani in oboji po svoje kuhali zamero. No, naslednje jutro smo »dežurni« pripravili zajtrk in odšli buditi preostale člane naše »odprave«. Ko sem šel k šotoru, v katerem sva taborila midva z Mojco, se mi je pridružil Amando in svetoval, da jo zbudiva z »raz, dva, tri, kontakt«. Ko sva prišla do šotora, sva se glasno zadržala: »Raz, dva, tri, kontakt.« »Odzipal« sem šotor in ga odprl, a v njem ni bilo Mojce, se je pa takrat od mladcev v soseščini razlegel razposajen smeh. Opazili so, da je prej odšla, in imeli potem zabavo z najinim oponašanjem njihove zabave. Od takrat naprej smo se pozdravljali z nasmeškom.

Svizci in Rex

Na Altaju je veliko svizcev raznih vrst. Eni, tisti v visokogorju, so precej veliki (kot kunci) in njihovo meso je okusno ter cenjeno. Včasih so jih lovili tudi zaradi kože, ki je kakovosten in malo podoben soboljevemu. Vrsto let



Naši vodniki: Esen, Biandu, Mojca in Arkaš ter Rex.

jih zaradi krzna ne lovijo več, ker je povpraševanje po krznu zamrlo. Je pa znano, da so svizci že stoletja rezervoar ohranjanja kuge v Aziji in tudi letos je prišlo do primera okužbe v sosednjem altajskem okrožju. To smo zvedeli, ko smo bili že v Sloveniji.

Naši vodniki konj so vsi tudi lovci in na odpravi smo imeli s seboj tudi

malokalibrsko (5,6 mm) puško. Arkaš je dober, mladi Bijandu, njegov zet, pa strasten lovec in tako sta nekajkrat odšla na lov. Uplenila sta štiri svizce in trikrat smo imeli za obed njihovo meso skupaj z gostimi zelenjavnimi juhami.

In Rex? Naš konjevodec Esen je imel s seboj psa, ki mu je bilo ime

Rex. Ves čas nas je spremljal na poti, se spretno premikal med konji, pogosto kontroliral okolico in se v taboru vzorno vedel. Ob obedih se nam ni nikoli približal na manj kot tri metre in potrpežljivo je čakal na grizljaje hrane, ki smo mu jih seveda privoščili vsakokrat po našem obedu. Kadar so se približali tuji konji, sicer prosto živeči na pašnikih, jih je znal odgnati in sploh je bil dober čuvaj.

Vendar pa ga je enkrat premagala skušnjava. Po večerji je v loncu ostalo še veliko svižčevega mesa, ki so ga naši vodniki pokrili s pokrovko in poveznili nanjo še velik kamen. Naslednje jutro naj bi ga imeli za zajtrk, hladnega, ker je tako meso baje še bolj okusno. Ponoči pa je Rexa kuhani svizec premamil, uspel je odkriti posodo in pojedel vse preostalo meso. Naši konjevodci so ga zalotili »in flagranti« in potem je padalo po njem, da je imel drugo jutro na gobcu kar dobro oteklino. Tisti dan je bil »kuža« seveda hudo zadržan in umaknjen, žalosten, pa še vedno ubogljiv, ampak kljub temu, da smo bili ob okusen mesni obed, mu nihče ni odrekel običajnih grizljajev. Altajci imajo do živali bistveno drugačen odnos in nobene empatije. Živali so pač del narave, ki je na svetu tudi zato, da človek preživi v težkih razmerah.

54. tradicionalno srečanje slovenskih in hrvaških upokojenih zdravnikov, članov SZD in HLZ

Marjeta Rendla Koltaj, dr. med., Ljubljana
marjeta.jatlok@gmail.com

V torek, 24. maja 2016, smo povabili hrvaške kolege na druženje z ogledom prelepega dela Slovenije. Dobrodošlico smo jim izrekli na jutranjem srečanju v gostišču Štor-

man v Šempetru, kjer so nam ob prijetnem klepetu postregli s telečjo obaro in ciganskim golažem. S tremi avtobusi se nas je pripeljalo 93 udeležencev.

Šempeter v Savinjski dolini je urbanizirano naselje, ki leži ob cesti in železniški progi ter ima strojno in kemično industrijo manjšega obsega. V srednjem veku so pri gostiščih in poštnem poslopju prepregali konje. Tu je bila pomembna poštna postaja na cesti Dunaj–Trst. Poslopje stare pošte je ohranjeno.

