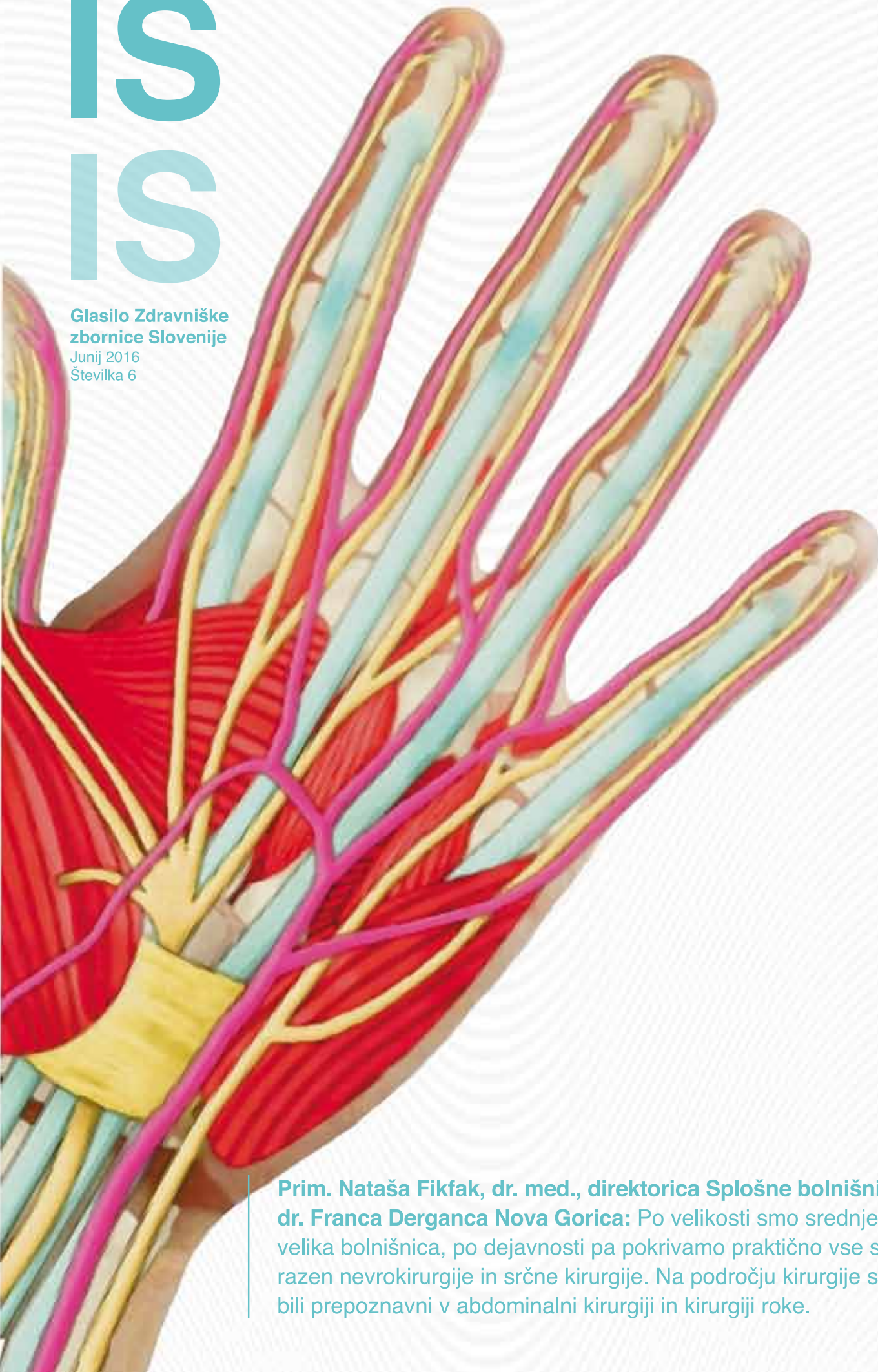


# IS IS

Glasilozdravniške  
zbornice Slovenije

Junij 2016  
Številka 6



**Prim. Nataša Fikfak, dr. med., direktorica Splošne bolnišnice dr. Franca Derganca Nova Gorica:** Po velikosti smo srednje velika bolnišnica, po dejavnosti pa pokrivamo praktično vse stroke, razen nevrokirurgije in srčne kirurgije. Na področju kirurgije smo bili prepoznavni v abdominalni kirurgiji in kirurgiji roke.

# Domus Medica za vas!

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

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

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

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







## Volitve ZZS 2016: nič tragičnega, nič novega, toda tudi nič spodbudnega!

daljših predorih ni več prava rešitev. Romantike in lažnih utvar je konec, potrebna je streznitev in soočenje z realnostjo. Se v zdravniškem stanu že dovolj zavedamo, da se nas je aktualna politika v celoti odrekla kot upoštevanja vrednega sogovornika pri iskanju optimalnih oblik sodobnega zdravstva, ki že leta drvi v nepravo smer? Opozarjamo na nepravilnosti in absurde v zdravstvenem sistemu, predlagamo premišljene in argumentirane rešitve, rotimo in žugamo bolj ali manj brez rezultatov. Resnih strukturnih sprememb ni in jih glede na koalicijsko pogodbo tudi ni pričakovati. Kolesje se vrti v prazno, vizije in perspektive ni, če nas kaj prebuja iz otopenosti, so to afere, ki jim ni videti konca. Nemoč zdravniških organizacij pri preobrazbi iztirjenega slovenskega zdravstva je očitna in od tod posledično apatija, zagrenjenost in malodušje v nas samih. To pušča posledice. Tako v naših dejanjih, sporočilih, odnosih in razpoloženju. Je stanje našega duha res že tako na psu, da se nam ne ljubi več povzdigniti glasu niti ob najopaznejših neumnostih, ki se nam dogajajo pred očmi? Ali da preprosto ne želimo več niti izražati svoje volje znotraj stanovske organizacije?

Še kako dobro se spominjam prvih stanovskih volitev Zdravniške zbornice Slovenije v samostojni državi daljnega leta 1992. Velika so bila pričakovanja zdravnikov ob oživitvi leta 1947 razpuščene zbornice. Volilni zbori so potekali v nabito polnih dvoranah, vsepovsod je bilo čutiti ponos in svečanost ob volitvah. V arhivih ZZS ni podatkov o takratni volilni udeležbi, toda bila je vsaj tako velika kot ob naslednjih volitvah leta 1996, ko je bila 62 %. Sledile so prve razprtije med zdravniškimi organizacijami, delitve na te in one pristaše, nestrinjanje z obveznim članstvom in pobude z ustavnimi presojami. Kaj kmalu se je pokazalo, da po tako dolgi odsotnosti demokracije vzpostavljanje ceha na nove temelje ne bo mačji kašelj. In danes?

Petdeset let odsotnosti demokracije narekuje približno tako dolgo tranzicijo. Optimistično lahko obdobje prehoda v neko normalno stanje prepolovimo, toda nikakor se ne moremo izogniti soočenju z zapuščino in posledicami. Prof. Ihan nas zdravnike v izjemnem prispevku »Potranzijska kriza« kruto prizemljuje. Večno stokanje nad razmerami in iskanje luči v vse

Volitve ZZS 2016 so žal le delno uspele.

Izvolili smo nov parlament, ki ga sestavlja 90 poslancev in poslank Skupščine ZZS. Volilni zbori so bili zelo skromno obiskani, kar kaže na nič kaj spodbudno zanimanje članstva za stanovsko organizacijo. Dejstvo, da je bil v več kot 70 % volilnih enot le en kandidat, ne daje popolnega vtisa demokratičnega pluralizma, kajti ta se je odigral le v soočenju za preostalih 30 % poslanskih mandatov. Polovica poslancev ponavlja mandat, preostali predstavljajo osvežitve in pomladitev Skupščine ZZS. V začetku junija bo Skupščina kot najvišji organ ZZS odločala o rešitvah za ponovljene volitve predsednika zbornice. Je prišel čas znižanja demokra-

tičnega standarda volitev z zmanjšanjem ali ukinitvijo kvoruma? Bodo morda poslanci prevzeli večjo pristojnost in hkrati odgovornost z odločanjem o predsedniku zbornice, kot je pravilo v stanovskih organizacijah EU? Ali pa se bomo podali v ponovljene volitve po starih poteh s svežimi obrazi, novimi upanji in starimi tveganimi?

Vodstva zbornice, kot že kdaj doslej, nismo uspeli ali pa tudi hoteli izbrati. Navsezadnje smo volili leta 2000 z 48 % volilno udeležbo, leta 2004 z 49 %, leta 2008 z 42 % in 46 %, leta 2012 z 42 % in 54 % in leta 2016 s 44 % udeležbo. Leta 2008 smo si v statut postavili morda (pre)visoke demokratične standarde v volilnem kvorumu, po katerem naj bi bile volitve legitimne in regularne ob 50 % udeležbi. Glede volilne udeležbe torej nič novega skozi presek zadnjih 15 let, a hkrati je opazno nižja kot na drugih volitvah ZZS, ko smo dosegli 63 %, ali morda še višjo udeležbo na prvih volitvah leta 1992.

Volitve praviloma postrežejo s pravimi odgovori in nakazujejo rešitve. Toda morajo biti veljavne. Težko bo poiskati pravi odgovor za volilni neuspeh, a nikakor se ne smemo izogniti razpravam. Neuspele volitve so redko stvar brezbržnosti ali slabe informiranosti članstva, kajti informativna glasila ZZS so bogata in dobro dosegljiva. Volilni kvorum je res visoko zastavljen in je kot tak lahko tehnična ovira pri splošni populaciji, toda ne pri zdravnikih. Najverjetneje tako izražamo nezadovoljstvo nad razmerami v zdravstvu in nad stanovsko organizacijo, ki nosi s seboj hipoteko kontroverznega obveznega članstva in restriktivnosti javnih pooblastil.

Ne smemo prezreti tudi drugih razlogov, kot je recimo skromna ponudba kandidatov za predsednika zbornice. Na splošno velja, da je izbira volivcev toliko manj svobodna, kolikor manj je ponudbe. Preprosta dvopolna izbira krči objektivno razsežnost volilne svobode in povečuje volilno vzdržnost. Če je abstinenca zdravništva na teh volitvah odziv na skromno ponudbo kandidatov, potem je rezultat volitev pravilen. Tako nam ostaja upanje, da bo na naslednjih volitvah pestrejša izbira kandidatov in prepričljivejši programi, kajti potranzijska depresija zagotovo ne bo tako hitro izzvenela.

Spoštovane kolegice in kolegi!

Propadle volitve niso nič tragičnega, kot že rečeno, nič novega, toda tudi nič spodbudnega. Kot družbena elita sporočamo nekaj, kar ni nujno, da nam je v širšem družbenem okolju v

korist. O pravih razlogih neuspešnih volitev lahko bolj ali manj ugibamo, toda na nek način jih je moč razumeti kot izgubo vašega zaupanja. Brez tega pa se tako velike in zahtevne institucije slovenskih zdravnikov in zobozdravnikov ne da suvereno voditi.

Trdno in glede na aktualna družbeno-politična dogajanja vedno bolj verjamem, da slovenski zdravniki zbornico še kako potrebujemo. Aktualna politika si več kot očitno ne želi našega združevanja v cehu in ne skriva svojih namer po discipliniranju zdravnikov in okrnjeni zdravniški avtonomiji. Zdravniki in zobozdravniki imamo varno zatočišče in to je Domus Medica. O tem, ali bo v prihodnosti v njej tudi Zdravniška zbornica Slovenije, bomo odločali zdravniki sami. Politika se je že odločila.

Z lepimi pozdravi

*Andrej Možina*



## Uvodnik

---

- 3** Volitve ZZS 2016: nič tragičnega, nič novega, toda tudi nič spodbudnega!  
*Andrej Možina*

## K naslovnici revije

---

- 8** Prim. Nataša Fikfak, dr. med., spec. int. med. in hemat.  
*Polona Lečnik Wallas*

## Zbornica

---

- 12** Poročilo volilne komisije o izvedbi volitev predsednika Zdravniške zbornice Slovenije 2016
- 12** Poročilo volilne komisije o izvedbi volitev poslancev skupščine Zdravniške zbornice Slovenije 2016
- 19** Poročilo o projektih Odbora za zobozdravstvo v mandatu 2012–2016  
*Diana Terlevič Dabič*
- 22** Iz dela zbornice

## Aktualno

---

- 24** Predstavitev sekcije za medicinsko izvedenstvo in zavarovalniško medicino Slovenskega zdravniškega društva  
*Ticijana Prijon, Tomaž Čakš, Jana Mrak, Petra Ogrin Rehberger, Vesna Švab, Saba Battelino, Jurij Fürst*
- 26** Tobak in povezani izdelki  
*Luka Šolmajer*

## Iz Evrope

---

- 30** Urgentna onkologija  
*Boris Klun*
- 30** Zdravstveni sistem Poljske: stalna kriza
- 31** Mezoterapija – nežna terapija bolečine

- 31** Boljša treniranost, boljša zmogljivost možganov

## Zdravstvo

---

- 32** Pomen sodelovanja v projektih EUnetHTA za vstop v prostovoljno, trajno Evropsko mrežo za vrednotenje zdravstvenih tehnologij (EU HTAN)  
*Marjetka Jelenc, Tatja Kostnapfel*

## Forum

---

- 34** Ob volitvah predsednika ZZS  
*Sabina Markoli*
- 35** Nekaj misli o kirurški etiki in morali  
*Eldar M. Gadžijev*
- 38** Al' prav se reče zahod ali zahòd?  
*Jan Kežar*
- 41** Prepoznavanje in obravnava žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti  
*Miloš Židanik*
- 42** Standardizacija v slovenskih zdravstvenih organizacijah – pogled z druge strani  
*Borut Stražišar*
- 44** Čakanje škodi bolnikom in zavarovalnici  
*Marjan Fortuna*
- 46** Intelektualci – nosilci svobodomiselnosti in družbenega napredka – a smo le nepotrebna nadloga?  
*Robert Oravec*
- 49** Na drugi strani čakalne vrste v zobozdravstvu  
*Sanda Lah Kravanja*

## Medicina

---

- 52** Ob robu svetovnega kongresa o osteoporozi, osteoartritisu in mišično-skeletnih boleznih  
*Tomaž Kocjan, Miro Čokolič, Radko Komadina*

- 54** Samomor med uporabniki prepovedanih drog: spregledana ranljiva skupina  
*Mercedes Lovrečič, Barbara Lovrečič*

## Poročila s strokovnih srečanj

---

- 57** Strokovno srečanje Vloga cf-DNA testiranja v prenatalni diagnostiki  
*Sarah Dobnik, Faris Mujezinović, Darija Strah, Iztok Takač*
- 59** Poročilo s 5. kongresa hematologov Slovenije z mednarodno udeležbo  
*Irena Preložnik Zupan*
- 60** Prvo mednarodno srečanje torakalnih anesteziologov in kirurgov s področja jugovzhodne Evrope  
*Dejan Pirc, Bogdan Vidmar*
- 63** DiaMind 5  
*Vesna Rojc Pečnik*
- 65** Rinošola 2016  
*Jure Urbančič*
- 66** 4. slovenska konferenca o odvisnostih  
*Jasna Čuk Rupnik*

## Strokovna srečanja

---

- 70** Zbornična izobraževanja za zdravnike in zobozdravnike
- 71** Strokovna srečanja
- 76** Mali oglasi

## Iz zgodovine medicine

---

- 77** Pomniki medicinske preteklosti na Slovenskem – 1. del  
*Zvonka Zupanič Slavec*

## Obletnica

---

- 84** Srebrni jubilej medicinskega orkestra Camerata medica  
*Pavle Košorok*

## V spomin

- 86** Nekrolog Ivanu Cibicu,  
dr. med. (1924–2016)  
*Elko Borko*

## S knjižne police

- 88** Mario Vargas Llosa:  
Prikriti junak  
*Marjan Kordaš*

## Zdravniki v prostem času

- 90** Utrinek ob literarnem  
pogovornem večeru  
*Jasna Čuk Rupnik*
- 91** Spomladansko  
vzdušje v UKCL  
*Katarina Majer*
- 94** III. državno prvenstvo v trapu  
za zdravnike in zobozdravnike  
*Branko Košir*

## Zavodnik

- 96** Kako se prehranjevati,  
da umreš zdrav  
*Tomaž Rott*

## Kolofon

Leto XXV, št. 6, 1. junij 2016  
Natisnjeno 9950 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@zzs-mcs.si](mailto:gp.zzs@zzs-mcs.si)  
Transakcijski račun: 02014-0014268276

## PRESEDNIK

Prim. Andrej Možina, dr. med.

## UREDNIŠTVO

Marija Cimperman, Sabina Eržen Korošec  
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@zzs-mcs.si](mailto:isis@zzs-mcs.si)

## ODGOVORNI IN GLAVNI UREDNIK

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

## UREDNIŠKI ODBOR IN NOVINARJI

Prim. asist. mag. Martin Bigec, dr. med.  
Izr. prof. dr. Vojko Flis, dr. med.  
Prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med.  
Prim. asist. Jana Govc Eržen, dr. med.  
Prof. dr. Boris Klun, dr. med., v. svet.  
Akad. prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med.  
Prof. dr. Anton 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@zzs-mcs.si](mailto:marta.brecko@zzs-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@zzs-mcs.si](mailto:isis@zzs-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@zzs-mcs.si](mailto:isis@zzs-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.



## Prim. Nataša Fikfak, dr. med., spec. int. med. in hemat.

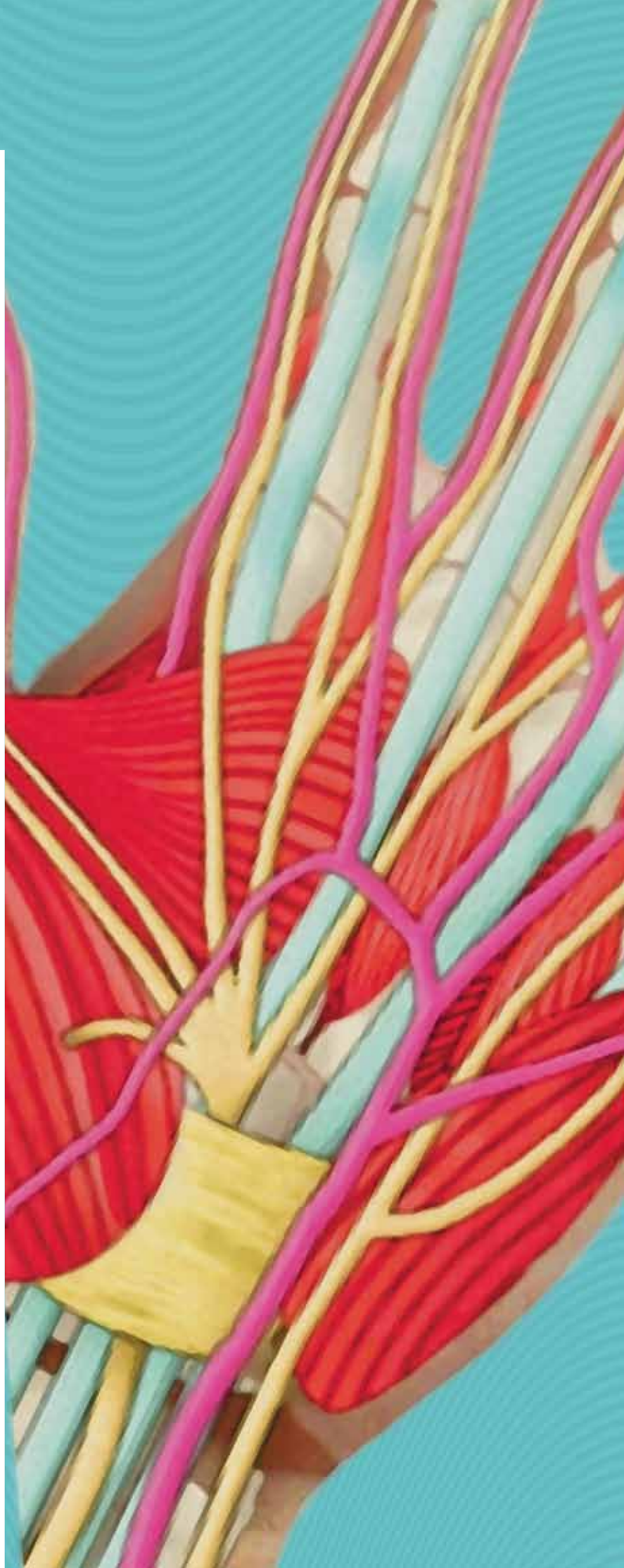
Direktorica Splošne bolnišnice  
dr. Franca Derganca Nova Gorica

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

*Splošna bolnišnica dr. Franca Derganca Nova Gorica je najmlajša splošna bolnišnica v Sloveniji. Po velikosti programa je srednje velika slovenska bolnišnica, za katero je značilna hitra rast in velika dinamika procesov. Za goriško regijo, kjer je osrednja zdravstvena ustanova, pa je izrednega pomena tudi iz gospodarskega in drugih vidikov. Kakšno regionalno področje pokriva?*

Bolnišnica pokriva območje z okoli 110.000 prebivalci v severnoprimerški regiji, ki jo bolnišnica formalno pokriva. Gre za najširše in največje regionalno področje, k nam pa gravitirajo še iz sosednjih regij: s Cerknega, iz Idrije, zaradi dostopnosti pa tudi z večjega dela Krasa vse do Sežane in celo z dela Notranjske (Postojna, Senožeče, Ilirska Bistrica).

Po velikosti smo srednje velika bolnišnica, po dejavnosti pa pokrivamo praktično vse stroke, razen nevrokirurgije in srčne kirurgije. Na področju kirurgije smo bili prepoznavni v abdominalni kirurgiji in kirurgiji roke. Ostalih dejavnosti plastične kirurgije nismo toliko razvijali, imamo pa velike ambicije predvsem na področju rekonstrukcije dojke, na kar se že dalj časa pripravljamo. Dva starejša kolega sicer odhajata v pokoj, novega kadra zaenkrat še nimamo, vendar pa so načrti za povečanje programa na področju rekonstrukcije dojke in operacij že pripravljeni. V tem kontekstu smo posebni, v bolnišnici namreč že izvajamo diagnostiko in operacije ter sistemsko zdravljenje raka dojke. Manjka nam še rekonstrukcija, ki bi





omogočila celostno obravnavo pacientke. Samo diagnostiko izvajamo že od konca 80. let s pomočjo koncesionarja. Nato smo v sklopu ginekološkega oddelka izvajali tako diagnostiko kot operativno zdravljenje, od leta 2009 pa tudi sistemsko zdravljenje. Začeli smo z adjuvantno kemoterapijo, zdaj pa izvajamo še ostalo kemoterapijo in imunoterapijo.

### ***Kako veliki so vaši napori za širitev programov in na katerih področjih si želite širitve?***

Sama sem na tem mestu šele dobro leto, pa vendar smo že v tem času ugotovili, da smo kljub rednemu programu sposobni narediti več. Veliko napora smo vložili v dogovarjanje za odobritev programa na Ministrstvu za zdravje in pri zavarovalnici.

Lani smo tako na primer ob izvajanju CT-preiskav dobili obljubo, da bo do 20. decembra plačano vse, kar bomo naredili. Ker pa smo preseгли program, saj smo verjeli, da zmoremo še malo več, smo bili kaznovani, preseganja programa nam namreč niso plačali. Tako gremo sedaj v lastno izgubo. Uvajanje novih programov pa je sifozovo delo. Od leta 2001 sem vključena v program priprave sekundarnih centrov onkološke obravnave bolnikov. V okviru tega predloga je bilo sklenjeno, da bodo to štirje centri: Maribor, Celje, Ljubljana in Nova Gorica. V tem kontekstu sem se sama izpopolnjevala z dodatno specializacijo, pripravili smo natančen osnutek programa po navodilih ministrstva za zdravje. Le-ta je bil zavržen, zapisali so, da nimamo dovolj kadrovskih in prostorskih zmogljivosti. Trudili smo se, da so bila ves čas prisotna vsaj zdravila, ki so bila posebej plačana. Sedaj imamo zaposleno specialistko internistične onkologije, ki je pripravila nov osnutek programa. Dobili smo odgovor, da dokler ne bomo kadrovske še bolj okrepljeni, nima smisla pridobivati naziva onkološki center. Razočarani smo nad tako odločitvijo Zdravstvenega sveta pri Ministrstvu za zdravje. Na njihovo odločitev sem se pritožila.



### ***V medijih sem zasledila, da imate ambiciozne načrte, ki ste jih pred kratkim predstavili tudi Svetu zavoda. Le-ta vam je finančni načrt za leto 2016 potrdil. Nam lahko poveste kaj več o tem?***

Zadnji finančni načrt smo pripravili ambiciozno in strokovno. Na področjih, kjer smo dobri in zmoremo še več, smo ponudili, da lahko v rednem delovnem času naredimo dodatni program, ob tem pa bi bili tisti, ki so pripravljene delati, dodatno nagrajeni. To bi lahko reševali s podjemnimi pogodbami. Tako bi zdravniki in drugo zdravstveno osebje raje delali v matični ustanovi, kot da hodijo drugam, ali pa bi ponudili samoplačniško dejavnost. Svet zavoda se je s tem strinjal in finančni načrt so podprli.

Res pa je, da smo bili do lani omejeni z ZUJF-om. Ta zakon nam je določil za 1 odstotek manj zaposlitev, v resnici pa nas je situacija prisilila v za 4 odstotke manj zaposlitev. Pokazalo se je, da s takšnim dekretom dosežemo zgolj izčrpanost kadra, saj smo ves program naredili, ob tem pa imeli ogromno nadur. Naredili smo analizo, koliko zaposlitev bi lahko imeli iz števila nadur. Tako smo ugotovili veliko obremenjenost na enega delavca, ki sicer so pripravljene delati, a ne v neskončnost. Izračun iz teh ur ter urgentni center sta nam prinesla dodatne zaposlitve. Z dodat-

nimi programi računamo na 100 novih zaposlitev. Programe nameravamo širiti na področju internistike, invazivne kardiologije, onkologije, povečanega obsega pregledov specialističnih ambulant, ortopedije, operacij stopal in hrbtenice, kirurgije, operacij krčnih žil, kil, ginekoloških operacij, ginekologije (prvi pregledi dojk, DORA) in obporodne analgezije.

### ***Kje imate najdaljše čakalne dobe in ali se regionalno spopadate s kakšno posebno vrsto patologij?***

Lahko bi omenila bolezn, povezano z vdihavanjem azbestnih vlaken, kar je skoraj lokalna posebnost. Veliko sodelujemo z laično javnostjo in z njimi izvajamo številne aktivnosti; sodelujemo tudi s sindikatom azbestnih bolnikov. Soočamo se z obolevnostjo za rakom dojke, kjer sicer vlada veliko večja ozavešenost kot drugje, zato je tudi pregledanost žensk bistveno večja kot drugje. Z najdaljšimi čakalnimi dobami pa se soočamo na področju obravnave bolezni ščitnice, denzitometrije, ultrazvoka srca in obremenitvenega testiranja, EMG. Na teh področjih presegamo čakalno dobo do 6 mesecev.

### ***Kakšna je vloga bolnišnice v obmejnem pasu? Ali se soočate z odlivom pacientov, zdrav-***

**nikov, drugega zdravstvenega osebja, kot se drugje?**

Naši pacienti ne hodijo na zdravljenje v Italijo, tam je zdravstveni sistem popolnoma drugačen od našega. Še tisti, ki so redno zaposleni v Italiji, imajo pri nas urejeno zavarovanje in izbranega zdravnika v Sloveniji ter se zdravijo pri nas. Naši zdravniki ne odhajajo na delo v sosednje pokrajine – odliv je morda kam drugam v tujino. Tudi tisti, ki so doštudirali v Trstu, so zaposleni pri nas.

**Kje kot direktorica bolnišnice vidite, da imate še možnosti strokovnega razvoja? Kaj nameravate v prihodnosti razvijati in na kakšen način?**

Če bi ponudili samoplačniške ambulante, ki bi imele konkurenčne cene, bi pacienti zagotovo prišli k nam na preglede in v obravnavo. V to sem prepričana. Možnosti, da bi se pacienti naročili na samoplačniško preiskavo, ni in to je škoda. Mi se intenzivno pripravljamo na uvajanje te novosti, nekaj informacij že imamo in menim, da bomo do jesenske seje Sveta zavoda že imeli pripravljen predlog uvedbe samoplačniških ambulant. Ne nazadnje to od nas pričakujejo tudi nadzorniki. Zaposleni pa so motivirani in pripravljeni dodaten program tudi opraviti. Rada bi zagotovila plačilo po opravljenem delu in uspešnosti oz. nagradila dobre sodelavce.

**Kakšna je vaša vpetost v medregionalne projekte?**

Že drugič zapovrstjo sodelujemo pri medregionalnem projektu *Trans 2 care (T2C)*, ki povezuje našo bolnišnico, tržaško fakulteto in primorsko univerzo na področju kardiologije. Del aktivnosti smo zaključili v začetku lanskega leta, vendar bomo s projektom nadaljevali. Od avgusta 2014 pripravljamo tudi mednarodno akcijo, ki se imenuje EZTS (Evropsko združenje za transteritorialno sodelovanje), ki vključuje projekt Čezmejno zdravje in drugi projekt Soča.

Administrativni del projekta vodijo na italijanski strani, strokovno vodenje in vsebinski del pa je na naši. Pri tem projektu sodelujemo mi, Zdravstveni dom Nova Gorica in Zdravstveno združenje Furlanije - Julijske krajine (kratica ASS). Delujemo na treh področjih: porodništvo, duševno zdravje in informacijski sistem. Lani konec julija smo pripravili okvirno vsebino in projekt finančno ovrednotili. Na področju porodništva je skupni interes, saj v širši regiji ni porodnišnice, najbližje porodnišnice so v Vidmu, Trstu in Palmanovi. Tako smo predvideli, da bi italijanske ženske rojevale v naši porodnišnici, mi pa bi jim nudili obporodno in poporodno oskrbo ter obiske patronažne službe. Kljub temu, da bi rodile v Sloveniji, bi otroci imeli italijansko državljanstvo. Na drugi strani je čutiti nekaj zadrege, tako da smo zadeli na manjšo oviro. Vendar ideja ostaja, mi bi ponudili prostore, kader, ob tem pa bi se še bolj opremili in zaposlili več kadra, saj bi se nam število porodov povečalo. Projekt je torej zastavljen:

vodenje normalne fiziološke nosečnosti in poroda.

Drugo področje je duševno zdravljenje, kjer smo se osredotočili na ambulantno vodenje in izobraževanje o avtizmu. Znanje imamo, prostor tudi. Imamo vzpostavljen oddelek za invalidno mladino na Stari Gori. Na področju informatike smo si zamislili digitalno informacijsko mrežo, ki bi bila dostopna z obeh strani – tako v slovenskem kot italijanskem jeziku. Na spletni strani bi se lahko pacienti prijavljali na različne preiskave, posvete, preglede. Najprej smo se odločili, da bi zbrali vse ponudnike zdravstvenih storitev in jih nato predstavili ljudem. Delujemo torej na iskanju skupnih interesov. Evropska komisija je potrdila vse tri projekte, sedaj čakamo navodila za nadaljevanje aktivnosti.

**Šempetrska bolnišnica je bila letos v središču pozornosti zaradi neljubega dogodka, ki se vam je zgodil v novoodprtem urgentnem centru. Kako ste vi doživljali najprej izgradnjo UC?**

Zgodovina urgentnega centra je burna. Začelo se je, ko je projektna skupina bolnišnice in zdravstvenega doma že leta 2008 pripravila vso projektno dokumentacijo. Nato se je vse ustavilo do 14. decembra 2014, ko smo začeli graditi naš urgentni center. Imeli smo srečo, v letu 2015 je bilo najmanj deževnih dni, tako da je vreme le malo oviralo gradnjo. Mudilo se nam je, saj smo morali ujeti rok, po katerem naj bi v letu 2015 pričeli delovati vsi urgentni centri. Zaposleni v bolnišnici smo gradnjo spremljali z velikim navdušenjem. Zavedali smo se, da gre za veliko odgovornost, čeprav smo bili pri gradnji večinoma opazovalci. Imeli smo redne sestanke z glavnimi izvajalci, seznanjali so nas o problemih, zastojih, o poteku del... Logistično je bilo kup problemov. V neposredni bližini gradbene jame je magnetna resonanca, ki ni smela obratovati, kadar so na gradbišču delali. To smo rešili tako, da so

Podatki o delovnem programu – realizacija 2015	
Bolnišnična dejavnost: število sprejemov	20.615
Ambulantna dejavnost: število vseh ambulantnih pregledov	120.430
Podatki o številu zaposlenih na dan 31. 12. 2015	
Skupaj zaposlenih	930
Zdravniki	149
Drugi zdravstveni delavci in sodelavci	518
Realizacija prihodkov 2014	
Skupaj prihodki	43.062.942 EUR

delavci kopali do 12. ure, od popoldne do polnoči pa smo opravljali preiskave z magnetno resonanco. Tudi parkirišč nismo imeli, na račun parkirnih prostorov smo dobili pet anonimnih pisem in prijavo na inšpektorat. Naučili smo se, da je treba vse dokumentirati, da je informiranje javnosti nujno... Skoraj vsak mesec smo imeli izjave za javnost ali novinarske konference. Septembra, ko smo začeli opremljati prostore, še vedno nismo mogli verjeti, da bo vse nared do roka.

Kadrovsko smo se dobro pripravili, tako da smo ob odprtju centra lahko začeli delovati. Nismo odprli vsega naenkrat, najprej se je preselila internistična in kirurška prva pomoč, čez en mesec pa se nam je pridružil še zdravstveni dom. Nesreča, ki se je zgodila, pa nas je vse pretresla.

### ***Kako ste doživljali nesrečo? Kako so stekli postopki?***

Za vse, ki smo bili udeleženi v nesrečni dogodek, je bila to – milo rečeno – katastrofa, od katere se še vedno ne moremo pobrat. Na drugi strani pa smo imeli srečo; vsi zaposleni so se pokazali kot čvrste osebnosti, ki zaupajo vodstvu, kar so pokazali s pismom podpore. Toliko spodbudnih besed kot takrat, v tistih najhujših dneh, še nisem dobila.

### ***Od vseh ste bili najmanj odgovorni, pa vendar ste ponudili svoj odstop. Kako to, da sami niste zahtevali odstopa svojih zaposlenih?***

Moja odgovornost je izhajala iz tega, da sem odgovorna za vse zaposlene in za paciente. Če bi breme prenesla na podrejene, ne bi bilo odgovorno z moje strani. Če bi sumila, da je tehnični nadzor odpovedal, potem bi to tudi storila, ampak v tem trenutku jaz zastopam bolnišnico.

### ***Izvedli ste interni strokovni nadzor ter poslali zahtevo še za zunanji strokovni nadzor. Kje ste ta trenutek z nadzori?***



Interni strokovni nadzor za ta smrtni primer je bil končan in poročilo poslano na ministrstvo. Za vse ostale primere, ki so bili obravnavani v urgentnem centru, pa še potekajo. V komisiji za interni strokovni nadzor je zelo malo ljudi, ki niso bili udeleženi ne pri enem ne pri drugem primeru. Za zunanji strokovni nadzor smo se odločili, da bi se izognili kakršnim koli dvomom v naš interni strokovni nadzor.

### ***Postopek so preiskovali policija, preiskovalni sodnik, forenziki, javna tožilka... Kaj vi pričakujete od vsega tega, kaj bi si želeli?***

Prepričana sem, da moji sodelavci v postopku reanimacije niso naredili niti ene same napake. Vse smo naredili prav, strokovno dovršeno, vključno s tem, da smo pristojne organe takoj, ko smo sami ugotovili, kaj se je zgodilo, obvestili in da v preiskavi korektno sodelujemo. Zato si želim, da organi pregona čim prej zaključijo svoje delo, da svojcem in javnosti lahko dokončno povemo, kaj je botrovalo nesrečni smrti pacienta. Verjamem, da je šlo za tehnično napako, ki jo je nekdo naredil. Ob tem bi se rada javno zahvalila zdravnicama, ki sta pravzaprav odkrili napako in tako preusmerili vlak, ki je drvel v napačno smer...

### ***Kako ste doživljali medijski pritisk v tistih dneh?***

Bilo je grozno. Intenzivno sem se pripravljala na novinarsko konferenco, imela sem strokovno pomoč, obvestila bližnje, pogovarjala sem se s svojci umrlega. Pripravila sem se na dejstvo, da bodo velik del zvalili name. Nisem pa pričakovala, da bo tako. Novinarji, ki so tisti dan izredno pritiskali, so bili izjemno nasilni. V resnici sem dojela, da hočejo mojo glavo; do tistega trenutka nisem niti pomislila na odstop.

### ***Kakšni so vaši načrti za prihodnost?***

Načrtujemo tudi niz naložb, med njimi na polikliniki, v stari stavbi, gradnjo novega objekta za potrebe dolgotrajnih hospitalizacij, okulističnega in nevrološkega oddelka. V stari stavbi bolnišnice načrtujemo najprej izgradnjo dodatnega dvigala in preureditev vstopne avle ter čakalnic v dveh nadstropjih, za kar imamo že maketo. Novogradnja pa je dolgoročnejša ambicija. Bolnišnica se pripravlja tudi na gradnjo novega paviljona na Stari Gori, gre za 2000 m<sup>2</sup>. Z gradnjo bomo začeli jeseni tega leta, poudarek bo na dnevni hospitalizaciji otrok, s poudarkom na izobraževanju, in odraslih po kapi. Načrtujemo približno 50 postelj.

**Najlepša hvala za pogovor.**



# Poročilo volilne komisije o izvedbi volitev predsednika Zdravniške zbornice Slovenije 2016

Ljubljana, 10. maj 2016

1. Volitve predsednika Zdravniške zbornice Slovenije so potekale v torek, 10. 5. 2016. Volitve so se opravile z glasovanjem po pošti.
2. Za predsednika/-co zbornice sta kandidirala dva kandidata:  
primarijka dr. Gordana Kalan Živčec, dr. med., primarij Andrej Možina, dr. med.
3. Volilni listi za volitve predsednika zbornice so bili 25. 4. 2016 po pošti posredovani 10.256 članom zbornice z volilno pravico, kolikor jih je bilo na dan 18. 4. 2016 vpisanih v register zdravnikov.
4. Volilna komisija je na dan volitev, 10. 5. 2016, na sedežu Zdravniške zbornice Slovenije, Dunajska cesta 162, Ljubljana, preštela prejete zaprte volilne liste za volitve predsednika zbornice.
5. Volitev predsednika zbornice sta se udeležila

4602 člana zbornice z volilno pravico, volilna udeležba je bila 44,9 %.

6. **Volitve predsednika zbornice niso veljavne, saj se glasovanja ni udeležilo vsaj 50 % članov zbornice z volilno pravico, kot določa Statut zdravniške zbornice Slovenije.**
7. S tem poročilom o izvedbi volitev predsednika zbornice se seznanijo predsednik skupščine zbornice, prim. asist. dr. Jerneja Završnika, dr. med., spec., in oba kandidata za predsednika zbornice.

Volilna komisija:

*Borut Rijavec, dr. med., predsednik*

*Asist. dr. Jernej Dolinšek, dr. med.*

*Nataša Rozman, dr. dent. med.*

*Ciril Trček, dr. med.*

*Anamarija Ziherl, dr. med.*

# Poročilo volilne komisije o izvedbi volitev poslancev skupščine Zdravniške zbornice Slovenije 2016

Ljubljana, 10. maj 2016

1. Volitve poslancev skupščine Zdravniške zbornice Slovenije so potekale v torek, 10. 5. 2016. Volitve so se opravile z glasovanjem po pošti.
2. V skladu s Statutom Zdravniške zbornice Slovenije in Poslovnikom o delu skupščine, izvršilnega odbora ter njenih organov se je v petnajstih regijah, skupno razdeljenih na 60 volilnih enot, volilo 90 poslancev skupščine zbornice. V volilni enoti MS3 (ZD Ljutomer) Pomurske regije volivci niso določili kandidatov za poslanca skupščine zbornice. Navedena volilna enota s pripadajočim poslanskim sedežem je bila v skladu z odločitvijo regijskega odbora pridružena volilni enoti MS1 (SB Murska Sobota).

3. Volilni listi za volitve poslancev skupščine zbornice so bili 25. 4. 2016 po pošti posredovani 10.256 članom zbornice z volilno pravico, kolikor jih je bilo na dan 18. 4. 2016 vpisanih v register zdravnikov.
4. Volilna komisija je na dan volitev, 10. 5. 2016, na sedežu Zdravniške zbornice Slovenije, Dunajska cesta 162, Ljubljana, preštela prejete volilne liste za volitve poslancev skupščine zbornice.
5. Volitev poslancev skupščine zbornice se je udeležilo 4510 članov zbornice z volilno pravico, volilna udeležba je bila 44 %. Veljavnih volilnih listov je bilo 4420, neveljavnih volilnih listov je bilo 42, neuporabljenih volilnih listov je bilo 48.  
Volilna udeležba po posameznih regijah:
  - 1) zaposleni zdravniki ambulantno-specialističnega in bolnišničnega zdravstva ljubljanske regije: 44,3 %;
  - 2) zaposleni zdravniki osnovnega zdravstva in ostali zdravniki ljubljanske regije: 41,4 %;
  - 3) zaposleni zdravniki gorenjske regije: 42,8 %;
  - 4) zaposleni zdravniki celjske regije: 40,6 %;
  - 5) zaposleni zdravniki velenjsko-koroške regije: 41,3 %;
  - 6) zaposleni zdravniki mariborske regije: 44,2 %;
  - 7) zaposleni zdravniki pomurske regije: 45,6 %;
  - 8) zaposleni zdravniki dolenske (novomeške) regije: 40,2 %;
  - 9) zaposleni zdravniki obalno-kraške regije: 39,9 %;
  - 10) zaposleni zdravniki primorske regije: 41,6 %;
  - 11) zaposleni zdravniki zasavske regije: 42,4 %;
  - 12) zaposleni zdravniki posavske regije: 35,0 %;
  - 13) zaposleni zdravniki ptujsko-ormoške regije: 45,7 %;
  - 14) zasebni zdravniki Slovenije: 52,5 %;
  - 15) zaposleni zobozdravniki Slovenije: 43,8 %.
6. Člani zbornice z volilno pravico so izvolili 90 poslancev skupščine zbornice.
7. S tem poročilom o izvedbi volitev poslancev skupščine zbornice se seznanijo predsednika skupščine zbornice, prim. asist. dr. Jerneja Završnika, dr. med., spec., in se mu predlaga sklic konstitutivne seje nove skupščine.

CELJSKA REGIJA		
Volilna enota:	CE1: SB Celje	
<b>Število poslanskih sedežev: 3</b>		
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	403	
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	147	
Št. veljavnih volilnih listov:	144	
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>		
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>	
<b>Sebastjan Ašenberger, dr. med.</b>	<b>118</b>	<b>IZVOLJEN</b>
<b>Prim. Uršula Salobir Gajšek, dr. med.</b>	<b>118</b>	<b>IZVOLJENA</b>
<b>Dean Sinožič, dr. med.</b>	<b>108</b>	<b>IZVOLJEN</b>

Volilna enota:	CE2: ZD Celje	
<b>Število poslanskih sedežev: 1</b>		
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	143	
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	68	
Št. veljavnih volilnih listov:	64	
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>		
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>	
<b>Robert Čater, dr. med.</b>	<b>64</b>	<b>IZVOLJEN</b>

Volilna enota:	CE3: ZD-ji in zdravilišča	
<b>Število poslanskih sedežev: 1</b>		
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	102	
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	48	
Št. veljavnih volilnih listov:	48	
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>		
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>	
<b>Blanka Jug, dr. med.</b>	<b>29</b>	<b>IZVOLJENA</b>
<b>Ingrid Kus Sotošek, dr. med.</b>	<b>19</b>	

### DOLENJSKA REGIJA

Volilna enota:	NM1: SB Novo mesto in ZD Novo mesto	
<b>Število poslanskih sedežev: 3</b>		
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	386	
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	155	
Št. veljavnih volilnih listov:	151	
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>		
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>	
<b>Janez Dolinar, dr. med.</b>	<b>108</b>	<b>IZVOLJEN</b>
<b>Matej Kolenc, dr. med.</b>	<b>107</b>	<b>IZVOLJEN</b>
<b>Petra Rogina Skvarč, dr. med.</b>	<b>92</b>	<b>IZVOLJENA</b>
<b>Tea Šikovec, dr. med.</b>	<b>79</b>	

### GORENJSKA REGIJA

Volilna enota:	KR1: Bolnišnica Kranj	
<b>Število poslanskih sedežev: 1</b>		
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	110	
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	46	
Št. veljavnih volilnih listov:	45	
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>		
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>	
<b>Prim. mag. Franc Šifrer, dr. med.</b>	<b>45</b>	<b>IZVOLJEN</b>

Volilna enota:	KR2: SB Jesenice	
<b>Število poslanskih sedežev: 2</b>		
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	174	
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	60	
Št. veljavnih volilnih listov:	60	
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>		
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>	
<b>Prim. Matej Andoljšek, dr. med.</b>	<b>52</b>	<b>IZVOLJEN</b>
<b>Nataša Vuga, dr. med.</b>	<b>46</b>	<b>IZVOLJENA</b>

Volilna enota:	KR3: ZD Kranj	
<b>Število poslanskih sedežev: 1</b>		
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	186	
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	93	
Št. veljavnih volilnih listov:	91	

<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>		
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>	
<b>Tatjana Primožič, dr. med.</b>	<b>91</b>	<b>IZVOLJENA</b>
<b>Volilna enota: KR4: ZD Jesenice</b>		
<b>Število poslanskih sedežev: 1</b>		
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	84	
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	38	
Št. veljavnih volilnih listov:	37	
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>		
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>	
<b>Nika Kramar, dr. med.</b>	<b>37</b>	<b>IZVOLJENA</b>
<b>LJUBLJANSKA REGIJA BOLNIŠNIČNEGA IN SPECIALISTIČNEGA ZDRAVSTVA</b>		
<b>Volilna enota:</b>	<b>LB1: UKC Dermatološka + ORL + Očesna + Ortopedska klinika</b>	
<b>Število poslanskih sedežev: 1</b>		
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	121	
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	51	
Št. veljavnih volilnih listov:	49	
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>		
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>	
<b>Ciril Trček, dr. med.</b>	<b>49</b>	<b>IZVOLJEN</b>
<b>Volilna enota:</b>	<b>LB2: UKC Nevrološka klin. + Klinični inštitut za radiologijo</b>	
<b>Število poslanskih sedežev: 1</b>		
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	121	
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	29	
Št. veljavnih volilnih listov:	26	
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>		
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>	
<b>Mag. Simona Šteblaj, dr. med.</b>	<b>26</b>	<b>IZVOLJENA</b>
<b>Volilna enota:</b>	<b>LB3: ostali iz UKC in drugih ustanov</b>	
<b>Število poslanskih sedežev: 3</b>		
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	334	
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	104	
Št. veljavnih volilnih listov:	103	
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>		
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>	
<b>Daniel Globokar, dr. med.</b>	<b>88</b>	<b>IZVOLJEN</b>
<b>Ivica Marić, dr. med.</b>	<b>69</b>	<b>IZVOLJEN</b>
<b>Primož Poženel, dr. med.</b>	<b>74</b>	<b>IZVOLJEN</b>
<b>Volilna enota:</b>	<b>LB4: Anesteziologi</b>	
<b>Število poslanskih sedežev: 1</b>		
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	135	
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	67	
Št. veljavnih volilnih listov:	67	
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>		
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>	
<b>Prim. mag. Rade Stanić, dr. med.</b>	<b>27</b>	
<b>Doc. dr. Tatjana Stopar Pintarič, dr. med.</b>	<b>41</b>	<b>IZVOLJENA</b>

<b>Volilna enota:</b>	<b>LB5: Upokojenci</b>	
<b>Število poslanskih sedežev: 3</b>		
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	341	
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	208	
Št. veljavnih volilnih listov:	206	
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>		
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>	
<b>Prim. mag. Alenka Fetih, dr. med.</b>	<b>169</b>	<b>IZVOLJENA</b>
<b>Prim. Mojca Kos Golja, dr. med.</b>	<b>178</b>	<b>IZVOLJENA</b>
<b>Prim. Franc Marolt, dr. med.</b>	<b>162</b>	<b>IZVOLJEN</b>
<b>Volilna enota:</b>	<b>LBF: Medicinska fakulteta</b>	
<b>Število poslanskih sedežev: 1</b>		
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	69	
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	31	
Št. veljavnih volilnih listov:	31	
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>		
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>	
<b>Prof. dr. Samo Ribarič, dr. med.</b>	<b>31</b>	<b>IZVOLJEN</b>
<b>Volilna enota:</b>	<b>LBG: UKC Ginekološka klinika</b>	
<b>Število poslanskih sedežev: 1</b>		
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	83	
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	40	
Št. veljavnih volilnih listov:	40	
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>		
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>	
<b>Prof. dr. Eda Vrtačnik Bokal, dr. med.</b>	<b>40</b>	<b>IZVOLJENA</b>
<b>Volilna enota:</b>	<b>LBI: UKC Interna klinika</b>	
<b>Število poslanskih sedežev: 2</b>		
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	289	
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	141	
Št. veljavnih volilnih listov:	140	
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>		
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>	
<b>Damjan Grenc, dr. med.</b>	<b>97</b>	<b>IZVOLJEN</b>
<b>Doc. dr. Andreja Marn Pernat, dr. med.</b>	<b>51</b>	<b>IZVOLJENA</b>
<b>Andreja Saje, dr. med.</b>	<b>31</b>	
<b>Miha Šušteršič, dr. med.</b>	<b>43</b>	
<b>Gregor Zemljič, dr. med.</b>	<b>43</b>	
<b>Volilna enota:</b>	<b>LBK: UKC Kirurška klinika</b>	
<b>Število poslanskih sedežev: 1</b>		
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	160	
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	67	
Št. veljavnih volilnih listov:	67	
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>		
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>	
<b>Asist. Borut Gubina, dr. med.</b>	<b>21</b>	
<b>Asist. Marko Jug, dr. med.</b>	<b>46</b>	<b>IZVOLJEN</b>



Volilna enota:		LBO: Onkološki inštitut	
<b>Število poslanskih sedežev: 1</b>			
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	154		
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	63		
Št. veljavnih volilnih listov:	61		
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>			
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>		
<b>Doc. dr. Mirjana Rajer, dr. med.</b>	<b>32</b>	<b>IZVOLJENA</b>	
<b>Asist. dr. Erik Škof, dr. med.</b>	<b>29</b>		

Volilna enota:		LBP: UKC Pediatrična klinika	
<b>Število poslanskih sedežev: 1</b>			
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	124		
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	55		
Št. veljavnih volilnih listov:	54		
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>			
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>		
<b>Doc. dr. Rina Rus, dr. med.</b>	<b>54</b>	<b>IZVOLJENA</b>	

Volilna enota:		LBS: Univerzitetna psihiatrična klinika	
<b>Število poslanskih sedežev: 1</b>			
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	95		
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	42		
Št. veljavnih volilnih listov:	40		
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>			
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>		
<b>Izr. prof. dr. Rok Tavčar, dr. med.</b>	<b>40</b>	<b>IZVOLJEN</b>	

### LJUBLJANSKA REGIJA OSNOVNEGA ZDRAVSTVA

Volilna enota:		LO1: Ljubljana – osnovno zdravstvo	
<b>Število poslanskih sedežev: 5</b>			
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	680		
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	248		
Št. veljavnih volilnih listov:	245		
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>			
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>		
<b>Mag. Peter Golmajer, dr. med.</b>	<b>157</b>	<b>IZVOLJEN</b>	
<b>Aleš Klun, dr. med.</b>	<b>160</b>	<b>IZVOLJEN</b>	
<b>Petra Ogrin Rehberger, dr. med.</b>	<b>151</b>	<b>IZVOLJENA</b>	
<b>Tanja Petkovič, dr. med.</b>	<b>157</b>	<b>IZVOLJENA</b>	
<b>Alenka Rus, dr. med.</b>	<b>174</b>	<b>IZVOLJENA</b>	

Volilna enota:		LO2: Ljubljana – okolica – jug	
<b>Število poslanskih sedežev: 1</b>			
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	61		
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	21		
Št. veljavnih volilnih listov:	21		
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>			
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>		
<b>Katarina Turk, dr. med.</b>	<b>21</b>	<b>IZVOLJENA</b>	

Volilna enota:		LO3: Ljubljana – okolica – jugovzhod	
<b>Število poslanskih sedežev: 1</b>			
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	48		
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	23		
Št. veljavnih volilnih listov:	22		
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>			
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>		
<b>Tonja Gomzi Hrabar, dr. med.</b>	<b>22</b>	<b>IZVOLJENA</b>	

Volilna enota:		LO4: NIJZ in zaposleni v podjetjih	
<b>Število poslanskih sedežev: 1</b>			
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	118		
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	63		
Št. veljavnih volilnih listov:	61		
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>			
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>		
<b>Dr. Lucija Perharič, dr. med.</b>	<b>39</b>	<b>IZVOLJENA</b>	
<b>Prim. asist. mag. Polonca Truden Dobrin, dr. med.</b>	<b>22</b>		

Volilna enota:		LO5: Upokojenci ljublanske regije – osnovno zdravstvo	
<b>Število poslanskih sedežev: 1</b>			
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	156		
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	85		
Št. veljavnih volilnih listov:	82		
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>			
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>		
<b>Klemen Rihar, dr. med.</b>	<b>82</b>	<b>IZVOLJEN</b>	

### MARIBORSKA REGIJA

Volilna enota:		MA1: UKC Maribor	
<b>Število poslanskih sedežev: 5</b>			
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	684		
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	296		
Št. veljavnih volilnih listov:	296		
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>			
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>		
<b>Doc. dr. Sebastjan Bevc, dr. med.</b>	<b>135</b>		
<b>Prim. asist. mag. Martin Bigec, dr. med.</b>	<b>65</b>		
<b>Asist. dr. Jernej Dolinšek, dr. med.</b>	<b>219</b>	<b>IZVOLJEN</b>	
<b>Samo Granda, dr. med.</b>	<b>215</b>	<b>IZVOLJEN</b>	
<b>Prim. dr. Vojko Kanič, dr. med.</b>	<b>202</b>	<b>IZVOLJEN</b>	
<b>Asist. Robert Keršič, dr. med.</b>	<b>117</b>		
<b>Jožef Magdič, dr. med.</b>	<b>174</b>	<b>IZVOLJEN</b>	
<b>Boris Rižnar, dr. med.</b>	<b>162</b>	<b>IZVOLJEN</b>	

Volilna enota:		MA2: ZD Maribor	
<b>Število poslanskih sedežev: 3</b>			
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	353		
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	162		
Št. veljavnih volilnih listov:	152		
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>			
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>		
<b>Prim. Danilo Maurič, dr. med.</b>	<b>112</b>	<b>IZVOLJEN</b>	
<b>Prim. asist. dr. Jernej Završnik, dr. med.</b>	<b>120</b>	<b>IZVOLJEN</b>	
<b>Stjepan Žiger, dr. med.</b>	<b>122</b>	<b>IZVOLJEN</b>	

<b>OBALNO-KRAŠKA REGIJA</b>		
<b>Volilna enota:</b>	<b>OK1: SB Izola in Postojna</b>	
<b>Število poslanskih sedežev: 3</b>		
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	338	
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	142	
Št. veljavnih volilnih listov:	140	
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>		
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>	
<b>Zlata Ceglar, dr. med.</b>	<b>102</b>	<b>IZVOLJENA</b>
<b>Ivica Smajla, dr. med.</b>	<b>95</b>	<b>IZVOLJENA</b>
<b>Alenka Uršič Polh, dr. med.</b>	<b>115</b>	<b>IZVOLJENA</b>
<b>Volilna enota:</b>		
<b>OK2: Zdravstveni domovi Obale</b>		
<b>Število poslanskih sedežev: 1</b>		
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	148	
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	52	
Št. veljavnih volilnih listov:	49	
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>		
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>	
<b>Asist. mag. Tatjana Cvetko, dr. med.</b>	<b>49</b>	<b>IZVOLJENA</b>
<b>POMURSKA REGIJA</b>		
<b>Volilna enota:</b>	<b>MS1+MS3: SB Murska Sobota in ZD Ljutomer</b>	
<b>Število poslanskih sedežev: 2</b>		
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	237	
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	115	
Št. veljavnih volilnih listov:	115	
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>		
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>	
<b>Peter Kiraly, dr. med.</b>	<b>102</b>	<b>IZVOLJEN</b>
<b>Prim. mag. Maja Šeruga, dr. med.</b>	<b>90</b>	<b>IZVOLJENA</b>
<b>Volilna enota:</b>		
<b>MS2: ZD Murska Sobota</b>		
<b>Število poslanskih sedežev: 1</b>		
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	81	
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	30	
Št. veljavnih volilnih listov:	30	
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>		
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>	
<b>Tina Mlinarič, dr. med.</b>	<b>30</b>	<b>IZVOLJENA</b>
<b>POSAVSKA REGIJA</b>		
<b>Volilna enota:</b>	<b>KK1: SB Brežice</b>	
<b>Število poslanskih sedežev: 2</b>		
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	88	
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	26	
Št. veljavnih volilnih listov:	26	
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>		
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>	
<b>Mojca Savnik Iskra, dr. med.</b>	<b>21</b>	<b>IZVOLJENA</b>
<b>Mateja Vukmanič Pohar, dr. med.</b>	<b>21</b>	<b>IZVOLJENA</b>

