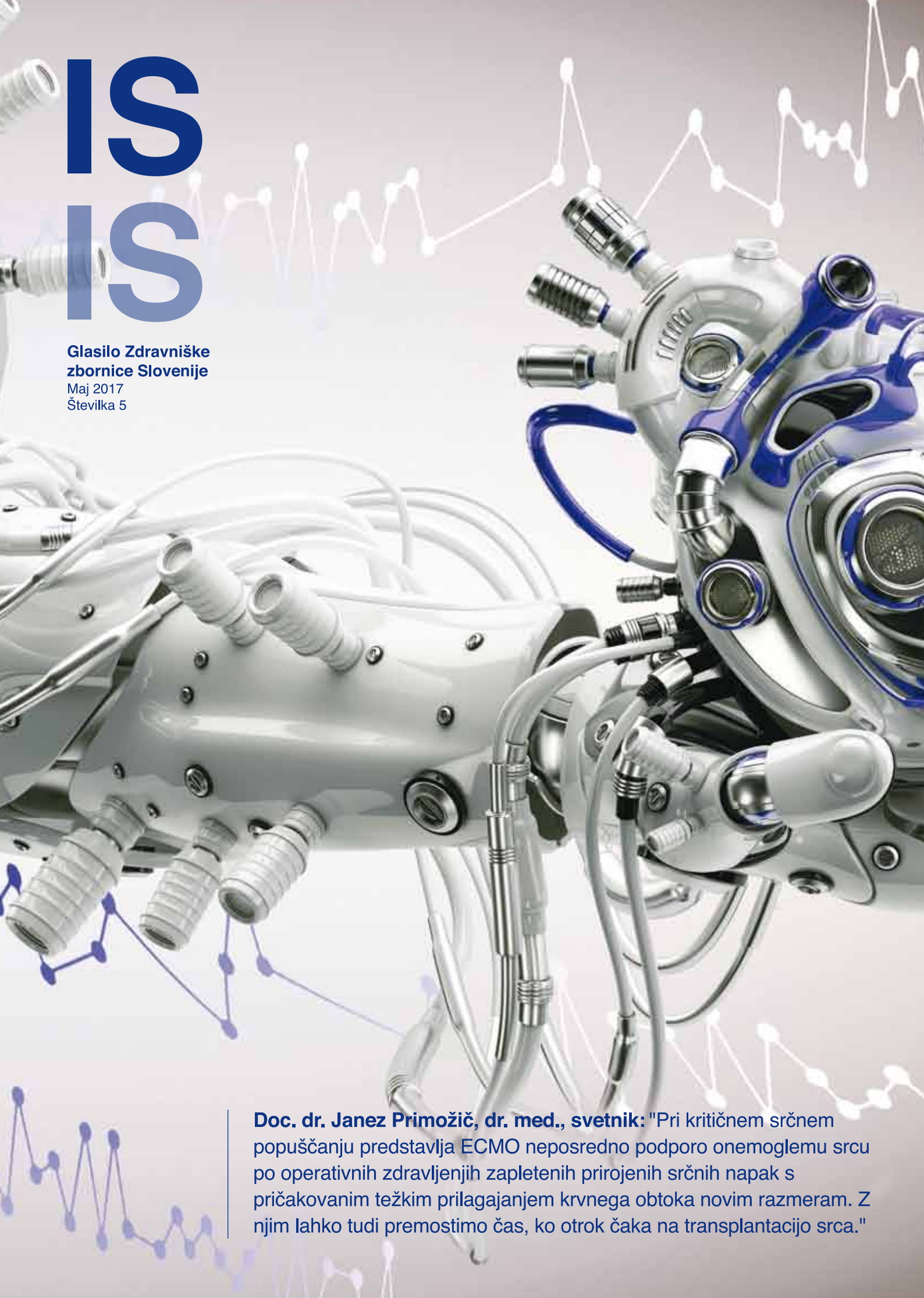


IS IS

Glasilo Zdravniške
zbornice Slovenije

Maj 2017
Številka 5

A detailed medical illustration of an Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO) machine. The machine is primarily white with blue accents and features numerous ports, tubes, and connectors. It is shown in a close-up, angled view, highlighting its complex design. In the background, a human heart is visible, connected to the machine's circuitry. The entire scene is set against a light gray background with faint, stylized white and blue line graphs, suggesting a medical or scientific context.

Doc. dr. Janez Primožič, dr. med., svetnik: "Pri kritičnem srčnem popuščanju predstavlja ECMO neposredno podporo onemoglemu srcu po operativnih zdravljenjih zapletenih prirojenih srčnih napak s pričakovanim težkim prilagajanjem krvnega obtoka novim razmeram. Z njim lahko tudi premostimo čas, ko otrok čaka na transplantacijo srca."

ZOBOZDRAVNIK VIDI BOLJE. ZATO LAHKO REŠI ŽIVLJENJE.



V Sloveniji je rak ustne votline po pogostosti na osmem mestu, kar 80 % pa jih odkrijemo v zobnih ambulantah. Zato bomo slovenski zobozdravniki v okviru projekta PRAVOČASEN PREGLED USTNE VOTLINE LAHKO REŠI ŽIVLJENJE omogočili brezplačne preventivne preglede ustne votline, da bi odkrili zgodnje maligne spremembe in ozvestiti paciente o tej hudi bolezni.

Ponosni smo, da je odziv na akcijo tudi letos izjemen, saj je svoje sodelovanje ponudilo več kot 500 zobozdravnikov. S tovrstno akcijo kažemo slovenski javnosti, da se zobozdravniki zavedamo svoje ključne vloge pri odkrivanju ustnega raka in v sodelovanju s svojimi pacienti skrbimo za njihovo zdravje. Več o projektu na www.zdravniskazbornica.si.



Pričakovanja

Na 88. redni seji Skupščine Zdravniške zbornice Slovenije, ki je bila 20. aprila 2017, so poslanci s svojim zavzetim in konstruktivnim sodelovanjem imenovali kandidate za vse manjkajoče organe. Tako so izpolnjeni pogoji, da se lotimo nalog, ki so pred nami v tem mandatu.

Prav je, da so pričakovanja članov in članic velika, saj od vodstva pričakujejo izpolnjevanje poslanstva zbornice, izvajanje javnih pooblastil in povečanje ugleda zdravnikov v javnosti. Najprej pa moramo strniti svoje vrste, da bomo lahko skupaj zapluli v prihodnost. Ali kot mi je danes napisala draga kolegica poslanka iz ene od naših bolnišnic: »Upam, da so jadra napeta in da se je morje umirilo.«

Res čutim tako, da se je morje umirilo in da lahko skupaj načrtujemo našo pot. Ko pravim skupaj, imam v mislih dobro sodelovanje med vsemi organi zbornice, ki se bomo medsebojno podpirali. Prvi znaki sodelovanja so že vidni: delovna skupina za prenovo statuta in drugih aktov zbornice se je začela sestajati, prav tako delovna skupina, ki bo pripravila pravilnik o plačilih za poslovske pogodbe. Ta izraz uporabljamo

namesto prejšnjih »funkcijskih pogodb«, ki so pokazale kar nekaj nedoslednosti in nejasnosti. Obe delovni skupini sta sestavljeni iz poslancev in članov izvršilnega odbora in verjamem, da je to prava pot, po kateri bomo nejasnosti razreševali najprej med seboj in pripravili predloge, ki bodo omogočali kakovostno razpravo med vsemi člani zbornice. V mesecu maju bo zaživel spletni forum – na zaprtem delu spletne strani. Tam boste lahko hitro in učinkovito izmenjavali svoja mnenja. Teh mnenj bomo potrebovali čim več, če želimo pripraviti res dober predlog prenovljenega statuta, poslovnikov, pravilnikov o delu razsodišč in o socialni pomoči ter drugih notranjih aktov, ki bodo zanesljiv smerokaz naših dejavnosti.

Kljub temu, da izvršilni odbor vse do 20. aprila 2017 ni mogel delovati, pa so bili obstoječi odbori zelo aktivni in svoje delo opravljajo zelo dobro, z veliko pozitivne energije in pripravljenosti za delo. Največji je svet za izobraževanje in usposabljanje zdravnikov, ki je – ob res kakovostni pomoči zaposlenih na tem oddelku – opravil vse postopke, da smo pravočasno prišli do spomladanskega razpisa specializacij.

Tudi komisija za akreditacijo je začela z delom in kmalu bomo lahko ovrednotili predloge za nujne spremembe, ki prihajajo iz različnih koncev Slovenije. Svet se je tudi zelo aktivno vključil v spremembe Zakona o zdravniški službi, pri čemer smo z ministrstvom za zdravje in z ministrico dosegli precejšnjo stopnjo usklajenosti. Odbor za zasebno dejavnost izjemno aktivno sodeluje pri razpravi o Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ter Zakonu o zdravstveni dejavnosti. Ne le, da opozarja na slabe rešitve v predlaganih zakonskih osnutkih, odbor je pripravil in že izvaja anketo o tem, kolikšne so razpoložljive zmogljivosti v okviru zasebnih izvajalcev zdravstvene dejavnosti. Te podatke bomo objavili in z njimi seznanili tako ministrstvo za zdravje kot Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Odbor za osnovno zdravstvo opozarja na problem raznolikosti računalniških programov, ki jih uporabljamo pri svojem delu – ti programi nimajo ne licenc, ne certifikatov kakovosti. To je ob prehodu na e-zdravje še posebej pomembno. Tako kot so izjemnega pomena vprašanja kakovosti in varnosti pri izvajanju zdravstvenih storitev, s katerimi se ukvarja odbor za bolnišnično in specialistično dejavnost.

Načrtujem, da bodo podobno motivacijo za delo pokazali tudi drugi štirje odbori in da bomo do poletja lahko predstavili tudi rezultate njihovega dela. Ter jih – v obliki kratkih poročil – tudi predstavljali na naši spletni strani.

Veselim se novih izzivov, projektov, dogodkov in sodelovanja z vsemi, tudi s tistimi, ki vas nismo mogli vključiti v odbore in komisije, čeprav ste bili pripravljeni delovati v njih. S člani izvršilnega odbora smo dogovorjeni, da sprejemajo čim več pobud članov in omogočijo vsem, ki prihajajo z dobrimi idejami in nameni, da se nam pridružijo.

Pred nami je odgovorno delo, ki mora teči učinkovito in biti usmerjeno k temu, da bodo člani zbornice začutili naš iskren namen – narediti zbornico, ki jo bomo vsi člani »imeli za svojo«.

Dr. Zdenka Čebašek - Travnik



Uvodnik

- 3** Pričakovanja
Zdenka Čebašek - Travnik

K naslovnici revije

- 6** ECMO:
Preko živali na otroka
Alojz Ihan

Zbornica

- 10** Javna razprava o osnutku
sprememb Zakona o
zdravniški službi
- 12** Iz dela
zbornice

Iz Evrope

- 16** Pamela Rendi - Wagner:
Ministrica z največjo hitrostjo

Zdravstvo

- 18** Kompetence za izboljševanje
kakovosti in varnosti v
zdravstvu ter osredotočenja
na pacienta in njegove bližnje
*Delovna skupina pri
Ministrstvu za zdravje RS*
- 24** Izhodišča za zakon o kakovosti
in varnosti v zdravstvu
Borut Stražišar

Mladi zdravniki

- 30** Mnenje mladih zdravnikov
o spremembah zakona o
zdravniški službi
Tina Bregant, Luka Kovač
- 34** Evropski specializanti
ginekologije in porodništva v
Sloveniji
Iztok Ditz, Jure Klanjšček



Forum

- 35** Pismo 42 poslancem
Vanja Kos
- 35** Odgovor na novinarsko
vprašanje RTV Slovenija
*Marko Hawlina,
Branka Stirn Kranjc*
- 38** Nekaj cvetk prevodov iz
angleške znanstvene literature
o varnosti pacientov v
slovenski jezik
Andrej Robida

Intervju

- 40** Čiste roke rešujejo življenja
Sergeja Širca
- 43** Stanka Golob in slikanje
s peskom
Polonca Steinmann

Medicina

- 47** »Drug free« psihiatrična
obravnavna na Norveškem –
revolucija psihiatrične prakse?
Robert Oravec

Poročila s strokovnih srečanj

- 50** Varnost pacienta in
zdravstvenih delavcev
Katja Drnovšek
- 53** Cepljenje je velika dolžnost in
pravica
Alenka Trop Skaza

Strokovne publikacije

- 55** Ko ti črna mačka prečka pot,
... je nekam namenjena
Maja Rus Makovec
- 57** Kratek priročnik znakovnega
jezika
Kristijan Skok

Strokovna srečanja

- 60** Zbornična izobraževanja za
zdravnike in zobozdravnike

- 61** Strokovna
srečanja

Obletnica

- 69** Jubilejnih 20 let
Zavoda Orthos
Boštjan Lavriša

V spomin

- 71** Franc Guna, dr. med.
(1947–2017)
Jurij Us
- 72** Jožefa Jeraj, dr. med.
(1953–2017)
Franci Bečan

S knjižne police

- 74** Juan Reinaldo Sanchez: Das
verborgene Leben des Fidel
Castro. Ich war 20 Jahre
Leibwächter des Maximo
Lider. Das ist eine wahre
Geschichte
Marjan Kordaš

Zanimivo

- 76** Novo vodstvo Zdravniškega
društva Maribor in
Medikohistorične sekcije
Slovenskega zdravniškega
društva (MHS SZD)
Elko Borko

Zdravniki v prostem času

- 78** Musica Cubicularis –
Koncert komorne skupine na
zgodovinskih instrumentih
Jasna Čuk Rupnik
- 79** Življenje po življenju –
transplantacijska medicina v
sliki in umetniški besedi
Katarina Majer



83 »Au«-foristična tinktura
Janez Tomažič

83 47. svetovno prvenstvo v
smučanju za zdravnike in
farmacevte
Jasna Čuk Rupnik

Zavodnik

85 Varnost bolnikov v Evropi
Vojko Flis

Kolofon

Leto XXVI, št. 5, 1. maj 2017
Natisnjeno 10.150 izvodov
Datum tiska: dan pred izidom
UDK 61(497.12) (060.55)
UDK 06.055:61(497.12)
ISSN 1318-0193 CODEN: ISISF9

IZDAJATELJ IN ZALOŽNIK

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

PREDSEDNIK

Dr. Zdenka Čebašek - Travnik, dr. med.

UREDNIŠTVO

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

ODGOVORNI IN GLAVNI UREDNIK

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

UREDNIŠKI ODBOR IN NOVINARJI

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

LEKTORIRANJE

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

OBLIKOVNA ZASNOVA

Agencija Iz principa

RAČUNALNIŠKA POSTAVITEV IN PRIPRAVA ZA TISK – DTP

Stanislav Oražem

TRŽENJE

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

TISK

Tiskarna Povše

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

Lastnik blagovne znamke:

Zdravniška zbornica Slovenije
Dunajska cesta 162
1000 Ljubljana

Navodila avtorjem

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

Poročila s strokovnih srečanj

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

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

Napoved strokovnega srečanja

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

Izjava uredništva

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

Letna naročnina

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

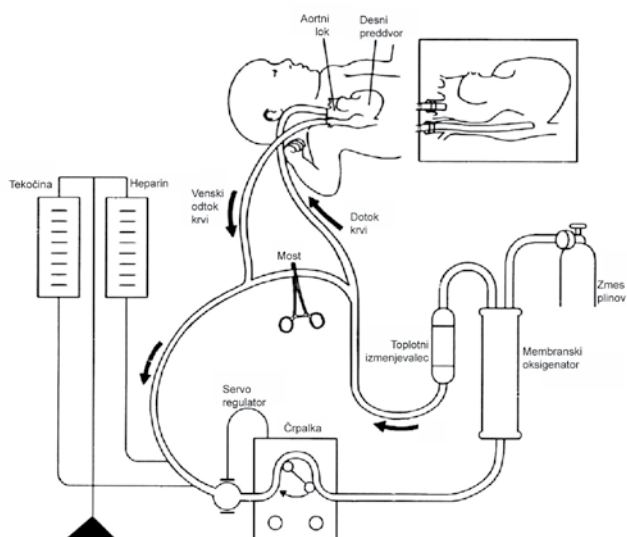
ECMO: Preko živali na otroka

Doc. dr. Janez Primožič, dr. med., svetnik

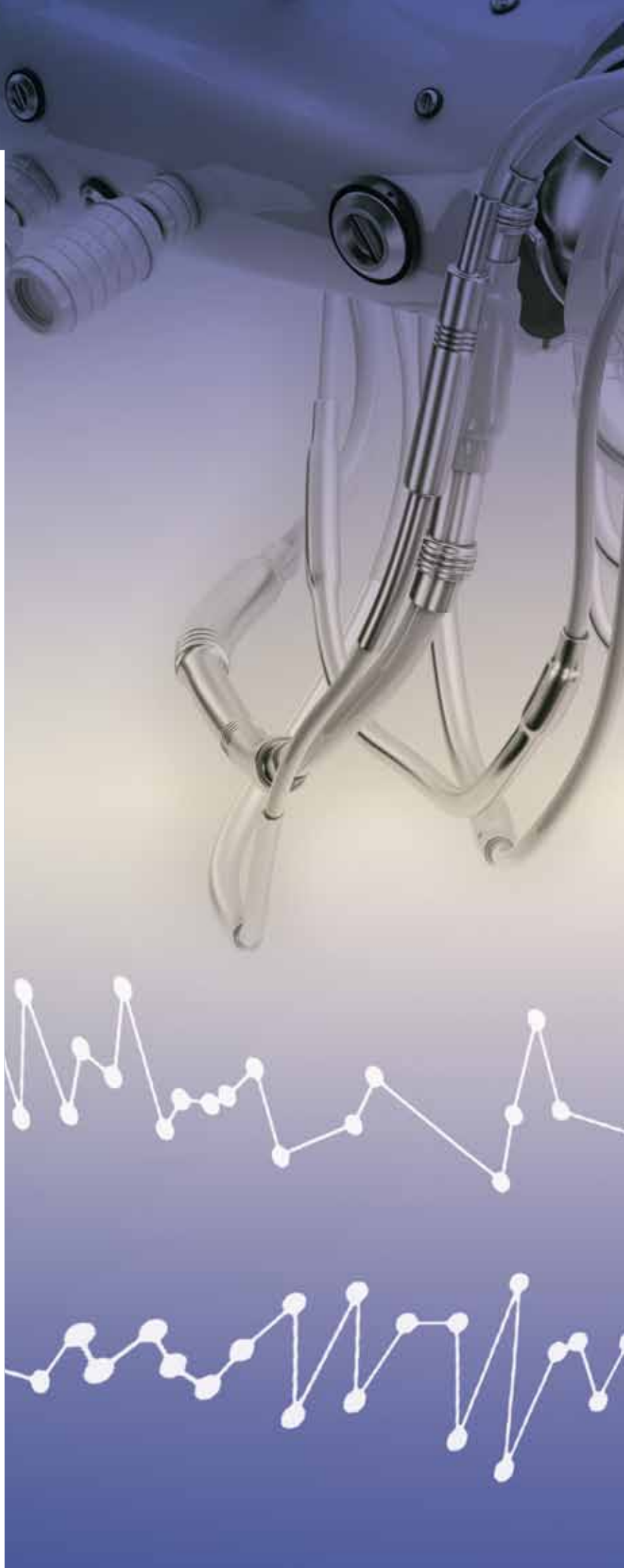
Prof. dr. Alojz Ihan, dr. med., ZZS

Doc. dr. Janez Primožič, dr. med., svetnik, je bil predstojnik Kliničnega oddelka za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo (KOOKIT) Kirurške klinike Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani od leta 1987 do 2010.

Metoda zdravljenja z dolgotrajno zunanajtelesno membransko oksigenacijo krvi – ECMO (extracorporeal membrane oxygenation), ki nadomešča funkcijo srca in pljuč, velja za sinonim najnaprednejšega in najbolj zahtevnega intenzivističnega zdravljenja. Dolgo tega, leta 1994, ste s svojimi sodelavci na Kliničnem oddelku za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo Kirurške klinike v Ljubljani prvi v Sloveniji in med prvimi v Evropi uvedli zdravljenje otrok z ECMO. Kakšen je bil razvoj te metode v svetu in pri nas?



Shema Bartlettovega sistema za ECMO, 1976.



Preden greva k bistvu našega vprašanja, mi dovolite citirati znano misel Eleanor Roosevelt: »Narediti moraš tisto, o čemer misliš, da ne moreš narediti«, ki je bila za nastanek ECMO v Ljubljani tisti neugodni čas prav primerna. Obdobje od leta 1985 do osamosvojitve Slovenije leta 1991 je bilo nestabilno in za medicino materialno slabo. Preprosto rečeno, volja za projekt ECMO je bila velika, denarja pa nič. Kirurška klinika in Univerzitetni klinični center, ki sta bila sama v denarnih težavah, projekta nista mogla podpreti. Zato želim najprej spregovoriti o obstranskih, nemedicinskih dejavnikih, ki so spremljali uresničevanje tako velikega projekta, kot je uvedba ECMO v zdravljenje otrok.

Nemedicinski del projekta, brez katerega ECMO v Ljubljani ne bi mogel zaživeti, je tekel takole: Za bivanje v ZDA sem dobil enomesečno štipendijo tedanje Raziskovalne skupnosti Slovenije. UKC Ljubljana je plačal potne stroške v ZDA in nazaj. Bivanje so mi omogočili na otroški kliniki v Detroitu. Tamkajšnji predstojnik otroške kirurgije, sicer Američan, se je kot študent nekajkrat udeležil mladinskih delovnih brigad v Jugoslaviji in je bil nam Jugoslovanom zelo naklonjen. V času bivanja v ZDA sem moral zbirati tudi denar (angl. »fund raising«). Za donacijo za nakup ECMO-opreme sem zaprosil Slovensko narodno podporno jednoto in Združenje progresivnih Slovencev Amerike, kjer so se ljubeznivo odzvali. Nabiralna akcija pri slovenskih izseljencih v ZDA je preko časopisa Prosveta tekla leto in pol. Zastopstvo Slovenijalesa je prevzelo ekspedit nakupljene opreme do letalskega prevoznika (JAT) v New York, ki je opremo zastonj prepeljal v Ljubljano. Veterinarska fakulteta Univerze v Ljubljani nam je po presoji svoje etične komisije omogočila uporabo svojih operacijskih prostorov in oskrbo psov, ki smo jih potrebovali za učenje metode ECMO. Stroške smo jim krili iz raziskovalnih nalog, ki so potekale na Kliničnem oddelku za

otroško kirurgijo in intenzivno terapijo kirurške klinike (KOOKIT). Šest psov je iz svojih legel darovala tovarna zdravil Krka. En element ECMO-opreme pa sta doma izdelala dva elektroinženirja, sicer moja sošolca iz gimnazijskih let. Poseben voziček za namestitev aparatur so naredili v tehničnih delavnicah UKC. V ZDA je Children's Hospital v Clevelandu dobro leto prej porabil za izvedbo enakega ECMO-projekta 142.000 ameriških dolarjev. Nas pa je vse skupaj stalo blizu 34.000 dolarjev. Moram pa povedati, da me na ta čas in na ljudi dobre volje, ki sem jih srečeval, vežejo še dandanes najlepši spomini in hvaležnost. Prav nič jim ni bilo težko postoriti.

ECMO je v osnovi zunajtelesni krvni obtok (by-pass), kot ga poznamo pri operacijah na odprtem srcu, le da je prirejen za dolgotrajno rabo. Komu je uspelo to najprej izvesti na način, da je bilo uspešno?

