



Prof. dr. Marko Hawlina, dr. med., predstojnik Katedre za oftalmologijo Medicinske fakultete v Ljubljani: V zadnjih letih so se precej razvile vse operativne tehnike na področju oftalmologije, postale so bistveno manj invazivne in precej uspešnejše. Večina bolnikov lahko bolnišnico zapusti že isti dan po posegu oz. v nekaj dneh, medtem ko so bila prej okrevanja po operativnih posegih veliko daljša.



Demokracija je orodje – vzemimo ga v roke, da ne postanemo orodje v rokah drugih

Prva slovenska zdravniška zbornica, Zdravniška zbornica za Kranjsko, je bila ustanovljena 15. maja 1893. Delovala je do leta 1918. 28. aprila 1923 je bila ustanovljena Zdravniška zbornica za Slovenijo. Delovala je do leta 1946, ko je takratna oblast razpustila njena telesa, pravno ni bila ukinjena. Delovanje Zdravniške zbornice je bilo ponovno oživljeno 28. marca 1992.

Že takoj ob obnovitvi delovanja zbornice smo si v statutu z določili o neposrednih volitvah skupščine in predsednika/predsednice zbornice postavili visoke standarde demokratičnosti delovanja in v tem tudi danes bistveno odstopamo od drugih. Po določilih prvega statuta zbornice smo predsednika/predsednico v prvem krogu izvolili, v kolikor je posamezni kandidat prejel večino glasov, v nasprotnem primeru je med dvema z največjim deležem glasov odločala skupščina zbornice. Volilni sistem je omogočal uspešno izvedbo volitev. Sprememba statuta iz leta 2007/2008 je z uvedbo neposrednih volitev predsednika/predsednice tudi ob potrebnem

drugem krogu še nadalje povečala demokratičnost delovanja zbornice. Hkrati pa z uvedbo volilnega kvoruma pri volitvah za predsednico/predsednika zbornice to povečano demokratičnost močno ogrozila ali celo povozila. Volilni kvorum je določen le za volitve predsednika/predsednice zbornice, za člane skupščine, tj. poslanke in poslance, to ne velja. Prav zaradi navedenega smo v situaciji, ko smo uspešno izvolili skupščino, predsednice/predsednika pa ne. Pa je bila volilna udeležba na volitvah za predsednico/predsednika celo višja kot na tistih za skupščino. V skupščini teoretično lahko sedimo poslanke/poslanci, ki smo bili v svojih regijah izvoljeni tudi z zelo nizko volilno udeležbo, in konstruktivno ali pa tudi na druge načine krojimo usodo zdravniškega in zobozdravniškega poklica in naše zbornice. Zbornice, ki ima zgodovino in zgodovinske izkušnje. Na žalost tudi takšne, ko so nas proti naši volji preprosto ugasnili.

Za mesto predsednice/predsednika Zdravniške zbornice Slovenije imamo pet kandidaturn. S tem smo lahko zadovoljni. Na dveh volilnih zborih so se kandidati predstavili članstvu. Da bi njihove predstavitve lahko videlo in slišalo čim več članic in članov, sta posnetka obeh volilnih zborov dostopna na spletni strani zbornice.

Izkoristimo svojo volilno pravico, drage kolegice in kolegi, in opravimo svojo dolžnost. Izvolimo predsednika/predsednico in s tem zagotovimo normalno delovanje naše stanovske organizacije. Naše stanovske organizacije, ki nam omogoča, da sami reguliramo poklic. Brez tega bi bila naša poklicna strokovna avtonomija, ki jo potrebujemo, da svojim bolnikom zagotavljamo najboljše možne storitve, še bolj ogrožena. Prav neposredne volitve vodstva zbornice vsaka štiri leta so možnost, da pravico in dolžnost do samoregulacije poklica krepimo tudi naprej. Tega na noben način, še najmanj pa z neuspešnimi volitvami, ne smemo nikoli ogroziti.

Marko Bitenc



Uvodnik

- 3** Demokracija je orodje –
vzemimo ga v roke,
da ne postanemo orodje
v rokah drugih
Marko Bitenc

K naslovnici revije

- 6** Očesne bolezni ne bolijo
Tjaša Banko

Zbornica

- 10** Program dr. Zdenke Čebašek
- Travnik
Zdenke Čebašek - Travnik
- 13** Zbornica, za povrnitev
spoštovanja in ugleda zobo/
zdravniškega poklica
Gordana Kalan Živčec
- 15** Spoštovani kolegi
in kolegice!
Boštjan Kersnič
- 17** Zakaj?
Miro Lasbaher
- 19** Zbornica – mesto povezovanja
zdravstvene politike in
zdravniških interesnih skupin
Andrej Možina
- 22** Iz dela
zbornice

Aktualno

- 25** Kaj imata skupnega stavka in
skupinsko naročanje?
Krištof Zevnik

Iz Evrope

- 27** Nov laboratorij za
peritonealno dializo
- 27** ZDA: nedovoljena zdravljenja
z matičnimi celicami
- 27** Zdravniki po izbiri:
Nepogrešljiva sestavina

Mladi zdravniki

- 28** Evropska izmenjava
specializantov ginekologije in
porodništva v Torinu
Luka Roškar

Forum

- 30** Obnovljeni Kodeks
zdravniške etike
Stanislav Šuškovič
- 31** Komunikacija družinskega
zdravnika s specialisti na
sekundarni in terciarni ravni
Andreja Krt Lah
- 33** Evtanazija ali paliativna
medicina
Robert Oravec

Intervju

- 37** O slikarki Dei Volarič in
slikanju kot terapiji
Polonca Steinmann

Medicina

- 41** Nacionalna strategija
smotrne rabe protimikrobnih
zdravil in obvladovanja
odpornosti mikrobov proti
protimikrobnim zdravilom
v humani in veterinarski
medicini (2016–2022)
*Milan Čižman, Bojana Beović,
Iztok Štrumbelj, Irena Zdove,
Anton Svetlin*

- 47** HIV/aids in druge SPO:
testiraj & zdravi
*Janez Tomažič, Irena Klavs,
Mojca Matičič, Mario Poljak*

- 49** Obvladovanje sladkorne
bolezni danes za jutri
*Špela Selak, Jelka Zaletel,
Branko Gabrovec,
Milivoj Piletič*

Poročila s strokovnih srečanj

- 53** 5. mariborska šola praktične
ultrazvočne diagnostike v
ginekologiji in perinatologiji
*Nejc Kozar,
Vida Gavrič Lovrec*

- 54** Mednarodni neonatološki
simpozij: Hemodinamsko,
tekočinsko in elektrolitsko
ravnovesje pri novorojenčku
Domen Robek

- 56** Peti sestanek CAPSCA
Irena Grmek Košnik

- 58** En svet – en A.A. – en jezik
srca
Jasna Čuk Rupnik

Strokovne publikacije

- 59** Nova različica zgibanke
»Ortodontija in njene
posebnosti – osnovne
informacije za otroke in
starše«
Jasmina Primožič

Strokovna srečanja

- 60** Zbornična izobraževanja za
zdravnike in zobozdravnike
- 61** Strokovna
srečanja
- 64** Mali
oglas

Iz zgodovine medicine

- 66** Zdravstveni domovi in njihovo
poslanstvo
Zvonka Zupanič Slavec

Obletnica

- 72** Sekcija za otroško nevrologijo
SZD: Prvih dvajset let!
Natalija Krajnc
- 74** Praznovanje 20. obletnice
Dentalnega centra dr. Lah
Kravanja Bovec
Sanda Lah Kravanja

V spomin

- 77** V spomin prim. dr. Vanku
Matevžiču (1923–2016)
Miloš F. Kopal

- 78 Vasja Kruh, dr. med.
(1946–2016)
Stanislav Mahne

Zdravniki v prostem času

- 80 Slikarski hvalospev Julijcem,
kleno slovenska pesem in naše
narodne noše v UKCL
Katarina Majer
- 84 Kobariško križpotje
Evgen Kajin
- 88 Literarno kolesarjenje 2016
Marjan Kordaš
- 91 Prizori z Altaja 2016 (2. del)
Eldar M. Gadžijev
- 93 13. poletni medicinski tek
okoli Brda pri Kranju
*Armin Alibegović,
Milivoj Veličković Perat*
- 96 »Au«-foristična tinktura
Janez Tomažič

Zavodnik

- 97 Staranje
Črt Marinček

Kolofon

Leto XXV, št. 12, 1. december 2016
Natisnjeno 10.100 izvodov
Datum tiska: dan pred izidom
UDK 61(497.12) (060.55)
UDK 06.055:61(497.12)
ISSN 1318-0193 CODEN: ISISF9

IZDAJATELJ IN ZALOŽNIK

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

PRESEDNIK

Prim. Andrej Možina, dr. med.

UREDNIŠTVO

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

ODGOVORNI IN GLAVNI UREDNIK

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

UREDNIŠKI ODBOR IN NOVINARJI

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

LEKTORIRANJE

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

OBLIKOVANJE

Agencija Iz principa

RAČUNALNIŠKA POSTAVITEV IN PRIPRAVA ZA TISK – DTP

Stanislav Oražem

TRŽENJE

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

TISK

Tiskarna Povše

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

Lastnik blagovne znamke:

Zdravniška zbornica Slovenije
Dunajska cesta 162
1000 Ljubljana

Navodila avtorjem

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

Poročila s strokovnih srečanj

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

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

Napoved strokovnega srečanja

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

Izjava uredništva

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

Letna naročnina

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

Očesne bolezni ne bolijo

Prof. dr. Marko Hawlina, dr. med., specialist oftalmologije

*Tjaša Banko, mag. nov., ZZS
tjasa.banko@zss-mcs.si*

Od leta 1998 je predstojnik Katedre za oftalmologijo Medicinske fakultete v Ljubljani. Dr. Marko Hawlina se poglobljeno ukvarja z nevrooftalmologijo, prirojenimi boleznimi mrežnice in operiranjem sive mrene. V svojem programu ima približno tretjino zapletenih primerov. Na tem področju je pogosto sodeloval v učnih delavnicah doma in po svetu.

S katerimi očesnimi boleznimi se danes najpogosteje srečujete?

Najpogostejša očesna bolezen je siva mrena, ki jo rešujemo operativno. Zelo pogosta je tudi starostna degeneracija rumene pege, o kateri se veliko govori. Tretja glavna očesna bolezen je glavkom, se pravi stanje po povečanem očesnem pritisku. Tu je še nekaj manj pogostih bolezni, ki so za nas kljub temu velik izziv, ker niso ozdravljive. S tem mislim predvsem na prirojene bolezni oči, torej bolezni, ki so gensko pogojene in se poslabšujejo skozi življenje, včasih že v mladosti, spet drugač pa kasneje. V zvezi s temi boleznimi je zadnje čase precej raziskav, ki potekajo v smeri novih terapij z uporabo matičnih embrionalnih celic, genske terapije ali elektronskih implantatov.

Intenzivno se ukvarjate z regenerativnimi tehnikami obnavljanja očesa oz. vida. Do kakšnih spoznanj ste prišli?

Nekako sledimo razvoju v svetu, seveda poskušamo delati tudi sami, a napredek v svetu zadnje čase poteka izrazito pospešeno, in sicer na podlagi dveh odkritij, ki sta bili objavljeni leta 2012 in sta bili deležni celo Nobelove nagrade. Zlasti bosta pripomogli h genski terapiji, zasluge za to pa pripisujemo raziskovalcema Johnu



Gurdonu in Shinyi Yamanaki, ki sta predstavila možnost, da se že diferencirane celice lahko v razvoju vrnejo na raven matičnih celic. S pomočjo tega odkritja se razvija serija možnosti genske terapije, ki ni več zasnovana na embrionalnih celicah, kar je bilo etično sporno in dovoljeno le v nekaterih državah, pač pa na celicah samega pacienta. Te, recimo kožne celice ali celice epitelija lahko z genetskimi postopki vrnemo na raven matičnih celic in iz njih vzgajamo določene celice, ki v telesu ne delujejo pravilno, ter jih gensko spremenimo. Možnost genskega spreminjanja pluripotentnih matičnih celic je dandanes omogočena tudi s posebno tehniko, ki se imenuje CRISPR/Cas9. Gre za tehniko, ki je prenešana z mehanizma obrambe bakterij pred virusi in ima možnost razreza DNA na določenih mestih. S to tehniko je sedaj možno prilagajati gensko terapijo posameznim boleznim – ne samo v prenašanju določenega gena, ki je okvarjen oz. manjka, ta gen se da namreč tudi postaviti na pravo mesto v genomu, kar je bilo včasih problem. Možna je seveda tudi genska terapija v klasičnem smislu, kar pomeni, da se gen pripne na vektor, ki je običajno virusni, nato pa se ga vbrizga pod mrežnico. Tudi ta genska terapija ima določene uspehe.

Nam lahko na kratko pojasnite, kako je očesna medicina napredovala v zadnjih, recimo 10 letih?

V zadnjih 10 letih je napredovala predvsem veja medicine, ki pomaga zadrževati napredovanje starostne degeneracije rumene pege. Tukaj gre za indiciranje bioloških zdravil v samo oko. Na naši očesni kliniki sta s tem začeli prim. mag. Aleksandra Kraut in prof. Polona Jaki Mekjavić. To je terapija izbora za vse starejše ljudi z vlažno degeneracijo makule, ki bi s to boleznijo dejansko lahko oslepel, v kolikor tega zdravila ne bi bilo. Gre za možnost hitre, zgodnje terapije; če je ta terapija hitra, je navadno tudi zelo učinkovita. S tem se lahko prepreči

izgubo vida. Za suho obliko zaenkrat žal še nimamo učinkovitih zdravil, se pa na tem področju veliko raziskuje. Biološka zdravila zdaj prodirajo tudi na druga področja okulistike, na primer za zdravljenje vnetnih boleznih oči.

V zadnjih letih so se precej razvile tudi vse operativne tehnike, postale so bistveno manj invazivne in precej uspešnejše. Večina bolnikov lahko bolnišnico zapusti že isti dan po posegu oz. v nekaj dneh, medtem ko so bila prej okrevanja po operativnih posegih veliko daljša.

Je k temu pripomogel tudi laser?

Deloma tudi, čeprav je laser pri nas neka magična beseda; odpravil naj bi kar vse težave v okulistiki. Delovanje laserja je najbolj znano pri odpravi dioptrije, česar pri nas na kliniki ne delamo, saj je storitev samoplačniška. Dandanes laser pri nekaterih težavah, kot so npr. bolezni mrežnice, zaradi razvoja bioloških zdravil postaja celo manj pomemben, seveda pa je v smislu terapije še vedno zelo pomemben pri preprečevanju diabetične retinopatije. Druge oblike laserske terapije pri nas zajemajo terapijo akutnih in kroničnih oblik glavkoma, terapijo določenih zapor solznih kanalov, ne pa na primer operiranja sive mrežnice ali odstopa mrežnice oz. česa podobnega, kar bi si kdo lahko mislil. Seveda s pomočjo laserja lahko mrežnico stabiliziramo, vendar to niso laserski posegi, kakršne si ljudje predstavljajo. Pacienti si namreč pogosto umišljajo, da se bodo le ulegli pod laser, nato se bo nekaj zgodilo in poseg bo za njimi. V praksi seveda ne gre tako, to so idealizirane predstave o laserju, ki so predvsem posledica širokega oglaševanja – zlasti odprave dioptrije z laserjem.

Ko sva ravno pri korekciji vida ... Lahko danes k pacientu, ki si želi odpraviti dioptrijo, pristopite drugače kot pred 10, 20 leti?

Seveda. Za to so zaslužni tako laserski načini odprave dioptrije kot

tudi načini operativne zamenjave oz. dodajanja leč v oko, ki so se v zadnjih letih zelo razvili. Indikacijsko področje je danes zato precej bolj »jasno«. Pri mlajših ljudeh (nekje do 30., 35. leta), ki si želijo odpravo dioptrije, ima laser vodilno vlogo, če seveda ne gre za zelo visoke dioptrije. Laser je primeren nekje do –8 dioptrij. V kolikor so te višje, se pri mlajših pacientih lahko vstavi v oko dodatno lečo, starejšim pa priporočamo posege na sami leči. Tam lečo pacienta, ki nepravilno lomi, zamenjamo z lečo, ki ima take optične lastnosti, da bo pacient lahko videl na blizu in daleč brez očal. To je ena izmed zelo pogostih možnosti pri odpravi dioptrije; izkazala se je kot zelo uspešna, poslušuje se je veliko ljudi.

Ali mlajši pacienti, ki se odločijo za lasersko korekcijo vida, tudi na stara leta ne bodo potrebovali očal?

Ne gre ravno tako. Mlajši pacienti, ki smo jim s pomočjo laserja odpravili dioptrijo, bodo, ko bodo starejši, potrebovali očala za bližino kot vsak normalno oz. dobro videč človek, ki ne nosi očal. Saj veste, roke z leti postajajo prekratke.

Pa lahko sami kaj storimo, da bi čim dlje ohranili dober vid?

Nekaj stvari gotovo lahko. Vedno svetujem ljudem, ki pridejo v leta, ko se vid začne slabšati, naj ne začnejo takoj uporabljati očal za bližino. S tem bi se oči namreč nekako razvadile, če pa bi se trudili dlje časa brati in gledati brez očal, bi akomodacijska sposobnost očesa zdržala dalj časa. Pri napornem bližinskem delu priporočamo pogoste kratke odmori, saj s tem sproščamo očesni akomodacijski aparat.

Omenila sva tudi že sivo mrežno. Kako je danes z operacijo sive mrežnice?

Gre za ambulantni poseg, ki v nezapletenih primerih ne traja več kot 15 minut. V Sloveniji letno opravimo približno 18.000 operacij sive mrežnice.

Približno polovico teh se opravi pri naših koncesionarjih, druga polovica pa v javnih zavodih. Poseg je neboleč in zelo »hvaležen« za paciente, ki praktično že naslednji dan lahko brez bolečin kar dobro vidijo.

Kako pa je s transplantacijo roženice? Je roženica dajalca še vedno boljša od sintetične?

Zaenkrat še vedno. Pri transplantaciji roženice je pri nas pionirsko vlogo odigral primarij dr. Vladimir Pfeifer. Kasneje so se mu pridružili še drugi kolegi, zlasti asist. dr. Petra Schollmayer, ki je vpeljevala standardizacijo pogojev za pripravo roženic dajalcev na transplantacijo, kar je zelo pomemben proces. Za to je potrebna očesna banka, kjer se vse lastnosti roženice natančno pregledajo, preden jo implantiramo pacientu. Tehnike, ki se razvijajo na tem področju, niso več samo transplantacije celotnih roženic, zdaj se roženice transplantirajo tudi po plasteh, kar pomeni, da lahko transplantiramo le sprednjo ali zadnjo plast. Tako ostane tektonika očesa bolj ohranjena in rezultati so boljši. Na področju transplantacije celotne roženice zaenkrat še ni sintetičnih materialov, ki bi bili boljši od človekove roženice, se pa veliko dela v tej smeri. Za ljudi, ki imajo zelo hude okvare na obeh očesih, pri katerih transplantacija ni več mogoča, se razvijajo t.i. tehnike keraproteze. Tudi tukaj so vključeni sintetični materiali, na voljo so različni sistemi protez. Terapije prihodnosti pa postajajo regenerativne tehnike na roženici, ki s pomočjo matičnih celic obnavljajo tkivo.

Kako potekajo terapije s pomočjo matičnih celic?

Na več načinov; eden izmed njih je, da se delček normalnega tkiva z matičnimi celicami, ki se običajno nahajajo ob prehodu beločnice na roženico, presadi iz zdravega očesa na bolno oko. Nato se počaka, da matične celice nekako obnovijo površino roženice bolnega očesa. To običajno traja nekaj mesecev, matične celice se namreč hitro začnejo razmnoževati.

Ko je površina roženice s pomočjo matičnih celic enkrat obnovljena, se lahko začne tudi s keratoplastiko oz. zamenjavo roženičnih plasti, če so te motne. V kolikor sta okvarjeni obe roženici, je to seveda težko, zato se razvijajo tehnike vzgoje matičnih celic v laboratoriju, kjer te celice rastejo na različnih podlagah. Pri nas se te celice razmnožujejo na amnijski membrani; te so del materničnih ovojev in delujejo protivnetno, hkrati pa ščitijo površino. Pred kratkim je naša raziskovalka Zala Lužnik pod vodstvom asist. Petre Schollmayer napisala tudi odmeven članek v reviji Plos One, v katerem je opisala, kako smo razvili to tehniko. Naslednja stopnja je uporaba te tehnike v praksi, se pravi, da bomo lahko matične celice, vzgojene na amnijskih membranah, implantirali pacientom.

Torej takšnih posegov doslej še niste opravljali?

Pri nas še ne, se pa to že dela v določenih centrih v svetu, a teh ni veliko. Pri nas moramo najprej skozi fazo regulacije s strani naših regulatornih agencij.

Kaj terapija s pomočjo matičnih celic konkretno pomeni za slovenskega pacienta?

Predvsem to, da bodo sploh sposobni za transplantacijo, saj v primeru uničene očesne površine presaditev niti ni možna. S pomočjo matičnih celic bomo torej zagotovili pogoje za transplantacijo. Pri nas je to relativno novo znanje. Dr. Lužnikova je bila poslana v očesno banko v Benetke, kjer se s temi tehnikami že dalj časa ukvarjajo in so jih tudi med prvimi razvili. To smo nadgradili na segmentu podlage, torej amnijske membrane. V Italiji so imeli plast fibroblastov, ki zahteva drugačno pripravo, ki je bolj zahtevna, morda celo nekoliko sporna, saj gre za mišje fibroblaste. Pri nas smo se odločili za amnijsko membrano, ki je znan material v očesni rekonstruktivni kirurgiji in običajno nima nobenih imunsko spornih stranskih učinkov.

So ostale evropske države bolj napredne na tem področju ali gremo nekako v korak s časom?

Prof. Pellegrini, ki je začela s temi tehnikami v beneški očesni banki, je zdaj osnovala drug center v Modeni, kjer ponujajo terapije z matičnimi celicami v obliki patentirane rešitve, ki jo poznamo pod imenom Holoclar. Italijani so nekako naredili prvi korak na tem področju. Seveda je tudi nekaj drugih centrov, s katerimi navezujemo stike. Te stvari sicer delajo na nekoliko drugačne načine. Trenutno se povezujemo tudi s centrom v Antwerpnu, ki ga vodi prof. Marie Jose Tassignon, še vedno pa ni veliko takih, ki bi to delali tako rekoč rutinsko.

Kdaj bo terapija na voljo pri nas?

V načrtu imamo, da zadevo speljemo čim prej, a tu so regulacijski postopki, ki zahtevajo svoj čas. Matične celice nameravamo vzgojiti za transplantacijo roženice pacienta na Zavodu RS za transfuzijsko medicino, ki ima za to vse potrebne certifikate. Zdaj je vse odvisno od regulatornih agencij; koliko časa bo trajalo, da bodo vse zadeve preverili. Upamo, da bomo terapijo lahko začeli izvajati v roku treh let.

Pred kratkim ste izjavili, da raziskave bolezni kažejo, da smo Slovenci genetsko samobiten narod, da se nismo pripravljeno »mešati«. Lahko to razložite?

Pri tem sem imel v mislih genetske raziskave, ki jih delamo za naše bolnike s prirojenimi okvarami mrežnice. Ta konkretna navedba drži za kar nekaj naših genskih bolezni. Izrečena je bila pred kratkim, ko je izšel članek, ki obravnava bolezen bolnikov s slepoto ali gluhostjo. Gre za t.i. Usherjev sindrom, o čemer je bila narejena evropska raziskava o genskih mutacijah, ki ta sindrom povzročajo v različnih državah. Šlo je za raziskave naše doktorandke Ane

Fakin, ki je s tem delom tudi doktorirala in se z njim ukvarja še naprej. Zanimivo je bilo, da imamo Slovenci skoraj 90 odstotkov pacientov s to boleznijo z enako mutacijo. V Angliji, Franciji, Španiji ali na Nizozemskem je ta mutacija skoraj neznana. Torej je »slovenska« mutacija zelo pogosta v Sloveniji in zelo redka v drugih evropskih državah. To pomeni, da se je verjetno v Sloveniji pojavil nekdo s to mutacijo, ki jo je nato razširil na ostale prebivalce. V Nemčiji in Italiji je ta mutacija prisotna približno v 10 do 20 odstotkih, za Avstrijo pa žal ni podatkov. Tudi za nekdanje jugoslovanske republike in Turčijo nimamo podatkov, iz tistih, ki jih imamo, tudi pri drugih genskih boleznih, pa lahko sklepamo, da smo Slovenci gensko precej samobitni.

V kakšni fazi je zdravljenje genske slepote?

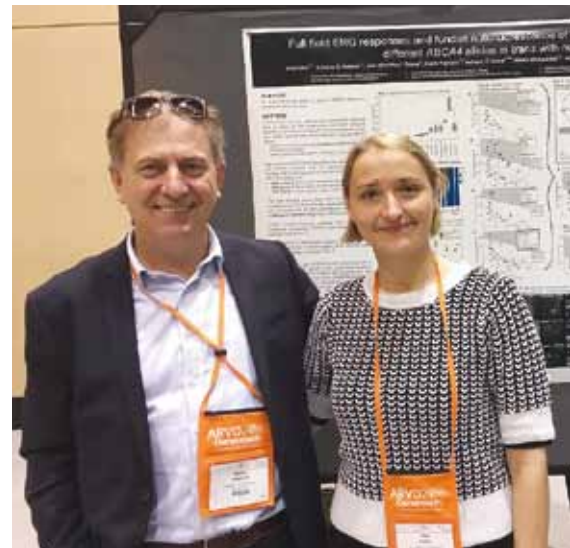
Zdravljenje s pomočjo genske terapije se razvija na dveh področjih; eno je zdravljenje teh bolezni, kjer se z gensko terapijo poskuša vbrizgavati pod mrežnico določene pravilne gene, ki so vezani na virusne vektorje. Nekaj poskusov je v zvezi s to tehniko že bilo narejenih v svetu, v Sloveniji pa tega še nismo delali. Poskusi drugod po svetu niso bili ne vem kako uspešni, sicer so prikazali nek blag učinek, do pomembnega izboljšanja vida pa ni prišlo. Trenutno so v vzponu novi genski pristopi s CRISPR/Cas9 tehnologijo in z eventualno implantacijo induciranih matičnih celic, vzgojenih iz celic, ki izvirajo iz konkretnega pacienta. Tretji pristop zdravljenja pigmentne retinopatije je, da se odmrle fotoreceptorske celice nadomesti z biočipom, ki je sposoben pretvarjanja svetlobe v električne signale. Ti nato dražijo naprej naslednje celice v nevronske poti. O biočipu oz. bioničnem očesu se zadnja leta kar veliko govori, čeprav je trenutni uspeh še razmeroma majhen. V svetu je bilo skupno vgrajenih kakih 300 biočipov, od teh je imela približno polovica pacientov vidno zaznavo, s katero so ločili svetlobo od teme,

približno četrtina pa je bila sposobna npr. zaznavati robove hiš, vrat ali večjih predmetov. Ta tehnologija zahteva natančno kirurško tehniko, pa tudi najbolj poceni ni, saj tak implantat stane okoli 150.000 evrov. Potrebna je tudi dolga rehabilitacija. Pri nas že potekajo prizadevanja, da bi pacientom, ki so za to primerni, ponudili to možnost, ker je pri njih možnost, da bi jim kdaj kasneje lahko obnovili fotoreceptorje, zelo majhna. V zadnjem času smo že začeli s prvimi aktivnostmi, da bi terapijo priznala tudi naša zavarovalnica.

Torej bodo matične celice v pomoč tudi ljudem z gensko slepoto?

Tako je. Cilj je, da bi vzgojene matične celice z normalnim genskim zapisom lahko implantirali pod okvarjeno mrežnico. V kulturah se poskuša vzgojiti tudi celotno mrežnico; vse od fotoreceptorjev pa do bipolarnih in ganglijskih celic, ki bi jih v plasteh nato vstavili pod mrežnico. V tej smeri trenutno v svetu potekajo intenzivne raziskave. Na letošnjem največjem sestanku raziskovalne oftalmologije v Seattlu v ZDA so bili že predstavljeni prvi rezultati, po katerih so te mrežnice že kazale neko aktivnost, v smislu strukturne mikroorganizacije pa še niso bile tako razvite, da bi jih že lahko implantirali v človeka. Poskusi zaenkrat še potekajo na živalih, razvoj pa zelo hitro napreduje. V zvezi s tem se povežemo z vodilnimi centri v Evropi, eden izmed njih je v Londonu, od koder se je ravno vrnila dr. Ana Fakin po 3-letnem usposabljanju. Čim bo možno, bomo te terapije prenesli tudi v Slovenijo, saj naše bolnike, ki so kandidati za te terapevtske možnosti, že dlje časa spremljamo ter preučujemo njihov genotip in fenotip s ciljem, da vemo, kdo bi bil primeren za katero od možnih terapij.

Kaj je največja napaka pacientov, ki se zatečejo k vam po pomoč? Na kaj naj bodo pozorni pri težavah z vidom?



Marko Hawlina in Ana Fakin

Problem očesnih bolezni je, da redko bolijo, zato se velikokrat zgodi, da pacient pride k nam prepozno, ko je škoda že storjena. Pri pogosti očesni bolezni, kot je na primer glavkom odprtega zakotja, vid postopoma propada in ko enkrat propade centralni vid, je za terapijo že pozno. Podobno je s starostno degeneracijo makule, ko pacient najprej opazi izkrivljene črte ali pa kakšno temno liso, a ker ga nič ne boli, navadno čaka, da se stanje izboljša. Dlje ko čaka, manjša je možnost, da mu lahko učinkovito pomagamo. Dokler gre le za izkrivljene črte, je še čas za terapijo, ko pa pacient vidi temne lise, je pogosto že prepozno. Ljudje velikokrat zaznajo tudi pojav bliskanja, iskrenja ... A največkrat čakajo na izboljšanje, zaradi česar lahko pride tudi do odstopa mrežnice. Pomembno je tudi redno pregledovanje oči bolnikov s sladkorno boleznijo. Resni opozorilni znaki so tudi vse prehodne izgube vida, ko se slika zamegli ali zatemni za nekaj časa. Tudi to je opozorilo, da se nekaj dogaja in če pacient predolgo odlaša z obiskom strokovnjaka, se vid lahko tako poslabša, da je včasih težko pomagati. Kot rečeno, se sama očesna simptomatika največkrat kaže brez bolečin in vsaka motnja v vidu je razlog za obisk okulista.

VOLITVE PREDSEDNIKA 2016

Programi kandidatov za predsednico oz. predsednika Zdravniške zbornice Slovenije

Volilna komisija obvešča članstvo, da je do 17. novembra 2016 prejela pet prijav na razpis za predsednika Zdravniške zbornice Slovenije. Prijave so podali dr. Zdenka Čebašek - Travnik, dr. med., prim. dr. Gordana Kalan Živčec, dr. med., Boštjan Kersnič, dr. med., Miro Lasbaher, dr. med., in prim. Andrej Možina, dr. med.

Programne vseh kandidatov (po abecednem vrstnem redu) predstavljamo v nadaljevanju.

Program dr. Zdenke Čebašek - Travnik

Odločitev

Aprila 2015 sem v naši reviji Isis objavila prispevek z naslovom **Opravčujem se** (*»j'accuse«*), ki je naletel na dober odziv kolegov in drugih bralcev. Kmalu zatem smo se v skupini zdravnikov odločili ustanoviti »nekaj« zunaj obstoječih zdravniških organizacij, da bi lahko resnično pomagali kolegom v stiski. Naše dotedanje izkušnje so bile, da Zdravniška zbornica Slovenije (v nadaljnjem besedilu zbornica) ne nudi takšne pomoči, kot bi jo zdravniki in zobozdravniki, ki se znajdejo v stiski, želeli in potrebovali.

Po neuspeh majskih volitev sem na pobudo kolegov sprejela odločitev, da kandidiram za predsednico zbornice. K takšni odločitvi so pripomogle tudi številna mnenja in izjave, da me bodo na volitvah podprli, da zaupajo v moje sposobnosti in so prepričani, da bom dobro vodila zbornico. Tudi sama menim, da bi zbornici znala dati nov zagon, bolj privlačno vsebino in storitve, ki jih člani pričakujemo in potrebujemo.

Timsko delo

V maju 2016 smo začeli skupni »projekt ZZP« – Zdravniki za

profesionalizem ali Zdenko za predsednico, kot ga je hudomušno in motivacijsko poimenovala ena od kolegic. Gre za majhno skupino zdravnikov, ki se skorajda ne bi mogli bolj razlikovati med seboj; z njihovim dovoljenjem jih predstavljam (po abecednem redu):

- prim. Darja Boben - Bardutzky, dr. med., spec. psihiatrije
- dr. Zdenka Čebašek - Travnik, dr. med., spec. psihiatrije
- prof. dr. Eldar Gadžijev, dr. med., spec. kirurgije, višji svetnik, znanstveni svetnik
- dr. Rade Iljaž, dr. med., spec. splošne medicine
- Iztok Kos, dr. med., spec. patologije, MBA
- prim. mag. Irena Manfredo, dr. med., spec. medicine dela, prometa in športa
- prof. dr. Živa Novak Antolič, dr. med., spec. porodništva in ginekologije
- izr. prof. Bojana Pinter, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, mag. ekon. in posl. ved
- Matej Praprotnik, dr. dent. med.
- izr. prof. dr. Maja Rus Makovec, dr. med., spec. psihiatrije, svetnica



Naše delovanje je bilo že od začetka zastavljeno kot timsko delo, v medsebojnem spoštovanju in dopolnjevanju. Pri pripravljanju programa za kandidaturu smo opravili veliko pogovorov in pisnih stikov s kolegi, ki smo jim zaupali.

Skupina ZZP se je maja 2016 odločila, da svojo vizijo in program delovanja predstavi v publikaciji z naslovom **Stebri zdravništva – profesionalizem nas povezuje**. Člani ZZP smo soavtorji, izdala pa sem jo v samozaložbi. Z objavljenimi besedili želimo spodbuditi razprave in

posledične spremembe v naših medsebojnih odnosih, ne glede na izid volitev.

Pri pripravi kandidature nas je ves čas vodila misel, **kako preurediti zbornico**, da jo bomo spet lahko vzeli za svojo vsi člani, **tako zdravniški kot zobozdravniki**. Medtem ko vizija sledi cilju »zbornica za vse zdravnike in zobozdravnike«, program podaja tudi nekaj odgovorov na dve temeljni vprašanji:

- Ali se zbornica lahko izkaže kot koristna, uporabna in prijazna ustanova za vse njene člane?
- Ali zbornica lahko sproži resnične spremembe v zdravstvenem sistemu?

7 točk programa

Osrednje misli programa za kandidaturo smo strnili v sedem točk, ki jih predstavljam kot kandidatka za predsednico Zdravniške zbornice Slovenije:

1. Izboljšanje pogojev dela in medosebnih odnosov bo prednostna naloga novega vodstva.

Aktualna zdravniška stavka je že v prvih dneh razkrila, da smo zdravniki izkoriščana delovna sila, ki omogoča, da zdravstveni sistem ni razpadel že prej. Zaslužki iz obveznega prekomernega dela, ki se tako radi prikazujejo v javnosti, ne morejo nadomestiti niti počitka niti družinskega življenja. Zato ne čudi, da je med zdravniki toliko **izgorelosti**, ki že dolgo ne velja več za osebno šibkost, temveč je posledica nasilja, ki ga nad zaposlenimi izvaja delovno okolje. Slabe pogoje dela pa ponekod dodatno otežujejo še zelo slabi medosebni odnosi, ki se kot nalezljivi agens širijo v vsa delovna okolja. Tudi v našo zbornico in njen odnos do članstva, kar vodi do nezaupanja in apatije. Zato ne čudi, da spomladanske volitve niso uspele. Kot predsednica zbornice bom naredila vse, da s pozitivnimi spremembami začnemo takoj in »doma«,

to je znotraj zbornice. S spoštljivimi in odkritimi medsebojnimi odnosi se bomo lotili tudi nepravilnosti v lastnih vrstah in pomagali kolegom, ki jih bodo razkrivali v svojih delovnih okoljih. Posebna skrb bo namenjena zdravnikom splošne in **družinske** medicine vse do ureditve njihovih razmer v vseh delovnih okoljih.

2. Zbornica naj zaživi z združenimi močmi, zobozdravnikom omogočimo enakopravnost in avtonomijo.

Pod mojim vodstvom bodo vsi člani imeli priložnost za **sodelovanje v zadevah, ki se jih tičejo**: odločanje o višini članarine, o obveznosti članstva v ZZS, o avtonomiji zobozdravnikov, zmanjševanju birokracije in drugih pomembnih nalogah zbornice. »Politika« zbornice se bo najprej **usmerila v izpolnjevanje pričakovanj in potreb zdravnikov in zobozdravnikov**: kaj pričakujejo od vodstva, kaj od zaposlenih v zbornici, kako naj bi se ti odzivali na vprašanja in prošnje za pomoč. Mnenje članstva želimo dobiti v začetku novega mandata, spletna anketa z vprašanji je že v pripravi. **Poslovanje zbornice v odnosu do članstva** je treba izboljšati takoj. Preštevilna so sporočila članov, ki so se na »našo« zbornico obrnili po nasvet – pravni, karierni ali kakšen drugačen, pa so bili odpravljeni na kratko, brez vsebinskega odgovora ali, kar je še slabše, brez vsakega odgovora. Nobeno vprašanje člana ne sme (in ne bo) ostati brez odgovora, ki bo moral biti podan najkasneje v dveh tednih. Le zadovoljni člani, ki čutijo pripadnost zbornici, so dovolj močna sila, ki se lahko uspešno bori za boljše delovne pogoje in primeren status v družbi. Pri tem je nujno sodelovanje vseh zdravniških organizacij in tudi združenj pacientov, da bomo dosegli **skupni cilj – učinkovit in vsem dostopen javni zdravstveni sistem**.

3. Preglednost delovanja zdravniške zbornice mora postati stalnica.

Slaba preglednost delovanja je ena od šibkih točk sedanjega vodstva. Kje in koliko informacij o delovanju zbornice lahko dobi vsak član zdaj? Spletna stran na nekaterih delih ni posodobljena že dalj časa. Nikjer ni organigrama, iz katerega bi lahko razumeli delovanje vseh organov zbornice in tudi naloge redno zaposlenih. Niti na intranetnih straneh ni mogoče najti nobenega finančnega poročila, kakor tudi ne zapisnikov skupščinskih sej od 17. 12. 2014 dalje (...). S kakšnim razlogom so takšne pomembne informacije dostopne samo nekaterim članom? Kot predsednica zbornice bom poskrbela za sprotno objavo vseh pomembnih informacij za člane, odprta bo možnost za pridobitev poročil o delu organov zbornice. Zavežem se, da bo **komunikacija med vodstvom zbornice in vsemi njenimi člani potekala spoštljivo, hitro in učinkovito**. Za ta namen pripravljamo tudi možnosti spletne komunikacije, ki ne bo odprta za splošno javnost, temveč predvsem za **vprašanja** in probleme, ki jih moramo najprej razrešiti zdravniki in zobozdravniki med seboj, znotraj zbornice. Z vsa resnostjo se bo obravnavalo tudi anonimne pobude, ki se nanašajo na razkritja nepravilnosti (žvižgači). Zdravniška zbornica bo pod mojim vodstvom bolj odkrito delovala na **področju organizacijske kulture in zagotavljanja varnosti pacientov**. Za učinkovito odpravljanje napak in uveljavitev potrebnih sprememb bomo pripravili posebno »klinično pot« za obravnavo napak in odklonov, kjer bo jasno določeno, skozi katere organe zbornice mora iti posamezni predlog in v kolikem času mora biti uresničen. In še navidezno manj pomembna točka preglednosti delovanja: v kolofonu revije Isis bo jasno napisano, kateri prispevki in rubrike se honorirajo in na kakšen način.

4. Profesionalizem naj domuje tudi v hiši slovenskega zdravništva.

Profesionalizem doslej ni bil med prioritetami zbornice. Pa bi moral biti, če želi zbornica uresničevati svoje poslanstvo v odnosih do članstva in tudi v odnosih do pacientov in javnosti. Gre predvsem za **medsebojno spoštovanje, enakost in poštenost**. Slednje se nanaša tudi na **razkritja nepravilnosti**, ugotovljenih ob različnih aferah v našem zdravstvu. Ne bo se več zgodilo, da bi se pomembne ugotovitve iz opravljenih nadzorov prezrle in pozabile, do potrebnih sprememb pa ne bi prišlo. Večkrat se sprašujem, kaj se dogaja v kolektivih, kjer prihaja do ekscesnih dogodkov, ki tako odmevajo v javnosti. Kdo naj bi bil pozoren na te dogodke in kako bi jih lahko preprečevali? Kakšno vlogo ima pri tem zdravniška zbornica? Ali res le nadzorno ali vendarle bolj celostno, v duhu profesionalizma? Sama se zavzemam za slednjo in prepričana sem, da nas je dovolj, ki smo pri tem pripravljeni sodelovati in si dovoliti, da pokažemo tudi svojo človeško, čutečo plat, kultivirano s strokovnim znanjem. Zbornica bo pod mojim vodstvom pripravila in izvedla **izobraževanja in delavnice o profesionalizmu, dostojanstvu in etiki** (za člane brez kotizacije). Vodili jih bodo zdravniki in zobozdravniki, ki sami nesporno delujejo v duhu profesionalizma in razumejo pomen človekovega dostojanstva.

5. Spodbujajmo sodelovanje med kolegi z različnimi statusi, razvijajmo medgeneracijsko povezovanje in solidarnost.

Tovrstno sodelovanje bo postalo redna oblika delovanja zbornice, ne glede na to, ali so člani zaposleni v javnih ustanovah, kot koncesionarji ali zasebniki ali morda delajo zunaj zdravstva. Podobno velja za sodelovanje med kolegi z akademsko kariero in tistimi, ki so se posvetili pretežno delu s pacienti. Še posebej bom spodbujala

medgeneracijsko sodelovanje. V vsakem delovnem telesu zbornice bo zastopan po vsaj en mladi zdravnik (»junior«) in en starejši (»senior«). Starejši zdravniki »seniorji« (ne le upokoјenci) bodo povabljeni, da se pridruži klubu seniorjev, ki ga bomo ustanovili. Seniorji bi lahko poskrbeli za spoštljiv sprejem mladih zdravnikov in jim ponudili prostovoljno tutorstvo ali pa bili na voljo pri vprašanih strokovnega razvoja ali dajali nasvete tistim kolegom, ki določenih vprašanj ne upajo izpostaviti v svojih delovnih okoljih. **Pomembno je, da jim bo zbornica pod mojim vodstvom pokazala, da jih še vedno ceni in želi imeti v svojih vrstah**. Pripravili bomo pogoje za lažje vračanje kolegov iz tujine.

6. Pospešimo nujne spremembe v podiplomskem izobraževanju zdravnikov in zobozdravnikov.

Gre za več velikih sklopov vprašanj, med katerimi najbolj izstopata sistema pripravništva in podeljevanja specializacij, ki vedno bolj demotivirata mladi rod slovenskih zdravnikov in zobozdravnikov. Ti se morajo po diplomi uvrščati na različne »čakalne sezname«. Najprej za pripravništvo. Drugo čakanje, na specializacije, je še bolj nesmiselno. Ob tem, da so razpisi dvakrat letno in da se lahko vsak prijavi le na eno razpisano mesto, določeno število zdravnikov v statusu brezposelne osebe čaka na specializacijo leto dni ali več. To moramo spremeniti. Prav tako kot moramo spremeniti **nepravično plačevanje mentorstva s strani pripravnikov zobozdravnikov** ali strokovno sporno izključitev psihoterapevtskega izobraževanja iz rednega programa specializacij psihiatrije in pedopsihatrije. Del uradnega izobraževanja zbornice bodo lahko postale tudi **vsebine iz integrativne oziroma funkcionalne medicine**. V izobraževanje bomo dodali vsebine, kot so menedžment, zakonodaja, pogodbe, finance, vodenje različnih oblik

dejavnosti, pozitivna psihologija in druga znanja za izboljševanje pogojev dela. **Zdravniki potrebujemo tudi znanje o tem, kako se postaviti zase**, kako prepoznati zlorabe in ustrahovanje na delovnem mestu in kako ustavljati povzročitelje šikaniranja. Igre moči, ki so dnevno »na sporedu« v mnogih delovnih okoljih, je treba spremeniti v poštene in nezlorabljaljoče odnose med sodelavci.

7. Zdravniški ombudsman kot nova oblika neodvisne strokovne pomoči zdravnikom in zobozdravnikom.

Zavezujem se, da bo v mojem mandatu poskrbljeno za **resnično in potrebno pomoč zdravnikom**. Vsi vemo, da je zaradi hudih osebnih stisk umrlo veliko kolegov, bodisi zaradi samomora bodisi zaradi bolezni, ki so povezane s hudim stresom. Nedvomno si **kolegi v stiski želijo pogovora**, pri čemer mora biti zagotovljena anonimnost in utemeljeno pričakovanje, da zaradi iskanja takšne pomoči ne bodo dodatno šikanirani. Odgovoriti bo treba tudi na vprašanje, kako bomo **poskrbeli za kolege, ki morajo delati 40 let** in v zadnjih letih delovne dobe zaradi fizioloških razlogov ne morejo več izvrševati vseh nalog iz svojega delovnega kroga? In kako bomo **pomagali mladim kolegom**, ki se še ne znajdejo v našem zdravstvenem sistemu, ki ga mnogi označujejo za zlorabljevalskega? Zavezujem se, da bo zbornica v času mojega mandata **varovala (tudi s plačano pravniško pomočjo) svoje člane v primerih, ko se bodo srečevali z nesmisli veljavne zakonske ureditve**. Več o ideji zdravniškega ombudsmana in njeni uresničitvi je napisano v knjigi *Stebri zdravništva*.

Vabim vse, ki si želite zbornico po meri članstva, da se nam pridružite po eni od komunikacijskih poti: zdenka.cebsek@gmail.com, <http://zdenkacebsektravnik.si/isis> in <https://www.facebook.com/zdenka.cebsektravnik/>



Zbornica, za povrnitev spoštovanja in ugleda zobo/zdravniškega poklica!

Program dela za kandidaturo za predsednico Zdravniške zbornice Slovenije 2016–2020

Aktualna stavka zdravnikov in zobozdravnikov je dejansko »stresni test« slovenskega zdravstva. V trenutku, ko zdravniki delamo kot del sistema, v katerega so nas umestili, tj. javnega sektorja, se kažejo vse razpoke sistema, pa tudi naše stiske ob tem!

Kdo je razmišljal, kako se počuti

zdravnik, ko ne more bolniku zagotoviti vsega, kar zna, zmore in kar bolnik potrebuje? Kdo je pomagal zobozdravniku, ki uvaja nove tehnologije, ki jih plačnik – ZZZS definira kot »nadstandardne«, pa so le kamenček v mozaiku kakovostne obravnave? Zakaj javnosti ne izvedo, kako nam je hudo, kadar gre nekaj narobe pri zdravljenju? Kje so prikrajšane naše družine, prijatelji, ki nas ni doma ob slovesnostih, praznovanjih, ker smo na delovnem mestu? Vedno sem verjela v spoštovanje medicine, vede, ki pomaga ljudem v najtežjih preizkušnjah, tj. ko zbolijo in se jim zamajajo korenine.

Pa ni bilo spoštovanje in ugled poklica bistveno za odločitev postati zdravnica. Pomembno mi je bilo znanje, ki sem ga pridobila pri študiju, ob izjemnih mentorjih, čudovitih kolegih in sodelavcih. Vse to znanje in še del sebe dajemo zdravniki, ko zdravimo naše bolnike. Ob tem si želimo le, da bi bilo to naše prizadevanje spoštovano in sprejeto z dobrohotnostjo.

Mogoče vas je presenetila moja ponovna kandidatura za predsednico največje stanovske organizacije. Temelji na spoznanju, da mora vsakdo prispevati po svojih najboljših močeh, ko gre za tako pomembno vprašanje, kot je obstoj in delovanje največje stanovske organizacije. Kandidatura in ponovna izvolitev je moj prispevek v tem mozaiku. V stanju družbene krize potrebujemo slovenski zdravniki in zobozdravniki usklajeno delovanje stanovske organizacije s predanim vodstvom, ki izpelje, kar obljubi! Zato sem pripravljena ponovno postati prva med enakimi, ker poznam in razumem naše stiske. Jih znam slišati, reševati in blažiti. Se zavedam odgovornosti in jo lahko sprejem in nosim. Sem tukaj za vas, moji stanovski prijatelji!

Ankete, analize in raziskave potrjujejo, da zdravniki in zobozdravniki ugleda v resnici nikoli nismo izgubili. Ugled zdravnikov temelji na našem znanju! Vemo, da imamo vsakodnevne probleme in da družba zanje kar naprej išče krivce. In zdravniki smo tako zelo primerni »krivci«

za probleme sedanjosti, četudi jih nismo povzročili, niti nismo odgovorni zanje. Zaslužimo si spoštovanje za vestno in predano delo! Ugled bo le še nadaljevanje tega procesa.

Potrebujemo zbornico, ki bo imela aktivno vlogo v oblikovanju zdravstvenega sistema! Dialog s

politiko je vse prej kot lahek. Je pa potreben in nujen! Pomoč združenega slovenskega zdravništva pri pripravi dokumentov za dobro delovanje zdravstvenega sistema je preveč dragocena, da bi jo lahko odklonil kdorkoli. Lahko smo slišani, kot znamo tudi mi poslušati.

Potrebujemo profesionalno, korektno in aktivno komunikacijo, ki jo zagotavljajo mediji za natančno informiranje tako strokovne in še bolj laične javnosti! Spoštovanje se gradi na rezultatih. In zdravniki in zobozdravniki lahko pokažemo ne le dobre, odlične rezultate!

Potrebujemo aktivne člane vseh odborov in komisij, kakor tudi poslance skupščine iz vseh regij za konstruktiven medsebojni dialog, izmenjavo izkušenj, stališč, argumentov ... Tudi s soočenjem različnosti, če je potrebno za izbiro najboljšega! Mladi nam dajete ideje, ideale, dinamiko, celo sanje! V zrelih letih nam izkušnje kažejo, opozarjajo, kje so ovire in na kakšen način jih obvladamo. Ne moreš postati moder, dokler se ne postaraš. Zdravniki dolga leta ohranimo izjemno vitalnost in iz vodnjaka modrost se lahko »napijemo« vsi, ki spoštujemo naše predhodnike.

Potrebovali smo skupni zdravniški dom in ga imamo. Če bi se na primer urgencia v Ljubljani gradila po principih Domus Medica, bi imeli zdravniki v UKC Ljubljana na voljo vrhunske delovne pogoje, ki si jih zaslužijo, in bolniki resnično priložnost za kakovostno zdravstveno oskrbo, kot jo potrebujejo!

»Posebej cenim njen odnos do **starejših zdravnikov**, ki ga je izkazala kot predsednica ZZS s pisnom zahvale zdravnikom ob upokojitvi, ki so veliko prispevali k razvoju stroke, dela v zdravniški zbornici in v zdravniškem društvu. Beseda hvala je v celotni slovenski družbi izjemno redka, zato ta odnos posebej cenim.« Prim. Helena Reberšek Gorišek

»Gordana je ustvarila čudovito delovno vzdušje. **Zna odpreti vsaka vrata**, kadar je to potrebno za izpeljavo naših projektov. Naj si zastavimo še tako ambiciozen cilj, zna najti način, da se ga izvede in doseže. Predvsem pa si delimo isto vrednoto: delamo za dobro zdravništva in ne za lasten interes. Tako motivov in idej kar ne zmanjka.« Prof. dr. Mitja Košnik

Na osnovi mojega prvega mandata so kolegi zapisali:

»Mojo podporo ima, ker **ima rada zdravnike in bolnike**.« Prof. dr. Rafael Ponikvar

»Gordana je predana delovanju zbornice. Brezkompromisno **tudi za ceno svoje popularnosti** zastopa stališča in usmeritve zbornice. Zna delati v skupini in je dovzetna za vse tehtne pripombe. Verjame v ugledno, apolitično, finančno samostojno organizacijo, ki bo skrbela za strokovni nivo, zaščito in splošni ugled zdravnikov.« Prof. dr. Borut Štabuc

»Ljudje tekom profesionalnega in osebnega razvoja **iščemo izzive**, kjer bi svoja videnja in ideje lahko razvijali, dopolnjevali in zaključevali. Ali pa jih vsaj poskusili obelodaniti in spraviti v življenje.« Doc. dr. Antonija Poplas Susič

»Zaradi njene podpore pri zavzemanju za **popolno funkcionalno avtonomijo zobozdravnikov** v zbornici pri vseh zobozdravniških temah, aktivnostih in odločitvah za reševanje naše problematike in zagotavljanje visoke kakovosti zobozdravstvenega varstva ljudi.« Asist. dr. Dušan Šušterčič

Kar pa lahko zapišem v predlog programa za obdobje 2016–2020, je:

- 1. Znižajmo članarine**, saj nam to omogoča Domus Medica.
- 2. Zaščitimo** naše zdravnike in zobozdravnike pred neelojalno konkurenco!
- Organizirajmo **zavarovanje zdravniške odgovornosti** tudi za področje **nekrivdne** zdravniške odgovornosti, da dodatno povečamo **zaupanje** med zdravnikom in bolnikom.
- Pritegnimo v odbore aktivne člane**, ki to samostojno izrazijo s svojo kandidaturo, ki ji priložijo vizijo, cilj in program.
- Imenujmo v vsak odbor vsaj enega specializanta, mladega ter upokojenega zdravnika**, kot vez med mladostjo in modrostjo.
- Povežimo se z varuhi bolniških pravic** za bolj kakovostno komunikacijo z združenji bolnikov in njihovimi svojci ter z našim znanjem prispevajmo za korektno obravnavo njihovih zahtev do obljubljenih zdravstvenih pravic in odškodnine na osnovi nekrivdne odgovornosti.
- Odpravimo administrativne ovire v zbornici** z uporabo elektronskih oblik poslovanja.
- Krepimo mednarodno sodelovanje zdravniških organizacij** za izmenjavo dobrih praks in kot podporo v dialogu s politiko.
- V odbor za bolnišnično dejavnost bom povabila strokovne direktorje naših bolnišnic in v odbor za osnovno dejavnost strokovne direktorje zdravstvenih domov**, da bomo v stanovski organizaciji imeli dialog med primarno, sekundarno in terciarno dejavnostjo in se bodo sprejete rešitve tudi izvajale v zdravstvenem sistemu (vključno z načrtovanjem specializacij).