<b>Volilna enota:</b>	<b>KK2: ZD Krško</b>	
<b>Število poslanskih sedežev: 1</b>		
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	75	
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	31	
Št. veljavnih volilnih listov:	29	
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>		
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>	
<b>Mojca Pibernik, dr. med.</b>	<b>29</b>	<b>IZVOLJENA</b>
<b>PRIMORSKA REGIJA</b>		
<b>Volilna enota:</b>	<b>NG1: SB Nova Gorica</b>	
<b>Število poslanskih sedežev: 1</b>		
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	187	
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	77	
Št. veljavnih volilnih listov:	76	
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>		
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>	
<b>Miha Bartolič, dr. med.</b>	<b>37</b>	
<b>Luka Kuštrin, dr. med.</b>	<b>39</b>	<b>IZVOLJEN</b>
<b>Volilna enota:</b>		
<b>NG2: ZD Nova Gorica</b>		
<b>Število poslanskih sedežev: 1</b>		
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	98	
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	41	
Št. veljavnih volilnih listov:	38	
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>		
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>	
<b>Mirjam Bizjak Velikonja, dr. med.</b>	<b>38</b>	<b>IZVOLJENA</b>
<b>Volilna enota:</b>		
<b>NG3: ZD Tolmin in ZD Ajdovščina</b>		
<b>Število poslanskih sedežev: 1</b>		
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	61	
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	26	
Št. veljavnih volilnih listov:	25	
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>		
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>	
<b>Bojan Rustja, dr. med.</b>	<b>25</b>	<b>IZVOLJEN</b>
<b>PTUJSKO-ORMOŠKA REGIJA</b>		
<b>Volilna enota:</b>	<b>PO1: SB Ptuj</b>	
<b>Število poslanskih sedežev: 2</b>		
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	106	
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	44	
Št. veljavnih volilnih listov:	43	
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>		
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>	
<b>Andrej Levanič, dr. med.</b>	<b>41</b>	<b>IZVOLJEN</b>
<b>Prim. Majda Šarman, dr. med.</b>	<b>35</b>	<b>IZVOLJENA</b>
<b>Volilna enota:</b>		
<b>PO2: ZD Ptuj</b>		
<b>Število poslanskih sedežev: 1</b>		
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	80	
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	41	
Št. veljavnih volilnih listov:	41	
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>		
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>	
<b>Rahela Simonič, dr. med.</b>	<b>41</b>	<b>IZVOLJENA</b>

REGIJA ZAPOSLENIH ZOBOZDRAVNIKOV SLOVENIJE		
<b>Volilna enota:</b>	<b>ST1: Zobozdravniki UKC Ljubjana in MF</b>	
<b>Število poslanskih sedežev: 1</b>		
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	75	
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	22	
Št. veljavnih volilnih listov:	21	
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>		
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>	
<b>Doc. dr. Rok Schara, dr. dent. med.</b>	<b>21</b>	<b>IZVOLJEN</b>
<b>Volilna enota:</b>	<b>ST2: Zobozdravniki LJ</b>	
<b>Število poslanskih sedežev: 3</b>		
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	458	
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	186	
Št. veljavnih volilnih listov:	180	
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>		
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>	
<b>Stane Marn, dr. dent. med.</b>	<b>126</b>	<b>IZVOLJEN</b>
<b>Krunoslav Pavlovič, dr. dent. med.</b>	<b>108</b>	<b>IZVOLJEN</b>
<b>Saša Savič, dr. dent. med.</b>	<b>106</b>	<b>IZVOLJEN</b>
<b>Volilna enota:</b>	<b>ST3: Zobozdravniki MB</b>	
<b>Število poslanskih sedežev: 1</b>		
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	144	
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	72	
Št. veljavnih volilnih listov:	72	
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>		
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>	
<b>Matjaž Marušič, dr. dent. med.</b>	<b>51</b>	<b>IZVOLJEN</b>
<b>Ingrid Merc Hribernik, dr. dent. med.</b>	<b>21</b>	
<b>Volilna enota:</b>	<b>ST4: Zobozdravniki NM - KK - TR</b>	
<b>Število poslanskih sedežev: 1</b>		
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	118	
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	41	
Št. veljavnih volilnih listov:	37	
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>		
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>	
<b>Matevž Janc, dr. dent. med.</b>	<b>37</b>	<b>IZVOLJEN</b>
<b>Volilna enota:</b>	<b>ST5: Zobozdravniki CE - VK</b>	
<b>Število poslanskih sedežev: 1</b>		
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	155	
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	52	
Št. veljavnih volilnih listov:	52	
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>		
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>	
<b>Mateja Osojnik, dr. dent. med.</b>	<b>52</b>	<b>IZVOLJENA</b>
<b>Volilna enota:</b>	<b>ST6: Zobozdravniki KR</b>	
<b>Število poslanskih sedežev: 1</b>		
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	102	
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	51	
Št. veljavnih volilnih listov:	49	

<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>		
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>	
<b>Stoš Stanislav Naglič, dr. dent. med.</b>	<b>49</b>	<b>IZVOLJEN</b>
<b>Volilna enota:</b>	<b>ST7: Zobozdravniki NG</b>	
<b>Število poslanskih sedežev: 1</b>		
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	82	
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	50	
Št. veljavnih volilnih listov:	49	
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>		
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>	
<b>Matjaž Gorkič, dr. dent. med.</b>	<b>24</b>	
<b>Boštjan Lavriša, dr. dent. med.</b>	<b>25</b>	<b>IZVOLJEN</b>
<b>Volilna enota:</b>	<b>ST8: Zobozdravniki OK</b>	
<b>Število poslanskih sedežev: 1</b>		
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	69	
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	32	
Št. veljavnih volilnih listov:	28	
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>		
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>	
<b>Evgenij Komljanec, dr. dent. med.</b>	<b>13</b>	
<b>Vedran Vidaković, dr. dent. med.</b>	<b>15</b>	<b>IZVOLJEN</b>
<b>Volilna enota:</b>	<b>ST9: Zobozdravniki MS - PO</b>	
<b>Število poslanskih sedežev: 1</b>		
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	97	
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	63	
Št. veljavnih volilnih listov:	63	
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>		
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>	
<b>Damir Noveski, dr. dent. med.</b>	<b>9</b>	
<b>Ivana Perkič, dr. dent. med.</b>	<b>48</b>	<b>IZVOLJENA</b>
<b>Jovan Peševski, dr. dent. med.</b>	<b>6</b>	
REGIJA ZASEBNIH ZDRAVNIKOV SLOVENIJE		
<b>Volilna enota:</b>	<b>ZO1: Zasebni zdravniki osnovnega zdravstva</b>	
<b>Število poslanskih sedežev: 2</b>		
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	327	
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	204	
Št. veljavnih volilnih listov:	202	
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>		
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>	
<b>Asist. dr. Rade Iljaž, dr. med.</b>	<b>85</b>	<b>IZVOLJEN</b>
<b>Branko Jerković, dr. med.</b>	<b>44</b>	
<b>Prim. asist. Dean Klančič, dr. med.</b>	<b>109</b>	<b>IZVOLJEN</b>
<b>Ksenija Ljubojevič Džaferović, dr. med.</b>	<b>62</b>	
<b>Miha Lukač, dr. med.</b>	<b>80</b>	



Volilna enota:		ZS1: Zasebni zdravniki specialisti (ginekologija in ostalo)	
<b>Število poslanskih sedežev: 2</b>			
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	258		
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	148		
Št. veljavnih volilnih listov:	147		
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>			
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>		
<b>Mag. Marko Bitenc, dr. med.</b>	<b>98</b>	<b>IZVOLJEN</b>	
<b>Prim. Bogomir Gorenšek, dr. med.</b>	<b>34</b>		
<b>Mojca Janžekovič van Midden, dr. med.</b>	<b>32</b>		
<b>Prim. Franc Rabič, dr. med.</b>	<b>15</b>		
<b>Doc. dr. Vladimir Senekovič, dr. med.</b>	<b>43</b>		
<b>Renata Završnik Mihič, dr. med.</b>	<b>53</b>	<b>IZVOLJENA</b>	
Volilna enota:		ZZ1: Zasebni zobozdravniki LJ	
<b>Število poslanskih sedežev: 1</b>			
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	233		
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	111		
Št. veljavnih volilnih listov:	111		
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>			
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>		
<b>Matej Praprotnik, dr. dent. med.</b>	<b>84</b>	<b>IZVOLJEN</b>	
<b>Nada Puharič, dr. dent. med.</b>	<b>29</b>		
Volilna enota:		ZZ2: Zasebni zobozdravniki CE - VK	
<b>Število poslanskih sedežev: 1</b>			
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	114		
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	46		
Št. veljavnih volilnih listov:	46		
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>			
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>		
<b>Mojca Drev, dr. dent. med.</b>	<b>46</b>	<b>IZVOLJENA</b>	
Volilna enota:		ZZ3: Zasebni zobozdravniki MB - PO - MS	
<b>Število poslanskih sedežev: 1</b>			
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	113		
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	53		
Št. veljavnih volilnih listov:	50		
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>			
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>		
<b>Rene Male, dr. dent. med.</b>	<b>50</b>	<b>IZVOLJEN</b>	
Volilna enota:		ZZ4: Zasebni zobozdravniki KR	
<b>Število poslanskih sedežev: 1</b>			
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	69		
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	28		
Št. veljavnih volilnih listov:	27		
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>			
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>		
<b>Diana Terlević Dabić, dr. dent. med.</b>	<b>27</b>	<b>IZVOLJENA</b>	

Volilna enota:		ZZ5: Zasebni zobozdravniki OK - NG	
<b>Število poslanskih sedežev: 1</b>			
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	102		
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	56		
Št. veljavnih volilnih listov:	56		
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>			
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>		
<b>Gordan Čok, dr. dent. med.</b>	<b>25</b>	<b>IZVOLJEN</b>	
<b>Mojca Dodič, dr. dent. med.</b>	<b>16</b>		
<b>Slavko Samotorčan, dr. dent. med.</b>	<b>15</b>		
Volilna enota:		ZZ6: Zasebni zobozdravniki NM - KK - TR	
<b>Število poslanskih sedežev: 1</b>			
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	67		
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	28		
Št. veljavnih volilnih listov:	28		
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>			
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>		
<b>Jure Poglajen, dr. dent. med.</b>	<b>28</b>	<b>IZVOLJEN</b>	
VELENJSKO-KOROŠKA REGIJA			
Volilna enota:		VK1: SB Slovenj Gradec	
<b>Število poslanskih sedežev: 1</b>			
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	184		
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	63		
Št. veljavnih volilnih listov:	63		
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>			
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>		
<b>Prim. asist. Bojan Vujkovic, dr. med.</b>	<b>63</b>	<b>IZVOLJEN</b>	
Volilna enota:		VK2: Velenje	
<b>Število poslanskih sedežev: 1</b>			
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	102		
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	49		
Št. veljavnih volilnih listov:	48		
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>			
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>		
<b>Ajda Urbas, dr. med.</b>	<b>48</b>	<b>IZVOLJENA</b>	
Volilna enota:		VK3: ZD Ravne na Koroškem	
<b>Število poslanskih sedežev: 1</b>			
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	75		
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	37		
Št. veljavnih volilnih listov:	34		
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>			
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>		
<b>Zdenka Koželj Rekanović, dr. med.</b>	<b>34</b>	<b>IZVOLJENA</b>	

ZASAVSKA REGIJA		
<b>Volilna enota:</b>	<b>TR1: SB Trbovlje</b>	
<b>Število poslanskih sedežev: 2</b>		
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	58	
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	24	
Št. veljavnih volilnih listov:	24	
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>		
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>	
<b>Veronika Dintinjana, dr. med.</b>	<b>20</b>	<b>IZVOLJENA</b>
<b>Tina Stavec, dr. med.</b>	<b>19</b>	<b>IZVOLJENA</b>

Volilna enota:		TR2: ZD Trbovlje
<b>Število poslanskih sedežev: 1</b>		
Št. volilnih upravičencev volilne enote:	41	
Št. volivcev, ki so se udeležili volitev:	18	
Št. veljavnih volilnih listov:	18	
<b>Volilna komisija je preštela naslednje število glasov:</b>		
<i>Kandidat</i>	<i>Št. glasov</i>	
<b>Darja Logar, dr. med.</b>	<b>18</b>	<b>IZVOLJENA</b>

Volilna komisija:  
*Borut Rijavec, dr. med., predsednik*  
*Asist. dr. Jernej Dolinšek, dr. med.*  
*Nataša Rozman, dr. dent. med.*  
*Ciril Trček, dr. med.*  
*Anamarija Ziherl, dr. med.*

## Poročilo o projektih Odbora za zobozdravstvo v mandatu 2012–2016

Diana Terlevič Dabić, dr. dent. med., Odbor za zobozdravstvo ZZS

Ob izteku mandata vsak odbor ZZS poda poročilo o svojem delu poslancem skupščine, tako tudi OZB. To je mogoče priložnost, da svojim članom predstavimo, kaj je v mandatu 2012–2016 Odbor za zobozdravstvo naredil za pozitivno promocijo poslanstva vrhunsko usposobljenih strokovnjakov na področju ustnega zdravja. Projekti, ki smo jih organizirali, so bili odmevni, bilo jih je veliko in so dosegli ciljne skupine: medije in novinarje, širšo javnost (starše, nosečnice, mlade), civilno družbo, strokovno javnost (zobozdravnike), strokovna združenja in strokovne institucije (MF, ZZS, SZD, NIJZ) ter politične odločevalce (MZ; ZZS, Odbor za zdravstvo).

Namen projektov Odbora za zobozdravstvo je bil:

- promocija preventive v zobozdravstvu pri otrocih, mladostnikih in odraslih, zgodnje odkrivanje ustnih bolezni in zgodnje zdravljenje,
- s preventivnimi ukrepi in ozaveščanjem izboljšanje ustnega zdravja populacije, s čimer se bo

zmanjšala potreba po zdravljenju in rehabilitaciji,

- glavno sporočilo javnosti, strokovnjakom in odgovornim politikom: dobro ustno zdravje je temeljna človekova pravica in je del splošnega zdravja, za katero vsi prevzemamo odgovornost,
- aktivno promovirati kakovostno zobozdravstveno varstvo v skladu s strokovno doktrino in načeli dobre klinične prakse ter varno za paciente,
- sodelovanje stroke in družbe pri promociji ustnega zdravja in zdravega načina življenja,
- okrepiti vlogo zobozdravnika v kliničnem in družbenem okolju ter s tem graditi ugled zobozdravnikov v javnosti.

Leta 2013 je FDI – Svetovno združenje zobozdravnikov za svetovni dan ustnega zdravja določilo 20. marec. Ob tem dnevu se na globalni, regionalni in nacionalni ravni organizirajo raznovrstne aktivnosti, ki promovirajo ustno zdravje, ozaveščajo ljudi o pomenu preventivnih dejavnosti, saj dobro ustno zdravje pripomore

k zmanjševanju kroničnih obolenj ter izboljšanju splošnega zdravja in dobrega počutja ljudi.

Odbor za zobozdravstvo Zdravniške zbornice Slovenije je ob svetovnem dnevu ustnega zdravja organiziral strokovno srečanje »Oralno zdravje za zdravo življenje«, v soboto, 23. marca 2013, v Modri dvorani Domus Medica. Namen srečanja je bil poudariti velik pomen ustnega zdravja na kakovost življenja in blagostanje ter seznaniti slovenske zobozdravnike z novostmi po uveljavitvi evropskih direktiv. Na srečanje so bili vabljeni zobozdravniki, splošni zdravniki, pediatri in ostali zobozdravstveni delavci.

Srečanje so popestrile tudi preventivne sestre iz Zdravstvenega doma Ljubljana s prispevkom Zobozdravstvena vzgoja otrok in mladostnikov ter predstavitev dela Centralne medicinske knjižnice. Pokrovitelj srečanja je bilo Ministrstvo za zdravje.

Z željo, da sporočilo svetovnega dneva ustnega zdravja doseže čim večje število ljudi, smo v sodelovanju

s Stomatološko sekcijo pri SZD pripravili tiskovno konferenco.

V letu 2013 se je pričelo tudi sodelovanje Odbora za zobozdravstvo s študentsko organizacijo SIDSIC. Odbor za zobozdravstvo ZZS se je z veseljem odzval in prevzel pokroviteljstvo nad sodelovanjem slovenskih študentov dentalne medicine na

ustnega zdravja pod geslom **Poskrbite za zdrav nasmeh** pritegnili Stomatološko sekcijo SZD, Nacionalni inštitut za javno zdravje, Pedontološko sekcijo pri SZD.

Aktivnosti, ki smo jih izvajali ob dogodku:

- Delavnice za predšolske in šolske otroke, kjer so se ob igrinah,

**ustno zdravje matere in malčka** in svetovanje zobozdravnikov o skrbi za ustno zdravje.

- Organizirali smo načrtovano publiciteto z novinarsko konferenco, izjavami in intervjuji s sporočilom, da je dobro ustno zdravje temeljna človekova pravica in del splošnega zdravja.



Svetovni dan oralnega zdravja 2013  
**Oralno zdravje za zdravo življenje**  
seminar 23. marec 2013

WORLD ORAL HEALTH DAY  
20 MARCH

organizator soorganizator pokrovitelj

IZBORNIKA SLOVENSKE DENTISTE  
STOMATOLOŠKA SEKCIJA  
fdi  
Unilever  
LISTERINE  
TePe  
REPUBLIKA SLOVENIJA  
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

kongresu študentov dentalne medicine na Reki.

Smisel našega dela je bil tudi v povezovanju strokovnih združenj in institucij v skupne projekte. Tako smo leta 2014 k organiziranju različnih aktivnosti ob svetovnem dnevu

risankah in čarovnjah učili o primerni ustni higieni in pravilni prehrani. Delavnic se je udeležilo okoli 100 otrok.

- Delavnice, namenjene **nosečnicam in bodočim staršem**, kjer so bile na voljo zloženske **Skrb za**



Svetovni dan  
ustnega zdravja  
20 marec

20. marec 2014 SVETOVNI DAN USTNEGA ZDRAVJA

Organizatorji

World Oral Health Day 2014 March  
fdi  
SLOVENSKA DENTISTE

www.worldehd.org #WHD14

Skrb za ustno zdravje  
zložen

**Skrb za ustno zdravje matere in malčka**





- Izdali smo zloženko za širšo javnost **Skrb za ustno zdravje matere in malčka.**
- Ob dogodku smo pripravili pismo strokovni javnosti – neposredno vsem zobozdravnikom, in pismo političnim odločevalcem – MZ, ZZS, politikom.



V mesecu septembru 2014 je potekal naš najbolj odziven projekt **Pravočasni pregled ustne votline lahko reši življenje.** V njem je sodelovalo več kot 250 slovenskih zobozdravnikov in skupaj smo prebivalcem Slovenije omogočili okoli 2000 brezplačnih preventivnih pregledov ustne votline, s ciljem, da bi odkrili zgodnje maligne spremembe v ustni votlini in ozavestili prebivalstvo o tej hudi bolezni. Projekt je izpolnil vsa pričakovanja, saj smo dobili vrnjenih 1908 vprašalnikov, od pregledanih pacientov je bilo 125 napotenih k specialistu. Po podatkih Kliničnega oddelka za maksilofacialno in oralno kirurgijo UKC Ljubljana so med napotenimi pacienti odkrili štiri zgodnje maligne spremembe in pacienti so bili operirani.

Projekt je potekal pod okriljem Odbora za zobozdravstvo ZZS in ob sodelovanju Kliničnega oddelka za maksilofacialno kirurgijo UKC Ljubljana in Centra za ustne bolezni in parodontologijo Stomatološke klinike. Častni pokrovitelj projekta je bilo Ministrstvo za zdravje.

Organizirali smo brezplačno strokovno izobraževanje za zobozdravnike, ki so sodelovali v projektu.

Projekt **Pravočasen pregled ustne votline lahko reši življenje** je bil prvi tak projekt v naši državi, zagotovili smo mu nacionalno prepoznavnost. Medijska pokritost strokovne teme raka ustne votline je bila velika; o možnosti brezplačnega pregleda so poročali **vs**i nacionalni mediji, televizije in radii.

Svetovni dan ustnega zdravja 2015 je potekal pod geslom **Čas je za nasmeh** in ob organizaciji številnih aktivnosti, med drugim tudi z odprtjem razstave Endodontostrip zobozdravnika Roka Juriča in ilustratorja Cirila Horjaka. V projektu **Zobek** smo skupaj s skupino študentov dentalne medicine organizirali delavnice, namenjene izobraževanju o ustnem zdravju in sladkorjih. Izvajali smo jih v dijaških domovih in na Pediatrični kliniki, namenjene pa so bile otrokom in mladostnikom, ki so v tem

smislu najbolj ranljiva skupina. Pripravili smo tudi zloženko **Kako sladek je tvoj nasmeh**, ki nas pouči, da je sladek nasmeh le zdrav nasmeh, in nas seznanja o nevarnostih pretiranega uživanja sladkorjev, ki znajo biti tudi skriti.

V letu 2015 in 2016 smo bili pokrovitelji Kongresa študentov dentalne medicine, ki ga je organizirala študentska organizacija SIDSIC, in s skupino študentov v projektu **Zobek** z zloženko o zdravi prehrani in zloženko o ustnem zdravju matere in malčka promovirali ustno zdravje ter sodelovali na dogodku Krog zdravja s stojnico na Prešernovem trgu v Ljubljani.

V maju 2016 je Odbor za zobozdravstvo organiziral brezplačen seminar s področja komunikacije za zobozdravnike z namenom izboljšati znanje in veščine komunikacije.

Pri Odboru za zobozdravstvo sem bila kot vodja projektov zadolžena za pozitivno promocijo našega poklica in stroke, zato vem, da smo opravili izjemno plodno, dobro in odzivno delo. Pozitiven naboj projektov in zavest o pomembnosti našega dela je bila vodilna nit kljub občasni težki poti do cilja. Verjetno bi bilo lažje, če bi zobozdravniška avtonomija v zbornici delovala tudi v praksi.

Poročilo o projektih Odbora za zobozdravstvo je le delček njegovega dela v tem mandatu – mogoče najbolj viden. Tudi druge naloge smo opravili z veliko dela in predanosti, mogoče pa nekoliko manj uspešno iz več razlogov.

Zahvala za projekte pripada vsem sodelujočim, članom Odbora za zobozdravstvo, ki so aktivno sodelovali in podpirali projekte, naši predstavnici za odnose z javnostmi Poloni, strokovnim službam, zlasti Lei, Mojci, Jaku, Milanu, Petru, Slavki, Marti, Milici ...



## Iz dela zbornice

### Obračunavanje RTG-posnetkov v zobozdravstvu

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije v teh dneh izvajalce obvešča o novem načinu obračunavanja slikanja zobnih kron »bite-wing« (šifra 31010) in periapikalnega slikanja (šifra 31012). Novi način obračunavanja se uporablja od 1. 1. 2016, čeprav izvajalci do pred kratkim o tem niso bili obveščeni. Takšen način spremembe obračunavanja (za nazaj) je neobičajen, zato člane obveščamo, da je Odbor za zobozdravstvo dne 4.

4. 2016 seznanil ZZZS, da je pridobil pisno sporočilo, v katerem je ZZZS že 16. 12. 2015 konkretnemu zdravstvenemu domu pojasnil, da se periapikalne posnetke lahko obračunava s šifro 31012. Zaradi nestrinjanja z neenakopravno obravnavo (saj sprememba ne more veljati le za enega izvajalca) je Odbor za zobozdravstvo ZZZS obvestil, da bo vse člane zbornice seznanil z izdanim stališčem ZZZS-ja. Šele temu je sledil dopis ZZZS-ja, s kate-

rim je izvajalce obveščal o novem načinu obračunavanja RTG.

ZZS smo zaprosili za pojasnilo, kako bo poravnal razliko pri obračunavanju, nastalo zaradi uporabe šifre 31010 namesto 31012 (periapikalni posnetki).

Ob tem člane seznanjamo, da si bo Odbor za zobozdravstvo še naprej prizadeval za vključitev RTG-storitve v t.i. ločeno zaračunljiv material oz. storitve.

*Sabina Markoli, dr. dent. med.  
Odbor za zobozdravstvo  
Predsednica*

### Večkratna odobritev specializacije

Zdravniška zbornica Slovenije je Ministrstvo za zdravje RS zaprosila za mnenje, ali je mogoča več kot dvakratna odobritev specializacije v posebnih primerih (npr. kardiologija in vaskularna medicina, intenzivna medicina, otroška nevrologija ipd.), kjer je za odobritev druge specializacije že potrebno opraviti celotno ali del neke »prve« specializacije. Mnenje ministrstva se glasi:

»Zakon o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 72/06 - uradno prečiščeno besedilo, 15/08-ZPacP, 58/08, 107/10-ZPPKZ in 40/12-ZUJF; v nadaljnjem besedilu: ZZdrS) v tretjem odstavku 18. člena določa, da specializant lahko samo enkrat po odobritvi specializacije zaprosi za odobritev druge specializacije.

Pojasnjujemo vam, da ZZdrS izjeme od navedene omejitve odobritve specializacij ne določa, niti jih ne pozna, kljub temu pa omenjena določba ZZdrS omogoča zdravnikom pridobitev oziroma odobritev specializacije iz npr. kardiologije in vaskularne medicine za potrebe javne zdrav-

stvene mreže. Namreč omenjena določba omogoča tako odobritev prve specializacije, ki je interna medicina, kot tudi druge specializacije, ki je kardiologija in vaskularna medicina, vse iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja. Z navedeno določbo ZZdrS je tako po mnenju Ministrstva za zdravje omogočena nemotena pridobitev in odobritev zelene specializacije iz kardiologije in vaskularne medicine za potrebe javne zdravstvene mreže.

Menjave specializacij, ki bi omogočale večkratne odobritve, pa kot je bilo navedeno, ZZdrS ne omogoča. Pri čemer je potrebno poudariti, da je bila določba tretjega odstavka 18. člena ZZdrS, ki omejuje kandidaturu, uzakonjena tako z namenom racionalne rabe javnih sredstev, namreč specializacije za potrebe javne zdravstvene službe se financirajo iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja, kot tudi z namenom, da se zdravnikom kljub vsemu omogoči možnost izbire med dvema specializacijama za potrebe javne zdravstvene službe.

Glede na navedeno menimo, da tudi za specializacijo iz npr. kardiologije in vaskularne medicine veljajo enaka pravila kot za vse preostale specializacije.«

*Tina Šapec, univ. dipl. prav.  
Vodja Oddelka za podiplomsko  
usposabljanje,  
licence in register zdravnikov*

### Javljanje odsotnosti ZZZS-ju

Spoštovani kolegi, spoštovane kolegice,

v vednost smo prejeli obvestilo DENS-a svojim članom, v katerem je naveden 36. čl. Splošnega dogovora, ki zadeva javljanje odsotnosti koncesionarja bolnikom in ZZZS-ju. Kršitev te obveznosti je sankcionirana s pogodbeno kaznijo 400 EUR.

Glede na nekorektno navajanje v dopisu DENS-a, kjer se zbornico prak-

tično označuje za krivca za ta člen, vam podajamo naslednjo obrazložitve:

Zdravniška zbornica Slovenije v pogajanjih za Splošni dogovor zastopa zasebne zdravnike in zobozdravnike kot eden izmed »partnerjev« v pogajanjih – ostali partnerji so ZZZS, MZ, Združenje zdravstvenih zavodov, Lekarniška zbornica in Skupnost socialnih zavodov Slovenije.

Pogajanja si težko zaslužijo takšno poimenovanje, saj se v okviru »pogajanj« zgodi zelo malo – predlogi se namreč sprejemajo soglasno, kar pomeni, da se morajo vsi partnerji strinjati s predlogom posameznega partnerja. V primeru nesprejetja se do predlogov vseh partnerjev opredeli Vlada RS, ki potem posamezne predloge sprejme ali ne. Navedeno

pomeni, da praktično o vseh predlogih na koncu oblastno odloča Vlada RS, »pogajalski partnerji« pa na to odločitev nimajo nobenega ugovora.

Torej, v primeru javljanja odsočnosti je bila Zdravniška zbornica proti temu predlogu. Predlog ZZZS je romal na arbitražo in kasneje v odločanje Vladi RS, ki ga je sprejela, s čimer je predlog postal del Splošnega dogovora.

**Nadalje člane seznanjamo, da Zdravniška zbornica že vrsto let vztraja pri svojem predlogu, da se pogodbene kazni v celoti črtajo iz Splošnega dogovora.**

Že leta 2008 smo zobozdravniki v okviru zbornice predlagali, da se pogajanj za Splošni dogovor ne bi več udeleževali, vendar je na zbornici prevladalo mnenje, da je bolje, če smo

zraven. Ob tej priložnosti želimo člane ponovno seznaniti, da zbornica v pogajanjih plasira vse ustrezno obrazložene predloge članov, ki lahko privedejo do izboljšanja položaja zobozdravniškega in zdravniškega stanu. Zato se prav nihče ne more sklicevati, da mu ni bila dana možnost predlaganja sprememb Splošnega dogovora.

Besedilo Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2015 lahko najdete na spletni strani ZZZS. Vabimo vas, da vse svoje obrazložene predloge sprememb posredujete odgovorni osebi za vodenje pogajanj, gospe Niki Sokolič, univ. dipl. ekon., vodji Oddelka za plan in analize, na naslov: nika.sokolic@zss-mcs.si.

*Odbor za zobozdravstvo*



# Predstavitev sekcije za medicinsko izvedenstvo in zavarovalniško medicino Slovenskega zdravniškega društva

Dr. Tacijana Prijon, dr. med., ZZZS

Dr. Tomaž Čakš, dr. med., ZZZS

Mag. Jana Mrak, dr. med., ZZZS

Petra Ogrin Rehberger, dr. med., ZZZS

Izr. prof. dr. Vesna Švab, dr. med., ZZZS

Doc. dr. Saba Battelino, dr. med., UKC Ljubljana

Prim. mag. Jurij Fürst, dr. med., ZZZS

Na pobudo iniciativnega odbora zdravnikov Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZVS) je Glavni strokovni svet Slovenskega zdravniškega društva (SZD) podprl ustanovitev Sekcije za medicinsko izvedenstvo in zavarovalniško medicino SZD (SMIZM). Skladno s sklepi ustanovne skupščine SMIZM, dne 16. julija 2015, je skupina zdravnikov, ki smo redno zaposleni ali pogodbeni sodelavci ZZZS in Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije (ZPIZ), postala »strokovna javnost«, ki kot šestinšestdeseta sekcija oz. strokovna podenota deluje v okviru SZD.

SMIZM združuje skupino zdravnikov iz različnih medicinskih strok, ki svoje strokovno znanje in drugo usposobljenost uporabljamo pri izvajanju nalog za potrebe zgoraj navedenih zavodov. Naše delo je usmerjeno predvsem k uresničevanju pravic zavarovanih oseb, ki izhajajo iz socialnih zavarovanj, izdajamo tudi strokovna in izvedenska mnenja v drugih upravnih in sodnih postopkih ter delujemo na področju finančno-medicinskega nadzora pri izvajalcih zdravstvenih storitev. Glede na zakonsko opredeljene pristojnosti smo zdravniki ZZZS in ZPIZ aktivni udeleženci v procesu zdravljenja in rehabilitacije zavarovanih oseb, saj na osnovi svojega strokovnega znanja in kliničnih izkušenj lahko presojamo o začasni ali trajni nezmožnosti za delo ter o preostali delovni zmožnosti in ustreznosti drugega delovnega

mesta, telesni okvari, potrebi po stalni pomoči in postrežbi drugega, o potrebi po prilagoditvi prostorov in delovnih sredstev v zvezi s poklicno rehabilitacijo ali zaposlitvijo oz. premestitvijo na drugo delovno mesto ter o dodatnih usposabljanjih. Nadalje presojamo o upravičenosti zavarovanih oseb do zdraviliškega zdravljenja in nekaterih medicinskih pripomočkov, s pomočjo katerih se zagotavlja povrnitev zdravja in funkcionalnih sposobnosti po bolezni ali poškodbi. S svojim delom zagotavljamo ustrezno trajanje zdravljenja in rehabilitacije zavarovanih oseb ter s tem preprečujemo slabšanje zdravstvenega stanja po vrnitvi na delovno mesto ter možnosti nastanka poškodb pri delu ali poklicnih boleznih. S pomočjo finančno-medicinskega nadzora zagotavljamo tudi ustrezno uveljavljanje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja na vseh ravneh zdravstvenega varstva in standardno ponudbo v smislu strokovno-doktrinarne utemeljenosti zdravstvenih storitev. Pri našem izvedenskem delu presojamo zdravstveno stanje zavarovanih oseb na podlagi specialističnih izvidov in izvidov laboratorijskih in drugih diagnostičnih preiskav ter na podlagi z osebnim pregledom ugotovljenega kliničnega statusa.

Zdravniki ZZZS in ZPIZ smo nedvomno pomemben in aktivni člen v procesu zagotavljanja ustreznega zdravstvenega varstva zavarovanih oseb, podobno kot izbrani osebni zdravnik in

zdravniki drugih medicinskih specialnosti, saj izvajamo naloge, ki po svoji vsebini sodijo v okvir zdravniške službe. Pri svojem delu moramo upoštevati strokovne smernice, ki izhajajo iz veljavne medicinske doktrine, ter delovati skladno z medicinsko etiko in deontologijo, zato potrebujemo tudi ustrezno licenco za delo, ki jo podeljuje Zdravniška zbornica Slovenije.

Naše delo zahteva, poleg strokovnega medicinskega znanja, tudi specialna znanja in veščine, ki jih zaradi vsebine študija na medicinski fakulteti in v okviru obstoječih temeljnih specializacij ali drugih podiplomskih izobraževanj ni mogoče osvojiti. Zaradi tega se je porodila zamisel in potreba po uvedbi nove specializacije ali drugega podiplomskega študijskega programa s področja medicinskega izvedenstva in zavarovalniške medicine (angl. »Medical assessment and Insurance Medicine«). Podobna podiplomska izpopolnjevanja in specializacije že potekajo v številnih državah Evropske unije, kot izhaja iz tabele 1. S pomočjo tujih strokovnjakov, ki so nosilci tovrstnega izobraževanja, in članic EUMASS (European Union of Medicine in Assurance and Social Security) smo že pričeli s potrebnimi aktivnostmi, da bi v najkrajšem času pripravili program in umestili specializacijo iz našega področja tudi v slovenski prostor, seveda ob podpori

in soglasju pristojnih organov. Poleg tega pa bi lahko s skupnim sodelovanjem poenotili že obstoječe programe izobraževanja in izpopolnjevanja zdravnikov, ki delujemo na področju zavarovalniške medicine in medicine v socialnem zavarovanju, znotraj članstva EUMASS. Vso podporo in strokovno pomoč pri pripravi programa nove specializacije je naši sekciji že ponudilo veliko kliničnih kateder Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, na kar smo ponosni in nas zelo veseli. Z novo specializacijo bi nedvomno lahko pridobili prepotrben in ustrezen kader, omogočali večje zaposlovanje mladih zdravnikov, predvsem pa zagotovili nemoteno podaljševanje licenc, saj je Zdravniška zbornica Slovenije v zadnjem času zelo poostrila postopek licenciranja naših zdravnikov. Prav licenciranje zaposlenih zdravnikov na ZZS in ZPIZ predstavlja enega od temeljnih problemov, zaradi katerega je izredno težko pritegniti k sodelovanju zdravnike v okviru rednega delovnega razmerja in v obsegu polnega delovnega časa. Zato je zagotavljanje stalne kadrovske zasedbe tako na ZZS kot na ZPIZ, ki je pomembna za kakovostno in pravočasno odločanje o pravicah zavarovanih oseb in za kakovostno in enotno izvajanje finančno-medicinskih nadzorov, vedno težje.

V času pred uvedbo nove specializacije bo lahko SMIZM, skladno s

ključnimi cilji SZD, zagotavljala prenos strokovnih spoznanj, znanja in doktrine, ki so potrebni za naše delo, saj bo vzpostavila stik za potrebno strokovno nadgradnjo z drugimi sekcijami, društvi in združenji SZD, ki povezujejo strokovnjake drugih medicinskih specialnosti.

Člani SMIZM bi radi postali tudi samostojni člani Sveta evropskega združenja zavarovalniške medicine in medicine v socialnem zavarovanju (EUMASS), saj sekcija lahko nastopa kot strokovno organizirana skupina pod okriljem SZD. V času 21. kongresa EUMASS, ki bo potekal **od 9. do 11. junija 2016 v Ljubljani**, bomo zaprosili pristojne organe EUMASS, ki je krovna strokovna organizacija tega področja, da nas sprejmejo v svoje vrste. SMIZM se bo tako povečal mednarodni ugled, našim članom pa bo omogočeno tudi sodelovanje s podobnimi tujimi sekcijami, društvi in združenji.

Upamo, da bomo zdravniki ZZS in ZPIZ s pomočjo naše sekcije, ki deluje v okviru SZD, in kot člani EUMASS postali tisto, kar si v strokovni medicinski javnosti tudi zaslužimo. Na koncu naj citiramo še našo kolegico, ki pravi: »Novoustanovljena sekcija SZD in njeno članstvo v EUMASS dodaja tisto potrebno utež, ki nam je manjkala v vseh teh letih, ko smo z mnogo znanja in izkušenj ostali pogosto prezrti.«

Država	Program
Nizozemska	4-letni program specializacije s posebnim programom usposabljanja na delovnem mestu
Italija	4- do 5-letni program specializacije s posebnim programom usposabljanja na delovnem mestu
Romunija	3-letni program specializacije + 1-letno usposabljanje na delovnem mestu
Slovaška	3-letni program specializacije + 1-letno usposabljanje na delovnem mestu
Švica	3-letni magistrski študij
Finska	2-letni podiplomski program v okviru Finskega zdravniškega društva (Finish Medical Association)
Belgija	2-letni magistrski študij, kombiniran z usposabljanjem na delovnem mestu
Češka	2-letni podiplomski program z usposabljanjem na delovnem mestu
Nemčija	1-letni podiplomski program s posebnim usposabljanjem glede na vrste socialnega zavarovanja
Francija	6-mesečno podiplomsko izobraževanje s posebnim programom usposabljanja na delovnem mestu
Velika Britanija	predpisan podiplomski program ter diploma iz ocenjevanja invalidnosti (Disability Assessment Medicine)

Tabela 1: Obseg specializacije in/ali podiplomskega izpopolnjevanja s področja medicinskega izvedenstva in zavarovalniške medicine (Medical assessment and Insurance Medicine) v članicah EUMASS (European Union of Medicine in Assurance and Social Security).



# Tobak in povezani izdelki

Uveljavitev evropske tobačne direktive v Sloveniji v Zakonu o omejevanju uporabe tobačnih in povezanih izdelkov (ZOUTIPI)

Luka Šolmajer, mag. farm., Evropska zveza za preventivo kajenja in tobaka  
lukasolmajer@hotmail.com

Slovenija je uveljavila evropsko Direktivo o tobačnih izdelkih 2014/40/EU. Čas bo pokazal, ali bodo novosti prinesle bistven napredek. Direktiva je najmanjši evropski skupni imenovalec, saj so jo, glede na relativno dobro izhodišče, pritiski nekaj sto dodatnih lobistov tobačne industrije (poleg *rednih*) v EP v Bruslju oslabili (1). Zaradi pritiskov in obtožb je takratni evropski komisar za zdravje Dalli odstopil v nepojasnjenih okoliščinah (2, 3). Po njegovih besedah zato, ker se je zavzemal za evropsko direktivo, ki bo dobro ščitila zdravje (4, 5). Proti temu naj bi lobiral celo takratni predsednik Evropske komisije J. M. Barroso (6, 7). Dallijeva malteška zamenjava, komisar Borg, je pozval k *uravnoveženosti* in *zmernosti* pri ukrepih, kar pojasni, kdo je imel korist od te zamenjave. Si želimo uravnoveženosti pri gradnji azbestnih vrtcev, pri zastrupljeni vodi ali hrani, pri eksplozijah atomskih reaktorjev, kakšni resnični pandemiji – ali naj komisar za zdravje v EU zahteva *uravnoveženost* pri zaščiti življenj? Pomislimo vendar na dobičke neke manjšine. Kot pojasni prof. Anna B. Gilmore z Univerze v Bathu, lahko številne EU-koncepte: *smart regulation*, *impact assessment* in *risk assessment* (boljši predpisi, ocena vpliva in tveganja), vidimo v Evropskem parlamentu kot trojanske konje, vsiljene z namenom, da veliki posel (tudi še tako škodljiv) v izhodiščih prevlada nad interesi za javno zdravje (8). Lobistično dogajanje pri nas so delno opisali na portalu Siol (9) – in le s takšnimi metodami se tobačna katastrofa nadaljuje. Številni so bili medijski napadi na ministrico za zdravje, go. Kolar Celarc. Različna mnenja o

organiziranju zdravstva niso tema tega članka; del teh napadov, ko – po njenih besedah – »vsak dan terjajo glavo ministrice«, lahko razumemo tudi kot medijski upor zaradi ukrepov na področju tobaka. O tem se je do zdaj nenatančno poročalo. Iz dokumenta Ministrstva za zdravje RS (MZ) v javni razpravi o ZOUTIPI: »V Sloveniji vsak dan zaradi bolezni, pripisljivih kajenju, umre 10 oseb, to pomeni 3600 na leto. Za primerjavo naj navedemo, da je zaradi prometnih nesreč v letu 2014 umrlo 108 oseb, zaradi samomorov 448, zaradi prepovedanih drog 28, zaradi aidsa v letu 2013 5 oseb, zaradi alkohola pa jih letno umre okrog 900.« Teh primerjav ne slišimo pogosto. Proti drugim zdravstvenim problemom je tobak – *gorila v sobi* (10). Pri sprejemanju Zakona o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov (ZOUTI) v letu 2007 so t.i. *kulturniki*, *gostinci*, *trgovci* in kar je še podobnih priročnih nadomestkov za interese tobačne industrije, na vse pretege protestirali, tokrat pa niso zbuvali pozornosti. Zato mora medicinska stroka odločno podpreti te spremembe, interes za zaščito zdravja in življenja mora v tem primeru preseči vse delitve. Zdravniške organizacije: Zdravniška zbornica Slovenije (ZZS), Slovensko zdravniško društvo (SZD), zlasti posamične sekcije, kot so pulmologi, onkologi, kardiologi, pediatri itd., bi morali izstopati pri tej podpori, kot tudi zdravstveni delavci na splošno. Čeprav upamo, da bodo novi ukrepi prinesli napredek, ta boj še ni končan. Nujni so celoviti ukrepi, ki bodo urejali tobačne izdelke tako, da ne bodo več tako zasvoji, ali pa bodo dokončno prekinili dotok novih *nadomestnih kadilcev*. Sicer bo

napredek prepočasen in nezanesljiv, to se je pokazalo tudi po letu 2007. Žal se namernega prodajanja mladoletnim ni preprečilo in tudi uveljavitev zakonodaje v praksi je lahko velik problem. Iz dokumenta MZ: »71 % 16-letnikov zlahka pride do tobačnih izdelkov.« Skrivnost kajenja kot *dovoljenega upornišтва* je ravno v tem, da se le navidezno prepoveduje (po zakonu in ker tako misli večina staršev), dejansko pa se mladoletnim in otrokom prikrito oglašuje, vsepovsod ponuja in prodaja ta »prepovedani sad« in »vstop med odrasle«. Znano je, da tobačna industrija plačuje (preredke) kazni prodajalcem, ki kršijo prepoved prodaje mladoletnim osebam; kazni cinično vračunajo v svoj *poslovni model*. Pri vseh delnih omejitvah do zdaj so v tobačni industriji uspeli še naprej iz *limon delati limonado*.

## Vodilne države: zamolčana odlična novica iz Norveške

Zanimiva novica iz Evrope je šla neopaženo mimo slovenskih medijev, so pa o tem poročali v vseh nekdanjih jugoslovanskih republikah: Norveško zdravniško združenje (NMA) je kot drugo januarja 2016 (za britanskim BMA v juniju 2014) izglasovalo konec prodaje tobaka naslednjim generacijam (11). Zamolčanje tovrstne novice ni le naključje. Novico o sklepu BMA je objavil en medij in kasneje Isis (12), o Norveški niti eden. Neka stomilijardna industrija, ki dobiva visoke finančne nagrade za to, da z izdelkom zasvoji in predvidljivo skrajša življenje svojim, večinoma nemočnim uporabnikom, ima velik vpliv na medije. To je ključni pogoj, da so uspeli ohraniti

svojo dejavnost mnogo desetletij prek svojega roka trajanja. Tovrstne novice jih bolj ogrožajo. Po znani izjavi bi špinača, če bi povzročala le del bolezni kot tobak, že zdavnaj izginila iz prodaje. Pri azbestu je trajalo približno dve desetletji od jasnih medicinskih ugotovitev o azbestu v 70. letih do popolne prepovedi proizvodnje pri nas leta 1996 in prodaje 2004 (13). Pri za dva velikostna reda večjem zdravstvenem problemu – tobaku – že 60 let čakamo na prave spremembe. Se komu toži po azbestu, ki se ponekod še vedno uporablja? Poslanci se leta 2004 podaljšali zakon s 76 proti o glasovom. Tudi tobačnih izdelkov ne bomo pogrešali; čudili se bomo, da je vse trajalo tako dolgo.

Ko razmišljam, kako je bila v preteklosti možna kolektivna slepota in sprijaznjenost z vsemi žrtvami tobaka, si mislim: bolniki pogosto krivijo sebe in molčijo iz sramu (14), zdravstveni delavci krivdo za *slab življenjski slog* pripisujejo njim (oboje je precej krivično); to spodbuja resnični krivec, ki se skriva v ozadju: tobačna industrija, ki se tako izogiba lastni odgovornosti. To delajo s posrednimi sporočili: »tudi druge stvari so škodljive«, »lahko je prenehati kaditi«, »če prenehate pri štiridesetih, ne bo nobenih posledic«, precenjuje se kasnejše možnosti zdravljenja in drugo. Pri tem vedo, kako majhnemu deležu v resnici uspe prenehati in kako izpopolnjen stroj za zasvojenost so cigarete v današnji obliki. Medtem ko v ZDA, Kanadi in drugod tobačna industrija žrtvam izplačuje milijardne odškodnine, ker je njena krivda pri zavajanju, zarotniškem tajeju posledic kajenja, nedovoljenem oglaševanju in prodajanju ter izsiljevanju nedvoumno dokazana (15), pri nas zakonodaja štiti prodajalce te droge in ne žrtev. Pri nas tožb ni. Krivo je tudi nerazumevanje zasvojenosti; ne upošteva se, da po svetu univerzalno 80 odstotkov kadilcev (16), v Gallupovi raziskavi v ZDA leta 2012 celo 88 odstotkov (17), obžaluje svoje kajenje, se zavedajo zasvojenosti, a žal ne uspejo nehati. 13- do 15-letniki s

prednjim režnjem možganov, ki se polno razvije šele pri 25 letih (18), in z željo, da bi pridobili pravice odraslih – ne morejo biti edini odgovorni za svojo (napačno) izbiro z vsemi posledicami. Čas je, da družba, vključno z bolniki in zdravniki, uvidi dejanskega krivca. Pomislimo na etiko, empatijo v odnosu zdravnik - bolnik in koliko nas sploh prizadene bolečina drugega človeka. Živimo v dobi vseprisotne ideologije, ki pravi: posameznik naj bi bil za vse odgovoren sam, čeprav nas opredeljujejo okolje, izobrazba, socialni status in je socialna mobilnost vedno bolj omejena. Odgovornim javnozdravstvenim ustanovam je prepuščeno le še, da nas obveščajo, kar so v primeru kajenja do pred kratkim počele precej naveličano. Tak koncept odpove, če imamo opravka z močno zasvojenostjo od mladih let dalje.

Nenavadno bi bilo, če v primeru tobaka in povezanih izdelkov medicinska stroka (sem bi štel tudi društva bolnikov) ne bi sporočala zelo jasnih stališč. Nihče ne razume tega bolje od tistih, ki imajo popoln vpogled v kartoteke, tkiva in organe, pa tudi stiske bolnikov – od javnozdravstvenih strokovnjakov, patologov, pulmologov, onkologov, kardiologov, pediatrov, osebnih zdravnikov in vseh drugih zdravstvenih delavcev. Le oni in svojci vidijo trpeče onkološke, pljučne in druge bolnike, ki pogosto (čeprav si bistveno poslabšujejo svoje možnosti zdravljenja in preživetja) ne premagajo svoje zasvojenosti. Celu osebe, ki prejmejo presajena pljuča (za transplantacijo morajo biti najmanj 6 mesecev proste tobaka), v 15–20 odstotkih ponovno kadijo, kar izvemo v novem članku, objavljenem v Zdravstvenem varstvu (19). In vendar so trafike celo v notranjosti zdravstvenih ustanov. Ko je ZOUTI leta 2007 omejil oglaševanje na mesta prodaje, so cinično povečali njihovo število, da se je količina oglasov celo povečala. Tako se vedno znova izigra namen številnih predhodnih zakonodaj; in vseprisotno oglaševanje je bilo tisto, ki je tak izdelek celo *normaliziralo*.

## Celoviti ukrepi na področju tobaka v primerjavi z delnimi

V novembrski številki te revije letnika 2014 sem po vzoru BMA pozval SZD in ZZS h glasovanju o vprašanju generacije brez tobaka. Dobil sem sicer namig, da se je interno »nekaj« premaknilo, a uradnega odgovora od vodstva SZD na pobudo nisem dobil (le odziv) in od ZZS nobenega odgovora. Ali to vprašanje ni dovolj pomembno, da bi se o njem glasovalo? Na tem mestu še enkrat vljudno prosim, da do konca 2016 SZD s sekcijami in ZZS preučita to vprašanje, izvedeta glasovanje in uradno odgovorita. Slovenija lahko za Veliko Britanijo in Norveško s to simbolično, a izredno pomembno izjavo še pride na stopničke, če uporabim športni žargon.

Pri prepovedi kajenja v javnih zaprtih prostorih v ZOUTI 2007 je imela podpora tako SZD kot ZZS veliko težo, o čemer pričajo tudi članki v reviji Isis iz let 2005–2008. Nadaljnji napredek – kot je generacija brez tobaka – je odgovornost tako vodstev SZD in ZZS kot tudi vseh članov. Pri tem ne vidim slabe plati te pobude, Slovenija je napredna in ambiciozna v javnem zdravju. Menim, da imamo vse razloge za to, kot je v Sloveniji pojasnjeval prof. Daynard, in po bližnjici skočimo med najboljše države v javnem zdravju.

Med celovite ukrepe, ki bodo trajno odpravili tobačno epidemijo, spadajo med drugim:

1. generacija brez tobaka,
2. znižanje nikotina na ravni, ki ne zasvojijo (pod 0,5 mg na cigareto po Benowitzu) (20, 21),
3. zvišanje pH dima na 8, da se tobačni dim ne bo več inhaliral (22),
4. prepoved prodaje tobačnih izdelkov (ob dovoljenem lastnem gojenju) (23).

Vsi ti predlogi, ki se ne izključujejo in jih strokovnjaki dobro poznajo, si zaslužijo zelo resno pozornost in

obravnavo. Napredne države se ukvarjajo z njimi, saj je postalo jasno, da ostali načini ne prinašajo zadostnega napredka.

Naj ponovim dobro dokazano trditev stanfordskega profesorja zgodovine R. N. Proctorja, da je »cigareta najsmrtonosnejši artefakt v zgodovini človeške civilizacije«. Artefakt lahko zamenjamo z izrazom izdelek. Te, z več kot 80 milijoni strani interne dokumentacije podprte izjave pri nas nihče ne uporablja. Se ne zavedamo moči besed, gre za kaj drugega? Če bi ta izraz dosledno uporabljali le vsi, ki to zdajle berete, bi že zaradi tega mnogo hitreje prišlo do sprememb! To ni le izpuščena priložnost, prej ravnodušnost, da se prodaja tobaka še naprej nadaljuje. Prof. Proctor je natančen in jasen v svojem izražanju, zato ker se je pri svojem delu ukvarjal tudi z družbeno povzročeno nevednostjo – agnotologijo. Uporabniki tobaka se dobro zavedajo le ene nevarnosti – raka v žrelu in na ustnicah – to jim povedo senzorični občutki (da vnašajo strupe), pri vseh drugih rakih, kronični obstruktivni pljučni bolezni, srčno-žilnih boleznih itd. pa nevarnost podcenijo, saj niso na tak način opozorjeni. Agnotologija prebivalstva pri tobačnih izdelkih, zasvojenost kadičev, poleg finančnega vpliva industrije, najbolj zadovoljivo pojasnijo, zakaj ni premika z mrtve točke. Ponovil bi le:

1. Cigareta je edini potrošniški izdelek, ki, če jo uporabite natančno tako, kot je namenjeno, ubije več kot polovico uporabnikov (kadičev), po avstralski raziskavi celo dve tretjini (24).
2. Cigareta je načrtno izpopolnjen pripomoček za dovajanje nikotina (trde droge), ki zasvoji podobno kot heroin in kokain, če primerjamo od prve uporabe do zasvojenosti – celo največji delež uporabnikov (25).
3. Filtri so prevara (saj v resnici ničesar ne »odfiltrirajo«, vse škodljive snovi dejansko pridejo v pljuča, kljub navidezni prepreki, katere

edini namen je lažno pomirjanje uporabnikov).

4. Izmerjene vrednosti nikotina in katrana so prevara zaradi ventilacije in kompenzacije (z laserji proizvajalci naredijo luknje v filter, da so izmerjene vrednosti nikotina in katrana »razredčene« z drugim zrakom, uporabniki pa v praksi te luknje zamašijo z ustnicami ali prsti).
5. Vsi namigi na manj škodljive izdelke ali razlike v kakovosti izdelkov so prevare: od »lahkih«, različnih dolžin, debelosti, »naravnih« itd. – vse je le iluzija večje varnosti, enako velja za različne »kakovosti« izdelkov. Cigarete so zelo homogeni, enako skrajno škodljivi izdelki.
6. Ves čas so glavna ciljna skupina otroci in mladostniki, t.i. »nadmestni kadičci«. V žargonu tobačne industrije kadičce primerjajo z ledeniki.

Tudi ko medicina nekaj ve, to ne pomeni nujno, da to razume širša javnost. Nevednost javnosti in uporabnikov tobaka pri nas in v Evropi lepo pokaže Eurobarometer 2012 (26). Odgovornost stroke je, da problematiko kajenja tobaka v celoti pojasni. Navedel bi le nekaj člankov in knjig, ki po moji oceni obogatijo razumevanje: knjiga Golden holocaust (27) (pravkar na voljo v slovenščini pod naslovom Zlati holokavst, Izvor cigaretne katastrofe in poziv k njeni odpravi!), predavanje prof. Proctorja v John's Hopkins (28), intervju prof. Daynarda (29), film N. Collot: Zadržite dih, zarota tobačne industrije, in (30) tudi radijska oddaja Intelakta: Svet brez cigaret, realnost ali utopija (31).

Javnost bo terjala odgovor, zakaj je prišlo do te odpovedi najbolj osnovne zaščite življenj potrošnikov v primeru tobaka. Prof. Proctor pokaže, da gre za največjo zlorabo znanosti po tistih v obdobju nacizma, da vpliv tobačne industrije sega na vsa področja življenja – od športa, kulture, medijev, oglaševanja, trgovine do znanosti. Treba bo raziskati odgovornost, tudi v Sloveniji!

Za večino predlaganih ukrepov, ki jih bo doseglo MZ v ZOUTIPI, mu upravičeno lahko čestitamo! Lahko smo veseli, da so za vzor vzeli napredne države. Gre za omejevanje in prepovedovanje oglaševanja, tudi na samih cigaretih (t.i. poenostavljeno pakiranje/plain packaging), večja slikovna opozorila, omejitve mest prodaje in strožje sankcije kršitev ZOUTI ter drugo. A to so vse delni ukrepi, ki delujejo na dolgi rok, predvsem v medsebojni sinergiji. Osnovnega problema, da se tako škodljiv izdelek, ki zasvoji, povzroča bolezni in prezgodnje smrti uporabnikov, sploh prodaja – žal ne odpravljajo. Dosedanja dinamika sprejemanja ukrepov enkrat na desetletje ni zadostna; stremeti bi morali k izboljšavam najmanj vsaki 2–3 leta, tako kot najbolj napredne države.

Z navajanjem celovitih ukrepov bi rad dosegel, da se bo v Sloveniji začelo resno razmišljati o njih, tako kot v naprednih državah. To je le vprašanje časa, kot je bilo pri prepovedi kajenja v zaprtih prostorih. Slovenija lahko sledi Finski, Norveški, Veliki Britaniji, Irski, Franciji, Novi Zelandiji, Avstraliji, Singapurju, kjer že resno načrtujejo družbo brez tobaka, in Butanu, ki je 2004 uspešno prepovedal tobačne izdelke in dosegel prevalenco 3–4 odstotke. Drug ekstrem so Indonezija, kjer kadijo dveletniki, Kitajska, kjer so tobačne reklame na šolah, in tretji svet, kjer so – zaradi političnih odločevalcev in premajhnega vpliva medicinske stroke – največje žrtve te smrtonosne droge.

## Zdravstveni strokovnjaki smo za zdravje in svobodno življenje brez zasvojenosti!

V letu 2016 bodo javnozdravstvene teme v središču zanimanja javnosti in medijev. Odgovornost javnozdravstvenih organizacij, strokovnjakov in zdravstvenih delavcev je, da dajejo strokovna mnenja, da prava sporočila



Trafike so vabljive za otroke, tobačna znamka v ozadju.

dosežejo medije in javnost. Komentirali bodo estradniki, ki jih mediji praviloma prve vprašajo za mnenje, kot da je njihovo mnenje še posebej pomembno. To je primeren trenutek, da se osveži podatke o vzrokih in posledicah rabe tobaka in drugih drog, da zdravstvena stroka ponovno narekuje politiko za zaščito zdravja, ne pa, da se spremembam prilagaja in potem le rešuje nastale probleme.