Uspešno ga je uvedel v klinično zdravljenje v ZDA Robert Bartlett. Leta 1976 je objavil prvo skupino novorojenčkov, zdravljenih na ta način. Izmenjava kisika in ogljikovega dioksida iz krvi se pri ECMO dogajata zunaj telesa od nekaj dni do več tednov. V tem času damo bolnim pljučem ali srcu možnost, da se pozdravijo. V času »pljučnega ali srčnega počitka« predihavamo pljuča z zrakom ali z zelo nizko koncentracijo kisika (30 odstotkov), redkimi vpihi in nizkimi tlaki. Pri razvoju opreme je največji problem predstavljal razvoj takšnega oksigenatorja, ki je moral zdržati dolgotrajno, nekajdnevno ali celo nekajtedensko rabo (pri nas enkrat celo več kot 30 dni). Teodor Kolobow je z uporabo semipermeabilne membrane, ki je dovoljevala difuzijo kisika v tok krvi, ki jo je oblival, in difuzijo CO₂ v obratni smeri, rešil problem. Membrano površine 0,5 m² sicer pravokotne oblike je zvil v tulec, ki ga je oblivala kri.

ECMO je bil v svojem začetku namenjen predvsem zdravljenju

novorojenčkov s hudim, ozdravljivim (reverzibilnim) obolenjem pljuč, kot so bolezen hialinih membran, mekonijska aspiracija, primarna pljučna hipertenzija novorojenčka z velikim desno-levim spojem, prirojena diafragemska kila in sepsa. Večini otrok smo lahko do tedaj pomagali na konvencionalen način z različnimi načini umetnega predihavanja z respiratorji in dodajanjem dušikovega monoksida (NO) v inhalacijsko mešanico ali z umetnim surfaktantom, ki ga dodamo otroku v dihalne poti. Od 5 do 10 odstotkom novorojenčkov pa dihalne stiske na ta način ni bilo mogoče pozdraviti in ti so potrebovali za zdravljenje ECMO, sicer bi umrli. Številne študije nedvomno potrjujejo, da zdravljenje z ECMO izboljša preživetje tako pri dojenčkih kot pri odraslih s hudo dihalno ali srčno odpovedjo. Po podatkih registra ELSO (Extracorporeal Life Support Organization) danes preživi zdravljenje z ECMO 77 odstotkov novorojenčkov.

Pri kritičnem srčnem popuščanju predstavlja ECMO (vensko-arterijska izvedba) neposredno podporo onemoglemu srcu po operativnih zdravljenjih zapletenih prirojenih srčnih napak s pričakovanim težkim prilaganjem krvnega obtoka novim razmeram. Z ECMO lahko tudi premostimo čas, ko otrok čaka na transplantacijo srca. Tak primer smo imeli v KOOKIT enkrat.

Prav na osnovi uspešnosti zdravljenja z ECMO v obdobju novorojenčka se je uporaba ECMO razširila tudi na večje otroke v hudi dihalni odpovedi – veno-venski ECMO s povprečnim 56-odstotnim preživetjem, nadalje na reševanje hude akutne srčne odpovedi – veno-arterijski ECMO s povprečnim 33- do 43-odstotnim preživetjem, in tudi na odrasle (50-odstotno preživetje). Pri otrocih je huda dihalna stiska, ne pa srčna odpoved, najbolj pogost razlog za uporabo ECMO, zato je pri njih največ v uporabi veno-venski način. Pediatrija kot stroka je praviloma vedno prenašala načine intenzivnega zdravljenja z odraslega bolnika

na otroka, pri ECMO pa se je ta nova metoda zdravljenja z otrok kasneje uspešno prenesla tudi na odrasle. V Sloveniji so ECMO prvokrat uporabili pri odraslih bolnikih v Centru za intenzivno medicino UKC Ljubljana leta 2009, se pravi 16 let kasneje, kot smo z njim začeli pri otrocih.

V posebno področje pa sodi uporaba ECMO kot načina invazivne metode podaljšane reanimacije, ki so ga v Ljubljani ob stalni masaži srca izvedli pri petih otrocih. Uspešno in brez posledic pri dveh.

Izključitveni kriteriji za ECMO so: možganska krvavitev, bronhopulmonalna displazija, telesna teža novorojenčkov pod 2,5 kg in če je bil otrok že več kot 10 dni na umetnem predihavanju, ko ni več možnosti, da bi se pljuča pozdravila.

Kako je potekala uvedba ECMO pri nas? Kako je potekalo izobraževanje, katere stroke morajo sodelovati, da je postopek uspešen?

Pri razvoju pediatrične intenzivne terapije, ki smo jo začeli v Sloveniji v letu 1970, je bilo naše vodilo, da moramo slovenskim otrokom zagotoviti prav enake načine intenzivnega zdravljenja, kot so jih deležni otroci v najrazvitejših državah (ZDA, Velika Britanija, Nemčija).

Večini otrok smo do leta 1994 lahko pomagali le na konvencionalen način. Brez moči pa smo bili pri dolgotrajni mehanski podpori srca. Vsi ti otroci so bili do tedaj, ko ECMO še ni bil možen, skoraj gotovo zapisani smrti. Tudi program srčne kirurgije je bil na točki, ko bi bilo v primeru kritičnega odpovedovanja srca po operativnih posegih nujno treba zagotoviti podporo z ECMO.

Tako smo se leta 1989 znašli pred dejstvom, da je ECMO treba za otroke razviti tudi v Sloveniji. Vso drugo respiratorno podporo smo že obvladali in treba je bilo stopiti korak naprej. To je bil ECMO. Pred enakim izzivom so bili takrat tudi številni zahodno-evropski pediatrični intenzivisti. Zato sem odšel za mesec dni v Detroit, kjer

so me vključili v raziskovalno skupino za ECMO. Delali smo na ovcah. V tej skupini sem se izčrpno seznanil z vodenjem dolgotrajnega postopka ter tehnologijo in reševanjem možnih tehnoloških in kliničnih zapletov.

Nato sem šel še za teden dni k Robertu Bartlettu, očetu metode ECMO, v Ann Arbor v Michigan, kjer so delali od 250 do 300 ECMO na leto. Tam so že uporabljali za transport v svoj center prenosni ECMO-sistem.

Sestav za izvajanje ECMO je namreč nabor med seboj funkcionalno povezanih aparatov in krvotočnega cevja (sliki). Te aparature so: kontrolnik za nadziranje pritoka krvi iz desnega atrija, črpalka (v našem primeru valjčna), oksigenator, merilci krvnega tlaka pred in po vstopu krvi iz oksigenatorja ter pretočni grelec za kri. Na vsakem od teh elementov je ob dolgotrajnem poteku ECMO možno pričakovati manjše ali večje tehnične težave in jih imajo vsi centri. Ekipe, ki vodi ECMO, mora pred priključitvijo otroka opraviti vse varnostne ukrepe in znati reševati probleme, ki se pojavljajo.

Predstavljam si, da je bila možnost zapletov pri uvedbi ECMO ogromna, sploh pri prvih poskusih.

ECMO je zelo invazivna metoda zdravljenja, ki prinaša s seboj tudi tveganje. Vstopamo namreč neposredno v krvni obtok otroka, ki ga po priključitvi na sistem ECMO upravljamo od zunaj. Kanilacijo desne notranje jugularne vene za odtok krvi iz desnega atrija je vedno opravil kardiološki kirurg in prav tako za vračanje krvi nazaj v otroka preko femoralne vene (veno-venski ECMO). Pri vensko-arterijskem ECMO pa je bila napravljena kanilacija desne notranje karotidne arterije za pritek krvi v telo, ki je morala biti zato podvezana. Tudi odstranitev kanila ob koncu ECMO je opravil kirurg. Danes kanilacijo in dekanilacijo lahko opravimo pri otrocih (ne novorojenčkih) z uvedbo kanila na perkutani način. ECMO sam po sebi prinaša veliko

možnost tudi kliničnih zapletov, ki lahko prizadenejo osrednje živčevje in delovanje ledvic. Zaradi neuravnotežene strdljivosti krvi (heparinizacija obtoka) lahko prihaja do krvavitev v notranje organe, pri novorojenčkih zlasti v možgane, ali pa do lokalnih krvavitev na mestu vstopa kanila v velike žile. Nadalje, do motenj v delovanju srca in obtočil, volutravme hudo bolnih pljuč tudi ob blagem predihavanju z respiratorjem in do okužb. Kontrolni ultrazvok glave je zato nujno napraviti pri novorojenčkih in dojenčkih, ki imajo še odprto veliko mečavo, pred in po končanem ECMO.

Kako ste pri tako tvegani metodi svojo terapevtsko odločitev pojasnjevali staršem?

Prav zaradi povedanega je treba staršem na miren način, razumljivo in z empatijo v prostoru, ki zagotavlja intimnost, izčrpno pojasniti tudi tveganje, ki ga prinaša ECMO sam po sebi. Druge metode za rešitev otrokovega življenja namreč medicina nima več na voljo.

Pri izvedbi vsakega zahtevnega projekta so najpomembnejši sposobni in predani sodelavci, zdravniki in medicinske sestre. Začetno skupino za ECMO, ki sem jo vodil, so sestavljali projektu do konca predani pediatri intenzivisti: mag. Gorazd Kalan, prim. Ivan Vidmar, Inka Lazar, dr. med., prof. dr. Štefan Grosek, kardiološki kirurg mag. Miro Kosin in diplomirane medicinske sestre Anica Kovač, Zdenka Janičijević in Mirjana Petreska. Sedaj je vodja programa ECMO mag. Gorazd Kalan. Ob preselitvi KOOKIT v prostore na novi pediatrični kliniki leta 2009 smo imeli priložnost nabaviti tudi novo najsoodobnejšo opremo za ECMO, ki jo odlikuje predvsem integriran in izpopolnjen sistem za monitoring zunajtelesnega obtoka in vrsta drugih izboljšav.

Preden smo prešli na otroka, je bilo nujno uvajanje ECMO na živalih, da se je ekipa lahko naučila dobro upravljati z zunajtelesnim obtokom in je bila sposobna preiti na človeka.

Metodo ECMO smo najprej izvedli na šestih psih, ki so bili tako vodeni neprekinjeno po 4 do 6 ur vsak. S tem smo se izognili »učenju« na otrocih, kar je etično nesprejemljivo. Pomembno je bilo tudi, da smo obvladali hitro reševanje tehničnih zapletov in nadzorovanje ter sprotno uravnavanje strdljivosti krvi s heparinom, nadomeščanje krvnih derivatov in volumna cirkulirajoče krvi.

Ko smo to dosegli, je prišlo na vrsto prvo reševanje življenja pri kritično bolnem otroku – novorojenčku v respiratorni stiski s hitro poglabljajočo se hipoksijo zaradi hialinsko-membranske bolezni pljuč. Ta otrok bi glede na oksigenacijski indeks (OI) imel preko 90 odstotkov možnosti, da umre, in ga tudi ni bilo moč prepeljati v noben drug ECMO-center. Pred vsemi nami je bila izjemna odgovornost, zlasti pred vodjo projekta. Kdorkoli je že kdaj skusil kaj podobnega, dobro ve, kakšna je teža takšne odločitve. Omeniti gre, da smo imeli s strani tedanjega medicinskega sveta UKC Ljubljana, kot najvišjega strokovnega organa, soglasje za uvedbo ECMO kot metode zdravljenja pri otrocih. Močno je zaželeno, da je prvi ECMO uspešen, ker da ekipi nov zagon. In nam je uspelo! ECMO je bil uveden v slovensko medicino! Pisalo se je leto 1994. Postali smo 10. ECMO-center za otroke v Evropi.

Na KOOKIT ekipo za ECMO vodijo pediatri intenzivisti. Obseg programa nas uvršča med majhne evropske ECMO-centre. ECMO za otroke je mogoče uvesti samo v strokovno najboljše stoječih kliničnih

centrih z vsemi zares vrhunsko sposobnimi službami (kirurgija, anesteziologija, rentgenologija, transfuziologija, urgentni laboratorij). Vse službe smo vedno vnaprej obvestili, da bo v intenzivni enoti potekal ECMO, in so se na to pripravili.

Pri katerih bolnikih je potrebno zdravljenje z ECMO?

Gre za bolne otroke, katerim je skupni imenovalac, da jim z vsemi konvencionalnimi načini intenzivne terapije pri odpovedi pljuč ali srca ni več mogoče pomagati. Bolezen mora biti reverzibilna. Navajam še nekatere kriterije, ki jih upoštevamo kot indikacije:

- 1) Da vrednost OI naraste preko 40 točk, kar je merilo za hudo hipoksijo, pri kateri je napovedna možnost, da bo otrok umrl, večja od 80 odstotkov. OI izračunavamo upoštevajoč vrednosti parcialnega tlaka kisika v arterijski krvi, koncentracije kisika v dihalnih poteh in srednjega tlaka v dihalnih poteh.
- 2) Dodaten kriterij je še okvara pljuč zaradi volutravme (intersticijski emfizem, pnevmotoraks, pnevmomediastinum).
- 3) Pri bolnikih z odpovedjo srca in obtočil zaradi miokarditisa, sepse ali nezmožnosti obuditve delovanja otrplega srca po srčni operaciji sama vrednost OI ni edino sprejemljivo indikacijsko merilo. Takrat upoštevamo klinično oceno šokovnega stanja in popolno odpoved periferne prekrvljenosti (mikrocirkulacije) s hitro poglabljajočo se metabolično in respiratorno acidozo.

Od leta 1994 do 2016 je bilo v KOOKIT z ECMO zdravljenih skupno 70 otrok. Od tega je bilo največ novorojenčkov (59 odstotkov) s povprečnim preživetjem 68 odstotkov. V ožji skupini novorojenčkov z boleznijo hialinih membran je preživel 80 odstotkov otrok.

Kako je potekalo sodelovanje s tujino in s katerimi centri?

Z otroško bolnišnico v Detroitu, kjer so mi zares nudili vse možnosti izpopolnjevanja v ECMO na živalih in

bolnikih in od koder sem način dela prenesel v Slovenijo, sem ves čas svojega dela vzdrževal stike. Včasih pa sem glede indikacij v dvomljivih primerih iskal tudi njihov nasvet. Od bližnjih centrov smo imeli strokovne stike zlasti s Pediatrično kliniko v Gradcu, kjer so ECMO začeli 2 leti pred nami. Med seboj pa smo se v tistem času osebno poznali skoraj vsi vodje ECMO-centrov v Evropi in največjih v ZDA, saj smo si bili generacijsko blizu. Pri izmenjavi izkušenj je bilo to na rednih srečanjih po Evropi in v ZDA bistvenega pomena tudi za naš napredek.

Po vsem, kar sem imel priložnost slišati, ste vi in vaši sodelavci v korist kritično bolnih otrok res opravili veliko delo, kljub spremljajočim materialnim težavam. Gotovo vodenje ECMO na otroku predstavlja za ljudi, ki ga opravljajo, veliko obremenitev.

Ni moč dovolj poudariti, kakšno osebno zadovoljstvo je bilo za vse nas reševanje življenj otrok, ki bi sicer umrli ali bili zaradi globoke hipoksije brez pomoči ECMO hudo okvarjeni. Videti presrečne starše otrok, dobesedno iztrganih smrti, je bilo pravo poplačilo za vse naše delo. Enako pa tudi srečevati ECMO-prebolewnike kasneje kot odrasle osebe. ECMO-projekt ne samo v času nastajanja, ampak tudi kasneje, kadar na otroku poteka ECMO, zdravstvene delavce med seboj povezuje in jim v največji meri potrjuje strokovno in človeško veljavo njihovega dela. Vesel sem, da sedaj mag. Gorazd Kalan s sodelavci uspešno nadaljuje ECMO na KOOKIT in se mu na tem mestu tudi zahvaljujem za posredovane podatke o bolnikih.

Naše 12-letne izkušnje v ECMO sem objavil s sodelavci leta 2006 v Zdravniškem vestniku (Zdrav Vestn 2006;75:61–70), kar mi je prispevalo skoraj neverjetne 0,5 kreditne točke k moji akademski karieri. Toliko o vrednotenju kliničnega dela v akademski sferi.



Novorojenček na ECMO, 1994.

Javna razprava o osnutku sprememb Zakona o zdravniški službi

Zdravniška zbornica Slovenije je s strani Ministrstva za zdravje RS prejela predlog sprememb Zakona o zdravniški službi, ki so ga želeli v Državnem zboru obravnavati po hitrem postopku, nanašal pa se je predvsem na sistem specializacij in licenc ter uvajal nov disciplinski postopek.

Ker je tema specializacij zelo pomembna, spremembe, predlagane v posredovanem osnutku predloga, pa velike in ne v skladu z dosedanjimi usmeritvami zbornice, smo na zbornici organizirali javno razpravo, na kateri smo oblikovali skupna stališča do omenjenega predloga zakona. Javne razprave se je udeležilo 80 študentov medicine, pripravnikov, specializantov, koordinatorjev in članov zborničnih odborov, na srečanju pa smo oblikovali skupna stališča do predlaganih sprememb.

1. Zbornica pozdravlja **uvodbo »sekundariata«** (6 mesecev pripravništva in 6 mesecev izbirnega dela) kot tako. V osnutku zakona ni jasno zapisano, ali je celoten sekundariat za zdravnike obvezen ali se lahko na razpis specializacij prijavijo že po opravljenem pripravništvu in strokovnem izpitu, kot do sedaj. Vsekakor menimo, da bi moral biti izbirni del sekundariata neobvezen.
2. Odločno nasprotujemo določili, »da se zdravnika, ki se kljub prošni mestom za opravljanje sekundariata vanj ne vključi«, in **»zdravnika, ki se ne prijavi na prvi javni razpis specializacij po opravljenem strokovnem izpitu, preneha voditi v evidenci aktivnih iskalcev zaposlitve«**. Omenjena predloga močno posegata v temeljne pravice diplomatov medicinske fakultete, ki jim jih daje zakonodaja s področja socialne varnosti, ter jih postavljata v

neenak položaj s katerokoli drugo poklicno skupino. V trenutno veljavnih pravnih predpisih namreč omenjene omejitve za druge poklicne skupine nismo našli. Tik po zaključku študija, med čakanjem na pripravništvo, je na voljo **denarna socialna pomoč**. Eden izmed pogojev za dodelitev je, da so prijavitelji v bazo aktivnih iskalcev zaposlitve. Ocenjujemo, da to izkoristi zelo malo mladih diplomantov medicine, vendar ni pošteno, da bi za mlade zdravnike veljala drugačna pravila kot za druge poklice. Še link do omenjene informacije: <http://csd-slovenija.org/sl/center/center-za-socialno-delo/see.page/denarna-socialna-pomoc>. Po **opravljenem 6-mesečnem pripravništvu** pa zdravnikom ob prijavi na Zavod za zaposlovanje RS pripada tudi **2-mesečno denarno nadomestilo** (https://www.ess.gov.si/iskalci_zaposlitve/prijava_brezposelne_osebe/denarno_nadomestilo) in tudi za pridobitev le-tega je pogoj, da so vpisani v bazo iskalcev zaposlitve, pri čemer ni ovira, če so že dogovorjeni za začetek službe čez nekaj mesecev.

3. Vštevanje celotnega »sekundariata« v program specializacij ni sprejemljivo. Kot do sedaj, se lahko všteva tisti del izbirnega dela »sekundariata«, po opravljenem strokovnem izpitu, ki vsebinsko ustreza posameznemu programu specializacije, pavšalno vštevanje prvih šestih mesecev izobraževanja – pripravništva in celotnega nadaljevalnega dela, ne glede, na katerem področju ga je zdravnik opravljal, pa je neustrezno in strokovno neprimerno. Navedeno bi tudi pomenilo, da je treba spremeniti programe vseh 45 zdravniških specializacij, da bi lahko zadostili



- omenjenemu zakonskemu določilu.
4. **Možnost izbire le ene specializacije**, ki se financira iz proračuna, onemogoča pridobitev specialistov za področja intenzivne medicine, kardiologije in vaskularne medicine ter otroške nevrologije, saj je za prijavo na omenjene specializacije pogoj že zaključena ali delno opravljena druga specializacija. Tako bi te specializacije zdravniki lahko opravljali izključno samoplačniško. Prav tako to zapira možnost izbire ustrezne specializacije zdravnikom, ki med ali po opravljeni prvi specializaciji postanejo trajno nesposobni opravljati izbrani poklic (npr. kirurg si tako poškoduje roko, da ne more več operirati) ali po izbiri in določenem obdobju izvajanja prve specializacije ugotovijo, da le-ta zanje ni ustrezna.
 5. **Financiranje specializacij iz proračuna** – omenjeno določilo je preveč pavšalno in nedorečeno. Sedaj se o višini sredstev za specializacije dogovarjajo Ministrstvo za zdravje RS, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in Zdravniška zbornica Slovenije, specializantom pa poleg plače in prejemkov pripadajo tudi druge pravice, npr. sredstva za izobraževanje, ki jih specializanti koristijo po svoji izbiri. V kolikor bi se financiranje preneslo na proračun, bi bila sredstva najverjetneje fiksna in nespremenljiva, pravice specializantov pa omejene. Prav tako je proračun mogoče spreminjati z rebalansom, stroka pa pri vseh takih odločitvah ne bi imela več besede.
 6. Zbornica meni, da rešitev, da **»predlog razpisa specializacij pripravi odbor, sestavljen iz predstavnikov ministrstva za zdravje, zbornice in Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije«**, ni ustrezna. Zakon med drugim predvideva, da se pri pripravi razpisa upošteva mreža javne zdravstvene službe, ki je Slovenija še vedno nima, prav tako pa ne upošteva mnenja stroke, ki jo v tem primeru predstavljajo koordinatorji. Prav tako osnutek zakona ne omenja, iz katere baze se bodo črpali podatki, ki bodo osnova za izračun potrebne števila posameznih specializacij po statističnih regijah.
 7. Prav tako predvideni **razpis specializacij po statističnih regijah** ne sledi usmeritvam zbornice, ki si že leta prizadeva za nacionalni razpis, ter ne rešuje trenutne situacije. Na ta način se ustrezno reši le problematika SB Trbovlje (pri pridobivanju specializantov), ki trenutno spada v ljubljansko regijo, SB Ptuj pa tudi po ponujeni rešitvi ostaja v isti statistični regiji kot UKC Maribor.
 8. Nerazumljivo je tudi določilo, da »zbornica vsako leto posebej pripravi seznam javnih zdravstvenih zavodov po regijah, ki imajo prednost pri dajanju ponudb za zaposlitev«. Po dolgoletni praksi je razvidno, da je javljenih potreb vsako leto veliko več, kot je razpoložljivih specializantskih mest in seveda razpoložljivih kandidatov. Ni jasno, na kakšen način naj bi po petih ali šestih letih specializacije določali, kdo (kateri javni zavod) ima prednost pri dajanju ponudb in kako naj bi specializant, ki je specializiral za določeno regijo, že ob prijavi na razpis vsaj približno vedel, kje se bo dolžan zaposliti. Če vzamemo za primer specializanta družinske medicine iz Idrije, ki bo kandidiral za ljubljansko regijo: kako naj ve, da bo službo dolžan sprejeti v domačem kraju ali vsaj v okolici, in ne bo ob zaključku specializacije dolžan najprej sprejeti ponudbe iz Kočevja. Že sama zaveza za regijo, kot jo pozna sedanji sistem, posega v ustavno pravico posameznika do svobode dela, določilo, da bo mladi specialist šele ob ali po zaključku specializacije dolžan sprejeti zaposlitev na popolnoma drugem koncu države, pa pomeni še dodaten in po našem mnenju nedopusten poseg v zgoraj navedeno ustavno pravico.
 9. Določilo, da naj bi bil **rok za dokončanje specializacije določen že v odločbi o odobritvi specializacije**, je neživljensko in pravno neizvedljivo. Mlade zdravnice so med specializacijo enkrat ali večkrat na porodniškem dopustu, prav tako niso upoštevane daljše bolniške odsotnosti aličasne prekinitve specializacij zaradi opravljanja npr. doktorata ali drugega usmerjenega izobraževanja. Spreminjanje pravnomočnih odločb, izdanih v upravnem postopku, je zelo omejeno in v praksi redko izvedljivo.
 10. Osnutek omenjenega zakona predvideva tudi, da naj bi bil **izbrani osebni zdravnik tudi specializant s področja družinske medicine, pediatrije ter ginekologije in porodništva, ki opravlja tretje leto specializacije**. Navedeni predlog je v nasprotju z določilom 28. člena Direktive o priznavanju poklicnih kvalifikacij (36/2005/EC), ki tako možnost samostojnega dela dopušča zgolj za »področje splošne medicine«, po usposabljanju, ki traja najmanj tri leta. Omenjeni predlog tudi močno zmanjšuje pravno varnost pacientov, ki bi jih obravnaval zdravnik specializant po (vaših navedbah) opravljenem enem letu sekundarata in enem letu svoje izbrane specializacije, in prenaša prevelik del odgovornosti na mlade zdravnike, ki za samostojno delo še niso usposobljeni. Dovoljenje za samostojno delo, skladno z določili ZZdrS, vendarle še vedno ostaja veljavna licenca (po opravljeni specializaciji). Pri tem se poraja tudi vprašanje, kako bodo taki zdravniki nemoteno opravljali specializacijo in predvideno kroženje. Kaj bo s tako opredeljenimi pacienti, ko specializant zaključi specializacijo in je dolžan sprejeti zaposlitev v drugem javnem zdravstvenem zavodu?

