

**Doc. dr. Viljem Kovač, dr. med., strokovni direktor  
Onkološkega inštituta Ljubljana:** Osnovni princip radioterapije  
je ne glede na vrsto sevanja in tehniko vedno enak: tumor mora  
čim bolj fokusirano dobiti tumoricidno dozo, zdrava tkiva pa  
morajo biti čim bolj zaščitena. Nove, stereotaktične tehnike  
obsevanja omogočajo, da tarče ne zgrešimo.



# pond

PREPOZNAVA IN  
OBRAVNAVA ŽRTEV  
NASILJA V DRUŽINI  
V OKVIRU ZDRAVSTVENE  
DEJAVNOSTI

29.–30. januar 2016

## IZOBRAŽEVANJE S PODROČJA PREPOZNAVE IN OBRAVNAVE ŽRTEV NASILJA V DRUŽINI



V okviru projekta POND organiziramo 2-dnevna izobraževanja, ki potekajo od septembra 2015 dalje. Namen izobraževanj je zdravstveno osebje opremiti z znanjem in komunikacijskimi veščinami za izboljšanje prepoznavanja in obravnavanja žrtev nasilja v družini v sklopu zdravstvene dejavnosti.

Predpis Ministrstva za zdravje namreč določa, da se morajo zdravstveni delavci vsakih pet let udeležiti izobraževanja o nasilju v družini, v obsegu najmanj 5 ur.

**Kreditne točke: 12**  
**Kotizacije ni.**

### POUDARKI IZ VSEBINE:

- osnovne značilnosti, oblike in dinamika nasilja v družini
- klinični in drugi znaki za boljše prepoznavanje žrtev nasilja v družini
- teoretične smernice ter praktični prikaz ustrezne komunikacije z žrtvami nasilja v družini
- primeri dobrih kliničnih in mednarodnih praks s področja prepoznavne in obravnave žrtev nasilja v družini
- izkušnje ter pričakovanja žrtev pri obravnavi v zdravstvenem sistemu
- koraki medinstitucionalnega sodelovanja pri prepoznavi in obravnavi žrtev nasilja v družini
- protokoli obravnave otrok in odraslih žrtev nasilja v družini v sklopu zdravstvene dejavnosti

Vsebine interdisciplinarnega izobraževanja so usklajene s Strokovnimi smernicami za obravnavo nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti Ministrstva za zdravje Republike Slovenije.

Udeleženci izobraževanja prejmejo izobraževalno gradivo v obliki priročnika, namiznega seznama korakov za ukrepanje ter QR-kod za hiter dostop do izobraževalnih vsebin.

Več informacij in prijave na:

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

Izobraževanje Prepoznavna in obravnava žrtev  
nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti bo  
**29.–30. januarja 2016**

## Na stežaj odprta vrata nerazumevanju

Leto za nami je le še eno od mnogih v zadnjem desetletju, ki je za perspektivo slovenskega zdravstva izgubljeno. Dlje ko traja agonija na temo nemoči reformiranja zdravstva, večja so nesoglasja med zdravstveno politiko in zdravniškimi organizacijami. Temu primerna so tudi izmenjana darila. Z ene strani namera Ministrstva za zdravje glede ukinitve zdravnikom zelo pomembnega **Zakona o zdravniški službi**, z druge strani bolj ali manj jasno sporočilo zdravništva, da je upravljanje zdravstva na krivi poti in da se mu ne obeta nič dobrega.

Priznam, da kljub prizadevanjem nisem uspel vzpostaviti zaupanja vrednega odnosa z ministrico gospo Kolarjevo, in za to prevzemam polno odgovornost. Nisem sicer edini med predsedniki zdravniških organizacij, ki ima težave pri vzpostavljanju primernega odnosa s

prvo gospo v zdravstvu, toda predsednik Zdravniške zbornice Slovenije kot predstavnik zdravništva v vlogi odgovornega izvajalca javnih pooblastil mora storiti prav vse, da ta dialog poteka spoštljivo, ustvarjalno in korektno. Bil sem deležen kritik s strani predsednikov stanovskih organizacij, da sem preveč spravljiv in razumeva-joč. In vendar velja biti potrpežljiv, konflikti na tej ravni so namreč zaznamovani z upočasnjem reševanjem že tako zapletenih zadev v zdravstvu in na stežaj odpirajo vrata nerazumevanju pri opravljanju zahtevnih javnih pooblastil.

Sem storil dovolj in vse, da bi dialog stekel? In kaj pravzaprav pomeni, da je treba storiti prav vse, da se vzpostavi zaželen dialog? Kakšno ceno je treba za to plačati? In kje je meja vzajemnih korakov pri vzpostavljanju zaupanja na ravni politike in zdravništva? Večkratno povabilo, da uradno obiše zbornico, da se redno tedensko srečujemo in izmenjamo poglede, da prisluhne pogledom zdravniških organizacij na reformo, da obiše stanovska srečanja v Domus Medica, so ostala praviloma preslišana. Sicer korektno, bolj protokolarno sodelovanje in vsebinsko skromen dialog na začetku poti je počasi zamenjala neodzivnost na številne pobude in pisma, vse več monologa in vse težje vzpostavljanje dialoga. Dolgo sem poizkušal potisniti na stran ta spoznanja in čakal čudež, ki se ni zgodil.

Molk s strani Ministrstva za zdravje na številne pobude zbornice po noveliranju Zakona o zdravniški službi mi je dal že večkrat vse bolj slutiti, da so razmišljanja v smeri ukinitve zdravniškega zakona v resnici aktualna. Spomladi sem bil prvič seznanjen z neuradnimi informacijami, da se v zakulisju ministrstva pripravlja **Zakon o zdravstvenih delavcih**, in to v nasprotju z veljavno zakonodajo, če pustim ob strani pristnost in verodostojnost odnosov na tej ravni. S strani ministric nisem dobil pojasnila, z neprepičljivim izgovorom, da še ni seznanjena z vsebino. Bil sem radoveden, ali morda posega v Zakon o zdravniški službi, in tudi na to nisem dobil odgovora. Zelo jasno sem seznanil ministrico, da je omenjeni zdravniški zakon za zdravnike pomemben tako na simbolni ravni kakor po svoji vsebini. Ni razumnih razlogov za to dejanje, razen izpolnjevanja neposrečene koalicijske pogodbe, ideološke strankarske obsesije in



odvrčanja pozornosti zaradi odstopa od zdravstvene reforme.

In ob vseh dosedanjih igrinah in težavah z verodostojnostjo ministrice gospe Kolar Celarc sem spoznal tudi tiste ključne lastnosti. Ministrica ni zmogla pogleda v oči predsedniku Zdravniške zbornice ob soočenju argumentov za to dejanje, izognila se je srečanju in pojasnilom na zastavljenih vprašanjih. Kot po navadi, pisnega odgovora na zastavljena vprašanja ni.

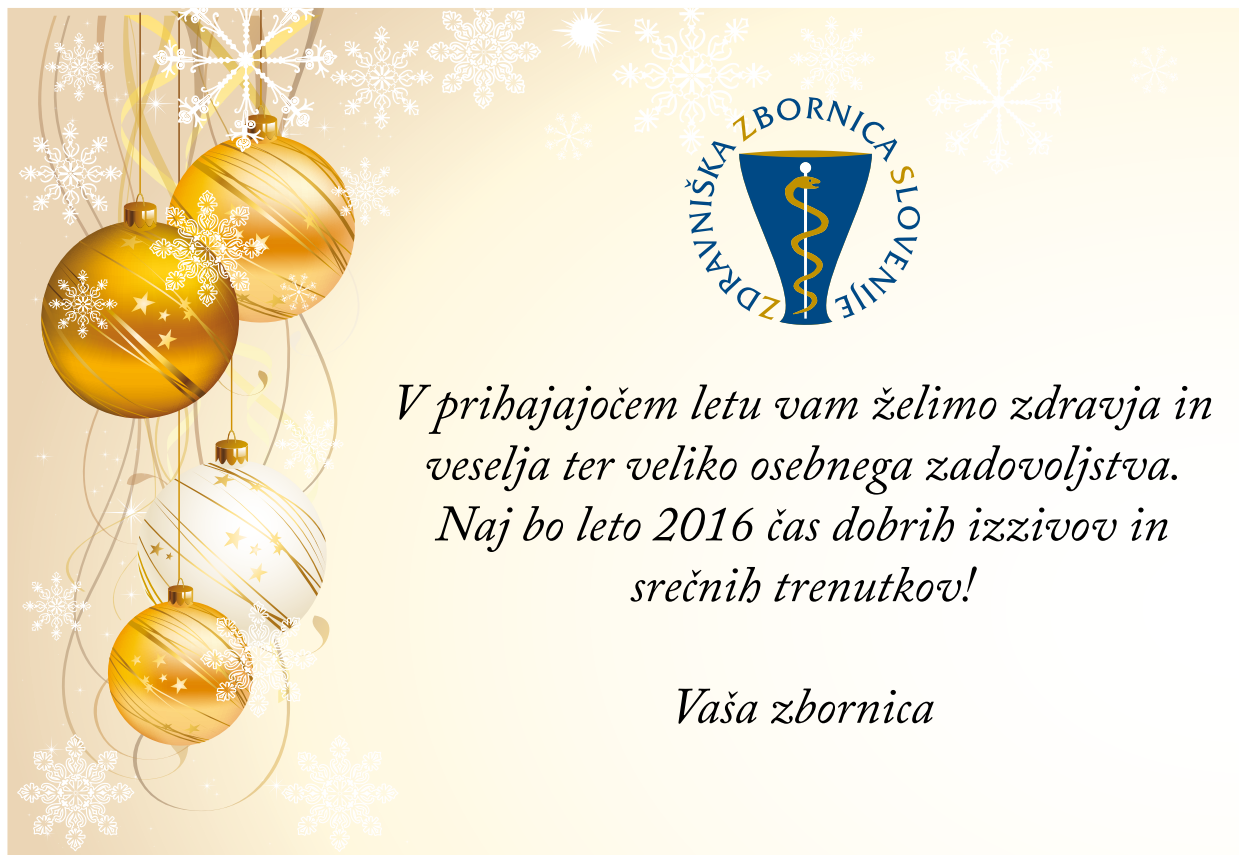
Sporočilo ministrici s strani zdravniških organizacij na zadnji tiskovni konferenci je jasno in ni prijazno. Ni nastalo preko noči, pač pa na podlagi številnih spoznanj o njenem profesionalnem vedenju in na splošno do

upravljanja slovenskega zdravstva. Ne glede na dejstva, ni lahko izreči tako neprijetne ocene o delu kateregakoli ministra ali posameznika. Toda, ko sem se seznanil z njenimi odzivi, lažmi in demagoško retoriko, kot so privatizacija, globoki žepi itd., sem spoznal, kako daleč smo od resne reforme slovenskega zdravstva z gospo Kolar na čelu zdravstva. In kako prav je, da si, čeprav nekoliko pozno, priznamo, da se niti malo ne razumemo.

Vsi, ki smo sodelovali pri nastajanju **Zakona o zdravniški službi**, vemo, koliko napora je zahtevala njegova umestitev v pravni red države. Njegova ukinitve je degradacija

temeljnega nosilnega poklica v zdravstvu in grob poseg v zdravniško avtonomijo poklicne samoregulacije, zlasti v izobraževalnih procesih. In zato se je vsem poskusom v tej smeri treba zoperstaviti, saj v svojem bistvu ne gre za nič drugega kot za discipliniranje in utišanje slovenskega zdravnika. To pa ni več tako preprosto in o tem boste morali svoje povedati prav vsi slovenski zdravniki in zobozdravniki.

*Drage kolegice in kolegi,  
želim vam veselo in zdravo novo  
leto 2016 in srečen božič.  
Andrej Možina*





## Uvodnik

---

- 3** Na stežaj odprta vrata  
nerazumevanju  
*Andrej Možina*

## K naslovnici revije

---

- 8** Doc. dr. Viljem Kovač, dr.  
med., strokovni direktor On-  
kološkega inštituta Ljubljana  
*Alojz Ihan*

## Zbornica

---

- 12** Pomanjkanje zdravnikov  
in pospešeno izobraževanje  
specializantov  
*Andrej Možina*
- 14** Stališča ob osnutku predloga  
»Zakona o zdravstvenih  
delavcih«
- 16** Zdravniške organizacije neza-  
dovoljne z delom ministrice za  
zdravje in zaskrbljene zaradi  
razmer v zdravstvu  
*Andrej Možina, Konrad  
Kuštrin, Pavel Poredoš,  
Helena Mole*
- 19** Podelitev licenčnih listin  
in potrdil o opravljenem  
specialističnem izpitu  
*Polona Lečnik Wallas*
- 20** Iz dela zbornice

## Aktualno

---

- 22** Optimalna prehranska skrb  
ali podpora za vse  
(Optimal Nutritional Care  
for All, ONCA) v Evropi 2020  
*Gregor Veninšek, Katja Povhe  
Jemec, Mojca Gabrijelčič,  
Milena Kovač Blaž, Dušan  
Baraga, Nada Rotovnik Kozjek*
- 24** Duševno zdravje in begunci  
*Vesna Švab*
- 25** Ustrezna obravnava migrantk  
in migrantov žrtev nasilja v  
družini v okviru zdravstvene  
dejavnosti  
*Mojca Vah Jevšnik*

- 27** So stenice porajajoč parazit  
tudi v Sloveniji?  
*Alenka Trop Skaza*

## Iz Evrope

---

- 30** Dopolnilno delo za zdravnike  
na Hrvaškem  
*Boris Klun*
- 30** Novi zakon MAB – kaj vse  
lahko opravlja asistent(ka)  
v ordinaciji
- 31** Pogovor pri »dr. Googlu«
- 31** Intervju: Mladim besedo

## Forum

---

- 32** Deset zapovedi za naše  
zdravstvo  
*Marjan Fortuna*
- 33** Trupla in pohlep  
*Eldar M. Gadžijev*
- 35** Nadaljevanje svojskega  
obravnavanja bolnice T. S. V.  
*Zlata Remškar*
- 36** Pripomba na članek Ali je po  
30 letih HIV/aidsa odpraviti  
stigmatizacijo v zdravstvu še  
vedno izziv?  
*Dušica Pleterski Rigler*

## Intervju

---

- 38** Bojan Knap  
*Marjan Kordaš*

## Medicina

---

- 44** Komunikacija v urgentni  
medicini  
*Iztok Tomazin*
- 48** »Brezplačno« cepljenje proti  
pnevmokoknim okužbam  
– zakaj moramo poznati  
indikacije?  
*Alenka Trop Skaza*
- 49** Operacije kil v deželi Adama  
in Eve – tanzanijska izkušnja  
*Jurij Gorjanc*

## Poročila s strokovnih srečanj

---

- 52** 8. mednarodni simpozij Ino-  
vacije in novi načini zdravlje-  
nja srčnega popuščanja  
*Gregor Poglajen*
- 54** OAA – Porodna anestezija  
*Andreja Möller Petrun,  
Jožica Wagner Kovačec*
- 56** Mednarodni dan pediatrične  
radiologije  
*Damjana Ključevšek*
- 57** Čeljustna vrzel, novost pri  
oceni morfologije ploda v  
prvem trimesečju  
*Nataša Tul, Darija Strah*
- 59** Prvi svetovni kongres  
mednarodnega združenja  
za zdravljenje obolenj  
medeničnega dna  
*Paule Košorok*
- 60** Konferenca o zdravljenju  
z medicinsko konopljo  
*Milan Krek*
- 64** V hotelu sestanek, pred njim  
pa oboroženi policisti in vojaki  
ter oklepna vozila!  
*Matjaž Rode, Gordan Čok*
- 66** Mir in vojna  
*Vladislava Stamos*

## Strokovne publikacije

---

- 67** Ob dvajsetletnici ustanovitve  
mreže centrov za preprečeva-  
nje in zdravljenje odvisnosti  
od prepovedanih drog  
*Jasna Čuk Rupnik*
- 68** Atul Gawande: Being Mortal  
– Medicine and What Matters  
in the End  
*Tjaša Vidmar*

## Strokovna srečanja

---

- 71** Zbornična izobraževanja za  
zdravnike in zobozdravnike
- 73** Strokovna srečanja
- 77** Mali oglasi

## Obletnica

**78** Pediatrična sekcija SZD ob 50-letnici Otroškega oddelka Splošne bolnišnice Murska Sobota

*Zdravko Roškar,  
Samantha Malok*

## S knjižne police

**80** Friedrich Dürrenmatt: Der Richter und sein Henker (Sodnik in njegov rabelj)

*Marjan Kordaš*

## Zanimivo

**82** Ena diagnoza – dve rešitvi

*Dušan Božič*

**83** Nepal po potresu. Ljubezen in sočutje na recept?

*Jasna Čuk Rupnik*

**84** Prerisati iz glave – 10. jubilejna razstava Irene Kavšek

*Mojca Černe*

## Zdravniki v prostem času

**86** Na cerkvenem zvoniku v Ljutomeru je zaplapolala slovenska zastava že leta 1848

*Elko Borko*

**88** Jasmin

*Andrej Rant*

**88** Neodposlano pismo

*Miroslava Cajnkar Kac*

**90** Trikotnik

*Matjaž Lesjak*

**91** Kuba

*Ana Anđelković Žmuc*

**93** Ali se bomo bolje odrezali na 37. Svetovnih igrah v Mariboru?

*Armin Alibegović,  
Kristina Tozon*

**95** Pot v Življenje

*Miloš Židanik*

## Zavodnik

**97** Kako lahko humor pomaga

*Marko Pokorn*

## Kolofon

Leto XXV, št. 1, 1. januar 2016  
Natisnjeno 9850 izvodov  
Datum tiska: dan pred izidom  
UDK 61(497.12) (060.55)  
UDK 06.055:61(497.12)  
ISSN 1318-0193 CODEN: ISISF9

## IZDAJATELJ IN ZALOŽNIK

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

## PRESEDNIK

Prim. Andrej Možina, dr. med.

## UREDNIŠTVO

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

## ODGOVORNI IN GLAVNI UREDNIK

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

## UREDNIŠKI ODBOR IN NOVINARJI

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

## LEKTORIRANJE

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

## OBLIKOVANJE

Agencija Iz principa

## RAČUNALNIŠKA POSTAVITEV IN PRIPRAVA ZA TISK – DTP

Stanislav Oražem

## TRŽENJE

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

## TISK

Tiskarna Povše

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

## Lastnik blagovne znamke:

Zdravniška zbornica Slovenije  
Dunajska cesta 162  
1000 Ljubljana

## Navodila avtorjem

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

## Poročila s strokovnih srečanj

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

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

## Napoved strokovnega srečanja

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

## Izjava uredništva

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

## Letna naročnina

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

**Doc. dr.  
Viljem Kovač,  
dr. med.,  
strokovni  
direktor  
Onkološkega  
inštituta  
Ljubljana**

Prof. dr. Alojz Ihan, dr. med., ZZS  
[alozj.ihan@mf.uni-lj.si](mailto:alozj.ihan@mf.uni-lj.si)

*Doc. dr. Viljem Kovač je na Onkološkem inštitutu Ljubljana zaposlen od leta 1986, hkrati je docent na medicinski fakulteti v Ljubljani. 18 let je izvršilni urednik mednarodne raziskovalne in strokovne revije *Radiology and Oncology*, ki ima največji dejavnik vpliva v Sloveniji. Na Onkološkem inštitutu in v Topolšici je vodil multidisciplinarni konzilij za zdravljenje pljučnega raka. Sodeloval je v številnih kliničnih raziskavah. Zadnja leta ga posebej navdušuje farmakogenomika in bolniku prilagojeno zdravljenje.*

*Pred kratkim ste z vsesplošnim soglasjem stroke in javnosti na mestu strokovnega direktorja nasledili prof. Žgajnarja. Tako ste bili potrjeni kot edini kandidat, kar v času silovitih kadrovskih prerivanj ni običajno, sploh pri osrednji ustanovi za onkološke bolezni, ki obrača prek 90 milijonov letnega proračuna in ima skoraj 1000 zaposlenih.*

Vloga strokovnega direktorja naj bi bila zgolj koordinacija strokovnjakov in strok, ki so zbrani pri nas pod eno streho, kar je redek in brez dvoma pozitiven dosežek, tudi mednarodno. Mislim tudi, da imamo glede na razmere izvrstno stroko in strokovnjake; če bi lahko uresničili večino svojih zamisli, bi bilo še boljše.





*Nekatere številke glede pojavljanja in umrljivosti za onkološkimi boleznimi nas sicer lahko kljub temu skrbijo. Mislim, da smo med »vodilnimi« glede rasti onkoloških bolezni, od manj kot 10.000 novih primerov na prelomu tisočletja smo prišli do preko 14.000 poldrugo desetletje pozneje. Slovenija je v vrhu evropskih držav po pogostosti raka kot vzroka smrti – glavna dejavnika naj bi bila izjemno veliko staranje prebivalstva in pozno diagnosticiranje pogostih rakov, kot sta pljučni in črevesni. Je torej stroka res tako izvrstna?*

Trdim, da od trenutka, ko dobi človek onkološko diagnozo, njegova usoda oz. preživetje – glede na stadij bolezni – ni slabše kot v državah v sosesčini. Bomo pa to morali še bolj dokumentirati s številkami za vsako posamezno diagnozo.

A že zdaj lahko trdim, da Onkološki inštitut dosega nadpovprečne rezultate pri zdravljenju redkih tumorjev, kot so nekateri limfomi, ščitnični tumorji ali mezoteliomi. Z interdisciplinarnim pristopom prihajajo do izraza naše prednosti, naša velikost (ali, če hočete, majhnost) in centralizacija dejavnosti pri redkih tumorjih. Pri pogostih rakah, ki pa statistično bolj vplivajo na preživetje prebivalstva (pljuča, dojka, kolorektum, prostata), je smrtnost zelo pogojena z razširjenostjo bolezni ob obisku zdravnika – in tu Slovenci nismo najboljši. Gre predvsem za vprašanje zdravstvene kulture, pa miselnosti, ki se je ali se ni pripravljena soočiti z osebnimi problemi, čeprav neprijetnimi. Pri nas je v kulturi zanikanje simptomov raka in ljudje ne pridejo dovolj zgodaj k družinskemu zdravniku. Mislim, da je to pomemben dejavnik, da pridemo pozno do diagnoz.

Pri razreševanju strahu pred diagnozo je zelo pomembna vloga medijev. Ti morajo nenehno informirati in opozarjati ljudi, naj ob sumljivih težavah, na primer spremembi

kroničnega kašlja, obiščajo zdravnika. Tu je torej še veliko izzivov za nadaljnje izboljšave, ki bodo zmanjšale stopnjo umrljivosti zaradi raka – zdravstvena vzgoja ljudi s pomočjo medijev in šole ter presejalna testiranja pri pogostih rakah, pri katerih je to učinkovito. Seveda pa je še vedno najučinkovitejša primarna preventiva, ko se izogibamo dokazanem dejavnikom tveganja za nastanek raka.

*Kaj pa od trenutka, ko se potencialni bolnik pojavi pri svojem osebem zdravniku – od takrat stvari potekajo dobro?*

Ko pride bolnik enkrat s svojimi sumljivimi simptomi in z znaki bolezni k družinskemu zdravniku, je po mojih izkušnjah, ki jih imam v glavnem s pljučnimi raki, pot do zdravljenja zgledno učinkovita in tudi hitra. Imamo zelo dobre družinske zdravnike, ki sume za raka hitro pretvorijo v diagnozo. Morda potem nekoliko predolgo traja od diagnoze do ocene razširjenosti bolezni zaradi zastojev pri slikovni diagnostiki, predvsem preiskavah PET-CT. Ampak na koncu večinoma dosežemo okno enega meseca od diagnoze do začetka terapije. Kar je povsem sprejemljivo za razvite zdravstvene sisteme.

*Trdite torej, da je usoda bolnika pri dani diagnozi in stadiju pri nas vsaj tako dobra kot drugod po razviti Evropi?*

Ja, naše terapevtske možnosti so dovolj dobre, če seveda primerjamo enako z enakim, kar je včasih težko zaradi smernic, ki se razlikujejo od države do države. Pa te so dokaj podobne, bolj se razlikujemo v dejanski klinični praksi. Lep primer je rak prostate. Oba veva, da PSA ni primeren za presejanje raka prostate, marsikje na zahodu pa presajajo z določitvijo tumorskega označevalca PSA in imajo zato veliko preveč »diagnoz« in preveč nepotrebnih operacij v stanju, ko raka niti ni treba operirati in bi bilo bolje čakati in opazovati. Ampak zaradi vseh teh nepotrebnih diagnoz in operacij je tam umrljivost zaradi raka prostate



seveda na videz manjša, saj kot raka zdravijo tudi primere, ki zdravljenja niti ne potrebujejo.

*Glavni problem naših slabših statistik umrljivosti za rakom je torej pozen obisk zdravnika.*

Ja, sploh postane to statistično zelo pomembno pri nekaterih pogostih rakah in s tem problemom se bomo morali kot glavna institucija na onkološkem področju še intenzivneje ukvarjati. Najprej gre za večji obseg presejalnega testiranja, kadar je od tega dokazana korist. Skušali bomo povečati odzivnost na vabila za testiranje. Potem se mi zdi pomemben psihološki dejavnik, strah, ki ga v Sloveniji ljudje čutijo v zvezi z onkološko diagnozo. Marsikdo, ki ga možnost onkološke bolezni občasno zaskrbi zaradi znakov, ki so mu znani, na primer kronični kašelj ali kronične prebavne težave, se ne more pripraviti, da bi simptome raziskal vsaj z angažiranjem osebnega zdravnika. Ljudje se ustrašijo ter aktivno zanemarijo težavo in jo pozabijo. Mislim, da je to pomemben dejavnik, da pridemo pozno do diagnoz.

*Kar je škoda, saj je onkološka terapija v zadnjih desetletjih*



Onkološki inštitut, stavba D, E, H.

*doživela neverjeten razmah. Spomnim se, da je v času, ko se je moja generacija odločala za specializacije, vse temeljilo na citostatskih, radioterapevtskih in kirurških shemah, temelječih na statistikah petletnega preživetja. Potem so prišla monoklonska protitelesa, ki so pri limfomih in levkemijah neposredno odstranjevala tumorske populacije celic. Skupaj s presaditvijo krvotvornih matičnih celic je terapija krvnih tumorjev povsem spremenila prognozo bolezni.*

Razvoj terapevtskih možnosti je bil manj bliskovit pri tumorjih trdnih tkiv in zasevkih, čeprav so tudi tu v nekaterih primerih nastala učinkovita tarčna zdravila, ki izkoriščajo presnovne posebnosti določenih vrst tumorskih celic. A razvile so se številne kirurške tehnike, ki skupaj s slikovno diagnostiko omogočajo zelo natančno odstranjevanje tumorskih tkiv. Podoben razmah so doživele obsevalne tehnike.

**Sem spada razvoj protonskih nožev?**

To je primerna metoda za zdravljenje nekaterih tumorjev, zlasti v centralnem živčevju. Osnovni princip radioterapije je sicer ne glede na vrsto sevanja in tehniko vedno enak: tumor mora čim bolj fokusirano

dobiti tumoricidno dozo, zdrava tkiva pa morajo biti čim bolj zaščitena. Nove, stereotaktične tehnike obsevanja omogočajo prav to, hkrati pa je pomembno, da tarče ne zgrešimo. Po drugi strani pa obstajajo različni sevalni viri, ki imajo različne učinke. Eden od teh so na primer že omenjeni protoni, ki so najprej ogromno obetali, zdaj pa je jasno, da verjetno niso nič bolj učinkoviti pri uničevanju tumorjev kot drugi delci. Njihova prednost je le manjša poškodba sosednjih, netumorskih tkiv, kar je na primer pomembno v centralnem živčevju, pa tudi pri drugih lokalizacijah, kot so tumorji glave in vratu.

Zato cena in objektivna uporabnost te aparature narekuje, da jih je v EU samo nekaj, in verjetno ne gre za terapijo, ki bo postala množično zdravljenje. Nekateri vodilni centri še čakajo na klinične rezultate, preden bodo morebiti nabavljali te aparature.

*Kolikor vem, vlada zadnje leto tudi ogromno navdušenje zaradi novih monoklonskih protiteles, ki blokirajo receptorje za programirano celično smrt tumorskih celic (PD-1 inhibitorji) in limfocitov T (PDL-1 inhibitorji). Šlo naj bi za revolucijo pri zdravljenju trdnih tumorjev, saj zdravila inaktivirajo zavoro, s katero tumorska celica prepreči napad limfocitov T nanjo.*

Res je, zanimanje za ta novi način terapije je izjemno in žal mi je, da se vam zaradi novih direktorskih obveznosti nisem mogel pridružiti na nedavnem simpoziju, ki smo ga onkologi organizirali o tej temi. Terapije so pokazale dramatične učinke pri pljučnem raku, ledvičnem raku in melanomu. Če ne drugega, je učinek teh terapij dobra potrditev, da je imunski sistem pomemben pri vgnezenju tumorske rašče.

**Res pa je melanom že dolgo znan kot neobičajno zelo odziven tumor za imunoterapijo in**



Priprava bolnika pred obsevanjem.



Sektor operativnih dejavnosti.

*Človek se vpraša, v kolikšni meri tudi drugi trdni tumorji uporabljajo PD-1 receptorje za to, da preprečijo limfocitom T napad na tumor ter si s tem omogočijo vgnezdenje.*

Vse bo pokazal šele čas. Ne glede na dramatične učinke na tumor v nekaterih eksperimentalnih terapijah v onkologiji še vedno šteje študija preživetja in teh študij pri omenjenih zdravilih še ni prav veliko. Je pa ohrabrujoče, da zdravilo učinkuje,

saj do sedaj solidni raki niso bili odzivni na imunoterapijo, morda z izjemo melanoma in hipernefroma, kjer je aplikacija interferona imela neke nespecifične učinke kot imunoterapija.

*Rak je resna diagnoza, ki v bolniku zbudi vse preživetvene strahove in gone, zato večini bolnikov postane osrednja življenjska okupacija. V današnjem hiperinformiranem in povezanem svetu se pri bolnikih gotovo pojavijo tudi dvomi, ali je zdravljenje pri nas zares najboljše ali bi bilo na primer pametneje oditi v tujino.*

Bistven je partnerski odnos zdravnika in bolnika. Zdravnik je dolžan pojasniti bolezen, njeno razširjenost, terapevtske možnosti. Seveda pri tako resni boleznih, kot je rak, neredko pride do zanikanja, sploh če gre za razširjeno bolezen, zato se pri pacientu, in še bolj pri svojcih, pojavijo nerealna terapevtska pričakovanja v smislu, da bolezen mora biti ozdravljiva, če ne pri nas, pa prav gotovo v tujini. Taki bolniki potrebujejo dodatno pozornost in vsestransko objektivno razlago, večkrat jih pomiri utemeljeno mnenje konzilija ali drugo mnenje.

Osnovni pogoj, da večinoma lahko pomirimo pacienta, pa je v dejstvu, da so naše terapevtske možnosti tudi objektivno zelo dobre in primerljive z razvitimi centri v naši okolici. Razvite imamo vse vidike terapije, zelo hitro registriramo in uporabimo tudi nova

zdravila. V primeru redkejših oblik bolezni, ki jih uspešneje zdravijo specializirani centri v tujini, pa navadno kar sami svetujemo tako zdravljenje, imamo izdelan postopek in v primeru strokovne upravičenosti ni zadržkov po tovrstnem zdravljenju.

*Kaj pa pacienti, ki se želijo zdraviti v eksperimentalnih programih? Teh je veliko v EU in v ZDA in zlasti pri slabših prognozah pacienti neredko na spletu najdejo program za svojo diagnozo in bi sodelovali v njem.*

Znano je, da zdravljenje v eksperimentalnih programih praviloma izboljša uspeh zdravljenja, ne glede na to, ali so ljudje v testni ali v kontrolni skupini. Zato željo po eksperimentalnem zdravljenju podpiramo že zaradi tega, če seveda stanje pacienta ustreza merilom eksperimentalnega programa. Marsikdaj pa žal ne, ker so vključitveni pogoji eksperimentalnih programov navadno zelo ozki.

*Onkološki inštitut ima tudi sam močno raziskovanje in v ta kontekst sodi tudi vaše dolgoletno urednikovanje mednarodne revije Radiology and Oncology, ki si je v zadnjih letih izjemno dvignila faktor vpliva (IF 1,92).*

Zgodba z revijo se je začela v bivši Jugoslaviji, ko je bila revija platforma za koordinacijo strokovnih doktrin radioloških centrov nekdanjih republik. Z osamosvojitvijo pa smo se pri reviji odločili, da naredimo vrhunsko raziskovalno in strokovno revijo z močnim faktorjem vpliva – in nam je uspelo. Morda se je ob tem pojavilo vprašanje, zakaj sploh vztrajati z volonterskim (»amaterskim«) angažiranjem v svetu, v katerem je veliko odličnih, profesionalno vodenih revij, za katere skrbijo velike založbe. Sam mislim, da je namen našega obstoja v promociji slovenske odličnosti v slikovni diagnostiki in onkologiji, in te naše odličnosti je veliko. Mednarodno vpeta znanstvena revija je priložnost, da to odličnost pokažemo širše.

Podatki o delovnem programu – realizacija 2014	
<b>Bolnišnična dejavnost:</b> število sprejemov	13.443
<b>Ambulantna dejavnost:</b> število vseh ambulantnih pregledov	104.329
Podatki o številu zaposlenih – 31. 12. 2014	
Skupaj zaposlenih	980
Zdravniki	155
Drugi zdravstveni delavci in sodelavci	666
Realizacija prihodkov 2014	
Skupaj prihodki	90.270.052

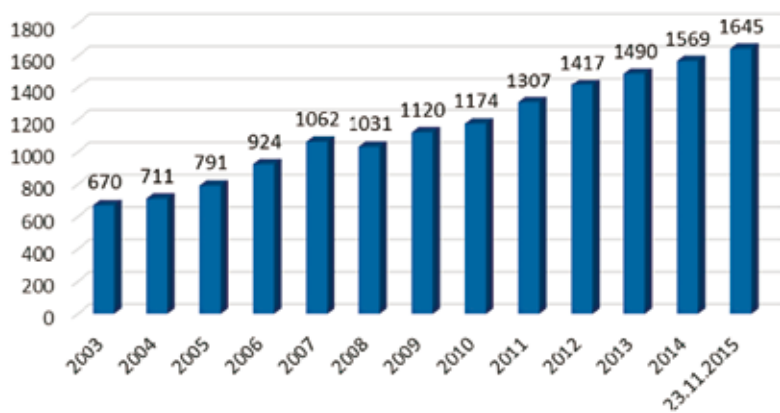
# Pomanjkanje zdravnikov in pospešeno izobraževanje specializantov

*Komentar ob izjavah predstavnikov javnih zavodov ob pomanjkanju anesteziologov v UKC Maribor*

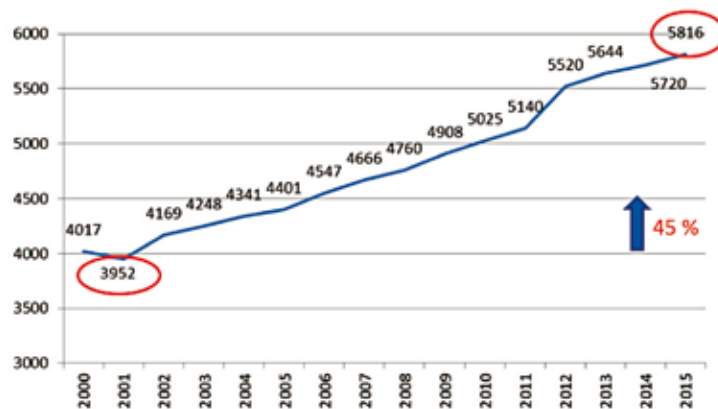
Prim. Andrej Možina, dr. med., ZZS

Do leta 2003 je veljal režim razpisovanja specializacij s strani zdravstvenih zavodov, torej prav takšen, kot ga ponovno želi restavrirati Ministrstvo za zdravje in Združenje zdravstvenih zavodov na čelu z g. Metodrom Mezkom. Za to obdobje je bilo značilno veliko pomanjkanje zdravnikov, njihova preobremenjenost in posledične improvizacije pri delu. Mladi zdravniki so bili večinoma brez opore in pravne zaščite, brez varnosti in brez standardov kakovosti v procesu izobraževanja. Prepriščeni so bili dobrim ali tudi slabim praksam vodstvenih delavcev, znani so bili pojavi klientelizma, nepotizma in korupcije, saj je večinoma šlo za nepregleden postopek. Pravega posluha za povečevanje števila zdravnikov ni bilo, od tod veliki problemi na področju kakovosti storitev in časa, namenjenega bolniku. Rezultat take domačijske in stihijske politike načrtovanja novih zdravniških kadrov je bil, da smo morali zdravnike uvažati, in ta delež danes znaša okoli 20 odstotkov vseh slovenskih zdravnikov.

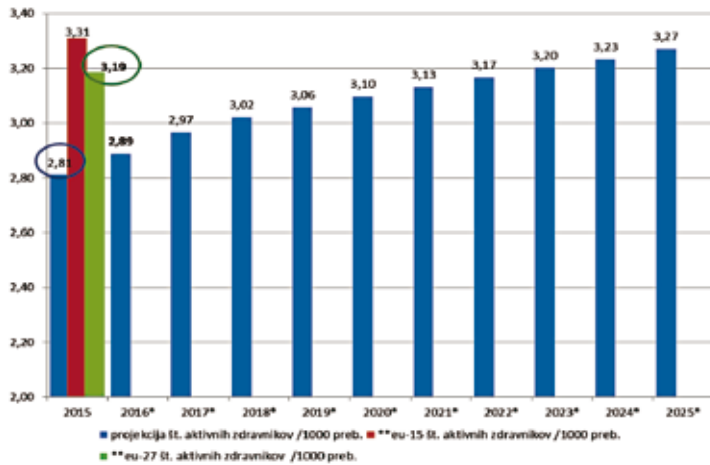
Odkar je ZZS z javnim pooblastilom leta 2003 prevzela načrtovanje, nadzorovanje in izvajanje specializacij, se je število mladih zdravnikov – specializantov skoraj potrojilo. S 630 leta 2003 na 1650 v letu 2015! Število aktivnih zdravnikov v Sloveniji se je v teh letih povečalo za 45 odstotkov in še vedno zaostajamo za povprečjem EU-27 za okoli 12 odstotkov, torej za okoli 700 zdravnikov. Zbornica predlaga število razpisnih mest in MZ jih odobri ali pa ne. Uvajanje mladih zdravnikov v sistem je eno redkih podpoglavij v zdravstvenem sistemu, ki dobro deluje, in v nadaljevanju moramo biti zadržani, da ne bomo ustvarili viškov mladih specialistov v Sloveniji. Projekcije namreč nakazujejo, da bo do leta 2022 v Sloveniji prišlo do licenc okoli 2500 specializantov, število upokojitev pa ocenjujemo na 700. Govorimo torej, da bomo čez šest let v Sloveniji pridobili število zdravnikov specialistov, ki danes delujejo v UKC Maribor in UKC Ljubljana skupaj. V letu 2022 bo Slovenija ob zaposlovanju vseh formiranih specialistov presegla povprečje EU-27, če ne bo bistveno povečanega odhoda zdravnikov v tujino. Podatki



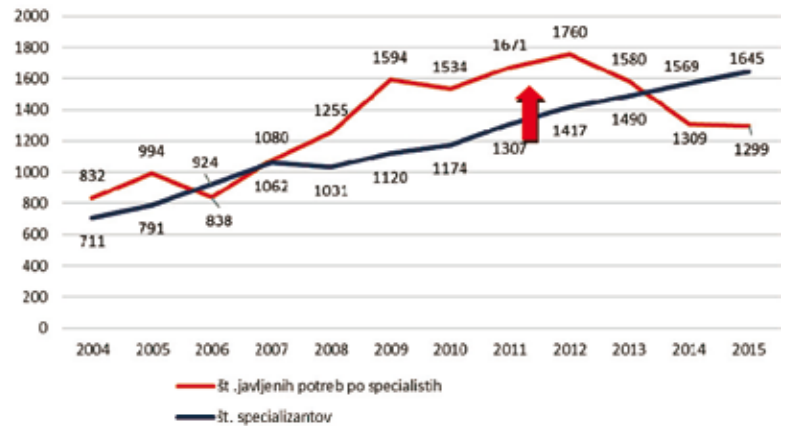
Število specializantov po letih od 2003–2015. Vir: register ZZS – članstvo



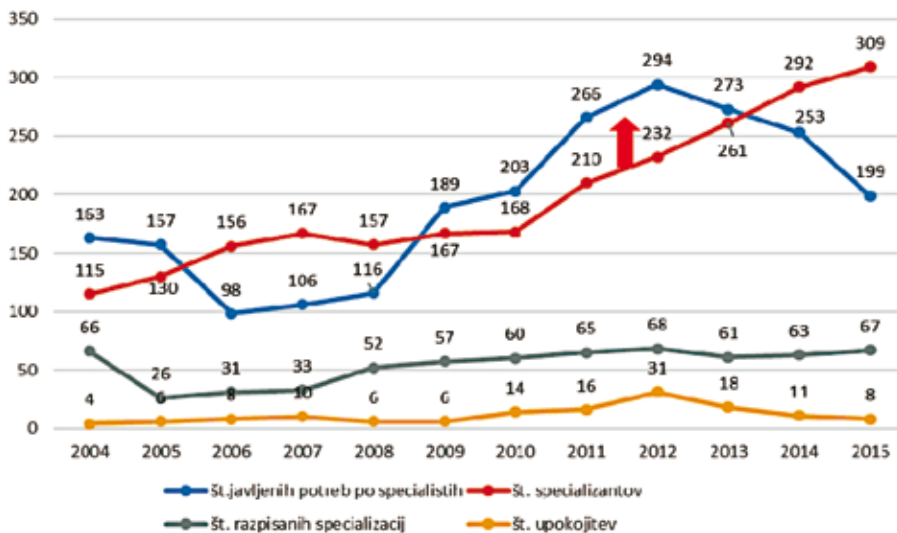
Rast števila aktivnih zdravnikov v obdobju 2000–2015. Vir: register ZZS – članstvo



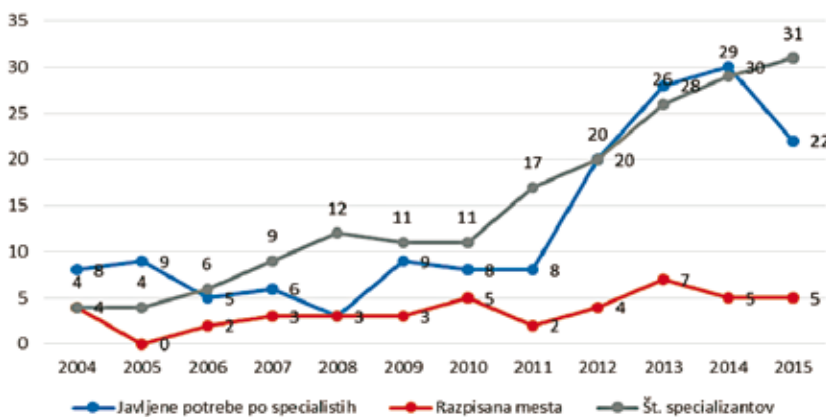
Projekcija števila aktivnih zdravnikov/1000 prebivalcev do leta 2025. Vir: register ZZS – razpisi specializacij



Število javljenih potreb po specialistih v primerjavi z številom aktivnih specialistov v obdobju 2004–2015.



Število javljenih potreb po specialistih v primerjavi z številom aktivnih specialistov v obdobju 2004–2015. Vir: register ZZS – razpisi specializacij



Graf prikazuje javljene potrebe, razpisana mesta in število aktivnih specialistov za regijo Maribor v obdobju 2004–2015 za področje anesteziologije. Vir: register ZZS – razpisi specializacij

ZZS nakazuje, da je število specialistov marsikje že krepko nad javljenimi potrebami zavodov in regij po specialistih, kar je po svoje razumljivo, saj so priročna in zastonj delovna sila v ustanovah.

Eden od priročnih očitkov zbornici je pomanjkanje specialistov v tem trenutku in njena vloga pri načrtovanju. Tako je bilo tudi v mariborskem primeru pomanjkanja specialistov anesteziologov.

Bistvo pomanjkanja anesteziologov v UKC Maribor je v pomanjkljivem načrtovanju zdravnikov univerzitetne ustanove od 2004 do 2010 oziroma v majhnem javljanju potreb. Ko so bile te prepoznane in sporočene ZZS leta 2011, je regija dobila 3-kratno povečanje števila specialistov anesteziologije, z 10 leta 2011 na 30 zdravnikov specialistov v letu 2015. ZZS ima čvrste dokaze, da je v času vodenja tega javnega pooblastila ne samo znatno povečala število dobro izobraženih slovenskih zdravnikov, zagotovila kakovost izobraževanja mladih zdravnikov in njihovo varnost ter zagotovila preglednost in objektivnost v izbirnih postopkih.

Sprašujem se: kakšno bi šele bilo pomanjkanje specialistov danes, če bi Združenje zdravstvenih zavodov še vedno načrtovalo zdravniške kadre v Sloveniji?

# Stališča ob osnutku predloga »Zakona o zdravstvenih delavcih«

*Nedavno smo bili soočeni z osnutkom predloga »Zakona o zdravstvenih delavcih«, ki bi v primeru sprejetja in uveljavitve pomembno posegel v položaj slovenskega zdravnika. Zlasti pomembno je zavedanje, da bi se s tem zakonom praktično v celoti ukinila vloga Zdravniške zbornice Slovenije na področjih načrtovanja, izvajanja in zagotavljanja kakovosti podiplomskega izobraževanja, usposabljanja in izpopolnjevanja ter iz tega izhajajočega sistema licenciranja.*

V nadaljevanju na podlagi predstavitve prednosti uveljavljenega sistema izvajanja specializacij zdravnikov predstavljamo refleksije na številne neustrezne predvidene rešitve oz. določbe potencialno novega zakona o zdravstvenih delavcih v Republiki Sloveniji.

## A. Prednosti uveljavljenega sistema izvajanja specializacij zdravnikov

Zdravniška zbornica Slovenije je na področju načrtovanja, usklajevanja in zagotavljanja kakovosti izvajanja specializacij v zadnjih 12 letih dosegla velik napredek. Prednosti sedanjega sistema so predvsem:

1. usklajeno in pregledno načrtovanje centralnih razpisov specializacij;
2. zagotovitev enakih možnosti za pridobitev specializacije;
3. urejen način zaposlovanja in financiranja specializacij;
4. izboljššan položaj zdravnika specializanta;
5. zagotavljanje kakovosti izvajanja specializacij na naslednjih področjih:
  - usklajene vsebine specializacij z direktivami EU,
  - pooblastila za izvajanje specializacij na podlagi strokovnih ocen pogojev v zdravstvenih ustanovah,

- imenovanje in določanje glavnih mentorjev specializantom,
- vpeljan sistem kakovosti s koordinatorji specializacij in nadzorniki kakovosti,
- učne delavnice za glavne mentorje,
- e-list zdravnika specializanta (»logbook«),
- vizitacije pooblaščenih izvajalcev.

### A.1. Usklajeno in pregledno načrtovanje centralnih razpisov specializacij

S takšnim načinom lahko zbornica skrbi za enakomerno razpisovanje in odobravanje specializacij zdravnikov. V razmerah, ko v Sloveniji še vedno primanjkuje zdravnikov, je nujno potrebno, da se jih nadzorovano in uravnoteženo usmerja v različne specialnosti in različne regije. Metodologija za pripravo razpisa upošteva pričakovane upokojitve, sporočene potrebe in preskrbljenost posameznih regij s specialisti posamezne specialnosti. Stihijsko odobravanje specializacij zgolj na podlagi trenutnih želja ali moči posameznega oddelka je v preteklosti povzročilo resna pomanjkanja nekaterih specialistov. Prednosti lahko povzamemo v naslednjih točkah:

1. Zbornica skrbi za uravnoteženo število razpisanih specializacij po celotni državi in v vseh specialno-

stih ter ob tem upošteva razpoložljivo število zdravnikov (v preteklosti so nekatere specialnosti in predvsem posamezni zavodi bolj, drugi pa manj skrbeli za obnovo kadrov).

2. Opravljanje specializacije je zakonska obveznost, centralni razpisi omogočajo hitro pridobitev specializacije vsem zdravnikom (ni treba čakati na potrebo posameznega zavoda in se z njim dogovarjati).
3. Na enem mestu objavljen razpis omogoča jasen pregled možnosti za pridobitev specializacije vsem zainteresiranim kandidatom.

### A.2. Zagotovljene enake možnosti za pridobitev specializacije

S preglednim načinom odobravanja specializacij, kjer so vnaprej znani kriteriji in merila za ocenjevanje le-teh, je zbornica zagotovila izpolnjevanje enega izmed osnovnih načel demokratičnosti – načela enakih možnosti. Postopek odobritve specializacij je namreč enak za vse prijavitelne kandidate, kar omogoča, da imajo vsi kandidati enake možnosti za pridobitev katerekoli specializacije na podlagi svojih dosedanjih dosežkov in referenc.

### A.3. Urejen način zaposlovanja in financiranja specializacij

Specializante je uveljavljen sistem osvobodil (predvsem finančnih) obvez do ustanove, ki specializanta financira. Te obveze so bile v preteklosti predvsem moteče med usposabljanjem, saj je specializant velikokrat »moral« na delo in dežuranje v matično ustanovo, kar je lahko pogosto pomenilo krnitev kakovosti

njegovega usposabljanja. Prav tako ni več dolgotrajnih zvez specializantov po končani specializaciji (ustanove, ki so ga financirale, so ga v preteklosti zavezovale za delo po končani specializaciji, najpogosteje tudi za dvakratno dobo trajanja specializacije), kar je predstavljalo oviro mobilnosti in s tem povečevanju konkurenčnosti zdravništva.

Pregleden način financiranja, za ureditev katerega si je zbornica prizadevala kar nekaj let, je takšen, da denar sledi specializantu. Pooblaščen izvajalci dobijo refundacijo sredstev za specializacije, kar pomeni, da le-teh ne plačujejo več iz sredstev za opravljanje programa, kot je bilo urejeno pred letom 2003. Ta način financiranja »osvobaja« specializanta, ki se lahko tako res posveti predvsem svojemu usposabljanju.

#### **A.4. Izboljšan položaj zdravnika specializanta**

Urejeno financiranje specializacij in zaposlovanje na mestih, kjer se specializant usposablja, izboljšuje položaj zdravnikov specializantov. Tudi ukinitve zaveze za dolgotrajno delo pri točno določenem delodajalcu po končani specializaciji (ki je bila prej v veljavi kar 50 let) izboljšuje položaj zdravnikov specializantov. Daje jim več samostojnosti, svobode in avtonomnosti, s čimer so podani osnovni pogoji za uveljavljanje ene temeljnih vrednot – svobode poklica. Po drugi strani sedaj uveljavljen sistem razpisovanja specializacij specializantu vseeno zagotavlja možnost načrtovanja svoje poklicne kariere specialista v določeni slovenski regiji.

#### **A.5. Zagotavljanje kakovosti izvajanja specializacij na naslednjih področjih:**

- usklajene vsebine specializacij z direktivami EU;
- pooblastila za izvajanje specializacij so bila izdana na podlagi

strokovnih ocen kandidatur posameznih zdravstvenih ustanov;

- imenovanje in določanje glavnih mentorjev specializantom na podlagi uveljavljenih strokovnih kriterijev za namen kakovostnega izvajanja usposabljanja;
- vpeljan sistem zagotavljanja in izboljševanja kakovosti usposabljanja prek sistema nacionalnih koordinatorjev specializacij in nadzornikov kakovosti za vsebinsko sorodne skupine specializacij;
- organizacija učnih delavnic za glavne mentorje;
- uvedba e-lista zdravnika specializanta, ki omogoča stalno spremljanje napredovanja in pridobivanja znanj in kompetenc specializantov;
- izvajanje vizitacij učnih ustanov oz. pooblaščenih izvajalcev.

### **B. Prenos izkušenj in predlogov v dopolnitev sistema vodenja specializacij**

V sorazmerno kratkem obdobju samostojne države Slovenije smo tudi na področju specialističnega podiplomskega usposabljanja zdravnikov (SPUZ) uspeli uveljaviti nekatera načela, ki so jih v državah tradicionalne evropske demokracije izgrajevali dolga desetletja. Sistem SPUZ, ki smo ga v Sloveniji izvajali do leta 1999, je bil razdrobljen, nepregleden ter brez kakršnegakoli systemskega upravljanja kakovosti. Ker je bilo vse, kar je imela na tem področju v rokah zdravstvena politika na ravni države (Ministrstvo za zdravje), pravzaprav le administrativno potrjevanje predlogov za specializacije, ki so jih prejeli od izvajalcev v javni zdravstveni mreži, ter »izdajanje dekretov« o specializaciji, lahko rečemo, da je bila t.i. »kadrovska politika« pravzaprav skupek številnih (več kot 100) različnih politik posameznikov, direktorjev javnih zdravstvenih zavodov. Poleg slabega načrtovanja potrebnega

števila vpisanih na medicinsko fakulteto je tudi to prispevalo h kadrovski nezadostnosti ter v nekaterih primerih privedlo celo do kriznih razmer pomanjkanja zdravnikov v določenih slovenskih okoljih.