#### Literatura:

1. Peeters S, Costa H, Stuckler D, McKee M, Gilmore AB. The revision of the 2014 European tobacco products directive: an analysis of the tobacco industry's attempts to 'break the health silo'. *Tob Control*. 2016 Jan;25(1):108-17.
2. Costa H, Gilmore AB, Peeters S, McKee M, Stuckler D. Quantifying the influence of tobacco industry on EU governance: automated content analysis of the EU Tobacco Products Directive *Tob Control* 1 November 2014; vol. 23 no. 6; 473-478.
3. Smith KE, Gilmore A, Fooks G, Collin J, Weishaar H, Mandal S. Corporate Coalitions and Policy Making in the European Union: How and Why British American Tobacco Promoted "Better Regulation". *J of Health Politics, Policy and Law* 2015; 40(2):325-72. Pridobljeno 10.03.2016 s: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4668595/>
4. R. Watson. New EU tobacco legislation is delayed after health commissioner resigns amid claims of knowledge of

5. bribery attempt. *BMJ* 2012;345:e7155
5. Malta Today, 13.03.2014. Dalli: 'Barroso was against the tobacco products directive'. Pridobljeno 10.03.2016 s spletne strani: [http://www.maltatoday.com.mt/news/dalligate/36855/dalli\\_barroso\\_was\\_against\\_the\\_tobacco\\_products\\_directive#.VwftwTEw12y](http://www.maltatoday.com.mt/news/dalligate/36855/dalli_barroso_was_against_the_tobacco_products_directive#.VwftwTEw12y)
6. Times of Malta, October 23, 2012. Pridobljeno 10.03.2016 s spletne strani: <http://www.timesofmalta.com/articles/view/20121023/local/irish-mep-seriously-concerned-about-dalli-s-resignation.442329>
7. Nielsen N. 7. Nov. 2014. *EuObserver Investigation Part V: Dalli's big tobacco theory*
8. Pridobljeno 10.03.2016 s spletne strani: <https://euobserver.com/smoke-and-mirrors/126125>
9. Gilmore AB, A wolf in a sheep's clothing: The Corporate Subversion of Public Health, Video predavanje. Pridobljeno 10.03.2016 s: <https://www.youtube.com/watch?v=boABuQVEV2Q>
10. Puhek B, Cirman P, Modic T, Ponikvar V. Kdo so vplivni tobačni lobisti, ki zadnje tedne obiskujejo slovenske politike. Pridobljeno 01.04.2016 s spletne strani: <http://siol.net/novice/slovenija/kdo-so-vplivni-tobacni-lobisti-ki-zadnje-tedne-obiskujejo-slovenske-politike-405536>
11. Ministrstvo za zdravje. ZOUTIPI: javna razprava. Pridobljeno 10.03.2016 s spletne strani: [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/zakonodaja/040316\\_zoutipi\\_javna\\_razprava.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/zakonodaja/040316_zoutipi_javna_razprava.pdf)
12. Staufenberg J. Norway under pressure to ban sale of tobacco to adults. *The Independent*. Pridobljeno 10.03.2016 s: <http://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/health-news/norway-under-pressure-to-ban-sale-of-tobacco-to-adults-a6795971.html>
13. Šolmajer L. Britansko združenje zdravnikov sklenilo končati tobačno epidemijo. *ISIS*, november 2014: 18-19.
14. Državni zbor, Seja Odbora za gospodarstvo. 13.01.2005. Pridobljeno 10.03.2016: <http://www.dz-rs.si/wps/portal/Home/deloDZ/seje/evidenca?mandat=IV&type=magdt&uid=B8BF3D82AE310858C1256F88003B619A>
15. Chapple A, Ziebland S, McPherson A. Stigma, shame, and blame experienced by patients with lung cancer: qualitative study *BMJ* 2004; 328 :1470
16. Glantz S. A step forward in implementing the RICO ruling against Big Tobacco. *UCSF Center for Tobacco Control Research and Education*. 10. Jan. 2014. Pridobljeno 10.03.2016 s spletne strani: <https://tobacco.ucsf.edu/step-forward-implementing-rico-ruling-against-big-tobacco>
17. Fong GT, Hammond D, Laux FL, Zanna MP, Cummings KM, Borland R, Ross H. The near-universal experience of regret among smokers in four countries: findings from the International Tobacco Control Policy Evaluation Survey. *Nicotine Tob Res*. 2004 Dec; 6 Suppl 3: S341-51.
18. Brown A. Gallup poll: In U.S., Smokers Light Up Less Than Ever. Sep 2012. Pridobljeno 10.03.2016 s spletne strani: <http://www.gallup.com/poll/157466/smokers-light-less-ever.aspx>
19. Arain M, Haque M, Johal L, et al. Maturation of the adolescent brain. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2013;2013:449-61.
20. Zmeškal M, Kralikova E et al. *Slovenian Journal of Public Health*. Volume 55, Issue 1, Pages 29-35, ISSN (Online) 1854-2476, December 2015
21. Benowitz NL, Henningfield JE. Establishing a nicotine threshold for addiction. *The implications for tobacco regulation*. *N Engl J Med*. 1994 Jul 14; 331(2):123-5.
22. Benowitz NL, Henningfield JE. Reducing the nicotine content to make cigarettes less addictive. *Tob Control*. 2013;22:i14-i17.
23. Proctor RN. *Tob Control*. 2013 May; 22(Suppl 1): i27-i30. Why ban the sale of cigarettes? The case for abolition
24. Warner KE. *Tob Control* May 2013; 22 (Supp 1) An editorial for tobacco?
25. Banks E., Joshy G., Webber, MF. (2015). Tobacco smoking and all cause mortality in a large Australian cohort study: Findings from a mature epidemic in current low smoking prevalence. *BMC Medicine* 2015, 13:38.
26. Lopez-Quintero C, Cobos JP, Hasin D, Okuda M, Wang S, Grant BF, Blanco C. Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) Drug Alcohol Depend. 2011;115(1-2):120-130
27. European commission. Special Eurobarometer 385: Attitudes of Europeans towards Tobacco. 2012, Pridobljeno 10.03.2016 s spletne strani: [http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/eurobaro\\_attitudes\\_towards\\_tobacco\\_2012\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/eurobaro_attitudes_towards_tobacco_2012_en.pdf)
28. Proctor RN. Golden holocaust: Origins of the Cigarette Catastrophe and the case for Abolition. Berkeley: University of California Press, 2011.
29. Proctor RN Origins of the cigarette catastrophe and the case for abolition. *John's Hopkins*. 29. 03. 2013. Pridobljeno 10.03.2016 s: <https://www.youtube.com/watch?v=olnd4axewqc>
30. Tratnik K. Intervju R. Daynard. 21.03.2015. „Res ne vem, zakaj bi morale biti od tega smrtonosnega izdelka odvisne še generacije.“ *RTV Slovenija*. Pridobljeno 10.03.2016 s: <http://www.rtvlo.si/zdravje/novice/res-ne-vem-zakaj-bi-morale-biti-od-tega-smrtonosnega-izdelka-odvisne-se-generacije/360867>
31. Collot N: Retenez le souffle – la conspiration du tabac. 2006. Pridobljeno 10.03.2016 s spletne strani: <http://topdocumentaryfilms.com/tobacco-conspiracy/>
32. Konc I. Intelekt: Svet brez cigaret- realnost ali utopija? *RTV Slovenija, Radio prvi*. 31.03.2015. Pridobljeno 10.03.2016 s spletne strani: <http://radioprvi.rtvlo.si/2015/03/intelekt-a-7/>



## Urgentna onkologija

Prevedel in priredil prof. dr. Boris Klun, dr. med., v. svet., Ljubljana  
[boris.klun@gmail.com](mailto:boris.klun@gmail.com)

Na Hrvaškem se ministri za zdravje hitro menjavajo.

Sedanji minister (dr. Dario Nakić) je razveljavil odlok, ki ga je uvedel prejšnji dr. Siniša Varga, da naj bodo vsi bolniki, ki imajo kakšno maligno bolezen, operirani v 72 urah.

Program, ki je težko izvedljiv, je ob uvedbi naletel na navdušen odziv publike in prav takšno razočaranje ob preklicu.

Ker sedanji minister uvaja še nekaj front, bi se utegnilo zgoditi, da se pripravlja nova zamenjava na

zdravniškem vrhu, brez izpolnjenih programov.

Vir: *Liječničke novine*, marec 2016

## Zdravstveni sistem Poljske: stalna kriza

Prevod in priredba: Marjan Kordaš, Ljubljana  
[marjan.kordas@mf.uni-lj.si](mailto:marjan.kordas@mf.uni-lj.si)

Državni zdravstveni sistem na Poljskem zaznamujejo strukturne pomanjkljivosti in kronično podfinanciranje, zato se že leta in leta ne more postaviti na noge. In to se dogaja kljub temu, da nobena druga država EU doslej ni prejela tako velike finančne pomoči kot Poljska. Do leta 2020 naj bi v poljsko zdravstvo steklo skoraj 3 milijarde EUR.

Demografske spremembe, prazne blagajne in pomanjkanje zdravnikov – pojmi, ki so dobro znani v EU – tudi na Poljskem niso neznane besede. A ta država ni le slabo opremljena za prihodnost, saj se bojuje tudi s sedanjostjo in preteklostjo. Nekdanja država vzhodnega bloka se že od leta 1999 vleče od reforme do reforme, a ji še vedno ni uspelo zgraditi zdravstvenega sistema, ki bi podpiral samega sebe.

Državljeni Poljske so obvezno zavarovani. Prispevki se zbirajo v Nacionalnem zdravstvenem fondu, ki je od leta 2003 edina zdravstvena zavarovalnica v državi. Ta fond je podrejen ministrstvu za zdravstvo, ki

upravlja s finančnimi sredstvi. Družinski zdravnik je v poljskem zdravstvu prvi sogovornik, ki krmili vodenje (pacientov, *op. prev.*) v druga specialistična področja. V mnogih disciplinah pa je pot do specialistov odprta pacientom neposredno. Pri pregledu bolnišničnega sektorja te države, ki je od leta 2004 članica EU, se pokaže neka posebna dilema: na 10.000 prebivalcev je na voljo skoraj 658 postelj za paciente, tako da Poljska sodi med najboljše opremljene članice EU. Realnost pa je precej drugačna: država ima predimenzionirano mrežo državnih bolnišnic, ki so slabo opremljene, drage za vzdrževanje ter masivno prezadolžene.

V bistvu je v sistemu premalo denarja. Izdatki za zdravstvo na Poljskem po podatkih OECD predstavljajo 6,8 odstotka BDP. Povprečje v OECD je 9,3 odstotka.

Majhen obseg investicij ima posledice. Ne le, da je oprema mnogih bolnišnic zastarela, manjka tudi medicinskega osebja in čakalne dobe so tako dolge, da kritiki tega sistema državi očitajo

smrtne primere zaradi prepozne diagnoze ter zato prepozna zdravljenja.

Nova poljska vlada ima namen hitro ukrepati. Predvsem obljublja – finančni stiski navkljub – več denarja. Vrh tega namerava odpraviti nacionalni zdravstveni fond in izrazito racionalizacijo v sektorju bolnišnic.

Vendar je le malo takšnih, ki poljskemu zdravstvenemu sistemu zaupajo. Odločilni dejavnik so zdravniki, ki v velikem številu odhajajo v tujino. Priljubljeni cilji so Nemčija, Skandinavija in Velika Britanija. Samo v Nemčiji dela – po podatkih nemške zdravniške zbornice za leto 2012 – 1936 poljskih zdravnikov. Tako na Poljskem za 100.000 prebivalcev skrbi komaj 224 zdravnikov. Še več: dobrih 20 odstotkov vsega osebja za nego v Nemčiji izvira iz Poljske!

Vir: *Österreichische Ärztezeitung* št. 6, 25. marec 2016

**Opomba:** V izvorniku je članek dolg tri strani in je izjemno zanimiv, žal sem pa zaradi varčevanja s prostorom ta povzetek zelo skrajšal. Stanje na Poljskem bi bilo vredno primerjati s stanjem v Sloveniji.

# Mezoterapija – nežna terapija bolečine

Prevod in priredba: Marjan Kordaš, Ljubljana  
[marjan.kordas@mf.uni-lj.si](mailto:marjan.kordas@mf.uni-lj.si)

**Načelo mezoterapije:** malo – občasno – na pravem mestu

**Ciljna skupina:** vse zdravnice in zdravniki

**Cilj:** Prejeli boste uvid tako v terapevtsko kot v estetsko uporabo mezoterapije. V tem predavanju bo tematika zajemala na terapijo bo bolečina ter nežno uporabo v estetiki.

**Vsebine:** Avstrijsko združenje za mezoterapijo vodi že od januarja 2010 šest modulov obsegajoče izobraževanje, skladno z mednarodnim redom za izobraževanje. Mezoterapija velja za most med šolsko in alternativno medicino. Uporabljena terapevtska sredstva so tako alopatična zdravila in posamezne homeopatske

snovi kot tudi kompleksna sredstva. Ciljni organ mezoterapije je koža kot največji človekov organ. Koža je izvrsten medij za privzem nizkodoziranih mešanice zdravil brez stranskih učinkov na vranico, sluznico želodca in črevesa ter jetra. Brez velike porabe se lahko dodajane učinkovine vnesejo neposredno na mesto simptomatike. Učinkovitost mezoterapije temelji tako na okrepitvi mikrocirkulacije in na izboljšanju nevrovegetativnega sistema kot na imunomodulaciji (ojačanju obrambnih sil). [...]

**Referentka:** Dr. Sabine Wied-Baumgartner. Praksa za splošno medicino, generalna tajnica Mednarodnega združenja za

mezoterapijo, predsednica Avstrijskega združenja za mezoterapijo, za izobrazbo v terapiji bolečine, za izobrazbo v ortomolekularni medicini itn. itn.

**Datum:** Četrtek, 28. januar 2016

**Čas:** Od 19. do 21. ure.

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

**Cena:** 28,00 EUR, vključno gradivo in pijače.

**Aprobacija:** 2 točki, dodatno izobraževanje.

**Prijava:** S prijavnim kuponom na zadnji strani oz. prek spletne strani **ÖÄK**.

*Vir: OÖ Ärzte, FortBildung 297, december 2015/januar 2016*

**Opomba:** Prijetno je slišati, da mezoterapija ne deluje na možgane. Zato sem v prevodu poskusil ohraniti čarovniški prizvok tega obvestila, zaradi varčevanja s prostorom tudi nisem navedel vseh kvalifikacij predavateljice, ki uspešno čara ne le v Avstriji, temveč skoraj po vsej Evropi – brez strahu, da bi kot čarovnica končala na grmadi ...

# Boljša treniranost, boljša zmogljivost možganov

Prevod in priredba: Marjan Kordaš, Ljubljana  
[marjan.kordas@mf.uni-lj.si](mailto:marjan.kordas@mf.uni-lj.si)

Ljudje z dobro telesno pripravljenostjo imajo tudi boljšo zmogljivost možganov. To se vidi iz novega vrednotenja raziskave z naslovom »Austrian Stroke Prevention Study«, ki je zajemala podatke vse od leta 1991. Analizirani so bili podatki, dobljeni pri 877 moških in ženskah iz Gradca, starih v povprečju 65 let. Preiskovanci so morali opraviti test treniranosti ter teste za merjenje

možganskih funkcij. Izmerjena je bila telesna teža in najvišja frekvenca srca pri mirovanju. Skeni MRT naj bi prikazali že obstoječe poškodbe možganov.

Rezultat: Trenirani udeleženci raziskave so v celoti dosegali boljše rezultate. Kognitivne funkcije udeležencev, ki so bili najbolj trenirani, so bile podobne tistim, ki so jih dosegali do sedem let mlajši udeleženci.

Mehanizem, prek katerega treniranost vpliva na kognitivne funkcije v starosti, še ni znan, avtorji pa domnevajo, da so kortikalne in subkortikalne strukture boljše zaščitene zaradi visoke maksimalne zasičenosti s kisikom.

*Vir: Österreichische Ärztezeitung št. 5, 10. marec 2016*

# Pomen sodelovanja v projektih EUnetHTA za vstop v prostovoljno, trajno Evropsko mrežo za vrednotenje zdravstvenih tehnologij (EU HTAN)

Dr. Marjetka Jelenc, dr. med., NIJZ  
Doc. dr. Tatja Kostnapfel, mag. farm., NIJZ

Zdravstvena tehnologija je s strani Mednarodne mreže za vrednotenje zdravstvenih tehnologij (International Network of Agencies for Health Technology Assessment – INAHTA) definirana kot vsaka intervencija, ki se lahko uporabi za spodbujanje zdravja in preprečevanje, diagnosticiranje ali zdravljenje bolezni, kot tudi za rehabilitacijo in dolgotrajno oskrbo. Gre torej za vse medicinske postopke (preventivne, diagnostične, terapevtske, rehabilitacijske), organizacijske sisteme, farmacevtske izdelke (zdravila, biološka zdravila, cepiva), krvne pripravke, diagnostične izdelke in naprave, ki se uporabljajo v zdravstvu (1).

Vrednotenje zdravstvenih tehnologij (Health Technology Assessment – HTA) je bilo leta 2004 s strani Evropske komisije in Sveta ministrov določeno za politično prioriteto. Prepoznana je bila namreč potreba po ustanovitvi evropske mreže za vrednotenje zdravstvenih tehnologij. DG Sanco (Directorate General for Health and Consumers) je zaradi tega sofinanciral prvi projekt EUnetHTA (European Network for Health Technology Assessment) od leta 2006 do leta 2008. Od leta 2009 je delovanje EUnetHTA temeljilo na sodelovanju, nato pa se je začel prvi Joint Action (JA) EUnetHTA. JA ali skupno ukrepanje je poseben mehanizem, ustanovljen z namenom financiranja velikih projektov, vključno EUnetHTA.

Projekt EUnetHTA je bil torej ustanovljen z namenom vzpostavitve učinkovite in trajne mreže za vrednotenje zdravstvenih tehnologij v Evropi. Mreža naj bi skrbela za razvijanje in uporabo orodij, ki bi zagotavljala pregledne, zanesljive, praktične in prenosljive informacije v procesu vrednotenja zdravstvenih tehnologij v obdobju po zaključku projektov EUnetHTA.

Usklajevanje potreb in zmogljivosti zdravstvenih sistemov je tako v svetu kot v Sloveniji z vidika ekonomske situacije nujno. Zato se ozaveščanje o vrednotenju zdravstvenih tehnologij povečuje, saj ravno vrednotenje omogoča učinkovitost pri porabi zdravstvu namenjenega denarja. S sistemom vrednotenja zdravstvenih tehnologij lahko ocenimo in izboljšamo kakovost zdravstvenih storitev ter zagotavljamo dostopnost in pravičnost v zdravstvu glede na razpoložljive vire in potrebe uporabnikov.

Kakovostno vrednotenje zdravstvenih tehnologij koristi tako ministrstvom kot zdravnikom, zavarovalnicam, bolnikom ter proizvajalcem zdravil in medicinskih ter diagnostičnih pripomočkov.

Vrednotenje zdravstvenih tehnologij ministrstvom za zdravje pomaga pri odločanju o tem, ali je neka nova zdravstvena tehnologija dovolj kakovostna in učinkovita za uvedbo v zdravstveni sistem. Za zdravnike in

bolnike je ključna smiselnost, varnost in pravilna uporaba zdravstvene tehnologije. Zavarovalnicam, kot plačnikom, pravilno ovrednotena zdravstvena tehnologija pomaga pri vedno težjih odločitvah glede financiranja. Proizvajalcem oz. investitorjem v različne medicinske tehnologije vrednotenje zdravstvenih tehnologij pomaga pri odločitvi, ali je sploh smiselno investirati in v kaj (1).

Leta 2006 se je začel prvi projekt EUnetHTA in Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) oz. takratni Inštitut za varovanje zdravja (IVZ) se je vanj intenzivno vključil kot pridružen partner (angl. associated partner) pri delu v različnih delovnih sklopih (2). NIJZ (takratni IVZ) je bil intenzivno vpleten tudi v delo pri projektu JA EUnetHTA 1 (2010–2012) s sodelovanjem pri skoraj vseh delovnih sklopih kot pridružen partner. Skupaj s »Swedish Council on Technology Assessment in Health Care« je tudi sovodil delovni sklop s področja diseminacije. Konkretni izdelki in vrednotenja zdravstvenih tehnologij so nastajali v delovnem sklopu »Farmaceutika« (3, 4, 5). NIJZ je po koncu projekta JA EUnetHTA 1 sodeloval tudi v projektu JA EUnetHTA 2 (2012–2015) pri treh ključnih delovnih sklopih (6). Razen NIJZ je pri vseh projektih EUnetHTA intenzivno sodeloval tudi Inštitut za ekonomska raziskovanja (IER).

15. člen Direktive 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu (Uradni list Evropske

unije št. L 88/45 z dne 4. 4. 2011) je predvidel oblikovanje prostovoljne permanentne mreže za vrednotenje zdravstvenih tehnologij (angl. European Health Technology Assessment Network – EU HTAN). Evropska mreža za vrednotenje zdravstvenih tehnologij definira vrednotenje zdravstvenih tehnologij kot multidisciplinarni proces, ki sistematično, pregledno, objektivno in robustno združuje informacije o medicinskih, socioloških, ekonomskih in tudi etičnih, pravnih in organizacijskih vprašanjih, povezanih z uporabo zdravstvenih tehnologij.

Predhodniki mreže, ki naj bi stalno skrbela za razvijanje in uporabo orodij, ki bi zagotavljala pregledne, zanesljive, praktične in prenosljive informacije v procesu ocenjevanja zdravstvenih tehnologij, so bili zgoraj navedeni projekti EUnetHTA ter JA EUnetHTA 1 in 2. Evropska unija (EU) nam preko projekta JA EUnetHTA 2 že sedaj (po koncu projekta JA EUnetHTA 3 bo to prevzela EU HTAN) ponuja kakovostna vrednotenja za prenos na nacionalno raven. V prihodnje se od Slovenije pričakuje, da bo tudi naš nacionalni HTA-organ/telo/mreža ponudil/a kakovostna vrednotenja trajni, prostovoljni evropski mreži HTA za distribucijo ostalim državam. To bi pomenilo koristi za državo, zdravnike, paciente, zavarovalnice in proizvajalce. Za določitev prednostnih področij je bila sprejeta tudi strategija EU za sodelovanje v mreži HTA: »Strategy paper on EU cooperation on HTA«. Cilj evropskega sodelovanja na področju HTA je povečanje kakovosti, količine in učinkovitosti HTA v Evropi ter promocija uporabe v nacionalnih praksah in zakonodaji.

Glavni cilji EU HTAN so podpirati države članice pri zagotavljanju objektivnih, zanesljivih, pravočasnih, preglednih, primerljivih in prenosljivih informacij o učinkovitosti zdravstvenih tehnologij, omogočiti učinkovite izmenjave teh informacij med nacionalnimi organi ali telesi ter podpirati proučevanje informacij, ki

se lahko izmenjujejo, predvsem pa preprečevati podvajanje vrednotenj. To se nanaša na zdravila, medicinske pripomočke ter vse ostale zdravstvene tehnologije.

EU HTAN naj bi vzpostavila znanstvene in tehnične zmogljivosti za podporo in razvoj namenske, strokovne in trdne koordinacije, vključno z vodenjem projektov in ustreznimi orodji za skupne projekte; izboljšanje in vključevanje »information and communications technology – ICT« orodij in po potrebi razvijanje novih, z namenom izmenjave strukturiranih informacij vrednotenja zdravstvenih tehnologij, ponovljivosti nacionalnega dela in razvoja skupnega dela. Za namen izmenjave informacij o opravljenem delu in zbranih dokazih na nacionalni ravni naj bi se npr. ustanovil spletni portal, ki naj bi temeljil na obstoječih evropskih in nacionalnih iniciativah (npr. POP in EVIDENT podatkovne baze, HTA Core Model® na internetu) in naj bi služil kot delovno orodje za sodelovanje na področju vrednotenja zdravstvenih tehnologij ter olajšal nacionalno delo. EU HTAN naj bi vzpostavila zmogljivosti tudi za razvijanje, vzdrževanje in izboljševanje skupnih znanstvenih standardov, vključno z metodologijami in orodji za vse ustrezne korake vrednotenja zdravstvenih tehnologij, ter organizirala zunanje znanstvene potrditve skupnega dela na področju vrednotenja zdravstvenih tehnologij in s tem prispevala k izdelkom najvišje kakovosti (7).

Po sprejetju »European Commission Health Programme 2015« je Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije 9. oktobra 2015 izrazilo interes za sodelovanje v skupnem ukrepu JA EUnetHTA 3 (2016–2019) kot pridružen partner (angl. associated partner), kot sodelujoči organizaciji (ang. affiliated entity) pa bosta vključena še NIJZ ter Javna agencija za zdravila in medicinske pripomočke Republike Slovenije. JA EUnetHTA 3 je predstavljen kot zaključna pomoč Evropske komisije za vzpostavitev nacionalnih organov za vrednotenje

zdravstvenih tehnologij v posameznih državah (8).

Vrednotenje zdravstvenih tehnologij v Sloveniji še vedno ni povsem zaživel. Uvajanje novih, spremenjenih in dopolnjenih tehnologij v Sloveniji namreč poteka na različne načine, posebno je izraženo pri procesu vključevanja zdravil v javni zdravstveni sistem. EUnetHTA priporoča, da se pri odločanju ob proučitvi zdravstvenega problema in tehničnih značilnosti tehnologije razen vidika učinkovitosti, varnosti ter ekonomskega vidika nujno proučijo in upoštevajo tudi socialni, etični, pravni ter organizacijski vidiki.

Slovenija je ena izmed evropskih držav, ki še nima nacionalnega organa/telesa ali mreže za vrednotenje zdravstvenih tehnologij, ki naj bi aktivno sodeloval/a v trajni, prostovoljni Evropski mreži za vrednotenje zdravstvenih tehnologij. Iz vsega navedenega je razvidno, da je ustanovitev takega organa/telesa/mreže za vrednotenje zdravstvenih tehnologij po evropskih priporočilih nujna in predpogoj za dobro prihodnje sodelovanje Slovenije v EU HTAN.

#### Literatura:

1. Turk E, Prevolnik Rupel V. Vrednotenje zdravstvenih tehnologij (HTA) v Sloveniji - status quo, izzivi, predlogi. Bilten 2010; 26 (1): 3-13.
2. EUnetHTA Final Technical Report 2006-2008. Copenhagen; 2009.
3. Kleijnen S, Pasternack I, Van de Castele M, Rossi B, Cangini A, Di Bidino R, Jelenc M, Abrishami P, Autti-Ramo I, Seyfried H, Wildbacher I, Goetsch W. Standardized reporting for rapid relative effectiveness assessments of pharmaceuticals. Int J of Technology Assessment in Health Care 2014; 30, 5: 488-496.
4. Jelenc M, Živčec Kalan G. Začenja se Joint Action EUnetHTA 2. Isis 2012; 21 (8-9): 20-21.
5. EUnetHTA Final Technical Report 2010-2012. Copenhagen; 2013.
6. EUnetHTA WP 5 - Applying the HTA Core Model for rapid assessment for national adaptation and reporting. Final Technical Report; 2012-2015.
7. Kostnapfel Rihtar T, Mikolič J, Kerstin Petrič V. Pomen upravljanja in vrednotenja zdravstvenih tehnologij. Isis 2015; 24 (10): 26-28.
8. Prevolnik Rupel V, Jelenc M. Joint Action EUnetHTA 3 ali „zdaj gre zares“. Isis 2015; 24 (10): 29-30.



# Ob volitvah predsednika ZZS

Sabina Markoli, dr. dent. med., ZZS

Moje delovanje na Zdravniški zbornici Slovenije se je pričelo leta 2004 – joj, res je čas, da ga zaključim – ko me je žal pokojni kolega Šuta prepričal, da sem pristala na kandidaturu za poslanko skupščine ZZS. Si danes lahko predstavljate, da se je za to eno mesto potegovalo pet kandidatov oz. kandidat/ka. Danes je za veliko večino poslanskih mest samo en kandidat/ka.

Kolega Šuta je bil zelo aktiven in je do svoje prezgodnje smrti kot poslanec predsednik regijskega odbora zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov dajal ton nekaterim aktivnostim zbornice na vseh področjih njenega delovanja. Za razliko od nekaterih sedanjih poslancev zobozdravnikov, ki ne zmorejo dvigniti niti roke ali pritisniti na glasovalni aparat na seji skupščine....

Po spletu okoliščin sem potem leta 2006 postala predsednica Odbora za zobozdravstvo (OZB) in sem v času svojega delovanja zamenjala tri predsednike zbornice. Na tem mestu se bom poskušala izogibati preveč subjektivnim ocenam njihovega, pa tudi svojega dela. Omenila pa bom neko nit, ki se je vlekla preko vseh mojih mandatov z različnimi predsedniki. Kmalu po nastopu mandata leta 2006 je iz nekaterih zobozdravniških krogov prišlo pismo s predlogom o ustanovitvi zobozdravniške zbornice. Relativno mlada ekipa novega Odbora za zobozdravstvo je skupaj s prof. Peganom dosegla dogovor o večji avtonomiji zobozdravnikov znotraj zbornice, tako da smo misel o zobozdravniški zbornici pustili nekako ob strani. Z današnjim vedenjem in izkušnjami lahko rečem, da smo imeli v času prof. Pegana zobozdravniki na ZZS največjo avtonomijo.

Leta 2008 je mesto predsednice prvič zasedla ženska. Pričakovanj je bilo veliko. Tudi o večji avtonomiji zobozdravnikov, tako finančni kot kadrovski in prostorski. Ostalo je samo pri besedah, razočaranje pa veliko. Leta 2009 so se pričela v okviru OZB aktivna razmišljanja o ustanovitvi zobozdravniške zbornice. Z idejo o predhodniku zbornice smo ustanovili zobozdravniški sindikat DENS, ki pa ob izvedbi ankete o zobozdravniški zbornici med zobozdravniki ni odigral te primarno dodeljene vloge. Tako smo člani OZB anketo organizirali v lastni režiji z

lastnimi sredstvi, prejeli odgovore več kot 60 odstotkov vseh zobozdravnikov, ki so v 96 odstotkih odgovorili, da so za zobozdravniško zbornico. Bili smo dogovorjeni s takratnim ministrom za zdravje dr. Marušičem, da predlaga spremembo zakona in se s tem pooblastila ter obvezno članstvo za zobozdravnike prenese na zobozdravniško zbornico. Takratna predsednica zbornice je temu izrazito nasprotovala, načinov ne bom opisovala. Žal je Vlada RS, v kateri je bil dr. Marušič, proti koncu leta 2011 razpadla... Novi minister dr. Gantar je zobozdravniški zbornici nasprotoval...

Zakaj pišem o ministrih. Zato, ker je za ustanovitev zobozdravniške zbornice s podobnimi pooblastili in obveznim članstvom potrebna sprememba zakonodaje, ki jo je najlažje spremeniti, če predlog pride z ministrstva oz. vlade v državni zbor.

Leta 2012, po drugih volitvah v istem letu, je mandat nastopil prim. Andrej Možina. Tudi v njegovem mandatu nam ni uspelo priti do želene avtonomije, kljub temu, da smo pripravili pisni dogovor. Težnje po zobozdravniški zbornici so ostale, tudi minister se je zamenjal. Sedanja ministrica je zobozdravniški zbornici celo naklonjena, a morda samo zaradi tega, da bi lažje »razbila« to zbornico.

Menim, podobno kot 96 odstotkov tistih, ki so odgovorili na anketo, da bi zobozdravniki lažje uveljavljali svoje interese, če bi imeli svojo lastno, tj. zobozdravniško zbornico oz. če bi pri zastopanju svojih interesov nastopali samostojno.

Prim. Možina zobozdravniški zbornici načeloma ne nasprotuje. Težko pa bi se strinjala s tistim, kar je napisal v svojem programu: »Zobozdravniška zbornica ali avtonomija: V času mandata se nisem srečeval z zahtevami po samostojni zobozdravniški zbornici ... Končno odločitev o morebitni popolni samostojnosti bodo sprejeli zobozdravniki sami in zdravniki kot prepričljiva večina v zbornici bomo njihovo odločitev spoštovali.«

Zobozdravniki smo v času mandata 2012–2016 večkrat zahtevali avtonomijo, tudi pisni dogovor, in večkrat smo se pogovarjali o načinu ustanovitve zobozdravniške zbornice.

Ob prevzemu funkcije podpredsednice skupščine ZZS leta 2004 in kasneje predsednice OZB leta 2006 sem v svojem programu zapisala, da bi v večini moral biti poklic zobozdravnik kot samostojno opravljanje zobozdravstvene dejavnosti z ustrežno licenco, s pogodbo z zavarovalnicami ali brez.

V zadnjem času se vedno bolj poudarja vloga in pomen javnih zavodov, temeljnih organizacij zdru-

ženega dela in je ta moj cilj še bolj oddaljen.

Tako kot je oddaljen tudi s tem, če pristanemo na vlogo posrednikov. V svojem programu je GKŽ zapisala: »Zaščitimo naše zdravnike in zobozdravnike pred nelojalno konkurenco.«

Kar se sliši zelo lepo. Hkrati pa najdemo zapis: »Na osebnem področju sem od zadnjih volitev na zbornici: ... - vzpostavila delovanje družbe

Medico Veritas d.o.o. – agencije za posredovanje zdravstvenih storitev.«

Ne znam si predstavljati, da bi lahko slovenski zdravniški in zobozdravniški stan predstavljal nekdo, ki opravlja vlogo posrednika in napotuje slovenske državljane v tujino.

P.S.: Zapis je nastal v času pred majskega volitvami predsednika ZZS...

## Nekaj misli o kirurški etiki in morali

*Zelo osebno razmišljanje*

**Prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med., Preddvor**

[eldar.gadzijev@gmail.com](mailto:eldar.gadzijev@gmail.com)

*Kirurg pri svojem operativnem delu najprej bolnika reže, mu pušča kri, povzroča tudi bolečino in brazgotine, vendar s svojim posegom poskuša zdraviti – to enostavno dejstvo je osnova za zelo stroga moralno-etična pravila, ki bi se jih morali držati vsi kirurgi, pa tudi vsi drugi zdravniki, ki opravljajo t.i. intervencijske posege in fizično posegajo v človekovo telo.*

*Etiko razumem kot filozofsko kategorijo, moralo pa kot praktično kategorijo medsebojnih odnosov v kontekstu dobrega in slabega.*

Znano je, da je kirurgija izšla iz brivske obrti in radi rečemo, da je pri kirurgiji še precej obrtniškega dela. Nekaj pa je vendarle tudi znanosti in včasih celo malo umetnosti. V prejšnjem stoletju je kirurška operativna tehnika dosegla svoj vrhunec, operacije so postale tehnično operativno izpopolnjene, poglobilo se je znanje fiziologije, dopolnilo celo anatomsko znanje. Z novimi preiskavami je bil omogočen vpogled v bolnikove organe, njihove strukture, različice, celo fiziološka dogajanja in upoštevalo se je histologijo, imunsko stanje bolnika ter mérilo njegovo sposobnost prenesti operativni poseg. Tehnologija pa je bila tista, ki je dala kirurgiji še nov zagon, vendar pa je s tem postajala vse bolj odvisna od tehnoloških pripomočkov, pomagal ter spremlja-

jočih spretnosti in znanj. Hkrati je s časom in razvojem kirurgija postala kompleksna medicinska veja, vpeta v mnoge druge medicinske veje in vede. Tako naj bi danes na primer jetrni transplantacijski kirurg poleg kirurške anatomije, fiziologije in operacijske tehnike dobro poznal hepatologijo, imunologijo, veliko farmakologije, infektologije in slikovno ter drugo diagnostiko.

Ob vsem pa ostaja kirurgova moralno-etična drža tista, ki je osnova za pristno vez med kirurgom in bolnikom. Ta kirurgova etika in morala omogoča zaupanje bolnika do kirurga in je prav ob silnem tehnološkem razvoju izraziteje pomembna in potrebna. Gre za tisto zaupanje, ki kirurgu dovoljuje poseg v bolnikovo telo. Zato bolnik verjame, da mu bo

kirurg z operativnim posegom, s svojim znanjem in izurjenostjo, modrostjo in sposobnostjo pravilnega odločanja odstranil bolezensko stanje, popravil poškodbo, mu omogočil boljše zdravje, morda gibljivost ali izboljšanje čuta, videza in funkcioniranja.

Kirurg, kot vsak zdravnik, je ne le strokovno, ampak tudi po svoji etiki dolžan vzdrževati in izpopolnjevati svoje znanje, tudi določeno spretnost ter sposobnost reševanja kirurških problemov.

Strokovnost je tako ne le poklicna, ampak tudi etična kategorija. Zavedati se je treba, da je nezadostna strokovnost kirurškega posega tudi moralno-etično problematična, tako kot je nestrokovna medicinska raziskava etično nesprejemljiva.

Bolnik ima pravico vedeti, koliko je kirurg usposobljen in kako je uspešen pri reševanju problema, ki ga ima bolnik. Kirurg mora bolniku pošteno, odkrito in nazorno pojasniti ne le, za kaj gre pri obravnavani bolezni ali situaciji, ampak tudi, kako se namerava lotiti problema in operacije, kakšen izid lahko pričakuje, kakšni so možni zapleti in posledice operacije. Gre za pojasnilno dolžnost, ki je ena od osnov etičnega delovanja kirurga. Zato pojasnilna dolžnost ne more biti le kos papirja, ki ga da medicinska sestra podpisati

bolniku! Prava pojasnilna dolžnost je del poštenosti, ki jo bolnik pričakuje od kirurga, in je eden od pomembnih členov zaupanja in posebnega odnosa med bolnikom in zdravnikom. Neredko se kirurgi izgovarjajo, da nimajo dovolj časa za natančno pojasnilo, vendar si kirurg mora ta čas vzeti, pa čeprav na račun drugih, tudi pomembnih opravil. Poslati k bolniku kolega, ki bo asistiral pri operaciji, da pridobi privolitve, tudi ni prav. Bolnik mora čutiti zaupanje do svojega operaterja in ga začutiti kot človeka, kateremu se bo pustil »reza-ti«! Kadar naj bi bolnika operiral specializant, pa bi morala do bolnika skupaj specializant in specialist, ki bo mlajšemu kolegu asistiral. Kirurg bo pojasnil bolniku, da ga bosta operirala skupaj z mlajšim kolegom, ki pa mora biti teoretično in praktično primerno usposobljen, da opravi operacijo. Tako je etično, moralno in le tako je prav! In prav primerna in zadostna teoretična pripravljenost ter predhodno urjenje na t.i. »trainerjih« ali med različnimi praktičnimi delavnicami so ne le strokovna, ampak tudi moralno-etična nujnost, ki jo morajo zdravniki opraviti, preden operirajo živega človeka. Zato naj bo kolokvij pred vsakim za specializanta novim posegom in mentor mora dati svoj »placet«, da mladi kolega lahko opravi poseg! Jasno, da za majhne posege posebno predhodno urjenje ni potrebno, pa vendar mora obstajati enako resna odgovornost operaterja do bolnika in do posega. Tudi najmanjši kirurški poseg je za bolnika takrat najbolj pomemben in tudi po najmanjših posegih lahko pride do zapletov, posebej še, če kirurg ni zaznal ali izvedel za morebitne spremljajoče bolezni ali prikrita stanja pri bolniku, ki lahko pomembno vplivajo na celjenje ali odpornost bolnika. Manj vrednotiti pomembnost majhnih kirurških posegov ali posegov na telesni površini tako ni prav. Kirurg, ki ravna etično in moralno odgovorno, se ga bo lotil enako vestno in skrbno kot zahtevnejšega.

Pri velikih operacijah v notranjosti telesa ali že pri posegih pod kožo je marsikaj, kar se zgodi, prikrito. Neljubi dogodek običajno kirurg tudi pravi čas zazna in popravi, kar se je nepredvidenega zgodilo, tako da v glavnem ne pride do posledic. Pa vendar ne vedno! Vemo, kako lahko na primer zaradi uporabe električnega koagulatorja na nekaterih občutljivih mestih povzročimo nekrozo, ki bo šele kasneje lahko povzročila zaplet. Zato sem prepričan, da je etično in potrebno, da kirurg v operacijskem zapisniku navede prav vse, kar se je dogajalo med operacijo z bolnikom, tudi morebitne neljube dogodke med posegom (od pretrganega žolčnika, do deserozacij, nehotenega odprtja črevesja, nepredvidene krvavitve ali poškodbe žil – da navedem le nekatere primere iz abdominalne kirurgije, ki pa vse, ko so rešene, ostanejo prikrite.) Ne gre le za to, da je tak »pošten« zapis še kako koristen ob morebitnem ne povsem gladkem pooperativnem poteku, ampak je tako opisovanje neljubega dogodka za kirurga ponovno podoživljanje tega neljubega dogodka. To zanj ni prijetno, vpliva pa zagotovo na večjo pazljivost in pozornost pri naslednjih posegih, da se tak neljubi dogodek ne bi ponovno zgodil.

V kirurgiji je iz povsem strokovnega pogleda silno pomembno, kako kirurg ravna s tkivom. Pa vendar ne gre le za vpliv na fiziološke procese, homeostazo in biološke posledice grobega ravnanja s tkivom. Gre tudi za spoštljiv odnos do bolnika samega. Že študent na vajah iz anatomije mora imeti pieteten odnos do trupla in njegovih delov. Še toliko bolj bi torej moral biti spoštljiv odnos vsakega kirurga do tkiv bolnika ali poškodovanca. To pa pomeni premišljeno, skrbno in nežno ravnanje s tkivi, ki so vendarle del bolnikove celotnosti!

Tudi ni vseeno, kaj in kako govorimo ob operacijski mizi, ko je sicer bolnik v anesteziji in naj ne bi zaznaval dogajanja okoli sebe. Povsem razumljivo je, da se po težjem delu operacijskega posega, ko napetost

mine in je pred ekipo le še tako imenovani rutinski del operacije, ekipa nekoliko sprosti, si morda privoščijo glasbo in sproščen pogovor o raznih rečeh. Vse pa naj bi bilo znotraj neklih razumnih, do bolnika spoštljivih meja, in tako, da ne pride tudi pri rutinskem delu operacije do kakšnega neljubega dogodka ali, ne daj Bog, do malomarnega ravnanja. Tudi to je del ne le pravega profesionalnega odnosa, ampak kirurške etike in morale! Spomnim se nekaj primerov, ko so bolniki nekako zaznali in vedeli, kaj se je ekipa ob operaciji pogovarjala, in so mi to tudi povedali ...

Ne le operacija, tudi siceršnje delovanje kirurga od pregleda bolnika do naročanja preiskav naj bi bilo strokovno upravičeno in smiselno ter le tako tudi etično. Naročanje nepotrebnih ali ponavljanje že opravljenih preiskav brez res upravičenega razloga ni le strokovno problematično, ampak tudi neetično in nemoralno! Vedno je treba pomisliti, ali bomo s preiskavo, ki jo nameravamo naročiti, pridobili tako pomembne podatke, da se bomo na njihovi osnovi odločili za spremembo sicer načrtovanega zdravljenja. Ali se kirurg vedno zaveda, koliko sevanja na bolnikovo telo povzroči kakšna preiskava, ki jo včasih naroči zelo mimogrede?

Diagnostični postopek je sestavljena in še vedno sta v ospredju pogovor z bolnikom – anamneza in natančen pregled. Potegniti hlače le do dimelj in potem na hitro potipati trebuh je ne le strokovno narobe, ampak tudi neetično. Zakaj? Zato, ker na osnovi ne dovolj natančnega pregleda lahko napačno sklepamo in tudi napačno ukrepamo. Poznam primer, ko so otroku nekega kolega tako na hitro potipali trebuh, zaključili, da je vnet slepič, in ga poslali v operacijsko dvorano (da bodo kolegovega otroka hitro rešili težave). No, tam je pa strežnica potegnila otrokove hlače do kolen. Zagledala je spremenjena moda, jih pokazala ter vprašala, zakaj so otekla in modrikasta. Bila je torzija testisa in če ne bi bilo strežnice ... Ne le strokovno, tudi etično

nesprejemljivo je ravnal kolega, ki je tako na hitro pregledal otroka.

Tudi pri odločanju o posegu in uporabi različnih pripomočkov naj bi kirurg ravnal ne le po strokovnih, ampak tudi po etičnih in moralnih načelih. Vodilo mora biti vedno, da bolniku ne napravi škode. Res je, da kirurgu veliko problemov in pasti lahko prepreči vpeljana »cheklista« za nek operativni poseg, pa vendar to ne zmanjšuje potrebe po odgovornem in s tem etičnem ravnanju kirurga.

Neredko kirurgi grešijo pri predpisovanju zdravil, ko brez tehtnega premisleka, kaj in zakaj, bolniku predpišejo neko zdravilo. V nekaterih raziskavah so bila kot najpogostejša napaka kirurgov navedena prav napačno predpisana zdravila. Ali je kirurg ravnal etično, če je predpisal neko drago zdravilo, z možnimi pomembnimi stranskimi učinki, ne da bi se prej o tem pogovoril s specialistom, ki se dobro spozna na medikamentno zdravljenje?

O etičnosti in tudi morali ravnanja kirurgov pri sledenju bolnika po operaciji pa le toliko, da naj bo jasno, da s prehodom operiranca v intenzivno terapijo zanj še vedno, skupaj z »intenzivistom«, skrbi in zanj tudi odgovarja kirurg. Tudi njegova etična drža, ne le strokovna dolžnost zahtevata, da redno prihaja k bolniku, mu razloži, kaj se z njim dogaja in kaj bo predvidoma treba še ukreniti, če je bolnik v intenzivni terapiji le toliko pri sebi, da se lahko sporazumeva. Če tega ne more, ga je kirurg še vedno dolžan obiskovati in kontrolirati lokalno in splošno stanje po kirurškem posegu, poleg tega pa svojem natančno razložiti, kaj se dogaja z operirancem. Torej, kar je prav, je tudi moralno!

Vprašanje, ki si ga mnogi kirurgi postavljajo, je, ali ni neetično tudi to, da bolnik, ki je bil predviden za operacijo, odpade s programa po večurnem čakanju tešče in v pričakovanju rešitve zdravstvenega problema. Za tako odločitvijo pač neredko stoji anesteziolog. Ne vem, ali ta potem vedno pride do bolnika in mu razloži,

zakaj je odpadel s programa. Zame je to še kako ne le etično, ampak tudi moralno vprašanje, saj je, ko odpade njegova operacija, za bolnika tako, kot bi ga izbrisali! Zdravniki smo res samo ljudje, a imamo svoje poslanstvo, ki je tudi vrlina našega poklica, vezana na etiko in moralo vsakega od nas.

O neetičnosti kirurgov, ki so se zaradi svojega materialnega ali kakšnega drugega interesa pustili podkupovati in si nakazovati denar na primer na račun v tujini, pa sploh ne bi zapravljaj besed – to je sprevrženost, nevredna človeka, kaj šele takega s poslanstvom, kot je naše, zdravniško. Kljub tej neoliberalni dobi, ko je marsikaj »normalno«, je to zame groza in sramota!

Sicer vem, da se začetna korupcija neredko začne zelo »perfidno« z rogljički na mizi, ki jih prinese ob obisku predstavnik farmacevtske družbe. Potem pa pridejo večerje, plačani kongresi, darila in potovanja ter nenormalne provizije za vodilne oziroma tiste, ki sodelujejo pri naročilih, in nazadnje za »izbrane nesrečnejše« še skrito nakazovanje na osebni račun. Pa kdo od kirurgov ni doživljal začetnih pronicanj korupcije v svojem okolju? Praktično ni zdravnika, ki ne bi bil tako ali drugače vključen v tak način delovanja farmacevtskih družb ali pri kirurških predstavnikov proizvajalcev opreme. Ti pogosto v ceno nekega aparata ali pripomočkov vključujejo tudi izobraževanje zdravnikov in slednji so tako že vpeti v neko odvisnost od podjetja, ker to seveda pričakuje »korektnost«!

Pogost je bil izgovor, da brez pomoči farmacije in proizvajalcev opreme zdravniki ne bi mogli iti na prepotrebna dodatna izobraževanja in strokovna srečanja, ker da za to ni dovolj denarja v ustanovah, zaslužek zdravnikov pa tudi ni tolikšen, da bi si sami plačali potrebna izpopolnjevanja. Družba oz. oblast je za vse to nedvomno vedela, ampak je pustila, da se je to dogajalo, in ni omogočila drugačnega načina plačevanja zdravnikom za kongrese in dodatna izobra-

ževanja. Tako je bilo enostavnejše, hkrati pa je taka »koruptivnost« zdravnikov oblastem v bistvu ustrezala, da so lahko potem, kadar jim je prišlo prav, prek novinarjev »udarili« po zdravništvu. Seveda je pri marsikom ostalo pri nekaj kongresih ali izobraževanjih, pri drugih pa je šlo naprej in pri redkih mnogo predaleč. To je resničnost naše medicine in kirurgija pri tem ni izvzeta. V odnos med zdravnika in bolnika se je vrinila družba oz. država s svojimi institucijami, kar vsekakor vpliva na delovanje in moralno-etično držo zdravnikov, ki so pod hudim pritiskom zahtev države. V bistvu gre za slabo družbeno moralo, ki vpliva na moralno-etično ravnanje posameznika. Jaz predstavnikom farmacevtskih družb na primer sploh ne bi več dovolil vstopa v bolniške ustanove, za vse take kirurge, ki so se pustili podkupovati ali celo izsiljevali plačilo za uporabo nekega medicinskega izdelka ali zdravila, pa bi predlagal odvzem licence!

Morala je v naši družbi zelo slaba in etika posameznika, tudi zdravnika je zato na veliki preizkušnji.

Svoj ugled, zaupanje bolnikov in tudi izpolnjenje poslanstva bodo kirurgi, pa tudi ostali medicinci lahko dosegali in ohranjali le s svojo etično in moralno neoporečno držo. Nekateri trdijo, da je etika povezana ne le z zavestjo, ampak tudi z vestjo: če poslušam svojo vest, bom ravnal etično, ker sem moralen!

Tudi pri odnosu do kolegov je pomembna moralna drža. Neredko pride kirurg v nasprotje interesov, ko mora na eni strani poskrbeti za primerno usposabljanje in učenje mlajšega kolega, ki se mora naučiti operiranja, kirurških spretnosti in potrebuje »kilometrino posegov«, na drugi strani pa zagotavljati bolniku čim boljšo kirurško oskrbo. Prav bo ravnal tisti, ki bo omogočil kolegu razvoj in mu »dal operirati« postopoma vse zahtevnejše posege, pri tem pa zmogel prevzeti odgovornost za primerno kakovost posega, kot moralno-etične obveze do bolnika. Seveda ja zato najprimernejše, če



kolegu pri operaciji asistira. Tudi sicer naj bi imel kirurg prijazen in razumevajoč odnos do kolegov in kolegic, pač v okvirih svojega značaja in temperamenta. Učitelje in predstojnike žal neredko zanese njihov položaj in se včasih do mlajših sodelavcev ne vedejo, kot bi bilo primerno, so oholi in celo ponižujoči. To ni moralno in tak šef bi se moral zamisliti nad svojo etično držo.

Še nekaj dodatnih misli o zdravniški morali v odnosih do bolnikov, njihovih svojcev in do sodelavcev. Dejstvo je, da so mnogi naši zdravniki do bolnikov empatični, prijazni in korektni do svojcev. So pa prav v kirurgiji neke okoliščine in posebne razmere, povezane z operativnim zdravljenjem, ko je lahko kirurgova etična in moralna drža na preizkušnji. Na primer povedati bolniku in/ali svojcem, da poseg ni ali je le delno uspel ali da ni šel po načrtu, in pojasniti okoliščine ter razložiti možne posledice. Najbolje je, da si kirurg enostavno predstavlja, da je on v koži bolnika ali enega od svojcev, in pomisli, kaj in kako bi rad slišal o poteku posega. Moralno je biti pošten in odkrit, odgovoren in včasih pač samokritičen. Dobro je poskušati nazorno, tudi s skico ali na slikah preiskav pokazati, kaj se je dogajalo med posegom ali kaj je bilo najdeno, česar prej na primer ni bilo videti. Reči samo, da je šlo vse v redu, posebej če ni bilo povsem tako, je za

vsakogar premalo, tudi za tistega, ki skoraj slepo zaupa in verjame kirurgu (še se najdejo taki).

Kirurška etika in morala se kažeta seveda tudi v odnosih do številnih sodelavcev in predvsem sodelavk pri obravnavi kirurških bolnikov in pri kirurških posegih. Za uspešen potek in za uspeh posega in zdravljenja je potrebna dobro sodelujoča, usklajena in izurjena delovna skupina. (Ne uporabljaj zame preveč športno obarvane »ekipe«, čeprav gre pri operacijah včasih res za tekmo, nikoli pa ne sme iti za dirko!) Spoštljiv odnos do sodelujočih, pozornost, izrazi zahvale in pohvale, spodbujanje in ne prevelika »domačnost«<sup>1</sup> so lastnosti dobrega in hkrati moralnega kirurga... Mnogi kirurgi do medicinskih sester niso primerno spoštljivi in pozabljajo, da so one vendarle neredko tudi matere in soproge, da imajo svoje dostojanstvo, ki ga nihče nima pravice prizadeti z na primer povišanim glasom, ostrino ali celo nesramnostjo. Pa se je vse to neredko dogajalo in se še!

Čisto moje osebno razmišljanje, ki na nek način presega naslov tega pisanja, pa je povezano s položajem in odnosom ne le kirurgov, ampak vseh zdravnikov do globalnih problemov, do socialnih in drugih krivic, revščine in trpljenja premnogih tako doma kot po svetu.

Včasih je veljalo, da so bili zdravniki »napredni«, tudi uporni in

pripravljene posegati v dogajanja v družbi tudi prek meja svojega poklica. To potrjuje že samo dejstvo, da se je veliko naših zdravnikov in študentov medicine aktivno vključilo v odporiško gibanje med okupacijo. O tem je danes že skoraj tvegano, predvsem pa preživeto govoriti, ker je v družbi nastala takšna klima, ki temu vsekar ni naklonjena. Vse bolj se mi zdi, da žal današnje generacije zdravnikov v velikem delu niso več med tistimi, ki bi jim lahko rekli »napredni«<sup>1</sup> ali »uporni«.

Zdi se, da mnogim ustreza uspešen pohod neoliberalizma k nam. Videti je, kot da premnogim odgovarja vse večji individualizem v družbi in s tem povezan egoizem, skrb le zase in svoje neposredno okolje, gonja za materialnimi dobrinami in užitki na čim višji stopnji. So zdravniki, kot kaže, ki prav v takem svetu iščejo svoje mesto in najbrž ni moč pričakovati, da bi bila zdravniška srenja bolj socialno orientirana od drugih poklicev, da bi bila bolj usmerjena k reševanju splošnih problemov ljudi, čeprav imajo z njimi ves čas opravka. Tak je pač današnji čas in svetovna usmeritev. Mnogih, če le njim samim to koristi, ne moti, da si lahko bogatejši kupi boljšo oskrbo, in pozabljajo, da smo vsi ljudje. Morda sem naiven, ko se sprašujem, kje je tu njihova človeška etična drža, kje družbena morala.

## Ali prav se reče záhod<sup>1</sup> ali zahòd?

Jan Kejžar, dr. med., SB Celje

Pomanjkanje anesteziologov v UKC Maribor še vedno buri duhove in je s pozivom vodstva ustanove k

učanju hrvaščine dobilo nove razsežnosti. So tam zaposleni zdravniki in medicinske sestre pozabili, da »več jezikov kot znaš, več veljaš«, ali pa so šefi pri reševanju nastale situacije že

tako zabredli, da se z vsakim nadaljnjim ukrepom samo še bolj smešijo? To ni tema tega prispevka in avtor tudi nima pristojnosti, da bi o tem sodil, ima pa več kot dovolj izkušenj, da se lahko dotakne nekega drugega, širšega problema, ki ga marsikdo ob vsem skupaj sploh ne bo zaznal. Gre za naš odnos do

1. Hrvaški izraz za stranišče oz. kopalnico.

slovenskega jezika, o katerem želim razmišljati skozi prizmo različnih primerov, ki sem jih bodisi doživel na lastno pest bodisi zanje slišal iz druge roke. In ker Slovenci tako radi mečemo kamne, najprej šaljiva črtica, ki se (verjetno) ni pripetila v resnici.

*Oni dan se je v dežurni ambulanti predmestnega zdravstvenega doma kar trlo bolnih in pomoči potrebnih. Ob oknu je sedel srednješolec s sračjim gnezdom na glavi, ki je bil tako zatopljen v svoj mobilni aparat, da se sploh ni zmenil za okolico. Ob njem so se drenjale tri upokojene ženice, ki so se široko razkomodile s svojimi cekarji in hodilnimi pripomočki, zakoličen teritorij pa označile tudi s prjetnimi aksilarnimi vonjavami. Med živahnim komentiranjem trenutnega političnega stanja so se obregnile tudi ob dogajanje v čakalnici, napake slovenskega zdravstva in »današnja mladino, ki zna samo v ekrane bolščati, da bi prijeli lopato, jim pa še na misel ne pride.« Na nasprotnem koncu se je ob steni, na kateri so viseli plakati z nasveti o zdravem življenju, nervozno prestopala mlada in brezhibno urejena dama, ki se ji je mudilo nazaj v službo. Končno se je na sceni pojavil še naš junak – gospod v poznih zrelih letih z deficitom las in centimetrov (brzdaj zdaj svoje asociacije, cenjeni bralec!), a nikakor tudi maščevja na trebuhu. Nejevoljno se je ozrl naokrog in si nekaj zamrmral v brk, nato pa si je izbral svoj položaj v tej sobi brez izhoda. Bil je to možakar tik pred upokojitvijo, ki se je skoraj vsega naveličal in se nikomur več ni pustil vleči za nos. Življenje je pustilo svoje sledi in ostala je zagrenjenost po skoraj 37 letih enoličnega, mukotrpnege ter slabo plačanega dela. Kot da to ni bilo dovolj, mu je sedaj ponagajalo še zdravje.*

*Čas ni bil na strani našega protagonista – minute so se vlekale po*

*polžje in čakajoči so le počasi kapljali v ordinacijo. Na srečo je vrstni red razbil penzionistično kliko z druge strani sobe, tako da je bilo vsaj malo bolj mirno. Neverjetno je, kaj vse človek premleva, ko takole nima kaj početi sam s sabo – najprej v mislih okrca vsakogar in vse okoli sebe, nato pa se naenkrat znajde v pustinji, kjer ga čaka ogledalo. In ko si začne takole polagati račune v zatohli čakalnici pred zdravnikom, ki bo kot bog razsodil, kakšen bo preostanek njegovega mizernega obstoja, takrat šele zares postane nejevoljen. Kot nalašč je ravno v takem momentu od nekod priklovratila čistilka s svojim vozom in začela na hodniku na glas razglablјati z naključno mimoidočo, verjetno znanko. Delavka je bila ekonomska imigrantka, ki pa je na srečo meje naše mlade politične tvorbe prestopila takrat, ko islamizacija in teroristi še niso (tako) burili naših duhov. Kdo ve, koliko časa je že bila v Sloveniji, a se svojega izvora ni niti malo sramovala. Za razliko od avtohtonega podalpskega Janeza ali Marije je govorila glasneje, gestikulirala živahneje, predvsem pa je uporabljala jezik, v katerem Prešeren ni napisal Poezije (glede njegove pozne »šank« literature pa nisem čisto prepričan). To je bil pljunek na karbid za našega junaka. Še vedno ni bil na vrsti, dasiravno je prišel že pred poldruugo uro. »Komaj so utihnile stare vešče, zdaj pa je svojo lajno zagnala še neka čefurka! A ni že zadosti dolgo pri nas, da bi lahko znala slovensko? No, saj to je pa to, ko je lahko vsakdo za 500 tolarjev kupil državljanstvo. Preplavili nas bodo, plodijo se kot podgane!« Na srečo obeh zunanjih ministrstev in nekaterih drugih institucij teh misli gospod ni javno izrazil, se je pa pričel živčno presedati na svojem stolu ter jezno pogledovati na hodnik, pri čemer je zavijal z očmi in zmajeval z glavo. Napetost v prostoru je rasla in mlada karieristka se je umaknila v svoj kot, mastnolasi fantè pa je prvič preusmeril pogled z zaslona svoje tehnikaliје. Čistilka se je s svojo*

*sogovornico sedaj tudi na glas krohotala neki nepriliki, v kateri se je pred kratkim znašla, in to je sodu izbilo dno:*

*»Gospa čistilka, lepo prosim, tu je Slovenija.«*

*Težko je reči, koliko časa je vladala tišina, ki je nastopila ob tej bodici. Utihnula je pesem ptic, zimsko sonce so zagrnil temni oblaki in general Maister je salutiral v svoji grobnici. Prisotni so nemo zrli v akterja te bitke narodov, veroizpovedi in kulture ter čakali na izzvano, da ubrani svojo čast. Ampak očitno je bila na to pripravljena, saj je odreagirala z neverjetno umirjenostjo:*

*»Dobro, dobro, umirte se zdaj, gospod, bom vas jaz videla kod doktora!«*

Hud udarec je bil to za osrednji lik tele črtice. Izkazalo se je namreč, da ga je v ambulanti v usnjenem fotelju pričakal specialist, ki je pred približno petimi leti po hitrem postopku dobil delo v Sloveniji, kar mu je omogočil celo interventni zakon. Mladi diplomant je diplomiral na Medicinski fakulteti Univerze v Sarajevu, nato pa izkoristil krizo na sončni strani Alp in si tukaj ustvaril lepo življenje. To so bili težki časi suhih krav in zategovanja pasov, ko se je na ekonomske migrante gledalo še čisto drugače – ne le zaželeni, bili so celo nujno potrebni za preživetje našega zdravstvenega sistema! Samo v prvem letu po sprejetju ukrepa jih je pri nas začelo delati 81, mladi slovenski zdravniki pa lačni in na prehodu v četrto dekada življenja še vedno pri svojih mamicah.