Ker pred vami, moje spoštovane kolegice in kolegi, nimam česa skrivati, vam z vidika pravega in točnega informiranja poročam tudi o mojih sodnih peripetijah:

- Tik pred volitvami maja 2012 me je, žal naš kolega Evgenij

Komljanec, tudi skozi medije obsojal, ker sem v ZD Izola odpustila delavca s 6. stopnjo izobrazbe, ki je bil plačan kot zdravnik specialist! Na sodišču je lagal, da ga je vrnil na delovno mesto na zahtevo sveta zavoda, ki je bil aprila 2012. Ob tem je on delavca s 1. marcem 2012 že zaposlil in terjal od mene odškodnino; sodba je pravnomočna in **nisem odgovorna** za nastalo škodo ZD Izola!

- Sem pravnomočno obsojena za dajanje **nematerialne koristi tretji osebi**. Ni jasno, kdo je imel nematerialno korist (mogoče celo zbornica?), še manj, kakšna je ta nematerialna korist. ZD Izola je imel neposredno materialno korist v višini 5.000 EUR obresti + donacijo 5.000 EUR. Zadeva je na Ustavnem sodišču, kjer bo, iskreno verjamem, odpravljen ta absurd pravne stroke.

Vse to mi ni odvzelo energije in zaupanja v dobre ljudi, iskrene kolege. Še bolj sem se trudila, delala kot urgentna in družinska zdravnica, bila mentorica specializantom – prav vsi so boljši od mene – in pomagala mnogim. Ponosna sem na svoje mlade kolegice in kolege in hvaležna za priložnost biti njihova mentorica. Na osebnem področju sem od zadnjih volitev na zbornici:

- Doktorirala na Medicinski fakulteti v Ljubljani; rezultati doktorata so podlaga za kriterije za mrežo primarne ravni in standarde in normative družinske medicine.
- Vzpostavila delovanje družbe Medico Veritas d.o.o. – agencije za posredovanje zdravstvenih storitev; omogočila sem delo dvema mladima nezaposlenima, prijavi smo EU-projekt v konzorciju 9 partnerjev, sodelujemo z odličnimi izvajalci v Sloveniji in tujini.

- Vzpostavila delovanje Evropskega zasebnega zdravstvenega zavoda Master Doctor, brez koncesije, ker verjamem v svobodo zdravnika in našega poklica.
- Pridobila dodatne izkušnje na mednarodnem zdravstvenem, ekonomskem in poslovnem področju.

Zavežujem se, da bom vedno neposredno povezana z vami, kolegice in kolegi, v zaščito in pomoč. Delila bom izkušnje slovenskega zdravništva z opravljanjem zdravniškega dela v obsegu za ohranitev licence, tj. najmanj 20 % delovnega časa, prejemale nadomestilo za delo na zbornici v obsegu 80 % delovnega časa preko moje družbe (nobene odpravnine po preteku mandata ne bo!) v skladu z zakonodajo ter se **posvečala predano, odgovorno in z dobro voljo nalogam**, ki mi jih boste z izvolitvijo naložili!

Zbornica je samo z opozarjanjem na težave, ki nas pestijo, v minulem

mandatu delovala kot brezzobi tiger. Vendar je mogoče več, to vem! Tudi za ceno lastne škode. Zbornica zmore še veliko več! Ne obljubljam vam rešitev vsega nakopičenega. Vendar je vaš glas zame korak v pravi smeri, na dobri poti, da se problemi pričnejo reševati ter da pomagamo in prispevamo po svojih najboljših močeh, vsi skupaj za boljši jutri Slovenije.

Zavzemala se bom še posebej:

- za **varnost** našega dela v vseh njegovih dimenzijah (od delovnih obremenitev dalje, varnosti delovnega mesta, do osebne varnosti ...), kdo se bo postavil za zdravnike in zobozdravnike?
- za **razvoj stroke in EB-medicine**, kar vključuje analize in vključevanje v neposredno prakso novih dognanj in tehnologij (Health Technology assesement – HTA, Critical incidents reporting system – CIRIS),
- za **dialog** med deležniki v sistemu in odgovornimi

pristojnimi organizatorji sistema (sogovorce so nam izvolili volivci, si jih ne izbiramo sami, moramo in lahko pa imamo z njimi **dialog, vztrajen, čvrst in spoštljiv!**)

Vsega tega ne zmorem sama, ne zmore sama niti moja ekipa. Za prave rezultate potrebujem vso vašo pomoč in podporo, ki mi jo lahko podarite. Oddajte svoj glas, da ohranimo zobozdravniško in zdravniško avtonomijo, povrnemo spoštovanje in utrdimo ugled našega prelepega poklica.

*Vaša,
prim. dr. Gordana Kalan Živčec,
dr. med. spec. druž. med.
in spec. urg. med.*

P.S.: Vse, ki želite tvorno sodelovati v odborih in komisijah, vabim, da mi v skladu s 4. točko predloga programa pošljete vaše kandidate in predloge za skupni končni program na gordana.kalan@gmail.com



Spoštovani kolegi in kolegice!

Sem Boštjan Kersnič, zdravnik specialist nefrolog. Rodil sem se leta 1974 v Ljubljani. Medicinsko fakulteto sem obiskoval v Ljubljani. Specializacijo sem prav tako opravil v ljubljanski regiji, kjer sem delal na Nefrološki kliniki v sklopu Interne klinike Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana. Po dveh letih dela kot specialist sem se leta 2012 odločil za spremembo zaposlitve in se pridružil ekipi internističnega in dializnega oddelka v Splošni bolnišnici Trbovlje. Zadnjih šest mesecev sem zaposlen v Splošni bolnišnici Novo mesto na nefrološkem in dializnem odseku v sklopu

internega oddelka. Že leta 2012 sem bil povabljen za člana komisije za podiplomsko izobraževanje, v sklopu katere aktivno sodelujem. Na podlagi skrbnih analiz in tehtanj smo sodelovali tudi pri pripravi predlogov novih zakonov, ki bi jih v okviru specializacij lahko predlagala ZZS.

Družinsko in socialno življenje sta zame zelo pomembni vrednoti, saj sem poročen oče treh nadobudnih šolarjev, ki jih zanima vse: od umetnosti, legokock pa do rolkanja. Kot nadobuden, poln vneme in neumorne otroške vztrajnosti počnem z družino vse, kar si želijo početi vsi otroci. In

kaj so me naučili tako otroci kot žena? Da tudi če sedemkrat padeš, je treba tudi osmič vstati in poizkusiti še enkrat narediti to še bolje ...

Kje je naše zdravstvo?

Zdravstvo v Sloveniji ni v dobrem položaju. Vse zdravstvene delavce spremlja pravzaprav strah, ker smo iz dneva v dan soočeni s tem, da smo na robu prepada in občutimo bistveno večje nelagodje kot politiki, ki nam nalagajo vse večje obveznosti. Medijsko zaostrovanje prikaza razmer

niki, sestre in tehniki, skratka vsi uslužbenci in vsi uporabniki. Veliko je težav, ki bi jih radi rešili, vendar bi bilo morda bolje začeti na koncu. Poglejmo, v čem se strinjamo, in tam iščimo skupne zmagovalne rešitve. Poglejmo, kaj nujno potrebujemo, in to najprej naredimo zaradi naših bolnikov. Skupaj, z roko v roki: zbornica, sindikata (Praktikum, Fides), ministrstvo in zavarovalnica.

Zaradi vsega tega se želimo z veliko želje in volje aktivno posvečati delu na Zdravniški zbornici Slovenije. Glede na trenutne razmere vse kaže, da se je zdravništvo znašlo na razpotju in s strani politike ni videti prave volje po ustreznih rešitvah. Kam nas bo odnesel veter, ni popolnoma jasno, vendar je treba vzeti krmilo v roke

in zapeljati stvari v pravo smer. Mislim, da se morajo na zbornici zgoditi spremembe, zaveti nov veter.

Moje razmišljanje

Ko sem razmišljal, za katere cilje si bom še posebej prizadeval, sem ob neutrudni pomoči nekaterih sodelavcev in prijateljev prišel do sklepov, ki predstavljajo hrbtenico mojega programa:

- Povrnitev in vzdrževanje dobrega imena zdravnikov in zobozdravnikov v očeh javnosti
- Pravna pomoč in odškodninsko zavarovanje članov zbornice
- Izboljšanje sistema specializacij
- Ureditev normativov na primarni, sekundarni in terciarni ravni v sklopu zagotovitve ustrezne kakovosti zdravstvenega sistema
- Spodbujanje svobode zdravniškega poklica
- Znižanje višine članarine, ki pa bi postala breme delodajalca
- Mlada, zagnana, s preteklostjo neobremenjena ekipa

V moji ekipi sedaj aktivno sodelujejo doc. dr. Anže Kristan, dr. Matej Kolenc, Janez Dolinar, dr. Matevž Gorenšek. Vrata pa so odprta za vse konstruktivne ideje, ki bi lahko pomagale našemu zdravstvenemu sistemu.

Za konec pa še tole: Zgoraj navedeno predstavlja le kratko osnovno predstavitev mojega aktualnega programa. Gre za delovno verzijo, ki bo verjetno delovna še nekaj časa. Pričakujem in zavezujem se, da bo program aktivna stvar, ki se bo spreminjala v skladu s časom in potrebami. V njem so zapisane smerice, vodila, ki jim imam namen slediti skupaj z delovno skupino. Sem nadobuden in navdušenja poln specialist s tremi nadobudnimi in vedoželjnimi otroki, ki bom sledil polnovrednemu življenju, strokovno, profesionalno in družinsko. Pričakujem konstruktivno razpravo med volivci z namenom, da lahko predlog programa morda z Vašimi idejami v vsakem trenutku še izboljšamo.

Genialna misel sama po sebi nima velike vrednosti, če nima dobre dokončne izpeljave v sklopu tima. Pravzaprav je lahko dobra izpeljava že povprečne ideje več vredna kot še tako genialna misel.

S to mislijo Vam podajam roko, da se udeležite volitev, ki so ključnega pomena za delovanje zbornice. Zelo pomembno je, da se volitev udeležite, da se sliši Vaš glas in da presežemo kvorum. Ne glede na to, koga boste volili. Če pa boste oddali glas za moj program, Vam lahko zagotovim, da bo to sicer zame prvi korak, ki bo verjetno najtežji, ampak ne bo edini in bo pozitivna sprememba tako v vsebinskem smislu kot tudi v smislu vodenja naše zbornice.

Natančnejši program si lahko preberete na moji internetni strani bostjankersnic.si.

Dobrodošli so tudi dodatni predlogi in vprašanja, na katera bom odgovoril v najkrajšem možnem času.

Se vidimo na volitvah!

Boštjan Kersnič

»Drznosti nam ne manjka, ker so stvari težke, temveč so stvari težke, ker nam manjka drznosti.«

Seneka

(senzacionalistično poročanje), neodzivnost aktualne politike, ki ljudem ni sposobna povedati resnice, ter neaktivnost ministrstva za zdravje so v javnosti ustvarili negativen/ odklonilen/sovražen odnos do nas zdravnikov, pa tudi vseh ostalih, ki se vsakodnevno soočamo s stisko ljudi. Posledica neurejenih slabih razmer nas je prisilila k sprejetju Deklaracije za izhod javnega zdravstva v RS iz krize, ki smo jo soglasno podprli na izredni seji Skupščine Zdravniške zbornice Slovenije dne 22. 9. 2016, ki je bila sklicana kot posledica ekscesnega umora našega kolega, dr. Martineza.

Nedavni dogodki so nas zdravnike izrazito pretresli in prizadeli, tako na širši kot na osebni ravni. Prvi odziv je bil seveda strah, kje smo, kaj se dogaja v naši državi, kako naprej? Mlajši kolegi so vzeli stvar v svoje roke in že relativno množično odhajajo v tujino, a to ni rešitev. Jasno nam mora biti, da si ne smemo dovoliti, da bodo naši otroci iskali službo v tujini. Zagotoviti jim moramo ustrezne pogoje.

Ne smemo dovoliti, da strah prevzame krmilo. Vsi skupaj si želimo boljši zdravstveni sistem, vsi ga potrebujemo, bolniki, politiki, zdrav-



| Zakaj?

Po končani fakulteti leta 1990 sem z velikim veseljem in ponosom začel delati v zdravstvenem domu. Navdušenje in pričakovanja so žal počasi zbledeli ob grenkih spoznanjih, ki so se zvrstila v naslednjih letih (ogromno nadur/dežurstev, ki se niti niso štela v pokojninsko osnovo, mizerne plače, pomanjkanje zdravnikov oz. mrtve duše). Nato prva zdravniška stavka, kmalu zatem še druga, ki sta malo zaustavili drsenje slovenskega zdravstva v brezno tranzicije. Ves čas prisotno pomanjkanje sredstev za novo opremo, za sledenje novostim in novim možnostim zdravljenja, ves čas v strokovnih dilemah zaradi čakalnih vrst, ki so se v začetku zelo počasi daljšale, zadnja tri leta pa dobesedno eksplodirale v kaos, ki smo mu priča vsak dan. Po 15 letih bojevanja za zdravnikove pravice v našem zdravstvenem domu sem bil pred hudo preizkušnjo, ki je imela posledice tudi za moje zdravje. Postopek pridobivanja koncesije je bil podoben specialni vojni med direktorjem zdravstvenega doma in mano. Če ne bi bilo pokojnega kolega Franca Šute, bi bila moja prizadevanja za koncesijo dejansko samo prizadevanja. Tako pa mi je

pred 11 leti z ogromno njegove pomoči uspelo pridobiti koncesijo. To mi je pomagalo preživeti, ker se je tudi zdravje povrnilo in stabiliziralo.

A po 11 letih koncesije je zadeva znova zrela za odločitev, saj prizadevanja vseh 26 let mojega dela v zdravstvu žal niso obrodila prav nobenih sadov. Nikakor nam nikoli ni uspelo motivirati dovolj kolegov, da bi dosegli kritično maso za pomembne in potrebne spremembe našega zdravstvenega sistema. Zato počasi, a zanesljivo tonemo. Ta agonija traja že predolgo in jo bo vsekakor treba na tak ali drugačen način prekiniti. Imamo dve možnosti: v procesu aktivno sodelujemo (kar zahteva nekaj volje, dogovarjanja in prilagajanja) ali pa čakamo, da se bo sistem sesul sam vase. Dostikrat slišim komentarje iz naših vrst, da ne moremo ničesar narediti. Da en sam, nekaj ali celo mogoče 100 zdravnikov ne more narediti ničesar, to že obvladam. To so me naučile lastne izkušnje iz zadnjih 25 let. Nimam pa še izkušnje, kaj bi lahko naredilo 1000 enotnih zdravnikov v Sloveniji. Ali pa celo polovica vseh aktivnih v naši državi. Ker to, da bi vsi nastopili kot eden, je žal znanstvena fantastika! Pa bi že zdavnaj morali! Za nastalo situacijo smo prav zaradi neenotnosti tudi soodgovorni! In dlje časa bomo čakali z ukrepanjem, večja bo naša odgovornost za bližajočo se katastrofo.

Mnogi si verjetno mislite, da bo z jesenjo ministrica za zdravje pripravila nekaj dobrega za naš sistem, da bo začela z reformo. In da se spleča počakati še to. Žal je njeno cepetanje (koraki to nikakor niso, kar je mogoče celo boljše za nas ...) usmerjeno v povsem napačno smer. Prav tako razmišljanje celotne politične garniture na oblasti. Zdravstvo usmerjajo tja, kjer zdravstvo še ni bilo: v sužnjelastništvo zdravstvenih delavcev. Vseh profilov. Vse bi nas najraje strpali v

javne zavode in tam izvajali popoln nadzor nad našim delom in življenjem. Vedno več administrativnih zahtev, vedno več govora o učinkovnem delu, nadzoru kakovosti ... Kot v taborišču! Najbolj absurdno je, ko slišim, da je zdravstvo neučinkovito! Ob obravnavi 55 in več bolnikov v družinski ambulanti, 60 na sekundarni ravni nam očitajo neučinkovitost! Ko bi se vsaj pogovarjali o kakovosti!? Učinkovitost torej ni vprašljiva. Je pa kakovost. In to zelo. Tiho na to pristajamo vsi zdravniki. Zakaj se temu ne upremo? Zakaj ne začnemo takoj delati po standardih in normativih? Hrvaški kolegi so to storili. Je zaradi tega s hrvaške strani slišati kakšno kritiko tega početja? Zakaj tudi mi ne storimo tega? Rajši nosimo vsak dan glavo v torbi in čakamo, da bodo zdravniška zbornica, Fides, zdravniško društvo, združenje zasebnikov ali Praktikum kaj storil za nas.

In direktorji javnih zavodov, po večini zdravniki: kdaj so nazadnje dvignili glas, da tako ne gre več naprej!? Vzdržujejo sistem mrtvih duš, za ceno zdravja bolnikov varčujejo pri materialih, osebju in še čem. Zdravnice/zdravnike silijo v strokovne dileme večkrat dnevno in zaradi tega v osebne stiske. Kolegica izvedenka je ovadenega kolega Radana označila za človeka v veliki stiski! Koliko nas je vsak dan v veliki stiski? In zakaj smo kljub temu tihi? Zaradi bojzani za delovno mesto? Tako namreč govorijo delavci v naših ambulantah, ko ugotovimo, da delajo izgoreli ali celo bolni. Ali res še nimate izkušnje, da je vsak kolega, ki gre iz sistema, vsaj za nekaj časa nenadomestljiv? Nekaterih celo več let ne nadomestijo novi kolegi! Koliko od vas bi si želelo svobodno opravljati svoj poklic? In koliko možnosti za to imate? Koliko od vas bi direktorja/šefa najraje »nekam poslalo«? Koliko od vas se je že srečalo z nepravilnimi

in strokovno neutemeljenimi napredovanji? Koliko od vas bi si želelo normalne obremenitve in kakovostno delo? S tem tudi pravo opravljanje našega poslanstva! Pomagati ljudem po svojih najboljših močeh. Opravljati delo spet popolnoma v skladu s

Hipokratovo prisego in našim kodeksom ... Pa vseeno čakamo čudež, ki se ne zgodi, ki ga ni na vidiku. Stvari bomo morali vzeti v svoje roke!

Politiki ne bodo storili čisto nič, da bi nam olajšali pogoje dela. V to bi sedaj že morali biti vsi bolj ali manj prepričani. Saj smo vendar dovolj inteligentni za to! Njim je v interesu, da se čim dlje nič ne spremeni. Zato v zdravstveni sistem 25 let niso vložili čisto nič. Samo odvzeli so nam, nas prisilili v »večjo učinkovitost«! In tako bo ostalo, če se ne bomo potrudili. In po fizikalnih zakonih sistemom, ki jim ne dovajamo dovolj energije, grozi kaos! Torej: vložimo vsak vsaj nekaj svoje precej izrabljene energije še za to, da nam bo bolje! Da bodo naše obremenitve postale znosne. Da bomo imeli kakovostno opremo in materiale za naše delo. Da bomo imeli res prave vodilne sodelavce, ne pa politično všečne in nesposobne! Da se bodo med nas vrnili dobri in kolegialni odnosi in ne bo več podcenjevanja, žalitev in ustrahovanja.

Sam sem na pobudo kolegov iz Izvršilnega odbora Strokovnega združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije (SZZZZS) pripravljen prevzeti ta čas mogoče najtežjo funkcijo v slovenskem zdravništvu, če mi boste seveda zaupali svoj glas na prihajajočih volitvah za predsednika Zdravniške zbornice Slovenije. To je moj zadnji poskus, da

bi pomagal slovenskemu zdravništvu na zeleno vejo. Ob vašem dovolj velikem zaupanju pa nas čaka odločna skupna bitka za osvoboditev zdravniškega poklica. Ali ni to nekaj najboljšega, kar lahko storimo zase?

Program kandidata za predsednika ZZS:

- 1. Popolna svoboda zdravniškega/zobozdravniškega poklica v najkrajšem možnem času!** Zdravnik z ustrežno licenco si izbere način dela (s.p., d.o.o. ali zaposlitev pri drugem delodajalcu, ki je lahko javni zavod ali zasebnik). Bolniki svobodno izbirajo izvajalca zdravstvene dejavnosti, zavarovalnica pa vse opravljene storitve plača po enotnem ceniku za vse (javne ali zasebne) izvajalce!
- 2. Takojšnje sprejetje ustrezne zakonodaje za uveljavitev svobode zdravniškega/zobozdravniškega poklica.**
- 3. Popolna uskladitev zdravstvene zakonodaje z zakonodajo v EU.** Dejanska uvedba direktive EU o prostem pretoku blaga in storitev. Leto 2020 je blizu, o njem pa naša zdravstvena politika še ne razmišlja ... Kaj pomeni 40 ur na teden, pa vidimo prav zdaj!
- 4. Razbremenitev zdravnikov/zobozdravnikov** opravljanja zavarovalniških poslov in drastično zmanjšanje administrativnih opravil (bolniški staleži, potni stroški, medicinsko-tehnični pripomočki, zdraviliško zdravljenje ...). Zdravniki nismo uslužbenci ZZS-ja! Šolali smo se za

zdravljenje ljudi, ne za administracijo!

5. Takojšnja uveljavitev standardov in normativov za zdravniško/zobozdravniško delo. Bolnik naj postane središče našega zanimanja. Sedaj je namreč to časovna stiska, žal ...

6. Sprejem zakonodaje, ki bo uredila področje zdravniških/zobozdravniških napak.

Področje je zelo pereče, ker sedanja zakonodaja izpostavlja napako v praksi kot kriminalno dejanje. Potrebne so korenite spremembe, ki bodo omogočile odkrivanje napak in njihovo odpravljanje na sistemski ravni. **Zdravnike/zobozdravnike** pa moramo zaščititi pred medijskim linčem zaradi napak.

7. Višina članarine ZZS: skrbna preučitev možnosti za znižanje članarine in odvisno od rezultata njeno znižanje v prihodnjem letu.

8. Odprava sistema mrtvih duš v javnih zavodih. S tem je povezano tudi plačilo po opravljenem delu, merilo pa mora biti tako kakovost (na prvem mestu!) kot količina opravljenega dela.

9. Sindikata Praktikum in Dens povabiti k tesnejšemu sodelovanju z zbornico.

Jaz sem na bitko pripravljen. A tokrat nisem pripravljen tega početi več sam kot vedno do zdaj. Sem pa pripravljen vas popeljati v to bitko, če mi boste na volitvah to zaupali ...

Zato!

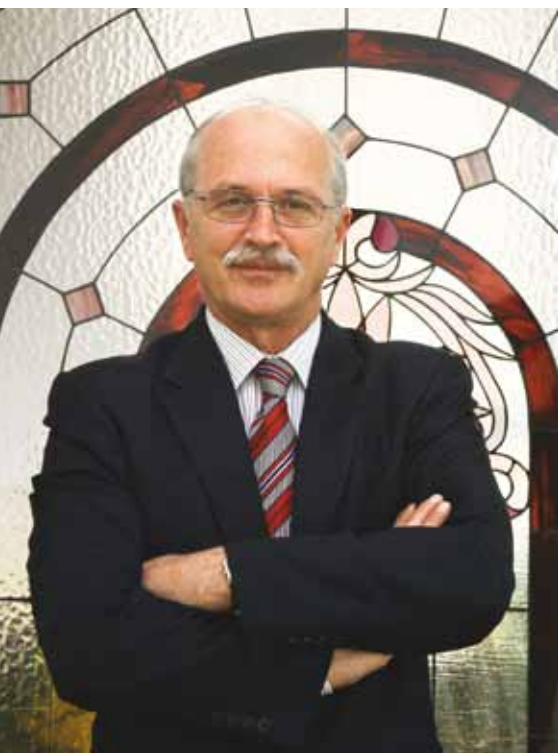
*Miro Lasbaher, dr. med.,
spec. spl. med.*



Volitve predsednika zbornice 2016



www.zdravniskazbornica.si/volitvepredsednika2016



Zbornica – mesto povezovanja zdravstvene politike in zdravniških interesnih skupin

Pred štirimi leti ste mi zaupali vodenje osrednje zdravniške organizacije v nekem razburljivem obdobju. Bilo mi je v čast in izziv, toda mandat ni bil prav lahek. Vse preveč je bilo menjav ministrov za zdravje in v ospredju so bile odmevne afere, ki so odvrčale pozornost javnosti od prepotrebnih sprememb v zdravstvu. Končno smo dočakali tudi aktualno ministrico, ki bolj kot pripravljenost reformirati slovensko zdravstvo izkazuje izrazito nenaklonjenost zdravništvu. Od pričakovanih reform nismo dočakali ničesar, bili pa smo priča ukinjanju Zakona o zdravniški službi, Zdravniške zbornice Slovenije in postopnemu zatonu koncesionarjev.

Meje razuma aktualne politike glede odnosa do slovenskega zdravništva so že davno prekoračene. Aktualna splošna stavka zdravnikov in zobozdravnikov pod vodstvom sindikata Fides je logičen rezultat vladne ignorance in zdravstvene politike brez vizije. Njenih dimenzij in posledic v tem trenutku niti ni moč predvideti. Stavka v naših očeh ni prijetna, je legitimna, a tudi upravičena. Zato tudi polna podpora ZZS tako v sami

vsebini in še posebej z vidika stanovske solidarnosti.

Moje delo vam je skozi mandat dobro poznano, tako v dobrih kot manj dobrih odločitvah. Zbornica stoji na trdnih finančnih temeljih in ima utečen aparat. Najbolj občutljivo vprašanje glede skrbnega ravnanja s članskim denarjem je zagotovljeno preko nadzornih institucij. Verjamem v poslanstvo zbornice, zaupam vam, da se boste v kar največjem številu udeležili teh zelo pomembnih volitev, izbrali svojega favorita in tako zagotovili stabilne razmere za delovanje stanovske institucije, ki politiki ni pogodu.

Ključni poudarki tega mandata bodo:

1. Politika, družba in ugled v javnosti – »Zdravniška zbornica Slovenije kot zaupanja vreden partner zdravstvene politike«

Zdravniški poklic je po anketah med najbolj spoštovanimi v družbi. To je razumljivo z vidika humanosti našega poklica in presenetljivo glede na številne afere v zdravstvu in dolgoletne nesporazume s politiko. Sporazumevanje z javnostjo je mnogo pomembnejše, kot smo si na trenutke pripravljene priznati. To še posebej velja za čas konfliktov oz. splošne stavke zdravnikov in zobozdravnikov.

- **Prenovljeni Kodeks zdravniške etike** naj nam bo tudi v prihodnje vodilo pri ohranjanju zdravniškega lika visokih etičnih načel.

- **Spoštujemo ceh in negujemo naše odnose v stanu:** Tudi zdravniki in zobozdravniki nismo imuni na sedanje družbene razmere. Spori med zdravništvom so nekaj najslabšega, kar se nam lahko dogaja pred kritično presojo javnosti. Na tem področju ni izgovorov za slabe prakse.
- **Proaktivno sodelovanje z mediji** moramo krepiti tako v primerih uspehov slovenske medicine kakor v primerih neželenih, a odmevnih dogodkov. Zlasti v teh primerih bo potrebna bolj aktivna vloga in takojšen odziv predstavnikov posamezne stroke v javnosti.
- **Sodelovanje z združenji bolnikov, civilnimi iniciativami in zastopniki bolniških pravic** mora tudi vnaprej potekati še bolj intenzivno v smeri medsebojnega razumevanja, spoštovanja in zaupanja. Reforme zdravstva brez teh združenj po navadi ni mogoče izvesti.

V dalj časa trajajoči agoniji slovenskega zdravstva so se posledično skrhalo tudi odnosi in zaupanje med politiko, zdravniškimi organizacijami oz. slovenskim zdravništvom. Trenutna splošna stavka je samo rezultat dolgoletnega zaničevanja našega ceha in ignorance aktualne politike. Brez aktivne vloge zdravništva ni uspešnega zdravstva, zato je partnersko sodelovanje z organiziranim zdravništvom v interesu države.

Tako je bilo zamišljeno v zakonodaji iz leta 1992 in to je eden od bistvenih razlogov za ustanovitev in delovanje Zdravniške zbornice Slovenije.

- **Celovita reforma zdravstva** se ne izvaja. Sprejeli nismo še niti enega systemskega zakona, še vedno ne poznamo temeljnih izhodišč za reformo zdravstva. Čeprav so tudi v naših vrstah pomisleki glede sodelovanja ZZS pri oblikovanju zdravstvene politike, sam zastopam stališče, da brez naše poudarjene vloge v njej ne bo reforme zdravstva in optimalnih rešitev.
- **Zakon o zdravniški službi nima alternative:** Skupščina ZZS in vse zdravniške organizacije so zavrnilo Zakon o zdravstvenih delavcih, katerega osnova je ukinitve ZZS. Zakon o zdravniški službi je pripravljen in pričakujemo razpravo z MZ.
- **Standardom in normativom** se ni moč več izogniti in kot kažejo pogajanja, bodo končno sprejeti. Brez njih ni reforme, ni pogojev za varno in strokovno delo, brez njih ni mogoče napraviti mreže zdravniških delovnih mest in načrtovati zdravniških specializacij.
- **Nekrivdno zavarovanje zdravnikov** je prava alternativa vse večjim odškodninam in razvoju defenzivne medicine z znatnimi finančnimi posledicami. To so 10-letna prizadevanja ZZS brez posluha MZ in tudi v nadaljevanju moramo tej temi posvetiti največjo pozornost.
- **Najvišja strokovna telesa (RSK) ne sodijo pod pristojnost MZ.** Politizacija stroke je že dvakrat pripeljala do razpada teh teles. Brez aktivne vloge stroke ne bo optimalnih rešitev v zdravstvu. Njihovo delovanje naj bo v okviru zdravniških organiza-

cij povsem neodvisno, koordinirano s strani SZD/ZZS in ustrezno logistično in finančno podprto. Suboptimalno delovanje najvišjih strokovnih teles je po oceni Koordinacije zdravniških organizacij ena večjih napak slovenskega zdravstva.

- **Izboljšati proces sodelovanja z MZ pri izvajanju javnih pooblasti:** ZZS korektno izvaja te procese. Tako na področju nadzorov kakor specializacij so možnosti izboljšav, ki so uresničljive le z dobrim sodelovanjem z MZ. Javna pooblastila so v interesu zdravništva in politike, kajti govorimo o samoregulaciji pomembnega poklica v družbi.
- **Obvezno ali prostovoljno članstvo ZZS:** Glede na zahtevna javna pooblastila, ki jih izvajamo, sem zagovornik obveznega članstva, tako kot vse zdravniške organizacije, Skupščina ZZS, Skupščinski svet ZZS. Toda politika zagovarja prostovoljno članstvo in odvzem javnih pooblastil, po anketah poslancev večji del zdravništva ne podpira obveznega članstva. Menim, da je napočil čas, da z anketo ali referendumom to razčistimo slovenski zdravniki in zobozdravniki sami in ne dopustimo, da o tem odloča politika. Sporočimo ji našo voljo.

2. Družinska medicina in optimizacija procesov v zdravstvu: Prihodnost slovenskega zdravstva se bo zaradi demografske slike reševala na poudarjeni vlogi družinske medicine in sodelovanja s kliničnimi zdravniki. Družinski zdravniki naj bodo v večji meri vključeni v obravnavo svojih bolnikov v bolnišnicah. Togo ločevanje na osnovno in bolnišnično zdravstvo je preživeto in usmeriti se moramo v tesnejše in spoštljivo medsebojno povezo-

vanje s kliničnimi konferencami v lokalnem okolju. Aktualna pogajanja z vlado o normativih so obetavna glede novih družinskih zdravnikov, njihovega nagrajevanja in razbremenjevanja.

Družinski medicini gresta posebna skrb in pomen znotraj ZZS, strokovna združenja in sindikati družinskih zdravnikov so med najbolj aktivnimi. Družinski zdravniki naj sami predlagajo uveljavljenega strokovnjaka za delo v zbornici. Glede na pomen in število članov družinske medicine jim vsekakor pripada mesto enega od podpredsednikov ZZS.

3. Izobraževalni procesi, mladi zdravniki, specializacije:

Vključevanje mladih zdravnikov v strukturo zdravniških organizacij mora potekati hitreje. V procesu imamo preko 2000 specializantov in projekcije kažejo, da bo v naslednjih 4 letih usposobljenih več kot 1300 zdravnikov in do leta 2025 preko 1900. Ustvarjanje razmer za njihovo zaposlitev doma bo ena od osrednjih aktivnosti ZZS v naslednjem obdobju, zahtevala bo znatna finančna sredstva in bo v veliki meri odvisna od reforme zdravstva.

- **Neprofitni sklad za izobraževanje:** Izboljšati dostopnost do izobraževanja vsem zdravnikom.
- Izobraževanje brez kotizacij je v teku in prvi odzivi dobri, dvorane so zasedene. Za zdaj se dejavnost izvaja iz članskega denarja, v nadaljevanju tudi iz donacij.
- **Fundacija za štipendiranje perspektivnih mladih zdravnikov v tujini.**
- **Poenostaviti licenčni pravilnik in obnavljanje licenčnih listin.**
- **Skupaj s Slovenskim zdravniškim društvom (SZD) razviti sistem certificiranih podiplomskih znanj in veščin ter posodobiti vsebine specializacij.**

- **Skupaj z Ministrstvom za zdravje (MZ) vzpostaviti nov sistem specializacij**, ki bo zagotavljal strokovno, epidemiološko in demografsko preskrbljenost Slovenije z zdravniki ustreznih specialnosti. Izbirni postopki bodo poenostavljeni.
- 4. Pozornost do naših starejših kolegic in kolegov:** Prilagodili bomo licenčne obveznosti pri upokojenih zdravnikih, bistveno sofinancirali njihovo udeležbo na plačljivih izobraževanjih, starejše kolege bomo vključevali v vse strukture ZZS in jim omogočili aktivno delo. Navsezadnje so z vidika udeležbe na volitvah najbolj aktivna skupina. Dom starejših zdravnikov v osrednji Sloveniji je realna možnost in začetne razprave so dokazale naklonjenost temu projektu. Našim starejšim kolegom smo dolžni izkazovati spoštovanje tudi s prednostno obravnavo v primeru zdravstvenih težav.
- 5. Bolnišnice in specialistično zdravstvo:** To je najtežji segment zdravstva tako po organizacijski kakor finančni plati. Skladno s strategijo KZO naj bolnišnice postanejo poslovno samostojne in neodvisne od MZ, tako z vidika upravljanja kot kadrovanja. Dejavnost naj opravljajo tudi na trgu, s centri odličnosti naj konkurirajo v prostoru EU. Izstop iz sistema plač javnih uslužbencev je predpogoj sodobnega upravljanja bolnišnic. Ne glede na trenutno nestrinjanje vlade, bo do tega prišlo pod prisilo EU, ki zahteva reformo zdravstva v Sloveniji. Bolnišnični zdravniki so najštevilčnejša skupina; na njihovem prispevku v veliki meri temelji naša zbornica oz. njeno upravljanje.
- 6. Zasebno zdravstvo je treba krepiti:** Aktualna politika ni naklonjena zasebnim pobudam na področju zdravniškega dela. Glede na javnofinančno stanje države je

kljub trenutnim ideološkim predsodkom pričakovati večjo vlogo zasebnega zdravstva.

- Odločno bomo vztrajali pri pravnem redu EU glede izenačenih pogojev dela zasebnih oblik dela z javnimi zavodi, tudi za ceno sporov pred evropskimi arbitri.
 - Povečati je treba število zasebnih oblik zdravniškega dela zlasti v osnovnem zdravstvu in specialistični ambulantni dejavnosti.
 - Slovenija nujno potrebuje nekaj zasebnih bolnišnic.
 - Zasebno zdravstvo in javni zavodi se dopolnjujejo v izvajanju javne zdravstvene dejavnosti.
- 7. Zobozdravniška zbornica ali avtonomija:** V času mandata se nisem srečeval z zahtevami po samostojni zobozdravniški zbornici. O podpredsedniku ZZS bodo tudi tokrat odločali poslanci zobozdravniki. Končno odločitev o morebitni popolni samostojnosti bodo sprejeli zobozdravniki sami in zdravniki kot prepričljiva večina v zbornici bomo njihovo odločitev spoštovali.
- 8. Zdravniška zbornica, Domus Medica in zdravniške organizacije:** Zgradba kot okvir skupnega domovanja zdravniških organizacij je postavljena in omogoča optimalne pogoje za strokovno, kulturno, družabno in organizacijsko podporo slovenskemu zdravniku in zobozdravniku. Proces vse tesnejšega povezovanja z opredelitvijo pristojnosti poteka v Koordinaciji zdravniških organizacij in ga podpira 85 % poslancev ZZS. Enotnost in usklajeno delovanje zdravniških organizacij v današnjih razmerah postaja nujnost.
- **Pravna zaščita zdravnikov** je s pravilnikom vzorno urejena in v vse večji meri poteka s sindikatom Fides. Omogoča svetovalno dejavnost v primeru delovnopравниh sporov in odškodninskih zahtevkov.

- **Pravno svetovanje članstvu** na področju zasebnega in civilnega prava, pri javnopravnih vprašanjih, kakor tudi finančno svetovanje.
- **Svet za kakovost in varnost** je pripravljen in čaka na odločitev MZ glede pooblastila in vodenja klinične kakovosti skupaj z razširjenimi strokovnimi kolegiji (RSK) in strokovnimi združenji SZD.
- **Najvišja strokovna telesa v Sloveniji (RSK)** kot neodvisni organi sodijo v Domus Medica, katerim bodo s strani ZZS/SZD zagotovljeni optimalni pogoji dela ter pravna in ekonomska podpora.
- **Pomoč zdravnikom v stiski in skrbstveni sklad:** Štipendiranje preko 30 otrok naših kolegov poteka nemoteno, zdravnikom, ki se znajdejo v stiski, bomo morali posvečati več pozornosti. Glede na finančno stanje bomo povečali sredstva za te oblike pomoči.
- **Višina članarine ZZS:** Finančno stanje omogoča znižanje, poslanci so o tem že razpravljali. Ali novi portfelji ali znižanje članarine ali oboje, bodo prve teme novosklicane skupščine.
- **Negovalni dom za ostarele kolege v središču Slovenije:** Opravljene so začetne razprave in idejne zasnove. Projekt smo sposobni uresničiti ob najširšem soglasju slovenskih zdravnikov in vseh zdravniških organizacij.

Želim si, da bi se razmere v zdravstvu kar najhitreje uredile. Toda hkrati vem, da se bo stanje normalizacije slovenskega zdravstva vleklo še leta. Tisto, kar lahko v tem trenutku obljubim, je vestno in korektno upravljanje institucije pri zastopanju interesov slovenskih zdravnikov.

*S spoštovanjem in lepimi pozdravi,
Andrej Možina*

Iz dela zbornice

Stališče Odbora za zobozdravstvo glede vodenja čakalnih seznamov

Spoštovani,
Odbor za zobozdravstvo (OZB) člane zbornice ponovno obvešča o svojem stališču, da je sistem ureditve vodenja čakalnih seznamov neustrezen, saj od splošnih (izbranih) zobozdravnikov, torej izvajalcev osnovne zdravstvene dejavnosti, zahteva vodenje čakalnih seznamov, čeprav to iz strokovnih razlogov ni izvedljivo. Zato OZB od Ministrstva za zdravje zahteva, da se dopolni sporni 15. člen Zakona o pacientovih pravicah, ki iz kroga zavezancev za vodenja čakalnih seznamov za preglede izključuje zgolj družinske zdravnike in pediatre. Med

te izvajalce je treba nujno dodati tudi splošne zobozdravnike.

Tudi iz dokumenta Razširjenega strokovnega kolegija o strokovnih kriterijih za razvrščanje zobozdravstvenih storitev v posamezne stopnje nujnosti izhaja, da se za konservativno zobozdravstvo čakalnih seznamov praviloma ne vodi.

Iz navedenih razlogov OZB ne podpira stališč DENS-a, ki je na dogovarjanjih z Zdravstvenim inšpektoratom RS naročilno knjigo še bolj približal čakalnim seznamom, čemur OZB najbolj odločno nasprotuje.

Odbor za zobozdravstvo ZZS

Sodišče odločilo: Dr. Gordana Kalan Živčec ni upravičena do odpravnine

Delovno in socialno sodišče v Ljubljani je zavrnilo zahtevek nekdanje predsednice ZZS dr. Gordane Kalan Živčec, dr. med., po izplačilu odpravnine v višini 50.664,52 EUR (s pripadki), ki jo je terjala od zdravniške zbornice. Sodišče je pritrdilo stališču zbornice, da je zahtevek neutemeljen, saj izhaja iz pogodbe o zaposlitvi, ki jo je nekdanja predsednica podpisala s sebi podrejeno osebo, to je podpredsednico zbornice Sabino Markoli, dr. dent. med. Odločitev sodišča še ni pravomočna.

Na podlagi razzsodbe je nekdanja predsednica dolžna zbornici plačati 2.164,28 EUR pravnih stroškov.

Izobraževanje o uporabi medicinske konoplje in kanabinoidov pri paliativni oskrbi pacientov

V četrtek, 10. 11. 2016, je v prostorih Domus Medica potekal prvi modul šolanja o uporabi medicinske konoplje in kanabinoidov pri paliativni oskrbi bolnikov. Izobraževanja se je udeležilo 120 slovenskih zdravnikov, ki so se podrobneje seznanili o pomenu in vlogi medicinske konoplje, načinu in izvedbi postopkov pri zdravljenju in vrsti bolezni ter simptomov, ki bi se jih v praksi lahko lotili z njeno uporabo.

Pri organizaciji izobraževanja so združili moči Zdravniška zbornica Slovenije, Nacionalni inštitut za varovanje zdravja in Onkološki inštitut Ljubljana. Del šolanja je bil zaradi velikega interesa javnosti namenjen tudi novinarjem, ki so se ob izvajanju prvega modula udeležili tiskovne konference. Na dogodku, ki ga je povezovala prim. Jasna Čuk Rupnik, dr. med., so sodelovali domači in tuji strokovnjaki, ki so na kratko povzeli vsebino svojih predavanj: asist. Milan Krek, dr. med., Nacionalni inštitut za javno zdravje, prof. dr. Gorazd Drevenšek, dr. Ilya Reznik, Izrael, dr. Lumir Hanuš, doc. dr. Tanja Bagar.

Podrobnejše informacije o vsebini izobraževanja so vam na voljo v obliki zbornika, ki je dostopen na spletni strani: <http://www.domusmedica.si>

Naslednje šolanje bo predvidoma spomladi 2017. Namenjeno bo predvsem izobraževanju o uporabi medicinske konoplje in njenih derivatov pri zdravljenju nevroloških obolenj.





Volilni zbori

V torek, 15. 11., in sredo, 16. 11. 2016, sta v Ljubljani in Mariboru potekala volilna zborna, na katerih so se navzočim predstavili naslednji kandidati za predsednika Zdravniške zbornice Slovenije:

- Dr. Zdenka Čebašek - Travnik, dr. med.
- Miro Lasbaher, dr. med.
- Prim. dr. Gordana Kalan Živčec, dr. med.
- Boštjan Kersnič, dr. med.
- Prim. Andrej Možina, dr. med.

Vsi kandidati so do 17. 11. 2016 vložili svoje candidature.

Volitve, ki se bodo opravile z glasovanjem po pošti, bodo potekale 13. decembra 2016.

Hvala za vaš glas.

E-list: poziv mentorjem

E-list zdravnika specializanta omogoča vpisovanje evidenc o opravljenem usposabljanju. Od specializantov se zahteva, da opravljene posege/obravnave vnašajo sproti. **Posebej**

pozivamo vse neposredne in glavne mentorje, da skrbno in sproti potrjujete posege, ki so jih v E-list vpisali vaši specializanti. Obvestilo o tem, da morate poseg potrditi, prejmete po elektronski pošti. Za dostop do aplikacije E-list potrebujete geslo za »vstop v mojo zbornico«, ki ga prejmete, če pišete na: milan.kokalj@zss-mcs.si. Pomoč ali dodatne informacije: elist@zss-mcs.si

Poziv Zdravniške zbornice za razširitev obsega storitev, ki bodo v letu 2017 financirane iz zdravstvene blagajne

Zdravniška zbornica je pred začetkom pogajanj za sprejem Splo-

šnega dogovora za pogodbeno leto 2017 na pogajalske partnerje naslovila poziv, naj se pri določitvi obsega programov (storitev), ki bodo v letu 2017 financirani iz zdravstvene blagajne, dosledno držijo predpisov s področja obveznega zdravstvenega zavarovanja. Neupoštevanje teh predpisov je namreč privedlo do nedopustno dolgih čakalnih dob, saj se je obseg financiranih programov (storitev) ves čas prilagajal nezadostnemu obsegu razpoložljivih sredstev v zdravstveni blagajni.

Za skrajšanje čakalnih dob so potrebna dodatna sredstva v zdravstveni blagajni, predpisani mehanizem za njihovo zagotovitev pa je razširitev dogovorjenega obsega programov v splošnem dogovoru, čemur mora slediti ustrezen dvig prispevne stopnje.

S tem pozivom zbornica izvršuje Deklaracijo za izhod javnega zdravstva v RS iz krize, ki jo je skupščina zbornice sprejela na izredni seji dne 22. 9. 2016. Celotno besedilo poziva je bilo objavljeno v 407. tedenskem biltenu ZZS.

Peter Renčel, univ. dipl. prav.



BOŽIČNO-NOVOLETNI KONCERT ZDRAVNIŠKE ZBORNICE SLOVENIJE

Vljudno vas vabim na tradicionalni božično-novoletni koncert Zdravniške zbornice Slovenije in Zdravniškega orkestra Camerata medica ter na

svečano podelitev odličij Zdravniške zbornice Slovenije

*v četrtek, 15. decembra 2016, ob 18. uri
v Modri dvorani Domus Medica, Dunajska c. 162, Ljubljana.*

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



Kaj imata skupnega stavka in skupinsko naročanje?

Ob 5. obletnici spletne zdravniške skupnosti Medikont

Krištof Zevnik, dr. dent. med., Zobozdravstvena ordinacija Zevnik, Ig

Preden začnem, sem vam dolžen razkritje. Sem zobozdravnik zasebnik s sklenjeno pogodbo z zavarovalnico za izvajanje zobozdravstvenih storitev.

Za svoje delo ne prejemam nobene plačila s strani Medikonta ali/in proizvajalcev, dobaviteljev ali katerekoli tretje osebe/podjetja, ki so s svojimi izdelki prisotni na spletnih straneh Medikonta ali kjerkoli drugje.

Pred petimi leti sem ustanovil Medikont (www.medikont.si) – spletno zdravniško skupnost, kjer zdravniki naročamo izdelke za naše delo neposredno pri proizvajalcu s pomočjo združevanja posameznih naročil.

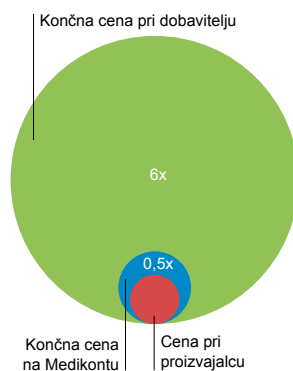
Začnimo pri koncu ...

V vseh teh letih zdravniške trgovalne skupnosti imam priložnost vpogleda v cene proizvajalcev. Torej v začetne cene, s katerimi razpolaga slovenski dobavitelj. Razlike do končnih cen so naravnost ogromne.

Posplošeno lahko mirno trdim, da je denarja za pošteno plačilo (35–90 evrov) zdravniškega dela v sedanjem zdravstvenem sistemu dovolj.

V dokaz vam predstavim primerjavo končne cene enega izmed proizvajalcev zobnih vsadkov, s katerim sodelujemo na Medikontu. Proizvajalec je eden izmed večjih v EU s proizvodnjo približno 300.000 vsadkov letno. Za primerjavo: slovenski trg vgradi približno 20.000 vsadkov letno.

Na sliki je grafično modro prikazana končna cena na Medikontu, zeleno pa končna cena enakega izdelka z enakimi specifikacijami in lastnostmi pri slovenskem dobavitelju.



Zgornja slika prikazuje razmerje marže (večinoma gre za 3- do 6-kratnik) slovenskega dobavitelja v primerjavi s ceno proizvajalca in enak izdelek, ki ga zdravnik naroči v skupinskem naročilu preko spletne platforme z upoštevanimi stroški logistike.

Razlika v dobičku dobavitelja je ogromna.

Pa malo ekstrapolirajmo številke v ekstreme s predpostavko, da bi vsi zdravniki naročali konkretni izdelek (zobni vsadek) neposredno od proizvajalca.

Spodnja tabela pove veliko. Prikazuje, kako bi lahko z razliko med maržami za konkretni izdelek (zobni vsadek) zaposlili 100 zdravnikov s 13.

Povprečna cena zobnega vsadka s suprastrukturami v Sloveniji	310 EUR
Število vstavljenih vsadkov letno	20.000
Razlika med končno ceno Medikonta in slovenskega dobavitelja	4.000.000 EUR (4 milijone evrov)
Letni strošek zdravnika v 43. razredu z vsemi stroški (neto 1450 EUR) + 13. in 14. plača (kar so le pobožne želje vsakega)	39.956 EUR
Hipotetični izračun 100 na novo zaposlenih zdravnikov v 43. plačilnem razredu s 13. in 14. plačo na leto	3.995.600 (skoraj 4 milijone evrov)

in 14. plačo v 43. plačilnem razredu na leto. Izračunajte sami, kaj vse bi lahko naredili s tem denarjem.

In kje se vse skupaj začne?

Nalijmo si čistega vina. Vse, kar se prodaja v medicini, je podvrženo velikim dobičkom. Za svetovne proizvajalce medicinski izdelkov in naprav je Slovenija v njihovem globalnem svetu ekonomije statistična napaka. Dejansko smo premajhni, da bi proizvajalci iskali druge poti komuniciranja s končnimi uporabniki. To so idealni pogoji za ekskluzivne dobavitelje na majhnem in omejenem področju, kot je Slovenija. Zaradi geografskih, jezikovnih in cehovskih omejitev torej Slovenija, po klasičnem vzorcu trgovanja, potrebuje dobavitelja.

Dejstva so s pridom uveljavile ekonomsko-politične mreže v bivši Jugi. Te mreže so se delno ohranile tudi v samostojni Sloveniji. Centralno-planski sistem organiziranja države je pripomogel, da so zdravniško delo omejili na obravnavo pacientov. Za vse ostalo bomo poskrbeli Mi (ekonomsko-politične mreže). Sistem. Poslovanje, trgovanje je bilo domena Drugih. Omejitev delovanja zdravnika na izključno zdravniško delo je v Sistemu v enaki meri prisotna še danes. Zdravnik zdravi, Drugi poslujejo. Država pa poskrbi, da so zakoni (ne)napisani, kot želijo Drugi. Sistem deluje.

Zgodila pa sta se nepričakovana dogodka: internet in Evropska unija. Geografskih omejitev ni več. Sodobna logistika zmore več, kot si je kdorkoli kadarkoli domišljjal.

Jezikovnih preprek ni več. Če ne drugače, za to poskrbi Google. Cehovske omejitve je ukinil vstop v EU. Pretok storitev in ljudi je osnovni postulat evropske združbe držav.

Ste vedeli, da lahko pacient z računom iz sosednjih EU-držav kadarkoli zahteva povračilo storitev, ki so pravica iz naslova zdravstvenega zavarovanja? To pomeni, da slovenski zdravnik dela tudi za kolega v sosednji državi, ki je ravnokar izdal račun pacientu, ki (ne) čaka na slovenskem čakalnem seznamu.

Kot vidite, omejitve za sodelovanje, dogovarjanje, trgovanje, dobavo ni več. Omejitve so samo še v slovenskih centralno-planskih togih, zastarelih zakonih, ki ne upoštevajo prostega pretoka storitev in ljudi. Omejitve so v Sistemu.

Zakaj je opis trenutnega stanja sploh pomemben za zdravnika?