Ko smo se pri Štormanu zbrali vsi udeleženci srečanja, se nam je pridružil še kolega Marjan Hrušovar, ki je že vrsto let zaposlen v dispanzerju za medicino dela v Celju. Povedal je marsikaj zanimivega o svojem delu na tem področju, ki ima svoje posebnosti: v kmetijstvu pridelava hmelja in vpliv škropiv, v industriji Cinkarna Celje, odlagališče titanovega dioksida, Emo Celje (barvila v ozračju), Železar na Štore ter zadnji problem tega območja – alkoholizem. To so stvari, s katerimi se spopada pri svojem delu.

Po poldrugi uri smo nadaljevali vožnjo v Mozirje, mestno naselje, prvič omenjeno leta 1146. Kotlino obdaja alpsko predgorje: visoke kraške planote Dobravlje in Menina na jugu ter Golte na severu, na zahodu pa del Kamniško-Savinjskih Alp. Tu je bilo splavarsko pristanišče na Savinji, v 19. stoletju pa žage. Gozdove so izkoriščali ekstenzivno, hlode so spuščali v dolino po lesenih rižah in zemeljskih drčah ter jih do žag plavili po Savinji in pritokih. Žagan les so s splavi pošiljali po Savinji, Savi in Donavi. Splavarstvo je zamrlo po drugi svetovni vojni.

Turistično najpomembnejša pridobitev tega predela je Mozirski gaj na desnem bregu Savinje, ki so ga krajani s sodelovanjem vrtnarjev uredili leta 1978 na mestu nekdanjega smetišča. Na šestih hektarjih smo uživali ob ogledu zasajenega cvetja, grmovja in drevja, ki je blestelo v vsem razkošju. Morda bi kakšne posebne rastline lahko opremili s tablicami z imenom in podatki, kot je v navadi v mnogih arboretumih in učnih nasadih. Temu se približajo v zadnjem delu, kjer ima delavnice šolska mladina. Poleg nasada so v parku razstavljeni številni zanimivi izdelki in nekaj za Savinjsko dolino značilnih etnografskih objektov (vodni mlin, kmečka hiša, preužitkar-ska hiša, kašča, kovačija, čebelnjak in žaga venecianka). Lep pogled na celotni park je z razglednega stolpa. Ta 18 m visok stolp iz lepljenega lesa, ki ga je parku podarila Svea, se lepo vključuje v park.

Ob 13.00 smo nadaljevali vožnjo proti Solčavi do gostišča in muzeja Firšt. Tu smo se seznanili z modrostjo ljudskega zdravilstva. Vid Strgar Fida je bil ljudski zdravilec, posebnjež, nezakonski sin. Ker se ni ujel z ljudmi, se je leta 1870 zatekel v jamo, ki je zato dobila ime Fidova zijalka, in tu preživel devet let. Pozimi je v jami 6° C. Po teh devetih letih se je bolj približal ljudem. Fida je napisal knjigo Zdravje bolnikov (l. 1866) o zdravilnih rastlinah v okolici za zdravljenje ljudi – v povezavi z verovanjem. Knjiga, ki obsega 400 strani, ima dobro strukturirana poglavja o boleznih, ki so jih poznali v tistem času, in stvarno kazalo. Fida se je pri triinštiridesetih letih poročil. Ljudje so do njega čutili strahospoštovanje, mislili so, da ima nadnaravne moči. Napovedal je svojo smrt in pripraviti mu je bilo treba »takmašno« obleko. En teden za njim je umrla tudi njegova žena Urška, ko je šla po vodo. Pokopan je v neposvečeni zemlji. Narisal in opisal je 20 strupenih rastlin.

V gostišču Firšt smo si poleg razstave ogledali multivizijsko predstavitev o arheoloških najdbah v Potočki zijalki. Potočka zijalka ali tudi zijavka je pomembno najdišče iz začetka mlajšega paleolitika (obdobje aurignacen). Ime je dobila po nekdanjem lastniku Potočniku. Leži na nadmorski višini 1675 m na zahodnem delu južnega pobočja gore Olševe. Pod Olševo se nahaja vas s starim imenom Sv. Duh (po cerkvi), danes Podolševa. Izpred jame je lep razgled na Kamniško-Savinjske Alpe in na Logarsko dolino. Pred 35.000 leti so jo za kratek čas obiskovali »ledenodobni« lovci, ki so v brlogu jamskega medveda izvajali obrede plodnosti, kadar v njem ni bilo nevarne zveri. Vse kaže, da so jamskega medveda častili kot svojo totemsko žival. Avstrijec Carl Gross (iz Bele na Koroškem) je kot študent medicine v letih od 1926 do 1928 odkril človeške sledi, ognjišče in ob njem koščeno konico. Izkopal je veliko kosti jamskih medvedov. Nelegalno kopanje v Potočki zijalki je



Prihod udeležencev pred gostišče Štorman.