Zdravstveni zavodi vplivajo na razpis specializacij s tem, ko zbornici javljajo potrebe za razpis določenih specializacij. Zbornica na podlagi teh podatkov in podatkov, ki jih ima v registru zdravnikov, ob upoštevanju razpoložljivih kandidatov za prijave na razpis, pripravi nacionalno in po specialnostih uravnotežen razpis specializacij. Zbornica evidentira in upošteva vse javljene potrebe, ki jih sporočijo zavodi. Vendar pa podatki za preteklo desetletje kažejo, da bi bilo ob nekritičnem upoštevanju javljenih potreb treba v prvih letih razpisovati na primer na stotine specializacij, kandidatov za prijavo na razpis pa je bilo le okoli 200. V takih razmerah je nujno, da obstaja centralno razpisovanje specializacij, saj bi sicer večina zdravnikov pristala na specializaciji v najbolj privlačnih ustanovah, in še to v pretežno najbolj priljubljenih specialnostih. S premišljenimi pripravami razpisa so bile tako ponujene možnosti za pridobitev specializantov tudi drugim regijam in v manj priljubljenih specialnostih.

Zdravniška zbornica Slovenije je bila vsa leta, odkar je prevzela vodenje specializacij, odprta za predloge. Ti so bili oblikovani na osnovi izkušenj iz našega in sistemov podiplomskega usposabljanja v drugih evropskih državah. Vseskozi smo izboljševali postopke razpisovanja specializacij ter merila na izbirnih postopkih za kandidate za določeno specializacijo. Poleg tega so bili predvsem s strani zdravstvenega menedžmenta stalno ponavljani predlogi, da se poveča vpliv vodilnih v zdravstvenih zavodih na izbiro kandidatov za posamezno regijo. Zbornica je te predloge v celoti upoštevala ter predlagala ustrezne spremembe v besedilu trenutno veljavnega Zakona o zdravniški službi.

**Enakomerno preskrbljenost državljanek in državljanov na**

**celotnem ozemlju Republike Slovenije z zdravstveno oskrbo lahko in mora zagotavljati neodvisni organ, ki ima kontinuirano neodvisno dolgoročno vizijo pokritosti vsega slovenskega ozemlja s specialisti ter tudi primerne kadre za usposabljanje novih specialistov.**

### **C. Poskus sinteze – povzetek/poudarki**

Dejstvo je, da je k učinkovitemu prehodu v sistem mednarodno primerljivih organizacijskih in kakovostnih standardov na področju diplomskega izobraževanja in usposabljanja zdravnikov v Sloveniji pomembno pripomoglo priznanje in uveljavitev visoke stopnje poklicne avtonomije, sicer tudi zgodovinsko inherentne značilnosti zdravniškega poklica.

V primeru zdravniškega poklica gre za reguliran poklic (vsaj v številnih evropskih državah je tako), ki se zaradi svoje posebne vloge prav po tem v svojem bistvu razlikuje od drugih poklicev s področja zdravstvene dejavnosti. Visoka stopnja samoregulacije poklica dokazano pomaga k usklajenemu delovanju

sistema zdravstvene oskrbe in še zlasti na področjih strokovnega izpopolnjevanja in specialističnega usposabljanja pomembno pripomore, da je le-to kar najbolj kakovostno.

Nadzorovano, pregledno in na objektivnih merilih temelječe odobranje specializacij in vstopanje v proces poklicnega usposabljanja zdravnikov ob delu, usklajeno razporejanje po deloviščih oz. specializantskih delovnih mestih, nenehno in sprotno spremljanje napredovanja v pridobivanju kompetenc za izvajanje in nosilstvo zdravstvene dejavnosti ter ne nazadnje prizadevanja za dober nadzor in izboljševanje kakovosti celotnega procesa so ključni elementi več let potekajočega posodabljanja sistema zdravniških specializacij v Sloveniji. Vse navedeno v okviru javnega pooblastila v zadnjem desetletju učinkovito izvaja Zdravniška zbornica Slovenije in predstavlja znaten strokovni in organizacijski napredek ter primerljivost s splošno uveljavljenimi standardi in priporočili. In vsaj trenutno še predstavlja pomembne elemente samoregulacije zdravniškega poklica.

Pred nekaj leti je ob podobnih poskusih razgradnje težko priborjene in uveljavljene stopnje poklicne

avtonomije slovenskih zdravnikov akademik prof. dr. Matija Horvat, prvi in dolgoletni predsednik Sveta za izobraževanje zdravnikov Zdravniške zbornice Slovenije, dejal: »Kdo naj bi namesto zbornice urejal podiplomsko izobraževanje zdravnikov, zagotavljal njihovo strokovnost s podeljevanjem in podaljševanjem licenc, ugotavljal sposobnost za specializacije, strokovno in pravično obravnaval domnevne zdravniške napake? Menda ne nekakšna skupina, sestavljena iz večnih politikov, zaprašenih birokratov ter zdravnikov in zobozdravnikov, ki niso nikoli imeli prave volje, znanja in poguma za ukvarjanje z živo medicino in so se zato rajši lotili njenega urejanja!«

Iz predstavljenega kratkega pregleda je razvidno, da je podcenjevanje zbornice s poskusi zmanjševanja njenih pristojnosti, vključno z ukinjanjem obveznega članstva zdravnikov (kar vse je vsebovano v uvodu citiranega osnutka novega Zakona o zdravstvenih delavcih), v resnici ogrožanje bolnikov v Sloveniji. Tudi potencialnih bolnikov, torej vseh naših državljanov.

*Zdravniška zbornica Slovenije*

*Izjava za javnost*

## **Zdravniške organizacije nezadovoljne z delom ministrice za zdravje in zaskrbljene zaradi razmer v zdravstvu**

*Ostajamo brez reforme, brez vizije in brez perspektive slovenskega zdravstva*

*Ljubljana, 10. december 2015 - Zdravniške organizacije Slovenije – ZZS, SZD, Fides, SZZZS opozarjamo slovensko javnost in odločevalce na desetletje neuspešnih poskusov strukturnih sprememb v slovenskem zdravstvu, ki se nadaljujejo z razmišljanji in analizirani zdravstvenega sistema. Slovenski javnosti se v tem času sporoča všečne ocene o razmerah in kakovosti slovenskega zdravstva, ki ne odražajo celovite slike in realnega stanja problemov, s katerimi se soočamo slovenski zdravniki*



*ter drugi zdravstveni delavci in ki jih v največji meri občutijo slovenski bolniki. Namesto spopada z najtežjimi dilemami slovenskega zdravstva se ministrica za zdravje odloča za delne posege v zakonodajo in išče rešitve v zavračanju dialoga s slovenskimi zdravniki ter rušenju obstoječih in delujočih sistemov.*

**Prim. Andrej Možina, dr. med.**, je ob tem dejal: »Sodeč po izjavah in delnih ukrepih Ministrstvo za zdravje odstopa od reševanja ključnih dilem slovenskega zdravstva, ki jih je moč rešiti le s celovito strukturno reformo. Namesto resne reforme se izvajajo delni posegi v zdravstveno zakonodajo kot slepo sledenje neposrečeni koalicijski pogodbi, ki ne prinašajo rešitev. Nasprotno, celovito reformo še bolj odmikajo v negotovo prihodnost in v še večji meri poglobljajo že tako resne razmere v zdravstvu, katerih sicer ministrica ne želi videti. Ob tem pa smo zdravniške organizacije naletele na molk in nepripravljenost Ministrstva za zdravje pri pobudah in skupnem iskanju optimalnih rešitev za izhod slovenskega zdravstva iz krize tako s slovenskimi zdravniki kot neodvisnimi poznavalci zdravstva.

*Ravnanje MZ v zadnjem času ocenjujemo kot nekonstruktivno, samozadostno in predvsem nepripravljeno za soočenje z resnimi izzivi slovenskega zdravstva, ki bi vodili v smeri sodobnih sistemov v uspešnih državah.«*

Namero MZ z Zakonom o zdravstvenih delavcih in posledično ukinitvev Zakona o zdravniški službi razumemo kot grob poseg v zdravniško avtonomijo, degradacijo temeljnega poklica v zdravstveni dejavnosti in kot poskus utišanja slovenskega zdravništva. Te namere razumemo kot nepriznanje in nespoštovanje slovenskih zdravnikov, ki v razmerah varčevanja v zdravstvu (500 milijonov evrov na leto) in pomanjkanja zdravnikov z največjimi napori vzdržujemo slovensko medicino na kolikor toliko zadovoljivi ravni. **Ministrici za zdravje sporočamo, da Zakon o zdravniški službi za zdravniške**

**organizacije in slovenske zdravnike nima alternative.**

**Prof. dr. Bojana Beović, dr. med.**, je dejala: »**Izobraževanje slovenskih zdravnikov pod okriljem politike vidimo kot velik korak nazaj in veliko tveganje glede kakovosti in varnosti izobraževalnih procesov mladih zdravnikov.** Še kako pomembno je, da je število specializantskih mest na nacionalni in regionalni ravni določeno na podlagi **strokovnih ugotovitev** in ne kadrovskega menedžmenta posameznih izvajalcev. Orodje menedžmenta so zdravniki specialisti, ne pa specializanti, ki se jim zaradi trenutnih potreb, nastalih zaradi slabega vodenja bolnišnic, onemogoča iz javnega denarja plačano usposabljanje. Nazoren primer, kaj se zgodi, če je usposabljanje specializantov



prepuščeno izvajalcem, imamo trenutno v UKC Maribor. Delo ZZS na področju razpisa specializantskih mest se je v zadnjih letih izkazalo za zelo kakovostno, število specialistov v državi se postopno povečuje, mladi specialisti pa se po končani specializaciji skoraj v vseh primerih lahko zaposlijo, kar kaže na ustrezno načrtovanja. Omenjena dejavnost ZZS ni nastala čez noč, gre za skrbno načrtovan in postopno razvijan sistem, ki je evropsko primerljiv. Povsem nerazumljivo je, da želi MZ uničiti omenjeno vlogo ZZS in začeti povsem znova.«

Ob novem zakonu, ki ukinja ZZS, ostaja odprto vprašanje stalnega podiplomskega izobraževanja zdravnikov, ki ga prav tako na evropsko primerljiv način že leta vodi ZZS in z licenciranjem zdravnikov zagotavlja njihovo teoretično in praktično usposobljenost. Strokovni nadzori s svetovanjem potekajo na sodobnih osnovah vodenja kakovosti, pri katerem se ocenjuje zdravnikovo delo in daje izhodišča za njegovo izboljšanje. Povsem nemogoče je tak način dela nadomestiti z upravnim nadzorom, ki ga vodi MZ. Ob nepregledni vrsti problemov slovenskega zdravstva se sprašujemo, zakaj se MZ ukvarja z njimi in ukinja tiste dele slovenskega zdravstva, ki delujejo.

**Pričakovati je vedno hujše pomanjkanje javnih virov za zdravstvo, zato bi od MZ pričakovali, da večjo vlogo nameni zasebnim oblikam dela v okviru javnega zdravstva.** Kljub v primerjavi z Evropo zelo skromnemu deležu zasebnih izvajalcev znotraj in zunaj javnega zdravstva (le 17 % zasebnih zdravnikov

koncesionarjev, le 1 % zasebnih postelj v primerjavi s povprečno 20 % zasebnih postelj v EU-27), so se le-ti v dobrih dveh desetletjih dela izkazali z doseženo visoko ravni kakovosti dela in zaupanja ter zadovoljstva bolnikov. Predlagane spremembe Zakona o zdravstveni dejavnosti in nepojmljive diskvalifikacije zasebnih zdravnikov v predlogu Resolucije NPZV 2015–2025 so zato jasen dokaz nespoštljivega odnosa piscev teh besedil tudi do slovenskih bolnikov.

**Helena Mole, dr. med.,** je ob tem dejala: »Odločno nasprotujemo in izražamo protest proti delnemu spreminjanju Zakona o zdravstveni dejavnosti v delu, ki se nanaša na koncesije. Tak delni pristop k reševanju slovenskega zdravstva ocenjujemo kot slabo premišljeno dejanje, ki je v nasprotju z evropskim pravnim redom in ustavnim redom RS. V praksi pomeni usihanje že tako skromno razvite zasebne dejavnosti v državi in ogrožanje 1500 zasebnih zdravnikov, ki učinkovito delujejo v javnem zdravstvu. Iz istih razlogov tudi nasprotujemo Resoluciji NPZV 2015–2025, kjer se povsem diskriminatorsko obravnava zasebno zdravniško dejavnost.«

**Prof. dr. Pavel Poredoš, dr. med.,** je dejal: »Zdravniške organizacije so pri svojem delovanju avtonomne in se dopolnjujejo v okviru Koordinacije zdravniških organizacij. Tako želimo v največji možni meri udeležiti interese bolnikov, interese zdravnikov in interese celotne družbe na področju zdravstva. Zdravniki smo avtonomni nosilci stroke in stroka mora biti neodvisna od politike. Še posebej to velja za najvišje strokovne

organe v državi, ki morajo delovati znotraj zdravniških organizacij.«

**Standardi in normativi zdravnikov in zobozdravnikov so neizpolnjena zaveza sporazuma med zdravniškimi organizacijami in državo.** **Konrad Kuštrin, dr. med.,** je dejal: »Ob tem, da ministrica za zdravje v komunikaciji vseskozi dokazuje do Fidesa ignorantski odnos, kar pomeni tudi poniževalen odnos do zdravnikov in zobozdravnikov, ki jih predstavljamo in so temeljni in odgovorni nosilci zdravstvene dejavnosti, je ravnanje ministrice usmerjeno predvsem v zavlačevanje pri realizaciji nalog, ki jih od nje pričakujemo. To so v prvi vrsti standardi in normativi, o katerih so strokovne skupine podale pozitivno strokovno mnenje, s strani ministrstva pa ni nobenega odziva. Enaka zgodba se ponavlja pri začetku pogajanj za spremembe in dopolnitve Kolektivne pogodbe za zdravniške in zobozdravnike v RS, kjer se brez vsebinskih razlogov zavlačuje začetek pogajanj. Da o zgodbi s kadrovanjem direktorja največje zdravstvene ustanove v državi, UKC Ljubljana, ne govorimo. Zato ob tej priložnosti ministrici za zdravje in vsem, ki jo podpirajo na tem položaju, izrekamo nepreklicno javno nezaupnico.«

Prim. Andrej Možina, dr. med.,  
predsednik ZZS

Konrad Kuštrin, dr. med.,  
predsednik Fidesa

Prof. dr. Pavel Poredoš, dr. med.,  
predsednik SZD

Helena Mole, dr. med.,  
predsednica SZZZZS

## 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

# Podelitev licenčnih listin in potrdil o opravljenem specialističnem izpitu

Polona Lečnik Wallas, ZZS  
[polona.wallas@zzs-mcs.si](mailto:polona.wallas@zzs-mcs.si)

Zdravniška zbornica Slovenije je v četrtek, 19. novembra 2015, organizirala svečano podelitev licenčnih listin in potrdil o opravljenem specialističnem izpitu.

Podelitve se je udeležilo skupaj več kot 300 specialistov, njihovih sorodnikov in prijateljev.

Navzoče sta nagovorila prim. Andrej Možina, predsednik zbornice, in predsednica Sveta za izobraževanje in usposabljanje zdravnikov prof. dr. Bojana Beović. Skupaj s predsednico komisije za podiplomsko usposabljanje mag. Natašo Jevnikar, dr. dent. med., sta podelili listine kar 80 specialistom.

Vsem specialistom iskrene čestitke!



# Iz dela zbornice

## Kdo je odgovoren?

Zadnjih nekaj tednov smo zdravniki, zobozdravniki in zdravstvo spet v soju žarometov. Stalne teme, ki so vedno prisotne in jih moramo jemati skrajno resno in odgovorno – namreč dogajanja v zvezi z neugodnimi rezultati zdravljenja, zapleti in pritožbami – so del poklica. Nekatere druge teme, ki so posredno prav tako del poklica in so v zvezi z organizacijo službe, zagotavljanjem zdravstvene oskrbe, se nas dotikajo v dnevni rutini. Spet tretje teme pa so dogodki, ki smo jim priča skozi prizmo političnih odločitev, ki na srečo v veliki večini ne vplivajo na strokovno delo. Izhajajoč iz dejstva, da je zdravnik oziroma zobozdravnik v svojem bistvu intelektuallec v širšem pomenu besede, si moramo o vseh treh naštetih dimenzijah ustvariti lastno, kritično mnenje z namenom analize in iskanja rešitev.

Neugodni rezultati zdravljenja, zapleti in pritožbe, se zdi, se dogajajo drugim, ne meni. Tako razmišljanje je izredno nevarno in z vidika pomembnosti poklica skrajno neodgovorno. Prav vsaka odločitev ima lahko za posledico slab izid. Skrb za stalno izpopolnjevanje, skrb za standardizacijo postopkov ter skrb za nepretrgano in kakovostno komunikacijo z bolniki, svojci in med kolegi ter v timu je pomemben element za preprečevanje neugodnih izidov in zmanjševanje posledic, ko do tega pride. Prav slaba komunikacija je pogosto vzrok za pritožbe v primeru neugodnih izidov zdravljenja, kar je zaznati iz dela prejetih pritožb zoper zdravnike.

Kolegi anesteziologi iz UKC Maribor so nastavili ogledalo nekaterim organizacijskim prijemom iz preteklosti. Iskanje krivcev za nastali položaj se bo nadaljevalo. Kdo bo grešni kozel, še ni znano. Prav jasno pa je, da je nastala situacija posledica

številnih zgrešenih korakov in zmanjševanja pomembnosti opozoril, da je v Sloveniji zdravnikov specialistov premalo. Trenutno so verjetno le tri specialistična področja, kjer število specialistov odstopa navzgor od evropskega povprečja: pediatrija, ginekologija in plastična kirurgija (ne bi želel odpirati razprave, ali jih je dovolj ali preveč, ker to presega obseg tega pisanja). Prav pri vseh drugih specialnostih pa po podatkih zbornice manjka od 20 do 40 odstotkov zdravnikov glede na povprečje EU-27 (in ne EU-15)!

Kot smo včeraj slišali od predstavnice Ministrstva za zdravje (MZ) na izrednem in nujnem sklicanem sestanku ob hudih nepričakovanih zapletih pri trenutnem razpisu specializacij, so želeli s povečanim številom razpisanih mest priskočiti na pomoč prebivalcem naše države. Namen nepredvidenega povečanja števila razpisanih mest za 40 odstotkov (!!!) je bil skrajšanje čakalnih vrst, zmanjšanje pogodbenega dela in še par drugih v bodočnost usmerjenih strategij bodo rešili. Težava nastopi pri argumentiranju te, s strani MZ popolnoma enostranske odločitve, ki postavlja delovanje Zdravniške zbornice Slovenije (ZZS) v skrajno podcenjujoč položaj, predvsem delo Sveta za izobraževanje ter vseh nacionalnih koordinatorjev za specializacije. Poleg tega utemeljevanje MZ ne zdrži v glavnih točkah. Skrajšanje čakalnih vrst je lahko uspešno le ob povečanju in plačilu vseh storitev, ne s povečanim številom izvajalcev. Zmanjšanje pogodbenega dela bi bilo res mogoče, če bi bile te specializacije razpisane v regijah, kjer je to morebiti problem. Prav tako ne morem mimo dejstva, da je število s strani ZZS predlaganih specializacij približno ustrezalo številu potencialnih kandi-

datov s slovenskih medicinskih fakultet. Od kod bodo kandidati, ki bodo zapolnili ostala mesta?

Odnos, ki smo mu priča, kaže na usmeritev politike MZ tudi s predlogom Zakona o zdravstvenih delavcih, o čemer piše prim. Možina v Delu.

Ne nazadnje se moram dotakniti vprašanja izbiranja vodstva UKC Ljubljana. To, da je vodilna zdravstvena ustanova v R Sloveniji že nekaj let brez direktorja, kaže na sposobnosti lastnika. To, da se potencialni kandidat norčuje iz lastnika, vseh zaposlenih ter ne nazadnje kaže svoj odnos tudi do slehernega državljanca R Slovenije, ki bo morda iskal pomoč v UKC Ljubljana, je komaj vredno komentiranja. Da je vredno obsojanja, pa prav gotovo. Zaposleni smo ogorčeni in užaljeni zaradi nespoštljivosti tega gospoda. Kaj čutijo nam zaupani bolniki, raje ne bi želel vedeti.

Če je zgoraj analiza, mora slediti tudi iskanje rešitev. Kot prvo sem prepričan, da velika večina zdravnikov in zobozdravnikov svoje delo jemlje skrajno resno in odgovorno. Željo po spremembi nekaterih vzorcev obnašanja smo dejavno nakazali s številnimi koraki skozi travmatične zgodbe, ki so široko odmevale v slovenski javnosti. Prav v začetku decembra pa smo na ZZS tudi pričeli s sistematičnim izobraževanjem s področja komunikacije. Število udeležencev delavnice je trden dokaz o pravilnosti odločitve.

Na ZZS nadaljujemo z opozorili, da moramo z odprtim dialogom skrbno načrtovati razvoj mreže na sekundarni in terciarni ravni z namenom zadostiti strokovno-organizacijskim standardom, ki veljajo v razvitem svetu. Nedvomno pa mora temu slediti tudi dosledno plačevanje opravljenih storitev z namenom ne samo izboljšati dostopnost do storitev. S stalnim spremljanjem in z analizo kakovosti izidov zdravljenja bomo mogli tudi stalno izboljševati

rezultate našega dela. Prav skozi pravilno in pravično vrednotenje storitev pa lahko ustvarjamo delovne pogoje, da bo mladi slovenski zdravnik želel svoje delo opravljati v domačem okolju.

Zdravniki in zobozdravniki si želimo, da bi bilo opozarjanje na odgovornost usmerjeno v vse strani in ne le v eno smer, proti nam. Zahtevamo, da svoje breme odgovornosti za

nastale razmere sprejemajo prav vsi: od ministrice za zdravje ter njenih ožjih sodelavcev do predsednikov svetov zavodov največjih bolnišnic in tudi tisti, ki te bolnišnice vodijo ali jih bodo vodili.

*Asist. Valentin Sojar, dr. med.,  
MBA, FEBS, svetnik  
Podpredsednik ZZS*

seminarjev in drugih oblik strokovnega usposabljanja, ki ne zahtevajo kotizacije in ki potekajo v rednem delovnem času med ponedeljkom in petkom, pri katerih je vlogo za oceno možno vložiti **najpozneje osem dni pred začetkom**.

## Obvestilo organizatorjem strokovnih vsebin – rok za vložitev predloga za oceno strokovne vsebine

Organizatorje strokovnih vsebin obveščamo, da je v skladu s 14. členom Pravilnika o zdravniških licencah (Uradni list RS, št. 48/05) predlog za oceno strokovne vsebine možno vložiti le **pred začetkom izvajanja**

**strokovnih vsebin**, in sicer **najpozneje mesec pred začetkom**.

Navedeni rok se nanaša na vložitev vloge za oceno vseh strokovnih vsebin, razen protokoliranih konferenc o varnostnih zapletih, internih

## Nadomestne volitve v volilni enoti CE1 (SB Celje) Celjske regije

Obveščamo vas, da je bila na nadomestnih volitvah v volilni enoti CE1 Celjske regije, ki so potekale 10. decembra 2015, za novo poslanko skupščine Zdravniške zbornice Slovenije izvoljena Andrea Pavlović, dr. med.



# Optimalna prehranska skrb ali podpora za vse (Optimal Nutritional Care for All, ONCA) v Evropi 2020

Gregor Veninšek, dr. med., UKC Ljubljana

Dr. Katja Povhe Jemec, uni. dipl. inž., Ministrstvo za zdravje

Doc. dr. Mojca Gabrijelčič, Nacionalni inštitut za javno zdravje

Dr. Milena Kovač Blaž, dr. med., ZD Ljubljana

Dušan Baraga, dr. med., ZD dr. Božidarja Lavriča Cerknica

Doc. dr. Nada Rotovnik Kozjek, dr. med., Onkološki inštitut

*Na vseh ravneh zdravstvene oskrbe, v primarnem zdravstvenem varstvu, bolnišnicah in negovalnih ustanovah, je podhranjenost pogost zdravstveni problem.*

*V Evropi je prehransko ogroženih 33 milijonov odraslih – tako velika razsežnost problema podhranjenosti predstavlja 170 milijard evrov stroškov za evropske zdravstvene sisteme vsako leto. Ta resen zdravstveni problem zahteva hitro in na strokovnih spoznanjih klinične prehrane osnovano prehransko politiko.*

V evropske in nacionalne aktivnosti ONCA se skupaj vključujejo ključni deležniki, ki delujejo v zdravstvenem sistemu, tako profesionalno (zdravniške, dietetične, negovalne in lekarniške organizacije) kot tudi organizacije bolnikov, ministrstva za zdravje, nacionalni inštituti, zdravstvene zavarovalnice in medicinska prehranska industrija (MNI). Vsi skupaj želijo na skupno zasnovanih multidisciplinarnih strokovnih izhodiščih uvesti ustrezno prehransko politiko, standarde, smernice, izobraževanje in zagotoviti sredstva za izvajanje optimalne prehranske oskrbe za vse skupine prebivalstva in na vseh ravneh zdravstvenega varstva.

Program ONCA usklajuje ENHA (European Nutrition for Health Alliance) in njene članice. Leta 2010 je program podprl Evropski parlament in leta 2012 tudi evropski program SZO. Od leta 2012 v Evropi potekajo aktivnosti, ki naj bi pospešile izvajanje najboljših prehranskih praks v Evropi. Slovenija sodeluje v programu ONCA od 2014 in se leta 2015 v te aktivnosti pospešeno vključuje z Resolucijo o nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015–2025.

Pri organiziranju aktivnosti ONCA skupaj sodelujejo Ministrstvo za zdravje, zdravniške in

druge poklicne organizacije (klinična prehrana, gerijatrija, družinska medicina, dietetika, farmacija) in združenja bolnikov. Platforma ONCA je odprta za vse, ki se želijo pridružiti aktivnostim za optimalno prehransko oskrbo na vseh ravneh zdravstvene oskrbe.

## Resolucija o nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015–2025

Zdrav življenjski slog postaja vedno pomembnejši vidik celostnega pristopa k reševanju ekonomske, zdravstvene in socialne problematike, ki so posledica staranja družbe. Delež prebivalstva nad 65 let se v Republiki Sloveniji iz leta v leto povečuje in sledi trendu razvitih držav EU, kjer naj bi delež starejših odraslih do leta 2020 znašal 20 odstotkov prebivalstva in se bo v naslednjih desetletjih še občutneje povečal.

Fiziološki procesi staranja vodijo v sarkopenijo in osteoporozo ter načenjajo funkcionalno telesno maso in močno pripomorejo h krhki starosti. S staranjem se poveča možnost padcev, onemoglosti in s tem povezano večje število



Člani slovenske delegacije: Gregor Veninšek, Katja Povhe Jemec, Mojca Gabrijelčič, Milena Blaž Kovač, Dušan Baraga, Nada Rotovnik Kozjek.

hospitalizacij in obiskov drugih ustanov za starejše odrasle ter slabih izidov zdravljenja najrazličnejših zdravstvenih težav.

Pri starejših odraslih poleg izziva čezmerne telesne mase, zlasti na račun kopičenja maščevja, predstavlja velik izziv tudi izgubljanje mišične in kostne mase, zato sta priporočena prehrana in zadostna telesna dejavnost toliko pomembnejši. Starejši odrasli, ki se neustrezno prehranjujejo, so ob upadu telesne dejavnosti še posebej ogroženi. Med zdravimi, doma živečimi starejšimi odraslimi je običajno malo podhranjenih, pri starejših v ustanovah in pri bolnih pa pogosto najdemo visoko stopnjo podhranjenosti.

Ker telesna funkcija neposredno vpliva na telesno stanje, je vzdrževanje funkcionalne telesne mase, rednih vzorcev gibanja in tudi kognitivnih zmogljivosti ključni dejavnik kakovostnega

starejšega staranja. Z redno in ustrezno telesno dejavnostjo ob ustrezni prehranski podpori (zadosten energijski in beljakovinski vnos) se degenerativni procesi v organizmu starejšega odraslega lahko do določene mere upočasnijo, posameznik pa dlje ohrani dobro telesno pripravljenost in funkcionalni status. Telesna dejavnost kroničnim bolnikom omogoča optimalno izrabo prehranske podpore in je ključna za vzdrževanje funkcionalne mase ter dobro kakovost življenja.

Prehranjevanje bolnikov v bolnišnici ne pomeni samo zadostitve osnovnih prehranskih potreb, ampak po mnenju stroke predstavlja neločljiv del zdravljenja, saj se pri boleznih spremeni presnova, na katero še dodatno vpliva terapija, zato je za uspešno zdravljenje nujno, da dobijo bolniki presnovnim potrebam prilagojeno prehrano. Pri bolniku, ki je že

slabo prehranjen, ali pri bolniku s tveganjem za pojav slabe prehranjenosti je individualna prehranska obravnava – prehranska terapija – sestavni del zdravljenja, kar povzema tudi letos julija v parlamentu potrjena Resolucija o nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015–2025. Resolucija izpostavlja, da je treba preventivne ukrepe nadgraditi z ustreznimi prehranskim svetovanjem ter programi opolnomočenja za funkcijsko zmogljivost, ki jih izvajajo kvalificirani strokovnjaki s področja prehrane in gibanja, ter oboje vključiti v sistem zdravstvenih ustanov kot del preventivnih programov in tudi programov zdravljenja.

Krepitev primarnega zdravstvenega varstva s širitvijo referenčnih ambulant na vse ambulante splošne in družinske medicine, kot tudi obravnava neprimerne prehranjenosti v okviru njihovega delovanja, bo omogočila kakovostnejšo obravnavo kroničnih bolnikov, prehransko presejanje in ugotavljanje funkcijske zmogljivosti ter ustrežnejše ukrepanje.

Resolucija postavlja cilj, da se v okviru primarnega zdravstvenega varstva zagotovi zgodnje odkrivanje in učinkovita obravnava neustreznih prehranjevalnih navad ter nezadostne telesne dejavnosti pri odraslih ter funkcijske manjzmožnosti oziroma nezmožnosti pri starejših odraslih, kot tudi v okviru zdravstvene obravnave bolnikov v bolnišnicah in domovih za starejše občane.



## Kongres ONCA – Optimal Nutritional Care for All

1. februar 2016, Domus Medica

Posvet o učinkoviti prehranski oskrbi na vseh ravneh zdravstvenega sistema

Kotizacije ni.

Kreditne točke: v postopku

Program in prijave na: [www.domusmedica.si](http://www.domusmedica.si)

Za doseganje cilja so predvideni naslednji ukrepi:

- širitev referenčnih ambulant na vse ambulante splošne in družinske medicine s ciljem kakovostne obravnave kroničnih bolnikov ter zgodnjega odkrivanja dejavnikov tveganja in ogroženih zaradi neustreznih prehranjevalnih in gibalnih navad, čezmerne hranjenosti in podhranjenosti, nezadostne telesne dejavnosti pri odraslih ter funkcijske manjzmožnosti oziroma nezmožnosti pri starejših odraslih,
- nadgradnja obstoječih preventivnih programov in programov krepitev zdravja za odrasle in starejše odrasle, ki se nanašajo na prehrano (prehransko svetovanje)

in telesno dejavnost za zdravje (svetovanje) ter funkcijsko zmožnost,

- okrepitev izvajalske mreže kadrov v zdravstveno-vzgojnih centrih (centrih za krepitev zdravja, patronažnih službah) s standardnimi timi za izvajanje programov krepitev zdravja in podpore za opolnomočenje na področju zdravega prehranjevanja (dietetiki), redne telesne dejavnosti in funkcijske zmožnosti za vse populacijske skupine (kineziologi, fizioterapevti),
- uvesti sistemsko ureditev presejanja, obravnave in ustrezne podpore za funkcijsko zmožnost bolnikov in starejših z dejavniki tveganja za funkcijsko manjzmo-

žnost v klinični praksi ter zagotoviti spremljanje vpliva podpore funkcijski zmožnosti bolnikov in oskrbovancev,

- uvedba prehranskih strokovnjakov (dietetik, prehranski svetovalec, klinični dietetik) na vseh treh ravneh zdravstvenega in socialnega varstva.

Enako, kot je pomembna ustrezna prehranska podpora, pa je tudi telesna dejavnost bolnikov pomemben dejavnik pri okrevanju in pomembna vzporedna terapevtska pot. Resolucija izpostavlja, da tudi bolniki potrebujejo specifično in svojim možnostim prilagojeno in načrtovano telesno vadbo, ki bo ohranjala moč in njihovo kondicijo ter ohranjala funkcionalno telesno maso.

## Duševno zdravje in begunci

Izr. prof. dr. Vesna Švab, dr. med., Medicinska fakulteta Ljubljana

[Vesna.svab@mf.uni-lj.si](mailto:Vesna.svab@mf.uni-lj.si)

Migracijska kriza ima poleg ekonomskih tudi psihološke posledice, ki jih je prav ocenjevati kot javno-zdravstveni in psihosocialni izziv. V različnih preverljivih študijah se je dokazalo, da ima več kot tretjina beguncev duševne motnje, med njimi najpogosteje posttraumatski stresni sindrom in depresijo. Verjetnost za posttraumatsko stresno motnjo je pri beguncih desetkrat večja kot pri drugih ljudeh in se veča z dolžino bivanja v zavetiščih in dolžino nezaposlenosti. Ljudje s posttraumatsko motnjo in z depresijo so bistveno bolj ogroženi glede samomora kot drugi ljudje.

Vzroki za posttraumatsko motnjo pa so seveda v grozotah, ki so jih doživeli doma ali na begunski poti. Povprečna življenjska doba se je v Siriji od 2010 do konca 2014 zmanjšala s povprečja 75,9 leta na 55,7 leta. Do avgusta 2015 je iz Sirije zbežalo 4,1 milijona ljudi.

Na mestih, kjer nastajajo te duševne motnje, sta psihosocialna pomoč in zdravljenje težko, če sploh sta dostopna. Tudi na poti beguncev pomagajo večinoma le nevladne organizacije, ki imajo skromne kadrovske vire.

Videti je, da bomo morali ob tej krizi, ki je tudi psihosocialna, ne le humanitarna in varnostna, začeti uporabljati tudi v psihiatričnih in socialnih službah drugačne načine dela, prilagojene kulturnim vrednotam ljudi na begu, in jim pomagati, da bodo sploh lahko govorili o svojih stiskah. Zaradi jezikovnih, kulturnih in drugih ovir njihovega glasu o njihovem doživljanju namreč skoraj ne slišimo in jih ne razumemo. Ker je njihovo doživljanje kulturno različno in predvsem neslišno, so nam tuje tudi njihove stiske in trpljenje. Kar slišimo, so namreč le posamezni kriki, ki jih dovolijo mediji.

Pri preprečevanju samomora v tej skupini, posebej takrat, ko se bodo na svoji poti ustavili za dlje časa – takrat se namreč nevarnost samomora poveča – bo treba narediti več, kot smo do sedaj z običajnimi programi preprečevanja samomora (izobraževanje strokovnjakov in javnosti, zgodnje odkrivanje depresij in zdravljenje, kampanje proti stigmati in diskriminaciji). Predvsem bo treba izboljšati dostop do psihosocialne pomoči. Rečeno drugače: potrebovali bomo sočutne in dostopne službe, strokovne delavce, ki bodo poznali kulturo in jezik prizadetih. Tisti, ki jim bodo lahko resnično pomagali, so torej lahko le v njihovi skupini.

### Vir:

1. [https://www.researchgate.net/publication/283346621\\_Psychological\\_support\\_for\\_refugees\\_and\\_asylum\\_seekers\\_quo\\_vadis](https://www.researchgate.net/publication/283346621_Psychological_support_for_refugees_and_asylum_seekers_quo_vadis)



# Ustrezna obravnava migrantk in migrantov žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti\*

Mag. Mojca Vah Jevšnik, doktorandka soc. dela in raziskovalka na ZRC SAZU  
[mvah@zrc-sazu.si](mailto:mvah@zrc-sazu.si)

Ustrezna seznanjenost zdravstvenega osebja s problematiko in dinamiko nasilja v družini je pogoj za učinkovito prepoznavo in obravnavo žrtev. Pomembno je poznati osnovne značilnosti, oblike in dinamiko nasilja v družini; zdravstvena tveganja in posledice nasilja v družini; klinične in druge znake za boljše prepoznavanje žrtev; protokole, smernice, zakonodajo in druge pravno zavezujoče dokumente; dinamiko medinstitucionalnega sodelovanja ter obstoječe vladne in nevladne oblike in mehanizme pomoči žrtvam in povzročiteljem nasilja v družini. Prav tako je pomembno razvijati veščine za ustrezno komunikacijo z žrtvami, predvsem tistimi, ki jih uvrščamo v ranljive skupine. To so tiste skupine prebivalstva, ki so soočene z visoko stopnjo tveganja socialne izključenosti in neenakih možnosti in imajo pogosto omejen dostop do sistemskih in ekonomskih rešitev. Med ranljive skupine najpogosteje uvrščamo otroke in mladoletne osebe, osebe z motoričnimi, intelektualnimi in senzornimi ovirami, osebe z osebnostnimi in psihičnimi motnjami, revne in socialno ogrožene osebe in starejše. Prav gotovo pa med najbolj ranljive skupine spadajo tudi migrantke in migranti (v nadaljevanju migrantke). Za uspešno obravnavo migrantk, ki so žrtve nasilja v družini, je sicer treba njihovo ranljivost kontekstualizirati in obravnavati individualno glede na specifičnost življenjske situacije, v kateri se je migrantka znašla. Vendarle pa lahko nekatere osnovne dejavnike ranljivosti še posebej izpostavimo.

Pogosta in pereča težava pri obravnavi migrantk je otežena komunikacija zaradi nepoznavanja ali slabega poznavanja jezika. Težave nastanejo, če tolmači niso dostopni in se začnejo iskati informacije o dogodku pri povzročitelju nasilja. Pri tem je žrtev sekundarno viktimizirana,

zapis dogodka pa je lahko povsem izkrivljen. Podobna situacija lahko nastane tudi v primeru, ko tolmač ne odobrava prijave žrtve in določene podrobnosti, ki so lahko izjemnega pomena, izpusti ali jih nekorektno prevede. Pomanjkanje informacij ali posredovanje napačnih informacij poveča ranljivost migrantk, zato je nedvomno potrebno razmisliti o prevodu informacij o postopkih pri prijavi nasilja, možnih oblikah socialne in psihološke pomoči, možnostih nastanitve in podobno tudi v tuje jezike. Migrantke so ranljive tudi zaradi nepoznavanja delovanja sistema pomoči žrtvam (vloga zdravstvenega osebja, postopki na centrih za socialno delo in policiji, delovanje pravosodnih organov) in zaradi odsotnosti socialnih mrež. Pri socialni izolaciji ob odsotnosti socialnih mrež ne gre le za odsotnost čustvene in finančne podpore s strani družine in prijateljev in možnosti nudenja namestitve v primeru odhoda. Odsotnost socialnih mrež lahko tudi spodbudi agresivnost povzročitelja in poveča njegovo moč in nadzor. Nadzor nad življenjem partnerke ali partnerja se tako lahko izvaja bolj intenzivno – tako na fizični kot tudi na čustveni ravni. Prisotnost socialnih mrež seveda ni vedno v funkciji nudenja podpore. V nekaterih skupnostih, kjer veljajo ortodoksna prepričanja glede ustrezne dinamike zakonske zveze in dodeljenih vlog glede na spol, je lahko nasilje opravičevano kot sprejemljivo dejanje. Odločitev migrantke, da nasilje v družini prijavi pristojnim organom, lahko vodi v izključitev iz skupnosti, kulturno stigmatizacijo, pri njej pa spodbudi občutke sramu in krivde.

Migrantke, ki so v državi nedokumentirane in nimajo ustrezno urejenega statusa, so še posebej ranljive. Pogosto so finančno odvisne od povzročitelja, ker nimajo zakonitega osebnega dohodka, prav tako niso upravičene do socialnih prejemkov in podpornih storitev, ki jih nudijo

\* Prispevek je nastal v sklopu projekta Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti (POND Si\_Zdrav), ki je sofinanciran v okviru programa Norveški finančni mehanizem 2009–2014.

centri za socialno delo. V kolikor imajo otroke, se prijavi nasilja vztrajno izogibajo zaradi strahu pred morebitno deportacijo in dodelitvijo otrok partnerju. Žrtve nasilja v družini imajo lahko tudi status prosilke za azil ali begunke. V tem primeru nasilje v družini navadno spremlja posttravmatski stres zaradi dogajanja v državi izvora, zaradi katerega so se odločile poiskati zatočišče v drugi državi. Žrtve prosilke za azil in begunke se pogosto spopadajo tudi z depresijo, anksioznostjo, agorafobijo, imajo težave s spominom, z zbranostjo in nespečnostjo ter težko vzpostavijo zaupne odnose. Za delo z njimi je potrebna posebna senzibilizacija, empatičnost in pazljiva izbira konkretnih vprašanj, s katerimi zmanjšamo njihovo nelagodje in tesnobo. Predvsem pa je pomembno aktivno poslušanje, validacija njihovih občutij, opogumljanje in svetovanje o možnih oblikah pomoči.

Pomemben dejavnik ranljivosti pri obravnavi migrantk žrtev nasilja v družini je etnična in kulturna raznolikost. Pri tem lahko gre za kulturne vzorce posamezne migrantke v družini, ki jo sestavljajo člani večinske družbe, ali za pripadnost manjšinski skupnosti, v obeh primerih pa se pojavi potreba po kulturno kom-

petentnem ukrepanju s strani zdravstvenega osebja. Odzive in ukrepanje je treba prilagoditi drugačnim normam, vrednotam, verovanjem in prepričanjem, da se zagotovi zaupanje žrtve. Treba je torej razvijati kulturne kompetence oz. sposobnosti vzpostavitve spoštljivega in učinkovitega odnosa z ljudmi različnih kultur, etnij in veroizpovedi, brez predsodkov in diskriminacije. Pri tem je pomembno, da prepoznavamo in ozavestimo obstoj različnih kultur, se o njih izobražujemo, prepoznavamo lastne predsodke, prilagodimo komunikacijo za zagotovitev učinkovite in jasne izmenjave informacij, se skušamo zživeti v čustva drugih in delujemo z veliko mero potrpežljivosti.

Na tem mestu je treba opozoriti na neustreznost etnizacije nekaterih migrantk in migrantskih skupnosti v smislu dojemanja nasilja v družini kot nečesa zanje normalnega in nedotakljivega. Na primer prepričanje, da je nasilje v družini med Romi bolj sprejemljivo, ker je del romske kulture, ne sme postati argument za neukrepanje s strani zdravstvenega osebja. Z drugimi besedami, do nasilja nad migrantkami ali pripadnicami etničnih manjšin je vedno treba razviti ničelno toleranco, ne

glede na kulturno pogojene percepcije razumevanja nasilja. Pri nasilju gre vedno za izvajanje moči močnejšega nad šibkejšim, ne glede na spol, starost, družbenoekonomski položaj, versko in etnično pripadnost, kraj bivanja ali katero koli drugo osebno okoliščino.

Razumevanje dejavnikov ranljivosti pri obravnavi migrantk pripomore k ustrežnejšemu odzivu zdravstvenega osebja. Pripadniki različnih etnij in kultur, ki bodo deležni kulturno kompetentne obravnave, bodo lažje zaupali svoje strahove in stiske, bolje bodo sodelovali pri iskanju rešitev, manj bo tudi nespo-razumov. Tudi pri odločitvi o nadaljnjih korakih se je pomembno zživeti v življenjsko situacijo, v kateri se je znašla žrtev, in spoštovati njeno morebitno odločitev, da nasilja (še) ne prijavi. Opolnomočenje žrtve do te mere, da je zmožna nasilje prijaviti in iz nasilne situacije oditi, je namreč pogosto dolgotrajen proces. Pomembno je, da so zdravstveni delavci do žrtve ves čas empatični, da ji sporočajo, da ni sama kriva za to, kar se ji dogaja, da so na voljo za nadaljnje pogovore in da obstaja pomoč. V kolikor so žrtve nasilja v družini otroci, pa je prijava ustreznim organom seveda nujna.



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

Deseto izobraževanje Prepoznava in obravnava žrtev  
nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti bo  
29.–30. januarja 2016

Kotizacije ni.  
Kreditne točke: 12

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

# So stenice porajajoč parazit tudi v Sloveniji?

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

Območna enota Celje

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

Pred časom me je poklicala gospa in mi povedala, da je bila zaradi težav z otekanjem in s srbečimi izpuščaji pri zdravniku, nato pri specialistu dermatovenerologu. Ta je ugotovil, da gre za izpuščaje zaradi ugrizov stenic. Gospa je bila pred tem skupaj z možem v hotelu s petimi zvezdicami v turističnem kraju v Sloveniji. Dejala je, da ima sedaj stenice v svojem domu. Ker je v kratkem pričakovala obisk vnukinj, jo je skrbelo, kako in kaj naj naredi, da se bo stenic znebila.

Seveda sem bila prvi trenutek presenečena. Stenice v Sloveniji? Potem pa sem malo pobrskala na to temo po medmrežju in se v zvezi z uničevanjem stenic v konkretnem primeru obrnila na bivše sodelavce, ki so sedaj zaposleni v Nacionalnem laboratoriju za zdravje, okolje in hrano (NLZOH). Na moje presenečenje zanje to ni bila »velika« novica. S stenicami in njihovim uničevanjem so se v tem letu že nekajkrat srečali. Okoliščine za infestacijo so bile različne, od »uvoza« stenic s prtljago iz tujine do vnosa v stanovanje s posteljnimi vložkom. Dezinfekcija je bila vsakokrat težavna, saj so stenice lahko praktično v vsaki razpoki, ne samo okoli postelje, ampak povsod. Pri omenjeni osebi so bile tudi v okvirjih slik nad posteljo, kjer so jih ob prvem obisku spregledali.

V Združenih državah Amerike se je vznemirjenje zaradi stenic pričelo pred petimi leti v New Yorku. Zakaj se pojavljajo ponovno domala povsod po svetu? Vzrokov za to je več, od prepovedi uporabe sicer za stenice učinkovitih, a zdravju in okolju škodljivih insekticidov (DDT-ja), razvoja odpornosti na druge insekticide, ki so

učinkoviti npr. pri uničevanju ščurkov, ne pa stenic, uvažanja najrazličnejših predmetov, v katerih so lahko stenice, do potovanj in migracijskih tokov, v katerih je udeležen tudi »promet« s stenicami.

Stenice (*Cimex lectularius*) se prehranjujejo (v glavnem) s človeško krvjo. Velike so nekaj milimetrov, samice so večje od samcev. Ne »privlači« jih umazanija, ampak telesna toplota, kri in ogljikov dioksid. Najraje napadajo ponoči. Odrasli insekti in njihove razvojne oblike so vidne s prostim očesom. Ne prenašajo povzročiteljev nalezljivih bolezni. Približno 20 odstotkov ljudi zaradi njihovih ugrizov nima težav, pri nekaterih pa lahko pride do težkih alergičnih reakcij. Po ugrizu stenic se na odkritih delih telesa največkrat pojavi srbeč izpuščaj. Stenice sesajo kri v nekajdnevni intervalih, v vmesnem obdobju pa so skrite na različnih mestih. Za razliko od faraonskih mravelj in ščurkov nimajo gnezdišč, običajno so v skupinah, ni pa nujno. Samica v svojem življenju izleže do 500 jajčec, iz katerih se v dveh mesecih preko petih razvojnih stadijev nimf razvijejo odrasli insekti. Povprečno živijo do enega leta. So odporni insekti, ki preživijo v temperaturi pod  $-10^{\circ}\text{C}$ , odporni so na pomanjkanje vlage, v sedmih minutah jih ubije temperatura nad  $45^{\circ}\text{C}$ . Zanimivo je, da je mogoče ugotoviti človeško DNK v stenici tudi po 90 dneh od sesanja, kar je lahko v specifičnih razmerah pomoč pri delu forenzikov.

Stenice grizejo podobno kot klopi; njihov ugriz je neboleč, saj pred prdtjem kože izločijo anestetik in antikoagulans, ki jim omogoči sesanje

krvi. So plazeči insekti, ki se lahko dokaj hitro razširijo po različnih prostorih in niso samo v spalnicah. Niso redki primeri, ko zajedajo tudi domače pse in mačke.

O stenicah so pisali že stari Grki, o njih je na ozemlju današnje Gorenjske v 18. stoletju pisal Giovanni Antonio Scopoli. Do sredine 20. stoletja so bile zelo pogoste sostanovke z ljudmi, zaradi uporabe različnih insekticidov pa so skoraj izginile. Ponovno so se začele intenzivno pojavljati v osemdesetih letih prejšnjega stoletja. V ZDA je število dogodkov, v katere so bile »vpletene« stenice, od 500 v letu 2004 narastlo na 10.000 v letu 2009. Največje probleme s stenicami so imeli v Chicagu leta 2013. Od kod so se nenadoma pojavile, kje so živele ves ta čas? Verjetna je razlaga, da so parazitirale na alternativnem gostitelju, najverjetneje perutnini, zaposleni na farmah pa so bili njihovi raznašalci.

Uničevanje stenic je težavno, ker so lahko praktično povsod, zato je pri pregledu vseh možnih nahajališč potrebno biti vztrajen in dosleden. Poleg fizikalnih metod (sesanje, zamrzovanje, pranje nad  $60^{\circ}\text{C}$ , sušenje v sušilcih, uporaba parnih čistilcev) je potrebno uporabiti še primerne insekticide.

Pred dvema desetletjema so bile naglavne uši pri nas zelo zelo redke. Danes pa skoraj ni vrta in osnovne šole, kjer z njimi ne bi imeli problemov. Upam, da pri stenicah ne bo tako.

Literatura je na voljo pri avtorici.





## Dopolnilno delo za zdravnike na Hrvaškem

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

[boris.klun@gmail.com](mailto:boris.klun@gmail.com)

Hrvaška zdravniška zbornica je ustanovila delovno skupino, ki naj bi proučila sedanje stanje po sprejetju zakona o delu v prostem času in pripravila predloge za spremembe.

Hrvaška je namreč sprejela zakon, ki »omogoča zdravstvenim delavcem, da s pristankom delodajalca, za svojo korist lahko izvajajo delo v zdravstveni dejavnosti pod določenimi pogoji za drugega delodajalca, izven delovnega časa. Odobritev iz tega zakona daje delodajalec v skladu z merili, ki jih skladno s pravilnikom predpisuje minister za zdravstvo«.

Komur je uspelo prebrati citirani del zakona, je moral priti do zaključka, da dopolnilnega dela ne bo. Že merila za soglasje delodajalca so se v zadnjih dvajsetih letih petkrat menjala.

Delovna skupina meni, da bi popoldanska dual practice, ki jo uvajajo v Združenem kralje-

stvu, izboljšala kakovost dela, zmanjšala čakalne dobe, odpravile bi se nelegalne ordinacije in davčna blagajna bi dobila več prihodkov.

Za primerjavo so prikazali naključno(?) izbrano skupino osemnajstih evropskih držav in njihovo zakonodajo za dvojno delo.

Popolnoma liberalno politiko brez omejitev imata le dve državi, Albanija in Belgija (slednja le prepoved konkurence).

Nobena od navedenih držav ne prepoveduje dela v prostem času, skoraj vse pa imajo določene omejitve, pogosto je to konflikt interesov.

Zanimivo, da imajo nekdanje socialistične države najostrejšo omejitev.

Najti odgovor na vprašanje, kaj je socialno manj ali bolj, ni vedno enostavno.

Vir: *Liječničke Novine*, oktober 2015

## Novi zakon MAB – kaj vse lahko opravlja asistent(ka) v ordinaciji

Prevod in priredba: Marjan Kordaš, Ljubljana

[marjan.kordas@mf.uni-lj.si](mailto:marjan.kordas@mf.uni-lj.si)

Dne 1. 1. 2013 je začel veljati zakon (*MAB-Gesetz: Medizinische Assistenzberufe*: Zakon o poklicih medicinskih asistentov), ki na novo ureja te poklice in mnogo bolj natančno določa območja dejavnosti.

Med drugim naslednje:

– Izvajanje standardiziranih diagnostičnih programov ter standardizirane preiskave krvi, seča in blata s postopki hitrega testiranja, vključno odvzem krvi iz kapilar v okviru laboratorijske diagnostike ob pacientu.

- Odvzem krvi iz vene.
- Svetovanje.
- Higiena v praksi, čiščenje, dezinfekcija, sterilizacija, odstranjevanje odpadkov.
- Organizacijska in administrativna dejavnost.

Medtem ko so dejavnosti zgoraj jasno opredeljene, pa ni jasno, kaj pomeni starostna skupina, poimenovana *Otroci*.

Dovoljena je asistenca pri endoskopskih preiskavah, kapljice v oči, izvajanje standardiziranega

testa sluha, nastavljanje elektrod za EKG.

Tudi ni jasno, kdo je pristojen za odstranjevanje šivov, prebadanje ušesnih mečic, izvedbe CTG, odstranjevanje akupunkturnih igel.

Vir: *ÖÄ Ärzte* št. 294, september 2015

**Opomba:** Na koncu tega članka je komentar o obveznem škodnem zavarovanju (*Haftpflichtversicherung*), tudi med izobraževanjem. Pri slednjem seveda ne kot službeno razmerje (*Dienstverhältnis*), temveč kot zavarovanje med praktikumom (*im Rahmen eines Praktikums*).