Ker je zgoraj opisano stanje razlog:

1. da ima zdravnik družinske medicine 70 pacientov na dan, zasluži neto 10 evrov na uro in dežura 2-krat na teden. Ko pride domov, pa računa, ali se mu bo izšel kredit za stanovanje, položnice ...;
2. za prosjačenje za dovoljenja izven svojega »delovnega okolja«, karkoli to že pomeni v centralno-planskem žargonu;
3. da mladi kolegi ne dobijo službe na podlagi praktičnega znanja. Tega praktičnega znanja pa si niti ne morejo pridobiti, ker v Sistemu nikoli nisi dovolj dober za tistega, ki je na vrhu;
4. da nobeden v tem Sistemu ni plačan zaradi svojega kakovostnega dela, niti ne napreduje zaradi svojega dobrega dela;

5. da nobeden v tem Sistemu ne more vrednotiti svojega dela na podlagi preverjenih uspehov in lastnega truda. Ampak največ, kar lahko storijo, je grožnja s stavkami in dogovarjanje za spremembe v okviru združevalne tvorbe – sindikata Fides, pa morda še kakšnega združenja;
6. da so nekateri upravičeno izstopili iz »javnega« zdravstva zaradi nedelovanja zdrave konkurence, resničnega zavarovalništva in prostega trga, pa se posamezniki izmed njih udinjajo postulatoma podivjanega kapitalizma in tako še dodatno izničujejo vlogo zdravnika v družbi;
7. da si velika večina od nas želi samo pošteno plačilo za pošteno delo. Kar pomeni 35–90 evrov bruto na uro v Sloveniji. Če ne verjamete v tak znesek na uro, kar naročite rokodelca v vaš 30-letno hipotekarno/kreditno pogojeni dom. In primerjajte;
8. da bi lahko našteval in našteval ...

In medtem ko ...

1. se vi ukvarjate z razsutim sistemom,
2. dežurate do onemoglosti,
3. otroke vidite samo po nekaj 10 minut dnevno,
4. mahate v slovo kolegom na begu iz države,
5. plačujete evropske kolege za izvajanje storitev, za katere v Sloveniji sami ne dobite plačila,
6. se pogajate za 2 ali 3 evre povišice v novem plačnem razredu, medtem ko nekaj dobaviteljev kuje vsako leto več 100-milijonske dobičke,
7. bi tu še sami dodali kakšno točko ...

... gre karavana dalje. Do kam?

Do preobrata v Sistemu se lahko pride samo z združevanjem zdravnikov in izražanjem njihovih resničnih problemov.

Sistem, v katerem delujemo, je treba spreminjati najprej pri sebi, zbornici in nato naprej.

Medikont je dokaz, da lahko zdravniki, s pomočjo konkurence, združevanja in moralnih načel, ki nas

vodijo pri delu, vzpostavijo dobavne in logistične sodobne poti. Razliko v dobičku pa namenijo za izboljšanje storitev in pošteno plačilo.

Kaj pa zdravniki, ki te možnosti nimajo?

Nekaj majhnih korakov in predlogov. Morda pa jih bo uresničil novi predsednik ZZS.

1. Uvedite e-volitve v ZZS!
2. Spremenite statut zbornice in omogočite konstituiranje odborov in funkcije predsednika samo z izvoljenimi poslanci v ZZS.
3. Vse ostalo bo naredila konkurenca idej.

In nasvet za navadnega zdravnika, nekje tam daleč v ambulanti zdravstvenega doma ali bolnišnice:

1. Ko boš za svojo storitev znal izračunati, koliko prejme tvoj delodajalec denarja, kakšni so obratovalni stroški in kolikšno je tvoje plačilo, boš na pravi poti. Nato plačilo primerjaj s tvojim znanjem obrtnikom.
2. Če si nezadovoljen, se udeleži e-volitve po predlaganem modelu.

Moj CV: Sem Krištof Zevnik. Vse ostalo tako in tako ni pomembno. Nisem od nikogar.

Viri: Vse povsod so.

Razkritje: Krištof Zevnik ne prejema nobenih donacij, sponzorskih sredstev, ne kakršnekoli druge oblike podpore z namenom promoviranja in uvrščanja izdelkov, objavljenih na spletnih straneh Medikonta.

Krištof Zevnik tudi ni sponzoriran ali kakorkoli drugače financiran s strani prodajalcev, ki zastopajo in prodajajo izdelke, ki so tudi objavljeni na spletnih straneh Medikonta.

Razkritje v zgornjem odstavku velja tudi za zdravnike – specifikatorje, ki so zaradi objektivnosti in politike delovanja Medikonta anonimni.

Medikont oblikuje končno ceno, v katero so vključeni stroški vzdrževanja in programiranja spletne platforme in logistični stroški dobave izdelkov do posameznega zdravnika ali/in ustanove.

Nov laboratorij za peritonealno dializo

Prevod in preredba: Marjan Kordaš, Ljubljana

marjan.kordas@mf.uni-lj.si

Z odprtjem laboratorija C. Dopplerja »Molekularno raziskovanje stresa med peritonealno dializo« na Medicinski univerzi Dunaj naj bi se izboljšala peritonealna dializa. Po eni strani naj bi

se opredeljevalo, kateri pacient naj bi bil najbolj primeren za določeno vrsto dialize, po drugi strani pa naj bi tu raziskali, zakaj se pri pacientu (včasih) ne spodbudijo varovalni mehanizmi proti

dializni tekočini, tako da pride do poškodbe peritoneja. Ta tip dialize se v Avstriji uporablja pri približno 5000 pacientih.

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

ZDA: nedovoljena zdravljenja z matičnimi celicami

Prevod in preredba: Marjan Kordaš, Ljubljana

marjan.kordas@mf.uni-lj.si

V ZDA deluje najmanj 351 podjetij, ki v 570 klinikah prodajajo nedovoljene terapije z matičnimi celicami neposredno pacientom. Tovrstne obravnave se uporabljajo pretežno pri mišičnih, kostnih in srčnih obolenjih ter pri problemih z imunskim sistemom, poškodbah hrbtenjače, pa tudi

kot nadomestek v kozmetične namene. Pri približno dveh tretjinah gre za maščobne matične celice, približno polovica teh podjetij pa ponuja tudi matične celice iz kostnega mozga. Samo eno podjetje trži embrionalne matične celice. Soavtor te raziskave, bioetik Leigh Turner (Univerza v

Minnesoti) in njegovi sodelavci so pregledali svetovni splet. Rezultati naj bi bili temelj za nadaljnje raziskave, med drugim kot pomoč uporabnikom. Zdravljenje z matičnimi celicami se največ ponuja v zveznih državah Kalifornija, Florida in Teksas.

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

Zdravniki po izbiri: Nepogrešljiva sestavina

Prevod in preredba: Marjan Kordaš, Ljubljana

marjan.kordas@mf.uni-lj.si

Pooblaščenec za zdravstvo pri SPÖ (Socialdemokratska stranka Avstrije) predlaga, naj bi se odpravilo vračilo stroškov pacientom, ki se zdravijo pri svojem zdravniku po izbiri (ne pa pri uradnem zdravniku zavarovalnice, *op. pis.*). S tem je sprožil ognjevito razpravo, požel pa obsežno odklanjanje, še posebej pri zdravniški zbornici ÖÄK.

S tako privarčevanim denarjem bi zavarovalnice lahko nastavile več svojih zdravnikov.

Leta 2006 je v Avstriji delovalo približno 7000 zdravnikov po izbiri, letos jih je pa že 10.350. Zdravnikov po izbiri je vse več, zavarovalniških zdravnikov pa je vse manj. Medtem ko je bilo leta 2006 kar 4100 splošnih zdravnikov z zavarovalniškimi pogodbami, jih je letos le še 3880.

Dr. Arthur Wechselberger, predsednik ÖÄK, meni, da sedanji avstrijski zavarovalniški sistem za zdravnike preprosto ni več privlačen, zato se raje odločajo za delo kot zdravnik po izbiri.

Vir: Österreichische Ärztezeitung št. 15/16, 15. avgust 2016

Opomba: Če se prav spomnim iz prejšnjih poročil, se v Avstriji pacienti raje odločijo za zdravnika po izbiri (*Wahlarzt*) zaradi krajših čakalnih vrst, bolj individualne obravnave ter manj omejitev (ker niso vezani na pogoje zavarovalnic).

Evropska izmenjava specializantov ginekologije in porodništva v Torinu

Luka Roškar, dr. med., SB Murska Sobota
rorcek@gmail.com

V tretjem tednu letošnjega maja smo se štirje specializanti ginekologije in porodništva, ki smo bili izbrani s strani sekcije specializantov ginekologije in porodništva Slovenije (SATOG), udeležili vsakoletne evropske izmenjave specializantov ginekologije in porodništva v italijanskem Torinu. Izmenjava je potekala pod okriljem ENTOG (European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology) in organizacije EBCOG (European Board and College of Obstetrics and Gynaecology), ki je od 19. do 21. maja 2016 v Torinu organizirala tudi kongres.

Zbralo se nas je blizu štirideset specializantov iz sedemnajstih evropskih držav. Italijanski kolegi so nas v času izmenjave prijazno gostili kar na svojih domovih. V času štiridnevne izmenjave nam je bil omogočen vpogled v vsakodnevne aktivnosti, ki potekajo v univerzitetni bolnišnici St. Anna v Torinu. Navdušile so nas povsem nove operacijske dvorane, v katerih smo lahko spremljali širok spekter ginekoloških operacij ter operacij dojk. Ogledali smo si tudi porodnišnico ter simulacijski center. Italijanski kolegi imajo podoben čas trajanja specializacije, kot je pri nas, ker pa je pri njih delež carskih rezov precej višji od slovenskega,

se lahko specializanti pohvalijo s precej več opravljenimi tovrstnimi posegi.

Popoldanski čas smo izrabili za odkrivanja mestnih znamenitosti in lepote Torina. Ob kulinarčnih dobrotah pa smo ob večerih izmenjevali mnenja s specializanti iz ostalih evropskih držav. Ugotavljali smo, da se tako trajanje kot program specializacij po Evropi še vedno zelo razlikujeta: od 3 let, ki jih morajo odkrožiti v Ukrajini, pa do 7 let v skandinavijskih državah.

Ob koncu izmenjave je sledil sestanek ter izvolitev novih članov vodstva ENTOG-a, saj so od prejšnjega sestanka nekateri že postali specialisti. Slovenci smo tudi tokrat uspešno kandidirali in dobili predstavnika v izvršnem odboru ENTOG-a. To je postal Jure Klanjšček, ki je na tem mestu zamenjal Žiga Jana. Pomemben del sestanka je bil namenjen tudi evropskemu poenotenju specializacije iz ginekologije in porodništva.

Ob koncu izmenjave smo se v Slovenijo vračali z lepimi spomini ter elanom za organizacijo naslednje ENTOG-izmenjave, ki bo maja 2017, po trinajstih letih, ponovno v Sloveniji.



Maja 2017 bo potekalo srečanje evropskih specializantov ginekologije in porodništva v Sloveniji. Udeleženci bodo prve tri dni razporejeni po vseh slovenskih porodnišnicah. Ob koncu izmenjave bo sledil kongres v Ljubljani.



Mladi predstavniki Slovenije na kongresu EBCOG.



Slovenski specializanti skupaj s predstavnicama iz Španije.



Obnovljeni Kodeks zdravniške etike

Prim. prof. dr. Stanislav Šuškovič, dr. med., Šenčur

Iz obnovljenega Kodeksa zdravniške etike, objavljenega v letošnji novembrski izdaji revije Isis, je možno razumeti, da bo v prihodnje predpisovanje zdravilskih pripravkov ali metod tudi v rokah zdravnikov. Češ: »tudi placebo učinkuje«. Res je. Kot placebo. Kajti noben zdravilski pripravek ali metoda ne presega učinka placeba. Sicer bi postal medicinski pripravek ali metoda. Tega so se verjetno zavedali oblikovalci Kodeksa zdravniške etike, ki dopuščajo predpis zdravilskega pripravka ali uporabo zdravilske metode (= placebo) le ob sočasnem predpisu z medicinsko znanostjo skladnem postopku (> placebo). Zakaj so se snovalci Kodeksa zdravniške etike odločili umestiti zdravilstvo v medicino, je ostalo nepojasnjeno. Razlaga, ki jo ponujajo v sočasnem uvodniku, ne prepriča.

V Kodeksu zdravniške etike, verjetno zaradi stiske s prostorom, ni pojasnjeno, kako naj bi zdravniki priporočali tovrstno zdravljenje. Ugibajmo. Kot placebo – torej kot lažno zdravilo ali metodo – za 30 ali več evrov za posamezno terapijo? Dvomim, saj tega njihovi bolniki ne bodo prav pogosto sprejeli. Zastonj? No, verjetno ne. Homeopatijo na recept? Druga možnost je, da bodo zdravniki pripravek ali metodo ponudili kot pravo zdravilno učinkovino (> placebo). To bi bilo z medicinsko etiko ali pač s splošnim dojemanjem poštenja v popolnem nasprotju. Morda pa nekateri zdravniki verjamejo v učinkovanje posameznih zdravilskih pripravkov ali metod, ki naj bi presegle učinke placeba? To bi bilo močno skregano z medicinsko znanostjo in bi zbuvalo upravičen sum v strokovno integriteto teh zdravnikov. Verjemite, da bi izbranega zdravnika, ki bi mi ponudil homeopatski pripravek za »dopolnilno« zdravljenje prehlada ali pa hipertenzije, po hitrem postopku zamenjal za drugega. Ali ne bi vsi zdravniki tako ukrepali? Ali naj bodo homeopatija ter druge zdravilske metode ali pripravki namenjeni le neukim?

K pričujočemu pisanju me je spodbudil spomin na našega spoštovanega učitelja, akademika prof. dr. M. Horvata, ki se je vseskozi upiral

vstopu zdravilstva v medicino. Skupina naših eminentnih zdravnikov, akademikov, je njegovo misel nadaljevala, ko je nedavno v reviji Isis objavila obsežen, odlično argumentiran poziv (s spoštljivim poklonom akademiku prof. M. Horvatu), da homeopatije ne uvrstimo med dovoljene dejavnosti zdravnikov. Nisem zaznal, da bi se kateri izmed njih kasneje ogradil od tega članka. Mislim, da je treba pozivom akademikov pač slediti.

Kodeks zdravniške etike je verjetno namenjen predvsem (izključno?) uvozu homeopatije v slovensko zdravstvo. Izraz »dopolnilni postopki« pa se lahko razume ozko ali zelo široko. Kot lahko različno pojmujejo izraz »ugovor vesti«. Ali so zdravniki, ki opravijo splav, »nevestni«? In so nosečnice, ki opravijo splav, »nevestne«? Morda snovalci Kodeksa zdravniške etike ne mislijo tako. V to pa nosečnice žal prepričuje marsikaj, na primer neokusne molitvene skupine, ki jih pričakajo na za njih nedvomno težki poti v porodnišnico. V nedavni oddaji Tarča na RTV SLO1 je znana slovenska »oblikovalka« javnega mnenja mirno izjavila, da bi prepovedala splav tudi v primeru posilstva. Seveda – saj gre lahko tudi tak splav v kategorijo »načrtovanje družine«. Tudi, če je posiljevalec Fritzl? Zakaj se ZZS ni opredelila do te odmevne oddaje? Sovraštvo do drugače mislečih se kaj hitro in nevarno stopnjuje. Ali si želimo strelskih pohodov – po izolskem vzorcu – tudi na porodničarje?

Vprašanje evtanazije je izjemno zapleteno in zato brez enostavnih odgovorov. Moje laično mnenje »človeka s ceste« je, da dialoga z nekaterimi nedvomno uglednimi sogovorniki, ki evtanazijo podpirajo, že iz spoštovanja do drugače mislečih, ne smemo absolutno prekiniti. In jih, prosim, ne imenovati »filozofi in modrijani vseh vrst«.

Vrnil se bom na zdravilstvo, ki ga bolje poznam. Gre za stranske učinke zdravilskih pripravkov ali metod, ki so tudi znatni. Lahko pomembno poslabšajo zdravje ali celo ogrozijo življenje bolnikov, ki so izpostavljeni tem pripravkom ali metodam. Ali bodo zdravniki, ki

bodo »zdravili« z zdravilskimi pripravki ali metodami, svoje bolnike zares »polno poučili« o možnosti in vrsti stranskih učinkov (zahteva Kodeksa zdravniške etike)? Morda celo zahtevali podpis obveščenega pristanka? Verjetno bi bilo prav tako. Vsekakor pa naj vpleteni zdravniki vpišejo v zdravstvene kartone ali drugo dokumentacijo, s katero zdravilsko metodo ali pripravkom so svoje bolnike zdravili ter da so bili ti bolniki obveščeni, da so zdravljeni s place-

bom – lažnim zdravilom ali posegom, ter tudi z njegovimi potencialnimi stranskimi učinki.

Naj zaključim z omembo posveta o homeopatiji, ki se je zgodil pred dobrim desetletjem. Na posvetu, ki ga je organiziralo Združenje pnevmologov Slovenije, so sodelovali akademik prof. dr. J. Trontelj, tedanji minister za zdravstvo prim. dr. M. Jereb, psihiater doc. dr. S. Zihnerl ter pulmolog prof. dr. J. Šorli. Nihče izmed njih ali drugih udeležencev posveta ni

izrazil želje, da bi homeopatijo vključili v medicino. V letih po omenjenem dogodku ni homeopatija napredovala niti za milimeter, a se je odnos segmenta vodilnega zdravništva do homeopatije ali drugih vej zdravilstva diametralno spremenil. Menim, da se je ZZS s privolitvijo vstopa zdravilstva v slovensko zdravstvo vpisala v neslavno zgodovino slovenske medicine. Žal zaradi obveznega članstva v ZZS tudi v mojem imenu.

Komunikacija družinskega zdravnika s specialisti na sekundarni in terciarni ravni

Andreja Krt Lah, dr. med., ZD Tržič
andreja.krtlah@gmail.com

Družinski zdravniki komuniciramo s specialisti na sekundarni ravni v največ primerih preko bolj ali manj skrbno izpisane napotnice (odvisno od števila čakajočih pacientov in sočasnih intervencij), pacienti pa nam nazaj prinesejo bolj ali manj dobro izpisane in uporabne izvide (pogosto se izvid tudi založi pri pacientu doma ali celo izgubi). Občasno se najde v izvidu tudi mnenje o neustreznem zdravljenju ali napotitvi.

Preko pacientov občasno dobimo še dodatne povratne informacije o mnenju (bolj o razpoloženju) specialistov o našem delu (običajno negativnem). S takimi (ne)upravičenimi komentarji se ruši težko pridobljeno zaupanje v terapevtskem odnosu družinski zdravnik – pacient. Laiki v nadaljnjih pogovorih vse zdravstvene ravni obravnavajo skupaj in komentirajo kot »zdravstvo«, tako da je posredno to negativno javno mnenje za celotno zdravstvo.

Ob redkih osebnih stikih, ki jih imamo družinski zdravniki s specialisti, ko spremljamo življenjsko ogroženega pacienta na urgentni oddelek, se včasih negoduje, zakaj smo ga pripeljali ravno na njihov oddelek ali v njihovo bolnišnico in da pacient ni ustrezno napoten. Vsaj na izobraževanjih so specialisti nekoliko bolj prijazni in dostopni, tako da je komunikacija bolj sproščena in dobronamerna.

Včasih se želim posvetovati z zdravnikom specialistom po telefonu. Vse prevečkrat je to »telefonijada« brez konca in kraja, vežejo me na več števil, svetujejo, naj pokličem drugo številko. Včasih kličem tudi več dni zapored, ker se pristojnega specialista težko dobi, pa še potem, ko ga končno dobim, pove, da se mu zelo mudi in da je možen le kratek posvet.

Le redko je možen posvet preko e-pošte.

Pogrešam več in drugačne komunikacije, ki bi mi olajšala delo, tako da

bi se preko neke strukturirane kontinuirane komunikacije učila in informirala, da bi bolj ustrezno napotovala paciente.

V komunikaciji družinskega zdravnika s specialisti na sekundarni in terciarni ravni bi si želela naslednje:

1. Ažurno in jasno **objavo strokovne doktrine in smernic** na enem krovnem spletnem portalu. Po možnosti naj bo napisana v enotni obliki, jasno, enostavno, pregledno, kratko in uporabno za vsakdanjo klinično prakso z možnostjo pregleda še daljše in bolj poglobljene verzije. Lahko bi na istem portalu objavili tudi najpogostejše pripombe, vprašanja in odgovore, ki se porajajo ob uporabi smernice v klinični praksi.
2. Možnost **konzultacije s specialistom** po telefonu vsak dan, vsaj nekaj vnaprej objavljenih ur, ko ta zdravnik nikamor ne hiti in mi lahko zbrano odgovori na zastavljena vprašanja. Pohvalila bi urejen sistem konzultacij na Oddelku za bolezni ščitnice UKC v

Ljubljani ter 24-urno možnost konzultacije z asist. mag. Matejo Lopuh na področju paliativne medicine v gorenjski regiji.

3. Možnost **konzultacije preko e-pošte**, večinoma bi bil sprejemljiv odgovor v roku 24 ur.
4. Možnost dogovora o sprejemu pacienta v ustrezno bolnišnično obravnavo mimo (šablone) urgentnega oddelka (občasno se paciente pošilja na urgentne oddelke tudi zato, ker ni drugega vstopnega mesta v bolnišnico).
5. Želela bi, da bi na napotnici imela med njuno in hitro napotitvijo še **možnost pregleda v roku 7–14 dni**.
6. Pohvalila bi dobro prakso Onkološkega inštituta, ki napotnemu zdravniku vedno zelo ažurno pošlje izvid po pošti, tako da smo vedno seznanjeni s potekom zdravljenja. Po pošti dobivamo tudi izvide psihiatra. Želela bi si, da bi vedno dobila **dvojnik izvida o pregledu pacienta**, ki sem ga napotila (iz svoje, kolegove ali dežurne ambulante), po pošti ali po e-pošti, saj le tako lahko dobim povratno informacijo, spremljam zdravljenje svojih pacientov in kakovost svojega dela ter se nekaj naučim.
7. Želela bi, da bi me bolnišnica obvestila o tem, da je sprejela mojega pacienta, lahko bi jim povratno posredovala dokumentacijo s primarne ravni.
8. V primeru pripomb bi želela, da me zdravnik specialist pokliče in mi pove, kar mu leži na duši, ter da imam ob tem možnost povedati svojo plat oz. razloge. Nikakor se mi ne zdijo primerne pripombe neposredno pacientu ali v izvidu, ki ga prebere pacient. Ob tem seveda pričakujem, da bo komunikacija korektna, premišljena in

empatična. Nikakor pa si ne želim, da bi me sredi dela v ambulanti specialist v jezi neupravičeno nadrl in zlil name ves svoj gnev tistega dne, kot imajo izkušnje nekateri kolegi.

9. Domovi starejših so bolnišnice v malem. Mogoče bi bilo bolj racionalno in humano do pacientov, da bi, namesto da jih vozimo z reševalnimi prevozi največ k specialistom internih in kirurških strok, le-ti občasno osebno prišli v dom starejših občanov, kot že ustaljeno prihaja psihiater.
10. Včasih sem delala v procesu epidemiološkega spremljanja, kjer je cilj, da se pravočasno pridobi točen podatek, ki je podlaga za dobre in pravočasne ukrepe. Osnova za kakovosten podatek so bili poročevalci. Njihova strokovnost se je izboljšala z jasnimi in natančnimi navodili, natančnimi definicijami za pomemben podatek, izboljšanjem dostopnosti upravljavcev sistema in komunikacije, objavo telefonskih števil in e-pošte, strukturirano povratno informacijo in dobro odzivnostjo na pripombe in sugestije poročevalcev. Sistem je dobro deloval in morda bi se obneslo podobno tudi s pacienti in napotovalci. Cilj bi bil, da bi pravi pacient prišel pravočasno na pravo mesto. Specialistična ambulanta bi lahko med drugim enkrat mesečno po e-pošti razposlala strukturirano poročilo, ki bi se glasilo nekako takole:

»V preteklem mesecu smo obravnavali v naši ambulanti 1000 pacientov, najpogostejša napotna diagnoza je bila ____, hospitalizirali smo 100 pacientov, najpogostejša odpustna diagnoza je bila _____. Najbolj zanimiva dia-

gnosa je bila ____, največja »cvetka« je bila (npr. ženska, napotena zaradi ascitesa, je rodila zdravo deklco). Neustrezno napoteni pacienti so bili z naslednjo diagnozo ____, prav bi bilo, da bi takšnega pacienta drugič napotili tja in tja.«

Na koncu se lahko objavi strokovno smernico za obravnavo najpogostejše bolezni, zaradi katere se napotuje. Lahko bi razpravljali tudi o težavah, ki so jih imeli pri obravnavi v specialistični ambulanti, in nekoliko prilagojeno poročilo (poleg nam napotovalcem) poslali tudi vodstvu, odločevalcem v zdravstvu ali objavili v reviji Isis.

11. Mogoče bi pri analitičnem pristopu v specialističnih ambulantah ugotovili, da jim 20 odstotkov zdravnikov napoti 80 odstotkov pacientov in bi lahko zanje pripravili dodatna izobraževanja in učenje veččin, razjasnitve dilem, pogovore in posvete.
12. Najbrž utopična možnost komunikacije je, da bi zdravniki na primarni ravni, tako kot študentje na fakulteti, lahko ocenili zdravniške specialiste, s katerimi sodelujemo, saj je sodelovanje z nekaterimi zgledno, jih imamo »radi«, njihovi izvidi so nam v veliko pomoč. Včasih smo z obravnavami pri specialistih nezadovoljni tudi mi.

Prispevek sem napisala v (utopičnem) upanju, da bi bile ovire v komunikaciji v prihodnosti manjše. Še najlepše bi bilo, da bi mi sporočili, da sem v zmoti in da obstajajo načini komunikacije, za katere še ne vem, ker sem slabo informirana (»skomunicirana«).

Evtanazija ali paliativna medicina

Dr. Robert Oravec, dr. med., Psihiatrična bolnišnica Ormož
robert.oravec@amis.net

Oče mi je nekoč pripovedoval o tem, da je njegov stari oče, star okoli 80 let, prišel neko jutro iz svoje kamrice, se usedel k mizi, ter z mirnim glasom rekel: »Čuj ti mali, idi po starša, pa jima povej, da sem jaz fertig.« Ko se je družina vrnila domov, čez kakšno uro, so našli dedka mrtvega in spokojnega sedeti na stolu.

S podaljševanjem trajanja življenja smrt postaja vedno bolj postranski pojav. Ne umira se več na domu, v krogu družine. Umirajočega nihče več ne drži za roke. Umiranje je nekaj, kar zbuja strah, odpor in moti vsakdanje življenje, našo narcisistično zaverovanost v nedotakljivost, varnost in nesmrtnost našega življenja in življenja naših bližnjih. Smrt ni več naraven del človeškega življenja, kot je bila nekoč.

Nihče več ne umre zaradi starosti ali »končne onemoglosti«, kot se je temu nekoč reklo. Smrt je postala posledica delovanja ali nedelovanja nekoga. Bolnišnice so postale priročen prostor za umiranje, bolje rečeno izginotje iz prostora, ki je namenjen živim. Ne gre več za smrt, temveč za odhod, izginotje. »Odšel je od nas ...; zapustil nas je ...« beremo v žalnih objavah.

Smrt ni več naravno dejstvo, neizogiben konec življenja, zato tudi ni posledica delovanja naravnih sil. Človek ne umre več zato, ker je star ali neozdravljivo bolan. Neskončno praznino in neizogibno soočanje z lastno minljivostjo lahko ublaži le odgovornost nekoga drugega. Običajno zdravnika, medicinske sestre, neredko pa tudi svojcev. Njihova odgovornost osmisli smrt in prispeva h konstrukciji smrti kot nesreče, posledice neodgovornosti, malomarnosti. »Lahko bi še živel, če ...« In ta stavek umiri, razbremeni, preusmerja pozornost z neizogibnega na delovanje nekoga ali nečesa.

V domovih starejših občanov bo nekdo lahko umrl le, če se mu to zgodi neopazno, ponoči ali brez znakov predhodne vitalne iztirjenosti. Sicer pa je splošno znano, da v strahu pred klicanjem na odgovornost in zamero svojcev medicinske sestre kličejo urgenco, kadarkoli se kažejo znaki somatske dekompenzacije, ne glede na osnovno bolezen ali splošno stanje stanovalca. Sestra, ki dela v enem od domov, pripoveduje o tem, da je popolnoma onemogla, nepomična stanovalka po hudi možganski kapi, ki ni kazala nobenih znakov višjih intelektualnih funkcij, utrpela srčni zastoj. Dežurna negovalka je nemudoma obvestila dežurno sestro, ki je brez obotavljanja obvestila reševalno službo in začela z oživljanjem. Urgentna ekipa je le nadaljevala že začeto oživljanje in je stanovalko živo dostavila v UKC. Tam je preživela teden dni na intenzivnem oddelku, kjer je bila deležna popolne strokovne oskrbe, nato je bila vrnjena v domsko okolje. Sedaj je še bolj neozdravljiva, kot je bila prej. V takšnem stanju vegetira že več kot pol leta.

Svojci so postali izredno pomemben element v delovanju medicine in zdravstva sploh. Nekoč so pacienti in njihovi svojci sprejemali zdravniške odločitve »zdravo za gotovo«. Čeprav so vedno obstajale zgodbe o tem, da so »dohtarji« nekoga spravili pod rušo, se v zdravniške odločitve ni dvomilo. Obstajalo je nekakšno strahospoštovanje do tega poklica, ob tem pa tudi zaupanje v pravilnost delovanja stroke in zavzetost zdravnikov.

Portal na družbenem omrežju je vsakodnevno zasipan z objavami o tem, kako je medicina pod vplivom farmacevtske industrije, da namenoma zastrupljamo svoje paciente, da so uveljavljene in znanstveno potrjene metode zdravljenja napačne ali celo

škodljive. Berem, kako se rak pozdravi že v enem dnevu z neko čudežno rastlino, dieto, razstrupljanjem, klistirjem, koloidnim srebrom ... Ponemudoma se da zaslutiti, da gre za nekakšne finančne interese, večina teh objav pa je povsem brez nekega jasnega namena. Ustvarja se neka »new age« filozofija, ideologija, ki je zrasla na smetišču svetovnega spleta, ki pa vendar ima vedno več in več privržencev.

Nastal je »spletovno pogojen«, kritičen odnos do medicine, ki je izrazilo protimedikacijsko naravnano, predvsem na področju psihiatrije.

Direktorica doma ostarelih potoži, da imajo več težav s svojci kot s samimi stanovalci. Opažam, da se je med negovalnim osebjem kar udomačil izraz »nekritičen svojec«. Ni jih težko prepoznati, občasno se niti sam ne morem izogniti soočenju z njimi. To so posamezniki, ki so izredno zaverovani v svoje predstave o medicini, zdravlilih, negi in pravicah bolnikov in njihovih svojcev. Velikokrat se nakazuje pomanjkanje kritičnega odnosa do realnosti ter empatije do stanovalcev, kaj šele do osebja.

»Moja mama ne sme umreti,« reče 63-letna hčerka za svojo mamo, ki je stara čez 90 let in nepomična leži v domu starejših občanov. »Ne vem, kako bom preživela, če je ne bo več.« Tega, da je mati v svoji globoki demencialnosti niti ne spozna več, najbrž niti ne dojema.

To so večinoma svojci, ki se odločijo za namestitev ostarelega družinskega člana v dom starejših občanov, ob tem pa si lastijo pravico, da o negovalnih postopkih in medicinski odločitvi namesto pripadnikov negovalnega in zdravstvenega osebja. Na pogovor s specialistom prihajajo z izpiski s spleta, redno kontrolirajo temperaturne liste, berejo negovalna opazanja, zaslišujejo osebje, prepovedujejo negovalne postopke ali medicino, za katere na osnovi svoje

ideološke zapriseženosti menijo, da so neustrezni ali škodljivi. V odnosih so konfliktni, žaljivi in izredno gospodovalni. Dejstev, kot so demenca, zmedenost, nemir ali psihotično doživljanje, ne upoštevajo. Menijo, da imajo njihovi svojci vso pravico biti glasni, trpeči, depresivni ali celo nasilno naravnani do drugih. Negovalno osebe v domovih pogosto živi v strahu pred nenehnim šikaniranjem s strani teh svojcev.

Nekoč sem izredno kritično naravnane mu svojo razložil, da sem imel tudi sam očeta v domu in mi niti na kraj pameti ni padlo, da bi preverjal njegova zdravila ali da bi se vpletal v njegovo zdravljenje, saj si lečeči zdravnik zasluži zaupanje v strokovnost in dobronamernost. Brez tega namreč ne gre, saj nezaupanje in vpletanje moti kognitivne in afektivne procese, s katerimi se trudimo pomagati svojim pacientom. Vprašal sem ga, kako se obnaša, ko pelje svoj avto na servis? Ali tudi takrat prinaša izpiske iz forumov in se odloča namesto serviserja?

Pogovor se je na srečo končal z deeskalacijo napetosti, vendar se ves čas sprašujem, od kod posameznikom pogum, da si prilastijo pristojnost, da odločajo o zdravju svojih bližnjih na osnovi psevdoznanstvenih, kvazidokazanih trditvev o zdravstvu, zdravilih.

Kot konziliarni psihiater sem bil nekoč prisoten ob vedno bolj glasnem pogovoru med internistom in mišičastim sinom bolnika, ki je ležal na oddelku. Kot sem razbral iz pogovora, je sin zahteval »takojšen« operativni poseg očeta, pri katerem je bila postavljena diagnoza neoperabilne maligne bolezni. Kolega se je na vse pretege trudil, da bi sinu pojasnil naravo in prognozo bolezni, nesmiselnost operativnega posega ter dejstvo, da mora o smiselnosti posega odločiti pacient sam. Glasnost pogovora se je stopnjevala, potem ko je svojec cinično vprašal, koliko je treba plačati, da bi bil oče operiran, saj »vemo, da zdravniki hočete le denar«.

Najbrž tudi medicina in mi zdravniki nosimo določeno odgovornost,

saj se še nismo naučili pacientov in njihovih svojcev jemati kot partnerje v procesu zdravljenja. Neredko se zgodi, da posamezniki z resnimi diagnozami niso deležni ustreznih informacij s strani njihovih zdravnikov, zaradi česar poskušajo svojo potrebo po informacijah potešiti pri drugih virih.

Resnici na ljubo si moramo priznati, da se nam izmika iz rok nekakšen celovit pregled nad življenjem, zdravljenjem in medikacijo pacienta, ki hodi od specialista do specialista, ne da bi njihove izvide posredoval na vpogled. Najbrž tudi osebni zdravniki izgublajo pregled nad tisoči generičnih zdravil, z njihovimi interakcijami, indikacijami in kontraindikacijami. Tako zdravniki postajamo vedno bolj ranljivi pri svojcih, ki si vzamejo čas, da se posvetijo delovanju, interakcijam in stranskim učinkom zdravil, ki jih jemljejo njihovi ostareli svojci. Običajno gre za dobronamerna opažanja, ki so zagotovo v interesu pacienta, neredko pa svojci uporabijo te ugotovitve o interakcijah in kontraindikacijah za »denunciranje« zdravnika, dokazovanje njegove nekompetentnosti ali celo zlonamernosti.

Kolegica, ki je psihoanalitično naravnana, razlaga ta novodobni pojav pretirano angažiranih in obenem tudi »nekritičnih« svojcev z dejstvom, da so to posamezniki, ki se nikoli niso osamosvojili od svojih staršev. Ker niso bili deležni ustrezne navezanosti, nežnosti in ljubezni, se čutijo nezadostne in nezmožne za ustvarjanje lastnega življenja. Njihove čustvene in miselne vsebine se nenehno prepletajo s tovrstnimi vsebinami njihovih staršev, običajno matere. Ob resnih odločitvah, kot je na primer namestitev v dom, odhod v bolnišnico, umiranje, se soočajo z izredno negativnimi predstavami o sebi, predvsem v smislu neustreznosti, krivde in sramu. Svoje notranje občutje stiske si lajšajo z neskončnim dokazovanjem svoje skrbnosti in se obenem trudijo, da svoje neznosne občutke prenesejo na druge ljudi. Ker nikoli niso zares zaživel lastnega

življenja, se soočajo s skrajno grozo ob tem, da njihovih staršev ne bo več. Njihovo smrt doživljajo kot lastno odgovornost.

Antropologija že desetletja govori o odtujitvi od smrti. Tradicionalni rituali so izginili, ni več »vahtanja« mrtvih, neprijetnega vonja po smrti, tihe molitve v ozadju. Ker pokojni ne leži na parah na svojem domu, pogrebna povorka ne hodi skozi celotno vas. Pogreb ni več dogodek skupnosti, kropljenje se ohranja večinoma na podeželju. Pogrebi postajajo intimna zadeva družine, ožjih znancev. Sprejemanje sožalja, rituali pogreba ter žalovanje postopno izginevajo. Kot bi bila smrt sramota, kar je treba prikriti.

Umiranje v bolnišnici velikokrat pripomore k temu, da se svojci niti ne poslovijo od pokojnega. Ne v času življenja ne v času neposredno po smrti. Žarni pogrebi svojce še bolj odtujijo od smrti kot samo dejstvo, da nekoga ni več. Družina, predvsem pripadniki mlajših generacij, se ne izpostavi več pogledu na mrliča, na truplo, na osebo, ki se je tragično spremenila v smrt. Smrt postane nekaj sterilnega, čustveno veliko manj dotakljivega. Žara nas nič več ne spominja na smrt, na truplo, pokojnik se nam nasmiha s slike, ki je bila posneta v njegovih najboljših letih, običajno v dobri osvetlitvi, kot če bi nas prepričeval, da ni umrl, je le nekje drugje.

Prav dan pred pisanjem tega besedila sem gledal indijski film, ki izredno naturalistično prikazuje zažiganje pokojnikov na obali reke Ganges. Svojci so prisotni ob tem, ko se pokojnik v ognju spreminja iz nekdanjega živega bitja v okostje in nazadnje v pepel. Svojci so tisti, ki morajo petkrat udariti po lobanji, da se odpre in izpusti dušo pokojnika. Gre torej za transformacijo živega v mrtvega, v truplo, v pepel. Svojci se neizogibno soočijo s tem, da ljubljene osebe ni več. Spremenila se je v prah in pepel.

Občasno se srečujem z materami, ki so otroka izgubile v prometni nesreči in ga niti niso videle v njegovi

spremenjeni, posmrtni podobi. Zato tem otrokom še vedno perejo in likajo oblačila, čakajo, da se bodo nekoč vrnili domov. Saj niso umrli, le odšli so nekam. V teh primerih proces žalovanja obtiči na neki točki, nekoč živa oseba se nikoli ne spremeni v spomin. Vsa čustva ostanejo živa in izredno boleča.

Nikoli ne bom pozabil: bilo je še pred vstopom v osnovno šolo, babica me je prišla za roko in me peljala k svoji na smrt bolni sestri, da bi me ta še videla za časa svojega življenja. Nekaj dni kasneje me je peljala ponovno k njej, ko je že ležala v krsti. Za vse življenje mi je ostal v nosu vonj po sveže barvanem pušpanu v venci, ki so bili položeni naokrog.

Čeprav sem bil majhen, sem se soočil z misterijem umiranja. Z žalostjo tistih, ki jim je pokojni nekaj pomenil. Spoznal sem, da ljudje nekoč umrejo in jih nato pokopljejo pod zemljo, kjer se spremenijo v okostnjake. To je to.

Danes otrokom prihranijo te izkušnje. Prav močno se me je dotaknila izpoved, ko mi je pacient pripovedoval o tem, kako je bil močno navezan na babico, ki je zbolela, odšla v bolnišnico in je ni bilo več. Starši ga niso peljali v bolnišnico ali na pogreb, niti mu niso ponudili neke razlage, kaj se je zgodilo z babico. Ostal je sam, negotov, najbrž tudi z iracionalnimi občutki krivde in neadekvatnosti. Verjamem, da je v današnjem svetu vedno več takšnih otrok, ki jim pomembne osebe kar izpuhtijo iz življenja.

Smrt je torej nekaj odtujenega, nezaželenega in celo nepredstavljenega v našem svetu. Po eni strani gre torej za soočanje z izgubo nekoga pomembnega, ki je mogoče celo del nas ali smo mi del te osebe. Po drugi strani pa gre za sprejemanje lastne minljivosti.

Že Erikson je spoznal, da je soočanje s smrtjo in še bolj s svojim preteklim življenjem pomembna razvojna naloga vsakega posameznika. Yalom, znamenit predstavnik eksistencialistične psihoterapije, gre

še dlje, ko govori o tem, kako je naš odnos do smrti eden od najbolj pomembnih vidikov našega življenja.

Ta odnos gradimo na pomenih, ki so vgrajeni v kulturo, ter na osebnih izkušnjah. Ker večini živečih v naši sodobni družbi ni dana osebna izkušnja z umiranjem in smrtjo, se soočajo z izrazito negotovostjo glede lastnega življenja in smrti. Menim, da nam manjkajo tista sporočila, ki bi ozaveštila pomembnost čustvenih doživetij in pristnih medosebnih odnosov ter prispevala k razkrivanju našega poslanstva in smisla življenja.

Pred leti sem bral roman »Pride ženska k zdravniku« nizozemskega pisatelja Kluuna, ki opisuje avtobiografske izkušnje avtorja, ki se sooča z izredno zlobno obliko maligne bolezni pri svoji ženi. Na koncu romana je opisan tudi potek evtanazije.

Za pristnost avtorjeve izkušnje govori scena, ko se objameta s taščo, ki potem izreče stavek: »A ne, da si tudi ti želiš, da bi bilo tega enkrat že konec.« Zanimiv je tudi trenutek, ko hirajoča bolnica, ki nenehno bruha in se sooča z driskami, sklene, da je čas, da pokličejo tistega zdravnika, ki bo izpeljal postopek evtanazije. Čeprav gre za odločitev posameznika, ni možno prezreti, da gre za intersubjektivni, medosebni dogodek, ki temelji na medsebojnem zrcaljenju s partnerjem – piscem. Ko namreč sebe vidiš kot breme, kot vir nenehnih frustracij za osebe, ki so ti pomembne, in se zavedaš, da obstaja izhod iz dane situacije, ki je priročna tudi ali predvsem za ostale, potem je na dlani, da to rešitev tudi sprejmeš. Mogoče prav iz želje, da v svoji spremenjenosti in obremenilnosti ne porušiš vseh mostov med sabo in osebami, ki jih ljubiš. Čeprav se večinoma govori o trpljenju, bolečinah, neznosnih mukah kot motivu za evtanazijo, je iz poslovnih pisem resno bolnih samomorilcev možno razbrati, da gre skoraj vedno za altruistično dejanje. Za samomor se velikokrat odločijo, da ne bi več povzročali finančne stiske s stroški zdravljenja ali čustvenega trpljenja svojcev zaradi lastnega

propadanja. »Vsem bo boljše tako,« je napisal eden od samomorilcev.

Verjamem, da tako pri samomoru kakor pri evtanaziji ne gre za željo po smrti, temveč željo po drugačnem življenju. In da je evtanazija, ki se odvija s pristankom posameznika, pravzaprav asistirani samomor. Gledano z vidika psihološkega doživljanja osebe, ki nekomu pomaga v smrt, bi to dejanje lahko označili tudi kot umor.

Samega postopka evtanazije, kot je opisan v romanu, ne želim citirati. Dovolj je, da je ta opis temeljno opredelil moj odnos do aktivne evtanazije. Na zdravnika, ki je to izpeljal, pa ne morem gledati kot na enakopravnega pripadnika našega stanu. Nisem moralist, vendar mislim, da zdravnik, ki prestopi mejo »nil nocere«, preneha biti zdravnik. Spoštovanje življenja je pisano v digitalni, »ena-nič« kodi, in ne v analogni, ki dovoli tudi »več ali manj«.

Na naše razmišljanje o evtanaziji zagotovo vpliva dejstvo, v kolikšni meri smo razrešili svoj lasten odnos do smrti.

Vem, da bom umrl. Ko bo prišel čas za to, bom pripravljen, saj bom pustil za seboj življenje, v katerem sem izpolnil svoje poslanstvo. Za mano bodo ostala moja dejanja, moji odnosi, moji otroci, moji spisi in drevesa, ki sem jih posadil na svojem vrtu. Ostala bo tudi vsa ljubezen, ki jo čutim do bližnjih in soljudi.

Vendar si želim, da bi umrl kot človek. Želim le, da se to ne bi zgodilo na poniževalen način, kot nasilen dogodek ali na željo drugih. Želim si, da bi se moji zadnji dnevi iztekli na mojem domu, kjer bi bil obkrožen z osebami, ki so mi čustveno pomembne. Obenem pa si ne želim, da mi kdo po nepotrebnem povzroča bolečine, me zdravi po nepotrebnem, ko bo jasno, da vsi ti postopki ne služijo več podaljševanju smiselnega življenja, ampak le podaljševanju trpljenja.

Razmišljam podobno kot tisti stari Američan, ki so ga v »Urgenci« vprašali, ali želi, da ga oživljajo, in jim

je odgovoril: »Sedem chevroletov, štiri žene, bilo je dovolj«. Ko bo prišel čas, bo neizogibno prišel čas. Želim si, da medicina upošteva mojo izjavo, zapisano v prisebnem stanju, glede tega, kaj dovolim početi z mojim telesom in česa ne.

V svojem razmišljanju dajem prednost paliativni stroki pred evtanazijo. Namenoma nisem napisal »medicine«, saj gre za veliko širše področje interdisciplinarne angažiranosti. Zadnje čase se sliši iz zdravniških vrst o racionalizaciji diagnostičnih preiskav in terapevtskih posegih, ki ne prinašajo nič drugega kot trpljenje za bolnika. Obenem se nakazuje potreba po institucionalizaciji psihosocialne

oskrbe ostarelih, umirajočih in njihovih svojcev. Rešitev vidim v ustanovitvi interdisciplinarnih komisij. Taka komisija bi ob sodelovanju z bolnikom in svojci opredelila realne potrebe in omejitve pri diagnostičnih in terapevtskih posegih, obenem pa bi opredelila tudi dostop do psihosocialne pomoči za prizadetega posameznika in njegove svojce.

Glede na stanje duha v sodobni zahodni civilizaciji se torej pojavlja pereča potreba po strokovnjaku, »duhu voditelju«, ki nas kot mitološki čolnar prepelje v Had in potem ostane s tistimi, ki ostanejo na tej strani reke.

Nevladne organizacije, kot je Hospic, so pri tem izredno pomembne,

vendar se vseskozi soočajo s finančno in ob tem tudi eksistencialno negotovostjo, obenem pa so njihove storitve omejene in marsikje težko dostopne. Z izobraževanjem socialnih gerontologov in psihoterapevtov se odpirajo možnosti za institucionalizacijo psihosocialne skrbi za umirajoče in njihove svojce v zdravstvenih in socialnovarstvenih ustanovah. Odnos do smrti in umirajočih je pomemben element humanizacije sodobne družbe.

Kot je rekel dr. Marek Edelman v svojem intervjuju Hanni Krall, ki ga je spraševala, kako lahko živi s toliko smrti v svoji preteklosti: »Prav soočanje s smrtjo me je naučilo, da spoštujem vsako življenje.«

Debelost in rak

Mag. Nina Mazi, dr. med., Ljubljana

Prekomerna prehranjenost, prevelika telesna teža in preobilen obseg pasu niso neugodni le z estetskega vidika, marveč tudi in predvsem z medicinskega. Da je debelost povezana s srčno-žilnimi zapleti (visok krvni tlak, koronarna bolezen, srčni infarkt, možganska kap), slabo telesno kondicijo, upadanjem umskih sposobnosti in nekaterimi vrstami malignomov, znanost in stroka opozarjata že nekaj časa. Ameriški in japonski znanstveniki, ki so se v zadnjih letih osredotočili predvsem na onkogene posledice debelosti, so s poglobljenimi raziskavami prišli do vrste zanimivih, v praksi opaznih in potrjenih ugotovitev.

Poročila o izsledkih številnih raziskav, objavljena v New England Journal of Medicine, pričajo o novih povezavah med trebušno in generalno debelostjo, ki botrujejo (povzročajo, pospešujejo) razvoj osmih vrst raka, ki jih stroka doslej ni povezovala s previsokim ITM in preobsežnim pasom. V novo osmerico, ki se pridružuje že znanim malignomom, raziskovalci uvrščajo rak jeter (1,8-krat večje tveganje zaradi debelosti), rak požiralnika (4,8-krat večje tveganje za ezofagealni adenokarcinom) ter rak maternice (debelost zvišuje tveganje kar za 7,1-krat). Zanimiva in zaskrbljujoča pa je tudi ugotovitev, da se

sorazmerno z naraščanjem števila odvečnih kilogramov povečuje tudi onkološko tveganje.

Pod okriljem SZO so znanstveniki in raziskovalci iz International Agency for Research on Cancer (IARC) preučili in s primerjalno analizo preverili več kot 1000 epidemioloških študij ter ugotovili, da je »prekomerno zamaščeno telo« lahka, neredko celo idealna tarča za maligne spremembe. Tako je pri debelih pogostejši tudi rak želodca, žolčnika, trebušne slinavke, jajčnikov, ščitnice, krvi (multipli mielom) in možganov, z meningeomom na čelu.

Eden od vodij raziskave dr. Richard Lee (University Hospitals Seidman Cancer Center) poudarja, da bi morali zdravniki v osnovnem zdravstvu prekomerno telesno težo in preobilen pas jemati zelo resno in tovrsten odnos do debelosti skušati doseči tudi pri pacientih in njihovih najbližjih. Japonski strokovnjaki pa so prepričani, da bo večina debelih storila vse, da shujša, ko bo izvedela, da lahko zaradi odvečnih kilogramov in centimetrov (v širino) zbolijo celo za rakom.

Viri: WHO Cancer Report 2015, New England Journal of Medicine 2014, 2015, 2016

O slikarki Dei Volarič in slikanju kot terapiji

Pogovor ob odprtju slikarske razstave Dee Volarič v Domus Medica 4. oktobra 2016

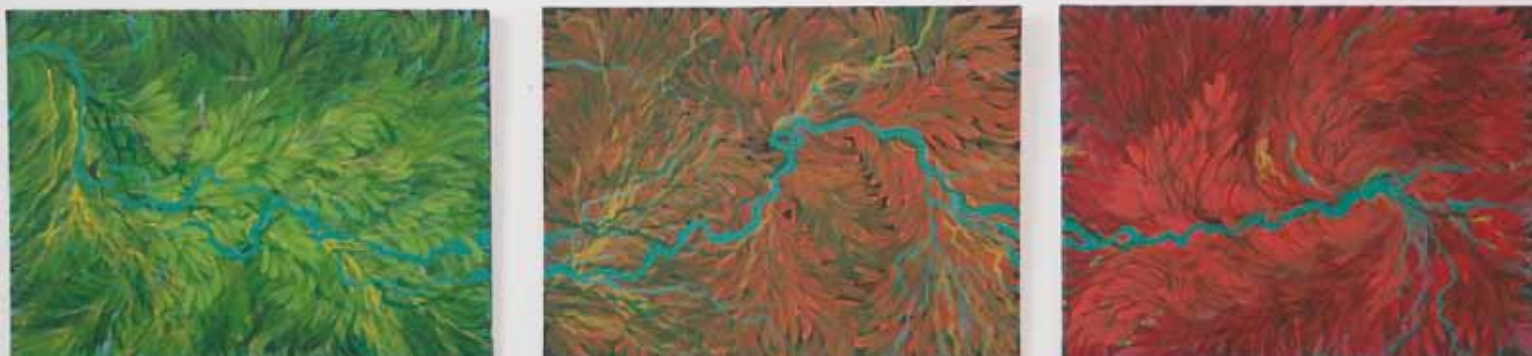
Polonca Steinmann, dr. med., Ljubljana
polonca.steinmann@siol.net

Slikanje kot umetniško izražanje je dobra terapija za vsa starostna obdobja življenja in je most med zavednim in nezavednim. S slikanjem bolje spoznamo sebe, izboljšamo komunikacijo in lažje odpravimo strese. Vemo, da je umetnost že od nekdaj imela zdravilno moč. Terapija z umetnostjo se nanaša na teorijo podzavesti po Freudu in Jungu, po katerih so simboli in podobe najnaravnejša in najdostopnejša oblika komuniciranja med ljudmi.

Psihoterapevtske metode z uporabo slikanja, risanja, kiparstva, poslikave svile, muziciranja, plesa, dramske igre, pisanja, poezije ustvarijo situacijo, ki bolnika spodbudi, da izrazi misli, čustva, pa tudi konflikte, ki bi jih sicer težko izrazil. Umetnostna terapija omogoči, da se vsakdo izrazi v varnem okolju. Terapevt lahko na podlagi umetniškega izdelka preuči bolnikove odzive, probleme in doživljanja znotraj njega. Zelo pomemben je terapevtov pristop, varno okolje in seznanitev bolnika, kaj se bo pri terapiji dogajalo.

Namen te terapije je, da bolnik spoznava samega sebe, z ustvarjanjem gradi samozavest, razvija zavest o sebi. Likovno izražanje vpliva pomirjevalno in protistresno, bolnik pridobiva nadzor nad lastnim življenjem. Ko čustva in strahove zlijemo na papir, dobimo večji nadzor nad njimi, odpravljamo negativne simptome in se potem lahko tudi rehabilitiramo.

Kdo se lahko zdravi z umetnostjo? Vsi ljudje, še posebno otroci, ki se še ne znajo besedno izražati, in odrasli, ki neradi govorijo o svojih čustvih. Pa seveda ljudje s posebnimi potrebami, uporabljajo jo pri psihičnih boleznih, motnjah hranjenja v vrtcih, šolah, bolnišnicah, zlasti psihiatričnih, v različnih društvih in skupinah, domovih za ostarele, v zaporih, centrih za pomoč mladostnikom in tudi v zasebni praksi. Izobraževanje za umetnostno terapijo že poteka v Sloveniji na Pedagoški fakulteti, obstaja pa tudi podiplomski študij pomoči z umetnostjo.



Triptih Troedina I, II in III, akril.