Nagovor kolega Marjana Hrušovarja, specialista medicine dela, prometa in športa iz Celja.



Nekatere od udeleženk srečanja v Mozirskem gaju.



V hotelu Plesnik se je udeležencem pridružil kolega Tonček Žunter, družinski zdravnik v Lučah in Solčavi.



Z leve: predsednik Sekcije upokojenih zdravnikov HLZ Peter Brinar, predsednica Sekcije upokojenih zdravnikov SZD Božena Skalicky Kuhelj in podpredsednica sekcije Mojca Kos Golja.

Grossu preprečil Srečko Brodar, profesor na celjski gimnaziji. On je nadaljeval s kopanjem v letih od 1928 do 1935. Izkopal je 121 različno ohranjenih koščenih konic, 305 kamenih odlitkov, od tega približno 50 pravih kamenih orodij, kosti jamskega medveda in nekaj kosti drugih živali. Med drugo svetovno vojno je bilo gradivo uničeno. Od 1997 do 2000 je izkopavala slovensko-avstrijska skupina, leta 2012 pa je v Potočki zijalki raziskoval Boštjan Odar. Ogled v muzeju Firšt se je nekoliko zavlekel, tako da si vsi niso mogli ogledati celotnega materiala, kajti ob 14.30 smo se odpeljali proti Logarski dolini.

hudournika Kotovec in se znova pojavijo v Logu, nekdanjem ledeniškem jezeru, ki se je postopoma zamočvirilo. Domačini so jo v tem predelu imenovali Črna, ker je zaradi ilovice temne barve. Ob sotočju s potokom Jezera, ki priteče iz Matkovega kota, dobi ime Savinja. Dolino obkroža venec mogočnih gora: Ojstrica (2350), Planjava (2394), Brana (2252), Štajerska (2289) in Koroška Rinka (2433). Domačini delijo dolino na tri dele: mokrotan ilovnat spodnji travnati del se imenuje Log, osrednji gozdni del se imenuje Plest, pretežno gozdnati in gruščnati zaključek doline pa Kot. Za solčavsko območje so značilne samotne kmetije – bodisi

v ravninskih predelih bodisi v prisojnih legah pod Oljševo na stiku nepropustnih kamnin in apnenca, kjer je dovolj vode. Prej je tu prevladovala živinoreja, sedaj se krepi gozdarstvo in vse pomembnejši turizem. Poleg planinarjenja in alpinizma ponuja Logarska dolina turno smuko, manjše smučišče, proge za tek na smučeh, uveljavlja pa se jadrnalno padalstvo in gorsko kolesarjenje. Domačini skušajo usmerjati turizem v naravi prijazno smer. Zgodovinsko je bila Logarska dolina del Koroške. Naselili so jo verjetno že v 13. stoletju. S Solčavo jo je povezovala le steza, cesto za avtomobile so uredili šele leta 1930. Nakupovat in po raznih opravkih so domačini prej hodili čez Pavličovo sedlo v Železno Kaplo. Dolina je danes krajinski park s tremi naravnimi spomeniki, več kot štiridesetimi naravnimi zanimivostmi (skalni stolpi, votline, ledeniški balvani, drevesa izrednih dimenzij) ter značilnim rastlinstvom in živalstvom. Greben nad Matkovim kotom in Logarska dolina sta gozdni rezervat.

Polni vtisov smo se namestili v hotelu Plesnik, kjer je bilo v prijetnem lovskem ambientu predvideno skupno družabno srečanje in kosilo. Uživali smo ob dobri hrani. Pridružil se nam je kolega Tonček Žunter, družinski zdravnik, ki deluje v Lučah in Solčavi, in nam povedal nekaj zanimivosti, ki jih srečuje pri svojem delu. Predsednica Sekcije upokojenih zdravnikov SZD Božena Skalicky Kuhelj in predsednik Sekcije HLZ Peter Brinar pa sta, kot je običaj ob prijateljskih srečanjih, nagovorila udeležence, predstavila načrt za 55. srečanje leta 2017 in izmenjala simbolična darila. Ob prijetnem razpoloženju je popoldan hitro minil in proti večeru smo se poslovili od hrvaških kolegov in se malce utrujeni, a dobro razpoloženi odpeljali vsaka skupina na svoj dom.