## Pogovor pri »dr. Googlu«

*Uspešno uporabljati digitalne možnosti*

Prevod in priredba: Marjan Kordaš, Ljubljana

[marjan.kordas@mf.uni-lj.si](mailto:marjan.kordas@mf.uni-lj.si)

Dostop do informacij, še posebej do tematike o zdravju, je z internetom in njegovo vse bolj mobilno dostopnostjo postal bistveno bolj preprost. To je pripomoglo k zdravstveni kompetenci pacientov, kar zdravnice in zdravnike podpira, da ostajajo na stopnji, ki ustreza raziskavam. Hkrati pa je poplava informacij lahko vir zmede in zahteva spremstvo skozi džunglo (pol)resnic.

**Ciljna skupina:** Zdravniki in zdravnice vseh strokovnih usmeritev.

**Vsebine:** Kako pacientke in pacienti uporabljajo internet in nove medije ter kako se prek tega spreminjajo znanje in pričakovanja.

Kako bi zdravnice in zdravniki lahko smiselno uporabljali te dostope,

tudi za iskanje strokovnih informacij, za vzpostavitev omrežja s kolegi ter za nadaljnje izobraževanje.

**Metoda:** Strokovna spodbuda, skupno preskušanje digitalnih informacijskih in komunikacijskih kanalov (zaželeno je lastno končno orodje, npr. pametni telefon, notesnik, tablični računalnik).

**Referent:** Mag. Christian F. Freisleben-Teutscher: Svetovalec, referent, novinar s težiščem za zdravje, socialo, izobraževanje, z dolgoletnimi izkušnjami z digitalnimi mediji.

**Datum:** Torek, 13. oktober 2015.

**Čas:** Od 18.00 do približno 21.00.

**Kraj:** Zdravniška zbornica za Zgornjo Avstrijo.

**Cena:** 47 EUR, vključeno gradivo in pijača.

**Aprobacija:** 4 točke.

**Prijava:** Z odrezkom za prijavo na zadnji strani ali na [www.medak.at](http://www.medak.at).

*Vir: FortBildung, 294, september 2015*

**Opomba:** Zanimiv pregled vseh mogočih oblik medicinskega dodatnega izobraževanja. Tudi ponudba tečaja iz homeopatije (sodobne komplementarne medicine) in tečaja z naslovom »Zrcalce zrcalce na steni povej, kdo je najlepša v deželi tej...«. Ciljna skupina naj bi bili zdravnice in zdravniki za posege na področju estetske kirurgije. Med drugim, kaj vse je mogoče narediti, ni pa vedno smiselno... In to samo v dveh urah...

## Intervju: Mladim besedo

Prevod in priredba: Marjan Kordaš, Ljubljana

[marjan.kordas@mf.uni-lj.si](mailto:marjan.kordas@mf.uni-lj.si)

Pri »Konferenci zdravnikov med izobraževanjem« (*Konferenz der Ärzte in Ausbildung*), ki bo potekala konec novembra letos, želi Avstrijska zdravniška zbornica razpravljati z mladimi zdravnicami in zdravniki o najbolj žgočih vprašanjih. Karlheinz Kornhäusl, namestnik zveznega predsednika Odbora (kurije) nastavljenih zdravnikov, meni, da se o teh izživih še vedno premalo razpravlja.

Iz intervjuja je sklepati, da bo konferenca zajela t. i. *Work-Life-Balance*, varstvo otrok, pomanjkanje zdravnikov, kopičenje dela, kakovost izobraževanja. Eno težišč konferenca se bo

imenovalo »Ali je samo denar tisti, ki omogoči zadovoljstvo?«. Pri tem vprašanju bo odgovor verjetno zajel več vidikov, npr. modele »Best Practice«, kakovost izobrazbe, delovne pogoje in seveda dohodek (plačo). Predvsem pa bo pojem *Work-Life-Balance* moral postaviti takšne nove možnosti, ki bodo združevale družino in poklic, npr. prožne modele zaposlitve, boljše varstvo otrok, večjo podporo mladim zdravnikom pri izobraževanju in nadaljevanju izobraževanja, ter upoštevati dejstvo, da je v zdravstvu vse več žensk, ki delajo kot splošne zdravnice ali zdravnice v bolnišnicah.

*Vir: Österreichische Ärztezeitung št. 20, 25. oktober 2015*

**Opomba:** Družina (zdravnika oz. zdravnice) in kakovost zasebnega življenja nista več dejavnika, ki sta praviloma odrinjena v zasebnost. Očitno je v Avstriji dozorelo spoznanje, da je zadovoljstvo v zasebnem življenju temelj – morda celo *conditio sine qua non* – za učinkovito delo v zdravniškem poklicu.

# Deset zapovedi za naše zdravstvo

Prim. Marjan Fortuna, dr. med., Kranj

## I. Popolna depolitizacija zdravstva

Zdravstvo kot dejavnost posebnega pomena nujno potrebuje popolno depolitizacijo, kar predvsem pomeni nevmešavanje politike v vodenje in organizacijo delovanja zdravstvenih zavodov. Priča pa smo, prav nasprotno, neverjetni centralizaciji vodenja, kar se kaže pri tako vsakdanjih stvareh, kot je zaposlovanje novih zdravnikov in drugega medicinskega osebja. Prav neverjetno je, da mora praktično vsako novo zaposlitev v bolnišnicah odobriti ministrstvo. To kaže na popolno nezaupanje v menedžment, ki tako praktično nima nobene možnosti samostojnega vodenja kadrovske politike. Nekdanji minister za zdravje Borut Miklavčič je v nekem intervjuju izjavil, da bi morali direktorje bolnišnic izbirati zaposleni. Kako je, pa vemo, saj na nobeno vodstveno mesto ne more priti nihče, ki ni postavljen s strani politike. Tudi sam imam tako izkušnjo, ko sem pred desetimi leti kandidiral na mesto generalnega direktorja UKC Ljubljana, ne da bi imel kakršno koli politično podporo. Takrat sem iz lastne izkušnje ugotovil, da od osmih prijavljenih kandidatov nihče, razen enega, ni imel niti najmanjših možnosti, da bi bil izvoljen. Zato so razpisi za vodstvena mesta v zdravstvu čisto navadna farsa, ker o vsem odloča politika.

## II. Sprememba zakona o zdravstveni dejavnosti

S prvo točko je neposredno povezan tudi zakon o zdravstveni dejavnosti. Da se je v preteklosti politika toliko vpletala v zdravstvo, je še nekako razumljivo, saj smo imeli takrat sistem, v katerem je imela politika (partija kot »avantgarda« delavskega razreda) neposreden vpliv na vse dogajanje v družbi. Brez blagoslova partije in centralnega komiteja se ni moglo zgoditi skoraj nič. Nujna pa je končno tudi sprememba lastništva, zlasti bolnišnic, in sicer tako, da bi mesta ali regije postali njihovi lastniki in upravjalci. Seveda pa je nujno, da bi postali solastniki tudi zaposleni, ne pa da s(m)o tako rekoč mezdni

delavci brez možnosti soupravljanja, kaj šele solastništva bolnišnic. Z neko obliko privatizacije oz. solastništva zaposlenih bi bilo mnogo manj prostora za korupcijo, klientelizem in nepotizem, saj bi o vseh pomembnih odločitvah odločali tisti, ki bi bili izbrani s strani zaposlenih in seveda tudi nadzorovani.

## III. Zakon o zdravniški službi

Z zakonom o zdravniški službi bi se moral spremeniti status zdravnikov. Sedanji plačni sistem javnih uslužbencev je v bistvu nekakšen samoupravni sporazum iz nekih bivših časov, ki je bil vsiljen, saj postavlja zgornjo mejo plače tudi najboljšim posameznikom. Samo za primer: malo višji državni uradnik ima višji plačni razred kot najbolje plačani zdravnik. Mislili smo že, da smo se rešili samoupravljanja, pa še zdaleč ni tako; celo nasprotno, ponovno se, pa če hočemo priznati ali ne, bližamo politiki enakih želodcev oz. uravnilovki.

## IV. Sprememba oz. dopolnitev sistema zavarovalništva

Sedanji sistem obveznega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja je nek čuden hibrid. Po dobrih dveh desetletjih smo spoznali, da je bila taka odločitev slaba in krivična, pa vendar še nismo storili nič, da bi krivično dopolnilno zavarovanje ukinili in ponovno priključili obveznemu. Sedanje zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno zavarovanje, pa bi lahko tržile dodatna zavarovanja, ki bi omogočala, da bi se posamezniki, ki bi to hoteli in zmogli, lahko zavarovali za določena tveganja, podobno kot je pri drugih zavarovanjih.

## V. Sprememba košarice zdravstvenih pravic

Vzporedno z združitvijo obveznega in dopolnilnega zavarovanja bi se morala spremeniti tudi



košarica pravic, saj so nekatere pravice take, ki v obvezno zavarovanje ne sodijo. Ne bi omenjal nobenih, saj sem v preteklosti predlagal že kar nekaj sprememb, kar je, razumljivo, sprožilo žolčne reakcije. Spremembe zdravstvenih pravic so v prvi vrsti stvar vlade oz. zakonodajalca ter ZZS.

## VI. Uvedba normativov in standardov dela

Za varno in visoko strokovno obravnavo bolnikov je nujna uvedba normativov in standardov, s katerimi bi določili, koliko mora narediti vsak zdravstveni delavec za svojo plačo. Čeprav je že sedaj možno boljše in bolj pridne nagraditi bolje in več, smo stalno priča tako rekoč javnemu etiketiranju tistih, ki več delajo in seveda tudi več zaslužijo. Vsi bi radi vrhunsko medicino, samo plačali pa ne bi za to niti materialnih stroškov, kaj šele dela. Zato se moramo kot družba odločiti, ali bomo imeli vrhunsko medicino, ki je draga in čedalje dražja, ali pa bomo oz. smo že prisiljeni v vsesplošno varčevanje.

## VII. Racionalna javna naročila

Dokler imamo eno zavarovalnico oz. enega plačnika, je povsem nerazumljivo, da tako rekoč vsak zdravstveni zavod lahko samostojno kupuje drago medicinsko opremo, razne vgradne

materiale, zdravila, najrazličnejši potrošni material ipd.

## VIII. Racionalna raba zdravil in potrošnega materiala

Samokritično moram priznati, da tudi zdravniki ne ravnamo racionalno, pa naj gre za preiskave ali načine zdravljenja. Pogosto namreč delamo stvari, ki v ničemer ne izboljšajo prognoze bolnikov, še več, pogosto s svojimi ukrepi podaljšujemo trpljenje neozdravljivo bolnih. Mnogi naši ukrepi podaljševanja življenja za vsako ceno so nemalokrat posledica defenzivnega in s tem dragega načina zdravljenja tudi zato, da se zdravniki pravno zavarujemo, ker se bojimo javne kritike ali celo linča ter nenormalno visokih odškodninskih zahtevkov. Zato pogosto naredimo več, kot je še smiselno za ohranitev človeka vrednega in dostojnega življenja.

## IX. Racionalno združevanje zdravstvenih zavodov

Bolnišnice in drugi zdravstveni zavodi morajo imeti minimalno kritično število zdravnikov za kolikor toliko varno, visoko strokovno in celostno obravnavo bolnikov. Ker pa ni tako, smo priča premeščanju

bolnikov, čeprav to ne bi bilo vedno potrebno, če bi bili organizirani tako, kot mislim, da je smiselno.

## X. Enotni informacijski sistem

Ob današnjem razvoju in možnostih informacijske tehnologije je prav neverjetno, da v zdravstvu še vedno nimamo enotnega informacijskega sistema. Celo v isti ustanovi (denimo v UKC Ljubljana) ga nimamo in smo zato primorani med posameznimi klinikami komunicirati na star papirnati način, kar je zelo zamudno in ne nazadnje tudi dražje. Če nek bolnik išče nujno medicinsko pomoč kjer koli v Sloveniji in nima pri sebi nobene medicinske dokumentacije, je pogosto zelo težko ali celo nemogoče ugotoviti, za katerimi boleznimi se je doslej zdravil, kakšno je stanje bolezni in prognoza. In ker tega ne zvemo pravočasno, ponavljamo preiskave, ki morda ne bi bile potrebne, če bi imeli takoj na voljo vse podatke o bolnikovem stanju, prejšnjih boleznih in druge potrebne informacije za hitro, strokovno in racionalno obravnavo.

Če ne bomo **takoj** pričeli z uresničevanjem navedenih pogojev in bomo bolj ali manj samo na deklarativni ravni sprejemali neke odločitve ter na dolgo in široko razpravljali, je bolje, da ostane vse tako, kot je, potem nas bodo pa razmere same prisilile v radikalne spremembe.

# Trupla in pohlep

Prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med., v. svet., Preddvor  
[eldar.gadzijev@gmail.com](mailto:eldar.gadzijev@gmail.com)

Pa smo jih (zdravnike) zopet našli pri nečistosti!! Zdravnik je prodajal trupla! Odlična kost! Takoj se lahko pomisli na prodajo trupel za presaditve.

(Moja misel: s katerimi so se umazali tudi neki politiki na Balkanu, tudi taki, ki jih je naš premier sprejel z vsemi častmi, o čemer pa ne bi pisali ...)

Lastniki medija so lahko zadovoljni, saj gredo scenariji senzacionalističnih prispevkov po naročenih načrtih. Urednik je seveda srečen, saj bo od njih, lastnikov in politikov za njimi, pohvaljen, novinar pa ponosen na svoj »uspeh«  
zaradi takega pisanja.

Predvsem pa bo zaradi ogorčeno-sti javnosti za nekaj časa spet uspešno zamegljen pogled na resnične probleme, na ropanje naše države in res umazan denar (Denar, ki so ga tajkuni z bankirji pokradli, je tisti, ki je zaradi vseh posledic res umazan!!), na krivice in krivce za stanje, v katerem smo, na nesposobnost vseh vej oblasti, na nepotizem, korupcijo in še kaj.

Hvala bogu, da imamo zdravnike, ki ga vsake toliko kaj polomijo ... Spet smo lahko bombastično pokazali, kakšni so – pohlepni, pokvarjeni – »trupla je prodajal! trupla!«. Ta so od »številnih nepokopanih kosti« naprej več vredna kot živi trpeči, to je jasno, saj moramo biti, kot pride sedaj mnogim prav, pri mrtvih bolj občutljivi, pietetni, sočutni in ogorčeni kot pri živih (majhna izjema so morda migranti!! hvala Bogu!). Sočutni, do koga že? Ja do vsakega, ja, tudi do živega?

Trupla ... Seveda si vsak umrli absolutno zasluži pietetni odnos in dostojen pokop, kar je stvar naše evropske kulture in civilizacije. Ampak kaj, za vraga, pa potem, ko se je pokojnik odločil, da bo dal truplo za učenje in utrjevanje znanja iz medicine? Pokop, sežig sta v skladu z zakonom, sežig tega, kar ostane po smiselni in od pokojnega predvideni uporabi. In za varovanje pravih, pietetnega dela s temi trupli ali njihovimi deli imamo Republiško etično komisijo, ki dobro ve, kaj dela!

Priznajmo si še, pa ne bi hotel zmanjševati smisla in pomena pietete ter spoštovanja, da gre le za ostanek nekdanjega bitja, neke osebnosti, ki jo je zapustila iskra življenja, duša, ki je pustila za seboj svoje sanje. Kljub temu in končno prav zaradi tega pa je edino prav, da s truplom ravnamo pietetno, spoštljivo in ne grobo!! Gre, žal, tudi za ostanek nekoga, za katerega večinoma nihče več ne ve ... Nema-lokrat ljudje prepuščajo svoja trupla anatomskemu inštitutu, ker nimajo sredstev za pogrebne stroške ali ne želijo z njimi bremeniti svojcev. Družba in država najbrž le imata nekaj pri tem! Včasih je bilo takih

primerov izredno malo, verjetno zato, ker smo bili v socialni državi vsi enako revni, in posledično je bilo na anatomiji tudi pomanjkanje trupel. Potem pa so prišli novi, zlati časi naše demokracije in sociala je postala breme ...

Tudi zaradi našega odnosa do smrti, kot so nam ga vzgojili, zaradi vcepljanja strahu in pokore, vezane na grehe in smrt, žal gledamo na trupla drugače kot na »neživljenje« tistih živih trpečih, ki so malo stran od našega horizonta, pa so, trpijo in umirajo! Ko bi bili tako kot do trupel in kosti občutljivi do živih ljudi, do naših sodržavljanov, pogrnanih na cesto, izgnanih iz stanovanj, lačnih in onemogočenih, pregnanih, ker so v stiski nekaj malega ukradli, ker niso ukradli dovolj, da bi jih za tisti denar lahko branili in našli procesno napa-ko vsemogočni odvetniki. Morali bi biti sočutni do premnogih, ki vsak dan umirajo po svetu, ne le do tistih, ki so padli zaradi teroristov, ampak tudi tistih, ki umirajo zaradi onih, ki so sprožili zagon terorizma, zakaj že – iz pohlepa po kapitalu in denarju, ki je zagotovo bolj umazan kot tak od ostankov! Vojne, revolucije in nemiri so le posledica dobro premišljenih in načrtovanih dejanj, za katerimi se vedno skriva ekonomski interes, s pričakovanjem predvidenega dobička. Pretirana želja po dobičku pa je vendarle pohlep – pa naj bo to pohlep iz »interesa« Sadama, Gadafiga, Asada, Kitajcev, Putina ali pa Rothschildov. Kako in v kaj je obrnjen njihov ekonomski interes in za kolikšen pohlep gre, pa je seveda zgodba zase.

Pomembno in poudarjeno je še, da ne gre za »navadnega« zdravnika, ne, gre za odličnega, uspešnega strokovnjaka, intelektualca – kar pride še bolj prav za vzpodbujanja jeze javnosti. Nekaj podobnega je bilo v času kitajske kulturne revolucije: »razgalimo in prevzgojimo intelektualce«! Ob vsem tem pa je morda zanimivo, da je prav pred kratkim v Ameriki izšla knjiga ACS (American College of Surgeons ): Multimedia Atlas of Surgery – Liver Surgery

Volume, v kateri so med drugim prikazani modeli jeter, ki jih je po svoji izvorni metodi izdelal prav ta naš kolega, ki naj bi »prodajal trupla«. Najbrž gospod novinar namiguje, da jih je v tujino pošiljal s taksijem ali morda z rešilnim avtom? Vsi se zavedamo, da je prodajal uporabo trupel za urjenje uporabe npr. kirurških pripomočkov! In od česa se je potem denar umazal? Pa vendar bo verjetno naša zdravniška srenja, ki bo v svojih organizacijah zopet vila roke, umno komentirala in obžalovala ter se morda celo medsebojno obtoževala, zopet precej nemočna pred nahujskano javnostjo. Značilno, kot je to danes pri vseh rečeh na svetu, ko so informacije bolj cenzurirane kot kdajkoli, ko se o marsičem ne sme pisati zaradi nekkih političnih interesov, tako v Evropi kot doma (npr. o migrantih in njihovem vedenju v bolnišnicah). Očitno novinar tudi ni smel napisati, za kaj so bila ta trupla uporabljena, ne, pomembno je, da so bila »prodana«, in kar je res pomembno, je, da denar ni bil namenjen v pravi mošnjček, kajti v tem primeru ne bi bil umazan. Kolega pri tem, kar je počel, absolutno ne zagovarjam, verjamem pa, da je imel vzorov za tako ravnanje – »v svoj žep« – polno v naši družbi in državi, pri vseh tajkunih in mnogih politikih, stečajnih upraviteljih in nadzornikih itd. Ob tem se postavi moralno-filozofsko vprašanje, ali je prodajati ukradeno in/ali odvzeto bolj »čisto« kot prodajati podarjeno?

Ampak šlo je za trupla!! Vendar pa resnicoljubni novinar ne opiše, kako je z uporabo trupel, ne le pri nas, ampak tudi na drugih inštitutih po Evropi. Trupla imajo tam, kjer jih imajo dovolj, tudi v namen urjenja za kirurške posege, kar je omogočilo izuriti številne specialiste, ki so se učili novih metod in uporabe novih operacijskih pripomočkov. Tudi ne piše, kako se je na ta način moč izogniti zelo nevarnemu učenju na živih, kar se je včasih dogajalo ob vpeljavi novih posegov in pripomočkov. Pa saj to očitno ne bi nikogar zanimalo – po mnenju urednikov!

Predvsem ne smemo mimo ničesar slabega, kar storijo zdravniki! Njihove stranpoti so pač tako zelo zanimive za javnost!

Za zdravniško srenjo ne velja prepričanje, ki ga je za Cerkev podal njihov moralni teolog, ko je v zvezi z goljufijami pri »Zvonu« dejal nekako takole: »Verniki so nam že marsikaj oprostili, bodo pa še to.« Tako pri zdravniški srenji pač ne gre. Mi se ukvarjamo pretežno s tesli in tudi s psiho, ne pa z duhovnim vodenjem ali dušebrižništvom, kjer je, kot kaže, lažje oproščati ... Zdravnikom ne oprostimo ničesar!!

Zaračunaval je, res je, in to je hudo narobe, »prodajal« podarjeno!! Uporaba teh trupel, o čemer pa novinar seveda ni smel spregovoriti, pa nikakor ni bila strokovno-etično sporna! Vendar ni prodajal tako kot mnogi lastniki gozdov (kdo jih že ima največ in kako so do njih prišli?) našo hlodovino, tudi nekoč živa drevesa slovenskih gozdov, tujcem čez mejo, ampak so se tako domači kot tujci urili na truplih na našem inštitutu, tu v Sloveniji. Pa da mi ne bi kdo kot

neprimerno očital primerjavo trupel s hlodovino – primerjal sem le prodajo!!

Pred mnogimi leti smo imeli mednarodno kirurško delavnico na anatomskem inštitutu. Pridobili smo tako dovoljenje MF, ki nam je širokogrudno dala na razpolago svoje prostore na inštitutu, kot etične komisije, kjer je o etičnem problemu delavnice potekala razprava. Pripravili smo delavnico, ki so jo številni svetovno priznani specialisti pohvalili, ker so se tečajniki lahko veliko naučili. In zaradi tega takrat tudi ni bil noben študent prikrajšan za učenje na truplih, saj je bilo šolanje v času počitnic. Ampak res dosledno smo spoštovali vsa priporočila etične komisije o pietetnem odnosu in spoštljivem ravnanju z ostanki človeških teles. Nismo pa dovolili nobenemu od novinarjev, ki so za našo šolo takrat celo pokazali interes, da bi bil prisoten na takem povsem korektno pripravljenem »workshopu«, kot to radi imenujejo danes, da ne bi ti že takrat v svoji želji po senzacionalističnem pisanju stvari po svoje spreobrili.

## Epilog – moj zelo premišljen scenarij:

Kolega ponovno predava anatomijo, je uslužbenec MF, nima pa nobene vodstvene funkcije, ne more organizirati delavnic s trupli, je še vedno profesor in s svojimi predavanji ponovno navdušuje študente. Vendar pa po dogovoru z dekanom MF vsakokrat na predavanju pove še zgodbo o svojem pohlepu (kako ga je zapeljal hudič!). Sliši se spokorniško, ampak zamislite si, kako študentje poslušajo zgodbo iz prve roke in si zapomnijo njen poduk: »Pohlep se ti maščuje!« Morda bi potem vzgajali boljše zdravnike, ki bi bili manj zanimivi za novinarje!

In še epilog, kot upam, da ga ne bo: namreč podoben kot pri naših obsojanih politikih in tajkunih, ki po sodnih procesih, ki se v začetku ne končajo po njihovih načrtih in morajo malo »odsedeti«, zahtevajo in dobivajo odškodnino, ker so bili »prizadeti«. Ta odškodnina pa ni denar od tujcev, ampak od naših davkoplačevalcev! No, saj v kaj tako izprijenega ta naš zdravnik najbrž ne bi šel.

# Nadaljevanje svojskega obravnavanja bolnice T. S. V.

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

V letošnji januarski številki revije Isis sem v sestavku z naslovom *O celostnem obravnavanju bolnika* prikazala in komentirala diagnostično obravnavanje danes enainšestdesetletne bolnice T. S. V. z malignomsko boleznijo pljuč.

Spomnim naj, da so ji leta 2010 ugotovili adenokarcinom v desnih pljučih. Zdravljena je bila z desno zgornjo lobektomijo z robno resekcijo srednjega režnja. Dodatno zdravljenje zaradi zamejenosti procesa ni bilo potrebno.

Septembra 2014 so ji pri pulmološkem pregledu z računalniško tomografijo (CT) prsnih organov na novo odkrili manjšo svežo spremembo v področju levih pljuč, ki jo je rentgenolog ocenil za verjetno metastazo. Kljub rentgenologovemu sumu na ekspanzivno naravo sveže spremembe v levih pljučih, so se odločili bolnico še naprej ambulantno spremljati z napotitvijo na kontrolni CT prsnih organov čez tri mesece, s katerim bi ugotovili morebitno rast sveže odkrite spremembe.

Ker se je bolnica zaradi septembra novoodkrite spremembe v levih pljučih zelo prestrašila, je takoj poiskala še mnenje drugega specialista, s strani katerega je bila usmerjena na pozitronsko emisijsko tomografijo oz. PET/CT. Izvid je oktobra 2014 dodatno podprl sum na ekspanzivno naravo novoodkrite lezije v levih pljučih ter zaznal še povečano levo nadledvično žlezo, ki pa naj bi bila verjetneje benigne in ne maligne narave. Bolnica je bila nato napotena na dodatno bolnišnično diagnostiko, ki je ugotovila nov primarni adenokarcinom v levih pljučih, opredeljen

za stadij T1aN0M0. Bolnici je bila v decembru 2014 opravljena videotora-koskopska segmentektomija apikoposteriornega segmenta levega zgornjega lobusa pljuč z odstranitvijo raka v zdravo. Dodatno onkološko zdravljenje ponovno ni bilo potrebno.

Bolnica je bila zatem preusmerjena v nadaljnje ambulantno kontroliranje njenega stanja.

Novembra 2015 je ob kontrolnem pulmološkem pregledu povedala, da je bila v poletnih mesecih obravnavana v regionalni bolnišnici zaradi ščitnice ter da so ji opravili CT toraksa z abdomnom. Preiskava je pokazala možno metastatsko prizadetost leve nadledvične žleze, zaradi česar so jo napotili na ponovno kirurško zdravljenje ter ji avgusta 2015 odstranili levo nadledvično žlezo. Iz avgustovske kirurške odpustnice, ki jo je prinesla s seboj, ni bilo razvidno, ali je pooperativni histološki pregled leve nadledvične žleze potrdil metastatski zasevek vanjo oz. le-ta morebiti ni bil potrjen. Bolnica do novembrske kontrole pri pulmologu, kot je povedala, še vedno ni prejela dodatnega

izvida k odpustnici, ki bi jo seznanil o histologiji odstranjene leve nadledvične žleze.

Pomislila sem, da ima bolnica smolo ter da se jo še naprej zelo »svojsko« obravnava.

Prizadetost leve nadledvične žleze je bila, kot smo videli, zaznana že na PET/CT oktobra 2014 in takrat ocenjena za verjetno benigno spremenjenost nadledvične žleze. Kot tako jo je vrednotil tudi pulmološko-onkološki kirurški konzilij, ki je odredil le kirurško zdravljenje raka pljuč brez dodatnega onkološkega zdravljenja.

Vsekakor bi avgusta 2015 opravljena kirurška odstranitev leve nadledvične žleze s histološko potrditvijo zasevka vanjo sprožila potrebo po bolničnem čimprejšnjem dodatnem onkološkem konziliju.

Dobra dva meseca po odstranitvi domnevno metastatsko prizadete leve nadledvične žleze pa bolnica o histoloških ugotovitvah še ni bila seznanjena in tudi ne o morebitni ponovni predstavitvi multidisciplinarnemu konziliju, ki bi razsojal o potrebi po

bolničnem dodatnem onkološkem zdravljenju.

Opisan primer bolnice nam tudi kaže, da včasih pri presojanju stanja premalo natančno vrednotimo predhodne izvide, saj je vtis, da preiskovalci v regionalni bolnišnici, ki so na CT opazili spremembo v levi nadledvični žlezi, niso bili seznanjeni z izvidom oktobra 2014 narejenega PET/CT, kot tudi ne kirurg, kar bi bolnici morda lahko prihranilo operacijo.

Kot se nedvomno vsi strinjamo, so naše obravnave bolnikov lahko zelo pomembne zanje ter odločajo o pravočasnem obvladanju njihove bolezni in tudi njihovem preživetju.

Prikazana bolnica ima, kot smo lahko opazili, tudi v letošnjem letu smolo z nami, saj je še naprej nismo uspeli obravnavati celostno. Sicer smo ob zadnjem pulmološkem pregledu sprožili poizvedovanje za histološkim izvidom nadledvične žleze, zavedajoč se, da čas neizprosno teče. Njen primer nam je lahko opomnik o odgovornosti našega zdravniškega dela.

## Pripomba na članek Ali je po 30 letih HIV/aidsa odpraviti stigmatizacijo v zdravstvu še vedno izziv?

Objavljen v rubriki Aktualno revije Isis, december 2015, stran 17

Prim. Dušica Pleterski Rigler, dr. med., Ljubljana

Prispevek je pripravljen z namenom razbremeniti zdravstvene delavce neutemeljenega strahu v odnosu do oseb, ki so zdravstveno ustrezno vodene zaradi HIV-okužbe ali zdravljene zaradi aidsa. Posledica strahu je stigmatizacija pacientov. Dejansko pa je tveganje za prenos virusa ob splošnih previdnostnih ukrepih, ki so uveljavljeni v zdravstvu, zanemarljivo. V prispevku je

nekaj opisov izkušenj pacientov, ki naj bi pripomogli, da se zdravniki, ki so se ali se bodo znašli v podobni situaciji, zamislijo in svojim sodelavcem, zlasti medicinskim sestram, prenesejo spoznanja, na katera opozarja prispevek. Žal so opisi v točkah od a) do h) objavljeni brez končne avtorizacije vseh avtorjev. Ni korektno poimensko izpostaviti nekaj oddelkov ali klinik, ker se

lahko podobno dogaja tudi drugje. Take objave so celo zavajajoče, ker omogočajo, da se pri tistih, ki niso omenjeni, ustvarja vtis, da delajo vse korektno in jih to ne zadeva. Stigmatizacije pacientov ne bomo odpravili s stigmatizacijo nekaterih delovnih okolij. Nedvomno pa prispevek prinaša zelo pomembno sporočilo za zdravstveno prakso ter ima poučni in preventivni pomen za vse zdravstvene delavce in njihove sodelavce.



# Bojan Knap

Marjan Kordaš, Ljubljana

marjan.kordas@mf.uni-lj.si

*Bojan Knap: diploma na MF UL 1984; magisterij na MF UL 1989; specializacija iz interne medicine 1993; doktorat na MF UL 1999, habilitacija za docenta iz interne medicine 2005, 2010 ponovna izvolitev v docenta, zaposlen na Kliničnem oddelku za nefrologijo UKC Ljubljana in od leta 2012 predstojnik Oddelka za peritonealno dializo.*

Ko sva se dogovarjala za intervju, sva se seveda spotaknila ob knjigo (zbornik) *Gibanje je zdravje*, pri kateri ste bili urednik. Imam tri vprašanja: Zakaj je knjiga nastajala tako dolgo? Kaj ste se ob tem naučili kot urednik? Ali ste kot urednik imeli priložnost sodelavcem pokazati – kot sta Vaša mentorja pokazala Vam – kako se ne dela?

Problem je v kaosu obveznosti 21. stoletja najti dovolj miru in časa za pisanje, ki je največkrat intrinzično motivirano. Uskladiti ekipo enajstih avtorjev, ki so strokovnjaki na svojem področju, večinoma univerzitetni profesorji, je bil velik izziv. Največji vpliv, da nisem obupal, je imel paradoksalno s svojim nenadnim slovesom akademik Matija Horvat. Matija je ob samem nastanku zgodbe z njemu lastno energijo podprl idejo o nastanku monografije o vplivu teka oz. telesnega napora na zdravje. Prvotni naslov zbornika o teku je bil: *Gibanje je zdravilo*, vendar je naslov: *Exercise is medicine*, lepo poslovenil akademik Marjan Kordaš, nesojeni recenzent zbornika. Obljuba Matiji je bila zaveza, katere nisem smel prelomiti. Ob najinem zadnjem pogovoru mi je Matija položil na srce, naj zbornik speljem do konca. Podobno kot športnik rekreativec tudi maratona vsem težavam navkljub in kronično preslabi pripravljenosti ne konča na 40. kilometru, temveč prileze do cilja.

Naučil sem se sicer že pred leti, da je tudi intrinzična motivacija človeka v veliki meri socialno pogojena. Iluzija, da sleherni posameznik lahko spreminja svet, je milo rečeno utopična, zato svojim sodelavcem nisem pokazal ničesar, česar niso že sami vedeli in spoznali. Dejanja štejejo več kot besede in to sta mi pokazala s svojim delom tudi moja spoštovana mentorja.

*Preden sem se lotil najinega intervjuja, sem pregledal Vaš doktorat *The shape of the left ventricle as a reflection of its function*. Ko se*

prav na začetku zahvaljujete raznim osebam, zapišete, da Vas je pokojni prof. Gojmir Južnič naučil, kako se ne dela. Razložite to, prosim.

Profesorja Gojmirja Južniča sem srečal kot naiven študent tretjega letnika medicine in Gojmir je bil kljub okoliščinam, kamor ga je privedla njegova brezkompromisnost, tako poln elana za eksperimentalno delo in delo nasploh, da je bilo to eno lepših obdobj mojega življenja. Takrat je svet ležal na dlani kot ena sama velika proložnost in ena sama zgodba dobrih obojetov; kako drugačen čas danes za mojega sina Krištofa in hčerko Patricijo. Tekom let se je najin odnos spreminjal in če kaj iz tega čudovitega odnosa učitelj - učenec, oče - sin zamerim sebi in Gojmirju, je dejstvo, da iz tistega časa, iz tistega izjemnega navdiha za eksperimentalno delo nisva napisala več objav. Iz objektivnih razlogov (Gojmirjeva bolezen in moje slovo od teoretskega dela) veliko reči, veliko plodnega kresanja o kardiovaskularni dinamiki žal ne bo nikoli ugledalo luči sveta. Večna dilema nedokončanih zgodb ali *ars longa vita brevis*, se vedno znova potrdi v resničnem življenju.

*Imel sem srečo, da sem pred leti spoznal prof. Abrahama Noordergraafa, enega pionirjev v kardiovaskularni fiziologiji. Tudi on je bil Vaš mentor – Vas je morda tudi on naučil, kako se ne dela?*

Abraham Noordergraaf mi je bolj kot vse drugo pokazal, kako se dela. V začetku se mi je zdelo zelo nenavadno, da se taka avtoriteta sploh zanima za moje delo, vendar so bile posebne in drugačne zgodbe iz raziskovalnega sveta Abrahamu še poseben izziv, zato je z veseljem pristal na somentorstvo, ki je bilo takrat malo iz mode kardiovaskularne dinamike tistega časa. Slednje je bilo zelo tipično za Gojmirja, ki je vedno ubiral posebne poti v raziskovalnem delu. Pri obeh mentorjih je bilo čutiti strast in navdih, in to je

vrlina, zaradi katere je življenje lepo in bogato.

Abraham Noordergraaf je bil izjemen znanstvenik, človek in profesor mnogoterih darov in on mi je predvsem pokazal, kaj vse je mogoče tako v življenju kot v znanosti. Potem ko sem se otresel strahospoštovanja pred Abrahamovim briljantnim umom, sva sodelovala najboljšje, kot je bilo v mojem shizofrenem življenju klinika začetnika in teoretika takrat sploh mogoče. Abraham je bil za moje nenavadne razmere očetovsko razumevajoč in ironično zajedljiv, da me je motiviral na poseben način, za naše okolje nenavadno, s pohvalo in navdušenjem, vendar je bilo oboje treba trdo zaslužiti. Bram je bil pošten in premočrten znanstvenik in v tem sta si bila z Gojmirjem podobna.

Uskladiti oboje z družinskimi obveznostmi mi je uspelo predvsem zaradi vpliva rednega teka na stanje mojega duha. In takrat smo tekli le redki posebnosti. In smo spet pri zaobljubi, ki jo človek da sebi, Matiji, Abrahamu, Gojmirju, in večino časa se pravzaprav vrtimo v krogu obljub in zavez, katere pač moramo izpolniti. Zvezdno nebo in moralni zakon Immanuela Kanta veljata za vse čase. Motivacija je in je ni, je intrinzično in socialno pogojena.

**Kot je pričakovati zaradi obeh Vaših mentorjev (Južniča in Noordergraafa), je v Vašem doktoratu kar precej matematike. Kako ste se kot zdravnik spopadli s tem izzivom?**

Osnovna razlika med bazičnim in kliničnim raziskovanjem je lahko uporaba metode pri raziskovalnem delu. Moj mentor fiziolog profesor Gojmir Južnič mi je predvsem veliko pokazal o metodah raziskovalnega dela, zato je bila relativno zapletena metodologija priprave poskusa, tudi uporaba matematike pri meritvah delovanja srčno-žilnega sistema, nujno zlo ali izziv. V metodologijo priprave poskusa ali izdelavo konstrukcije matematičnega modela je Gojmir vložil velik del časa v svojih bazičnih raziskovalnih prizadeva-

njih. Del relativno preproste matematike, katero sem uporabljal pri svojem eksperimentalnem modelu določevanja najprej energije srčnega utripa, potem površine levega prekata v fizioloških in patofizioloških razmerah, sem takrat in danes jemal kot del izziva, da spoznam kaj novega o delovanju človeškega telesa oz. kot del kreativnega procesa v raziskovalnem delu. Gojmir mi je kot skrbni oče svojemu sinu velikokrat razlagal o stranpoteh in nadlogah raziskovalnega dela in sam ga, kot tipični sin očeta, nisem vedno in dovolj poslušal.

**Iz ehokardiografskih slik v doktoratu sklepam, da so bile narejene na KO za nefrologijo. Kako je takrat potekalo sodelovanje med teorijo in prakso? Ali je pri tem sodeloval tudi Matija Horvat, ki je v začetku 80. let v to uvedel Japca Jakopina?**

Kaotično, ker sem bil v celoti vprežen v klinično delo na dializi, ki me je posrkala kot človeka in terapevta. Povrhu vsega sem bil na začetku svoje klinične poti precej neprilagojena socialna žival, kar zadeva timsko delo. V mnogočem me je kot zdravnika in terapevta oblikovalo delo na KO za nefrologijo in če sem kaj še posebej dolžan sodelavcem KO na nefrologijo, je občutek za timsko delo, beri skrb za bolnika in predvsem za pomoč pri iskanju poti skozi labirinte znanja in neznanja na poti do skrbnega kliničnega dela v skrbi za hudo bolnega trpina.

Akademik Matija Horvat je bil kardiolog, ki je živel strastno, in naju je povezovala strast do gibanja, do teka, triatlona, vendar na moje raziskovalno delo ni imel neposrednega vpliva. Matija je bil vizionar in človek odprtega duha, odprt za nove pobude in ideje ne glede na to, kaj je počel. Zato je tudi soavtor zbornika Gibanje je zdravje, ker je podprl idejo ob njenem nastanku, in predvsem zato, ker je obluba njemu, da bo zbornik izšel, botrovala končni energiji, ki je omogočila vsemu navkljub izdajo zbornika.

**V svoj doktorat ste vključili tudi merjenje površine in volumna levega prekata pri kolesarjih (kar je bilo zanimivo tudi zame). Zakaj, za božjo voljo, niste teh in drugih neznansko zanimivih rezultatov vključili v zbornik Gibanje je zdravje?**

Potem ko sem zagovarjal doktorat, sva z Abrahamom naredila načrt glede publiciranja doktorske naloge in nastala sta dva članka. Tretjega dela raziskave, ki je vsebovala meritve površine in oblike levega prekata pred in po naporu na elitnih slovenskih maratoncih in rekreativnih tekačih, pa razen v disertaciji nisem nikoli objavil, čeprav so bili rezultati zanimivi. Meritve so bile opravljene v mirovanju in dve minuti potem, ko so pretekli 3600 m okrog kliničnega centra. Ehokardiografske meritve takoj po naporu maskimalnega teka so bile zabaven izziv predvsem s praktičnega vidika izvedbe meritev. Predvsem gibanje ventilne ravnine je bilo takoj po naporu izraziteje izraženo in deset let kasneje so gibanje ventilne ravnine desnega prekata opisali ehokardiologi kot TAPSE (tricuspidal annular plane systolic excursion). Takrat je bilo namreč stanje duha takšno, da je bilo precej pomembnejše klinično delo kot teorija kardiovaskularne dinamike oz. ehokardiografije, ki je bila malo pred časom. Gojmir je bil že zelo bolan (poslabšanje Parkinsonove bolezni), Abraham pa je bil zadovoljen z objavami in je bil tudi zelo zaseden s številnimi novimi projekti. Abraham je za razliko od nas, v Sloveniji, tudi ali predvsem v raziskovalnem delu živel kot mi pri kliničnem delu: hitro, intenzivno, bogato, kronično veliko projektov z veliko sodelavcev. Tudi citati mojih objav so bili zabeleženi z zakasnitvijo.

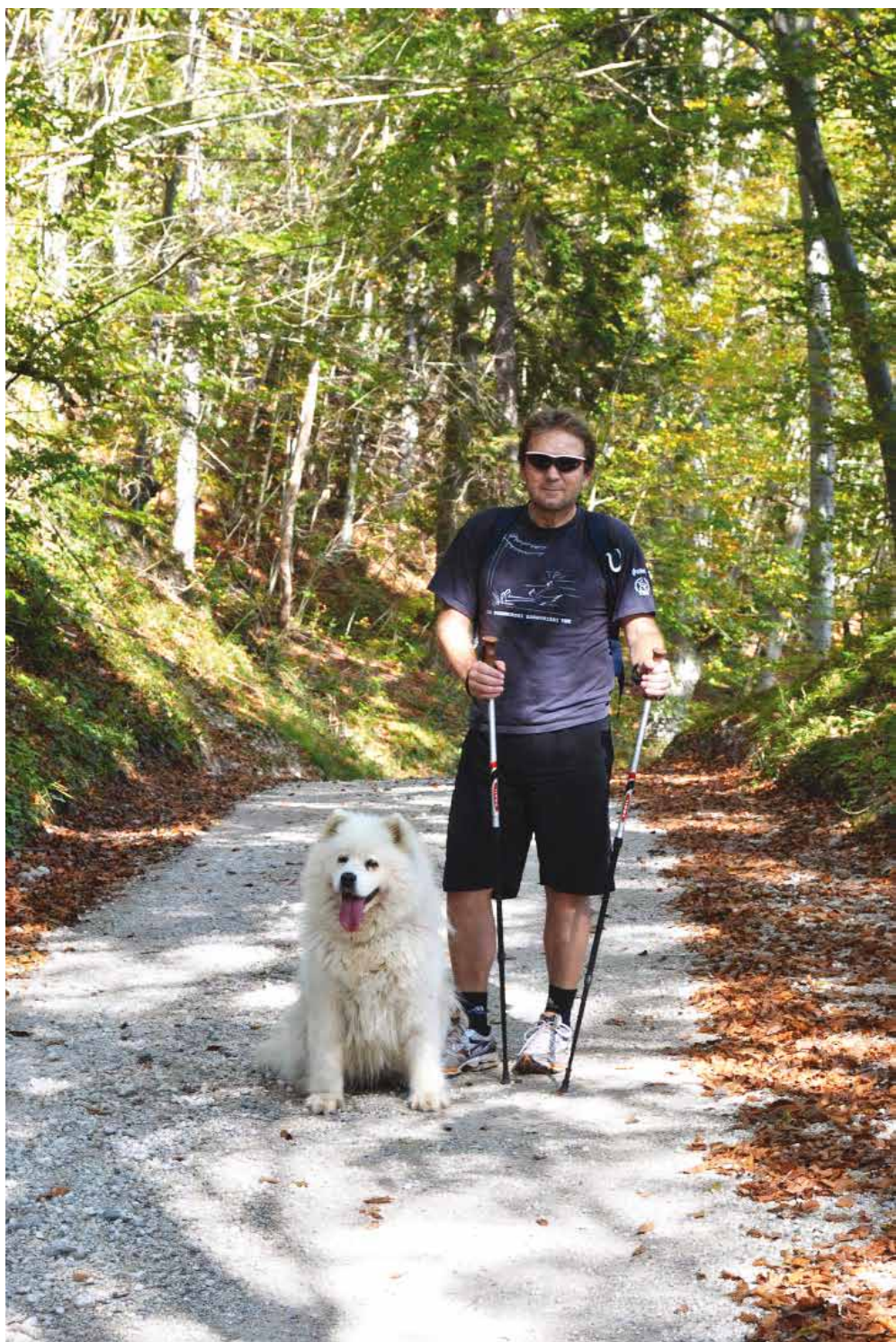
**Morda ne bom preveč oseben ali celo izzivalen, če Vas vprašam tole: Zakaj ste iz kar precej teoretične fiziologije presedlali v klinično nefrologijo? Je mar teorija spodbuda ali ovira za klinično prakso?**

Zelo težko in osebno vprašanje. Čudno za današnje čase, ampak leta

1985 je bilo na voljo več različnih možnosti za delo, ko je študent medicine diplomiral. Dogovorjen sem bil že za invazivno kardiologijo kot mladi raziskovalec, vendar me je klopni meningitis toliko opozoril na meje telesa, da sem sprejel ponudbo, da ostanem doma, na fiziologiji. Tu sem delal več let kot študent in napravil tri Prešernove naloge iz kardiovaskularne dinamike in iz omenjene teme tudi magistriral. Na fiziologiji sem ostal eno leto. Potem sem naključno srečal sošolko Jelko Lindič, vestno in predano zdravnico (danes je predstojnica nefrološkega oddelka), ki je takrat z navdušenjem začela na KO za nefrologijo, kjer se je dogajalo intenzivno in čarobno klinično delo z najtežjimi bolniki. Klinična medicina naju je potegnila v svoja nedrja in zvesta sva ji ostala še danes. Če je bila takrat moja odločitev pravilna, je stvar razprave in kaj je vrednota v življenju. Časi so nepriemerljivi, vendar je takrat mene in takratno generacijo medicincev gnala intrinzična motivacija za delom. Delo je bilo takrat intrinzična vrednota. Tega na KO za nefrologijo ni nikoli manjkalo in tako je še danes.

*Že od nekdaj trdim tole: Na inštitutih MF UL je raziskovalno delo de facto in de iure samoumevnost. V UKC Ljubljana isto velja de iure, medtem pa je de facto raziskovalno delo t. i. trinajsto prase. Komentar?*

Glede raziskovalnega dela na kliniki se razmere spreminjajo, in to na boljše, predvsem glede stanja duha in motivacije. Mladi zdravniki včasih celo dobijo dopust in lahko delajo raziskave med službenim časom. V mojih časih je bilo to nekaj bogokletnega. So pa razmere težavne zaradi pomanjkanja časa, omejenih finančnih sredstev in vse večje kadrovske stiske zdravnikov, ki moramo, morajo opraviti vse več dela z bolniki. Bolniki so vse težji, starejši in imajo poleg osnovne bolezni vse več pridruženih bolezni, zdravljen. Zdravljenje je poseben izziv in vse večje breme za terapevte in bolnike, kot tudi družbo



nasploš. Tudi pedagoško delo na kliniki poteka ob zdravljenju bolnikov in bolj izjemoma se zgodi, da imamo zdravniki čas samo za poučevanje, temveč moramo nekako učiti in zdraviti obenem. V zadnjem času se dogaja, da ima zdravnik na kliniki za

nefrologijo v žepu dva telefona in rešuje stiske bolnikov ter odgovarja na vprašanja specialistov družinske medicine. Pretok informacij je postal izjemen. Ali je prilagoditev živčevja že dosegla meje sprejemljivega? Obolenost in prezgodnja umrljivost zdrav-



nikov je prehuda posledica preobremenjenosti in izgorelosti pri številnih kolegh. Zdravništvo se v veliki meri zaveda problema, vendar se realne razmere za delo zdravnikov v Sloveniji in še mnogokje slabšajo. Kadrovska in finančna podhranjenost ob ne najbolj-ši organizaciji je diagnoza slovenske medicine in tudi druge intelektualne elite.

**Kaj je Vaše raziskovalno področje na KO za nefrologijo? Kako je sploh mogoče v kliniki raziskovati, ko pa ste dobesedno zasuti z rutinskim delom?**

Potem ko sem končal raziskovalno delo na fiziologiji in končal obdobje ehokardiologije, sem rabil leta kliničnega dela, da sem dovolj poglobil znanje za izvedbo kliničnih raziskav. Znanje ehokardiologije sem uporabil pri več študijah na uremičnem srcu in pri drugih študijah kardiovaskularne dinamike pri dializnih bolnikih.

Skupaj z Nado Kozjek sva odkrila biokemijo prehrane in končala dveletni internetni študij iz športne prehrane pod tutorstvom mednarodnega olimpijskega komiteja. Izpit, ki je vsako leto trajal 24 ur in kjer je bila na razpolago vsa literatura, je bil zanimiva izkušnja. Znanje o prehrani, predvsem biokemijo prehrane, sem prenesel tudi v nefrologijo, kjer je že dolgo znano, da je hrana zdravilo. V nefrologiji je pogosto omejevanje prehrane. In vendar je že Hipokrat poudarjal, da samo hrana ni dovolj za zdravje, potrebno je tudi gibanje.

V zadnjem obdobju me najbolj zanima oksidativni stres po naporu, pri zdravih, športnikih in dializnih bolnikih, ter predvsem vpliv prehrane in individualno dozirane telesne vadbe na kroničnega bolnika in na njegovo pusto telesno maso. Mišice so, tako kot maščoba, endokrini organ in v telesu poteka vojna med dobrim in zlim, med miokini in adipokini. Gibanje in ustrezna prehrana sta ključ do dobrega zdravljenja tudi pri kroničnih bolnikih. Gibanje namreč povzroči, da gre hrana na pravo mesto. Omenjeno dejstvo spraviti v življenje predstavlja pri kroničnem

bolniku terapevtski in raziskovalni izziv. Ne samo rešiti življenje, temveč tudi izboljšati kakovost življenje bolnikom, to je izziv znanosti, ki seveda presega področje klinične medicine in posega v širšo civilizacijsko prizadevanje za boljši jutri posameznika in družbe.

Vrhunsko klinično delo ja raziskovanje. Na kliniki se stalno veliko dogaja, je veliko intelektualne dinamike v povezavi s problemi pacientov. Delati v ustanovi, kjer je obilo nadarjenih in izjemno delavnih ljudi, je velik izziv, odgovornost in tudi breme. Raziskovalno delo je zelo odvisno od intrinzične motivacije posameznika, vendar je na hierarhični lestvici na KO za nefrologijo takoj za opravljenim delom s pacienti in čeprav je raziskovanje organizacijsko največkrat prostočasna dejavnost, ga večina zdravnikov na KO za nefrologijo jemlje zelo resno in dela zelo veliko oz. toliko, kolikor zmore. Delati raziskovalno na kliniki je težko, po drugi strani je spremljanje napredka stroke skozi prizmo časa pravi intelektualni užitek. Tudi zaradi tega je vredno vedno znova žrtvovati prosti čas za raziskave, ki so vedno znova vznemirljive in velikokrat tudi izboljšajo zdravljenje bolnikov.

**V klinični medicini delate že dolgo. Opišite, prosim, razmere v času, ko ste opravili specializacijo iz interne medicine, ter zdaj, leta 2015. So razmere takrat in zdaj sploh primerljive?**

Vse se spreminja in edina stalnica je sprememba. V dobrih starih časih so bili drugi časi. Obdobje nove države je obetalo ogromno optimističnih zagonov na vseh področjih, ogromno možnosti, vendar se odnos zdravnikov do bolnikov v tem času ni spremenil, zelo pa se je spremenil odnos bolnikov do zdravnikov oz. družbe in medijev do zdravniškega dela nasploh. Medicina je v tem času izjemno napredovala in zdravniki smo ves čas požrtvovalno držali stik s svetom in z omejenimi finančnimi sredstvi bolnikom ponujali največ, kar

je možno, medtem ko se kadrovsko in organizacijsko nismo krepili. Uvoženi strahovi pred zdravniškimi napakami so po drugi strani poslabšali odnos med zdravnikom in bolnikom, zmanjšali zaupanje med bolnikom in terapevtom in najbolj škodovali bolnikom samim. Omenjene spremenjene razmere so tudi zelo poslabšale razmere za delo zdravnikov, saj zdravniki v strahu pred tožbami zdravijo(mo) konservativno in takšno zdravljenje ni optimalno. Zdravniki imamo človeške možgane in grešimo, toda skoraj nikoli namerno, in ne spomnim se primera, da kdo od kolegov ne bi naredil vsega, kar more in zna, za bolnika. Zdravniki smo vedno želeli in vedno želimo narediti vse najboljše za paciente, ne glede na plačilo in druge okoliščine v družbi. Velika sprememba v zadnjih desetletjih je tudi glede uspeha zdravljenja, ki je boljše in boljše in zato bolniki dočakajo zelo visoko starost, so še bolj polimorbidni, imajo še več zdravil in še več možnosti za domnevne zdravniške napake. Medicina ima v 21. stoletju ob ustrezni finančni in medijski podpori čarobno moč, da pozdravi še včeraj neozdravljivo in zelo podaljša življenje ljudem, kot tudi izboljša kakovost življenja. Na žalost smo Slovenci nerealni glede marsičesa in se sploh ne zavedamo, kakšen zdravstveni sistem sploh imamo ter kako, s koliko denarja in kadra sistem še deluje. Naši upokojeanci, ki živijo zunaj države, pogosto pridejo k nam v naše zdravstvene ustanove na vstavev pacemakerja ali zamenjat kolk, čeprav naj bi sistem glede na dnevne novice medijev pokal po šivih. Senzacionalistično negativno poročanje o aferah v zdravniških krogih, kjer se tako veliko optimističnega dogaja z vrtoglavo hitrostjo, povsem nepotrebno zamegli sliko požrtvovalne medicinske sestre, ostalih terapevtov in zdravnikov, ki bdijo nad pacienti ob sleherni uri in vsak dan v letu, leto za letom brez prestopka. Organizacijske rešitve v prid bolnikov in zdravnikov so vedno možne, vendar s skupnim dogovorom in soglasjem, kaj si želimo in kaj je

možno, ter predvsem, ali imamo dovolj finančnih sredstev za vse dražjo sodobno medicino in ali jo lahko ponudimo vsakomur.