Gospa Dea Volarič je po poklicu učiteljica. V življenju je stopila na raznolika področja, ki jih ni sposoben vsakdo razvijati in krepiti. Bila je mentorica študijskih krožkov, samostojna delavka v kulturi, danes pa z veseljem predstavlja Soško dolino mnogim domačim in tujim obiskovalcem, včasih še kot lokalna turistična vodnica. Srečali sva se tudi ob prihodu muzejskega vlaka, ki vozi po 110 let stari bohinjki železnici.

Dea Volarič danes živi in ustvarja na Mostu na Soči. Med številnimi področji njenega zanimanja in delovanja izstopa slikanje. Sodelovala je že na številnih samostojnih in skupinskih razstavah, domačih in tujih, kjer je prejela priznanja in nagrade.

Na tokratni razstavi v Domus Medica gospa Dea predstavlja dela iz cikla Reka, saj živi ob rekah Soči in Idrijci. Reka ima vedno spomine na življenje ob njej. Soča ima veliko spominov, tudi težkih. Ampak teče že stoletja in tisočletja in boleče spomine tudi odplavlja. V odprtje razstave sta nas popeljala Katarina Šetinc z violino in Janez Špendov s kitaro. Zaigrala sta tri skladbe: Sous le ciel de Paris (francoski šanson), Perimbanu (grška pesem) in Erev shel shoshanim (ljubezenska pesem v hebrejščini). Njun instrumentalni in



Babji semenj, tuš.

pevski prispevek je bil predigra razstavi z naslovom Reka.

Ali nam lahko razložiš, kaj ti predstavlja reka?

Zame ima več različnih pomenov: je tok, pot, življenje, moč, reka je simbol tekočih voda, toka vsega, rojevanja, plodnosti, smrti in obnove, pa tudi ločnica bivanja med tu in tam. Lahko te nosi ali potegne vase, zato je bil prehod reke tudi na simbolični ravni človeku že od nekdaj izredno pomemben. Ker živim na bregu reke Soče, se dotikam njenega toka, številnih spominov in le slutim lahko njeno fizično in eterično moč. Reka je lahko sveta, podzemna ali velika kozmična, od koder vse prihaja in kamor se vse vrača.

Reke so neke vrste ožilje, ki pretaka energijo na planetu.

Človek je delček narave, z njo je povezan na vseh ravneh in tudi od nje odvisen. Imamo sicer čudovito sposobnost, da se lahko prilagajamo različnim življenjskim pogojem, kar pa še ne pomeni, da smemo in zmoremo krojiti življenje na Zemlji. Pozornost naj bi namenjali stvarim, ki nas veselijo in plemenitijo, ki jih najbolje znamo, in na ta način bogatili svoje bivanje in življenje skupnosti, ki ji pripadamo. A se namesto tega prepo-

Razstave

Samostojne

- 2009: San Pietro al Natisone (Italija), Beneška galerija
- 2009: Ljubljana, Taborjeva galerija UKC
- 2015: Kranj, Cafe galerija Pungert
- 2016: Ljubljana, Taborjeva galerija UKC

Skupinske

- 2007 do 2014: Tolmin, galerija v avli Kinogledališča v Tolminu, večkrat letno
- 2009: Tolmezzo Malborghetto (Italija)
- 2014: Temnica na Krasu
- 2014: Kobarid, Zelena hiša
- 2011, 2012, 2013: Kobarid, Fundacija
- 2013: Nova Gorica, Točka, galerija JSKD
- 2010, 2012, 2013, 2014: Idrija, galerija sv. Barbare
- 2014: Nova Gorica, avla Mestne občine NG
- 2014: Monfalcone (Italija), Palazzetto Veneto
- 2014: Gorizia (Italija), Kulturni dom
- 2014: Lusevera – Bardo (Italija)
- 2014: Tolmin, galerija Knjižnice Cirila Kosmača
- 2015: Kromberk, galerija Mercator centra
- 2015: Nova Gorica, Galerija Frnaža
- 2015: Gorizia (Italija), Galerija Ars
- 2015: Tolmin, Velika galerija Kinogledališča
- 2016: Sežana, Kosovelov dom
- 2016: Nova Gorica, galerija Mercator centra

Nagrade

- 2012: priznanje za kvalitetno delo, ex tempore Cinober Idrija
- 2013: odkupna nagrada, ex tempore Cinober Idrija
- 2013: druga nagrada JSKD Nova Gorica, ex tempore Kromberk

Stik: deavolaric@gmail.com

gosto najdemo v vedno hitreje se vrtečem kolesju, kjer pozabljamo svoje bistvo in izgubljamostik s svojimi koreninami.

Energijsko izčrpani se intuitivno zatekamo v naravo, ker nam nudi možnost, da se obnovimo. Kot bi se zatekli v materino naročje, nas narava poboža, pomiri in potolaži, lahko izdihamo, kar nas teži, in pri tem morda ugledamo rešitev težav, ki nas tarejo. Sonce, dober zrak, energija dreves in gora, voda, energija zemlje, ki skozi podplate steče v nas, dajejo telesu moč samozdravljenja. Verjetno je v vseh terapijah to ena pomembnejših stvari.

Kaj pa mir v naravi, žuborenje vode, sprehodi ob in po vodi? Ali to pomaga pri terapiji vedno večjega nemira v 21. stoletju?

Zagotovo. S svojim znanjem lahko zdravnik vzpostavi najboljše pogoje, kar jih lahko, in opravi najbolj specialne posege, vendar se morata v zdravljenje vključiti še naš um in telo samo, da nazadnje do ozdravitve tudi pride.

Na spletu si lahko ogledate zelo zanimiv dokumentarec ruskih raziskovalcev, Velika skrivnost vode, ki govori o njeni sposobnosti spomina in prenosa informacij. Veliko časa je posebnemu raziskovanju vode posvetil tudi dr. Masaru Emoto, ki je s fotografijo dokazoval njeno esenco življenja in kako na njeno strukturo vplivajo naše misli, glasba, besede. Njegova knjiga Sporočilo vode je prevedena v slovenski jezik. Zgolj informacije iz teh dveh virov nas napeljujejo k razmišljanju o vključevanju narave oziroma vode v zdravljenje.

Kako deluje slikanje nate in kako je lahko terapija za zdravljenje in zdravljenje ranjenega telesa in duše?

Ustvarjalnost je ena od naših osnovnih potreb, verjetno tudi ključno gonilo razvoja in sprememb. Meni je blizu področje likovnega ustvarjanja, predvsem risanje in slikanje, kjer me izzivajo raznolike vsebine in pristopi. Z veseljem slikam v naravi, se udeležujem ex tempora, ki obenem nosi

tudi socialno noto, saj v ospredju ni le slikanje, temveč tudi druženje. Rada pa imam tudi mir in tišino svojega prostora, kjer ustvarjam. Sam proces slikanja poteka na različnih ravneh. Poenostavljeno povedano, običajno v mislih oblikujem sliko, ji poiščem vodilne barve, se povprašam po občutenju, ki ga želim doseči. Ko se lotim slikanja, se začnejo dogajati spremembe in odstopanja. V tem delu se moram odločiti, kaj sprejemem in česa ne in ali dovolim, da me zapelje stran od prvotno začrtane smeri. Ko slikam, se prostor in čas spremenita, verjetno tudi ritem mojega telesa. Pri iskanju rešitev sem vedno v dvogovoru s sabo, ko ena možganska polovica meri, računa in tehta, druga pa vidi prostor, globino in barvne harmonije. Zlitje obeh da končni rezultat, ki ga želim doseči z vplivanjem občutenja slike na gledalca.

Slikanje vidim kot izvrstno terapijo v procesu zdravljenja. Ponekod je likovna terapija že dolgo v veljavi in prinaša odlične rezultate, kar podpira misel, da bi tovrstno izražanje moralo biti enakovredno drugim vsebinam vključeno v proces človekovega



Slikarka Dea Volarič je nagovorila zbrane na odprtju razstave.

razvoja. V različnih fazah slikanja doživljam različna razpoloženja, rezultat pa je neke vrste ravnovesje, ki ga je moč občutiti na čustveni, psihični in telesni ravni. Dokler pa smo v ravnovesju, smo zdravi in tudi dovolj odporni in močni, da do nas ne



Avtorica intervjuja Polonca Steinmann, dr. med., in nastopajoča glasbenika. Katarina Šetinc je po izobrazbi filozofinja in literarna komparativistka, ukvarja se s poučevanjem petja in z vodenjem pevskih skupin. Janez Špendov je po poklicu prevajalec in tolmač, poliglota, ki se lahko sporazumeva v nemščini, angleščini, italijanščini, francoščini, grščini in ruščini.



Soča teče skozi mlečno cesto, akril.



Te tipam, akril.

morejo razni škodljivi dejavniki. Prepričana sem, da bi dosegali zanimive in spodbudne rezultate, če bi v proces zdravljenja vključevali tudi slikanje. Končni izdelek je slika, ki krepí samozavest in optimizem in prinaša posebne vrste zadovoljstvo ter veselje do življenja. Kadar smo pozitivno naravnani, so takšna tudi naša čustva. Različne stresne situacije so lažje premagljive, vse to se nazadnje odraža tudi na telesni ravni. Misel je naša najmočnejša sila, za njo pravimo, da lahko gore premika. Če je optimistična, imamo več možnosti, da ne zbolimo oziroma da hitreje okreva-mo ali si zdravimo ranjeno dušo.

Prosim, povej kaj o tvoji tokratni razstavi v Domus Medica.

V galeriji sem razstavila slike, pri nastajanju katerih je bila vodilna tema reka. V tem tematskem sklopu teče pogovor med njo in mano. Najprej je

bila to Soča, saj živim na njenem bregu. V tem idealnem prostoru za opazovanje v vseh letnih časih odkri-vam njen obraz, ki me še vedno presune v neizmernem občudovanju njene lepote. Dotikam se njenega toka, spominov, le slutim lahko njeno fizično in eterično moč. Med slika-njem se je izkazalo, da gre lahko za katero koli, tudi kozmično reko. S svo-jo interpretacijo občutenega želim preseči in razširiti razmišljanje o reki ter še posebej o Soči kot o zgolj najlepši reki. In približati njeno drugačno vlogo, ki jo ima vsaka reka.

Turkizna reka Soča je mejnik Slovenije z zahodno Evropo. Njeni spomini so prijetni in številni, pa tudi boleči, predvsem na soško fronto. Kljub težkemu življenju ob njej so prebivalci trpežni, izredno slovensko narodno zavedni in življenjska doba je kljub številnim življenjskim preizkušnjam danes za tri leta daljša kot drugje v Sloveniji.

Chevalier-Greerbrantov *Slovar simbolov* razlaga simboliko reke in tekočih voda kot simboliko univerzal-ne možnosti in potekanja oblik, plodnosti, smrti in obnove. V različnih kulturah je imela simbolika reke pomembno vlogo, ki je človeka spremljala skozi življenje tudi v onostranstvo. Reka je ločevala svet živih od sveta mrtvih, kar je očitno upoštevala tudi prastara kultura, ki je pred dva do tri tisoč leti naseljevala prostor, kjer sem doma. Nad sotočjem Idrijce in Soče se je dvigalo mesto živih, a na drugem bregu Idrijce mesto mrtvih. V preteklosti so po svetu reke na različne načine čistili in ob njih marsikje izvajali daritvene obrede.

Kdaj si začela slikati?

Papir in svinčnik me spremljata, odkar se zavedam, vse do danes. Pri slikanju grem skozi raznolike faze, kar je odvisno od pokrajini, ki jih opazu-jem, svojih notranjih ali resničnih. Občutenje pri delu morda lahko strnem v opis, da gre za en globok vdih in izdih. Vedno je prisotna tudi fizična utrujenost, če ne prej, pa ob

zaključku. Slikam z umom in celotnim telesom.

Kaj najraje slikaš?

Zelo težko bi določila, vse mi je zanimivo, a seveda različno zahtevno. Moji interesi in zanimanja so že od nekdaj naravnani tudi v besedno in likovno ustvarjalnost. Za mano je strnjeno obdobje pravljicarstva, ko sem pravljice pripovedovala po knjižnicah, šolah, vrtcih in na raznih srečanjih za odrasle širom Slovenije. Na programu Radia Trst so predvajali več mojih kratkih zgodb in igro za otroke. V istem obdobju sem v samo-založbi izdala dve knjižici za otroke. Radovednost, kako nastaja film, me je pripeljala na izobraževanje v scenari-stični šoli Pokaži jezik. V ljubljanskem Mini teatru sem sodelovala z besedi-lom za lutkovno-gledališko predstavo za otroke. Bila sem pobudnica in organizatorica festivala Ristanc v Tolminu, ki je obogatil mesto z različnimi kulturnimi prireditvami s področja glasbe, plesa, gledališča in likovne umetnosti. Organizirala sem enotedenske kreativne delavnice za odrasle s poudarkom na lastnem izražanju skozi gib, glas, zavedanje telesa, ročne spretnosti, likovno ustvarjanje in komunikacijo; nadgra-jene so bile s koncertnimi večeri. Izvedla sem kreativne delavnice za otroke na festivalu Sanje v Ljubljani, s podobnimi vsebinami pa sem sodelo-vala z društvom iz Šempetra pri Gorici, ki se je ukvarjalo s spodbuja-njem kreativnosti in komunikacije pri otrocih in starših. Sem tudi avtorica besedil za zgodovinsko slikanico z vajami za ponavljanje, *Zgodbe iz Posočja*, ki je izšla pri Tolminskem muzeju.

Dea, najlepša hvala za pogovor. Za bralce pa še nasvet: če ste kdaj potrti, raztreseni, vzemite v roke papir, kaj naslikajte ali napišite lepo misel. Bodite vedno pozitivni, ne omahujte! To je brezplačen recept za vaše zdravljenje. Morda vam je tole pisanje dalo kakšno idejo, pa srečno pot!

Nacionalna strategija smotrne rabe protimikrobnih zdravil in obvladovanja odpornosti mikrobov proti protimikrobnim zdravilom v humani in veterinarski medicini (2016–2022)

Izr. prof. dr. Milan Čížman, dr. med., v. svet.

Izr. prof. dr. Bojana Beović, dr. med.

Mag. Iztok Štrumbelj, dr. med.

Doc. dr. Irena Zdovec, dr. vet. med.

Dr. Anton Svetlin, dr. vet. med.

vsi Komisija za smotrno rabo protimikrobnih zdravil pri Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije

Uvod

Protimikrobna zdravila so med najpogostejše predpisanimi zdravili tako v ambulantah kot tudi v bolnišnicah. Raziskave kažejo, da prejema antibiotike (protibakterijske učinkovine), ki so najpogostejše predpisano protimikrobno zdravilo, vsak dan od 1 do več kot 3 odstotke prebivalcev in od 20 do 50 odstotkov bolnikov v bolnišnicah (1, 2). Antibiotike pogosto predpisujejo tudi v domovih za ostarele (3). Približno 90 odstotkov vseh antibiotikov predpišemo ambulantno, ostale pa v bolnišnicah (1). Antibiotike uporabljamo več kot 75 let. Antibiotiki so zelo znižali smrtnost, zmanjšali zaplete številnih infekcijskih bolezni in pomembno vplivali na razvoj medicine. Njihova raba, še posebej, kadar je bila čezmerna in napačna, je povzročila nastanek odpornosti mikrobov, zlasti bakterij. V zadnjih letih odpornost proti antibiotikom zelo narašča po vsem svetu in postaja resen javnozdravstveni problem, še posebej, ker se je ustavil razvoj novih učinkovin. Odpornost narašča tako v humani in veterinarski medicini kot tudi v okolju in zahteva globalni odziv (4). Od leta 1990, ko so odpornost proti protimikrobnim zdravilom prepoznali kot resen javnozdravstveni problem, so sprožili številne aktivnosti v Evropi in po svetu (5–7).

Delovna skupina, ki jo je ustanovila britanska vlada, je nedavno preučila sedanje stanje v

svetu in izračunala posledice v prihodnosti. Ocenila je, da je zdaj število smrti zaradi odpornosti proti protimikrobnim zdravilom v svetu 700.000 letno, če pa se trendi ne spremenijo, bo do leta 2050 naraslo na 10.000.000 letno. S tem bi število smrti zaradi odpornosti proti protimikrobnim zdravilom do leta 2050 preseglo skupno letno število smrti zaradi raka (8.200.000) in prometnih nesreč (1.200.000) (8). Po ocenah Organizacije za gospodarsko sodelovanje in razvoj (OECD) bi skupna izguba v državah OECD do leta 2050 znašala približno 2.900 milijard ameriških dolarjev (0,16 odstotka bruto domačega proizvoda) (9).

Zaradi naraščanja odpornosti in njenih posledic ter pomanjkanja novih učinkovin sta potrebna nacionalna strategija in načrt ukrepov, s katerimi bomo ustavili naraščanje odpornosti oz. jo poskušali znižati. V letu 2012 je Evropski svet pozval države članice Evropske unije (EU), da pripravijo in izvedejo nacionalne strategije ali akcijske načrte za preprečevanje odpornosti mikrobov proti protimikrobnim zdravilom (7).

Namen prispevka je prikazati nacionalno protimikrobno strategijo v Sloveniji za obdobje 2016–2022 s področja humane medicine, ki jo je pripravila skupina avtorjev prispevka v letu 2016 po odločbi Ministrstva za zdravje Republike Slovenije. V prispevku se bomo omejili na strateške cilje pri ambulantnem predpisovanju antibiotikov v humani medicini.

V drugem prispevku bomo obravnavali predpisovanje in strategijo za izboljšanje predpisovanja v bolnišnicah.

Strateški cilji Slovenije

- Izboljšati poznavanje in razumevanje odpornosti mikrobov proti protimikrobnim zdravilom s spremljanjem porabe protimikrobnih zdravil in odpornosti mikrobov in z učinkovitim obveščanjem, izobraževanjem ter usposabljanjem.
- Nadzorovati učinkovitost sedanjih načinov protimikrobnega zdravljenja in jo ohraniti s pomočjo izboljšanja predpisovanja protimikrobnih zdravil, ukrepi za preprečevanje in obvladovanje okužb in razvojem orodij, ki pospešujejo optimalno rabo protimikrobnih zdravil v humani in veterinarski medicini.

Ambulantna poraba antibiotikov v Sloveniji

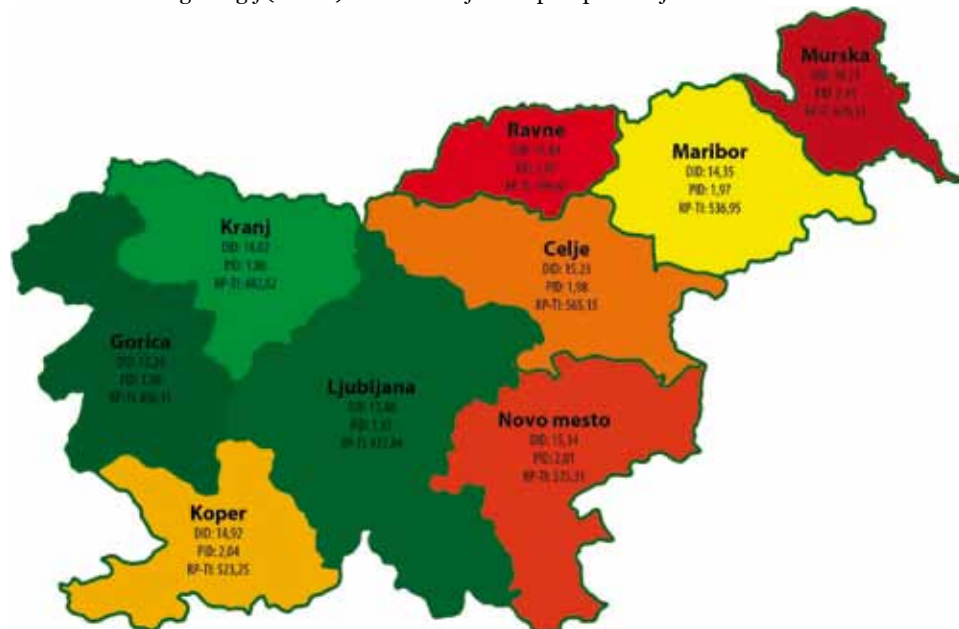
V Sloveniji znaša ambulantna poraba antibiotikov za sistemsko rabo skoraj 90 odstotkov (88,5 odstotka) celotne rabe antibiotikov. V letu 2015 je bila ambulantna poraba v Sloveniji 14,56 definiranih dnevni odmerkov (DDD)/1000 prebivalcev na dan oz. 525 Rp/1000 prebivalcev/leto. Poraba ni ugodna, če jo primerjamo s Švedsko, ki je imela v letu 2014 kar za 36,5 odstotka manj predpisanih receptov kot Slovenija (328 proti 516 Rp/1000 prebivalcev/leto), kar nakazuje še na velike možnosti znižanja porabe (10). V ZDA so ocenili, da bi bila ustrezna ambulantna poraba 353 Rp/1000 prebivalcev na leto, kar je 31,6 odstotka manj, kot je bila poraba v letu 2015 pri nas. Cilj Švedske je 250 Rp/1000 prebivalcev/leto, kar so že dosegli v posameznih regijah. V Sloveniji je zaskrbljujoče, da smo od leta 2009 do 2015 znižali porabo le za 7 odstotkov od 563 na 525 Rp/1000 prebivalcev /

leto. V letu 2015 je poraba narasla za 2 odstotka v primerjavi z letom poprej.

Že vrsto let opažamo v Sloveniji razlike v predpisovanju med zdravstvenimi regijami: zdravniki severovzhodne Slovenije predpišejo več (18 odstotkov v letu 2015) antibiotikov kot zdravniki drugih regij (slika 1).

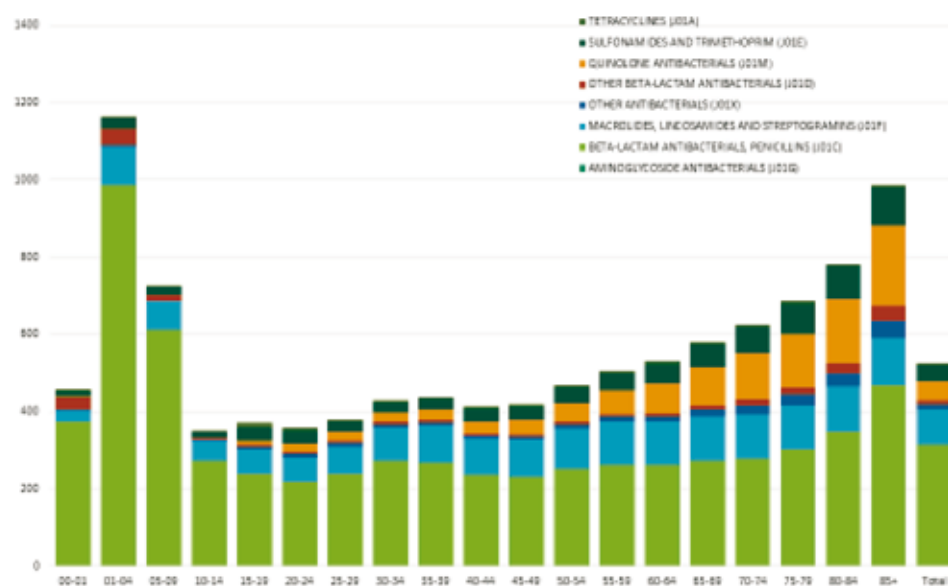
Največ antibiotikov je predpisanih otrokom v starostni skupini od 1 do 4 let (1160 Rp/1000 prebivalcev/leto v letu 2015), sledijo osebe nad 85 let, ostareli stari od 80 do 85 let in mladi šolarji (od 5 do 9 let) (slika 2).

Predpisovanje ženskam (605 Rp/1000 prebivalcev/leto) je pogostejše kot predpisovanje moškim



Slika 1: Poraba antibiotikov v zdravstvenih regijah v Sloveniji 2015.

STRUKTURA AMBULANTNE PORABE DRŽAVE PO STAROSTNIH SKUPINAH V ŠTEVILU IZDANIH RECEPTOV NA TISOČ PREBIVALCEV NA DAN (RP / 1000 PREB) 2015



Slika 2: Struktura ambulantne porabe države po starostnih skupinah v številu izdanih receptov na tisoč prebivalcev na dan (Rp/1000 preb.) 2015

(443 Rp/1000 prebivalcev/leto), kar se sklada s stanjem v drugih državah (11).

Ambulantno so zdravniki predpisovali otrokom, starim od 0 do 14 let, najpogosteje amoksisicilin, penicilin, amoksisicilin s klavulansko kislino, azitromicin in midekamicin, odraslim, starim od 15 do 65 let, amoksisicilin s klavulansko kislino, amoksisicilin, azitromicin, penicilin in TMP/SMX ter starostnikom nad 65 let amoksisicilin s klavulansko kislino, ciprofloksacin, TMP/SMX, amoksisicilin in azitromicin.

Struktura porabe antibiotikov ambulantno ni ugodna in zahteva izboljšave.

Odpornost bakterij v Sloveniji

V Sloveniji imamo dve mreži za spremljanje odpornosti bakterij v humani medicini. Od leta 2000 Slovenija sodeluje v evropski mreži EARSS (European Antimicrobial Resistance Surveillance System), od leta 2010 znani kot EARS-Net, v letu 2010 pa je bila ustanovljena Slovenska komisija za ugotavljanje občutljivosti za protimikrobna zdravila (SKUOPZ). V EARS-Net spremljamo odpornost 8 invazivnih bakterij, z drugo mrežo pa 17 invazivnih in neinvazivnih bakterij (12, 13).

EARS-Net Slovenija je objavil analizo trendov spremljanih bakterij iz obdobja 2006–2014. V letu 2014 se je v Sloveniji delež proti meticilinu odpornih invazivnih izolatov *Staphylococcus aureus* (MRSA) povečal na 13 odstotkov. Povečala se je tudi odpornost po Gramu negativnih bakterij proti kritično pomembnim antibiotikom oz. antibiotikom zadnje izbire. Tako je znašala odpornost bakterije *Escherichia coli* proti cefalosporinom 3. generacije 13 odstotkov in proti fluorokinolonom 23 odstotkov. Odpornost bakterije *Klebsiella pneumoniae* proti fluorokinolonom je bila 33 odstotkov, proti cefalosporinom 3. generacije 27 odstotkov, proti karbapenemom pa

Bakterija	EU %	Slovenija 2013 vs. 2014 (trend)
S. pneumoniae		
– Penicilin – neobčutljiv	1–47	10 (1)
– Eritromicin – neobčutljiv	0–48	19 (1)
MRSA	0–56	13 (1)
VRE	0–45	2 (1)
E. coli ESBL +	3–40	13 (1)
K. pneumoniae ESBL +	0–75	27 (1)
E. coli karbapenemaze +	0–1,2	0,0 (1)
K. pneumoniae karbapenemaze +	0–62	0,9 (1)
P. aeruginosa karbapenem odporen	4–59	31 (1)
Acinetobacter baumannii karbapenem odporen	0–93	27 (1)

Tabela 1: Protimikrobna odpornost invazivnih bakterij v Evropi in Sloveniji v letu 2014 (EARS-Net 2014)

manjša od 1 odstotka (v Italiji je bilo leta 2014 proti karbapenemom odpornih 33 odstotkov izolatov, v Grčiji pa 62 odstotkov). Odpornost proti karbapenemom pri vrsti *Pseudomonas aeruginosa* je bila 31 odstotkov, pri vrsti *Acinetobacter baumannii* 27 odstotkov (12) (tabela 1).

Objavljena je bila tudi analiza podatkov, ki jih je SKUOPZ zbral za obdobje od 2010 do 2013 (14).

Ključni projekti za doseg strateških ciljev

Nacionalna strategija se zaradi pogoste rabe antibiotikov in obsega problema osredotoča na protibakterijska zdravila, nanaša pa se tudi na protivirusna in protiglivična zdravila – enako kot poročilo Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) o odpornosti po svetu v letu 2014.

- Ključna področja strategije so:
- **optimizacija predpisovanja,**
 - **spremljanje odpornosti mikrobov in porabe protimikrobnih zdravil v humani medicini in veterini,**
 - **izobraževanje predpisovalcev in prebivalstva,**
 - **izboljšanje preprečevanja in obvladovanja okužb,**
 - **podpora raziskovanju in razvoju,**
 - **mednarodno sodelovanje.**

Optimizacija predpisovanja

Ambulantno predpisovanje

Slovenija bi morala do leta 2022:

- **Zmanjšati celotno ambulantno predpisovanje antibiotikov za vsaj 25 odstotkov.** V letu 2015 je bila ambulantna poraba antibiotikov 525/Rp/1000 prebivalcev/leto. Vsekakor naj bi bila ambulantna poraba manj kot 400 Rp/1000 prebivalcev/leto. Otroci in mladostniki do starosti 19 let so prejeli v letu 2015 v Sloveniji 636 Rp/1000 prebivalcev/leto, v državah z smotnejšo porabo pa še enkrat manj (300 Rp/1000 prebivalcev/leto).
- **Zmanjšati zdravljenje pogostih kliničnih sindromov, kot so neopredeljene okužbe zgornjih dihal, okužbe v žrelu, akutni bronhitis in akutno vnetje srednjega ušesa, z antibiotiki, še posebej pri otrocih.** Akutne okužbe dihal, zlasti zgornjih, so najpogostejši vzrok obiska pri zdravniku in predpisovanja antibiotikov. Antibiotiki po številnih mednarodnih priporočilih niso indicirani za zdravljenje nazofaringitisa, nespecifične okužbe zgornjih dihal, bronhitisa, bronhioolitisa,

gripe, virusne pljučnice in negojnega vnetja srednjega ušesa (15). Antibiotik ni indiciran pri akutnem bronhitisu pri sicer zdravih osebah. Indiciran je samo pri sumu na pljučnico. Pozorni moramo biti pri osebah z osnovnimi boleznimi, pri katerih obstaja večje tveganje za razvoj pljučnice. Akutno vnetje srednjega ušesa je najpogostejši vzrok za predpisovanje antibiotikov pri otrocih. Pri gnojnem vnetju srednjega ušesa in perforaciji bobniča so antibiotiki indicirani takoj. Indicirani so tudi pri obojestranskem akutnem vnetju srednjega ušesa pri otrocih < 2 leti starosti, otrocih < 6 meseci, otrocih > 6 meseci z visoko vročino 39° C ali več in hudo otalgijo, boleznih s povečanim tveganjem za hud potek in če ni izboljšanja po 48 do 72 urah simptomatskega zdravljenja. Pri negotovi diagnozi, blagi klinični sliki (ni hude otalgije, vročina pod 39° C) pa je indicirano zakasnelo predpisovanje. Zdravljenje akutnega sinuzitisa je indicirano v primeru hude klinične slike, bifazne anamneze in prolongirane klinične simptomatike.

- **Izboljšati ambulantno strukturo predpisovanja, tako da se zmanjša predpisovanje amoksicilina s klavulansko kislino, makrolidov z dolgo razpolovno dobo (azitromicin) in fluorokinolonov.** Amoksicilin s klavulansko kislino je najpogosteje predpisan antibiotik v Sloveniji. V letu 2015 je predstavljal 27 odstotkov vseh predpisanih receptov. Številne države v Evropi imajo bistveno nižjo porabo, najnižjo ima Norveška, in sicer 0,01 odstotka (1). Nerazumljivo visoko se predpisuje mladostnikom, starim od 16 do 19 let (23 odstotkov), in ostarelim (31 odstotkov). Razmerje med amoksicilinom in amoksicilinom s klavulansko kislino je bilo 0,76, kar je zelo neugodno. V več državah predlagajo razmerje med

amoksicilinom in amoksicilin s klavulansko kislino 4 : 1. Amoksicilin s klavulansko kislino ima več neželenih učinkov kot amoksicilin, ima širši spekter kot amoksicilin in v nedavni raziskavi so ugotovili pozitivno povezavo med rabo amoksicilina s klavulansko kislino in pojavom ESBL pozitivnih bakterij v bolnišnici in zunaj bolnišnice. Anglija denarno nagraduje ambulantne zdravnike, če predpišejo amoksicilin s klavulansko kislino, cefalosporine in fluorokinolone v manj kot 10 odstotkih vseh predpisanih receptov za antibiotike. Koliko naših zdravnikov bi prejelo nagrado, vedo samo predpisovalci. Azitromicin je makrolidni antibiotik, ki je prijazen za jemanje, saj ga jemljemo enkrat dnevno in zaradi dolge razpolovne dobe krajši čas kot druge antibiotike. Zaradi dolge razpolovne dobe doseže nizke koncentracije v tkivih, kar stimulira nastanek odpornosti zlasti pnevmokokov. Ni ga priporočljivo predpisovati, če lahko zdravimo z drugimi makrolidi, ki manj pogosto povzročajo odpornost. Pogosto se uporablja neupravičeno za zdravljenje okužb dihal, ki jih povzročajo grampozitivne bakterije pri osebah, ki niso alergične na penicilin. V Sloveniji je zelo visoka (10 odstotkov) raba azitromicina pri bolnikih > 65 let za zdravljenje okužb dihal, kar ni v skladu s priporočili. SZO je uvrstila azitromicin na komplementarno listo zdravil samo za zdravljenje genitalnih okužb s *Chlamydia trachomatis* v enkratnem odmerku in za zdravljenje trahoma. Raba fluorokinolonov je v Sloveniji že vrsto let previsoka (v letu 2015 kar 9,5 odstotka celotne rabe), kar ima za posledico razvoj odpornosti gramnegativnih bakterij, ki povzročajo najpogosteje okužbe sečil. Cilj v številnih državah je, da bi bila raba pod 5 odstotkov celotne

rabe. Švedska si je v letu 2014 zastavila cilj, da naj bo zdravljenih s ciprofloksacinom ali norfloksacinom do 10 odstotkov bolnic z okužbo sečil, v starosti od 18 do 79 let. V letu 2015 so že dosegli 13 odstotkov na nacionalni ravni.

- **Zmanjšati rabo antibiotikov posebej v starostnih skupinah in regijah, kjer je predpisovanje bistveno višje od povprečja.** V Sloveniji je treba zmanjšati predpisovanje pri otrocih, zlasti pri predšolskih otrocih. Predpisovanje v vzhodnih in severovzhodnih zdravstvenih regijah Slovenije (RA, MS, MB, MS) je skoraj za 20 odstotkov višje kot v povprečju v ostalih regijah.
- **Nameniti posebno pozornost predpisovalcem, ki predpisujejo protimikrobna zdravila značilno pogosteje, kot je povprečje.** Za izvedbo te aktivnosti je potrebno tesno sodelovanje z ZZZS, ki ima podatke o vseh zdravnikih, ki predpisujejo zdravila na recept. Vsi zdravniki ne predpisujejo antibiotikov enako pogosto. Raziskava v ZDA je pokazala, da je 10 odstotkov zdravnikov v urgentni ambulanti zdravilo z antibiotiki vsaj 95 odstotkov bolnikov z akutnimi okužbami dihal, na drugi strani pa je 10 odstotkov zdravnikov zdravilo 40 odstotkov ali manj okužb dihal. ZZZS bo v letu 2017 omogočil za vsakega zdravnika dostop do podatkov o številu predpisanih receptov za antibiotike in do povprečja drugih zdravnikov. Smiselno bi bilo uvesti dodatna izobraževanja za velike predpisovalce. Elektronsko predpisovanje omogoča še druge nadzorne mehanizme: lahko se preverja količina predpisanih receptov, struktura predpisovanja, skladnost predpisovanja s priporočili. Zdravniki bi lahko prejeli sporočilo, da so predpisali že 80 odstotkov predvidene količine antibiotikov oz. bi morali opravičiti

- indikacijo in jo vpisati v zdravstveni karton.
- **Analizirati povezavo med rabo antibiotikov in odpornostjo bakterij po regijah.** Nedvomno obstaja povezava med rabo antibiotikov in odpornostjo bakterij. To velja za celotno rabo in rabo penicilinov in odpornostjo pnevmokokov proti penicilinu ter rabo makrolidov in odpornostjo pnevmokokov in streptokokov proti makrolidom. Obstaja tudi povezava med rabo kinolonov in odpornostjo *E.coli* proti kinolonom. Slovenske regije, kjer predpisujejo več antibiotikov, imajo višjo odpornost pnevmokokov proti penicilinu (16).
 - **Preprečevati zdravljenje z ostanki zdravil** (zato je treba uvesti izdajanje protimikrobnih zdravil glede na dnevni odmerek in trajanje zdravljenja, ne pa izdajanje škatel). V Sloveniji predpisujemo za zdravljenje bolezni število pakiranj, zato bolnikom pogosto ostajajo ostanki, ki jih potem uporabljajo sami ali jih dajejo drugim osebam, ki zbolijo. Analiza v letu 2003 je pokazala, da ima kar 20 odstotkov anketiranih antibiotike doma, ki jih večkrat začnejo uporabljati ob vročinskem stanju. To je pogosto nepotrebno ali z jemanjem zabrišejo klinično sliko, kar otežuje ustrezno diagnozo in antibiotično terapijo (17).
 - **Sprotno in razumljivo poročanje o občutljivosti mikrobov.** V Sloveniji imamo dve mreži za spremljanje odpornosti bakterij v humani medicini. Od leta 2000 Slovenija sodeluje v evropski mreži EARSS (European Antimicrobial Resistance Surveillance System) – od leta 2010 kot EARS-Net, v letu 2010 pa je bila ustanovljena Slovenska komisija za ugotavljanje občutljivosti za protimikrobna zdravila (SKUOPZ). V EARS-Net spremljamo odpornost 8 invazivnih bakterij, z drugo mrežo pa 17 invazivnih in neinvazivnih bakterij (12, 13). Rezultati SKUOPZ so dosegljivi na spletni strani in posodobljeni vsako leto <http://www.imi.si/strokovna-zdruzenja/skuopz>, prav tako so rezultati EARS-Net dosegljivi na spletni strani NIJZ <http://www.nijz.si/ears-net-slovenija>.
 - **Izboljšati ambulantno predpisovanje, kar bomo merili s kazalniki kakovosti.** V letu 2011 je skupina pri ESAC pripravila predloge za kazalnike kakovosti za šest najpogostejših diagnoz. Antibiotike naj bi prejemale od 0 do 20 odstotkov bolnikov, če imajo okužbo zgornjih dihal in so stari > 1 leto, akutno vnetje srednjega ušesa pri starosti > 2 leti, okužbo v žrelu in so stari > 1 leto, in bolniki >18 let z akutnim/kroničnim sinuzitisom. Bolniki, stari od 18 do 75 let, z akutnim bronhitisom/bronhiolitisom naj bi prejeli antibiotik v 0–30 odstotkih. Bolniki, stari od 18 do 65 let, s pljučnico naj bi prejeli antibiotik v 90–100 odstotkih, ženske s cistitisom >18 let pa v 80–100 odstotkih (18).
 - **Redno posodabljati priporočila za ambulantno predpisovanje protimikrobnih zdravil.** V Sloveniji imamo nacionalna priporočila za zdravljenje doma pridobljene pljučnice (2 verziji) in zdravljenje kronične obstruktivne pljučne bolezni. Imamo pa več izdaj priporočil, pripravljenih s strani dveh avtorjev (19).
 - **Uvesti točkovne prevalenčne raziskave na primarni ravni.** V Sloveniji smo izvedli dve nacionalni točkovni prevalenčni raziskavi v bolnišnicah in v UKC Ljubljana še dodatno tri. Ob prvem obeležanju evropskega dneva ozaveščanja o antibiotikih smo organizirali točkovno prevalenčno raziskavo pri pediatrih. Od 256 članov Združenja za pediatrijo Slovenije smo za analizo lahko uporabili samo 56 vprašalnikov (21,9 odstotka), kar je malo.
- Točkovne prevalenčne raziskave nam dajo koristne informacije o rabi antibiotikov in so osnova za nadaljnje ukrepe.
- **Okrepiti izobraževanje strokovne in laične javnosti.** Člani komisije smo skupaj z ZZZS pripravili štiri vinjete (akutno vnetje srednjega ušesa, akutni rinosinuzitis, faringitis in bronhitis) z indikacijami in izbiro antibiotika za zdravljenje, ki bodo posredovane vsem ambulantnim zdravnikom. V pripravi je prevod izobraževalnega vira e-Bug za izobraževanje otrok in mladine in plakat SZO za izobraževanje pacientov.
 - **Izboljšati predpisovanje protimikrobnih zdravil v domovih starejših občanov.** V domovih za ostarele prejemajo stanovalci antibiotike v 1–18 odstotkih. Najpogosteje jih prejemajo zaradi okužb dihal, sečil in okužb kože in podkožja. Ostareli > 65 let prejemajo v Sloveniji najpogosteje amoksicilin s klavulansko kislino, kinolone in TMP/SMX. Zaradi večje porabe antibiotikov kot v splošni populaciji in večje možnosti vnosa odpornih bakterij iz bolnišnic, ker so stanovalci večkrat hospitalizirani, in večje možnosti prenosa okužb v domovih, pogosto izoliramo odporne bakterije, ki jih težje zdravimo. Včasih je potrebna celo hospitalizacija. Med domovi za ostarele so razlike v predpisovanju in prevalenci odpornih bakterij. V strategijo smo vključili spremljanje porabe protimikrobnih zdravil v domovih, kar bo omogočalo bolj smiselno načrtovanje ukrepov.
 - **Zbirati podatke o porabi parenteralnih protimikrobnih zdravil ambulantno in v domovih za starejše občane.** V Sloveniji spremljamo porabo oralnih antibiotikov, ki jih predpisujemo na recept. Parenteralne antibiotike predpisujemo na naročilnice, ki pa jih ne obdelujejo sistematsko. Predhodna analiza je

pokazala, da predstavljajo parenteralni antibiotiki manj kot 1 odstotek vseh antibiotikov, ki jih predpišemo ambulantno. V domovih za ostarele ne predpisujemo samo antibiotikov, ki se dajejo enkrat dnevno, kar je priporočljivo za rabo, ki nima 24-urne zdravstvene službe, pač pa še številne druge. Poleg domov za ostarele tudi v ambulantah bolnišnic uporabljamo parenteralne antibiotike, kot benzatipenicilin G za zdravljenje in preprečevanje streptokoknih okužb v žrelu, koži (šen), ceftriakson za zdravljenje Lymske borelioze, gentamicin za zdravljenje okužb sečil ali ertapenem za zdravljenje okužb z bakterijami, ki izločajo ESBL.

V letu 2016 je Evropski svet pozval članice EU, naj do sredine leta 2017 sprejmejo nacionalni akcijski načrt o protimikrobni odpornosti, ki bo temeljil na pristopu »eno zdravje« in bo skladen s cilji globalnega akcijskega načrta Svetovne zdravstvene organizacije (9).

V okviru mreže EU »Eno zdravje« bodo države ob politični podpori izmenjavale najboljše prakse in se medsebojno obveščale o napredku pri izvajanju akcijskih načrtov ter razvoju in izvajanju akcijskega načrta EU.

Literatura

1. European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance of antimicrobial consumption in Europe 2014. Stockholm; ECDC; 2015 (še neobjavljeno).
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Point prevalence survey of healthcare-associated infection and antimicrobial use in European acute care hospitals. Stockholm; ECDC; 2013.
3. McClean T, Hughes C, Tunney M, Goossens H, Jans B. European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC) Nursing Home Project Group. Antimicrobial prescribing in European nursing homes. *J Antimicrob Chemoth* 2011; 66: 1609 – 16.
4. Laxminarayan R, Duse A, Wattal C, Zaidi AKM, Wertheim HFL, Sumpradit N et al. Antibiotic resistance - the need for global solutions, *Lancet Infect Dis* 2013;13: 1057 – 94
5. World Health Organization. WHO global strategy for containment of antimicrobial resistance. Geneva, Switzerland: WHO 2001.
6. Evropska komisija. Sporočilo komisije Evropskemu parlamentu in svetu. Akcijski načrt proti naraščajoči nevarnosti protimikrobne odpornosti. 16939/11 COM(2011) 748 Bruselj 15. 11. 2011.
7. Evropski Svet. Sklepi Sveta z dne 22. junija 2012 o posledicah protimikrobne odpornosti v zdravstvenem in veterinarskem sektorju - pobuda »Eno zdravje«. Uradni list Evropske unije 2012/C 211/02.
8. O, Neill J,ed.. Review on antimicrobial resistance Tackling a global health crisis. Initial steps, Tacking drug resistant infections globally. London, UK; HM Government; 2015.
9. Svet Evropske unije. Sklepi Sveta o nadaljnjih ukrepih v okviru pristopa »eno zdravje« za boj proti protimikrobni odpornosti. Uradni list Evropske unije 2016/C 269/05.
10. Swedres-Swarm 2014. Consumption of antibiotics and occurrence of antibiotic resistance in Sweden. Solna/Uppsala ISSN1650-6332.
11. Schroder W, Sommer H, Primrose Gladstone B, Foschi F, Hellman J, Evengard B, Tacconelli E. Gender differences in antibiotic prescribing in the community: a systematic review and meta-analysis. *J Antimicrob Chemoth* 2016; 17:1800 - 6.
12. European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial resistance in Europe 2014. Annual Report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net 2014), Stockholm: ECDC; 2014.
13. Slovenska komisija za ugotavljanje občutljivosti za protimikrobna zdravila. Dosegljivo 1.9.2016 s spletne strani: <http://www.imi.si/strokovna-zdruzenja/skuopz>
14. Štrumbelj I. Trendi bakterijske odpornosti v Sloveniji. In: Bojana Beović, Franc Strle, Janez Tomažič, eds. Problemi protimikrobne odpornosti v Sloveniji: pet pred dvanajsto ali minuta čez?: novosti: 70-letnica Klinike za infekcijske bolezni in 120-letnica Infekcijskega oddelka. Infektološki simpozij 2015, oktober 2015; Ljubljana. Ljubljana, Sekcija za protimikrobno zdravljenje SZD in Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Univerzitetni klinični center Ljubljana in Katedra za infekcijske bolezni in epidemiologijo Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani; 2015.
15. Fleming-Dutra KE, Hersh AL, Shapiro DJ, Bartoces M, Enns EA, File JrTM et al. Prevalence of inappropriate antibiotic prescriptions among US ambulatory care visits, 2010-2011. *JAMA* 2016; 315:1864-73.
16. Čižman M, Vrečar V, Starašinič N, Limbek V, Bajec T, Pečar Čad S, Rokavec T, Paragi M. Regional variation in antibiotic use in children in Slovenia. *J Pediatr Infect Dis* 2014; 9. 1-7.
17. Čižman M, Haaijer-Ruskamp FM, Grigoryan L, SAR. Samozdravljenje z antibiotiki v Sloveniji. *Zdrav Vestn* 2005; 74: 293-7.
18. Adriaenssens N, Coenen S, Tonkin-Crine S, Verheij TJ, Little P, Goossens H; on behalf of the ESAC Project Group. Disease-specific quality indicators for outpatient antibiotic prescribing. *BMJ Qual Saf* 2011;20:764-72.
19. Čižman M, Beović B. Kako predpisujemo protimikrobna zdravila v bolnišnicah. Sekcija za protimikrobno zdravljenje, SZD. Ljubljana 2013.

V STISKI NISI SAM!

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

Pokličite nas na ANONIMNO telefonsko številko:
01 30 72 100

HIV/aids in druge SPO: testiraj & zdravi

Prof. dr. Janez Tomažič, dr. med., UKC Ljubljana,
Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja
Izr. prof. dr. Irena Klavs, dr. med.,
Nacionalni inštitut za javno zdravje
Prof. dr. Mojca Matičič, dr. med., UKC Ljubljana, Klinika za
infekcijske bolezni in vročinska stanja
Prof. dr. Mario Poljak, dr. med., Medicinska fakulteta,
Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo

Epidemija je v porastu. Enako kot v vsem razvitem svetu, se tudi pri nas povečuje letni prirastek okuženih s HIV – zlasti v skupini moških, ki imajo spolne odnose z moškimi (MSM). V Sloveniji v tej skupini ostaja delež okuženih po razpoložljivih ocenah za zdaj še pod 5 %. V zadnjih desetih letih, od 2006 do 2015, je bilo v Sloveniji prijavljenih skupaj 442 primerov novih diagnoz okužbe s HIV. Letno število prijavljenih primerov se je gibalo od (najmanj) 33 (16,4/1.000.000 prebivalcev) v letu 2006 do (največ) 55 (26,8/1.000.000 prebivalcev) v letu 2011. V letošnjem letu pa gre za izrazit porast števila novoodkritih okuženih v primerjavi s predhodnimi leti. Med vzroki je na prvem mestu povečano število novih okužb v zadnjih letih in to z zamikom beležimo letos s povišanim številom novih diagnoz; deloma pa gre tudi za odraz povečanega obsega testiranja v zdravstvu in še posebno v MSM-skupnostih (delovanje nevladnih organizacij – NVO).

Skupina MSM. V vsaki družbi predstavlja vsaj 5 % moškega prebivalstva; gre za zelo heterogeno skupino, znotraj katere je podskupina z zelo tveganim vedenjem, in ta je zlasti problematična za okužbo s HIV, ne pa celotna MSM-populacija. Pogosto se napačno in stereotipno ustvarja negativna podoba za celo skupino

MSM, ki ima za posledico stigmatizacijo istospolne usmerjenosti. Boj proti HIV/aidsu ni boj proti spolnosti med moškimi!

HIV/aids paradoks. Predvsem zaradi učinkovitega zdravljenja (angl. »treatment optimism«) je popustila temeljna preventiva okužbe s HIV in tudi drugih spolno prenosljivih okužb (SPO). Svoje je naredila še zamenjava generacij, saj današnje generacije osebno niso doživele smrtnega strahu – aids je bil nekoč sinonim za smrt. Zavedanje o ostalih SPO, kot so sifilis, gonoreja, hepatitis B, hepatitis C (pri MSM!) in druge, je prešibko, da bi vplivalo na bolj dosledno uporabo kondoma/lubrikanta, strah pred nepoznavanjem spolnih navad partnerja/partnerjev, odložitev prezgodnjih spolnih odnosov, nezadržno eksperimentiranje. Spolnost med moškimi je bila pred HIV/aidsom zelo pogosto nezaščitena, aids je zaradi strahu pred smrtjo povzročil velik strukturni vedenjski zasuk, v zadnjih desetih letih pa se v populaciji MSM ponovno pojavljajo vzorci tveganega vedenja pred obdobjem epidemije okužbe s HIV.

Posameznik je vse bolj izpostavljen okužbi s HIV in tudi drugim SPO. Predvsem zaradi določenih sprememb v družbi in sodobnih tehnoloških možnosti imajo vse enostavnejši načini spoznavanja

partnerja/partnerjev za posledico, da se je za spolne stike lažje dogovoriti, da jih je več in da se pri osebah z različnimi, večinoma nepoznanimi spolnimi partnerji poveča možnost prenosa HIV in ostalih SPO.

Take poenostavljene dogovore za spolne stike omogočajo številne **specializirane aplikacije** oz. posebna socialna omrežja za MSM (na voljo so seveda tudi za druge – te in še druge aplikacije), dostopna **na pametnih telefonih**, kot so Planet Romeo, Grindr, Scruff, pa tudi Instagram ter Facebook itd. Vse pogostejše so t. i. »**kemseks zabave**« (eno- ali večdnevne), kjer se družijo med seboj bolj ali manj anonimne osebe, ki se dogovarjajo »on-line«, po spletu oz. mobilnih aplikacijah. Uporaba različnih rekreativnih/družabnih drog, kot so gama hidroksibutirat (GHB), mefedron, metamfetamin in druge, bistveno zmanjša prištevnost ter hkrati bistveno poveča spolno vzbujenost in poveča/podaljša željo po spolnih odnosih: zato na tovrstnih srečanjih udeleženci že po kratkem času opustijo uporabo kondoma in se predajo tveganemu spolnemu vedenju. Še vedno ima, žal, velik vpliv tudi **stigma**: ljudje se bojijo, da bodo pri njih odkrili HIV, da bi bili zaradi tega zaznamovani v svoji skupnosti in širše, da bi se razvedelo za njihovo bi- ali homoseksualnost. Vse to osebe odvrta od testiranja na HIV in druge SPO in od zdravstvenega nadzora. Ti temeljni vzroki vse bolj otežujejo preventivo in širijo pojavnost tudi drugih SPO, ki brez zdravljenja še dodatno povečujejo možnost prenosa HIV.

Kombinirana preventiva (bio-vedenjska preventiva HIV) – slediti znanosti. V Sloveniji je HIV/aids predvsem SPO. Tako, kot se je uveljavilo »zelo učinkovito protiretrovirusno zdravljenje« (PRZ) oz.

kombinirano zdravljenje, se uveljavlja tudi »zelo učinkovita preventiva« oz. kombinirana preventiva. Gre za kombinacijo temeljne preventive s promocijo odgovorne in varnejše spolnosti, vključno s promocijo pravilne in dosledne uporabe kondoma/lubrikanta, in za nove farmakološke postopke: »testiraj in zdravi«, »preekspozicijsko profilakso (PrEP)«, »poekspozicijsko profilakso (PEP)« – torej kombinirano bio-vedenjsko preventivo pred okužbo s HIV.

Temeljna (vedenjska) preventiva. Pri preventivi pred okužbo s HIV in drugimi SPO vedno nagovarjamo vse prebivalce (mlade in starejše, moške in ženske itd.), pri čemer ostaja najpomembnejše sporočilo promocija odgovorne in varnejše spolnosti, vključno s promocijo pravilne in dosledne uporabe kondoma/lubrikanta. Sem spada tudi poznavanje partnerja/partnerjev s ključno informacijo o njegovem/njihovem trenutnem statusu glede okužbe s HIV (in tudi drugimi SPO), ki pa je zaradi stigme zelo oteženo. To je daleč najbolj pomembno pri nezaščitenih receptivnih analnih spolnih odnosih, ki so glavni vzrok povečanega širjenja okužbe v Sloveniji.