Dogajanje v ordinaciji prepuščam bralčevi domišljiji. Bodisi se je možakar pred nesrečnim južnjaškim ranocelnikom dokončno razhudil, si strgal srajco s telesa in ponosno pokazal svojo tetovažo črnega panterja bodisi se je čisto pohlevno potrudil, da je ujel vsako besedo in se ob koncu prijazno zahvalil za altruizem. Prav tako ne bom ugibal, ali je doktor Enver bolnika pričakal malodane ležeč v stolu, z »lancem<sup>2</sup>« okoli vratu in malo nižje napol razkritim »ljubavnim tepihom<sup>3</sup>« ter ga ogovoril

2. Hr. veriga, v tem sobesedilu zlata ogrlica za moškega.

3. Hr. »ljubezenska preproga«, v tem sobesedilu poraščenost po moškem tipu, predvsem po prsnem košu.

v srbohrvaščini. Kdo ve, morda pa je bil eden od najboljših študentov svoje generacije in si je zaradi svoje ambicioznosti želel delati v Evropski uniji? Morda je poletja v mladosti preživljal pri sorodnikih v Ljubljani in se je že takrat priučil jezika?

Lahko bi se lotil priseljencev, ki so pri nas zaposleni v zdravstvu, in ugotavljal, na kakšnem nivoju je njihova raba slovenskega jezika, a tega ne bom počel. S tem bi si namreč le po pilatovsko umil roke in se znebil odgovornosti, ki mi kot (pravemu?) Slovencu pritiče. Toliko stoletij smo se trudili in končno postali gospodarji na svojem, zato je od nas odvisno, kako bomo zastavili izbirne postopke in pogoje dela za vse prišleke. Poleg tega so bili še pred tremi desetletji »jeziki narodov in narodnosti in njihove pisave na območju Jugoslavije enakopravni<sup>4</sup>«. Kdor je zrasel v takšni realnosti, verjetno na slovenščino kot edini uradni jezik v večinskem delu države gleda drugače. In če se bo kdo ob branju tehle vrstic začel praskati po glavi, češ »kaj pa osebna odgovornost posameznika, da se res temeljito pripravi na življenje v drugi državi in na opravljanje tako zahtevnega poklica, kot je zdravniški«, ga moram takoj razočarati – danes pometam(o) pred lastnim pragom.

Ko klenega Slovenca povprašamo po odnosu do jezika, izpostavi predvsem tuje vplive, ki da ga ogrožajo in bodo sčasoma povzročili, da v Sloveniji nihče več ne bo govoril slovensko. Na črni listi se najprej znajdejo svetovni splet in ostali novodobni mediji, potem so tu mladi, ki itak govorijo že napol angleško, in končno pridemo do neintegriranih priseljencev. Če smo malo sitni in vrtamo z vprašanji o dvojnini, postavljamo večje ali rabi velike začetnice, nas največji domoljubi takoj poučijo, da so slovenska pravila preveč zapletena in nesmiselna, poleg tega pa jih je

zastavil »Hrvat«. Brez heca, tako so neuki govorili oz. še govorijo o zdaj že pokojnem dr. Jožetu Toporiščiču, ki se je res rodil zelo blizu meje s Hrvaško, a upam, da v naši ogromni deželici razdalja med rojstnim krajem in sosednjo državo ne pogojuje ljubezni do jezika. Čas je za naslednji primer, ki opisuje situacijo, v kateri sem bil neposredno udeležen.

*Poleti l. 2014 sem se udeležil intenzivnega ERASMUS programa z mednarodno udeležbo, ki je potekal na naši fakulteti. Kratica ERASMUS danes tudi nepoznavalci pomeni povezovanje med študenti iz cele Evrope in v Maribor so prišli udeleženci z Norveške, Poljske in Madžarske, največ pa je bilo Hrvatov. Imeli smo se odlično, osrednje vodilo tečaja je bilo poučevanje s pomočjo simulacij, predavatelji pa so nas tako namučili, da smo se resnično nekaj naučili. Slovenci smo spet upravičili svojo pregovorno gostoljubnost in to se je najbolj pokazalo med premori oz. v prostem času, ko s(m)o se skupaj znašli predstavniki dveh najbolj zastopanih skupin. Orodje sporazumevanja je bila namreč praktično brez izjem hrvaščina. No, smo pa našim južnim sosedom s tem vsaj delno povrnilo uslugo. Le pomislite, kako se usako poletje namučijo istrski »konobarji<sup>5</sup>« ali receptorke avtokampov, ko nam menije in cenike pojasnjujejo v slovenščini.*

Sam sem z našimi gosti govoril slovensko ali angleško, odvisno s kom sem se pogovarjal. Nisem imel občutka, da me študentke z Reke ne bi razumele, v nasprotnem primeru pa smo na zabaven način drug drugemu pomagali razširiti besedišče. Zavrtačam argument, da sem bil »neprijazen oz. negostoljuben« zgolj zato, ker nimam pojma o bratskem jeziku. Hrvaške televizijske programe lahko spremljam skoraj brez težav in tudi njihov tisk lahko preberem, dasiravno sem še moker pod nosom oz. sem se rodil v zadnjih izdihljajih skupne republike. A kot so me že večkrat poučili prijatelji in znanci podobne starosti, jih večina danes ne pozna

srbohrvaščine in zato Hrvate, Srbe ali Bosance razumejo le stežka. Nič kaj drugače ni onkraj meje, kar sem ugotovil ob kratkotrajnem znanstvu, ki sem ga sklenil ob svojem obisku Gane.

*Tik preden sem se poslovil iz študentskega doma, kjer sem med izmenjavo bival, sem namreč spoznal študenta medicine, ki se mi je najprej predstavil kot »Harvey«. Ravno sem nekaj tlačil v kufer, ko je vstopil v sobo in me po angleško nagovoril. Tudi sam sem se identificiral in ker sem uporabil izvirno različico imena (nisem ga prevajal v angleščino), je sogovornik sklenil, da bi pa morda vseeno lahko izgovoril njegovo pravo ime. Seveda sem brez posebnih problemov izrekel »Hrvoje«, vendar pa mladi Zagrebčan nikakor ni bil za to, da bi se pogovarjala vsak v svojem jeziku. Kot rečeno, hrvaščino sicer dobro razumem, govorim pa je ne, ker ne znam dobro sklanjati in spregati, zato sem poskusil kar z maternim jezikom, a sem na strani sogovorca naletel na oviro. Baje nas nove generacije južnih sosedov le stežka razumejo, zato sva se s kolegom v naslednjih dveh dneh pogovarjala angleško, kar se je vsaj meni zdelo precej bizarno. Prav tako je bilo zanimivo prisluhnuti pojasnilu nekega Norvežana, kako neprijazno (skorajda žaljivo!) bi bilo, če bi s Švedom komuniciral v angleščini. Je pa za nas, bratske balkanske narode, morda vseeno bolje, da se pogovarjamo v jeziku naših arbitrov in da se gledamo vsak s svoje strani meje kot pa preko »nišana<sup>6</sup>«. V odnosu drugače ni bilo nobene napetosti in če že sporazumevalni medij ni nakazoval, od kod prihajava, so zato toliko bolj skupne navade. Hrvoje je sicer z vsakim novim znancem želel nazdraviti s travarico, a sva jo na koncu vseeno v večji meri spila sama.*

Moje prvotno začudenje ob tem dogodku je bilo preuranjeno in še dobro, da ga nisem tudi na glas izrazil. Ne bi imel prav. Prišli so novi časi in angleščina hote ali nehote postaja svetovni jezik, ki ga svet kot globalna

4. 246. člen četrte in zadnje jugoslovanske ustave iz l. 1974.

5. Hr. natakari.

6. Hr. merek.

vas krvavo potrebuje. To nas ne odvezuje odgovornosti, da razmislimo o položaju slovenščine na pragu 21. stoletja in o našem odnosu do nje. Dojemati jo kot nekaj samoumevnega je najmanj nevedno, če že ne nespoštljivo do prednikov, ki so zanjo bili dolgo in izčrpavajočo vojno. Vojno, ki se je na koncu vendarle izplačala.

Rešitev za problem mariborskih anesteziologov? Prepričan sem, da dobro shajajo, če izvezamemo manjše

nesporazume glede posameznih kosov pohištva in trudnih žena<sup>7</sup>. Čemu torej potreba po intenzivnih tečajih hrvaščine, ne bom ugibal, vendar so to pereče zadeve ter material za nabiranje političnih točk. Angleščina je v zdravstvu nujna tako ali drugače, pa naj poskusijo s takšnim pristopom. Za stik z bolnikom bo v vsakem primeru potreben prevajalec, ki pa ga lahko porabijo še v kakšnem drugem primeru. Govori se, da obstajajo

zdravniki, ki navkljub slovenskim koreninam nekako ne znajo vzpostaviti dobrega stika s svojimi bolniki. In na koncu ne pozabimo, čemu so hrvaški anesteziologi sploh tu. Niso prišli na dopust ali izobraževanje, pač pa zato, ker med (vpletenimi) Slovenci ni bilo volje, da bi se problem razrešil drugače.

7. V hrvaščini beseda stôl pomeni mizo, trúdna ženska pa je noseča.

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

Mag. Miloš Židanik, dr. med., Vaše zdravje, d. o. o., Maribor  
[Milos.Zidanik@vasezdravje.si](mailto:Milos.Zidanik@vasezdravje.si)

Po precejšnjem obveščanju o predavanjih in delavnicah z naslovom Prepoznavanje in obravnava žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti, ki so se na Zdravniški zbornici Slovenije vrstili skoraj eno leto, sem se 15. in 16. aprila udeležil teh dogodkov. Ponudba je bila privlačna – kje še dobimo danes možnost izobraževanja s toliko licenčnimi točkami brez plačila kotizacije? Izobraževanje je odlično zastavljeno, ker pridemo v stik s strokovnjaki, ki se s prepoznavanjem nasilja ukvarjajo na centrih za socialno delo, v nevladnih organizacijah in na akademskem raziskovalnem inštitutu, tako da ga resnično lahko samo priporočam vsem, ki se ga še niso udeležili. Obstaja namreč možnost, da bodo jeseni z organizacijo teh srečanj nadaljevali.

Osnovno sporočilo je, da je v naši družbi doseženo soglasje za ničelno toleranco do nasilja v družini in da je sum o obstoju nasilja v družini treba obvezno prijavljati. Dobili smo navodila, kako to izpeljati v praksi. Celotno

izobraževanje mi je bilo zelo dragoceno, ker so mi iz spomina vstajali pacienti, pri katerih bi lahko opravil korake v tej smeri, pa jih nisem. Drugi element, ki mi je bil zanimiv, je bil izstop iz medicinsko-biološke paradigme, ko se odgovornost za nasilno vedenje pripisuje posamezniku in ne njegovim genom. To pomeni, da se razlog nasilnega vedenja ne pozunanja.

Med srečanjem sem razmišljal o tem, da je ničelna toleranca do nasilja v družini na deklarativni ravni krasna. Govorili smo o potrebi prijave impulzivnega telesnega udarca otroka, če npr. steče čez cesto ob rdeči luči. To nasilje je. V zadnjem času se precej ukvarjam s prezrtimi travmami odraslih v otroštvu – ko so bili priče kolinam domačih živali, ki so bile njihovi ljubljenci in so se z njimi igrali (zajčki, kokoške), pa so jih starši klali pred njihovimi očmi ali celo zahtevali njihovo pomoč. Družba v tem (še) ni zaznala nasilja, pa so posledice lahko trajne. Govorim o paranoidni in izogibajoči se osebnostni motenosti, ko

so otroci zrasli v občutku, da svet ni varen, stabilen, ljubeč in spoštljiv. Ko nekdo, ki je bil prvi poklican, da ima otroka rad, povzroča otroku travme, tako da pobija živa, čuteča bitja, ki jih ima otrok rad, s tem kaže, da svojemu otroku pravzaprav ne zna prisluhniti in ga začititi v njegovih potrebah in njegovi ranljivosti. Osebnostno prepričan, da je to dosti večje nasilje v družini nad otroki kot telesna kazen otroka, ki je prekorajčil pravila glede lastne varnosti in se tega zaveda tudi sam. Hočem povedati: ne odobravam telesnega kaznovanja otrok, samo opozarjam, da so otroci lahko deležni večjega nasilja, ki je bolj razdiralno za njihov osebnostni razvoj, ki pa je družbeno (še) sprejemljivo, skupaj z zapovedmi, kako mora otrok čutiti in kako razmišljati, vse drugače, kot izvorno čuti in razmišlja sam. In tu prepoznavam pomemben vir nasilja, ki se iz družin pretaka v širše družbene tokove. Kot je poudaril že Pitagora, da dokler bodo ljudje klali živali, tako dolgo se bomo klali med seboj. Nasilje je nasilje, ne glede na to, kako mu rečemo. In če govorimo o ničelni toleranci do nasilja v naši družbi, pogledjmo na naš odnos do najšibkejših,



## OPOZORILO

- IGRALA NA OTROŠKIH IGRIŠČIH V NASELJU DUNAJSKI KRISTALI SE NAHAJAJO NA ZASEBNEM ZEMLJIŠČU IN SO ZASEBNA LASTNINA STANOVALCEV NASELJA
- IGRALA LAHKO UPRAVLJAJO SAMO OTROCI IZ NASELJA DUNAJSKI KRISTALI UPORABA IGRAL IN ZADRŽEVANJE NA OTROŠKIH IGRIŠČIH ZUNANJIM OBISKOVALCEM NI DOVOLJENO
- NA OTROŠKA IGRIŠČA NI DOVOLJENO VODITI PSOV, MAČK IN OSTALIH HIŠNIH LJUBLJENČKOV
- NASELJE DUNAJSKI KRISTALI IN OTROŠKA IGRIŠČA SO POD VIDEO NADZOROM
- NEUPOŠTEVANJE OPOZORILO PREDSTAVLJA POSEG V ZASEBNO LASTNINO IN MOTENJE POSESTI ZATO IMA VARNOSTNA SLUŽBA VSA POOBLASTILA ZA UKREPANJE

ZA RAZUMEVANJE SE ZAHVALJUJEMO

STANOVALCI DUNAJSKIH KRISTALOV

do živali. Lahko si predstavljate moje čudenje ob kosilu. Ves čas smo poslušali o nasilju, potem pa so si ljudje postregli s posledicami nasilja na svoje krožnike. Kot če bi ves dan poslušali o škodljivosti kajenja, potem pa bi vsi šli skupaj na cigareto. Od 40 kosil je bilo samo eno, za katero ni bilo potrebno trpljenje. Od predavateljice sem slišal, da se z mojim razmišljanjem strinja, a da je nekje treba začeti. Razumemo jo in tudi s tem se strinjam. Nekje je treba začeti. A zelo hitro bo treba nadaljevati, ker najbrž nisem edini, ki zaznavam porast agresije in nasilja v naši družbi.

Druga vsebina, o kateri sem razmišljal na tem srečanju, je nevidno in

nezaznano nasilje elit. Tega očitno dopuščamo v upanju, da bomo enkrat sami prilezli do privilegijev elit, in ga zato ne izpostavljamo kot problem. Kot udeleženec srečanja sem bil postavljen v vlogo elitnega udeleženca. Kot na letališču ločijo ekonomski od poslovnega razreda, tako je bila ob prihodu registracija vsak dan ločeno urejena za zdravnike in vse ostale (medicinske sestre, socialne delavce, psihologe idr.). Predavanja so bila v naši domači Hiši zdravnikov, ki so jo iz meni nerazumljivih razlogov poimenovali Domus medica. Verjetno, da bi se počutili bolj elitistično? In v enem najbolj elitnih naselij v Ljubljani, ob

katerem mi je šlo skoraj na bruhanje. Ob odmorih, ki so bili na voljo, je bil skok na sonce najbolj naraven impulz. In zunaj soseska Dunajski kristali. S čudovitimi igrali za otroke in napisom, ki prepoveduje igro na igralih sosedovim otrokom. Kako so igrala pod videonadzorom in kako bodo prišli varnostniki in z igral odstranili vse šestletnike, ki tam nimajo stalnega prebivališča. Najbrž ni naključje, da igrala samevajo prazna, vsaj v času tega izobraževanja so.

Če sklenem. Zdi se mi absolutno nujno zahtevati in pričakovati družbo brez nasilja. Brez nasilja v družini, ki postaja družbeno nesprejemljivo. Pa tudi družbo brez oblik nasilja, za katere še nismo sprejeli družbenega dogovora, da niso sprejemljive. Sem sodi nasilje elit, sem sodijo klavnice, vsa živinorejska industrija od množične do prireje živali za zakol na malih kmetijah, sem sodijo lovci in usnjarska industrija. Kajti nasilje se vedno maščuje in vedno vrne prav nam nazaj v obraz. Menim, da če smo se zdravniški zapisali spoštovanju in ohranjanju življenja, prenesimo to v prakso. Da ne povzročamo trpljenja drugim čutečim živim bitjem. Za začetek tako, da si ne naložimo na krožnik trupel živali. Ampak zdravo rastlinsko hrano. In da nenehno ozaveščamo nezavedne vsebine, ki nas pri teh spremembah ovirajo. Ter da se vprašamo, ali in če jih sploh potrebujemo.

## Standardizacija v slovenskih zdravstvenih organizacijah – pogled z druge strani

Dr. Borut Stražišar, dr. pravnih znanosti in docent na zasebni šoli Erudio

[borut.strazisar@guest.arnes.si](mailto:borut.strazisar@guest.arnes.si)

Uvodoma naj omenim, da sem v začetku 90. let, kot pravnik začetnik na takratnem Sekretariatu za zakono-

dajo, aktivno sodeloval kot edini pravnik pri pripravi prvega zakona o standardizaciji v Republiki Sloveniji.

Pravnikom je bilo to povsem neznano področje, tehnikom pa vsakdanji jezik. Spomnim se dolgih popoldne-

vov, ko so mi tehniki na dolgo in široko razlagali sistem standardizacije ter sistem obvladovanja kakovosti, da sem jim kot pravnik lahko pomagal pri pisanju predloga zakona. Po nekaj uvodnih sestankih sem imel občutek, da se učim kitajščino. Standardi so bili sprva vezani na proizvodno industrijo, šele v 90. letih so doživeli razcvet tudi na področju storitev. Počasi so začeli prodirati tudi v javno upravo – doživeli smo podelitve prvih standardov upravnim enotam in javnim zavodom. V zadnjem desetletju so se standardi razširili tudi v zdravstvo. V Republiki Sloveniji prevladujeta na tem področju dva standarda, in sicer ISO ter ameriški JCI. Presojajo, ali je uvajanje standardov za zdravstvene ustanove v sedanjem trenutku koristno ali ne, prepričan sem vodstvom. Glede na ceno pridobitve ter vzdrževanja standardov pa kot plačnik zdravstvenega zavarovanja upravičeno pričakujem, da so prihranki, ki jih zdravstvene ustanove na ta račun ustvarjajo, večji od stroškov celotnega sistema.

V nadaljevanju bom opisal tri primere iz prakse, ki sem jih osebno doživel in ki mi kažejo, da se standardi v zdravstvenih ustanovah očitno uvajajo po domače ali pa da vodstvenim strukturam v zdravstvenih ustanovah ni povsem jasno, kaj je cilj in namen pridobitve standarda.

Ležim v eni izmed slovenskih bolnišnic. Že ponoči začnem podoživljati prizore, ki so bili znani iz obdobja Jugoslovanske ljudske armade v času pričakovanja obiska GINE. (Za mlajše generacije naj pojasnim, da je bila to vojaška Generalna inšpekcija iz Beograda. Ob najavljenem obisku GINE je vsa vojska v kasarni že tri tedne prej urejala njeno zunanost in notranost.) Nato je sledilo za osebje živčno jutro. Proti poldnevu v bolniško sobo vstopi akreditor v spremstvu vodstva bolnišnice in oddelčnega osebja, pregleduje dokumentacijo bolnikov ter napol razgaljene bolnike v sobah. Da bi kdo vprašal bolnike, ali se strinjajo, da v sobo vstopi popolni tujec in celo pregleduje njihovo zdravstveno doku-

mentacijo, nikomur še na kraj pameti ne pade. Po kakšnih petih minutah celotna kohorta odide iz sobe in delo in življenje na oddelku se vrne v stare tirnice (kot da se ni nič dogodilo).

Bolnišnica želi pridobiti standard. Vendar pa, namesto da bi vodstveni kader predhodno poučili o standardu in od njega zahtevali tudi obvladovanje standarda, se tega lotijo na »horuk.« Odločili smo se za pridobitev standarda in sedaj naj vsak po svoji moči in po svojih idejah prispeva k ustvarjanju dokumentacije, ki naj na koncu privede do pridobitve standardov. Saj ni pomembno, kaj piše, pomembno je, da je popisan papir. Ena izmed zahtev so matrike znanj (oz. matrike fleksibilnosti). In glej ga zlomka – licenca, ki je javna lista, nenadoma ne velja več. Pojavi se neko dodeljevanje kliničnih pooblastil, ki veljajo samo dve leti. Še več, interpretacija je, da naj bi bilo možno zapisovati celo izkušnje, pridobljene z delom. Torej pozor – licenca, ki jo podeli ZZS, nenadoma ni nujna. Standard omogoča pridobivanje znanj kar s samouštvom na pacientih. Zdravnik naj bi celo sam določal, katera znanja ima oz. kje se mu zdi, da se je dovolj »samoizučil.« In očitno, po interpretaciji omenjene institucije, omogoča celo izvajanje določenih delov zdravniške službe brez veljavne licence. Nekoliko starejši pravniki se še spomnimo znane ugotovitve nekdanjega predsednika zakonodajno-pravne komisije v slovenskem parlamentu, da je ustava neskladna s poslovníkom. Kako že pravijo – papir prenese vse. Očitno bomo po zaprašenih kletah in arhivih ponovno iskali zbrana dela Edvarda Kardelja. Na jutranjih sestankih pa bo zdravstveno osebje skupaj z vodstvom skupinsko prebiraló Smeri razvoja sistema socialističnega samoupravljanja.

Pregled v eni izmed bolnišnic (z veljavnim standardom). Podpisujem soglasje za soglasjem in se čudim. Mislil sem, da sem prišel v bolnišnico, podpišem pa več obrazcev kot znotraj zloglasne birokracije, ki slovi po obrazcih in vlogah. Pričakoval bi, da

je namen standardizacije poenostavitve postopkov in zmanjšanje števila obrazcev – toda učinek je ravno nasproten. Ena izmed študij v tujini je pokazala, da informirana soglasja dejansko prebere samo 10 odstotkov vseh bolnikov. Kdo pa je pred posegom še pri volji za branje. Teoretično sem lahko podpisal celo to, da soglašam, da mi odsekajo glavo.

Namenoma ne navajam imen institucij in tudi ni namen tega prispevka, da se sprožajo kakršnikoli postopki proti vodstvom ali zdravstvenim zavodom. Je pa namen tega prispevka, da se pristojni na ministrstvu ter v zdravstvenih ustanovah nekoliko zresnijo in odločijo, ali je standardizacija slovenskih zdravstvenih ustanov res nujna za dvig kakovosti dela v njih. Predvsem pa, da se odločijo, ali je primarni cilj pridobitev standarda ali pa poenostavitve in pocenitev postopkov znotraj zdravstvenih ustanov. Če vodstva zdravstvenih ustanov in ministrstvo za zdravje menijo, da je pridobitev certifikata nujna za njihovo kakovostno delo, pa v nadaljevanju podajam nekatere pomisleke in dileme.

Najprej se vprašajmo, kaj je sploh namen pridobitve certifikata določenega standarda? V določenih državah je pridobitev certifikata nujna zaradi sklepanja pogodb z zavarovalnicami. Certifikat naj bi bil dokaz, da ima ustanova vzpostavljen ustrezen sistem vodenja, s čimer naj bi posledično obstajal tudi sistem obvladovanja tveganj. Posledično pa to pomeni tudi manjša zavarovalna tveganja (npr. odškodnine zaradi operacije napačne noge ali pacienta). V določenih primerih je pridobitev certifikata tržna poteza – zdravstvena ustanova želi pacientom (potrošnikom) sporočiti, da izvaja storitve na najvišji ravni. Pridobitev certifikata je lahko tudi iskrena želja vodstva, saj želi s pridobitvijo certifikata izboljšati delovanje organizacije ter vzpostaviti jasne linije pristojnosti in odgovornosti. Z izboljšanjem delovanja organizacije pa naj bi se zmanjšali tudi njeni stroški. Pridobitev certifikata nujno privede

tudi do poenotenja postopkov zdravljenja oz. zdravstvene nege. Treba se je vprašati, ali je takšen pristop smiseln za področje javnih služb. Koncept javne službe pomeni, da je ista storitev pod istimi pogoji dostopna vsem državljanom. Če strogo sledimo konceptu javne službe, bi moral pacient imeti zagotovljen enak standard storitve ne glede na to, ali se zdravi v Celju, Novem mestu ali Šempetru. Z dopuščanjem različnih standardov pa dopuščamo tudi različne standarde storitev. Vzpostavlja se sistem konkurenčnosti med zdravstvenimi ustanovami, kar pa je z ustavnega vidika za področje javnih služb povsem nesprejemljivo.

Tehnični standardi so del samoregulacije industrije. Gre za urejanje področja, na katerem država nima ali ne želi izvajati svoje pristojnosti. Sedanji standardi pa posegajo na področja, ki so že zakonodajno urejena. Pri pridobivanju certifikata je nujno spoštovati tako zdravstveno zakonodajo kot tudi zakon o varstvu osebnih podatkov. Zdravstveni podatki sodijo med t.i. občutljive osebne podatke. Določanje zdravstvene doktrine je prepuščeno stanovskim organizacijam in deloma tudi ministrstvu, nikakor pa ne zdravstvenim ustanovam. V nekaterih državah je zakonsko dopuščeno, da lahko doktrino, v primeru, da je ne določajo stanovske organizacije, določijo tudi zdravstvene ustanove. Torej je treba pri uvajanju standardov spoštovati

primarno nacionalno zakonodajno ureditev in pogledati, ali je znotraj tega uvedba možna ali ne. Standard JCI izhaja iz države, kjer zdravstvo obravnavajo kot vsakdanjo tržno dejavnost. In to logiko je možno zaslediti tudi v samem JCI-standardu. V sistemu, ki je sedaj v Republiki Sloveniji, kjer se pripravamo glede pojma in koncepta javnega zdravstva, je standard JCI popolna fikcija.

Vzpostavljeni notranji standardi morajo imeti tudi odgovorne osebe za njihovo sledenje. Enostavno je izdelovati vijake (dimenzije in postopek njihove izdelave lahko uporabljamo tudi več desetletji), težje pa je določati standarde na področju zdravstva. Doktrina in obravnava bolnikov pri posameznih boleznih se z raziskavami in razvojem tehnike spreminja (npr. prej slepe metode z uporabo ultrazvoka postanejo varnejše za bolnika). Nekdo mora biti odgovoren za spreminjanje in dopolnjevanje internih standardov. V nasprotnem primeru se lahko dogodi, da osebe zdravi bolnika po internem standardu, ki pa ni več v skladu z doktrino. Pacient utrpí poškodbe ali, bog ne daj, celo umre, neka interna oz. eksterna komisija pa modro ugotovi, da so vsi ravnali v skladu s sprejetimi standardi in da torej nihče ni odgovoren za smrt (ker posledično za spremembo standardov tudi ni odgovorne osebe).

Pridobitev certifikata pomeni tudi uvedbo sledljivosti v postopkih. Pri pridobivanju določenih certifikatov se

je treba vprašati, ali je zdravstvena ustanova sposobna zagotavljati sledljivost postopkov na vseh ravneh delovnega procesa. Če npr. anestezijski aparat ali aparat v enoti intenzivne terapije ne omogoča pomnjenja odčitkov in tudi njihovega beleženja, potem se zastavlja vprašanje zagotavljanja sledljivosti in s tem tudi vprašljivost morebitno pridobljenega certifikata.

In kaj povedati ob zaključku? Tisti, ki že dalj časa delujejo na področju standardizacije in sistema kakovosti, poznajo tudi primere, ko so izdelki pridobili celo znani DIN-certifikat, pa so npr. nočne svetilke po pol ure gorenja povzročile požar (in to serijsko). Pridobljeni certifikat naj bi sicer odražal določeno kakovost njegovega imetnika, ni pa vedno nujno. Večine bolnikov v Republiki Sloveniji verjetno ne zanimajo table s poslanstvom organizacije (ki te v nekaterih zdravstvenih ustanovah pozdravijo ob vstopu), ampak usposobljenost in človečnost zaposlenih v teh ustanovah. Ne zanima jih okvir s podeljenim certifikatom, temveč sproščeno vzdušje na oddelkih, na katerih ležijo. Žal pa ne človečnost in ne sproščeno vzdušje nista zahtevi standardov. In končno, bolniki si verjetno bolj želijo občutka, da jim nekdo nudi določeno pomoč zaradi notranje etike in želje, in ne zaradi tega, ker je to določeno z nekim standardom.

## Čakanje škodi bolnikom in zavarovalnici

Prim. Marjan Fortuna, dr. med., Kranj

Mnogi bolniki pogosto zahtevajo, da jih pošljemo na določene preiskave, čeprav za to ni strokovnega razloga. Tak način izkoriščanja zdravstve-

nega sistema precej prispeva k podaljševanju čakalnih dob. Zdravnik tu ne more biti razsodnik, če bolnik to zahteva in mu po pravilih obveznega

zavarovanja pripada, ter tvegati spora z bolnikom. Dolžnost zavarovalnice je, da tak način ali celo izsiljevanje na nek način sankcionira (tudi s participacijami!). Vsako zavarovanje, pa naj gre za zdravstveno, za nepremičnine ali premičnine, temelji na vzajemnosti in solidarnosti, vendar ima tudi solidarnost svoje meje.

Menim, da bi bile čakalne dobe vsaj za ambulantne preglede krajše, če bi bila komunikacija med nosilci zdravstvene dejavnosti boljša. Ob

današnjih tehničnih možnostih bi lahko znatno olajšali dostopnost do ustrezne ambulantne obravnave. Dokler je napotnica edini dokument, s katerim pošiljamo bolnike eden k drugemu, ne bo nič boljše. Osnovno pri medsebojni komunikaciji je, da napotni zdravnik sporoči drugemu osnovne podatke o dosedanjih ugotovitvah pri določenem bolniku (ne samo bolj ali manj pravilne diagnoze). Res je, da mnogi to delajo korektno, še vedno pa dobimo napotnice z »diagnozo« »Cor i.o., Pulmo i.o. Abdomen i.o.« ipd. Večkrat sem že pozival, naj napišejo glavne simptome in znake, zaradi katerih pride bolnik po pomoč, ne pa neke diagnoze, ki je morda celo pravilna, npr. disekcija aorte, pljučna embolija itd. Nesprejemljivo je, da so napisani samo osebni podatki, ki jih pogosto izpiše računalnik, in napotna diagnoza, rubriki terapija in priloženi izvidi pa ostajata bolj ali manj prazni. Tako izpolnjena napotnica je dokument, ki služi le potrebam zavarovalnice in je pravzaprav vseeno, ali jo bolnik prinese ali ne.

Za skrajšanje čakalnih dob, kjer so nesprejemljivo dolge, je nujno povsod uvesti triažo. Čeprav je triaža včasih lahko zelo tvegana, ni drugega, boljšega in bolj pravičnega ter varnega načina. Znani so mi pomisleki mojih kolegov, ki odklanjajo tak način dela, češ če bolnika ne pregledaš, ne moreš presoditi, za kako nujno stanje gre. To je sicer deloma res, pa vendar je, ob določenih izkušnjah in znanju, to v večini primerov edini način, da skrajšamo čakalne dobe. Ali ni bolj nevarno bolnike naročiti na pregled enostavno po vrsti, kar največkrat opravljajo medicinske sestre ali celo administratorke, ob tem, da imajo mnogi bolniki na napotnici označeno stopnjo nujno ali hitro? Tako odgovorno delo mora vsekakor opravljati čim bolj izkušen zdravstveni kader, kar pa, v danih okoliščinah, ni nujno vedno zdravnik. Seveda pa je dobro, da imamo o bolniku čim več podatkov in na voljo že tudi rezultate nekaterih preiskav. Pogosto so bolniki napoteni na specialistični pregled z oznako

nujno, pa to ni z ničimer podkrepljeno. Zato je tudi izkušenemu zdravniku težko presoditi, kako resni so simptomi in znaki bolezni ter ali je potrebna prednostna obravnava. Nedavno je nekdanji minister, ki je, mimogrede, demonstrativno izstopil iz Zdravniške zbornice (!), v kolumni enega slovenskih dnevnikov pisal o tem, kako se na ambulantnih izvidih pogosto pojavlja pripis: »Kontrola po potrebi!« Ali ni to bolj smiselno kot naročanje na določene časovne intervale, kot da gre za servisiranje avtomobilov?

Ni mogoče govoriti kar o povprečnih čakalnih dobah, pa naj gre za preglede ali posege vključno z operacijami. Če npr. govorimo o operacijah srca, je treba upoštevati, za kako nevarno stanje gre. Tako je operacija kritične aortne stenoze nujno stanje, medtem ko je mogoče pri nekaterih stanjih tudi malo čakati. Seveda tudi pri mnogih nenujnih stanjih lahko iz nenujnega nastane nujno, kar mora vedeti vsak zdravnik, dobro pa je, da to ve tudi bolnik. Z vso odgovornostjo trdim, da urgenten bolnik ne čaka, res pa je, da zaradi prevelikega števila napotnih bolnikov v kratkem času vsak ne more takoj priti na vrsto in da ima vsakdo nekoliko svojo predstavo o tem, kaj je nujen primer. Zato je še toliko bolj pomembna triaža.

Poleg, recimo temu zunanjih čakalnih dob, je treba ločiti notranje čakalne dobe, ko bolnik čaka v čakalnici, pa iz tega ali onega razloga čaka (pre)dolgo. Tu je treba upoštevati dejstvo, da zdravniki delajo na več deloviščih hkrati, da so nekateri primeri bolj zahtevni in njihova obravnava zahteva več časa ter da je število ambulant omejeno. To seveda bolnika nič ne briga, ve samo, da čaka, in misli, da je to pač posledica slabe organizacije dela, pa vendar pogosto ni tako.

Glavni razlogi za dolge čakalne dobe so, da so kadrovske, prostorske in druge zmogljivosti (predvsem nekatere diagnostične preiskave) omejene in, bodimo iskreni, premalo izkoriščene, a hkrati tudi ali pa predvsem zato, ker plačnik storitev ni sposoben plačati vsega, kar zdravstvo lahko naredi.

Problem pa niso samo neizkoriščene aparature, ampak tudi pomanjkanje ljudi, ki znajo z njimi delati. Drug pomemben razlog pa je neverjetna razdrobljenost in slaba povezanost med posameznimi izvajalci. Zato je mnogo podvajanja pregledov in preiskav, kar vse povzroča še dodatno daljše čakalne dobe ter večje stroške (daljše bolniške odsotnosti, višje potne stroške, večjo porabo zdravil itd.)

Pravilnik o še dopustnih čakalnih dobah je sicer dobrodošel, če se ne bi zlorabljal. Dolgoročno ne bo rešil problemov, dokler ne bo celostno urejeno financiranje zdravstvene oskrbe od trenutka, ko bolnik zaradi nekega problema poišče zdravniško pomoč, ali z drugimi besedami, dokler denar res ne bo sledil bolniku. Ob sprejetem pravilniku in zagroženih kaznih se kaže vsa hinavščina odločevalcev v zdravstvu. Vsaj za internistiko v UKC Ljubljana velja, da vsako leto presega načrtovano število hospitaliziranih in ambulantnih bolnikov, kot je po pogodbi z zavarovalnico. Če bi zavarovalnica plačala vse, kar zdravniki lahko naredimo, potem bi bile kazni morda še upravičene, dokler pa ni tako, je to zgolj prelaganje odgovornosti na izvajalce. Logična posledica je, da bodo delali strogo po določenih pogodbah z zavarovalnico in nič več, čeprav imajo proste zmogljivosti in bi lahko, če bi imeli plačane vsaj materialne in fiksne stroške.

Pomemben razlog za predolge čakalne dobe je svobodna izbira zdravnika, ki je pogost izgovor, čeprav je to ob tako razdrobljenem zdravstvenem sistemu in tolikšnem številu izvajalcev največkrat nepotrebno. Nenujni primeri ne samo, da po nepotrebem obremenjujejo zdravstveni sistem, ampak otežujejo dostopnost do zdravstvenih storitev tistim, ki so jih res potrebni. Moramo se zavedati, da je zdravstvo čedalje dražje, najdražje pa je tisto s predolgimi čakalnimi dobami. Prepričan sem, da se bodo čakalne dobe začele krajšati, ko bo zavarovalnica plačala vse, kar bolnik potrebuje ali celo zahteva. Zato je prav neodgovorno javno izjavljati,



kako so bolniku zagotovljene vse pravice, v resnici pa jih pogosto ni mogoče nuditi. Ponovno, kot že

ničkolikokrat, bom ponovil, da je osnovni problem sistem zavarovalništva in ko bomo tega prilagodili

razmeram, se bo večina anomalij našega zdravstva začela reševati sama brez političnih floskul in flavz.

## Intelektualci – nosilci svobodomiselnosti in družbenega napredka – a smo le nepotrebna nadloga?

Doc. dr. Robert Oravec, dr. med., Psihiatrična bolnišnica Ormož  
[robert.oravec@amis.net](mailto:robert.oravec@amis.net)

*Pred dvema letoma se je za trenutek zdelo, da je zapihal veter odjuge v slovenskem političnem prostoru, zato sem se odločil objaviti nekaj esejev z namenom prispevati k humanizaciji družbenih odnosov. Na žalost se je kar hitro pokazalo, da navkljub navdušenju urednikov obstajajo višje instance v medijskem prostoru, ki lahko zavrejo objavo njim nevšečnih prispevkov. Tako je tudi ta rokopis ostal v predalu.*

*Glede na aktualno stanje duha v slovenskem zdravstvu verjamem, da bi s tem člankom lahko prispeval k razumevanju dinamike, ki premika politične marionete.*

V sedemdesetih letih, oz. bolj natančno septembra 1974, sta dva madžarska sociologa, kasneje bolj znana kot disidenta, György Konrád in Iván Szelényi, končala knjigo, ki je bila uradno natisnjena s strani madžarske založbe šele leta 1989. V knjigi, ki nosi naslov: *Pot inteligence do razredne oblasti*, sta opisala značilnosti, položaj in vizionarsko predviden družbeni vpliv madžarskih in drugih vzhodno- in srednjeevropskih intelektualcev.

Po njihovem videnju se je položaj izobražencev po grobem zatiranju v času stalizma postopoma izboljševal, tako da je prišlo do vključevanja intelektualcev – tehokratov v socialistično oblastno strukturo, nato pa so se do sedemdesetih let pojavila znamenja malomeščanske transformacije »aparaticikov«, kar jih je približalo

vrednotam in življenjskemu slogu izobražencev.

Konrád in Szelényi sta živela v prepričanju, da se naglo približuje čas, ko se bo oblast legitimirala z intelektualnim znanjem, čemur bo sledila vladavina intelektualcev, legitimirana z znanjem.

V osemdesetih letih, ko sem tudi sam med študijem živel na Madžarskem, je bil čas velikega preboja, začetek upanja v prevlado razuma nad ideologijo. Komunistični oblasti, ki je bila legitimirana z okupacijo s strani Sovjetske zveze, je počasi pohajala sapa. Ideologija je izgubljala verodostojnost, oblast pa vitalnost in represivnost. K temu so zagotovo prispevali neodvisni, recimo jim »prosto lebdeči« intelektualci, ki se niso vključili v oblastne strukture in so vedno bolj odkrito kritizirali socialistični družbeni sistem in njegove očitne nepravil-

nosti. Ob tem pa ne gre zanikati pomembne vloge tistih izobražencev, ki so predstavljali del oblastnega aparata in so v svojih funkcijah omogočali delovanje in razvoj intelektualizma in postopne meščanske transformacije družbe proletariata. V tistih letih je vse kazalo na to, da se bodo utopistična predvidevanja Konráda in Szelényija res kmalu uresničila.

Čeprav le kot študent na obrobju teh dogajanj, sem vseeno tudi osebno doživel tisti čas kot vznemirljiva leta intelektualnega vrenja, prepojena z optimizmom in evforijo. To je bil čas, ko so se jasno nakazovale spremembe, ki bi ponovno postavile celotno družbo z »glave na noge«.

Takšne predstave so se takrat zdele povsem realistične, saj se večina Madžarov ni identificirala s socialističnim družbenim režimom, ki je bil vsiljen s strani okupatorja, Sovjetske zveze. Tisti čas je še veljala »dvojna zgodovinska resnica«, predvsem o revoluciji iz leta 1956. Javno se je govorilo o protirevoluciji, zasebno pa o »dogodkih« ali celo o »revoluciji«. V tej hipokriziji so odraščali in živeli skorajda vsi, celo pripadniki državnega aparata.

»Prosto lebdeči« intelektualci, večinoma humanistične izobrazbe, pa tudi zdravniki, med njimi predvsem

psihiatrji, ter umetniki in pisatelji smo se poenotili okoli idej in vrednot liberalnega meščanstva. V Budimpešti, v polilegali so se že vzpostavljale organizacije mirovnikov kot nekakšna zunajparlamentarna opozicija, sicer pa nekih formalnih oblik sodelovanja ni bilo zaslediti. Vseeno, vsi smo med sabo delili iste knjige, spremljali iste časopise, gledali iste filme, obiskovali iste lokale, koncerte, celo oblačili smo se na podoben ležeren, »casual« način. Navznoter ta amorfna družbeno skupina ni razlikovala glede na versko ali rasno pripadnost, ni nas zanimalo, ali je kdo jud ali katolik, ateist ali kaj drugega. Jasno prepoznaven namen teh slabo povezanih, »prosto lebdečih« razumnikov je bil dati svoj prispevek k spreminjanju družbe v bolj humano, posamezniku prijazno tvorbo, ki temelji na zdravem razumu, nenasilju, emancipaciji vseh družbenih subjektov. Vsekakor pa je veljala neka skupna moralna drža, ki se je kazala tudi v zavračanju »kolaboracije« s komunisti. Obnašanje do izobražencev, ki so sprejeli vlogo v državnem aparatu, predvsem v policiji ali vojski, je bilo tako, kot se spodobi do kolaborantov, izdajalcev, karieristov ...

V šestdesetih, celo v sedemdesetih letih bi takšna drža avtomatično pomenila onemogočenost napredovanja v poklicni karieri, izgubo prestižnejših služb, nezmožnost objavljanja ali komunikacij s tujino.

V osemdesetih letih je oblast odprla vrata umetnikom, publikacijam, znanstvenim aktivnostim, ki so težile h kritiki družbenega sistema ali reviziji zgodovine. Če je bil prej pogoj za univerzitetno kariero sodelovanje v mladinskih organizacijah, je v osemdesetih letih razum premagal ideologijo in sta učni uspeh in znanstveni dosežek postala bolj merodajna od družbeno-politične ustreznosti. Postalo je očitno, da se zatiranje spreminja v toleranco, oblast ponuja partnerstvo tem »prosto lebdečim«, ideološko nezavezanim intelektualcem.

Še v času prvih postkomunističnih let sta Konrád in Szélenyi ohranjala

svoj optimizem in zaverovanost v izstopajočo zgodovinsko vlogo intelektualcev v oblikovanju novega družbenega reda, družbene transformacije. Pozdravljala sta nastajanje menedžerskega kapitalizma, kapitalizma brez kapitalistov, ne da bi se soočila z neprijetnim dejstvom, da se ta oblika tranzicijske organizacije postopno spreminja v lastniški kapitalizem, pohlep, radikalni konservativizem.

Iz perspektive 25 let že postaja jasno, da se veliki zgodovinski projekt povzpenjanja intelektualcev, kot družbenega razreda, na oblast ni uresničil. Nekdanja »prosto lebdeča«, družbenokritično naravnana inteligenca je v novih družbenih razmerah postala neprepoznava, vedno bolj razcepljena v levo-desno-skrajno desni politični usmerjenosti, izgubljena v boju za vsakdanje preživetje. Kot da bi po razpadu socialističnega sistema izgubila svojo legitimnost in enotnost, ki je nastala v diskurzu oporečništva.

Glede na to, da sem že konec osemdesetih let zapustil Madžarsko in od takrat živim v Sloveniji, ni moj namen, da bi poglobljeno razpravljalo o vzrokih in poteku družbenih sprememb na Madžarskem. To zgodbo sem povedal le zato, da bi lahko potegnil vzporednice med zgodovino madžarskega in slovenskega razumnštva v letih družbenega prehoda.

Dr. Dušan Nolimal že vrsto let argumentirano opisuje pojav zapostavljanja in uničevanja znanstvenikov in drugih intelektualcev v visoko intelektualnih delovnih okoljih. V svojih spisih definira intelektualca kot »izobraženega človeka z nadpovprečno željo po izpovedovanju resnice v skupno dobro. Ne ščiti kapitala in politike, temveč si prizadeva za skupni napredek in razvoj ter za ranljivega posameznika. Za to potrebuje pogum, odločnost in osebno moralno, da povsod, kjer je mogoče, zagovarja svoja racionalna stališča in da je neprizanesljivo kritičen tudi, ko oporeka avtoritarni oblasti.« Podobno kot Nolimal, Richard Rorty govori o

humanističnih intelektualcih, katerih vloga je, da zasejejo dvom v ljudi glede njihove samopodobe in njihovih predstav o družbi, v kateri živijo.

Kakorkoli gledamo, intelektualec je že po definiciji nekonformist, prepoznaven po svoji drugačnosti in intrigantnosti, napreden v svojem razmišljanju in predvidevanju. Nekoč imenovana »intelligentsia«, od oblasti osvožena družbeno elita, »izobraženo meščanstvo« v cesarstvih devetnajstega in totalitarnih dvajsetega stoletja.

Ob koncu osemdesetih, ko sem se priselil v Slovenijo, se je čutil podoben intelektualistični žar kot na Madžarskem. Zdelo se mi je celo, da so slovenski intelektualci bližje uresničevanju svoje zgodovinske vloge. Ne tajim, da je bil ta občutek pomemben dejavnik pri tem, da sem se odločil ostati v Sloveniji.

Vendar se je že kmalu po osamosvojitvi dalo čutiti, da je ta meni dobro znan intelektualni milje nekam poniknil. Pričakoval sem, da se bodo v moji stroki začeli odvijati pomembni dogodki v smislu liberalizacije in demokratizacije ustanov, prihoda novih terapevtskih pristopov in znanstvenih teorij. Podobno sem pričakoval, da si bo nova, demokratična oblast intenzivno prizadevala za uveljavljanje načel človekovih pravic, enakosti, tolerantnosti in dialoščnosti v celotnem preseku družbe. No, povedati moram, da sem bil hitro razočaran.

Po več kot dvajsetih letih je vsem nam bolj ali manj jasno, da je izgradnja sodobne slovenske družbe zašla s te smeri. Podobno kot druge srednjeevropske države, med njimi tudi Madžarska. Vseeno lahko opazimo, da je preobrazba določene družbe bolj uspela tam, kjer so bili začetki bolj radikalni, bolj globokosežni.

Medtem ko je bila ideja socializma v državah Varšavskega pakta globoko povezana s sovražnim odnosom do Sovjetske zveze, ki je ideologijo uveljavila z ognjem in mečem, občasno tudi s tanki, je Slovenija zunanje sovražnika prepoznala v Jugoslaviji, Srbiji, ideji bratstva in enotnosti.

Ideja socializma je ob tem ostala nedotaknjena in je preživela v ideji socialne države. Večina ljudi še danes doživlja socializem kot nekaj, »kar smo preživeli in se ob tem celo smejali«. Slovencem namreč socializem ni bil vsiljen s strani kakšne odtujene oblasti, tako da nihče ni hotel čim prej »pozabiti ruščine«, kot je bilo v drugih srednjeevropskih državah. Nastala je na zmagi naroda, kot stvarnost, s katero se je ob zavidljivem izboljšanju družbenega standarda in ob občutku socialne pravičnosti večina prebivalstva dobro identificirala, in se je kar hitro vključila v novonastali družbeni diskurz. Problematični elementi tega diskurza so še danes moteči za marsikoga, saj gre za zgodbe in dejstva, ki jih je težko vključiti v obstoječe predstave npr. o Titu, Slovencih, partizanih. Slovenija šele zdaj pristopa k modulaciji kulturno pogojenega odnosa v relaciji žrtev in storilec. Upam trditi, da je bil ta odnos do sedaj močno usmerjen v identifikacijo s storilcem in s slepo pego na žrtve »tu na drugi strani ulice«. Množičen odziv npr. na poplave v BiH in Srbiji kaže na izredno močno čustveno vpletenost, predvsem v smislu občutkov krivde in potrebe po zmanjševanju teh čustev skozi človekoljubnost.

Da ne bo pomote, s tem svojim besedilom nimam namena usmerjati kritike na izredne dosežke družbenega sistema, ki je nekoč veljal za najbolj pravičnega in demokratičnega, ampak na organizacijo oblastnih struktur, ki je preživela vsa ta leta družbene tranzicije, ne da bi se ji zmanjšala moč ali elan. Zdi se celo, da so medli in pogoreli poskusi transformiranja le še spodbudili, da se je falanga še bolj strnila proti vsemu, kar bi jo lahko ogrožalo.

Mislim, da nam je vsem jasno, da ne gre za neko novonastalo tajno združenje s ceremonijami iniciacije in tajnimi znaki, ampak za tvorbo, ki je nastajala v času od Franca Jožefa do samoupravnega socializma, zveze socialistov, sindikatov, delavskih svetov itd.

Mogoče se še spomnimo kategorije »poštenih intelektualcev«, ki so se pustili asimilirati v organizem, spleten s strani oblasti. Iz tega izhaja, da bi bilo smiselno namesto »prosto lebdeče« kategorije za označevanje intelektualcev uporabljati kategorijo dobro in manj dobro asimiliranih izobražencev. Asimilacija tu pomeni, da se posameznik podredi veljavnim pravilom igre, uglaši svoja individualna prizadevanja, cilje in videnja s potrebami in vrednostmi oblasti. Asimilacija je zahtevala in še vedno zahteva veliko socialnih veščin, pa tudi uspešno prikrit individualizem. Vse kaže namreč, da Slovenija ne mara junakov in uspešnežev. No, vsaj živih ne. Uspešna asimilacija izobražene osebe v družbeni red pomeni tudi njeno prepajanje z diskurzom uradništva, ponotranjanjem uradniških vrednot in prizadevanj, ki jih je možno prepoznati kot malomeščanske vrednote in vzorce, v smislu manjvrednosti, togosti, nevoščljivosti, zavidanja, konservativizma in navidezne ogroženosti.

Tega »štih«, kot bi rekli Štajerci, ni možno prepoznati le pri »uradnikih«, ampak se razkrije v vseh ustanovah, ki so bile ustanovljene pred začetkom družbene »tranzicije«, od ministrstev, bolnišnic, univerz, centrov za socialno delo do sodišč ali policije, že ob njihovem najmanjšem občutku ogroženosti občutka oblasti ali stvarnosti, kot to oni vidijo. Ko zagrebeš, zakrnavi.

Kot insider-outsider z nekoliko pomanjkljivo socialno kompetenco se vsa ta leta ob svojih izjavah, dejanjih in načrtih notorično zaletavam v te predtranzicijske oblastniške konstrukte realnosti. Pravzaprav nenehno hodim ob ograji, ki me vsake toliko časa z bolj mehkim ali bolj pekočim »električnim udarom« opozori na to, kako daleč kot intelektualci smem stopiti. Ne gre le za osebne zamere, konflikte, ampak za delovanje te nevidne strukture, dobro skrite za ustanovami, odločitvami, izbirami. Pod emajlom potranzijske družbe, če sploh obstaja kaj takšnega, se

skriva Kafkov labirint, oblast v senci oblasti.

Takšen sistem ne vsebuje notranje potrebe po razvoju, razvoj je pravzaprav sovražen element, saj povzroča nemir in potrebo po prilagajanju togih in ranljivih struktur. Tisti, ki izrazi potrebo po spremembi, je revolucionar, moteči element, ki ogroža celo najbolj oddaljene in nepovezane elemente uradniškega sistema. Nekoč sem namreč našel ta izrezek na svoji pisalni mizi: »You hit me, we hit you!«

Razvoj, izražena želja po spremembi se dojemata kot grožnja navideznemu redu, kot moteč nered in anarhija, pred čimer se morajo nagnosko obvarovati in po potrebi odstraniti vsiljivca. Na vse možne načine, kar omogoča utečeni spekter prikladnih uradniških »coping« strategij, od kompromitiranja, onemogočanja, podtikanja, ovajanja pa vse do odprte konfrontacije.

Na osnovi zapisanega je razumljivo trditi, da je večina slovenskih intelektualcev izkravela in da nas/jih kar nekaj še vedno krvavi na teh dobro utrjenih okopih uradniške oblasti.

Moram priznati, da sem trenutno zelo pesimističen glede možnosti spreminjanja obstoječe »nevidne« strukture oblasti, ki je trn v peti vseh nas, saj vpliva na negativne izkušnje posameznikov glede pravičnosti družbe, enakosti pred zakonom, zaupanja v pravni red, politiko, oblast na splošno.

Vse kaže na to, da so intelektualci moje generacije izgubili ta boj, saj večinoma ne brenemo v žogo oz. ne igramo igre, ki bi nam bila pisana na kožo.

Težko si predstavljam parlamentarno oblast, ki bi v bližnji prihodnosti spremenila karkoli v opisani situaciji. Štiriletni oz. zadnja leta še hitrejši parlamentarni obrat namreč le krepi oblast tistim, ki ves čas ostajajo na svojih položajih in odločajo o naših usodah, ne da bi sploh vedeli za njihov obstoj.

# Na drugi strani čakalne vrste v zobozdravstvu

Sanda Lah Kravanja, dr. dent. med., Dentalni center dr. Lah Kravanja, d.o.o.  
[sanda.kravanja@gmail.com](mailto:sanda.kravanja@gmail.com)

## Pri zobozdravniku 1.0

Slovenski zobozdravstveni sistem poka po šivih. Nezačuden pacienti stresajo svoj gnev na izvajalce storitev, ki so razpeti med pravila, predpisi in pogodbene obveznosti do zavarovalnic plačnic izvedenih storitev. Razhajanja med pravicami, potrebami in željami so vse večja, pacienti se zatekajo k samoplačniškim storitvam in promocijskim akcijam za zdravljenje v tujini. Rešitev na obzorju ni videti, vse pre pogosto se zgodi, da niti v stroki ni možnosti dialoga. Zobozdravnik posameznik je vse bolj ranljiv in izpostavljen, kar lahko potrdim na osnovi primerov, ki smo jih obravnavali na ZZS, ko sem bila aktivna v odboru za zasebno dejavnost, v prejšnjem mandatnem obdobju pa v odboru za socialno-ekonomске zadeve. Vsem kolegom smo na osnovi vlog in prošenj pomagali hitro, po najboljših močeh in v skladu s predpisi. Na osnovi lastnih delovnih izkušenj v javnem in zasebnem sistemu sem v razmislek pred volitvami, ki so se delno neuspešno zaključile, izpostavila svoje mnenje.

Prejela sem nekaj zelo spodbudnih odzivov, pa tudi eno zelo skeptično repliko v smislu, da se na ZZS nič ne dela, in razumem, da se ravno zato mnogi kolegi izogibajo temu, da bi se javno izpostavili. Menim, da bi bili v celoti veliko uspešnejši in prodornejši, če bi jezo in medsebojno oviranje pretvorili v enotno in skupno prizadevanje za celostno podobo zobozdravništva.

Neenotnost in razprtije so ugodna podlaga za kanaliziranje nezadovoljstva posameznikov na obeh straneh, tako izvajalcev kot tudi pacientov, vsi

pa vemo, da je osnovna težava v zobozdravstvu premalo denarja za financiranje. Glavni problem za daljšanje čakalnih dob v zobozdravstvu je premalo programov. Splošno utrjeno prepričanje je, da gre le za pomanjkanje kadrov, bistveno pa je pomanjkanje finančnih sredstev za dodelitev novih programov. Povpraševanje presega dovoljeno ponudbo izvajalca, pravice plačnika so zamegljene in pacienti potrebe pogosto enačijo z željami. Po najnovejših podatkih se za povračilo stroškov od ZZS za zdravljenja v tujini odločajo zobozdravstveni pacienti, še natančneje, v veliki meri ortodontski pacienti. S tem v tujino odteka denar od zavarovalnih premij in prispevkov, ki bi moral ostati doma. Doma, vseeno ali pri javnih zavodih, zasebnikih s koncesijo ali zasebnikih brez nje. Zaradi plačevanja v tujino je na škodi zdravstvo v celoti in poleg tega tudi gospodarstvo (manj pobranih davkov).