**Ali imate kot učitelj možnost nadaljevati svojo izvrstno izkušnjo – mlajše sodelavce učiti, kako se ne dela?**

Imam, vendar ...

**Še eno mojih standardnih vprašanj mojim intervjuvancem, ki delajo v kliniki: Domnevajte, da ste čarovnik, da imate čarobno paličico. Kam in kako bi z njo zamahnili, da bi izboljšali svoje delo v kliniki – ter razmere v slovenski klinični medicini sploh?**

Na mojem ožjem strokovnem področju bi se razmere zelo izboljšale, če bi upoštevali že sprejete strokovne normative glede števila zdravnikov na pacienta. Najbrž je to velika slabost slovenske medicine: kadrovska podhranjenost. Kadrovsko izboljšanje slovenske medicine je pogojeno s finančno podhranjenostjo in z nekaj več denarja, boljšim pregledom nad trošenjem denarja in z boljšo organiziranostjo bi slovenski zdravniki še lažje in veliko bolje zdravili. Ob ustrezni kadrovski in finančni politiki bi lahko še bolj cvetelo tudi pedagoško in raziskovalno delo. Poskrbel bi, da nihče, ki diplomira na univerzi, ne bi ostal brez dela, bi pa bilo treba podvojiti denar za zdravstvo in znanost. Slovenijo vidim kot zeleno deželo, kjer ljudje radi delajo in ustvarjalno uresničujejo različne življenjske izzive. Slovenija je v mnogočem dežela priložnosti. Objektivno gledano lahko Slovenci živimo dobro in kakovostno, če vzpostavimo dialog ter razrešimo glavne probleme v družbi z dogovorom. Pogrešam objektivnost medijev tudi ali predvsem v zdravstvu in pozitivizem oz. realno poročanje o uspehih.

**Kaj za Vas zajema pojem kolegialnost? Je to samoumevnost, ali pe le na redko posejana cvetlica?**

V medicini velja kar stroga hierarhija in timsko odločanje o bolnikih na raportih je dodana vrednost ustanove,

kot je UKC. Živahne razprave ob posameznih, najtežjih bolnikih pomenijo večji nadzor in večjo kakovost dela. Zdraviti v ustanovi, kot je UKC, pomeni čast, izziv in odgovornost. Odnose v medicini v veliki meri določa odnos do bolnika. V skrbi za bolnika zdravniki različnih strok zelo dobro in kakovostno sodelujemo, večinoma bolj na osebni ravni kot na strogo profesionalno-organizacijski, vendar sistem v UKC deluje dobro, čeprav ne rečem, da niso možne izboljšave. Kadrovska in finančna okrepitev bi zelo izboljšala razmere za delo zdravnikov in za zdravljenje bolnikov. Osebnost imam s kolegi večinoma dobre izkušnje in v skrbi za bolnika pri najtežjih primerih interdisciplinarni timi dobro delujejo. Osebnost ego se največkrat umakne dobrobiti bolnika in prav je tako. Kolegialnost je samoumevna in ni redko posejana cvetlica. Brez kolegialnosti in požrtvovalnosti vseh zdravstvenih delavcev bi bil UKC Ljubljana drugačna ustanova, tako pa še vedno skrbi za najtežje bolnike v Sloveniji, poučuje in skrbi za razvoj medicinske stroke v Sloveniji in širše.

**Pred leti sem usodo zdravnika (zdravnice) opisal takole:**

*Ko zdravnik (zdravnica) dela, največkrat gori kot bakla in ko zgori, za njim (njo) ostane kupček pepela. Imam dve vprašanji: Ali moj opis velja? Kaj je zdravniku (zdravnici) storiti, da za njim (njo) ostane malo več kot samo kupček pepela?*

Po začetnem navdušenju največkrat terapevt po letih trdega dela najlažje izgore čustveno, zato v urejenih družbah terapevti seniorji bolj delajo kot konzultanti, raziskovalci in kot mentorji mlajšim zdravnikom. Izgorelost, telesna in čustvena, je tudi odvisna od posameznika, od njegovega delovanja v timu in od tima samega. Po drugi strani tudi od samega zdravnika, zasebnega življenja, hobijev in ne nazadnje od genetike. Ostane nam, da smo dobri mentorji mladim in da pišemo, predavamo in

raziskujemo. Medicina je neverjetno vznemirljiva in dinamična stroka in pomeni tudi način življenja, način življenja, ki je poln dinamike in profesionalnih izzivov. V kliničnem centru in na MF se dogaja veliko omenjenega, zato izzivov nikoli ne zmanjka.

**V svojem doktoratu ste nadvse zanimivo – deloma v angleščini, deloma v slovenščini – strukturirali poglavje Zahvale. Zelo čustveno se bere zahvala Renati, Patriciji in Krištofu. Imate več časa zanje? Za sebe? Tudi za šahiranje s Krištofom – ali ne več?**

Dan ima 24 ur. Potem ko opraviš specialistični izpit in zagovor doktorske naloge, se delovne obveznosti nekajkrat povečajo, predvsem odgovornost. Zdravniki živimo posebno življenje in tudi naši najdražji morajo to sprejeti. Čas zase si vzamem, predvsem za naravo. Plavanje v bazenu je zame čista meditacija. Brez teka in kolesa bi težko živel, najboljše rešitve problemov se prikažejo med telesno aktivnostjo daleč od vsakdanjosti. Šahiram premalo, s Krištofom sploh ne, sedaj je on razpet med atletiko (tekač na 400 m) in medicino (peti letnik) in je neverjetno uspešen pri načrtovanju in uresničevanju dnevnega urnika. Hčerka Patricija je brucka na likovni akademiji, smer slikarstvo, in nima več veliko časa za očeta, medtem ko žena Renata kot filozofinja najstnike uvaja v razmišljanje o modrosti. Zadnje čase poleti celo ostane kako popoldne za daljše kolesarjenje ali pisanje. Življenje je lepo. V Sloveniji je lepo. Včasih so težave, ampak te so povsod, tudi in celo na Kitajskem, ki ima gospodarsko rast in kontrolo medijev.



# Komunikacija v urgentni medicini

Prim. dr. Iztok Tomazin, dr. med., ZD Tržič  
[itomazin@siol.net](mailto:itomazin@siol.net)

## Abeceda

Tisto, kar nas tako v zasebnem kot v poklicnem življenju najbolj opredeljuje, so odnosi. Pri ustvarjanju, bogatenju, razvijanju in ohranjanju odnosov je komunikacija naše najpomembnejše orodje. Tokrat bom pisal o komunikaciji v urgentni medicini – manj o komunikaciji znotraj urgentnega tima, ki je seveda tudi zelo pomembna, več pa o komunikaciji med zdravniki na »prvi bojni črti«, torej zdravniki, ki delamo v službi nujne medicinske pomoči (NMP) na terenu, in med zdravniki na sekundarni ali terciarni ravni, torej v bolnišnici. S to komunikacijo imam sam veliko dobrih ali odličnih izkušenj z zelo redkimi izjemami. Zaradi slednjih, predvsem pa zaradi mnogih pripovedovanj kolegov in kolegic o njihovih slabih, včasih zelo frustrirajočih izkušnjah, sem se odločil napisati ta članek.

V urgentni medicini, še posebej na terenu, se praviloma mudiš, stanje enega ali več pacientov je resno, okoliščine so pogosto zelo zahtevne, sodelujoči smo pod stresom. Vse to in še marsikaj vpliva na komunikacijo, ki mora biti jasna, jedrnata, izčrpna, pa tudi korektna in dobronamerna – profesionalna. Terenski urgentni zdravnik obravnava nujnega pacienta v bolnišničnim zdravnikom pogosto nepredstavljenih pogojih in ga potem bolj ali manj pregledanega in oskrbljenega pripelje v bolnišnico, kjer ga preda enemu ali več kolegom. Medsebojna komunikacija se pogosto začne že na terenu, ko »terenci« kličemo v bolnišnico, največkrat ustreznega specialista bodisi za posvet ali pa za najavo skorajšnjega prihoda, vrhunec pa doseže ob osebnem stiku zdravnikov pri predaji pacienta v bolnišnici. Včasih se nadaljuje še kasneje z izmenjavo informacij.

Ko kličem s terena ali iz ambulante v bolnišnico, se vedno predstavim z imenom in priimkom ter imenom službe, v kateri trenutno delam: zdravstveni dom ali gorska reševalna služba ali helikopterska nujna medicinska pomoč. V približno tretjini primerov se sogovornik ne

predstavi, tako da moram nadaljevati z vprašanjem: »S kom pa govorim?« – ne toliko zaradi imena, pač pa zaradi usposobljenosti – po strokovni plati se bom drugače pogovarjal z medicinsko sestro, sobnim zdravnikom, specialistom ali pa s ciljnim specialistom. Še najbolj stresna je lahko komunikacija z dežurnimi anesteziologi, ki jih kličemo po oživljanju na terenu ali med oskrbo politravmatiziranega pacienta, vendar ne zaradi njihove neprijaznosti, saj so praviloma profesionalni, pač pa zaradi stresnih okoliščin. Verjamem, da ima vsak od kolegov anesteziologov v bolnišnični urgenci v spominu celo zbirko napetih klicev, ko kolegi(ce) s terena sporočajo, koga in v kakšnem stanju bodo pripeljali, prosijo za ustrezen sprejem in tako naprej, pogosto pa je zvočno ozadje sirena reševalnega vozila, ki drvi proti bolnišnici. Takrat seveda ni dosti časa za razpravljanje in posvetovanje; eni delamo, vse kar znamo in zmoremo, drugi bodo s tem nadaljevali, ko jim bomo predali pacienta. Če že, se zaplete ob ali po predaji pacienta, saj takrat v osebnem stiku napotnega in sprejemnega zdravnika komunikacija doseže vrhunec.

## Nerazumevanje in egotripi

Še danes se dobro spominjam skoraj edine slabe izkušnje izpred več kot četrto stoletja, ko smo iz gora po zahtevnem reševanju v Klinični center v Ljubljani s helikopterjem pripeljali hudo poškodovanega planinca. Z nosili smo hiteli proti »reanimaciji«, ko nas je na hodniku že od daleč zagledal slučajno mimoidoči profesor travmatologije. Zavpil je: »Kam greste?«

»Na reanimacijo,« sem odgovoril.

»To bom pa jaz odločil, kam boste šli!« se je arogantno zadril, da so se proti nam obrnile glave celega hodnika čakajočih pacientov.

Ko smo z vozičkom prišli bližje in je videl nezavestnega, intubiranega pacienta s krvavečo, razbito glavo, se je odmaknil in utihnil. Bolje zanj in predvsem za pacienta. Mi smo seveda takoj vstopili v reanimacijski prostor in pacienta

korektno predali prijazni dežurni anesteziologinji dr. Hribar Habinčevi. Če bi profesor nadaljeval s svojo (ne)komunikacijo, bi jaz, ne glede na to, da sem bil takrat še precej neizkušen zdravnik, nazaj ustrelil z vsemi topovi, od jasne zahteve, naj nas ne ovira pri oskrbi življenjsko ogroženega človeka, do kakšne prijave. V interesu poškodovanca, seveda.

Spominjam se tudi številnih prizadetih pripovedi, predvsem mlajših kolegov in kolegic, o nekorektnem, z očitki zabeljenem sprejemu ob predaji pacientov v bolnišnicah. »Zakaj ste to pripeljali k nam, zakaj niste naredili tega in onega, kaj se pa greste, danes imamo stalno delo z vami...«. Tudi več objokanih kolegic sem videl, sesutih od dvojnega stresa – stresen je bil že urgentni primer sam po sebi, dodaten stres in prizadetost pa je povzročil neprimeren, očitajoč, žaljiv sprejem v bolnišnici, praviloma vpričo večjega števila ljudi.

## Iz gora v zmajevo mesto

Zgodnje jutro je, septembrska nedelja, ko bi moral počivati po napornem tednu, a kaj ko vsaj trideset prostih dni vsako leto preživim na helikopterskem dežurstvu, seveda poleg obilice službenih dežurstev. Noč je bila prekratka, vendar se prebudim v trenutku, ko na telefonu vidim seznam nočnih klicev, ki sem jih preslišal, ker sem pomotoma utišal zvonjenje. Večkrat sta me klicala dva centra za obveščanje in še nekaj neznanih števil. Takoj pokličem 112 in izvem, da bo treba današnje dežurstvo na Brniku začeti uro prej, saj bomo že ob svitu poleteli na Okrešelj po bolnika, ki ga zaradi močnega vetra včeraj zvečer niso mogli reševati s helikopterjem. Ni časa za nobeno od običajnih jutranjih opravil, le kar najhitreje se preoblečem in stečem v avto ter postavim osebni rekord v hitrosti vožnje do Brnika. Le upam lahko, da nisem srečal kakega radarja. Pridrvm še pravočasno in točno ob načrtovani

uri poletimo v Kamniške. Kadarkoli rešujemo na Okrešlju ali v okolici, privrejo še vedno močno boleči spomini na tragedijo v Turski gori, ko smo med helikopterskim usposabljanjem izgubili pet sodelavcev in prijateljev, med njimi dobrega kolega Janija Kokalja. Med vzroki za nesrečo je bila tudi neustrezna komunikacija.

Po pristanku z reševalcem stečeva iz bobnečega helikopterja, celjski reševalci pa nam že hitijo nasproti z bolnikom na nosilih. Na utrujenih, a zadovoljnih obrazih se vidi, da so garali včerajšnji večer in dobršen del noči, da so bolnika iz prepadov Turskega žleba spravili do Okrešlja. Z gibom roke jih ustavim, saj bolnika želim na hitro pregledati še pred vnosom v hrumeče plovilo. Prvi nosač je Aco, s katerim sva pred skoraj dvema desetletjema plezala na Everest, po tistem pa sva se le redko videla. Razveseliva se, spogledava, nasmejeva, bežno dotakneva z rokami. Traja par sekund, ampak to je dobra, okoliščinam primerna komunikacija. Nekaj intenzivnih minut se posvetim bolniku in mlademu zdravniku, ki ga spremlja. V hrupu delujočega helikopterja mi hitro odgovori na nekaj vprašanj, potem bolnika vkrcamo in čez Kamniško sedlo poletimo proti Ljubljani. Bolnik je tujec, prestrašen, a trenutno življenjsko ni ogrožen. Med poletom je zaradi hrupa v kabini sporazumevanje oteženo: stik z očmi, prijazen, naklonjen in odločen pogled, dotik, pa kakšna na uho zavpita beseda, seveda v njegovem jeziku. Večinoma neverbalna komunikacija, ki naj ustvari zaupanje in bolnika pomiri, kolikor je glede na okoliščine mogoče. Seveda ga priklopim na monitor, recimo, da je to komunikacija z njegovim telesom. Ki se očitno umirja, kar je dobro.

Pristanemo na heliportu Kliničnega centra. Vedno, razen če ne pripeljem skrajno ogroženega pacienta, ki vsak trenutek zahteva vso pozornost, opazim mnogo pacientov, ki slonijo na oknih osrednje stavbe in nas

opazujejo. Vsakič se sprašujem o njihovih usodah in stiskah. Morda jim je za kanec lažje, ko vidijo, da smo pripeljali nekoga, ki je najbrž v še slabši koži kot oni.

Med hojo ob vozičku s heliporta proti urgenci naročim reševalno vozilo za prevoz do Nevrološke klinike in pokličem dežurno nevrologinjo ter ji povem, da jim peljemo bolnika, opišem njegove težave, naše ugotovitve in anamnestični podatek, da je že imel anevrizmo vertebralne arterije. »Ne, ne kolega, najprej ga peljite na IPP, da ga bodo tam obdelali...« mi odgovori. Dobro, za nas še bolje, ne bo se nam treba voziti z rešilcem do Nevrološke klinike, bolnika bomo lahko hitreje predali in se čim prej vrnili v helikopter, nared za novo intervencijo. Zadovoljen sem, a ne za dolgo. Prijazna sprejemna sestra na Internistični prvi pomoči (IPP) nam dodeli sobo 8. Mladi kolega, ki nas tam sprejme, je sprva nejevoljen, ko mu povem osnovne podatke o bolniku in o navodilu dežurne nevrologinje. Nekam telefonira in po telefonskem klicu se vsaj na videz umiri. Z gorskim reševalcem letalcem že hočeva zapustiti sobo, ko privihra razjarjena ženska v beli halji, neopredeljive starosti, saj jo je iz zariplega obraza težko določiti. Domnevam, da je nadzorna internistka. Stopi pred gorskega reševalca, mu pred nosom zaloputne vrata in mu tako onemogoči izhod. Očitno zato, da bo prisoten pri tem, kar je imelo slediti ...

Nato skozi široko odprte zapornice od jeze spačenih ust zadonijo rafali očitkov in soljenja pameti. Rdeča nit je očitek, zakaj bolnika nismo peljali na nevrologijo. Tega dolgo ne morem pojasniti, ker ne pridem do besede, saj je glasni tok obtoževanja neprekinjen. Imam sicer dovolj energije, samozavesti in decibelov na zalogi, da bi jo lahko v trenutku ustavil, a se ne želim spuščati na tak nivo. Ni primerno, ne na tem mestu, ne vpričo bolnika. In tako stojim in poslušam, vmes še nekajkrat mirno poskušam razložiti, da nas je na IPP usmerila dežurna nevrologinja, a ne

uspem, ker se hudournik jeznega besedičenja kar noče ustaviti. Vmes nekajkrat pogledam na nosilih ležečega pacienta in vidim njegov presenečen, zmeden obraz. Tudi gorski reševalec osuplo gleda. Zdravnica pacienta niti ne pogleda, kaj šele pregleda, dokler sva z reševalcem v sobi. Vsa je skoncentrirana na besni samogovor. Kot izkušen urgentni zdravnik med poslušanjem izbruha seveda razmišljam diferencialno diagnostično: utrujenost, slabo prespana noč, naveličanost, PMS, sproščanje bog ve kakšnih frustracij, nekonstruktivno »reševanje« organizacijskih težav Kliničnega centra, hranjenje ega ...? Kdo bi vedel, možnosti je veliko, nobena pa ne opravičuje take komunikacije.

Ko po mučnih minutah le pridem do besede, povem, zakaj smo prišli na IPP, ampak to povzroči le nov krog že slišane. Nehote privre asociacija na zmaja, le da ta bruha težke besede namesto ognja. Ko vidim, da ni možnosti za razumno, profesionalno komunikacijo, odvrnem: »Tule je pacient, zmenite se med seboj,« in pri tem mislim Klinični center. Pacienta smo vendar pripeljali na sprejemni oddelek vodilne bolnišnice v Sloveniji. Vodilne v čem? Po odnosu do bolnika in do tistih, ki smo ga v gorah reševali, v našem primeru očitno ne. Ko končno z olajšanjem stopim iz sobe 8 na hodnik IPP-ja, se soočim z začudenim pogledom edinih dveh čakajočih. Izbruh internistke je bilo slišati tudi v čakalnici. Ne spomnim se, da bi kdaj videl tako prazno čakalnico na IPP. Gneča, ki nas zdravnike pogosto obremenjuje, torej ni mogla biti med vzroki opisanega dogodka.

## Kaj sploh je dobra komunikacija?

Ko se z reševalcem vračava do helikopterja, mi pomenljivo odvrne: »Ti..., to pa je bla komunikacija!« Meni je nerodno, predvsem zaradi bolnika, ki je bil po odlično opravljenem gorskem reševanju in prevozu s

helikopterjem v osrednji slovenski zdravstveni ustanovi priča opisani komunikaciji, še preden se mu je kdo posvetil. In si je verjetno ustvaril čuden vtis o našem bolnišničnem zdravstvu. Nelagodno mi je tudi zaradi gorskega reševalca, po poklicu policista, vajenega marsičesa, takega odnosa med zdravstvenim osebjem pa ne. Na današnji reševalni intervenciji je lahko videl blišč in bedo zdravniške komunikacije. Eden od njegovih kasnejših komentarjev je bil: »Seveda, Klinični center in njihovi slabi odnosi, saj zato so jih polni vsi časopisi ...«

Vpitje, nadiranje, glasno oštevanje ali kakorkoli to imenujemo, ne glede na razloge, še posebej v javnosti, ni sprejemljiva komunikacija. Sploh ne vpričo poslušalcev, ki se naslanjajo ali pa jim je nerodno ali pa so celo v stiski. Še najmanj vpričo pacientov, ki potrebujejo pomoč in želijo prijaznost, ali njihovih svojcev, ki so praviloma tudi v stiski. Ni koristno, ni dobronamerno, ni profesionalno, ni korektno in seveda tudi ni vzgojno – ne med kolegi, ne do podrejenih, ne do kogarkoli. Predvsem razgalja šibkost, osebno nezrelost, neuravnovešenost, neprofesionalnost tistih, ki »morajo« tako komunicirati.

Vem, da »hospitalci« večkrat niso zadovoljni z ukrepanjem »terencev«, vzrokov za to je več, na obeh straneh. Med njimi je seveda že omenjeno nepoznavanje okoliščin dela na terenu. Bolnišnični internist ima na voljo bistveno več diagnostičnih možnosti kot urgentni ali družinski zdravnik na terenu ali v zdravstvenem domu. Bolnišnični anesteziolog bo na primer mnogo lažje intubiral pacienta, ne samo zaradi večjega znanja in izkušenj, pač pa tudi zato, ker je obkrožen s pomočniki, pacient mu leži na mizi v toplem, idealno osvetljenem prostoru, pri roki je odlična oprema in še kaj. Na terenu pa je urgentni zdravnik sam ali z največ dvema reševalcema, oprema je praviloma skromnejša, tudi zunanje okoliščine (teren, mraz, noč ...) so

večinoma daleč od idealnih. In pogosto se mudi. Seveda so velike razlike tudi v znanju in izkušnjah terenskih zdravnikov.

Če ima sprejemni zdravnik pripombe ali celo kritiko na račun terenskega zdravnika, naj to razčistita med seboj, korektno in vljudno oz. profesionalno, na štiri oči. Konstruktivna kritika je koristna, sploh če je izrečena dobronamerno, korektno, v primernem okolju, z argumenti in s ciljem opozoriti na napake, vzbuditi razmislek, izboljšati prihodnje ravnanje. Sam tako kritiko cenim in sem je vesel, saj se iz nje lahko marsikaj naučim. Med dobro pomoč pacientu sodi tudi ustvarjeno zaupanje, na katerega precej vpliva komunikacija med zdravstvenimi delavci, ki bolnika obravnavajo. Dobra komunikacija ni samo hiter, učinkovit in točen prenos informacij; je mnogo več, pomeni tudi medsebojno razumevanje, upoštevanje in spoštovanje.

Bolnišničnim zdravnikom se večinoma niti sanja ne, v kakšnih razmerah delamo urgentni zdravniki na terenu. Tudi v običajni službi NMP, ne samo pri gorskem reševanju, se člani ekipe pogosto soočajo z velikimi težavami in izzivi, na primer slabim vremenom, mrazom, temo, agresivnimi svojci, pomanjkanjem opreme, zahtevnim terenom in še marsičim, kar zelo otežuje, včasih pa tudi onemogoča optimalno obravnavo bolnika ali poškodovanca. Lahko tudi vpliva na neoptimalno odločanje o napotitvi. Z veseljem se spominjam več primerov »preobrazbe« bolnišničnih zdravnikov in zdravnic, ki so po tistem, ko so začeli dežurati tudi v kakšnem zdravstvenem domu, znatno spremenili svoj pogled na predbolnišnično urgenco in seveda tudi komunikacijo in odnos do terenskih zdravnikov.

## Spet v lepih krajih

Med vračanjem s helikopterjem na Brnik se sprašujem, kako je današnji dan doživljal bolnik. Prepričan sem, da je bil zelo hvaležen za delo

gorske reševalne službe: za včerajšnje večerne nevarne, a žal neuspešne poskuse helikopterskega reševanja, za skoraj celonočno garanje celjskih gorskih reševalcev, ki so z vso težko opremo iz doline peš prišli do njega in ga v nočnem, tehnično zelo zahtevnem in napornem reševanju skozi Turski žleb spustili do Okrešlja in tam skupaj z njim prebedeli preostanek noči ter ga zjutraj ob našem prihodu prenesli do helikopterja. Verjamem, da je bil zadovoljen tudi s helikopterskim delom reševanja, ko smo ga vznemirjenega in zaskrbljenega vkrkali in z njim ves čas poleta profesionalno in prijazno komunicirali, verbalno (v njegovem jeziku) in neverbalno, pozorno sem tudi spremljal njegovo stanje.

Po vrnitvi v bazo na Brnik si oddahnemo, pregledamo opremo, se pogovorimo o intervenciji. Ne morem kaj, da ne bi še malo razmišljal o IPP-ju Kliničnega centra, katerega šef je umirjen, prijazen, korekten, »skuliran«, bi rekla današnja mladina. Ironija je, da smo danes naleteli na njegovo živo nasprotje v obliki dežurne internistke, menda njegove namestnice.

Nov telefonski klic Centra za obveščanje me v hipu prestavi na realna tla. Mlada planinka si je zlomila nogo tik pod Kamniškimi sedlom. Odhitimo v helikopter in spet poletimo proti goram, v naročje vetra, ki nam bo zagrenil naslednjo uro in skoraj onemogočil reševanje iz zraka. V zraku imamo rodeo, a v petem poskusu naju z reševalcem po jeklenici iz helikopterja le uspejo spustiti v strmino blizu mesta nesreče. Med tekom s težkim zdravniškim nahrbtnikom na ramenih po strmini navzdol proti mestu nesreče se spotaknem. Marsikdo se ne bi ujel in sledil bi grd padec v globino z mogoče usodnimi posledicami, jaz pa se v trenutku postavim na vse štiri, stabiliziram in ustavim zdrst ter tečem naprej, kot da se ni zgodilo nič. Desetletja plezanja, letenja in nekaj let prostega padanja pač preoblikujejo telo in njegove

reakcije. »To pa je bla akrobacija, me je že zaskrbelo ...« pravi reševalec, ko pride za menoj. Nasmejem se in odmahnem z roko, v bližnji prihodnosti me v Monte Brentu čakajo še mnogo bolj akrobatski izzivi.

Poškodovano mlado tujo planinko hitro in prijazno oskrbiva, tokrat je treba govoriti angleško. Helikopter spet pritelovadi po nemirnem ozračju, komunikacija s pilotoma po radijskih postajah je kratka in jasna, brez odvečnih besed ali podtonov. Gola dejstva, informacije in navodila, vmes prikrita skrb ali okleščeno sporočilo o težavah, ki pa jih tako in tako poznamo, saj smo vsi zelo izkušeni. Tako pač mora biti pri helikopterskem reševanju. Z jeklenico nas dvignejo v kabino in poletimo v dolino. »A bomo poškodovanko peljali na IPP?« se pošali reševalec. »Mogoče,« se navihano zarežim, »ampak moram prej pripraviti močna pomirjevala.«

## Epilog

Razgiban dan dežurstva na Brniku se vendarle zaključi z dobro komunikacijo. Običajno nekaj ur po predaji urgentnega pacienta pokličem sprejemnega zdravnika v bolnišnici. Zato, ker me resnično zanima, kako je s pacientom, kaj so ugotovili in koliko se to ujema z mojimi ugotovitvami na terenu. Če je komunikacija dobra, kar praviloma je, in če imam kakšno dilemo, se pogovorim tudi o tem, kako bi bilo mogoče še bolje ukrepati. Šele po takem pogovoru je zame intervencija zaključena z izjemo čustvenih in drugih usedlin po medicinskih ali tehnično reševalnih dramatičnih dogodkih, ki ponikajo v globine in tam v prihodnosti zaživijo svoje prtajeno življenje. A o tem kdaj drugič.

Tako tudi ta večer pokličem, najprej na IPP, kjer od mladega kolega po pričakovanju izvem: »Bolnik je bil po obravnavi premeščen na Nevro, kamor je tudi spadal«. V drugi del stavka je seveda

vtkan očitek, a ne pregrob. Potem pokličem še dežurnega na Nevrološki kliniki. Ko se oglasi profesor Bajrovič, takoj vem, da bova tako kot vedno doslej imela dobro komunikacijo. V svojem značilnem jedrnatem in hkrati izčrpnem, prijaznem slogu mi v par minutah pove vse, kar me zanima. Profesionalna, korektna komunikacija s pridihom naklonjenosti, domačnosti. Po kateri ostane dober občutek, da sva se pogovarjala kot kolega, zdravnika, ki nama je mar za skupnega pacienta. Živo nasprotje komunikaciji na IPP. Pove tudi, da kolikor ve, se take paciente pogosto najprej vozi na IPP, od tam pa kličejo nevrologa, če je potrebno. Seveda ga na koncu vprašam tudi, kakšna je bila njihova komunikacija z IPP-jem. »Tudi nas je nadrla ...« S humorjem si podeliva to neprijetno izkušnjo.

Menim, da so dejanja pretežno pomembnejša od besed, tudi v urgentni medicini. Komunikacija pa seveda niso samo besede, komunikacija prežema tudi dejanja in lahko pomembno vpliva na kakovost oskrbe pacientov ter seveda na odnose med vsemi vpletenimi. Opisani dan je bil kljub mučnemu dogodku na IPP lep in izpolnjujoč. Med drugim nam je bilo dano pomagati dvema nesrečnikoma v gorah, dobili smo nove zanimive, koristne izkušnje. Tudi kakšna slaba izkušnja je lahko koristna, odvisno od odnosa do nje. Ne nazadnje sem dobil priložnost in idejo za članek o komunikaciji v urgentni medicini. Če bom s tem vsaj malo prispeval k izboljšanju komunikacije med kolegi, bo moj namen dosežen.

# »Brezplačno« cepljenje proti pnevmokoknim okužbam – zakaj moramo poznati indikacije?

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

Območna enota Celje

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

*Streptococcus pneumoniae* je del normalne mikrobne flore nosno-žrelne sluznice pri približno od 20 do 40 odstotkih zdravih otrok in od 5 do 10 odstotkih odraslih. Povzroča invazivne in neinvazivne okužbe oz. bolezni. Čeprav je znanih preko 90 serotipov, večino okužb povzročajo manjše število serotipov. Incidenca invazivnih pnevmokoknih okužb (meningitisa, sepse, pljučnice z bakteriemijo) je največja pri dojenčkih, otrocih do 5 let in pri starejših od 65 let. Drugi dejavniki tveganja za te bolezni so podhranjenost, prenaseljenost, slabše družbenoekonomske razmere, alkoholizem, HIV-okužbe, kronične bolezni (sladkorna bolezen, jetrna ciroza, kronična ledvična bolezen ali odpoved, obstruktivna pljučna bolezen), zdravljenje z biološkimi zdravili, ki zavirajo komplement. Pomemben dejavnik tveganja so tudi okužbe dihal, predvsem gripa. Kolonizacija in pnevmokokne bolezni so pogostejše v zimskih mesecih, ko je tudi gripe in ostalih akutnih respiratornih okužb več.

Veliko breme bolezni predstavljajo tudi neinvazivne pnevmokokne okužbe, zlasti vnetje srednjega ušesa pri otrocih, ki je pogosto povezano z empiričnim antibiotičnim zdravljenjem.

V letu 2013 je bila v Sloveniji najvišja incidenčna stopnja invazivnih okužb v skupini mlajših od 5 let (35 na 100.000) in pri starejših od 65 let (36 na 100.000). Daleč najvišja incidenca je bila pri otrocih do prvega leta starosti (81 na 100.000) (1).

Slovenski zdravstvenostatistični podatki kažejo, da je v osnovnem zdravstvu incidenčna stopnja zunaj-

bolnišničnih pljučnic (ZBP) pri starejših od 15 let približno 10 na 1000 prebivalcev. V slovenske bolnišnice je v povprečju letno zaradi ZBP sprejetih okoli 6000 bolnikov. Največji delež hospitalizacij pripada starejšim od 65 let. Večina ZBP je etiološko neopredeljenih, po podatkih iz literature pa je najpogostejši povzročitelj *S. pneumoniae* (2, 3).

Poleg visokih incidenčnih stopenj predstavlja velik javnozdravstveni problem tudi naraščanje odpornosti pnevmokokov proti številnim antibiotikom. V letu 2013 je bilo proti penicilinu odpornih in vmesno odpornih 8 odstotkov izolatov, proti eritromicinu dobrih 10 odstotkov, proti trimetoprimu s sulfametoksazolom 17,4 odstotka, proti tetraciklinu pa 6,1 odstotka. Zaskrbljujoča je zlasti makrolidna odpornost pri otrocih, ki je v letu 2013 znašala za eritromicin 21,3 odstotka (1).

V Sloveniji so registrirana tri pnevmokokna cepiva: 23-valentno polisaharidno cepivo (PPV23) in dve konjugirani cepivi, 10- in 13-valentno (PCV10, PCV13). Polisaharidno cepivo nudi zaščito proti invazivnim pnevmokoknim okužbam, ki jih povzročajo 23 najpogostejših serotipov, in se uporablja pri otrocih, starejših od dveh let, in pri odraslih. Pri otrocih, mlajših od dveh let, cepivo ni imunogeno (4).

10-valentno konjugirano cepivo (PCV10), ki se uporablja za cepljenje otrok do 5. leta, vsebuje polisaharidne antigene 10 pogostih serotipov (1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F, 23F). Cepivo je namenjeno preprečevanju invazivnih bolezni, pljučnic in akutnih vnetij

srednjega ušesa, ki jih povzročajo *S. pneumoniae* pri dojenčkih in otrocih od 6. tedna do 5. leta starosti (5).

13-valentno konjugirano cepivo (PCV13) vsebuje polisaharidne antigene 13 pogostih serotipov (1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F, 23F). Cepivo je namenjeno preprečevanju invazivnih pnevmokoknih okužb, pljučnic in akutnih vnetij srednjega ušesa, ki jih povzročajo *S. pneumoniae* pri dojenčkih, otrocih in mladostnikih (populacija v starosti od 6 tednov do 17 let), ter preprečevanju invazivnih pnevmokoknih okužb in pljučnic, ki jih povzročajo *S. pneumoniae* pri odraslih, starih 18 let in več (6).

V Sloveniji smo v letu 2015 začeli z rutinskim cepljenjem dojenčkov z 10-valentnim konjugiranim cepivom. Cepljenje opravimo ob privolitvi staršev. V okviru sistematičnega cepljenja dobijo dojenčki dva odmerka cepiva, v drugem letu pa še en odmerek (shema 2 + 1). Otroke z zdravstveno indikacijo in nedonošene cepimo po shemi 3 + 1, če s cepljenjem pričnemo pred 6. mesecem starosti, sicer po shemi 2 + 1. Priporočljivo je opraviti cepljenje s 13-valentnim cepivom, za maksimalno zaščito po drugem letu starosti pa je priporočljivo še dodatno cepljenje s 23-valentnim polisaharidnim cepivom. Tako so ti otroci, ki so še posebej dovzetni za pnevmokokno okužbo, optimalno zaščiteni. **Otroci z zdravstveno indikacijo so tisti, ki imajo kronične bolezni obtočil, dihal, jeter, ledvic, anatomsko ali funkcionalno asplenijsko, sladkorno bolezen, polžev vsadek,**



**živčno-mišično bolezen, ki povečuje tveganje za aspiracijo, sum na likvor fistulo, boleznin stanja, ki slabijo imunski odziv, ter otroci po ponovljeni invazivni pnevmokokni okužbi.** Cepljenje opravimo v breme ZZZS (7).

Seveda je cepljenje priporočljivo tudi za druge otroke, še posebej za otroke s ponavljajočimi se vnetji srednjega ušesa, vendar je cepljenje samoplačniško.

Pri odraslih, zlasti starejših od 65 let, priporočamo cepljenje z enim izmed pnevmokoknih cepiv (PPV23, PCV13). Cepljenje opravimo z enim odmerkom, revakcinacije pridejo v poštev v zelo redkih primerih, cepljenje oseb po presaditvi kostnega mozga opravimo po posebni shemi.

**Pri odraslih (za razliko od cepljenja pri otrocih) velja, da je cepljenje kljub prisotnosti »širših« zdravstvenih indikacij (npr. kronične bolezni obtočil, dihal, jeter, sladkorne bolezni, živčno-mišični bolezni, ki povečuje tveganje za aspiracijo), vedno samoplačniško.** Cepljenje v breme ZZZS je možno opraviti samo pri določenih ožjih indikacijah (6, 7).

V praksi se dogajajo nesporazumi zaradi napotitve pacientov z napotnicami na cepljenje proti pnevmokoknim okužbam na območne enote

Nacionalnega inštituta za javno zdravje. Napoteni so prepričani, da je cepljenje za njih brezplačno, saj imajo napotnico. Včasih je kar mučno pojasnjevati, da je cepljenje vsekakor priporočljivo, a je kljub napotnici samoplačniško. Dejstvo je, da je do »brezplačnega« cepljenja (ki to seveda ni, saj je krito iz osnovnega zdravstvenega zavarovanja) upravičen tisti, pri katerem je zdravstveno stanje takšno, da zadosti pogojem, ki so navedeni v Navodilih za izvajanje programa cepljenja in so natančno opredeljeni v priporočilih za cepljenje Nacionalnega inštituta za javno zdravje.

**Osebe, ki so upravičene do cepljenja proti pnevmokoknim okužbam v breme ZZZS z enim ali obema pnevmokoknima cepivoma, so HIV-okuženi, tisti, ki imajo funkcionalno ali anatomsko asplenijo, kronično ledvično odpoved, nefrotski sindrom, Hodgkinovo bolezen, limfom, multipli mielom, generaliziran malignom, levkemijo, prejemniki imunosupresivne terapije, osebe po presaditvi čvrstih organov, osebe s prirojeno imunsko pomanjkljivostjo, osebe z likvor fistulo, osebe s polževim vsadkom in osebe po presaditvi kostnega mozga.**

#### Literatura:

1. NIJZ. Epidemiološko spremljanje nalezljivih bolezni v Sloveniji v letu 2013 *Internet*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje [citirano 2015 Dec 2]. Dosegljivo na: URL: [http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/preliminarno\\_porocilo\\_2014\\_ostala\\_cepljenja\\_15\\_07\\_2015.pdf](http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/preliminarno_porocilo_2014_ostala_cepljenja_15_07_2015.pdf)
2. Mušič E, Osolnik K, Tomič V, et al. Priporočila za obravnavo zunajbolnišnične pljučnice odraslih (prenovljena in dopolnjena izdaja, 2010). Zdrav Vest 2010; 79: 245-264.
3. Osolnik K. Pljučnica domačega okolja, Med Razgl 2008; 47:31-5.
4. Anon. Pneumococcal vaccines: World Health Organisation position paper. Can Commun Dis Rep 1999; 25:150-1.
5. NIJZ. Priporočila za cepljenje otrok do 5. leta starosti s konjugiranimi pnevmokoknimi cepivi. *Internet*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje [citirano 2015 Oct 15]. Dosegljivo na: URL: [http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/cepljenje\\_s\\_konj\\_pnevmo\\_za\\_otroke\\_-\\_junij\\_2015.pdf](http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/cepljenje_s_konj_pnevmo_za_otroke_-_junij_2015.pdf)
6. NIJZ. Priporočila za cepljenje odraslih in otrok starih 5 let in več proti pnevmokoknim okužbam. *Internet*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje [citirano 2015 Dec 2]. Dosegljivo na: URL: [http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/cepljenje\\_pnevmo\\_za\\_odrasle\\_in\\_otroke\\_nad\\_5\\_let\\_posodobljen\\_2015.pdf](http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/cepljenje_pnevmo_za_odrasle_in_otroke_nad_5_let_posodobljen_2015.pdf)
7. NIJZ. Navodila za izvajanje Programa cepljenja in zaščite z zdravili za leto 2015. *Internet*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje [citirano 2015 Dec 2]. Dosegljivo na: URL: [http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/navodila\\_za\\_izvajanje\\_ip\\_2015\\_fin\\_za\\_splet\\_1.pdf](http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/navodila_za_izvajanje_ip_2015_fin_za_splet_1.pdf)

## Operacije kil v deželi Adama in Eve – tanzanijska izkušnja

Asist. mag. Jurij Gorjanc, dr. med., Slovenj Gradec, zaposlen v tujini

*Herniološko združenje Slovenije – Herniološka sekcija pri Slovenskem zdravniškem društvu, je letos v sodelovanju s Španskim herniološkim združenjem pripravilo humanitarno misijo »Hernia International« v Tanzaniji.*

Na misijo smo se pripravljali eno leto, pa čeprav delo obsega nato le en

teden operacij, a takrat od jutra do poznega večera. S Španci smo v letu

poprej komunicirali zgolj po elektronski pošti, tudi oni se pred odpravo med seboj niso vsi poznali. Morda dokaz, da je medsebojno zaupanje v našem poklicu onkraj globljega medsebojnega poznanstva, še posebej, ko gre za dobrodelnost? Nekaj je k



Mednarodna kirurška ekipa.



Hvaležnost kirurginjam ob darilih.

uspešnemu delu prispevala izkušnost posameznikov s predhodnih misij (doslej 5) ter dosledna dorečenost smernic krovne angleške zveze.

Prvobitnosti Tanzanije nam ni bilo treba iskati v dejstvu, da naj bi na podlagi raziskav človeškega genoma tod naokrog nekoč prebivala t.i. mitohondrijska Adam in Eva. Zado-stovalo je poiskati kraj izven turističnega vrveža, kjer vladata revščina in preizkušeni afriški zakon, po katerem se vsak znajde, kot ve in zna. In seveda najti bolnike v tem kraju in okolici. Iskanemu profilu je ustrezalo mesto Korogwe s svojo splošno bolnišnico, od letališča oddaljeno približno 5 ur vožnje z džipom. Tam na oddelku za kirurgijo že leta dolgo deluje domačinka redovnica s. dr. Avelina Temba, ki živi v skupnosti 50 sosester ter še z dvema nunama – kirurginjama operira bolnike s kilami, hidrokalami, golšami, povečanimi prostatami. In še čim. Strmeč smo jo poslušali, koliko dobrega stori, opominjajoč nas, da je njeno delo le kaplja v morje. Tako kot naše, a naš pristop do bolnikov na začetku delovnega tedna je bil kljub temu zelo resen. V mesecih pred našim prihodom nam je s. Avelina pripravila in ob prihodu predstavila okrog 100 bolnikov z različnimi, po navadi velikimi trebušnimi kilami. Med njimi je bilo 30 otrok. Vsak bolnik je bil pred

posegom testiran na hepatitis B in HIV. Prekuženost s HIV je v Tanzaniji po uradnih podatkih okrog 6-odstotna, neuradno pa naj bi znašala okrog 10 odstotkov. Na bolnike smo bili v vseh pogledih pripravljeni. Najprej z opremo, ki smo jo v velikih zabojih za vse posege pripeljali s seboj ter uporabili zgolj minimalno afriških, po navadi veliko slabših pripomočkov. Nato z urnikom, ki je trajal dnevno med 8.30 in 19. uro, z odmorom za kosilo. Dvakrat smo delovni dan še podaljšali, ko je bilo treba apendektomirati tri dodatno sprejete bolnike z bolečino v trebuhu. Še nadalje z ekipo, ki smo jo letos sestavljali zgolj specialisti, brez učečih se specialistov (dve anesteziologinji ter šest kirurgin in kirurgov). To je bila odlična prilagoditev, da za asistiranje in operiranje sprejmemo že prej omenjeni domačinki zdravnici specializantki, ki sta po našem odhodu precej bolj kirurško suvereni.

Tri operacijske dvorane, v katerih smo delali, so bile skrajno preproste, a čiste. Operacijske mize se je dalo nastaviti celo po višini in operacijske luči so delovale. Kakšen luksuz v primerjavi z lansko Indijo! Povrh smo delali še s sestrami instrumentarkami in strežnicami, ki so vedele, kaj pomenita asepsa in sterilnost operacijskega polja. Občasno so nas vendarle obiskale muhe, bogomoljke ali

kaj podobnega in nas spomnile, da smo pač tik ob ekvatorju, kjer temperatura podnevi doseže 35 °C. Vlažnost zraka je visoka, kar smo v prostorih, kjer je delovala le ena klimatska naprava, pod kirurškimi plašči pač občutili.

A že zvečer slehernega dne smo na vse to pozabili, ko smo se na debelo premazani z autanom srečevali pri večerji na terasi bližnjega, menda edinega hotelčka mesta – »Pri belem papagaju«, v katerem smo prebivali. Španci očitno ne bi preživeli tedna ob pičli afriški hrani in iz potovalke so druga za drugo romale dobrote, kot so pršut (»jamon«) iz Seville, ovčji sir iz Santanderja, vino iz Tarragone in še kaj. In res bi bil neumen, kdor bi se tega branil. Na trenutke se mi je potem zdelo, da precej tekoče govorim špansko, a resnica je seveda nekje na sredini.

Po tednu dni dela, druženja in nastajanja novih pristnih prijateljstev smo se zadovoljni poslovili med seboj ter tudi od tamkajšnjih organizatorjev. Priredili so nam še slovesnost, mi pa smo sodelavce iz bolnišnice povabili na večerjo v naš hotel. Mestni politični veljaki so ubesedili občutke, ki smo jih preko celotnega tedna razbirali v očeh preprostih bolnikov: »Hvala, da ste prišli.« Kar težko je bilo zapustiti tamkajšnjo kirurško ekipo s skrajno preprosto opremo, s



Učenje v operacijski dvorani.

katero skrbijo za tamkajšnje ljudi. Zato so jim Španci prepustili veliko potrošnega kirurškega materiala, v Herniološkem združenju Slovenije pa smo jim za bolj varno operiranje podarili električni skalpel – kutor.

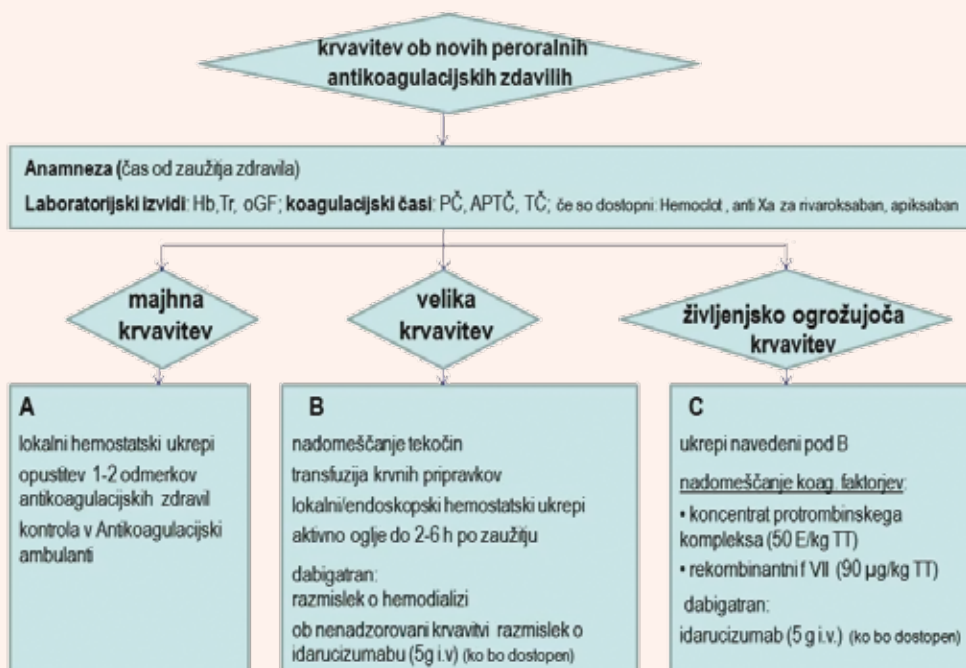
Na pot na humanitarno misijo v Tanzanijo smo se sicer podali vsak v svoji režiji. Španski kolegi tokrat zgoj s tem namenom. A ker gre za deželo, ki jo velja obiskati tudi iz drugih

razlogov, je bila dobra odločitev, da v tednu pred misijo prezračimo pljuča na vrhu gore, kjer je v zraku zgolj 49 odstotkov kisika, sicer razpoložljivega na morski gladini (bralec lahko našo lokacijo bolje definira z višinskim računalom na [http://www.altitude.org/air\\_pressure.php](http://www.altitude.org/air_pressure.php)). V odlični družbi dobro treniranih slovenskih planink in planincev (beri bratov s soprogama, ki sta poleg ostalih

sponsorjev in donatorjev kirurško odpravo finančno podprla) je šest dni vzpona in sestopa minilo, kot bi mignil.

Turistična ponudba dežele pa se z obiskom gora seveda ne konča. A sklep, da bodo levi, leopardi in podobna zverjad morali počakati na kdaj drugič, je bil pomirjujoč. Osnovni, dobredelni namen obiska je bil dosežen.

## Ukrepi ob krvavitvi ob novih peroralnih antikoagulacijskih zdravilih



## Popravek

V decembrski Izidi je bil na str. 47 objavljen članek **Krvavitve in nujni posegi ob zdravljenju z novimi peroralnimi antikoagulacijskimi zdravili – v pričakovanju protičinkovin** avtorice dr. Nine Vene, dr. med. Ker je v objavljenem algoritmu napaka, ga objavljamo ponovno.

## 8. mednarodni simpozij Inovacije in novi načini zdravljenja srčnega popuščanja

Doc. dr. Gregor Poglajen, dr. med., Program za napredovalo srčno  
popuščanje in presaditve srca, KO za kardiologijo, UKC Ljubljana  
[gregor.poglajen@kclj.si](mailto:gregor.poglajen@kclj.si)

Sindrom srčnega popuščanja je ena redkih boleznih srca in ožilja, katere pogostnost tako v svetu kot tudi v Sloveniji še vedno narašča in predstavlja veliko logistično in finančno breme za zdravstvene sisteme. V zadnjih letih je pri zdravljenju srčnega popuščanja prišlo do pomembnega napredka – poleg novih zdravil (zlasti kombinacija sacubitrila in valsartana, ki jo pri nas lahko pričakujemo v drugi polovici leta 2016) je na voljo tudi vedno več novih nemedikamentnih metod (resinchronizacijsko zdravljenje, začasna in trajna mehanična cirkulatorna podpora, presaditev srca, regeneracija srčne mišice z matičnimi celicami), ki pomembno izboljšujejo kakovost življenja bolnikov z napredovalim srčnim popuščanjem, predvsem pa podaljšujejo njihovo preživetje.

Da bi sodobne pristope k zdravljenju napredovalega srčnega popuščanja kar najbolj približali slovenski strokovni javnosti, je tudi v letu 2015 v Grand hotelu Bernardin v Portorožu med 18. in 19. septembrom potekal že osmi simpozij »Inovacije in novi načini zdravljenja srčnega popuščanja«. Simpozij sta tudi letos organizirala Program za napredovalo srčno popuščanje in transplantacije srca s Kliničnega oddelka za kardiologijo, UKC Ljubljana, in Bolnišnica Hermann Memorial v okviru University of Texas.

V dveh dneh je na simpoziju svoje poglede na najbolj aktualne probleme na področju srčnega popuščanja predstavilo 42 domačih in tujih predavateljev. Slednji so prišli iz ZDA, Poljske, Italije, Nizozemske, Hrvaške in Avstrije.

Letos so bila uvodna predavanja simpozija namenjena manj poznanim temam s področja srčnega popuščanja. Najprej smo se dotaknili posebnosti obravnave desnostranskega srčnega popuščanja, sledili pa sta predavanji o sodobni obravnavi amiloidne bolezni srca in o posebno-

stih obravnave srčnega popuščanja pri nosečnicah. Prvi sklop se je zaključil s predavanjema o diabetični kardiomiopatiji in on sodobnem pogledu na patofiziologijo in obravnavo kardiorrenalnega sindroma.