Iz dela zbornice

Zbornica oživlja svojo spletno stran

Uvodnik 426. tedenskega biltena ZZS, 6. 4. 2017

Redni obiskovalci spletne strani Zdravniške zbornice Slovenije se gotovo spomnite, da je ta ob koncu lanskega leta dokaj nepričakovano oziroma nenapovedano spremenila svojo podobo. Zdaj smo se že navadili na novo podobo, pogrešamo pa vsebine in delovanje, ki bi pritegnili naše člane k branju in sodelovanju – torej oživitvi spletne strani in s tem posredno tudi zborničnih dejavnosti.

Samokritično lahko ugotovimo, da na spletni strani nista dovolj jasno predstavljena poslanstvo in vizija zbornice, kakor tudi ne, kako podpira interese članov. Zato se podajamo v prevetritev vsebin z željo, da bo spletna stran dobro služila predvsem članom, izražala duh transparentnosti in zagotavljala vedno dostopne informacije o našem delu vsem zainteresiranim javnostim.

Med zainteresiranimi javnostmi so gotovo novinarji, ki iščejo informacije pri različnih virih z različno kredibilnostjo, z različnim vedenjem in z različnimi motivi. Mediji se

občasno ponavljajo s svojimi vprašanji, ki se nanašajo na vroče teme, na primer na vprašanja strokovnih nadzorov, ki jih opravlja zbornica. Zdravniki in zobozdravniki si želimo bolj analitičnega pogleda tudi s strani medijev: kaj sploh je strokovni nadzor, v kolikšnem času se ga lahko opravi in kaj se od njega lahko pričakuje. Zato bomo na spletni strani kmalu objavili tudi nekoliko razširjeno informacijo o javnih pooblastilih, ki jih ima zbornica.

Vse, ki imate ideje in željo po sodelovanju pri vsebinski prenovi spletne strani Zdravniške zbornice Slovenije, vabim k sodelovanju.

Na elektronski naslov pr@zss-mcs.si nam do 30. aprila 2017 sporočite, kako želite sodelovati pri vsebinski nadgradnji spletnega mesta. Sodelovanje bo mogoče tudi kasneje, vendar bi glavne spremembe radi pripravili v naslednjem mesecu dni. Opredelite se lahko tudi do tega, kako koristne so posamične rubrike, ki že obstajajo, ali pa do tega, kako koristne

so vsebine, ki smo jih začasno razporedili v spodnje kategorije.

Kategorija 1: Partnerske institucije, mladi zdravniki

Kategorija 2: Aplikacije

Kategorija 3: Spletna orodja, iskalnik zdravnikov, forum zdravnikov

Kategorija 4: Zakonodaja, na primer <http://www.pisrs.si>

Kategorija 5: Medicinski viri, smernice

Kategorija 6: Koristne informacije (publikacije ali dokumentna knjižnica)

Veselim se vaših predlogov in tudi konstruktivnih kritik ter cenim vašo pripravljenost prispevati k spremembam spletne strani – ta naj postane eno od središč, kjer bomo člani in članice zbornice lahko izražali svoja mnenja in oblikovali skupna stališča o pomembnih vprašanjih, ki zadevajo naše delo.

*Dr. Zdenka Čebašek - Travnik,
predsednica*

Zdravniki, zobozdravniki in zakonodaja

Uvodnik 425. tedenskega biltena ZZS, 30. 3. 2017

Zdravstvena reforma je izraz, ki ga slišimo in beremo vsak dan. Nam, zdravnikom in zobozdravnikom, je jasno, da se ta reforma nanaša tudi na nas, na naše delovne pogoje in na sredstva, ki jih potrebujemo za svoje delo – da bi lahko s svojim znanjem pomagali pacientom.

Zakone, ki so del zdravstvene reforme, pripravlja ministrstvo za zdravje. Zdravniki in zobozdravniki

smo upravičeno pričakovali, da bomo pri pripravi zadevne zakonodaje lahko dejavno sodelovali. Takšno sodelovanje je tudi zakonsko določeno – v Zakonu o zdravniški službi (71. člen, točka 5), ki jasno opredeljuje *sodelovanje Zdravniške zbornice Slovenije (ZZS) pri pripravi zakonov, planskih dokumentov, kadrovskih načrtov in drugih predpisov s področja zdravstva*. Zato se sprašujemo, kako to, da

se v zakonih, ki pridejo v javno obravnavo, sodelovanje zbornice komajda opazi ali pa sploh ne.

Zdravniška zbornica se je dejavno vključila v javno razpravo o vseh zakonih, ki so že prišli do te faze zakonodajnega postopka. Zadnji tak zakon iz javne razprave je Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ). Pripombe na ta zakon so nastajale v obdobju dveh vodstev

ZZS, vendar so bile usklajene in v mandatu sedanjega vodstva tudi dopolnjene. Pri tem je pomembno vlogo odigral tudi Odbor za zasebno dejavnost. Prav tako so bile pripombe usklajene znotraj Koordinacije zdravniških organizacij. Celotno besedilo podanih pripomb je objavljeno na spletni strani ZZS, skupno stališče pa, da predlagamo umik tega zakonskega osnutka iz nadaljnje obravnave. Zakaj takšno stališče? Tisti, ki vas to zanima in utegnate prebrati to besedilo, se lahko o razlogih prepričate sami. Druge bo k razmisleku pripravil uvodnik v naslednji številki revije Isis in tudi drugi sestavki o tej temi.

Kot predsednica zbornice z zanimanjem spremljam dejstvo, da se v razpravo o zakonodajnih spremembah vključuje vedno več članov, ki razumejo, da ne smemo dovoliti, da bi se zdravstvena zakonodaja spreminja-

la brez upoštevanja naših strokovnih mnenj. Zbornica je stopila še korak naprej – pripravili smo zbor zainteresiranih zdravnikov, predvsem mladih, na katerem smo predstavili delovno gradivo (torej ne še osnutka zakona) za spremembe Zakona o zdravniški službi. Govorili smo o izhodiščih, ki so za nas nesprejemljiva, in o svojih ugotovitvah seznanili ministrstvo za zdravje. Tudi ta dokument je objavljen na spletni strani ZZS.

Tudi v prihodnje se bo zdravniška zbornica odzivala na vse predlagane spremembe zakonodaje s področja zdravstva. Treba pa bo najti načine, da bo ministrstvo za zdravje v večji meri kot doslej upoštevalo naše pripombe.

Dr. Zdenka Čebašek - Travnik,
predsednica

treba pripraviti zakonske podlage za uvedbo nekrivdnega priznanja kompenzacije pri opravljanju zdravstvenih storitev (nekrivdna odškodnina).

Najprej pojasnilo o tem, kaj pomeni nekrivdna odškodnina: vsako zdravljenje lahko prinaša tveganje za neželene učinke ali celo hude zdravstvene zaplete kljub vseh izkazani skrbnosti zdravstvenih delavcev, še posebej zdravnikov in zobozdravnikov. Kadar do takšnih posledic pride, pa je treba zagotoviti odškodnino po nekrivdnem sistemu, ki je za vse vpletene v te dogodke hitrejši in manj boleč.

Zdravniška zbornica se za uvedbo sistema nekrivdnih odškodnin zavzema že dlje časa. Nektivni sistem bi moralo načrtovati ministrstvo za zdravje v sodelovanju z zdravstveno blagajno in izvajalci zdravstvenih storitev.

Za vpeljavo takšnega sistema so nujno potrebne zakonodajne spremembe. Pobudo o tem je zbornica posredovala na ministrstvo za zdravje tudi v lanskem letu. Žal moramo ugotoviti, da v okviru trenutno predlaganih rešitev v osnutkih zakonov, ki naj bi sestavljali zdravstveno reformo, uvedba sistema nekrivdnih povračil ni predvidena.

V meniju namesto Zdravnik v stiski Zdravniški ombudsman

Iz 426. tedenskega biltena, 6. 4. 2017

Zdravniški ombudsman nastaja kot nova oblika neodvisne strokovne pomoči zdravnikom in zobozdravnikom, ki nam bo v pomoč, ko se bomo srečevali z osebnimi težavami v poklicnem ali družinskem življenju.

Zdravniški ombudsman bo začel delovati že v mesecu aprilu v obliki pogovorov, ki jih bodo nudili izkušeni kolegi. Imamo določene termine, na katere se zainteresirani lahko prijavite, in sicer 10. 4. 2017 za pogovor po

telefonu med 17. in 19. uro in 20. 4. 2017 za osebni pogovor v prostorih zbornice med 17. in 19. uro.

V aprilu bo naročanje na pogovor možno samo preko elektronskega naslova zdrom@zds-mcs.si, kasneje bomo posredovali tudi druge informacije.

Več o ideji zdravniškega ombudsmana si lahko preberete na spletni strani www.zdravniskazbornica.si (zbornica za vas)

Sistem nekrivdnega priznavanja odškodnin v primerih neželenih izidov zdravljenja

Iz 424. tedenskega biltena, 23. 3. 2017

Glede na strmo rast odškodnin v zadnjem času je jasno, da bodo tovrstna zavarovanja zelo hitro

postala premajhna oz. bo zaradi odškodnin ogroženo delovanje izvajalcev zdravstvenih storitev. Zato je

Specializacije

Iz 424. tedenskega biltena,
23. 3. 2017

Glede navedb ministrstva za zdravje, da je »pomanjkanje zdravnikov posledica 15 letnega načina kadrovanja in razpisovanja specializacij, ki so bile v pristojnosti in so še Zdravniške zbornice Slovenije«, pojasnjujemo:

Leta 2003, ko je zbornica prevzela razpisovanje specializacij s strani ministrstva in uvedla sistem javnih razpisov, je bilo v Sloveniji 191 specializantov za potrebe javne zdravstvene mreže (vir: register na dan 31. 12. 2003), danes jih je 1.740. Za pripravo kakovostnih razpisov s

popolnoma verodostojnimi podatki bi potrebovali mrežo specialistov v javni zdravstveni službi, ki je ministrstvo, zakonski obvezi navkljub, v zadnjih 20 letih ni pripravilo. Zbornica tako ob pripravi razpisov, če poenostavljeno razložimo, upošteva javljene potrebe javnih zdravstvenih zavodov, enakomerno porazdeljenost specializacij po regijah in seveda število razpoložljivih kandidatov (odkar sta dve medicinski fakulteti, govorimo o 260 zdravniških letno, pred tem pa jih je bilo še manj). Več specializacij

razpišemo, večja je verjetnost, da bodo manj zaželeni specializacije in manj privlačne regije ostale brez zdravnikov. Ob vsem navedenem pa ne gre zanemariti dejstva, da je ministrstvo za zdravje podalo soglasje k vsem razpisom specializacij.

Da bi čim bolj pripravili predlog novega razpisa specializacij, ki bo ustrezal zastavljenim ciljem zdravstvene politike ter bo obenem usklajen z možnostmi izobraževanja na prostih specializantskih delovnih mestih ter številom razpoložljivih

glavnih mentorjev, smo ministrstvo v začetku oktobra lani prosili za usmeritev in cilje z navedbo, katera specialistična področja želi ministrstvo krepiti v letu 2017. Odgovora nismo prejeli. Predlog prvega javnega razpisa specializacij za leto 2017 je bil ministrstvu posredovan 23. 2. 2017, morebitnega poziva za dopolnitev oz. soglasja k razpisu pa še nismo prejeli.

P. S. Soglasje k razpisu specializacij smo prejeli 7. 4. 2017.

Socialne pravice mladih zdravnikov in zobozdravnikov

Iz 425. tedenskega biltena, 30. 3. 2017

Na podlagi spodnjega določila so **po pripravi mladi zdravniki** upravičeni do 2-mesečnega, zobozdravniki pa do 3-mesečnega **denarnega nadomestila v višini 80 odstotkov plače**. V tem času je zagotovljeno tudi kritje obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Čas prejemanja denarnega nadomestila je odvisen od zavarovalne dobe, in sicer: **2 meseca**, če ste mlajši od 30 let in ste bili pred nastankom brezposelnosti zavarovani

najmanj 6 mesecev v zadnjih 24 mesecih. **3 mesece**, če ste bili zavarovani od 9 mesecev do 5 let.

Pogoj je vpis v bazo iskalcev zaposlitve na eni izmed območnih služb ZRSZ (ob tem potrebujete kopijo pogodbe o zaposlitvi med pripravništvom ter izpolnjen obrazec: https://www.ess.gov.si/_files/1947/obrazec_placa.doc)

Po zaključku študija, med čakanjem na pripravništvo, pa lahko zaprosite za **denarno socialno**

pomoč na CSD (ter kritje obveznega in dopolnilnega zavarovanja), do česar ste, razen nekaj splošnih pogojev, upravičeni, če niste poročeni, prijavljeni morate biti v bazo iskalcev zaposlitve na ZRSZ, preverja pa se tudi dohodek v zadnjih 3 mesecih (štipendije se ne upoštevajo) ter premoženjsko stanje (do pomoči niste upravičeni, če imate več kot eno stanovanje, avto v vrednosti več kot 8100 eur, večjo vrednost v delnicah ipd.). Področje ureja Zakon o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev.

E-naročanje prinaša tudi nekatera tveganja pri varovanju osebnih podatkov

Iz 427. tedenskega biltena, 13. 4. 2017

Z 10. aprilom 2017 je postal obvezen del zdravstvenega sistema e-naročanje, za katerega Ministrstvo za zdravje predvideva, da bo izboljšal sistem naročanja in s tem tudi dostopnost do zdravstvenih storitev za paciente. Zdravniška zbornica ob tem opozarja, da sistem e-zdravja prinaša

tudi določeno tveganje za varovanje zasebnosti pacientov, zato zdravnike in zobozdravnike pozivamo, da spremljajo morebitne odklone in jih nemudoma prijavijo zdravniški zbornici ali informacijskemu pooblaščenca.

V zvezi s tem opozarjamo na peticijo (objavljena na spletni strani

ZZS), ki so jo pripravili zdravniki in psihologi, ki delajo na področju psihiatrije znotraj javne zdravstvene mreže. Za pomoč pri vprašanjih, ki se pojavljajo v zvezi s storitvami eZdravja, je organiziran center za pomoč uporabnikom na brezplačni telefonski številki 080 24 45, preko spletnega obrazca na podpora.ezdrav.si ali elektronskega naslova podpora@ezdrav.si.



Pamela Rendi - Wagner: Ministrica z največjo hitrostjo

Prevod in priredba: Marjan Kordaš, Ljubljana

marjan.kordas@mf.uni-lj.si

»Ni mi bilo treba dolgo razmišljati,« je povedala nova ministrica za zdravstvo, potem ko jo je predstavil predsednik zvezne vlade Christian Kern, pa četudi jo je slednji komaj dva dni pred tem vprašal, ali bi nadaljevala tisto, kar je začela (zdaj že pokojna ministrica) Sabine Oberhauser.

Potem ko se je predstojništvo SPÖ (*Partei-vorstand der Sozialdemokratischen Partei Österreichs*) soglasno izreklo, da priv. doc. Joy Pamela Rendi - Wagner postane nova ministrica za zdravstvo in ženske, je bila že predstavljena javnosti. In že nekaj ur potem jo je predsednik države tudi zaprisegel.

Dr. Rendi - Wagner je bila šest let sekcijski vodja v ministrstvu za zdravstvo. Njen ministrski pred-predhodnik jo je leta 2011 povabil iz tujine v domovino. Rendi - Wagner ima naslov *Master of Science in Infection and Health in the Tropics* (University of London). Hkrati je tudi gostujoča docentka na School of Public Health, University of Tel Aviv.

Nova ministrica meni, da cilj sodobne zdravstvene politike mora biti ne le, da ljudje dlje živijo, temveč da dlje zdravo živijo. Tudi pričakovana življenjska doba ne sme biti odvisna od stopnje izobrazbe, mesta bivanja in delovnih razmer. Pri bolezni mora biti »zagotovljena fer dostopnost do kakovostnega in tehnično visoko

razvitega zdravstvenega sistema«. Pri svoji prihodnji dejavnosti se bo opirala na svoje omrežje zadnjih let. Kot sekcijski vodja je konstruktivno sodelovala z zastopniki ÖÄK (Avstrijska zdravniška zbornica) »in to bom nadgrajevala«. V politiki so vedno nujni partnerji in med te sodi tudi zdravniška zbornica.

Poklicna pot je bila zanjo vedno zelo pomembna. Kot ženska (žena) in mati dveh hčera (sedem in enajst let) mora tudi sama večkrat na dan »narediti špago« (telesno vajo), da zmore združiti oboje. Velik izziv vidi tudi v ženski politiki – zaprisežena je bila 8. marca, na svetovni dan žensk – v združevanju poklica in družine, ki sloni na ramenih žensk, »tudi na mojih ramenih«.

Poklicna pot: promocija leta 1996 na Medicinski univerzi Dunaj, strokovno izpopolnjevanje v specifični profilaksi in tropski medicini na isti univerzi ter v Kaiser-Franz-Josef-Spital na Dunaju. Na temelju njenega raziskovanja je bil interval cepljenja proti FSME (virusu klopnege meningoencefalitisa) podaljšan od treh na pet let. Leta 2005 je postala specialistka za specifično profilakso in tropsko medicino. Specialna strokovna področja: preventiva s cepljenjem, potovalna medicina, infekcijska epidemiologija. Leta 2008 se je za ta področja tudi habilitirala na Medicinski univerzi Dunaj.

Vir: *Österreichische Ärztezeitung* št. 6, 25.
marec 2017

Opomba: Vredno je prebrati ves zapis. Kak balkanolog pa bi morda znal odgovoriti, zakaj so v Avstriji nekatere reči samoumevne, v Sloveniji pa ne le neizvedljive, temveč tudi nepredstavljive ...





Kompetence za izboljševanje kakovosti in varnosti v zdravstvu ter osredotočenja na pacienta in njegove bližnje

Delovna skupina pri Ministrstvu za zdravje RS

Izr. prof. dr. Andrej Robida, dr. med., Center za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave, **Biserka Simčič**, spec. posl. ekon., EQM, Ministrstvo za zdravje RS, **Zdenka Kramar**, mag. zdr. nege, Univerzitetni klinični center Ljubljana, **Jelka Mlakar**, viš. med. ses., Univerzitetni klinični center Ljubljana, **doc. dr. Jasmina Primožič**, dr. dent. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, **izr. prof. dr. Brigita Skela Savič**, viš. med. ses., univ. dipl. org., **prim. asist. Daniel Grabar**, dr. med., Splošna bolnišnica Murska Sobota

Uvod

Izboljševanje kakovosti in varnosti v zdravstvu je dolžnost in odgovornost vseh deležnikov in se osredotoča na izboljšanje izidov za posameznika in populacijo, povečanje uspešnosti zdravstvenega sistema, izboljšanje vrednosti zdravstvene obravnave, boljši razvoj strokovnjakov in izboljšanje izkušenj pacientov in izvajalcev (Batalden & Davidoff, 2007).

Izobraževalni sistemi igrajo ključno vlogo pri oblikovanju kulture na področju kakovosti in varnosti v zdravstvu, na področjih poklicne komunikacije, dejavnosti in procesov po meri. So osrednja področja, kjer se oblikuje poklicna kompetenca, ki je del vgrajene študentske poklicne kulture in je bolj ali manj izražena in zagovarjana v različnih poklicnih programih in izobraževalnih ustanovah. Izobraževanje v zdravstvu je povezano s pridobitvijo licence, certifikata in naziva, ki ustreza vstopu v poklic. Študent je odvisen od certificiranja ali licenciranja. Nanj vplivajo njegovi izobraževalni programi in priložnosti, ki jih ti programi proizvedejo (Almas & Odegard, 2010, p.144; Hall, 2005, p. 191).

Nacionalna anketa o izobraževanju za pridobivanje kompetenc s področja kakovosti v zdravstvu in varnost

pacientov v letu 2016 je pokazala, da je treba poenotiti študijske programe in kompetence za kakovost in varnost v sistemu zdravstvenega varstva na ravni države, saj te potekajo zelo različno, na medicinskih fakultetah pa sploh ne ali v zelo majhnem obsegu (Robida, et al., 2016).

Splošno sprejeta definicija kompetenc ni dogovorjena. Najpreprostejše bi bilo kompetence definirati kot zmožnost posameznika, da pravilno opravi delo (White, 1959). Zavod RS za šolstvo kompetenco definira kot »zmožnost opraviti neko nalogo, nekompetenco pa nasprotno. Kompetence vključujejo: obvladovanje pojmov, znanj, spretnosti, veščin, socialnih odnosov, stališč, ravnanj, odnosa do samega sebe«. Ko govorimo o kompetencah na delovnem mestu, mislimo na strokovne, specialne in osebnostne kompetence ter vrednote, kot sestavni del kompetenc zaposlenih. V okviru Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), projekta Definition and Selection of Competencies (DeSeCo, 2005), kompetence definirajo več kot le znanje in veščine, poimenujejo jih kot večdimenzionalni pojem, ki vključuje kombinacijo znanj, spoznanj, spretnosti in odnosov.

Raziskave poklicev poudarjajo dejstvo, da kompetenca vsebuje tako

znanje, spretnosti in odnose, potrebne za delo v določenem poklicu, kot tudi sposobnost dojemanja vsebine del. Svetovna zdravstvena organizacija poklicno kompetenco opisuje kot sposobnost opravljanja določene poklicne funkcije, ki je sestavljena iz repertoarja poklicne prakse (Areskog, et al., 1988). Kompetenca zahteva znanje, primerne usposobljenosti in vidne mehanske intelektualne spretnosti, ki omogočajo opravljanje določene poklicne storitve (Gračner, 2014, p. 33).

Kompetence lahko razdelimo na intelektualne, medosebne, prilagoditvene in usmerjene k ciljem. Kompetenten zdravstveni strokovnjak izvaja zdravstveno prakso z osredotočenjem na pacienta, največkrat v večpoklicnem zdravstvenem timu. Deluje v skladu z etičnimi načeli in uporablja z dokazi podprto izvajanje zdravstvene oskrbe ter metode in orodja za izboljševanje kakovosti s pomočjo informacijske tehnologije. Ključne kompetence za izboljševanje kakovosti, varnosti in osredotočenja na paciente so: sistemsko razmišljanje, zdravstvena obravnava, osredotočenost na pacienta in njegove bližnje, z dokazi podprta zdravstvena obravnava, timsko delo in sodelovanje, nenehno izboljševanje varnosti in kakovosti ter uporaba informacij (Odell, 2011; Frank & Brien,

2008; International Hospital Federation, 2015; Epstein & Street, 2011; World Health Organization (WHO), 2011; Robida, 2009; Robida, 2011).