Aktivni zobozdravniki smo zelo zaskrbljeni zaradi nepreglednosti položaja, diskriminacije domačih izvajalcev s strani ZZS in tudi zaradi agresivnega oglaševanja kolegov iz tujine, ki ga omogoča selektivna, a veljavna zakonodaja. Prepričani smo, da bi ZZS in MZ morala sprevideti nesmisel evropske direktive in se potruditi, da vplačana sredstva ostanejo doma. To pomeni, pripraviti pogoje, dati možnost in prednost domačim izvajalcem ter s tem zavarovancem približati storitve. Sporočamo, da doma znamo, vendar smo etični pri (samo)oglaševanju.

Zdravniki koncesionarji kljub izvajanju javnega programa nikoli ne delamo izgube v breme javnih sred-

stev, delovna mesta zase in sodelavce smo si s pomočjo kreditov sami opremili. S tem smo izboljšali opremo in infrastrukturo v marsikateri občini. Če se račun na koncu meseca ne izide, gre to v škodo lastne plače. Naši koraki so v primerjavi z zavodi majhni, a premišljeni in previdni. Brez subvencij, donacij, javnih razpisov in naročil. Odločitev, da boš samostojen, je ena najpomembnejših in »najpogumnejših« življenjskih odločitev več generacij zdravnikov zasebnikov, s sodelavci in vsemi družinami vred. Od leta 1992, ko so se za svoboden status odločili prvi posamezniki, je zdravstvena politika uvedla veliko sprememb in vse niso bile dobre. Omogočenih je bilo celo precej odklonov. Dejstvo je, da je samostojno delovanje čedalje bolj kompleksno in izpostavljenost posameznikov velika. V javnih zavodih pa so ob pregovorni varnosti delovnega mesta vir nezadovoljstva neenotni kriteriji in medsebojni odnosi.

Medtem pa že čaka na pripravništvo in prvo zaposlitev okoli 25 mladih slovenskih zobozdravnikov. Kdo jih bo zaposlil, če ni dovolj javnih programov, in kakšna bo njihova usoda? Tujina? Mlada kolegica je ravnokar opravila strokovni izpit po pripravništvu v Ljubljani, tečaj tujega jezika in certifikat B2 za prvo zaposlitev pa že v tujini.

Govori se, da je v Mariboru pred uvedbo nov plačljiv program dentalne medicine s tujimi predavatelji. Kratkovidni cilji, hiter zaslužek, ne glede na dolgoročne posledice? Premalo informacij?

Prav tako moramo vedeti, kdo, kje, kako in pod kakšnimi pogoji opravlja zdravstveno dejavnost v naši državi. Predvsem zaradi varnosti pacientov.



Prav bi bilo, da vsaj poskušamo kompas ZZS čim bolj usmeriti v pomoč in zaščito aktivnim članom ter vsem mladim kolegom, z željo, da bi (p)ostali člani doma.

Zdravstvena dejavnost enkrat je in drugič ni tržna dejavnost, kakor nanese za potrebe dialoga. Ustno zdravje je vrednota in ne bi smelo postati del neke promocijske cene ali akcijske ponudbe. Vendar pa zobozdravniki sledimo razvoju in napredku v dentalni medicini, investiramo v nove materiale, tehnike, tehnologije, izobraževanje in znanje in to so pomembni deleži v končni ceni neke storitve. Dejstvo je tudi, da poleg javnih zavodov tudi mi ustvarjamo delovna mesta, zaposlitve in pogodbeno sodelujemo z zunanjimi izvajalci, tako da vplačan denar kroži doma. Danes postaja zelo popularen pojem krožno gospodarstvo in veliko poučarja v vseh gospodarskih panogah je na tem, da koristimo domače, slovenske proizvode, ekološke izdelke in lastno znanje. Tudi delo zobozdravnika vidim v vseh teh perspektivah, saj svoje poslanstvo izvajamo s srcem, znanjem in lastnimi rokami. Pravijo, da te drugi cenijo šele potem, ko se znaš ceniti tudi sam – pa je res tako? Koliko se cenimo sami?

Že nekaj časa vztrajamo v negodovanju, čas in razmere pa ne dopuščajo vztrajanja v pasivnosti in apatiji. Moramo imeti vpliv na to, kako bomo delovali v prihodnje. Zahtevnost in teža odgovornosti poklica ne dopuščata odločanja o našem delu le zdravstvenim politikom, ker smo mi izvajalci storitev in pravic zavarovancev na terenu. Aktivna udeležba na volitvah pred nedavnim je bila ponovna priložnost za skupen pristop k reševanju problemov. Kolegom, ki so se pripravljali dodatno angažirati in se izpostaviti za vrednote zdravniškega stanu, naj bi omogočili čimprejšnji začetek dela. Predstavitveni programi kandidatov za poslance so pokazali »prednosti za obravnavo«. Posameznik je šibak, vendar je v slogi moč in štel je vsak glas. Žal jih za izvolitev predsednika ali predsednice

zbornice, ki nas predstavlja, ni bilo dovolj, poslanci in skupščina pa se bodo na novo konstituirali. Prepričana sem, da premorejo veliko dobre volje in pozitivne energije, saj jih čaka veliko dela.

## Pri ortodontu 2.0

Čakalne dobe v ortodontiji so posledica nesorazmerja med potrebami po zdravljenju in možnostjo vključevanja v specialistično zdravljenje, ker so izvajalci vezani na predpise in dovoljene obsege letnih obravnav s strani plačnika zdravljenja iz obveznega zavarovanja, ki je ZZS. Ortodontske ambulante v Sloveniji so zato preobremenjene z dolgimi čakalnimi seznamami, izvajalci pa pod nenehnimi pritiski navala pacientov z ene strani in predpisov plačnika zdravljenja z druge strani. Nemogoča in neizvedljiva so pričakovanja, da bi za enako količino denarja lahko neomejeno sprejemali vedno več in vedno nove paciente v zdravljenje, ki praviloma traja več let in sodi po vseh svetovnih izračunih med najdražja zdravljenja v (zobo)zdravstvu.

V Sloveniji je številčno dovolj specialistov ortodontov, premalo pa je ambulant s programi, odobrenimi s strani ZZS. Posledica so zastoji in podaljševanje čakalne vrste tako za prve preglede kot tudi za zdravljenje z ortodontskimi aparati.

Doktrinarna zasnova zdravljenja zobnih in čeljustnih nepravilnosti otrok in mladostnikov ter obseg pravic iz obveznega zavarovanja so po dolgoletnih prizadevanjih ortodontske stroke in hkratnem razumevanju plačnika, glede na sosednje države ali celo globalno, dobre in zelo socialne, vendar pa so vse omejitve pri financiranju, saj je ortodontsko zdravljenje povsod po svetu med najdražjimi storitvami v zdravstvu. Zelo pogosto sploh ne sodi med pravice iz obveznega zavarovanja in ostaja na plečih staršev samoplačnikov, kar se zdi s stališča socialne države nemogoče in težko sprejemljivo, saj smo bili dolga leta navajeni drugače.

Hkrati se v zobozdravstvu nenehno višajo estetski standardi in zahteve po lepem, urejenem zobovju in izgledu obraza, kar vse vodi v vedno večje nesorazmerje med potrebami, ponudbo, željami in predvsem pravicami iz zavarovanja.

Ortodontija oz. čeljustna in zobna ortopedija je specialistično področje zobozdravstva, kamor so pacienti napoteni na obravnavo z napotnico, ki jo izda otrokov izbrani osebni zobozdravnik. Napotnica je posebne vrste, saj je enkratna in hkrati trajna, kar pomeni, da se izda le enkrat in je veljavna tako za prvi specialistični pregled kot tudi za celotno obdobje nadaljnje obravnave med procesom razvoja in rasti pacienta. V Sloveniji imajo starši možnost izbire osebnega zobozdravnika za otroka že v zelo zgodnji starosti. Izbrani zobozdravniki tako dolgo skrbijo za celotno ustno zdravje, vse do 19. leta starosti, ter pri tem spremljajo zdravje zob in obzobnih tkiv ter rast in razvoj zob in čeljustnic skozi dolgo vrsto let. Zobozdravniku zaradi posebnosti ortodontske napotnice ni potrebno izdajanje napotnice za vsakokratni obisk pri specialistu ortodontu, mu je pa dodeljena presoja o tem, kdaj pacienta napoti na prvi pregled. Pri tem mora upoštevati tako strokovne doktrinarne smernice o tem, kdaj rast in razvoj pacienta kažeta na nepravilnosti in odklone, ki bi bili potrebni specialistične ortodontske obravnave, kot tudi predpise plačnika zdravljenja – ZZS. Pri tem je zobozdravnikom v veliko pomoč napotitev na rentgensko slikanje zob in čeljusti po 8. letu starosti, v izjemnih primerih celo prej, če tako pokažejo klinični znaki in podatki, pridobljeni s strani staršev. Klinični pregled in ortopantomogram pri zobozdravniku sta tako torej obvezna in nujna pogoja za izdajo napotnice in opredelitev stopnje nujnosti za prvi pregled.

Ortodontske napotnice imajo le dve stopnji nujnosti: hitro in redno, saj nepravilnosti ne predstavljajo življenjske ogroženosti.

Ob upoštevanju vseh teh dejstev so pacienti največkrat pravočasno napoteni na prvi pregled, po njem pa so uvrščeni v nadaljnjo diagnostiko glede na ocenjeno težavnost nepravilnosti. Potreba po ortodontskem zdravljenju mora biti evidentirana do 16. leta starosti, sama obravnava pa se prične glede na čakalno vrsto za ortodontski aparat in se praviloma zaključi do 22. leta starosti. Pri tem je treba poudariti, da zavarovanje na osnovi ocenjenega indeksa težavnostne stopnje krije srednje težke in težje (funkcionalne) nepravilnosti, lahkih nepravilnosti pa ne.

Estetske nepravilnosti položaja sprednjih zob, ki pogosto najbolj motijo starše, sodijo med lahke nepravilnosti in zdravljenje ni pravica iz obveznega zavarovanja; v tem primeru je možno le samoplačniško zdravljenje. Tudi izdaja napotnice brez ustrezne napotne indikacije, le na zahtevo staršev, je s strani plačnika ZZZS neutemeljena, lahko pa se na zahtevo staršev opravi samoplačniško.

Iz različnih razlogov pa se vseeno še dogaja, da starši iščejo napotitev na ortodontsko zdravljenje tik pred zdajci, ko otrok dopolni 16. let, kljub temu, da se nastanek nepravilnosti nakazuje že vrsto let in jo je med obiski pri zobozdravniku mogoče predvideti, seveda če so obiski pravo-

časni in redni. V tem primeru je možno na ZZZS preveriti, kje so ambulate z najkrajšimi čakalnimi dobami, enako kot za vse druge specialistične obravnave (npr. slikanje z MR, UZ). Samoplačništvo je res zadnja skrajna možnost.

»Čakalne dobe v ortodontiji bi bilo možno najbolj učinkovito skrajšati z dodatnimi programi, ki bi bili dodeljeni novim izvajalcem, ki še nimajo nobenih čakalnih vrst in bi bili regionalno razpršeni, da bi bile storitve enakomerneje dostopne prebivalcem,« je najbolj aktualno mnenje stroke, Slovenskega ortodontskega društva. To je v preteklosti sodelovalo z ZZZS in Ministrstvom za zdravje pri pripravi vseh izhodišč, doktrine in pravic otrok in mladostnikov ter je nedavno obravnavalo tudi to akutno problematiko, z zavedanjem o trenutni nemoči za konkretno reševanje čakalnih vrst.

Pri tem ukrepanju ima odločilno vlogo Ministrstvo za zdravje, saj so izobraženi kadri in infrastruktura na razpolago. Ortodontov s specializacijo, opravljeno v Sloveniji, je dovolj, veliko jih že dela v opremljenih ambulanzah z infrastrukturo, ki so jo sami investirali in ponudili v uporabo državi. Pripravljeni so delati za javni program, vendar čakajo na podelitev koncesije s strani Ministrstva za

zdravje. Le na osnovi koncesije lahko namreč od ZZZS pridobijo pogodbo za izvajanje zdravljenja za zavarovance v javnih programih. Nekaj kandidatov čaka na odgovor MZ že od leta 2014.

Le z uvedbo novih in neobremenjenih izvajalcev javnega programa bi lahko uspešno skrajšali čakalne dobe in tudi v ortodontiji sledili načrtu Ministrstva za zdravje, ki ga je predstavilo v resoluciji kot »Zdravje v vseh politikah«. To bi bil tudi edini način za preprečitev odhajanja na zdravljenje v tujino po uvedbi evropske direktive, saj lahko povsem enako obravnavo ponudijo domači zasebni izvajalci, ki so v tem pogledu popolnoma diskriminirani.

V letu 2015 je bilo veliko sredstev namenjenih skrajševanju čakalnih dob v specialističnih dejavnostih, vendar niso bila koriščena, ker obstoječi izvajalci niso uspeli izvesti programov dela. Morda lahko to za naše otroke in mladostnike spremenimo z novimi možnostmi že v letu 2016.

Ali je že čas za začetek nove zgodbe z naslovom: Ustno zdravje je vrednota, ni podarjeno? Predlagam tudi delovni naslov prvega poglavja: Posodobitev standardov in normativov v Zeleni knjigi za zobozdravstvo iz leta 1979, ter prolog: Kolegialni odnosi ob stiku generacij. Za epilog: Cenimo domače in gremo naprej!

## So vaši podatki na intranetnem portalu ZZZS pravilni?

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

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

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

# Ob robu svetovnega kongresa o osteoporozi, osteoartritisu in mišično-skeletnih boleznih

Doc. dr. Tomaž Kocjan, dr. med., UKC Ljubljana

Asist. prim. Miro Čokolič, dr. med., UKC Maribor

Red. prof. dr. Radko Komadina, dr. med., svet., nacionalni koordinator

Desetletja gibal

Staranje svetovnega prebivalstva postavlja medicino pred vedno nove naloge. Slediti moramo potrebam starostnikov ne glede na to, ali so bolni ali trpijo le zaradi vse manjše kakovosti svojega življenja. Pred več kot dvema desetletjema se je v ugledni ortopedski reviji (ki izhaja v nemškem jeziku) znašel pregledni članek z naslovom »Osteoporoza, največja prevara dvajsetega stoletja?«. Sicer je vprašaj v naslovu provokativno trditev malo omilil, kljub vsemu pa je povedno izrazil dvom tedanje stroke pred pohodom diagnosticiranja in zdravljenja bolezni kostnine, ki je prej veljala za del normalnega staranja, ob rastoči krhkosti kostnine pa vodi k večjemu tveganju za nastanek zlomov. Današnji trend ni zgolj zdravljenje osteoporoze na splošno, temveč smo v pričakovanju možnosti individualiziranega zdravljenja vsakega bolnika posebej.

Pred koncem drugega tisočletja je Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) sicer napovedovala trend staranja prebivalstva v razvitem svetu. V 90. letih je veljala meja 13 odstotkov prebivalstva nad 65 let za rob, ko so razglasili, da ima država staro prebivalstvo, in ji temu primerno svetovali ustrezno zdravstveno politiko.

Kje smo danes in kam drvimo? Govorimo o četrtninskih, celo tretjinskih deležih starostnikov v bližnji prihodnosti! SZO je za obdobje 2016–2020 objavila Globalno strategijo in akcijski načrt ukrepov za starostnikom prijazno okolje, za prilagajanje nacionalnih zdravstvenih sistemov prehitro rastočim deležem prebivalcev, starejših od 65 let, in napoveduje desetletje 2020–2030 s harmoniziranimi ukrepi zdravstvenega sistema, prilagojenega državljanom nad 65 let starosti, Dekado zdravega staranja. Slovenija je prisiljena sodelovati, saj smo po nekaterih parametrih demografske statistike prav pri vrhu »ageing crisis«.

Samo staranje ni bolezen. Pogosto pa ga spremljajo geriatrični sindromi, ki jih stroka pospešeno

preučuje. Eden od njih je krhkost z »osteosarkopenijo« in nagnjenostjo k padcem, posledičnim zlomom in večji smrtnosti. Sicer je bila nova beseda »sarkopenija« (sarco = meso, penia = pomanjkanje) izumljena že leta 1988 in leta 1989 zapisana v dokumentu tedanjega predsednika ameriškega geriatričnega združenja Rosenberga, a je bilo potrebnih nekaj desetletij, da je njena prevalenca postavila medicino pred zahtevo, da mora ukrepati. Evropska agencija za zdravila je na letošnjem kongresu pozvala stroko, naj sindrom kvantificira, da bo možna klasifikacija bolnikov in algoritem zdravljenja bolezni. Podobno kot smo z algoritmom FRAX pričeli osteoporozo opredeljevati kot tveganje za zlome (saj osteoporoza ne boli, dokler ne privede do zloma, ne?), tako nas čaka kvantificiranje sarkopenije in starostne krhkosti, upoštevaje lokalne demografske značilnosti. Gre za značilno interdisciplinarno sodelovanje epidemiologov, endokrinologov, geriatrov, fiziatrov, ortopedskih travmatologov pod taktirko evropskega geriatričnega združenja. Slovensko geriatrično združenje smo ustanovili nedavno. Pred njim so izzivi, iz sveta in Evrope nam postavljajo strokovna vprašanja, na katera bomo morali odgovoriti sami.

Osteosarkopenija je eden od elementov geriatričnega sindroma krhkosti, zato smo prisiljeni v medicinskih stokah, ki obravnavamo bolnike, starejše od 65 let, »novo bolezen« pri naših bolnikih prepoznati, jo izmeriti in pripraviti nacionalna priporočila za ukrepanje. Evropske delovne skupine so nekaj smernic za krhkost in osteosarkopenijo že pripravile, do sedaj še brez slovenskih sodelavcev. Osteosarkopenija mora postati dobro poznana zdravnikom, zdravstveni negi in vsem sodelavcem, ki obravnavamo starostnike. Želimo prepoznati tiste s povečanim tveganjem, še preden se bolezen razvije. To možnost nudi medicina že danes, moramo se odzvati.





# Samomor med uporabniki prepovedanih drog: spregledana ranljiva skupina

Asist. dr. Mercedes Lovrečič, dr. med., NIJZ

Dr. Barbara Lovrečič, dr. med., NIJZ

*Samomor se uvršča med deset glavnih vzrokov prezgodnje umrljivosti v Evropi. V Sloveniji samomor predstavlja pomemben javnozdravstveni problem, ki je za splošno populacijo pri nas dobro raziskan, medtem ko je manj znanega za podskupino uporabnikov prepovedanih drog. Na voljo so nacionalni podatki s področja samomora med uporabniki prepovedanih drog, ki razkrivajo posebnosti fenomena samomorilnosti v tej ranljivi skupini in izpostavljajo dodatno stigmo ter tabuje v povezavi s tem področjem.*

## Uvod

V zadnjih tridesetih letih stopnje samomorilnosti v EU globalno gledano upadajo, vendar kljub temu, da je samomor preprečljiv, le-ta ostaja med desetimi vodilnimi vzroki prezgodnje umrljivosti v Evropi (1–4). Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) prepoznava samomor ne samo kot resen javnozdravstveni problem, temveč tudi kot javnozdravstveno prioriteto (5). Za Slovenijo je splošno znano, da samomor že desetletja predstavlja pomemben javnozdravstveni, pa tudi širši družbeni problem.

## Samomor in duševna motnja

SZO opredeljuje samomor kot namerno dejanje, ki ga sproži in izvede oseba, ki se zaveda in pričakuje fatalni izid (ubiti sebe) (6, 7). Samomor *per se* ni duševna motnja, a je tesno povezan z duševnim zdravjem, saj duševna motnja predstavlja pomemben dejavnik tveganja za samomor (1).

Strokovnjaki so si že več desetletij enotni, da velika večina žrtev samomora trpi za duševnimi motnjami. V ZDA so tako že pred desetletji ugotavljali, da je več kot 90 odstotkov samomorov povezanih z duševno boleznijo, vključno z duševnimi in vedenjskimi motnjami zaradi uživanja alkohola in/ali drugih psihoaktivnih snovi (8–11).

Tudi kasneje so drugi strokovnjaki prišli do podobnih ugotovitev in zaključili, da 95 odstotkov žrtev samomora trpi za duševnimi motnjami (12), medtem ko so dopuščali tudi možnost, da gre v preostalih 5 odstotkih primerov za prisotnost subkliničnih različic duševnih motenj, ki pa jih zaradi metodoloških posebnosti v raziskavah sploh ne zaznavajo (npr. psihološke avtopsije) (13). Drugi strokovnjaki ocenjujejo, da ima do 98 odstotkov žrtev samomora v času samomora duševno motnjo (1, 2, 14–17). Samomor je kompleksen fenomen in posledica prepletanja bioloških, psiholoških in socialno-ekonomskih dejavnikov (17). Poleg duševne motnje med dejavnike tveganja za samomor uvrščamo tudi druge bolezni (1, 2).

## Samomor in prepovedane droge

Samomor je med vodilnimi vzroki smrti tudi med uporabniki prepovedanih drog (UPD) (10, 11). UPD so izpostavljeni večjemu tveganju za samomor v primerjavi s splošno populacijo. Dejavniki tveganja za samomor pri UPD so enaki tistim, ki veljajo za splošno populacijo, vendar so bolj pogosti in višjih stopenj pri UPD v primerjavi s splošno populacijo, poleg tega so pri UPD prisotni še dodatni dejavniki tveganja za samomor, ki so povezani z uporabo prepovedanih drog (18).

V Sloveniji tako samomor kot škodljiva raba alkohola že več desetletij predstavljata resen

javnozdravstveni problem. Tudi povezava med samomorom in škodljivo rabo alkohola pri nas je dobro raziskana, medtem ko je bila povezava med samomorom in uporabo prepovedanih drog še do nedavnega popolnoma neraziskano področje. Šele prva nacionalna kohortna raziskava med UPD (19), ki je potekala na NIJZ (takrat še IVZ RS), je predstavljala temelje za implementacijo kazalnika umrljivosti med UPD v

o umrlih so eni najpomembnejših podatkov, ki odražajo zdravstveno stanje prebivalstva v državi, zbiranje teh podatkov pa ima dolgo tradicijo. Slovenija redno poroča o umrljivosti tudi SZO (22). Za specifično spremljanje problematike samomora se uporablja kazalnik samomorilni količnik, ki nam pove, koliko samomorov ima država glede na 100.000 prebivalcev letno.

Kljub dobri kakovosti in mednarodni primerljivosti podatkov iz podatkovnih baz registrov umrlih, predstavlja samomor enega najbolj podcenjenih in napačno uvrščenih oz. klasificiranih vzrokov smrti, saj se samomor kot vzrok smrti, kjer je namen znan, pogosto

napačno uvrsti med vzroke smrti nedoločenega namena, nenamerne smrti, kot umor ali celo kot neznan vzrok smrti (23). Podcenjenost samomora je močno povezana s stigmo, ki spremlja samomor (5, 23), poleg tega pa se tudi znotraj skupine samomorov nekateri vzroki smrti zaradi samomora bolj natančno poročajo kot drugi (npr. samomor z obešenjem se bolj natančno poroča kot samomor s samozastrupitvijo) (24).

Pri podskupini UPD lahko iz rutinskih statističnih baz prepoznamo le neznamen del samomorov, ki so povezani z uporabo prepovedanih drog, in samo samomora, storjene z določeno metodo, zato je za prepoznavanje in proučevanje problematike potrebno širše poznavanje področja ter uporaba posebnih raziskovalnih metod in pristopov.

## Miti in dejstva o samomoru med UPD

V nadaljevanju izpostavljamole nekaj najpogostejših mitov in zmot, ki se nanašajo na samomor med UPD.

Mit št. 1: med UPD, ki so žrtve samomora in jih identificiramo v registru umrlih v skupini namernih smrti zaradi samomora, so tudi primeri nenamernih smrti. Ne drži. Kodiranje vzrokov smrti je v Sloveniji restriktivnega tipa (25) in se samomori kodirajo kot taki v primerih, ko je namen smrti jasen. V primerih, ko namena smrti ni moč določiti, bo v registru umrlih zaveden kot primer smrti nedoločenega namena.

Mit št. 2: UPD, ki umrejo zaradi samomora, storijo najpogosteje samomor z enakimi metodami kot žrtve samomora v splošni populaciji. Ne drži. Najpogostejšo metodo samomora v splošni populaciji predstavlja samomor z obešenjem, zadavljenjem ali zadužitvijo, medtem ko je med UPD najpogostejša metoda samomora samozastrupitev.

Mit št. 3: UPD, ki umrejo zaradi samomora, storijo samomor s samozastrupitvijo s prepovedano drogo, ki jo najpogosteje uporabljajo. Ne drži. Podatki kažejo, da UPD žrtve samomora najpogosteje umrejo zaradi samozastrupitve z zdravili na recept (psihotropna zdravila s potencialom za zlorabo in odvisnost).

Mit št. 4: Starejši UPD z daljšo zgodovino uporabe prepovedanih drog so bolj izkušeni glede uporabe drog in so zato zaščiteni pred samomorom. Ne drži. Starejši UPD imajo večje tveganje za samomor.

Mit št. 5: UPD, ki se zdravijo zaradi odvisnosti od prepovedanih drog, so že zaščiteni pred samomorom. Ne drži. UPD, vključeni v specifične programe zdravljenja odvisnosti, imajo zaradi značilnosti svoje bolezni in pridruženih težav večje tveganje za samomor v primerjavi s splošno populacijo.

Mit št. 6: Ukrepi za preprečevanje samomora v splošni populaciji zado- stujejo tudi za preprečevanja samomora med UPD. Ne drži. Fenomen samomorilnosti med UPD ima svoje značilnosti in posebnosti, ki narekujejo uporabo prilagojenih in ciljanih ter dokazano učinkovitih ukrepov za zmanjševanje problematike.

*»No matter where a country currently stands in suicide prevention, effective measures can be taken, even just starting at local level and on a small-scale«*

*Dr. Alexandra Fleischmann,  
Scientist in the Department of Mental Health  
and Substance Abuse at WHO.*

širšem pomenu, kazalnik je bil implementiran v skladu z mednarodnimi priporočili in standardi ter omogoča mednarodno primerljivost podatkov. Ta raziskava je omogočila prve vpogled v problematiko samomorilnosti med UPD, a jo je bilo treba nadgraditi za spremljanje in razumevanje širšega fenomena samomorilnosti med UPD (20).

## Spremljanje umrljivosti in samomora v splošni populaciji

Spremljanje umrljivosti splošne populacije se v vseh državah EU izvaja rutinsko s pomočjo posebnih podatkovnih zbirk - Registrov umrlih (21). Zbirka podatkov o umrlih (Register umrlih) pri nas vsebuje podatke o vseh umrlih v državi in je opredeljena v Zakonu o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva. Vzroki smrti se kodirajo v skladu z Mednarodno klasifikacijo bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, deseta revizija (MKB-10) in so primerljivi med državami. Podatki

## Preprečevanje samomora med UPD

UPD predstavljajo posebej ranljivo skupino z visokim tveganjem za samomor. V Sloveniji še nismo razpravljali ali sprejemali ukrepov, ki bi bili ciljano usmerjeni in v duhu celostnega pristopa z namenom preprečevanja in zmanjševanja samomora med UPD, glede na to, da fenomena samomorilnosti med UPD in značilnosti do nedavnega nismo poznali in razumeli.

Med dokazano učinkovite ukrepe za uspešno preprečevanje samomora, ki jih priporoča SZO, se uvršča tudi omejevanje dostopa do najpogostejše uporabljenih metod za samomor (7), kar v konkretnem primeru pomeni omejevanje dostopa do tistih psihotropnih zdravil s potencialom za zlorabo in odvisnost, ki jih UPD najpogostejše zlorabljajo (nemedicinska raba psihotropnih zdravil na recept) in uporabijo tudi za samomor. Poleg tega je letos aprila v New Yorku (ZDA) potekalo tridnevno posebno zasedanje generalne skupščine Združenih narodov o svetovni problematiki drog, kjer je bila med drugim izpostavljena tako problematika nemedicinske rabe psihotropnih zdravil, ki se predpisujejo na recept, kot problematika preusmerjanja zdravil, ki se uporabljajo za zdravljenje odvisnosti od opioidov, na črni trg.

Tudi pri nas so nujni dodatni ustrezni previdnostni ukrepi pri predpisovanju in razdeljevanju omenjenih zdravil. Glede na navedeno je tudi pri načrtovanju in implementaciji dodatnih ukrepov za uspešno preprečevanje samomora med UPD nujno potrebno sodelovanje odločevalcev politik (MZ, ZZS...). S preprostimi, a učinkovitimi ukrepi, ki ne predstavljajo prav nobenega dodatnega finančnega stroška in, ravno nasprotno, predstavljajo prihranek za davkoplačevalce, zdravstveno blagajno ter varujejo zdravje, bi lahko uspešno

zagotavljali zmanjševanje problematike prezgodnje umrljivosti med UPD.

Poleg nakazanih ukrepov bi bilo smiselno tudi ustrezno ozaveščati in formalno izobraziti strokovnjake, da bi uspešno izvajali zgodnje prepoznavanje, obravnavanje ter preprečevanje samomorilnosti med UPD. Zdravstvenim delavcem bi bil lahko v pomoč tudi ustrezen trening obravnave bolnikov s problematiko odvisnosti.

### Literatura:

- Mladovsky P, Allin S, Masseria C, Hernandez-Quevedo C, McDaid D & Mossialos E: Health in the European Union: trends and analysis. World Health Organization, United Kingdom, 2009. Dosegljivo 17. 3. 2015 s spletne strani: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/98391/E93348.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98391/E93348.pdf).
- Bertolote JM, Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry* 2002; 1: 181–5.
- OECD. Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing, 2012. Dosegljivo 17. 3. 2015 s spletne strani: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en>
- Nock MK, Hwang I, Sampson N, Kessler RC, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Med* 2009; 6(8):e1000123. doi:10.1371/journal.pmed.1000123
- WHO. Suicide. Dosegljivo 29. 4. 2016 s spletne strani: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>
- WHO. Suicide. Dosegljivo 29. 4. 2016 s spletne strani: <http://www.who.int/topics/suicide/en/>
- WHO. First WHO report on suicide prevention. WHO calls for coordinated action to reduce suicides worldwide. Dosegljivo 29. 4. 2016 s spletne strani: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/suicide-prevention-report/en/>
- Robins E, Murphy GE, Wilkinson RHJr, Gassner S, Kayes J.. Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. *American Journal of Public Health* 1959; 49: 888–99.
- Conwell Y, Duberstein PR, Cox C, Herrmann JH, Forbes NT, Caine ED. Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: A psychological autopsy study. *American Journal of Psychiatry* 1996; 153(8): 1001–8.
- Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 1997; 170: 205–28.
- Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry* 1998; 173: 11–53.
- Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 2003; 33(3): 395–405.
- Ernst C, Lalovic A, Lesage A, Seguin M, Tousignant M, Turecki G. Suicide and no axis I psychopathology. *BMC Psychiatry* 2004; 4:7.
- Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D. Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. *Crisis* 2004; 25:147–55.
- Man JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA* 2005; 294: 2064–74.
- Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(3): 247–53. doi:10.1001/archpsyc.62.3.247.
- Ganz D, Braquehais MD, Sher L. Secondary prevention of suicide. *PLoS Med* 2010; 7(6): e1000271. doi:10.1371/journal.pmed.1000271
- Williamson A, Ross J, Teesson M. Attempted suicide among heroin users: 12-month outcomes from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Drug Alcohol Depend* 2005; 78(2): 177–86.
- Lovrecic B, Selb-Semerl J, Tavcar R, Maremmani I. Sociodemographic and clinical differences among deceased and surviving cohort members of opioid maintenance therapy. *Heroin Addict Relat Clin Probl* 2011; 13(3): 39–48.
- Lovrecic M, Lovrecic B, Dernovsek MZ. Experts' beliefs on suicide among illicit drug users. *Heroin Addict Relat Clin Probl* 2015; 17(1): 51–64.
- EMCDDA. Mortality among drug users: Guidelines for carrying out, analysing and reporting key figures 2012. EMCDDA project CT.10:EPI.003. Lisbon: EMCDDA, 2012.
- WHO. Global Health Observatory (GHO) data. Dosegljivo 29. 4. 2016 s spletne strani: <http://www.who.int/gho/countries/svn/en/>
- WHO. Mental health. Quality of suicide mortality data. Dosegljivo 20. 12. 2015 s spletne strani: [http://www.who.int/mental\\_health/suicideprevention/mortality\\_data\\_quality/en/](http://www.who.int/mental_health/suicideprevention/mortality_data_quality/en/)
- Ajdacic-Gross V, Weiss MG, Ring M, Hepp U, Bopp M, Gutzwiller F, Rössler W. Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bulletin of the World Health Organization* 2008; 86: 726–32.
- Marusic A. Suicide mortality in Slovenia: regional variation. *Crisis* 1998; 19(4): 159–66.

# Strokovno srečanje Vloga cf-DNA testiranja v prenatalni diagnostiki

Sarah Dobnik, dr. med., UKC Maribor

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

Prim. Darija Strah, dr. med., Cereja, d.o.o., Ljubljana

Red. prof. dr. Iztok Takač, dr. med., svet., UKC Maribor

*V petek, 18. marca 2016, je na Medicinski fakulteti Maribor potekalo strokovno srečanje z mednarodno udeležbo z naslovom Vloga cf-DNA testiranja v prenatalni diagnostiki v organizaciji Univerzitetnega kliničnega centra Maribor, Klinike za ginekologijo in perinatologijo, Oddelka za perinatologijo, Medicinske fakultete Univerze v Mariboru, Katedre za ginekologijo in porodništvo, in Zdravniškega društva Maribor.*

Srečanje je temeljilo na neinvazivni prenatalni diagnostiki (NIPD, angl. non-invasive prenatal diagnosis) fetalnih aneuploidij na podlagi t. i. prostocelične plodove DNA (angl. cell-free DNA, krat. cf-DNA), pridobljene iz vzorca venske krvi nosečnice. Testiranje izhaja iz dejstva, da se prostocelična DNA v obliki manjših fragmentov nahaja v krvnem obtoku izven celic. Poleg materine cf-DNA serum nosečnice vsebuje še cf-DNA, ki prihaja iz posteljice, tako da lahko razkrije kromosomski status ploda. Tehnologija se je šele leta 2011 razvila do te mere, da lahko z naprednimi bioinformatičnimi algoritmi, ločevanjem in analizo plodove cf-DNA odkrivamo kromosomske nepravilnosti pri plodu. Prednost NIPD testiranja je ta, da lahko z enostavnim odvzemom vzorca materine krvi odkrijemo skoraj vse primere najpogostejših kromosomskih nepravilnosti pri plodu z izjemno nizko stopnjo lažno pozitivnih rezultatov. NIPD testiranje ima trenutno status presejalnega testa in je plačljivo. Kljub temu pričakujemo, da se bo z leti izkušenj v klinični praksi in na podlagi rezultatov slej ko prej umestilo v obstoječi sistem predporodnega zdravstvenega varstva v sklopu zdravstvenega zavarovanja.

Strokovno srečanje je bilo razdeljeno na štiri večje tematsko povezane sklope. V prvem sklopu predavanj smo se seznanili z osnovami nastanka aneuploidij, mozaicizmom in uvedbo cf-DNA testiranja v klinično prakso v Sloveniji; v drugem sklopu smo si ogledali primere lažno pozitivnih rezultatov cf-DNA testiranja, pomen svetovanja nosečnicam pred odločitvijo za testiranje in možnosti za umestitev cf-DNA v skupino presejalnih testov; v tretjem sklopu so nam predavatelj iz tujine predstavili izkušnje iz njihovih držav in v zadnjem sklopu smo slišali predavanja o etičnih vprašanjih in dilemah pri prenatalnih testih.

Po uvodnem pozdravu red. prof. dr. Iztoka Takača, dr. med., svet., doc. dr. Farisa Mujezinovića, dr. med. – strokovnega predsednika, in prim. Darije Strah, dr. med. – strokovne podpredsednice, je prvi sklop predavanj začela red. prof. dr. Ksenija Geršak, dr. med., svet., s predavanjem o celičnem ciklusu, gametogenezi, mejozi in mehanizmi nastanka aneuploidij med oogenezo v smislu napak v segregaciji bivalentov, napak v segregaciji sestrskih kromatid, napak v organizaciji mikrotubulnega centra ali kot posledica nestabilnosti kohezijskih vezi. Nadaljevala je red. prof. dr. Nadja Kokalj Vokač, univ. dipl. biol., s predavanjem o pravem mozaicizmu placente in kakšne so možne oblike mozaicizma na ravni fetus - placenta. V prenatalni diagnostiki ločimo: (i) pravi konstitucijski mozaicizem, kjer je mozaični fetus; (ii) omejen placentarni mozaicizem, pri katerem gre za nenormalno kromosomalno celično linijo samo v ekstraembrionalnem tkivu, in (iii) psevdomozaicizem, kjer gre za artefakt pri gojenju celičnih linij. Mozaicizem je lahko vzrok za lažno pozitivne rezultate presejalnega NIPD testiranja, v teh primerih potrebujemo potrditev z invazivno prenatalno



diagnostiko ali pa kariotipizacijo nosečnice. Janez Bernik, univ. dipl. inž. biotehnologije, nam je razširil pogled na področje cf-DNA testiranja z metodologijo cf-DNA testiranja in bioinformacijsko analizo. V največji klinični raziskavi iz leta 2015 so dokazali visoko senzitivnost in specifičnost testiranja cf-DNA za T21, T18 in T13, brez razlike v zanesljivosti testiranja z uporabo različnih metodologij. Sledili sta predavanji o uvedbi cf-DNA testiranja v klinično prakso in dosedanjih rezultatih na ravni zasebnih ambulant v Sloveniji prim. Darije Strah, dr. med., in na ravni javnih zavodov doc. dr. Farisa Mujezinovića, dr. med. NIPD testiranje se torej lahko izvaja tako na ravni javnega zavoda kot na ravni zasebnih zavodov. V UKC Maribor je bila povprečna starost matere, ki se je odločila za NIPD testiranje, 35,7 leta, testiranje se je najpogosteje opravilo pri 12 tednih nosečnosti in pri polovici je bila že opravljena ena oblika prenatalnega presejanja. Glede na definicijo presejalnega testa, da mora biti dostopen, preprost, hiter, poceni, neboleč in brez stranskih učinkov, NIPD testiranja zaenkrat ne moremo umestiti med standardne presejalne teste, predvsem zaradi cenovne nedostopnosti. Zagotovo pa bo imelo NIPD testiranje v prihodnosti izjemen vpliv na dosedanj sistem prenatalne diagnostike po postavitvi jasnih državnih smernic in umestitvi v sistem predporodnega varstva v sklopu zdravstvenega zavarovanja.

V drugem sklopu so sledila tri predavanja s prikazi primera o lažno pozitivnih rezultatih cf-DNA testiranja: primer lažno pozitivnega rezultata za trisomijo 18 je predstavila prim. Darija Strah, dr. med., za Turnerjev sindrom mag. Uršula Reš Muravec, dr. med., in za trisomijo 13 Veronika Anzeljc, dr. med. Na lažno pozitiven ali lažno negativen rezultat pri odkrivanju kromosomskih nepravilnosti pri plodu vpliva fetalna frakcija, torej delež fetalne DNA v materinem serumu, pa tudi mozaicizem, vanishing twin sindrom in ali je nosečnica

nosilka prirojenih ali pridobljenih citogenetskih napak. V krvnem obtoku nosečnice med 12. in 26. tednom nosečnosti kroži od 5 do 20 odstotkov fetalne DNA, ki jo lahko dokažemo že od 7. tedna nosečnosti. Manjši delež fetalne DNA v vzorcu oteži odkrivanje anomalij, saj je analiza zanesljiva pri vsaj 3,5-odstotni fetalni frakciji. Tudi zato ne moremo govoriti o diagnostični preiskavi, ampak o presejalnem testu.

Kakšen je pomen cf-DNA testiranja pri nosečnicah po oploditvi z biomedicinsko pomočjo (OBMP), je predstavila mag. Uršula Reš Muravec, dr. med. Incidenca dvoplojdnih nosečnosti narašča, predvsem na račun OBMP. O uporabnosti in predvsem zanesljivosti NIPD testiranja pri dvojčkih obstaja manj raziskav, rezultati pa so težko primerljivi z enoplojdno nosečnostjo. Težavo predstavlja različna fetalna frakcija posameznega dvojčka in vanishing twin sindrom, prav tako pa z NIPD ne določamo spola pri dvoplojdni nosečnosti. Nosečnice po postopku zunajtelesne oploditve (IVF) imajo v povprečju več dodatnih dejavnikov tveganja, kot so višja starost, debelost, motena implantacija itd. Kakšen je pomen svetovanja nosečnici pred cf-DNA testiranjem, je razkril doc. dr. Faris Mujezinović, dr. med. Za kakovostno svetovanje moramo dobro poznati celotno anamnezo nosečnice, razložiti ji moramo, kaj pomeni presejanje, kako test deluje in kaj pomenijo rezultati testiranja. Na vprašanje, ali ima ultrazvok v dobi presejanja še svoje mesto, je poskušala odgovoriti doc. dr. Nataša Tul Mandić, dr. med., predstojnica Kliničnega oddelka za perinatologijo UKC Ljubljana. Ultrazvočnega presejalnega pregleda so deležne vse nosečnice vsaj enkrat tekom nosečnosti v sklopu rednega prenatalnega varstva. Zgodnje odkrivanje razvojnih nepravilnosti se opravlja med 11. in 14. tednom nosečnosti z merjenjem nuhalne svetline, ki je samoplačniško, ter med 18. in 24. tednom nosečnosti s podrobnim morfološkim pregledom ploda in

možnim presejanjem za prezgodnji porod in preeklampsijo. Z ultrazvočnim pregledom iščemo širok spekter razvojnih nepravilnosti in je zaradi široke dostopnosti in vpetosti v redno prenatalno varstvo ter v rokah izkušenih zdravnikov izredno učinkovit presejalni postopek. Asist. dr. Tanja Premru Sršen, dr. med., je predstavila predlog umestitve cf-DNA v skupino presejalnih testov za predporodno odkrivanje plodov z Downovim sindromom (DS). V Sloveniji je predvideno presejanje za DS v prvem trimesečju z merjenjem nuhalne svetline in dvojnimi biokemičnim testom (prosti hCG in PAPP-A) oz. v drugem trimesečju s četvernim biokemičnim testom. Nad 80 odstotkov nosečnic opravi presejalne preiskave za DS in 7,2 odstotka nosečnic opravi eno od invazivnih diagnostičnih preiskav s citogenetsko preiskavo plodovih celic zaradi povišanega izračuna tveganja ali drugih vzrokov (pozitiven izvid cf-DNA, povišano tveganje za DS, izračunano s presejalnim testom, starost matere ipd.).

V tretjem sklopu sta o izkušnjah z uvedbo cf-DNA testiranja v klinično prakso na Hrvaškem in v Avstriji predavala red. prof. dr. sc. Ratko Matijević, dr. med., iz Zagreba in asist. prof. dr. Philipp Klaritsch, dr. med., iz Gradca. Na Hrvaškem se NIPD testiranje opravlja samo v zasebnih klinikah oz. zdravstvenih zavodih od leta 2014. Avstrija pa je skupaj z Nemčijo in Švico izdala priporočila za NIPD testiranje, v katerih poudarjajo, da NIPD testiranje lahko: (i) opravimo po izdatnem svetovanju pred testiranjem; (ii) poda pozitiven rezultat, ki ga je treba potrditi z enim izmed invazivnih diagnostičnih testov; (iii) predstavlja sekundarno presejanje, kadar je izračun tveganja za DS po merjenju NS in dvojnega biokemičnega testa  $> 1 : 1000$ ; (iv) predstavlja primarno testiranje za DS pri nosečnicah v vseh starostnih skupinah; (v) najbolj zanesljivo zazna trisomijo 21, stopnja zaznave za trisomijo 13 in 18 pa je nekoliko nižja; (vi) le z zadržki upora-



*Predsednik in podpredsednica strokovnega srečanja doc. dr. Faris Mujezinović, dr. med., in prim. Darija Strah, dr. med.*

bimo za presejanje aneuploidij spolnih kromosomov in mikrodelecijskih sindromov. Tretji sklop predavanj je z

razlago, kako na izračun tveganja za DS vpliva kakovost merjenja nihalne svetline, zaključil izr. prof. dr. Gregor Geršak, dipl. inž.

V zaključnem sklopu smo se dotaknili še etičnih vprašanj pri prenatalnih testih z asist. Majo Lampelj, dr. med., in vloge etične komisije pri prekinitvi nosečnosti po pozitivnih rezultatih neinvazivnih in invazivnih testov v predavanju asist. Lucije Kuder, dr. med. Etično komisijo za umetno prekinitvev nosečnosti so v UKC Maribor ustanovili leta 2014 in jo sestavljajo zdravniki specialisti (perinatolog, neonatolog in genetik), psiholog in socialna delavka. Etična komisija se lahko skliče na podlagi zaprosila nosečnice za prekinitvev nosečnosti bodisi zaradi socialne ali medicinske indikacije bodisi gre za selektivni fetocid. Po preučitvi dokumentacije etična komisija izda sklep o

etično ustrezni ali neustrezni prekinitvi nosečnosti, predsednik komisije pa nadaljuje postopek v skladu z Zakonom o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok iz leta 1977. Kateri so dodatni markerji pri pregledu ploda v času merjenja nihalne svetline in kakšna je njihova vloga, pa nam je v zadnjem predavanju povedal Ivan Žebeljan, dr. med.

Burna razprava je po koncu predavanj segrela ozračje v predavalnici Medicinske fakultete Univerze v Mariboru. Strokovno srečanje je bilo zelo uspešno z vidika udeležbe, organizacije in tudi dejstva, da je to prva strokovna delavnica o tej zelo pomembni temi sedanosti, kot tudi prihodnosti, in je temeljila na izjemno kakovostnih predavanjih slovenskih in tujih predavateljev.

## Poročilo s 5. kongresa hematologov Slovenije z mednarodno udeležbo

*Doc. dr. Irena Preložnik Zupan, dr. med., UKC Ljubljana*

*Od 7. do 9. aprila 2016 so v hotelu Thermana v Laškem sočasno potekali štiri kongresi: 5. kongres hematologov Slovenije z mednarodno udeležbo, 5. slovenski kongres transfuzijske medicine z mednarodno udeležbo, 5. slovenski kongres medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v hematologiji in 5. slovenski kongres Hematološkega laboratorijskega združenja z mednarodno udeležbo. Tovrstne kongrese organiziramo vsake štiri leta, kjer preverimo 4-letne dosežke s področja klinične hematolo-*

*gije in transfuzijske medicine ter primerjamo naše rezultate s svetovno literaturo. Ta način predstavitve dela nam omogoči, da hitro opazimo, kje smo dobri in kje moramo stvari še izboljšati. Skupno je bilo udeležencev preko 400.*

Sicer imamo redno, dvakrat letno, skupne strokovne sestanke vseh zdravnikov, sester in laboratorijskih tehnikov s področja hematologije in transfuzijske medicine, saj je dobro sodelovanje strok in sodelavcev v stroki velikega pomena za uspešno delo in boljše rezultate dela na naših področjih v vsej Sloveniji. Enkrat

letno se nam pridružijo tudi društva bolnikov, ki organizirajo dan, namenjen ozaveščanju vseh bolnikov in svojcev o novostih na področju hemato-onkologije in še številnim drugim temam, ki jih zanimajo.

Na letošnjem kongresu smo prvi dan popoldne namenili simpozijem različnih farmacevtskih podjetij. Dr. Škrget je predstavil rezultate zdravljenja kronične limfatične levkemije (KLL) z monoklonskim protitelesom proti CD20, obinituzomabom, prof. dr. Podgornikova in doc. dr. Sever pa določanje minimalne preostale bolezni (MRD) po zdravljenju KLL, kar postopno v zadnjem letu uvajamo v klinično prakso. Da bomo na tem področju še boljši, pa v kratkem pričakujemo nov, desetbarvni pretočni citometer. Vrednost podatkov iz vsakodnevnih prakse pri hemofiliji A

in B je predstavil prof. dr. Dan Hart iz Velike Britanije. Težko je pridobiti zanesljive in reprezentativne podatke, ki omogočajo celovit vpogled v stroške in uspešnost celostne oskrbe hemofilije. Večina podatkov izvira iz kohortnih raziskav in jih moramo tako tudi interpretirati. Večjega pomena so podatki iz vsakdanje prakse. Predstavil je vsakodnevno prakso v Veliki Britaniji, Kanadi, Franciji in Irski. Velik poudarek je na pomenu spremljanja registrov, sledljivosti uporabe faktorjev, vrste rekombinantnih faktorjev, pojavnost inhibitorjev pri predhodno nezdravljenih kot tudi predhodno zdravljenih bolnikih. V Veliki Britaniji izbirajo faktorje strjevanja krvi za hemofilike na javnem razpisu. Nazadnje so izbrali moroktokog alfa. Kot so potrdile že predhodne raziskave, ob zamenjavi koagulacijskega faktorja pri predhodno zdravljenih bolnikih v vsakodnevni praksi ni prišlo do povečanja incidence inhibitorjev. Celostna obravnava hemofilika je tudi v Sloveniji na zelo visoki ravni, primerljiva z Veliko Britanijo in ostalimi evropskimi državami.

Drugi in tretji dan kongresa smo hematologi obravnavali diagnostiko in zdravljenje akutnih levkemij pri odraslih in otrocih, mielodisplastične sindrome, mieloproliferativne novotvorbe, kronično limfatično levkemijo,

ne-Hodgkinove limfome pri otrocih, diseminirani plazmocitom, presaditev krvotvornih matičnih celic, anemije, hemofilijo in von Willebrandovo bolezen. Na področju presajanja krvotvornih matičnih celic smo tako v obdobju od prejšnjega kongresa uvedli zdravljenje zavrinitvene reakcije (GVHD) z zunajtelesno fototerapijo, zdravljenje z infuzijo alogenskih mezenhimskih matičnih celic ter nekatere nove načine priprave na presaditev, kot je uporaba protilimfocitnega globulina in thioepe. Uvedli smo številna zdravila, predvsem nova in učinkovitejša monoklonska protitelesa in tarčna zdravila za zdravljenje limfatičnih novotvorb, Castlemanove bolezni, paroksizmalne nočne hemoglobinurije in nekaterih mieloproliferativnih bolezni. Pričeli smo zdraviti z agonisti TPO ne le primarno imunsko trombocitopenijo, temveč tudi druge hude trombocitopenije pri mielodisplastičnih sindromih in aplastični anemiji. Za zdravljenje hemofilije in von Willebrandove bolezni smo uvedli nove rekombinantne pripravke faktorja VIII in IX. Povečali smo delež biološko primerljivih in generičnih zdravil na področju klinične onko-hematologije. Na področju laboratorijske diagnostike smo poleg MRD uvedli spremljanje več novih mutacij, ki so pomembne pri odločitvi o obliki zdravljenja hematoloških malignih

obolenj. Imeli smo gostujoče predavatelje iz ZDA, Italije, Francije, Velike Britanije in iz Makedonije, kjer imajo v Skopju zelo dobro razvit laboratorij za molekularno diagnostiko talasemij. S prof. Plašesko Karanfilsko, ki je v sredozemskem prostoru med vodilnimi strokovnjaki na področju talasemij, smo v zadnjih letih napravili molekularno diagnostiko tudi za slovenske bolnike s talasemijo beta minor.

Poudarek na kakovosti je stalnica tako transfuzijske medicine kot hemato-onkologije, saj sta obe stroki vsa leta veliko vlagali v kadre, opremo in informacijsko tehnologijo, zato sta tudi vodilni v slovenski medicini.

Kongres je dobra priložnost za predstavitev lastnega strokovnega in raziskovalnega dela, priložnost za izmenjavo izkušenj ter povabilo k še tesnejšemu sodelovanju pri ugotavljanju, zdravljenju in spremljanju bolezni. To pričakujejo od nas tudi bolniki, ki združeni v društva vse pogosteje učinkovito pomagajo zagotoviti nova zdravila in boljše pogoje zdravljenja, ki smo jih dosegli maja 2014 s preselitvijo v sodoben klinični oddelek z zadostnim številom enoposteljnih sob z dovodom filtrirane zraka za zdravljenje bolnikov s hudo nevtropenijo in pomanjkljivo imunsko odzivnostjo ter za presaditev krvotvornih matičnih celic.

## Prvo mednarodno srečanje torakalnih anesteziologov in kirurgov s področja jugovzhodne Evrope

Dejan Pirc, dr. med., UKC Ljubljana

Bogdan Vidmar, dr. med., UKC Ljubljana

V času od 6. do 8. aprila 2016 je v Splitu potekalo Prvo mednarodno srečanje torakalnih anesteziologov in

kirurgov. Na srečanju so bili 103 udeleženci iz 15 držav (iz Belgije, Bosne in Hercegovine, Črne gore,

Hrvaške, Italije, Madžarske, Makedonije, Maroka, Nemčije, Romunije, Slovenije, Srbije, Španije, Švice in Turčije). Kongres sta v večji meri organizirala Slovenca, in sicer torakalna anesteziologinja Mojca Drnovšek Globokar in torakalni kirurg Tomaž Štupnik, sodelovala sta še hrvaška







Predstavniki EACTA in slovenska torakalna anesteziologa.

kolega, anesteziologinja Božena Ivančev in kirurg Joško Juričič. Kongres je potekal v sodelovanju s Slovenskim združenjem za anesteziologijo in intenzivno medicino. Strokovno vsebino je potrdilo tudi Evropsko združenje kardiorakalnih anesteziologov – EACTA.

Ugledni predavatelji so predstavili številne novosti s področja torakalne anesteziologije in kirurgije. V zadnjem času se namreč nagiba k uporabi anestezioloških in kirurških tehnik, ki omogočajo odmik od klasičnih operacij s torakotomijo k minimalno invazivnim posegom.

Na kongresu so bile obravnavane številne teme s področja torakalne anesteziologije. Predstavljeni so bili načini zagotavljanja umetne dihalne poti bodisi z dvosvetlinskimi tubusi bodisi z bronhialnimi blokerji in načini varnega enostranskega predihavanja pri videoasistiranih torakoskopskih t.i. VATS-posegih ter regionalna anestezija za VATS-posege. Posebnega zanimanja je bila deležna t.i. »non-intubated« tehnika,



Delavnice iz dihalne poti.

brez potrebe po intubaciji bolnika ob uporabi sedacije in regionalne anestezije. Mojca Drnovšek je predstavila izkušnje z omenjeno tehniko v Sloveniji ob uporabi dexmedetomidina. Ob tem je potekala živahna razprava glede tovrstnih posegov med zagovorniki slednje in zagovorniki bolj klasičnih metod ter glede tega, kje so meje v prihodnosti. Poudarek je bil tudi na razvoju minimalno invazivne torakalne anestezije in kirurgije tudi v pediatrični populaciji, kjer ohranjena kontinuiteta prsne stene predstavlja olajšano okrevanje otrok.

V dveh terminih sta bili organizirani tudi delavnici iz dihalne poti pri torakalnih posegih.

Prikazan je bil neposredni prenos iz KBC Split, kjer so izvedli VATS desno zgornjo lobektomijo. Videli smo lahko celoten poseg od anesteziološke priprave bolnika, vključujoč težko intubacijo z dvosvetlinskim tubusom z videolaringoskopom, bronhoskopijo za potrditev ustrezne lege tubusa in sam kirurški del s prikazom kirurške tehnike pri odstranitvi dela pljuč. Poseg je opravil Diego Gonzalez Rivas. Videoposnetek je še vedno dosegljiv na spletnem naslovu: <https://livestream.com/livesurgery/events/5131197>

Prvo srečanje torakalnih anesteziologov in kirurgov jugovzhodne Evrope je navdušilo tudi kirurški del udeležencev kongresa. Že ob pogledu na predhodno objavljeni program predavanj in predavateljev je bilo moč slutiti, da bodo na kongresu predstavljene številne zanimive teme in novosti.

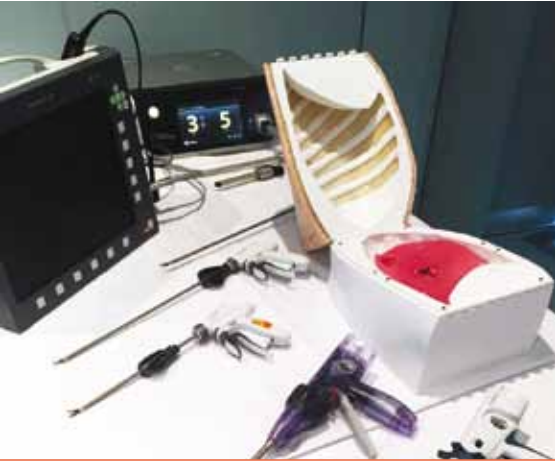
Kirurški del je odprl vabljeni predavatelj Diego Rivas iz La Coruñe, strokovni javnosti znan kot začetnik in promotor videotorakoskopske kirurgije pljuč skozi en sam medrebrni rez (angl. Uniportal Video-Assisted Thoracoscopy – VATS). Predstavil je razvoj in dosežke v minimalno invazivni kirurgiji pljuč, ki jih je tudi po njegovi zaslugi zadnja leta moč zaslediti v vseh razvitih kirurških medicinskih centrih.

Razvoj torakoskopije se je pričel že pred več kot 100 leti, a pravemu preporodu torakoskopij smo pričela šele v zadnjih dveh desetletjih. Omogočil ga je razvoj tehnološko dovršenih torakoskopskih kamer in endoskopskih linearnih mehanskih spenjalnikov. Prvo VATS-lobektomijo je leta 1994 opravil ameriški torakalni kirurg Robert J. McKenna. Evolucija videotorakoskopije je postopoma vodila od tehnike z več medrebrnimi rezi do pristopa skozi en sam medrebrni rez. Prednosti slednjih so bile dokazane v raziskavah z velikim številom bolnikov. Ob pomoči izobraževanj, kongresov in operacij s prenosom v živo preko spleta se je tehnika razširila v številne razvite medicinske centre. V zadnjih letih smo lahko pričala poročilom o uspešnih kompleksnih posegih, kot so rokavaste bronhialne in žilne rekonstrukcije ter karinalne resekcije.



Živahna razprava o minimalno invazivni operaciji pljuč. Z leve proti desni: Hasan Batirel, Diego Rivas, Tomaž Štupnik.