Drugi sklop predavanj je bil namenjen interventnim posegom pri bolnikih s srčnim popuščanjem. V prvem predavanju so bile predstavljene novosti na področju resinchronizacijskega zdravljenja, nadaljnja predavanja tega sklopa pa so skušala odgovoriti na nekatera nedorečena vprašanja s področja invazivnega zdravljenja srčnega popuščanja:

- Kdaj bolnika s srčnim popuščanjem napotiti na elektrofiziološko preiskavo?
- Kateri bolniki s srčnim popuščanjem so primerni za revaskularizacijo miokarda?
- Kateri bolniki s srčnim popuščanjem so primerni za kirurški poseg na zaklopkah?
- Kdaj bolnika s srčnim popuščanjem in pomembno mitralno regurgitacijo napotiti na perkutano popravilo zaklopke?

Sledilo je krajše predavanje o novih zdravilih za zniževanje LDL-holesterola, v četrtem sklopu pa smo se osredinili na sodobno obravnavo napredovalega srčnega popuščanja. Zvrstila so se predavanja o kirurškem preoblikovanju popuščajčega levega prekata, kratkoročni in dolgoročni mehanični cirkulatorni podpora ter o najustrežnejših oblikah antikoagulacijskega zdravljenja pri teh bolnikih. Sklop se je zaključil s predavanjem o popolnem umetnem srcu, metodi zdravljenja, ki jo imamo že nekaj let na voljo tudi v UKC Ljubljana.

Peti sklop predavanj je bil namenjen prihajajočim oblikam zdravljenja srčnega popuščanja. V prvem predavanju so bila predstavljena prihajajoča zdravila, zlasti kombinacija sacubitrila in valsartana, ki jo v Programu za napredovalo

srčno popuščanje in presaditve srca že uporabljamo od oktobra 2015 v sklopu programa sočutne rabe. Drugo predavanje nam je postreglo z novostmi na področju koronarnih intervencij pri bolnikih s srčnim popuščanjem, sledila pa so predavanja o novostih na področju matičnih celic in o možnosti zdravljenja srčnega popuščanja s pomočjo nanodelcev. Sklop smo zaključili s predavanjem o novostih na področju presaditev srca in na področju prezervacije organov.

Sledilo je plenarno predavanje prof. Sharon A. Hunt s Stanfordske univerze, ki je predstavila svoje poglede na presaditev srca v 21. stoletju – kljub velikim napredkom na področju zdravljenja napredovalega srčnega popuščanja glede na predstavljene podatke presaditev srca za to populacijo bolnikov še vedno predstavlja zlati standard obravnave.

Strokovne vsebine prvega dne simpozija sta zaključili predavanji, v katerih so bile predstavljene še novosti s področja antikoagulacijskega zdravljenja.

Sledila je, sedaj že tradicionalna, zabava v klubu Paprika, kjer je pobudo ponovno prevzel Samuel Lucas s svojo skupino in nas zabaval do zgodnjih jutranjih ur. Glede na številčno udeležbo se bo te tradicije gotovo treba držati tudi v prihodnje.

Drugi dan simpozija sta začeli predavanji o pomenu, diagnostiki in možnostih zdravljenja pomanjkanja železa ter o anemiji pri bolnikih s srčnim popuščanjem.

Sledili sta vzporedni delavnici Ambulantna obravnava bolnika s srčnim popuščanjem in Zdravstvena nega bolnika s srčnim popuščanjem. Prva delavnica je bila letos na našem simpoziju predstavljena prvič, namenjena pa je bila zlasti družinskim zdravnikom. Najprej so se zvrstila predavanja o diagnostiki in začetni obravnavi bolnika s srčnim popuščanjem v ambulanti družinskega zdravnika, sledili pa so prikazi zanimivih primerov iz vsakdanje prakse, ki so po zaključenem sklopu

tudi sprožili živahno razpravo. Na koncu delavnice smo predstavili tudi na novo uveden posvetovalni telefon (01/522-7285), ki je na našem oddelku družinskim zdravnikom na voljo vsak delovnik med 9. in 15. uro. To smo uvedli zlasti z namenom, da bi pospešili in izboljšali obravnavo bolnikov s srčnim popuščanjem ter jim čim prej ponudili specifične možnosti zdravljenja.

Delavnica Zdravstvena nega bolnika s srčnim popuščanjem je bila že tradicionalno namenjena medicinskim sestram in tehnikom. Tudi letos so bile v sklopu te delavnice predstavljene zanimive in aktualne teme, kot so telemonitoring bolnika s srčnim popuščanjem ter novosti na področju vloge medicinske sestre/tehnika pri obravnavi bolnika s sodobnimi oblikami mehanične cirkulatorne podpore.

Simpozij smo zaključili z interaktivnim sklopom Izzivi pri obravnavi bolnikov po presaditvi srca, kjer smo 10 uveljavljenih mednarodnih transplantacijskih kardiologov soočili z aktualnimi dilemami obravnave bolnikov pred presaditvijo srca in po njej, kot so obravnava bolnika s spongiformno kardiomiopatijo in amiloidozo srca, obravnava stresne kardiomiopatije pri darovalcu srca, strategije ohranjanja ledvične funkcije po presaditvi srca ter sodobna obravnava vaskulopatije presadka. Kot pričakovano, se je razvila zelo živahna in vsebinsko bogata razprava, iz katere smo se gotovo vsi zelo veliko naučili.

Po koncu predavanj je v preddverju dvorane sledila še krajša zakuska, nato pa smo se poslovili.

Vse dni simpozija je tekel tudi živahen družabni program, kjer so številni udeleženci simpozija v sproščenem vzdušju izmenjali svoje izkušnje in mnenja ter navezali stike s svojimi slovenskimi kolegi in kolegi iz tujine.

Organizatorji z velikim veseljem ugotavljamo, da sta tako udeležba kot tudi aktivno sodelovanje na tem simpoziju iz leta v leto večja. Letos je

bilo registriranih že okoli 350 udeležencev iz sedmih držav, kar daje simpoziju še dodatni mednarodni pomen.

Hvala vsem, ki so sodelovali v organizaciji simpozija, vsem sponzorjem, brez katerih izvedba tega srečanja ne bi bila mogoča, predvsem pa našim udeležencem, ki se našega srečanja udeležujete vsako leto v večjem številu.

Se vidimo 16. in 17. septembra 2016 v Portorožu!

## Prošnja organizatorjem strokovnih srečanj

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

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

Uredništvo



## OAA – Porodna anestezija

Asist. dr. Andreja Möller Petrun, dr. med., UKC Maribor

Asist. Jožica Wagner Kovačec, dr. med., UKC Maribor

*Na za štajersko prestolnico nenavadno meglen in kisel jesenski petkov popoldan smo se zbrali na Medicinski fakulteti v Mariboru. Tam so namreč 9. in 10. oktobra potekale delavnice in predavanja iz porodne analgezije in anestezije. Izobraževanje je organizirala predsednica Sekcije za porodno analgezijo in anestezijo (SPAA) pri Slovenskem združenju za anestezijo in intenzivno medicine (SZAIM) asist. Jožica Wagner Kovačec, dr. med. Potekalo je pod okriljem SPAA, Oddelka za anesteziologijo, intenzivno terapijo in terapijo bolečin UKC Maribor, Medicinske fakultete Univerze v Mariboru in Zdravniškega društva Maribor.*

Za vodenje izobraževanja je organizatorjem uspelo pridobiti pet priznanih strokovnjakov s področja porodne analgezije in anestezije iz Velike Britanije. Omenjena država namreč v svetovnem merilu velja za eno od vodilnih na tem področju.

Vsi predavatelji so specialisti anesteziologi in člani britanskega združenja za porodno analgezijo in anestezijo (OAA – Obstetric Anaesthetists Association). OAA je združenje porodnih anesteziologov s sedežem v Londonu. Že od leta 1969 si OAA prizadeva za kakovostno teoretično in praktično učenje anesteziologov in drugih zdravstvenih delavcev na področju porodne analgezije in anestezije. Pripravlja in posodablja smernice iz omenjenega področja. Trudi se tudi za čim boljše osveščanje laične javnosti. Ne nazadnje izdaja lastno strokovno revijo *International Journal of Obstetric Anesthesia* (IJOA). V OAA se lahko včlanijo anesteziologi z vsega sveta.

Izobraževanje smo začeli z uvodnim pozdravom Jožice Wagner Kovačec in Felicity Plaat, ki prihaja iz Queen Charlotte's Hospital v Londonu. Je anesteziologinja svetovalka in poučuje na Imperial College School of Medicine v Londonu. Aktivno sodeluje na številnih multidisciplinarnih

treningih tako v Veliki Britaniji kot tudi po svetu.

Sledil je voden ogled knjižnice ter simulacijskega centra nove mariborske Medicinske fakultete, ki ima res enkratno lego na desnem bregu Drave s pogledom na Lent in staro mestno jedro. Bilo je očitno, da je ogled prostorov pri udeležencih zbudil navdušenje.

Potem se je začelo zares. Vsaka skupina se je udeležila treh delavnic, ki so potekale v simulacijskem centru Medicinske fakultete.

Delavnico Ultrazvok v porodni anesteziji je vodil Gordon Yuill, ki je anesteziolog svetovalec v Stockport NHS Hospital. Poučuje na Univerzi v Salfordu in je dejaven pri promociji varne porodne anestezije in analgezije v Armeniji in Ugandi. Najprej smo bili deležni nekaj teoretičnih osnov za uporabo ultrazvoka v porodni anesteziji. Nato smo na živih modelih vadili identifikacijo in oceno globine do epiduralnega prostora. Ultrazvok je uporaben zlasti pri anatomsko manj ugodnih porodnicah, predvsem debelih, za lažje vstavljanje epiduralnega katetra. V drugem delu se je vsak udeleženec naučil ultrazvočnega prikaza anatomije trebušne stene za izvajanje TAP-bloka (TAP – transversus abdominis plane), ki je pomemben del multimodalne analgezije po

carskem rezu. V UKC Maribor TAP-blok uspešno uporabljamo, a ga zaradi tehničnih možnosti zaenkrat izvajamo brez ultrazvoka s pomočjo anatomskih točk.

Delavnico Masivna obporodna krvavitev sta vodili Felicity Plaat in Upma Misra, ki je anesteziologinja svetovalka na Sunderland Royal Hospital. Je članica nadzornega odbora OAA in aktivna članica v Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland (AAGBI).

Predstavili sta zanimivo in enostavno študijo, s katero so učinkovito usposabljali člane porodnega tima za realno ocenjevanje izgube krvi. Na podlagi prepojenosti različnih zloženec, kompres, rjuh itd. z rdečo obarvano tekočino so udeleženci morali oceniti količino izgubljene krvi.

Nato smo se preizkusili v vzpostavljanju intraosalne poti. Intraosalna pot izhaja sicer iz vojne medicine, je pa kaj hitro našla pot v urgentno medicino, kjer je odlična alternativa, ko ni moč vzpostaviti intravenske poti. V primeru masivne obporodne krvavitve je lahko življenjsko pomemben ukrep, s katerim prihranimo obilo pomembnega časa.

Za konec smo se vživeli v scenarij masivne poporodne krvavitve na interaktivni lutki. Taka krvavitev je v resničnem življenju velik izziv tako za anesteziologa kot za porodničarja in se lahko hitro spremeni v nočno moro za vse udeležene.

Delavnico Nujni carski rez 1. stopnje sta vodila Garry Stocks in Nuala Lucas. Nuala Lucas je anesteziologinja svetovalka v Northwick Park Hospital v Harrowu. Je predsednica izobraževalnega odbora OAA. Sodelovala je pri prenovi NICE smernic za carski rez 2011. Garry Stocks prihaja iz Queen Charlotte's & Chelsea Hospital v Londonu, kjer dela kot anesteziolog svetovalec. Je blagajnik in član izobraževalnega odbora OAA.

Po definiciji OAA se mora otrok pri nujnem carskem rezu 1. stopnje roditi najkasneje v pol ure po postavitvi indikacije za carski rez, saj gre za stanje, ki ogroža življenje matere in/ali otroka. Na podlagi praktičnih primerov smo razpravljali o stopnji nujnosti carskega reza, optimizaciji časovnega poteka priprave in izvedbe carskega reza, ki zahteva sodelovanje celotnega porodnega tima. V Sloveniji zaenkrat nimamo jasnih definicij, v kolikšnem času je pri kateri indikaciji potrebno poroditi otroka s carskim rezom. Trenutno potekajo napori SPAA in Perinatološke sekcije za pripravo smernic, ki bi opredelile stopnjo nujnosti carskega reza in predvsem časovno ustrezno ukrepanje.

Pogovarjali smo se tudi o izboru ustrezne anestezijske tehnike in ostalega ukrepanja glede na indikacijo za carski rez. Ugotovili smo, da enotnega kuharskega recepta ni.

Vedno je treba pretehtati prednosti in slabosti določene tehnike v dani situaciji.

V primeru, da ni na voljo neonatologa, naj bi bil vsak anesteziolog usposobljen za oskrbo novorojenčka, ki ima takoj po rojstvu prilagoditvene težave. Tako je bila praktična oskrba novorojenčka v dihalni stiski v drugem delu delavnice dobrodošla obnova znanja za udeležence na tem področju.

Večer smo zaključili s prijetnim druženjem ob dobri hrani in štajerski kapljici, ki se je za večino zavleklo pozno v noč.

Naslednje dopoldne sta nas pozdravila vršilec dolžnosti predstojnika Oddelka za anesteziologijo, intenzivno terapijo in terapijo bolečin UKC Maribor prim. Zoran Zabavnik, dr. med., in predstojnik Katedre za anesteziologijo Medicinske fakultete UM prof. dr. Mirt Kamenik, dr. med.

Sledil je zanimiv teoretični del.

V prvem sklopu so nam predstavili aseptično tehniko za izvajanje področnih blokad ter posebej opozorili na nevrotoksičnost klorheksidina, ki je trenutno razkužilo izbora. Razpravljali smo tudi o trikih za uspešno epiduralno analgezijo, ki v praksi pripomorejo k zadovoljstvu porodnice in anesteziologa.

V drugem sklopu smo obnovili stopnje nujnosti carskega reza. Predavatelji so nam zaupali nekaj praktičnih nasvetov za uspešno regionalno anesteziijo ter kako ukrepati, če porodnica kljub regionalni anesteziiji toži zaradi bolečine.

Po kosilu so nam predstavili triletno poročilo o umrljivosti porođnic v Veliki Britaniji med leti 2009 in 2012, ki je znašala 10 na 100.000. Kar za dve tretjini smrti so krive pridružene bolezni, v treh četrtinah primerov smrti so bile ženske bolne že



pred zanositvijo. Ena tretjina porodnic umre zaradi zapletov med in po porodu. Med vzroki umrljivosti so še vedno tudi preprečljivi. Tako je z dobrim predporodnim vodenjem nosečnic s pridruženimi boleznimi in s pravočasnim prepoznavanjem grozečih zapletov med in po porodu ter hitrim ukrepanjem multidisciplinarnih ekip možno še znižati njihovo obolevnost in umrljivost. Dejstvo, da ima Slovenija trenutno manjšo smrtnost mater kot Velika Britanija (leta 2012 je umrla ena porodnica, porodov je bilo 21.405), je predavatelj očitno malce presenetilo. Vredno se je potruditi, da tako dobro stanje kljub trenutni gospodarski krizi v naši državi tudi ohranimo.

Sledilo je predavanje o ukrepih v primeru kolapsa porodnice in ugotavljanju možnih vzrokov. Ponovili smo temeljne in dodatne postopke oživljanja nosečnice in porodnice. Oživljanje se od splošnega algoritma za odrasle ne razlikuje bistveno. Predvsem je treba maternico ročno premakniti na levo stran, da maternica s plodom ne pritiska na spodnjo votlo veno. Če v štirih minutah ne uspemo povrniti

znakov življenja, naj bi se opravil urgentni carski rez, ki potencialno lahko reši obe življenji.

Po odmoru je sledilo predavanje o prepoznavanju in zdravljenju obporodne sepse, ki je vzrok skoraj četrtine smrti porodnic. V dobi čim hitrejšega odpuščanja porodnic iz porodnišnice se povečuje možnost, da se spregledajo potencialno ogrožene matere. Predavatelji so nato izpostavili prepoznavanje obvladovanja masivne obporodne krvavitve, ki zahteva zbrano in hitro ukrepanje celotnega porodnega tima.

Izobraževanje smo zaključili s predavanjem o postpunkcijskem glavobolu, ki se pogosto pojavi po nenamerni punkciji dure pri vstavljanju epiduralnega katetra. Glavobola nima samo mamica, ampak posledično pogosto tudi anesteziolog. Študije potrjujejo, da postpunkcijski glavobol ne predstavlja le akutnega problema, ampak pomeni večjo možnost za pojav kroničnega glavobola. Zelo je pomembno, da se izvedejo vsi možni konservativni ukrepi za njegovo preprečevanje in zdravljenje. Če z njimi nismo uspešni, je zlati standard

zdravljenja še vedno tako imenovana »krvna krpica« (blood patch). Postopek ni brez tveganja, zato je pomembna brezhibna izvedba. Druga možnost je vstavitve katetra v spinalni prostor, s čimer naj bi se vzpodbudilo aseptično vnetje luknjice v duri in preprečil nastanek glavobola.

Polni že znanih in novih podatkov smo zaključili to zanimivo in uporabno izobraževanje. Kljub neprijetnemu vremenu, ki je predavateljem morda zbuvalo občutke domačnosti, je bila večina udeležencev zadovoljna z izobraževanjem.

Predavatelji so bili navdušeni nad izobraževalnimi možnostmi, ki jih nudi Medicinska fakulteta. Niso se mogli načuditi naravnim lepotam, okusni pitni vodi, dobri hrani in odličnemu štajerskemu vinu. Ker ni še nihče do sedaj obiskal Slovenije, so bili tudi kar malo začudeni nad našim življenjskim standardom, nad katerim se Slovenci kaj radi pritožujemo. Večer pred odhodom so ob prijetnem druženju kar deževalo ideje o možnih temah za naše naslednje skupno sodelovanje. Vsi so zatrdili, da bi z veseljem prišli še kdaj.

## Mednarodni dan pediatrične radiologije

Doc. dr. Damjana Ključevšek, dr. med., UKC, Pediatrična klinika Ljubljana  
[damjana.kljucevsek@gmail.com](mailto:damjana.kljucevsek@gmail.com)

Osmi november je proglašen za mednarodni dan radiologije (International Day of Radiology – IDoR), ki ga vsako leto organizirajo Evropsko radiološko združenje (ESR), Ameriška visoka šola za radiologijo (ACR) in Radiološko združenje Severne Amerike (RSNA). Na ta dan je leta 1895 Wilhelm Conrad Röntgen objavil odkritje rentgenskih žarkov, ki jih je

poimenoval žarki x. Že četrto leto zapored se je tej pobudi pridružilo več kot 120 radioloških in medicinskih združenj; med njimi je več kot 40 evropskih, 20 severnoameriških, 13 latinskoameriških, 11 azijskih nacionalnih radioloških združenj ter 5 afriških organizacij, ki zastopajo 26 držav s te celine. Letošnje leto je posvečeno otroški radiologiji. Pouda-

rek je na vlogi radiologov pri odkrivanju in zdravljenju bolezni v otroškem obdobju. Pri slikovni diagnostiki otrok se uporabljajo posebni protokoli, ki so prilagojeni potrebam otrok. Znano je, da so otroci bolj dovzetni za škodljive posledice sevanja, zato je potrebno ozaveščanje o nujnosti zmanjševanja sevanja pri mlajših bolnikih. Tako sta v mednarodni dan pediatrične radiologije vključeni tudi gibanji varstva pred sevanjem »Euro Safe Imaging« ter »Image Gently«.

ESR, ESPR (European Society for Paediatric Research) in SPR (Society for



Pediatric Radiology) so izdala knjigo o pediatrični radiologiji, v kateri so zbrani članki o delu pediatričnih radiologov, ki so jih napisali strokovnjaki iz več kot 40 držav. Vse ključne podatke o mednarodnem dnevu radiologije, vključno z zgoraj omenjeno knjigo in knjigami, objavljenimi v prejšnjih letih, je mogoče najti na njihovi uradni spletni strani: <http://internationaldayofradiology.com>. Na spletni strani <http://www.internationaldayofradiology.com/press-pr/expert-interviews/> so objavljeni intervjuji o položaju in perspektivah pediatrične radiologije v različnih državah po svetu, vključno s Slovenijo (intervju z doc. dr. Ključevškovo).

Slovenski radiologi smo obeležili ta dan s srečanjem, ki je potekalo 5. novembra 2015 v Ljubljani pod

okriljem Združenja radiologov Slovenije in Službe za radiologijo Pediatrične klinike UKC Ljubljana. Srečanja se je udeležilo 80 radiologov, pediatrov, radioloških inženirjev in medicinskih sester. Timsko delo ima pri obravnavi otrok poseben pomen. Po uvodnem govoru predsednice združenja radiologov asist. dr. Maje Marolt Mušič je sledilo predavanje doc. dr. Damjane Ključevšek o razvoju pediatrične radiologije v svetu in pri nas, o njeni sedanjosti in prihodnosti. Poudarila je posebnosti v pripravi otrok na preiskavo, v samem poteku preiskave in diagnosticiranju bolezni. V otroškem obdobju moramo vedno misliti na prirojene napake. Sledilo je predavanje Nuške Pečarič Meglič, pediatrične nevroradiologinje, o posebnostih

magnetne resonance glave v neonatalnem obdobju. Doc. Ključevškova je predstavila posebnosti v otroškem obdobju pri slikanju z magnetno resonanco. Sledil je sklop o odkrivanju in terapiji invaginacije, ki so ga predstavili pediatrični radiologi Kliničnega inštituta za radiologijo v Ljubljani (asist. dr. Živa Zupančič, asist. Domen Plut in Senja Mali). Posebnosti rentgenskega slikanja in ultrazvočnih preiskav prsnega koša sta predstavila kolega iz UKC Maribor (Primož Caf in Mitja Žerdin). Srečanje je zaključila asist. Slavica Ponorac s predavanjem o slikovni diagnostiki pri bolečinah v kolku. Ponovno je bil poudarek na posebnih boleznih, značilnih samo za otroško obdobje. Sledila sta živahna razprava in druženje.

## Čeljustna vrzel, novost pri oceni morfologije ploda v prvem trimesečju

Doc. dr. Nataša Tul, dr. med., UKC Ljubljana

Prim. Darija Strah, dr. med., Diagnostični center Strah, Domžale

[darija@strah.si](mailto:darija@strah.si)

*Od 21. do 25. junija 2015 je na Kreti potekal 14. svetovni kongres fetalne medicine. Prof. Nicolaides je znova zbral številne odlične predavatelje tega področja, pridružili so se tudi neonatologi, genetiki, psihologi, kirurgi, radiologi. Poslušali smo o novih dosegih fetomaternalne medicine – veliko s področja presejalnega testiranja s prosto plodovo DNA. Stroka fetalne medicine je namreč temeljna veda, ki povezuje nosečnico s tako pomembnim novim presejalnim testom za odkrivanje določenih kromosomskih nepravilnosti pri plodu.*

Kreta in njena zgodovina, svetovno priznani Arheološki muzej v Heraklionu z najdragocenejšimi predmeti izjemne minojske kulture, soteska Samaria, ljudje in grška hrana so nam pričarali vzdušje, ki je drugačno od vsakodnevnega poročanja medijev o zaskrbljujočem ekonomskem stanju države. Po stari navadi prof. Nicolaidesa – dolge ure predava-

vanj, vsaj 8 do 9 ur dnevno – smo odšli domov bogatejši za ogromno novega znanja in srečni po snidenjih s kolegi iz tujine, ki jih poznamo že dolga leta. Privoščili smo si veliko strokovnega klepeta in druženja, otoka pa žal skoraj nismo videli. A to pač je FMF, to vemo vsi (in to tudi cenimo).

Slovensci smo imeli dva prispevka – Darija sem s soavtorjema sodelovala



*Prva pomoč po grško.*

s strokovnim prispevkom z naslovom *Implementation of non-invasive prenatal testing in Diagnostic Center Strah*. O presejalnem testiranju proste plodove DNA v materini krvi (cffDNA) se veliko govori že tudi pri nas. Presejanju s cffDNA je bil namenjen en cel dan, pogovori so se zavlekli pozno v noč. Seveda, saj je novosti in možnosti uporabe čedalje več. Vsi predavatelji so se strinjali, da je pravi naziv testa cffDNA in ne neinvazivni test – saj so neinvazivni testi tudi ultrazvočni in biokemični testi, ki še vedno veljajo za osnovni standard v presejanju za kromosomopatije.

Nataša pa je predstavila skupno delo kolegov s KO za perinatologijo o iatrogenih in spontanah prezgodnjih porodih v Sloveniji. Prezgodnji porod je še vedno velik problem in tudi tej temi je bilo namenjenih veliko predavanj. Ocena tveganja z merjenjem dolžine materničnega vratu postaja del številnih smernic. Edini dokazano učinkovit način preprečevanja pa je z naravnim progesteronom. Debata o učinkovitosti Arabinovega pesarja je še vedno aktualna, saj so zaključki raziskav zelo različni.

Slišali smo veliko zanimivega, vendar sva v tokratnem prispevku izbrali le eno, povsem novo temo zgodnje morfologije ploda.

## Čeljustna vrzel (Maxillary gap)

Presejanje za kromosomske nepravilnosti z zgodnjo morfološko oceno ploda v prvem trimesečju postaja vedno bolj pogosto in tudi vsebinsko obsežno. Z vsemi doslej znanimi podatki lahko tveganja za vedno več zapletov ocenimo že v prvem trimesečju.

Določimo trajanje nosečnosti, uspešno odkrivamo večje strukturne napake ploda in ocenjujemo tveganje za aneuploidije, zastoj rasti ali pojav preeklampsije. Ocenimo tveganja za razvoj gestacijskega diabetesa in prezgodnjega poroda, makrosomije ter tveganje za intrauterino smrt



*Sagitalni presek skozi plodovo glavo v 11. tednu 5 dni, kjer se vidi nepravilno oblikovana zgornja čeljust – čeljustna vrzel. Nepravilen je tudi profil. Avtor Nataša Tul, KOP GK UKC.*

ploda. Samo izmerjena nuhalna svetlina že dolgo ni več zadostna, ocenimo lahko obrazni kot, nosno kost, pretok skozi aorto in duktus venosus ter intrakranialno svetlino. Dvojni biokemični test je poleg suma na kromosomske nepravilnosti lahko pokazatelj tudi drugih resnih zapletov, kot sta zastoj rasti in pojav preeklampsije.

Prof. Chaoui je predstavil nov označevalec za ugotavljanje razcepov obraza – heilognato- in palatoshize. Poimenoval jo je čeljustna vrzel – maxillary gap. Na sliki, pri kateri ocenimo nuhalno svetlino, si natančno pogledimo videz zgornje čeljusti, ki je v sagitalnem preseku videti kot poln hiperehogeni pravokotnik. Podatki retrospektivne analize kažejo, da lahko razcep neba v prvem trimesečju pravilno napovemo v visokem odstotku.

Ocena videza zgornje čeljusti v prvem trimesečju je pomembna za zgodnje odkrivanje razcepov ustnic in neba. V primerih vidnega razcepa (zgornja slika) svetujejo kariotipizaci-

jo ter spremljanje razvoja ploda, nikakor pa izoliran razcep ne sme biti vzrok za prekinitev nosečnosti.

Z omenjenim prispevkom želiva spodbuditi kolege, da med redno oceno sagitalnega preseka ploda med merjenjem nuhalne svetline pregledajo tudi nove znake, ki se ponujajo kar sami, saj so vidni na sliki, ki jo moramo dobiti za merjenje nuhalne svetline – oceno zgornje čeljusti (in aktivno iskanje vrzeli čeljusti) ter intrakranialne svetline za zgodnje odkrivanje spine bifide. Na srečo v Sloveniji ni treba več poudarjati, da je za zanesljivo oceno tveganja za kromosopatije potrebna licenca FMF. Ima jo okoli 30 ginekologov, zgodnjo oceno tveganja za kromosopatije pa več kot 80 odstotkov nosečnic, odkrivanje trisomije 21 je že več let dobro.

A to je že druga zgodba ...

# Prvi svetovni kongres mednarodnega združenja za zdravljenje obolenj medeničnega dna

Izr. prof. dr. Pavle Košorok, dr. med., Iatros – dr. Košorok, d. o. o., Ljubljana  
[pavle.kosorok@guest.arnes.si](mailto:pavle.kosorok@guest.arnes.si)

*Od 5. do 8. novembra 2015 je bil v kitajskem mestu Hangzhou ustanovni kongres Mednarodnega združenja za patologijo medeničnega dna (International Society for Pelvic Floor Disorders – ISFPD). V zadnjih letih so kitajski zdravniki opazno dejavni na mednarodnih srečanjih, kjer je govora o obolenjih širokega črevesa, danke in medeničnega dna. Pred leti so prav tako gostili prvo konferenco Evrazijskega združenja za koloproktologijo. Kongresi tega združenja so se kasneje ponovili v Singapurju in letos maja v Moskvi. Obolenja, povezana s patologijo medeničnega dna, so pogosta tema na mednarodnih koloproktoloških kongresih, pa tudi na srečanjih ginekologov in urologov. Tokrat je bil kongres posvečen posebej tej interdisciplinarni patologiji. V največjem številu so se ga udeležili koloproktologi in ginekologi, sodelovali pa so še urologi, splošni zdravniki, radiologi, patologi in tudi psihiatri.*

Povezovanja med strokami se je morda najbolj zavedal pokojni prof. Shafik v Kairu, kjer je že bilo ustanovljeno Mediteransko združenje za patologijo medeničnega dna. Njegova srečanja so pritegnila številne strokovnjake, med katerimi je zadnje čase

opazno porastlo število kitajskih zdravnikov. V komentarjih je bilo opaziti, da je bila organizacija in odločitev o kongresu na Kitajskem politična, kar se mi pravzaprav ne zdi narobe. Poročali so o ustanovitvi združenja za patologijo medeničnega dna in tradicionalno kitajsko medicino v Nanjingu – kot o predhodnem dogodku svetovnega kongresa. Politična odločitev je prinesla prednost kitajski medicini in je dokaz, da je bila organizacija pretehtan dogodek, ki bo prav gotovo koristil kitajskim bolnikom (1,5 milijarde prebivalcev).

Glede na odločitev na visoki politični ravni, je bila tudi organizacija dogodka ustrezno izbrana. Kongres je bil v mestu Hangzhou, ki ga doslej nisem poznal. Bolj znan je Šanghaj s preko 20 milijoni prebivalcev, Hangzhou pa jih ima samo 6 milijonov. Ob pojasnilu, da smo iz Slovenije, ki ima samo 2 milijona prebivalcev, so se Kitajci samo prizanesljivo nasmehnili. Njihov Hangzhou vodi en sam župan in stvari vseeno tečejo, kot je treba, pri nas pa cela vlada in 250 županov težko obvladuje nered, v katerem živimo. Marco Polo, ki je prišel na Kitajsko, je to mesto opisal kot najlepše na Kitajskem. Tudi prebivalci se trudijo, da bi ga obiskovalcem predstavili kot takega. Leži ob večjem jezeru, kjer so budistični menihi ob prihodu na Kitajsko postavili znamenit samostan in v skale vklesali številne Budove podobe.

Ob robu jezera je tudi območje, kjer je potekal kongres. Ob prihodu sem imel občutek, kot da sem na Brionih. Izkazalo se je, da je bil to pred časom res bolj izoliran predel, kjer so

se odvijala pomembna politična srečanja in kjer je bival predsednik Mao, kadar je obiskal Hangzhou. V preddverju kongresne dvorane je njegov kip v nadnaravni velikosti.

Ker je bil kongres ustanovni, se je pričel s protokolom izbiranja funkcionarjev in predstavnikov združenja. S kitajsko natančnostjo je bil narejen tudi spominski posnetek vseh udeležencev. Kitajci znajo poskrbeti, da dogodek postane zgodovinski. Želeti je le, da bi teme kongresa zaživele v praksi in koristile bolnikom.

Kot prva tema je bila obravnavana pelvična bolečina, s katero se srečujejo tako ginekologi, urologi in proktologi. Pred bolj agresivnim zdravljenjem pa je potreben temeljit premislek, zato je pogosto potreben posvet pri psihologu ali celo psihiatru. Prav v zvezi s patologijo medeničnega dna se na kongresih ob tem vprašanju poudarja sindrom ledene gore (*iceberg sindrom*), kjer vidimo le del patologije, velika večina pa ostaja skrita.

Na kongresu ni bilo govora le o različnih tehnikah resekcije, ampak tudi o posledicah. Kot samostojen sindrom je bil izpostavljen sindrom nizke sprednje resekcije. Še vedno je problem zaprtje, ki ga povzroča notranji prolaps rektuma (*obstructed defecation sindrome*). Z njim se spopadajo tako ginekologi kot koloproktologi. Uporabljajo se transvaginalne mrežice, razne plastike medeničnega dna in laparoskopska rektopeksija z mrežico. V posebnem poglavju je bilo predstavljeno zaprtje v povezavi z duševnimi obolenji.

Nevromodulacija, ki se je v začetku uporabljala predvsem pri bolnikih z

inkontinenco, se sedaj uporablja tudi pri drugih težavah medeničnega dna, predvsem pri pelvični bolečini in obstipaciji. Organizator in sklicatelj kongresa prof. Yang Guangen je orisal razvoj zdravljenja obolenj medeničnega dna, ginekologi pa so predstavili celo paleto težav, ki so posledica spuščeni organov in popuščenja presredka. Na razpolago so številni načini rekonstrukcije mehkega tkiva presredka.

Poseben sklop predavanj je bil posvečen pudendalni nevrologiji, posebej je bila obravnavana ženska urinska inkontinenca, skupaj z izkušnjami uporabe TVT-plastike pri stresni urinski inkontinenci. V sklop patologije medeničnega dna spada tudi zdravljenje nevrogenega mehurja. Cel sklop predavanj je bil posvečen rektalnemu zdrsu, od izoliranega notranjega prolapsa do popolnega prolapsa.

Poškodbe analnega sfinktra povzročajo veliko težav, predvsem inkontinenco, ki jo z različnim uspehom zdravijo na razne načine, od plastike do zdravljenja z matičnimi celicami. Poslušali smo zanimiva poročila o vstavitvi gastrointestinalnega pacemakerja za zdravljenje zaprtja, o graciloplastiki po abdominoperinealni resekciji. K dobremu zdravljenju spada tudi dobra diagnostika (tridimenzionalni UZ, anorektalna mano-

metrija, defekografija, slikanje z magnetno resonanco). Eno od zadnjih predavanj je bilo tudi poročilo o uporabi tradicionalne kitajske medicine pri zaprtju (*slow transit constipation*). Seveda je bilo govora tudi o fistulah, abscesih in proktoloških težavah, predvsem kadar so povezane z ginekološkim področjem.

Gostitelji so se potrudili in povabili ugledne goste z vsega sveta. V veliki meri pa so svoje izkušnje predstavili tudi kitajski kolegi. Videti je, da jim hitro razvijajoča industrija stoji ob strani in izdelava številne pripomočke, ki so pri nas precej dragi, tam pa občutno cenejši. Včasih jim lahko pri tem kar zavidamo.

Kot sem že omenil, je pomembnih dogodkov v zvezi s koloproktologijo že cela vrsta, tako da je treba biti kar malo izbirljiv, ker se vseh ni več mogoče udeleževati. Očitno postaja koloproktologija samostojna stroka.

To je bilo videti na več pomembnih kongresih v letu 2015. Prvi od njih je bil **3. evrazijski kongres v Moskvi**, pomembno srečanje pa je tudi vsakoletni **kongres Evropskega združenja koloproktologije**, ki je bil letos v **Dublinu**. Mesto je v zadnjih letih povsem spremenilo svojo podobo. Videti je, da je Irska postala pomembna gospodarska sila, saj z novo arhitekturo mesta kaže svojo

gospodarsko moč. Tudi organizacija kongresa je bila takšna, kot se spodobi za velika in vplivna središča.

Moram reči, da sem ponosen na mlado generacijo slovenskih zdravnikov, ki so 14 dni po ustanovitvi v organizaciji **Slovenskega kirurškega kluba** že poskrbeli za srečanje, ki je bilo posvečeno prav patologiji medeničnega dna. Nanj so bili povabljeni strokovnjaki vseh strok, ki se pri nas ukvarjajo s temi problemi. Prepričan sem, da bo imelo to srečanje pozitivne posledice, morda celo zavedanje o potrebnosti koloproktologije kot samostojne stroke. Do sedaj smo se s temami s tega področja srečevali kot obrobni udeleženci domačih strokovnih srečanj, čeprav smo slovenski abdominalni kirurgi ustanovni člani **Slovenskega združenja za gastroenterologijo in hepatologijo**, ki je domicilno združenje koloproktološke sekcije. Prav gotovo je ta obrobnost tudi posledica premajhne lastne angažiranosti med kirurgi. Prepričan sem, da bodo mladi zdravniki ujeli svetovni trend razvoja in tudi v slovenskem merilu več prispevali na tem področju. Morda bi bil eden prvih korakov to, da se nekaj mladih opogumi in naredi evropski izpit za koloproktologa pri ESCP (Evropsko združenje za koloproktologijo), ki poteka vsako leto med kongresom.

## Konferenca o zdravljenju z medicinsko konopljo

*Medical Cannabis and Cannabinoids: policy, science, and medical practice, Praga, 4.–7. marec 2015*

Milan Krek, dr. med., Nacionalni inštitut za javno zdravje, OE Koper  
[milan.krek@nijz.si](mailto:milan.krek@nijz.si)

*Konferenca je bila zanimiva predvsem z vidika odločnega nastopa češke politike, tako vlade kot parlamenta, stroke, zdravniške in sestrške ter farmacevtske zbornice in nevladnih organizacij s skupnim ciljem uvedbe zdravljenja z medicinsko konopljo v češki prostor. Dogodek je potekal v dveh sklopih. Najprej je potekala mednarodna konferenca, kjer so strokovnjaki iz številnih držav podali svoja mnenja in strokovna stališča, drugi del pa je bil namenjen samo zdravnikom, farmacevtom in*

*drugim zdravstvenim delavcem kot osnovno izobraževanje na področju zdravljenja z medicinsko konopljo. V tej številki objavljam prvi del, drugi del, ki je tudi zanimiv z vidika konkretnega dela z bolniki in obravnava strokovno predpisovanje medicinske konoplje, pa bo objavljen v eni od naslednjih števil.*

Uvodoma nas je pozdravil minister za zdravje Svatopluk Nemeček, ki je poudaril, da je osnovni cilj konference uvedba konoplje in njenih snovi v vsakodnevno zdravniško prakso. Radi bi odstranili vse ovire, ki sedaj preprečujejo uporabo konoplje v medicinske namene na Češkem. Zakonodaja, ki bo vpeljala konopljo v zdravljenje bolezni, mora sloneti na znanstvenih osnovah in načelih dobre prakse ter na dobrih izkušnjah v drugih državah, kjer so že sprejeli podobno zakonodajo. Odkrito je podprl pobudo združenja čeških zdravnikov, ki je predlagalo uvedbo zdravljenja s konopljo, njenimi izvlečki in fitokanabinoidi ter sintetičnimi kanabinoidi, ter napore civilne družbe za uvedbo zdravljenja z medicinsko konopljo. Poudaril je, da mora biti zdravilo dostopno tudi najbolj revnim slojem prebivalstva. Predsednik odbora za socialno politiko v češkem parlamentu prof. Jan Žaloudík, po poklicu zdravnik onkolog, pa je poudaril, da je človek vedno kaj pobral iz narave in uporabil sebi v prid. Danes pač ne gre tako preprosto, vse mora biti v zakonih, standardizirano in varno za pacienta, če se uporablja v moderni zahodni medicini. Prof. Raphael Mechoulam, po rodu bolgarski Jud, ki živi v Izraelu in je prvi odkril tetrahidrokanabinol (THC) leta 1964, je poudaril, da je nekoč človek pobral v svojem okolju rastline in jih preizkušal.

Ta način v današnjem času ne more biti več vodilen. Kar človek uporabi v zdravilne namene, četudi je to rastlina, se mora vedeti, zakaj jo



Prof. Raphael Mechoulam (levo) in avtor članka Milan Krek.

uporablja in kako jo mora uporabljati. Zato so pomembni znanost, standardizacija in zagotavljanje kakovosti zdravila in varnega dela z bolnikom. Kanabinoidi delujejo na različnih področjih v našem telesu, predvsem pa so odgovorni na področju našega odzivanja na okolje in vzdrževanja notranjega ravnovesja telesa. Kanabinoidi ne zdravijo samo simptomov, ampak jih lahko uporabljamo v zdravljenju konkretnih obolenj. Vendar je ob tem poudaril, da moramo s kanabinoidi delati zelo pazljivo in resno. Te snovi je treba tudi dobro pravno urediti, da bodo potem res učinkovita zdravila. Pri njihovem uvajanju v sistem zdravljenja moramo biti zelo previdni. Profesor meni, da bodo v prihodnosti kanabinoidi eno od pomembnih zdravil, vendar je do tja še dolga in naporna pot.

Prof. Michel Kazatchkine, predstavnik Češke v nadzornem odboru UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime), ki spremlja izvajanje mednarodne konvencije s področja drog, je poudaril, da so mednarodne konvencije na področju nadzora nad drogami zapisane tako, da ni ovire za zdravljenje s prepovedanimi rastlinami ali snovmi. Debata o

mednarodnih konvencijah je odprta in leta 2016 bomo videli, koliko se da spremeniti obstoječe diktacije in interpretacije konvencij. Interpretacija konvencij omogoča vpeljavo opiatov in kanabinoidov v zdravljenje bolezni brez sprememb obstoječih mednarodnih konvencij na področju drog. Vse je odvisno od stopnje demokracije in sposobnosti družbe za dogovarjanje ter od trenutne politične opcije na oblasti. Po njegovem je glavna prioriteta javno zdravje in promocija zdravja. Namesto da se države hvalijo, koliko ljudi imajo zaprtih zaradi drog, bi se morale hvaliti, koliko jih imajo vključenih v zdravljenje. Podprl je dekriminalizacijo vseh drog, ne samo konoplje, v osebne namene in za lastno uporabo. Treba je prenehati s prohibicijo in preiti na urejanje področja drog, času primerno, tako kot urejamo vse druge nevarne snovi (radioaktivni odpadki, strupi itd.). Izkušnje iz polpreteklega nam dajejo predvsem usmeritev v smeri zaščite človeka namesto njegove kriminalizacije.

Direktor Urada za droge pri češki vladi R. Jindrich Voboril je poudaril, da je pomembno, kako razlikovati osebno uporabo prepovedanih drog

od medicinske uporabe drog. Obe področji je treba obravnavati ločeno. Predvsem pa je naloga države, da zmanjšuje škodo, ki nastaja zaradi uporabe drog. Zaradi tega so sprejeli predlog zakona o uporabi konoplje v medicinske namene, ki je trenutno v postopku v parlamentu in bo verjetno tudi v celoti sprejet. Leta 2011 so imeli obisk inšpektorja iz UNODC, ki je povedal, pod kakšnimi pogoji bi lahko uporabljali konopljo v medicinske namene. Prohibicijska paradigma je zastarela in se je z novimi znanstvenimi spoznanji ne bo dalo več zagovarjati. Treba je vzpostaviti nove regulativne mehanizme, ki morajo sloneti na sodobnih zakonodajnih načelih.

Predstavnica iz ZDA je povedala, da bo v ZDA kmalu več kot polovica držav uvedla medicinsko konopljo. Američani ne želijo več imeti ljudi v zaporih zaradi drog. Čeprav vse države uvajajo medicinsko konopljo, pa se njihovi predpisi med seboj zelo razlikujejo. Po letu 2000 so zdravniki v nekaterih državah ZDA že predpisovali medicinsko konopljo, vendar pa za to niso imeli ustreznega sistema oskrbe z medicinsko konopljo. Leta 2010 je izšel dokument *Addiction of Product Safety Standards*, s katerim so zaščitili uporabnike, da so lahko v državah, kjer so uporabljali medicinsko konopljo, dobili kakovostno medicinsko konopljo. Z novimi zakoni, ki jih sprejemajo posamezne države v ZDA, je medicinska konoplja strogo nadzorovana od setve do lekarne in uporabnika. V ZDA za vsako zvezno državo pripravljajo poročila, ki zajemajo različne podatke. Obamova administracija je bolj tolerantna do pobud civilne družbe. Ob uvedbi medicinske konoplje je pomembno, da je medicinska konoplja nadzirana, da ne gre iz sistema zdravljenja v nemedicinsko uporabo konoplje in da se ne širi preko meje v države, kjer še niso na novo uredili tega področja. Zavarovalnice praviloma ne plačujejo zdravljenja z medicinsko konopljo. Nevladne organizacije se trudijo spremeniti zvezno zakonodajo na področju drog, trudijo

se za vzpostavitev mreže programov zdravljenja z medicinsko konopljo in pokritje stroškov zdravljenja z medicinsko konopljo.

Dr. Eberhard Pirich je predstavil stanje v sosednji Avstriji, kjer je predvsem dostopen dronabinol, ki je urejen s tremi zakoni, ostala zdravila pa še niso dostopna. Po podatkih, ki jih imajo, zdravniki vse pogosteje predpisujejo dronabinol. Najpogostejše indikacije so: kontrola apetita, motnje spanja in bolečine. Uporabljajo ga skupaj z opiaty. Pri predpisovanju morajo paziti na polipragmazijo, ker paciente običajno vodijo tudi drugi specialisti. Pri odmerjanju je treba paziti na stranske učinke. Z dronabinolom se poveča kakovost življenja bolnika. Uporabljajo tudi že kanabidiol (CBD). Ugotavljajo, da je treba k zdravljenju pristopiti bolj profesionalno in imeti v bodoče več ključnih raziskav.

Prof. Philippe Lucas je predstavil kanadski model soočenja z medicinsko konopljo. Leta 2000 so v Kanadi sprejeli statutarno pravico, da se konoplja lahko uporablja kot zdravilo. Leta 2001 so sprejeli pravila dostopa do zdravljenja z medicinsko konopljo – *Marihuana Medical Access Regulations (MMAR)*. Pacienti so dobili pravico do medicinske konoplje na podlagi izvida zdravnika in njegovega priporočila. Konopljo so lahko pridobili na tri načine:

1. Oddali so prošnjo za pridobitev konoplje v okviru zdravstvenega sistema.
2. Lahko so pridobili licenco za osebno gojenje konoplje, teh je trenutno okoli 50.000.
3. Lahko so pooblastili nekoga, ki je potem za njih gojil konopljo.

Ta sistem se je končal 31. marca 2014, ker je obstajal utemeljen strah, da lahko prihaja do zlorab. Od tedaj dalje je vzpostavljen nov sistem, imenovan *Marihuana for Medical Purposes Regulation (MMPR)*. Ta sistem se zelo zgleduje po sistemu za predpisovanje opiatov. Hkrati so dali možnosti zasebnim podjetjem, da se se aktivno vključila v gojenje in

distribucijo kanabisa. Tako je trenutno več proizvajalcev kanabisa, ki so enakomerno porazdeljeni po Kanadi. Vsak uporabnik dobi v skladu z odmerkom, ki ga je določil zdravnik, ustrezno količino kanabisa za določen čas na dom. Vse je elektronsko vodeno, kar omogoča sledljivost in preprečuje manipulacije. Sprejeli so poseben dokument, ki določa kakovost kanabisa, kar je obveza proizvajalcev. Ni več mogoče gojiti konoplje za lastne potrebe. Trenutno zavarovalnica ne pokriva cene kanabisa, zato je dostop do medicinske konoplje omejen predvsem s finančnega vidika. Trenutna kanadska vlada krči pravice na tem področju. Nadzorniki lahko v prostore, kjer gojijo konopljo, vstopajo nenapovedano in prostore lahko tudi zapečatijo in prepovejo nadaljnje gojenje konoplje. Konopljo gojijo v zaprtih prostorih, pod zelo strogimi pogoji, ker le tako lahko dosega do določeno stabilno kakovost konoplje.

Kanadčani raziskujejo vplive konoplje na različna obolenja. Med njimi so posttravmatska stresna motnja, uporaba konoplje pri otroški epilepsiji itd. Nekaj jih poroča o občasnih stranskih učinkih, 72 odstotkov pa jih je bilo s konopljo zadovoljnih. Kar 82 odstotkov jih jemlje konopljo kot nadomestilo številnih zdravil, ki so jih jemali prej, ugotovili so, da s konopljo veliko lažje obvladujejo zdravstvene težave. 52 odstotkov uporabnikov medicinske konoplje, ki so prej uporabljali alkohol, je prenehalo uporabljati alkohol in 32 odstotkov jih je prenehalo uporabljati prepovedane droge. Predpisovanje medicinske konoplje je zmanjšalo umrljivost od opiatov. Razmišljajo tudi, da bi uporabili medicinsko konopljo pri zdravljenju alkoholizma. 80 odstotkov vključenih v program je konopljo uporabljalo že pred vstopom v program. Razlog za to je, da je uporaba konoplje v Kanadi še vedno povezana s stigmatizacijo posameznika. Ljudje najprej na črnem trgu kupijo konopljo in potem šele s temi izkušnjami vstopijo v program zdravljenja z medicinsko konopljo. Z novim

programom se je zvišala cena konoplje. Ocenjujejo, da okoli 2 odstotka Kanadčanov verjetno uporablja marihuano zaradi medicinskih razlogov. Razmišljajo tudi, da bi s ciljem zmanjševanja kajenja tobaka ponudili kadicem medicinsko konopljo, s katero bi lažje prenehali z uporabo tobaka. Medicinsko konopljo predpisuje le 15 odstotkov zdravnikov, ostali zdravniki pa pošiljajo svoje paciente k tem zdravnikom. Kanada ima posebne materiale za izobraževanje zdravnikov in pacientov. Opažajo, da vse več pacientov želi CBD, ker nimajo psihogenih učinkov.

Predstavniki EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) je predstavil stanje v EU. Evropska komisija nima pristojnosti nad politiko uporabe kanabisa v državah članicah. Na tem področju so države članice EU popolnoma samostojne. Trenutno imamo v EU regulirano samo industrijsko konopljo. Smo pa uredili registracijo zdravila sativex. Leta 2003 je komisija EU sprejela določilo, po katerem je prepovedano reklamirati zdravila in snovi, ki so na listi prepovedanih drog. Države so na področju oblikovanja politike do konoplje popolnoma samostojne. V Italiji tako medicinsko konopljo prideluje vojska. Nizozemska, Avstrija, Slovenija in druge države so naredile pomembne korake na področju predpisovanja kanabinoidov v zdravstvene namene. V EU smo bolj usmerjeni v to, ali droge kriminaliziramo ali ne. Tako sta npr. Portugalska in Slovenija dekriminalizirali uporabo droge v lastne namene. Imamo veliko dokazov za boljšo regulacijo drog, vendar moramo počakati, da bodo ljudje premagali strah pred novostmi na tem področju. Za EU je značilno, da tudi v državah, kjer je možna uporaba medicinske konoplje, ni vključenih veliko bolnikov v sistem.

Steph Sherer, predstavnica nevladnega sektorja iz ZDA, je poudarila, da je po njihovih ocenah v ZDA že okoli 2.000.000 pacientov, ki so vključeni v zdravljenje z medicinsko konopljo. Opozorila je na pomemben

problem v ZDA, da ljudje vse bolj zaupajo botaničnim zdravilom kot pa uradnim farmacevtskim preparatom. Še vedno se pogajajo, da bi bila botanična zdravila plačana iz rednega zdravstvenega zavarovanja. V ZDA se že okoli 65 odstotkov ljudi zdravi z botaničnimi zdravili. Ljudje, ki umirajo, lahko v ZDA uporabljajo kanabis brez kaznovanja, ker se umirajočega ne sme zapreti. Na medicinskih fakultetah ne poučujejo o konoplji, zato so toliko bolj pomembna dodatna izobraževanja tako za zdravnika kot za paciente. Radi bi, da bi bila medicinska konoplja obravnavana tako kot vsa druga zdravila. Poudarila je, da je bila v preteklosti preprodaja ilegalne konoplje v mnogih krajih pomembna postranska gospodarska dejavnost. Američani so uredili dokument o klasifikaciji konoplje. American Herbal Pharmacopea je izdala standarde za medicinsko konopljo, ki so postali obvezni. Ko so bili standardi sprejeti, je medicinska konoplja za nekaj časa izginila s trga, ker jih veliko ni uspelo doseči standardov. Pomembna so tudi navodila, katera gnojila se lahko uporabljajo pri gojenju konoplje. Ko so v Koloradu začeli prodajati konopljo, se je pojavila potreba po standardu. V ZDA razvijajo certifikacijo konoplje v interesu potreb pacienta. Govornica je povedala, da je njihova nevladna organizacija tudi organizirala različne seminarje za ljudi, ki so uporabljali konopljo v zdravstvene namene. Seminarji so prilagojeni pacientom in trajajo do tri ure. Podobno, kot jih organizirajo za diabetes in druga obolenja. Pacienti dobijo ustrezna navodila, kako se uporablja medicinsko konopljo, kakšni so stranski učinki in na kaj morajo paziti ob uporabi medicinske konoplje. V nekaterih mestih v ZDA so imeli že tudi avtomate za prodajo medicinske konoplje, pa so jih potem ponekod odstranili. V nekaterih državah so hoteli razdeljevati medicinsko konopljo v lekarnah, vendar se lekarnarji bojijo prodajati konopljo. Lekarnarji imajo licenco na ravni ZDA (države).