Pomembno je tudi, kako razumemo pojma kompetence in sposobnosti. Fraser in Greenhalgh (2001) navajata, da so sposobnosti več kot kompetence. Kompetence definirata kot kaj posameznik zna, kaj je zmožen narediti v okviru znanja, veščin, odnosa in drže, ki jo ima. Sposobnosti definirata kot obseg, do katerega se posameznik lahko prilagodi spremembam, generira novo znanje, izboljšuje svoje delo. Sposobnosti se pridobijo preko povratnih informacij za opravljeno delo, v iskanju izzivov ter z uporabo metod, kot so poročanje o dobrih praksah, delo v manjših skupinah, problemsko učenje idr.

Kompetence se merijo in obravnavajo glede na specifično delovno nalogo v določenem kliničnem ali nekliničnem okolju. Opredelimo jih na splošno kot znanje, veščine in vedenjske vzorce. Glede na raven kompetenc za določeno delo poznamo kompetence (prirejeno po Dreyfus, et al., 1980):

1. **Začetnika** (po Dreyfusu »novice«): vedenje je na ravni pravil in navodil, ki jih posameznik dobi. Čuti se odgovornega samo za sledenje pravilom in navodilom. Svoje obnašanje prilagodi pravilom in navodilom (poznavanje terminologije, osnovnih načel, konceptov in osebnih projektov za izboljšave in varnost pacientov).
2. **Napredovalega začetnika** (po Dreyfusu »advanced beginner«): dobiva izkušnje pri delu in razumevanju okolja z njegovim kontekstom. Čuti se odgovornega samo za sledenje pravilom in navodilom (praktična uporaba znanja s sodelovanjem pri projektih za izboljšave kakovosti in varnosti na delovnem mestu).
3. **Usposobljenega posameznika** (po Dreyfusu »competent«): vedenje je na ravni pravil in hkratnega razumevanja konteksta,

okolja; sposoben je ravnati glede na smernice v določenih okoliščinah. Zna uporabljati najboljše orodja za izboljševanje kakovosti in varnosti glede na situacijo. (Aktivno uvajanje in delo na izboljšavah kakovosti in varnosti pacientov v svoji delovni enoti od začetka do konca projekta in ocena njihovega projekta s strani strokovnjaka ali izvedenca.)

4. **Strokovnjaka** (po Dreyfusu »proficient«): vedenje v določenih okoliščinah je na podlagi znanja in pridobljenih izkušenj in veščin. Ravnanje glede na smernice v določenih okoliščinah postane bolj ali manj pomembno glede na pridobljene izkušnje; ima sposobnost proučevanja problema iz več različnih perspektiv (vključeni v projekte izboljševanja kakovosti in varnosti pacientov, ne samo v svoji enoti, pač pa tudi v drugih enotah zdravstvene ustanove, in delujejo tudi v skupini, ki skrbi za sistemski razvoj kakovosti in varnosti v zdravstveni ustanovi).
5. **Izvedenca** (po Dreyfusu »expert« in »master«): vedenje je na ravni »intuicije«, ki je odraz globljega razumevanja področja (ne samo pravil in smernic) in pridobljenih izkušenj; slednje so tolikšne, da omogočajo intuitivno odločanje na podlagi z izkušnjami pridobljenih asociacij v določenih okoliščinah (širjenje znanja s treningom osebja in širjenje izboljšav kakovosti in varnosti v celotni zdravstveni ustanovi in učitelji izboljševanja in varnosti pacientov, vključno z objavljanjem raziskav s področja kakovosti in varnosti, ter pomoč pri zapletenih problemih v lastni ali izven lastne organizacije).

V tem trenutku v Sloveniji nimamo dovolj usposobljenih strokovnjakov in izvedencev – učiteljev za izvajanje programov izboljševanja sistema kakovosti in varnosti pacientov. S pomanjkanjem se srečujemo tako v srednjih šolah kot na fakultetah, visokih zdravstvenih šolah in v

zdravstvenih ustanovah. To je tudi eden izmed vzrokov, zaradi katerih je nerealno pričakovati, da bomo v razmeroma kratkem času dosegli izboljšave. Prednostna naloga je usposabljanje učiteljev za sistem kakovosti in varnost zdravstvene obravnave. Kompetence kliničnih mentorjev zahtevajo najmanj raven strokovnjaka za usposabljanje zaposlenih v zdravstvu. Klinični mentor je strokovnjak, ki praktično uporablja metode, tehnike in orodja za izboljševanje sistema kakovosti in varnosti pacientov pri svojem vsakdanjem delu. Kompetence učiteljev na visokih šolah in fakultetah pa morajo biti na ravni izvedenca za formalno učenje študentov. Poleg strokovne ravni dosega tudi raziskovalno prepoznavnost s področja kakovosti zdravstvene obravnave in varnosti pacientov.

Kompetenc za izboljševanje sistema kakovosti in varnosti pacientov se ne da naučiti samo s prisostvovanjem predavanjem, seminarjem, delavnicam v živo ali prek internetnih e-učilnic, čeprav je to osnova. Potrebujemo izkustveno učenje s sodelovanjem pri projektih za izboljšave, ki morajo biti strukturirani po načelih znanosti o izboljšavah in varnosti pacientov (Armstrong, et al., 2012).

Vsi, ki delajo v zdravstvu, morajo imeti kompetence za nenehno izboljševanje kakovosti, varnosti pacientov in osredotočenja na paciente in bližnje.

Večina kompetenc za izvajanje visoko kakovostne in varne zdravstvene obravnave ima skupno osnovo. Za določena delovna mesta v zdravstvenem zavodu ali drugačno obliko zdravstvene dejavnosti in posameznih specialnosti pa so potrebne poglobljene in tudi specifične kompetence.

Za izboljševanje kakovosti, varnosti ter osredotočenja na paciente in bližnje predlagamo **5 ravni** glede na odgovornosti zdravstvenih delavcev, sodelavcev in neizvedencev:

- **Prva raven** za vse zdravstvene delavce, sodelavce in

nezdravstvene delavce – zahteva znanja, veščine, profesionalno obnašanje in odnose.

- **Druga raven** za zdravstvene delavce in sodelavce, ki izvajajo neposredno zdravstveno oskrbo pacientov in delajo pod nadzorom.
- **Tretja raven** za mentorje, vodje in strokovnjake z odgovornostjo za delovanje enot in oddelkov in izkušene zdravstvene strokovnjake.
- **Četrta raven** ali organizacijska raven – znanje, veščine, profesionalno obnašanje in odnos – vodje z odgovornostmi za celotno izvajanje zdravstvene dejavnosti na področjih, ki jih vodijo, **vključno s skrbjo za celotno pot pacienta skozi zdravstveni sistem.**
- **Peta raven** je raven učiteljev kakovosti in varnosti v zdravstvu in zahteva kompetence izvedenca.

Področja za izboljševanje kakovosti in varnosti so naslednja: zdravstvena obravnava kot sistem in proces, poznavanje variabilnosti procesov in njihovo merjenje, osredotočenje na paciente/bližnje in druge uporabnike, vodenje izboljševanja zdravstvene obravnave in varnosti pacientov, sodelovanje, timsko delo in komunikacija, koordinacija zdravstvene obravnave z osredotočenjem na pot pacienta skozi zdravstveni sistem in odgovornost (Armstrong, et al., 2012; Nolte, et al., 2015).

Usposabljanje na dodiplomski ravni za osnovne kompetence za spremljanje in izboljševanje kakovosti, varnosti pacientov in osredotočenje na paciente in bližnje velja za vse fakultete/visoke šole za zdravstvo, medicinski fakulteti in fakulteto za farmacijo ter za vse, ki delajo v zdravstvu.

V nadaljevanju sledijo primeri opredelitve nekaterih znanj in izhodišč za posamezne deležnike v sistemu zdravstvenega varstva. Podrobneje-

še opredelitve bodo zajemali izvedbeni programi izobraževanja in usposabljanja za vse skupine, hkrati pa bodo opisane tudi v akcijskem načrtu Nacionalne strategije kakovosti in varnosti v zdravstvu 2017–2022.

Osnovna znanja in izhodišča za izboljševanje sistema kakovosti in varnosti

- Sistem kakovosti in varnosti (sistemsko razmišljanje, splošno o sistemu, zdravstvo kot kompleksen prilagodljiv sistem). Bistvo vodenja kakovosti je sistematično izboljševanje znanja izvajalcev, organiziranosti procesa zdravstvene obravnave, delovnega okolja in vodenja. Kaže se v dvigu uspešnosti zdravljenja, povečani dostopnosti do zdravljenja, boljših delovnih pogojih, predvsem pa v večji varnosti zdravstvene obravnave (Simčič, 2010).
- Mikrosistem v zdravstvu. Mikrosistem v zdravstvu je kompleksen prilagodljiv sistem, ki ga sestavlja majhna skupina ljudi, ki vsakodnevno delajo skupaj in skrbijo za majhno populacijo pacientov. Ima skupne cilje obravnave pacientov, povezane procese, skupne informacije, skupno okolje, v katerem deluje, vzorce vedenja in izide uspešnosti svojega delovanja. Gre za kompleksen prilagodljiv sistem, ki ima svoj namen, paciente, zaposlene, procese, izide in vzorce vedenja (Nelson, et al. 2002).
- Z dokazi podprta zdravstvena obravnava. Z dokazi podprta zdravstvena obravnava (DPZO) je integracija najboljših znanstvenih dokazov z dejavniki v okolju delovanja, kot so klinično znanje, pacientove potrebe in okoliščine, zavedanje kliničnega okolja o pomenu DPZO, dosegljivost virov idr. Ključna sestavina DPZO je posamezniku prilago-

jena uporaba dokazov za spoprijemanje s specifičnimi potrebami pacienta in kliničnimi okoliščinami. DPZO ne vključuje samo z dokazi podprtega strokovnega/kliničnega dela, temveč gre za sistemski pristop, ki ga je treba podpreti z dokazi podprto ureditvijo zdravstvenega sistema dela, izobraževanjem in politiko (Salisbury, et al. 2007).

- Praktične metode in orodja za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave (Robida, 2009), kot so npr. varnostna vizita, varnostni pogovor, sistematična analiza globljih vzrokov za napake, konferenca o izidih in zapletih zdravljenja (mortalitetna in morbiditetna konferenca), redne notranje presoje, notranje izredne presoje (v primeru suma na namerno povzročeno škodo), zunanje presoje in nadzori.
- Timsko delo in komunikacija. Brez timskega dela v zdravstvu ne moremo doseči optimalnih izidov zdravstvene obravnave. Za timsko delo je potreben trening, ki se osredotoča na vzajemno odvisnost članov tima drug od drugega. Člani tima vidijo sami sebe kot sodelujoče člane pri oskrbi pacienta, koristijo drug drugemu pri oskrbi pacienta in izmenjavajo informacije, ki lahko vodijo do skupnih odločitev. Uspešen tim ima naslednje lastnosti: skupen namen, merljive cilje, uspešno voditeljstvo in reševanje konfliktov, dobro komunikacijo, vzajemno spoštovanje, spremljanje situacije, spremljanje samega sebe in prožnost (WHO, 2011). Slaba komunikacija je najpomembnejši vzrok napakam. Tu ne gre samo za komunikacijo s pacientom, ampak večinoma

za neurejeno komunikacijo znotraj zdravstvenih timov, znotraj zdravstvenih ustanov in med različnimi ravnmi zdravstvenega varstva (Joint Commission, 2005; Nolte, et al., 2015). Komunikacija je prenos informacij od sporočevalca k prejemniku prek komunikacijskega kanala in razumevanja komunikacije s strani prejemnika s povratno potrditvijo sporočevalca o pravilnosti razumevanja. Komunikacijo je moč strukturirati in standardizirati, zlasti v kritičnih situacijah (WHO, 2011).

Osnovna znanja in izhodišča zaznavanja kulture varnosti pacientov in njihovih bližnjih

Vzpostavitev in nenehno izboljševanje kulture varnosti pacientov (kultura sporočanja varnostnih zapletov (varnostni zaplet je izraz, ki je v Sloveniji v uporabi in je blažji izraz za napako) in drugih odklonov, kultura učenja, prožna kultura, pravična kultura in kultura odgovornosti):

- Procesni in sistemski pristop ter uvajanje sistema izboljšav pri uvajanju kulture varnosti pacientov z integracijo v celotno zdravstveno oskrbo pacientov na vseh ravneh (Yates, et al., 2005, Robida, 2013a).
- Ustvarjanje in vzdrževanje varnega okolja za nudenje varne zdravstvene oskrbe ob uporabi strategij za zagotavljanje varnosti in obvladovanje tveganj ter uporaba primernih instrumentov presoje za identificiranje dejanskih in potencialnih tveganj (Institute of Medicine, 2000).
- Obvladovanje, prepoznavanje, ugotavljanje, poročanje in analiziranje varnostnih zapletov in odklonov (opozorilni nevarni dogodki, varnostni zapleti, ki so dosegli pacienta in so mu povzročili škodo,

varnostni zapleti, ki so dosegli pacienta, a mu niso škodovali, skorajšnje napake ali skorajšnji varnostni incidenti) ter na osnovi tako pridobljenih spoznanj poučevanje zdravstvenih delavcev in predlaganje izboljšav, da bi se izognili ponavljanju podobnih zapletov (Robida, 2013b).

- Komunikacija (strukturirana, jasna in odprta) in timsko delo sta ključnega pomena za izboljševanje varnosti pacientov in visoke kakovosti zdravstvene oskrbe (Weinstock, 2007; Pronovost, et al., 2006). Gre za celovito in profesionalno komuniciranje in sodelovanje med vsemi poklici v zdravstvenem sistemu (WHO, 2011).

Osnovna znanja in izhodišča za opolnomočenje in osredotočenje na paciente in njihove bližnje

Osredotočenost na pacienta (spoštovanje in upoštevanje pacientovih pravic, vrednot in odziv na njegove potrebe, možnost izbire, usklajevanje, povezovanje, dostopnost in nepretrganost zdravstvene obravnave, sodelovanje in partnerski odnos pri načrtovanju zdravljenja, obveščenost, fizično udobje, stiki s svojcem in prijatelji in drugimi izbranimi osebami, prostovoljna navzočnost izbrane osebe) (Robida, 2009).

Opolnomočeni pacient sodeluje in sprejme odločitve o lastnem zdravljenju in oskrbi, potem ko je dobil ustrezne informacije od zdravnika in drugih zdravstvenih strokovnjakov, ima dober odnos z zdravstvenimi delavci, upošteva navodila za lastno zdravljenje, je pripravljen in sposoben prevzeti večjo odgovornost za lastno oskrbo, se udeležuje preventivnih pregledov ter stremi k zgodnjemu prepoznavanju bolezni, kar posledično zmanjšuje potrebo po hospitalizacijah in urgentnih pregledih (Sammer, et al., 2010).

Osnovna znanja in izhodišča sveta zavoda, da lahko zahteva

od vodstev zdravstvenih ustanov in pri tem tudi sodeluje

- Vzpostavitev in nenehno izboljševanje kakovosti in varnosti v zdravstvenih ustanovah.
- Strategija razvoja in vzpostavitve strateških ciljev kakovosti in varnosti.
- Kultura varnosti (poročanje varnostnih zapletov, uporaba orodij za preprečevanje varnostnih zapletov, nekaznovalni pristop pri ukrepanju za izboljšave, spremljanje preventivnih in korektivnih ukrepov, varnostnih pogovorov/vizit).
- Nadzor nad porabo namenskih finančnih in človeških virov za infrastrukturo kakovosti in varnosti ter usposabljanje osebja.
- Prepoznavanje in spremljanje odgovornosti vodstva za kakovost in varnost pacientov (Kroch, et al., 2006).

Osnovna znanja in izhodišča vrhnjega vodstva za:

- razvoj strategije nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti, vključno z organizacijsko kulturo, in kulture varnosti ter udeležanje teh strategij;
- zagotovitev virov za izvajanje in spremljanje z dokazi podprte zdravstvene obravnave in projektov za izboljševanje kakovosti in varnosti;
- uporabo sistema sodobne analize varnostnih incidentov brez neupravičenega obtoževanja ljudi za človeške napake in sistema za obvladovanje tveganj;
- opolnomočenje srednjega menedžmenta za uresničevanje kakovosti in varnosti.

Osnovna znanja in izhodišča srednjega vodstva za:

- opolnomočenje zaposlenih za izvajanje visoko kakovostne in varne zdravstvene obravnave;
- izboljševanje, spodbujanje in

- spremljanje kulture kakovosti;
- spremljanje zdravstvene obravnave na podlagi z dokazi podprte zdravstvene obravnave z uvajanjem metod in orodij za pomoč pri izvajanju;
- dajanje pobud, predlogov pri uvajanju sprememb;
- izvajanje in poročanje o uresničevanju strategije in strateških ciljev kakovosti in varnosti;
- uvajanje in spremljanje implementacije akreditacijskih standardov;
- menedžment usposabljanja zaposlenih in menedžment informacij;
- timsko delo in medpoklicno sodelovanje;
- ravnanje z viri (človeškimi, finančnimi, okolijskimi in materialnimi) (Reinertsen, et al., 2008).

Osnovna znanja in izhodišča vodij in članov komisij kakovosti za:

- vzpostavitev in nenehno izboljševanje sistema kakovosti in varnosti;
- vodenje in spremljanje implementacije standardov kakovosti v zdravstveni ustanovi ter načrtovanje, podpora in nadzor nad projekti za izboljšave;

- skrb za pravično kulturo ob škodljivih dogodkih zaradi varnostnih incidentov;
- poznavanje in uvajanje timskega dela in graditev večpoklicnih zdravstvenih timov, vključno s profesionalno komunikacijo, ter sodelovanje med vsemi poklici v zdravstveni ustanovi (WHO, 2011);
- prenos dobrih praks in izmenjava izkušenj (Reinertsen, et al., 2008).

Tabela 1 prikazuje relativno pomembnost kompetenc nenehnega izboljševanja kakovosti, varnosti pacientov in osredotočenja na paciente.

Zaključek

Kompetence za izboljševanje kakovosti, varnosti in osredotočenja na pacienta so predpogoj za izboljševanje zdravstvene prakse. Tehnična znanja in veščine niso dovolj, da bi dosegali izboljševanje izidov za paciente, boljši razvoj strokovnjakov, boljši razvoj zdravstvenega sistema in zmanjševanje razsipavanja virov. Za vzpostavitev znanja za pridobivanje opisanih kompetenc je prvi korak usposabljanje učiteljev, ki izhajajo iz zdravstva, da bodo lahko prenesli znanja, veščine in vzorce vedenja na vse zdravstvene in nezdravstvene strokovnjake. Priložnosti in načinov

za usposabljanje je veliko. Pomembno je, da nemudoma začnemo s poenotenimi ključnimi vsebinami v vseh zdravstvenih šolah in na fakultetah ter v zdravstvenih organizacijah, vključno z Ministrstvom za zdravje.

Usposabljanje mora biti neprestano, zato je pomembno njegovo nadaljevanje, ko študentje vstopijo v resnično okolje zdravstvenega sistema in morajo sodelovati pri projektih za izboljšave. Trenutno obstaja vrzel v kompetencah za izboljševanje kakovosti, varnosti in osredotočenja na paciente in bližnje tudi pri zaposlenih v zdravstvu ter pri mnogih učiteljih praktičnih veščin. Nujno potrebno je sodelovanje vseh vpletenih v sistemu zdravstvenega varstva. Zlasti bo treba vložiti delo in napor tako obstoječih strokovnjakov kot tudi odločevalcev oz. politike na področju zdravstva, da se bo stanje izboljšalo. Tako kot za druge kompetence, velja tudi za kompetence, o katerih govorimo, nenehno spremljanje razvoja znanosti o izboljšavah in varnosti pacientov.

Literatura:

1. Almas, S.H. & Odegard, A., 2010. Impact of professional cultures on students' perceptions of interprofessionalism. Some Norwegian experiences. *Journal of Allied Health*, 39(3), 143 -149.
2. Areskog N-H et al., 1988. *Learning together to work together for health, Report of a WHO Study Group on Multiprofessional Education of Health*

Kompetence	Vsi	Vrhnje vodstvo	Srednje vodstvo	Vodje in komisije za kakovost	Svet zavoda
Osnovne kompetence za izboljševanje kakovosti	+++	++	+++	+++	+
Kompetence za varnost pacientov	+++	++	+++	+++	+
Kompetence za osredotočenje na paciente in njihove bližnje	+++	++	+++	+++	+
Kompetence vrhnjega vodstva	-	+++	+	+	+
Kompetence srednjega vodstva	-	-	+++	+	+
Kompetence vodij in komisije kakovosti	-	-	-	+++	++
Kompetence sveta zavoda		++	+	+	+++

Legenda znakov: - pozna, + razume, kako narediti, ++ ve, kako narediti, +++ izvede

Tabela 1: Kompetence kakovosti in varnosti v zdravstvu in osredotočenju na paciente

- Personnel: the Team Approach*. Geneva: World Health Organization, p. 6.
3. Armstrong, G., Headrick, L., Madigosky, W. & Ogrinc, G., 2012. Designing education to improve care. *Joint Commission journal on quality and patient safety*, 38(1), pp. 5-14.
 4. Batalden, P.B. & Davidoff, F., 2007. What is "quality improvement" and how can it transform health care? *Quality & safety in health care*, 16(1), pp. 2-3.
 5. Canadian Patient Safety Institute, 2008. *Safety competencies: enhancing patient safety across the health professions*. Ottawa: Canadian Patient Safety Institute.
 6. DeSeCo Publications, 2005. *The definition and selection of key competencies: executive summary*. Available at: <http://deseco.ch/bfs/deseco/en/index/02.html> [Accessed 1 March 2017].
 7. Dreyfus, S. & Dreyfus, H., 1980. *A five stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition*. Sacramento: California University Berkeley, Operations Research Center. Available at: <http://www.dtic.mil/dtic/index> [Accessed 1 November 2016].
 8. Epstein, R.M. & Street, R.L., 2011. The values and value of patient-centered care. *Annals of family medicine*, 9(2), pp. 100-103.
 9. Frank, J.R. & Brien, S., eds. 2008. *The safety competencies: enhancing patient safety across the health professions*. Ottawa, ON: Canadian Patient Safety Institute.
 10. Fraser, S.W. & Greenhalgh, T., 2001. Coping with complexity: educating for capability. *British Medical Journal*, 323(7316), pp. 799-803.
 11. Gračner, A., 2014. *Management sprememb in uspešno uvajanje kulture varnosti bolnikov: Študija primera slovenske bolnišnice: doktorska disertacija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.
 12. Hall, P., 2005. Interprofessional teamwork: professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*, Supplement 1, pp. 188-196.
 13. Institute of Medicine, 2000. *To err is human: building a safer health system*. Washington DC: National Academy Press.
 14. International Hospital Federation, 2015. *Leadership competencies for health services managers*. Bernex: International Hospital Federation.
 15. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2005. *Sentinel events statistics. Root causes of sentinel Events*. Available at: www.jointcommission.org/sentinel_event.aspx [Accessed 1 February 2017].
 16. Kroch, E., Vaughn, T., Koepke, M., Roman, S., Foster, D., Sinha, S. & Levey, S., 2006. Hospital boards and quality dashboards. *Journal of Patient Safety*, 2(1), pp. 10-19.
 17. Nelson, E.C., Batalden, P.B., Huber, T.P., Mohr, J.J., Godfrey M.M., Headrick, L.A. & Wasson J.H. 2002. Microsystems in health care: Part 1. Learning from high-performing front-line clinical units. *The Joint Commission journal on quality improvement*, 28(9), pp. 472-493.
 18. Nolte, E., Zalel, J., Robida, A., Gabrovec, B., Horvat, M., Jazbinšek, S., Oprešnik, D., Buzeti, T., Pribaković Brinovec, R., Albrecht, T., Vračko, P. & Kerstin Petrič, V., 2015. *Optimizing service delivery: analysis of the health system in Slovenia : final report*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.
 19. Odell, M., 2011. Human factors and patient safety: changing roles in critical care. *Australian Critical Care*, 24(4), pp. 215-217.
 20. Pronovost, P.J., Berenholtz, S.M., Goeschel, C.A., Needham, D.M., Sexton, J.B., Thompson, D.A., Lubomski, L.H., Marsteller, J.A. & Hunt, E., 2006. Creating high reliability in health care organizations. *Health Services Research*, 41(4 Pt 2), pp. 1599-1617.
 21. Reinertsen, J.L., Bisognano, M. & Pugh, M.D., 2008. *Seven leadership leverage points for organization-level improvement in health care*. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement.
 22. Robida, A., 2009. *Pot do odlične zdravstvene prakse*. Ljubljana: Planet GV.
 23. Robida, A., 2011. Kako priti do večje varnosti pacientov v zdravstvu. In: Bregar, B., ed. *Varnostni zapleti pri pacientu - priložnost za učenje: zbornik predavanj z recenzijo, Seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, Maribor, 12. oktober 2011*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babič in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, p. 1-8.
 24. Robida, A., 2013a. Zaznavanje kulture varnosti pacientov v slovenskih akutnih bolnišnicah. *Zdravniški vestnik*, 82(10), pp. 648-660.
 25. Robida, A., 2013b. *Napake pri zdravstveni obravnavi pacientov - sistematična analiza globljih vzrokov za napake in njihovo preprečevanje*. Bled: Center za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave - Prosunt.
 26. Robida, A., Simčič, B., Skela-Savič, B. & Klemenc Kečič, Z., 2016. *Nacionalna anketa o izobraževanju za pridobivanje kompetenc s področja kakovosti v zdravstvu in varnosti pacientov*. ISIS, 25(11), pp. 38-40.
 27. Salisbury, J., Glasziou, P. & Del Mar, C., 2007. *Evidence-based practice work book: bridging the gap between health care research and practice / concept development and writing*. Oxford: Blackwell.
 28. Sammer C., Lykens K., Singh K. & Mains D., 2010. What is patient safety culture? A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship*; 42, 2; 156-165.
 29. Simčič, B., 2010. *Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010 - 2015)*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
 30. Weinstock, M., 2007. Can your nurses stop a surgeon? *Hospital and Health Networks*, 81(9), pp. 38-48.
 31. White, R.W., 1959. *Motivation reconsidered: the concept of competence*. *Psychological Review*, (5), pp. 297-333. doi:10.1037/h0040934
 32. World Health Organization (WHO), 2011. *WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition*. Geneva: World Health Organization.
 33. Yates, G.R., Bernd, D.L., Sayles, S.M., Stockmeier, C.A., Burke, G. & Merti, G.E., 2005. Building and sustaining a system-wide culture of safety. *Joint Commission journal on quality and patient safety*, 31(12), pp. 684-689.