Eden ključnih problemov je, kako pripeljati »preventivno« informacijo do najbolj ogroženih oseb: to so pri nas MSM, stari med 17 in 60 let. Pomembno je, da mlade moške, ki jih spolno privlačijo moški in bodo šele vstopili v spolno aktivno obdobje življenja, preventivne informacije dosežejo že pred prvo spolno izkušnjo.

Testiraj in zdravi (socialno nalezljive bolezni). Zgodnje odkrivanje oseb, okuženih s HIV (s pomočjo pogostega rednega testiranja predvsem najbolj izpostavljenih oseb, zlasti MSM), in zgodnje zdravljenje okuženih oseb (po novih priporočilih uvedemo zdravljenje čim prej po diagnosticiranju okužbe) sta – poleg promocije odgovornejšega in varnejšega spolnega obnašanja – prioriteta v boju proti HIV/aidsu, saj je zdravljenje odlična (najučinkovitejša) preventiva: pri osebah, ki so uspešno zdra-

vljene, se za več kot 90 % zmanjša tveganje prenosa okužbe na spolnega partnerja! Zato: **čim bolj promovirajmo testiranje na HIV!** Zdravimo vse okužene! S tema dvema ukrepoma bomo bistveno zmanjšali populacijsko obremenitev z virusom! Razmere so torej skoraj povsem enake kot pri drugih »socialno nalezljivih boleznih«: živeti v okolju kadilcev ali rednih prekomernih uživalcev alkohola zveča verjetnost, da še sam postaneš eden izmed njih.

Kako priti do posameznikov, predvsem MSM, ki ne vedo za svojo okužbo, in jim ponuditi testiranje? Zakaj ne vedo za svojo okužbo? Ker ne vedo, ker se ne zavedajo, da je okužba mogoča; ker menijo, da se jim to ne more zgoditi; ker jih hromi stigma; ker živijo v zanikanju lastne spolne usmerjenosti. Ta skupina je trenutno gonilna sila HIV-epidemije v Sloveniji in žal vse kaže, da se le še povečuje, saj se večina na novo okuženih še vedno okuži v Sloveniji. Pomembno vlogo pri informiranju, svetovanju in nagovarjanju k testiranju na HIV v skupini MSM pa imajo nevladne organizacije (NVO).

Nevladne organizacije in testiranje v skupnosti. Z namenom omogočanja lažje dostopnosti, destigmatizacije in povečanega števila testiranj na HIV in SPO v skupnosti MSM je leta 2009 Društvo informacijski center Legebitra, po desetih letih delovanja na področju klasične preventive za MSM, začelo poskusno uvajanje testiranja na HIV v skupnosti (v klubu K4 in v društvu Legebitra). Danes poleg HIV testirajo še na okužbo z virusoma hepatitisa B in C, sifilis in gonorejo (odvzem oralnega in analnega brisa). V okviru mednarodnega partnerskega projekta Odziv na HIV v sklopu norveškega finančnega mehanizma, ki so ga izvajali skupaj s partnerji (Univerzitetni klinični center Ljubljana, Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, ŠKUC, DIH, Helseutvalget in DIC LEGEBITRA), so v 2015 in 2016 testiranje

razširili tudi na občasno možnost testiranja v nekaterih regijskih središčih (Koper, Radovljica, Novo mesto, Celje, Maribor, Murska Sobota).

Kemični kondomi: profilaksa pred izpostavitvijo (angl. Pre-Exposure Prophylaxis, PrEP).

Gre za pomemben nov način preprečevanja okužbe s HIV, ki v svetu počasi prehaja iz raziskovalnega področja v vsakdanje življenje; gre za t. i. »kemični kondom«, ko neokužena oseba poleg priporočil o varni spolnosti pod nadzorom zdravnika zaščitno prejema PRZ (tenofovir/emtricitabin). PrEP lahko zaščiti izključno pred prenosom virusa HIV, pred ostalimi SPO pa ne. Tovrstna preventiva se uveljavlja zlasti v ključnih skupinah, pri katerih je tveganje okužbe zelo veliko – letna incidenca okužbe s HIV je vsaj 3 % – kot so MSM ali transspolne osebe, osebe, ki veliko uporabljajo rekreativne droge (»kemseks«), osebe s pogostimi drugimi SPO ter osebe, ki zaščitno uporabljajo zdravila proti HIV po izpostavitvi okužbi. Rezultati dveh pred kratkim zaključeneh evropskih raziskav (»Proud« in »Ipergay«) kažejo, da je učinkovitost PrEP v skupinah s tako visokim tveganjem več kot 85 %. Uvajanje PrEP omejujejo predvsem težave pri identifikaciji oseb s tako visokim tveganjem, slaba informiranost takih oseb in zato nezadostno povpraševanje, problemi adherence, varnost zdravil, odpornost proti PRZ, potencialno povečanje tveganega obnašanja in večja pojavnost drugih SPO, cena, vprašanje izvajalcev tovrstne dejavnosti, predsodki in moraliziranje.

Profilaksa po izpostavitvi (angl. Postexposure Prophylaxis, PEP).

Zaščita po izpostavitvi okužbi (PEP) pomeni štiritedensko profilakso s kombinacijo treh PRZ za osebe, ki so imele nezaščitene spolne odnose s HIV-pozitivno osebo oz. z osebo, pri kateri je okužba s HIV zelo verjetna. PEP je treba začeti uživati čim prej po izpostavitvi, najbolje v prvih 24 urah; še sprejemljivi interval je znotraj 72 ur. V slovenskem nacionalnem programu

cepljenja in zaščite z zdravili izvajamo zaščito z zdravili zaradi zdravstvenih ali epidemioloških indikacij tudi proti HIV/aidsu. Na temelju ocene tveganja za okužbo zaščito z zdravili v okviru tega programa predpiše infektolog (www.nijz.si).

Osebe, ki potrebujejo PEP, morajo zagotoviti, da o tem obvestijo tudi »indeks-osebo/osebe«, torej potencialni izvor okužbe, da se čim prej testira! To je zelo pomemben epidemiološki ukrep!

Globalni cilj 90 – 90 – 90

Pomeni: 90 % odkritih s HIV okuženih oseb na določenem geografskem področju, od katerih jih nato 90 % prejema PRZ, od katerih ima nato 90 % nezaznavno koncentracijo HIV RNA v krvi (to pomeni, da je 73 % okuženih oseb na določenem geografskem področju učinkovito zdravljenih in predstavljajo tudi zelo majhno

grožnjo za nadaljnjo širitev okužbe). To je globalni cilj do leta 2020. Pri nas smo šibki predvsem pri doseganju prvega cilja, saj ocenjujemo, da je pri približno 30 % oseb okužba s HIV še neprepoznana. Glede ostalih ciljev smo povsem primerljivi z vodilno državo v Evropi, Švedsko. Gledano globalno je približevanje zastavljenim ciljem daleč najhitrejše v Evropi.

Želja: boljša mreža in boljša dostopnost do ambulant za SPO v Sloveniji. Pogosto je zaskrbljujoča pomanjkljiva celostna obravnava oseb s SPO. Poleg kadrovskih okrepitev je potreben enostavnejši oz. prost dostop (brez napotnice) do ambulant za SPO po vsej Sloveniji, vključno z MSM, pri katerih so poleg običajne stigme glede SPO dodatna ovira stereotipi in predsodki do homoseksualnosti oz. biseksualnosti.

Kako globoko želimo pogledati v prihodnost? V nekaj letih bodo na voljo PRZ, ki jih bo bolnik v obliki injekcije vsakih nekaj mesecev prejel v mišico, v naslednjih petih do desetih letih pa največji optimisti pričakujejo cepivo proti HIV, še večji optimisti pa ozdravitev HIV/aidsa. Trenutno pa je vse sile treba usmeriti v preventivo.

Promocija odgovorne in varnejše spolnosti med vsem prebivalstvom in predvsem med mladimi ostaja temeljna naloga. Predvsem pa testiranje na HIV (in druge SPO) ter zdravljenje – testiraj & zdravi. Potrebna je še večja aktivnost vseh slovenskih zdravnikov v sodelovanju z NVO in celotno družbo. Prav tako bi bilo smiselno čim prej z ustrežno raziskavo preveriti finančno učinkovitost in izvedljivost uporabe PrEP v Sloveniji. Naš končni cilj je generacija brez HIV.

Obvladovanje sladkorne bolezni danes za jutri

Špela Selak, mag. psih., Nacionalni inštitut za javno zdravje

Dr. Jelka Zaletel, dr. med., Nacionalni inštitut za javno zdravje in UKC Ljubljana

Doc. dr. Branko Gabrovec, mag. ing. log., Nacionalni inštitut za javno zdravje

Prim. Milivoj Piletič, dr. med., Splošna bolnišnica

Novo mesto

spela.selak@nijz.si

Sladkorna bolezen je v porastu in tako ena od prednostnih tematik v Sloveniji in svetu. Večanje bremena bolezni zahteva pripravo, razvoj in uvedbo učinkovitih načinov obvladovanja bolezni tudi na sistemski ravni. V Sloveniji sladkorna bolezen na strateški ravni ureja Nacionalni program

za obvladovanje sladkorne bolezni 2010–2020, v okviru katerega je bilo uresničenih že veliko ukrepov obvladovanja te kronične bolezni. Še vedno pa na tem področju ostaja več izzivov, s katerimi se bomo srečevali v prihodnje. Težave in rešitve na področju obvladovanja sladkorne bolezni so

sorodne drugim kroničnim boleznim, še posebej pri multimorbidnih bolnikih. Nekatere rešitve in ukrepe osvetljuje s podporo izsledkov evropskega projekta skupnega ukrepanja o kroničnih boleznih in zdravem staranju v celotnem življenjskem obdobju (JA-CH-RODIS), v katerem je Slovenija odigrala pomembno vlogo pri razvoju glavnih rezultatov na področju sladkorne bolezni in multimorbidnosti.

Število sladkornih bolnikov narašča

Po podatkih Globalnega poročila o sladkorni bolezni je imelo leta 2014

kar 422 milijonov ljudi na svetu sladkorno bolezen, prevalenca te bolezni pa se povečuje in se je v 34 letih (1980–2014) skoraj podvojila (povišanje s 4,7 % na 8,5 %) (World Health Organisation, 2016). Tudi v Sloveniji smo pričali porastu sladkorne bolezni. Od leta 2010 do leta 2015 se je število bolnikov, ki zaradi sladkorne bolezni prejemajo zdravila, povečalo za 15 %. Število prejemnikov zdravil za zdravljenje sladkorne bolezni v Sloveniji se vsako leto poveča za okoli 3 % oz. 2500 oseb (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016). Tako je leta 2014 ta zdravila prejelo okrog 104.000 bolnikov s sladkorno boleznijo, v letu 2015 pa okrog 106.300. Na porast sladkorne bolezni opozarjajo tudi podatki raziskave EHIS iz leta 2014, po katerih je bila anketna prevalenca sladkorne bolezni med osebami, stariimi 15 let in več, 6,9 % prebivalcev (95 % interval zaupanja: 6,3–7,6 %), kar predstavlja 120.674 oseb z znano sladkorno boleznijo (95 % interval zaupanja: 108.000–131.500) (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014).

S projektom skupnega ukrepanja do boljše sistemske ureditve obvladovanja sladkorne bolezni in drugih kroničnih bolezni

Pomembnost bremena in posledično ustreznega obvladovanja kroničnih bolezni je prepoznala tudi Evropska komisija in sladkorno bolezen kot vzorčno bolezen vključila v Projekt skupnega ukrepanja o kroničnih boleznih in zdravem staranju v celotnem življenjskem obdobju (*Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle* – JA-CHRODIS), ki je sofinanciran s strani Evropske skupnosti v okviru zdravstvenega programa (2008–2013). Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), kot eden od partnerjev, v projektu JA-CHRODIS sodeluje na področju sladkorne bolezni in multi-

morbidnosti. Namen projekta je prepoznavanje, izmenjava in prenos dobrih praks in učinkovitih intervencij na področju obvladovanja kroničnih bolezni. Pri tem je posebna pozornost namenjena promociji zdravja in preprečevanju kroničnih bolezni, multimorbidnosti in dodatno sladkorni bolezni kot eni od kroničnih bolezni. Promocija zdravja in preventiva se osredotočata na vedenjske dejavnike tveganja, socialne determinante in neenakosti v zdravju. Delo na multimorbidnosti se osredotoča na multidisciplinarno in integrirano oskrbo, bolnikovo varnost in usposabljanje zdravstvenih strokovnjakov. Sladkorna bolezen pa služi kot vzorčni primer za preučevanje obvladovanja ostalih kroničnih bolezni vse od primarne preventive do same oskrbe. Posebna osredotočenost je bila namenjena nacionalnim načrtom za obvladovanje sladkorne bolezni. V okviru projekta je bila razvita tudi platforma za zbiranje dobrih praks in politik za obvladovanje kroničnih bolezni po Evropi, kot tudi spletno orodje, ki uporabnikom omogoča ovrednotenje izbranih praks (JA-CHRODIS, 2014).

Nov model oskrbe kot odziv na porast multimorbidnosti

Poleg sladkorne bolezni so predvsem zaradi staranja prebivalstva in neugodnih sprememb v življenjskem slogu v porastu tudi ostale kronične bolezni. Kronične bolezni v Evropi prizadenejo od 8 od 10 ljudi, starih več kot 65 let. Pogosto ima ena oseba sočasno prisotni dve ali več telesnih ali duševnih bolezenskih stanj, ki pri posamezniku delujejo vzajemno, kar imenujemo multimorbidnost. Raziskave kažejo, da ima v razvitih državah vsak četrti odrasli vsaj dve kronični stanji, več kot polovica ljudi, starejših od 65 let, pa tri in več kroničnih stanj (Gabrovec in Zaletel, 2016). Zaradi daljše življenjske dobe in bolj kakovostne zdravstvene oskrbe se število multimorbidnih bolnikov

povečuje, pri čemer je prevalenca multimorbidnosti posebej visoka pri osebah, starih več kot 65 let (65 %) in starejših od 85 let (85 %) (Gabrovec in Zaletel, 2016). Multimorbidni pacienti imajo kompleksnejše zdravstvene potrebe, zaradi česar je tudi njihova oskrba kompleksnejša, vendar so zaradi tradicionalno orientiranega medicinskega pristopa pogosto deležni fragmentirane zdravstvene oskrbe. Ker je omenjen medicinski pristop orientiran le na eno kronično bolezensko stanje, zanemarljiva ostala bolezenska stanja in temeljne vidike zdravja, kot so krhkost, funkcionalna zmožnost ter kognitivno in afektivno stanje. Na rezultat zdravljenja in povečano uporabo virov lahko poleg posameznih bolezni vplivajo tudi kombinacije različnih bolezni. Tak primer je tudi sladkorna bolezen, ki je pogosto povezana z ostalimi kroničnimi boleznimi, kot so bolezni srca in ožilja in bolezni ledvic, kar je pričakovano, saj imajo te bolezni enak patofiziološki vzorec (Alonso-Moran et al., 2015). V okviru projekta JA-CHRODIS je delovna skupina za multimorbidnost na podlagi Wagnerjevega modela oskrbe kroničnih bolezni razvila model za organizacijo oskrbe oseb z multimorbidnostjo. Model oskrbe predvideva tudi sistematično skrb za bolnikovo samooskrbo do mere, ki je je samostojno zmožen, podporo svojcem oz. skrbnikom in povezovanje s socialnim okoljem (JA-CHRODIS, 2016a).

Prednosti in slabosti, ki jih imajo evropski načrti in programi za obvladovanje sladkorne bolezni, ter priložnosti in nevarnosti, s katerimi se soočajo

V okviru SWOT-analize, v katero so bile vključene institucije iz evropskih držav, ki se razlikujejo v politični, administrativni, socialni in javno-zdravstveni organiziranosti, so bile pod drobnogled vzete sedanje politike in programi preprečevanja in oskrbe

sladkorne bolezni, vključno z uspešnimi strategijami. Analiza tako s perspektive deležnikov ponuja vpogled v dejavnike, ki prispevajo k trajnosti in učinkovitosti politik ali programov ter ponuja odgovor na vprašanje o tem, kateri predpogoji morajo biti izpolnjeni za njihovo izvajanje in kaj se lahko naučimo iz preteklih izkušenj. Rezultati analize nam tako ponujajo celovito predstavo o kompleksnosti, izzivih in možnostih pri oblikovanju in izvajanju dobrih politik in programov.

V skladu z odzivom sodelujočih v analizi morata biti uspešna politika ali program dinamična, uporabljati pristop od spodaj navzgor, fleksibilna, integrirana, multi- in medsektorska ter zagotavljati enakost. Komuniciranje institucije z zunanjim okoljem (eksterno komuniciranje) in posredovanje informacij oz. oskrbovanje uporabnikov z informacijami (diseminacija) ključno prispevata k uspehu, partnerski odnos med deležniki pa mora ostati aktiven skozi celoten proces. K uspešni strategiji pomembno prispevajo tudi močna znanstvena podlaga, načrtovanje in opredelitev smiselnih ciljev integrirane oskrbe, jasen opis poti oskrbe ter zanesljivo in učinkovito vodenje. Strategije naj bodo celovite in naj obravnavajo najpogostejše dejavnike tveganja glavnih nenalezljivih bolezni. Za implementacijo programov sta pomembna redno spremljanje in vrednotenje z opredeljenim naborom rezultatov in kazalnikov, s katerimi se strinjajo vsi deležniki. Krepitev zmogljivosti je namenjena razvoju in krepitvi človeških virov, s poudarkom na osebah s sladkorno boleznijo in strokovnjakih. Deljenje in izmenjava dobrih praks na evropski ravni deluje kot motivator za preprečevanje kroničnih bolezni in promocijo zdravja (JA-CHRODIS, 2016b).

Priporočila za izboljšanje intervencij zgodnjega odkrivanja in preprečevanja sladkorne bolezni ter izboljšanje

kakovosti oskrbe oseb s sladkorno boleznijo

Obvladovanje bremena sladkorne bolezni predstavlja izziv v vseh evropskih zdravstvenih sistemih. Da bi se v prihodnosti s to in ostalimi kroničnimi boleznimi čim bolj spopadali ter izboljšali preprečevanje in kakovost oskrbe oseb s sladkorno boleznijo, so bila v okviru projekta JA-CHRODIS pripravljena priporočila za izboljšanje intervencij zgodnjega odkrivanja in preprečevanja sladkorne bolezni ter izboljšanje kakovosti oskrbe oseb s sladkorno boleznijo (angl. *Recommendations to improve early detection and preventive interventions, and to improve the quality of care for people with diabetes*). V proces priprave priporočil, ki je potekal po strukturirani metodi Delphi, so bili vključeni partnerji JA-CHRODIS, ki so sodelovali na delovnem področju sladkorne bolezni, predstavniki bolnikov in drugi strokovnjaki iz številnih organizacij v Evropi, z različnimi profesionalnimi ozadji.

Priporočila opredeljujejo devet področij: 1) kako ustrezno zasnovati prakse, 2) spodbujanje opolnomočenja ciljne populacije, 3) oblikovanje načrta za ocenjevanje in spremljanje, 4) celovitost prakse, 5) vključevanje izobraževanja in usposabljanja, 6) etična vprašanja, 7) vodenje, 8) interakcije prakse z drugimi obstoječimi in relevantnimi sistemi v družbi, 9) vzdržnost prakse in tistih njenih lastnosti, ki omogočajo vzpostavitev takšne prakse v drugih okoljih.

Uporaba in uvedba kriterijev kakovosti in priporočil bosta prispevala tudi k zmanjšanju neenakosti v zdravju in izboljšanju preventivnih aktivnosti na področju sladkorne bolezni in oskrbe znotraj posameznih evropskih držav in širše. Priporočila podpirajo preobrat v razumevanju, ki je potreben za preoblikovanje sistemov oskrbe z namenom zagotavljanja nemotene oskrbe, usklajene s potrebami ljudi s kroničnimi obolenji. Odločevalci, izvajalci zdravstvene oskrbe, bolniki in zdravstveno osebje

lahko priporočila uporabljajo kot orodje za podporo uvedbi dobrih praks in izboljšanju, spremljanju in ocenjevanju kakovosti preprečevanja sladkorne bolezni in oskrbe. Priporočila so dovolj splošna, da se lahko uporabljajo v državah z različno politično, administrativno, socialno in javnozdravstveno organiziranostjo tako pri obvladovanju sladkorne bolezni kot tudi ostalih kroničnih bolezni (JA-CHRODIS, 2016c).

Izhodišča za načrtovanje politik nacionalnih načrtov za obvladovanje sladkorne bolezni

Evropske države so večinoma naredile korak naprej v razvijanju sistematičnega političnega odziva na breme sladkorne bolezni, pri čemer pa se implementacija strategij za preprečevanje in obravnavo sladkorne bolezni med državami pomembno razlikuje. V sodelovanju partnerjev projekta JA-CHRODIS in Evropskega observatorija za zdravstvene sisteme in politike je nastala publikacija *Izhodišča za načrtovanje politik nacionalnih načrtov za obvladovanje sladkorne bolezni* (angl. *Policy Brief on National Diabetes Plans*). Ta na podlagi analize nacionalnih ukrepov na področju sladkorne bolezni opredeljuje naslednje dejavnike, ki podpirajo in krepijo razvoj, uvedbo in vzdržnost strateških dokumentov, kot so nacionalni programi in načrti: 1) nacionalno (ali regionalno) vodenje, 2) vključenost multiplih deležnikov, 3) zastopanost bolnikov pri razvijanju načrta in njegovi uvedbi, 4) ustrezno načrtovanje in zagotavljanje virov za uvedbo nacionalnega načrta za obvladovanje sladkorne bolezni, 5) fleksibilnost v nacionalnih načrtih za obvladovanje sladkorne bolezni, 6) ravnovesje med centralno določenimi zahtevami in regionalno avtonomnostjo, 7) učenje na podlagi izkušenj s spremljanjem in vrednotenjem lastne izkušnje, kot tudi izmenjava izkušenj preko državnih meja.

Izsledki analize nacionalnih ukrepov kažejo, da sta pri vseh uspešnih strategijah ključna opolnomočenje in vključenost bolnikov, pri čemer je uspeh programa odvisen tudi od motiviranosti zdravstvenih strokovnjakov. Do uspešnih strategij prek vključevanja veščin in znanja na vseh ravneh zdravstvenega sektorja vodijo tudi multi- in interdisciplinarni pristopi. V prihodnosti bo eden od izzivov zagotoviti tudi spremljanje in ocenjevanje nacionalnih načrtov za obvladovanje sladkorne bolezni prek vzpostavitve kapacitet v informacijskih sistemih in posledično zagotoviti merljive zdravstvene izide kot posledico načrtovanih intervencij (Richardson in drugi, 2016).

Priročnik za pripravo nacionalnih načrtov za obvladovanje sladkorne bolezni

Priročnik za pripravo nacionalnih načrtov za obvladovanje sladkorne bolezni (angl. *Guide on National Diabetes Plans*) je nastal na podlagi izhodišč za načrtovanje politik nacionalnih načrtov za obvladovanje sladkorne bolezni. Namenjen je pripravi in uvedbi nacionalnih načrtov in strategij tako za sladkorno bolezen kot tudi ostale kronične bolezni. Priročnik opredeljuje vsebine, ki naj bi jih zajemal posamezen nacionalni načrt. Nacionalni načrt za obvladovanje sladkorne bolezni naj torej 1) vključuje akcijo ozaveščanja skupnosti, 2) ima strategijo za zgodnje odkrivanje sladkorne bolezni tipa 2, 3) zagotavlja zgodnje odkrivanje in pravočasno celovito oskrbo kroničnih zapletov sladkorne bolezni, 4) upošteva vlogo bolnikov, njihovih skrbnikov in družin ter zagotavlja njihovo opolnomočenje, 5) obravnava psihološko breme sladkorne bolezni, 6) stremi k zagotavljanju enakega dostopa do enotne oskrbe in izobraževanja o sladkorni bolezni, 7) podpira razvoj in uporabo smernic za oskrbo in preprečevanje sladkorne bolezni, 8) obravnava potrebe in želje ranljivega

prebivalstva, 9) vključuje usposabljanje zdravstvenih delavcev in še posebej usposabljanje za delo v multidisciplinarnih timih ter 10) vključuje strategije zbiranja, izmenjave in uporabe podatkov, ki so smiselno povezani s sladkorno boleznijo.

Priročnik obravnava tudi komplementarne vidike vodenja (vodenje od zgoraj navzdol, vodenje od spodaj navzgor in vodenje za vzpostavljanje povezav), katerih rezultat je uspešna uvedba in trajnostni razvoj nacionalnega načrta. Prizadevanja z vodenjem od zgoraj navzdol in od spodaj navzgor so zelo pomembna, a delujejo le v obstoječih organizacijskih strukturah. Do prelomnih sprememb lahko pride le, če se institucije, ljudje, dejavnosti in informacije povežejo na nove načine. Vodenje za doseganje teh sprememb je uspešno, če podpira komunikacijo in povezavo med obstoječimi »dimniki«, ki med seboj niso povezani, in tako presega trenutno fragmentirano oskrbo (JA-CHRODIS, 2016d).

Uporabljeni viri:

- Alonso-Morán, E., Nuño-Solinis, R., Orueta, J.F., Fernandez-Ruanova, B., Alday-Jurado, A. in Gutiérrez-Fraile, E. (2015). Health-related quality of life and multimorbidity in community-dwelling telecare-assisted elders in the Basque Country. *European Journal of Internal Medicine*, 26(3), 169–175.
- Gabrovec, B. in Zaletel, J. (2016). Kronične bolezni z vidika multimorbidnosti. *Revija za zdravstvene vede*, 3(1), 43–55.
- JA-CHRODIS (2014). *JA-CHRODIS at a glance*. Dostopno na: <http://www.chrodis.eu/wp-content/uploads/2014/06/JA-CHRODIS-AT-A-GLANCE-LAST-VERSION.pdf> [30. 10. 2016].
- JA-CHRODIS (2016a). *Multimorbidity Care Model*. Dostopno na <http://www.chrodis.eu/our-work/06-multimorbidity/wp06-activities/multimorbiditycaremodel/> [30. 10. 2016].
- JA-CHRODIS (2016b). *SWOT analysis: Overview of national or sub national policies and programs on prevention and management of diabetes*. Dostopno na <http://www.chrodis.eu/our-work/07-type-2-diabetes/wp07-activities/overview/> [30. 10. 2016].
- JA-CHRODIS (2016c). *Recommendations to improve early detection and preventive interventions, and to improve the quality of care for people with diabetes*. Dostopno na: <http://www.chrodis.eu/outcomes-results/> [30. 10. 2016].

- JA-CHRODIS (2016d). *Guide for National Diabetes Plans: Lessons learnt from National Diabetes Plans to support development and implementation of national plans for chronic diseases*. Dostopno na: <http://www.chrodis.eu/outcomes-results/> [30. 10. 2016].
- Nacionalni inštitut za javno zdravje (2014). *Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu*. Dostopno na: <http://www.nijz.si/sl/podatki/anketa-o-zdravju-in-zdravstvenem-varstvu> [30. 10. 2016].
- Nacionalni inštitut za javno zdravje (2016). *Svetovni dan sladkorne bolezni 2016: Sladkorna bolezen na očeh*. Dostopno na: <http://www.nijz.si/sl/svetovni-dan-sladkorne-bolezni-2016-sladkorna-bolezen-na-ocех> [11. 11. 2016].
- Richardson, E., Zaletel, J. in Nolte, E. (2016). *Policy Brief: National Diabetes Plans in Europe – What lessons are there for the prevention and control of chronic disease in Europe?* Dostopno na: <http://www.chrodis.eu/our-work/07-type-2-diabetes/wp07-activities/national-plans/> [30. 10. 2016].
- World Health Organisation (2016). *Global report on diabetes*. Dostopno na: <http://www.who.int/diabetes/global-report/en/> [30. 10. 2016].

5. mariborska šola praktične ultrazvočne diagnostike v ginekologiji in perinatologiji

Nejc Kozar, dr. med., UKC Maribor

Asist. dr. Vida Gavrić Lovrec, dr. med., UKC Maribor

Med 26. in 29. septembrom 2016 je potekala že 5. mariborska šola praktične ultrazvočne diagnostike v ginekologiji in perinatologiji. Tokratna šola je temeljila na »hands on« principu in je vključevala tako predavanja kot tudi obsežne vaje ob bolniku. Šola je bila namenjena predvsem specialistom in specializantom ginekologije in porodništva, vendar ni manjkalo tudi že uveljavljenih specialistov ter zdravnikov drugih strok. Prvi dan je bil namenjen osvežitvi osnov ultrazvoka ter ultrazvočne preiskave v ginekologiji, nato so se v prihodnjih dneh zvrstile praktične vaje ob bolnikih ter predavanja po sklopih.

Uvodno predavanje je pričel red. prof. dr. Iztok Takač, dr. med., svetnik, s pregledom zgodovinskega razvoja ultrazvočne diagnostike od začetka te metode ter s pregledom razvoja ultrazvoka kot diagnostične metode na Kliniki za

ginekologijo in perinatologijo UKC Maribor. V prvem delu smo slišali nekaj o osnovah ultrazvočne preiskave v dveh predavanjih: o ultrazvočnem aparatu in nastavitvah nam je predavala specialistka radiologije Mirjana Brvar, dr. med., o tehnikah ultrazvočne preiskave v ginekologiji pa prof. dr. Darja Arko, dr. med. Sledil je sklop specializiranih predavanj s področja benignih in malignih sprememb ročil ter dojke, reproduktivne medicine in abdomna. Asist. Marija Rebolj Stare, dr. med., je predavala o normalni ultrazvočni anatomiji maternice in diagnostiki benignih sprememb miometrija, doc. dr. Vida Gavrić Lovrec, dr. med., nam je razložila ultrazvočne značilnosti jajčnika in fiziološke spremembe med menstruacijskim ciklusom ter v različnih življenjskih obdobjih, predavanje o ultrazvočnih karakteristikah endometrija v reproduktivnem obdobju



in v pomenopavzi pa je pripadlo Andražu Dovniku, dr. med. O neoplastičnih in neneoplastičnih spremembah v predelu adneksov sta v zaporednih predavanjih spregovorila red. prof. dr. Iztok Takač, dr. med., svetnik, ter ponovno asist. Marija Rebolj Stare, dr. med. Predavateljica iz SB Ptuj, mag. Alenka Zupančič Pridigar, dr. med., se je dotaknila občutljive tematike otroške ginekologije in uporabe ultrazvoka pri deklinaciji. Sledil je sklop predavanj s področja reproduktivne medicine, ki ga je začel izr. prof. dr. Milan Reljič, dr. med., s predavanjem o razvojnih nepravilnostih maternice. O uporabi ultrazvoka v obravnavi neplodnosti je govorila doc. dr. Vida Gavrić Lovrec, dr. med.

Sledil je drugi dan ultrazvočne šole, kjer so udeleženci dopoldne aktivno sodelovali v ultrazvočnih ambulantah Klinike za ginekologijo in perinatologijo ter Oddelka za radiologijo UKC Maribor. Ultrazvočne ambulate so obravnavale skrbno izbrane pacientke, ki so bile namenoma naročene v čas ultrazvočne šole in seznanjene s potekom izobraževanja. Tečaj je potekal v ginekološki ultrazvočni ambulanti, porodniški ultrazvočni ambulanti, ambulanti za folikulometrijo Oddelka za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo, ultrazvočni ambulanti

centra za bolezni dojke, v neonatološki ultrazvočni ambulanti ter v ultrazvočni ambulanti Oddelka za radiologijo. Prvi dan so tako praktične »hands on« vaje izvajali doc. dr. Faris Mujezinovič, dr. med., doc. dr. Maja Pakiž, dr. med., prim. Andreja Tekauc Golob, dr. med., doc. dr. Vilma Kovač, dr. med., Nina Čas Sikošek, dr. med., in Mirjana Brvar, dr. med.

Ista ekipa predavateljev je po praktičnem delu nadaljevala s predavanji o ultrazvočni diagnostiki izvenmaternične nosečnosti ter nosečnosti neznane lege, o ultrazvočni diagnostiki spontanah splavov, grozečih splavov ter nepravilnih tvorb zanositve. Sledila so še predavanja o ultrazvoku abdomna in ultrazvoku dojke.

Popoldne so se pridružili še porodničarji Veronika Anzeljč, dr. med., prim. asist. mag. Ksenija Ogrizek Pelkič, dr. med., asist. Maja Lampelj, dr. med., in Ivan Žebeljan, dr. med., ki so predavali o ultrazvočni preiskavi v vseh trimesečjih nosečnosti.

Tretji dan ultrazvočne šole so praktični del vodili asist. Lucija Kuder, dr. med., doc. dr. Vida Gavrić Lovrec, dr. med., Bojan Korpar, dr. med., prof. dr. Milan Reljič, dr. med., Nina Čas Sikošek, dr. med., in Mirjana Brvar, dr. med. V teoretičnem delu so porodničarji Oddelka za perinatologijo podrobneje predstavili ciljano

ultrazvočno diagnostiko v nosečnosti v smislu preiskave centralnega živčnega sistema ploda, UZ-preiskave skeleta in srca ploda, sledila je invazivna UZ-diagnostika, biofizikalni profil ploda, doplerska UZ-preiskava v porodništvu ter UZ-preiskava posteljice, materničnega vratu in UZ v poporodnem obdobju.

Zadnji dan izobraževanja je po opravljenem praktičnem delu pripadel neonatologom Oddelka za perinatologijo. Tako so prim. Andreja Tekauc Golob, dr. med., asist. dr. Milena Treiber, dr. med., Bojan Korpar, dr. med., in Jože Žolger, dr. med., predavali o ultrazvoku kot presejalni metodi v nosečnosti, UZ-preiskavi možganov ter možganskega žilja pri novorojencu ter o UZ-pregledih sečil in kolkov.

Udeleženci so po končanem izobraževanju opravljali preverjanje znanja in nato prejeli diplome.

Organizacijski odbor in predavatelji so pripravili kakovostno izobraževanje, primerno tako za specializante kot za že uveljavljene specialiste s področja ultrazvočne diagnostike v ginekologiji in perinatologiji. Ob srečanju je izšel zbornik predavanj, ki bo služil kot učno gradivo za mlajše zdravnike na začetku specializacije ali pa kot osvežitev znanja za uveljavljene specialiste.

Mednarodni neonatološki simpozij: Hemodinamsko, tekočinsko in elektrolitsko ravnovesje pri novorojenčku

Domen Robek, dr. med., UKC Ljubljana
domen.robek@gmail.com

Klinični oddelek za neonatologijo
Pediatrične klinike UKC Ljubljana je

skupaj z Društvom za pomoč bolnim novorojenčkom »Prvi koraki«

14. in 15. oktobra 2016 že šestič organiziral mednarodni simpozij neonatologov, katerega tema je bila hemodinamsko, tekočinsko in elektrolitsko ravnovesje pri novorojenčku.

Srečanje je potekalo v prijetnem in mirnem okolju hotela Radison Blu v Ljubljani v angleškem jeziku.

Prehod iz znotrajmaterničnega življenja plodu v življenje po rojstvu predstavlja največjo prilagoditev v življenju posameznika. Ta se odraža na vseh organskih sistemih in fiziološki procesi prilagoditve so najintenzivnejši prav na področju hemodinamike ter vzdrževanja tekočinskega in elektrolitskega ravnovesja. Prepoznavanje subtilnih kliničnih znakov težav pri procesu prilagoditve pri bolnem ali nezrelem novorojenčku zahteva poglobljeno klinično znanje in izkušnje na eni strani ter sofisticiran tehnološki monitoring na drugi, to pa pomeni potrebo po sodelovanju med klinično prakso in temeljno znanostjo. Tako so na simpoziju kot predavatelji poleg pediaterov neonatologov sodelovali tudi pediatri intenzivisti, kardiologi, nefrologi, radiologi ter fiziologi.

Gost simpozija in vabljeni predavatelj prof. dr. Richard A. Polin je eden izmed »očetov« sodobne neonatologije, ugledni profesor iz Columbia University College of Physicians and Surgeons in predstojnik velike neonatalne intenzivne enote v bolnišnici Morgan Stanley Children's Hospital New York – Presbyterian. Bolnišnica je znana iz preteklosti, saj je tam delovala Virginia Apgar, avtorica ocenjevalne lestvice novorojenčkov po rojstvu, poleg tega so prav v tej enoti prvi začeli z neinvazivno dihalno podporo pri novorojenčkih z dihalno stisko. Trenutno oddelek, ki ga vodi prof. Polin, lahko sprejme preko 70 kritično bolnih novorojenčkov in je v ZDA med vodilnimi predvsem na področju respiratorne oskrbe in kardiovaskularne neonatalne kirurgije. Prof. Polin je tudi avtor številnih raziskovalnih člankov v uglednih strokovnih časopisih ter eden od urednikov znamenitega referenčnega učbenika »Fiziologija ploda in novorojenčka«, ki je bil doslej izdan že štirikrat; zadnja izdaja iz leta 2016 obsega več kot 2000 strani.

Zanimiva tema simpozija in izredna priložnost prislunosti tako



Neonatologi organizatorji srečanja z vabljenim profesorjem dr. Richardom A. Polinom.

uglednemu gostu je pritegnila veliko zanimanja, saj se je srečanja udeležilo več kot 70 slovenskih in tujih neonatologov.

Prof. Polin je uvodoma predaval o dilemah in novostih obravnave novorojenčkov z odprtim Botallovim vodom, kjer kirurško zdravljenje še vedno nosi številna tveganja in naj tudi za hude primere ne bo metoda zdravljenja prvega izbora. V nadaljevanju je pediatrični kardiolog doc. dr. Samo Vesel podal ključne postavke fiziologije krvnega obtoka novorojenčka v obdobju prehoda iz znotrajmaterničnega v zunajmaternično življenje. Najnovejšim spoznanjem o spremembah krvnega obtoka v prvih sekundah po rojstvu ob, med in po prekinitvi popkovnice se je v nadaljevanju posvetila asist. dr. Lilijana Kornhauser Cerar. Vse bližje smo namreč korenitim spremembam obravnave novorojenčka v porodni sobi, ko bi z delom začetne obravnave novorojenčka v podporo procesom prehoda lahko pričeli že, ko je novoro-

jenček še preko popkovnice povezan z materjo. Doc. dr. Petja Fister je v nadaljevanju predstavila različne metode za spremljanje hemodinamskih kazalnikov pri novorojenčku in izkušnje merjenja tkivne nasičenosti s kisikom z uporabo tehnologije zaznavanja svetlobe valovnih dolžin blizu spektra infrardeče svetlobe. Asist. dr. Irena Štucin Gantar je pokazala metode merjenja in poudarila pomen spremljanja krvnega tlaka pri nedonošenčkih, doc. dr. Maja Pavčnik pa je udeležence opozorila na pogosto neprepoznan koncept povišanega intraabdominalnega tlaka. Z udeleženci je svoje izkušnje zdravljenja šokiranega novorojenčka, ko odpove tekočinska terapija, delila doc. dr. Mojca Grošelj Grenc. Na koncu je pobudnica in organizatorica simpozija izr. prof. dr. Darja Paro Panjan predstavila pomen hemodinamskih sprememb na delovanje osrednjega živčevja. Poudarila je, da strukturna in funkcionalna celovitost osrednjega živčevja pogosto služi kot pokazatelj

zadostnosti sistemskega delovanja krvnega obtoka, saj so možgani bolj kot kateri koli drug organ odvisni od zadostne preskrbe s kisikom in hranljivimi snovmi.

Svoje drugo predavanje je prof. Polin posvetil problemom in pastem terapije s kisikom ter ciljnim vrednotim nasičenosti krvi s kisikom pri zdravljenju nedonošenčkov. Praksa liberalne in pretirane uporabe previsokih koncentracij kisika v neonatologiji nas je v preteklosti namreč bridko izučila, kako škodljivo je takšno ravnanje, na drugi strani pa zadnje raziskave kažejo, da ima dopuščanje prenikajočih saturacij v prvih dneh in tednih življenja prav tako negativne posledice za zdravje novorojenčkov.

Drugi dan simpozija je bil posvečen tekočinskemu in elektrolitskemu ravnovesju. Uvodoma je prof. Polin predstavil pregled fiziologije tekočinskega in elektrolitskega ravnovesja pri novorojenčku; poudaril je najnovejša spoznanja o delovanju ledvic v času pred in po rojstvu ter predstavil nove pristope k natančnejši oceni glomerulne filtracije. S strani udeležencev je bila zelo dobro sprejeta njegova sinteza v obliki priporočil za vodenje elektrolitskih neravnovesij pri novorojenčkih.

Sledilo je predavanje fiziologinje doc. dr. Helene Lenasi o posebnostih fiziologije delovanja ledvic v obdobju novorojenčka s pregledom funkcije posameznih delov nefrona, pomena zadostne prekrvljenosti ledvic ter hormonskih regulatornih zank. Doc. dr. Damjana Ključevšek, pediatrična radiologinja, je v nadaljevanju predstavila pomen in možnosti slikovne diagnostike pri novorojenčkih s prirojanimi napakami sečil. Akutno okvaro ledvic v obdobju novorojenčka je predstavil doc. dr. Gregor Novljan, mag. Petra Bratina pa je podala pregled možnih novih metod za oceno ledvične funkcije novorojenčka. O pomenu delovanja ledvic za vzdrževanje krhkega ravnotežja homeostaze vode in elektrolitov je predaval Gregor Nosan, dr. med., medtem ko je Jana Lozar Krivec, dr. med., predstavila pomen pravilne prehrane novorojenčkov z ledvično boleznijo. Krog obravnave elektrolitskih neravnovesij je sklenila asist. dr. Aneta Soltirovska Šalomon s pregledom metabolizma kalcija in fosforja v novorojenčkovem obdobju.

Za konec pa je prof. Polin predstavil izjemno zanimivo predavanje o zgodovini zmot v neonatologiji. Poudaril je pomen ravnovesja med

kliničnimi izkušnjami in izsledki temeljne znanosti pri vsakdanjem kliničnem delu, potrebo po nenehnem učenju, raziskovanju, premišljenem vrednotenju rezultatov zdravljenja ter treznem in kritičnem premisleku ob uvajanju novih načinov zdravljenja.

Mednarodni simpozij, ki je bil eden letošnjih osrednjih strokovnih dogodkov s področja neonatologije v Sloveniji, je celovito predstavil nova spoznanja o fiziologiji prehoda iz znotrajmaterničnega življenja plodu v življenje po rojstvu, pregled kliničnih slik ob težavah pri prehodu pri bolnih in nezrelih novorojenčkih ter možnosti nadzora v vsakdanji klinični praksi. Simpozij je, glede na mnenje udeležencev, odlično uspel tako s strokovne kakor tudi organizacijske plati. Priprava in izvedba predavanj sta bili na ravni mednarodnega dogodka in vrhunska predavanja vabljenega tujega profesorja so se interdisciplinarno prepletala z najnovejšimi strokovnimi spoznanji, ki so jih predstavili slovenski strokovnjaki. Ob srečanju je izšel tudi učbenik z enakim naslovom, ki bo v pomoč vsem tistim, ki delajo z najbolj občutljivo populacijo bolnikov – z bolnimi in nezrelimi novorojenčki.

Peti sestanek CAPSCA

Budimpešta, 12.–14. oktober 2016

Doc. dr. Irena Grmek Košnik, dr. med., Nacionalni inštitut za javno zdravje in Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano

irena.grmek.kosnik@nlzoh.si

Petega letnega srečanja CAPSCA (*Cooperative Arrangement for the Prevention of Spread of Communicable Disease through Air Travel*) v Budimpešti so se udeležili strokovnjaki iz različnih držav in z različnih področij: strokovnjaki s področja

javnega zdravja, letališka zdravstvena služba, ministrstvo za zdravje, ministrstvo za promet, ICAO (*International Civil Aviation Organization*), predstavniki civilnega letalstva, nacionalni predstavniki IATA (*International Air Transport Association*),

predstavniki letališč, univerz, CDC (*Centers for Disease Control*), Eurocontrol, SZO, FAO (Organizacija Združenih narodov za prehrano in kmetijstvo).

Letalski promet s 6 milijoni potnikov na dan ima velik pomen za širjenje morebitnih nalezljivih bolezni in predstavlja potencialno grožnjo javnemu zdravju zaradi epidemij oz. pandemij. Nalezljive bolezni in potencialni javnozdravstveni ukrepi imajo lahko po drugi strani velik ekonomski vpliv na letalski sektor. Za usklajenost držav na tem področju

skrbi mednarodna organizacija CAPSCA.

CAPSCA je zasnovana kot organizacija s skupnim enotnim in praktičnim pristopom vseh sektorjev v preprečevanju nalezljivih boleznih v letalskem prometu. Deluje pod okriljem ICAO kot združenje letalskih prevoznikov. Vodijo jo zelo sposobni strokovnjaki, kot sta dr. Ansa Jordaan iz ICAO in g. Thomas Hofmann iz SZO. CAPSCA je nacionalnega pomena tako v luči krepitve medsektorskega in mednarodnega sodelovanja kot izboljšanja pripravljenosti na grožnje nalezljivih boleznih.

Po besedah Thomasa Hofmanna iz SZO je CAPSCA lani v Amsterdamu predstavila standardizirana priporočila za izvedbo vaj na letališčih, kjer so poudarili, da CAPSCA pri standardizaciji vaj lahko pomaga tudi z zunanjimi opazovalci. Na letošnjem sestanku je bil predstavljen predvsem pomen vaj na letališču, v katerih sodeluje letalsko osebje, predstavniki javnega zdravja, varnostna služba, policija in ostali deležniki. V številnih vajah se je izkazalo, kako pomembna je predhodno dobro predana, jasna informacija oz. uvedeni postopki ukrepanja. Nujno je, da se v vaje vključi tudi varnost. Vsako letališče je drugačno in posebno, pri vseh pa gre za mnogo-funkcijsko delovanje, kar je treba pri vaji upoštevati. Vaje na letališčih so zelo pomembne. O njih morajo biti obveščeni mediji in politika. Vaje so različne po tipih, izrednega pomena je vrednotenje vaje. Vrednost ocene vaje je predvsem notranja, kar pomeni priložnost za izboljšanje.

Predstavnica Portugalske je v predavanju izpostavila problem komarjev in nalezljivih boleznih, ki jih prenašajo. Nadzor nad insekti izvajajo tedensko. Za dezinfekcijo uporabljajo navodila SZO, CDC. V preteklosti so že imeli v okolici letališča vneseno rumeno mrzlico. V Grčiji in Franciji so imeli v bližini letališč primere malarije. Izpostavljena je bila vprašljivost dezinfekcije na letalih, ker se ne ve, ali je učinkovita. Posebej vprašljiva je hitra dezinfekcija letala, ko potniki

niso na letalu. Preden pridejo potniki, odprejo vrata in prezračijo. Trenutno gre za pomanjkanje znanj in standardov dezinfekcije. Dezinfekcija je odvisna od individualne ocene tveganja letališča – na spletu obstaja register letališč glede na možnost prenosa vektorskih boleznih. Tudi tu se kaže potreba po usklajenem in sistematičnem pristopu. Točke vstopa prispevajo k širjenju vektorskih boleznih, kot so malarija, denga, čikungunja, zika, rumena mrzlica, ki predstavljajo grožnjo za kar 60 odstotkov svetovnega prebivalstva in več kot 500 milijonov obolelih na leto. Hitro širjenje mednarodnega prometa in transporta povzroča tudi širjenje vektorskih boleznih, vključujoč države, ki prej niso imele tveganja za vektorske bolezni. Mednarodni zdravstveni pravilnik zavezuje države, da kontrolirajo vektorje najmanj v premeru 400 m v okolici točke vstopa – letališča, luke. Za točko vstopa (letališče) je treba izvesti oceno tveganja, vzpostaviti nadzor, načrtovati, spremljati in vrednotiti. V primeru pojava vektorjev pa seveda tudi ukrepati do popolnega iztrebljenja.

Predstavniki držav na srečanju so bili enotni, da je na razpolago premalo znanja o dezinfekciji. Poseben problem je ugotoviti, katera dezinfekcijska sredstva so primerna za opremo na letalu. Pri kar nekaj razkuževanjih so namreč uničili opremo na letalu.

Na frankfurtskem letališču so letos pod okriljem Lufthanse izvedli testiranje treh razkužil na letalski opremi. Rezultati testiranja, ki so trajala od 6 do 8 tednov, bodo objavljeni še letos v decembru v eni od nemških revij javnega zdravja.

Izpostavljena je bila tudi potreba po uporabi orodja javnega zdravja – ocene tveganj (risk assesment). Predvsem v smislu delitve izkušenj, standardizacije članic, prenosa znanj.

Zadnji, tretji dan srečanja smo imeli predavanja in delavnice na temo obiskov – presoj letališč. ICAO/CAPSCA poleg srečanj strokovnjakov in povezovanja organizira in izvaja tudi presoje letališč z namenom

boljšega sodelovanja med letalskim in medicinskim sektorjem, še posebej z javnim zdravjem, ter vrednotenje ukrepov za preprečevanje nalezljivih boleznih.

Presoja pripravljenosti letališča na grožnje za nalezljive bolezni v državi traja dva dni. V presojevalski skupini so strokovnjaki različnih področij delovanja (transporta, javnega zdravja, SZO). Prvi dan presoje organizirajo srečanje, na katero so povabljeni predstavniki različnih resorjev. Na srečanju predstavijo zahteve Mednarodnega zdravstvenega pravilnika ter položaj nalezljivih boleznih v svetu. Z udeleženci se pogovorijo o infrastrukturi, sodelovanju, postopkih obvladovanja vnosa nalezljivih boleznih v državo. Drugi dan je na vrsti obisk letališča, kjer se preveri uporabo kontrolne liste SZO in ICAO, pregleda zapise in vrednotenje vaje, človeške, okoljske in tehnične zmožnosti letališča. Pogosto se med presojo najde odstopanje med nacionalnim planom in planom pripravljenosti letališča na grožnje.

Med konferenco sem spoznala, da smo v Sloveniji uspešni pri uvedbi Mednarodnega zdravstvenega pravilnika na letališču Jožeta Pučnika. Po zgledu drugih držav je tudi v Sloveniji uvedba skupno delo letališča, Ministrstva za zdravje, Ministrstva za promet, združenj s področja letalstva, Nacionalnega inštituta za javno zdravje in klinične medicine – Infekcijske klinike. Seveda bo treba na letališču še marsikaj postoriti, da bomo lahko uspešno prestali presojo in se pravilno odzvali na pravo grožnjo.

Na konferenci je bila izrečena trditev, da uvedba Mednarodnega zdravstvenega pravilnika ne bo nikoli končana, ker se porajajo nove bolezni oz. novi načini širjenja že obstoječih boleznih. Vsako letališče je svet zase. Da bomo kos nalogam v primeru resnih groženj, moramo okrepiti sodelovanje civilnega letalstva, letališč in javnega zdravja. Najmanj, kar je treba, je, da se ključni akterji za odzive na grožnje med seboj poznamo in imamo napisa-

ne postopke delovanja, ki jih preverjamo na vajah in v praksi.

Ves čas konference me je spremljala misel, da smo na letališču Jožeta Pučnika v letu 2015 uspešno izvedli vajo in tudi vrednotenje, česar števil-

ne države še niso uspele. Pri tem bi rada pohvalila delo kolegic v Centru za nalezljive bolezni NIJZ, ki delajo v pravi smeri, da se Slovenija lahko postavi na stran držav, kjer zadeve delujejo tako na vajah kot v praksi.

Vse predstavitve na srečanju CAPSCA-EUR/05 v Budimpešti od 12. do 14. oktobra 2016 so na spletni strani ICAO EUR/NAT: <http://www2010.icao.int/EURNAT/Pages/welcome.aspx>.

En svet – en A.A. – en jezik srca

New York, 23.–27. oktober 2016

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

Srečanje s tem naslovom »One world – One A.A. – One language of the Heart« je v številnih konferenčnih dvoranah sredi jesensko začaranih javorjevih gozdov na obrobju velemesta povezovalo 60 mednarodnih delegatov, članov Svetovnega združenja anonimnih alkoholikov. Svoje ideje smo izmenjevali predstavniki 41 držav sveta.

Delovno srečanje WSM – World Service Meeting je bilo zares delavno. In briljantno vodeno! Pred dvema letoma je bilo takšno srečanje v Varšavi, čez dve leti bo v Južni Afriki. Mandat vsakega mednarodnega predstavnika traja štiri leta. Le štiri države so imele za svojega predstavnika člana A (nealkoholik), vsi drugi predstavniki so bili člani B, torej alkoholiki, ki pa abstiniirajo že najmanj 10 let. Zelo pisana družba izjemno prijetnih, sproščenih in ljubeznivih ljudi.

V nekaterih državah je število članov društva anonimnih alkoholikov še majhno. S tem je majhna tudi količina finančnih sredstev, ki jih uspejo v enem letu zbrati z lastnim prispevanjem. Takšnim manjšim društvom stroške udeležbe na svetovnem delovnem srečanju sofinancira Odbor svetovnega združenja, na katerega pa nakazuje prispevke tiste države, ki to že zmorejo. Več denarja pač lahko zberejo zaradi boljših ekonomskih pogojev v državah in zaradi

večjega števila članov. Organizacija A.A. deluje že v skoraj 180 državah sveta. Društva se po vsem svetu vzdržujejo zgolj na podlagi prostovoljnih prispevkov članov in s prodajo temeljne literature A.A. Najpomembnejša knjiga osebnih zgodb o uspešnem okrevanju za prenašanje sporočila alkoholiku, ki še trpi, je t. i. *Velika knjiga*. Danes obstaja že v 60 jezikih. Zadnji jezik prevoda je bil jezik Navajo Indijancev (letos). Kot zanimivost naj povem, da ta jezik staroselcev nima črkovnega zapisa. Zato je bil izdelan zvočni zapis, shranjen na DVD. (Op. Seznam literature A.A., ki je prevedena v slovenščino, je dostopen na internetni strani Društva anonimnih alkoholikov Slovenije.)