Četudi na novo regulirajo konopljo za medicinske potrebe v posamezni zvezni državi, lahko farmacevti izgubijo licenco, saj delajo protizakonito na ravni ZDA, ko delijo medicinsko konopljo, ki jo predpišejo zdravniki. Veliko ljudi uporablja konopljo v medicinske namene, brez da pridejo v stik z zdravnikom. Le-ti potem kupujejo konopljo na črnem trgu, ker tudi v državah, kjer je konoplja legalizirana za medicinske potrebe, ne morejo dobiti medicinske konoplje brez recepta.

Če gledamo z vidika pravilno postavljenih državnih programov na področju zdravljenja z medicinsko konopljo, imajo pravilno in celostno urejeno zdravljenje z medicinsko konopljo v tem trenutku samo tri države na svetu: Kanada, Nizozemska in Izrael. Na dobri poti sta še Češka in Urugvaj. V ZDA ima ta program nekaj zveznih držav, vendar ker to ni urejeno na ravni države ZDA, se jih ne more upoštevati kot državno regulirane programe. Te tri države so programe vzpostavile na nacionalni ravni in v skladu z možnostmi, ki jih opredeljujejo konvencije Združenih narodov. Programi se med seboj razlikujejo. Za vzpostavitev teh programov so najprej potrebni:

1. politična volja,
2. dovoljenje za uporabo medicinske konoplje v zdravstvene namene,
3. vzpostavitev nacionalne agencije za medicinsko konopljo,
4. sprejetje strogih pravil kontrole in obnašanja udeležencev v sistemu,
5. izveden mora biti razpis za proizvajalce medicinske konoplje,
6. agencija mora prevzeti vodenje področja in vpeljati novo pravno ureditev na področju medicinske konoplje,
7. usposobiti se morajo zdravniki, ki delajo v mreži.

Nizozemska je leta 2003 ustanovila agencijo za medicinsko konopljo, določila je pogoje uporabe medicinske konoplje, pripravila je informacije za zdravnike. Omogočili so štiri vrste konoplje glede na vsebnost THC in CBD (bedrobinol, bedrocan, bedinol

in bedican). Omejili so tudi ceno za medicinsko konopljo. Nizozemska ima sedaj enega dobavitelja medicinske konoplje. Konopljo pridelujejo tudi za izvoz. Vse se strogo spremlja, ker mora država vsako leto pošiljati poročila o tem, koliko konoplje so porabili na področju zdravljenja in koliko in kam so jo izvozili. Leta 2003 so imeli 10.000 pacientov, potem pa so imeli zaplete pri dobavi konoplje, zato se je število pacientov znižalo. Danes imajo letno okoli 2000 pacientov, ki lahko prejmejo medicinsko konopljo. Poleg medicinske konoplje uporabljajo bolniki tudi zdravila sativex in marinol.

V Kanadi so bila izdelana pravila za zdravnike, ki so potem predpisovali medicinsko konopljo. Naredili so rastlinjak v rudniku, kjer so prej kopali cink. Rudnik so izbrali zato, ker je imel le en vhod in je bila kontrola nad pridelavo zelo preprosta. Kasneje o ugotovili, da je imela konoplja zelo visoko koncentracijo cinka, zato so objekt takoj zaprli in preselili proizvodnjo na drugo lokacijo. V Kanadi je problem v tem, da mora pacient, predno gre na zdravljenje z medicinsko konopljo, skozi številne preglede in postopke. Postopek je dolg, zato ljudje izstopajo iz programa že na začetku, preden sploh dobijo predpisano konopljo. Nimajo ustreznega

izobraževanja za bolnike in zdravnike. Nimajo navodil, kako se uporablja medicinsko konopljo v bolnišnici in v domovih za ostarele.

Izrael: imajo določene indikacije za zdravljenje z medicinsko konopljo. Danes je vključenih preko 20.000 pacientov. To je zadnja možnost za zdravljenje in ne prva. Najprej uvajajo opiatna zdravila in če ta ne pomagajo, začnejo z medicinsko konopljo. Šele po enem letu neuspešnega opiatnega zdravljenja bolečine lahko uvedejo medicinsko konopljo. Konopljo mnogi bolje sprejemajo kot opiate. Ni predoziranje zaradi velike terapevtske širine in nizke toksičnosti kanabisa. Sarel je v Izraelu postal glavni proizvajalec konoplje v medicinske namene, ker je pokupil vse ostale proizvajalce. Prvi javni razpis za medicinsko konopljo v Izraelu je bil narejen na Uradu za droge. Konopljo dobivajo bolniki preko lekarn, lahko pa jo tudi posamezniku pošljejo na dom. Predpišejo lahko inhalacije, cvetove, olje in v hrani, kot so npr. keksi. Vsak zdravnik lahko predpiše konopljo. Nadzor nad kakovostjo programa je šibek. Treba bi bilo zagotoviti plačilo konoplje preko zdravstvene zavarovalnice. Potrebno bi bilo dodatno izobraževanje za zdravnike in sestre. V šolah ni mogoče dobiti znanja s tega področja. V Izraelu največkrat uporabljajo

konopljo s pomočjo kajenja, vendar se trudijo, da bi zaradi stranskih učinkov pri kajenju ta delež uporabnikov zmanjšali.

Pogled uporabnikov je predstavila tudi predstavica pacientov na Češkem. Na Češkem so uporabniki medicinske konoplje ustanovili nevladno organizacijo. Uvodoma je predstavica te organizacije poudarila, da na Češkem nikoli ni bilo težav s prepovedjo konoplje, ker je bila za lastno uporabo vedno dovoljena v že obstoječi zakonodaji. Kot nevladna organizacija so poslali v parlament dokument z željo, da se področje zdravljenja z medicinsko konopljo končno uredi. Potem je politika začela ustanavljati agencijo za medicinsko konopljo. Upajo, da bodo lahko zdravniki predpisovali konopljo. Potrebne bodo licence. Sprašujejo se, kateri model je najboljši. Najboljši je verjetno v pacienta usmerjen model, ki bo sledil potrebam pacientov. Če vlada ne bo hotela uvesti medicinske konoplje, jo bodo nevladne organizacije prisilile v to. Medicinska konoplja in zdravljenje v bodoče ne sme biti več problem politike, ampak stroke.

S tem se je prvi dan srečanja zaključil in dal dobro osnovo za nadaljevanje konference, ki je bilo predvsem namenjeno tistim, ki bodo zdravili bolnike s konopljo.

## V hotelu sestanek, pred njim pa oboroženi policisti in vojaki ter oklepna vozila!

*Redna letna jesenska skupščina Sveta zobozdravnikov EU (CED), Bruselj, 19. in 20. november 2015*

**Izr. prof. dr. Matjaž Rode, dr. dent. med., v. svet., Ljubljana**  
**Gordan Čok, dr. dent. med., Dr. Čok Dental, d. o. o., Zasebna**  
**zobna ordinacija, Portorož**  
[matjaz.rode@siol.net](mailto:matjaz.rode@siol.net)

Vsi tisti, ki prebirate najina poročila, ste gotovo opazili, da skušava vsaj z naslovom pritegniti pozornost in radovednost za branje sicer pogosto suhoparnih in vsebinsko ponavljajočih se poročil. Letos je bila skupščina CED drugačna, saj nas je



predsedujoči najprej pozval, da se z minuto molka poklonimo spominu na žrtve v Parizu, nam povedal, naj se ne ustrašimo vojakov in policije pred hotelom, in nas tudi pozval, da se odrečemo vmesnim odmorom, da bomo čim hitreje odšli domov! Midva sva nekaj tesnobe doživela že na ljubljanskem letališču, saj se je letalo, v katerem sva sedela, z vzletne steze nepričakovano vrnilo nazaj k letališki zgradbi. Prišlo naj bi do motenj v elektroniki letala.

Nazaj k poročilu o dogodkih na redni jesenski skupščini CED. Njena posebnost je bila, da smo delegati izvolili novega predsednika CED in še tri nove člane Izvršilnega odbora ter potrdili generalno sekretarko CED, Slovenko Nino Bernot. Dosedanjega predsednika Avstrijca dr. Doneusa je zamenjal Italijan dr. Landi.

Tudi letošnji četrtkov informacijski in petkov celodnevni, zelo natrpan program je imel na seznamu veliko točk. Posebno pozorno smo delegati skupščine poslušali vabljenega predavatelja nemškega pravnika Martina Frohna, ki je vodilni evropski strokovnjak za pripravo direktive in dodatnih aktov na področju priznavanja strokovne izobrazbe.

V zelo zanimivem predavanju je nakazal glavne aktivnosti skupine, ki se ukvarja s pripravo vseh dopolnilnih aktov. Ti bodo še bolj natančno določali vse pogoje in kriterije, ki morajo biti izpolnjeni, da se izobrazba reguliranih poklicev prizna na ravni EU.

Še posebej je opozoril na ponarejene diplome in lažne podatke ter pozval vse države EU, da temu posvetijo več pozornosti!! To mora veljati tudi za Slovenijo, saj so že znani naključno ugotovljeni lažni podatki tudi pri zobozdravnikih iz tujine, ki želijo delati v Sloveniji. Pozval je politike, da oceno o kakovosti in primernosti kandidatov prepustijo stroki (združenjem in zbornicam). O tem bomo pisali tudi na naše Ministrstvo za zdravje. V razpravi, ki je sledila, so delegati opozorili gospoda Frohna, da morajo biti v izvedbenih

aktih o priznavanju poklicnih kvalifikacij – ob najmanjšem številu študijskih ur – vgrajena tudi zagotovila, da je v dodiplomskem študiju stomatologije vključeno tudi praktično delo na pacientih, saj mnoge evropske fakultete za stomatologijo tega ne morejo zagotoviti!!

Direktiva 2005/36/EC, ki govori o profesionalnih kvalifikacijah in o kateri je glasoval Evropski parlament 9. oktobra 2013, namreč med drugim določa samo najmanjše število študijskih ur dodiplomskega študija (za priznavanje naziva dr. dent. med. bo treba pripraviti študijski program z najmanj 10 semestri in 5.000 urami študija. Delegati smo dobili tudi dokument, ki ga je pripravila in izdala Evropska komisija in prikazuje trenutno stanje in urejenost vseživljenjskega strokovnega učenja zdravstvenih delavcev v državah EU. Gradivo ima 510 strani. Na koncu so zapisana priporočila, v katerih se priporoča, da vsa strokovna združenja reguliranih poklicev v državah EU dosežejo pri svojih politikih, da se vseživljenjsko učenje vnese v pravne akte.

Delegati smo veliko razpravljali, kako skrbeti za varnost naših pacientov. Varnost pacientov, predvsem tistih, ki se zdravijo v drugih državah EU, je pomemben evropski politični projekt. Glavne misli pripravljene direktive, ki so zanimive tudi za zobozdravnike: zobozdravniki morajo pri svojem poklicnem delu narediti vse, da zagotovijo varno in strokovno delo, pa čeprav je povsem jasno, da je mnogo posegov lahko tveganih. Upoštevati morajo veljavno strokovno doktrino in se ne prestando strokovno izobraževati!

Osnovno pravilo, kako doseči varnost zobozdravnikovega dela, je visoka kakovost in poznavanje načel dobre klinične prakse ter seveda upoštevanje strokovnih izhodišč. Zato morajo profesionalna združenja skrbeti za čim bolj dorečene oblike podiplomskega izobraževanja, ki pa ne smejo biti pod vplivom farmacevtskih družb in proizvajalcev ter prodajalcev medicinske opreme in materialov, ter osveščati javnost pred nevarnostmi tujih in domačih »discount« zobozdravniških ordinacij. (Tudi v Sloveniji so se pojavile »outlet« zobozdravniške ordinacije z italijanskimi lastniki!!)

Resorni politiki v posameznih državah EU morajo narediti vse, kar je v njihovi pristojnosti, da omogočijo zobozdravnikom delati po načelih dobre klinične prakse in v skladu z novimi spoznanji o vzrokih za nastanek zobnih in ustnih bolezni, saj ti samo tako lahko učinkovito zagotovijo varnost pacientov.

Delegati na skupščini CED so bili seznanjeni, da bo delovna skupina, ki pripravlja priporočila za uporabo antibiotikov v stomatologiji, v letu 2016 še posebno aktivna, saj bo to leto posvečeno predvsem odpornosti bakterij na antimikrobna zdravila.

Iz vseh poročil in iz razprave je bilo ponovno slišati, kar sva napisala že v lanskem poročilu, da mora stroka neprestano in trmasto opozarjati politiko na pomen dela v skladu z načeli dobre klinične prakse. (Zobozdravniške zbornice bodo pri tem imele pomembno vlogo, saj bodo morale z vso svojo stanovsko avtoriteto in v skladu z javnimi pooblastili skrbeti za dialog s politikami, za obveščanje javnosti, hkrati pa tudi skrbeti in nadzirati spoštovanje stanovskih in strokovnih pravil pri svojih članih.

Malo po zaključku skupščine CED so v Bruslju še poostrili nadzor. Zaprla so trgovine in podzemno železnico, na ceste in pred pomembna poslopja so poslali še več policistov in vojakov. V petkovi izdaji časopisa *The Wall Street Journal* pa smo na prvi strani lahko prebrali, da so v Bocvani našli 1.111-karatni diamant. O beguncih po Evropi pa nič.

Malo po zaključku skupščine CED so v Bruslju še poostrili nadzor. Zaprla so trgovine in podzemno železnico, na ceste in pred pomembna poslopja so poslali še več policistov in vojakov. V petkovi izdaji časopisa *The Wall Street Journal* pa smo na prvi strani lahko prebrali, da so v Bocvani našli 1.111-karatni diamant. O beguncih po Evropi pa nič.

## Mir in vojna

10. jesenska mednarodna delavnica skupinske analitične psihoterapije v Kobaridu – podelitev listin častnima članoma in študentom za končani študij skupinske analize

Vladislava Stamos, dr. med., Psihiatrična bolnišnica Begunje

Slovensko društvo za skupinsko analizo (SDSA) organizira redne bienalne mednarodne delavnice, letošnja je bila deseta po vrsti. Lanska stoletnica začetka prve svetovne vojne in letošnja sedemdeseta obletnica konca druge svetovne vojne sta kar klicali po obravnavi teme vojne in njenih posledic, ki jih pusti na preživelih in o katerih redko spregovorimo. O delavnici je poročilo napisal prof. dr. Miloš Kobal in ga končal s podelitvijo listin častnima članoma. Kot predsednica SDSA čutim potrebo, da dopolnim prispevek prof. Kobala, saj je bil prav on v marcu letošnjega leta imenovan za častnega člana SDSA in enoglasno sprejet na UO SDSA. Poleg njega je bil imenovan tudi Malcolm Pines, psihiater, psihoanalitik in skupinski analitik.

Oba smo povabili na delavnico v Kobarid, kjer naj bi prejela listino o častnem članstvu. Prof. dr. Miloš Kobal, psihiater, dolgoletni direktor psihiatrične klinike v Ljubljani in dekan medicinske fakultete, se je vabilu prijazno odzval, g. Pines pa se zaradi zdravstvenih razlogov delavnice ni udeležil.

Listini o imenovanju je podelil prim. Franc Peternel, prvi predsednik Slovenskega društva za skupinsko analizo in tudi njen prvi častni član.

Prim. Franc Peternel je ob podelitvi poudaril, da je spoznanje prof. dr. Miloša Kobala o kreativnih potencialih skupine dragoceno obogatilo slovensko psihiatrijo. Razvijal je skupinske dejavnosti in skupinsko psihoterapijo ter s tem podpiral tudi skupinsko analizo. Pod streho Psihiatrične klinike Ljubljana je 25 let potekal temeljni enoletni študij skupinske analize, ki je prerasel v Inštitut za skupinsko analizo. Ta, sedaj samostojen, skrbi za petletni študij skupinske analize.

Nadaljeval je, da je prišlo do razvoja in uveljavljanja skupinske analize pri nas v veliki meri prav zaradi pobud in usmeritev prof. Miloša Kobala. Na listini je zapisano, da se ta podeljuje v zahvalo za njegov prispevek k razvoju skupinske psihoterapije in za podporo skupinski analizi.

Devetdesetletni Malcolm Pines je bil večkrat gost v Sloveniji na psihote-

rapevtskih strokovnih srečanjih. V razvoju skupinske analize je igral pomembno vlogo, bil je promotor ideje in prakse skupinske analize po vsem svetu. Cenjen je kot učitelj, predavatelj, supervizor in ne nazadnje kot človek, ki vzpostavlja mostove med različnimi inštituti po svetu, ki gojijo skupinsko analitično psihoterapijo. Za njegovo dolgoletno podporo našemu društvu in prijateljstvu smo ga imenovali za častnega člana.

Na 10. delavnici smo podelili listine študentom, ki so zaključili nadaljevalni in diplomski študij skupinske analize na Inštitutu za skupinsko analizo v Ljubljani. Pomembno je povedati, da smo, odkar inštitut deluje in ga vodijo izključno slovenski skupinski analitiki, prvič podelili naziv skupinski analitik, in sicer kolegici, ki je kot prva diplomirala na samostojnem Inštitutu za skupinsko analizo, Anici Gorjanc Vitez.

Podelitev v Kobaridu na sedežu Fundacije Poti miru in Posočju je izzvenela v petju otroškega pevskega zbora, ki je vnesel mladostni zanos v sicer mrakoben, deževen večer.

## Tempirana bomba

Mag. Nina Mazi, dr. med., Ljubljana

Strokovnjaki SZO ocenjujejo, da na novi celini danes živi najmanj 86 milijonov ljudi s prediabetesom, ki jim je skupno predvsem dvoje: povišan krvni sladkor in objektivno pričakovanje, da bo večina izmed njih brez ustrezne preventivne oz. ukrepanja v naslednjih desetih letih zbolela za sladkorno boleznijo tipa 2. Sladkorna bolezen tipa 2, ki danes predstavlja najmanj 10-odstotni delež v zdravstvenem proračunu, sodi med kronična obolenja, dovzetna za preventivne ukrepe. Delež prediabetične populacije v EU dosega 15 odstotkov. Preventiva diabetesa tipa 2 sodi med prednostne naloge sodobnih zdravstvenih sistemov.

Ključne so investicije v preventivo in spodbujanje oz. zagotavljanje zdravega življenjskega sloga. Za učinkovito zoperstavljanje prediabetesu in diabetesu tipa 2 pa so številni zdravniki nediabetologi pogosto premalo izobraženi in preslabo informirani. Dr. Elizabeth Venditti, vodja raziskovalcev v okviru National Institutes of Health's Diabetes Prevention Program Outcomes Study, poudarja, da obvladovanje prediabetične in diabetične simptomatike terja poglobljeno opazovanje in poznavanje tega občutljivega in zahtevnega, kompleksnega področja.

Viri: IDL, NIH, ADA

# Ob dvajsetletnici ustanovitve mreže centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog

Prim. Jasna Čuk Rupnik, dr. med., Ljubljana  
[cukovi@gmail.com](mailto:cukovi@gmail.com)

Naslov obelodani zgodovinsko dejstvo, notranjost pa prinaša zanimiva branja podrobnosti, ki opisujejo 20 let dela in razvoja tega specifičnega področja slovenske medicine odvisnosti.

Jubilejno knjigo je za Ministrstvo za zdravje (financer) uredila prim. Jasna Čuk Rupnik, dolgoletna vodja Centra za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (CPZOPD) Logatec. V obsegu 144 strani in v mehki vezavi je vsebinsko in slikovno bogato gradivo razdeljeno v tri sklope. Prvi, kot **Uvod**, vsebuje zapise pomembnih institucij, ki so vse od začetka pred 20 leti sooblikovale in še danes sooblikujejo zdravljenje bolezni odvisnosti v centrih. Teh je 18 in so del dejavnosti zdravstvenih domov v Sloveniji. V njih poteka predvsem t.i. »z zdravili podprta rehabilitacija.« So pa v tem delu zajete tudi predstavitve dela štirih nosilnih strokovnjakov teh programov: medicinske sestre oz. zdravstvenega tehnika, zdravnika, psihologa in psihiatra.

Drugi del sestavljajo **Predstavitve centrov**. Njihova vrednost je predvsem v pestrosti, skozi katero se odražajo razlike v delu, ki nastopajo zaradi velikosti centrov, števila pacientov ter posebnosti njihove patologije, lokalnih značilnosti kraja in izhodišč, ki jih za to delo ustvarjajo vodstva zdravstvenih domov.

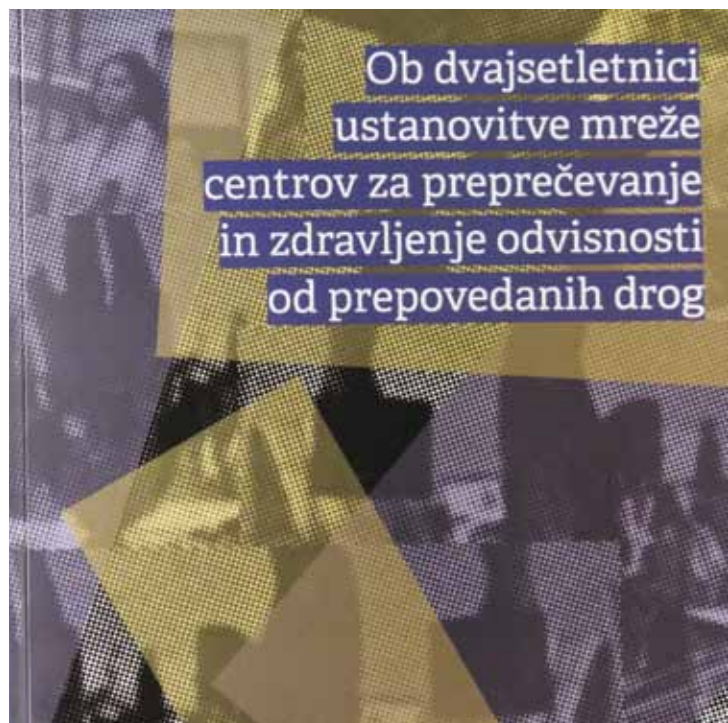
Posebno vrednost, zanimivost in živahnost, pa tudi odmerjeno kritičnost dajejo knjigi v tretjem delu nanizani različni zapisi pacientov kot **Dodatek**. Knjigo zaključuje Pismo ob vstopu, ki ga v enem od centrov izročijo osebam ob prvem iskanju pomoči.

Zanimivo branje za vse zdravstvene delavce, ki so strokovno radovedni glede zdravljenja bolezni odvisnosti od prepovedanih drog in nekaterih drugih odvisnosti, prav tako pa tudi

za socialne delavce, šolske svetovalne delavce, sodnike in odvetnike. Vsekakor in ne nazadnje pa je knjiga lahko tudi strokovni opomnik zaposlenim v centrih, kako bi lahko svoje delo – občasno zelo težko in zahtevno – opravili v večje zadovoljstvo za paciente in njihove svojce ter tudi zase.

V mesecu boja proti zasvojenostim je MZ prve izvide izročilo prisotnim udeležencem na sestanku Komisije za droge dne 9. novembra 2015.

Jubilejna knjiga ni bila tiskana za trženje, bo pa dostopna v vseh knjižnicah in tudi na internetni strani MZ.



# Atul Gawande: Being Mortal – Medicine and What Matters in the End

(*Biti umrljiv – Medicina in kaj je na koncu najpomembnejše*), Metropolitan Books, 2014, 282 str.

Tjaša Vidmar, dr. med., SB Slovenj Gradec  
[tjasavidmar@hotmail.com](mailto:tjasavidmar@hotmail.com)

Atul Gawande je zdravnik, ki se spretno giblje med skalpelom in pisalom ali, bolje, besedami. Kot splošni kirurg je zaposlen v bostonski bolnišnici Brigham and Womens Hospital; je profesor na Harvard Medical School in Harvard School of Public Health; ob tem je kolumnist za *The New Yorker* ter avtor treh zelo uspešnih knjig: *Complications: A Surgeon's Note on an Imperfect Science*; *Better: A Surgeon's Notes on Performance* in pa *Checklist Manifesto: How to Get Things Right*, v katerih opozarja na potrebo po izboljšavah v medicini, na njene realne omejitve in domete ter hkrati poskuša teme s področja medicine približati širši javnosti oz. pokazati na njeno širšo družbeno vpetost.

Zbirki je kot zadnjo dodal *Being Mortal*, s podnaslovom *Medicine and What Matters in the End*. Knjiga je razdeljena na osem poglavij, v katerih nas preko osebnih zgodb popelje, med drugim, v zgodovino domov za ostarele, na hišni obisk s hospic sestro, v svojo ambulanto in operacijsko sobo v bolnišnici Brigham and Womens, pa tudi v svoj dom, saj je med predstavljenimi tudi zgodba njegovega očeta, prav tako zdravnika, diagnosticiranega z astrocitomom hrbtenjače in grozečo tetraparezo.

Avtor že v uvodu opozori, da medicinske fakultete nove generacije mlade zdravnike učijo marsikaj, nekaj malega o umrljivosti, a pravzaprav ničesar o umiranju ter o doživljanju teh procesov s strani pacientov in njihovih svojcev. Učijo jih/nas torej reševati življenja, brez poudarka na lajšanju neizogibnih tegob staranja in propadanja.

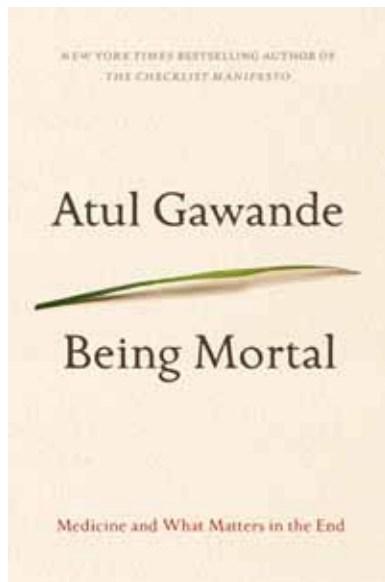
Znanost je res omogočila, da živimo dlje in bolje, hkrati pa je povzročila medikalizacijo naravnih procesov, kot sta staranje in umiranje, kar ponazori s podatkom, da je leta 1945 še večina ljudi umrla doma, medtem ko je bilo leta 1980 takšnih le še 17 odstotkov, ostali pa so zadnje trenutke svojega življenja preživeli v bolnišnicah ter domovih za ostarele.

V Evropi le 10 odstotkov ljudi, starih nad osemdeset let, živi v gospodinjstvih s svojimi otroki, skoraj polovica pa jih živi sama. Neizogibno je, da tovrstna neodvisnost ne bo trajala večno. Najbrž ni zdravnika, ki se v svoji praksi še ne bi srečal s primerom starejšega pacienta, ki je do nastopa bolezni ali poškodbe živel sam, bil dobro prilagojen na svoje okolje in povsem samostojen, po hospitalizaciji pa se mu je začelo življenje sesuvati (Kot dobro povzame naslov drugega poglavja: »*Things fall apart*« oz. »Stvari se pričnejo rušiti«). Ob branju se nam postavlja vprašanje: smo kot zdravniki, ko pozdravimo pljučnico ali šen ali zlomljen kolk, res že v celoti opravili svojo nalogo? Kot v knjigi odgovori geriatr iz bostonske bolnišnice, je naloga zdravnika podpirati oz. vzdrževati kakovost življenja, s čimer misli na čim manj tegob zaradi bolezni ter vzdrževanje funkcionalnosti za aktivno bivanje in vključevanje v okolje. Pod navedeno lahko spada tudi prilagoditev terapije, napotitev k podiatru, pogovor o prehranjevalnih in socialnih navadah, če povzamemo samo nekaj primerov. Odveč je poudarjati, da se je pozornost sodobne medicine povsem zožila le na »popravilo« telesa, medtem ko so ostale potrebe in zahteve – npr.

duhovne, psihološke, socialne – zanemarjene.

Avtor povzema zaključke študije, opravljene na Univerzi v Minnesoti, v kateri je vzorec obsegal 568 ljudi, starejših od sedemdeset let, ki so živeli sami, a je zaradi dejavnikov tveganja – npr. kronične bolezni, nedavne bolezni, kognitivne motnje – obstajala velika nevarnost, da postanejo nesposobni za nadaljnje samostojno življenje. Z njihovim dovoljenjem so jih dodelili v dve skupini: polovica jih je bila oskrbovana s strani geriatričnega tima (sestre in zdravnika), polovica pa s strani njihovega »običajnega« izbranega zdravnika. Rezultati raziskave so presenetljivi: po osemnajstih mesecih je 10 odstotkov pacientov v obeh skupinah umrlo, vendar so bili pacienti, ki so obiskovali geriatrični tim, za 25 odstotkov manj ogroženi, da postanejo odvisni od tuje pomoči, za 50 odstotkov manj ogroženi, da postanejo depresivni, ter so 40 odstotkov manj pogosto potrebovali zdravstvene storitve na domu. Ironija je, da je univerza v Minnesoti, kljub obetavnim raziskovalnim rezultatom, le nekaj mesecev zatem ukinila odsek za geriatrijo, saj ni bila zmožna (ali pripravljena?) kriti dodatnega stroška (1350 USD na osebo), ki ga zavarovalnica ni želela kriti. Geriatrija pač ne prinaša slave in dobička.

Atul Gawande je bil rojen leta 1965 v Brooklynu. Starša sta bila indijska priseljence, oba zdravnika. Dodiplomsko izobrazbo je dobil na Stanford University, nato pa je nadaljeval s študijem medicine na Harvardu, kjer je tudi magistriral iz javnega zdravja. Že med študijem je sodeloval tudi pri oblikovanju ameriške zdravstvene politike kot svetovalec nekdanjega predsednika Billa



Clintona, s svojimi članki pa je vplival tudi na Obamo. Leta 2007 je postal direktor programa Svetovne zdravstvene organizacije, ki skuša zmanjšati umrljivost zaradi kirurških posegov oz. povečati varnost v kirurgiji. Je sodelavec New Yorkerja, prejemnik nagrade MacArthur Fellow in direktor Ariadne Labs, centra za inovacije v zdravstvu, ter splošni in endokrini kirurg v eni najboljših bolnišnic v Bostonu. Newsweek ga je leta 2004 uvrstil med 20 najvplivnejših ljudi azijskega porekla na svetu.

Preko zgodbe o pacientu z neozdravljivim metastatskim rakom prostate, ki ga je Gawande oskrboval še kot specializant kirurgije, avtor odpre vprašanje oz. opozori na »težke« in iskrene pogovore, ki bi jih kot zdravniki morali imeti s svojimi pacienti. Še posebej, ko so ti pred težkimi odločitvami glede nadaljevanja zdravljenja, o možnostih na koncu življenja in glede tega, kaj je na samem koncu ljudem najpomembnejše.

Katere napake se bolj bojimo – da bi podaljšali trpljenje ali skrajšali dragoceno življenje – se sprašuje avtor in v šestem poglavju z naslovom *Letting go* predstavi zgodbo 34-letne Sare, ki so ji v devetintridesetem tednu nosečnosti postavili diagnozo napredovali, neoperabilni nedrobnocelični pljučni rak. Po induciranjem porodu in z dojenčkom v zibki je Sara

pričela s kemoterapijo. (Kakšna je že statistika uspešnosti kemoterapije v tem stadiju raka ter statistika preživetja?) Po številnih ponavljajočih se izpraznitvenih plevralnih punkcijah je pristala na pleuralni drenaži, tri tedne po porodu pa je bila že nazaj v bolnišnici zaradi pljučne embolije. Začetna kemoterapija z erlotinibom, ki ji je povzročal srbeč izpuščaj in hudo utrujenost, se je izkazala za neučinkovito, saj Sarine tumorske celice niso imele mutacije, na katero bi zdravilo lahko delovalo. Onkolog ji je zato priporočil drugačno, standardno dvotirno terapijo, po kateri pa je razvila hudo alergično reakcijo, zato je bila potrebna ponovna menjava.

Sarina bolezen je bila ugotovljena junija; oktobra je kontrolni CT kljub zdravljenju pokazal rast tumorja, terapija je bila ponovno zamenjana in po nekaj tednih napravljena kontrolna diagnostika ni pokazala zelenih rezultatov – tumor je še vedno in kljub zdravljenju napredoval: iz levih pljuč v desna, v jetra, v peritonej in v hrbtenico. Kljub temu, da je bilo očitno, da se čas izteka, in da bi bilo za pacientko najbolje prenehati s terapijo, pričeti s podporno, paliativno oskrbo in kakovostno preživeti preostali čas, je onkolog ponudil še četrto terapijo ter omenjal tudi možne eksperimentalne terapije. Z vidika pacienta je popolnoma razumljivo in jasno, da se oprime popolnoma vsake, še tako šibke rešilne bilke, a kaj ta primer pove o nas, zdravnikih? Gawande navrže zanimive rezultate študij: kar 40 odstotkov onkologov naj bi priznalo, da ponujajo oz. predpisujejo zdravljenja, za katera vedo, da je zelo malo možnosti, da bi delovala. Pri ocenjevanju preživetja svojih pacientov je 63 odstotkov precenilo ta čas (v povprečju za 530 odstotkov!), le 17 odstotkov pa podcenilo.

Sare seveda ni čakalo nobeno čudežno ozdravljenje, ampak pričakovano, neobhodno. Bi lahko zadnje mesece, dni, preživela drugače? Več v krogu družine, pripravljena na neizogibno?

Leta 2010 so v Massachusetts General Hospital opravili študijo, v katero so vključili 151 pacientov s pljučnim rakom v četrtem stadiju. Polovica je bila deležna standardnega onkološkega zdravljenja, polovica pa taistega zdravljenja v kombinaciji z obravnavo s strani specialista paliativne nege. Rezultat je bil zanimiv: pacienti, ki so bili poleg onkološke terapije deležni tudi obravnave s strani specialista paliativne nege, so se prej odločali za končanje kemoterapije, prej so se vključili v hospic, manj so trpeli in so živeli 25 odstotkov dlje. Tudi druge študije potrjujejo, da ljudje, ki se vključijo v hospic, živijo vsaj tako dolgo ali dlje kot tisti, ki imajo na koncu intenzivnejše terapije.

Včasih je lahko odločilen že pogovor. Specialistka paliativne nege iz Brigham and Womens Hospital podaja nekaj nasvetov, kako bolje komunicirati in kaj so pravzaprav glavne tegobe, ki tarejo ljudi: tesnoba glede smrti, trpljenja, ljudi, ki jih puščajo za sabo. Pacienti ne želijo golih podatkov in naštevanja vseh mogočih možnosti, ampak predvsem pomoč pri premagovanju tesnobe. Pri tem je koristnih nekaj pravil: treba se je usesti, si vzeti čas, poskušati ugotoviti, kaj je ljudem v danih okoliščinah najpomembnejše, in potem podajati informacije v smeri uresničitve njihovih želja. Boljše kot npr.: »Žal mi je, da ...« je reči: »Želim si, da bi bile stvari drugačne.«

Gawande pa v svojem delu ne opozarja samo na zagate medicine 21. stoletja v »trenutkih, ko se stvari sesuvajo«, ampak predstavi tudi nekatere primere dobrih praks. V četrtem poglavju, z naslovom *Assistance* (Pomoč), se tako pogovarja s Keren Brown Wilson, avtorico koncepta »assisted living« (asistirano življenje; prvi dom po teh načelih je bil zgrajen leta 1980 v Oregonu). Brown Wilsonova se je s problematiko oskrbe starejših pričela ukvarjati na prošnjo svoje mame, ki je pri petinpetdesetih letih prebolela obsežno kap ter zaradi hemipareze in nezmožnosti skrbeti sama zase pristala v domu

starejših. »Zakaj ne narediš nekaj, kar bi pomagalo ljudem, kot sem jaz?« je, nezadovoljna s takratno ureditvijo, prosila svojo hčer. Prošnja je Wilsonovi spremenila življenje in pričelo se je reševanje uganke: kaj naredi življenje smiselno, vredno živeti, ko postanemo stari, krhki in nezmožni skrbeti sami zase?

Drug primer inovativnosti in drznosti je opisan v poglavju z naslovom *Better Life* (Boljše življenje). Enaintridesetletni zdravnik Bill Thomas je sprejel izziv in namesto dotedanje službe urgentnega zdravnika postal strokovni direktor doma starejših. Razmere v domu so bile frustrirajoče, zato jih je želel spremeniti. Kot glavne »težave« prebivalcev doma je prepoznal tri dejavnike: dolgčas, osamljenost in nemoč. Problema se je Thomas lotil na povsem nekonvencionalen način – z vpeljavo živali (štirje psi, dve mački, 100 majhnih papig, kolonija zajcev in jata kokoši), zelenja in otrok (vrtec za otroke zaposlenih ter varstvo po šoli), skratka življenja. Vpeljava sprememb seveda ni potekala brez odpora in težav, a po dveh letih so raziskovalci v analizi učinkov vpeljanih ukrepov ugotovili, da je v primerjavi s kontrolnim domom, kjer ti ukrepi niso bili

vpeljani, število predpisanih receptov na oskrbovanca padlo na polovico (še posebej za psihotropna zdravila, kot je haldol), stroški zdravil so se znižali za 38 odstotkov, umrljivost je padla za 15 odstotkov. Thomas si je to razlagal tako, da je osnovna človeška potreba tudi imeti smisel življenja, kar so ugotavljale že nekatere raziskave iz zgodnjih sedemdesetih let. In edini način, da tudi smrt ni brez smisla, je, da vidiš sebe kot del nečesa širšega, večjega: družine, skupnosti, družbe.

V zadnjem poglavju z naslovom *Courage* (Pogum) avtor sklene, da je predvsem pogum potreben za naše spoznanje, da pri obravnavanju trpljenja in minevanja nikoli ne moremo imeti popolne kontrole, vendar pa pri tem tudi nismo popolnoma brez moči. Imamo možnost spremeniti vsaj našo kulturo, institucije in pogovore v smeri boljše obravnave v zadnjih trenutkih življenja.

Knjiga Atula Gawande tako govori o (post)modernem doživljanju dejstva, da smo ljudje bitja, ki zbolevalo, se staramo in umiramo, ter o tem, kako je – in kako ni – medicina spremenila to doživljanje in kako so naše ideje o lastni končnosti včasih tudi napačne. Je dobrodošlo branje, še posebej v času, ko nas sistem sili in

usmerja, da moramo biti tekmovalni in zmagovalni na vseh področjih, in opozarja, da smrt ni (vedno) poraz. (Je pa verjetno poraz, če nismo omogočili dostojnih, mirnih, nebolečih zadnjih trenutkov, ker smo bili preveč zaposleni s premagovanjem naravnega poteka dogodkov oz. dokazovanjem vsemogočnosti našega (po)klica.) Ko zaradi pomanjkanja denarja (in interesa države?) zapiramo hospice. Ko ljudje umirajo na hodnikih prenatrpanih urgentnih ambulant (ne, to ni populizem, ampak žal lastna izkušnja!), ob tem pa se še vedno izogibamo debatam o evtanaziji, paliativni oskrbi, minevanju, kakovostni in empatični skrbi za starejše. Knjiga nas spodbuja k tem premislekom in ob tem pokaže, da so stvari lahko – in bi morale biti – drugačne. Naj sklenemo z opominom Paula Farmerja, Gawandejevega sodelavca na harvardski univerzi in v bolnišnici Brigham and Womens Hospital, ki v svoji refleksiji zdravniškega (po)klica v 21. stoletju ugotavlja, da so danes zdravniki pri svojem delu res podvrženi preštevilnim izzivom, težavam in strahovom. Farmer sklene: »Biti zdravnik ob treh zjutraj je včasih res težko. A še zdaleč ne tako, kot je biti pacient.«

## Nevarna birokracija

Mag. Nina Mazi, dr. med., Ljubljana

Srčni bolniki se soočajo s težavami pri dostopu do kardiovaskularnih pripomočkov in naprav predvsem zaradi neučinkovitosti birokracije, poudarjajo strokovnjaki v poročilu z okrogle mize Cardiovascular Round Table (CRT), objavljenem v priznani strokovni publikaciji *European Heart Journal*. Dokazana je jasna in objektivno potrjena vzročna povezava med znižanjem števila smrti zaradi kardiovaskularnih zapletov in uvajanjem oz. uporabo inovativnih tehnologij in aparatov. CRT je neodvisen forum, osnovan pri Evropski kardiološki zvezi, *European Society of Cardiology* (ESC). Sestavljajo ga zdravniki kardiologi, predstavniki farmacevtske industrije

in dobaviteljev medicinske tehnologije. Predsednik ESC, vodilni avtor raziskave in član CTR, prof. dr. Fausto Pinto, poudarja, da so sodobne kardiološke in kardiovaskularne naprave in pripomočki varni in učinkoviti, strokovno pregledani in preverjeni, vsebujejo pa tudi dovolj natančna in razumljiva navodila za uporabo. Dostop do opisanih naprav in aparatov pa je pogosto otežen, omejen in prepozen predvsem zaradi birokratskih ovir, saj administracija potrčila in papirje praviloma postavlja pred človeška življenja.

*Vira: European Heart Journal, 7/2015; CRT Report 2015*

## Zbornična izobraževanja za zdravnike in zobozdravnike

## Preprečevanje izgorelosti pri zdravnikih

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

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

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

- teoretične smernice ter praktični prikaz ustrezne komunikacije z žrtvami nasilja v družini,
- primeri dobrih kliničnih in mednarodnih praks s področja prepoznave in obravnave žrtev nasilja v družini,
- izkušnje ter pričakovanja žrtev pri obravnavi v zdravstvenem sistemu,
- koraki medinstitucionalnega sodelovanja pri prepoznavi in obravnavi žrtev nasilja v družini,
- protokoli obravnave otrok in odraslih žrtev nasilja v družini v sklopu zdravstvene dejavnosti.

Izobraževanje je del projekta **Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti: smernice in izobraževanja za zdravstvene delavce (POND\_SiZdrav)**. Sodelujoči partnerji so Družbenomedicinski inštitut ZRC SAZU, Zdravniška zbornica Slovenije, Center za socialno delo Maribor, Zavod Emma in St. Olavs University Hospital, Forensic department Brøset, Centre for research and education in forensic psychiatry. Projekt je sofinanciran s strani Norveškega finančnega mehanizma 2009–2014.

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

predavanja in delavnice, 2 dni – september 2015–april 2016

**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,



## Pacienti (bolniki) in potrpljenje

delavnica – januar

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

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

## Težave in razumevanje v medosebnih odnosih

delavnica – januar

Na delavnici boste podrobno spoznali temeljne tipe osebnosti in njihovih prirojenih značilnosti ter lastnosti, kako se osvoboditi nerealnih pričakovanj do ljudi drugačnega tipa osebnosti, kot je vaš. Spoznali boste, kakaj 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.

## Komunikacijske odvozanke in osebne odlike

seminar – januar

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

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

## Konferenca ONCA – Optimalna prehranska skrb ali podpora za vse

konferenca – februar

ONCA predstavlja evropske pobude in strokovno platformo za organiziranje učinkovite prehranske oskrbe na vseh ravneh zdravstvenega sistema. Ker za to potrebujemo znanje in sodelovanje, predstavlja pobuda ONCA prikaz možnosti za pridobivanje novih spoznanj, veščin in izmenjave učinkovitih praks za sistemsko ureditev na videz tako enostavnega problema, kot je optimalna prehranska skrb za vse – za mlade in stare, zdrave in bolne – in za specifične probleme prehransko ogroženih skupin, kot so na primer starostniki. Ker v Sloveniji začenjamo z izvajanjem Resolucije o nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015–2025, je v Sloveniji sedaj odličen čas za vzpostavitev optimalne prehranske oskrbe za vse prehransko ogrožene skupine prebivalstva na vseh ravneh zdravstvenega sistema.

**Organizator:** Zdravniška zbornica Slovenije v sodelovanju z ONCA-platformo

## Čustveno inteligentni starši

predavanja – februar, marec

Vsebine s področja čustvene inteligentnosti so namenjene prepoznavi pomena čustev in čustvovanja v komunikaciji in medosebnih odnosih, pa tudi pri **razumevanju sebe in drugih**. Priporočljivo za tiste, ki želijo vedeti, kaj je odgovorno starševstvo in kako se ga lotiti.

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

## Sporočilnost telesnega za ljudi, ki delajo z ljudmi

delavnica – marec

**Telo si zapomni.** Telo sporoča. V našem telesu je zapisano vse, kar smo bili, kar smo in kar prav zato šele postajamo. **Vsa naša prepričanja, navade, strahovi, izkušnje, nadarjenosti in hrepenenja.** Iščemo zapletene metode, da bi razumeli skrivnosti drugih. Ne glede na to, kako obvladani ali naučeni smo, naše telo govori, kriči. Prisluhnimo telesu.

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

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

## Trpinčenje na delovnem mestu

predavanja – marec, april

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

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

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

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

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



## 5. 1., 19. 1., 2. 2., 16. 2. ob 17.00 • PREPREČEVANJE IZGORELOSTI PRI ZDRAVNIKI

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Domus Medica, učilnica Julija	<b>št. udeležencev:</b> 16	<b>kotizacija:</b> 180 EUR	<b>k. točke:</b> 10
<b>vsebina:</b> Delavnica je namenjena vsem zdravnikom. Znaki izgorevanja se lahko kažejo kot velika izčrpanost, splošno neprijetno počutje, motnje spanja, obup, pomanjkanje sočutja, simptomi so vidni tudi v obliki cinizma, prenašanja odgovornosti na druge, povečanih občutkov krivde, izgube smisla. Delo je usmerjeno v večanje zavedanja (iskanje smisla in razumevanja), iskanje podpirajočih prepričanj in rešitev, večanje občutka solidarnosti in v delo z viri (1 sklop so 4 termini).	<b>organizator:</b> Zdravniška zbornica Slovenije, Tanja Breznik, univ. dipl. psih.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: W: <a href="http://www.domusmedica.si">www.domusmedica.si</a> , informacije: Mojca Vrečar, MBA, T: 01 30 72 191	

## 7., 8. in 12. ob 16.00 • MEDICINSKA HIPNOZA PRI DEPRESIJI

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

## 8.–9. ob 8.30 • 32. UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE: UČENJE IN POUČEVANJE O OBRAVNAVI MULTIMORBIDNOSTI V STARAJOČI SE POPULACIJI

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58	<b>št. udeležencev:</b> 50	<b>kotizacija:</b> kotizacije ni	<b>k. točke:</b> 14
<b>vsebina:</b> delavnica je namenjena sedanjim in bodočim mentorjem študentov in specializantov s področja družinske medicine (udeleženci bodo na srečanju prejeli zbornik, ki bo obravnaval omenjene teme)	<b>organizator:</b> Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, Katedra za družinsko medicino Univerze v Mariboru, Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, prim. doc. dr. Mateja Bulc, prim. Darinka Klančar, izr. prof. dr. Marija Petek Šter, prim. doc. dr. Davorina Petek	<b>prijave, informacije:</b> prijave: Lea Vilman, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p.p. 2218, 1104 Ljubljana, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10, E: <a href="mailto:kdrmed@mf.uni-lj.si">kdrmed@mf.uni-lj.si</a> , informacije: Marija Petek Šter, E: <a href="mailto:marija.petek-ster@mf.uni-lj.si">marija.petek-ster@mf.uni-lj.si</a>	

## 13.–14. ob 9.00 • ORTOGERIATRIČNI SEMINAR

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, UKC	<b>št. udeležencev:</b> 150	<b>kotizacija:</b> ni podatka	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> posvet je namenjen vsem zdravnikom	<b>organizator:</b> KO za travmatologijo, UKC Ljubljana, Matevž Tomaževič	<b>prijave, informacije:</b> prijave: KO za travmatologijo, UKC Ljubljana, Zaloška cesta 7, 1000 Ljubljana (pripis: Ortogeriatrski seminar), informacije: Matevž Tomaževič, Gregor Makovec, T: 01 522 53 55, E: <a href="mailto:matevz.tomazevic@kclj.si">matevz.tomazevic@kclj.si</a>	

## 14. • PACIENTI (BOLNIKI) IN POTRPLJENJE

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

## 15. ob 15.30 • STABILNA KORONARNA BOLEZEN, ZNANJE ZA VSAKODNEVNO PRAKSO V., ZDRAVLJENJE POSLEDIC ATEROSKLEROZE

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Four Points by Sheraton (Hotel Mons), Brdo pri Ljubljani	<b>št. udeležencev:</b> 250	<b>kotizacija:</b> ni podatka	<b>k. točke:</b> v postopku
<b>vsebina:</b> posvet je namenjen vsem zdravnikom	<b>organizator:</b> Društvo za širitev znanja in raziskovanje v medicini, prof. dr. Matjaž Bunc	<b>prijave, informacije:</b> prijave: E: <a href="mailto:medicons@siol.net">medicons@siol.net</a> , informacije: Boris Krajačič, MEDI CONS kardiologija, d.o.o., T: 07 332 25 50, E: <a href="mailto:medicons@siol.net">medicons@siol.net</a>	

## 19. ob 19.00 • MEDICAL STUDENT JOURNAL CLUB: FIZIČNA, PSIHIČNA IN SPOLNA ZLORABA V NOSEČNOSTI

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, MF, Korytkova 2, Srednja predavalnica	<b>št. udeležencev:</b> 150	<b>kotizacija:</b> kotizacije ni	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> Debatni večer, predavanje pripravlja študentka Petra Bukovec pod mentorstvom doc. dr. Mihe Lučovnika, dr. med., sledi razprava. Debatni večer je namenjen študentom medicine, mladim zdravnikom in ostali zainteresirani javnosti.	<b>organizator:</b> Medical Student Journal Club – debatni klub študentov medicine, Matija Šatej, štud. med.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: niso potrebne, informacije: Sara Vodopivec, T: 041 268 895, E: <a href="mailto:medicalstudentjournalclub@gmail.com">medicalstudentjournalclub@gmail.com</a>	

## 21.–23. • 6. SLOVENSKI TEČAJ UKREPOV ZDRAVSTVA OB VELIKIH NEZGODAH – MRMI

<b>kraj:</b> NOVO MESTO, vojašnica Franca Uršiča	<b>št. udeležencev:</b> 30 pre-hospital + 30 hospital	<b>kotizacija:</b> 150 EUR (slovenski državljani)	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> tečaj ukrepov – strokovna podlaga, simulaciji nezgod s praktičnim delom	<b>organizator:</b> Sekcija ukrepov zdravstva ob velikih nezgodah – MRMI, Slovensko zdravniško društvo	<b>prijave, informacije:</b> prijave: preko spletne strani SZD (ki je v času objave v spreminjanju) – poiščite aktualne dogodke ali pa poiščite sekcijo UZVN/MRMI	

## 22. ob 8.00 • 4. SLOVENSKO SREČANJE O KLINIČNI FARMAKOLOGIJI: VARNA UPORABA ZDRAVIL

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Austria Trend Hotel	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> 130 EUR z DDV	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> Srečanje je namenjeno vsem zdravnikom, predvsem zdravnikom družinske medicine, urgentne medicine, interne medicine, pediatrije, nevrologije in psihiatrije, ter farmacevtom v lekarnah	<b>organizator:</b> Sekcija za klinično toksikologijo SZD v sodelovanju s Centrom za klinično toksikologijo in farmakologijo UKCL in Inštitutom za farmakologijo in eksperimentalno toksikologijo Medicinske fakultete v Ljubljani, doc. dr. Miran Brvar, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: Sekcija za klinično toksikologijo SZD, Center za zastrupitve, Interna klinika, UKCL, Zaloška cesta 7, 1000 Ljubljana, E: <a href="mailto:miran.brvar@kclj.si">miran.brvar@kclj.si</a> , informacije: Miran Brvar, T: 041 605 420, F: 01 434 76 46, E: <a href="mailto:miran.brvar@kclj.si">miran.brvar@kclj.si</a>	

## 22. ob 8.30 • OBRAVNAVA ZDRAVE NOSEČNICE V GINEKOLOŠKI DISPANZERSKI AMBULANTI

<b>kraj:</b> MARIBOR, UKC, 16. nadstropje krg. stolpnice, predavalnica prim. dr. Zmaga Slokana	<b>št. udeležencev:</b> 80–100	<b>kotizacija:</b> 120 EUR z vključenim DDV	<b>k. točke:</b> 10
<b>vsebina:</b> učna delavnica je namenjena zdravnikom specialistom in specialistom ginekologije in porodništva, zdravnikom specialistom in specialistom družinske medicine, zdravnikom pripravnikom, medicinskim sestram, medicinskim sestram bobicam in zdravstvenim administratorjem	<b>organizator:</b> UKC Maribor, Klinika za ginekologijo in perinatologijo, red. prof. dr. Iztok Takač, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> W: <a href="http://www.ukc-mb.si">www.ukc-mb.si</a> (strokovna srečanja), informacije: Slavica Keršič, posl. sek., Rebeka Gerlič, univ. dipl. ekon., T: 02 321 29 40, F: 02 321 28 13	

## 22.–23. ob 10.00 • ZDRAVNIKI IN STRES – STARANJE, POČITEK, PROMOCIJA ZDRAVJA – KJE JE PROSTOR ZA ZDRAVNIKA?

<b>kraj:</b> DOLENJSKE TOPLICE, Hotel Balnea	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> člani Združenja MDPŠ 100 EUR, nečlani 120 EUR, upokojenci odvisno od tega, ali so člani ali ne (popusta ni), specializanti 60 EUR	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> strokovno srečanje in delavnica sta namenjena zdravnikom medicine dela, prometa in športa, družinskim zdravnikom, ostalim specialnostim, vsem, ki jih kdaj vznemiri stres in se spopadajo z njim	<b>organizator:</b> Združenje medicine dela, prometa in športa, Andrea Margan, dr. med., Zora Vadnjal Gruden, dr. med., Davor Denkovski, dr. med	<b>prijave, informacije:</b> prijave: EOS, Zora Vadnjal Gruden, dr. med, Stara cesta 16, 4000 Kranj, informacije: Zora Vadnjal Gruden, Davor Denkovski, T: 04 206 56 21, F: 04 206 57 57, E: <a href="mailto:zora.gruden@zvz.si">zora.gruden@zvz.si</a> in <a href="mailto:davordenkovski@gmail.com">davordenkovski@gmail.com</a>	