Razsvetljenski napis cesarja
Jožefa II. nad vhodom v dunajsko
bolnišnico iz leta 1784

**Saluti et solatio
aegrorum
Varnost in udobje
bolnikov**

Naj to po skoraj četrtini tisočletja ostane
prosvetlensko vodilo naših bolnišnic!

Prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec



Izhodišča za zakon o kakovosti in varnosti v zdravstvu

Dr. Borut Stražisar, Erudio
borut.strazisar@guest.arnes.si

Konec lanskega decembra je Ministrstvo za zdravje dalo v javno obravnavo okvirna izhodišča za Zakon o kakovosti in varnosti v zdravstvu (v nadaljevanju: izhodišča). Pozdravno je, da pristojno ministrstvo poskuša sistemsko reševati sedanjo zmedo na področju akreditacij zdravstvenih izvajalcev. Pozitivno je tudi razmišljanje, da naj bi uvajanje kakovosti v zdravstvo na dolgi rok koristilo tudi njegovim uporabnikom – pacientom. Dosedanji parcialni pristop zdravstvenih zavodov k uvajanju kakovosti sem deloma ošvrknil v eni izmed prejšnjih števil revije Isis. S tem prispevkom pa želim opozoriti na konceptualna in pravno-politična vprašanja, ki jih objavljena izhodišča odpirajo.

Prvi vtis izhodišč je, da tako rekoč ponujajo čudežno palčko, ki bo »popravila« vse napake slovenskega zdravstva, in to z navajanjem primerov iz tujih ureditev. Torej, zakon o kakovosti in varnosti v zdravstvu naj bi omogočil vsakemu pacientu primerno, kakovostno in varno zdravstveno obravnavo. Hkrati naj bi uveljavitev omenjenega zakona omogočala osredotočenje na paciente in svojce. S prevalitvijo odgovornosti za preprečljive škodljive dogodke iz zavarovalnice na izvajalce pa naj bi se dosegla večja zavzetost izvajalcev v smeri preprečevanja nastanka takšnih dogodkov. In končno, zakon naj bi vzpostavil učenje iz napak in sistemskih pomanjkljivosti.

Osebo gledam na objavljena izhodišča kot na poskus priprave zakona za izvedbo veljavne zakonoda-

je. Verjetno pa je glavno gonilo omenjenih izhodišč preusmeriti del zdravstvenega denarja v dodatne zaslужarske skupine. Zanimivo je, da izhodiščem ni dana analiza stroškov, ki bi jih sistem povzročil, ter analiza prihrankov iz naslova uvedbe predlaganega sistema. V nadaljevanju želim osvetliti nekatera dejstva, ki opozarjajo na neustrezen pristop zakonodajalca oz. na nerazumevanje zakonodajalca o problemih v slovenskem zdravstvenem sistemu.

1. Slovensko zdravstvo – javna služba

Pretežni del zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji je opredeljen kot javna služba in tudi financiran iz javnih sredstev. Del zdravstvenih storitev se seveda izvaja tudi v popolnoma zasebni sferi, in to kot popolnoma tržne storitve (npr. del zobozdravstva). Pravni sistemi, ki so začeli uvajati sisteme kakovosti in akreditacij, pa imajo pretežno zasebno zdravstvo oz. se zdravstvena mreža gradi preko pogodbenih odnosov zavarovalnic z licenciranimi izvajalci. Ideja o akreditiranju javnih zdravstvenih zavodov je popolnoma skregana z logiko javnih služb.

Zaradi jasnosti je treba najprej opredeliti koncept javne službe. Javna služba pomeni, da je zagotavljanje neke storitve ali dobrine v javnem interesu (če izhajamo iz opredelitve v pravu EU). Kaj je v javnem interesu, pa opredeli vsaka družba zase glede na njen zgodovinski, družbeni in/ali socialni razvoj. Iz navedenega razloga se kot javne službe v različnih državah izvajajo različne dejavnosti. Javni

interes pomeni, da zagotavljanja določene storitve ali dobrine ne moremo prepustiti tržnim zakonitostim (četudi bi se le-te po svoji naravi izvajale povsem tržno). Koncept javne službe najprej pomeni, da je določena dobrina ali storitev pod enakimi in vnaprej določenimi pogoji dostopna vsakomur. Pri tržnih dejavnostih velja pogodbeni svoboda – izvajalec se sam odloča, s kom bo sklepal posle. Koncept javne službe pomeni tudi to, da trg določene dobrine ali storitve ni zmožen zagotavljati (ker ne omogoča ustvarjanja dobička) ali pa da bi bila tržna nihanja med ponudbo in povpraševanjem prevelika (in posledično bi bile, zaradi visoke cene, določene dobrine ali storitve za večino prebivalstva nedosegljive). In končno, koncept javne službe pomeni tudi vzpostavljane političnega nadzora nad zagotavljanjem posameznih dobrin ali storitev. To pomeni, da se preko javne službe lahko zagotavljajo tudi določeni socialni, ekonomski, fiskalni ali drugi cilji.

Za namen izvajanja javnih služb država¹ ustanavlja javne zavode. Gre za t. i. *non-for-profit* organizacije, katerih namen je zagotavljanje dobrin oz. storitev in ne izvajanje dejavnosti z namenom ustvarjanja dobička (ki bi ga ustanovitelj trošil za druge potrebe). Država mora tako preko javnih zavodov (in tudi preko koncesionarjev) vsem uporabnikom na srednji rok zagotavljati enako raven storitev na isti ravni zdravstvene dejavnosti. To posledično pomeni, da mora imeti uporabnik npr. bolnišnice v Šempetru enako zajamčeno kakovost storitve kot na Ptuj. Uporabnik storitve družinske medicine v ZD Črnomelj mora imeti enako zajamčeno kakovost storitve kot npr. pri zasebnem zdravniku družinske medicine s koncesijo v

1. Pojem države uporabljam za vse nivoje države (torej tudi za lokalne skupnosti).

Bovcu. To posledično pomeni, da morajo vsi zdravstveni zavodi (in tudi koncesionarji) izpolnjevati predpisane minimalne prostorske in kadrovske zahteve ter zahteve glede opremljenosti. Posamezni izvajalec načeloma lahko zagotavlja tudi višjo raven, vendar zaradi tega ne more zaračunavati višje cene. Te zahteve lahko določa država sama (kot oblast) ali pa Zavod za zdravstveno zavarovanje (kot glavni plačnik in pogodbeni partner). V danem primeru gre namreč za uresničevanje temeljnega ustavnega načela enakosti pred zakonom.

Vzpostavljanje »zunanjega«, »neodvisnega« akreditacijskega organa je pokazatelj, da ključni akterji na področju zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji ne izvajajo svojih nalog. Predlagana ureditev tako odstopa od načel korporacijskega upravljanja, ki jih je tudi za javni sektor pripravila Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj (OECD).² Te smernice namreč zahtevajo vzpostavitev jasnega sistema pristojnosti in odgovornosti. Odgovornost, ki bi morala biti na strani ustanovitelja ali plačnika, se sedaj prenaša na tretji neodvisni organ. Predlagani sistem bo dejansko omogočil razpršitev odgovornosti in nadzora, s tem povečal možnost nastajanja sivih con in posledično povzročil neučinkovit sistem (ali učinek t. i. »motnega zrcala«). Dejstvo je, da je v primeru javnih sredstev država oz. njen subjekt dolžan skrbeti za racionalno rabo javnega premoženja. To pa posledično pomeni, da mora uporabnik javnih sredstev določiti kriterije za uporabo teh sredstev ter tudi kriterije za presojo njihove racionalne rabe. Javna sredstva na področju zdravstvene dejavnosti so omejena. Zdravstvena politika (bodisi v vlogi ministra ali pa v vlogi zdravstvene zavarovalnice) mora

povedati, katera področja so prednostna in kakšna je kakovost storitev, ki jo je politika pripravljena plačati iz javnih sredstev. Torej lahko država določi nižjo kakovost (kot je to v tujini) in s tem tudi več storitev. Dopuščanje, da kakovost določajo in presojuje neodvisne organizacije, pomeni, da država določanje dela zdravstvene politike znotraj javne službe prepušča zunanjim, neodvisnim organizacijam. S tem pa država sama dopušča višanje cen zdravstvenih storitev ali pa podaljševanje čakalnih dob (na račun močnejših strokovnih znanj znotraj zdravstvene dejavnosti, ki uspejo vzpostaviti višje zahteve glede kakovosti).

Akreditacija izvajalcev zdravstvene dejavnosti ima svoj smisel le na področju, kjer uporabniki v celoti plačujejo storitve ali je plačevanje takšnih storitev v celoti prepuščeno prostovoljnim zdravstvenim zavarovalnicam.³ Podeljena akreditacija je namreč za uporabnike signal, da izvajalec spoštuje določene standarde in pravila.⁴ V primeru izvajalcev javne službe pa mora takšne informacije dati nadzornik javne službe. Informacija, da nek javni zavod ne izpolnjuje zahtevane kakovosti, pomeni, da država ali centralna zdravstvena zavarovalnica

ne izvajata svojega nadzora. Torej ni problem v izvajalcu, problem je v državi ali plačniku. Negativna akreditacija bi znotraj javne službe pomenila nujni odstop tako pristojnega ministra kot tudi vodstva zdravstvene zavarovalnice. Pomenila bi, da sprotni sistem nadzora ni učinkovit in da so bili torej pacienti znotraj javne službe neenako obravnavani. To pa posledično pomeni, da se javna služba na določenem območju države ni izvajala.

Kljub temu, da so akreditacijske listine lične (in po tej logiki naj bi uporabnike privlačile kot lešcherbe večje), pa se je treba zavedati, da so akreditacije obdobje. Torej se akreditacija podeli za tri ali več let, nato pa se vmesni nadzori izvajajo ali ne. Pri nadzoru ministrstva ali centralne zdravstvene zavarovalnice pa naj bi bil ta nadzor stalen. To posledično pomeni, da ni nujno, da organizacija ves čas zagotavlja enako kakovost storitev (gre za vprašanje delovanja notranje službe kontrole kakovosti ter dejanske, osebne neodvisnosti takšne službe). Gre torej za temeljno vprašanje, ali služba nadzora kakovosti dejansko išče odklone ali deluje zgolj kot podaljšana roka menedžmenta v smislu iskanja dopustnosti odklonov. S tega vidika se mi zdi pehanje za akreditacijami znotraj javnega sektorja enako produktivno, kot je pehanje kmeta za priznanje na razstavah živine za kravo (in za udeležbo na sejmu celo plačuje), ki bo čez kakšno leto ali dve končala v klavnici, njen vmesni namen pa ni nič drugega kot proizvodnja mleka.

2. Namen akreditacije

Sistem celovitega nadzora kakovosti (TQM) je primarno vzpostavljen za potrebe vodstva posamezne organizacije. S sistemom obvladovanja kakovosti namreč vodstvo zaznava, kje v delovnem procesu nastajajo problemi. Naslednji korak je iskanje rešitve in odprava problema. Zadnji korak je preverjanje, ali je odprava problema

2. OECD Guidelines on Corporate Governance of State-Owned Enterprises; 2015 Ed.; <http://www.oecd.org/daf/ca/OECD-Guidelines-Corporate-Governance-SOEs-2015.pdf>

3. Mogoče pa želi zdravstvena politika preko takšnega zakona uporabnikom in izvajalcem sporočiti, da bo za zdravstvene zavode v bodoče zaželeno, da ustvarijo čim več prihodkov s t. i. tržnimi storitvami in bo izvajanje javne službe zgolj sekundarnega pomena.

4. Čeprav v praksi ni vedno tako. Upoštevanje je treba, da so akreditacijske organizacije praviloma v rokah zasebnih ustanoviteljev, ki iščejo predvsem dobiček. Torej je v njihovem interesu, da je podeljenih čim več akreditacij, saj to pomeni tudi več prihodka in s tem tudi več dobička. Velja tudi pravilo enkrat akreditacija, vedno akreditacija. Akreditacijske organizacije si namreč tudi s svetovanjem prizadevajo za ohranitev obstoječih »žrtev« sistema. Cilj je ponovna podelitev akreditacije (in s tem ponovno plačilo za kos ličnega kartona). Tudi nobeni državni univerzi oz. njeni članici še ni bila odvzeta akreditacija, čeprav se javno govori, da kakovost izobraževanja in visokošolskih programov pada. O dejanski »uporabnosti« pridobljenih akreditacij pričata tudi primera mariborskega in ljubljanskega KC.

uspešna. Sistem TQM torej izhaja iz temeljne predpostavke neodvisnosti menedžmenta oz. pristojnosti menedžmenta, da v celoti nadzira delovni proces in ima tudi možnost sprotnega vpliva na delovni proces. V okviru javnih zavodov je to neuresničljivo, saj ima na organizacijo delovnega procesa precejšen vpliv ustanovitelj (preko soglasij k aktom o notranji organizaciji in sistemizaciji, do soglasij k finančnim načrtom in programom dela). Logika sistema TQM je torej v javnem sektorju zelo omejena, predvsem pa je vodstvo omejeno pri iskanju možnih rešitev in odpravi problema, ki zahteva določena finančna sredstva.⁵ Glede na navedeno bi akreditacijo le težko upravičevali s potrebami vodstev zdravstvenih zavodov. Vzpostavitev sistema in vzdrževanje TQM samo za potrebe izvajanja nadzora delovnega procesa je predrago in tudi prezamudno. Sodobna poslovna praksa je izključno za potrebe nadzora delovnega procesa razvila povsem druge mehanizme – npr. teorijo učeče se organizacije, določeno avtonomijo zaposlenih v delovnem procesu, pripadnost kolektivu ... Del tega je, v okviru obstoječe zakonodaje, možno uresničiti že sedaj tudi znotraj javnega sektorja. Sedanji sistem upravljanja zdravstvenih zavodov (poslovni in strokovni direktor) namreč omogoča vzpostavitev notranjega nadzora nad kakovostjo dela zdravstvenih delavcev in sodelavcev.⁶ Če ta nadzor že sedaj ni bil učinkovit, ne bo nič bolj učinkovit tudi z vzpostavitvijo TQM.

Vprašljiv je tudi »neodvisni« sistem nadzora kakovosti kot eksterni nadzor, s katerim se želi zagotavljati varnost pacientov oz. obravnava, ki je osredotočena na pacienta. Takšna izhodišča kažejo bodisi na popolno nepoznavanje slovenske zakonodaje bodisi ne popolno organizacijsko razsulo slovenskega zdravstva. Izhaja joč iz zakona o zdravniški službi⁷ zdravnik oz. zobozdravnik. Lečeči zdravnik je torej za pacienta odgovoren od sprejema v zdravstveni zavod do njegovega odhoda. Izjema je, ko lečeči zdravnik to odgovornost, v določenem delu, prenese na napotnega zdravnika ali terapevta. Vsi ostali znotraj sistema so zgolj sodelavci v tem timu. Po zdravniški etiki je zdravnik dolžan delati v izključnem interesu pacienta in tudi upoštevati njegove želje in interese. Glede na navedeno je torej že sedaj vzpostavljen sistem, v katerem gre za osredotočenost na pacienta. Zdravnik je hkrati terapevt (torej deluje v smislu aktivnega zdravljenja⁸) in svetovalec (katere možnosti zdravljenja so na voljo in kakšni so uspehi). Zdravnik mora vedno zasledovati interese in cilje pacienta in ne sebe. Če zakonodajalec zapiše, da je treba doseči osredotočenost na pacienta, pomeni, da zdravniki ne izvajajo več svoje naloge in vloge. V sistemu, kjer je zdravnik osrednji nosilec postopka zdravljenja, posledično pomeni, da prevzema tudi organizacijske naloge v zvezi s tem pacientom. Ostalo osebje, ki sodeluje v tem postopku, se mora prilagajati organizacijskim zahtevam zdravljenja, in ne obratno (zdravnik je tisti, ki določa prednostne naloge in dejavnosti v zvezi s pacientom). S sprejemom pacienta torej lečeči zdravnik prevzema skrb tudi za njegovo celotno zdravje – ne samo za tisti del, zaradi katerega je bil pacient sprejet v zdravstveni zavod (in sem

sodi tudi varnost pacienta). To sicer ne pomeni, da mora zdravnik za vsakim pacientom gledati vseh 24 ur. Pomeni zgolj to, da preko osebja zagotovi ustrezno varnost – določeni pacienti potrebujejo večjo stopnjo nadzora, drugi manjšo.

Zahteva po osredotočenosti na pacienta pa je lahko tudi znak za popolno organizacijsko razsulo v slovenskem zdravstvenem sistemu. Sistem, v katerem so odgovornosti povsem jasno določene in razmejene po posameznih poklicnih skupinah in kjer je vzpostavljen skoraj vojaški sistem poveljevanja po posameznih poklicnih skupinah po posameznih oddelkih in sektorjih, vodi do sterilne organizacije, katere cilj ni pacient, temveč zgolj izpolnjevanje standardov in normativov. V takšnem sistemu vsak opravlja svoje naloge v okviru danih standardov in normativov, nastalih sivih con pa ne obravnava nihče. Gre za sistem, ki je navzven normativno in organizacijsko popolnoma urejen. Hkrati pa zaradi nastalih sivih con⁹ pacient ni ustrezno (oz. idealno) obravnavan. Upoštevati je treba, da učinkovito zdravljenje in zdravstvena nega nista samo mehanško izvajanje določene aktivnosti (v nasprotnem primeru bi lahko ljudi že popolnoma nadomestili roboti), temveč zahtevata tudi človeški stik in sočutje oz. spodbudo. Postavlja se tudi vprašanje razmerja med triažo (nujnostjo posameznih postopkov pri posameznih bolnikih) in vzpostavljenno organizacijsko strukturo ter standardi in normativi. Problem je neobstoje hierarhičnosti med različnimi skupinami znotraj istega tima. Le takšna hierarhičnost zagotavlja osredotočenost na pacienta. Obstoj oz. ustvarjanje sivih con dejansko pomeni odmik od zagotavljanja varnosti pacienta.

Glede na zgoraj povedano, predvideni nadzor kakovosti storitve tudi ne bo izpolnil zadane naloge oz. je treba rešitev za nastali problem iskati na

5. Upoštevajoč namenskost javnega premoženja ter bolj določen namen sredstev, kot pa je to v tržnih podjetjih.
6. Izhajajoč iz predpostavke, da bi se poslovni in strokovni direktorji ter vodje notranjih organizacijskih enot zmenili sami s seboj, kaj je njihova naloga, ter zlasti, kakšne so njihove pristojnosti in odgovornosti. Avtor ugotavlja, na podlagi pogovorov med zdravstvenimi delavci in sodelavci, da je samoupravljanje v zdravstvenih zavodih danes še bolj prisotno, kot pa je bilo ob njegovi ukinitvi leta 1989. Znotraj vsakega zdravstvenega zavoda se interno ve, koliko »posegov« je posledica raznih »navideznih zapletov« in kateri so bili dejanski razlogi.

7. Gre za diagnostiko in terapijo, povezano z zdravljenjem.
8. Po Hipokratovi prisegi naj bi zdravnik dejansko pomagal tudi v procesu celjenja, in sicer z bodrenjem pacienta.

9. Nedorečenosti glede pristojnosti in odgovornosti za specifične naloge med posameznimi poklicnimi skupinami.

drugih področjih (delovnopравnih, pravicah pacientov, pravicah centralne zdravstvene zavarovalnice ...). Ohranjanje obstoječe sheme delovanja zdravstvenega sistema oz. povečevanje normativne urejenosti je pot v še večjo ne-varnost za pacienta.

Prikazovanje sistem nadzora kakovosti kot oblike merjenja izida storitev ter posledično izenačevanja pacientov v postopku obravnave tudi kaže na nerazumevanje namena zdravstvene dejavnosti (objektivizacija zdravstvene obravnave). Ta zahteva spominja na tisto znano, da smo vsi pred zakonom enaki. Kot primer dodatno dajem ustavno pravico do svobodnega odločanja o rojstvu otrok. Ne glede na obe določbi, sta ženska in moški v različnem dejanskem položaju. Kot moški ne morem sodno zahtevati niti splava niti prepovedi splava. Moja svoboda o rojstvu otrok je tako v naravi omejena zgolj na akt spočetja otroka (če zanemarim vlogo matere narave ali pa Boga). Isto velja tudi za zdravstveno dejavnost. Vzemimo npr. pravico do preprečevanja bolečine. Posamezniki imamo različen prag bolečine. Težko je vzpostaviti enak izid obravnave (torej popolno odpravo bolečine) ob upoštevanju celovite oskrbe in interesa bolnika.¹⁰ Zahteva po objektivizaciji zdravstvene obravnave torej kaže na predpostavko zakonodajalca, da smo vsi ljudje enaki ali pa da je medicina vsemogočna (torej mati narava ali Bog nimata več nič v postopku zdravljenja). Predpostavljam, da izidi obravnave ne bodo vedno enaki¹¹ in da bodo podobni izidi

doseženi z neenako obravnavo (kar pod vprašaj postavlja koncept javne službe).