Foto: Božena Skalicky Kuhelj

Kaj je novega, zdravnica?

Prim. Jana Govc Eržen, dr. med., Zdravstvena postaja Vojnik
jana.govc@gmail.com

Ko sem pisala zadnji zavodnik pred letom dni, je bilo poletje. Takrat sem pisala o tem, kaj se dogaja zdravnici družinske medicine v času kislih kumaric. Niti v sanjah si nisem predstavljala, kaj vse se lahko zgodi v letu dni in kako zelo se lahko zamajejo tla pod nogami. Tista tla, o katerih si bil prepričan, da bodo večno trdna in nosila vsa bremena, ki si jih naložiš, ti jih naložijo. In ko se zamajejo, spoznaš, da si pogrešljiv, nadomestljiv, zamenljiv in minljiv. In takrat pričneš razmišljati o vrednotah, o lepotah, o pomembnosti tistih, ki jih imaš najraje. O tistih trenutkih, ki si jih zamudil, pa jih ni mogoče ponoviti, in o času, ki bi ga rad ujel, ga ustavil, pa ga gospodar časa neusmiljeno vrtil prehitro naprej. V mislih prerazporediš vrednote po pomembnosti, žal ti je, da tega nisi naredil prej.

In potem ugotoviš, da si že dolgo časa na svetu, da se staraš (kar je naravni proces), da si večino svojega bitja na zemlji posvetil skrbi za druge in da si na sebe pozabil. Časa pa ne moreš zavrteti nazaj, napak ne moreš popraviti. Lahko pa urediš življenje tako, da napak ne boš več ponavljal. A to ni tako enostavno in ni odvisno samo od vsakega posameznika, saj živimo in delamo v družbi, ki kar naprej obljublja, da bo prišlo do sprememb na bolje, do izjemnih reform (v zdravstvu), ki bodo razbremenile in obogatile tudi zdravnice v družinski medicini. Če sem čisto poštena in če povem odkrito, tako kot mislim, potem moram priznati, da tudi mene zapušča optimizem in vera v svetlo in lepšo prihodnost. Najbolj bom hvaležna tistemu, ki me bo prepričal v nasprotno.

Vedno sem bila naklonjena temu, da se na področju družinske medicine uvajajo novosti, ki bodo izboljšale kakovost dela in povečale zadovoljstvo vseh, tako zdravstvenih delavcev kot pacientov. Pred petimi leti smo uvedli referenčne ambulate, s katerimi smo želeli ob pomanjkanju zdravnikov družinske medicine s pomočjo diplomiranih medicinskih sester zagotoviti izvajanje preventive, zgodnje odkrivanje dejavnikov tveganja za nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni. Za družinsko medicino in za uporabnike je bila uvedba referenčnih ambulant prav gotovo zgodovinska, potrebna in pomembna. Še bolj bomo zadovoljni, ko bodo po principu referenč-

nih ambulant delovale vse ambulate družinske medicine v Sloveniji, saj gre vendar za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi.

Uporaba računalnikov v naših ambulantah pri vnosu podatkov o pacientih je že utečena zadeva. Imam to srečo, da sem računalniško dokaj dobro pismena in mi delo z računalnikom ne predstavlja večjih težav. Tudi tipkanje mi gre kar dobro od rok, verjetno sem prste razgibala že v študentskih letih, ko sem tipkala gradivo za študij in smo ga potem v »pajzlu« ciklostirali. Lepi časi. Z uporabo računalnikov pa se je spremenil tudi način našega dela. Ko se pogovarjamo z bolnikom, ga ne gledamo več v obraz, ampak pridno vnašamo podatke v računalnik, da ne bi po nepotrebnem porabili preveč časa. Ker smo akademsko izobraženi, obvladamo te veščine tako dobro, da lahko naenkrat opravimo celo več nalog. Bolnika lepo pozdraviš, a ga ne