## 23. ob 8.45 • SLADKO DVOGOVARJANJE

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Hotel Plaza	<b>št. udeležencev:</b> 40	<b>kotizacija:</b> ni podatka	<b>k. točke:</b> 2
<b>vsebina:</b> seminar z delavnicami	<b>organizator:</b> Društvo EDMED, Katarina Vukelič, dr. med., spec.	<b>prijave, informacije:</b> <a href="http://www.drustvoEDMED.si">www.drustvoEDMED.si</a> , Simon Javornik, T: 059 057 510, E: <a href="mailto:info@drustvoEDMED.si">info@drustvoEDMED.si</a>	

## 26. • KOMUNIKACIJSKE ODVOZLANKE IN OSEBNOSTNE RAZLIKE (seminar)

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	<b>št. udeležencev:</b> 20	<b>kotizacija:</b> 120 EUR	<b>k. točke:</b> 5,5
<b>vsebina:</b> Na srečanju bomo pokukali v zakladnico komunikacijskih in osebnostnih veščin ter izpostavili vrednote in prepričanja, ki nas oblikujejo in odlikujejo. In so seveda hkrati naš »napajalnik« dobre volje in pozitivne energije, ki se odraža v strokovnem in kakovostnem delu.	<b>organizator:</b> Zdravniška zbornica Slovenije, Mojca Vrečar	<b>prijave, informacije:</b> prijave: <a href="http://www.domusmedica.si">www.domusmedica.si</a> , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191	

## 27. • TEŽAVE IN RAZUMEVANJE V MEDOSEBNIH ODNOSIH

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

## 28. ob 9.00 • OSNOVE KLINIČNE ALERGOLOGIJE IN ASTME

<b>kraj:</b> KRANJSKA GORA, Hotel Lek	<b>št. udeležencev:</b> 25	<b>kotizacija:</b> ni podatka	<b>k. točke:</b> 20
<b>vsebina:</b> delavnica je namenjena vsem zdravnikom	<b>organizator:</b> Klinika Golnik, prof. Mitja Košnik, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: <a href="http://www.klinika-golnik.si">www.klinika-golnik.si</a> , informacije: Irena Dolhar, T: 04 256 94 93, E: <a href="mailto:irena.dolhar@klinika-golnik.si">irena.dolhar@klinika-golnik.si</a>	

## 29. ob 8.30 • NEUSPELA NOSEČNOST

<b>kraj:</b> LJUBLJANA (lokacija bo javljena naknadno)	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> specialisti 120 EUR, ostali 70 EUR (DDV vključen)	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom, medicinskim sestram, babicam, psihologom, socialnim delavcem	<b>organizator:</b> UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, Klinični oddelek za perinatologijo in Združenje za perinatalno medicino Slovenije, doc. dr. Nataša Tul Mandić, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, Enota za raziskovanje, izobraževanje in informatiko s knjižnico, Štajmerjeva 3, 1000 Ljubljana, informacije: Martina Pečlin, E: <a href="mailto:martina.peclin@mf.uni-lj.si">martina.peclin@mf.uni-lj.si</a> , T: 01 522 60 20	

## 29. ob 9.00 • IZBRANE TEME IZ ALERGOLOGIJE IN PULMOLOGIJE

<b>kraj:</b> MARIBOR, točno lokacijo sporočimo naknadno	<b>št. udeležencev:</b> 100	<b>kotizacija:</b> kotizacije ni	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> srečanje je namenjeno zdravnikom družinske medicine	<b>organizator:</b> Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, prim. doc. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med, izr. prof. dr. Marija Petek Šter, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> Nina Štojs, T: 01 43 86 914, E: <a href="mailto:nina.stojs@gmail.com">nina.stojs@gmail.com</a>	

## 30. ob 9.00 • MIKROAKUPUNKTURNI SISTEMI: AKUPUNKTURA ROKE

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Onkološki Inštitut, predavalnica	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> 180 EUR	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> seminar o mikroakupunkturinih sistemih – akupunktura roke je namenjen zdravnikom, ki se ukvarjajo z akupunkturo	<b>organizator:</b> Združenje za akupunkturo SZD, mag. Petar Papuga, dr. med., in prof. Jong Baik, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: E: <a href="mailto:sloakupunktura@gmail.com">sloakupunktura@gmail.com</a> , informacije: Lea Šemrl, T: 041 726 441, E: <a href="mailto:sloakupunktura@gmail.com">sloakupunktura@gmail.com</a>	

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

## 1. • KONFERENCA ONCA – OPTIMALNA PREHRANSKA SKRBE ALI PODPORA ZA VSE

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	<b>št. udeležencev:</b> 260	<b>kotizacija:</b> kotizacije ni	<b>k. točke:</b> v postopku
<b>vsebina:</b> ONCA predstavlja evropske pobude in strokovno platformo za organiziranje učinkovite prehranske oskrbe na vseh ravneh zdravstvenega sistema. Ker za to potrebujemo znanje in sodelovanje, predstavlja ONCA prikaz možnosti za pridobivanje novih spoznanj, veččin in izmenjave učinkovitih praks za sistemsko ureditev na videz tako enostavnega problema, kot je optimalna prehranska skrb za vse. Za mlade in stare, zdrave in bolne ter za specifične probleme prehransko ogroženih skupin, kot so na primer starostniki. Ker v Sloveniji začenjamo z izvajanjem Resolucije o nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015–2025, je v Sloveniji sedaj odličen čas za vzpostavitev optimalne prehranske oskrbe za vse prehransko ogrožene skupine prebivalstva na vseh ravneh zdravstvenega sistema.	<b>organizator:</b> Zdravniška zbornica Slovenije v sodelovanju z ONCA platformo za optimalno prehransko oskrbo	<b>prijave, informacije:</b> prijave: <a href="http://www.domusmedica.si">www.domusmedica.si</a> , informacije: dr. Nada Rotovnik Kozjek, dr. med., E: <a href="mailto:nkozjek@onko-i.si">nkozjek@onko-i.si</a>	

## 5. • 38. IATROSSKI: POSVETOVANJE ŠPORTNE MEDICINE in SMUČARSKO TEKMOVANJE ZDRAVNIKOV

<b>kraj:</b> KRANJSKA GORA	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> tek 30 EUR, vsl. 50 EUR, skupaj tek in vsl. 60 EUR, spremljevalci 20 EUR, študenti polovična kotizacija, na TR Zdravniško društvo IATROS, TR- 04750-0001224094. Kotizacijo svojim članom krije Fides.	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> posvet in smučarsko tekmovanje	<b>organizator:</b> Zdravniško društvo IATROS	<b>prijave, informacije:</b> prijave: do 2. 2. 2015 na E: <a href="mailto:melitamakuc@gmail.com">melitamakuc@gmail.com</a> , informacije: prim. Franci Koglot, T: 041 775 705	

## 5. ob 9.00 • ULTRAZVOK V FLEBOLOGIJI – ZAČETNI TEČAJ

**kraj:** LJUBLJANA, Dermatovenerološka klinika, Zaloška 2**št. udeležencev:** do 20**kotizacija:** 150 EUR (z DDV), plačilo najkasneje do 20. 1. 2016**k. točke:** v postopku

**vsebina:** Tečaj je namenjen vsem, ki se pri svojem delu srečujete s flebologijo: specialisti in specializanti dermatovenerologije, žilne kirurgije, angiologije, radiologije, družinske medicine... Udeleženec je po zaključenem tečaju usposobljen za ravnanje z ultrazvočnim aparatom Duplex in zna opraviti pregled povrhnjega venskega sistema (prehodnost, premer, povratni tok in njegova opredelitev: SF-ustje, VSM in njeni pritoki, SP-ustje, VSP in njeni pritoki), orientacijski pregled globokega venskega sistema (prehodnost, stisljivost, respiratorna odzivnost, povratni tok: VFC, VF, VP), pregled klinično pomembnih perforantnih ven stegna in goleni ter pripraviti standardiziran pisni izvid.

**organizator:** Slovensko flebološko društvo (SFD) v sodelovanju z Dermatovenerološko kliniko UKCL

**prijave, informacije:** prijave: E: [info@fleblogija.si](mailto:info@fleblogija.si), informacije: prof. dr. Miloš Pavlovič

## 5.–6. ob 8.30 • 32. UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE: UČENJE IN POUČEVANJE O OBRAVNAVI MULTIMORBIDNOSTI V STARAJOČI SE POPULACIJI

**kraj:** STRUNJAN, Terme Strunjan**št. udeležencev:** 50**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** 14

**vsebina:** delavnica je namenjena sedanjim in bodočim mentorjem študentov in specializantom s področja družinske medicine (udeleženci bodo na srečanju prejeli zbornik, ki bo obravnaval omenjene teme)

**organizator:** Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, Katedra za družinsko medicino Univerze v Mariboru, Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, prim. doc. dr. Mateja Bulc, prim. Darinka Klančar, izr. prof. dr. Marija Petek Šter, prim. doc. dr. Davorina Petek

**prijave, informacije:** prijave: Lea Vilman, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p.p. 2218, 1104 Ljubljana, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10, E: [kdrmed@mf.uni-lj.si](mailto:kdrmed@mf.uni-lj.si), informacije: Davorina Petek, E: [davorina.petek@gmail.com](mailto:davorina.petek@gmail.com)

## 12.–13. ob 8.30 • MEDNARODNA DELAVNICA O DISTONIJI PRI OTROCIH

**kraj:** LJUBLJANA, GH Union, Srebrni salon**št. udeležencev:** 80**kotizacija:** 100 EUR, kotizacije ni za upokojene zdravnike in študente**k. točke:** \*\*\*

**vsebina:** učna delavnica in simpozij sta namenjena pediatrom

**organizator:** Medicinska fakulteta UL, Katedra za pediatrijo, David Neubauer

**prijave, informacije:** prijave: Katedra za pediatrijo, Bohoričeva 20, Ljubljana, informacije: David Neubauer, Branka Kenda, T: 01 522 92 31, 01 522 92 26, F: 01 522 40 70, E: [david.neubauer@mf.uni-lj.si](mailto:david.neubauer@mf.uni-lj.si)

## 12.–13. ob 9.00 • NOVOSTI PRI ZDRAVLJENJU KRONIČNIH RAN

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

**kotizacija:** 50 EUR študentje medicine in zdravstvene nege, 150 EUR za člane DORS-a, 170 EUR za nečlane (DDV vključen). V primeru udeležbe zdravnika in medicinske sestre ali dveh izvajalcev zdravstvene nege iz skupne organizacijske enote znaša kotizacija 250 EUR. Nakazilo na TR: Društvo za oskrbo ran Slovenije, Cigaletova ulica 9, 1000 Ljubljana, št. 02012 0254085451, sklic 00 002016 odprt pri NLB

**k. točke:** 12

**vsebina:** seminar je namenjen zdravnikom različnih specialnosti in medicinskim sestram

**organizator:** Društvo za oskrbo ran Slovenije (DORS), Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD

**prijave, informacije:** Društvo za oskrbo ran, Cigaletova ulica 9, 1000 Ljubljana, Mojca Bajec, E: [bajecmojca@gmail.com](mailto:bajecmojca@gmail.com)

## 16. ob 19.00 • MEDICAL STUDENT JOURNAL CLUB: MLADI IN ZASTRUPITEV Z DROGAMI – OD TERENA DO HOSPITALIZACIJE

**kraj:** LJUBLJANA, MF, Korytkova 2, Srednja predavalnica**št. udeležencev:** 150**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** \*\*\*

**vsebina:** Debatni večer, predavanje pripravlja študentka Polona Gams pod mentorstvom doc. dr. Mirana Brvarja, dr. med., sledi razpava. Debatni večer je namenjen študentom medicine, mladim zdravnikom in ostali zainteresirani javnosti.

**organizator:** Medical Student Journal Club – debatni klub študentov medicine, Matija Šatej, štud. med.

**prijave, informacije:** prijave: niso potrebne, informacije: Sara Vodopivec, T: 041 268 895, E: [medicalstudentjournalclub@gmail.com](mailto:medicalstudentjournalclub@gmail.com)

## 25. • ČUSTVENO INTELIGENTNI STARŠI (seminar)

**kraj:** LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162**št. udeležencev:** 50**kotizacija:** 40 EUR**k. točke:** 3

**vsebina:** Družine in odnosi, vloge in naloge. Čustveno inteligentno sporazumevanje. Odgovorno starševstvo v različnih fazah odraščanja otrok (in staršev).

**organizator:** Zdravniška zbornica Slovenije, Mojca Vrečar

**prijave, informacije:** prijave: [www.domusmedica.si](http://www.domusmedica.si), informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191

## ODDAMO

V stanovanjski hiši v neposredni bližini UKC Ljubljana oddam opremljeno dvosobno pritlično stanovanje z ločenim vhodom in atrijem. Možnost parkiranja. T: 041 373 405

## Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

»Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije je javni zavod, ki zagotavlja zavarovancem v državi uveljavljanje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Z usposobljenimi in motiviranimi zaposlenimi, s sodobno tehnologijo in organiziranostjo želimo zavarovancem, partnerjem in drugim strankam nuditi odlične storitve.«

K sodelovanju vabimo komunikativne in dinamične sodelavce, ki želijo nadaljevati svojo poklicno kariero v Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije:

### 1. Zdravnik/zdravnico na Direkciji za:

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

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

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

### 2. Zdravnik/zdravnico na Direkciji za:

- odločanje v pritožbenih postopkih za začasno nezmožnost za delo, zdraviliško zdravljenje in drugih pravicah,
- podajanje izvedenskih mnenj.

### 3. Vodjo oddelka za nadzor v območni enoti Novo mesto za:

- vodenje sodelavcev in organiziranje, kontroliranje in usklajevanje dela v oddelku ter zagotavljanje zakonitosti in ažurnosti poslovanja,
- odločanje v postopkih za začasno nezmožnost za delo, zdraviliško zdravljenje in drugih pravicah,
- izvajanje finančno-medicinskih nadzorov in predlaganje ukrepov v primeru odstopanj.

### 4. Zdravnike/zdravnice v območnih enotah Kranj, Ljubljana, Maribor, Novo mesto za:

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

Pri točkah 2, 3, 4 poleg splošnih zahtev, določenih z zakonom, pričakujemo, da prijavljeni kandidati izpolnjujejo naslednje pogoje:

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

Delovno razmerje bomo sklenili za nedoločen čas, s polnim ali krajšim delovnim časom in trimesečnim poskusnim delom. Za dodatne informacije se lahko obrnete na nas po T: 01 30 77 410.

Svoje pisne prijave, s predstavitvijo dosedanjega dela in navedbo enote, kamor se prijavljate, pošljite **do 31. 1. 2016** na naslov: **ZZZS, Direkcija, Miklošičeva 24, 1507 Ljubljana oz. na E: zaposlitev@zzzs.si.**

Od novih sodelavcev pričakujemo sposobnosti komuniciranja in reševanja problemov, sposobnosti organiziranja in analitičnega razmišljanja, sposobnost timskega dela, sposobnost hitre presoje in sodelovanja, predvsem pa profesionalnost in samoiniciativnost ter pripravljenost za pridobivanje specifičnih znanj s področja zdravstvenega zavarovanja.

Novim sodelavcem nudimo dinamično delo v urejenem okolju ter možnost strokovnega izpopolnjevanja in razvoja. Kandidati bodo izbrani na podlagi izbirnega postopka, ki lahko vključuje tudi testiranje.

Kandidati bodo o izboru obveščeni v zakonsko določenem roku.

## Zdravstveni dom Izola

objavlja prosta delovna mesta:

### 1. doktor medicine, specialist družinske medicine ali splošne medicine z licenco (m/ž), za nedoločen čas s trimesečnim poskusnim delom

Pogoji za zasedbo delovnega mesta:

- zahtevana raven izobrazbe: VIII.
- zahtevan poklic: doktor medicine, specialist družinske medicine ali splošne medicine
- zahtevane delovne izkušnje: 1 leto

Vaše poglobitve naloge bodo:

- delo zdravnika v splošni ambulanti
- občasno delo zdravnika v ambulanti NMP

### 2. doktor medicine, specialist družinske medicine ali splošne medicine z veljavno licenco (m/ž), za določen čas – eno leto

Pogoji za zasedbo delovnega mesta:

- zahtevana raven izobrazbe: VIII.
- zahtevan poklic: doktor medicine, specialist družinske medicine ali splošne medicine
- zahtevane delovne izkušnje: 1 leto

Vaše poglobitve naloge bodo:

- delo zdravnika v splošni ambulanti
- občasno delo zdravnika v ambulanti NMP

Če ste pripravljeni sprejeti nove izzive ter izpolnjujete pogoje za zasedbo delovnega mesta, vas vabimo, da nam svoje pisne ponudbe s priloženim življenjepisom in izkazanimi pogoji za zasedbo delovnega mesta pošljete **od 5. 1. 2016 do 5. 2. 2016** po E: [ingrid@zd-izola.si](mailto:ingrid@zd-izola.si) ali na naslov: **Zdravstveni dom Izola, Kadrovska služba, Oktobrske revolucije 11, 6310 Izola.**

# Pediatrična sekcija SZD ob 50-letnici Otroškega oddelka Splošne bolnišnice Murska Sobota

Prim. asist. mag. Zdravko Roškar, dr. med., SB Murska Sobota

Samantha Malok, dr. med., SB Murska Sobota

[zdravko\\_roskar@hotmail.com](mailto:zdravko_roskar@hotmail.com)

V okviru praznovanja 50-letnice Otroškega oddelka Splošne bolnišnice Murska Sobota je 9. oktobra v Murski Soboti potekalo strokovno srečanje Pediatrične sekcije Slovenskega zdravniškega društva.

Osrednja tema v prvem delu strokovnega srečanja je bila tuberkuloza pri otrocih. Predstavljeno je bilo vse o bolezni, diagnostične metode za odkrivanje latentne okužbe s tuberkulozo in nove smernice obravnave otrok po stiku z bolnikom s tuberkulozo. V zaključnem delu dopoldanskega programa sta bila prikazana primera obravnave otrok po stiku z bolnikom s tuberkulozo v zdravstveni ustanovi in v domačem okolju, vključno s pravilnim epidemiološkim ravnanjem.

V drugem delu strokovnega srečanja so bili predstavljeni zanimivi primeri bolezni otrok, katerih obravnava se je začela na pediatričnih oddelkih ustanov sekundarne ravni, nato pa sta sledila dodatna diagnostika in zdravljenje na terciarni ravni. Opisani so bili primeri zelo redkih bolezni oz. zapletov bolezni, in sicer

tirozinemija, okužba s parvovirusom B19, retinoblastom in Ewingov sarkom.

Po kosilu smo se odpravili na ogled Otroškega oddelka Splošne bolnišnice Murska Sobota, ki že vsa ta leta zagotavlja specialistično pediatrično ambulantno in bolnišnično zdravstveno dejavnost za otroke in mladostnike do 18. leta starosti. Uradno je bil oddelek odprt 1. julija 1965. Prvo bolnišnično pediatrično službo je organiziral Štefan Varga, ki je bil tudi prvi predstojnik. Sprva je delo medicinskih sester opravljalo 23 dijakinj srednje zdravstvene šole, ki so hkrati obiskovale tudi pouk četrtega letnika srednje zdravstvene šole v Murski Soboti.

Letno je hospitaliziranih okrog 2000 otrok ter ambulantno pregledanih več kot 4000 otrok. Trenutno so zaposleni štirje zdravniki specialisti, devet specializantov, štirje diplomirani zdravstveniki, 23 srednjih medicinskih sester, dve administratoriki in dve nevrofizioterapevtki. Redno delujejo otroška alergološko-pulmološka ambulanta, otroška nefrološka ambulanta, otroška gastroenterološka ambulanta, ambulanta



za razvojno nevrologijo, UZ za pediatrično diagnostiko in urgentna pediatrična ambulanta.

Oddelek je sestavljen iz treh odsekov: za nedonošenčke in bolne novorojence, za predšolske otroke in za šolske otroke in mladostnike.

V večernih urah je sledila svečanost ob 50-letnici Otroškega oddelka Splošne bolnišnice Murska Sobota. Na slovesnosti sta predstojnik oddelka prim. asist. mag. Zdravko Roškar,

dr. med., spec. pediater, in glavni zdravstvenik Jožef Sever, dipl. zdravstvenik, podelila zahvalne listine za uspešno delo na področju pediatrije in pediatrične zdravstvene nege. Zahvalni listini sta prejeli Jana Norčič, dr. med., specialistka pediatrij, in Katarina Bergles, diplomirana medicinska sestra. Spomnili smo se tudi začetkov delovanja oddelka. Program so popestrile prekmursko obarvane glasbene in gledališke točke.

V prijetnem vzdušju smo nato še na večerni pogostitvi poklepetali o vtisih celotnega dne, o nekaterih strokovnih in seveda tudi raznovrstnih drugih temah ter medsebojnem sodelovanju primarne, sekundarne in terciarne ravni v Sloveniji.

Vsem sodelavcem, udeležencem, predavateljem in sponzorjem se še enkrat lepo zahvaljujemo.

## Januarsko branje

polona.wallas@zss-mcs.si

**Margaret Mazzantini**

### Ne premikaj se

Mladinska knjiga, 2015



Izjemna pripoved italijanske avtorice Margaret Mazzantini, roman, ki odstira tisto, kar

v hitenju marsikdaj pozabimo ali potlačimo. Zgodba se prične zapletati, ko se kirurgu Timoteu ponesreči hči na vožnji z motorjem. Ob travmatičnem dogodku, v trenutkih minljivosti se glavnemu junaku pričnejo vračati spomini na ljubezensko razmerje s predmestnim dekletom, ki ni ustrezalo »standardom« življenja poročenega uglednega kirurga. Neustavljiva privlačnost, strast in iskanje užitka sta ga gnala v skrivno ljubimkanje z njo, ki ga je obudila v življenje. Burno razmerje se konča, ko dekle po splavu umre, on pa se vrne v svoje življenje. Edini smisel najde v svoji komaj rojeni hčerki. Roman je mojstrsko napisana pripoved o iskanju smisla življenja in tistega, kar poganja ali pa zaustavlja vse naše delovanje – ljubezni, predvsem do samega sebe. Prava knjiga za zimske dni.

**Julia Enders**

### Čarobno črevesje

Mladinska knjiga, 2015



Avtorica Giulia Enders je mlada nemška znanstvenica, mikrobiologinja, ki na razumljiv in

strokovno utemeljen način govori o črevesju, ki je v resnici in po krivem najbolj prezrt organ našega telesa. Knjiga je zabavna, informativna in predstavlja svež način, kako napisati knjigo o človeškem organu, ki v našem simbolnem svetu še nima ustreznega mesta. Poleg kakanja spregovori še o želodcu, slepiču, prehrani, o potovanju hrane skozi naše organe, celiakiji in občutljivosti za gluten, intoleranci za laktozo in fruktozo, bruhanju, zaprtosti, imunskem sistemu in bakterijah, antibiotikih, probiotikih, prebiotikih ter še marsičem drugem. Knjigo je napisala kot del raziskav za doktorat. Avtorica nam želi pojasniti, da večina človeškega imunskega sistema počiva v črevesju, tam pa domujeta tudi dva kilograma bakterij, ki počnejo čudo reči v našo korist.

**Aleksandra Hampamer**

### Očim in pankrt

Chiara, 2015



Kar nekaj knjig se loteva tematike nasilja v družini, knjiga Očim in pankrt pa do obisti razodeva čustva žrtve, kot tudi odnos nasilneža

(očima) do vseh družinskih članov. Knjiga je dragocen prispevek k razumevanju, kaj se dogaja v družini, ki ima nasilne vzorce vedenja, na kakšen način so lahko otroci nezaščiteni in njih okolica predvidoma prej obojka kot ne. Zamolčano nasilje nad otroki v družinskem okolju je tema, ki ne sme biti prezrta, zato je tako pomembno sodelovanje vseh deležnikov, tudi zdravstvenih delavcev, da v takšnih primerih pomagajo in ukrepajo.

Glavna junakinja Aiya je bistra in odločna deklica. Njen očim se nad njo spravlja s klofutami, brcami in tepežem. Nasilje se razrašča nad celotno družino in Aiya ter ostali bratje in sestrice neizmerno trpijo. Svetlo točko v njenem življenju predstavlja Tara, gospa, ki vidi v ljudeh samo dobro in s pripovedovanjem zgodb boža razbolelo dušo mlade deklice. Zgodba opisuje tudi izhod iz nasilja in posledice te odločitve, je pa hkrati zgodba o odpuščanju in iskanju boljšega življenja za vsako ceno. In o tem, da v težkih preizkušnjah pridejo v ospredje tiste osebe, ki vračajo vero in upanje v dobroto življenja.

# Friedrich Dürrenmatt: Der Richter und sein Henker (Sodnik in njegov rabelj)

Rowohlt, 1955 (1965), 146 + 1 str.<sup>1</sup>

Marjan Kordaš, Ljubljana

[marjan.kordas@mf.uni-lj.si](mailto:marjan.kordas@mf.uni-lj.si)

Ta roman je eno prvih literarnih del, ki sem jih prebral v izvirniku. Verjetno že v sedemdesetih letih. Ne vem, ali sem ga takrat razumel prav, bil pa sem navdušen. Ne spominjam se, kolikokrat sem ga v naslednjih letih spet prebral in večkrat mi je prišlo na misel, da bi ga prevedel. In seveda zamisel takoj zavrge.

Ko sem začel pisati predstavitev (»recenzi- je«) knjig, sem nešteto krat pomislil, da bi predstavil tudi to izvrstno Dürrenmattovo knjigo, in vsakokrat zavrge tudi to pobudo.

Zaradi pomanjkanja prostora žal ne morem opisati mehanizma, da sem se pa končno vendarle odločil poskusiti ter knjigo predstaviti takole:

Na prvi pogled gre za kriminalko. Moj izvod tega romana je žepnica in ker sem jo doslej prebral že večkrat, sem jo tokrat predelal hitro, samo v dveh večerih. In dojel, da bo predstavitev knjige težavna. Namreč, nujno moram povzetek zgodbe povedati dovolj *zastrto*, tako da bo za bralca – tako si pač domišljam v svoji naivnosti – predstavitev hkrati pobuda za branje romana.

Zgodba je v bistvu opis intelektualnega dvoboja med pustolovcem Gastmannom in kriminalnim komisarjem (kriminalistom) Bärlachom.

Dvoboj se je začel okoli leta 1925 v Turčiji. Mladega kriminalista Bärlacha je – kot začasno strokovno pomoč turški policiji – švicarska vlada poslala v Carigrad. Tu je srečal rojaka Gastmanna. Ko sta se nekega večera oba dodobra napila, sta sklenila stavo, ki je trezna zagotovo ne bi. Gastmann je stavil, da bo postal kriminalec ter zločine delal tako, da jih Bärlach nikoli ne bo zmožal (znal) dokazati. Ali z drugo besedo:

Bärlachova skoraj filistrska poštenost je za Gastmanna postala skušnjava, da se je odločil skušati jo. Bärlach je stavo sprejel, ker je bil prepričan, da je za človeško bitje nemogoče takšno stavo izvesti do kraja. In brž potem je Gastmann vpričo Bärlacha nekega človeka umoril tako, da Bärlach tega pred sodiščem ni zmožal (znal) dokazati...

V času, ko se zgodba v jeseni 1948 napne do vrhunca, je Gastmann v Švici zelo bogat in ugleden poslovnež. Bärlach pa, zdaj že star (zato včasih z vzdevkom *Stari*) in hudo bolan(?), je medtem svojega mladega sodelavca Schmieda vzgojil v izvrstnega kriminalista in skupaj sta začela spletati mrežo okoli Gastmanna. A takoj potem, ko je bila dokumentacija o njegovih zločinih zbrana, so kriminalista Schmieda našli umorjenega v njegovem avtomobilu. In kmalu potem je izginila tudi dokumentacija o Gastmannovih zločinih. Je Gastmann Schmiedov morilec – ali ne?

Posebnost odnosa med Bärlachom in Gastmannom je tudi, da se srečujeta in pogovarjata – praviloma o neuspešnosti kriminalista ter o uspešnosti kriminalca. Dve srečanji sta v romanu opisani in iz drugega sem se odločil prevesti odlomek med njunim zadnjim pogovorom, ko se skupaj vozita v taksiju (str. 123–124):

»Najini igri,« je končno odgovoril (Bärlach, op. pis.), »se ne moreva odpovedati. Tisto noč v Turčiji si postal krivec, ker si ti, Gastmann, ponudil stavo ter jaz, ker sem stavo sprejel.«

Taksi je zavil mimo parlamenta.

»Še vedno verjameš, naj bi Schmieda umoril jaz?« je vprašal tisti na drugi strani.

»V to nisem verjel niti en sam hip,« je odgovoril Stari ter nadaljeval, medtem ko je brezbrizno opazoval tistega na drugi strani, kako si je prižigal pipo:

1. Šele ko sem to predstavitev napisal, sem dognal, da je ta roman v slovenščino prevedel Vital Klabus (1960, zbirka »Kiosk«). Prek zanimivih naključij sem takoj potem en izvod knjige odkril v enem od ljubljanskih antikvariatov (cena: 1 EUR!) in ga tudi že prebral. Zelo dober prevod, zdi se mi pa, da je dramatičnost dogajanja bolje izražena v nemščini kot pa v slovenščini.



»Ni mi uspelo, da bi ti dokazal zločine, ki si jih zagrešil, zdaj ti bom pač dokazal tistega, ki ga nisi zagrešil.«

Gastmann je vprašujoče pogledal komisarja.

»Na to možnost pa še sploh nisem pomislil,« je rekel. »Moral se bom zavarovati.«

Komisar je molčal.

»Morda pa si ti bolj nevaren bratec, kot sem mislil,« je v svojem kotu premišljuječe omenil Gastmann.

Taksi se je ustavil. Prispeli so na železniško postajo.

»To je zadnjič, da se pogovarjam s tabo, Bärlach,« je rekel Gastmann. »Prihodnjič te bom ubil, seveda le, če boš preživel svojo operacijo.«

»Motiš se,« je rekel Bärlach, ko je že stal na jutranjem trgu, star in ko ga je že narahlo zeblo. »Ne boš me ubil. Sem edini, ki te pozna in tako sem tudi edini, ki ti končno lahko sodi. Obsodil sem te, Gastmann, obsodil sem te na smrt. Današnjega dne ne boš več preživel. Rabelj, ki sem ga izbral, bo danes prišel k tebi. Ubil te bo,

zakaj to se bo pač enkrat v Božjem imenu moralo zgoditi.«

Gastmann se je sesul vase in začudeno strmel v Starega, a ta je že vstopil v železniško zgradbo, roke je globoko zakopal v plašč, ne da bi se obrnil, naprej v mračno stavbo, ki se je počasi začenjala polniti z ljudmi.

»Ti norec!« je nenadoma zavpil Gastmann za odhajajočim komisarjem, tako glasno, da so se nekateri mimoidoči obrnili. »Ti norec!« Vendar Bärlacha že ni bilo več videti.

Med razvijanjem dogajanja se izkaže, da je Gastmann pustolovec posebne vrste. Do pojmov *dobro* in *zlo* je nevtralen; enako lahko bi postal ali dobronik, ali zločinec. Za *zlo*, zločin se je odločil zato, da je lahko postal nasprotje *dobremu*, poosebljenem v Bärlachu.

Tehnična plat zgodbe, posebno kriminalistično zaokrožen konec oz. razplet, je po mojem laičnem videnju obdelana vrhunsko. Tako še vedno tuhtam, ali je bil Bärlach res hudo bolan, ali pa je svojo bolezen mojstrsko simuliral.

Sporočilo knjige je nekakšno filozofsko ozadje o nemoči *dobrega* v boju proti *zlu*. *Dobro* namreč nujno deluje po nekih pravilih in racionalno, medtem ko *zlo* praviloma deluje zunaj pravil, docela arbitrarno, iracionalno. Tako se je Bärlach odločil, da bo sam – on sam – postal sodnik. Za svoje nenavadno orodje, za rablja, pa je znal izbrati človeka, ki tudi deluje arbitrarno, zunaj pravil, iracionalno. Ali z drugo besedo: Bärlachu je uspelo zločinca naščuvati proti zločincu. Ne eden ne drugi nista mogla predvideti dogajanja. Še več: ko eden od njiju v spopadu umre, sta obsojena oba. Umorjeni namreč neizpodbitno dokaže, da je preživel – zločinec!

Čeprav se mi ta razlaga zdi zelo privlačna, je sporočilo romana morda tudi različica davnega etičnega vprašanja, ki ga navadno poimenujemo kot *umor tirana*. Da je posameznik etično upravičen tirana umoriti, medtem ko tiran nikoli ne sme umoriti posameznika. Tiran oz. tiranija ni nič drugega kot organizirano *zlo* in zato si je Bärlach smel vzeti pravico Gastmanna obsoditi ter umoriti.

## Skrivnostni malignomi

Mag. Nina Mazi, dr. med., Ljubljana

Malignomi sicer res ne izbirajo žrtev, se pa pogosto pojavljajo pri ljudeh, ki ne sodijo v najbolj ogrožene skupine prebivalstva. Zakaj nekateri ljudje zbolijo, drugi pa ne? Vprašanje, ki si ga znanstveniki zastavljajo že dolgo, a nanj znanost še ni uspela najti objektivno sprejemljivega in verodostojnega odgovora. Raziskovalci pod okriljem The World Cancer Research Fund ugotavljajo, da je četrtnina oz. tretjina vseh rakavih obolenj povezana s prehrano in bi jih bilo mogoče preprečiti, pozdraviti/odpraviti ali vsaj ublažiti s pomočjo prehranskih sprememb. Zanimivo in spodbudno je tudi dejstvo, da onkološka preventiva ne zahteva velikih, revolucionarnih spre-

memb, marveč pogosto zadostujejo že manjši ukrepi, ki ne terjajo veliko napora in odrekovanja. Pomembno je predvsem, da vztrajamo pri izbranih spremembah oz. izboljšavah. Slednje pa v praksi terja predvsem zvrhano mero vztrajnosti, potrpežljivosti, discipline in odločnosti tako pri bolnikih kot tudi pri zdravnikih. Ker naštete vrline mnogi štejejo za preveč naporne, se raje zatekajo k drugim, bolj drastičnim ukrepom, ki bremenijo tako bolnike kot tudi zdravnike.

Viri: Science et Vie, 3/15, Prevention 6/15, www.sciencedaily.com

# Ena diagnoza – dve rešitvi

Dušan Božič, dr. med., ZD dr. Adolfa Drolca Maribor

Zdravniki oftalmologi se pogosto srečujemo tudi s pacienti, ki jim ne moremo več pomagati. Ko jim moramo povedati, da je stanje dokončno, morda se bo celo še kaj poslabšalo, smo žalostni. Zavedamo se lastne nemoči. Takrat smo primorani delovati v prvi vrsti sicer kot zdravniki, a tudi kot psihologi, morda kot dušni pastirji, ali za nekatere celo kot polbogovi.

Pacienti se različno odzovejo na naše »razodetje«. Eni so presenečeni, drugi to pričakujejo, nekateri stvar zanikajo, jo potiskajo v podzavest, drugi se spet odzovejo drugače.

Na tem mestu bi rad prikazal usodo svoje pacientke, sicer pesnice, ki je slepoto dojela v svoji luči in mi kmalu po obisku v ambulanti poslala spodnje pismo.

## **Spoštovani gospod zdravnik!**

*Ena diagnoza – dve rešitvi*

*(Po maminem nareku zapisala hči Helena, učenka 8. razreda osnovne šole)*

*V tistem trenutku, ko sem izvedela za diagnozo, me nista obšli groza in žalost, ampak me je prešinil znan verz velikega pesnika: »Prijazna smrt, predolgo se ne mudi!«*

*Imela sem eno samo željo in prošnjo, naj me Bog čim prej reši, ker nočem preostanek življenja biti breme svoji ljubljeni družini. Že v naslednjem trenutku sem se svojih misli sramovala in prosila: »Saj nisi slišal, saj me ne boš takoj uslišal, saj je moja grešna želja trajala le hipec.«*

*Takoj sem sklenila, da se bom z vsemi močmi borila in da ne bom malodušna. Koliko hudih bolnikov sem v življenju že srečala in kako sem občudovala njihovo vero in voljo! Zdaj bom lahko pokazala, da sem bila vredna njihovega zaupanja, da sem bila dobra učenka. Novih načrtov sem se tako razveselila, da sem se nasmehnila prijaznemu zdravniku, ki je gotovo mislil, da se mi je omračil um. Vzpodbudno me je potrepjal po rami, sedel nasproti mene in mi podrobno razložil, kakšne možnosti še imam v svojem brezupnem položaju. Opisal mi je delovanje Zveze slepih in mi dal izpolnjene obrazce za vpis. Ko sva se se poslovila, sem vedela, da mu lahko resnično zaupam. Neskončno sem mu bila*

*hvaležna, da me je postavil na realna tla, čeprav se je z dokončno diagnozo pričela moja kalvarija. Prej sem potrpežljivo dneve in dneve presedela v kakem kotu in čakala, da bom zaznala prve izboljšave. Od jutra do večera sem razmišljala in se spraševala: »Zakaj?« V nekaterih dneh me je brezdelje tako razdražilo, da sem legla spat že sredi popoldneva. Nič me ni moglo razveseliti.*

*Samo čakala sem in čakala, upala in upala. Zdaj je torej čakanje odpadlo. Zdaj sem natančno izvedela, da mi ostane le upanje, tako kot po hudi operaciji pred letom dni.*

*Takoj sem sestavila načrt za osamosvojitve, za neodvisnost brez pomilovanja in samopomilovanja. To je bilo težko, naporno in počasno delo. Čeprav ločim svetlobo od teme in nejasno vidim predmete, ki so tik pred menoj, sem se prve mesece zaletavela v omare in vrata. Padla sem po stopnicah in imela modrice po celem telesu. Porezala sem si prste, razbila nič koliko kozarcev, krožnikov in skledic. Preizkušala sem s tipom vroče ploščice in pečice. Zlagala sem različne pare nogavic in oprala sveže perilo. Ko se je v popoldanskih urah zbrala družina, sem po prestanih nesrečah mirno sedela v jedilnem kotu in poslušala radio. Upala sem, da ne bodo takoj opazili škode, ki sem jo naredila. Skrbno so posesali raztreseno sol in sladkor in odstranili s tal preostale črepinje. Niso bili hudi. Potrpežljivo so mi obvezali opeklino in vreznine in se z zaprtimi očmi skušali uživati v moje stanje. Dovtipno so me razveseljevali in mi dokazovali, da sem lahko celo srečna, ker zdaj ne moram srečati pajka, ki se ga bojim, ker ne vidim umazanih šip in me ne moti zmečkano perilo. Prinašali so mi kasete in dišeče rože. Poklepetali so z mano in nato hiteli opraviti obveznosti, ki so jih zaradi mene zanemarili. Jaz pa sem med tem časom v svoj spomin natančno spravila napake, ki sem jih storila, in jih nato večkrat ponovila, da bi se jim naslednjič lahko izognila:*

1. sedem stopnic do izhoda,
2. dva koraka do vrat,
3. levo sladkor, desno sol,
4. peti predal od zgoraj itd., itd.

*Navadila sem se drobnih gospodinjski opravil, za katera sem sicer porabila ogromno časa, a iz dneva v dan sem imela pri delu več*

veselja. Zнала sem skuhati kavo, oprati kozarec, izklopiti bojler, telefonirati, vklopiti pralni stroj, zložiti posodo, obrisati tla. Skrbela sem za svojo higieno, si sama oprala glavo. Počasi sem našla vsako stvar, ki sem jo potrebovala. Naučila sem se toliko drobnih opravil, za katera sem bila prepričana, da jih nikoli več ne bom zmogla sama. Kot majhen otrok sem čakala na pohvalo, kadar mi je uspelo kaj novega. Srečna sem bila ob malenkostih, ki se vsakomur zdijo nepomembne, zame pa so bile ži-

vljenjsko pomembne. Zanimala sem se za dnevne novice in nisem hotela ostati ob strani, kadar se je odločalo kaj pomembnega. Tako sem se izvlekla iz obrobnosti in brezizhodnosti. Sedaj sem skoraj samostojna, predvsem pa srečna. Znam se smejati. Znam poslušati in govoriti. Verujem v prihodnost. V samotnih urah pa se spomnim nanj, ki sem ga nekoč prosila, naj me reši. In glejte: »Saj me je vendar uslišal ...«

Maj 1996 Vaša pacientka Jelka

Pismo me je presunilo, a mi istočasno dalo vedeti, da naše delo le ni tako nepomembno, tudi kadar smo izčrpali svoje znanje. S tem prispevkom bi rad pacientom s podobno usodo dal upanje in pogum, da stvari le niso tako brezizhodne in da si lahko sami veliko, morda največ pomagajo ter napravijo življenje znosno, celo prijetno, kljub veliki prizadetosti vidnih funkcij.

Gospa Jelka je umrla julija 2006.

## Nepal po potresu. Ljubezen in sočutje na recept?

Prim. Jasna Čuk Rupnik, dr. med., Ljubljana  
[cukovi@gmail.com](mailto:cukovi@gmail.com)

*Trpljenje ljudi je zagotovo tema, ki zdravnike zanima in vodi v akcijo. Da pa bi se odzvali tako, kot se je kolegica Anda, se zgodi zelo, zelo redko. Zato iskrene čestitke za pogum, znanje, človečnost in še za vrsto drugih vrlin, ki so se skozi njeno pripoved v Zdravniški zbornici Slovenije 17. septembra 2015 vedno bolj dotikale naših src. Občudovanje in iskrena hvala.*

Prvi potres zahodno od Katmanduja, drugi pa vzhodno (letos 25. aprila in 12. maja) sta bila motivacija za zagotovitev pomoči v državi Nepal. »Zaradi tistih skromnih in preprostih ljudi bolj kot zaradi lepih hribov,« je menila Anda Perdan, zdravnica, specialistka splošne medicine iz Stražišča pri Kranju. V zadnjih letih so tudi v Nepal gradili stolpnice. A ne protipotresno. Žal. Zrušilo se je tudi mnogo templjev, kar je delovalo tudi kot kulturna katastrofa. Številni ljudje so ostali brez strehe, ekonomska škoda je bila ogromna, ob tem pa so utrpeli tudi socialno in psihološko škodo. Realnost kot učna ura vsem, da je »pomembno samo življenje, ne pa napuh«, kot je rekel eden od domačinov.

Hindujci v Nepal, ki je ena najrevnejših držav sveta, živijo zelo složno in v sožitju z budisti in tudi s kristjani ter muslimani, katerih sicer ni veliko. Kolegica Anda je svoje prostovoljno delo ponudila že kar 25. maja. Tuje ekipe so naredile mnogo že v prvih dneh po potresu in pomoč je bila dobro organizirana. Zaradi političnih manipulacij s strani Kitajske in Indije je vlada nekoliko z zamudo



Razkošje bivanja: v ospredju Andin »hotel«, v dolgem improviziranem šotoru ob cesti je bil dom bolniškega osebja, v sosednjem, modrem šotoru pa sta prebivali mlada in stara družina – skupaj sedem oseb vključno z dojenčkom.



*Nekaj metrov od »hotela« je bil »nakupovalni center«, kjer je bilo moč dobiti skoraj vse.*

omogočala dostop do vode. Tistim zdravnikom, ki so vajeni delati v redko poseljenih hribovitih predelih, je bilo kmalu jasno, da potrebujejo majhne in zelo mobilne skupine strokovnjakov, ki pa jih je država uspela zagotoviti šele v začetku julija. Bilo je okrog 9.800 smrtnih žrtev in 23.000 poškodovanih. V marsikateri predel je bilo težko ali nemogoče priti. Kolegica je v le nekaj dneh pred odhodom od prijateljev in znancev zbrala kar zajetno vsoto denarja, s katero je v Nepal kupila s pomočjo domačinov šolske potrebščine za učence sirote neke šole, in to kar v najbližji »z vsem« založeni trgovini. Del denarja je

šel za hrano (riž, leča), filtre za pitno vodo, za manjšo skupino slepih otrok in za »šivalni material« v prevezovalnici. Delala je kot prostovoljka v zasebni bolnišnici v Charikotu 6 ur vožnje vzhodno od Katmanduja ter nekaj dni v veliki poljski bolnišnici 3,5 ure zahodno od Katmanduja. V slednji so delali indijski zdravniki. V šotorih so pregledali do 180 pacientov dnevno. Na razpolago so imeli odličen material, od katerega pa v tistih razmerah marsičesa sploh niso rabili. Zato je pozivala dobrotnike, naj predvidijo, kaj na nekem kriznem žarišču zdravstveni delavci v resnici potrebujejo in koliko.

Nepalcem pomemben zaslužek predstavlja delo šerp in država veliko zasluži z odpravami. Je pa kolegica lahko kmalu ugotovila, da igra denar pomembno vlogo tudi v »dobrodelnosti«. Splošni zdravnik iz Katmanduja, sicer gospod s solidnim strokovnim znanjem, je npr. odredil infuzijo pri običajnem zvinu gležnja, ob tem še laboratorijski pregled krvi ali urina in ... to ni bilo rezultat strokovnih smernic, ampak je šlo zgolj za storitve, ki jih pacienti neposredno plačujejo. Občasno pa je naletela tudi na v praksi povsem zanemarjene in spregledane vidike asepse, ki bi jo bilo z ustrežno pozornostjo kljub težkim razmeram možno vseeno zagotoviti.

Policija pa je pomagala na še bolj nenavaden način. S potovanjem lokalnega policijskega orkestra v projektu »Glasba zdravi« so od vasi do vasi prinašali ples in skeče ter tako poskrbeli za zdravje in boljše počutje prizadetih ljudi. Pa še odgovor na to, zakaj so se ob njenem imenu nekateri domačini muzali: »anda« v jeziku lokalnega prebivalstva pomeni jajce. V sanskrtu pa menda pomeni »sveta«, njen priimek pa »vodja vasi«. To pa je naša kolegica, ki nam je svoje delo odlično predstavila tudi z lastnimi posnetki, za mnoge domačine precej verjetno tudi bila.

## Prerisati iz glave – 10. jubilejna razstava Irene Kavšek

Mojca Černe, Ljubljana

*Sredin jesenski večer, 25. novembra 2015, ki ga je že davno porbarvala tema, je bil kot nalašč za odprtje 10. jubilejne razstave Irene Kavšek v lepih prostorih Zdravniške zbornice Slovenije. Če pa je to razstava naše drage prijateljice, Irene Kavšek, potem smo z gotovostjo vedeli, da se bo tema umaknila zlatim barvam toplote, sonca in spokojnosti.*

Na otvoritveni slovesnosti, ki sem jo tudi vodila, sem v nagovoru povedala:

»Irena, to je že tvoja deseta razstava. Imam to srečo, in predvsem čast, da sem vodila prvo in še katero vmes ter današnjo, jubilejno, deseto otvoritveno slovesnost. Poglejmo, kakšna je razlika med



prvo in današnje razstavo. Govorila bom o razliki, kot jo vidim jaz, vi dragi obiskovalci pa malo pobrskajte po spominu in pustite prosto pot domišljiji.

Opazila sem še eno bistveno razliko. Takrat ob prvi razstavi je Irena stala v moji bližini vsa tresočea se in bleda. Danes si veliko bolj samozavestna in pogumna. Pa saj si

Takrat, ob prvi razstavi smo vsi strmeli v dela, ki so nas očarala in navdušila.

»Klimt po moje«, je rekla Irena. Ja, res je, Klimt po Irenino. Vaja dela mojstra in Irenina roka je očitno postala bolj sproščena in predvsem bolj veščea. Domišljija je šla svojo pot in dela, katera vidimo danes, so vse bolj Irenina. Barve so tiste, ki govorijo, nas vabijo in očarajo. Irena, bravo, res si napredovala.

lahko, delo opravljaš odlično, stopaš po svoji poti in veš, kaj hočeš. In kako to dosežeš? Mislim, da vem, kje je skrivnost!

Če se za pot, kakršno je izbrala Irena, odločiš v zrelih letih, potem enostavno ustvariš tisto, kar imaš v glavi. Preprosto prerišeš iz glave, in tega se do zrelih let nabere veliko. Zato so vsa Irenina dela zrela in popolnoma samosvoja.

Dragi obiskovalci, dovolite, da se za gostoljubje zahvalimo Zdravniški zbornici Slovenije in Nadi Puharič, dr. dent. med., ki je duša teh prelepih umetniških dogodkov, ter odlični sopranistki Valeriji Šoster in pianistki Aleksandri Naumovski Potisk, ki sta nam z glasbo polepšali z barvami obarvan večer.

Hvala Irena, ker si nas povabila, in hvala, ker si!«

Razstavo na Zdravniški zbornici Slovenije, Dunajska 162, ki bo odprta do sredine februarja 2016, si lahko ogledate vsak dan, razen ob sobotah, nedeljah in praznikih. Razstavljenaa slikarska dela in dela, ki jih ima slikarka v svojem ateljeju čez cesto, lahko tudi kupite.

*Foto: Janez Platiše*

## Nevarne laži

Mag. Nina Mazi, dr. med., Ljubljana

Bolniki oz. uporabniki zdravstvenih storitev si skušajo pridobiti ugled oz. ohraniti brezhibno podobo tudi s potvarjanjem resnice. Izsledki poglobljene raziskave na več tisoč prostovoljcih v Veliki Britaniji so potrdili, da bolniki in njihovi najbližji pogosto lažejo zdravniku oz. v stikih z izbranim zdravnikom in njegovimi ožjimi sodelavci. Britanska raziskava je pokazala, da se kar 77 odstotkov zdravnikov zaveda, da bolniki niso iskreni, ampak da se radi zatekajo k potvarjanju resnice oz. k izmišljotinam. Slaba tretjina pa se jih zaveda, da pacienti zdravniku prikrivajo resnico – bodisi pretiravajo bodisi banalizirajo. Ker sta odkrito sodelovanje in zanesljiv odnos temelja

uspešne preventive, kurative in rehabilitacije, lahko že majhne, na videz nepomembne, t.i. bele laži predstavljajo pomembno oviro med zdravnikom in bolnikom. Zdravniki lahko upoštevajo, zdravijo in blažijo ter spodbujajo in krepijo le tisto, kar jim je znano. Skritih zadev pa ne znajo in ne morejo obravnavati. Podobno kot bolniki pa tudi zdravniki ne morejo, nočejo ali ne znajo vedno govoriti resnice. Pričujoče dejstvo pa bolnikom lahko škodi ali pa tudi koristi oz. na potek zdravljenja pogosto sploh (odločilno) ne vpliva.

Viri: Psychology Today, www.bbc.com, 6/15, Scientific American 6/15

# Na cerkvenem zvoniku v Ljutomeru je zaplapolala slovenska zastava že leta 1848

Prim. prof. dr. Elko Borko, dr. med., v. svet., MHS SZD  
elko.borko@guest.arnes.si

*Zdravniško društvo Maribor je z Medikohistorično sekcijo SZD in Znanstvenim društvom za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije – Maribor 30. oktobra pripravilo strokovni izlet v Ljutomer. Namen tega strokovnega srečanja je bil spoznati Ljutomer kot središče vzhodnega dela naše Štajerske in prestolnico Prlekije ter se seznaniti z njegovo zgodovino, dosedanjim razvojem kraja in okolice, pogoji, v katerih delajo zdravstveni delavci, in seveda tudi z drugimi turističnimi znamenitostmi in bogastvom kraja, ki že od nekdaj slovi po pridelavi odlične vinske kapljice.*

Po prihodu v Ljutomer smo se sprehodili preko obnovljenega Glavnega trga do ljutomerskega muzeja. Obnovljene fasade hiš in na novo urejen trg, ki ga na sredi krasi spomenik, postavljen kot zahvala ob koncu epidemije kuge, spominja na podobna mesta, ki smo jih včasih občudovali v sosednji Avstriji. Soglasno smo ugotovili, da se je zunanja podoba Ljutomera v času od osamosvojitve do danes spremenila. Danes je mesto lepše, urejeno ter kaže na višjo življenjsko raven prebivalcev in učinkovito občinsko vodstvo.

V ljutomerskem muzeju nas je pričakal vodja muzeja g. Tone Rataznojnik, ki nas je seznanil z zgodovino in značilnostmi kraja ter predstavil delo v muzeju. Del muzeja je namenjen dr. Karolu Grossmanu, ki je posnel prve tri kratke slovenske dokumentarne filme. Predstavil nam je tega izjemnega moža, ki je bil kljub nemškemu priimku zaveden Slovenec, in nam predvajal njegove kratke filme, ki smo jih nekateri videli prvič.

Sledilo je predavanje Stanke Kranjc Simoneti o življenju in delu Božene Grossman, ki ga je zaradi avtoričine bolezni in njene odsotnosti predstavil Elko Borko. Božena

Grossman je bila hčerka Karola Grossmana, ki jo je oče ovekovečil v svojem filmu »Na domačem vrtu«, še bolj pa je poznana kot partizanska zdravnica dr. Vida in ustanoviteljica mariborskega otroškega oddelka.