Vprašljiva je tudi predstavljena vzpostavitev sistema kakovosti kot dela učenja iz napak in sistemskih pomanjkljivosti. Zakonodajalec se je problema lotil zelo parcialno in daleč od ideje, ki je napisana v izhodiščih. Sistem vzpostavljanja kakovosti in varnosti bo dosegel svoj namen, če bo preprečeval bodoče napake in hkrati z omejevanjem tožb spodbujal kritičen odnos pacientov in izvajalcev do napak in sistemskih pomanjkljivosti. Menim, da bi moral sistem kakovosti in varnosti nadomeščati sedanji odškodninski sistem. Vzpostavljeni sistem bi moral slediti naslednjim ciljem:

- preprečevati podobne napake v prihodnosti na ravni celotne javne službe in ne zgolj znotraj posameznih izvajalcev, kjer se je takšna napaka zgodila;
- zagotoviti ustrezne odškodnine pacientom, ki so predstavljali učno bazo (dejstvo je, da se medicina še vedno uči tudi preko primerov in ne samo v laboratoriju);
- zagotoviti sistem nadomestil, ki ne temelji na ugotavljanju krivde – pravi odškodninski postopek naj bo omejen samo še na primere naklepa in velike malomarnosti;
- zagotoviti enotne interne postopke s sodelovanjem izključno zunanjih strokovnjakov, predstavnikov prizadetih pacientov oz. njihovih svojcev ter varuhov pacientovih pravic;
- redefinirati bi bilo treba pojem strokovne napake ter vpeljati odgovornost tima.

3. Kakovost in varnost kot gonilo stroke in zdravstvene ekonomike

Pripravljalci izhodišč predvidevajo, da naj bi sprejem zakona o varno-

sti in kakovosti spodbudil tudi razvoj stroke in kliničnih smernic zlasti preko sistema vrednotenja zdravstvenih tehnologij. Zakon pa naj bi spodbudil tudi uvajanje vsebin o kakovosti in varnosti pacientov v učne programe zdravstvenih delavcev. V izhodiščih je med drugim navedeno, da Zakon o zdravstveni dejavnosti (novela iz leta 2013) določa, da Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) sodeluje pri pripravi strokovnih podlag za uvajanje novih metod dela v zdravstveni dejavnosti in presoji zdravstvenih tehnologij, ni pa še prišlo do vpeljave tega.

Glede na sedanjo zakonodajno ureditev, se z razvojem stroke na področju zdravstvene dejavnosti ukvarjajo poklicne zbornice, strokovna društva in združenja ter področne fakultete oz. samostojni visokošolski zavodi. Upoštevati je treba, da ima Slovenija precej omejene kadrovske zmogljivosti, kar se kaže tudi v relativno majhnem številu slovenskih smernic na področju zdravstvene dejavnosti. Stroka večinoma upošteva smernice in priporočila, ki ji jih sprejemajo ustrezna mednarodna strokovna združenja. Te smernice in priporočila so praviloma dosegljivi v angleškem jeziku in objavljeni v mednarodnih strokovnih časopisih ali revijah. Njihovih slovenskih prevodov nimamo.¹²

Ob razpravi o vpeljavi vrednotenja zdravstvenih tehnologij pa je nujno treba predhodno odgovoriti na naslednja vprašanja:

- Ali Republika Slovenija razpolaga z zadostnim številom strokovnjakov, ki niso v konfliktu interesov (torej ne smejo biti člani organizacij, ki pripravljajo smernice in priporočila) in bodo sposobni sproti slediti posameznim zdrav-

10. Bolniku sicer lahko z visokimi odmerki opiatov odpravimo bolečino, vendar ga lahko s tem naredimo odvisnega. Na drugi strani pa so tudi bolniki, ki v »kemijo« ne zaupajo in torej predpisanih analgetikov ne željo jemati.

11. Če se vrnem k primeru terapije bolečine. Merljiva količina je bolečina (t. i. VAS-lestnica). Podatki, ki jih bo zdravstveni zavod javljal, bo bolečina po posegu in ob odpustu. Že sedaj lahko napišem, da bodo ti podatki nerealni, ker ne bodo upoštevali realnosti. V nekaterih okoljih bodo bolečine ob odpustu večje kot pri drugih. Pa ne zaradi napak v sistemu ali neustreznega zdravljenja, temveč zaradi odnosa posameznikov do uporabe »kemije.«

12. Na tem mestu ne želim načenjati vprašanja o tem, kako je to združljivo s konceptom »informiranega soglasja« ter pravico pacienta do uporabe maternega jezika. Za potrebe tega prispevka je tudi povsem nepomembno, ali je pomanjkanje slovenskih prevodov posledica pomanjkanja usposobljenih strokovnjakov ali pa pomanjkanja denarja.

stvenim tehnologijam, ocenjevati njihovo ekonomsko in zdravstveno korist ter skrbeti za sprotno uvajanje novih tehnologij?

- Ali bo uvedba in uporaba novih zdravstvenih tehnologij pogojena z odobritvijo pristojne institucije ter bo to uvedeno z zamikom ali pa se bodo nove tehnologije dovoljevale *ex-post* in se bo uvajanje takšnih tehnologij izvajalo na lastne stroške izvajalca?¹³
- Ali bo pristojna institucija izbrala le eno primerno tehnologijo za posamezno obliko zdravljenja ali bo dopustnih več?¹⁴ Kako je v tem primeru s pravico pacienta do izbire načina zdravljenja?
- Kaj v primeru, ko za določene obravnave ni smernic ali priporočil, temveč so zgolj določene študije o različnih metodah?
- Ali bomo uvedli sistem »državne evtanazije« v imenu zdravstvene ekonomike oz. ali je zdravstvena ekonomika lahko izključni temelj za odločanje o prenehanju aktivnega zdravljenja? Kako bo takšna rešitev vplivala na sedanjo pravico pacienta, da mora dati soglasje k načinu svojega zdravljenja (posledično tudi k prenehanju aktivnega zdravljenja)?

Zastavljena vprašanja verjetno dajejo tudi pojasnilo, zakaj NIJZ vse do danes dejansko ni bil sposoben izvesti zakonsko naložene naloge.

Ne glede na navedeno pa je še vedno neodgovorjeno vprašanje, ali bodo predlagane rešitve na tem področju (torej uvajanje novih zdravstvenih tehnologij) dejansko povečevale kakovost in varnost v zdravstvenem sistemu in ali bo tak

sistem dejansko bolj usmerjen k pacientu?

Izhajati je treba iz izhodišča, da noben zdravstveni sistem ni popoln. Težko je tudi doseči njegovo popolno optimizacijo in ekonomiko. Vedno bo del sistema, ki bo predstavljal ozko grlo in s tem povzročal, da zdravstveni sistem ne bo deloval ekonomsko optimalno (pomanjkanje osebja, pomanjkanje prostora, pomanjkanje opreme, pomanjkanje denarja, pomanjkanje znanja, pomanjkanje osveščenosti bolnikov in svojcev, napake zakonodaje ...).¹⁵ Osebo menim, da zdravstvena ekonomika deluje zgolj v papirni teoriji in ne upošteva realnih danosti. Teoretično, na papirju je možno, da se vse osebe izučijo v novi tehnologiji ali da se bodo pacienti strinjali z uporabo nove tehnologije na sebi. Praksa pa je daleč od idealnega, teoretičnega življenja. Tako smernice ali priporočila obravnavajo samo način obravnave ali posamezni postopek, ne urejajo pa organizacijskih zahtev, ki so pogoj za takšno zdravstveno obravnavo.¹⁶ Vemo tudi, da se vsi pacienti na sprejete načine oz. oblike zdravljenja ne odzivajo enako. V praksi lahko pride do primerov, ko bi obravnava po sprejetih smernicah ali priporočilih lahko privedla do smrti pacienta.¹⁷

15. Sam bi primerjal zdravstveni sistem z računalnikom, ki tudi ne deluje vedno optimalno. Zaradi tehnološkega razvoja se bo v računalniku vedno nahajala komponenta, ki bo zavirala učinkovito delovanje računalnika (npr. HDD, spomin, grafika ...).

16. Tako lahko uvedemo novo metodo zdravljenja v operacijski dvorani (in prikazemo višjo kakovost za pacienta), na drugi strani pa zdravstveno osebo na oddelku ni poučeno o morebitnih novih zapletih ter načinu zdravljenja teh zapletov (kar dejansko na koncu pomeni slabšo kakovost za pacienta – zlasti če le-ta umre; torej dosledna izvedba znanega reka Operacija uspela, pacient umrl).

17. Na tem mestu samo opozarjam na vprašanje, ki se zastavlja ob sedanjih prostovoljni akreditaciji, ko zdravstveni zavodi sami delajo interne klinične poti. Gre za vprašanje, kaj se bo zgodilo, ko bo določena klinična pot zastarela in bo zaradi tega umrl pacient. Zdravstveni delavec bo tako v precepu, če ne bo upošteval klinične poti (in rešil pacienta),

Zastavlja se torej vprašanje, ali lahko država, v imenu zdravstvene ekonomike, zahteva dosledno spoštovanje sprejetih zdravstvenih tehnologij, ki povzročajo neugodne izide obravnave. Upoštevati je treba tudi osebne spretnosti zdravstvenih delavcev. Določenim osebam je bližje ena tehnologija, določenim druga. Tako je marsikdaj, sledeč načelu kakovostnega zdravljenja, zaradi dejanske usposobljenosti in organiziranosti ekipe bolje uporabiti staro tehnologijo kot novo.

Glede na navedeno sem osebno bližje rešitvi, da gre za vprašanje, ki bi ga morala s pogodbenim odnosom reševati centralna zdravstvena zavarovalnica z vsakim zdravstvenim zavodom posebej. Ob doslednem upoštevanju zdravstvene ekonomike se npr. kroničnih bolnikov sploh ne splača zdraviti oz. so paliativni posegi povsem nepotrebni.¹⁸

Strinjam se, da je tudi znotraj zdravstvenega sistema treba gledati na stroške, vendar pa ne na temelju splošnih načel ekonomike. Poslanstvo zdravnikov je zdravljenje in ne obvladovanje stroškov. Cilj družbe je uspešna obravnava pacientov in ne stroškovna učinkovitost za vsako ceno. Strinjam se z ugotovitvijo izhodišč, da se v Sloveniji pojavlja problem uvajanja novih tehnologij, ki jih potem uporabimo zgolj na 20 ali 30 pacientih letno.¹⁹ Strinjam se tudi s tem, da se verjetno nepotrebno trošijo sredstva za potrebe aktivnega zdravljenja v določenih primerih terminalnih pacientov. Osebo menim, da gre v navedenem primeru bolj za vprašanja, ki zadevajo področje izvajanja zdravniške službe ter zdravstvenega zavarovanja, ne pa področje kakovosti in varnosti.

bo odgovoren za kršitev delovnih obveznosti. Če bo upošteval klinično pot, bo odgovoren za smrt (ali pa nihče ne bo za nič odgovoren?).

18. Lahko pa kar zakonsko sprejmemo rešitev, da vse bolne in pohabljenе vržemo v nek prepad (podobno kot Špartanci) ali pa jih začnemo kuriti v krematorijih s predhodnim zaplinjanjem.

19. Ob tem se zastavlja tudi vprašanje ohranjanja strokovne usposobljenosti takšnih zdravstvenih timov.

13. Dejstvo je, da nove tehnologije zdravljenja ni moč uvesti čez noč, temveč je treba najprej primerno usposobiti osebo in se tudi organizacijsko pripraviti na takšne spremembe.

14. Npr. klasična nasproti laparoskopski ali robotski operaciji, splošna proti lokalni anesteziji.

4. Ali potrebujemo zakon o kakovosti in varnosti?

Glede na vse navedeno je moj odgovor odločen ne. Sam vidim omenjeni zakon kot dodatni prispevek k prenormiranju določenega področja. Predlagam, da se vprašanja, ki naj bi jih urejal zakon o kakovosti in varnosti v zdravju, uredijo znotraj Zakona o zdravstvenem varstvu in zavarovanju, Zakona o pacientovih pravicah, Zakona o zdravstveni dejavnosti ter Zakona o zdravniški službi. Čeprav je namen predstavljenega zakona urediti zlasti sistem kakovosti in varnosti, pa vprašanja, ki jih ureja, dejansko vsebinsko posegajo v ureditev v omenjenih treh zakonih. Torej je veliko bolj smiselno, da se ta vprašanja konceptualno in vsebinsko urejajo v okviru obstoječe zakonodaje in ne z dodajanjem novih pravnih aktov. Izhodišča sicer ponujajo nekatere konceptualne rešitve, ki pa so neusklajene z obstoječo zakonodajo ter prakso. Vztrajanje na predlagani rešitvi bi pomenilo še nadaljnje drobljenje zdravstvenega sistema, predvsem pa še dodatno zamegljevanje sistema odgovornosti in pooblastil. Zanimivo je, da izhodišča ugotavljajo, da je zakon potreben, ker se sedanja zakonodaja ne izvaja. Zastavlja se povsem pravno-politično vprašanje – kakšna so jamstva, da se bo tudi predlagani zakon začel izvajati, če država ni sposobna zagotoviti že izvajanja dosedanje zakonodaje?

Moj predlog je, da se pristopi k odpravljanju anomalij znotraj obstoječe zakonodaje in da se primarno najprej razdeli sistem pooblasti, pravic in odgovornosti znotraj vseh akterjev v zdravstvenem sistemu Republike Slovenije. Zdravstveni zavodi resda niso dolžni spoštovati neobveznih navodil pristojnega ministra, so pa dolžni spoštovati pogodbeno prevzete obveznosti. Kaj želim povedati? Marsikateri problem

znotraj zdravstvenega sistema je moč rešiti že znotraj obstoječe zakonodaje ob urejanju določenih vprašanj v drugačnih tipih pravnih aktov. Večji del problemov pa bi bil rešen z bolj jasno opredeljenimi pooblastili in odgovornostmi znotraj celotnega zdravstvenega sistema. Pravni sistem mora vsakemu posamezniku ali skupini, ki ji naloži določeno pooblastilo ali odgovornost, dati tudi ustrezna orodja za izpolnitev takšne naloge.

Varnostna kultura določene organizacije ni vprašanje količine popisanih strani in števila splošnih ali individualnih pravnih aktov. Varnostna kultura je del osebnosti vsakega zaposlenega. Gre za obveznost zaposlenega po pogodbi o zaposlitvi – torej obveznost opravljanja del in nalog po podpisani pogodbi in s pričakovanimi rezultati dela. Spoštovanje varnostne kulture je tako del izpolnjevanja delovnih obveznosti in osnovne plače, ne pa vprašanje finančne stimulacije. Določanje okvirov varnostne kulture v zdravstvenem sistemu je naloga države oz. centralne zdravstvene zavarovalnice. Vzgoja zaposlenih v varnostno kulturo je naloga vodstva.²⁰ Upoštevač prakso iz tujine, varnostne kulture ne moreš vsiliti s sankcijami. Temelj za izgradnjo varnostne kulture je izdelava registra vseh tveganj ter možnih ukrepov za odpravo takšnih tveganj oz. prevzem odgovornosti za tveganje.²¹ Na vodstveni

strukturi organizacije pa je dnevna analiza tveganj in seznanjanje zaposlenih s temi tveganji ter sprejetimi ukrepi. Tveganja in možnosti ukrepov se namreč dnevno spreminjajo, poslovni kakovosti ter sprejete organizacijske strukture pa se lahko prilagajajo le na srednji rok. Za razliko od klasične proizvodnje, kjer lahko v primeru zaznane napake ustaviš proizvodnjo ter napako odpraviš, zdravstveni sistem ne deluje na ta način. Ni ga mogoče zaustaviti – napako je treba odpravljati v teku. Sistem kakovosti skupaj z akreditacijami lahko uspeva v določenih zdravstvenih sistemih, kjer vodstva zdravstvenih zavodov avtonomno odločajo o uporabi sredstev; torej v sistemih, ki omogočajo takojšnji odziv vodstev oz. organizacije. Uvajanje takšnega sistema v Republiko Slovenijo, kjer financiranje temelji na javnih sredstvih ter spoštovanju načela namenosti rabe javnega premoženja, pa pomeni nepotrebno trošenje zdravstvenega denarja. Še več, uvajanje takšnega sistema v obstoječi sistem javne službe bi lahko primerjali z vsipanjem sladkorja v rezervoar za gorivo.

20. Sistem vzgoje v varnostni kulturi je možno danes videti še kje v Republiki Sloveniji na ruševinah starih socialističnih podjetij – znane table z varnostno opremo in napisi »Očka vrni se zdrav domov« ali pa »Nevarnost je za vsakim vogalom«.

21. Organizacija lahko zazna določena tveganja in se z njimi sprijazni, bodisi zato, ker nima na voljo mehanizmov za odpravo tveganja, ali pa, ker je zanj v danem trenutku najbolj optimalna rešitev prevzeti tveganje. Če se navežem na primer KC Maribor: Pomanjkanje anesteziologov lahko pomeni preobremenjenost obstoječih zaposlenih ali pa pogodbeno zaposlovanje zunanega kadra. Tveganje v danem primeru je povečanje možnosti strokovne napake (zaradi preutrujenosti ali nepoznavanja pacienta). KC se lahko odloči za zmanjšanje števila operacij. Lahko pa se KC

odloči, da število operacij ostane enako, in prevzame tveganje nastanka strokovne napake. Po vpeljanem sistemu kakovosti bi vodstvo v primeru nastale napake iz tega razloga moralo zmanjšati število operacij (ker kratkoročno nima na voljo dovolj osebja). Z vidika zdravstvenega sistema pa je bolj optimalno, da se število operacij ohrani in s tem mogoče reši več življenj, kot pa je posledic zapletov iz takšnega tveganja. V tem primeru morajo biti vsi vpleteni seznanjeni, da se je organizacija sprijaznila s tem tveganjem.

Mnenje mladih zdravnikov o spremembah zakona o zdravniški službi

Dr. Tina Bregant, dr. med., Univerzitetni rehabilitacijski inštitut
Republike Slovenije – Soča

Luka Kovač, dr. med., UKC Ljubljana
tina.bregant@siol.net, luka.kovac89@gmail.com

Uvod

Mladi zdravniki se zavedamo odgovornosti svojega poklica. Izobraževali smo se, zato da bi lahko čim prej začeli z delom, ki je namenjeno predvsem pomoči in skrbi za bolnike. Ker se zavedamo, da niti po opravljenem pripravništvu niti po začetku specializacije še nismo usposobljeni za samostojno delo, pač pa je za to potrebno dodatno znanje, ki ga pridobimo med specializacijo, nas zelo skrbijo sedanje razprave, ki na naše delo in izobraževanje gledajo predvsem z vidika stroškov.

Zavedamo se in smo zadovoljni, da država z enotno predpisanimi kadrovskimi pogoji svojim državljanom zagotavlja primerno strokovno usposobljen in izobražen zdravniški kader, kar je nedvomno v interesu vseh državljanov. Razumemo, da so pogoji za opravljanje poklica zdravnika specifični in predpisani podobno kot za vse poklice javnega značaja. Želimo pa si, da bi bile v primeru poklica zdravnika morebitne spremembe Zakona o zdravniški službi usmerjene predvsem v zagotavljanje ustrezne kakovosti zdravniškega dela, brez represivnih ukrepov in poseganja v avtonomijo zdravnika kot državljana ali delavca.

Oblikovanje mnenja mladih zdravnikov

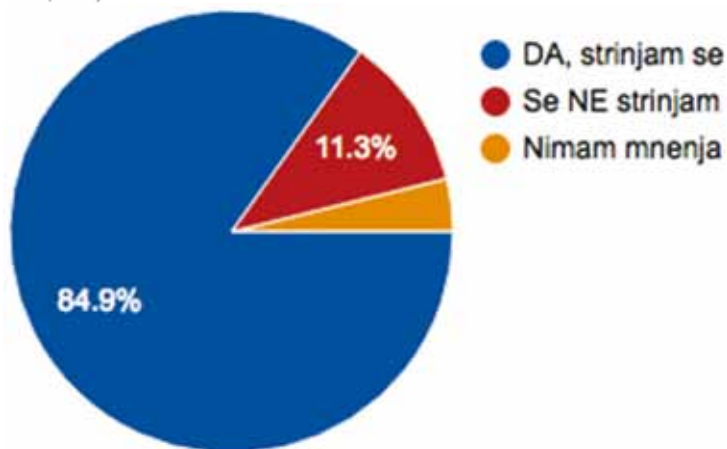
V petek, 17. marca 2017, je Zdravniška zbornica Slovenije (ZZS) na svoji spletni strani objavila vabilo na javno razpravo o spremembah Zakona o zdravniški službi (ZZdrS), ki se je nato odvijala 22. marca 2017 v Modri dvorani Domus Medica (1). Zaradi izjemno kratkega roka, ki bi omogočal utemeljen odgovor na spremembe, smo se mladi zdravniki organizirali in v pičlih dveh dneh, v soboto in nedeljo, 18. in 19. marca

2017, pripravili elektronsko anketo ter jo delili med naše člane preko že obstoječega portala mladih zdravnikov. Do vključno torka, 21. marca 2017, smo prejeli odgovore 311 mladih zdravnikov. V razpravi na ZZS je tvorno sodelovalo tudi veliko študentov medicine zadnjih letnikov, niso pa bili vključeni v glasovanje. V petek, 24. marca 2017, je bilo mogoče slišati v radijskem dnevniku na Valu 202 izjavo ministrice za zdravje, ki potrjuje oblikovanje novele ZZdrS (2).

Po do sedaj znanih podatkih novela posega v organizacijo zdravniške službe. Predlagani ukrepi so uperjeni predvsem v delo pripravnikov in specializantov. Predstavljamo mnenje mladih zdravnikov, kot smo ga uspeli oblikovati na podlagi izvedene ankete in razprave, ki se je ob njej razvila preko elektronskega portala.

UVEDBA 1-LETNEGA USPOSABLJANJA, t.i. SEKUNDARIATA in sicer po opravljeni diplomu na MF in pred specializacijo. Usposabljanje bi zajemalo 6 mesecev dela na področju urgentne medicine v urgentnih centrih + 6 mesecev iz strokovnih področij po izboru zdravnika, pri čemer vsako strokovno področje traja 2 meseca.

(311 responses)



Slika 1: Mnenje 311 anketirancev o uvedbi enoletnega sekundariata.

V vprašanih smo preverjali mnenje o ponovni uvedbi sekundariata v skupnem trajanju enega leta (slika 1). Večina se je s predlogom strinjala, saj mladi zdravnik na ta način ne izgublja stika z medicino, namesto volontiranja pa lahko opravlja svoje delo in pogloblja znanje medicine ter se na ta način lažje odloči za nadaljno strokovno pot in specializacijo. Vendar pa bi bilo treba ob uvedbi sekundariata uvesti varovalne dejavnike: zagotoviti kakovostno opravljanje sekundariata z natančnejšo opredelitvijo tako vsebine kot poteka dela v urgentnih centrih in drugem (šestmesečnem) delu sekundariata. Mentorski program pripravnštva bi bilo treba ponovno opredeliti in ovrednotiti. Opredeliti bi bilo treba tudi vpliv na program specializacij (morda kot selekcijsko sito sekundarijev in morebitno vštevanje v program nekaterih specializacij). Eden od najpomembnejših pogojev, ki so jih anketiranci navajali ob strinjanju z enoletnim sekundariatom, pa je neobvezen drugi del sekundariata – nadaljnji šestmesečni program z možnostjo predhodne prijave na javni razpis specializacij pred zaključkom celotnega sekundariata.