Zasedanja odborov so se vrstila po ves dan. Vsebinsko so zajela: Finančno stanje mednarodnega fonda za literaturo, Licenciranje in prevode, Služenje in duhovnost, Kaj pomeni »očitanje« za lastno rehabilitacijo in za preživetje skupine, Mentorstvo ali srečanje po srečanju, Delo z drugimi, Privabljanje in sprejem novincev, Komunikacija med generacijami – ali smo uspešni pri prenešanju sporočila, Socialni mediji in A.A., Duhovnost skozi vidik finančnega prispevanja, Iz okrevanja brez ega in brez ponosa se rodi resnično mentorstvo, Moja domača A.A. skupina – duhovni temelj okrevanja, A.A. brez meja:



Oktobra 1951 je v San Franciscu Ameriško združenje za javno zdravje izročilo Laskerjevo nagrado Organizaciji A.A. za prispevek na področju javnega zdravja.

mного jezikov, mnogo kultur, eno samo sporočilo (= sporočilo alkoholiku, ki še trpi, da bo v okviru ljubeče skupnosti A.A. lahko našel izkušnje, moč in upanje za rešitev svojega problema – resne in smrtno nevarne bolezni, zaradi katere precej prezgodaj umre večina od alkohola odvisnih ljudi).

Eno od vprašanj, ki mu je bila namenjena posebno skrbna obravnava, je bilo *prenašanje sporočila profesionalcem*. V pisarni svetovnega združenja so pred kratkim uredili posodobljeno različico treh pisem, ki jih je Bill W. namenil zdravnikom in zdravstvenim delavcem. Pisma so dostopna na internetni strani Svetovnega združenja A.A.

Nova različica zgibanke »Ortodontija in njene posebnosti – osnovne informacije za otroke in starše«

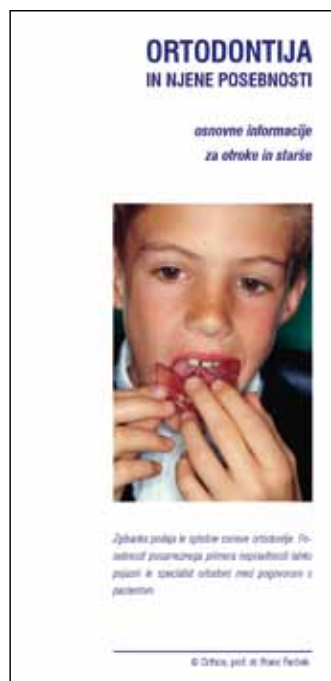
Doc. dr. Jasmina Primožič, dr. dent. med., MF Ljubljana, Katedra za čeljustno in zobno ortopedijo

Julija letos je izšla nova, posodobljena različica zgibanke »Ortodontija in njene posebnosti« avtorja prof. dr. Franca Farčnika, dr. dent. med. Zgibanka, katere založnik je Zavod Orthos, podaja osnovne informacije o ortodontski obravnavi in služi predvsem za boljšo seznanitev bolnikov oz. njihovih skrbnikov o vrstah zobnih in čeljustnih nepravilnosti, razpoznavnih postopkih in možnostih obravnave ter tudi o morebitnih tveganjih, povezanih z obravnavo.

Prvi osnutek zgibanke je prof. dr. Farčnik napisal že leta 2006, takratno Ministrstvo za zdravje pa ga je potrdilo kot primeren informativni pripomoček. Tako od leta 2008 zgibanko uporabljamo za informiranje bolnikov in njihovih skrbnikov pred podpisom »dogovora o ortodontski obravnavi«.

Pogosto je razlaganje zapletenih razpoznavnih postopkov in metod obravnave za strokovnjaka težavno, saj mora laiku na razumljiv način pojasniti naravo njegove nepravilnosti, možnosti obravnave in prognozo. Nova zgibanka zato obsega odgovore na petnajst s strani bolnikov najpogosteje zastavljenih vprašanj glede ortodontskega zdravljenja in posebnosti le-tega. Na bolniku enostaven način pojasni, kaj je ortodontska veda, kaj so nepravilnosti zob in čeljusti in kako nastanejo. Odgovori na vprašanja so jasni, k boljšemu razumevanju napisanega pa pripomore tudi slikovno gradivo, ki dopolnjuje posodobljeno različico zgibanke.

Avtor zgibanke pojasni, kaj je ortodontska obravnava in možnosti ortodontske obravnave z različnimi snemnimi in nesnemnimi pripomočki. Utemelji, zakaj je ortodontska obravnava potrebna, in razloži, kateri je najbolj primeren čas za njen začetek glede na razvojno obdobje posameznika in vrsto ter težavnostno stopnjo nepravilnosti. Avtor tudi razbline dvome glede trajanja ortodontske obravnave, pojava bolečine med ortodontsko obravnavo in glede vpliva nošenja aparata na prehrano ter športne aktivnosti, ki bolniku najpogosteje povzročajo zaskrbljenost. Natančno



opozori še na tveganja ortodontske obravnave in z njimi povezane predvidljive ter nepredvidljive dejavnike.

Pojasni, da obstaja več različnih možnosti ortodontskega zdravljenja glede na vrsto in obseg nepravilnosti. Razloži, da specialist zobne in čeljustne ortopedije nepravilnost pred začetkom obravnave opredeli in ovrednoti z uporabo različnih razpoznavnih postopkov, kot so analiza fotografije obraza in rentgenskih posnetkov glave oz. zobovja ter z meritvami na mavčnih študijskih modelih čeljustnic. Na njih s pomočjo objektivne metode (Eismann-Farčnikovega indeksa) strokovnjak ugotovi obseg in stopnjo težavnosti nepravilnosti, katere vrednost ob zaključku obravnave lahko služi tudi kot merilo uspešnosti zdravljenja.

Avtor tudi poudari, da je treba splošno informacijo o ortodontskem zdravljenju pacientu podati pred podpisom »dogovora o ortodontski obravnavi«, zato je zgibanka priloga le-temu.

Ena izmed najpomembnejših stvari pri sporazumevanju med terapevtom in bolnikom je natančna in bolniku oz. njegovim skrbnikom razumljiva razlaga bolezni ali odklona ter postopka in prognoze zdravljenja. Pogosto večino svojega časa namenimo predvsem strokovnemu in znanstvenemu napredku, manj pa odnosu z bolnikom, kateremu je naše delo pravzaprav namenjeno. Vprašanja, zanimanje in zaskrbljenost bolnikov oz. njihovih skrbnikov glede diagnoze in zdravljenja se razlikujejo. Tako imamo na eni strani bolnike, ki so povsem ravnodušni glede svojega oralnega zdravja, na drugi strani pa pretirano zavzete bolnike. Ne glede na odnos bolnika do svojega oralnega zdravja je ena izmed osnovnih nalog terapevta osveščanje in natančno seznanjanje bolnika. Zato je zloženska odlična pripomoček za specialista zobne in čeljustne ortopedije, saj zajema vse splošne informacije, ki jih mora specialist razložiti pacientu pred začetkom zdravljenja, splošnemu zobozdravniku pa lahko služi kot pripomoček za obveščanje bolnika pred njegovo napotitvijo na specialistično obravnavo.

Zbornična izobraževanja za zdravnike in zobozdravnike



Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti

predavanja in delavnice – december, januar

Namen izobraževanja je zdravstveno osebje opremiti z znanjem in komunikacijskimi veščinami za izboljšanje prepoznavanja in obravnavanja žrtev nasilja v družini v sklopu zdravstvene dejavnosti.

Izobraževanje med drugim **izpolnjuje predpis ministrstva za zdravje**, ki določa, **da se morajo zdravstveni delavci** z določenih področij **udeležiti izobraževanja o nasilju v družini vsakih pet let**, v obsegu najmanj 5 ur.

Poudarki iz vsebine:

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

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

Logoterapija, smisel in poslanstvo zdravnika

seminar – december, januar, februar, marec

Cilj delavnice:

- Predstaviti zdravnikom osnovne informacije o logoterapiji in njeni uporabnosti za njihovo delo.
- Spodbuditi zdravnike k razmisleku o njihovi profesionalni in osebni identiteti.
- Opolnomočiti zdravnike za soočanje z osebnimi kriznimi situacijami, s katerimi se soočajo pri opravljanju svojega poklica.

Izvajata: mag. Martin Liseč, logoterapevt

Težave in razumevanje v medosebnih odnosih

delavnica – januar

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

Delavnico vodi Anja Žagar, univ. dipl. ekon.

Zadovoljna, samozavestna, radostna

delavnica – 10-krat po 3 ure – februar 2016



Današnji svet računa na žensko, nagovarja jo z vedno novimi izzivi, pričakovanji in zahtevami, ob tem pa ženska izgublja samo sebe. Kaotično množico dražljajev, aktivnosti, odnosov in informacij lahko obvlada le z osredotočenim, zrelem in večšim usmerjanjem svoje pozornosti, energije in dejavnosti. Ciklus petih tematskih sklopov je namenjen sistematičnemu pridobivanju veščin, navad in pogledov, s katerimi bo sodobna ženska bolj obvladala svoje življenje na zdrav, zrel in učinkovit način.

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

Migracije in zdravstvo: ustrežna zdravstvena obravnava migrantov in beguncev

seminar – marec–november

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

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

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

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

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

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

2. 12. 2016–2. 12. 2017 • MEDNARODNA ŠOLA AKUPUNKTURE

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

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

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

7. ob 8.30 • 24. SPOMINSKO SREČANJE AKAD. JANEZA MILČINSKEGA – 70 LET DELOVANJA TOKSIKOLOŠKEGA LABORATORIJA INŠTITUTA ZA SODNO MEDICINO

kraj: LJUBLJANA, Velika predavalnica MF, Korytkova 2	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Posvet je namenjen vsem zdravnikom.	organizator: Inštitut za sodno medicino Medicinske fakultete UL, prof. dr. Jože Balažič, dr. med.	prijave, informacije: Inštitut za sodno medicino, Korytkova 2, 1000 Ljubljana, Jože Balažič, Gordana Koželj, Danica Pajk, T: 01 543 72 00, F: 01 524 38 64, E: tajnistvo.ism@mf.uni-lj.si	

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

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

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

kraj: PORTOROŽ, GH Bernardin, Kongresni center Bernardin	št. udeležencev: 180	kotizacija: 150 EUR (z DDV), kotizacije ni za predstavnike nevladnih organizacij (največ 3 iz posameznega društva)	k. točke: 6
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno zdravstvenim delavcem in sodelavcem s področja onkologije ter družinskim zdravnikom	organizator: Kancerološko združenje SZD in Onkološki inštitut Ljubljana, prof. dr. Janez Žgajnar, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, E: aduratovic@onko-i.si , informacije: mag. Amela Duratović Konjevič, T: 01 587 96 25, E: aduratovic@onko-i.si	

13. ob 8.30 • SVITOV DAN 2016

kraj: LJUBLJANA, Austria Trend Hotel	št. udeležencev: do 200	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Srečanje je namenjeno vsem, ki sodelujejo pri izvajanju Programa Svit. Na strokovnem srečanju se bomo osredotočili predvsem na tehnike nemedikamentnega obvladovanja bolečin na kolonoskopiji, v sklopu česar bo potekalo tudi praktično delo v delavnicah, na novosti v zvezi s pripravo sladkornih bolnikov na kolonoskopijo in izsledke raziskave med izbranimi osebnimi zdravniki o podpori za vključevanje v Program Svit.	organizator: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Jožica Maučec Zakotnik, dr. med. spec.	prijave, informacije: prijave: W: https://www.1ka.si/a/103841 , informacije: Simona Kapus, T: 01 620 45 20, E: programsvit@nijz.si	

13. ob 19.00 • CARSKI REZ: SVOBODNA IZBIRA VSAKE NOSEČNICE ALI IZHOD V SILI?

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Debata je namenjena študentom medicine.	organizator: Medical Student Journal Club, Tjaša Oblak	prijave, informacije: prijave niso potrebne, informacije: Tjaša Oblak, T: 00386 6819 8524, E: medicalstudentjournalclub@gmail.com	

16.–17. ob 16.00 • IMUNOTERAPIJA PRI PLJUČNEM RAKU

kraj: BLEED, Hotel Golf	št. udeležencev: 70	kotizacija: ni podatka	k. točke: ***
vsebina: Seminar je namenjen zdravnikom onkologom in pulmologom.	organizator: Sekcija za torakalno onkologijo SZD, doc. dr. Mirjana Rajer, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: http://www.immunotherapybled2016.si/ , Mina Kerič, informacije: http://www.immunotherapybled2016.si/ , Mina Kerič, Mirjana Rajer, E: mrajera@onko-i.si	

DECEMBER 2016

17. ob 8.00 • MEDNARODNI SIMPOZIJ: NOVOSTI ZDRAVLJENJA BOLEZNI SRCA IN ŽILJA, NOVE MOŽNOSTI ZDRAVLJENJA STRUKTURNIH BOLEZNI SRCA IN AORTNE ZAKLOPKE

kraj: PORTOROŽ, Hotel Slovenija, Kongresni center	št. udeležencev: 300	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Simpozij je namenjen družinskim zdravnikom, kardiologom in vsem, ki jim bo v pomoč novo znanje pri delu z bolniki.	organizator: Mednarodni center za zdravljenje bolezni srca in žilja MC MEDICOR Slovenija, Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, prof. dr. Metka Zorc, dr. med., predsednica organizacijskega odbora	prijave, informacije: prijave: E: anaorozen@gmail.com , informacije: Ana Orožen Adamič, E: anaorozen@gmail.com	

JANUAR 2017

12. ob 9.00 • POGOSTA STANJA V PROKTOLOGIJI

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

17. ob 14.00 • VIII. TRADICIONALNI REGIJSKI SESTANEK GINEKOLOGOV, MEDICINSKIH SESTER, PRESEJALCEV, PATOLOGOV IN SPECIALISTOV JAVNEGA ZDRAVJA

kraj: CELJE, Splošna bolnišnica Celje, predavalnica	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Seminar je namenjen ginekologom.	organizator: Oddelek za patologijo in citologijo Splošne bolnišnice Celje in Nacionalni inštitut za javno zdravje, Območna enota Celje, organizacijski in strokovni odbor: Alenka Repše Fokter, Nuša Konec Juričič, Uršula Salobir Gajšek, Simona Šramek Zatlner	prijave, informacije: E: janja.robida@nijz.si , T: 03 425 11 44, informacije: E: janja.robida@nijz.si , T: 03 425 11 44, prim. Uršula Salobir Gajšek, dr. med., T: 031 303 329, E: urska.salobir.gajsek@gmail.com	

17. ob 19.00 • PRIPIZEM: KO EREKCIJA NI ZABAVNA

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Debata je namenjena študentom medicine.	organizator: Medical Student Journal Club, Tjaša Oblak	prijave, informacije: prijave niso potrebne, informacije: Tjaša Oblak, T: 00386 6819 8524, E: medicalstudentjournalclub@gmail.com	

18. ob 9.00 • TEŽAVE IN RAZUMEVANJE V MEDOSEBNIH ODNOSIH

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

FEBRUAR 2017

2.–4. ob 7.30 • ULTRAZVOČNA ŠOLA – 20 LET UZ-PREGLEDA V PRVEM TRIMESEČJU

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska c. 162	št. udeležencev: za šolo ni omejitve, za tehnični dan 4. 2. 2017 je omejitev na 50 udeležencev	kotizacija: od 50 do 350 EUR	k. točke: ***
vsebina: predavanja in praktični del (tehnični dan) so namenjeni specialistom in specializantom ginekologije in porodništva	organizator: Združenje za perinatalno medicino Slovenije, SZD, Klinični oddelek za perinatologijo Ginekološke klinike v Ljubljani, UKC Ljubljana, Oddelek za otroško kardiologijo Pediatrične klinike v Ljubljani, UKC Ljubljana, doc. dr. Nataša Tul Mandič, dr. med.	prijave, informacije: prijave: UKC Ljubljana, ERIK, Šlajmerjeva 3, 1000 Ljubljana ali E: martina.peclin@mf.uni-lj.si , informacije: Martina Pečlin, T: 01 522 60 20	

3. ob 9.30 • 39. IATROSSKI: POSVETOVANJE ŠPORTNE MEDICINE IN SMUČARSKO
TEKMOVANJE ZDRAVNIKOV

kraj: KRANJSKA GORA	št. udeležencev: 100	kotizacija: 40–70 EUR	k. točke: ***
vsebina: Posvetovanje in smučarsko tekmovanje je namenjeno vsem zdravnikom.	organizator: Iatrosski, prim. Franci Koglot, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: melitamakuc@gmail.com , informacije: prim. Franci Koglot, T: 041 775 705	

3.–4. ob 8.00 • PONOVI TVENI TEČAJ VSEBIN IZ PREHOSPITALNE NUJNE MEDICINSKE
POMOČI (NMP)

kraj: MARIBOR, OSCE, PL1 vhod 2–4	št. udeležencev: največ 25, najmanj 20 poslušalcev	kotizacija: 320 EUR	k. točke: ***
vsebina: Tečaj je namenjen zdravnikom urgentne medicine, splošne/družinske medicine (specialistom). Področja: 1. Oskrba nenadno obolelega odraslega bolnika, 2. Oskrba nenadno obolelega otroka, 3. Oskrba poškodovanca/otroka, 4. Množične nesreče/Oskrba dihalne poti, 5. Ultrazvok.	organizator: MF Univerze v Mariboru, Katedra za urgentno medicino, doc. dr. Matej Strnad, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Medicinska fakulteta UM, Taborska ulica 8, 2000 Maribor, za Romano Grajner, informacije: Romana Grajner, univ. dipl. ekon., T: 02 23 45 826, F: 02 23 45 820, E: romana.grajner@um.si	

21. ob 19.00 • KRVOTVORNE MATIČNE CELICE: OD ŽETVE DO SETVE IN NAPREJ V
NEZNANO

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Debata je namenjena študentom medicine.	organizator: Medical Student Journal Club, Tjaša Oblak	prijave, informacije: prijave niso potrebne, informacije: Tjaša Oblak, T: 00386 6819 8524, E: medicalstudentjournalclub@gmail.com	

ZAPOSLIMO

V Mariboru zaposlimo specialista družinske medicine za nedoločen čas. Kontakt: premediko@gmail.com

Zdravstveni dom Medvode

Svet zavoda Zdravstvenega doma Medvode na podlagi Zakona o zdravstveni dejavnosti, Odloka o ustanovitvi javnega zavoda Zdravstvenega doma Medvode, Statuta Zdravstvenega doma Medvode ter sklepa Sveta zavoda z dne 21. 11. 2016 razpisuje prosto delovno mesto

direktorja zdravstvenega doma (m/ž)
za 4-letni mandat

Direktor opravlja poleg zadev s svojega delovnega področja tudi delo na ustreznem delovnem mestu iz svoje stroke.

Poleg splošnih pogojev, določenih z zakonom, morajo kandidati izpolnjevati še naslednje:

- univerzitetna izobrazba medicinske smeri (prednost imajo specialisti s področja primarnega zdravstvenega varstva),
- najmanj 5 let delovnih izkušenj,
- poznavanje področja dela zavoda,
- sposobnost za vodenje in organiziranje dela v javnem zavodu,
- izpolnjevanje pogojev nekaznovanosti.

Pisne ponudbe z

- dokazili o izpolnjevanju pogojev (potrdilom o končani univerzitetni izobrazbi medicinske smeri, licenco Zdravniške zbornice, izjavo, da ni bil pravnomočno obsojen zaradi naklepnega kaznivega dejanja, ki se preganja po uradni dolžnosti, in da ni bil obsojen na nepogojno kazen zopora v trajanju več kot šest mesecev, ter izjavo, da zoper njega ni bila vložena pravnomočna obtožnica zaradi naklepnega kaznivega dejanja, ki se preganja po uradni dolžnosti),
- izjavo, da kandidat za namen preverjanja izpolnjevanja pogojev dovoljuje Svetu zavoda ZD Medvode vpogled v podatke iz uradnih evidenc,
- kratkim življenjepisom in
- programom dela oz. razvoja ZD

naj kandidati pošljejo do 17. 12. 2016 na naslov: Zdravstveni dom Medvode, Ostrovharjeva ulica 6, 1215 Medvode (Za razpisno komisijo).

O izboru bomo kandidate obvestili v 30 dneh po objavi razpisa.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

K sodelovanju vabimo

1. zdravnike/zdravnice na Direkciji za:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Za dodatne informacije se lahko obrnete na nas po telefonu: 01 30 77 410.

Svoje pisne prijave, s predstavitvijo dosedanjega dela in navedbo enote, kamor se prijavljate, pošljite **do 31. 12. 2016** na naslov: **ZZZS, Direkcija, Miklošičeva 24, 1507 Ljubljana oz. na E: zaposlitev@zzzs.si.**

Kandidati bodo izbrani na podlagi izbirnega postopka, ki lahko vključuje tudi testiranje.

Kandidati bodo o izboru obveščeni v zakonsko določenem roku.

Diagnostični center Clarus, d. o. o.

razpisuje prosto delovno mesto

zdravnika specialista okulista (m/ž)

Pričakujemo:

- končano medicinsko fakulteto in
- opravljeno specializacijo iz oftalmologije.

Od novih sodelavcev pričakujemo še:

- sposobnosti komuniciranja in reševanja problemov,
- sposobnosti organiziranja in analitičnega razmišljanja,
- sposobnost timskega dela,
- sposobnost hitre presoje in sodelovanja, predvsem pa strokovnost in profesionalnost.

Cenimo fleksibilne, ustvarjalne in vztrajne sodelavce, z veliko energije pri uresničevanju svojih delovnih nalog.

Nudimo:

- delo v prijetnem in sodobnem okolju,
- kakovostno usposabljanje,
- možnost izobraževanja,
- proste vikende,
- timsko delo.

Z nagrajevanjem uspešnosti in zavzetosti pri doseganju ciljev vam nudimo več.

Delovno razmerje bomo sklenili za nedoločen čas.

Kandidati naj svoje vloge z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljejo na naslov:

Diagnostični center Clarus, d. o. o., Šmartinska c.152 ali
E: biserka@clarus.s

Splošna bolnišnica Izola

vabi k sodelovanju

enega (1) zdravnika specialista urologije (m/ž)

Od kandidatov pričakujemo izpolnjevanje naslednjih pogojev:

- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,
- zaželeno znanje italijanskega jezika.

Ponujamo zaposlitev za nedoločen čas, polni delovni čas. Poskusno delo traja štiri mesece.

V kolikor ste v oglasu prepoznali priložnost za sodelovanje, pričakujemo ponudbo z življenjepisom in dokazili do 30. 12. 2016 na naslov: Splošna bolnišnica Izola, Polje 40, 6310 Izola.

ODDAM

Zobozdravniška ordinacija, Ljubljana (Savska cesta), 41,82 m², popolnoma opremljena (ordinacija, mini laboratorij, pisarna, kopalnica, čakalnica in WC za paciente). Z vsemi dovoljenji Ministrstva za zdravje in lastnim parkiriščem v garaži pod objektom. Cena: 1.200,00 EUR/mesec.

Informacije: 031 339 699

E-pošta: dinka@mestonepremicnin.si

Zdravstveni domovi in njihovo poslanstvo

Ob 90-letnici nastanka prvega zdravstvenega doma na Slovenskem v Lukovici 1926

Prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec, dr. med., Inštitut za zgodovino medicine MF UL
Zvonka.Zupanic-Slavce@mf.uni-lj.si

Zdravstveni domovi so bili v Kraljevini SHS ustanovljeni po letu 1925, da bi izboljšali splošno zdravstveno stanje prebivalstva na svojem območju. Njihovo delo je obsegalo ugotavljanje in preučevanje zdravstvenih razmer prebivalstva in njihovih naselbin, odpravljanje vzrokov slabega zdravstvenega stanja z nasveti in dejanji, nudenje brezplačne zdravniške pomoči siromašnemu prebivalstvu, prizadevanje za zmanjšanje umrljivosti otrok, zagotavljanje posebne pozornosti obolelim za tuberkulozo in zaščito zdravih pred to socialno boleznijo, odpravljanje in preprečevanje nadaljnjega širjenja nalezljivih bolezni, skrb za zdravstveni in telesni razvoj šolskih otrok, dvigovanje splošne zdravstvene kulture s higiensko propagando in didaktiko ter preprečevanje in zdravljenje alkoholizma.

Začetki zdravstvenih domov

Ko so začeli ustanavljati **zdravstvene domove**, je bil marsikdo prepričan, da ne bodo kos nalogi, ki so si jo zadali. Bali so se tudi, da med ljudmi ne bodo naleteli na pravo razumevanje. Po odprtju prvega zdravstvenega doma v Lukovici pri Domžalah leta 1926 so v nadaljnjem desetletju zgradili še sedem novih: v Medvodah, Trziču, Šentvidu pri Ljubljani, Cerkljah ob Krki, Rogatcu, Murski Soboti in Rakeku. Po drugi svetovni vojni pa so bili ustanovljeni tudi na sedežih okrajev in v občinskih središčih. Zdravstveni domovi so skrbeli predvsem za osnovno preventivno in kurativno zdravstveno varstvo. Delo ni bilo lahko in je zahtevalo mnogo potrpežljivosti, dobre volje in poznavanja razmer. Posamezni okraji so bili v higienskem in zdravstvenem pogledu prepuščeni sami sebi, zato je bila stanovanjska in naselbinska higiena slaba. Ta je neugodno vplivala na zdravstveno stanje prebivalstva, pojavljale so se nalezljive bolezni, neredko v manjših ali večjih epidemijah.

Idejna zasnova zdravstvenih domov je izvirala iz filozofije **socialne medicine**. **Vsake-mu posamezniku** je želela omogočiti **dostop do zdravstvene oskrbe in pomoči**, sprva v bolezni, kasneje pa predvsem s preventivo.

Delo v zdravstvenih domovih na Slovenskem, ki ga je nadzoroval Higienski zavod v Ljubljani,

je bilo razdeljeno na **ambulantno** in **terensko**. Glavno delo je opravljal **zdravnik** ob pomoči **zaščitne sestre**, ki je vpisovala paciente, izdajala bolniške liste, vodila evidenco in pomagala pri preiskavah. V zdravstvenem domu so pregledovali dojenčke, predšolske in šolske otroke ter obolele za tuberkulozo. Materam in nosečnicam so pomagali z nasveti in jih izobraževali na predavanjih. Na terenu so v glavnem delovale zaščitne sestre. V zdravstvenem domu so bili: **otroški dispanzer**, **šolska poliklinika**, **protituberkulozni dispanzer**, ki se je ponekod hitro osamosvojil in začel delovati kot samostojna enota, ter **splošna zdravstvena posvetovalnica**. Zdravstveni domovi so imeli tudi **ljudska kopališča**, saj v času njihovega nastanka še marsikje po domovih ni bilo kopalnic, ponekod pa tudi ne vodovoda. Uporabnikom so pomagala vzdrževati osebno higieno.

Zdravstveni domovi so **vzgajali za higieno**, prosvetljevali glede prehrane, preskrbe s čisto pitno vodo in posredovali na zdravje vezana naselbinska priporočila. Prirejali so številne **higienske razstave** in **predavanja**. **Splošna posvetovalnico** so obiskovali siromašni bolniki, še posebej v času hude gospodarske krize (1).

Uspehi zdravstvenih domov so bili hitro vidni. Izboljševale so se higienske razmere in zdravstveno stanje prebivalstva, nalezljive bolezni so postajale redkejšje, kar je vodilo k **upadu splošne umrljivosti**.



Poslopje državnega Higienskega zavoda v Ljubljani iz leta 1923.

Za **okrajnega zdravnika** je bil zdravstveni dom izredno pomembna ustanova. Preko njega je lahko preučeval zdravstvene in higienske razmere v okraju, skrbel za širjenje prosvetljenosti med prebivalci, nadzoroval zdravstveno delo občin in zatiral nalezljive bolezni (2).

Primer Lukovica

Leta 1924 je dr. Andrija Štampar (1888–1958) začrtal naloge higienske službe. V prvi etapi se je usmeril na večja mesta z okolico, v drugi pa so se v glavnem posvetili asanaciji vasi. Ob tem so prišli v stik z najširšimi sloji prebivalstva, pri katerih so morali najprej vzbuditi zavest, da je vsak posameznik odgovoren za svoje zdravje. S to zavestjo se je pojavila tudi potreba po zdravem bivanju, kar je pospešilo asanacijo vasi in jo naredilo uspešnejšo.

Ministrstvo za narodno zdravje se je leta **1924** odločilo, da bo po vsej Jugoslaviji **vsako leto asaniralo določeno število vasi** in je zanj v državnem proračunu zagotovilo potrebna sredstva. Za asanacijo so bile izbrane tiste vasi, ki so, predvsem s ponavljajočimi se epidemijami

nalezljivih bolezni, ogrožale okolico. V njih so opravili **vzorčno asanacijo**, jih oskrbeli s pitno vodo, uredili cestne kanale, dvorišča, gnojišča, stranišča, greznice, stanovanjske prostore in hleve. Istočasno so v vasi postavili **zdravstveni dom**, ki je skrbel za boljše zdravstveno stanje prebivalcev na širšem območju. Za ta obsežni načrt ministrstva pa ni

zadostovala le državna pomoč, potrebno je bilo tudi intenzivno sodelovanje javnosti in posameznikov.

Prva vas, ki je bila izbrana in je kasneje služila kot **vzorčni primer** uspešne asanacije, je bila **Lukovica pri Domžalah**. V njej so vladale slabe higienske razmere in pogosto so se pojavljale epidemije črevesnih bolezni. Vas so zasilno asanirali že leta 1922, a so kmalu ugotovili, da je bil izvor ponavljajočega se tifusa **okužena pitna voda**. Za temeljito asanacijo je bil potreben **vodovod** z neoporečno vodo ter ureditev **kanalizacije in greznic**. Oktobra 1924 je vodstvo Higienskega zavoda v Lukovici predstavilo načrt za asanacijo vasi (3). Določili so, da se delo opravi v treh etapah in konča v treh letih.

Najprej so **asanirali vodnjake**. Pred tem je bila voda v njih okužena s klicami iz človeških odpadkov in je zaudarjala. Problem oskrbe z vodo pa s tem še ni bil rešen, saj voda iz vodnjakov ni zadoščala za vso vas, še posebej ne v sušnih mesecih. Posamezniki so si zato popravili stranišča in gnojišča, večina izmed njih pa je opravila tudi nekaj nujnih popravil na stanovanjskih objektih. Uredili so tudi trg.



Prvi zdravstveni dom na Slovenskem, zgrajen leta 1926 v Lukovici pri Domžalah. Z upoštevanjem vseh načel nove javnozdravstvene doktrine so na kraju, kjer je pogosto izbruhnila griža, asanirali okolje in zgradili referenčni zdravstveni dom, ki je bil eden prvih v Jugoslaviji. Slovesno ga je odprl dr. Andrija Štampar.



Ambulanta v Lukovici iz leta 1926.

V drugi etapi asanacije so postavili **zdravstveno postajo**, ki se je kasneje združila s hišico za medicinsko sestro in javnim kopalščem ter se preimenovala v **Zdravstveni dom**, ki so ga **odprli 24. oktobra 1926**. Stavba je bila kakovostno grajena, notranja razporeditev prostorov pa smiselna in praktična. Iz čakalnice, ki so jo uporabljali tudi za sestanke, razne tečaje in predavanja, je bil vhod v zdravniško posvetovalnico in ordinacijo. Javno kopalšče je imelo čakalnico s straniščem, v kompleksu so spadali tudi kotlarna, shrambi za gorivo in kopalna dvorana s tuširnicami. Te so bile lesene in razdeljene na slačilni in kopalni prostor. Kopalšče je bilo povezano s kanalizacijo, kakor tudi vsa stranišča, ki so bila na izplakovanje. Iz kopalšča je bila napeljana topla voda tudi v glavno ambulanto. Po vseh prostorih Zdravstvenega doma so bile napeljane vodovodne cevi, dokler ni bil zgrajen vodovod. Okoli doma je bilo prostorno dvorišče in vrt.

V tretji etapi asanacije so zgradili **vodovod**, ki je pomenil zaključek z državnimi sredstvi financirane asanacije. Nadaljnja dela so Lukovčani krili s samoprispelki (4).

Zdravstveni dom Lukovica

Prvi Zdravstveni dom na Slovenskem je od ustanovitve vodil dr. **Albert Trtnik**, po letu **1928** pa banovinski zdravnik dr. **Ciril Komatar**.

V **posvetovalnici za matere in dojenčke** so dajali nasvete za pravilno prehrano. Zaščitne sestre so po domovih spodbujale bolnike k pravilnemu izpolnjevanju zdravniških nasvetov in poučevale matere o pravilni negi otrok. V **otroški polikliniki** so brezplačno ambulantno zdravili predšolske otroke. Vpliv teh dveh ustanov je bil spodbuden, saj se je umrljivost otrok zmanjšala za polovico. V svoj delokrog je Zdravstveni dom v Lukovici sprejel tudi **podeželsko otroško kolonijo**, kjer je bilo pri zdravih kmečkih družinah nastanjenih od 20 do 35 otrok iz vse Jugoslavije, v starosti od treh mesecev do osmih let. Bili so pod nadzorstvom zdravnika in zaščitne sestre. Od leta 1931 je bila v juliju in avgustu v prostorih Zdravstvenega doma nastanjena **počitniška kolonija**. **Šolska poliklinika** je bila na voljo vsem učencem. Iz sredstev Društva za

narodovo zdravje v Lukovici so pozimi revnim otrokom dajali tople obroke in perilo. Da je bil vpliv Zdravstvenega doma res velik, se kaže v naraščajočem številu kopalcev v javnem kopalšču in v redkejši ušivosti šolske mladine, ki je z 20 odstotkov že v prvih letih delovanja padla na 2 odstotka. Za širjenje **zdravstvenih prosvete** so priredili sedem tečajev o negi in prehrani dojenčka, 31 predavanj o tuberkulozi, infekcijskih boleznih in rahitisu ter različne razstave. Udeležba prebivalstva je bila tudi ob vseh cepljenjih velika (5, 6).

Kratka predstavitev zdravstvenih domov

Zdravstveni dom Celje

Potrebe so narekivale vrstni red nastajanja posameznih enot celjskega zdravstvenega doma. **Bakteriološka postaja** je nastala že v letu **1923**, njej pa so se v naslednjih letih pridružile še socialnomedicinske **ustanove**: ambulanta za venerične bolezni, protituberkolozni dispanzer, Pasteurjev zavod, šolska poliklinika, posvetovalnica za matere in otroke, šolska kuhinja kraljice Marije in dnevno zavetišče.

V letu **1928** so se obstoječe ustanove združile v upravno enoto **Zdravstveni dom Celje**. Upravljal ga je zdravnik dr. **Jakob Rebernik** (1890–1976). Zaposleni so bili trije zdravniki, tri zaščitne sestre in dva laboranta (7, 8).

Zdravstveni dom Maribor

V času, ko sta Ljubljana in Celje že imela urejene zdravstveno-higienske in socialnomedicinske ustanove, je Maribor, drugo središče Slovenije, krepko zaostajal za njima. To se ni čutilo samo v mestu in njegovi bližnji okolici, temveč vse do madžarske in avstrijske meje. Potreba po ustanovitvi socialnohigienskih ustanov je bila velika. Kot

prva je leta **1921** začela v Mariboru delovati **brezplačna zdravniška državna ambulanta**. Zdravili so **spolne bolezni** in opravljali serološke preiskave krvi in likvorja. Ambulanta je do leta 1931 delovala v prostorih splošne bolnišnice, ko je z novim zakonom o bolnicah del njenega delokroga prevzela ambulanta oddelka za kožne in venerične bolezni Splošne bolnišnice v Mariboru, drugega pa Zdravstveni dom v Mariboru.

Ministrstvo za narodno zdravje je na predlog Higienškega zavoda v Ljubljani leta **1929**, kljub pomanjkanju sredstev, odredilo ustanovitev **Zdravstvenega doma v Mariboru**. Njegov delokrog je obsegal mesto Maribor, okraje na levem in desnem bregu reke Drave, Ptuj z okolico, okraje Ljutomer, Murska Sobota, Dolnja Lendava, Čakovec in Prelog.

Zdravstveni dom Maribor so sestavljali naslednji **oddelki**: bakteriološko-serološki, higienško-epidemiološki, antirabični oddelek, šolska poliklinika in dispanzer za otroke.

Vodstvo zdravstvenega doma je bilo zaupano dr. **Josipu Vrtovcu** (1899–1978), ki je imel dragoceno sodobno znanje, saj se je šolal v ZDA kot Rockefellerjev štipendist za javno zdravstvo (9, 10).

Zdravstveni dom Murska Sobota

V Prekmurju so bile zdravstvene razmere zelo slabe, zato je obstajala velika potreba po ustanovitvi socialno-higienške ustanove. Prekmurje je bilo žarišče različnih **socialnih bolezni**, predvsem **trahoma**, ki je brez zdravstvene pomoči vodil v slepoto in posledično v še večjo revščino. Prav tako so bile tu zelo slabe stanovanjske razmere in preskrba s pitno vodo. Največji problem pa je bila revščina.

Februarja **1930** je bil ustanovljen **Zdravstveni dom Murska Sobota**. Imel je več **oddelkov**: protitrahomski, protituberkulozni in otroški dispanzer, šolsko polikliniko, splošno zdravstveno posvetovalnico, narodno-zdravstveno šolo in javno kopalnišče.

Zaradi gospodarske krize in pomanjkanja finančnih sredstev niso mogli opremiti in za delo usposobiti vseh oddelkov, kakor je bilo na začetku zamišljeno. Od leta **1932** sta obratovali **šolska poliklinika in javno kopalnišče**,¹ občasno pa so bila za zaščitne sestre organizirana predavanja o negi in prehrani dojenčkov s praktičnimi prikazi. Splošna zdravstvena posvetovalnica ni bila ustanovljena, protituberkulozni dispanzer pa je spadal pod okrilje krajevne protituberkulozne lige in je deloval v splošni bolnišnici. Tudi otroški dispanzer zaradi slabih razmer ni deloval ob uradnih urah. Vendar je bila zaradi razširjenosti **trahoma** vseskozi prioriteta urediti Centralno protitrahomsko ambulanto, ki je bila leta **1932** preseljena v novo zgradbo zdravstvenega doma in jo je vodil dr. **Jože Pečan** (1901–1962) (11, 12).

Zdravstveni dom Lendava

Ko so v Murski Soboti zgradili zdravstveni dom, je bil položen temeljni kamen za izgradnjo takšnega doma tudi v Dolnji Lendavi. Dom je bil v glavnem dokončan v letih 1934 in 1935. Do junija **1936** ga je vodil dr. **Danilo Lipnjak**, za njim pa dr. **Avgust Korbar**. Poleg vodje doma je bila v njem zaposlena še zaščitna sestra.

Zdravstveni dom, katerega ožji delokrog je obsegal občino, širši pa ves okraj, je redno deloval z naslednjimi **oddelki**: šolsko polikliniko, posvetovalnico za matere in dojenčke, trahomskim oddelkom in javnim kopalniščem (13, 14).



Zdravstvena ordinacija okoli leta 1930
(vir: Muzej novejšje zgodovine).

Zdravstveni dom Medvode

Zdravstveni dom v Medvodah je bil ustanovljen leta **1930** v prostorih enonadstropne stavbe, ki je bila prvotno namenjena društvu Sokol. Delovati je pričel leta 1931, vodja pa je postal specialist za otroške bolezni dr. **Luka Bezič**.

Zdravstveni dom je imel otroški dispanzer, šolsko polikliniko, posvetovalnico za matere in otroke, splošno ambulanto in kopalnišče. Šolarji so imeli brezplačno zdravniško pomoč, najrevnejši pa tudi zdravila, kolikor jih je imela ustanova na voljo. Sistemske in kontrolne preglede so opravljali banovinski zdravniki (15, 16).

Zdravstveni dom Kranj

Leta **1936** sta se kranjska **šolska poliklinika in otroški dispanzer** združila v Zdravstveni dom Kranj. Drugih oddelkov takrat še ni bilo. Januarja **1930** je Higienški zavod v Ljubljani odredil, da pride kranjska ustanova v delovno področje Zdrav-

1. Javno kopalnišče je začelo obratovati junija 1932; vsako soboto je bilo proti vstopnini odprto za občane, v ostalih dneh pa so se lahko kopali tudi otroci. Šolski mladini je bilo omogočeno enkrat mesečno brezplačno kopanje. V kopalnišču se je včasih kopala tudi tamkajšnja garnizija.

stvenega doma v **Tržiču**. Od leta **1936** je Zdravstveni dom Kranj vodil dr. **Karel Petrič** (1900–1944) (17).

Zdravstveni dom Tržič

Zdravstveni dom v Tržiču je začel delovati leta **1929**. Imel je naslednje **oddelke**: šolsko polikliniko, otroški dispanzer, polikliniko in posvetovalnico za matere in otroke ter javno kopališče.

V letu **1930** se je tem oddelkom pridružila **vaška otroška kolonija**, leta **1931 posvetovalnica za nosečnice** in leta **1934** še **protituberkulozni dispanzer**. Zdravstveni dom v Tržiču je vodila dr. **Tekla Kenk Pance** (18).

Zdravstveni dom kraljice Marije v Šentvidu nad Ljubljano

Šentvid nad Ljubljano je v letu **1929** dobil močno zdravstveno-higiensko in socialno zaščitno ustanovo, predvsem zaradi velike brezposelnosti. Odbor nekdanjega zdravstvenega okrožja je uvidel potrebo, da se v Šentvidu ustanovi zavod za zdravstveno-higiensko in socialno zaščito vasi. Brezplačno zdravstveno zavetišče za krajane je bilo hkrati ustanova, iz katere se je širila higiensko-zdravstvena kultura. **Vodja zavetišča** je bil po pravilniku **banovinski zdravnik**, ki mu je pomagala **zaščitna sestra**. Obema je bil okoliš znan, poznala sta prebivalce, zato je bilo delo toliko lažje in učinkovitejše.

Zdravstveni dom je največjo skrb posvečal zdravstveni in higienski **zaščiti otrok** od rojstva do končane šolske dobe. Bil je **prvi in edini dom v Sloveniji, ki je bil v lasti občine**, a so od njega imele koristiti tudi druge upravne enote, ki so spadale pod združeno zdravstveno občino v Šentvidu (19).

Zdravstveni dom Cerklje ob Krki

Zdravstveni dom v Cerkljah so ustanovili leta **1929**. V njegovo

delovno področje je spadalo osem občin s 26.000 prebivalci in 14 šol z več kot 3.000 učenci. Zdravniško službo je honorarno od ustanovitve dalje opravljal dr. **Drago Vidmar**, pomagala pa mu je zaščitna sestra.

V Zdravstvenem domu so od ustanovitve delovali: otroški dispanzer, splošna zdravstvena posvetovalnica, protituberkulozni dispanzer, šolska poliklinika, posvetovalnica za matere in ljudsko kopališče (20, 21).

Zdravstveni dom Novo mesto

Do leta **1936** je v Novem mestu poslovala le državna **šolska poliklinika**, ki je bila ustanovljena leta 1930. Redno je od leta 1931 imela zaposleno le zaščitno sestro Ano Eržen. V letu **1936** je bil na novo ustanovljen **otroški dispanzer**, ki se je s šolsko polikliniko združil v **zdravstveni dom**. Nastanjen je bil v modernem novozgrajenem posloplju ljudske šole. K odprtju zdravstvenega doma sta finančno pripomogla **Higienski zavod iz Ljubljane** in **mestna občina Novo mesto** (22, 23).

Zdravstveni dom Rogatec

V letu **1927** so ustanovili Društvo za narodovo zdravje v Rogatcu, ki je vodilo priprave za izgradnjo zdravstvenega doma. Največje breme je nosila država, znatno pa so ji pomagali občina, mariborska oblast, okrajna hranilnica in nekateri domačini. Zdravstveni dom je bil **odprt** jeseni **1930** in je takoj pričel delovati. Vodil ga je dr. **Martin Ogorevc**, banovinski zdravnik, v pomoč pa mu je bila zaščitna sestra **Pavla Jazbinšek**.

Delokrog zdravstvenega doma je zajemal tri velike občine: Rogatec, Stoperce in Žetale v Dravski banovini ter občino Hum ob Sotli v Savski banovini. Zdravstveni dom je imel splošno ambulanto, otroški dispanzer z otroško polikliniko in posvetovalnico za matere.

Protituberkulozni dispanzer je začel delovati leta **1935**. Vodil ga je specialist za pljučne bolezni dr. **Stjepan Ivić** iz Celja (24).

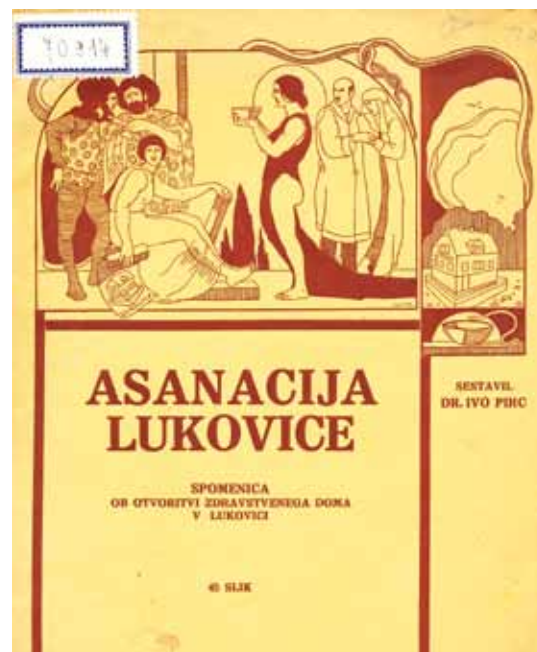
Zdravstveni dom Rakek

Zdravstveni dom Rakek je začel svoje delo v **šolski polikliniki** septembra **1935**. Nastanjen je bil v posloplju ljudske šole. Zaščitna sestra je bila nameščena za stalno, medtem ko je vršilka dolžnosti direktorja dr. **Marija Kuralt**, zdravnica ljubljanske šolske poliklinike, prihajala vsak petek (25, 26).

Odprli so še Posvetovalnico za matere v Trbovljah (1926), Hrastniku (1927) in Zdravstveno zadrugo z zdravstvenim domom v Ponikvah (1933).

Železniški zdravstveni dom

Železničarji so bili v začetku 20. stoletja velikega pomena za ves promet in transport. Zato so v zdravstvu imeli tudi svojo službo. Posebno predstavitev si zasluži njihov zdravstveni dom. Ustanovljen je bil leta **1924** kot **Centralna ambulanta za**



Naslovnica knjige *Asanacija Lukovice*, avtorja dr. Iva Pirca iz leta 1926.

specialistično zdravljenje železničarjev in njihovih svojcev iz sredstev bolniškega sklada. Sprva je imel **oddelke** za zobno zdravljenje, za notranje in pljučne bolezni, za boleznijo oči, ušes, nosu in grla ter za rentgenologijo in rentgenoterapijo, do leta 1938 so se jim pridružili še oddelki za ginekologijo in porodništvo, za otroške bolezni s posvetovalnico za matere in dojenčke, za kirurgijo, za kožne in spolne bolezni ter oddelek za krčne žile in hemoroide. Zaradi celovitega delovanja je popisan v samostojnem delu »Socialno in zdravstveno varstvo na slovenskih železnicah« (27). V letih **1925–1936** je bolniški fond za proge severno od Celja postopoma ustanavljal **podružnične oddelke** ljubljanske ambulate v **Mariboru**. Preglede so pogodbeno opravljali zasebni specialisti. Leta **1948** je železnica po vključitvi Bolniškega in humanitarne fonda za zavarovanje železničarjev v Državni zavod za socialno zavarovanje ustanovila lastno Upravo zdravstvene službe pri generalni direkciji železnic v Beogradu in tej podrejene zdravstvene in sanitetne enote. Leta **1953** so bili ustanovljeni **sanitetni odseki** pri republiških direkcijah železnic, zdravstveno varstvo pa so opravljali ustanovljeni zavodi Železniškega zdravstvenega doma (ŽZD) Ljubljana, ŽZD Maribor (vključevala sta vse splošne železniške ambulate) in **Klimatsko zdravilišče Podbrdo** (kasneje pripojeno zdravilišču Golnik). **Ljubljanski in mariborski ŽZD** sta leta **1967** vključevala **22 splošnih ambulant** z ok. 54.000 zavarovanci (ok. 180.000 opravljenih pregledov), 20 specialističnih ambulant (ok. 290.000 pregledov) in devet zobnih ambulant z ok. 45.000 zavarovanci (ok. 190.000 pregledov). Leta **1994** se je mariborski zavod **pridružil Zdravstvenemu domu Maribor** in Slovenske železnice so pooblastile ŽZD Ljubljana za celotno preventivno zdravstveno dejavnost za vse železniške delavce. **ŽZD Ljubljana** je takrat imel **dispanzer za medicino dela in športa, 10 splošnih, 10 specialističnih in**

sedem zobozdravstvenih ambulant, laboratorij, rentgen, fizioterapijo in upravo (28).

Zdravstveni domovi po drugi svetovni vojni

Leta **1960** je v Sloveniji delovalo **84 zdravstvenih domov**. Ob koncu šestdesetih let 20. stoletja so sicer začeli opuščati tiste, ki so delovali na območju z manj kot 40.000 prebivalci, tako da jih je ostalo le še 65. Ti so od tedaj združevali vse manjše enote, tudi obratne ambulate, mednje pa sta se vključili še fizioterapija in laboratorijska diagnostika.

Leta **2000** je v Sloveniji delovalo **64 zdravstvenih domov**, ki so organizirano skrbeli za preventivno zdravstveno varstvo vseh skupin prebivalstva, nujno medicinsko pomoč, zdravstveno varstvo žensk, otrok in mladine, patronažno varstvo ter laboratorijsko in drugo diagnostiko. Mnoge med njimi so zgradili slovenski prebivalci s samopriskvki (29). Leta **2013** je imela Slovenija **62 zdravstvenih domov** in zasebnih izvajalcev s koncesijo, ki so prav tako del javne zdravstvene mreže. Istega leta je bilo v Sloveniji evidentiranih **1299 zdravnikov**, ki delujejo v splošnih ambulantah oz. v ambulantah družinske medicine in pediatrije na primarni ravni (30).

In kje smo danes? Odgovor je tako kompleksen, da pri eni redkih resnic, da je vse spremenljivo, to še posebej velja za zdravstveni dom. Ta je prehodil pomembno pot, ponudil našim prebivalcem zdravstveno oskrbo, prosvetljeval, cepil, z dispanzerskim delom izkoreninil številne nalezljive bolezni, ob boljšem socialnem in izobrazbenem stanju prebivalstva znatno pripomogel, da se je življenjska doba skozi 20. stoletje podaljšala za okoli 25 let, a sodobni čas se vrti po svoje ... Prihodnost se zato tako hitro spreminja, da se je bo moral dotakniti kak jasnovidec, da bo napovedal, kam vodijo poti jutrišnjega zdravstvenega doma ...

Literatura:

1. Smerdu F. Zdravstveni domovi v našem podeželju. *Zdrav Vestn* 1940; 12:154–7.
2. Pirc I. *Zdravje v Sloveniji. II. knjiga. Zdravstvene prilike in delo higijenskih ustanov v Sloveniji 1922–1936*. Ljubljana: Higijenski zavod, 1938. p. 97–103.
3. Pirc I. *Asanacija Lukovice*. Ljubljana: Higijenski zavod, 1926. p. 18–21.
4. Prav tam. p. 20–9.
5. Glej opombo 2. p. 402–6.
6. *Higijenski zavod in njegove ustanove v Dravski banovini. Opisno poročilo za 1935*. Ljubljana: Higijenski zavod, 1935. p. 50–2.
7. Zupanič Slavec Z. *Razvoj javnega zdravstva na Slovenskem med prvo in drugo svetovno vojno. Dr. Ivo Pirc (1891–1967) – utemeljitelj javnega zdravstva na Slovenskem*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2005. p. 179–81.
8. Glej opombo 6. p. 41–3.
9. Glej opombo 7. p. 182–4.
10. Glej opombo 6. p. 43–4.
11. Glej opombo 7. p. 185–6.
12. Glej opombo 6. p. 44–6.
13. Glej opombo 7. p. 187.
14. Glej opombo 6. p. 46–7.
15. Glej opombo 7. p. 188.
16. Glej opombo 6. p. 55.
17. Glej opombo 7. p. 189.
18. Prav tam. p. 190–1.
19. Prav tam. p. 192.
20. Prav tam. p. 193–4.
21. Glej opombo 6. p. 52–3.
22. Glej opombo 7. p. 195.
23. Glej opombo 6. p. 48–9.
24. Glej opombo 2. p. 431–7.
25. Glej opombo 7. p. 197.
26. Glej opombo 6. p. 55–6.
27. Štolfa F. *Socialno in zdravstveno varstvo na slovenskih železnicah*. Celje, 1994.
28. Pleterski M. Železniški zdravstveni dom. V: *Enciklopedija Slovenije*. Zv. 15. Ljubljana: Mladinska knjiga, 2001: 315.
29. Košir T. Zdravstvo. V: *Enciklopedija Slovenije*. Zv. 15. Ljubljana: Mladinska knjiga, 2001. p. 125.
30. Petrič D, Žerdin M. *Javna mreža primarne zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji*. Ljubljana: Direktorat za zdravstveno varstvo, 2013. p. 8.