Tomaž Štupnik je prikazal, koliko minimalno invazivnih posegov je bilo opravljenih v UKC Ljubljana, ter primerjal finančno učinkovitost: zaradi krajše hospitalizacije je skupni strošek primerljiv oz. manjši v primerjavi s klasično odprto operacijsko tehniko. Aljaž Hojski je predstavil izkušnje iz UKC Maribor. Svoje izkušnje so predstavili tudi torakalni kirurgi iz Madžarske, Italije, Turčije in Hrvaške.



*Delavnice: VATS-simulator, izdelan z digitalnim oblikovanjem in 3D-printom, je bil za izpopolnjevanje endoskopskih spretnosti na voljo udeležencem.*

Svoje lastno znanje in spretnost so lahko udeleženci kongresa preverili na delavnici z VATS-simulatorji. Imitacije prsnega koša, ki jih je digitalno načrtoval in ob pomoči 3D-tiskalnikov oblikoval Tomaž Štupnik, zelo dobro

ponazorijo razmere, s katerimi se torakalni kirurgi srečajo med VATS-kirurškimi posegi.

Poslušali smo tudi o VATS-operacijah timusa. Giuseppe Aresu je predstavil impresivno serijo posegov, ki so jih opravili v Vidmu. VATS-timektomije imajo številne prednosti pred klasično odprto tehniko. Predvsem je bil zanimiv nov pristop do spodnjega mediastinuma pod ksifoidom.

Hasan Fevzi Batirel (Istanbul, Turčija), Joško Juričič in Matevž Srpčič so predstavili razvoj na področju minimalno invazivnih resekcij požiralnika v zadnjih 10 letih. Predavanja so obogatili z videopredstavitvijo ključnih delov operacij.

V zadnjem sklopu so se odvijala predavanja tudi o drugih VATS-operacijah (torakoskopskih simpatektomijah, zdravljenje empiemov pri otrocih).

Srečanje je predstavljalo svojevrstno izkušnjo predvsem zaradi zdru-

ženega srečanja anesteziologov in kirurgov, ki tudi sicer v vsakodnevnem kliničnem delu tesno sodelujemo.

Primerjalno s preostalimi tujimi udeleženci kongresa s področja JV Evrope lahko ocenimo, da sta anesteziološka in kirurška obravnava v Sloveniji na zelo visoki ravni. Pri nas se pretežno izvajajo posegi z uporabo minimalno invazivnih metod, nekaj VATS-posegov je že bilo izvedenih brez potrebe po intubaciji. Vtisi udeležencev, po anketah sodeč, so zelo pozitivni, kongres pa ocenjen kot zelo uspešen.

Zaključimo lahko, da je bil 1. kongres torakalne kirurgije in anestezije jugovzhodne Evrope več kot dobrodošel prispevek k povezovanju strokovnjakov naše regije, izredna priložnost za izmenjavo mnenj in pridobivanje novih znanj. Glede na uspeh zagotovo lahko pričakujemo ponovitve kongresa v prihodnjih letih.

## DiaMind 5

Vesna Rojc Pečnik, dr. med., Ambulanta splošne medicine

*Letošnje jubilejno 5. mednarodno strokovno srečanje DiaMind je potekalo 7. aprila 2016 v Mestnem muzeju v Ljubljani pod geslom 5 Years – 5 Trainers – 5 Stars. DiaMind sedaj že 5 let združuje učenje veččin na področju sladkorne bolezni in psihologije. Organizatorji, društvo DRZNI, se trudijo vpeljati znanja s področja psihologije in čuječnosti pri srečevanju in zdravljenju bolnikov s sladkorno boleznijo, vendar ta znanja vsekakor lahko uporabimo tudi na dru-*

*gih področjih medicine. Čeprav so organizatorji omejili število udeležencev na 100, se nas je srečanja udeležilo veliko zainteresiranih z različnih področij, ki se srečujemo z bolniki ali klienti: zdravniki, psihologi, psihoterapevti, medicinske sestre ipd. Srečanje poteka izključno v angleščini, tudi igre vlog so v angleščini, kar je lahko izziv, je pa večina pisnih materialov prevedenih v slovenščino.*

Srečanje je bilo razdeljeno v štiri sklope. V dopoldanskem delu smo se

slušatelji razdelili v dve skupini. Moja skupina je pričela z delavnico, ki jo je vodila Carina Sparud - Lundin iz Švedske, po osnovni izobrazbi medicinska sestra, sicer pa docentka na Znanstvenem inštitutu za zdravje na Univerzi v Göteborgu. V zadnjih letih se posveča raziskovanju psiholoških vidikov nosečnosti in zgodnjega poporodnega obdobja pri ženskah s sladkorno boleznijo (SB) tipa 1. Tema je bila »Postajam mamica s sladkorno boleznijo, priložnosti in izzivi«. Predvateeljica je obdelala pripravo bolnice s SB tipa 1 na porod, sam porod in obdobje po njem, predstavila je izzive med porodom, pojasnila je možne zaplete, tako za mater kot tudi za otroka, saj je pri nosečnosti več možnosti za vaskularne zaplete, preeklampsijo in eklampsijo, večji je



Igra vlog – Martha Funell in Jette Ostan.

tudi odstotek carskih rezov in vakuumskih porodov. Pri otrocih pride do večjega odstotka prirojenih nepravilnosti, makrosomije, SGA (majhen za gestacijsko starost), hipoglikemij, policitemij, hiperbilirubinemij, hipokalcemij in nezrelih pljuč. Predstavila je svojo študijo iz leta 2011, kjer so ugotovili, da pri nosečnicah s SB tipa 1 pride do večjega deleža (33 odstotkov) urgentnih carskih rezov v primerjavi z nosečnicami brez SB tipa 1 (10 odstotkov), v večjem odstotku pride tudi do ločenega bivanja otroka in matere v prodnišnici. Po porodu je največji problem hipoglikemija novorojenčka, 33 odstotkov v primerjavi s kontrolno skupino, kjer je 1-odstotna. Carina Sparud - Lundin je izvrstno predstavila izzive v zgodnjem poporodnem obdobju, kako pomembno je zgodnje dojenje, saj pomeni občutek normalizacije stanja za mlado mamico, ki je bila vso nosečnost pod strogim nadzorom (stalne meritve krvnega sladkorja ...), kako je ta stik z otrokom pomemben za njeno psihično počutje. Povedala nam je, da moramo mlade mame opozoriti, da lahko pride do zakasnele tvorbe mleka, da moramo mamico spodbujati, da doji, vendar če ne gre, ji ne smemo vzbujati občutkov krivde.

V praktičnem delu delavnice smo v skupinah obdelali tri primere, vsaka skupina je podala svoje videnje in izkušnje s podobnimi primeri iz svoje prakse. Zaključili smo, da je v Sloveniji sistem prenatalne in perinatalne oskrbe podoben kot na Švedskem, nosečnice s SB tipa 1 se vodi v specializiranih klinikah, po porodu je lahko novorojenček ob materi (rooming in). Vsem pa je postal očiten problem spremljanja in skrbi za mlade mamice s SB tipa 1 po odpustu iz prodnišnice, ko pride do velike vrzeli v njihovi zdravstveni oskrbi. Vsekakor je treba paziti, da se po porodu ne zgubijo. Udeleženci iz različnih držav so predstavili, kako pri njih poteka ta prenos nazaj k primarnemu diabetologu. Vsekakor ima v času, ko bolnica s SB tipa 1 daje prednost pred sabo otroku, velik pomen patronažna sestra na terenu. Bo pa treba še poiskati način, da se mamica čim prej poveže s primarnim diabetologom.

Po tem zanimivem sklopu je potekala izredno zanimiva igra vlog, ki jo je vodila Martha Funell iz ZDA na temo Pristop k opolnomočenju – odrasli bolnik s SB tipa 2. Bolnico je izvrstno odigrala Jette Ostan. Martha nam je predstavila Model opolnomočenja 5 (petih) korakov s primeri

vprašanj, ki jih lahko zastavimo pacientu:

1. Eksploracija problema: kakšno težavo predstavlja sladkorna bolezen zate, kako se boriš z njo ipd.
2. Izjasni svoja občutenja, kakšne so tvoje misli o tem, kako se počutiš ...
3. Razvij načrt, kako se mora ta situacija spremeniti, da bi se počutil bolje, kakšno stanje bi rad npr. čez 3 mesece, 1 leto.
4. Aktiviraj se z I-SMART-načrtom (Inspirational, Specific, Measurable, Attainable, Realistic and Timely).
5. Preizkusi rešitev in ovrednoti izid.

Ker je igra vlog potekala zelo spontano, Marthi ni uspelo obdelati celega modela. Nazorno nam je prikazala, kako je pogovor z bolnikom nepredvidljiva stvar, kam te lahko zanese, katere zadeve v ozadju lahko pridejo na plan, ko se bolnik prične odpirati. Vsekakor pa nam je jasno prikazala, kako gre na koncu samo za bolnika – ne gre »zame« kot izobraževalca, ampak za to, da pomagaš bolniku, da postavi svoje cilje. Vse je v odnosu in komunikaciji med izobraževalcem in bolnikom, ki mu pomagamo spreminjati svoje vedenje korak za korakom. Vsak korak je enako pomemben. Moramo se izogibati temu, da bi za bolnika postavljali cilje, sam mora razumeti problem.

Po kosilu je sledila še ena igra vlog, tokrat psihološki pristop do mladega odraslega bolnika s SB tipa 1, ki nam ga je prikazala Deborah Christie iz Velike Britanije. Prof. Christie je klinična psihologinja in profesorica pediatrične in adolescentne psihologije na University College London Hospitals. Njena »pacienta« sta igrala mlada Lucy in oče Boris (Ostan). Tokrat je uporabila terapijo pripovedovanja (narrative therapy), ki povabi človeka, da spremeni zgodbo o sebi. V tokratni situaciji, ko želi mlado dekle s SB tipa 1 oditi iz zaščitniškega okolja družine na študij v tujino, je izpostavila, kako pomembno je, da na začetku terapije določimo »fokus«, ali



je fokus mlade osebe enak kot fokus očeta. Prikazala je način eksternalizacije, ko na problem pogledaš od zunaj, ne dopustiš, da bolezen vlada nad tabo, ampak ti vladaš nad boleznijo. Kot terapevtka je pozvala sodelujoča in tudi nas, občinstvo, da z eno besedo opišemo občutja, ki jih problem sladkorne bolezni sproža v prizadetih, pa tudi, da narišemo v sliki tako, kot dojemamo njuno stisko. Vsekakor zanimivo za tiste, ki se ne ukvarjamo s psihologijo vsak dan.

Zadnji sklop za našo skupino je vodila dr. Laurie Ruggiero, profesorica javnega zdravja na University of

Illinois v Chicagu. Naslov je bil Pomagati ljudem doseči cilje pri njihovem obvladovanju sladkorne bolezni. Tokrat smo sami sodelovali v igri vlog, in sicer v parih (terapevt – bolnik), uporabili smo primere iz vsakdanje prakse. Terapevt je moral z metodo odprtih vprašanj izvedeti čim več o pričakovanjih, potrebah, upanjih, strahovih, ki okupirajo bolnika s sladkorno boleznijo. Tudi o uspehih in izzivih, ki jih premaguje, o življenju izven sladkorne bolezni in splošnih življenjskih ciljih. Spodbujeni smo bili, da izražamo resnično empatijo in se trudimo razumeti osebo in njeno

zgodbo. V razpravi, ki je sledila igri vlog, smo izrazili svoje mnenje, katere lastnosti so povezane z empatijo. Odgovori so bili zanimivi. Sledilo je raziskovanje, v kateri fazi sprememba »bolnika« v kliničnih primerih, kar je bila dobra spodbuda, da smo ponovili vse stopnje sprememb: prekontemplacija, kontemplacija, preparacija, akcija, vzdrževanje.

Odlično in vsebinsko bogato srečanje! Se že veselim naslednjega, ki bo zagotovo spet odprlo kakšno novo temo in nam praktično prikazalo, kako se lahko spopadamo z njo pri vsakodnevnem delu.

## Rinošola 2016

*Tehnologija v rinologiji, Ljubljana, 5. marec 2016*

**Jure Urbančič, dr. med., UKC Ljubljana**  
[jure.urbančič@kclj.si](mailto:jure.urbančič@kclj.si)

*Na Kliniki za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo UKC Ljubljana je 5. marca 2016 v sodelovanju Slovenskega zdravniškega društva (Združenje otorinolaringologov Slovenije) in Klinike za ORL in CFK, UKC Ljubljana, potekala tretja bienalna Rinošola 2016 TECH. Izobraževanja pod imenom Rinošola so bila sprva načrtovana le kot interna predaja znanja in izkušenj domačim in gostujočim specializantom na Kliniki za ORL in CFK. Ugotovljamo, da uspešno širimo krog udeležencev. Tokrat smo za glavno temo izbrali tehnologijo v rinologiji. Letošnji obisk je, s predstavniki praktično vseh bolnišnic z ORL-oddelki v Sloveniji ter s kolegi nevrokirurgi in maksilofacialnimi kirurgi, presegel naša pričakovanja.*

Seznani smo se z načinom izvajanja operacij nosnega pretina (A. Matos), obnosnih votlin (T. Soklič Košak, K. Rainer) in sprednje baze lobanje (J. Urbančič). Širi se uporaba posebnih kirurških aparatov, zato je

bil poudarek na nosnih vrtalniki (K. Jenko), uporabi intraoperativne navigacije v nosu in obnosnih votlinah ter na možnostih 3D endoskopije. V živo smo lahko preizkusili novost – 4K endoskopijo (Olympus Slovenija). Dotaknili smo se trendov prihodnosti (D. Gluvajčić), kamor prištevamo personalizirano medicino. Torej terapijo, ki je v barvitosti bolnikove bolezni, okolja in načina življenja zanj najbolj učinkovita. Naj gre za vsadke z zdravili ali uporabo nosu kot poti za aplikacijo zdravil. Tak pristop od



*Udeleženci Rinošole 2016 v predavalnici Klinike za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo UKC Ljubljana.*



otorinolaringologa – rinologa pri diagnostiki in pri zdravljenju zahteva še širši zorni kot in več znanja, predvsem pa pripravljenosti za povezovanje s sorodnimi vejami medicine.

Strinjali smo se, da je orientacija v zahtevnih razmerah lahko težka, na račun zapletene anatomije in patologije, s katero se ukvarjamo pri boleznih, kot so kronični rinosinuzitis z nosno polipozo ali tumorji nosu in obnosnih votlin. Minimalno invazivna endoskopska kirurgija ali funkcionalna endoskopska kirurgija nosu in

obnosnih votlin (FESS) namreč zahteva odličen prikaz operativnega polja. Skupaj z obvladanjem položaja endoskopa in instrumentov je prostorska dvodimenzionalna orientacija (2D slika na monitorju) v tridimenzionalnem realnem operativnem polju izjemno pomembna za varnost bolnika in uspešnost posega. Ne gre samo za znanje in izkušnje, ampak tudi za vrhunsko in zanesljivo tehniko (kirurški aparati za prikaz in manipulacijo s tkivom) ter seveda pravilno izbiro instrumentarija. Vsaka aparaturna, ki

jo uporabljamo, zahteva določeno dodatno znanje, tako pri kirurgu kot pri osebju v operacijski dvorani. Pomemben zaključek srečanja je bila ugotovitev, da je treba mlajšim kolegom in celotni kirurški ekipi zagotoviti stalno in varno pridobivanje izkušenj pri vsakodnevnem delu in na posebnih dogodkih. Investicije v znanje in obvladovanje tehnike so namreč pri visokotehnoloških, zapletenih procesih nujne. A so izven strokovne javnosti nemalokrat videne samo kot finančno breme.

## 4. slovenska konferenca o odvisnostih

in 15. SEEAnet simpozij – Obravnava in zdravljenje oseb, odvisnih od kanabinoidov

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

*Pokroviteljstvo Ministrstva za zdravje je bilo 3. in 4. februarja 2016 v Cankarjevem domu zagotovilo, da bo preko 120 udeležencev obeh dogodkov izmenjavalo pomembne strokovne vsebine. Tako pri nas kot v svetu je v zadnjih letih prišla v ospredje obravnava še posebej ranljivih skupin, kot so mladostniki, družine odvisnih staršev z otroki, osebe z odvisnostim pridruženimi motnjami, že dalj časa pa medicinska stroka posveča pozornost tudi osebam na prestajanju kazni zapora in še posebej tistim po prestajanju kazni. Pomoč išče vse več starejših oseb, ki jemljejo droge, na drugi strani pa je veliko mladih, ki jemljejo predvsem nove psihoaktivne snovi, in tudi tistih, ki iščejo pomoč zaradi uporabe kanabinoidov.*

**Z dokazi podprto načrtovanje obravnave in zdravljenja oseb, odvisnih od kanabinoidov:** Dušan Nolimal je navedel strokovno oceno, da bo lahko 9 odstotkov oseb, ki jo neustrezno uporabljajo, razvilo bolezen odvisnosti od konoplje. Tveganje za zdravje narašča z zgodnjim začetkom uživanja, pogostostjo, količino uporabe, močjo odmerkov, hkratno duševno motnjo, nižjim družbenoekonomskim statusom,

neinformiranostjo in neozaveščenostjo. Večja verjetnost za nastanek odvisnosti je pri osebah, ki pogosteje pijejo alkohol, so zgodaj začele kaditi tobak, kasneje pa hkrati uporabljajo še druge prepovedane droge. Pri odločanju o predpisih bi morali ustrezno poznati in upoštevati tudi vplive prohibicije.

**O sintetičnih kanabinoidih:** Nuša Šegrec je poročala, da so znani po svoji dostopnosti in večji potentno-

sti v primerjavi s konopljo ter sprožajo širok spekter psihiatričnih zapletov. Kar 10–15 odstotkov uporabnikov izkusi psihotične slike.

**Neželeni učinki kanabinoidov:** Damjan Grenc je navedel, da so rezultati raziskav o učinkovitosti in varnosti uporabe kanabinoidov v medicini poleg nekaterih blagodejnih učinkov pokazali tudi tveganje za pojav vrste akutnih neželenih učinkov. Iz kar 542 raziskav o učinkih konoplje je v povzetku navedel spoznanja o statistično slabo pomembni učinkovitosti kanabinoidov pri zmanjševanju bruhanja in slabosti, drugi učinki pa so bili še slabše zaznavni.

**Ali nam toksikološka analiza lahko kaj pove o tem, da oseba redno ali občasno uporablja kanabis?** Majda Zorec Karlovšek je na to vprašanje odgovarjala pritrdilno in pojasnila, da so za vožnjo kritične predvsem prve 4 ure po kajenju.

**Trend iskanja pomoči zaradi posledic uporabe konoplje v Sloveniji:** Milan Krek je navedel trend povečevanja števila zastupitev s konopljo, predvsem pri starejših pacientih.

**Priročnik za samopomoč pri prenehanju jemanja marihuane**

je avtor Andrej Kastelic namenil tistim mladim, ki jim konoplja daje lažen vtis boljšega stika z okoljem, psevdodozorevanje pa zamenja njihov naraven razvoj in bodo z njim lahko našli razloge in načine za svojo ponovno vzpostavljeno treznost.

**Večdimenzionalna družinska terapija:** Tomaž Koren je prikazal ta primer dobre prakse, ki od leta 2003 poteka v petih evropskih državah. Je učinkovit in fleksibilen pristop h kliničnemu zdravljenju uporabnika, ki se sooča s problematično rabo konoplje. Program je uspešno zaključilo kar 90 odstotkov mladostnikov. Ponuja pomoč mladim z različnimi težavami (konoplja in alkohol).

**Varna soba za injiciranje nedovoljenih drog:** Ta naj bi kot pilotni projekt zaživela v Ljubljani spomladi 2016. Borut Bah je predstavil njen vpliv na javno zdravje: zmanjšanje nevarnosti okužb med splošno populacijo zaradi odvrženih/uporabljenih igel, manjše število odvrženih igel v lokalni skupnosti, manj vidne uporabe drog na javnih mestih in s tem boljše počutje prebivalcev. Ker pa je prisotno tudi strokovno osebje, se zmanjša tudi število smrti zaradi predoziranja, zmanjša se souporaba pribora za vbrizgavanja in število okužb v povezavi s souporabo (HIV, hepatitis B in C, bakterijske okužbe). Iz tujine prihajajo poročila, da uporabniki varnih sob tudi zmanjšajo uporabo drog in se bolj pogosto odločajo za zdravljenje.

**Delo z družino pri obravnavi odvisnosti s pridruženimi duševnimi motnjami:** Drago Sukič je to delo pojasnil skozi odvisniško-traumatični cikel: 1. čustvena in psihična bolečina, 2. samozdravljenje oz. samopomirjanje (zaradi naučene nemoči), 3. treznitev, 4. ponovna preplavitev z nerazrešenimi občutki, 5. zdravljenje. Vse to pa poteka z odnosom: nova medosebna razmerja lahko kasneje v življenju popravijo škodljive vzorce, ki so posledica neoptimalnih zgodnjih razmerij. Pri tem mora biti odnos terapevta empatično razumevanje. Na začetku mora razbremeniti

družino občutkov krivde in sramu ter ustvariti zaupen terapevtski odnos za nadaljnje delo. Ob prisotnosti terapevta, ki spodbuja spoštljivo komunikacijo, prepoznavanje in izražanje pristinih čutenj ter nudi varen prostor, kjer lahko člani družine izrazijo tudi težka neizrečena čutenja, družina preverja in oblikuje nove vzorce medsebojnih odnosov.

**Poraba zdravil za zdravljenje odvisnosti in drugih duševnih motenj v RS** je po poročanju Tatje Kostnapfel Rihtar največja na področju predpisovanja benzodiazepinskih anksiolitikov (najpogosteje alprazolam). Predpisovanje antidepresivov je nekoliko nižje kot v državah OECD 23. Med leti 2002 in 2014 je bil v Sloveniji opazen trend upada predpisovanja anksiolitikov in naraščanja predpisovanja antidepresivov.

**Zdravljenje hepatitisa C v Sloveniji:** Po ugotovitvah Mojce Matičič je bilo v prvih petnajstih letih uspešno le pri dobri polovici okuženih. Zdaj je postalo najučinkovitejše protivirusno zdravljenje v zgodovini medicine. Gre za zaviralce virusnih encimov proteaz, ki se lahko uporabljajo v kombinaciji z interferonom ali brez njega, večinoma pa z ribavirinom. Nova zdravila so učinkovita pri večini zdravljenih, bolniku prijazna, saj so v obliki tablet, in skoraj brez stranskih učinkov, zdravljenje pa je precej krajše. V Sloveniji je zdravljenje vseskozi sledilo mednarodnim trendom, njegovi uspehi pa so celo presejali deleže uspešno ozdravljenih v registracijskih študijah. Od leta 2015 se za ugotavljanje stadija fibroze v jetrih upoštevajo posredne meritve z metodo prehodne elastografije, ki je večinoma nadomestila jetrno biopsijo. Raziskava Infekcijske klinike in slovenskih centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog (CPZOPD) je potrdila tudi značilno izboljšanje življenjskega stila in zmanjšano uporabo drog po uspešnem zaključku zdravljenja hepatitisa C pri osebah z boleznijo odvisnosti.

**30 let aidsa v Sloveniji iz perspektive ranljivih skupin in**

**odvisnosti:** Evita Leskovšek je poročala, da je bilo leta 2014 v svetu na novo okuženih 142.000 oseb, kar je največ do sedaj. Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) pa je v Sloveniji v zadnjih 30 letih zabeležil 752 oseb s HIV. Porast novih okužb je predvsem posledica širjenja okužb s heteroseksualnim prenosom v državah vzhodne Evrope, v katerih je še vedno pomemben tudi prenos s iglami v populaciji uživancev drog. V 30 letih so se pri nas na področju preprečevanja in obvladovanja okužbe s HIV zgodili ogromni premiki na vseh področjih, tako v preventivi, v zdravljenju in v diagnostiki. Izognili smo se epidemiji znotraj populacije injicirajočih uživancev drog. Zaradi še vedno prisotne stigme do okuženih in do vseh ranljivih skupin, vključno z osebami z boleznijo odvisnosti, ostaja zmanjševanje stigme, tudi med zdravstvenimi delavci, eden ključnih izzivov. Tvegano vedenje za prenos okužbe predstavlja nezaščiten spolni odnos oz. spolni odnos brez kondoma, souporaba pribora za injiciranje in tetoviranje.

**Vrednotenje stroškovne učinkovitosti substitucijskih zdravil pri zdravljenju boleznij odvisnosti od opioidov v Sloveniji:** Rok Hren je predstavil raziskavo za ovrednotenje stroškovne učinkovitosti kombinacije buprenorfina z naloksonom ter morfina s podaljšanim sproščanjem v primerjavi z metadonom. Z analizo zmanjševanja stroškov pa je bila izpeljana še primerjava med uporabo buprenorfina z naloksonom.

**Travma in odvisnost** je bila vsebina predstavitve Mojca Hvala Cerkovnik. Med drugimi nasilnimi dejavniki iz obdobja odrasčanja je navedla prisotnost spolne zlorabe pri ženskah uživalkah drog v preko 50 odstotkih, le nekaj manj pogosto pa so spolno zlorabo doživeli moški.

**Delo z ženskami uživalkami drog, ki so žrtve nasilja,** sta predstavili Sabina Zorec in Eva Rogina iz Varne hiše Stigma. Ta je

namenjena uporabnicam nedovoljenih drog, ki so preživele ali doživljajo nasilje v družini, partnerskih ali zvodniških odnosih ali na ulici. Zlorabe in nasilje, ki so jim izpostavljene, povzročijo travmatične izkušnje, ki imajo dolgotrajne negativne posledice. Same teh posledic ne morejo predelati. Povzročeni strah jim ustvarja občutke nemoči in šibkosti. Ker so okoliščine nevzdržne, povečujejo odmerke drog, da lahko vzdržijo in preživijo v situaciji, v kateri so se znašle. Bolj ko je situacija kompleksna, daljša in težja je pot, ki jo mora ženska prehoditi, in toliko dlje traja proces stabilizacije pozitivnih sprememb in razvoj novih vzorcev vedenja. Individualna in skupinska svetovanja izvajajo tudi v Zavodu za prestopanje kazni zapora (ZPKZ) Ig.

#### **Predstavitev ženske skupine na Centru za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog:**

Predstavile so jo Tatjana Oprešnik Rodman, Mojca Hvala Cerkovnik in Sara Bahovec. V skupinski terapiji se pri obravnavi travme najpogosteje uporabljajo skupine istega spola, saj se zaradi spolne ali fizične narave zlorabe klienti počutijo bolj sproščene v skupini s člani istega spola. (Op. Res pa lahko terapevt nasprotnega spola omogoči pozitivne nove izkušnje, ki bi bile zdravilne za travmatizirane osebe.) Skupina poteka enkrat tedensko po 60 min. in je dolgotrajna (1 leto). Sloni na elementih kognitivno-vedenjske terapije, psihoedukacije, reševanja problemov in je naravnana suportivno in ne konfrontacijsko. Po zaključku zdravljenja so ženske izkazovale bolj asertivno vedenje ter lažje in bolj odkrito izražale svoja čustva.

Ženske, ki jemljejo droge med nosečnostjo in po porodu, je predstavila Vesna Mejak. Dosedanje razi-skave in smernice pomoči so bile dolgo usmerjene predvsem na otroka, ki je bil v nosečnosti izpostavljen učinkom drog. Noseče uporabnice prepovedanih drog se poleg težav z odvisnostjo pogosteje srečujejo tudi s socialno-ekonomskimi in psihosocial-

nimi tveganji. Večina se jih ob ugotovitvi nosečnosti odloči za prenehanje uživanja prepovedanih drog ter za vključitev v zdravljenje z opioidnimi zdravili. Recidiv, ki se zgodi kmalu po rojstvu, je praviloma vezan na stresne dejavnike in stisko, ki je povezana z izzivi materinstva. Za izboljšanje terapevtskih pristopov bi bilo treba prepoznati in upoštevati dejstvo, da predstavlja nosečnost obdobje, ki nudi veliko možnost za spremembo. Zato bi bilo treba oblikovati programe, ki bi bili v korist otroku in tudi materi.

**Delo s svojci in sorojenci oseb, ki so odvisne od prepovedanih drog:** Klasične oblike dela s svojci odvisnih oseb ne dajejo vedno dovolj dobrih rezultatov oz. ne vključujejo tistih družin in primarnih življenjskih skupnosti (vključno s sorojenci uporabnika), ki se sami soočajo s težavami, kot so: slabi medosebni odnosi, razdružene družine, neenotnost pri vzgoji in pristopu do mladih s problemom odvisnosti, lastne težave z odvisnostmi, brezposelnost, socialna izključenost in revščina, neustrezno odzivanje na potrebe mladih, nedoslednost v izpolnjevanju sprejetih dogovorov, nerealna pričakovanja do programa, pomanjkljiva motivacija za vztrajanje in popuščanje izsiljevanju. Kot največji izziv za prihodnost vidijo strokovni delavci Zavoda Pelikan – Karitas v vlaganju človeških in materialnih virov v delo s svojci, ki so večkrat celo v zapletenejši situaciji od samega uporabnika.

**Otroci pacientov iz CPZOPD in izkušnje rejništva:** Jasna Čuk Rupnik je v letu 2014 v CPZOPD Logatec med vsemi uporabniki z zdravili podprte rehabilitacije z opioidnimi zdravili zabeležila kar 40 odstotkov pacientov in pacientk, ki so bili starši. Od tistih, ki so živeli v partnerskih zvezah, jih je 35 odstotkov imelo partnerja/partnerko prav tako vključenega/o v zdravljenje z opioidnimi zdravili. Nekatere otroke teh staršev timsko obravnavajo CSD. Ti so pri dveh parih sprejeli odločitev

o oddaji otroka v rejo. Namen prispevka je bil opozoriti ne le na pozitivne, ampak tudi na negativne plati takšnih odločitev za otroka in za starše. Omenjeni so bili tudi nekateri primeri dobre prakse iz tujine (npr. projekt Strengthening Families), ki so posebej namenjeni usvajanju znanja in veščin za boljše starševstvo tistih staršev, ki se zdravijo z opioidnimi zdravili, zaradi uspešnosti pa so jih razširili tudi na družine z drugačnimi problemi.

#### **Terapevtsko delo z otroki v terapevtski skupnosti za zasvojenostne starše in njihove otroke:**

To delo iz programa Projekt Človek je predstavila Andreja B. Jaš. Kot izhodišče za obravnavo je podala misel, da želimo starši za svoje otroke najboljše – tudi starši, ki so zasvojeni s prepovedanimi drogami in alkoholom. Tisti, ki posledice odvisnosti staršev najmočneje občutijo, so njihovi otroci. V disfunkcionalni družini, kjer je prisotna zasvojenost, vladata pomanjkanje zunanje kontrole in ljubeče discipline. Razvijata se notranja disciplina in samokontrola. Otrok se nauči biti neodvisen od staršev, saj se ti neustrezno odzivajo na njegove čustvene potrebe. Ker ne more zaupati staršem, postane splošno sumničav in nezaupljiv tudi do drugih ljudi. Trpi zaradi simptomov, ki spominjajo na kombinacijo soodvisnosti in posttravmatske stresne motnje. Okolje, v katerem živi, je nedosledno, kaotično, polno strahu, nepredvidljivosti, zavračanja in tudi nasilja. Pogosto se bori z vprašanjem, kaj je normalno, kako se imeti dobro. Za težave staršev išče krivdo v sebi. Ima težave v čustvenih odnosih, počuti se drugačnega, nagnjen je k impulzivnosti, trpi za kronično tesnobo, pomanjkanjem samodiscipline, obupno išče potrditev, strah ga je pred avtoritetami. Terapevtsko delo temelji na stiku kot temelju varne navezanosti in na rušenju družinskih pravil »ne zaupaj, ne čuti, ne govori«. Otrok se je namreč naučil, da mora družino in njene skrivnosti varovati. Zato se ob neprimernem delu lahko počuti, kot

da je izdal družino in iluzijo, da je doma vse v redu.

**Delo z mladimi, ki eksperimentirajo z novimi psihoaktivnimi snovmi.** V Drog Art centru za svetovanje in psihoterapijo se pri delu osredotočajo na iskanje notranje motivacije ter krepitev samozavesti na področju doseganja ciljev. Anja Mihevc je predstavila predvsem uporabo motivacijskega intervjuja za mobilizacijo uporabnikov motivacije za spremembo. S tem se pri mladih krepki uporabnikov odrasli del, ki pomaga pri lažji samokontroli kompulzivnega vedenja. Pri tem je pomembno izhodišče, da »nihče ni povsem nemotiviran«.

**Kdaj je treba zaščititi otroka in kaj je funkcionalno starševstvo:** Skozi delo CSD je to vsebino predstavila Lili Ropret Červak. Odvzem otroka staršem je predstavila kot najradikalnejši poseg v družinska razmerja. Kot edino merilo tovrstnega institucionalnega posega je navedla ogroženost otroka. Ko CSD družino spozna kot rizično, jo podpre s ciljem, da ustvari pogoje za zdrav psihosocialni razvoj otroka. V kolikor starša nista zmožna v družino vnesti pozitivne spremembe, CSD otroka izloči iz takega okolja in ga namesti v nadomestno družino, ki je najpogosteje profesionalna rejniška družina. Cilj dela na področju zaščite otroka ni njegova izločitev iz primarne družine, ampak usposabljanje družine za njeno delovanje.

**Overcoming Treatment and Harm Reduction Dichotomy:** Kako preseči dihotomijo zdravljenja in zmanjševanja škode, je izkušenj Univerze v Ženevi povedal Daniele Fabio Zullino. Ugotavljal je, da je sčasoma splošni princip moralističnega sprejemanja odvisnosti kot moralne izprijenosti nadomestilo razumevanje, da gre za bolezen. Bistveno in tudi kritično pomembno pa postaja vprašanje najvišjega cilja zdravljenja. To sproža nove nasprotujoče si cilje z vprašanjem, ali gre v prvi vrsti za doseganje abstinence ali za zmanjševanje škode. Ta dihotomija je preseže-

na s sodobnim spoznanjem, da gre za enotni model postopnosti, kar so razvijali v Ženevi.

**Obravnavanje oseb na prestajanju kazni zapora ZPKZ Dob, ki jemljejo droge:** Ta obravnava zajema programe višjega in nižjega praga, v katerih poleg zunanjega psihiatra sodeluje še drugo medicinsko osebje in dva dodatno usposobljena terapevta iz tima ZPKZ. Bojan Dragonja je poročal o oceni, da ima več kot 22 odstotkov od trenutno 650 zaprtih oseb težave zaradi drog. Velika večina je droge uživala že na prostosti, nekateri pa so jih zaužili prvič šele v zavodu. V terapevtskih programih zavoda sodelujejo tudi nevladne organizacije (Društvo Srečanje in Društvo Projekt Človek).

**Vloga zdravnika pri obravnavi oseb, odvisnih od drog:** S spremembo zakona je bila ta skrb zaupana zdravstvenim domovom. Jelka Mižigoj Krek poleg dela zdravnice za paciente v CPZOPD Koper opravlja enako delo tudi v koperskih ZPKZ. Tam je delo zdravnika težje, saj imajo osebe, ki se znajdejo v zaporih, bolj pogosto poleg bolezni odvisnosti od drog pridružene še druge duševne motnje. Izpostavila je potrebo po oddelku brez drog, kjer bi namestili samo tiste, ki se zdravijo zaradi odvisnosti in abstiniirajo, kar bi po njenem mnenju izboljšalo pogoje za uspešnejše zdravljenje odvisnih od drog.

»Quality and continuity of care« je mednarodna raziskava o kontinuiteti obravnave po odpustu iz zapora v letih 2013 in 2014. Vsebuje tudi slovenski del raziskave o tem, kako prepoznati učinkovite načine rehabilitacije in reintegracije po odpustu iz zapora ter ugotoviti, kaj je učinkovito v smislu preventive recidiva v jemanju drog in v smislu preventive ponovnih kaznivih dejanj. V študiji so sodelovale še Grčija, Nemčija, Portugalska in Madžarska. Slovenski del sta predstavila Nuša Šegrec in Andrej Kastelic.

**Epidemiološki podatki in možnosti obravnave pri zaprtih osebah:** Miran Pustoslemšek je

prisotne seznanil s tem, da so ti podatki predstavljeni vsakih deset let v reviji Lancet. Ugotovljeno je stalno večanje števila zaprtih oseb v svetu, najhitreje raste število zaprtih žensk v Aziji. V populaciji zaprtih oseb ima kar 2/3 oseb duševno motnjo, tretjina teh anksiozno in tretjina afektivno motnjo. Raziskave v zaporih skušajo pokazati na primere dobre prakse, v nekaterih državah pa odkrivajo tudi primere slabih praks.

**Obravnavanje mladostnikov, ki zlorablajo psihoaktivne substance, v vzgojnih zavodih:** Darija Peterec Kotar je predstavila dejstvo, da je razširjenost te zlorabe neopazno kontaminirala dobro delujoče pedagoške pristope v izobraževalnem in vzgojnem procesu vzgojnih zavodov. Mladostniki večinoma niso motivirani za spremembo v smeri zmanjševanja zlorabe in se zaradi prestopniškega načina zlorabljanja teh snovi in medsebojnega povezovanja še dodatno ogrožajo. Tako se zavodi danes že ob sprejemu mladostnika v zavod podrobno posvetijo tudi vprašanjem morebitnega uživanja drog in po potrebi sprejmejo že takrat dogovor o takojšnji vključitvi v program zdravljenja odvisnosti.

**Kakšno pomoč potrebujemo terapevti ljudi, ki so odvisni? Ta okrogla miza je** predstavljala zaključek prvega dne konference. Voditeljica Mojca Cerkovnik Hvala jo je naslovlila z izzivom: »Tudi terapevti potrebujemo pomoč, mar ne?« Pogovor je med drugimi težavami izpostavil terapevtski narcisizem, ki onemogoča sodelovanje, pa tudi to, da si ljudje avtoriteto fiktivno ustvarjamo sami, projiciramo pa jo v šefa. Vredno razmisleka o tem, kako oblikovati dobre programe pomoči in kako ob tem poskrbeti tudi za zaposlene, da bodo ohranjali terapevtski žar, ne bodo pa pregorevali.

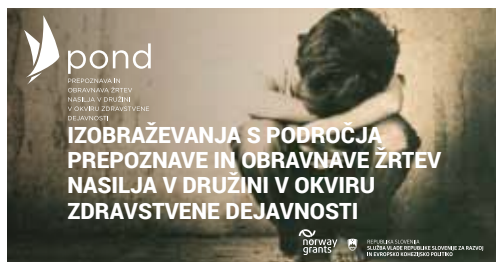


## Zbornična izobraževanja za zdravnike in zobozdravnike

### Zdravstvo – pomemben člen pri preprečevanju nasilja v družini

zaključna konferenca POND – junij

Zaključna konferenca bo izvedena z namenom povezovanja strokovnjakov, ki se ukvarjajo s področjem nasilja v družini, predstavitev strokovnih smernic za zdravstvene delavce ter predstavitev rezultatov projekta. Na dogodku bo sodeloval tudi norveški partner in predstavil problematiko obvladovanja nasilja v družini v norveškem okolju, oblike dela s storilci ter primere dobre prakse obravnave žrtev nasilja v družini.



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

### Komunikacijske odvozanke in osebnostne odlike

seminar – junij

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

osebnostne odlike za uspešen poslovni (in zasebni) vsakdan.

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

### Obravnava paliativnega bolnika v domovih za ostarele in posebnih socialnovarstvenih zavodih

seminar – junij

Na srečanju timov smo se odločili poudariti pomen timskega dela v naših domovih za ostarele in posebnih socialnovarstvenih zavodih. Zavedamo se, da je vedno več bolnikov sprejetih v zelo težkem obdobju, ko se od nas, ki delamo v socialnovarstvenih ustanovah, pričakuje sočutje, čuječnost in strokovnost. V obdobju, ko svoje bolnike negujemo in zdravimo, ne smemo pozabiti na to, da negujemo ljudi s svojimi zgodbami. V te zgodbe so vpleteni njihovi otroci, partner, starši, bratje, sestre, sosedje in ob koncu njihovega življenja tudi mi.

Paliativna obravnava bolniku ponuja celostno obravnavo, ki jo v SVZ/PSVZ zmoremo ponuditi. Strokovnost je in mora biti na prvem mestu, bolniki, ki pridejo k nam, si to zaslužijo. Zaradi tega organiziramo srečanje, kjer si želimo povezati vse deležnike tima.

**Organizacijski odbor:** Tanja Petkovič, Janja Demšar, Nejc Halas

### Človeške napake v zdravstvu in njihovo preprečevanje

predavanja – september

Kako pričeti z izboljševanjem varnosti pacientov, da se izognemo nepotrebni trpljenju pacientov in njihovih svojcev ter nepotrebni, nevarni in nepravilni obtoževanju zdravnikov in drugih zdravstvenih strokovnjakov?

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

**Predavatelji:** izr. prof. dr. Bojana Beović, prim. doc. dr. Danica Rotar Pavlič, izr. prof. dr. Andrej Robida, prof. dr. Igor Švab

- le kakovostna komunikacija med vsemi zdravstvenimi sodelavci vodi v stimulatívno in uspešno delovno okolje.

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

## Komunikacijske veščine – pomemben del zdravnikove strokovnosti

predavanja, delavnice – september, oktober

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

- le dobro anamnezo lahko dopolni dober klinični pregled,
- le dobro razumevanje vpliva bolezni na bolnikovo življenje lahko zagotovi uspešen terapevtski pristop,
- le dober stik z bolnikom lahko zagotovi neprestano spremljanje njegovega zdravstvenega stanja,

## Komunikacijske veščine v zobozdravstvu

seminar – oktober

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

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

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

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

JUNIJ 2016

### 1. ob 12.30 • NOVOSTI V GASTROENTEROLOGIJI

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska 162, Modra dvorana	<b>št. udeležencev:</b> 250	<b>kotizacija:</b> kotizacije ni	<b>k. točke:</b> 6
<b>vsebina:</b> simpozij je namenjen internistom	<b>organizator:</b> Klinični oddelek za gastroenterologijo, prof. dr. Borut Štabuc, dr. med., v. svet.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: E: <a href="mailto:melita.susmelj@kclj.si">melita.susmelj@kclj.si</a> , informacije: KO za gastroenterologijo, prof. dr. Borut Štabuc, dr. med., Melita Šušmelj, T: 01 522 26 39, F: 01 433 41 90, E: <a href="mailto:melita.susmelj@kclj.si">melita.susmelj@kclj.si</a>	

### 2. ob 9.15 • ZAKLJUČNA KONFERENCA POND: ZDRAVSTVO – POMEMBEN ČLEN PRI PREPREČEVANJU NASILJA V DRUŽINI

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	<b>št. udeležencev:</b> 150	<b>kotizacija:</b> kotizacije ni	<b>k. točke:</b> 5
<b>vsebina:</b> predavanje/delavnica je namenjeno vsem zdravnikom in zobozdravnikom	<b>organizator:</b> Zdravniška zbornica Slovenije, Mojca Vrečar	<b>prijave, informacije:</b> prijave: <a href="http://www.domusmedica.si">www.domusmedica.si</a> , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191	

### 2., 3. in 7. ob 16.00 • OSNOVE MEDICINSKE HIPNOZE

<b>kraj:</b> KRANJ, Hotel Azul, Šuceva ul. 26	<b>št. udeležencev:</b> 30	<b>kotizacija:</b> 300 EUR, za študente 150 EUR	<b>k. točke:</b> 15
<b>vsebina:</b> strokovni seminar medicinske hipnoze je namenjen zdravnikom, psihologom, zdravstvenim delavcem, psihoterapevtom	<b>organizator:</b> Društvo za medicinsko hipnozo Slovenije, prof. dr. Marjan Pajntar	<b>prijave, informacije:</b> prijave: E: <a href="mailto:informacije@hipnoza-dmhs.si">informacije@hipnoza-dmhs.si</a> , informacije: Boni Plut, T: 031 322 207	

### 3. ob 9.00 • 2. MARIBORSKA UČNA DELAVNICA OSNOVNIH VEŠČIN LAPAROSKOPSE KIRURGIJE V GINEKOLOGIJI

<b>kraj:</b> MARIBOR, Medicinska fakulteta UM, Katedra za ginekologijo in porodništvo, 1N6 in 1N26	<b>št. udeležencev:</b> 50	<b>kotizacija:</b> za udeležence predavanja 60 EUR, za udeležence predavanja in delo na simulatorjih 120 EUR	<b>k. točke:</b> 8
<b>vsebina:</b> učna delavnica je namenjena ginekologom	<b>organizator:</b> Medicinska fakulteta UM, Katedra za ginekologijo in porodništvo, red. prof. dr. Iztok Takač, dr. med., svet., in izr. prof. dr. Milan Reljič, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> Taborska ulica 8, 2000 Maribor, Romana Grajner, univ. dipl. ekon., T: 02 23 45 826, F: 02 23 45 820, E: <a href="mailto:romana.grajner@um.si">romana.grajner@um.si</a>	

## 3.–4. • ŠOLA NEVROSONOLOGIJE 2016 (DRUGI TEČAJ OD ŠTIRIH)

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Mala ulica 8	<b>št. udeležencev:</b> do 20	<b>kotizacija:</b> 350 EUR (brez DDV)	<b>k. točke:</b> 16
<b>vsebina:</b> šola nevrosonologije – drugi od štirih tečajev diagnostike žil vratu in glave z ultrazvočno metodo je namenjen zdravnikom, ki v diagnostiki že uporabljajo ali si želijo uporabljati ultrazvočne preiskave vratnih in možganskih žil, še posebej nevrologom, radiologom in internistom, predznanje ni potrebno	<b>organizator:</b> strokovni organizator: Sekcija za možganskožilne bolezni pri Slovenskem zdravniškem društvu, poslovni organizator: Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni, prim. prof. dr. Bojana Žvan, dr. med., v. svet.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: Društvo MŽB, Mala ulica 8, 1000 Ljubljana, informacije: Andreja Merčun, E: <a href="mailto:andreja@mozganska-kap.info">andreja@mozganska-kap.info</a> , <a href="http://www.mozganska-kap.info/nevrosnologia">www.mozganska-kap.info/nevrosnologia</a>	

## 3.–4. ob 8.00 • XVIII. NOVAKOVI DNEVI: CARSKI REZ, POJASNILNA DOLŽNOST IN PRAVNI PROBLEMI V PERINATOLOGIJI IN NEONATOLOGIJI

<b>kraj:</b> POSTOJNA, Hotel Jama	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> specialisti 260 EUR, specializanti, babice, medicinske sestre 130 EUR (z DDV), kotizacije ni za študente	<b>k. točke:</b> 15
<b>vsebina:</b> strokovno izpopolnjevanje, letno srečanje ZPMS je namenjeno specialistom in specializantom ginekologije in porodništva, pediatrom, neonatologom, anesteziistom, babicam, medicinskim sestram	<b>organizator:</b> Združenje za perinatalno medicino Slovenije, UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, KO za perinatologijo, Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna, dr. Tanja Premru Sršen, mag. Gorazd Kavšek	<b>prijave, informacije:</b> prijave: UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, Enota za raziskovanje, izobraževanje in informatiko s knjižnico, Šlajmerjeva 3, 1000 Ljubljana, E: <a href="mailto:martina.peclin@mf.uni-lj.si">martina.peclin@mf.uni-lj.si</a> , W: <a href="http://www.obgyn-si.org/nd-2016">www.obgyn-si.org/nd-2016</a> , informacije: Martina Pečlin, T: 01 522 60 20	

## 3.–4. ob 9.00 • XXXIV. DERČEVI DNEVI

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Cankarjev dom, Prešernova cesta 10, Linhartova in Kosovelova dvorana	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> 240 EUR, za upokoјence	<b>k. točke:</b> v postopku
<b>vsebina:</b> stalno podiplomsko izobraževanje iz pediatrije z mednarodno udeležbo je namenjeno pediatrom, šolskim zdravnikom, medicinskim sestram, zdravstvenim tehnikom in drugim strokovnjakom, ki obravnavajo bolne otroke in mladostnike	<b>organizator:</b> Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo, prof. dr. Tadej Battelino, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: E: <a href="mailto:branka.kenda@mf.uni-lj.si">branka.kenda@mf.uni-lj.si</a> , informacije: UL MF, Katedra za pediatrijo, Branka Kenda, T: 01 522 92 26, E: <a href="mailto:branka.kenda@mf.uni-lj.si">branka.kenda@mf.uni-lj.si</a>	

## 3.–4. ob 10.00 • 41. SREČANJE STOMATOLOGOV SLOVENIJE

<b>kraj:</b> PORTOROŽ, Avditorij	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> 230 EUR (DDV je vključen)	<b>k. točke:</b> 12
<b>vsebina:</b> seminar je namenjen doktorjem dentalne medicine	<b>organizator:</b> Stomatološka sekcija SZD, asist. Sebastjan Korošec, dr. dent. med., doc. Barbara Artnik, dr. dent. med.	<b>prijave, informacije:</b> Stomatološka sekcija SZD, Dunajska c. 162, 1000 Ljubljana, Katarina Jovanovič, T: +386 41 703 347, F: +386 434 25 84, E: <a href="mailto:stomatoloska-sekcija.szd@ordinacija.net">stomatoloska-sekcija.szd@ordinacija.net</a>	

## 3.–5. ob 9.00 • SPOL IN SPOLNOST V PSIHOTERAPIJI

<b>kraj:</b> ROGLA, Hotel Rogla	<b>št. udeležencev:</b> 120	<b>kotizacija:</b> 255 EUR	<b>k. točke:</b> 17,5
<b>vsebina:</b> Nacionalna konferenca s področja psihoterapije Slovenske krovne zveze za psihoterapijo (SKZP) – različna obravnava spola in spolnosti v psihoterapiji, reflektiranje spola v psihoterapiji, delo z različno spolno usmerjenimi pacienti, obravnava spola in spolnosti kot presečišča med biološkim in družbenim, raziskovanje v psihoterapiji. Konferenca je namenjena psihoterapevtom, psihiatrom, psihologom, kliničnim psihologom, socialnim delavcem, socialnim pedagogom, zdravnikom različnih specializacij (npr. splošne/družinske medicine, ginekologije, urologije, otroške in mladinske psihiatrije, ipd).	<b>organizator:</b> Slovenska krovna zveza za psihoterapijo (SKZP), dr. Tamara Trobentar	<b>prijave, informacije:</b> prijave: Inštitut Satori, Cesta v Rožno dolino 11, 1000 Ljubljana, E: <a href="mailto:tajnistvo@skzp.org">tajnistvo@skzp.org</a> , informacije: Tamara Trobentar, T: 041 944 830, E: <a href="mailto:tamara.trobentar@gmail.com">tamara.trobentar@gmail.com</a>	

## 6. ob 16.00 • OMALIZUMAB: VSE, KAR STE ŽELELI VEDETI, PA SI NISTE UPALI VPRAŠATI

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Medicinska fakulteta	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> ni podatka	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> strokovni sestanek je namenjen vsem zdravnikom	<b>organizator:</b> Alergološka in imunološka sekcija SZD, prof. Mitja Košnik	<b>prijave, informacije:</b> prijave: E: <a href="mailto:irena.dolhar@klinika-golnik.si">irena.dolhar@klinika-golnik.si</a> , informacije: E: <a href="mailto:irena.dolhar@klinika-golnik.si">irena.dolhar@klinika-golnik.si</a> , prof. Mitja Košnik, T: 04 256 91 00, E: <a href="mailto:mitja.kosnik@klinika-golnik.si">mitja.kosnik@klinika-golnik.si</a>	

**6.–7. ob 8.00 • NADALJEVALNI LAPAROSKOPSKI TEČAJ – PODIPLOMSKI TEČAJ IZ KIRURGIJE**

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Medicinski simulacijski center	<b>št. udeležencev:</b> 12	<b>kotizacija:</b> 120 EUR	<b>k. točke:</b> 15
<b>vsebina:</b> podiplomski kirurški tečaj je namenjen specializantom kirurgije	<b>organizator:</b> Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, UKC Ljubljana, Slovensko združenje za gastroenterologijo in hepatologijo, asist. Jan Grosek, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: E: <a href="mailto:jan.grosek@kclj.si">jan.grosek@kclj.si</a> , informacije: E: <a href="mailto:jan.grosek@kclj.si">jan.grosek@kclj.si</a> , Jan Grosek, T: 01 522 37 83	

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

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Stara pediatrična klinika, UKC Ljubljana, Vrazov trg 1, predavalnica (pritličje)	<b>št. udeležencev:</b> 10	<b>kotizacija:</b> 200 EUR, kotizacije ni za zaposlene v UKC Ljubljana	<b>k. točke:</b> 7
<b>vsebina:</b> učna delavnica	<b>organizator:</b> UKC Ljubljana, Meta Vesel Valentinčič	<b>prijave, informacije:</b> prijave: UKC Ljubljana, Služba za izobraževanje, Bohoričeva 28, 1000 Ljubljana, informacije: Tina Kofler, T: 01 522 90 22, E: <a href="mailto:izobrazevanje@kclj.si">izobrazevanje@kclj.si</a>	

**8. od 9.00 do 16.00 • KOMUNIKACIJSKE ODVOZLANKE IN OSEBNOSTNE ODLIKE**

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	<b>št. udeležencev:</b> 20	<b>kotizacija:</b> 120 EUR	<b>k. točke:</b> 5,5
<b>vsebina:</b> predavanje/delavnica je namenjeno vsem zdravnikom in zobozdravnikom	<b>organizator:</b> Zdravniška zbornica Slovenije, Mojca Vrečar	<b>prijave, informacije:</b> prijave: <a href="http://www.domusmedica.si">www.domusmedica.si</a> , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191	

**9.–11. ob 8.30 • 23. MEDNARODNI SIMPOZIJ O URGENTNI MEDICINI**

<b>kraj:</b> PORTOROŽ, Kongresni center St. Bernardin	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> 290 EUR	<b>k. točke:</b> 20
<b>vsebina:</b> simpozij je namenjen vsem zdravnikom	<b>organizator:</b> Slovensko združenje za urgentno medicino, mag. Rajko Vajd, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> Slovensko združenje za urgentno medicino, UKC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, informacije: Irena Petrič, T: 01 522 53 37, F: 01 522 24 16, E: <a href="mailto:info@szum.si">info@szum.si</a> , <a href="http://www.szum.si">www.szum.si</a>	

**9.–11. ob 9.00 • 21. CONGRESS THE EUROPEAN UNION FOR MEDICIN ASSURANCE AND SOCIAL SECURITY (EUMASS) IN 4. MEDNARODNI KONGRES MEDICINSKIH IZVEDENCEV SLOVENIJE**

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Hotel Union, Konferenčni center	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> 450 EUR, enodnevna 200 EUR	<b>k. točke:</b> 19
<b>vsebina:</b> kongres je namenjen vsem zdravnikom	<b>organizator:</b> EUMASS, ZPIZ, ZZS, URI - SOČA, Života Lovrenov, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: W: <a href="http://www.eumassslovenia.com">www.eumassslovenia.com</a> , informacije: E: <a href="mailto:office@eumassslovenia.com">office@eumassslovenia.com</a> , E: <a href="mailto:zivota.lovrenov@zpiz.si">zivota.lovrenov@zpiz.si</a> , Života Lovrenov, dr. med., T: 01 236 35 89	

**10. od 8.00 do 16.30 • OBRAVNAVA PALIATIVNEGA BOLNIKA V DOMOVIH ZA OSTARELE IN POSEBNIH SOCIALNOVARSTVENIH ZAVODIH – SREČANJE TIMOV**

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	<b>št. udeležencev:</b> 100	<b>kotizacija:</b> 75 EUR	<b>k. točke:</b> 7,5
<b>vsebina:</b> srečanje je namenjeno zdravnikom, sestram, negovalcem, bolničarjem in socialnim delavcem, fizioterapevtom in delovnim terapevtom, ki v SVZ/PSVZ skrbijo za paliativnega bolnika	<b>organizator:</b> Sekcija zdravnikov socialnovarstvenih ustanov Slovenije v okviru Združenja zdravnikov družinske medicine in Zdravniška zbornica Slovenije	<b>prijave, informacije:</b> prijave: <a href="http://www.domusmedica.si">www.domusmedica.si</a> , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191	

**10. ob 14.30 • PSIHOTERAPIJA PSIHOZ**

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Študentski dom, Poljanska cesta 59	<b>št. udeležencev:</b> 40	<b>kotizacija:</b> kotizacije ni	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom družinske medicine	<b>organizator:</b> Slovensko društvo za skupinsko analizo, Vladislava Stamos, dr. med., spec. psih.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: PBB, Begunje na Gorenjskem 55, 4175 Begunje na Gorenjskem, informacije: T: 040 893 673, E: <a href="mailto:vladka.stamos@pb-begunje.si">vladka.stamos@pb-begunje.si</a>	

**10.–11. • 4. STROKOVNI SEMINAR Z MEDNARODNO UDELEŽBO »TRAVMA«**

<b>kraj:</b> KRANJSKA GORA, Hotel Ramada Resort	<b>št. udeležencev:</b> 180	<b>kotizacija:</b> 170 EUR (DDV je vključen), za specializante in upokojeince 80 EUR (DDV je vključen), kotizacija za študente 50 EUR (DDV je vključen)	<b>k. točke:</b> 12
<b>vsebina:</b> seminar je namenjen najširšemu krogu strokovnjakov – zdravnikom specialistom in specializantom otroške in mladostniške psihiatrije, pediatrom, psihiatrom in drugim zdravnikom, psihologom, socialnim delavcem, pedagoškim delavcem in drugim, ki se pri svojem delu srečujejo z otroki in mladostniki z izkušnjo travme	<b>organizator:</b> Združenje za otroško in mladostniško psihiatrijo (ZOMP)	<b>prijave, informacije:</b> spletna prijavnica na spletni strani ZOMP ( <a href="http://www.zomp.si">www.zomp.si</a> ), dodatne informacije na <a href="mailto:info@zomp.si">info@zomp.si</a> ali <a href="mailto:grobelsek@gmail.com">grobelsek@gmail.com</a>	



JUNIJ 2016

## 16.–17. • SODOBNA KARDIOLOGIJA 2016

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Cankarjev dom	<b>št. udeležencev:</b> 200–300	<b>kotizacija:</b> 150 EUR	<b>k. točke:</b> v postopku
<b>vsebina:</b> redno letno strokovno srečanje Združenja kardiologov Slovenije z mednarodno udeležbo je namenjeno specialistom in specializantom kardiologije in vaskularne medicine, interne medicine, splošne/družinske medicine ter vsem ostalim zdravnikom in študentom medicine, pa tudi medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom	<b>organizator:</b> Združenje kardiologov Slovenije, Štukljeva cesta 48, 1000 Ljubljana, W: <a href="http://www.sicardio.org">www.sicardio.org</a>	<b>prijave, informacije:</b> Združenje kardiologov Slovenije, T: 01 43 42 100, E: <a href="mailto:sasa.radelj@sicardio.org">sasa.radelj@sicardio.org</a>	

## 17. od 9.00 do 20.00 • SIMULACIJA PORODA

<b>kraj:</b> MARIBOR, Medicinska fakulteta, Taborska ulica 8, OSCE, vhod 1 in 2	<b>št. udeležencev:</b> 9–20	<b>kotizacija:</b> 120 EUR (DDV vključen)	<b>k. točke:</b> 10
<b>vsebina:</b> učna delavnica je namenjena zdravnikom specialistom in specializantom ginekologije in porodništva, zdravnikom specialistom in specializantom družinske medicine, zdravnikom specialistom in specializantom urgentne medicine ter zdravnikom pripravnikom	<b>organizator:</b> Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru, Katedra za ginekologijo in porodništvo, red. prof. dr. Iztok Takač, dr. med., svet., doc. dr. Faris Mujezinović, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: Romana Grajner, Medicinska fakulteta, Taborska ulica 8, 2000 Maribor, E: <a href="mailto:romana.grajner@um.si">romana.grajner@um.si</a> , informacije: Romana Grajner, T: 02 234 58 26, F: 02 234 58 20	

## 17.–18. ob 16.00 • 1. SLOVENSKI MEDNARODNI KONGRES LOGOTERAPIJE IN EKZISTENCIALNE ANALIZE

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Uršulinski samostan, Ul. Josipine Turnograjske 8	<b>št. udeležencev:</b> 100	<b>kotizacija:</b> 30 EUR	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> kongres je namenjen zdravnikom, med. sestram, soc. delavcem, psihologom, pedagogom, filozofom in ostalim, ki jih tema zanima	<b>organizator:</b> Slovensko logoterapevtsko društvo – Logos, Cvijeta Pahljina, dr. med. spec. psihiatrije, logoterapevt	<b>prijave, informacije:</b> prijave: E: <a href="mailto:darka.lapajne@carbonin.com">darka.lapajne@carbonin.com</a> , informacije: Urška Turnšek, E: <a href="mailto:urska.jazbec@gmail.com">urska.jazbec@gmail.com</a> , T: 031 885 804	

SEPTEMBER 2016

## 8. ob 15.00 • STROKOVNI SEMINAR MEDICINSKE HIPNOZE S PRIZNANIMA STROKOVNJAKOMA IZ VELIKE BRITANIJE

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Domus Medica, Modra dvorana	<b>št. udeležencev:</b> 200	<b>kotizacija:</b> 50 EUR, za študente 30 EUR	<b>k. točke:</b> v postopku
<b>vsebina:</b> strokovni seminar medicinske hipnoze je namenjen zdravnikom, psihologom, zdravstvenim delavcem, psihoterapevtom, študentom medicine, psihologije in biopsihologije	<b>organizator:</b> Društvo za medicinsko hipnozo Slovenije, prof. dr. Marjan Pajntar	<b>prijave, informacije:</b> prijave: E: <a href="mailto:informacije@hipnoza-dmhs.si">informacije@hipnoza-dmhs.si</a> , informacije: Boni Plut, T: 031 322 207	

## 14. • ČLOVEŠKE NAPAKE V ZDRAVSTVU IN NJIHOVO PREPREČEVANJE – predavanje

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	<b>št. udeležencev:</b> 260	<b>kotizacija:</b> kotizacije ni	<b>k. točke:</b> 5,5
<b>vsebina:</b> kako pričeti z izboljševanjem varnosti pacientov, da se izognemo nepotrebnemu trpljenju pacientov in njihovih svojcev ter nepotrebnemu, nevarnemu in nepravilnemu obtoževanju zdravnikov in drugih zdravstvenih strokovnjakov	<b>organizator:</b> Zdravniška zbornica Slovenije, Mojca Vrečar	<b>prijave, informacije:</b> prijave: <a href="http://www.domusmedica.si">www.domusmedica.si</a> , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191	

## 14.–17. ob 9.00 • INOVACIJE IN NOVI NAČINI ZDRAVLJENJA SRČNEGA POPUŠČANJA

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Grand hotel Union	<b>št. udeležencev:</b> ni omejitve	<b>kotizacija:</b> kotizacije ni	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> mednarodni simpozij je namenjen vsem zdravnikom, študentom medicine, medicinskim sestram, rentgenskim inženirjem, fizioterapevtom	<b>organizator:</b> Slovensko združenje za transplantacije srca in Center for Advanced Heart Failure, Memorial Hermann Heart & Vascular Institute, Houston, prof. dr. Bojan Vrtovec, dr. med., in prof. Igor D. Gregorič, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: <a href="mailto:info@slo-heart.org">info@slo-heart.org</a> , informacije: prof. dr. Bojan Vrtovec, dr. med.	