Po ogledu drugih prostorov muzeja, zlasti dela, ki nas pouči o zgodovini slovenskih taborov, smo zadovoljni odšli proti ljutomerski cerkvi. Pričakal nas je dekan Andrej Zrim in nam kar obširno predstavil

zgodovino cerkve ter sedanje stanje katoliške skupnosti, ki vlaga velike napore v svojo karitativno dejavnost. Z zanimanjem smo si ogledali prostore dekanije, ki so namenjeni vzgojni, pastoralni in človekoljubni dejavnosti. Tu so nas seveda pogostili s svežim pecivom, ki so ga ta dan pripravili za razdeljevanje, in z vinom. Postregli so nam tudi s posebnim okusnim rdečim vinom iz trte, ki raste na štajerski brajdi (brajdovšnico) in ki ga na svojem goričkem posestvu prideluje in neguje gospod Andrej Zrim. Seznanili smo se tudi z dogodki v letu 1848, ko je na cerkvenem zvoniku prvič zaplapolala slovenska zastava.

Takoj po marčni revoluciji leta 1848, že aprila 1848, je Lovro Toman v današnji Wolfovi ulici sredi Ljubljane prvič razvil slovensko zastavo. Uporaba tega simbola se je kmalu razširila tudi po drugih deželah takratne habsburške monarhije. Pri širjenju slovenske narodne zavesti, tudi na Štajerskem, so bili dejavni predvsem mladi ljudje, ki so svojo



Udeleženci med sprehodom po Glavnem trgu v Ljutomeru.



V Ljutomerskem muzeju.



Sprejem pred ZD Ljutomer.

narodno usmerjenost izražali s tem, da so lahko pozdravili ali počastili vsakega zavednega narodnega moža. V to skupino je sodil dr. Matija Prelog, znani zdravnik in rodoljub, ki se je že leta 1842 naselil v Ljutomeru, ki je imel v tistem času okoli 800 prebivalcev in 119 hišnih števil, in so ga poznali kot tesnega prijatelja pesnika Stanka Vraza.

Dr. Matija Prelog si je v Ljutomeru pridobil sloves rodoljuba in uspešnega zdravnika, med svojim delom pa je naletel na nasprotovanje ponemčenega kirurga – ranocelnika Antona Rossitscha, ki mu je nasprotoval in

nagajal, saj se je kot kirurg, na nižji stopnji zdravstvene lestvice, počutil ogroženega.

Še bolj pa je njuno medsebojno sodelovanje ovirala narodnostna opredelitev ter zavist Rossitscha, ki je bil močno nemško usmerjen, ker je dr. Matija Prelog uspešno deloval tudi kot politik na slovenskem političnem področju. Na odkrit spopad med obema sokrajanoma in zdravstvenima delavcema ni bilo treba dolgo čakati.

28. avgusta 1848 se je zbralo na Jureševi primiciji (prvi maši po duhovniškem posvečenju) v Križevcih pri Ljutomeru nekaj slovenske dijaške mladine, ki je začutila potrebo, da se, podobno kot po drugih slovenskih krajih, pokloni temu takrat najbolj narodno zavednemu Ljutomerčanu. S slovensko zastavo se je skupina dijakov odpravila preko Kamenščaka v Ljutomer, na trg pred hišo, v kateri je stanoval dr. Matija Prelog. Dr. Matija Prelog, ki ga je obisk presenetil pri kosilu, je stopil do okna s kozarcem v roki, se zahvalil obiskovalcem in pri tem rekel: »Na zdravje vsih vernih Slovincov«. Zbrani dijaki so

mu v zahvalo odgovorili s trikratnim »Živili«.

V tem trenutku je iz prej praznih hiš na Glavnem trgu planila, verjetno na pobudo kirurga Rossitscha, divja truma razgretih in oboroženih nemškutarskih prebivalcev in njihovih hlapcev ter z vzkliki »Eseln hinaus. Totschlagen die Hund!« pretepla slovenske dijake in jih razgnala. Slovensko zastavo so v besu raztrgali, medtem pa si je dr. Matija Prelog rešil življenje s skokom iz prvega nadstropja in pobegnil v bližnji Veržej. Leto pozneje se je preselil v Maribor, kjer je deloval vse do svoje smrti 27. 1. 1872.

Na napad in pretep slovenskih dijakov, večinoma bogoslovcev, se je kmalu odzvala slovenska večina v Ljutomerski okolici. Po Emanu



Dr. Matija Prelog.

Pertlu<sup>1</sup>, ki je črpal gradivo pri Viktorju Vrbnjaku, se je »okrog tisoč slovenskih kmetov odpravilo v Ljutomer in zahtevalo od nemških in nemškutarskih tržanov, da se opravičijo zaradi surovega ravnanja s slovenskimi dijaki. Ko so to dosegli, so sneli s cerkvenega stolpa nemško zastavo, jo razcefrali v cunjice in vzradoščeni ter s klici »živili vsi Slovenci« izobesili slovensko zastavo.«<sup>2</sup> Ko so Ljutomer zapustili razjarjeni in z razpletom zadovoljni sloven-

1. Pertl E. Slovenski zdravniki in leto 1848. Naša bolnišnica. L 10: 1985; št. 5. 12–15

2. Vrbnjak V.: Prvi slovenski tabor v Ljutomeru. V: Vrbnjak V Svet med Muro in Dravo. Ob stoletnici prvega tabora v Ljutomeru: Maribor: Založba Obzorja 1968: str. 388.

ski kmetje, so slovensko trobojnico sicer odstranili s cerkvenega zvonika, Ljutomer pa se je vpisal v zgodovino kot prvi kraj v Sloveniji, ki se lahko pohvali, da je videl plapolati slovensko zastavo s svojega cerkvenega zvonika.

Pot nas je vodila proti Zdravstvenemu domu Ljutomer, kjer nas je pričakala v.d. ravnateljice Suzana Makoter, dr. med., s svojimi sodelavci. Razkazala nam je prostore, v katerih deluje ta ustanova, in nekatere novejšje dele izredno lepe stavbe zdravstvenega doma. V manjši konferenčni sobi so njeni sodelavci pripravili predavanje o pestri zgodovini njihove ustanove in nas seznanili z delom in uspehi kolektiva. Zelo so nas zanimale tudi njihove izkušnje pri delu in soočanju z begunsko krizo na

bližnji meji. Naša članica Renata Završnik Mihič, dr. med., pa je nato predstavila svoj prispevek o najpomembnejših zdravnikih, ki so delovali v Ljutomeru, in med njimi izpostavila dr. Matijo Preloga. Med pogostitvijo z znanimi in okusnimi prleškimi mesnimi dobrotami ter ob pokušanju izbranih ljutomerskih vin smo imeli čas in priložnost za dogovore o možnostih sodelovanja in sklepanje prijateljskih odnosov s kolegi, ki delujejo na primarni ravni in kar daleč od bolnišnic v Ptuj, Mariboru in Murski Soboti.

Obisk v Zdravstvenem domu Ljutomer se je ob dobrosrčnih gostiteljih še podaljšal, zato smo ogled svetovno znanega hipodroma in njihovega pred kratkim odprtega muzeja nekoliko skrajšali. Kljub temu

smo muzej zapustili zadovoljni, saj smo se seznanili z lepoto in lastnostmi ljutomerskega kasača, izjemne konjske pasme.

Ves čas nas je spremljalo lepo jesensko sončno vreme, tako da smo uživali med vožnjo in opazovanjem okolice in krajev, mimo katerih smo se peljali od Ljutomera do Gornje Radgone in nato po dolini Ščavnice do kmečkega turizma Roškar. Tu so nam pripravili okusno kmečko večerjo, ki smo jo zalili z domačim vinom iz radgonskih gorc.

V Maribor smo se vrnili pozno zvečer, za predvidenim časom, vendar zadovoljni, saj je bil naš strokovni izlet poln novih spoznanj in prijetnih dogodkov.

## Jasmin

Andrej Rant,  
dr. dent. med., Ljubljana  
[andrej.rant@yahoo.com](mailto:andrej.rant@yahoo.com)

Minilo že petdeset je zim,  
kar sva vsaksebi šla;  
nekje v duši še skriva se spomin  
na čas, ko mlada sva bila ...

Rad bi te srečal spet; želim,  
da spet začul bi tvoj zvoneči glas,  
da bi kot nekdanj se še enkrat poljubila;  
da bi objel tvoj vitki stas!

Ne vem, kaj ti je še zmrzal pustila,  
ne vem, kaj vzela je plaz minulih zim;  
meni lase je slana pobelila ...  
Kako naj s časom se borim?

Mladost v uveli cvet je omahnila,  
tako ali tako – preteklost je minila;  
a lipe še dehtijo, še diši jasmin;  
v duši zacvetel je tvoj spomin!

## Neodposlano pismo

Miroslava Cajnkar Kac, dr. med., Mc Kac dispanzer za  
otroke in mladostnike, d. o. o., Slovenj Gradec  
[Miroslava.kac@gmail.com](mailto:Miroslava.kac@gmail.com)

Hodiva. Počasi. Zelo počasi.  
Pravzaprav bolj drobiva korake. Za  
pot na grad, ki jo mladost premaga v  
nekaj minutah, bova porabila cele  
ure. Tako vsak dan, vsako popoldne,  
ko se vrnem s predavanj. Vztrajaš,  
ne verjameš, da tvoje koronarke ne  
zmorejo več. Podkupuješ jih s tablet-  
ko nitroglicerina, pa še z eno in še z  
eno ... kakor da jim natresaš bon-  
bončke. Pa nočejo, ne sodelujejo ...  
preveč jih stiska. Ne razumem, zakaj  
jim ne daš priložnosti in jih rešiš z  
operacijo, ki je v tem času res še bolj  
redkost in jo ponudijo le izbrancem  
... in ti si eden teh ... a poseg odločno  
odklanjaš.

Ustavljava se vsakih nekaj metrov,  
z različnimi izgovori. Da mi poveš kaj  
res pomembnega, da mi opišeš celo  
preteklost kake znamenitosti v naši  
beli prestolnici ... v resnici pa le  
nabiraš in kradeš kratke trenutke, da

si oddahneš. Spet se zagrizeva v pot,  
srečujeva tvoje znance, profesorje,  
gledališčnike, pisatelje, politike ...  
spoznavam toliko pomembnih ljudi.  
Ti kar zažariš v ponosu: »To je moja  
nečakinja, študentka ...« Zelo si  
ponosen, da sem se vpisala na medi-  
cino, čeprav vem, da v svojem srcu še  
gojiš drugačne sanje in načrte o moji  
prihodnosti, saj sem bila vendar  
vedno tvoj najljubši knjižni moljček.  
Vem, da si želiš, da bi se učila tujih  
jezikov, ki so tebi tako domači, celo  
latinščine in grščine ... vem, da si  
želiš, da se spopadem s svetovno in  
domačo literaturo ... da postanem tak  
široko razgledan mlad človek, ki ti bo  
v ponos ...

Jaz pa si v tem trenutku želim  
predvsem, da bi bila čim bolj podobna  
svojim kolegom, ki so se že krepko  
zagrizli v obsežno vsebino anatomije,  
biologije, kemije ... pa da bi se lahko





*Stanbo Cajubar*

učila vsaj ob večerih, ko me dobrohotno pošiljaš spat, kot da sem še vedno majhen otrok ... čisto droben črvček dvoma se budi v meni ... bom zmogla vse te naloge in vloge?

Mogoče pa se le ne zavedam, da sem zate edina vez z mladostjo, življenjem, upanjem ...

Ja, некоč ... dolgo nazaj, ko si bil mlajši, na vrhuncu svojih ustvarjalnih moči. Profesor teologije, leta in leta dekan Teološke fakultete v najtežjih časih povojnih političnih sprememb ... pisatelj, zvezni poslanec, pogajalec za odnose med Cerkvijo in državo SFRJ ...

To so bila zame leta najlepših poletnih počitnic, ko si prihajal v svojo ljubljeno rojstno vasico, kjer smo cela poletja preživljali tudi moja starejša sestra, brat in jaz.

V povesti Križnarjevi si vasici dal ime Hrastje in jo čudovito opisal. Tam je minevalo tvoje zgodnje, ubožno otroštvo, v družini z enajstimi otroki. A ti si iz teh let vzel s seboj v svet samo dobro; očetovo vztrajno iskanje

znanja iz knjig in popolno predanost delu ter materino prizadevanje za srčno dobroto in poštenje. Oba skupaj pa sta ti bila svetel zglede zaupanja v Božjo pomoč.

Rad si se vračal, kot da si med temi preprostimi kmečkimi ljudmi iskal zavetje pred vrvežem velikih mest in vedno našel navdihe za poglobljanje v svoje teološke študije in pisanje literarnih stvaritev.

Tvoja soba me je privlačevala z neznansko silo. Police so trudoma nosile brezštevne knjige, mogočna pisalna miza se je bahavo namestila v sredo sobe ... kadar nisi pisal, si bral v naslanjaču. Meni, še niti ne šolarki, se je zdel kakor prestol. Še najbolj skromna je bila postelja, čisto »francjožefovska« ... mar se zdi človeku kmečkih korenin počitek pod častjo?

Do te sobe si se moral povzpeti po strmih lesenih stopnicah, vsaj meni otroku so se zdele take. Še danes živo začutim tisti strah in negotovost, ali bom zmogla. A želja je bila močnejša in šele veliko pozneje sem spoznala, da so bile te stopnice pravzaprav nekakšna prisposoda tvoje in poznejše moje življenjske poti, prizadevanje za doseganje ciljev in premagovanje ovir, ki jih ni bilo malo.

Kot da si me pričakoval, si odprl vrata, tudi če sem potrkala komaj slišno. Da sem se prišla pogovarjat, sem menda običajno opravičila namen svojega obiska. Ti si to zelo zelo zares, čeprav bi si sedaj upala zatrditi, da je kotičke tvojih ustnic sililo v nasmeh. Razkazal si mi mizo in vse, kar si takrat pisal. Tvoje nalivno pero Pelikan še danes skrbno varujem kot enega najdražjih spominov na tebe. Potem sva pregledovala knjige. Z neskončno ljubeznijo si jih jemal s polic, mi prebiral naslove, pa tudi kaj iz vsebine, če si presodil, da je že primerno za mojo mlado dušo. Sedela sem v tistem častitljivem naslanjaču in te poslušala ... poslušala ... tudi po cele ure.

Premajhna sem bila, da bi se spomnila, kaj vse si mi pripovedoval. A sem prepričana, da si že takrat položil v moje otroško srce prvo ljubezen

do knjig. Da si mi govoril o velikem svetu, o soncu in zvezdah, o neizmer- nih razdaljah in neskončnih obzorjih ... kakor pred leti tebi tvoj preprosti, pa vendar izjemno razgledan oče. Verjamem, da si mi prav ti povedal, da se v življenju ne smem ničesar bati, niti trpljenja ne, saj se brez njega ne da doseči nič velikega ... Pa da je človeško srce brez ljubezni in dobrote hudo ubogo ... kot je tebi s svojim življenjem te velike resnice podarjala tvoja skromna mati.

Dolga leta so minila. Spet se vzpenjam na grad našega glavnega mesta. Tudi moj korak ni več tako hiter kot takrat.

Spomin se vrne, oživi, zatrepetaja, zaboli ...

Šele danes te bolje razumem ... tudi za menoj je že kar velik del življenja.

Šele danes vem, zakaj si odklonil operacijo ... vedno si bil malce nezau- pljiv do medicinske znanosti ... in smrti se nisi bal. Kot teolog si vedel in kot velik Človek verjel, da se življenje tukaj konča le zato, da se rodi v večnost.

Šele danes so mi blizu tvoje sanje ... sanje o »mali pisateljici«. Ta dolg še nosim v svojem srcu. Trdno si verjel, da zmorem.

Vrnila se bom v tvoje sanje, tvoje spomine, tvoje življenje ... Obljubim! Toliko vsega ti moram še povedati.

Čeprav vem, da ves čas bdiš nad menoj in da si ponosen name, si tolikokrat želim, da bi bil blizu ... kako drugače bi se pogovarjala sedaj ...

Hvala, ker si mi predal svojo ljubezen do knjig in vsega lepega ... pa da si utrdil v meni veliko resnico, da sta ljubezen in odpuščanje najmočnejši sili sveta.

Zelo, zelo te pogrešam in te imam rada.

Tvoja Kristina

## Trikotnik

Odlomek iz nove knjige »Plastnice«

Matjaž Lesjak, dr. med., Zasebna zdravstvena ordinacija

Metka Marković, dr. med., Slovenj Gradec

[matjaz.lesjak@amis.net](mailto:matjaz.lesjak@amis.net)

– Gospod Cedilnik, ste še tukaj?

Doktor Vizjak se je odkašljaj in potrpežljivo počakal, da se je pacient vrnil iz svojih spominov. Nastala je tišina, polna zadrege in neizgovorljivih čustev.

– Morda bi lahko razmišljali na glas, je predlagal zdravnik. Mirno je čakal, čutil je, da se v gospodu Cedilniku počasi dviguje nivo besed, kot bi se nabirala voda v sodu, in ko bo dosegla ustni rob, bo nekaj priteklo na plano. Prekrižal je nogi in zaprl oči. Izkoristil je pavzo za nekakšen počitek znotraj sebe, le eno uho je pustil na preži.

– Od takrat naprej nisem bil več isti človek, je končno nerodno sestavil besede gospod Stanislav. Kamor sem pogledal, sem videl ta beli trikotnik. Jadrnice na morju, napolitanke, prtiček na mizi, natarkarjev metuljček, rob moške srajce, prometni znak, vedno se je vame zableščalo njeno mednožje in me vabilo, gnalo, metalo iz spanja, trgalo, sekalo.

Obstal je in zahlipal.

– Tako blizu je bila, in vendar tako daleč.

Obstala sta in doktor Vizjak si je moral priznati, da ta nepričakovani pogled pod krilo buhteče deklice tudi njega ne bi pustil hladnega. Oba moška sta zavzdihnila in s tem verjetno podelila isto hrepenenje do ženske lepote, ki je včasih tako blizu, in vendar nedosegljiva, kot bi stala za stekleno steno.

– Ko je bilo dopusta konec ..., je nastavil doktor iztočnico.

– Ja vrnil sem se, služba in dolžnosti so me čakale. Še dobro, da imam podrejene sodelavce, ki opravijo večino dela. Zapiral sem se v arhiv, ker so se mi roke tresle, komaj sem zmogel rešiti nekaj spisov.

– V vaši službi je zaposlenih verjetno veliko žensk, administrativna narava dela, bi rekel ...

Gospod Stanislav ga je pogledal nekoliko jezljivo. Vedel je, kam meri ta zahrbtni zdravnik. Pravzaprav je bil doktor Vizjak njemu malce odbojen. Oblečen je bil v zaflekan in povaljan plašč, naprsni žep je bil porisan od zgrešenih zatikanj kulija. Doktor je bil neustrezno obrbit, šop dlak mu je gledal iz nosu in ušes. Morda je bil že malce senilen in naveličan, včasih se mu je kaj spahnilo iz želodca in je v ustih pomlel in pomlackedal svoje sokove. Brke je imel porumenele in živčno je otipaval pipo in trkal z njo ob pepelnik. Potem pa je spet nenadoma obstal, priprl oči, kot da se odpravlja na kratek dremež.

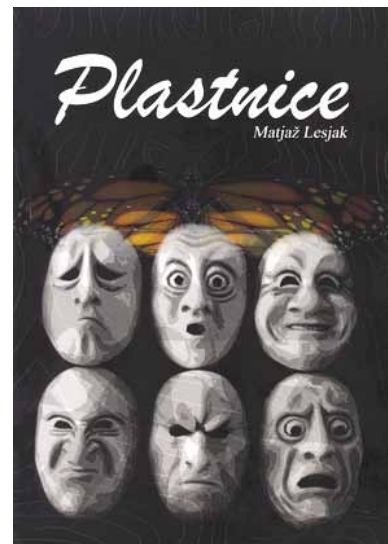
Ženske, tajnice, pisarke, pripravnice, vse so imele isti trikotnik med nogami, ga mlele po hodnikih in križale med nogami. V vsaki je videl sedaj belo napeto opojnost, samo sedaj niso sedeli v vagončku in nobena ruska teta mu ni več pomagala, da bi zmedla žensko pred njim, da bi ta odprla svoj razkorak. Hiral je iz dneva v dan, umikal pogled, se zapiral v sobo, hodil na daljše sprehode, dokler mu ni usoda nastavila pasti, ki ga je spodnesla.

Zavzdihnil je.

– Ja? je nadaljeval doktor Vizjak. Se lahko spomnite, kaj se je dogajalo tisti dan, ko so vas privedli k nam?

Tema, čista tema. Bel trikotnik, snežno bel. Prazen, votel spomin.

Dvigal se je po stopnicah, pravzaprav je bolj vlekel noge in jih pretikal, ko je v višini oči na svojem hodniku zagledal Marico Bikić. Enkrat tedensko je čistila v njihovem bloku. Tla so se svetila v visokem sijaju. Tisti dan je



pometla smeti, polila vodo s čistilom po tleh in se nato s coto zagnala nad umazanijo. Pri zadnjih metrih ob stopnicah je pokleknila na kolena in finalizirala delo z natančnimi in doslednimi potegljaji roke. Ni vedela, da za njo stoji gospod Stanislav, ni videla njegovih krvavih in izbuljenih oči, ki so pod njenim opletajočim krilom zaslutile tako dolgo iskani beli trikotnik. Nekaj jo je sunilo v zadnjico in jo prevrnilo, vpila je na pomoč, odprla so se vrata stanovanj, roke so razdvojile dvojico, glasovi so odmevali po hodnikih, nekdo je rekel: »Policija,« drugi je dodal: »Rešilec,« le gospod Stanislav je rekel: »Trikotnik, trikotnik.«

Prizor, vreden filmskega kadra, je pomislil doktor Vizjak. Na glas je seveda rekel nekaj drugega.

– Niste se mogli ustaviti.

– Trikotnik me je potegnil. Vedno sem se lahko v življenju ustavil, vedno obvladoval, lepo sem načrtoval življenje, v službi sem bil zgled urejenosti in discipline. A ta trikotnik me je premagal.

– Morda vas je tudi odprl?

Doktor Vizjak je dvignil obrvi in si ogledal pacienta. Njegov obraz se je od spodaj navzgor polnil z rdečico.

Doktor je spet potrkal s pipo ob mizo in vzel ščepec tobaka iz zavojčka. Ležerno je položil novo vprašanje pred pacienta.

– Gospod Cedilnik, ali imate ... ste imeli ... kakšno žensko prijateljico?

Gospod Stanislav ga je zariplo pogledal kot šolarček, pri katerem so našli sliko golega dekleta.

– Mislite žensko ... mislite morda na gospo Andrejko Zgonik iz Malgajevе ulice 15, ki dela v skupnih službah osnovne šole, ločena, brez otrok, lastnica enosobnega stanovanja?

Doktor Vizjak je uporabil moč volje, da je ugasnil nasmeh.

– Morda ...

– Gospa Andrejka je pa tako plemenita, častitljiva gospa, lepih manir in uglajenih navad, je spoštljivo dahnil gospod Stanislav in s tem jasno povedal, da jo je do sedaj občudoval bolj od daleč, kot kakšno umetniško skulpturo, ki se je ne smemo dotikati.

Oba sta si v mislih ogledala uglajeno gospo in preudarjala, če vodi do nje kakšna stezica. Doktor Vizjak se je sklonil k pacientu in mu pomignil s

prsti, da je še on približal glavo. Kot da mu mora sporočiti zarotniško novico, je doktor zašepetal naravnost med oči gospoda Stanislava.

– Že mogoče, a stavim, da ima tudi gospa Andrejka beli trikotnik.

Oba sta se posedla nazaj v naslanjača in se dolgo molče gledala s priprtimi očmi.

## Kuba

Ana Anđelković Žmuc, dr.  
dent. med., ZD Jesenice

Letos sva se z možem odločila, da bi obiskala deželo salse in ruma – Kubo. Hotela sva namreč malo drugačno potovanje kot po navadi. V ta namen sva izbrala bolj popotniško agencijo, kjer udobje in poležavanje ob hotelskih bazenih nista na prvem mestu.

Potovanje je bilo dokaj naporno zaradi presedanja in časovne razlike, na kar sva se že pripravila. Značilnost tega potovanja je tudi to, da nismo spali po hotelih, temveč pri domačinih v njihovih hišah. Te hiše se imenujejo



Polja tobaka v Vinalesu.

»Casa particolare« in so večinoma v strogem centru. To ni le prvi stik s kulturo, tradicijo, navadami, ampak

tudi z revščino in skromnostjo. Havana je bila naša prva »postaja«. Arhitektura mesta je osupljiva, a jo je čas uničil, saj skozi vsa ta leta ni bilo skoraj nič prenovljeno. Stavbe razpadajo in ceste so polne lukenj. V Havani je veliko muzejev, ki so posvečeni obdobju revolucije. Mit Che Guevare še zmeraj živi v vsakem Kubancu. Ko ulični pevci zapojejo in zaigrajo na kitari »El comandante Che Guevara«, se jim zarosijo oči. Na ulicah se ves dan pleše, enostavno se rodijo z ritmom za salso.

Po Havani smo pot nadaljevali proti Vinalesu. To je kraška pokrajina severovzhodno od Havane, ki je hkrati najbolj zeleni del Kube. Tudi tu so domačini zelo prijazni, srčni in odprti. Za večerjo vam bodo pripravili jastoga, za katerega bi morali pri nas v



Ulice Havane.



Tovornjak iz leta '52 namesto mestnega avtobusa.



Plaža v Trinidadu.

restavraciji odšteti veliko več. Uživali smo v štiriurnem jahanju po poljih tobaka in videli, s koliko truda nabirajo in sušijo tobak, iz katerega so vrhunske cigare »kubanke«. Potem je razumljivo, zakaj je tudi cena cigare visoka. Delavci, ki na tisti vročini preživljajo dneve in delajo na poljih tobaka, zaslužijo komaj za preživetje. Država jim vzame kar 90 odstotkov pridelka.

Kopanje v kraških jamah je nepozabno doživetje. Globoko v notranjosti jame so naravni bazenčki, do katerih vodijo ozki neosvetljeni kanali. Potovanje smo nadaljevali proti skrajnemu jugovzhodu, do mesta Santiago de Cuba, kar pomeni »srce Kube«. Na ogled mesta smo se namesto s klasičnim avtobusom odpravili s tovornjakom iz leta 1952, kar je dopolnilo doživetje.

Zaradi visokih temperatur so vhodna vrata povsod široko odprta. Tako med sprehodom po mestu lahko vidiš gospo, ki sedi in se hladi s pahljačo, družinsko večerjo, prepir, zabavo ... Večeri so bili seveda namenjeni salsi na trgih ali v t. i. »Casa de la musica« oz. hiši glasbe. Glasba je skoraj vedno v živo, z ogromno pozitivne energije in čudovitega ritma.

Na koncu smo se še za nekaj dni vstavili v Trinidadu in uživali na rajskih karibskih plažah. Dolge peščene plaže, kokosove palme, bela mivka in morje turkizne barve so za konec dali poseben čar.

Potovanje na Kubo vsak doživlja po svoje. Za ene je to dokaz propada komunizma, za druge malo eksotike in sonca sredi januarja ali februarja. Zame je to enkratno potovanje v preteklost, v državo, kjer se je pred 50 leti čas ustavil. Avtomobili, ki sem jih videla samo v kakšnem starem filmu, preproste trgovine z minimalno izbiro. Otroci ne vedo, kaj so iPhone, iPad, Wi-fi, digitalna televizija in veliko drugih stvari, ki so plod razvoja zadnjih 50 let. Vprašanje je, kaj nam je ta razvoj prinesel? Ljudje so tam morda revni, ampak z dvignjeno glavo in resničnim nasmehom na obrazu.

# Ali se bomo bolje odrezali na 37. Svetovnih igrah v Mariboru?

Doc. dr. Armin Alibegović, dr. med., MF Ljubljana, Inštitut za sodno medicino

Kristina Tozon, dr. dent. med., Borovnica

[armin.alibegovic@mf.uni-lj.si](mailto:armin.alibegovic@mf.uni-lj.si)

Svetovne igre za zdravnike in zdravstvene delavce (Medigames) potekajo vsako poletje, že od leta 1978. Do sedaj so bile uspešno izpeljane v različnih državah Evrope, Afrike in Azije. Iger, ki trajajo en teden, se običajno udeleži okoli 2000 ljudi iz več kot štiridesetih držav sveta, ki v zadnjem obdobju tekmujejo v več kot dvajsetih športnih disciplinah. Slovenci smo se iger udeleževali v velikem številu in dosegali zavidljive rezultate, zlasti med letoma 2000 in 2009. Čeprav tudi v zadnjih letih dosegamo odlične

rezultate, je naša udeležba čedalje skromnejša.

Upadanje se je nadaljevalo tudi na 35. igrah, ki so bile od 21. do 28. junija 2014 v avstrijskem Welsu. Na odlično organiziranih tekmah v Zgornji Avstriji smo nastopali v atletiki, badmintonu in strelstvu.

Med našimi tekmovalci v atletiki je Boris Krajačič sodeloval v atletskem peteroboju (tek 100 m, skok v daljino, skok v višino, met krogle, tek 1500 m) in je v svoji starostni skupini osvojil 1. mesto, absolutno pa je postal svetovni prvak v peteroboju ter osvojil

2. mesto v skoku v daljino. Ostali tekmovalci v atletiki so nastopali le na tekaških preizkušnjah v svojih starostnih kategorijah. Kristina Tozon je v krosu (10 km) osvojila 1. mesto, v tekih na 1500 m in 3000 m je osvojila 2. mesto, v polmaratonu (21,1 km) pa 3. mesto. Antun Srimac je tekmoval v krosu in osvojil 2. mesto. Armin Alibegović je stopnjeval formo in je na 5.000 m osvojil 7. mesto, na 1500 m 6. mesto in na krosu 5. mesto.

V badmintonu sta tekmovala Alenka Kotnik in Ervin Strbad, a svojih rezultatov in fotografij nista posredovala.



Boris Krajačič, svetovni prvak v atletskem peteroboju.



Izčrpani, a zadovoljni po zahtevnem krosu (z leve: Antun Srimac, Kristina Tozon, Armin Alibegović).



Četrty mušketir Matjaž Sever (prvi z leve) je dopolnil uspehe izkušenejših strelcev (Vesna Mele, Armin Alibegović, Branko Košir).



Kristina Tozon, naša edina udeleženka na Igrah v Limericku.

## 38. IATROSSKI

Posvetovanje športne medicine in smučarsko tekmovanje zdravnikov

Kranjska Gora, petek, 5. februarja 2016

### 9.30 TEK

(Rateče) 4 km

Kategorije za moške in ženske:

- A – do vključno 49 let starosti
- B – nad 50 let
- C – študenti

### 12.00 VELESLALOM

(smučišče Kranjska Gora, sedežnica Podles)

Kategorije za moške in ženske:

- A – rojeni 1975 in mlajši
- B – 1974–1956
- C – 1955 in starejši
- D – študenti

### 13.00 Drugi tek

### 16.00 Hotel Larix:

Posvetovanje športne medicine

### 17.00 Večerja, razglasitev rezultatov

**Kotizacije:** tek 30 EUR, vsl. 50 EUR, skupaj tek in vsl. 60 EUR, spremljevalci 20 EUR. Študenti polovična kotizacija. **Kotizacijo svojim članom krije Fides.**

**Kotizacijo nakažite na račun:** Zdravniško društvo IATROS, TRR 04750-0001224094

**Prijave:** V prijavi navedite: spol, letnico rojstva, delovno mesto, ustanovo oz. društvo, za katero nastopate.

Prijavi dodajte dokazilo o plačani kotizaciji, študenti pa dokazilo o vpisu.

Prijave pošljite najkasneje do 2. februarja 2016 na e-naslov: melitamakuc@gmail.com

**Informacije:** prim. Franci Koglot, T: 041 775 705

Za ekipo štejejo trije najbolje točkovani moški in dve ženski ali tri najbolje točkovane ženske in dva moška. Enako za študente.

Študenti medicine tekmujejo ekipno med fakultetama Ljubljana : Maribor za pokal univerz.

V disciplini 50 m z malokalibrsko puško leže sta 1. mesto v svojih kategorijah in absolutno osvojila Vesna Mele in Branko Košir. Oba sta zmagala tudi na tekmah z zračno puško na 10 m. Na enaki razdalji 10 m z zračno pištolo je Armin Alibegović osvojil 1. mesto v svoji kategoriji in absolutno, Branko Košir pa je v svoji kategoriji osvojil 3. mesto. Za odličen dosežek na svoji prvi uradni tekmi je poskrbel Matjaž Sever, ki je zmagal v svoji starostni kategoriji.

Letošnje 36. igre so potekale od 18. do 25. julija v Limericku na Irskem. Vse tekme in ostale aktivnosti so potekale na območju znane irske univerze, le nekaj

kilometrov od centra mesta. V študentskih domovih prostranega univerzitetnega kampusa so udeleženci iger tudi prebivali, kar je skupaj z organiziranim spremljevalnim dogajanjem (glasbenimi koncerti, irskimi večeri, učenjem irskega plesa ...) ustvarjalo vtis prave olimpijske skupnosti. Iger so se v večjem številu kot prejšnja leta udeležili tekmovalci iz Južne Amerike, predvsem iz Argentine in Čila, ter iz Severne Afrike (iz Maroka in Alžirije). Edina udeleženka iz Slovenije je bila Kristina Tozon, ki je bila uspešna v tekih na 3000 m, 1500 m, krosu in polmaratonu ter se v vsaki disciplini veselila odličja v svoji kategoriji.

Naslednje leto imamo idealno priložnost, da obrnemo negativni trend naše udeležbe na igrah, ker bodo 37. Svetovne igre za zdravnike in zdravstvene delavce organizirane v Sloveniji, in sicer v Mariboru od 28. maja do 4. junija 2016. Dodatne informacije lahko dobite na [www.medigames.com](http://www.medigames.com). V želji, da bo slovenska udeležba višja, so nam organizatorji ponudili več kot dvakrat ugodnejšo kotizacijo v primerjavi z ostalimi udeleženci, ki bo za nas 100 EUR za neomejeno sodelovanje na tekmah in na mednarodnem simpoziju športne medicine.

## Pot v Življenje

Mag. Miloš Židanik, dr. med., Vaše zdravje, d. o. o., Maribor  
[Milos.Zidanik@vasezdravje.si](mailto:Milos.Zidanik@vasezdravje.si)

V slovenskih klavnicah vsak dan pobijemo 92.882 kokoši. Vsak dan. Tako Statistični urad RS in številke za leto 2014. Število smrti teh nežnih bitij je seveda bistveno višje – ko umirajo zaradi vročine, lakote, žeje in bolezni, kot odpad v živilski industriji – pridelavi mesa in jajc. Teh smo v letu 2011 v Sloveniji pridelali 277 milijonov, večino jih pridelamo v konvencionalnih kletkah. Po približni oceni je tako v industriji jajc zaslužjenih milijon kokoši.

Ljudje smo nagnjeni k temu, da živimo v skladu s svojimi utečenimi navadami, da se o motivu svojih dejanj in odločitev ne sprašujemo več. 90 odstotkov tega, kako se odločamo, je pod vplivom našega nezavednega. Tudi ko izbiramo vsakodnevni jedilnik. Ko stopimo v supermarket, stopamo po istih, utečenih poteh in s polic jemljemo ista in podobna živila, kot jih je kupovala že naša mama. Njena hrana je bila in je najboljša, ker je pripravljena z ljubeznijo. Zato se o vsebini obroka na krožniku ne sprašujemo. Okus hrane nas nezavedno

spomni na ljubeč materin objem. In samo to je pomembno. Včasih pa je na našem krožniku mama ali otrok neke druge živalske vrste, česar niti opazimo ne več. Tokrat govori naša zgodba o kurah in jajcih. Oboje je pogosto na naših krožnikih. Včasih deklarirano celo kot varovalno živilo.

Kokoši so čudovita bitja. Izredno nežna, družabna in ljubeča, včasih pa tudi prepirljiva in konfliktna, prav taka kot mi, ljudje. Kot mi, so tudi kokoši po svojem značaju različne. Raziskave so pokazale, da zmorejo razlikovati okrog 100 različnih obrazov. Se pravi, kolikor smo ljudje zmogli razumeti kokoši, saj je njihov svet predvsem njihov, v katerega zelo redko stopimo. Verjetno ne po naključju. Če kokoši povezujemo s Perutnino Ptuj in podobnimi tovarnami smrti, potem v njihov svet trpljenja raje ne stopimo. Preveč bi nas bolelo. A mi smo v ta svet povsem zavestno vstopili. Želeli smo rešiti življenja.

Zgodba jate izidorik se je začela na Bolhi.com. Nek rejec je prodajal

kupcem odslužene kokoši po evro in pol. Kokoši so v industriji jajc sredstvo proizvodnje, ki je po naključju živo. V kapitalistični logiki je najpomembnejša cena proizvoda (jajca), ki je odvisna od porabljene hrane in stanja izrabljenosti oz. amortizacije proizvodnega sredstva (kokoši). Ker kokoši glede na proizvedeno število jajc pojedjo najmanj hrane, če so zaprte v kletkah (že če so v talni reji v hlevih, potrebujejo za 30 odstotkov več hrane, ker se več gibljejo), se jih v Sloveniji še vedno zapira v standardizirane kletke, ki so pri nas zaenkrat še dovoljene.

Kokoši živijo do 12 let. Za potrebe intenzivne baterijske reje se iztrošijo že po enem letu. Omenjeni rejec jih je prodajal naprej za meso – ali individualnim kupcem ali pa mesni industriji, kjer bi iztržil manj, le 60 centov po »amortizirani« kokoški, pa še sam bi moral poskrbeti za prevoz.

Predsednica Društva za zaščito rejnih živali Koki je opazila oglas na Bolhi in začela akcijo reševanja teh nam dragocenih živih bitij ob sodelovanju z Društvom za zaščito živali Pomurje. Tukaj sva s soprogo v zgodbo vstopila tudi sama. Aprila lani sva sodelovala v manjši, prvi tovrstni akciji. Takrat sem zgradil večji kokošnjak, v katerem se je do pred nekaj dnevi šopirilo sedem kokoši in dve



raci. Tokrat je v želji, da rešimo čim več živali, k nam prišlo kar 48 kokoši, toliko, kolikor jih je šlo v osebni avtomobil.

Šele pri nas so, potem ko so izstopile iz zabojnikov, prvič stopile na zemljo in slamo ter prvič stale pod milim nebom. Prvič so se srečale s človeškim objemom, ki ni predstavljal vira bolečine in smrti, in s človekom, ki je v njih videl živa bitja in ne stroje za proizvodnjo jajc. Prvič v življenju so razprostrle krila.

Že drugi dan je moja soproga na Facebooku objavila naslednji zapis: »Ravno prišla iz kurnika, tako prevzeta, da bi želela to podeliti tudi z vami. V sredo so prišle izidorike, na smrt prestrašene, v grozljivem šoku. Ko sem jih včeraj eno po eno selila iz račnika v kurnik, sem jih obupano prestrašene morala trgati iz ograje in iz nagnetenih kotov. Danes so mirnejše. Moje roke, ki je sipala hrano in menjavala vodo, se niso več panično bale. Zvečer sem šla še preverit, kako je z njimi. Ko sem odprla kurnik, so bile brez strahu, vneto so mi začele pripovedovati svoje zgodbe, prišle so čisto k meni, me gledale v oči ... In potem je ena kokoš iz ozadja kurnika, ki se ji ni uspelo prebiti bližje k meni, razprostrla peruti in zaprhutala – poletela naravnost v moje naročje. Bila sem čisto v šoku. Samo roke sem dala okoli nje, jo objela, ona pa je naslonila svojo glavo na moje lice. Tako sva stali nekaj minut in samo dihali. Skupaj. Zaprla sem kurnik in s to kokošjo šla malo po travniku. Pokazala sem ji, kaj jo čaka, ji povedala na uho, da bo

kmalu vse bolje ... Tako močno me gane, ko doživim, kako zaupljive so živali, kako željne bližine z nami, čeprav so živele tako odrinjeno in zanemarjeno, prav od nas ljudi. Kakšen pogum, zaupanje, kakšen korak k bližini ... Mi pa jih tako podcenjujemo in predmetimo.«

Kokoške so prišle psihično in fizično travmatizirane. Ker so bile tako dolgo natlačene v majhnem prostoru, so napadalne druga do druge. Njihova okostja so šibka, ker so v intenzivni »proizvodnji« jajc ves čas samo izgubljale dragocene minerale, ki jih z industrijsko prehrano niso mogle nadomestiti. Njihov imunski sistem je sesut zaradi stresa in uporabe farmacevtskih sredstev. Zato potrebujejo rehabilitacijo, veliko nežnosti, posebne skrbi in prehrano, ki jim bo čim prej povrnila zdravje.

To zgodbo piše več ljudi. Pisala jo je moja soproga, katere prvo zgodbo so po Facebooku v prvih nekaj dneh delili več kot 200-krat. Pišem jo sam, ko gradim nov, večji kokošnjak. Pišejo jo ostali skrbniki drugih kokoši, ki so našle domove v različnih delih Slovenije. Pišejo jo naši prijatelji, ki nam bodo pomagali s hrano za kokoši, in Ekološka trgovina z donacijo vulkanskih mineralov, ki bodo pomagali, da si bodo izčrpna telesa kokošk čim prej opomogla. Pišete pa jo tudi vsi vi, ki se dnevno odločate o tem, ali takšno živilsko industrijo podpirate ali ne. Vsak dan znova, ko se sprehodite skozi supermarket. Skupaj in samo skupaj lahko naš svet za odteknik spremenimo na bolje.



# Kako lahko humor pomaga\*

Asist. mag. Marko Pokorn, dr. med., UKC Ljubljana

[marko.pokorn@mf.uni-lj.si](mailto:marko.pokorn@mf.uni-lj.si)

Drznem si prevzetno trditi, da me humor spremlja večji del življenja. Začelo se je v osemdesetih na bežigraski gimnaziji z gledališko skupino KUD Koseski, nadaljevalo v devetdesetih s Kliniko Tivoli, Teatrom Paradižnik, Časom za spremembo, kasneje z Našo malo kliniko in Kdo vam je pa to delu. Tudi precej mojega pisanja za Isis je imelo šaljiv podton oz. je pod različnimi psevdonimi bogatilo prilogo Sisi. Žal se je tovrstno udejstvovanje v zadnjih letih umaknilo kliničnemu delu, a tudi pri rednem oz. resnem delu človek težko ohrani resnoben diskurz, tako v komunikaciji z bolniki kot tudi z zdravstvenimi (so)delavci. Po več kot dvajsetih letih prakse lahko z gotovostjo trdim: humor je v medicini doma in je preveč resna zadeva, da bi ga obravnavali z levo roko.

Raziskave humorja v medicini je Bennett razdelil na šest področij: humor in zdravje, humor in komunikacija med bolnikom in zdravnikom, humor in oskrba bolnikov, humor in zdravstveni delavec, humor v medicinskem izobraževanju ter humor v medicinski literaturi (1). Že s površnim brskanjem na Pubmedu najdemo številne članke, ki obravnavajo vlogo humorja pri obravnavi starostnikov, duševnih bolnikov, bolnikov z rakom ipd. Posebno mesto pa ima humor v pediatriji; ne nazadnje je veliko avtorjev prispevkov o humorju na Pubmedu prav pediatrov.

Otroški zdravnik pri svojem delu komunicira tako s starši kot z otroki. Obe vrsti komunikacije sta pomembni: komunikacija s starši je potrebna za pridobitev heteroanamnestičnih podatkov, obenem pa morajo starši izvedeti vse o otrokovi bolezni in poteku obravnave. Za vsakega starša otrokova bolezen predstavlja hud stres in to je pri obravnavi treba upoštevati. Otroški zdravnik mora biti poleg strokovnosti zato tudi potrpežljiv, sočuten in razumevajoč. Komunikacija s starši mora biti razumljiva. Medicinskim izrazom in tujkam nasploh se je treba izogibati in vsako stvar je bolje povedati dvakrat, saj je v stresni situaciji človekova sposobnost pomnjenja slabša. Je pa res, da včasih droben hec lahko malce

sprosti napetost, vendar ga je treba pravilno časovno umestiti, da se pomotoma ne ustrelite v koleno. Ob bolnem otroku so starši v stresu in zdravnik zaradi ponesrečene šale ne sme postati strelovod za frustracije, ki spremljajo pet dni trajajočo vročino, ki kar ne pojenja, kljub CRP-ju med 40 in 60 mg/L. Predvsem je treba ignorirati dvojino pri (navadno maternem) opisovanju bolezenskih težav, npr. sva kakala, pol sva mal bruhalo, pred tem sva mela vročino ... Iz materinske dvojine se ne dela norca – to je etična črta, ki je pediater za nobeno ceno ne sme prestopiti.

Šalo na stran, največja nestrokovna napaka, ki jo v komunikaciji s starši lahko pediater stori, je, da otrokovega očeta zamenja s starim očetom. Otroku, ki ga je v ambulantno pripeljal osivel ali povsem plešast možki, ob koncu obravnave ne smete nikoli reči: »Zdej bosta šla pa z dedijem loh domov,« ker vas bo omenjeni »dedi« (ki to seveda ni) ubil s pogledom, ki govori: »Če sm loh zaplodu tegale pamža, bom tud teb mimgrede vrat zaviu.« Raje recite: »Zdej gresta pa z očijem še na tortico,« saj se bo možkem, ki je konec koncev morda vseeno otrokov dedek, zdelo super, da ga izkušeno zdravniško oko, ki oceni težo petletnega otroka na kilogram natančno, postavlja v vlogo »očija«. Da bi se izognili podobnim težavam pri lepšem spolu, je treba vsako žensko imenovati mama (kar navsezadnje tudi so). Pri komunikaciji z istospolnimi pari je najbolje uporabljati uveljavljene izraze, ki se končajo na -i (kot so mami, oči, babi, dedi) ali na -a (po analogiji mama, ata, baba, deda) in same po sebi ne določajo spola, le pridevnikom in glagolom se izogibajte. Edina napaka, ki jo lahko pri istospolnih družinah storite, je, da med jemanjem anamneze, ko obe ženski govorita ena čez drugo o otrokovih težavah, obupano vprašate, KDO je otrokova mati (in obe v trenutku ustrelita nazaj: »OBE!«).

Nič manj pomembna ni komunikacija z otrokom. Le-ta mora biti prilagojena otrokovi starosti in stanju, namenjena pa je tako pridobivanju podatkov o bolezni kot tudi pridobivanju otrokovega zaupanja v sklopu priprave na klinični pregled. Pri tem pomaga, če si malce neresen, kar je lepo opisal pediater Michael

\* Prispevek je bil v nekoliko drugačni različici objavljen v Zborniku srečanja združenja psihoterapevtov v Radencih, oktobra 2015.

Harari iz bolnišnice v Melbourneu (2). Predšolskega otroka vedno vprašam, ali hodi v šolo, in ko odgovori, da ne, ga vprašam, ali potem hodi v službo? Potem se navadno zasmeje in reče, da ne in da hodi v vrtec. Takoj ko se otrok prične pogovarjati s teboj, je led prebit in z veliko verjetnostjo bo klinični pregled v celoti izvedljiv brez kakršnegakoli joka oz. prisile. Pregled pa je treba opraviti sistematično od najbolj do najmanj prijetne stvari in ne po anatomskem redu. Dve leti star otrok bo brez težav sam odprl usta, da boste videli žrelo; za to ne potrebujete loparčka, le dobro luč morate imeti pri roki (ob tem me vedno prešine, zakaj otrokom v usta ne vgrajujejo lučk iz hladilnika, ki se prižgejo, ko se odprejo vrata oz. usta). Večina otoskopov se prižge, ko ga primemo v roko – takšen otoskop damo otroku za »upihniti«: s tem ga dodatno sprostim, otrok se pripomočka ne boji, pa še videli bomo, ali ima pljučnico – če otoskop odmaknemo od otroka in ga mora »upihniti« na daleč, bomo videli, ali bo ob globokem vdihu zakašljaj, kot se to zgodi pri pljučnici, ali pa bo zaradi plevritične bolečine predčasno prenehal z vdihom.

Posebna težava je klinični pregled žgečkljivega otroka. Pri tem pomaga preprost trik: žgečkljivemu otroku je treba naročiti, naj si sam potipa trebuh; zdravnik da svojo dlan na otrokov trebuh in otrok jo sam potiska navznoter – zdravnikova dlan deluje kot sonda; metoda je skoraj vedno uspešna.

Ko je pregled končan, otroku navadno ponudim službo na kliniki, češ takele vzorne otroke rabimo, da se drugi otroci ne bodo bali zdravnikov. Predvsem se otrokom zdi špansko to, da bodo potem imeli dovolj denarja, svojo bančno kartico, PIN-kodo in da si bodo darila lahko kupovali sami in ne bo treba čakati rojstnega dne ali podobnih priložnosti. Da ne omenjam, da bodo v bližnji prihodnosti lahko tudi napredovali (če bo le ZUJF malce popustil).

Tudi pri komunikaciji s kolegi hecanje večinoma ni škodljivo.

Konziliarni otroški infektolog mora v vsaki situaciji dati strokovno utemeljen nasvet, stvar lečече zdravnika pa je, ali ga bo upošteval ali ne. Če sta lečeči in konziliarni zdravnik v dobrih odnosih (k čemur humor zagotovo pripomore), se bosta lažje zmenila, kaj je za bolnika najboljše. V pričakovanju štosu bolj prisluhneš tudi kolegove strokovnemu argumentu.

Humor pomaga tudi pri medicinskem izobraževanju. V okviru predavanja je treba imeti vedno pripravljen kakšen hec, saj z njim presekaš monotonijsko posredovanja podatkov in dosežemo boljše pomnjenje. Po pomoč pri pripravi humoristnih vložkov za predavanja se je priporočljivo zateči na Pubmed, saj tam najdemo zelo duhovite zaresne ali pa povsem izmišljene članke, ki jih nekatere visoko citirane revije objavljajo ob posebnih priložnostih (3–6). V večini primerov je dovolj le šala na koncu ali pa enkrat sredi predavanja. Če imate smolo, da je vaše predavanje ob zaključku srečanja, ko se udeležencem mudi na večerjo, ali po kosilu, ko so vsi zaspani, pa je bolje štos prodati takoj na začetku, da prebudite poslušalce in pridobite njihovo pozornost. Če se že delate norca iz koga, bodite to sami: nihče vam ne bo zameril, če se boste delali norca iz samega sebe. Včasih vam prijazen predstojnik celo omogoči, da na mednarodnem kongresu svetovnim korifejem predstavite v celoti izmišljeno predavanje (7).

Humor pomaga, tako pri komunikaciji z bolniki kot tudi v stikih med zdravniki.

Je pa ukvarjanje s humorjem lahko zdravju nevarno. Nedavno objavljena longitudinalna, prospektivna, vgnezdna raziskava primerov s kontrolami, ki je zajela 53 britanskih komikov dvajsetega stoletja, je pokazala, da bolj smešni komiki umirajo mlajši: komiki, ocenjeni kot najbolj smešni, v povprečju umrejo slabih deset let prej kot tisti, ki so manj smešni. Tudi če komiki nastopajo v paru, je tisti, ki je bolj smešen, več kot trikrat bolj ogrožen za smrt kot njegov



resnejši kolega (8). Očitno je s humorjem tako kot z zdravili: v prevelikih odmerkih škoduje.

#### Literatura:

1. Bennett HJ. Humor in medicine. *Southern Medical Journal*. 2003;96:1257–61.
2. Harari MD. Gaining children's confidence - the judicious use of silliness. *Australian Family Physician*. 2008;37:394–6.
3. Suarez FL, Springfield J, Levitt MD. Identification of gases responsible for the odour of human flatus and evaluation of a device purported to reduce this odour. *Gut*. 1998;43:100–4.
4. Bennett HJ, Brudno DS. The teething virus. *Pediatric Infectious Disease*. 1998;5:399–401.
5. Bennett HJ. Apgar scores for dads. *British Medical Journal*. 1998;317:1712.
6. Smith GCS, Pell JO. Parachute use to prevent death and major trauma related to gravitational challenge: systematic review of randomised controlled trials. *British Medical Journal*. 2003;327:1459–61.
7. Pokorn M. Sexually-transmitted Lyme disease: Oral presentation at the 12<sup>th</sup> International Conference on Lyme borreliosis and other Tick-borne Diseases, Ljubljana, Slovenia, 2010. Abstract (*unfortunately*) not published.
8. Stewart S, Thompson DR. Does comedy kill? A retrospective, longitudinal cohort, nested case-control study of humour and longevity in 53 British comedians. *International Journal of Cardiology*. 2015;180:258–61.

## 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 9850 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 XX<sup>th</sup> 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

Prim. assist. **Jernej Završnik**, M. D., M. Sc.

### The Vice-president of the Assembly

**Nikola Potočnik**, 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

Prim. assist. **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.

### Public Relations Department

**Polona Lečnik Wallas**, B. A.

### 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.



## 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.

## 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.
- 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](mailto:mojca.vrecar@zzs-mcs.si)) ali pokličite 01 307 21 91.