Sekcija za otroško nevrologijo SZD: Prvih dvajset let!

Dr. Natalija Krajnc, dr. med.,
SB Slovenj Gradec

Pomladno strokovno srečanje Sekcije za otroško nevrologijo SZD, 6. maja 2016, smo poleg strokovnim vsebinam posvetili **dvajseti obletnici delovanja sekcije**. V uvodnem nagovoru se je podpredsednica Natalija Krajnc dotaknila pomembnih mejnikov pri nastanku sekcije.

Slovenski pediatri in zdravniki z interesom za otroško nevrologijo so se organizirali sprva kot Komisija za otroško nevrologijo Sekcije za pedopsihiatrijo, ki se je kasneje preimenovala v Sekcijo za pedopsihiatrijo in otroško nevrologijo. Leta 1995 je bila Strokovni komisiji Slovenskega zdravniškega društva podana pobuda za ustanovitev lastne Sekcije za otroško nevrologijo z utemeljitvijo, da je področje otroške nevrologije v svetu strokovno priznано in ponekod tudi že formalno sprejeto kot samostojna specialnost ali subspecialnost.

Na Slovenskem je bila stroka prisotna že od leta 1954 z začetnikoma in utemeljiteljema prim. dr. Ivico Tivadar in prof. dr. Jožetom Jerasom. V okviru Kliničnega centra je že tedaj delovala kot največja enota Pediatrične klinike, z zelo aktivno ambulantno dejavnostjo, pediatričnim nefrofiziološkim laboratorijem in nevropsihološko dejavnostjo. Na bolnišnični ravni so delovale tudi enote na pediatričnem oddelku Splošne bolnišnice Maribor, Bolnišnice za invalidno mladino Stara Gora ter na nekaterih drugih pediatričnih oddelkih bolnišnic, v zavodih za prizadete otroke in v zdravstvenih domovih.

Potrditev imenovanja sekcije je bila sprejeta 12. maja 1995 na 132. rednem letnem srečanju Slovenskega zdravniškega društva na Bledu, ustanovni zbor Slovenske sekcije za otroško



Prvi predsednici sekcije (z desne) prim. asist. Neža Župančič in prim. mag. Jana Frelih, v družbi prim. mag. Štefana Kopača.

nevrologijo, na katerem je bilo prisotnih 19 udeležencev, pa je bil **23. oktobra 1995** v Portorožu, v času mednarodnega kongresa otroške nevrologije.

Izvoljen je bil devetčlanski izvršilni odbor, funkcije izvoljenih članov pa so bile določene na prvem sestanku izvršilnega odbora 7. novembra 1995 v Ljubljani. Takrat so funkcije sprejeli: predsednica asist. Neža Župančič, namestnica predsednice asist. Jana Frelih, tajnik doc. dr. David Neubauer, blagajničarka Natalija Krajnc, delegat za mednarodno sodelovanje prim. Igor M. Ravnik in člani prim. Brigita Lobnik Krunič, prim. Hilda Veličkov, Bogdan Lorber in Peter Najdenov. Oblikovan je bil predlog statuta in začrtane temeljne aktivnosti sekcije.



Prim. Igor M. Ravnik, dolgoletni član in eden od pobudnikov ustanovitve sekcije.

V letih delovanja se je število članov večalo, sedaj je vključenih 70. Temeljne aktivnosti sekcije so predvsem redna strokovna izobraževanja in organiziranje strokovnih delavnic z aktualnimi vsebinami. Pogosto smo se v teh aktivnostih povezovali z drugimi sekcijami in združenji SZD, pa tudi s tujimi gosti.

Od leta 2010, ko je otroška nevrologija postala priznana samostojna specialnost tudi v Sloveniji, je naziv specialista otroške nevrologije pridobilo šest zdravnikov pediatrov.

Sekciji so doslej predsedovale: prim. asist. Neža Župančič v letih 1995–2001, prim. mag. Jana Frelj v letih 2001–2008, dr. Natalija Krajnc v letih 2008–2015 in asist. dr. Barbara Gnidovec Stražičar od leta 2015.



Častni član sekcije prof. dr. Boris Klun.

Častni člani sekcije, prim. dr. Ivica Tivadar, prim. Martin Čerk, prof. dr. Jože Jeras, prof. dr. Boris Klun in prof. dr. Fedor Pečak, so s svojim strokovnim delom in aktivnostmi pomembno oblikovali stroko svojega ožjega področja, pa tudi področja otroške nevrologije v širšem smislu.

Doživeta in tudi kritična razmišljanja o razvoju stroke sta v zaključku uvodnega dela z nami delila prim. Igor M. Ravnik in prof. dr. Boris Klun.

Strokovna srečanja so z izbiro aktualnih vsebin vplivala na oblikovanje smernic in krepila timsko in nivojsko povezovanje. Tako se je prav na pobudo sekcije pred dvema letoma oblikoval multidisciplinarni tim za motnje požiranja in hranjenja, ki se



Udeleženci majskega strokovnega srečanja.

sedaj redno sestaja na Pediatrični kliniki v Ljubljani.

Tudi na tokratnem, majskem srečanju, posvečenem diskranijam in kraniosinostozam, smo oblikovali delovno skupino za pripravo smernic obravnave teh otrok.

V strokovnem delu tokratnega **strokovnega srečanja, posvečenega diskranijam in kraniosinostozam**, je v uvodnem predavanju Miha Rogač predstavil klinične značilnosti, prepoznavo in diagnostiko diskranij in kraniosinostoz. Po

uvodu o skupnih značilnostih, posebnostih in ob pregledu terminologije smo nadaljevali s predstavitvijo genetskih vzrokov diskranij, ki jo je pripravila Karin Writzl. Peter Spazza-pan je povzel možnosti sodobnega kirurškega zdravljenja diskranij. Katja Groleger Sršen je predstavila sindrom zaležane glave dojenčka, pomen prepoznave in razlikovanja od diskranij in kraniosinostoz. Možnosti konservativnega zdravljenja diskranij s korekcijskimi čeladami je predstavil Boštjan Boltežar, vloga inženirja



Predsednica sekcije Barbara Gnidovec Stražičar (z desne) z gostiteljico srečanja Hermino Damjan in podpredsednico Natalijo Krajnc.

ortotike in protetike v zgodnji obravnavi otrok z nevrološko okvaro pa Žan Boltežar.

Predavatelji so z uvodnimi predavanji pripravili odlično osnovo za predstavitev zanimivih primerov iz klinične prakse, ki sta jih pripravili Janja Drobež in Anita Kušej.

Predstavitvam je sledilo aktivno razpravljanje udeležencev o možnostih in pomenu izbire konservativnega ali kirurškega zdravljenja diskranij, ob čemer smo ugotovili, da je smiselno oblikovati strokovne smernice za obravnavo teh otrok. Pripravila jih bo imenovana delovna skupina, jih predstavila na enem od naslednjih strokovnih srečanj in nato posredovala pediatrom in otroškimi nevrologom,

ki največkrat obravnavajo otroke z diskranijo.

Glede na aktualnost teme je Hermina Damjan predstavila tudi novo terapevtsko metodo pri zdravljenju spastičnosti, selektivno dorzalno rizotomijo, s pregledom kriterijev za izbor kandidatov, postopka zdravljenja, možnih zapletov in izkušnje tega zdravljenja pri slovenskih otrocih.

Poleg obravnave aktualnih strokovnih vsebin se v Sekciji vse bolj zavedamo tudi potrebe po aktivni vlogi pri umeščanju stroke v slovenskem prostoru, dobrem izobraževanju novih specialistov in razvijanju smernic s trdnimi strokovnimi izhodišči in neodvisno od lokalnih politik, ki niso vselej v prid stroki.

Popotnica za naslednjih dvajset let naj nam bo razmišljanje častnega člana prof. dr. Borisa Kluna o poslanstvu zdravniškega poklica: »Ko je človek starejši, gleda na stvari drugače. Tako je, kot če se vzpenjaš na goro. Čedalje bolj sopihaš, zmanjkuje sape – ampak razgled je vse boljši ... Ostane, kar je dobro, lepo, prijetno.« (Povzeto iz intervjuja Legende, revija 50 plus, 2016.)

Predstojnica otroškega oddelka Univerzitetnega inštituta za rehabilitacijo RS Soča Hermina Damjan je s svojo strokovno in gostiteljsko odličnostjo poskrbela za prijetno in aktivno strokovno druženje, za kar se njej in njenim sodelavcem iskreno zahvaljujemo.

Praznovanje 20. obletnice Dentalnega centra dr. Lah Kravanja Bovec

Za v prihodnje si najbolj želimo, da bi lahko otrokom tudi v domačem kraju nudili ortodontsko zdravljenje na zavarovanje vsaj en dan v tednu

Sanda Lah Kravanja, dr. dent. med., Dentalni center dr. Lah Kravanja, d. o. o., Bovec



Ekipe dentalnega centra: Aleksander Kravanja, direktor, Sanda Lah Kravanja, dr. dent. med., spec. ortodontije, Bojana Hvala, zobna asistentka, Irena Srebrnič, dr. dent. med., Alenka Zornik, zobna asistentka, in Danjela Kenda Pagon, ustna higieničarka (z desne).

Dentalni center dr. Lah Kravanja iz Bovca letos praznuje 20-letnico delovanja, kar je visok jubilej za zobozdravstvenega izvajalca v manjšem kraju na podeželju skrajnega severozahoda Slovenije. Praznovanje smo pred dnevi obeležili s slovesnostjo v veliki dvorani Stergulčeve hiše v Bovcu, ki so se je udeležili občinski, regijski in državni funkcionarji, predstavniki stroke, vabljeni gostje in prijatelji.

V 20 letih delovanja smo se srečali s številnimi izzivi, spreminjali so se politika, zakonodaja in pogoji poslovanja. Aktualnemu županu so se tako na slovesnosti pridružili vsi trije dosedanji župani občine Bovec, poslanec državnega zbora Danijel Krivec ter župan sosednje občine Kobarid. Stroko so zastopali podpredsednica Zdravniške zbornice Slovenije in predsednica Odbora za zobozdravstvo Sabina Markoli, dr. dent. med., doc. dr. Franek Klemenc, bivši predsednik komisije Ministrstva za zdravje, predstojnik dr. Peter Jevnikar in mag. Nataša Jevnikar, dr. dent. med., Alenka Kojić Uršič, dr. dent. med., vodja zobozdravstva ZD Tolmin, Branka Colja, dr. dent. med., in Anton Zelko, dr. dent. med., nekdanji direktor Zobozdravstvenega doma Nova Gorica. Veseli smo bili tudi udeležbe poslovnih partnerjev s strani zobotehničnih laboratorijev, bank in zavarovalnic.

Na slovesnosti smo se ozrli na delovanje v preteklih letih, se zahvalili sodelavcem, poslovnim partnerjem, staršem in družinam ter pogledali tudi naprej. V kulturnih utrinkih sta goste navdušili sopranistka zdravnica Sanja Zupanič, tudi študentka Konservatorija za glasbo v Ljubljani, in pianistka Nena Rion, diplomantka Kraljevega konservatorija v Bruslju, Prešernova nagrajenka Akademije za glasbo in študentka v razredu profesorice Dubravke Tomšič Srebotnjak. Po slavnostnem delu je sledilo druženje ob dobrotah iz Doline Soče.

Dentalni center sva kot družinski projekt pogumno zasnovala mlada zanesenjaka Aleksander Kravanja in Sanda Lah Kravanja, zobozdravnica,

sedaj že specialistka ortodontije. Po lastnem poslovnem načrtu sva v hiši moževih staršev opremila prostor s pomočjo visokih kreditov iz tujine, domače banke jih takrat zdravnikom niso odobravale. V status zobozdravnice zasebnice brez koncesije sem zagazila kar po porodniškem dopustu in odpovednem roku, ker v kraju ni bilo vrtača z oddelkom za najmlajše. Kljub odhodu z delovnega mesta v javnem zavodu, v regiji ni bilo prostora v javni mreži, ki tudi danes še ni zastavljena. Od takrat dalje je bil delovni teden vedno daljši od 40 ur in družinsko življenje vedno prepleteno s poslovnim.

Leto 1996 sodi že v čas, ki je veljal za pionirskega glede vlaganja zasebnih sredstev zdravnikov za zagotavljanje lastnega delovnega mesta in v gradnjo infrastrukture za opravljanje javnega zobozdravstvenega programa, še posebej na podeželju z velikimi geografskimi razdaljami, neugodno demografsko strukturo in šibko socialno sliko.

Na samem začetku v letu 1996 je klasična ordinacija z eno zobozdravnico in zobno asistentko delovala kot samoplačniška. V rušilnem potresu leta 1998 smo utrpeli večjo škodo. Po obvezni sanaciji stavbe smo bili edina zobna ordinacija v Bovcu, kot taki smo ponudili prostore, opremo in kadre tudi zdravstveni zavarovalnici ter v letu 1999 pridobili koncesijo in javni program splošnega zobozdravstva. Tega izvajamo v ordinaciji v Zdravstveni postaji Bovec, ki smo jo morali po potresu v celoti sami opremiti. Od ustanovitve dalje smo dejavnost nenehno širili v sodoben dentalni center s tremi ordinacijami, splošno, ortodontsko in za ustno higieno, ponudbo pa iz samoplačniške tudi v javni program s koncesijo za splošno zobozdravstvo. V popotresnem letu sem opravila podiplomski seminar iz otroškega in preventivnega zobozdravstva in v letu 2007 zbrala pogum tudi za prijavo na dentalno specializacijo iz čeljustne in zobne ortopedije za goriško regijo. Tri leta vsakodnevene poti med Ljubljano in



*Informacijska točka Maraton Bovec 2016
»Ohranjanje zdravih zob tekačev«: Al Peljhan,
Sanda Lah Kravanja, Izabela Kravanja (foto:
Aleksander Kravanja).*

Bovcem, izobraževanja na Stomatološki kliniki in zagotavljanja izvedbe programa v domačem kraju so bila zelo naporna, iskanje pomoči nadomestnega zdravnika pa dolgotrajno, a uspešno, saj še danes za paciente skrbimo kot razširjena ekipa: dve zobozdravnici, od tega ena specialistka ortodontije, ustna higieničarka in dve zobni asistentki, sodelujemo pa s številnimi zunanji izvajalci zobne tehnike in kolegi specialisti oralne kirurgije, parodontologije, endodontije in protetike. Danes lahko v treh zobnih ordinacijah poskrbimo za celostno zobozdravstveno oskrbo v vseh starostnih obdobjih. Nudimo preglede in preiskave za estetsko zdravljenje zob, manjkajoče zobe nadomestimo s sodobnimi protetičnimi nadomestki, s specialistično ortodontijo uredimo zobne in čeljustne nepravilnosti ter polepšamo nasmeh s posegi profesionalne ustne higiene.

Poleg svečane prireditve smo visok jubilej obeležili s sodelovanjem



Slavlenci in povabljeni po svečanosti s podelitvijo zahval.

in podporo pri dogodkih v občini ter promociji zdravega življenjskega sloga. Podprli smo akcijo preventivnih zobozdravstvenih služb ZD Tolmin in Nova Gorica »Za čiste zobe z zdravo prehrano«, ko smo vsem udeležencem zmagovalnih razredov v tolminski regiji podarili knjižno nagrado – pravljico, sicer projekt Zobozdravstvenega varstva Nova Gorica. Že drugič se bomo pridružili projektu MIDO – Migajmo za dojke, Društva za boj proti raku dojke v Posočju. Podprli smo turnir v golfu in futgolfu na domačem igrišču za golf v Bovecu. Prav poseben projekt pa smo namenili rekreativnim tekačem ob letošnji ponovni izvedbi bovškega maratona. Pripravili smo izobraževalno stojnico na temo »Ohranjanje zdravih zob tekačev«, kjer smo nazorno predstavili vsebnost sladkorjev v osvežilnih in energijskih pijačah, njihovo škodljivost zaradi delovanja kislin in posledice, ki jih povzročajo na zobeh. Zanimanje tekačev vseh starosti je bilo zelo veliko, najbolj navdušeni pa so bili najmlajši in njihovi starši, ki se niso mogli načuditi, koliko kock sladkorja je raztopljenih v eni plastenki najljubše osvežilne pijače.

Prisotnost v kraju že 20 let, stalnost ekipe, vztrajnost in zanesljivost ter prijazen pristop se odražajo tudi v povpraševanju po storitvah.

Vložek lastnih sredstev zobozdravnice zasebnice v javno zdravstveno infrastrukturo in zagotavljanje delovnih mest v majhni občini je bil v vseh letih delovanja velik. Okolje je ekonomsko in socialno šibko, podeželje se prazni, pestijo nas številne naravne ujme in gospodarski pretresi.

Za izpolnjevanje svojega poslanstva kot ortodontka lahko izvajam storitve specialistične ortodontije za program zavarovalnice v goriški regiji že peto leto le v javnih zavodih. To pomeni vsakodnevno vožnjo vsaj 80 km do ortodontske ambulante ZD Tolmin oz. 150 km do Šempetra pri Novi Gorici. Ceste v Posočju so nevarne in naporene, pokrajina ob smaragdni Soči v dolini adrenalina pa prelepa, kar jemljem kot nagrado za utrujenost.

Praznovanje 20. obletnice delovanja smo zato nadgradili s pobudo, naslovljeno na institucije in medije: **Za v prihodnje si najbolj želimo, da bi lahko otrokom tudi v domačem kraju nudili ortodontsko zdravljenje na zavarovanje vsaj en dan v tednu.**

»Zelo pomembno je, da imajo tudi v manjših in odročnih krajih prebivalci dostopno zobozdravstveno oskrbo, saj se je za vsako stvar potrebno peljati daleč. Za starše bi to pomenilo velik prihranek pri stroških poti, času

in odsotnosti iz službe. S tem bi zelo pripomogli k približanju dostopnosti javnega programa specialističnega zdravljenja, saj zaradi rasti in razvoja ortodontsko zdravljenje lahko traja več let. Koristili bi že obstoječo infrastrukturo in kadre, vendar večjo oviro predstavlja pridobitev koncesije za ortodontijo s strani Ministrstva za zdravje, ki je osnova za pridobitev dodatnega programa s strani zdravstvene zavarovalnice. Naša prošnja Ministrstvu za zdravje je skromna, prosimo le za dovoljenje in program za en dan v tednu. Kljub podpori županov in Zdravniške zbornice Slovenije že dolgo čakamo na obravnavo pobude, zato me kot ortodontko mladi pacienti in starši lahko z napotnico obiščejo le v Tolminu ali v Šempetru pri Novi Gorici. Zelo si želim, da bi bila pobuda uspešna, saj je namenjena otrokom in mladostnikom, ki zaradi šolanja zelo hitro zapuščajo domači kraj, zato pogosto nimajo možnosti za ortodontsko zdravljenje, premalo sodelujejo ali ga celo predčasno zaključijo.«

Od praznovanja 20. obletnice je minilo že nekaj časa. Ostali so spomini, čestitke, fotografije, navdušenje in želje, da bi bili še dolgo zdravi in zadovoljni v delovni ekipi, ki ima še veliko ciljev za delovanje do naslednjih obletnic!

V spomin prim. dr. Vanku Matevžiču (1923–2016)

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

Pred kratkimi se je za vedno poslovil prim. dr. Radovan Matevžič, ki smo ga kolegi in v službi klicali Vanko. Rojen je bil na Ptuj, umrl je v Ljubljani, star 93 let.

Pred nemškimi okupatorji se je s Ptuja umaknil v Ljubljano, a ne za dolgo. Privržencu osvobodilnega gibanja so Italijani vzeli prostost in ga poslali v internacijo, v Gonars in Treviso. Ko je po italijanski kapitulaciji prišel v Ljubljano, se je nad njim stegnila roka nemškega okupatorja in tistih, ki so bili z njim: poslali so ga v taborišče, v Dachau.

Po osvoboditvi je postal študent medicine. Kot mlad zdravnik je deloval v okolišju Kamnik, a se je kmalu odločil za sicer manj priljubljeno specializacijo iz nevropsihiatrije. Opravljeni specialistični izpit v juniju 1963 mu je omogočil zaposlitev v Bolnišnici za duševne in živčne bolezni Ljubljana Polje.

Na moški strani te bolnišnice je postopoma prevzemal vodenje sprejemnega oddelka. Na tem mestu je kot šef oddelka vztrajal dolga leta, a je svojo vlogo pozneje dopolnil kot konzultant moških oddelkov Klinike v Polju.

V letu 1968 se je začela prenova te bolnišnice, preimenovali smo jo v Klinično bolnišnico za psihiatrijo.

Že prej, še bolj pa sedaj v kliničnih razmerah, se je bilo treba z dodatnimi premisleki posvetiti sprejemu bolnikov in ustreznemu oddelku, ki je moral ostati varovani oddelk z zaprtimi vrati in nadzorovanim gibanjem bolnikov. Torej pravo nasprotje tistemu, kar smo s prenovo želeli in kar smo dosegali z odpiranjem vrat in odprtimi oddelki skoraj v vsej bolnišnici.

To je bil razlog, da je med Vankom in menoj pogosto tekla beseda, kako sprejem opredeliti na novo, ga humanizirati, a boleznim primerno najti pot do vsakega bolnika, upošteva predvsem, kako bolezen določa njegovo odgovornost in s tem stopnjo svobode.

Vankov odnos do bolnika je bil »veličasten«, človeško popoln. Kot tak je izžareval vpliv na druge kolege, predvsem pa na zdravstveno osebje, ki se je iz svoje enostavnosti postopoma dvigalo k

poglobljeni in človeško bolj umljivi skrbi za bolnika.

Vanko je bil deležen kritik, od zunaj celo grobih obtožb o oddelku, ki naj bi bil zanikanje človekove svobode in dostojanstva. V številnih pogovorih z njim, z zdravniki oddelka in vsem osebjem smo znova in znova pretehtavali kritike in »kritike«. Dinamično smo jih opredelili iz dveh virov: iz globokega elementarnega strahu človeštva pred duševno boleznijo (»Ne daj Bog, da znorim,« pravi v svoji pesmi Aleksander Sergejevič Puškin) ter še vedno zavestnega in nezavednega prepričanja o dualizmu telesa in duše, pri čemer naj bi bila duševna bolezen nekaj čisto drugega, kot je telesna. Zato jo »revolucionarji« na fakultetah za družbene vede in socialno delo (po zgledu mnogih v svetu) razlagajo po svoje, drugače kot jo unitarno razumejo psihiatri v zdravljenju in skrbi za bolnika.

Vanko je vedel, da je prava vrednost zdravnikovega dela na sprejemnem oddelku v ustreznem, odločnem, a tudi humanem delovanju zdravstvenega osebja. Tu je bilo treba doseči kar največ pozitivnih sprememb. Z V. Žvanom sta napisala učbenik za srednjo zdravstveno šolo »Psihiatrija in nevrologija«, pri čemer je Vanku pripadal psihiatrični del učbenika. Bil je dolgotrni učitelj zdravstvenemu osebju tako v lastni hiši kot na Višji zdravstveni šoli. Šola mu je podelila naziv profesorja Višje zdravstvene šole za področje psihiatrije.

Vanka, prim. dr. Matevžiča, ohranjam v prijateljskem spominu za vsa leta odličnega sodelovanja.

Takšnega se bodo spominjali njegovi kolegi zdravniki, zdravstveno osebje, pa tudi mnogi bolniki.

Naj na koncu izrečem iskreno sožalje soprogi, zdravnici Jožici, in sinu, psihologu Matjažu.



Vasja Kruh, dr. med. (1946–2016)

Prim. Stanislav Mahne, dr. med., Koper

Veliko prezgodaj smo izgubili dobrega kolega in prijatelja, bolniki pa izjemno sposobnega, zagnanega in požrtvovalnega zdravnika Vasjo Kruha.

Starša sta bila doma s Pivškega, Vasja pa je bil rojen v Postojni. Maturiral je na Gimnaziji v Novi Gorici, diplomiral na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Njegova želja je bila postati kirurg: uspešno, kot vsa šolanja dotlej, je opravil specializacijo iz splošne kirurgije in se leta 1972 zaposlil v Splošni bolnišnici F. Derganca v Šempetru pri Novi Gorici. Ob izjemni volji in veselju do kirurške stroke – predvsem abdominalne kirurgije – je hitro strokovno napredoval. Izpopolnjeval se je doma in v tujini in decembra 1982 prevzel vodenje kirurškega gastroenterološkega oddelka. Njegova ekipa je poleg standardnih operativnih posegov že v 90. letih uspešno opravljala tudi zelo zahtevne operacije trebušne slinavke. Odlično je obvladal endoskopske preglede in posege na zgornjih in spodnjih prebavilih. Po uvedbi laparoskopije v Sloveniji jo je hitro prevzel in zelo uspešno opravljal, v korist številnih pacientov, ki so si želeli, da jih prav on zdravi in operira. Poleg rednega dela je vseskozi tudi dežural, prostega časa je bilo malo. Na srečo je imel v družini – pri soprogi in dveh hčerah – razumevanje in oporo.

Znanje je z veseljem prenašal na mlade kirurge in druge zdravnike. Dve desetletji je tudi predaval kirurgijo na Srednji medicinski šoli v Novi Gorici.

Poleg družine in kirurgije je imel Vasja še eno ljubezen: nogomet. V mladih letih je navdušeno »brcal«, bil

je član mladinske ekipe NK Vozila v Novi Gorici. Kasneje se je izpopolnjeval v športni medicini, postal je klubski zdravnik novogoriškega prvoligaša, od leta 2000 do 2015 pa je bil priljubljen zdravnik nogometne reprezentance Slovenije in v zadnjem obdobju član zdravniške komisije pri Nogometni zvezi Slovenije.

Aprila 1998 je bil imenovan za predstojnika Kirurške sužbe SB v Šempetru, kar je uspešno opravljal do oktobra 2006. Za njegova prizadevanja in zasluge mu je bila leta 2000 podeljena nagrada Mestne občine Nova Gorica.

Z novembrom 2006 se je Vasja Kruh zaposlil kot abdominalni kirurg v SB Izola.

Zdravniki na abdominalnem odseku Kirurškega oddelka SB Izola smo ga sprejeli z veseljem, kolegialnostjo in mu, sem prepričan, olajšali odločitev, da zapusti dolgoletno uspešno delo v prejšnji ustanovi in dela pri nas. Tedaj je močno okrepil našo kirurško ekipo. Sam je povedal, da nima več motivacije za vodenje, pač pa si še naprej želi delati kot kirurg, s soprogo pa sta si želela prebivati ob morju, kar se jima je tudi uresničilo.

Navajam besede njegovega kolega Darka Žiberne, dr. med., kirurga in nekdanjega direktorja SB dr. F. Derganca v Šempetru:

»Doktor Vasja Kruh je večino svojega požrtvovalnega in visoko strokovnega dela opravil v novogoriški bolnišnici ter s tem pustil pri nas neizbrisljiv pečat. Bil mi je občudovanja vreden vzornik in učitelj ter zanesljiv kolega, ki ni odklonil pomoči ne pacientom ne sodelavcem. Nikoli ni potožil zaradi obilice dela in



nikoli ni odnehal pri iskanju možnosti rešitve problema pri pacientu. Tudi v novem okolju je delal, kar je bilo njegovo poslanstvo. In svoje poslanstvo sodelavca, zdravnika in kirurga je opravil najboljše možno.«

Tu bi težko še kaj dodal. Morda to, da je enako predano delal v SB Izola, kjer je bil s svojo vnemo, neutrudnim delom, optimistično šaljivostjo in prijaznostjo do vseh sodelavcev in bolnikov zgled vsem, ki smo ga poznali, predvsem pa uspešen in zanesljiv zdravnik svojim bolnikom s celotne Primorske in tudi od drugod. Vse do svojega zadnjega delovnega dne pred dvema letoma, ko ga je bolezen odtrgala od dela in prezgodaj končala njegovo življenje. Žalujemo za enim najbolj cenjenih in spoštovanih kirurgov starejše generacije v Sloveniji.



KULTURNO-UMETNIŠKO DRUŠTVO
KLINIČNEGA CENTRA IN MEDICINSKE FAKULTETE
DR. LOJZ KRAIGHER

INŠTITUT ZA ANATOMIJO
INŠTITUT ZA HISTOLOGIJO IN EMBRIOLOGIJO
INŠTITUT ZA PATOLOGIJO
INŠTITUT ZA SODNO MEDICINO
MEDICINSKE FAKULTETE UNIVERZE V LJUBLJANI

VABIJO NA

47. KONCERT ZDRAVNIKOV OB XLVII. MEMORIALNEM SESTANKU PROFESORJA JANEZA PLEČNIKA

S PODELITVIJO DIPLOM PROFESORJA JANEZA PLEČNIKA
IN

PRIZNANJA PROFESORJA FRANCETA HRIBARJA

ČETRTEK, 8. DECEMBRA 2016, OB 19. URI

DVORANA MARJANA KOZINE (VELIKA DVORANA),
SLOVENSKA FILHARMONIJA, KONGRESNI TRG 10, LJUBLJANA

Program

I. Florjanc: Hippocratis iusiurandum
Pevski zbor študentov Medicinske
fakultete Cor

Zborovodkinja: *Anja Hrastovšek*
Domagoj Jugovič, orgle

B. Bacharach: What the World Needs
Now Is Love, arr. R. Emerson
Pevski zbor študentov Medicinske
fakultete Cor

Zborovodkinja: *Anja Hrastovšek*
Matej Kovač, klavir

F. Mendelssohn: Koncert za violino
v e-molu op. 64,
Allegro molto appassionato
Lucija Čemažar, violina
Bernardka Čemažar, klavir

W. Gomez: Ave Maria
Sanja Zupanič, sopran
Andrej Babnik, klavir

J. S. Bach: Adagio, BWV564
Domagoj Jugovič, orgle

C. Saint-Saëns: Samson in Dalila - Mon
coeur s'ouvre à ta voix
Alja Rajšter Koren, mezzosopran
Jelena Boljubaš, klavir

M. Bruch: Kol Nidrei op. 47
Aleš Christian Mihelač, violončelo
Darja Mlakar, klavir

F. Chopin: Nokturno v Es-duru op. 9, št. 2
D. B. Kabalevski: Preludij v h-molu op.
38, št. 6
Andrej Babnik, klavir

H. J. Kaps: Rumba Catalán J. Cardoso:
Milonga, arr. E. Podbregar
Kitarski orkester Medicinske fakultete
Umetniška vodja: *Eva Podbregar*
Tea Poznajšek, violončelo

F. Liszt: Madžarska rapsodija št. 2, arr.
U. Jašovec
Zdravniški orkester
Camerata medica
Dirigent: *Franc Avsenek*
Mateja Lasič, klavir

L. F. Schwerdt: Offertorium in F
Zdravniški orkester Camerata medica
Vokalna skupina Vox Medicorum
Dirigent: *Franc Avsenek*
Miha Zabret, tenor
Aleš Christian Mihelač, violončelo
Domagoj Jugovič, orgle

VODSTVO KUD-A KC IN MF DR. LOJZ KRAIGHER Z UMETNIŠKIM VODJEM KONCERTA
ANDREJEM BABNIKOM IN VODITELJICO KONCERTNEGA PROGRAMA ZVONKO ZUPANIČ SLAVEC

PRIJAZNO VABLJENI

Slikarski hvalospev Julijcem, klena slovenska pesem in naše narodne noše v UKCL

Novembrska prireditev za bolnike v ljubljanskem kliničnem centru

Katarina Majer, Kulturno-umetniško društvo Kliničnega centra in
Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher
katarinamajer2@gmail.com

15. novembra 2016, nekaj dni po prazniku vina – martinovem, smo se zbrali na prireditvi za bolnike v razstavišču Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (naprej UKCL). Navdahnila nas je lepota likovnega izraza slikarke gora Drage Soklič, ki s svojimi deli že desetletja navdušuje ljubitelje slovenske narave, še posebej planin. Je dolgoletna članica Likovne skupine Leona Koporca Kulturno-umetniškega društva Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher (dalje KUD). Naužili smo se tudi pristinih slovenskih pesmi iz zakladnice Glasbenonarodopisnega inštituta SAZU, ki jih prepevajo KUD-ove pevke zdraviteljice Cintare ali tavžentrože. Te so zbrane navdušile tudi s poškrubljenimi, šuščečimi slovenskimi narodnimi nošami iz vseh pokrajin, kar je dogodku dalo piko na i.

SliV manjši Taborjevi galeriji so fotografska dela predstavili nagrajenci 8. natečaja naravoslovnih fotografij Prirodoslovnega društva Slovenije, ki ga vodi Janja Benedik, v avli UKCL pa je imenitne črno-bele potopisne in reportažne fotografije, ki so nastale med delom v psihiatrični ustanovi v Boliviji in potovanjem po njej, predstavil mlad zobozdravnik Žiga Lovšin.

Mogočni vršaci slikarke Drage Soklič

Osrednja galerija UKCL je vsa žarela v kipečih in k nebu segajočih mogočnih vrhovih, ki kažejo na slikarkino vseživljenjsko vpetost v njihovo okolje, ljubezen do njih, njihovo globoko doživljanje, občudovanje in tudi spoznavanje preko rednega premagovanja njihovih ponosnih sten in navidezno neosvojljivih vrhov. Draga Soklič je poetinja gora, njihova občudovalka in ovekovečevalka na velikih oljnih platnih. Slikarka, ki je ob tej razstavi praznovala tudi svoj življenjski jubilej, je z razstavo pripravila imenitno retrospektivo svojega dolgoletnega dela. Zagledanost v naravo se je začela prenašati v slikarska dela od leta 1981 naprej, ko se je včlanila v likovno skupino Dolik na Jesenicah, pod mentorstvom Jake Torkarja. Prav pod

stenami Julijcev se je srečala tudi z akad. slikarjem Leonom Koporcem, ki jo je navdušil s svojo barvitostjo, in preko njega jo je pot pripeljala tudi v zdravstveno-umetniške vode.

Draga je Blejčanka, rojena v Blejski Dobravi, in z možem, pravim Blejcem, vse življenje živita



Slikarka Draga Soklič je razstavišče ljubljanskega kliničnega centra spremenila v planinski raj Julijcev, ki vabijo, odeti s toplino barv zlatih macesnov in soško modrino bistrh voda. V pogovoru s prof. Zvonko Slavec.



Cintare so prevzele zbrane z izbranimi pesmimi iz Glasbenonarodopisnega inštituta ZRC SAZU in z bogastvom noš iz vseh slovenskih pokrajin.

na Bledu. Je klenega duha, srčna, sončna, stanovitna, polna pozitivne energije, ki nagovarja in povezuje. Kljub svoji prefinjeni porcelanasti naravi nosi v sebi odločnost, ki se kaže tudi v njenih krepko odmerjenih slikarskih potezah. Točno ve, kaj hoče, in to preko dolgoletnega učenja tudi zmore. Draga je bila, enako kot doma, tudi na odprtju razstave obdana s svojo družino: možem, prav tako slikarjem, hčerko zdravnico specialistko ORL, sinom inženirjem in petimi vnuki. Ob vprašanju voditeljice prof. dr. Zvonke Zupanič Slavec, kakšna je babica, je bil enoten odgovor vnučkov, da je prijazna in lepa. In takšno Drago poznamo tudi vsi v KUD-u. Pri njenem slikarstvu jo je usmerjal tudi akad. slikar Janez Kovačič, ki je spregovoril o njenem zrelem slikarstvu.

Dragino zagledanost v gore dobro pozna in v slikah čuti likovna kritičarka in umetnostna zgodovinarica Ana Marija Kunstelj, ki je o njej zapisala: »V iskanju tega srečanja so slikarske poti Drage Soklič večinoma usmerjene v hribe, v naše Julijce. Iz globine tega srečanja se poraja njena umetnost. Občudovanje je eno prvih občutij, ki vzniknejo v človeku, stoječem pod skalno premočjo nad njim, občudova-

nje, kateremu kmalu sledi tudi strahospoštovanje in želja približati se, se telesno, čustveno in duševno združiti z veličastjem. Občutljivim umetniškim dušam pa občudovanje vzbudi željo približati se gori tudi od znotraj, skozi ustvarjalnost. To je drugačna pot, a nič manj naporna ter ne manj izpolnjujoča od fizične osvojitve vrha. Ko človek stoji na vrhu, gore same ne vidi več. Umetnik pa, ko se na svoj način vzpenja proti bistvu gore, le-te ne neha gledati od daleč: odpove se fizični osvojitvi, da bi njeno ponotranjeno podobo prenesel v pesem, pripoved ali sliko. Draga Soklič se goram približuje obtežena z oljnimi barvami in platni, njene poti po Sloveniji, k morju in v ljube ji hribe so že veliko let slikarske. V teh letih se je na platnih kot na zrcalu beležila njena slikarska pot: od negotovih, a navdušenih začetkov do samozavestnega, trdnega barvnega komponiranja krajine. Velika mera samokritičnosti, jasna usmerjenost k popolnosti in želja, da tudi v slikarsko-tehničnem smislu ne bi zaostajala za občutji, ki jih njenemu dojetanju ponujajo izbrani motivi, ji ne dovolijo samovšečnega počitka. Slika v naravi, kjer se na platno zarišejo glavne poteze, glavni atmosferski, svetlobni in barvni

poudarki; duša posamezne slike se rodi direktno pred motivom. Kot nebrušene diamante platna Draga Soklič v svojem ateljeju dokončuje, dokler ni zadovoljna z njihovim "izrazom na obrazu". Včasih dolgo. Tako težavno in požrtvovalno vzpenjanje proti umetniškemu vrhu pa slikarki Dragi Soklič brodi vedno boljše sadove. Od akvarela, kjer si je mogoče privoščiti več svobode, proti zahtevnim oljem velikega formata; od previdnih nanosov, k pogumnim, že skoraj ekspresivnim potezam čopiča; od zvestega sledenja realnosti proti barvnemu eksperimentu in drznemu izražanju občutkov. Slike na pričujoči razstavi predstavljajo del velikega in stalno rastočega slikarskega opusa, vse pa predstavljajo poglede na prvake Julijskih Alp iz različnih dolinskih smeri, kjer se ti pogledi odpirajo. Slike poleg prepoznavnih pogledov na naše očake ponujajo toliko različnih razpoloženj, toliko različnih atmosfer in v nas vzbudijo toliko različnih občutij. Poleg tega, da beležijo spremembe v naravi, pa odslukane krajine, skalni vrhovi, razkrivajo tudi, kako je slikarka pristopila k svojemu umetniškemu vzponu: ali z navdušenjem in energično, ali iz globokega miru, ki ga je krajina vdahnila njenemu pogledu in roki; ali z veliko samozavestne slikarske kondicije, ali omahujoče in dvomeče, če bo zmogla to neizprosno večno lepoto prenesti na platno pred sabo. Vse to in veliko več izražajo platna Drage Soklič, a velika večina jih je vesel barvni hvalospev lepota, zaradi katerih srce zapoje, zaradi katerih fant zavriska in slikarka prime čopič ter kos belega platna spremeni v veliko stvar, ki se zgodi le, ko se srečata človek in gora.«

Slikarka sama pravi: »Najbolje se počutim v naravi. Trenta pod Triglavom ... to so moji najljubši kraji.« Sicer se je Draga Soklič začela s slikanjem ukvarjati po štiridesetem letu, saj ji prej čas ni dopuščal. Od vseh mentorjev ji je bil najljubši Leon Koporc, saj zanj pravi, da je bil »poet barve«. Izredno ceni tudi akademske-



Razstavišče UKCL, polno življenja in planinskega sveta.

ga slikarja Janeza Kovačiča, saj se je od njega izredno veliko naučila. Janez pa o njej pravi: »Če komu pritiče ime Draga, je to naša Draga! Je ambasadorica Gorenjske, saj jo zvesto upodablja. Ona slika v naravi in slika naravo. Zanimiva je njena paleta, saj barve sama nameša in premisli, katero uporabi. Lastna ji je avtonomna poteza.«

Zmagovalne prirodoslovne fotografije v okras Taborjevi galeriji

Že dlje časa se je KUD dogovarjal s Prirodoslovnim društvom Slovenije, ustanovljenim leta 1934 kot naslednikom Naravoslovnega odseka Muzejskega društva za Kranjsko iz davnega leta 1864, da bi svoje najboljše fotografije, ki so jih pripravili mladi, predstavili tudi obiskovalcem UKCL. Nekakšen začetek organiziranja naravoslovnih fotografij je bil društveni razpis za mladinsko naravoslovno fotografijo v okviru evropskega leta varstva narave leta 1970. Po dobrem odzivu in uspešni

razstavi je nastala društvena sekcija, ki deluje še danes. Razpisala in organizirala je veliko splošnih in tematskih razstav. V sodelovanju s Foto-kino zvezo Slovenije so bile imenovane žirije, podeljevala so se priznanja in organizirale razstave v Ljubljani, nekatere razstave pa so potovale tudi v druge kraje Slovenije in v tujino. Mesečnik Proteus, ki ga

društvo izdaja že od svojega začetka, je zvesto spremljal dogajanja na področju fotografije, ocenjeval posnetke in prinašal izčrpna poročila ali celo kataloge razstav. Za to je vrsto let skrbel biolog, sprva tudi asistent na Inštitutu za biologije človeka Medicinske fakultete Marko Aljančič, prvi vodja sekcije za naravoslovno fotografijo. O novostih v svetu je največ poročal zdravnik pediater Jurij Kurillo. Naslednji vodja sekcije je bil tudi pediater prim. Luka Pintar, tudi sicer izjemen naravoslovni fotograf. Vodenje sekcije je nato prevzel Marjan Richter, odličen strokovnjak, podvodni fotograf, organizator in urednik Proteusovega slikovnega gradiva. Nasledila ga je aktualna vodja, naravoslovna fotografinja dr. Petra Draškovič Pelc. Mesečna srečanja naravoslovnih fotografov se odvijajo vsak drugi torek na sedežu društva v Ljubljani od oktobra do maja. Da bi k ustvarjanju naravoslovnih fotografij spodbudili mlade, so leta 2008 začeli z natečajem naravoslovnih fotografij za mlade do 25. leta in zadnjih nekaj let nagrajene fotografije tudi razstavijo na priložnostni razstavi. Odlične fotografije mladih avtorjev spodbujajo k nadaljevanju natečajev in odkrivanju mladih



Pedagoško delo je poslanstvo: Prirodoslovno društvo Slovenije s svojimi razpisi za najboljše fotografije privabi mlade, da se mojstrijo v fotografski umetnosti. Desno predsednica društva Janja Benedik in vodja foto sekcije dr. Petra Draškovič Pelc.

talentov. Tako je zapisala predsednica Prirodoslovnega društva Slovenije Janja Benedik, ki je na novembrski prireditvi predstavila društvo in pojasnila, zakaj so se odločili za mladinski natečaj. Poleg vedrine jim je v društvu manjkalo mladostne razigranosti, katere imajo sedaj dovolj, saj so odzivi na natečaje številčni. Za lažji izbor so mlade razdelili v štiri starostne skupine. Skupaj s Petro Draškovič Pelc sta podarili nagrade najboljšim razstavljavcem.

Pevske zdraviteljice Cintare

Naj tokrat pevke Cintare predstavimo s spremno besedo prof. Mirka Ramovša, slovenskega etnokoreologa, ki je ob izdaji druge zgoščenke pevske skupine Cintare »Dokler sem še mlada bila« zapisal takole: »Cintara je eno izmed ljudskih imen zdravilne tavnentrože (lat. *centaurium erithraea*), ki pomaga blažiti različne bolezenske težave. Iz pozabe so ga rešile pevke, ki so iskale primerno ime za svojo skupino. Tako ime pa so si lahko izbrale samo osebe širokega in ljubečega srca, osebe z bogatimi življenjskimi izkušnjami in odgovornostjo, z zavedanjem o vrednotah preteklega sveta, ki jih sedanjí ne sme zavračati in pozabiti. Spoznanje, da k zdravljenju sodobnega izpraznjenežga življenja lahko pomaga tudi ljudska pesem, je nagovorilo žene, ki jih je v mladosti združeval ples, da so v njej našle smisel svojega prostočasnega delovanja. Ta smisel jih spodbuja, da se poustvarjanja ljudske pesmi lotevajo skrbno in zavzeto, saj le zapeta zvesto izročilo ohranja svojo izvorno podobo in navdušuje poslušalce. Vsak njihov nastop prijazno greje naša srca, nas čustveno in notranje bogati, a hkrati odkriva značaj in miselni svet ljudi, med katerimi so se pesmi rojevale. Z žlahtno zrelostjo jih predstavljajo, z njimi nekdanje pesmi živijo naprej v naš čas, ob tem pa nas tudi vzgajajo in poučujejo, kar je največja vrednost njihovega poslanstva.« Pevska skupi-

na je zapela šest slovenskih ljudskih pesmi pod vodstvom Mire Nastran. Ker pevke prihajajo iz različnih pokrajin, so izbrale pesmi iz vse Slovenije. Tako smo slišali gorenjsko *Za goram grmi, se bliška*, dve nabožni pesmi *Jezusova pestrna*, *Marija gre na božjo pot*, koroško *Glej kak sončice sije* in dve štajerski *Ena ptička priletela* in *To je veselje Štajerca*, ki so jo zapele na čast sv. Martina.

Bolivija 2015 v okviru programa POTA

V avli UKCL razstavlja fotografije mlad zobozdravnik Žiga Lovšin, in sicer iz Bolivije, ki jo je obiskal preko Programa mednarodnega skupinskega prostovoljstva – POTA. Ta deluje v okviru Mladinsko-informacijskega centra (MIC) in vsako leto v svet pošlje od šest do osem ekip prostovoljcev, ki na nekem koncu sveta – največkrat gredo v Brazilijo, Indijo in na Madagaskar – opravljajo različna dela, vse od oratorijev za otroke pa do gradnje hiš. Žiga Lovšin je med drugim povedal: »Namen lanskoletne šestčlanske odprave v Bolivijo je bila pomoč v eni izmed psihiatričnih bolnišnic v La Pazu (El Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios), kjer smo za paciente organizirali ustvarjalne delavnice in igre, z njimi prepevali, se športno udeleževali, jih pazili na izletih ter pomagali poučevati v bolnišnični šoli. V tej čudoviti, a turistično podcenjeni (kar morda sploh ni slabo) južnoameriški državi smo se zadržali šest tednov, od katerih smo si vzeli štirinajst dni za raziskovanje in potovanje po Altiplanu, Amazoniji in Andih. Najprej smo krenili na jezero Titikaka, nato smo izkusili mrzlo nočno puščavsko vožnjo v vlakom, ki nas je iz mesta Oruro pripeljal v največjo slano puščavo na svetu, Salar de Uyuni. Z novinarko in antropologinjo Tino Zgonik, ki že šest let biva v La Pazu, smo se podali na tridnevni trekking, ki z gora (4800 metrov n.v.) vodi v subtropski gozd nekaj tisoč metrov nižje. Od tam smo

se odpravili še v Pampe (amazonsko savano) in tako okusili po en delček vsakega geografskega področja. Pričujoče fotografije so izbor tako barvnih in črno-belih digitalnih fotografij kot tudi fotografij barvnih in črno-belih filmov.«

Jesensko prireditev za bolnike v UKCL je prisrčno vodila prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec, predsednica KUD-a. Obiskovalci smo čutili lepoto oživiljenja tradicije narodnih noš, ljudskega petja in tudi spodbudnih nabožnih pesmi, s slik Drage Soklič pa kipenje Triglava in Julijcev s kristalno čistimi vodnimi izviri.

V galeriji Medicinske fakultete UL razstavlja Obraze Madagaskarja Staš Solman, absolvent dentalne medicine, v galeriji Nevrološke klinike UKCL pa razstavlja fotografije članica KUD-a Andreja Peklaj.

Prireditve so podprli KUD-ovi ustanovitelji in JSKD ter MOL.

Foto: Stane Draškovič Pelc



Mladi zobozdravnik Žiga Lovšin je v Boliviji pomagal bolnikom preko programa Pota, a hkrati ustvaril izjemno zbirko črno-belih in barvnih potopisnih in reportažnih fotografij.

Kobariško križpotje

Evgen Kajin, dr. med.,
ZD za študente Univerze v Ljubljani

Iz sivega neba je rahlo pršelo. Soča se je tu in tam približala, od Nove Gorice do Kanala na moji levi, od Kanala do Tolmina pa na desni strani; skoraj ves čas od Kanala na Soči do Sela pri Volčah sem na levi gledal skale, kako brzijo mimo mene, na desni pa je nekje pod mano tekla reka. Le med Čiginjem in Volčami je odvandrala nekam okoli Mengor. Od vasice Kamno se je začela struga, ki se je v širših predelih razširila v soško mešanico zelene in modre, ponovno odmikati proti Krnu.

Dlje, ko sem vozil, bliže so se pomikali hribi, kot bi iz rečne doline kipeli navzgor z drevjem, prstjo in skalami vred. Njihovih vrhov so se dotikali oblaki, iz katerih se je v presledkih spustila dežna ploha na zelenje pod seboj. Zdelo se je, kot bi bil krog tu, v tem prostoru med reko in nebom, sklenjen.

Od Mlinskega se je tu in tam med krošnjami dreves pokazala cerkva. Sprva nisem bil pozoren nanjo; videti je bilo, da pripada planinam za njo. Po nekaj ovinkih, ko se je dolina postopoma širila, je cerkva vse bolj izstopala iz zelenega ozadja. Iznemada so se drevesa povsem razprla in dolina razkrila; tedaj sem jo zagledal, skupaj z njo in pod njo pa tudi kraj.

Bil je kot položen v sredo med sklenjene dlani, ki želijo zajeti vodo. Na eni strani se nad Sočo dviga in širi Krn, na drugi strani doline, v daljavi, Matajur, takoj za naseljem pa kot bi bil položen grič, ki se vzporedno z okoliškimi dolinami razteza v hrbet. Cerkva, ki sem jo prej opazoval s ceste, stoji na griču tik nad mestecem, kot bi rasla iz več ravni velikih obokov, ki se pnejo drug nad drugim. Ob pogledu nanje sem začutil težo, ne da bi povsem razločil, ali ta prihaja iz zgradbe, njenih obokov, vsebine, njenega pomena ali mojega doživljanja. Zavzdihnil sem, nekoliko stresel z rokami v komolcih, močneje prijel volan in pozornost usmeril nazaj na cesto.

Izbiral sem poti proti centru naselja. Hiše so bile postavljene vse bliže druga drugi, dokler niso oblikovale ulice. Na levi se je cesta za cerkvijo razprla v širok trg, ki je bil hkrati križi-



Italijanska kostnica, Kobarid, avtor Željko Cimprič (www.dolina-soce.com).



Kobarid in Krn, avtor Matevž Lenarčič (www.dolina-soce.com).



Kobarid s Kolovrata, avtor Janko Humar (www.dolina-soce.com).

šče. Ni bilo prvič, da sem vozil tukaj, prav tako ni bilo prvič, da sem se zmedel. Znašel sem se na stičišču (ali razpotju) poti, za katere sem tedaj le približno vedel, kam vodijo.

Če bi nadaljeval naravnost in mimo restavracije Kotlar, katere vhod se boči tik ob križišču na desni strani, bi sledil cesti, ki zavije za restavracijo desno, vodi mimo Fundacije poti miru in tik ob Kobariškem muzeju, dalje pa vijuga do Soče ter ob njej nekam gor, malo levo in spet desno, ves čas proti severu. Druga pot vodi na koncu križišča v uličico, ki se dviga nad Kobarid in ob reliefnih podobah (že kipih) pasijona pripelje do velikega parkirišča ob osemkotni terasasti zgradbi s cerkvico na vrhu. Tretja pot, ki vodi na levo skozi križišče, ki je hkrati tudi trg, pelje mimo hotela Hvala z restavracijo Topli val proti zahodu in jugu, v dolino Nadiže in Furlanijo. Po četrti, ki prihaja z juga, od morja, sem tisti dan prišel.

Spodaj so opisana nekatera doživetja na koncu tistih poti iz Kobarida, ki sem jih doslej izbiral ob obiskih teh krajev.

Kobarid

Kobarid naj bi bil po zapisih v Kobariškem berilu prvič omenjen v župnijskih spisih, kjer Millstattski samostan leta 1181 izroči čedajskemu kapitulju štiri cele kmetije in eno polovično v vasi, imenovani Kauoret, kar je v italijanskem jeziku ohranjeno v imenu Caporetto.

Vendar so bile z arheološkimi izkopavanji ugotovljene naselitve davno pred tem. Prazgodovinska naselbina na Gradiču (Sv. Anton) je nastala v starejši železni dobi, ko so z okopom utrdili že naravno dobro zavarovan vrh hriba. Naseljen je bil že v halštatski dobi, kar priča več kot 1400 odkritih grobov. Razcvet je doživel v rimskem obdobju, saj je bil takrat pomembna postojanka na poti iz Ogleja v Norik. Iz časa preseljevanja ljudstev je na Tonovcovem gradu pri Kobaridu ena najpomembnejših poznoantičnih naselbin v vzhodnih

Alpah s 23 stavbami in štirimi cerkvami ter dvojnimi obzidjem. V srednjem veku je Kobarid sodil pod upravo čedajskega kapitulja. Tod so prodirali Turki in Napoleonove vojske. V prvi svetovni vojni je bil to kraj soške fronte. Med drugo svetovno vojno je bil jeseni 1943 središče velikega svobodnega ozemlja, imenovanega Kobariška republika.