## 15. ob 9.00 • KOMUNIKACIJSKE VEŠČINE – POMEMBEN DEL ZDRAVNIKOVE STROKOVNOSTI

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska c. 162	<b>št. udeležencev:</b> 18	<b>kotizacija:</b> 135 EUR	<b>k. točke:</b> 2
<b>vsebina:</b> predavanje/delavnica je namenjeno vsem zdravnikom in zobozdravnikom	<b>organizator:</b> Zdravniška zbornica Slovenije, Mojca Vrečar	<b>prijave, informacije:</b> prijave: <a href="http://www.domusmedica.si">www.domusmedica.si</a> , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191	

## 16.–17. ob 8.00 • PONOVI TVENI TEČAJ VSEBIN IZ PREHOSPITALNE NUJNE MEDICINSKE POMOČI (NMP)

<b>kraj:</b> MARIBOR, OSCE, PL1, vhod 1–4	<b>št. udeležencev:</b> 20–25	<b>kotizacija:</b> 320 EUR	<b>k. točke:</b> 11
<b>vsebina:</b> 1. delavnica: Oskrba nenadno obolelega odraslega bolnika, 2. delavnica: Oskrba nenadno obolelega otroka, 3. delavnica: Oskrba poškodovanca/otroka, 4. delavnica: Množične nesreče/Oskrba dihalne poti, 5. delavnica: Ultrazvok. Strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom urgentne medicine, splošne/družinske medicine (specialistom).	<b>organizator:</b> Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru, Katedra za urgentno medicino, doc. dr. Matej Strnad, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> 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 5 820, E: <a href="mailto:romana.grajner@um.si">romana.grajner@um.si</a>	

## 26.–29. ob 8.30 • 5. MARIBORSKA ŠOLA PRAKTIČNE ULTRAZVOČNE DIAGNOSTIKE V GINEKOLOGIJI IN PERINATOLOGIJI

<b>kraj:</b> MARIBOR, Medicinska fakulteta UM	<b>št. udeležencev:</b> 30 praktični del, 60 teoretični del	<b>kotizacija:</b> 380 EUR (z vključenim DDV, kotizacija vključuje predavanje in delo s pacienti (učna delavnica), pogostitve med odmori), 120 EUR (z vključenim DDV, kotizacija vključuje predavanja in pogostitve med odmori)	<b>k. točke:</b> 20
<b>vsebina:</b> učne delavnice so namenjene ginekologom	<b>organizator:</b> Univerzitetni klinični center Maribor, Klinika za ginekologijo in perinatologijo, Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru, Katedra za ginekologijo in porodništvo, red. prof. dr. Iztok Takač, dr. med., svet., predsednik	<b>prijave, informacije:</b> prijave: <a href="http://www.ukc-mb.si">www.ukc-mb.si</a> (strokovna srečanja), informacije: Slavica Keršič, posl. sek., Univerzitetni klinični center Maribor, Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor, E: <a href="mailto:slavica.kersic@ukc-mb.si">slavica.kersic@ukc-mb.si</a> , T: +386 2 321 29 40, F: +386 2 321 28 26, E: <a href="mailto:slavica.kersic@ukc-mb.si">slavica.kersic@ukc-mb.si</a>	

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

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

## 30. ob 8.00 • SLOVENSKI SIMPOZIJ O KRONIČNI VNETNI ČREVESNI BOLEZNI

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Medicinska fakulteta	<b>št. udeležencev:</b> 120	<b>kotizacija:</b> kotizacije ni	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> simpozij o kronični vnetni črevesni bolezni je namenjen družinskim zdravnikom, sestram, gastroenterologom, stomatologom, dermatologom	<b>organizator:</b> Društvo za KVČB v sodelovanju s Katedro za družinsko medicino in Slovenskim združenjem za gastroenterologijo in hepatologijo, mag. Darja Urlep Žužej, dr. med., Dušan Baraga dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: E: <a href="mailto:info@kvcb.si">info@kvcb.si</a> , informacije: Dušan Baraga, E: <a href="mailto:info@kvcb.si">info@kvcb.si</a> , T: 051 301 147, E: <a href="mailto:dbaraga@gmail.com">dbaraga@gmail.com</a>	

## 30. ob 8.30 • DRUGA ŠOLA PLJUČNEGA RAKA

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Onkološki inštitut Ljubljana, predavalnica v pritličju stavbe C	<b>št. udeležencev:</b> 120	<b>kotizacija:</b> kotizacije ni	<b>k. točke:</b> v postopku
<b>vsebina:</b> Šola pljučnega raka je namenjena zdravnikom splošne medicine. Namen srečanja je pregled diagnostike in zdravljenja bolnikov s pljučnim rakom s poudarkom na multidisciplinarni obravnavi.	<b>organizator:</b> Združenje za radioterapijo in onkologijo SZD in Onkološki inštitut Ljubljana, asist. dr. Karmen Stanič, dr. med., in asist. dr. Martina Vrankar, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: E: <a href="mailto:slovsin@onko-i.si">slovsin@onko-i.si</a> ali na W: <a href="http://www.sola-pljucnega-raka.si">www.sola-pljucnega-raka.si</a> , informacije: Sabina Lovšin, T: 01 587 95 50, F: 01 587 94 16, E: <a href="mailto:slovsin@onko-i.si">slovsin@onko-i.si</a>	

## 30. 9.–1. 10. • INTERNA MEDICINA 2016

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Domus Medica, Modra dvorana, Dunajska c. 162	<b>št. udeležencev:</b> 200	<b>kotizacija:</b> 180 EUR + DDV do 1. septembra, nato 200 EUR + DDV	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> strokovno srečanje o novostih iz interne medicine je namenjeno specialistom internistom, zdravnikom v osnovnem zdravstvu	<b>organizator:</b> Združenje internistov SZD, prim. mag. Primož Vidali, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: Združenje internistov SZD, računovodstvo, Dunajska c. 162, 1000 Ljubljana, informacije: T: 031 369 711, E: <a href="mailto:pvidlai@siol.net">pvidlai@siol.net</a>	

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

<b>kraj:</b> PORTOROŽ, Grand hotel Bernardin, Kongresni center Bernardin	<b>št. udeležencev:</b> 200	<b>kotizacija:</b> Možna je udeležba 4 dni (polna kotizacija) ali 2 dni. Višina kotizacije je odvisna od datuma prijave (do 15. 6. ali do 15. 9.). Podrobnejše informacije o kotizaciji: <a href="http://www.zpsi.si/breganti2016">www.zpsi.si/breganti2016</a>	<b>k. točke:</b> 17
<b>vsebina:</b> srečanje psihoterapevtov Slovenije z mednarodno udeležbo je namenjeno vsem zdravnikom	<b>organizator:</b> Združenje psihoterapevtov Slovenije, Tina Sentočnik, dr. med., predsednica Organizacijskega odbora	<b>prijave, informacije:</b> prijave: Združenje psihoterapevtov Slovenije, Grablovičeva 44 a, 1000 Ljubljana, <a href="http://www.zpsi.si/breganti2016">www.zpsi.si/breganti2016</a> , informacije: Tina Sentočnik, Marjana Arzenšek, T: 041 677 609, 041 797 229, E: <a href="mailto:breganti@zpsi.si">breganti@zpsi.si</a> , E: <a href="mailto:tina.sentocnik@siol.net">tina.sentocnik@siol.net</a>	

## 17.–20. • 22. PODDIPLOMSKI TEČAJ IZ HOSPITALNE DIABETOLOGIJE

**kraj:** LJUBLJANA, predavalnica »stare travmatologije«, Zaloška 2**št. udeležencev:** 30**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** 13**vsebina:** podiplomski tečaj za specializante interne medicine, interniste (udeleženci naj s seboj prinesejo klinične primere s področje diabetologije)**organizator:** KOEDBP IK Ljubljana, dr. Jelka Zaletel, dr. med.**prijave, informacije:** prijave: od 1. 10. 2016 dalje, E: [jelka.zaletel@kclj.si](mailto:jelka.zaletel@kclj.si), informacije: dr. Jelka Zaletel, dr. med., T: 01 522 39 90, E: [jelka.zaletel@kclj.si](mailto:jelka.zaletel@kclj.si)

## 20. ob 9.00 • KOMUNIKACIJSKE VEŠČINE – POMEMBEN DEL ZDRAVNIKOVE STROKOVNOSTI

**kraj:** LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska c. 162**št. udeležencev:** 18**kotizacija:** 135 EUR**k. točke:** 2**vsebina:** predavanje/delavnica je namenjeno vsem zdravnikom in zobozdravnikom**organizator:** Zdravniška zbornica Slovenije, Mojca Vrečar**prijave, informacije:** prijave: [www.domusmedica.si](http://www.domusmedica.si), informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191

## 20. ob 14.00 • JEŠETOV DAN

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

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

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

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

## Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije

objavlja v sektorju za izvedenstvo **naslednja prosta delovna mesta:****zdravnik izvedenec II (m/ž) za delo v službi za izvedenstvo II. stopnje v Ljubljani za 2 delavca****zdravnik predsednik I (m/ž) za delo v službi za izvedenstvo I. stopnje v Kranju in na Jesenicah****zdravnik izvedenec II (m/ž) za delo v službi za izvedenstvo I. stopnje v Kranju in na Jesenicah**

Kandidati/kandidatke morajo izpolnjevati naslednje posebne pogoje:

- zdravnik specialist medicine dela, prometa in športa ali zdravnik specialist druge ustrezne specialnosti,
- 4 leta delovnih izkušenj,
- veljavna licenca zdravniške zbornice,
- znanje Microsoft Office,

- aktivno znanje slovenskega jezika in sposobnost sporazumevanja v tujem jeziku,
- 6-mesečno poskusno delo.

Prijava mora vsebovati:

- kratek življenjepis z opisom delovnih izkušenj, formalne izobrazbe ter drugih znanj in veščin ter
- dokazila o izpolnjevanju pogojev.

**Pogodbe o zaposlitvi bomo z izbranimi kandidati sklenili za nedoločen čas, s polnim delovnim časom; nastop dela po dogovoru. Novim sodelavcem nudimo dinamično delo v urejenem okolju ter možnost strokovnega izpopolnjevanja in razvoja.**

Kandidate/kandidatke vabimo, da pošljejo pisne ponudbe z dokazili o izpolnjevanju pogojev in opisom delovnih izkušenj na e-naslov: [kadri@zpz.si](mailto:kadri@zpz.si) ali po pošti na naslov: Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, Kolodvorska 15, 1518 Ljubljana.

# Pomniki medicinske preteklosti na Slovenskem

## – 1. del

Prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec, dr. med., Inštitut za zgodovino medicine MF UL  
[Zvonka.zupanic-slavec@mf.uni-lj.si](mailto:Zvonka.zupanic-slavec@mf.uni-lj.si)

*Medicinske zbirke ohranjajo pregled razvoja medicine pri nas. Na Slovenskem so te zbirke večinoma nastajale nenačrtno, njihov obstoj pa je plod stroki predanih posameznikov. Redke zbirke so pod okriljem države, druge so nastale iz hotenja posameznikov, da ohranijo razvojne prototipe zgodovinskih artefaktov s svojih področij dela.*

*Osrednja zgodovinskomedicinska zbirka v Sloveniji je na Inštitutu za zgodovino medicine Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani. Ta od leta 1934 stihijsko zbira najrazličnejše medicinske predmete, instrumente in drugo zdravstveno tehniško dediščino z najrazličnejših zdravstvenih področij, del zbirke pa predstavljajo tudi obsežna zgodovinskomedicinska knjižnica, fototeka, medicinska dokumentacija, odličja idr. Vendar je ta zbirka v veliki meri v depo-*

*jih, ker do danes še ni bilo možnosti pridobitve prostorov, strokovne ureditve, institucionalizacije in predstavitve javnosti. Obstajajo še druge zdravstvene, medicinske negovalne, zdravstveno-biografske in podobne zbirke po Sloveniji v bolnišnicah, zdravstvenih domovih, regionalnih muzejih in v zasebni lasti. Na pomembno poslanstvo, ki so ga za stroko in širšo kulturo naroda opravili zdravniki, kažejo številne njim posvečene spominske plošče in spomeniki. Osrednji bodo predstavljeni v tem zapisu.*

*Leta 1993 je bila v Muzeju novejše zgodovine Celje odprta Slovenska zobozdravstvena zbirka, ki jo je pripravil lastnik, zobozdravnik in zbiratelj prim. Franc Štolfa. Predstavlja tri historične zobozdravstvene ordinacije, razvoj zobozdravstvenega laboratorija in obsežen instrumentarij.*



*Iz muzejske zbirke Inštituta za zgodovino medicine: slike z leve prikazujejo historične predmete na teme: ranocelništvo, okulistika, kirurgija, anestezija in dentalna medicina (kompozicije pripravila Zvonka Zupanič Slavec, foto: Dragan Arrigler).*



## Uvod

Zdravstvene stroke s svojimi zbirkami skrbijo za ohranjanje snovne dediščine.

**Inštitut za zgodovino medicine Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani** (MF UL) ima lastno medicinsko zbirko. Sestavljajo jo različni predmeti, ki prikazujejo razvoj zdravstvenih pripomočkov, aparatov, laboratorijske opreme, prototipov različnih protez idr. V zbirki so zgodovinski **diagnostični pripomočki** (stetoskopi, merilniki krvnega tlaka, mikroskopi), prvi endoskopi (otoskopi, oftalmoskopi, laringoskopi), rentgenske aparature itd. Sestavljajo jo **historični terapevtski in rehabilitacijski pripomočki**: prototipi prvih zdravil in obvezilnega materiala, injekcijski pribor, aplikatorji za zdravila, priprave za narkozo, respiratorji, radijske obsevalne doze, kirurški pripomočki, porodne klešče... Pomemben del medicinske dediščine je tesno povezan s **tehniko**. Obsega sterilizacijske aparate, elektrokardiografe, radiološke predmete in druge naprave. Medicinsko zbirko sestavlja različna **dokumentacija** (zdravniške diplome, študijski indeksi, pisma znanih zdravnikov, rokopisi predavanj), **slikovno gradivo** (fotografske plošče, fotografije, diapozitivi, digitalni fotoarhiv), fototeke iz praktične medicine, ordinacij, bolnišničnega in terenskega dela, zbirke osebnosti, zdravstvenih ustanov, tehnične opreme itd. Hranijo tudi historično **knjižnico**, večino medicinskih knjig slovenskih zdravnikov, slovenska medicinska biografska gradiva, različna odlikovanja, kipe, epolette, značke ter visoka priznanja zdravnikom in ustanovam. Del zbirke je razstavljen v prostorih Inštituta za zgodovino medicine, večina pa je shranjena v depojih na Medicinski fakulteti v Ljubljani in je deloma predstavljena ob različnih priložnostih in jubilejih, eksponati pa so slikovno pogosto prikazani v inštitutskih objavah, predstavljeni na predavanjih in podobno. Prav tako prilož-

nostne knjižne razstave, kot je bila npr. »Skrito znanje: knjižne dragocene iz zbirke ljubljanskih specialnih knjižnic (1) leta 2013 v Narodnem muzeju, prikazujejo dragoceno historično medicinsko knjižno zbirko Inštituta. Zbirko, ki je bila v lasti družine Mayer, je Medicinska fakulteta odkupila za potrebe Inštituta leta 1949 oz. 1950 preko antikvariata (2). Inštitut si že leta prizadeva za institucionalizacijo zbirke v Slovenski zdravstveni muzej.

Ta zapis sicer ne prinaša popolnega pregleda bolnišničnih oz. drugih javnih zdravstvenih zbir, kaže pa na velik pomen lokalnega okolja, ki varuje korenine medicinske stroke, njene protagoniste, razvoj ustanov, opreme in drugega.

## Pomniki zdravstvene preteklosti

Slovenske **samostanske knjižnice** imajo v svojih zbirkah nemalo medicinskih del. Z njimi je posebej bogata **Semeniška knjižnica** v Ljubljani, ki hrani okoli 400 pred-

vsem medicinskih knjig iz zapuščine dr. Marka Gerbca (1658–1718) (3). Tudi **Narodna in univerzitetna knjižnica** ima dragoceno zbirko starih medicinskih knjig. Leta 2015 so z razstavo »Ko mrtvi žive uče – anatomija skozi čas« pokazali na bogato anatomsko zbirko starih knjig pri nas (4). Medicinske knjige so shranjene še v knjižnici **Frančiškanskega samostana** v Ljubljani, Knjižnici Petra Pavla Glavarja v Komendi (5), v Frančiškanskem samostanu v Kamniku in še kje. Številna medicinska dela teh knjižnic je popisal dolgoletni direktor NUK-a prof. Jaro Dolar (1911–1999).

Slovenski **muzeji** med drugim hranijo **fototeke zdravstva** (Narodni muzej, pokrajinski muzeji). Lapidarij Narodnega muzeja hrani **zaobljubni kamen** prvega znanega zdravnika na slovenskih tleh, Peticiusa Technicusa. Napis na kamnu se glasi: Sacr(um) / Aesculapio / L(ucius) Peticius Techni(cus) / Med(icus). V zdravilišču v **Rimskih Toplicah** so našli iz antičnega časa kamnito ploščo tamkajšnje vojaške



Mesto prve slovenske civilne bolnišnice v Ljubljani na Slovenski cesti nasproti kavarne Evropa, ki jo je leta 1895 porušil potres, je Inštitut za zgodovino medicine MF UL leta 1995 obeležil s spominsko ploščo. Odkrila sta jo Zvonka Zupanič Slavec in podžupan Ljubljane Anton Colarič.

bolnišnice, kjer je delno ohranjen napis **Valetud** (*valetudinarium* – vojaška bolnišnica). Prirodoslovni muzej Slovenije hrani **herbarijsko in mineraloško zbirko Balthasarja Hacqueta** (1739–1815), ki jo je uredil med dvajsetletnim bivanjem na Slovenskem (1766–1787). Ob dvestoletnici odhoda velikega humanista iz Slovenije so leta 1987 označili pročelje hiše na Gornjem trgu 4 v Ljubljani, kjer je bival, in vanj vgradili spominško ploščo z reliefno upodobitvijo **Hacquetovega portreta**. Izdelal jo je akad. kipar Albin Ambrožič (6). Podobne pomnike zdravstvene preteklosti hranijo tudi druge slovenske ustanove. V okviru Fakultete za naravoslovje in tehnologijo Univerze v Ljubljani hranijo na njihovem oddelku za izobraževanje in informatiko del **laboratorijske opreme Nobelovega nagrajenca** za kemijo iz leta 1923, zdravnika in biokemika, rojenega v Ljubljani, **Friderika (Fritza) Pregla** (1869–1930).

Veliko **zdravstvene dokumentacije** je zbrane v slovenskih **arhivih**. Najobsežnejši fond je v Državnem arhivu RS v Ljubljani, z regionalno zdravstveno dokumentacijo pa se srečujemo v njegovih območnih enotah. Četudi je bila zdravstvena dokumentacija običajno skrbno urejana, pa pogosto ni ohranjena. Pomanjkanje urejene zakonodaje na tem področju je namreč privedlo do izgube številnih arhivov. Ob selitvi ljubljanske kirurške klinike iz stare stavbe na Zaloški cesti 2 v novo stavbo UKC Ljubljana med leti 1970 in 1975 je bil npr. uničen velik del tamkajšnjega kirurškega arhiva. Najstarejše knjige kirurških protokolov pa je vendarle ohranil Inštitut za zgodovino medicine MF UL.

Sodobni čas z **računalniškim arhiviranjem** predstavlja nov izziv za ohranjanje zdravstvene dokumentacije, vendar bo šele časovna odmaknjenost pokazala, kakšna bo obstojnost arhivov z uporabo novih tehnologij. Egipčanski papirusi, ohranjeni skozi tisočletja, pričajo o njihovi trajnosti, bati pa se je, da

različna računalniška gradiva, kljub praktični uporabnosti in hitri povezavi med diagnostiko, terapijo in rehabilitacijo, morebiti ne bodo tako obstojna.

**Regionalne zbirke** kažejo, kako pomembno je zdravstvo za vsako okolje. **Slovenske bolnišnice** o svoji pretekli dejavnosti pripravljajo stalne ali občasne razstave. **Ljubljanski univerzitetni klinični center** (UKCL) ima po svojih klinikah več zbirk, velikokrat se s slikovno opremo na vidnih mestih spominjajo svojih ustanoviteljev in vodij ter sodelavcev. Klinične zbirke so večinoma nastale nenačrtno, na pobudo posameznikov, ki jih je zanimala zgodovina stroke, in prikazujejo različne izseke iz njene preteklosti. Travmatologi imajo tako razstavljene nekatere kirurške instrumente, ginekologi svoje dragocene prve babiške in porodniške učbenike, kardiologi zbirko srčnih spodbujevalnikov skozi čas, infektologi prva železna pljuča pri nas, otorinolaringologi imajo prikazane temeljne operativne načine zdravljenja v prvih desetletjih 20. stoletja, ponekod imajo ob vhodih kipe protagonistov ipd.

**Historiat ljubljanske bolnišnice** je bil ob njeni 225-letnici (ustanovljena 1786) postavljen kot stalna razstava v sodelovanju z Inštitutom za zgodovino medicine v osrednji avli (7). Na njih je prikazana razvojna pot, ki jo je skozi dve stoletji prehodila medicina na Slovenskem (8). Ponos UKCL predstavlja nova stavba iz leta 1975, ki ji je bila posvečena velika razstava ob njeni 35-letnici (9). Tudi razstava »Ljubljanska kirurška klinika skozi čas«, ki so jo pripravile medicinske sestre v sodelovanju z Inštitutom za zgodovino medicine v letu 2009, je postala stalna, saj so njeni deli razstavljani na posameznih kirurških kliničnih oddelkih (10). V avli UKCL pa ima osebje zdravstvene nege svojo stalno vitrino.

S slovensko medicinsko ustvarjalnostjo se Slovenci predstavljamo tudi v mednarodnem prostoru. Inštitut za zgodovino medicine MF UL je ob vstopu Slovenije v Evropsko unijo

maja 2004 v Državnem arhivu Republike Avstrije na **Dunaju** razstavil svoje dragocene medicinske eksponate in dokumente, ki kažejo na historično povezavo med Slovenijo in Avstrijo. Razstava »**Slovensko-avstrijske medicinske povezave**«, soavtorjev Zvonke Zupanič Slavec in zgodovinarja Dušana Nečaka, je tam več mesecev promovirala slovensko medicinsko znanje (11).

V osrednji avli UKCL so **bronasti portreti** povojnih protagonistov slovenske medicine, akademikov: kirurga **Božidarja Lavriča** (1899–1960, akad. kipar Marjan Keršič), internista **Igorja Tavčarja** (1899–1965, akad. kipar Stane Jarm), ginekologa in porodničarja **Pavla Lunačka** (1900–1955, akad. kipar Peter Černe) in čeljustnega kirurga **Franca Čelešnika** (1911–1973, akad. kipar Marjan Keršič). Odkriti so bili ob odprtju stavbe kliničnega centra, 29. novembra 1975 (12). Ob njih so v devetdesetih letih 20. stoletja namestili maketo partizanskih bolnišnic na Slovenskem med drugo svetovno vojno, ki pa je izginila neznano kam. V avli Stomatološke klinike UKCL je bila leta 1996 odkrita skulptura začetnika znanstvenega zobozdravstva pri nas prof. dr. **Jožeta Ranta** (1896–1972) (13). Njegov kip najdemo prav tako v rojstnem Godešiču pri Škofji Loki (avtor: akad. kipar Tone Logonder). Plastika utemeljitelja gerontologije na Slovenskem prof. dr. **Bojana Accetta** (1922–2007) je pred Centrom starejših Trnovo na Barjanski cesti v Ljubljani (avtor: akad. kipar Mirsad Begić). V Zavodu RS za transfuzijsko medicino imajo doprsni kip prvega slovenskega patoanoma, pri katerem je bila prvič na svetu odkrita krvna skupina B, prof. dr. **Janeza Plečnika** (1875–1940) (14). Na Kliničnem inštitutu za radiologijo UKCL so ob 100-letnici rentgenskih žarkov postavili bronasti kip odkritelja Wilhelma C. Röntgena. Pred kapelo UKCL stoji prav tako bronasta portretna plastika zdravnika in misijonarja dr. **Janeza Janeža** (1913–1990, akad. kipar Evgen





Celjska splošna bolnišnica ima v preddverju od leta 2007 postavljen muzejski prikaz svojega razvoja, ki ga je pripravila dr. Marija Počivavšek. Na sliki sta bolniška in operacijska soba (vir: Muzej novejšje zgodovine Celje, foto: Jana Špendl).

Guštin), ki je preživel svoje bolniku posvečeno zdravniško in misijonarsko življenje na Kitajskem in Tajvanu (15). Skulptura dr. **Petra Držaja** (1913–1944) je v avli ljubljanske bolnišnice, ki nosi njegovo ime (avtor: kipar Anton Sigulin, odkrit leta 1968), drugi spomenik pa je v Malih Češnjicah v Tuhinjski dolini, kjer je padel med drugo svetovno vojno (avtor: akad. kipar Janez Pirnat) (16). V preddverju golniške bolnišnice pa sta plastiki tamkajšnjih vodilnih ftiziologov: prof. dr. **Roberta Neubauerja** (1895–1969, akad. kipar Janez Pirnat) in prim. dr. **Tomaža Furlana** (1901–

1960, akad. kipar Janez Boljka). Slednji je kot ftiziolog in razmišljujoči intelektualec pisal medvojni dnevnik, ki je izšel leta 2007 (17). Po kirurgu dr. **Francu Dergancu ml.** (1911–1973) se imenuje bolnišnica v Novi Gorici, po zdravniku in politiku dr. **Jožetu Potrču** (1903–1963) bolnišnica na Ptuj, po specialistu socialne medicine in pomembnem organizatorju javnega zdravstva dr. **Adolfu Drolcu** (1914–1985) (18) pa zdravstveni dom v Mariboru. V avli ljubljanskega zdravstvenega doma Moste - Polje sta od leta 1965 spominska plošča in doprsni kip psihiatra dr.

**Mihaela Kamina** (1898–1944), ustreljenega kot talca 29. 1. 1944 v Kovorju pri Trziču.

**Celjska splošna bolnišnica** ima od leta 2007 na ogled muzejski prikaz razvoja bolnišničnega življenja in dela. Stalna razstava je bila za javnost odprta ob 120-letnici regionalne bolnišnice in prikazuje historično bolnišnično okolje, bolniško sobo, uniformirano osebje, operacijsko sobo ter najrazličnejše medicinske negovalne, laboratorijske in tehnične predmete. Obiskovalcem kaže, kako se je bolnišnično zdravljenje spreminjalo skozi čas (avtorica: dr. Marija Počivavšek) (19). **Univerzitetni klinični center Maribor (UKCM)** ima ob pomembnih jubilejih v avli svoje osrednje stavbe občasne razstave iz bolnišnične tradicije. Podobno je jeseniški zgodovinar dr. Marko Mugerli s sodelavci Gornjesavskega muzeja Jesenice v letu 2015 pripravil pregledno razstavo o razvoju zdravstva na Jeseniškem, ki je bila sprva na ogled v Kosovi graščini, nato pa je dobila mesto v prostorih **Splošne bolnišnice Jesenice** (20, 21). Delavci **Pomurskega muzeja v Murski Soboti** so pripravili razstavo farmacevtske zbirke v beltinškem gradu. Prekmurski zbiralec anesteziolog dr. **Nikolaj Szepessy** iz družine z lekarniško tradicijo je z dolgotnim zbiranjem znanjem ohranil bogato prekmursko medicinsko-farmaceutsko zbirko. Stalna razstava »**Zgodovina zdravstva v Pomurju**« se bo še dopolnjevala. Farmaceutski postavitvi bo sledila



Iz zobozdravstvene zbirke Muzeja novejšje zgodovine Celje, prvič postavljene leta 1993, prenovljene 2004 (vir: Muzej novejšje zgodovine Celje, foto: Gregor Katič).



V avli Medicinske fakultete v Ljubljani od leta 2012 okoli 50 portretov njenih prvih učiteljev kaže na fakultetno zavedanje vloge učiteljev, ki so fakulteto naredili kakovostno, njene diplomante dobro izšolane in v svetu priznane. Naslikal jih je Henrik Krnec (foto: Zvonka Zupanič Slavec).



Modri salon UKCL je od leta 2014 opremljen s slikami prvih stavb ljubljanske bolnišnice, deli slikarja Henrika Krnca (foto: Zvonka Zupanič Slavec).

zgodovinskomedicinska predstavitev zatiranja trahoma, katerega protagonist je bil oftalmolog dr. Jože Pečan (1901–1962). Szepessyjevi predniki so leta 1889 ustanovili lekarno v Beltincih (22).

Preddverje stavbe ljubljanske medicinske fakultete na Korytkovi ulici krasi okoli **50 portretov prvih učiteljev popolne Medicinske fakultete**. Zbirko je idejno pripravila Zvonka Zupanič Slavec, naslikal pa slikar Kulturno-umetniškega društva Kliničnega centra in Medicinske fakultete (KUD KC in MF) Henrik Krnec. Osrednja kongresna soba UKCL, Modri salon, je opremljena s slikami **prvih stavb ljubljanske bolnišnice**, ki so nastale v istem avtorskem tandemu (23). Številne prostore nove stavbe MF UL krasijo akvareli z zdravstveno vsebino zobozdravnika dr. **Roberta**

**Hlavatyja** (1897–1982) (24), veliko prostorov Inštituta za patologijo pa ročno risane barvne slike mikroskopskih preparatov iz sredine 20. stoletja, delo akad. slikarke **Smiljane Didek**, ki so prave umetnine (25).

## Zobozdravstvena zbirka

Prvič so bili stari zobozdravstveni instrumenti, pripomočki in oprema razstavljeni leta 1990 v Celju, zahvaljujoč donacijam posameznikov, predvsem zobozdravnika prim. **Franca Štolfe** (1932–2012) (26). Odprtje razstave je bilo na dan sv. Apolonije (9. februarja 1993), zaščitnice zobobolnih. Prva zbirka je prikazovala udeležbo zobozdravstvenih delavcev v NOB, poseben del zbirke pa je bil predstavljen v spomin

na pionirja slovenskega zobozdravstva prof. dr. **Jožeta Ranta** (1896–1972), prikazoval pa je njegov instrumentarij, knjige in dokumente. Leta 1991 je prim. Franc Štolfa zobozdravstveno zbirko predal **Muzeju novejših zgodovine v Celju**, kjer je od leta **1993** na ogled kot stalna zbirka, ki je leta **2004** pridobila 200 m<sup>2</sup> velik stalni razstavni prostor v novozgrajenem krilu muzeja. Postavila sta jo prim. Franc Štolfa in dr. Marija Počivavšek, kustosinja muzeja. Je edina slovenska javna zbirka starih zobozdravstvenih instrumentov, pripomočkov in opreme, ki v treh zobnih ordinacijah in enem laboratoriju prikazuje razvoj zobozdravstva skozi zgodovinska obdobja (27).

V **zobozdravstveni zbirki** so predstavljeni različni zgodovinski instrumenti: **pelikani**, ki so dobili ime po podobnosti vrha instrumenta in kljuna ptice, različice pelikana z dvema krakoma za izdiranje zob iz obeh čeljusti, različne klešče za izdiranje zob. Med instrumenti so tudi **dvigala** za dviganje sekalcev, podočnikov in zobnih korenin ter **ključi** za izdiranje zob. Slednje so po letu 1770 začeli izdelovati z dvojno ukrivljeno stjo, s čimer se je zmanjšala možnost poškodbe sosednjih zob. Razstavljenе vijake za ekstrakcijo zaostalih korenin so iznašli v začetku 19. stoletja: uvili so jih v korenino in jo izvlekli. V istem času so izdelali klešče z ukrivljenima kljunoma, oblikovanima po posame-



znem zobu. Med predmeti so še različni skalpeli, grabljice, žličke, brizge za čiščenje žepkov in kopica drobnega raznolikega orodja in instrumentov. Ker je bila lepota zob od nekdaj pomembna, so predstavljeni tudi pripomočki za čiščenje zob in ustne votline, za **odstranjevanje zobnega kamna, zobna ogledalca, pilice, različne zobne krtačke**, prašek za zobe, zobotrebcin in podobno. Pomemben del predstavitve je posvečen **zobni protetiki** in njenemu razvoju, umetnim zobem in različnim zobnim nadomestkom skozi čas. Posebna pozornost je posvečena **zobni vrtalki**, ki je revolucionirala zobozdravstveno delo in se skozi 20. stoletje izjemno spremenila, od nožne vrtalke iz začetka 20. stoletja do električne v letu 1925 in sodobnih zobnih turbin. Historične zobne ordinacije kažejo, kako hitro se je v zadnjem stoletju spreminjala zobozdravstvena oprema in koliko majhnih korakov je bilo treba narediti, da je prišla do današnje stopnje razvoja (28).

Naj omenim še nekaj **zbir**, posvečenih posameznim **slovenskim zdravnikom**. Zbirka zdravnika in pisatelja dr. **Lojza Kraigherja** (1877–1959), ki je bil med ustanovitelji ljubljanske medicinske fakultete, je ohranjena in razstavljena v pokrajinskem muzeju v Postojni (29). Po njem se imenuje Kulturno-umetniško društvo Kliničnega centra in Medicinske fakultete v Ljubljani, saj je bil zdravnik in umetnik, pisatelj (30). Podobno Kulturno-umetniško društvo je imelo tudi Slovensko zdravniško društvo v času predsedovanja prof. dr. Antona Dolenca (1930–2013), imenovalo pa se je po zdravniku in dramatikku dr. **Slavku Grumu** (1901–1949) (31). Zdravniku in pisatelju dr. **Dani- lu Lokarju** (1892–1989) so v rodni Ajdovščini leta 2012 prav tako postavili spominsko ploščo in odprli spominsko sobo. Podobno je v Divači leta 1989 dobil svojo plastiko domačin psihiater in pisatelj dr. **Bogomir Magajna** (1904–1963, avtor: Bojan Štokelj) (32, 33). Leta 2014 so pri Sv.

Ani v Slovenskih goricah odprli spominsko sobo, posvečeno domačinu zdravniku dr. **Romanu Lesniku** (1898–1975), ki je svoje strokovno poslanstvo opravljal v Mozirju in po vsej Savinjski dolini (34). V Solčavi je ohranjena zbirka lokalnega ljudskega zdravlilca in »bukovnika« Vidar Strgarja - Fide (35).

Se nadaljuje.

#### Opombe in literatura:

1. Vavtar M et al. *Skrito znanje: knjižne dragocenosti iz zbirke ljubljanskih specialnih knjižnic: občasna razstava v Narodnem muzeju Slovenije na Metelkovi v Ljubljani*, 6. 11.–8. 12. 2013. Ljubljana: Sekcija za specialne knjižnice, 2013.
2. Družina Mayer je imela grad v Ložah v Vipavski dolini. Pripadale so ji tri generacije zdravnikov, morebiti tudi padarjev in ranocelnikov, ki so zbirali medicinske knjige. Iz nje izvira tudi prva slovenska doktorica znanosti na slovenski univerzi, kemičarka dr. Ana Mayer, poročena Kansky (Bila je tudi prvi promovirani doktorand Univerze v Ljubljani. V Kronološkem registru doktorjev znanosti Univerze v Ljubljani je vpisana kot Anka Mayer, pod št. 1, leto 1920).
3. Smolik M. *Semeniška knjižnica*. Celje: Celjska Mohorjeva družba; Društvo Mohorjeva družba; Ljubljana: Bogoslovno semenišče, 2010.
4. Zupanič Slavec Z, Svolišek S. *Ko mrtvi žive uče: anatomija skozi čas: ob petstoletnici rojstva začetnika znanstvene anatomije Andreasa Vesaliusa (1514–1564)*. Ljubljana: Narodna in univerzitetna knjižnica, 2015.
5. Demšar V. *Glavarjeva knjižnica v Komendi. Kronika – časopis za slovensko krajevno zgodovino 1977*; 25: 177–83.
6. Milčinski J. Govor predsednika SAZU, akad. Janeza Milčinskega ob odkritju plošče Belsazarju Hacquetu na hiši Gornji trg 4 v Ljubljani. *Zdrav Vestn* 1987; 56: 499.
7. Zupanič Slavec Z. Ljubljanska bolnišnica skozi čas: strokovna razstava ob 225-letnici bolnišnice in 53-letnici nove stavbe Kliničnega centra. *Isis* 2013; 22 (4): 102.
8. Jaunig S, Zupanič Slavec Z, Vrhnjak S. *Univerzitetni klinični center Ljubljana: od civilne bolnišnice do klinike (1786–1970)*. Razstavni plakati. Ljubljana, 2012.
9. Zupanič Slavec Z, Jaunig S, Vrhnjak S. *Univerzitetni klinični center Ljubljana: ob 35-letnici nove stavbe (1975–2010)*. Razstavni plakati. Ljubljana, 2010.
10. Plančak M, Mrak Z, Zupanič Slavec Z. *Ljubljanska kirurška klinika skozi čas: razstava fotografij z otvoritvijo 30. 7. 2009*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center, 2009.
11. Pintar L. Vtisi z razstave na Dunaju. Slovensko-avstrijske medicinske poveza-
- ve. *Zdrav Vestn* 2004; 73: 783–6.
12. Zupanič Slavec Z. Zasnove kliničnega centra Ljubljana in njegove nove stavbe: ob 35-letnici odprtja nove stavbe (1975–2010). *Isis* 2010; 19 (11): 77–82.
13. Vulikić V. ur, Zupanič Slavec Z. ur. *Profesor dr. Jože Rant – organizator slovenskega zobozdravstva: spominski simpozij ob stoletnici rojstva prof. dr. J. Ranta*. Ljubljana: Inštitut za zgodovino medicine Medicinske fakultete, 1997.
14. Prijatelj A. 80 let Medicinske fakultete – Janez Plečnik, anatom in »prvi nosilec krvne skupine B«. *Isis* 1999; 8 (4): 103–5.
15. Zupanič Slavec Z, Dr. Janez Janež (1913–1990) – tajvanska legenda dr. Fana: kirurg misijonar – dobrotnik 100.000 kitajskih bolnikov: ob 100-letnici rojstva. *Isis* 2013; 22 (5): 54–60.
16. Zupanič Slavec Z. Bolnica dr. Petra Držaja v Ljubljani. Od gradu Jama do gospodinjske šole in bolnišnične ustanove. *Isis* 2013; 22 (4): 40–3.
17. Kovačič Peršin P (ur.). *Spomini dr. Tomaža Furlana, zdravnika za tuberkulozo in krščanskega socialista*. Ljubljana: Nova revija, 2007.
18. Kancler K, Drolic, Adolf. V: *Enciklopedija Slovenije*. Zv. 16. Ljubljana: Mladinska knjiga, 2002. p. 47.
19. Počivavšek M, Zakošek I. *Predani življenju – 120 let splošne bolnišnice Celje*. Razstava v Splošni bolnišnici Celje, 29. 11. 2007.
20. Hrastar N. Jeseniško zdravstvo praznuje. *Isis*. 2015; 24 (7): 76–7.
21. Mugerli M, Lačen Benedičič I. *Zgodovina zdravstva na Jesenicah*: katalog razstave. Jesenice: Gornjesavski muzej, 2015.
22. Zgodovina zdravstva v Pomurju [internet]. *Pomurski muzej Murska Sobota*; 2013 [citirano 8. 10. 2015] Dosegljivo na: <http://www.pomurski-muzej.si/razstave/zunanje-zbirke/zgodovina-zdravstva>
23. Zupanič Slavec Z, Henrik Krnec, slikar prvih zdravstvenih stavb osrednje Slovenije. *Isis* 2014; 23 (3): 86–7.
24. Plesničar S, Zupanič Slavec Z, Dr. Robert Hlavaty (Trst 1897–Ljubljana 1982) ob stoletnici rojstva. *Zdrav Vestn* 1998; 67 (7–8): 445–6.
25. Haring G, Zupanič Slavec Z. Lepota mikroskopskega sveta v umetniški upodobitvi: razstava medicinske ilustratorke Smiljane Didek. *Isis* 2000; 9 (1): 101–2.
26. Zupanič Slavec Z, Franc Štolfa – Mišo (1932–2012). *Isis* 2012; 21 (4): 62–3.
27. Štolfa F. Zbirka starih zobozdravstvenih instrumentov, pripomočkov in opreme v Muzeju novejših zgodovine v Celju. *Zobozdr Vestn* 2005; 60 (3–5): 317–8.
28. Štolfa F. *Slovenska zobozdravstvena zbirka*. Celje: Muzej novejših zgodovine Celje, 1993.
29. Zupanič Slavec Z, Dr. Lojz Kraigher (1877–1959) – pisatelj, zdravnik, politik. *Isis* 2009; 18 (8–9): 48–53.
30. Zupanič Slavec Z, ur. *Ars medici 2009: ob 30-letnici Kulturno-umetniškega društva Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher: (1979–*

- 2009). Ljubljana: Kulturno-umetniško društvo Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher; Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije, 2010.
31. Zupanič Slavec Z. *Iz rok v roke, iz roda v rod: Slovensko zdravniško društvo in njegovi predsedniki: ob 140-letnici ustanovitve*. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo; Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije, 2001.
32. Kostnapfel J. Prim. dr. Bogomir Magajna (1904–1963). *Zdrav Vestn* 1990; 59: 43–4.
33. Kraji.eu. *Dr. Bogomir Magajna – kip v Divači* [internet]. Kraji.eu; 2015 [citirano 4. 2. 2016] Dosegljivo: [http://kraji.eu/slovenija/divaca/DSC\\_0199\\_divaca\\_dr\\_bogomir\\_magajna/slo](http://kraji.eu/slovenija/divaca/DSC_0199_divaca_dr_bogomir_magajna/slo).
34. Borko E. Dr. Roman Lesnika (1898–1975) in njegova spominska soba pri Sveti Ani. *Isis* 2014; 23 (6): 44–6.
35. Zupanič Slavec Z. *Iz korenin ljudske medicine do znanstvene medicine: predavanje ob 140. obletnici zapisa solčavskega bukvnika in zdravilca Vida Strgarja - Fida z naslovom Zdravje bolnikov*. Logarska dolina: 20. 5. 2007.

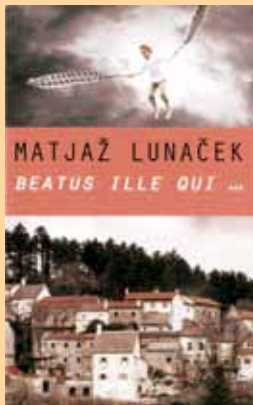
## Junjsko branje

[polona.wallas@zzs-mcs.si](mailto:polona.wallas@zzs-mcs.si)

**Matjaž Lunaček**

### Beatus ille qui ...

*Beletrina, 2015*



Literarni prvenec Matjaža Lunačka *Beatus ille qui ...* je zbirka kratkih zgodb, literarnih slik – raznolikih, vendar tematsko povezanih. Protagonisti so neobičajni ljudje, mestoma dobijo svoj glas tudi živali, dogajanje se giblje od posnetkov resničnosti do fantazije. Osredinjajo se na ključne, prelomne trenutke v življenju, ki vsakdan nepričakovano povišajo na raven brezčasja. Avtor se na izviren način dotika problematike medosebnih odnosov in večnih vprašanj o smrti, ljubezni in posameznikovi svobodi.

**Goran Vojnovič**

### Figa

*Beletrina, 2016*

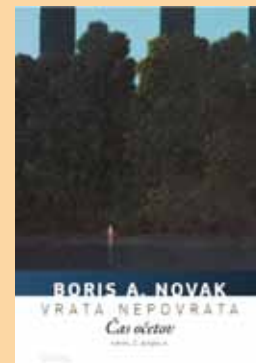


*Figa* je roman prepletajočih se zgodb o Aleksandru in Jani, Vesni in Safetu ter Jadranu in Anji. In drugih. A predvsem o Jadranu, ki iz mozaika zgodb sestavlja veliko zgodbo povezav med njimi, da bi razumel svojo. Ker ne razume, zakaj je Anja odšla iz njunega skupnega življenja, si poskuša razložiti, zakaj je, domnevno s pomočjo sumljive stekleničke zdravil, odšel njegov dedek Aleksandar. Poskuša razumeti odhajanje babice Jane, razkroj njenih spominov, njeno pozabo, njeno življenje v svetu demence. Jadran sestavi veliko zgodbo preteklosti, da bi razumel svojo sedanjost. Ko pa je zgodba sestavljena, vzroki pojasnjeni, povodi osmišljeni in motivi razkriti, spozna, da nas preteklost ne odvezuje odgovornosti za prihodnost.

**Boris A. Novak**

### Vrata nepovrata – Čas očetov

*Založba Goga, 2015*



Na videz nenavaden ep izpod peresa Borisa A. Novaka je veličasten in čudovit opus obsežnih rim in pesmi. Izšla je že prva knjiga *Zemljevidi domotožja*, sedaj pa predstavljamo še *Čas očetov*, kjer v ospredje stopijo zgodbe o turbolentnem času okoli obeh svetovnih vojn na slovenskih tleh. Začuti se strah, milino, prijateljstvo, ljubezen, sovraštvo, brutalnost, vse se zliva v ostra občutenja, kar daje temu obdobju svojevrstno razsežnost in ga na nek način oživlja ... Kot pravi založnik, »Čas očetov je slovenska Vojna in mir« in je vznemirljivo branje pozabljenih junakov, družinskih zgodb, dogodkov, ki so morda zdrsnili iz našega kolektivnega spomina. V letu 2016 ga bo zaključila tretja knjiga, *Bivališča duš*. Izjemen dosežek našega velikega pesnika.

# Srebrni jubilej medicinskega orkestra Camerata medica

Pavle Košorok

Glasbeno udejstvovanje slovenskih zdravnikov ima že dolgoletno tradicijo, ki jo je spodbudil prof. Lenart kot kulturni dogodek ob zaključku Plečnikovih dni. Prva glasbena skupina, ki je sodelovala in iz katere izhaja tradicija godalnih komornih skupin, je bil Kvartet Mašera. Kvartet je nastal kar v domači hiši – na Inštitutu za patologijo MF, in deloval sedem let. Mentorji kvarteta so bili: prof. Čenda Šedlbauer, prof. Srečko Zalokar, prof. Primož Lorenz. Občasno je s kvartetom nastopal tudi pianist prof. Kornhauser, ki je tako zasedbo poimenoval Kvintet Pro medico.

V naslednjih letih so ob kvartetu nastopali še drugi glasbeniki: Kirurški trio, Mariborski zdravniški kvartet, dr. Lindtner in še drugi posamezniki, ki so čutili veselje do glasbe, med njimi tudi solo pevci in instrumentalisti, ki so izvajali zahtevnejše skladbe.

Po prenehanju delovanja kvarteta sta violist in čelist nekdanjega kvarteta, otroški nevrolog Igor M. Ravnik in patolog Janez Jančar, ob veliki pomoči pokojne gospe Jožice Jančar, začela uresničevati načrt, da bi sestavili komorni orkester. K skupnemu muziciranju sta vabila





kolege zdravnike, druge zdravstvene delavce, študente medicine in tiste, ki imajo radi glasbo. Mnogi so sprva pomagali tudi organizacijsko. Veliko zavzetost sta pokazala violinist Kvar-teta Mašera dr. Miha Benedik in kolega Bogdan Lorber. Prvi mentor in dirigent mladega orkestra je bil prof. Franci Rizmal, vmes je pomagal tudi pokojni prof. Ciril Škerjanec. Prof. Rizmal je zaradi službenih obveznosti prepustil vodstvo orkestra Andreju Ožbaltu, ki je orkester vodil do leta 2009. Od takrat ga vodi prof. Franc Avsenek.

Orkester Camerata je bil prvi ansambel, ki se je predstavil na poletnih prireditvah »Poletje v Stari Ljubljani«. Nastopi so bili sprva v cerkvi sv. Florjana, kasneje pa v cerkvi sv. Jakoba, ki je bila večja. Prof. Kornhauser je kasneje ustanovil svojo zasedbo Kvintet Pro medico, ki je aktivno sodeloval v kulturnem dogajanjju Ljubljane in Medicinske fakultete. Organizacijsko je bil energičen in uspešen. Glasbeniki zdravniki smo imeli mednarodne stike, tudi gostovanja komornih ansamblov leta 1974 ob Kongresu pediatrov Jugoslavije. Kvartet Mašera je zaključil svoje delovanje s celovečernim koncertom v blejski župni cerkvi ob Evropskem kongresu patomorfolofov leta 1979.

Prostore za vadbo orkestra je dolga leta nudila Pediatrična klinika. Z njeno preselitvijo je ta možnost usahnila, tako da vaje potekajo na Nevrološki kliniki. Kadar pa je potrebno sodelovanje klavirja, so vaje v Kliničnem centru.

Vsi, ki sodelujemo v orkestru, imamo radi glasbo. Spopadamo se z različno težkimi skladbami. Izbor moramo vsekakor prilagoditi tehničnemu znanju. Včasih smo si pomagali tako, da smo pred pomembnimi nastopi odšli na vikende intenzivne vadbe. Taka doživetja v zdraviliščih so še posebej vplivala na oblikovanje kolektivne zavesti orkestra in prispevala k bolj kakovostnim nastopom. Z veseljem smo vedno sodelovali na Plečnikovih dnevih, pa tudi na prireditvah »Poletje v Stari Ljubljani«.

Orkester sodeluje tudi na strokovnih sestankih in drugih prireditvah zdravstvenih delavcev, rad pa razveseli tudi bolnike v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani.

Naši nastopi so redno v okviru Plečnikovih dni. Samostojni letni koncert imamo v Ljubljani, posebej pa se veselimo tudi nastopa v Polhovem Gradcu in Celju. Sicer je bilo v 25-letni zgodovini orkestra že veliko nastopov širom Slovenije. Tako smo muzicirali v Rogaški Slatini, Logatcu, Slovenski Bistrici, v gradu Snežnik in gradu Bogenšperk, v Zelšah, Ribnici, Sežani, Portorožu, Radovljici, Kopru, Kranju in na Bledu. Posebej smo bili počaščeni s povabilom v Piran v času obletnice Tartinijevega rojstva.

S hvaležnostjo se spominjamo tudi vseh poklicnih glasbenikov, ki nam občasno pomagajo pri izvajanju zahtevnejših programov. Posebna zahvala gre prof. Vildani Repše, ki je naša stalna koncertna mojstrica.

Orkester se je v zadnjem času zelo pomladil. Zaslugo za to ima prav gotovo naš dirigent prof. Avsenek, ki z nami zavzeto sodeluje že mnoga leta in pripravi priredbe različnih skladb za naš orkester. Ker je med zdravstvenimi delavci veliko izobraženih glasbenikov, ki bi se radi predstavili, poskrbi za primerne skladbe, kjer se lahko izkažejo tako pevci, solisti kot ostali glasbeniki, ki lahko s spremljavo orkestra bistveno drugače prikažejo svoje znanje, kot pa če bi se predstavili sami. Vsak, ki kaj zna, je bil vedno dobrodošel in naš dirigent je že našel skladbo in priložnost, da se je lahko dostojno predstavil.

Velika spodbuda za naš orkester je domicil Zdravniške zbornice Slovenije, ki je istočasno čast in garancija, da je orkestru omogočen nadaljnji obstoj. Nastopi orkestra Camerata medica postajajo stalnica kulturnega dogajanja v Zdravniški zbornici, člani orkestra v manjših zasedbah pa sodelujejo tudi na njenih slovesnostih. Posebej doživet dogodek je božično-novoletni koncert v zbornici, ki ob koncu leta zbere kolege zdravnike, da

skupaj doživijo nekaj lepega in se po koncertu še dolgo družijo.

Da delovanje orkestra Camerata medica ne bi ostajalo samo v spominu poslušalcev, sta bili ob 10. in 20. obletnici orkestra posneti plošči z glasbenim programom, iz katerih odmeva glasba preteklih let ter nam govori o prizadevanjih članov orkestra in njihovem veselju do glasbe. Ob 25-letnici orkestra, ki jo praznujemo letos, je bil posnet nov CD z najnovejšimi skladbami in nastopi solistov, ki nas bodo spominjali na naše skupno delo in bodo spodbuda tudi za delo vnaprej. Mladi zdravniki in študenti medicine, ki so se nam pridružili v zadnjih letih, bodo nosili štafetno palico naprej. Želimo si samo, da bi svojo dirigentsko paličico s takšnim navdušenjem kot sedaj še dolgo vodil naš sedanji dirigent prof. France Avsenek.

Skupaj se bomo lahko veselili in praznovali na naših naslednjih nastopih:

- **5. 6. 2016 ob 19.00 v Zavodu sv. Jožefa v Celju,**
  - **11. 6. 2016 ob 19.00 v graščini v Polhovem Gradcu,**
  - **15. 6. 2016 ob 19.00 v avli Zdravniške zbornice v Ljubljani,**
  - **18. 6. 2016 ob 23.00 na gradu Fužine.**
- Pridružite se nam!



## Nekrolog Ivanu Cibicu, dr. med. (1924–2016)

Prim. prof. dr. Elko Borko, dr. med., v. svet., MHS SZD

V prvih po pomladi dišečih dnevih, sredi marca, ko smo že začutili, da nam tudi vreme v naša življenja, misli in dejanja prinaša nekaj lepšega, nas je presenetila žalostna novica, da je naše zdravniške vrste zapustil znan slovenski zdravnik, predsednik Sekcije za partizansko zdravstvo, častni član Slovenskega zdravniškega društva in častni član Medikohistorične sekcije Slovenskega zdravniškega društva (MHS SZD) Ivan Cibic, dr. med.