pogledaš, ker ob pozdravljanju že iščeš njegovo ime na seznamu v računalniku, da ga lahko pripraviš za vnos ostalih podatkov. Tudi med jemanjem anamneze ga ne pogledaš, ker moraš poskrbeti za tekoče delo na računalniku. Še dobro, da bolnik potrebuje tudi klinični pregled, saj je to edino obdobje, ko moraš spustiti miško iz rok, odlepiti pogled od ekrana in se posvetiti bolniku. Ko se vrneš za računalnik, se zgodba s pogledom, uperjenim v ekran, nadaljuje. Od jeseni 2015 smo iz ambulant odvrgli tiskane obrazce za recepte in se lotili predpisovanja eRecepta. Zadeva dobro teče, če je virtualni svet urejen in če ni tehničnih težav. Želim

si le, da bi bila boljše podprta z bazo podatkov o zdravih in da med posameznimi klikmi (ki jih je preveč), ne bi bilo tolikšne izgube časa.

Bolniki so zelo potrpežljivi, velikokrat izražajo občudovanje, ker tako dobro obvladam računalniške spretnosti. Velikokrat pa tudi sami povzročajo, da je poraba časa za predpisovanje njihovih zdravil prevelika, saj imajo, medtem ko jaz delam z računalnikom, čas za razmišljanje in v tem času se domislijo novih problemov, se spomnijo, kaj bi še potrebovali, morda še kakšno dodatno zdravilo.

Tudi urgentni centri so novost in so povzročili kar precej hude krvi tako med zdravstvenimi delavci kot med

uporabniki. Ko poslušam in spremljam dogajanja v zvezi z urgentnimi centri, si želim, da bi vsi vpleteni zmogli zadostno mero spoštovanja, razumevanja in pripadnosti, da bi se znali sporazumevati in sporazumeti in da bi našli takšen most, ki povezuje in združuje. Konec koncev smo vsi na isti barki, kajne?

V naši ustanovi imamo v tem trenutku tri specializante družinske medicine, ki so izjemni kot zdravniki in tudi po človeški plati. Če drži, da bodo mladi poskrbeli za boljši jutri, potem se mi ob pogledu na naše mlade kolege vseeno vrne malo optimizma in vere v to, da bo nekoč res bolje. Želim si, da bi bilo bolje čim prej.



KULTURNO-UMETNIŠKO DRUŠTVO
KLINIČNEGA CENTRA IN MEDICINSKE FAKULTETE
DR. LOJZ KRAIGHER

INŠTITUT ZA ANATOMIJO
INŠTITUT ZA HISTOLOGIJU IN EMBRIOLOGIJO
INŠTITUT ZA PATOLOGIJU
INŠTITUT ZA SODNO MEDICINO
MEDICINSKE FAKULTETE UNIVERZE V LJUBLJANI

VABIJO NA

47. KONCERT ZDRAVNIKOV

**OB XLVII. MEMORIALNEM SESTANKU
PROFESORJA JANEZA PLEČNIKA**

**S PODELITVIJO DIPLOM PROFESORJA JANEZA PLEČNIKA
IN**

PRIZNANJA PROFESORJA FRANCETA HRIBARJA

ČETRTEK, 8. DECEMBRA 2016, OB 19. URI

**DVORANA MARJANA KOZINE (VELIKA DVORANA),
SLOVENSKA FILHARMONIJA, KONGRESNI TRG 10, LJUBLJANA**

Sodelovali bodo številni zdravniki v solističnih, komornih in orkestralnih sestavih, program pa bo zanimiv, sproščujoč in ves koncert decembrsko praznično obarvan.

Prijazno vabimo vse zainteresirane, da se nekoliko pred abrahamom zdravniških koncertov slovenskega zdravništva veselo odzovete našemu povabilu.

VODSTVO KUD-A KC IN MF DR. LOJZ KRAIGHER Z UMETNIŠKIM VODJEM KONCERTA
ANDREJEM BABNIKOM IN VODITELJICO KONCERTNEGA PROGRAMA ZVONKO ZUPANIČ SLAVEC

PRIJAZNO VABLJENI

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 10.100 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 Beović**, M. D., Ph. D.

The president of the Professional medical committee

Prof. **Radovan Hojs**, M. D., Ph. D.

The president of the Primary health care committee

Mihael Demšar, M. D.

The president of the Hospital health care committee

Assist. **Valentin Sojar**, M. D., MBA, FEBS

The president of the Dentistry health care committee

Sabina Markoli, D. M. D.

The president of the Legal-ethical committee

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.

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.