Kobariški muzej

Kobariški muzej se je razvil iz muzejske zbirke, ki so jo leta 1990 uredili domačini. Sprva je deloval v okviru Turističnega društva Kobarid. Tolikšen časovni prepad od dogodkov prve svetovne vojne (ko so se Slovenci borili na strani avstro-ogrskih sil skupaj z nemškimi) do zbiranja ostankov je posledica dejstva, da so bili med drugo svetovno vojno okupator prav nemški vojaki. Zato so bili tudi spomeniki iz 1. svetovne vojne zanemarjeni, vojaki niso imeli plošč in podobno. Slovenski vojaki iz te vojne so tako dobili skupen spomenik šele leta 1991 pod Škabrijelom ... Kustos Muzeja novejšje zgodovine Slovenije Marko Štepec je v intervjuju za RTV Slovenija poudaril pomen Kobariškega muzeja, ki je konec 80. let začel zbirati material in odgovarjati na vprašanja ljudi, kaj se je na tem območju dogajalo, zakaj je v naravi še vedno toliko ostankov vojne, kaj

pomenijo vsa ta pozabljena pokopališča in velika kostnica.

Dolg hodnik, ki se odpre za vhodnimi vrati, je obrobljen z zastavami, portreti vojakov, nagrobnimi kamni in ostanki orožja, ki je vojake vanje poslalo, ali pa je leta ležalo po hribih in poljih ter grozilo, da bo sodilo komu, ki bo v nevednosti ali nepremišljenosti po njem pasel radovednost. Iz sobe v sobo raste doživljanje teže, muke, groze in trpljenja, ki so jih doživljali mladi ljudje, poslani v nesmiselni obračun poglavarjev držav, ki so imele propasti.

Italijanski častnik Mario Muccini je leta 1938 objavil zelo kritičen opis razmer in rezultatov bojevanja. Bolj kot pripoved o uničujočem delovanju orožja, v njegovi knjigi izstopa spoznanje, da vojakov v jarkih nihče ne razume. Ne razumejo jih »skrivači« v barakah ob vznožju gore, ne razume jih italijanska javnost, pogosto jih ne razumejo niti svojci in sosede. Sami sebi so prepuščeni v nekem drugem svetu, ki se imenuje bojišče in kjer postajajo le drobne pikice, posejane v barvne kvadratke na zemljevidih generalov.

Kustos Kobariškega muzeja Željko Cimprič se je spominjal starega očeta, ki je bil udeležen na avstro-ogrski strani v enoti, nameščeni na hribu nad domačim krajem, kar je bil svojevrsten paradoks. Prebivalci iz tistih krajev so bili namreč ob vpokli-



Kobariški muzej, Kobarid, avtor Srdjan Živulović - Bobo (www.dolina-soce.com).



Napoleonov most čez reko Sočo, Kobarid,
avtor Damjan Leban (www.dolina-soce.com).

cu nameščeni od Galicije do Tirolske, on pa je imel poseben »privilegij« in videl, kako se je vas, od prvega dne prepuščena Italijanom, spreminjala v ruševine, nanjo pa je moral tudi sam streljati pod pretnjo smrti.

Na vprašanje, ali je bil v teh razmerah za vojake dostopen psihiatr, je kustos odgovoril, da so to nalogo imeli kaplani, vendar so bile med njimi skrajne razlike; medtem ko so nekateri poskušali pomagati trpečim vojakom v danih okoliščinah, so drugi tem istim vojakom grozili s posmrtnim trpljenjem, če ne bodo poslušni ukazom.

Trpeli so tudi ljudje, ki so tu živeli. Predvsem ženskam je bilo prepuščeno, da so same skrbele za otroke, dom, posest. Kaj so ljudje doživljali po vojni, pa je zapisala prebivalka teh krajev; prepisal sem zapis iz dnevnika Neže Reje z dne 14. 4. 1918:

»...Vas Krn je zelo opustošena, nekaj domačinov se je že vrnilo. Pri sorodnikih smo bili gostoljubno sprejeti. Stric (Pri Polžu) je prinesel malo kozjega mleka. Solznih oči je pripovedoval, kaj vse so prestali.

Pri teti Ivanki smo se nekoliko odpočili, odprli so nam cerkvico sv. Roka, imela je zvon, smo molili, poldan je zvonilo.

Na vasi je bilo vse tužno tiho, le redkokje se je kadilo izpod s plehom krite strehe. Povsod revščina, povsod je bilo treba kaj dobre roke (postoriti). Povsod ležijo ostanki vojakov ... Pod Mrzlim vrhom, vprek hriba, kolikor daleč je seglo oko, je bil grob pri grobu. Vojaško pokopališče. Na vsakem grobu leseni križec, po grobeh je rasel mah, ki ga je opletal bršljan. Kamor sem se ozrla po tej dolini sem videla grobove, ta zelena grobnica mi ne mine iz spomina. Dekleti sta molili zadej, počakala sem in se pridružila očenašu, utrgala sem perce bršljana in vršiček zimzelena tu za spomin. Oddahnili smo se za Logom v Tolminu, pozno zvečer. «

Kostnica

S trga se vijugasto vzpenja na Gradič nad Kobaridom asfaltirana ozka cesta, ki jo spremljajo postaje križevega pota. Po nekaj ovinkih pripelje do ravnice, kjer se razširi v veliko asfaltirano parkirišče pred dvigajočo se stavbo dokaj velikih razmerij. Dvojna stopnišča stavbe vodijo s parkirišča na osmerokotne terase. Višji dve terasi, vsaka je ožja od prejšnje, slonijo na obokih, ki se dvigajo z nižjih teras. Pod oboki spodnjih dveh nivojev so niše s ploščami zelenkastega marmorja, na katerih so zapisi o padlem vojaku, ob stopniščih pa so pod loki zbrani ostanki po 500 neznanih vojakov. Ta kompleks, zgrajen okoli cerkve svetega Antona Padovanskega, je kostnica italijanskih vojakov, padlih med prvo svetovno vojno. Kostnica je bila zgrajena leta 1938. Vanjo so prenesli posmrtno ostanke 7014 neznanih in znanih padlih vojakov z okoliških vojaških pokopališč.

Ko je znanec opisoval svoje doživetje ob kostnici, je bilo, kot bi šlo za videnje. Tam, pred zelenimi ploščami, je razmišljal o prostoru in času, ki nam je dodeljen. Tistim fantom, katerih ostanki počivajo v miru, potem ko so življenje izgubili v vojni,



Slap Kozjak, Kobarid, avtor Matevž Lenarčič
(www.dolina-soce.com).

je bilo dano le malo obojega. Koliko prostora in časa imamo mi?

Moje doživljanje ob obokih, polnih človeških ostankov, je bilo drugačno. Zelene plošče so izzvale podobo mnogih vezi z ljudmi, ki jih hote ali nehote pustimo odmeti. Bilo je kot veliko pokopališče zamujenih odnosov, pozabljenih, ranjenih, zapuščenih. Se bom znal iz tega naučiti, bom zmogetel v bodoče dati življenjsko silo v stike z ljudmi, ki so mi sedaj blizu, in s tistimi, s katerimi se bom v življenju še srečal? Bom znal bližine prav negovati, da poženejo še kak cvet? Bom zmogetel kdaj obuditi katero od usahljenih poznanstev?

Pri Kotlarju

Z večjo družbo po zaključenem dnevu izobraževalnih delavnic smo večerjali v restavraciji Kotlar. Malo po prvem naročilu se nam je pridružila lastnica in predstavila jedi, predlagala izbor in v sproščenem pogovoru navedla nekaj iz zgodovine restavracije ter nekaj svojih lastnih peripetij v kraju, kjer kljub desetletjem bivanja in

dela še vedno velja za prišleka. Mirno prenaša komentarje in zahteve tistih, ki so na položajih moči, in hkrati sodeluje s tistimi, ki delajo na področju turizma, zato da obiskovalce usmerjajo drug k drugemu; tako si pomagajo preživeti. Kaj smo jedli? Pršut, gobice, kalamare. Tisti, ki so pili vino, so izbrali rdeče. Zdi se mi, da smo po obisku lastnice naročili še eno »rundo«.

Jestival

Bil sem na lanskem (2015) Jestivalu. Kupil sem dva para volnenih nogavic iz domače ovčje volne, čaj z imenom Kihavček in velik kos lokalnega sira. Z nekaj kolegi sem poslušal intervju dveh oseb iz Posočja, ki sta se uveljavili pri nas in tudi v svetu: ena je bila kuharica Ana iz Hiše Franko in drugi režiser Jan. Voditelj ju je vprašal po začetkih njenega ustvarjanja. Jan je svoj začetni poskus režije primerjal z Ano, ki bi brez znanja o kuhanju ocvrta svoja prva jajca. Ana je po začetni napetosti med njima povzela, s čimer sta se oba strinjala: Bistven dejavnik, ki vpliva na ustvarjalni proces in na njegov izid, je prav spontanost, ko se med ustvarjanjem (ne glede na predmet ali vsebino, s katero se ukvarjaš) ne sprašuješ o končnem izidu, temveč slediš navdihu, kakor ta teče po (iz) duševnosti.

Kozjak

Bilo je, kot bi struga skozi gozd, med drevesi in rastjem, iskala pot v hrib, v skalo. Ko jo je našla, je vsekala vse bolj strme stene in vijugala dalje, notri, v globino. Sledili smo njeni poti in izza zavoja zagledali, tam v samem mraku skale, slap, kot bi padal iz žive rane hriba. Ko sem stopil k tolmunu, ki se je nabral v soteski, od tam pa pogledal izsekano razpoko nad mano, se mi je za hip zazdelo, kot bi se nebo spuščalo skozi in se z vodo stekalo v hrumeči, prešči steber pred menoj.

Soča

Ko sem zbral pogum (kar je bilo šele potem, ko sem ga videl pri mno-



Soča pod visečim mostom, avtor Evgen Kajin.

gih drugih, tudi pri otroku, s katerim smo se udeležili družinskega taborjenja), sem se pognal s skale pod mostom in hip zatem zmrznil. Skoraj dobesedno. Potegnilo me je skupaj. Dobesedno. Ko sem lezel iz vode, sem naglas rekel, da se takega mučenja ne grem več. Kaj vendar vidijo drugi ljudje v tem hladu, sem se spraševal, ko je z drgetajočega telesa odtekala voda.

Nekaj sekund kasneje me je preplavila toplota. Razlezla se je po meni, kot bi sveža, topla kri zaplala po žilah in pregnala hlad iz tkiv okoli njih, kot bi od nekje priteklo novo življenje, me napolnilo, kot bi me po vseh porah in globinah vroče izpolnilo. Kar sapo sem zajel, zastokal. Obrnil sem se in se vrgel nazaj v kristalno, zelenomodro, čisto, mrzlo reko, ki mi je spet vzela toploto, kaj vzela, sam sem ji jo prepustil, da me je v tistih trenutkih in zamahih, ko sem plaval v njenih valovih, naredila spet dojemljivega za lepoto doživetja, ki vstopi v telo, potem ko prečiščen stopiš iz njenega objema, ko te hladna zelenomodra tekočina okrog tebe

prepusti tisti tvoji, rdeči, notranji, topli, da te ogreje od srca in drobovja navzven do kože, oči in jezika.

Literatura in spletni viri:

1. Rupnik F. Prva omemba Kobarida. V: Stres P. (Ur.) Kobarško berilo. Goriška Mohorjeva družba, Gorica 2011
2. Neža Rejc, Dnevnik (Moja pota, Spomini na Sočo in dom), rokopis v Tolminskem muzeju, str. 92,94. V: Kobarško berilo. Zgodbe, pričevanja, poezija, proza. Zbral in uredil Peter Stres. Gorica: Goriška Mohorjeva družba, 2011. Str. 161–162.
3. http://iaps.zrc-sazu.si/sites/default/files/kobarid_06_gradic_1.pdf
4. Zbornik predavanj 10. Jesenske mednarodne delavnice skupinske analitične psihoterapije Mir in vojna, Slovensko društvo za skupinsko analizo in Fundacija poti miru v Posočju, oktober 2015.
5. 1. svetovna vojna prinese civilizacijski šok. Intervju s kustosom Muzeja novejših zgodovine Slovenije Markom Štepcem (intervju je vodila Ana Svenšek), 11. marec 2014, Ljubljana - MMC RTV SLO. Dostopano: <http://www.rtvlo.si/prva-svetovna-vojna/parada-se-je-koncala-1-svetovna-vojna-prinese-civilizacijski-sok/331785>
6. http://www.kobariski-muzej.si/o_muzeju/zgodovina_muzeja/
7. <http://www.potmiru.si/slo/pot-miru-alpe-jadran>
8. http://www.instoria.it/home/tenente_mario_muccini.htm

Literarno kolesarjenje 2016

v luči pregovora »*Tempus fugit!*« ter zgodbe o motivaciji

Marjan Kordaš, Ljubljana

marjan.kordas@mf.uni-lj.si

Čas je edina spremenljivka, ki se od svojega nastanka (menda kmalu po *velikem poku*) nikoli ne ustavi. Ali z drugimi besedami: čas vedno teče (poteka).

»Tempus fugit!« je navadno rekel moj predstojnik prof. R. Pavlin, in če sva bila sama, sva se spogledala. Nato sem ta znameniti pregovor ponovil tako, da sta se v besedi »fugit« črki »u« in »g« slišali kot »a« in »k«. Latinski pregovor je tako parafraziran izzvenel robato, njegovega pomena pa v sodobni amerikanščini seveda ni treba razlagati.

A če ta filozofski pristop, da čas beži, prestavim v vsakdanjost, utegne biti kar krut:

Konec julija 2016 sem nekam kisló gledal v svoj kolesarski dnevnik ter ugotavljal, da je tokratni kolesarski izplen dokaj klavrn: nekaj manj kot 2500 km, medtem ko je bilo lani za isto obdobje nekaj več kot 3000 km. Da sploh ne omenjam zahtevnih kolesarskih vzponov. Lani sva z Nejko prekolesarila vse, do konca julija letos pa samo dva. Sicer sem se tolažil, da zaostanek ni zelo velik in da ga do konca kolesarske sezone utegneva nadomestiti – pa vendar: *tempus fugit*. Opomnik, da se bo enkrat v prihodnosti zagotovo ustavilo mnogo, ali skoraj vse, ali celo vse, mar ne?

Kar zadeva knjige oz. nepregledne skladovnice knjig, pa ni nobenih sprememb. Pravo protislovje, četudi čas beži. Ali pa morda prav zato? Dobesedno neverjetne knjižne novosti so mi na voljo ne le avtomatično, temveč tudi vedno. Ko tako preberem eno knjigo, samo iztegnem roko in že je tu nova. Ta pojavnost knjig je tako nenavadna, da Nejkinega mehanizma dostave knjig sploh ne raziskujem več. In med knjigami te vrste je vedno

nekaj takšnih, ki so vredne bolj temeljite obravnave.

Značilnost letošnje kolesarske sezone je, da je precej več starejših in starih kolesark in kolesarjev, ki tako poskušajo upočasniti staranje, parafrazirati *tempus fugit* v smislu zgoraj, »*fuck it*« (oprostite, a čustveni naboj pomaga!), in kljub starosti poskusiti živeti polno življenje.

Vso zimo sem redno (in po mojem zelo uspešno) gonil svoj trenažer. Ko sem ga sredi marca 2016 pospravil in presedlal na kolo, sem bil zaradi dobre kondicije kar zadovoljen. A glej ga, vraga: vreme je bilo vseskozi deževno in mrzlo in premori med kolesarjenji so bili dolgi, včasih kar po teden dni! S skrajnim naporom in prilagajanjem vremenu sva z Nejko sicer večinoma nekoliko presejala normo 500 km/mesec, a vse skupaj mnogo slabše kot lani. Stanje se je začelo popravljati v juniju in tako sva lahko začela t. i. *lov na kilometre* po Zgornjesavski in Kanalski dolini. Vsakokrat dlje, po 50, 60 in končno 80 km v enem kosu. Konec junija sva na najdaljšo kolesarsko progo Mojstrana–Pontebba–Mojstrana (108 km) povabila tudi Nejkino bližnjo sorodnico Marjano. Ki se med kolesarjenjem ni izkazala le z izvrstno kondicijo, temveč po kolesarjenju tudi z občudovanja vrednimi kuharskimi veščinami.

Bilo je izvrstno, pospravila sva vse kolesarske zaostanke in obetala se nama je svetla prihodnost.

Potem pa ...

Simptomatika v mojem desnem očesu se je pojavila nekaj dni potem, v začetku julija. Dogajanje – ne da bi ugibal o vzročni zvezi simptomatike s kolesarjenjem – se mi zdi vredno opisati.

Četudi sem se na Očesni kliniki pojavil kot *padalec* (administraciji seveda neznan), je vse potekalo hitro, učinkovito in prijazno. Moj zdravnik prim. Sevšek se je kar hitro odločil za LFK (lasersko fotokoagulacijo), ki sem jo preživel kot vedno doslej. Potem mi je prijazna sestra zalepila desno oko in ko sem s hvaležnostjo odhajal s klinike, sem z obžalovanjem sklenil, da bom dosledno upošteval zdravnikovo navodilo, da moram en teden počivati. Nato kontrola čez en mesec.

Madonca, 7 (sedem!) dni vzdržnosti od kolesarjenja prav v najlepšem delu vrhunca kolesarske sezone! Katastrofa!

A ker je jadikovanje brezplodno, sem za teden svoje vzdržnosti skladovnicam knjig najprej dodal dva klasična romana: **Lepi striček** (G. de Maupassant) in **Veliko pričakovanje** (Ch. Dickens; špeh več kot 400 strani!). Premore med branjem sem namenil temeljitemu servisiranju koles. Nadrobnosti (npr. eksperimenta z [zlato!] verigo KMC oz. akrobacij, s katerimi mi je končno uspelo sneti 10-stopenjski zobniški komplet pri kolesu Stevens) bom bralcu prihranil. Branje **Lepega strička** je nepozabno. **Veliko pričakovanje** je bilo kar naporno zaradi baročno nabreklih besedila, a sem vseskozi občudoval vrhunski prevod Mire Mihelič!

Zaradi redne cikloergometrije imam kar nekaj izkušenj z oceno napora iz višine utripa srca. Na prvem kolesarjenju po LFK sem se trudil, da je bil utrip vedno manj kot 135/min. A ko sem končal, me je bilo kljub temu pošteno strah. Takoj sem se ulegel v posteljo in napeto opazoval morebitno novo simptomatiko. Na srečo je ni bilo, pri naslednjih kolesarjenjih pa sem bil pogosto kar ohromljen od strahu. No, nekako mi ga je uspevalo vedno znova premagati, postopoma povečevati dolžino proge in vsoto višincev ter preživeti (dobesedno: preživeti) do kontrole.

Na kontrolo v začetku avgusta sem se odpravil z nogami, mehkiimi od strahu. A na srečo ni bilo nobenih novih znakov in z Očesne klinike sem se odpravil kot preroben, pa vendar z vednostjo, da se bom s strahom moral ubadati še kar nekaj časa.

Gledano literarno, se je kolesarska sezona pravzaprav začela že v marcu 2016 hkrati s knjigo, ki naj bi jo Nejka prevedla za Celjsko Mohorjevo družbo. Takoj sem se ponudil za branje ter navet, ali prevod da ali prevod ne. Ker sta jo napisala dva jezuita, sem v vabo, **Jerusalemer Nachtgespräche. Über das Risiko des Glaubens** (Nočni pogovori v Jeruzalemu. O tveganju verovanja) takoj ugriznil, knjigo prebral in celo napisal recenzijo. Neverjetno, kakšno svobodomiselnost sta si pri interpretaciji Svetega pisma privoščila ta jezuita! V času inkvizicije bi zagotovo oba končala na grmadi! Kar z drugimi besedami pomeni, da je vse poletno kolesarjenje potekalo v luči (senci?) te knjige; velikansko prevajalsko breme za Nejko, ob katerem sem imel nekakšno udobno svetovalno funkcijo.

Sicer pa po mojem okusu *literarno* letos najbolj izstopajo štiri knjige, ki jih imam za nekakšno nadgradnjo svojih predstav o erotičnem odnosu (med žensko in moškim) znotraj psihološke danosti (sic!), da je človek *svobodno bitje*:

- **Slavolok zmage** (Erich M. Remarque), literarna klasika, ki me je po mnogih letih prisilila v ponovno branje ter v recenzijo, kjer se mi je skoraj avtomatično zapisalo tole: *Roman je izvrsten opis dogajanja tik pred drugo svetovno vojno, ko je nacizem bistveno spremenil življenje skoraj po vsej Srednji Evropi. Je izvrsten opis zdravnika, ki je kljub hudi stiski ohranil svoje dostojanstvo in človeško bistvo odnosa do bližnjega, ni pa mu uspelo izpolniti tiste praznine v sebi, ki jo lahko izpolni le ženska.*
- **Popolna akustika** (Daria Bignardi) je izvrsten opis, kako morata ženska in moški v sebi

najprej najti svojo individualno identiteto (ki jo avtorica poimenuje *daimon*), če hočeta biti heteroseksualna partnerja. Menim, da mi je ta knjiga *do živega* prišla tudi zato, ker sem pred tem prebral **Dneve zavrženosti** Elene Ferrante.

- **Klimt** (Christine Eichel) je dobesedno neverjetna knjiga. Avtorica, po rodu in govoru Avstrijka, jo je napisala na temelju scenarija za ameriški film z istim naslovom o življenju avstrijskega secesijskega slikarja Gustava Klimta (1862–1918). V besedilu se izmenjujejo epizode iz slikarjevega resničnega ter fantazijskega življenja: Nedosegljivo in neosvojljivo lepoto (ženske) išče v svoji fantaziji. Slednja je sicer morda le odraz halucinacij zaradi slikarjevega nevrosifilisa, svojo fantazijo pa Klimt poskuša v svojem vsakdanjem, nepopisno promiskuitetnem življenju uresničiti v sliki (slikah) **Die Tänzerin** (Plesalka). A kljub svoji promiskuitetnosti Klimt vseskozi išče možnost za bolj globok žensko-moški odnos, ki vključuje (tudi) prijateljstvo. V tem smislu je izvrstno opisana prijateljsko-seksualna zveza z Emilie (Midi) Flöge, ki pa je Klimt ne more ne prepoznati ne usvojiti. Knjiga je nepozabno branje tudi zato, ker si je medtem prek spleta možno ogledati vse različice *Plesalkine* resnično fantazijske slike.

Poleg literarnega je bilo tudi kar nekaj *političnega branja*. Zaradi varčevanja s časom morebitnega bralca ter prostorom v naši reviji naj omenim samo tri:

- **Gefährtinnen durch Himmel und Hölle. Die Geliebten der Diktatoren** (Spremljevalke skozi nebesa in pekel. Ljubice diktatorjev). Tako avtor Bernd Ruland obdelava zunajzakonsko ljubzensko dejavnost Josipa V. Stalina, Juana Perona, Benita Mussolinija, Rafaela Trujilla, egiptovskega kralja Faruka, Fidela Castra in Adolfa Hitlerja. Knjiga se mi zdi

vredna branja že zaradi primerjave Hitlerjevega in Mussolinijevega intimnega življenja. Medtem ko naj bi bil prvi filistrski malomeščan, naj bi bil drugi »pravi vulkan« – kot se to vidi iz njegovega ljubimskega intermezza s francosko novinarko Magdo Fontagne. V glavnem pa naj bi bil Mussolini svoji ljubici Clari Petacci kar zvest. Nadvse napeta je (romansirana) pripoved o njuni zvezi ter nadržnosti, kako je partizanski polkovnik Valerio (Valter Audisio) izvedel njuno likvidacijo. Zame popolna novost je primerjava razmerja Mussolini/Clara Petacci z razmerjem Hitler/Eva Braun. Zaradi izvrstnega prikaza takratnega življenja sem si tokrat prvič rekel, da bi bilo vredno raziskati mehanizem, zaradi katerega sta se obe ženski prostovoljno odločili umreti s svojim ljubimcem.

- **Ljubezen** (Marjan Rožanc). Pripoved se začne okoli leta 1940, konča se okoli leta 1946 in opisuje življenje skupine najstnikov, ki živijo v Zeleni jami v Ljubljani. Pred letom 1941 so vsi, prav vsi v pravem pomenu besede *nedolžni*, z okupacijo pa gre vse bolj po zlu. Nekdanji mladostni tovariši ali celo prijatelji se, kot pravimo, *diferencirajo* in začne se boj na življenje in smrt med *belimi* in *rdečimi*. Med obema skupinama je nekako razpet pripovedovalec, najmlajši, ki mu vseskozi uspeva pogovarjati se kot prijatelj tako z *belimi* kot z *rdečimi*, ki poskuša razumeti tisto, kar je v bistvu nerazumljivo. **Ljubezen** pripoveduje, da je življenje *umazano*, da posameznik lahko v njem živi – da pa ni nujno, da bi se umazal tudi on sam ...
- **Kärntens braune Elite** (Rjava elita Koroške). Knjige koroškega zgodovinarja Alfreda Elsteja sem se lotil z namenom, da bi dobil nove podatke o koroškem *gauleiterju* Friedrichu Rainerju, ki je bil v znanem procesu v Ljubljani

obsojen na smrt ter nato, po podatkih iz mrliškega lista, obešen 19. avgusta 1947. No, ta koroški zgodovinar pa na več mestih trdi, da je bil Rainer usmrčen šele okoli leta 1949. Na koncu knjige so objavljeni faksimili mnogih dokumentov, med njimi tudi neko poročilo reichsführerju SS, Heinrichu Himmlerju. Poročilo, dolgo pet strani, je sestavljen visoki častnik, čigar podpis je nečitljiv, po činu pa je bil velika živina, kar *SS-Obergruppenführer und General der Polizei*. To poročilo zadeva t. i. narodno-politično obravnavo Slovencev (*Volkspolitische Behandlung der Slovenen*). Rainer (ki je skupaj z Odilom Globočnikom vodil tudi zloglasno *Operacijsko cono Jadransko primorje*) je seveda računal, da bo Hitler v drugi svetovni vojni zmagal in da bo zato nujno na novo urediti status Slovencev, zaradi okupacije razdeljenih med Nemce, Italijane, Madžare in Hrvate. Osnutek tega novega statusa je pripravil neki nadporočnik von Morari že 22. avgusta 1944, očitno pa je bil ta predlog uradno sprejet na sestanku pod Rainerjevimi vodstvom dne 20. oktobra 1944. Ker je ta novi status Slovencev popolna novost, saj govori o nekakšni svobodni (veliki) Sloveniji, sem glavni del tega dokumenta prevedel:

Datum: 20. 10. 1944

Ustanovitev svobodne Slovenije pod nemškim vodstvom

Po predlogu gospoda von Morarija naj bi svobodna Slovenija zajemala staro Vojvodino Kranjsko ter izključno s Slovenci poseljeno območje vzhodno od Soče, vendar brez Gorice. Poznejša širitev te slovenske pokrajine do vključno Trsta bi bila predvidoma mogoča.

K temu predlogu velja dodati:

V nekdanji Ljubljanski pokrajini je gaulajter Rainer – po lastni izjavi z izrecno privolitvijo firerja ter po uskladitvi z rajhsfirerjem SS (H. Himmlerjem, *op. pis.*) – sledil politiki, ki je blizu samoupravi, kot jo za to področje predlaga gospod von Morari. Za naslednika italijanskega prefekta je bil postavljen slovenski general Rupnicka (*sic!*), kateremu kot svetovalec ob strani stoji SS-obergruppenfirer Roesener. V vseh kulturnih zadevah uživajo Slovenci široko svobodo. Za obrambo pred tolkami (partizani, *op. pis.*) poleg nemških enot skrbijo tudi domobranci pod vodstvom generala Rupnicka. V navedenosti uprave nemško vodstvo posega le toliko, kolikor to zahteva varnost v deželi ter izvajanje nalog, ki so pomembne za vodenje vojne.

Gaulajter meni, da se je ta politika izkazala za koristno. To se med drugim kaže tako, da so se sedanjemu pozivu k sodelovanju pri gradnji obrambnih linij Slovenci odzvali brez odpora, dalje pa tudi tako, da domobranci aktivno sodelujejo pri boju proti tolkam in da jih pri tem podpira večina tam naseljenih ljudi.

Za Gorenjsko bi ta predlog gospoda von Morarija o slovenski samoupravi pomenil veliko spremembo glede na sedanje razmere. Gaulajter Rainer je tu zaenkrat nadaljeval politiko ponemčevanja, ki jo je uvedel namestnik gaulajterja Kutschera. Do pred kratkim Slovenci tu niso imeli prav nobene samouprave. Jezik v šolah je bil, ne glede na rasno vrednotenje ter državnopravno stanje, izključno nemški. Popolnoma zatrto je bilo tudi slovensko kulturno življenje. (...)

Gaulajterju je jasno, da se bo Gorenjska nekoč spet morala združiti z Dolenjsko (sedanjo Ljubljansko pokrajino) v eno upravno enoto ter da se bodo tej novi Kranjski lahko pridružile tudi nekatere slovenske pokrajine, v katerih bo Slovincem morala biti dovoljena večja kulturna in državno-pravna svoboda, kot pa je zdaj na Gorenjskem. Vendar pa gaulajter meni, da čas za stvarjenje te večje upravne enote še ni prišel. (...)

Ustanovitev samostojne Velike Slovenije gaulajter Rainer odklanja, saj bi se ta ukrep lahko tolmačil kot šibkost. (...) Če se bo Slovenec nekoč obljubila ter jamčila določena samostojnost, se bodo morale obljube tudi izvajati, saj bi se sicer popolnoma omajalo zaupanje v nemški rajh. (...)

Značilno se mi zdi, da se v tem dokumentu domobranci v nemščini poimenujejo ne kot »Heimwehr« ali »Selbstschutz«, temveč kot »die Domobranzen«.

Velja se pa spomniti, da je bil v oktobru 1944 nacizem že v zadnjih vzdihljajih. Rdeča armada je že vdrla v Vzhodno Prusijo, zahodni zavezniki pa so stali že skoraj na zahodni meji rajha. Nacizem je torej vsepovsod iskal kolaboracijo. Kako jo je našel v Sloveniji, je znano in dobro raziskano.

Morda bo kak zgodovinar ta pet strani dolg dokument s prilogami objavil ter komentiral. A četudi je označen kot *Geheim* (Tajno), je zelo verjetno, da je Roesener zasebno in ustno o tej možnosti obvestil tako Rupnika kot Rožmana, ki sta – tragično – nadaljevala svojo pogubno politiko kolaboracije, z domobranstvom. Koliko je ta politika povezana z (menda) zamisljivo Antona Korošca iz leta 1940, da bi se Slovenija pod nacističnim vodstvom konstituirala podobno kot klerofašistična Slovaška

v leta 1939, pa bo morala raziskati zgodovina.

Vzporedno s kolesarjenjem je strah zaradi morebitnega recidiva na srečo popuščal. V tem smislu je bilo najbolj zdravilno (ponovno) kolesarjenje v Pontebbo, še bolj pa na prelaz Predel. Tu se nama je pridružila tudi Marjana, pa četudi je vseskozi trdila, da ne bo zmogla. A ko pa je vendarle – skoraj hkrati z Nejko – prikolesarila na vrh, je bila presrečna ...

Sicer pa vse bolj cenim svoj merilnik Suunto Ambit 2S. Tako lahko vsako bolj zahtevno kolesarjenje arhiviram kot graf višinskega profila proge ter graf poteka frekvence srca. Žal sem se šele v zadnjih mesecih naučil, kako iz računalniškega izpisa izračunati strmino v odstotkih. Sicer se zavedam, da utegnejo biti napake pri obeh meritvah kar velike, a rezultati so glede na mojo starost kar spodbudni.

Tudi letos sem kolesaril skoraj izključno s starima kolesoma (bicikloma) s 26-palčnimi kolesi. Lani nabavljena tehnična supernovost, *Stevens Sonora* z 28/29-palčnimi kolesi, je samevala skoraj do konca avgusta, ko so me nepričakovani dogodki primorali, da sem snel sprednje kolo in zamenjal zračnico. In ob tem seveda

proučil t. i. *through axle*, ki ga ima *Sonora* namesto vpenjalnika. Se kmalu potem odpravil na 80 km dolgo poskusno vožnjo. Ker ima gonilnik samo dva zobnika, 38/28, je prestavljanje zelo udobno. Ker pa nima obeh kazalcev prestav, mora kolesar ugibati, v kateri prestavi vozi. Zaradi večjih koles ima *Sonora* manjši kotalni upor, zato je po ravnini kar hitra. Vendar je v klanec bolj naporna kot moj stari *KTM*, ki ima boljše prestavno razmerje in manjši kolesi.

Zgodba o motivaciji zajema seveda mnogo reči, tu bom opisal le najino sokolesarko Marjano. Površno sva se spoznala že pred leti, nekoliko bolj pa predlani ali lani. Bistven napredek v medsebojnem spoznavanju je bilo njeno vprašanje, zakaj tako zagnano kolesarim. Ali pa morda, kako sem ji pojasnil izvid, ki ga je prejela od svojega kardiologa. Tako sem ji na kratko razložil fiziologijo telesnega napora, ugodne posledice za zdravje ter da verujem, da s kolesarjenjem morda upočasnjujem proces staranja. No, ta gospa (letos stara 66 let), ki poleg gospodinjstva vodi celotno računalniško birokracijo v družinskem podjetju, ki pazi na svojega vnuka (ko je to potrebno),

ki dobesečno podpira ne treh, temveč vse vogale svojega doma, je začela sistematično kolesariti in kmalu sem jo lahko pohvalil, da je shujšala. Skoraj vsako kolesarjenje posname z merilnikom Suunto Ambit 3. Pred kratkim sta ji hčeri priskrbeli boljše kolo (pri nabavi sem sodeloval kot svetovalec, končal pa kot konfigurator, občasno sem tudi serviser) in z njim je prekolesarila proge, katerih strmine lahko kolesar samo občuduje!

Po vseh teh njenih dosežkih me je presenetilo, da jo je njena zdravnica (kot že večkrat doslej) poslala na kontrolni pregled h kardiologu.

Ki se je njenega kardiološkega statusa zelo razveselil in skoraj vse tablete – ukinil!!

*

Spoznanje *tempus fugit* je v bistvu vprašanje, kaj vse človek (z)more – medtem ko čas beži – narediti s svojim življenjem. Ali z drugimi besedami: kakšna je njegova motivacija in kako je usmerjena.

Tako sem kar zadovoljen. Kolesarski izplen je sicer nekoliko slabši, literarni pa morda celo nekoliko boljši kot lani. Motivacija je izvrstna in veselim se vsega, kar je pred nama in pred menoj.

Prizori z Altaja 2016 (2. del)

Prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med., v. svet., Preddvor

eldar.gadzijev@gmail.com

Arkaš

Naš glavni konjevodec in lahko rečem gostitelj je bil Arkadij (Arkaš) Petrovič Sailaikin. Od njegovega doma so se začele vse naše »odprave« s konji v gore, pri njem je bila ob prihodu v vas in ob povratku z gora »gostija«. Žena, hčeri in še kakšna sorodnica so pripravljale njihove tradicionalne jedi: meso, juhe, kašo, skuto s smetano, domači sir, domačo

marmelado, maslo, lepuške (kruh) in še kaj. Tako je bilo, ko so prišle skupine na odprave in je bilo vse seveda plačano. Ko pa ti ljudje živijo sami in posebej, ko jim spomladi zmanjka denarja od turizma in prodane živine, pa je lahko njihovo življenje zelo skromno, hrana enostavna in včasih začetijo celo pomanjkanje. V prejšnjem sistemu so v teh odmaknjenih vaseh vendarle bili kolhozi, ki

so dajali prebivalcem zaposlitev in redni zaslužek ter socialno varnost. Arkaš je kot veterinarski tehnik oskrboval živali v svojem okrožju in kot pravijo, so živeli precej bolje kot sedaj.

Sicer so bili ti ljudje »tam na koncu sveta« prej nekakšni polnomadi – »kočevniki«, ki so poleti z živino bivali na visokogorskih pašnikih, kjer so imeli svoje aile – značilne šestogla-

te lesene kočice z odprtino v sredi, skozi katero je uhajal dim z ognjišča, pozimi pa v dolini, kjer so imeli tudi svoja bivališča in staje za živino.

Po padcu socializma je prišla najprej lakota, nato pa počasi turizem in konjevodstvo je postalo pomemben vir zaslužka. Služb praktično ni, razen v rajonskih (okrožnih) središčih. To so velike vasi z več tisoč prebivalci, kjer je vedno tudi bolnišnica in šola. Po ostalih vaseh in zaselkih pa so še vedno odvisni predvsem od živinoreje, le v nižjih predelih še pridelajo kakšno žito in ob dobrih letinah pokosijo travo, ki jo celo izvažajo v Mongolijo.

Arkaševa družina je velika, bratov in sester je bilo skupaj 10. Oče jim je umrl, ko so bili vsi še nepreskrbljeni, ker ga je s konjem vred odnesel podivjani Katun, altajska reka, ki se po združitvi z reko Bijo spremeni v veletok Ob. Mati je sama skrbela za vse in vsi so odrasli, razen ene od sestra, ki je padla v Katun in utonila. Večina Sailaikinov živi v vasi Kučerla in pri vsem si pomagajo. Tudi živino imajo skupaj na paši in skupaj skrbijo zanjo.



Arkaš z vencem za 49. rojstni dan.

Od živine imajo konje, krave, ovce in po nekaj koz. Le redko kdo v vasi ima kakšno svinjo, kokoši so redke, tudi psov in mačk je v vasi malo, pogosto je namreč premalo hrane za vse ...

Pozimi gre Arkaš pogosto na lov v bližnje gore, a se neredko vrne brez plena. Sicer pa je lov še dodatna možnost zaslužka, ko vodi predvsem jeseni tuje lovce na lov: na marale – značilne altajske velike jelene, volkove ali medveda. Arkaša, vsestranskega, spretnega in hkrati dobrodušnega, imajo tako sorodniki kot tudi ostali vaščani radi in ga zelo spoštujejo. Pogosto zanj rečejo, da je rosmah, česar pa ne sliši rad.

V naši skupini jahajočih po gorah Altaja ne bo nihče pozabil, kako je na poteh navzdol Arkaš razjahal svojega konja in ga na povodcu vodil na čelu naše kolone. Zgodilo se je, da je tudi eden od članov naše »odprave«, sicer športnik in za pol glave večji od Arkaša, razjahal in vodil svojega konja na povodcu. Ampak medtem ko je Arkaš šel korakoma s svojim lahkotnim korakom, je naš Milan za njim teklen in tudi vsi konji so šli v drnce!

Roerich (1874–1947)

Priznati moram, da sem za Nikolaja Konstantinoviča Roericha prvič slišal prav na Altaju. Pred našo prvo odpravo s konji smo na poti proti goram obiskali Verhjni Uimon, kraj, v katerega so se v času Katarine Velike zatekli ruski staroverci.

V tej vasi je muzej, posvečen umetniku, raziskovalcu, arheologu, filozofu in mirovniku Roerichu. Tam je namreč preživel čas svojega bivanja na Altaju med njegovo znano veliko ekspedicijo po Aziji od Indije čez Himalajo v Tibet, pa na Altaj, v Sibirijo in Mongolijo ter nazaj v Indijo. V odlični monografiji o njem »Messenger of Beauty«, izdani v ZDA, ga avtorica Jacqueline Decter po pravici imenuje kot »tistega, ki prinaša lepoto«.

Nikolajev oče je bil potomec skandinavskega vodje templjarskih



Menih.

vitezov v XIII. stoletju in tudi nekega švedskega oficirja, ki se je boril proti Petru Velikemu. Nikolajeva mati Marija Vasilievna Kalašnikova pa je izhajala iz stare ruske družine iz Pskova, znane že v X. stoletju.

Nikolaj je zaključil umetniško akademijo in leto kasneje še pravno fakulteto v Sankt Peterburgu. Že v študentskih letih je bil navdušen tudi nad arheologijo in je opravil vrsto arheoloških raziskav ter se še posebej zanimal za staro rusko zgodovino.

Njegov mentor in slikarski učitelj je bil Arhip Ivanovič Kuindži, priznan krajinar, izredno dober človek in pedagog. Pri njem je Roerich tudi diplomiral.

Leta 1900 je Nikolaj odšel v Pariz, kjer pa ga niso impresionirali impresionisti, pač pa simbolist Pierre Puvis Chavannes in Gauguin. Stopil je v studio priznanega učitelja slikarstva, ljubitelja zgodovinskih legend Ferdinandanda Cormona, pri katerem sta se pred tem učila in delala tudi Van Gogh in Toulouse-Lautrec.



Nebesni boj.

Naslednje leto se je Nikolaj po povratku v Rusijo poročil s Heleno Ivanovno Sapošnikovo, prapravnukinja legendarnega generala Nikolaja Kutuzova in tudi sorodnico Modesta Musorgskega. Rodila mu je dva sinova. Starejši Svjatoslav je postal arhitekt in slikar, mlajši Jurij pa orientalist.

Nikolaj Konstantinovič je bil nenavadno aktiven človek, delaven, angažiran, odgovoren, zavzet za zgodovino in staro umetnost. Postal je direktor Družbe za vzpodbujanje umetnosti, bil je prepričan, da je prihodnost v kulturi in umetnosti.

O tem človeku bi bilo prav napisati poseben članek, saj védenje o njem lahko človeka kulturno in umetniško obogati, poleg tega pa da veliko misliti tudi o filozofskih in človeških, predvsem duhovnih vrednotah. Roerich je bil teozof, velik mirovnik, osnoval je »pakt miru«, v katerem je najavljal prepoved človeštva prek povezanosti kulture z umetnostjo, znanosti in religij. Dvakrat je bil nominiran za Nobelovo nagrado. Ob vsem pa je bil, ne glede na režime, ves čas velik domoljub. Obdobje njegovega umetniškega dela je več, vsa pa so vedno prežeta še z notranjo duhovno vsebi-

no. Zagotovo je bil eden najboljših slikarjev gora, pri čemer pa jih je le redko naslikal brez vsaj majhnega »duhovno-človeškega« dodatka.

Morda o Roerichu še kdaj?

Roerich in Marija

Med letošnjim obiskom Roerichovega muzeja na Altaju smo imeli srečo, da so bili prav v tistem času razstavljeni nekateri originali, ki so sicer v Novosibirsku, med njimi »Madonna Laboris«.

Slike religiozne vsebine in raznih veroizpovedi zavzemajo posebno mesto v slikarstvu Nikolaja Konstantinoviča Roericha. Slikal je tudi freske po cerkvah, predvsem v obdobju, ko se je zavzemal za bistveno večjo skrb za bogato rusko pravoslavno kulturno dediščino, kot so jo takrat sicer še v carski Rusiji posvečali tamkajšnjim velikim umetninam.

Ena od njegovih slik zelo značilno prikazuje tako njegov slog kot povezovalno slik z duhovnostjo in globljim pomenom prikazanega.

Roerich je nekoč slišal nekako takole opisano legendo o Mariji:

K Bogu je prišel sv. Peter in mu potožil, da ugotavlja, kako je v raj



vsak dan več na novo prispelih duš, kot jih sicer sam spusti tja. Bog mu je svetoval, da bi prišla ponoči k obzidju raja in opazovala, kaj se dogaja. Videla sta, kako je Marija po vrvi, spuščeni iz raja v spodnji svet vic in pekla, ob tem, ko je molila, vlekla duše v raj. Sv. Peter je vprašal Boga, kaj naj naredi. »Nič, pusti jo, naj moli,« je bil božji odgovor.

Slika kaže raj kot trdnjavo, na desni strani obzidja je Marija, ki po vrvi sprejema duše iz pekla, na levi strani ob obzidju pa Bog in sv. Peter opazujeta, kaj se dogaja.

Posebne komentarja slika ne potrebuje, tako kot ne zgodba, v kateri je več kot le religiozni pomen ...

13. poletni medicinski tek okoli Brda pri Kranju

Doc. dr. Armin Alibegović, dr. med., MF Ljubljana, Inštitut za sodno medicino

Prof. dr. Milivoj Veličković Perat, dr. med., Kranj

armin.alibegovic@mf.uni-lj.si

V soboto, 14. maja 2016, smo na vsakoletnem srečanju na Gorenjskem preživeli čudovit dan. Letos smo Poletni medicinski tek ponovno organizirali na Brdu pri Kranju. Proga okrog Brda je dolga nekaj manj kot 10 km, a ni težka. Razmere so bile idealne za tek (med tekom nas je rosil

rahel dež). To je omogočilo zelo dobre rezultate. Celo najstarejša tekačica, 76-letna Tatjana Dolenc Veličković je dosegla 6 minut boljši rezultat, kot ga ima običajno, kar potrjuje, da kdor teče, je mlad, kdor pa ne teče, je neosveščen, bolan ali pa miselno in telesno star.

V soboto, 19. novembra 2016, bo v Luciji 26. Obalni tek zdravnikov, ki bo zaključek zdravniških tekov v letu 2016 in finalna tekma Pokala zdravniških tekov »Gibanje je zdravje«. Pred 35. tradicionalnim zdravniškim tekom Matije Horvata na Rožnik je zmagi v Pokalu med moškimi najbližji

Rudi Höfferle, med ženskami pa je več kandidatka za pokalno zmagovalko v letu 2016 (Tina Berden, Barbara Klančnik, Kristina Tozon in Petra Mihalek Novak).

Razvrstitev po kategorijah v konkurenci

Moški 76 in več (rojeni 1940 in starejši)

1. Milivoj Veličković Perat

Moški 66–75 (rojeni 1941–1950)

1. Antun Srimac
2. Ivan Florjančič

Moški 56–65 (rojeni 1951–1960)

1. Andrej Šubic
2. Franc Cizerl

Moški 46–55 (rojeni 1961–1970)

1. Rudi Höfferle
2. Alojz Horvat
3. Armin Alibegović
4. Zoran Rodi

Moški 36–45 (rojeni 1971–1980)

1. Mitja Lainščak
2. Andrej Fabjan

Ženske 76 in več (rojene 1940 in starejše)

1. Tatjana Dolenc Veličković

Ženske 56–65 (rojene 1951–1960)

1. Alenka Hiršman
2. Jožica Lovrec Veternik

Ženske 46–55 (rojene 1961–1970)

1. Barbara Klančnik
2. Kristina Tozon
3. Lili Žura
4. Petra Mihalek Novak
5. Nadja Šubic
6. Branka Bašič Narič



Glavni sodnik Franc Hvasti in glavni organizator 13. poletnega medicinskega teka Milivoj Veličković Perat dajeta navodila tekačem.



Rudi Höfferle, zmagovalec 13. poletnega medicinskega teka.



Barbara Klančnik, zmagovalka 13. poletnega medicinskega teka.



Napetost pred startom 13. poletnega medicinskega teka.



Tatjana Dolenc Veličković, »prava« zmagovalka 13. poletnega medicinskega teka.



Utrinki z druženja po tekmih.



Absolutna razvrstitev

1.	Rudi Höfferle	40'04"
2.	Matic Bošnjak	42'01"
3.	Alojz Horvat	43'09"
4.	Barbara Klančnik	44'41"
5.	Andrej Šubic	45'10"
6.	Mitja Lainščak	45'17"
7.	Armin Alibegović	45'53"
8.	Žiga Matičič	47'43"
9.	Laura Đorđević Betetto	47'49"
10.	Andrej Jamnik	47'58"
11.	Marijan Žura	48'01"
12.	Kristina Tozon	48'07"
13.	Antun Srimac	48'53"
14.	Lili Žura	49'42"
15.	Peter Heberle	52'15"
16.	Barbara Dežman	52'16"
17.	Andrej Fabjan	52'32"
18.	Franc Cizerl	53'17"
19.	Monika Alibegović	53'18"
20.	Alenka Hiršman	54'08"
21.	Zoran Rodi	54'36"
22.	Ivan Florjančič	54'48"
23.	Petra Mihalek Novak	55'41"
24.	Jožica Lovrec Veternik	55'42"
25.	Estera Lovrec	57'25"
26.	Tina Ušeničnik	57'28"
27.	Nadja Šubic	1h00'19"
28.	Branka Bašič Narič	1h06'32"
29.	Vid Agrež	1h08'53"
30.	Zoran Premec	1h08'53"
31.	Nina Ražen	1h08'53"
32.	Nika Šuc	1h08'53"
33.	Iva Horvat	1h11'12"
34.	Milivoj Veličković Perat	1h16'52"
35.	Tatjana Dolenc Veličković	1h48'30"

»Au«-foristična tinktura

Kratki aforizmi v beli halji z geografskim poreklom

Prof. dr. Janez Tomažič, dr. med., UKC Ljubljana

janez.tomazic@kclj.si

Glede na to, kaj vse nudimo na naši kliniki, se bomo iz Infekcijske klinike preimenovali v Konfekcijsko kliniko.

Rad imam inteligentne kolegice, ker sem po naravi športnik.

Ne upam priznati, da rad hodim v službo, takoj bi pomislili, da premalo delam.

Kakšen bo moj današnji delovni dan? Tak kot vreme, zvečer bo vse jasno.

P. S.: Zapisano se ne ujema nujno s stališči avtorja.

39. IATROSSKI

Posvetovanje športne medicine in smučarsko tekmovanje zdravnikov

Kranjska Gora, petek, 3. februarja 2017

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 40 EUR, vsl. 60 EUR, skupaj tek in vsl. 70 EUR, spremljevalci 20 EUR. Študenti polovična kotizacija. **Fides svojim članom krije kotizacijo.**

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 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.

The professional public journal of the Medical Chamber of Slovenia

The Isis Journal is issued on the first day of each month. The annual subscription for non-members is 49,20 EUR. A single issue costs 4,47 EUR. The tax is included in price. Manuscripts are not returned to authors. An honorarium is paid for selected articles. Printed 10.100 copies. Postage for the Journal Isis paid at the 1102 Ljubljana post office.

The name of the journal is by the Isis, an Egyptian goddess, of all the gods and goddesses. The legend describes her as both the sister and the wife of Osiris, the first king in history. Isis had healing powers. She could also give new life into the body with her wings. According to the legend, her power extended all over the world. Each person is a drop of her blood. She was considered as the founder of medicine. A detail on a granite sarcophagus of Ramses III from the XXth dynasty shows her as a symbolic picture. This image and her name were chosen to be the title of the journal of the Medical Chamber of Slovenia, the goal of which is to unite and link together doctors in their efforts towards the welfare of all people, the drops of blood from the goddess Isis.

The President of the Medical Chamber

Prim. **Andrej Možina**, M. D.

The Vice-presidents of the Medical Chamber

Assist. **Valentin Sojar**, M. D., MBA, FEBS

Sabina Markoli, D. M. D.

The President of the Assembly

Marko Bitenc, M. D., M. Sc.

The Vice-president of the Assembly

Matevž Janc, D. M. D.

Executive board of the Medical Chamber of Slovenia

The president of the Educational council

Prof. **Bojana Beovič**, M. D., Ph. D.

The president of the Professional medical committee

Prof. **Radovan Hojs**, M. D., Ph. D.

The president of the Primary health care committee

Mihael Demšar, M. D.

The president of the Hospital health care committee

Assist. **Valentin Sojar**, M. D., MBA, FEBS

The president of the Dentistry health care committee

Sabina Markoli, D. M. D.

The president of the Legal-ethical committee

Prof. **Danica Rotar Pavlič**, M. D., Ph. D.

The president of the Social-economic committee

Božidar Visočnik, M. D.

The president of the Private practice committee

Helena Mole, M. D.

The Secretary General

Brane Dobnikar, L. L. B.

Legal and General Affairs Department

Vesna Habe Pranjič, L. L. B.

Finance and Accounting Department

Nevenka Novak Zalar, B. Sc. Econ., M. Sc.

Health Economics, Planning and Analysis Department

Nika Sokolič, B. Sc. Econ.

Head of CME/CPD Activities

Mojca Vrečar, M. B. A.

Head of Postgraduate Medical Training, Licensing and Registry Department

Tina Šapec, L. L. B.



Tasks

- The Medical Chamber of Slovenia is an independent professional organisation of medical doctors and dentists.
- Membership is an honour and obligation for all those that work as physicians or dentists in Slovenia and have a direct contact with the patients.
- The Medical Chamber of Slovenia protects and represents the interests of the medical profession, and helps to ensure the correct behaviour of doctors and uphold their reputation by:
 - Having and issuing a Code of Medical Ethics, monitoring the behaviour of doctors and administering any measures necessary for violations of the Code.
 - Maintaining a register of members and issuing membership cards.
 - Issuing, extending and revoking the doctors' licences for independent work.
 - Participating in the development of the undergraduate education programme for doctors.
 - Managing (planning, monitoring and supervising) the secondments of the two year compulsory postgraduate training in hospitals; secondments for specialisations; other postgraduate professional training, and examination.
 - Organising professional seminars, meetings and other types of professional medical development.
 - The professional auditing and appraisal of each doctor practising in Slovenia.
 - Participating in the preparation of regulations, planning and staffing plans in health care issues.

The Medical Chamber Of Slovenia

Founded in 1893 as The Medical Chamber for the Carniola Province. The Medical Chamber of Slovenia was subsequently founded in 1992.

- Determining doctors' fees and participating in agreeing the prices of health care services.
- Representing the interests of doctors in determining contracts with the Institute of Health Insurance of Slovenia.
- Participating in the negotiation of collective contracts, and agreeing them on behalf of private doctors as employees, thereby managing the value of medical professional' salaries.
- Providing legal assistance and advice to members on insurance against medical compensation claims.
- Maintaining a Welfare Fund to help members and their families.
- Monitoring the demand for doctors and helping unemployed doctors find job.
- Assisting members to find suitable locums during their absence.
- Publishing activities, editing activities; issuing a free journal to members, publishing books and other publications.
- Encouraging co-operation between members and arbitrating in disputes.
- Encouraging the cultural and social activities of members; organising the cultural, sporting and other social events and activities.
- Monitoring alternative methods of treatment.
- Deterring prohibited and unacceptable medical practices.
- Providing a free permanent consulting service to members.
- Undertaking other tasks pursuant to legal regulations and the statute.

Domus Medica za vas!

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

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

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

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