Ivan Cibic, dr. med. (foto: Jože Pristovnik).

Zdravnik Ivan Cibic, dr. med., se je rodil 6. julija 1924 na Proseku pri Trstu. Otroštvo je preživel v slovensko zavedni družini s sedmimi otroki. Dokončal je italijansko osnovno šolo in postal vajenec elektrotehnične stroke, v večernem času pa je dodatno obiskoval tehnično šolo »Alessandro Volta« v Trstu. Že leta 1942 se je pridružil gibanju OF. V začetku leta 1943 so ga italijanske oblasti vpoklicale na obvezno služenje vojaškega roka. Že julija 1943 se je s pomočjo sorodnikov in znancev preko Tržiča prebil do partizanov v Trnovskem gozdu. V bojih z Nemci za osvoboditev Gorice je bil 13. avgusta 1943 težko ranjen. Po okrevanju je deloval v okviru partizanske sanitete kot bolničar in delal v partizanski bolnišnici »Pavla« vse do osvoboditve. Sledilo je šolanje na Vojaškomedicinski akademiji v Beogradu in zrelostni izpit v Ljubljani. Leta 1950 se je po maturi vpisal na Medicinsko fakulteto v Ljubljani in študij končal leta 1957. Nato je opravljal delo splošnega zdravnika v Bolnišnici dr. Petra Držaja. Po petih letih delovanja v Bolnišnici dr. Petra Držaja je leta 1962 prevzel naloge direktorja v Zdravstvenem domu Ljubljana Center. Leta 1968 je opravil podiplomski študij na Medicinski fakulteti v Zagrebu v Šoli narodnega zdravja »Andrija Štampar« in leta 1971 po opravljenih obveznostih in izpitih dobil naziv zdravnik specialist splošne medicine.

Kot direktor Zdravstvenega doma Ljubljana Center je po reorganizaciji in združitvi sedmih zdravstvenih domov in Centralnega ginekološkega in otroškega dispanzerja v enotni ZD Ljubljana postal vodja te velike zdravstvene ustanove in to odgovorno delo opravljal vse do svoje upokojitve 15. februarja 1987.

Od 5. avgusta 1962 je bil tajnik Partizanske skupnosti bolnišnice Pavla, od ustanovitve Sekcije za partizansko zdravstvo 22. aprila 1969 je deloval v sekciji kot tajnik, po smrti prve predsednice dr. Pavle Jerina Lah pa je bil predsednik. Za svoje nesebično delo v partizanski saniteti je dobil številna vojaška odliko-

vanja, po vojni pa mnoga priznanja, ki si jih je zaslužil za napore pri ohranjanju zgodovinskega spomina na vrednote partizanske sanitete in na spoštljiv spomin na darovana življenja partizanskih zdravnikov in drugih pripadnikov partizanske sanitete. Ob slovesu so ga v zahvalo spremljale besede prof. Zore Konjačev: »Veliko sil in truda si vložil za ohranjanje spomina na partizansko zdravstvo in na ljudi, zaslužne zanj. Z veseljem si sodeloval pri odkrivanju spominskih obeležij partizanskih zdravnikov in se udeleževal spominskih svečanosti, kjer nikoli ni manjkalo tvojih besed. Tvoja dolgoletna prizadevanja, ko si bil predsednik sekcije za partizansko zdravstvo SZD, so rodila obilen sad. In tudi za to sem ti hvaležna.«

Na jesen svojega življenja je izdal knjigo, ki jo je naslovil »Utrinki iz mojega življenja«. V njej je »opisal svojo življenjsko pot od pastirja pa do

voditelja osnovnega zdravstvenega varstva v Ljubljani«.

Za svoje zdravniško delo je postal častni član SZD in bil dolgoletni predsednik Sekcije za partizansko zdravstvo. Tudi po upokojitvi je aktivno sodeloval pri organizaciji partizanskih srečanj in v Medikohistorični sekciji SZD. Za predano delovanje in za svoje zasluge pri ohranjanju pomena partizanske sanitete med NOV smo mu januarja 2015 podelili naziv častnega člana MHS SZD.

Sočasno smo soglasno sprejeli sklep, da ga, za medvojne zasluge in za dolgoletno uspešno vodenje Zdravstvenega doma Ljubljana, predlagamo Komisiji za imenovanja pri Ministrstvu za zdravje, da se mu podeli naziv primarij. Zaradi birokratskih ovir se je postopek nadaljeval šele v začetku tega leta, vendar pričakujemo, da ni nobenih ovir, da se postopek imenovanja dokonča in se to častno prizna-

nje podeli soprogi Danici. Ivan Cibic je s svojim delom in odnosom do zdravniškega stanu dokazal svojo človeško veličino, saj je še pred kratkim zapisal: » Danes sem srečen, ker sem izbral pravo pot ljudskega zdravnika.«

Zelo ga je skrbela usoda Sekcije za partizansko zdravstvo in ob teh dogodkih je napisal: »... prosimo Vas, da prevzamete skrb za ohranitev zgodovinskih vrednot, saj je bila organizacija partizanske sanitete, njeno poslanstvo in delo, edinstvena v okupirani Evropi. Partizanski zdravniki in medicinci so z neizmernimi napori in številnimi žrtvami prispevali k naši zmagi in svobodi.«

Pokojnemu zdravniku in domoljubu obljublamo, da bomo njegova prepričanja in spomine na humanost slovenskih zdravnikov med narodnoosvobodilnim bojem ohranili, saj vemo, da ga je to vodilo v življenju in pri delu.



## Priročnik, ki prinaša timu družinskega zdravnika uporabno znanje o depresiji in samomorilnosti

Aprila je izšel novi priročnik, namenjen družinskim zdravnikom in medicinskim sestram (**Prepoznavanje in obravnava depresije in samomorilnosti pri pacientih v ambulanti družinskega zdravnika**).

Poleg najbolj aktualnih informacij o depresiji vsebuje tudi presejalne vprašalnike za oceno depresije ter praktični algoritem za oceno in obravnavo samomorilnosti. V poglavju o samomorilnosti je poleg značilnosti samomorilnega vedenja predstavljen tudi način pogovora z bolnikom. **Urednice priročnika** so Nuša Konec Juričič, specialistka javnega zdravja, doc. dr. Saška Roškar, psihologinja, in Petra Jelenko Roth, specialistka psihiatrije. **Avtorji poglavij** so specialisti psihiatrije Leonarda Lunder, Petra Mihelič Moličnik, Anita Lavrenčič Katič in Dušan Lunder, psihologinja mag. Alenka Tančič Grum in sociologinja Marijana Kašnik. **Recenzentki** priročnika sta red. prof. dr. Mojca Zvezdana Dernovšek in prim. doc. dr. Danica Rotar Pavlič. Priročnik je izšel v okviru projekta MOČ, ki ga na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje usmerjajo v izboljševanje storitev na področju duševnega zdravja.

### Dostop do priročnika:

[http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/prirocnik\\_prepoznavanje\\_in\\_obravnava\\_depresije\\_in\\_samomorilnosti.pdf](http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/prirocnik_prepoznavanje_in_obravnava_depresije_in_samomorilnosti.pdf)

Projekt je financiran iz virov Norveškega finančnega mehanizma 2009–2014.

# Mario Vargas Llosa: Prikriti junak

Cankarjeva založba, Ljubljana, 2015, 292 (305) str. Prevod: Katja Mrak

Marjan Kordaš, Ljubljana

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

Uvod v roman je Borgesov citat: »Naša prekrasna dolžnost je, da si predstavljamo labirint in nit.« Res – a kako skozi labirint potegniti nit?

Pravi labirint. Dve zgodbi iz življenja v Peruju; avtor ju pripoveduje v izmenjujočih se poglavjih. Prva zgodba se dogaja v mestu Piura, druga pa več sto kilometrov bolj južno, v Limi. Ob koncu romana se zgodbi združita, tako da bi bralec lahko recenzijo pisal nekako na temelju življenjepisov dveh sester, Gertrudis in Armide. No, morda sta bili polsestri; očeta nista nikoli (s)poznali in njuna mati jima ni nikoli povedala, kako je z očetovstvom.

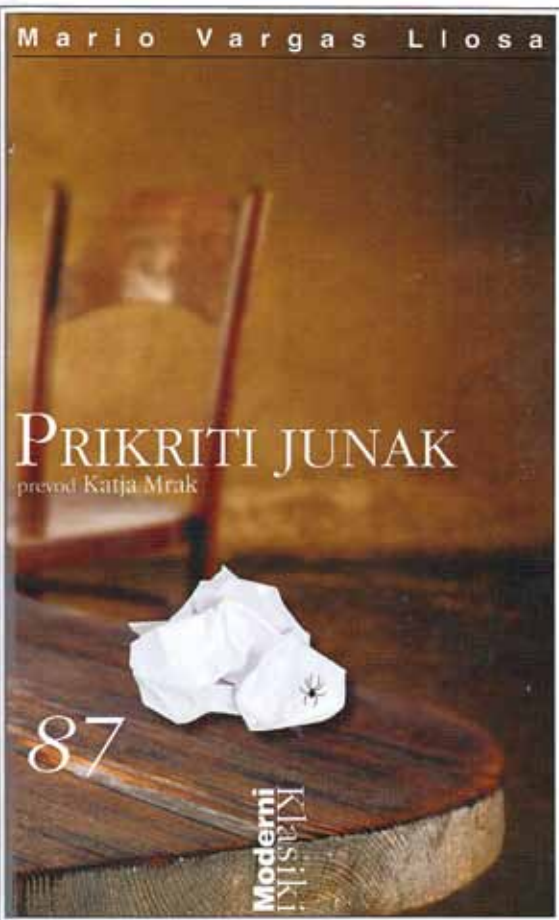
Ta ženska smer se mi zdi manj zanimiva, zato tu zavijam v moško smer in zato naj na kratko povzamem obe zgodbi:

- Felicito Yanaque, ki s svojo ženo Gertrudis živi v Piuri, je lastnik uspešnega prevozniškega podjetja. Nekega dne prejme anonimno pismo s ponudbo za stalno zaščito njegovega podjetja pred »kriminalci«. Če Felicito ponudbo odkloni, tj. če odkloni mesečno plačevanje stroškov varovanja, se utegne zgoditi, da bo v njegovem podjetju izbruhnil požar ali celo kaj hujšega. Felicito seveda ponudbo odkloni in kmalu nato zgori njegova pisarna. Felicito se še vedno ne vda, ignorira anonimna pisma z grožnjami in kmalu nato mu ugrabijo ljubico Mabel. Felicito je ves nesrečen; četudi ve, da ima njegova ljubica ljubimce, jo neizmerno ljubi (tj. zanjo ima najeto hišo, plačuje njene tekoče stroške ter preživnino, tj. plačo). Po nasvetu policije Felicito uporabi zvijačo, se na videz vda (da bo plačeval za zaščito svoje lastnine – kamor sodi tudi Mabel) in po enem tednu ujetništva se Mabel vrne v svojo hišo. Policija seveda uvede preiskavo in kmalu ugotovi, da izsiljevalska anonimna pisma pošilja Felicito sin Miguel. Z raznimi zvijačami je Mabel prisilil v ljubimsko razmerje, prek tega v njeno sodelovanje v njeno »ugrabitev« ter izsiljevanje očeta Felicita.

- Ismael Carrera, vdovec, star 80 let, živi v Limi. Je lastnik velikanske zavarovalnice s 300

zaposlenimi. Ima dva sinova, dvojčka, ki pa sta malopridna brezdneža, ki le čakata, da bosta podedovala očetovo velikansko premoženje. Ko oče doživi infarkt, ga komaj preživi. Ko se nekoli-ko popravi, ga obiščeta njegova sinova. Oče se pretvarja, da je še vedno nezavesten. Tako sliši, kako se sinova veselita njegove smrti in delata načrte za delitev velikanske dediščine. A Ismael se po infarktu odlično popravi in – da bi za maščevanje razdedinil svoja sinova – se poroči s svojo mlado, samo 40 let staro služkinjo Armido. Takoj po civilni in cerkveni poroki mladopor-čenca odpotujeta na medene tedne v Evropo. V času Ismaelove odsotnosti vse njegove dejavnosti nekako vodi prijatelj Rigoberto, star 60 let, tudi vdovec, a poročen z očarljivo Lucrezio, ki je – sicer mačeha – zelo dobra mati Fonchito, Rigobertovemu sinu iz prvega zakona. Fonchito, srednješolec, je izvrsten, nekam poduhovljen učenec. V njegovem življenju se vedno znova pojavlja skrivnostni Edilberto Torres. Vidi ga – in se z njim pogovarja – lahko le Fonchito. Ki za domačo nalogo napiše tale kratek esej (str. 150):

*Svoboda in zlo.* Bog se je ob stvaritvi človeka odločil, da ta ne bo avtomat s sprogramiranim življenjem od rojstva do smrti, tako kot pri rastlinah in živalih, temveč obdarjeno bitje s svobodno voljo in zmožnostjo odločanja o svojem ravnanju. Tako se je rodila svoboda. Toda ta zmožnost, ki je bila človeku podarjena, je omogočila izbiro zla, ga celo ustvarjati in početi stvari, ki pravzaprav predstavljajo bistvo hudiča, temelj njegovega obstoja, in nasprotujejo vsemu, kar izvira iz Boga. Zlo je potemtakem sin svobode, človeška stvaritev. Seveda pa to ne pomeni, da je svoboda slaba že sama po sebi; ne, svoboda je dar, ki je omogočil velika znanstvena in tehnična odkritja, družbeni napredek, ukinitve suženjstva, kolonizacije, človeške pravice in tako naprej. Kljub vsemu pa je svoboda tudi izvor krutosti



in grozljivega trpljenja, ki se nikoli ne konča in visi kot senca nad napredkom.

V tem povzetku sem seveda preskočil pomembne dogodke, npr. da se je morda Ismael Carrera zato poročil s tako mlado žensko, da bi med poročnim potovanjem opravil pomemben posel in tako še povečal svoje premoženje. Preskočil tudi morebitno Armidino zvižanost, s katero je Ismaela zvalila v zakon, v katerem soprog končno (vendar)

umre in ona postane edina dedinja. Zamolčal sem nekaj pomembnih oseb. Npr. nekoliko nebogljeneega policijskega načelnika Litumo, ali stotnika Silva. Slednji je po eni strani pravi mačo, ki pohotno naskakuje ritasto Josephino, tajnico Felicita Yanaqueja, po drugi strani pa je izvrsten psiholog, ki z eno samo tvegano potezo, brez enega samega dokaza, samo z vero v *svoj prav* skoraj v hipu razkrinka izsiljevalski par Miguela in Mabel. Preskočil sem tudi razpletanje vozla okoli Fonchitove fantazije o skrivnostnem Edilbertu Torresu, ki do konca romana ostane uganka. Ni znano, ali gre za Fonchitove fantazije (potegavščine? privede? laži?), v katerih bi bil lahko Edilberto karkoli: angel, demon, zapeljivec, hudič. Ki pa je kljub temu tisti bistveni dejavnik, ki je Fonchitu omogočil uvid (uvid!) v pojem *svoboda*.

Roman se razplete dokaj preprosto, a kot dobra detektivka.

Pri iskanju sporočilnosti **Prikritega junaka** pa sem ta razplet zavrgel. Ugotovil sem namreč, da ta roman pravzaprav zajema pripovedi ali celo izpovedi množice ljudi, in odbralca je odvisno, ali jim verjame – ali pa ne.

Pri klasičnem labirintu je vnaprej znano, da nit (pot) obstoji. Pri **Prikritem junaku** pa je jasno, da so znotraj enega velikanskega labirinta še manjši labirinti; vrh tega ni znano, koliko jih je. Kdor hoče potegniti nit (ali niti), ima torej izvrstno priložnost za razmišljanje o dveh temeljnih danostih življenja:

– Prva zajema pregovor »Primum vivere, deinde philosophari!«, ki ga Bertold Brecht izrazi »Zuerst

kommt das Fressen, dann die Moral!« (Najprej je treba žreti, šele potem pride morala!). Npr. zgodbi Gertrudis (Felicitove žene) in Mabel (Felicitove ljubice) pripovedujeta, kako preživeti, se za vsako ceno iztrgati iz nepopisne revščine, seveda na račun drugega. Pojem *na račun drugega* zajema velikanski razpon odnosov med ljudmi: šalo, potegavščino, trik, polresnico, prevaro, laž, zločin.

– Druga temeljna danost življenja je težava, kako ugotoviti, kaj je *resnica* oz. kaj *ni resnica*. Ko se na neki stopnji (racionalnega) *spoznavanje resnice* dokaz vedno izčrpa in odtelej se pojavi iracionalna stopnja *verjeti* (verovati), ki se nato stopnjuje v *zaupati* (samemu sebi ali sočloveku). Npr. Felicito si je (tudi po zgledu svojega očeta) s pridnostjo ne le zagotovil spodobno preživetje, temveč si tudi »kupil« srečo v odnosu s ljubico Mabel. Končno veroval v »ljubezen« z njo, pa čeprav je Mabel Felicitu vnaprej postavila meje zaupnosti in zaupanja. A prav zato je bil prek spleta okoliščin prisiljen poiskati resnico. Seveda je našel samo t. i. materialno resnico, ne pa vse resnice o Mabel.

Sporočilo **Prikritega junaka** je, kaj sreča ni. Zato, ker velikanske večine resnica ne zanima oz. jih zanima samo *materialna resnica*. Zato je njihovo življenje do kraja *determinirano*.

Sreča, ki temelji na *svobodi*, pa je za njih enako nedosegljiva, kot je za njih nedosegljiva *usa resnica*.

## Spoštovani avtorji prispevkov,

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



## Utrinek ob literarnem pogovornem večeru

Prim. Jasna Čuk Rupnik, dr. med., Ljubljana  
[cukovi@zzs-mcs.si](mailto:cukovi@zzs-mcs.si)

Moja radovednost o tem, kaj o erotiki razmišlja zame od nekdanj »nenavadno zanimiv« profesor Marjan Kordaš, je obrodila še bolj »nenavadno zanimiva« spoznanja. Eno je bilo to, da se za razliko od nas, navadnih smrtnikov, to človeško bitje sploh ne stara. V to svojo današnjo ugotovitev sicer malce dvomim, so pa druge moje ugotovitve trdnjše. Npr. ta, da je bil pogovor mojstrsko voden in da je voditeljica Polona Lečnik Wallas v njem pokazala odlično poznavanje profesorjevih literarnih dosežkov ter jih znala povezati v »nenavadno zanimiv« večer. Čisto navadno je bilo le to, da smo prisotni imeli ob koncu čas za odličen prigrizek, profesorju ga je pa zmanjkalo. Časa, ne hrane!

Eros in Psihe. Knjiga, ki je do tega nočnega pisanja še nisem brala, obeta pa mi veliko. Vznemirja me profesorjeva misel, da je za ženske značilno rojevanje novega življenja, širše gledano pa tudi rojevanje nove misli. Hm, dr. Janez Rugelj mi je nekoč podaril knjigo o sežiganju čarovnic »Iztrebljanje modrih žensk«. To moško početje je gotovo sodilo v tista spoznanja, ki jih prof. Kordaš poimenuje »kaj ljubezen ni«. Moškemu, kot smo slišali, lahko šele ženska odkrije novo etično kategorijo – spoznanje, da je življenje sveto. In tako se v dvojje rojeva tudi naš duhovni svet, ki smo ga ob našem rojstvu pozabi-



*Nizanje jasnih odgovorov, s pronicljivo globino in ustvarjalno širino.*

li/izgubili, potem pa ga bolj ali manj vse življenje znova iščemo in gradimo. V središče ljubezni pa avtor postavlja odgovornost, saj bi se ljubezen sicer sprevrgla v nasilje, če ne bi bilo spoštova-



*V zaključni diskusiji se je notranji krog poslušalcev dopolnjeval z zunanjim: veliko vprašanj, veliko zanimivih odgovorov, pa tudi veliko različnih in svojevrstnih mnenj in pripomb.*



*Okoli navadnega smrtnika vidi knjige, okoli vrhunskega fotografa (Janez Platiše) pa vidi še estetsko postavitve.*

nja. Ljubezen prepozna kot otroka svobode, ne kot otroka gospodovanja. Res. Tudi zdravniki smo lahko uspešni v svojem poslanstvu lajšanja bolečin in zdravljenja telesa in duha le takrat, ko poleg znanja zmoremo

pacientom nuditi tudi poslušanje, razumevanje in sprejemanje. V hitenju vsakdana tega ne bi smeli pozabljati.

Da se je po predstavitvi knjige razvila še večsmerna in razgibana

debata z udeleženci, je bilo pika na i vznemirljivi in nikoli do konca domišljeni kategoriji našega obstoja: ljubezni. Večer, kakršne je Viktor Frankl imenoval »vrhunsko doživetje«.

## Spomladansko vzdušje v UKCL

Katarina Majer, KUD KC in MF dr. Lojz Kraigher

[katarinamajer2@gmail.com](mailto:katarinamajer2@gmail.com)

Kulturno-umetniško društvo Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher (naprej KUD) je na prireditvi za bolnike 1. marca 2016 v osrednjem Dolenčevem razstavišču Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (naprej UKCL) gostilo slikarja KUD-a Stanko Golob in Marjana Miklavca, v Taborjevi galeriji pa akademsko slikarko

Marijo Prelog. Njihove ustvarjalne vizualizacije je glasbeno podprl vrhunski Kvartet klarinetov pod vodstvom Milana Pavlihe in v zasedbi profesorjev klarineta Slavka Goričarja, Marka Lednika in Jožeta Kregarja. Mehkoba glasu klarinetov je ob izvedbi pestrega programa iz sveta klasične glasbe do priredbe Avsenikovega Pastirčka pričarala

toplino srca in izjemno spodbudo k vsemu dobremu v »hiši zdravljenja« za bolne in njihove terapevte. Dolgoletna slikarja KUD-a sta k svojemu delu pristopila na slikarsko najbolj pristen način in za svoja dela uporabila materiale iz lokalnega okolja, kraško prst oziroma različne vrste peska iz Primorske. Pokazala sta, kako imenitna dela lahko nastanejo in kako lahko s predstavitvijo kraških vasi Marjana Miklavca ohranjaš etnološko dediščino izginjavajočih



*Kvartet klarinetov s prof. Slavkom Goričarjem je pričaral pomladansko toplino.*

ambientov včerajšnjega dne. Prireditvi je dala dodano vrednost KUD-ova predsednica prof. Zvonka Zupanič Slavec, ki z dolgoletnim ustvarjalnim delom pozna vse sodelujoče in njihove umetniške stvaritve poveže v žlahten šopek, kjer vsakemu cvetu ohrani njegov pristani vonj in barvo.

## Vračanje k zemlji, izvornemu materialu

Velika galerija se je šibila od umetnin dveh primorskih ustvarjalcev, Stanke Golob in Marjana Miklavca. Stanka Golob je avtorica likovnih del, ki so narejena iz peska oz. drobnih, skrbno nabranih večbarvnih kamenčkov. Za to razstavo je izbrala serijo geometrijskih vzorcev, ki jih je natančno perspektivno najprej izrisala, potem pa s pomočjo kamenčkov različnih velikosti in barv zapolnila v prepričljive tridimenzionalne geometrijske sestave. Med drugim je povedala: »Mož je med tem, ko sem nabirala naravne materiale, reševal križanke, jaz pa sem raziskovala naravno okolje.« Ves material namreč poišče in nabere sama.

Diplomirana slikarka Stanka Golob iz Grahovega ob Bači na Tolminskem že 22 let s slovenskimi peski naravnih barv in različnih debelin. Pesek nabira po slovenskih vodotokih, gorah in kamnolomih. To tehniko vztrajno raziskuje in nadgrajuje. Izobraževala se je v okviru JSKD Slovenije, društev DLU Tolmin, DOLIK Jesenice in KUD KC in MF v Ljubljani ter na Šoli za risanje in slikanje v Ljubljani, kjer je leta 2012 diplomirala. Imela je več kot 75 samostojnih in 180 skupinskih razstav v Sloveniji, Italiji in Avstriji in je prejemnica različnih nagrad in priznanj. Od leta 1997 kot prostovoljka v različnih krajih po Sloveniji in v zamejstvu vodi delavnice slikanja s peskom za otroke in dijake v šolah ter za osebe s posebnimi potrebami.

Na tej razstavi se je predstavila z zadnjim ciklom slik, nastalih v letih 2015 in 2016.

Ustvarjanje s peskom, še posebej pa geometrijski motivi, zahtevajo veliko disciplino, znanje in vztrajnost. S svojo kompleksnostjo in prepletenostjo asociirajo na sedanje stanje v svetu. Čuti se, da Stanka Golob preko peščenih slik beleži svoje dožemanje bivanja in dilem današnjega časa na svojstven, izviren in subtilen način. Pesek, nabran v skritih koticah in nedrjih naše domovine, izpričuje avtoričino sozvočje z naravo, ki nam, če jo spoštujemo, daje na vseh področjih veliko več, kakor se sploh zavedamo. Več o avtorici spremljajte na njeni spletni strani: <http://www.slikeizpeska.com>

Drugo stran Dolenčeve galerije so zapolnila dela slikarja Marjana Miklavca, ki se je tokrat odločil za prav posebno izrazno sredstvo, in sicer zemljo. Navdih za tovrstno ustvarjanje je dobil pri avstralskih domorodcih – aboriginih. Dela so nastala v Sežani, njegovem domačem kraju. Upodobil je vse kraje kraške občine, šel je tudi čez mejo. Vsaka slika odraža sedanji čas, čas, ki nikdar več ne bo enak in ga je Marjan zabeležil v svojem duhu. Kar nekaj truda in potrpljenja je potreboval, da je našel idealno zmes zemlje in veziva. Dandanes potuje po Sloveniji in nabira raznobarne prsti ter jih z njemu lastnim postopkom predela v pasto za nanos na platno. Nekaj besed je o njem z navdušenjem in človeško toplino spregovorila podžupanja Sežane in nekdanja ministrica za obrambo, prof. dr. Ljubica Jelušič: »... znan je postal po svojih akvarelih, vsebinsko prepoznavnih, celo dokumentarnih, v katerih so motivi v likovno resničnost pospremljeni z bogastvom emocionalnih stanj, ki bivajo v prosojnosti zanimivo kadriranih lokacijskih dejstev. Med svojstvenimi tehnikami so njegove »teranele«, slike monokromnega specifičnega kolorita, vzete s prav posebne »palette«, saj za slikanje uporablja žlahtno kapljico terana. Najnovejša slikarjeva dela predstavljajo še izvirnejše pristope in rešitve. V njih barvne pigmente nadomešča

zemlja. Nanosi s poudarjeno strukturalnostjo so še posebej živi, pulzirajoči, ko jih nanaša na robustno slikovno podlago iz jute. Mikrostrukture nanosov, podlage oz. nosilca slikovnega zapisa in motiva samega, ki je vezan predvsem na arhitekturno dediščino, se tako povežejo v izjemno izrazno moč. Ohraniti našo dediščino, ohraniti tisto, kar nam daje identiteto, kar priča o življenju v določenem prostoru in času, je posebno poslanstvo Miklavčevega likovnega snovanja.«

Miklavec je častni član Likovne sekcije KUD-a Kliničnega centra v Ljubljani in član Likovnega društva Rajko Slapernik ter pobudnik ustanovitve predmetne skupine Potujoče slikarske kolonije ART FEMIPS. Sodeloval je na 75 samostojnih razstavah doma in v tujini, pa tudi v daljni Avstraliji in Argentini ter na več kot 300 skupinskih razstavah. Za svoje delo je prejel 18 nacionalnih nagrad. (Stik: marjan.miklavec@gmail.com)



*Inovativno slikarstvo s peskom Stanko Golob je doživeto predstavila prof. Zvonka Z. Slavec.*





Slikarja Marjana Miklavca je domoljubno predstavila sežanska podžupanja Ljubica Jelušič.

## Spomladansko vzdušje so pričarale ptice

V Taborjevi galeriji UKCL je razstavljala akademska slikarka Marija Prelog, ki jo je predstavila prof. Zvonka Zupanič Slavec. Gre za enega izmed njenih številnih ilustratorskih projektov z naslovom »Ptice, skrite v papir«. Ilustratorica ima izredno rada naravo, kar se odraža v njenih ilustracijah. Iz nje črpa svoj navdih. Razstava prikazuje ptice, ki se skrivajo v papirju. Same ilustracije je avtorica obdala tudi s papirnato tehniko kirigami, ki ponazarja nedolžnost.

Leta 1981 je diplomirala iz slikarstva na Akademiji za likovno umetnost in oblikovanje v Ljubljani. Delovno pot je začela kot samostojna oblikovalka v Design biroju in nato še kot likovno- grafična urednica v založbi DZS v Ljubljani. Od leta 1991 ima status samozaposlene ustvarjalke na področju kulture. Je članica Zveze društev slovenskih likovnih umetnikov Slovenije (ZDSLJU) in predstavnica sekcije ilustratorjev v izvršnem odboru IBBY Slovenije. Prihaja iz Slovenskih Konjic, od študija naprej pa živi in dela v Ljubljani. V likovnem delovanju

so se ji slikanje, oblikovanje in risanje prepletali, dokler ni prevladalo ilustriranje, še posebej s poljudnoznanstveno tematiko. Na njeni delovni mizi je nastalo čez dvesto učbenikov, priročnikov, delovnih zvezkov, ki jih je večinoma tudi oblikovala. Z risbami je opremila več monografij, leposlovnih knjig in zbirke poezije. Porisala je okrog petdeset slikanic, mladinske kratke proze, didaktičnih iger in pobarvank. Prepoznavna je v natančnosti botanične risbe, ilustracij rastlinja, ptic in živali iz našega okolja v različnih letnih časih. Študijsko risanje živali je podlaga za kreiranje avtorskih, prostorskih izrezank in zloženki živali iz papirja, v tehniki *kirigami*, ki jih sestavlja skupaj z risbami v knjige umetnika. Njeno sprotno delo srečuje mo tudi na skupinskih in samostojnih tematskih razstavah. Galerijo vodita Zdenka Vinšek in Roman Planko.

(Vir: marija\_prelog@t-2.net, www.marijaprelog.si)

## Blagozvočna igra klarinetov

Kvartet klarinetov Godbe ljubljanskih veteranov (GLV) je njihov nov komorni sestav. Milan Pavliha je član kvarteta in predsednik GLV. In kako je nastal ta sestav? Pred tremi leti so kot poklon Milanovi soprogi za 50 let njenega skupnega življenja zaigrali prijatelji – klarinetisti, skupaj z njim, na domači trati.

Na Milanovo pobudo za ustanovitev kvarteta je le-ta 14. septembra 2013 imel svoj krstni nastop planinkam in planincem na Govejku. Tega leta je nastopil še v knjižnici Bežigrad s skladbami iz klasičnega repertoarja, pa tudi zabavnejšega žanra ter ob božičnem času v Plečnikovi cerkvi sv. Frančiška v Šiški. Na sporedu so bile skladbe W. A. Mozarta, G. F. Händla, Ernsta Schmidta, N. C. Bochsa in J. Gruberja. Poslušalce, zlasti glasbenike, je presenetil nenavadno lep, poseben zvok klarinetov. V tej cerkvi je 26. decembra 2015 kvartet nastopil že tretjič na božičnem koncertu.

Kvartet klarinetov GLV je postal prepoznavna komorna skupina v Ljubljani. Lani je dvakrat gostoval tudi v tujini, na Solnograškem v Wagrainu in v Trstu.

Letos so imeli koncert 3. februarja na podelitvi priznanj Zveze kulturnih društev Ljubljana v Koncertnem središču KULT3000 na Metelkovi v Ljubljani, 10. aprila pa so koncertirali v cerkvi sv. Antona Padovanskega na Viču.

Nastopili so v zasedbi: Slavko Goričar (prvi klarinet), Milan Pavliha (drugi klarinet), Marko Lednik (tretji klarinet), Jože Kregar (bas klarinet). Zaigrali so osem imenitnih priredb znanih pesmi, med drugim Te domače viže, Moon river, Tisoč let že zemlja pleše in seveda Avsenikovo vižo Pastirček, ki je zbranim še posebej segla do srca. S svojim ubranim in zanesenim igranjem, ki ga še posebej ceni predsednica KUD-a dr. Slavčeva, ki jih je zato tudi povabila, so med udeležence prireditve prinesli spodbudne pomladanske vibracije. (Stik: Milan Pavliha, milan\_pavliha1@t-2.net)

»Letimo svobodno kakor ptice. Bodimo znanilci dobrega, zlahtnega, kar nosimo v sebi!« so bile besede predsednice KUD-a prof. dr. Zvonke Zupanič Slavec ob koncu prireditve. S tako pestrim programom je KUD polepšal dan vsem obiskovalcem prireditve, drugim obiskovalcem galerij, predvsem bolnikom in zdravstvenemu osebju pa bo skozi ves mesec bogatil razpoloženje z izvirnimi razstavami.

## Ostale razstave

V galeriji Medicinske fakultete UL svoje fotografije iz Bolivije razstavlja Žiga Lovšin, študent medicine (galerijo vodi Katarina Zemljak), galerijo Nevrološke klinike UKCL pa krasijo dela slikarke Jasminke Čišić, ki je tudi članica Likovne skupine KUD-a. Za galerijo skrbita Andreja Peklaj in Jano Milkovič.

Foto: Katarina Zemljak



## III. državno prvenstvo v trapu za zdravnike in zobozdravnike

Branko Košir, dr. med., Ambulanta Košir, d.o.o.

Septembra je v organizaciji Lovske družine Medvode in Strelnskega društva Lotrič Železniki potekalo III. državno prvenstvo v streljanju na glinene golobe za zdravnike in zobo-

zdravnike. Tekmovanje je potekalo na strelišču Lovske družine Medvode v Sori pri Medvodah. Tekmovanja se je udeležilo osem tekmovalk in tekmovalcev. Strelišče je postavljeno na

manjši jasi sredi gozda, daleč od naselja. Le narava in vonj po smodniku.

Ker so se nekateri prvič srečali s streljanjem na glinene golobe, so izkušeni tekmovalci prikazali potek streljanja: način merjenja in proženja pri premični tarči. Začetnike so tudi opozorili na pravilno in varno



Zdravniki v akciji (Igor Kopač, Branko Košir, Stanko Vidmar, Miha Zavr1)



Zdravnice v akciji



Udeleženci tekmovanja



Marija Avsenik, Nika Ahačič Srednik, Igor Kopač

vedenje med potekom tekmovanja, da ne bi prišlo do kakšne nezgode. Po nekaj streljih so bili tudi »zelenci« pripravljene na svoj prvi uradni nastop.

Strelci na glinene golobe streljajo v disciplini trap s puško dvocevko. V vsako cev tekmovalec vloži po en naboj. V tem naboju je več svinčenih kroglic, ki se po izstrelitvi razpršijo v snopu. Metalni stroj vrže v zrak mavčni disk – goloba, strelce pa ga

mora slediti in zadeti. Če ga zadane, se disk razleti. Strelce dobi točko.

Tekmovalci so se razdelili v dve skupini. Najprej je nastopila prva, ki je streljala pet premičnih tarč za poizkus, nato pa še dvajset za oceno. Ko je prva skupina zaključila, je z nastopom po istem postopku pričela druga.

Po tekmovanju smo imeli predavanje, po zaključku pa podelitev medalj najboljšim tekmovalcem.

## Rezultati

### Moški:

1. Igor Kopač
2. Stanko Vidmar
3. Miha Zavrl

### Ženske:

1. Nika Ahačič Srednik
2. Marija Avsenik
3. Irena Hropot

Organizacija državnega prvenstva je potekala gladko in brez zapletov.

IV. državno prvenstvo v trapu bo letos septembra. Vse zainteresirane vabimo, da na [branko.kosir@siol.net](mailto:branko.kosir@siol.net) pošljete svoje podatke, tako vas bomo jeseni lahko povabili, da se nam pridružite. Tekmovanje je namenjeno vsem, tako tistim, ki ste že tekmovali, kot tistim, ki ste čisti začetniki. Tudi ženskam. Verjemite, zabavno je in prijetno, pa prav nič zapleteno. In tudi začetnikom uspe »sklatiti« kakšnega goloba.

V primeru, da bo dovolj prijav, bomo tekmovanje organizirali tudi za farmacevte.

## Nasvet za dolgo življenje

Mag. Nina Mazi, dr. med., Ljubljana

Raziskave na razviti zahodni polobli pričajo, da si vse večje število uporabnikov želi od zdravnikov tudi nasvete za zdravo, kakovostno in dolgo življenje, ki jih je mogoče brez (pre)velikih stroškov in napora uresničiti v praksi. Mnogi izmed njih so preprosti in povsem logični, zdravnik pa mora svoje »varovance« nanje predvsem opozoriti oz. jih spodbuditi, da jih preučijo in preverijo, ali so zanje sprejemljivi oz. ali so jim pisani na kožo. Med najbolj priljubljene in zaželene sodijo tudi nasveti za dolgo življenje. V zvezi s tem so novejša raziskava na Otoku (v zadnjih sedmih letih) pokazale, da zdravniki pogosto nimajo dovolj časa, pa tudi znanja in izkušenj, da bi bolnikom lahko z nasvetom pomagali poskrbeti za dodajanje let življenju. Zdravnikom manjka predvsem najbolj aktualnih podatkov in praktično naravnanih znanstvenih ugotovitev – mnogi jih ne spremljajo iz različnih razlogov. Zanimiva in spodbudna je na primer ugotovitev, da ljudje, ki v svojem življenju vidijo/najdejo globlji smisel, živijo bolje in bolj kakovostno, pa tudi dlje. Pri njih je prisotna nižja stopnja

tveganja za bolezni srca in ožilja, psihosomske zaplete, melanholijo, depresijo, socialno fobijo in druge zaplete ter posledično prezgodnjo umrljivost. Radi živijo, svoje navdušenje nad življenjem in delom/ustvarjanjem širijo tudi na svojo okolico, hkrati pa tudi bolje skrbijo za svoje zdravje, so bolj mladostni in vitalni. Ameriška raziskovalca dr. Randy Cohen in dr. Alan Rozanski sta s kolegi iz Mt. Sinai St. Luke's-Roosevelt Hospital v New Yorku ugotovila, da brezciljno življenje in »bivakiranje« predstavlja resno grožnjo zdravju in dolgemu življenju. Do podobnih ugotovitev so se s pomočjo metaanalitičnih študij dokopali tudi njihovi japonski kolegi. Izsledke svoje raziskave so znanstveniki z nove celine posredovali javnosti v priznani publikaciji *Psychosomatic Medicine: Journal of Biobehavioral Medicine*, ki je uradno strokovno glasilo The American Psychosomatic Society.

Vira: [japanesescience.com](http://japanesescience.com), *Psychosomatic Medicine: Journal of Biobehavioral Medicine* 10/15

# Kako se prehranjevati, da umreš zdrav

Prof. dr. Tomaž Rott, dr. med., Ljubljana  
[tomaz1945@yahoo.com](mailto:tomaz1945@yahoo.com)

Tematika je zelo široka, vendar verjetno ne bo odveč nekaj poudarkov, o katerih bi se lahko na široko razpisali.

Nekateri pravijo, da so v življenju najbolj pomembne tri stvari: kaj daš vase (prehrana), kaj daš nase (obleka) in seks. Verjetno večine to ne bi zadovoljevalo. Kaj bi brez dobrega spanca, fizičnih in intelektualnih dejavnosti, rekreacije, potovanj, raznovrstnih umetnosti, sozvočnega bivanja z naravo in ljudmi itd.

Že Aristotel je govoril, da je hrana življenjska nuja in se je ne sramujemo, kot seksa, ki ni vedno nuja. O prehrani se res mnogo govori, piše mnoge kuharske knjige, na različnih ravneh razpravlja o (ne)resnih dietah, organizira kuharske tečaje, tekmovanja, sejme, pokušine itd., itd. Tudi novosti v oblačenju lahko spremljamo tako v glamuroznih revijalnih tiskih kot na modnih pistah itd. Malo manj, pa še vedno dovolj, se piše o tabuiziranem seksu, bolj žgečkljivo kot resno, z redkejšimi »jedilniki«, če izvezam npr. Kamasutro.

## Prehranske navade

Verjetno še vedno velja, da se moramo redno hraniti, s 3 do 5 obroki dnevno, in da pravilno izbiramo čim bolj pestro in zdravo prehrano. Včasih so dejali, da mora biti zajtrk kraljevski, kosilo zmerno, večerja pa beraška. Verjetno je to še vedno primerno za uspešno delo in mirno nočno spanje.

## Prehranske piramide

So zelo raznolike, predvsem so premišljeno sestavljene za **omnivore**, vsejedce, nekoliko manj za raznovrstne vegetarijance in vegane, ki odklanjajo hrano živalskega izvora. Čeprav mnogi menijo, da beseda vegetarijanec izhaja iz angleške besede vegetable (zelenjava), pa drugi menijo, da izhaja iz latinskega izraza vegus, kar naj bi pomenilo čil oz. zdrav.

Verjetno je za nas dosegljiva in primerna vsaj modificirana prehranska piramida mediteranske

prehrane, ki je prilagojena sodobnemu načinu življenja.

Osnova je redna fizična dejavnost, zadosten čas za počitek, družabnost in tudi kulinarčno dejavnost, pri pripravi hrane pa biološka raznovrstnost, ki upošteva sezonsko izbiro domačih lokalnih in ekološko prijaznih pridelkov, ki so najbolj sveži, zreli, okusni.

Kot osnova prehrane tudi nova piramida nadaljuje s promocijo žitaric, stročnic, olivnega olja, sadja in zelenjave, medtem ko so rdeče meso in sladice na vrhu piramide samo za občasno uživanje. Piramida prikazuje tudi sestavo in število dnevni obrokov.

Diaita, starogrška beseda, iz katere izhaja beseda dieta, pomeni uravnotežen način življenja, kar predstavlja mediteranska dieta.

Na dnu piramide so zadostne količine pijače, predvsem vode in rastlinskih napitkov.

Sledijo žitarice, kruh, po možnosti polnozrnat, testenine, riž, kuskus, uporaba olivnega olja, sadje in zelenjava različnih barv, tako surova kot kuhana – lubenice, grozdje, jabolka, agrumi, artičoke, radič, kopusnice, ki jih uživamo pri vsakem dnevnem obroku.

Tretjo stopnjo predstavljajo živila, ki jih tudi lahko uživamo vsak dan: olive, semenke, oreški, čebula, česen, dišavnice, malo soli, mleko in mlečni izdelki z manj maščobe.

Tedensko lahko jemo belo meso, ribe, jajca, stročnice.

Relativno visoko nad omenjenimi jedmi so krompir, rdeče meso, predelano meso. Na vrhu pa so slaščice.

Vino v zmernih količinah, tudi glede na navade v okolju in priporočene maksimalne dnevne in tedenske odmerke.

Odrasel človek naj bi popil vsaj 2 do 2,5 l tekočine. Vsekakor niso priporočljivi nektarji in druge močno sladkane umetne pijače. Ob želji po sadnih sokovih je tako cenovno kot zdravstveno ustrežneje kupovati sokove s 100-odstotnim sadnim deležem in jih redčiti z vodo. Pri alkoholnih pijačah je treba opozoriti, da niso škodljive samo pretirane količine, ampak tudi visoko



koncentrirane alkoholne pijače, ki jih je priporočljivo redčiti, npr. gin s tonikom, viski z ledom oz. vodo ipd. V Egiptu so zaradi onesnažene vode pili predvsem pivo. Res da so na prvi pogled jedli predvsem vegetarijansko hrano, pirino kašo, močno čaščeno čebulo in por, med in suho sadje ter veliko kruha, graditeljem piramid, vsakemu delavcu (ki niso bili sužnji, kot se še vedno zmotno piše) pa so dnevno odmerili približno 200 g govedine ali jagnjetine ali kozjega mesa.

Poudarjajo se testenine, polnozrnatih kruhi, raznobarvno sadje in zelenjava. Mlečni izdelki naj imajo čim manj maščob. Omejena je uporaba mesa, jajc, stročnic. Nenavadno je, da je ob omejevanju rdečega in predelanega mesa visoko v piramidi tudi krompir.



Piramida ne želi ponazoriti, da je treba nekatera živila, ki so uvrščena v spodnji del, zaužiti v velikih količinah, temveč to, da jih vključujemo v našo po sestavi uravnoteženo in pestro prehrano večkrat kot tista, ki se nahajajo v samem vrhu piramide.

Pomembno je tudi dodati, da je prehranjevanje po metodi prehranske piramide ustrezno za odrasle osebe oz. za zdrave posameznike šele od 2. leta starosti naprej. Prehranjevanje po tej metodi ni primerno za dojenčke, majhne otroke in bolnike, za katere so številne druge diete.

Povsem neprimerne za otroke so raznovrstne **vegetarijanske** ali celo **veganska prehrana**.

V ZDA naj bi bilo vegetarijancev 4 do 10 odstotkov, v Veliki Britaniji 6 odstotkov, v Indiji pa kar 30 odstotkov.

Vegetarijanskih ali delno vegetarijanskih diet je precej: laktovegetarijanstvo z uživanjem mlečnih izdelkov, ovovegetarijanstvo z uživanjem jajc, laktoovovegetarijanstvo, veganstvo, kjer poleg mesa niso dovoljena jajca in mleko in le občasno med. Pri fleksiveganstvu ob veganski prehrani uživajo občasno mleko, jajca in med iz ekološko manj sporne pridelave.

Obstaja tudi presnojedstvo, ki ni nujno vegetarijansko, sadjejedstvo oz. frutarijanstvo. Obstaja tudi makrobiotika, kjer uživajo predvsem polnozrnatih žitaric, stročnic, zelenjavo in tradicionalno japonsko hrano, vključno z ribami.

Nekateri omenjajo vrste **delnega vegetarijanstva**: fleksitarijanstvo s hrano predvsem rastlinskega izvora, redko občasno tudi meso, polotarijanstvo, kjer je dovoljeno uživanje perutnine in rib, pesketarijanstvo, kjer uživajo ribe in ostalo morskoro hrano, in peskepolotarijanstvo, ob siceršnjem vegetarijanskem jedilniku.

V prispevku nimam namena pisati o dobrih in slabih platih vegetarijanske prehrane.

Ob nedvomno pozitivnih učinkih vegetarijanstva pa je za lase privlečena trditev, da redkeje zbolevajo za

pljučnim rakom, ker redkeje kadijo. Saj so tudi med omnivori mnogi nekadilci, ki ne zbolijo za pljučnim rakom. In vendar bi v obeh skupinah nekadilcev našel bolnike s pljučnim rakom, saj kajenje ni edini etiopatogenetski dejavnik.

V prid vegetarijanstvu do neke mere govori dejstvo, da govedoreja povzroča baje kar 10 odstotkov toplogrednih plinov. Na splošno pa je živilska industrija vir kar 19 do 29 odstotkov toplogrednih plinov, več kot prometne emisije. Zato na Danskem predlagajo dodatno obdavčitev rdečega mesa, da bi z njegovo manjšo uporabo omilili onesnaženje zraka.

Ob prenažiranju skoraj izključno z mesnimi jedmi v srednjem veku je gotovo postal smiseln tedensko enodnevni post predvsem rdečega mesa. Na Portugalskem sem lahko videl domiselnost starih menihov, ki so si ponekod napeljali v kuhinjo kar potok, bogat z ribami, ki so jih lahko uživali med postom. Gotovo pa je največja neumnost zdraviti s postom predvsem rakave bolezni, kar nekateri naši politiki propagirajo še danes.

Vedno me je motilo, ko smo v teku desetletij pri prehranskih navodilih skakali iz skrajnosti v skrajnost, kot npr. pri priporočanju baje manj škodljive margarine v škodo bolj naravnega in zdravega surovega masla, ali pri odsvetovanju uživanja domnevno povsem nezdrave svinjine, pri kateri pa so odkrili za telo koristne maščobe, pri odsvetovanju pitja vode, »da se ti ne bodo zaredile žabe«, itd. Na terenu so mi domačini celo svetovali pitje kapnice, ker naj bi sicer od z minerali bogate »trde« vode dobil arteriosklerozo. Takih in podobnih bolj ali manj »revolucionarnih« navodil je ogromno v vsakodnevem tisku. Včasih sem še sam v dilemi, kako smiselno ravnati, kako pa naj se v tej poplavi »novic in nasvetov« pravilno odloča preprost in naiven človek?

Ker v časopisju vsakodnevno bremo številne nasvete in »nasvete« o zdravem prehranjevanju in smernicah življenjskih navad in razvad, sem



enkrat na predavanju o etiopatogenezi bolezni govoril, da sem odločno proti drogam in morda v nekaj manjši meri proti kajenju, pri vsem ostalem pa se moramo pri prehranjevanju in pitju držati zmernosti, in (malo provokativno) tudi pri seksu. Na zadnje besede sem takoj dobil glasno repliko simpatične študentke: »O, to pa ne!«

**Prehranska dopolnila** so v veliki meri vaba dobičkolovcev, zato je njihova vrednost večkrat vprašljiva in uporaba celo nevarna. Nevarno je kupovanje zdravil preko spleta, posebno od neznanih podjetij (zlorabljena pa so bila tudi že imena znanih), ki nimajo pravih učinkovin, pri nekaterih so zasledili med aditivi smrtno strupene kovine jalovine. Žal se je zloraba pojavila tudi pri prodaji zdravil proti raku. V nedavni dokumentarni oddaji o ponaredekkih, ki se pojavljajo pri vseh vrstah blaga, ki lahko bistveno vplivajo na naše vsakdanje življenje, so omenili celo odkritje ponaredkov pri vzdrževanju ameriškega predsedniškega letala! Samo dokaz, kako perfidno so razvejane lovke gospodarskega kriminala.

Seveda pa ne moremo vreči vsega v en koš, se odreči potrebnim vitaminom, mineralom, antioksidantom ipd. preverjenega izvora.

## Dopolnila za hujšanje

Nacionalni inštitut za javno zdravje opozarja, da je zelo malo dokazov, da prehranska dopolnila za hujšanje v resnici delujejo. Nekatera so lahko celo nevarna, zlasti pri bolnikih z zvišanim krvnim tlakom, sladkorno boleznijo, srčnimi boleznimi in drugimi kroničnimi boleznimi. Študije shujševalnih sredstev delajo bodisi na posameznikih, le na majhnih vzorcih ljudi, samo nekaj dni ali tednov, kar samo po sebi zbuja

dvom v zanesljivost rezultatov. Kratkoročna zdravljenja imajo tudi le kratkoročne učinke, saj lahko npr. samo z diuretiki v nekaj dneh močno »shujšamo«.

## Vzreja živali

Še vedno se baje uporabljajo pri vzreji perutnine, teletine in celo rib, škampov in školjk antibiotiki, protivnetna zdravila in še kaj. Tako se spreminjajo organoleptične lastnosti hrane (vonj, vodnatost mesa ipd.). Da pri jedi uživamo, morajo biti zadovoljne tudi brbončice, ki nas skupaj z videzom izdelkov in njihovimi vonjavami prepričajo o (ne)kakovosti.

Če že prideš do dobre, čvrste domače pohane piške, je treba to izkoristiti, kot sem enkrat jaz v smislu enega od sedmih poglavitnih grehov, požrešnosti, ko sem pospravil 15 (petnajst!) kosov pokojnih piščancev. (Urška sicer pravi, da pri pripovedovanju že uporabljam mnogokratnik, pa ni res, saj nisem mogel sestiti za volan avtomobila zaradi obsežnega »kurjega britofa«.) Na srečo se tudi v naših trgovinah ali na tržnicah dobi, sicer težje in nekoliko dražje, meso naravno gojenih živali. To velja tudi za povrtnino.

Ali so koristi (bolj odporne vrste, večji pridelek) **gensko spremenjenih pridelkov** res večje od dolgoročne že dokazljive škode (uporaba bolj strupenih herbicidov, ki morijo čebele, ptice, neodstranljivost strupov iz narave, morebitne alergije)? Na ozemljih, skupaj velikih za štiri Švedske, gojijo ali bodo v kratkem celo vrsto pridelkov: papajo, bombaž, koruzo, oljno repico, sojo, sladkorno peso, krompir, paradižnik, ječmen, grah, riž. Hrane iz takih pridelkov je v ZDA že 80 odstotkov, vendar pa naj bi

je bilo v Sloveniji tudi že 30 odstotkov. Glede tega sem tudi sam proti čezatlantskim dogovorom o delovanju mogočnih in vplivnih mednarodnih podjetij.

**Ekološka pridelava** zelenjave in sadja: pridelovalci včasih kljub zagotavljanju uporabljajo umetna gnojila, pospeševalce rasti, herbicide in pesticide. Kako tudi zagotoviti, da je okolje res primerno za zdravo domačo pridelavo, če pridelek zraste v onesnaženem zraku in predvsem ob neustrezni vodi. Prav pred kratkim so pisali o problemu porečja Kotredešičice, kjer naj bi v vodi in vrtničarski zelenjavi ugotavljali prekomerno zvišane koncentracije arzena.

Upam, da so še daleč časi, ko bomo kot brezzobi vesoljski popotniki uživali hrano le iz tub s pasirano zelenjavno ali mesno hrano (kjer še sam Bog ne ve, kakšnega izvora), ko bodo zamrli tudi naši čuti. Danes pa še vedno radi zadostimo vsem našim petim čutom: ob kozarčku vina občudujemo barvo, vonjamo prijetno aromo, z ustnicami otipamo toploto vina, s trkom kozarcev (čeprav ni po bontonu) poslušamo globino zvoka in končno okusimo vse arome.

Ob koncu še enkrat ponavljam: v prehrani čim večja pestrost in predvsem zmernost, razporejena v redne obroke z uživanjem v prijetni družbi družine in/ali prijateljev. Za zdravo prehranjevanje si je treba tudi vzeti čas. Prehrana pa naj bo prilagojena starosti, obolenosti in tudi željam jedcev.

Hkrati pa se moramo zavedati, da ob tem, kar smo do sedaj nezavedno škodljivega zaužili, moramo in še bomo do svoje smrti, je malo verjetno, da bi se lahko kdo ob grobu poslovil: »Dragi Tomaž, ostani mi zdrav v totem preranem grobu.«

## 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 9950 copies. Postage for the Journal Isis paid at the 1102 Ljubljana post office.

The name of the journal is by the Isis, an Egyptian goddess, of all the gods and goddesses. The legend describes her as both the sister and the wife of Osiris, the first king in history. Isis had healing powers. She could also give new life into the body with her wings. According to the legend, her power extended all over the world. Each person is a drop of her blood. She was considered as the founder of medicine. A detail on a granite sarcophagus of Ramses III from the XX<sup>th</sup> dynasty shows her as a symbolic picture. This image and her name were chosen to be the title of the journal of the Medical Chamber of Slovenia, the goal of which is to unite and link together doctors in their efforts towards the welfare of all people, the drops of blood from the goddess Isis.

### The President of the Medical Chamber

Prim. **Andrej Možina**, M. D.

### The Vice-presidents of the Medical Chamber

Assist. **Valentin Sojar**, M. D., MBA, FEBS

**Sabina Markoli**, D. M. D.

### The President of the Assembly

Prim. assist. **Jernej Završnik**, M. D., M. Sc.

### The Vice-president of the Assembly

**Nikola Potočnik**, D. M. D.

## Executive board of the Medical Chamber of Slovenia

### The president of the Educational council

Prof. **Bojana Beović**, M. D., Ph. D.

### The president of the Professional medical committee

Prof. **Radovan Hojs**, M. D., Ph. D.

### The president of the Primary health care committee

**Mihael Demšar**, M. D.

### The president of the Hospital health care committee

Assist. **Valentin Sojar**, M. D., MBA, FEBS

### The president of the Dentistry health care committee

**Sabina Markoli**, D. M. D.

### The president of the Legal-ethical committee

Prim. assist. **Danica Rotar Pavlič**, M. D., Ph. D.

### The president of the Social-economic committee

**Božidar Visočnik**, M. D.

### The president of the Private practice committee

**Helena Mole**, M. D.

### The Secretary General

**Brane Dobnikar**, L. L. B.

### Public Relations Department

**Polona Lečnik Wallas**, B. A.

### Legal and General Affairs Department

**Vesna Habe Pranjič**, L. L. B.

### Finance and Accounting Department

**Nevenka Novak Zalar**, B. Sc. Econ., M. Sc.

### Health Economics, Planning and Analysis Department

**Nika Sokolič**, B. Sc. Econ.

### Head of CME/CPD Activities

**Mojca Vrečar**, M. B. A.

### Head of Postgraduate Medical Training, Licensing and Registry Department

**Tina Šapec**, L. L. B.



## The Medical Chamber Of Slovenia

Founded in 1893 as The Medical Chamber for the Carniola Province. The Medical Chamber of Slovenia was subsequently founded in 1992.

## Tasks

- The Medical Chamber of Slovenia is an independent professional organisation of medical doctors and dentists.
- Membership is an honour and obligation for all those that work as physicians or dentists in Slovenia and have a direct contact with the patients.
- The Medical Chamber of Slovenia protects and represents the interests of the medical profession, and helps to ensure the correct behaviour of doctors and uphold their reputation by:
  - Having and issuing a Code of Medical Ethics, monitoring the behaviour of doctors and administering any measures necessary for violations of the Code.
  - Maintaining a register of members and issuing membership cards.
  - Issuing, extending and revoking the doctors' licences for independent work.
  - Participating in the development of the undergraduate education programme for doctors.
  - Managing (planning, monitoring and supervising) the secondments of the two year compulsory postgraduate training in hospitals; secondments for specialisations; other postgraduate professional training, and examination.
  - Organising professional seminars, meetings and other types of professional medical development.
  - The professional auditing and appraisal of each doctor practising in Slovenia.
  - Participating in the preparation of regulations, planning and staffing plans in health care issues.
- Determining doctors' fees and participating in agreeing the prices of health care services.
- Representing the interests of doctors in determining contracts with the Institute of Health Insurance of Slovenia.
- Participating in the negotiation of collective contracts, and agreeing them on behalf of private doctors as employees, thereby managing the value of medical professional' salaries.
- Providing legal assistance and advice to members on insurance against medical compensation claims.
- Maintaining a Welfare Fund to help members and their families.
- Monitoring the demand for doctors and helping unemployed doctors find job.
- Assisting members to find suitable locums during their absence.
- Publishing activities, editing activities; issuing a free journal to members, publishing books and other publications.
- Encouraging co-operation between members and arbitrating in disputes.
- Encouraging the cultural and social activities of members; organising the cultural, sporting and other social events and activities.
- Monitoring alternative methods of treatment.
- Deterring prohibited and unacceptable medical practices.
- Providing a free permanent consulting service to members.
- Undertaking other tasks pursuant to legal regulations and the statute.