Možnost izbire le ene specializacije je večina zavrnila (slika 2). Glede na svetovne težnje po subspecialističnih znanjih in multidisciplinarnosti, ožene izbire na zgolj eno specializacijo s strokovnega vidika ni smiselno. Subspecialistična znanja so na določenih področjih postala prej nuja kot izbira. Na ta način so bolniki bolj strokovno oskrbljeni, kar gotovo izboljša raven oskrbe. Drži pa, da je tak proces zaporednega specializiranja drag in dolgotrajen, tako da bi se dalo morda najti kompromisno rešitev, kar pa gotovo ni ukinitve dodatnih specializacij. Razumemo sicer, da je ena od bojazni predvsem menjava specializacij med kroženjem, z namenom pridobiti tisto specializacijo in regijo, ki specializantu ustreza in je zanjo pravzaprav zainetresiran že od konca študija dalje. Vendar pa je bolj ustrezno

MOŽNOST IZBIRE LE ENE SPECIALIZACIJE ZA POTREBE JAVNO-ZDRAVSTVENE MREŽE - JZM in ne več dveh kot trenutno. V primeru menjave specializacije je specializant samoplačnik.

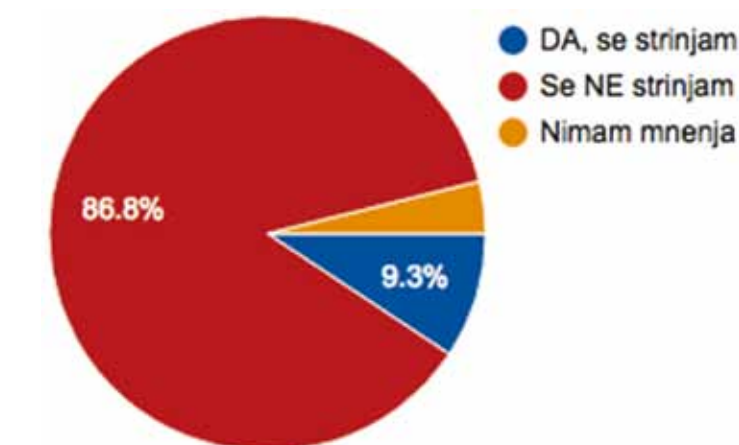
(311 responses)



Slika 2: Možnost izbire zgolj ene specializacije za potrebe javne mreže.

OBVEZNA IZBIRA PROSTEGA MESTA ZA SEKUNDARIAT V ROKU 1 MESECA PO OPRAVLJENI DIPLOMI NA MF in sicer NEGLEDE NA REGIJO, v nasprotnem primeru se zdravnika izbriše iz evidence aktivnih iskalcev zaposlitve na Zavodu za zaposlovanje RS

(311 responses)



Slika 3: Obvezna izbira prostega mesta za opravljanje sekundariata ne glede na regijo.

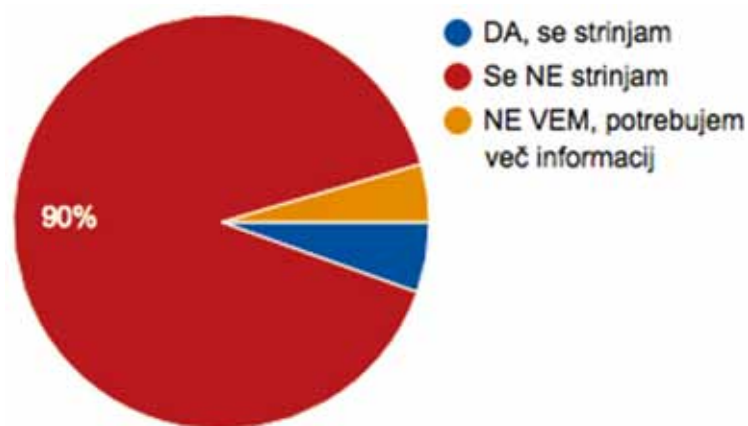
vprašati se, zakaj do tega prihaja, in odpraviti morebitne vzroke. Če bi morda zdravniki dobili možnost premostitve ali čakanja na želeno specializacijo ter boljše delovne pogoje za deficitarne specializacije, bi se problem lahko rešil brez restriktivnih ukrepov.

Podobno restriktivna ukrepa, ki zapovedujeta obvezno izbiro mesta

opravljanja sekundariata in prijavo na prvi razpis specializacij, zavrača večina anketiranih (sliki 3, 4). Predlagani ukrepi sicer najbolj spominjajo na dekrete iz prejšnjega režima, medtem ko izbris iz evidence aktivnih iskalcev zaposlitve meji na kršenje delovnopravne zakonodaje.

Podobno velja za predlog uvedbe roka za končanje specializacije v

OBVEZNA PRIJAVA NA PRVI JRS oziroma V ROKU 1 MESECA PO OPRAVLJENEM STROKOVNEM IZPITU in sicer NE GLEDE NA REGIJO, sicer se zdravnika preneha voditi v evidenci aktivnih iskalcev zaposlitve na Zavodu za zaposlovanje RS
(310 responses)



Slika 4: Obvezna prijava na prvi javni razpis specializacij ne glede na regijo.

UVEDBA ROKA ZA DOKONČANJE SPECIALIZACIJE ŽE V ODLOČBI O SPECIALIZACIJI (do sedaj dolžina specializacija ni bila navzgor omejena, ampak se jo je z utemeljitvijo glavnega mentorja lahko podaljšalo: npr. zaradi nedoseganja ustreznih kompetenc, prekinitve zaradi daljšega dopusta, porodniške, podiplomskega študija, daljše bolniške).
(311 responses)



Slika 5: Uvedba časovne omejitve za dokončanje specializacije že v odločbi o specializaciji.

odločbi o specializaciji (slika 5), kjer ostaja časovni okvir neopredeljen, hkrati pa krši pravice delavcev, saj ne omogoča daljših odsotnosti, npr. ob porodniškem dopustu, zaradi poškodb, nesreč ali bolezni.

Razprava

Tako v anketi kot v razpravi smo lahko izluščili štiri problemska področja, na katerih bi lahko temeljile

spremembe zakona. Glavne usmeritve bi lahko temeljile na:

1. Zagotavljanju ustrezne izobrazbene ravni zdravnika, ki opravlja delo praktično samostojno in ima opredeljene bolnike. To se po EU-direktivi za družinskega zdravnika praviloma zgodi po vsaj dveh oz. treh letih opravljene specializacije in nikakor po opravljenem pripravništvu (3). S tega vidika je zelo zaskrbljujoče,

zlasti za varnost bolnikov, če se bo delo v urgentnih centrih, ki so v našem prostoru novost, opravljalo s strani pripravnikov, brez ustreznega nadzora in mentorstva specialistov.

2. Zagotavljanju ustreznih delovnih mest za zdravnike.

Če za zdravnike ni razpisanih delovnih mest, se ne morejo zaposliti in opravljati dela, za katero so se izučili. Zaradi narave dela zdravnika (npr. kazenske odgovornosti) volontiranje in delo *pro bono* ni rešitev; težko tudi rečemo, da so za stanje v državi (kot je ZUJF) krivi zdravniki. Po podatkih zavoda za zaposlovanje je bilo februarja 2017 od terciarno izobraženih brezposelnih, ki jih je bilo v Sloveniji registriranih 17.374, evidentiranih približno 180 brezposelnih zdravnikov in zobozdravnikov. Od tega 139 doktorjev medicine, 16 doktorjev dentalne medicine in 25 doktorjev medicine specialistov (4). Če pregledamo statistiko, so v februarju 2017 delodajalci zavodu sporočili največ prostih delovnih mest za npr. menedžerje v zdravstvu (9 mest) in strokovnjake na področju zdravstvene nege (102), medtem ko se poklic zdravnika na nobenem področju ni prebil med prvih pet najpogostejše iskanih poklicev glede na glavno poklicno skupino po Standardni klasifikaciji poklicev. Zaposlitev zdravnikov na ustrezna delovna mesta bi bila torej mogoča le v dogovoru z zdravstvenimi zavodi oz. v dogovoru z ZZZS. Deloma bi za zaposlitev, ki bi omogočala delo pod ustreznim nadzorom mentorja, lahko poskrbeli tudi s podaljšanim pripravništvom – enoletnim sekundariatom, ki pa bi bil nezavezujoč in bi samo odmaknil iskanje zaposlitve zdravnika na nekaj mesecev po pripravništvu. Drži pa, da bi med podaljšanim pripravništvom zdravnik lažje izoblikoval stališče,

katera stroka ga zanima do te mere, da se bo odločil za njeno specializacijo.

3. Možnosti proste izbire poklica, kot je zagotovljena vsem državljanom.

Zaradi narave dela se zdravnik mora opredeliti za določeno področje dela – specializacijo. Ta izbira mora biti, kolikor se da, prostovoljna, v skladu z željami posameznika in potrebami javne mreže. Ker tudi v svetu veljajo težnje po poglobitvi znanj in subspecialističnih znanjih, ni smiselno, da bi pri nas uvajali prepoved dodatne specializacije. Z uvajanjem morebitnega samoplačniškega financiranja specializacij (torej načelo »Specializiraj, kolikor te je volja, a to plačaj sam!«) pa stopamo na spolzek teren specialistov, ki bodo neodvisni od javne mreže, in lahko se zgodi, da bomo v Sloveniji postali »inkubator« mladih specialistov za zahodno Evropo. Še zlasti to velja sedaj, ko vsako leto vsaj 50 zdravnikov zapusti Slovenijo in odide »s trebuhom za kruhom«. Poleg tega je omejevanje pretoka proste delovne sile, kot je npr. izplačevanje za čas specializacije v primeru sprejema službe zdravnika v tujini oz. v drugi regiji, v neskladju z eno od štirih temeljnih svoboščin na notranjem trgu Evropske unije (5). V času, ko evropski mladi zdravniki podpirajo hrvaške mlade specialiste in hrvaško zdravniško zbornico v boju proti delodajalcem zaradi iste kršitve, ni najbolj modro tega uveljavljati pri nas (6).

4. Poklic zdravnika ne sme biti diskriminiran v primerjavi z ostalimi poklici.

To pomeni, da mora biti izbris iz evidence brezposelnih v skladu s pravilnikom Uradnega lista RS. Prav tako je v delovnopравни zakonodaji posebno mesto namenjeno zaščiti žensk. Delodajalcu je prepovedano pogojevati sklenitev pogodbe o zaposlitvi z dodatnimi pogoji v

zvezi s prepovedjo nosečnosti ali odlogom materinstva ali z vnaprejšnjim podpisom odpovedi pogodbe o zaposlitvi s strani delavca. Ker so omenjene norme namenjene varovanju zasebnosti in osebnosti ter prepovedi diskriminacije pri zaposlovanju, bi morale biti nadrejene želji po kontinuiteti izobraževanja med specializacijo.

Zaključek

Oblikovanje podiplomskega izobraževanja med opravljanjem dela mladih zdravnikov, to je pripravnikov in specializantov, mora biti nujno podprto s strani strokovnih združenj in namenjeno predvsem izobraževanju zdravniškega kadra, ne pa reševanju kadrovskih primanjkljajev. Spremembe je treba skrbno načrtovati, saj gre pri tem za dolgoročno (večletno) naložbo v kakovostno zdravstveno oskrbo vseh državljanov.

Mladi zdravniki ocenjujemo opis predlaganih sprememb kot korak nazaj v kakovosti podiplomskega izobraževanja. V danem trenutku bi se morali posvečati predvsem kakovostnim vsebinam izobraževanj, tako na področju specializacij kot pripravništva, doseganju kompetenc in znanj, učinkovitejšemu mentorstvu in ustvarjanju spodbudnih pogojev za delo v deficitarnih poklicih ali regijah. O tem smo v reviji Isis sicer že pisali (7). Namesto tega smo prisiljeni razpravljati o restriktivnih ukrepih, ki kršijo tako osnovne človekove pravice kot delovnopravno zakonodajo, predvsem pa prinašajo nevarne rešitve za naše bolnike. Upamo, da nas bodo stroka in starejši ter bolj izkušeni kolegi podprli v prizadevanjih za bolj kakovostno izobraževanje in da bomo lahko skupaj našli boljše rešitve za vse nas.

Viri:

1. ZZS. Vabilo na javno razpravo. Dostopno na: [-zakona-o-zdravni%C5%A1ki-slu%C5%BEBi](https://www.zdravniskazbornica.si/informacije-publikacije-in-analize/informacije-novosti/2017/03/17/vabilo-na-javno-razpravo---spremembe-</div><div data-bbox=)

2. RTV Slovenije – Val 202. Arhiv oddaj: Radijski dnevnik, 24. 3. 2017. Dostopno na: <http://4d.rtvsl.si/arhiv/radijski-dnevnik/174462268>.
3. WONCA Europe 2011 Eds. (Evans P Ed.) The European definition of general practice / family medicine. Dostopno na: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>
4. Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje. Dostopno na: https://www.ess.gov.si/_files/9790/MI_2017_2.pdf
5. European Commission. Free Movement - EU nationals. Dostopno na: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=457&langId=en>
6. European Junior Doctors - EJD. Permanent Working Group. Statement of support concerning medical residents and young specialists in the Republic of Croatia. Dostopno na: <http://www.juniordoctors.eu/news/statement-support-concerning-medical-residents-and-young-specialists-republic-croatia>
7. Bregant, T. Izzivi, skupni vsem specializacijam : poročilo z okrogle mize o podiplomskem izobraževanju zdravnikov. Isis 2017; 26 (2): 28–31. Dostopno na: <https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/isis/2017/isis-02-17.pdf?sfvrsn=2>

Evropski specializanti ginekologije in porodništva v Sloveniji



Vsakoletna izmenjava evropskih specializantov, pod okriljem Evropske zveze specializantov ginekologije in porodništva, bo po letu 2004 ponovno potekala v Sloveniji

Iztok Ditz, dr. med., SB Celje

Jure Klanjšček, dr. med., SB dr. Franca Derganca Nova Gorica

Drage kolegice in kolegi, specializanti in specializanti ginekologije in porodništva!

Z velikim veseljem vam sporočam, da bosta letos v Sloveniji potekala izmenjava in kongres specializantov ginekologije in porodništva.

Zdravniki, specializanti ginekologije in porodništva, iz različnih držav Evrope se vsako leto udeležujemo skupnih srečanj pod okriljem **ENTOG** (European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology). Prvo srečanje z izmenjavo je bilo organizirano že leta 1992. S sodelovanjem in izmenjavo med specializanti iz različnih evropskih držav želi ENTOG doseči v vseh evropskih državah primerljive, visoke standarde izobraževanja na tem področju.

Leta 2015 je bilo srečanje organizirano na Nizozemskem, lani je potekalo v Torinu v Italiji, **letošnje srečanje pa bo organizirano v Sloveniji**. Tokrat bomo evropsko srečanje in izmenjavo specializantov gostili drugič, prvič smo ju, zelo uspešno, gostili leta 2004.

Omenjeno srečanje in izmenjava sta **najpomembnejši letni dogodek evropskih specializantov ginekologije in porodništva**. Na izmenjavi in na kongresu **2. junija 2017 v Ljubljani** bo tako prisotnih več kot 45 predstavnikov specializantov **iz 30 držav**, kar predstavlja **prihodnost evropske ginekologije in porodništva**.

Izmenjavo in kongres bo organiziral **SATOG** (Sekcija specializantov gi-

nekologije in porodništva pri Slovenskem zdravniškem društvu) skupaj z ENTOG. Izmenjava bo potekala **po veliki večini ginekološko-porodniških oddelkov oz. klinik po Sloveniji med 29. majem in 1. junijem 2017**. Specializanti bodo razporejeni sorazmerno glede na velikost oddelka po dvanajstih bolnišnicah.

Namen izmenjave je vpogled v sistem usposabljanja specializantov v gostujoči državi ter izmenjava mnenj, znanj in izkušenj. Upamo in pričakujemo, da jih boste toplo sprejeli, jim v tem kratkem času omogočili vpogled in jih morda celo vključili v delo na

oddelku ter jim pokazali, kako poteka vsakdanjik slovenskega specializanta ginekologije in porodništva. Za njihove potrebe, preživljanje prostega časa in nastanitev bomo poskrbeli slovenski specializanti. Če se boste želeli z udeleženci družiti, jim razkazati lepote vašega kraja, pokramljati in izvedeti še kakšno zanimivost, bo vsakršna pobuda z vaše strani zelo dobrodošla.

Po končani izmenjavi bo 2. junija 2017 v Ljubljani potekal kongres s temo Instrumentalni vaginalni porod – razlike po Evropi, in trening mehkih veščin na temo Preprečevanje izgorelosti in spoprijemanje s težavnim sodelavcem.



Pismo 42 poslancem

Vanja Kos, dr. med., ZD Ljubljana, Enota Center

Članica zbornice sem že 20 let. Nekajkrat v času svojega članstva sem se obrnila na zbornico z vprašanjem ali dilemo, ki je nastala pri mojem vsakdanjem delu zdravnice, vendar je bil odgovor zbornice v praksi neuporaben ali pa se je glasilo, da to ni naloga zbornice. Zato sem svoj odnos z zbornico omejila na plačevanje članarine in »veselje« ob podaljšanju licence, da lahko še naprej opravljam svoje delo.

Pri tem bi tudi ostalo, vendar so me zadnji dogodki v zvezi z zbornico tako zaskrbeli, da sem se odločila napisati svoje razmišljanje, saj menim, da ne gre več le za predsednico, ampak so razsežnosti širše. Verjamem, da je 42 poslancev skupščine, ki so na tajnem glasovanju izrekli nezaupnico novoizvoljeni predsednici, delovalo z nekim dobrim namenom, čeprav z menimi nejasnimi in šibkimi razlogi (plača?, komunikacija?, odstop sodelavcev?). Po moji oceni je posledica tega dejanja lahko zelo nevarna – v kratkem času jim je uspelo močno omajati stabilnost zbornice in so v roke politike položili argument in orodje za prevzem pristojnosti ZZS, po katerih taista politika že nekaj časa kaže svoje apetite (npr. zadnji predlog ZZVZZ, kjer MZ dodeljuje ZZS poleg finančnega nadzora tudi nadzor nad »upravičenostjo napotitev bolnikov«. Mar ni strokovni nadzor zdravnikov v pristojnosti zbornice?) Zato se bojim, da bo nedelujoča zbornica s pomočjo politike ukinjena in bodo čez več let zdravniki, ki danes še ne vedo, da bodo to

postali, zopet na začetku boja za svoje stanovske pravice in zbornico. Od zbornice in poslancev bi pričakovala, da svoje delovanje usmerijo v doseganje pomembnih stvari, ne pa da se ukvarjajo sami s sabo: npr. da ZZS nobenega pravila, s katerim nam greni vsakdanje delo, ne bi mogel sprejeti brez sodelovanja stroke (RSK?). Sedaj lahko zdravniki samo nemočno podamo ugovor na vsak nadzor, ki je v nasprotju s stroko, saj je arbiter sam ZZS, kar je skregano z vsako logiko – nadzira sam sebe in nas.

Lepo prosim 42 poslancev, da še enkrat temeljito razmislijo o svojem zaupanju/nezaupanju. V primeru, da ne morejo zaupati in konstruktivno delovati v skupščini z izvoljeno predsednico, ki je izjavila, da je pripravljena sodelovati z vsemi, naj odstopijo svoje mesto drugim, ki bodo lahko sodelovali. Zbornica mora čim prej pridobiti manjkajoče odbore in začeti polno delovati. Sami veste, da bo vsaka odločitev zbornice pod katerimkoli vodstvom za zdravništvo in zobozdravništvo veliko boljša kot vsaka odločitev politikov na MZ in vladi v zvezi z nami, kaj šele odločitev ZZS.

Hvala!

P. S.: V morebitne nadaljnje razprave in replike se ne bom vključevala, ker je namen pisma samo dobronameran razmislek, pogledov na stanje pa je lahko toliko, kot je članov.

Hvala za razumevanje.

Odgovor na novinarsko vprašanje RTV Slovenija

Spoštovani,

v zvezi z vprašanji novinark RTV Slovenija Helene Lovinčič v zvezi s sporočilom za medije Klinike Svijetlost iz Zagreba (*V Kliniki Svijetlost opravili prvo presaditev matičnih celic roženice v regiji*), ki se glasi: »**Pozdravljeni, zanima me, če pri nas tega ne dela oče-**

sna klinika, ali imamo tovrstno banko, se mogoče pripravljate na to, koliko naših pacientov bi bilo potencialno možno pozdraviti na ta način, koliko pacientov pošljete v tujino in kam in kakšen je strošek tovrstnega zdravljenja,« vam odgovarjamo:

Očesna klinika v Ljubljani ima svojo očesno banko, ki že več let deluje v skladu z mednarodnimi standardi in predpisi JAZMP in Slovenija-transplanta ter služi za presaditve roženice, ki so najpogostejša operacija, pri kateri se transplantira del ali celotna roženica. O tem pričajo naslednje objave:

PFEIFER, Vladimir. Pomen očesne banke za transplantacijo roženice = Eye banking for corneal transplantation. Zdravniški vestnik, ISSN 1318-0347. [Tiskana izd.], 2004, letn. 73, št. 5, str. 415-418. [COBISS.SI-ID 17928921]

SCHOLLMAYER, Petra, VESELI-CA, Andreja, ŠTUNF, Špela, PFEIFER, Vladimir. Preskrba s tkivi na Očesni kliniki v Ljubljani = Eye banking at Ljubljana Eye hospital. Zdravniški vestnik, ISSN 1318-0347. [Tiskana izd.], jun. 2012, letn. 81, supl., str. I-45-I-50, ilustr. <http://ojs.szd.si/index.php/vestnik/article/view/885/753>. [COBISS.SI-ID 293292]

Pregledali smo PR-objavo klinike Svijetlost in ugotavljamo, da gre pri tej objavi za presaditev avtolognih (pacientovih) v kulturi vzgojenih matičnih celic na podlagi, ki jo predstavlja amnijska membrana. Gre za tehniko, ki je pri enostranskih poškodbah roženice nepotrebna. Pri nas ob enostranskih poškodbah neposredno transplantiramo matične celice iz zdravega na prizadeto oko in imamo s to operacijo že več let odlične izkušnje, ki so bile predstavljene že leta 2014 na evropskem kongresu za kataraktno in refraktivno kirurgijo v Ljubljani. **Torej naših pacientov za take posege ne pošiljamo v tujino.**

SCHOLLMAYER, Petra, KRAJNC, Špela. Autologous limbal transplantation (CLAU) in unilateral total limbal stem cell deficiency : 18th ESCRS Winter meeting, Ljubljana, Slovenia, 14-16 February 2014. V: ESCRS : European society of cataract & refractive surgeons. Dublin: European society of cataract & refractive surgeons, 2010-, [1]

str. <http://escrs.org/Ljubljana2014/programme/slovenian-society.asp>. [COBISS.SI-ID 1290924]

Zato v naslovu PR-članka »V Kliniki Svijetlost opravili prvo presaditev matičnih celic roženice v regiji« Slovenija vsekakor ne sodi v to »regijo«.

Ko gre za v kulturi vzgojene matične celice, ki bi bile vzgojene za namen transplantacije matičnih celic druge osebe na pacienta, ki bi imel okvarjeni obe očesi, pa gre za mnogo kompleksnejši postopek. Zanj je treba matične celice odvzeti preminulemu dajalcu (alogeni transplantat), jih nato vzgojiti v kulturi in jih transplantirati sprejemniku, pri čemer lahko imunski odziv sprejemnikovega organizma privede do zavrnitve presadka in so potrebne predhodne raziskave, ki so pri nas v teku. Ko bodo za to izpolnjeni vsi pogoji, bomo z alogenimi transplantacijami lahko začeli tudi na naši kliniki. V februarju letos sta se tovrstne transplantacije v Antwerpnu v Belgiji udeležili tudi asist. dr. Petra Schollmayer, ki to kirurgijo opravlja in vodi, in dr. Zala Lužnik, ki o tej temi pripravlja doktorsko disertacijo. Na tak poseg z alogenimi matičnimi celicami na obeh očesih se intenzivno pripravljamo in smo v zvezi s pripravo te zahtevne metodologije v letu 2016 v sodelovanju z beneško očesno banko objavili članek v ugledni mednarodni reviji PLOS One z SCI-dejavnikom vpliva 4,44.

LUŽNIK, Zala, HAWLINA, Marko, MALIČEV, Elvira, BERTOLIN, Marina, KOPITAR, Andreja, Nataša, IHAN, Alojz, FERRARI, Stefano, SCHOLLMAYER, Petra. Effect of cryopreserved amniotic membrane orientation on the expression of limbal mesenchymal and epithelial stem cell markers in prolonged limbal explant cultures. PloS one, ISSN 1932-6203, Oct. 2016, vol. 11, iss. 10, str. 1-17. <http://journals.plos.org/plosone/article/asset?id=10.1371/journal.pone.0164408>.PDF, doi: 10.1371/journal.pone.0164408. [COBISS.SI-ID 32858585]

Tovrstnih (alogenih) operacij v kliniki Svijetlost glede na predstavljene rezultate še niso opravljali. Zanimivo je tudi, da med centri, ki naj bi po njihovem mnenju v Evropi opravljali take operacije, sploh ne omenjajo ene vodilnih evropskih klinik v Antwerpnu in očesne banke v Benetkah, ki je prva v Evropi razvila to metodologijo, in s katerima sodelujemo mi. Prav tako o omenjeni metodologiji zagrebški kolegi nimajo niti ene pomembne objave v mednarodnih revijah.

Nenavadno je tudi, da je do te senzacionalistične objave o »prvi« transplantaciji prišlo ravno sedaj, glede na to, da kolegi iz Zagreba navajajo, da so operirali že tri bolnike. Sprašujemo se, zakaj niso o tem poročali, ko so operirali prvega bolnika. Žal moramo ugotoviti, da omenjena objava prihaja k nam v sklopu medijske ofenzive, ki jo Klinika Svijetlost že nekaj časa izvaja v vseh medijih kot uvod v načrtovano odprtje svoje klinike v Ljubljani. Na intervju njihovega direktorja, Nikice Gabriča, v Delu 22. 2. 2017, ki je žal prispeval k tej ceneni publiciteti, so odgovorile vse naše oftalmološke organizacije v Pismih bralcev PP 29 dne 18. 3. 2017. Žal moramo ugotoviti, da gre za senzacionalistično zavajanje Klinike Svijetlost, v katerem se želi prikazati superiornost njihove oftalmologije nad našo v izrazite komercialne namena, kar tudi v tem primeru ni tako.

O naših dolgoletnih razvojnih uspehih na tem področju pričajo objave, ki so izšle v uglednih virih in bile predstavljene na mednarodnih kongresih.

Zanimajo nas resnični razlogi, zakaj je novinarska pozornost tako intenzivno usmerjena na »uspehe« Klinike Svijetlost, medtem ko se mednarodnim uspehom slovenske oftalmologije ne nameni niti malo novinarske pozornosti.

Vse skupaj postaja tako simptomatično, da se nam porajajo vprašanja o koruptivnosti takega poročanja, zato smo na zadnjem sestanku oftal-

moloških organizacij sklenili, da bomo tovrstno uredniško politiko osrednjega časnika Delo dali v presojo Novinarskemu častnemu razsodišču v okviru Društva novinarjev Slovenije.

Lepo vas pozdravljamo

Prof. dr. Marko Hawlina,
dr. med.

Vodja terciarnega projekta UKC
Ljubljana »Klinična vpeljava zdrav-
ljenja okvar očesne površine z mati-
čnimi celicami«

Prof. dr. Branka Stirn Kranjc,
dr. med.

Predstojnica Očesne klinike

Literatura Očesne klinike v Ljubljani na temo očesne banke in transplantacije matičnih celic:

1. PFEIFER, Vladimir. Pomen očesne banke za transplantacijo roženice = Eye banking for corneal transplantation. *Zdravniški vestnik*, ISSN 1318-0347. [Tiskana izd.], 2004, letn. 73, št. 5, str. 415-418. [COBISS.SI-ID 17928921]
2. PFEIFER, Vladimir, GARDAŠEVIČ TOPČIČ, Ivana. Presaditve roženice na Očesni kliniki v Ljubljani med leti 1991 in 2003 = Corneal grafting in Eye clinic of Ljubljana between the years 1994 and 2003. V: HAWLINA, Marko (ur.), STIRN-KRANJC, Branka (ur.). *Končni program in zbornik povzetkov = Final programme and book of abstracts*, 5. slovenski oftalmološki kongres z mednarodno udeležbo, 3-5 junij 2004, Ljubljana, Slovenija [in] 28. mednarodni simpozij oftalmologov Slovenije in Hrvaške, 4-5 junij 2004, Ljubljana, Slovenija = 5th Slovenian Congress of Ophthalmology [and] 28th Symposium of Ophthalmology of Slovenia and Croatia, 4-5th June 2004, Ljubljana, Slovenia. Ljubljana: Cankarjev dom, kulturni in kongresni center: = Cankarjev dom, Cultural and Congress Centre, 2004, str. 93. [COBISS.SI-ID 17765081]
3. SCHOLLMAYER, Petra, VESELICA, Andreja, ŠTUNF, Špela, PFEIFER, Vladimir. Dejavnost preskrbe s tkivi in celicami na Očesni kliniki v Ljubljani = Eye banking at Ljubljana Eye hospital. V: HAWLINA, Marko (ur.), STIRN-KRANJC, Branka (ur.). *Končni program in zbornik povzetkov = Final programme and book of abstracts*. Ljubljana: Združenje oftalmologov Slovenije: = Slovenian Society of Ophthalmology, 2010, str. 90. [COBISS.SI-ID 28043481]
4. SCHOLLMAYER, Petra, VESELICA, Andreja, ŠTUNF, Špela, PFEIFER, Vladimir. Preskrba s tkivi na Očesni kliniki v Ljubljani = Eye banking at Ljubljana Eye hospital. *Zdravniški vestnik*, ISSN 1318-0347. [Tiskana izd.], jun. 2012, letn. 81, supl., str. I-45-I-50, ilustr. <http://ojs.szd.si/index.php/vestnik/article/view/885/753>. [COBISS.SI-ID 293292]
5. CIRMAN, Tina, BELTRAM, Matej, SCHOLLMAYER, Petra, ROŽMAN, Primož, ERDANI-KREFT, Mateja. Amniotic membrane properties and current practice of amniotic membrane use in ophthalmology in Slovenia. *Cell and tissue banking*, ISSN 1389-9333, 2014, vol. 15, iss. 2, str. 177-192, ilustr. <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10561-013-9417-6>, doi: 10.1007/s10561-013-9417-6. [COBISS.SI-ID 31054041]
6. SCHOLLMAYER, Petra, KRAJNC, Špela. Autologous limbal transplantation (CLAU) in unilateral total limbal stem cell deficiency: 18th ESCRS Winter meeting, Ljubljana, Slovenia, 14-16 February 2014. V: *ESCRS: European society of cataract & refractive surgeons*. Dublin: European society of cataract & refractive surgeons, 2010-, [1] str. <http://escrs.org/Ljubljana2014/programme/slovenian-society.asp>. [COBISS.SI-ID 1290924]
7. SCHOLLMAYER, Petra, KRAJNC, Špela. Avtologna presaditev limbusa pri popolnem enostranskem pomanjkanju limbalnih celic = Autologous limbal transplantation in the unilateral total limbal stem cell deficiency. V: PAHOR, Dušica (ur.), HAWLINA, Marko (ur.). *Končni program in zbornik povzetkov = Final programme and book of abstracts*, 10. slovenski oftalmološki kongres z mednarodno udeležbo in Simpozij ob 70-letnici Oddelka za očesne bolezni Univerzitetnega kliničnega centra Maribor, Maribor, 9.-11. oktober 2014. Ljubljana: Združenje oftalmologov Slovenije: = Slovenian Society of Ophthalmology, 2014, str. 77. [COBISS.SI-ID 2024108]
8. LUŽNIK, Zala, SCHOLLMAYER, Petra, ANDJELIČ, Sofija, CIRMAN, Tina, IHAN, Alojz, HAWLINA, Marko. Gojenje limbalnih epiteljskih celic-začetni rezultati = Culturing limbal epithelial stem cells-initial results. V: PAHOR, Dušica (ur.), HAWLINA, Marko (ur.). *Končni program in zbornik povzetkov = Final programme and book of abstracts*, 10. slovenski oftalmološki kongres z mednarodno udeležbo in Simpozij ob 70-letnici Oddelka za očesne bolezni Univerzitetnega kliničnega centra Maribor, Maribor, 9.-11. oktober 2014. Ljubljana: Združenje oftalmologov Slovenije: = Slovenian Society of Ophthalmology, 2014, str. 79. [COBISS.SI-ID 2024620]
9. LUŽNIK, Zala, SCHOLLMAYER, Petra, ANDJELIČ, Sofija, MALIČEV, Elvira, CIRMAN, Tina, ZIDAR, Nina, KOPITAR, Andreja Nataša, IHAN, Alojz, HAWLINA, Marko. First results of Ex Vivo Limbal Explant culturing in Slovenia: amniotic membrane serving as an Ex vivo Limbal epithelial Stem Cell Niche. V: MALIČEV, Elvira (ur.), FRÖHLICH, Mirjam (ur.), RADOSAVLJEVIČ, Damjan (ur.). *Regenerative medicine: achievements and perspectives*: [uredniki Elvira Maličev, Mirjam Fröhlich, Damjan Radosavljevič]. Ljubljana: DCTIS, Društvo za celično in tkivno inženirstvo, 2015, str. 35. [COBISS.SI-ID 2537132]
10. LUŽNIK, Zala, BERTOLIN, Marina, BREDA, Claudia, MOHIT, Parekh, ELBADAWY, Hossein, PONZIN, Diego, SCHOLLMAYER, Petra, HAWLINA, Marko, FERRARI, Stefano. Towards a defined, serum- and feeder - layer free culture of human limbal stem cells for ocular surface reconstruction. V: MALIČEV, Elvira (ur.), FRÖHLICH, Mirjam (ur.), RADOSAVLJEVIČ, Damjan (ur.). *Regenerative medicine: achievements and perspectives*: [uredniki Elvira Maličev, Mirjam Fröhlich, Damjan Radosavljevič]. Ljubljana: DCTIS, Društvo za celično in tkivno inženirstvo, 2015, str. 30. [COBISS.SI-ID 2537388]
11. LUŽNIK, Zala, HAWLINA, Marko, MALIČEV, Elvira, BERTOLIN, Marina, KOPITAR, Andreja Nataša, IHAN, Alojz, FERRARI, Stefano, SCHOLLMAYER, Petra. Effect of cryopreserved amniotic membrane orientation on the expression of limbal mesenchymal and epithelial stem cell markers in prolonged limbal explant cultures. *PloS one*, ISSN 1932-6203, Oct. 2016, vol. 11, iss. 10, str. 1-17. <http://journals.plos.org/plosone/article/asset?id=10.1371/journal.pone.0164408>.PDF, doi: 10.1371/journal.pone.0164408. [COBISS.SI-ID 32858585]
12. LUŽNIK, Zala, BERTOLIN, Marina, BREDA, Claudia, FERRARI, Barbara, BARBARO, Vanessa, SCHOLLMAYER, Petra, FERRARI, Stefano. Preservation of ocular epithelial limbal stem cells: the new frontier in regenerative medicine. V: KARIMI-BUSHERI, Feridoun (ur.), WEINFELD, Michael (ur.). *Biobanking and cryopreservation of stem cells*, (Advances in experimental medicine and biology, ISSN 2214-8019, volume 951). Cham: Springer, [2016], str. 179-189. https://books.google.si/books?id=Uu96DQAAQBAJ&pg=PA179&lpg=PA179&dq=Zala+Lu%C5%BEEnik+and+cryopreservation&source=bl&ots=WAd1waZ2v&sig=Q6PGuIFVY71A3ZE8R4fM2laeCC4&hl=sl&sa=X&ved=0ahUKEwjvY3G1-HQAhVHAcAKHT0_BHwQ6AEIGzAA#v=onepage&q=Zala%20Lu%C5%BEEnik%20&f=false. [COBISS.SI-ID 3382188]
13. LUŽNIK, Zala, FERRARI, Stefano, PONZIN, Diego. The advances of corneal preparation - what is to come?. *Expert review of ophthalmology*, ISSN 1746-9899, 2015, vol. 10, no. 4, str. 321-324, doi: 10.1586/17469899.2015.1059753. [COBISS.SI-ID 2536620]
14. LUŽNIK, Zala, MOHIT, Parekh, GRIFONI, Carlo, PONZIN, Diego, FERRARI, Stefano. Biobanking of human retinas: the next big leap for eye banks?. *Stem cells translational medicine*, ISSN 2157-6564, 2015, vol. 4, no. 8,
15. MOHIT, Parekh, LUŽNIK, Zala, RUZZA,

Alessandro, FERRARI, Stefano, ELBA-DAWY, Hossein, SALVALAIO, Gianni, BUSIN, Massimo, PONZIN, Diego. Pre-bubbled tissues for descemet membrane endothelial keratoplasty. V: MOHIT, Parekh (ur.), FERRARI, Stefano (ur.), PONZIN, Diego (ur.). *Eye banking : changing face of corneal transplantation*, (Eye and vision research developments series). New York: Nova Biomedical, cop. 2015, str. 151-156, ilustr. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=1023436>. [COBISS.SI-ID 2536364]

16. SCHOLLMAYER, Petra, LUŽNIK, Zala, STIRN-KRANJC, Branka. Uporaba avtolognega seruma v oftalmologiji = Autologous serum eye drops in ophthalmology. V: LEVIČNIK-STEZINAR, Snežna (ur.), ŠKODA GORIČAN, Irena Katja (ur.), BOŽIČNIK, Milena (ur.). *Knjiga povzetkov = Abstract book*. [Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Združenje za transfuzijsko medicino pri SZD: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v

hematologiji], 2016, str. 198-199. [COBISS.SI-ID 3151276]

17. SCHOLLMAYER, Petra, PFEIFER, Vladimir. Razvoj programa za presaditve roženic = The development of the corneal transplantation service. V: AVSEC, Danica (ur.), ZUPANIČ SLAVEC, Zvonka (ur.). *Razvoj transplantacijske medicine v Sloveniji : programi, smernice in perspektive*. Ljubljana: Zavod RS za presaditve organov in tkiv Slovenija-transplant; Celje: Celjska Mohorjeva družba: Društvo Mohorjeva družba, 2016, str. 179-186, ilustr. [COBISS.SI-ID 3040684]

Nekaj cvetk prevodov iz angleške znanstvene literature o varnosti pacientov v slovenski jezik

Izr. prof. dr. Andrej Robida, dr. med., Center za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave – Prosunt
andrej.robida@prosunt.si

	Angleški izraz	Prevod v slovenščino po pomenu	Raje uporabljam Google prevajalnik, je lažje, pa še misliti ni treba
1	Adverse event	Škodljivi dogodek	Neželeni dogodek, neljubi dogodek
2	Near miss	Skorajšnja napaka	Blizu gospodične
3	Close call	Skorajšnja napaka	Bližnji klic
4	Medical error (ta izraz se uporablja napačno tudi v angleški literaturi)	Napaka pri zdravstveni obravnavi pacienta	Zdravniška napaka ali medicinska napaka
5	Violation Violation due to recklessness Situational or optimizing violation Routine violation	Kršitev - lahkomišelna kršitev - situacijska kršitev - rutinska kršitev	Kršitev pravil stroke
6	Error reporting system	Sistem za sporočanje napak	Sistem za prijavo odklonov
7	Checklist	Opomnik	Kontrolni seznam

Tabela: Nekaj izrazov v zvezi z varnostjo pacientov

Izraze od 1 do 5 zakonodaja imenuje malomarnost. Izraza 2 in 3 v Sloveniji skoraj nikoli ne pripeljeta do analize z namenom, da sedanja skorajšnja napaka v prihodnje ne bi pripeljala do škodljivega dogodka zaradi napake. Ker ni škode za pacienta, ni tožnika in ni sodnika. Zdravstvo pa bi se moralo obnašati drugače, a se ne, velikokrat z izgovorom, da je tako v zakonodaji, ki je, mimogrede, stara že več desetletij. Kar je v zakonu, odraža resnico? Ali res?

Ali je poimenovanje, ki naj bi bilo v določeni stroki enotno, pomembno za preprečevanje napak?

Neka gospa je pripovedovala zgodbo, kako je izgubila svojega moža, ker sta dva zdravnika za isto bolezen uporabljala različne izraze. Kirurg je dobil sporočilo od patologa po telefonu, ko je ta pregledal zmrzli rez, in zaradi izraza, ki ga sam ni uporabljal

ali poznal, menil, da gre za benigni tumor. Pošta, kjer je podrobneje pisalo, kaj so pokazale dodatne histološke preiskave, se je izgubila. Ni je dobil niti pacient niti pacientov izbrani zdravnik niti kirurg. Tumor, za katerega je v izvidu pisalo, da je maligni, je rasel in nadaljnje zdravljenje, po šestih mesecih nezdravljenja, je bilo neuspešno. Zamudili so več mesecev in gospod je umrl. Zaradi česa? Zaradi malignega tumorja, ali zaradi zdravni-

ške napake, ali zaradi medicinske napake, ali zaradi neželenega dogodka, ali zaradi napake pri zdravstveni obravnavi? Za katero poimenovanje se bomo odločili, bo vplivalo na način analize napake in na ukrepe ter spremljanje njihove uspešnosti. Samo za primer: če bomo trdili, da je šlo za zdravniško napako – glede na to, da pri nas vse imenujemo zdravniška napaka – analiza ni potrebna, ker že ime pove, kdo jo je naredil. Ker živimo v kulturi obtoževanja, se bo treba samo odločiti, katerega zdravnika, kirurga ali patologa, naj odstranimo z delovnega mesta. Odločimo se za tistega, za katerega menimo, da ga bomo lažje pogrešali. Potem pri pacientih povzročimo zmedo, ker ne vedo, kam naj gredo na zdravljenje, saj jih niti ne obvestimo, da zdravnik ne dela več tistega, kar je delal vse poklicno življenje, in ga ne more nihče nadomestiti, ker »nimamo« denarja, da bi najeli tujca, doma pa ni nobenega, ki se spozna na take bolezni.

Primeri

Škodljivi dogodek

Zdravnik Janez hodi pred zdravnikom Petrom. Janez odpre vrata in stopi v seminarski prostor. Vrata takoj zaloputne in Peter se zaleti v vrata. Zlomi se mu nos. Peter sporoči (oprostite, »prijavi« odklon). Odklon vstavijo v seznam za sporočanje odklonov (oprostite, »prijavo« odklonov) v rubriko neželeni dogodek.

Škodljivi dogodek

Pacientu po zamenjavi kolka pozabijo predpisati antikoagulacijsko zdravilo. Pacient dobi globoko vensko trombozo in pljučno embolijo. Kljub ustreznemu zdravljenju pljučne embolije pacient umre. V sistemu za sporočanje napak dogodek uvrstijo v rubriko neželeni dogodek.

Skorajšnja napaka

Mlajši zdravnik predpiše 10-krat večji odmerek zdravila od priporočene. Medicinska sestra ga opozori in pacient dobi pravilen odmerek. – Go-

spod doktor, meni se zdi, da je tukaj šlo za napako, ki se ji reče »blizu gospodične«, ker sem jaz še gospodična. Če se bo podoben primer ponovil, ko bom poročena, pa predlagam, da uporabimo izraz »blizu gospe«. – Sestra, to pa ne bo držalo, temu se reče »bližnji klic«.

Napaka pri zdravstveni obravnavi

Pacientka je že na operacijski mizi za zamenjavo kolenskega sklepa. V operacijski dvorani uporabljajo opomnik za varno kirurgijo. Kirurg ni želel uporabljati »kontrolnega seznama«, ker njega že ne bo nihče kontroliral, saj zna operirati. Zato so naslednjo verzijo imenovali »opomnik«, s čimer se je kirurg strinjal in dejal, da je to odlična stvar, da se kaj ne pozabi. Kirurg je pravilno odprl desno koleno in hotel vstaviti protezo, a ustrezne velikosti proteze ni bilo niti v operacijski dvorani niti v skladišču bolnišnice. Po sedmih urah so jo našli v neki avstrijski bolnišnici.

Ali je šlo za zdravniško napako, ali je šlo za medicinsko napako, ali je šlo za napako pri zdravstveni obravnavi, ali morda za neljubi dogodek? Ni znano, ali se je za pacientko vse dobro izteklo.

Napaka pri zdravstveni obravnavi

V neki bolnišnici se je po 14 letih delovanja pokvaril aparat za angiografijo. Paciente, ki so potrebovali preiskavo in zdravljenje, so razvrstili na čakalno listo. Trajalo je kar nekaj časa, da so dobili nov aparat. Paciente so začeli klicati na preiskavo. Kakšnih pet jih ni prišlo. Ne da ne bi hoteli, ampak niso mogli, ker so jih svojci že pokopali.

Ali je šlo za zdravniško napako, ali je šlo za medicinsko napako, ali je šlo za napako pri zdravstveni obravnavi? Raje recimo temu, da je šlo za neželene ali, še bolje, za neljubi dogodek. Se veliko bolje sliši, pa še nihče ne bo prišel od zunaj analizirat, zakaj so pacienti umrli, saj ja ne bodo hodili za vsak neljubi dogodek! Vzrok smrti pri pacientih je bil morda srčni infarkt, ki

ga je zajela zdravstvena statistika. Pravega vzroka, prepozne obravnave pacienta zaradi čakalne vrste, ni zajela. Tudi odškodnine ni treba, saj ja ni šlo za medicinsko ali zdravniško napako.

Take napake se dogajajo, ker aparature niso večne, pa tudi o obvladovanju tveganj, torej o prospektivnem pristopu k zmanjševanju napak, nočemo nič slišati oz. imamo to samo na papirju prepisano iz kakšnega učbenika.

Ali znamo ločiti med napako in kršitvijo? Celo v glasilu, kjer je bilo že večkrat obrazloženo na znanosti osnovano poimenovanje pojmov o varnosti pacientov, se povzame dikcija iz slovenske zakonodaje, ki je stara že več desetletij, in se meni, da je napaka enaka kršitvi.

Upam, da v Sloveniji sifilisa ne zdravimo več z arzenom, saj tako zdravljenje ni osnovano na trenutnem znanju.

Pri napakah pa kar po starem. S tem škodujemo pacientom in zdravstvenim strokovnjakom. Treba je dokazati krivdo, da pacient upravičeno dobi odškodnino, kar lahko traja desetletja. Menda se tudi ve, zakaj je tako. Podobno je s kriminalizacijo človeških napak v zdravstvu.

Predlagam, da se sprejme dejstvo, da smo Slovenci nekaj posebnega in imamo za pojme v zvezi z varnostjo pacientov svoje izraze.

Zato predlagam: »Dvignimo očala in naredimo toast,« kot je rekla Barabara4u2c, ko je ugotovila, da je to pravi slovenski prevod: »Let's raise the glasses and make a toast.«

Za tiste, ki bi radi uporabljali sodobne, na znanosti osnovane izraze, je tukaj povezava: <http://www.prosunt.si/publikacije/prosto-dostopne-publikacije-s-prijavo/>

Drugi, ki probleme vedno vzamejo kot napad na svojo osebo, svojo družino in druge sorodnike ter seveda na svojega psa, pa lahko najamejo odvetnika in me tožijo ali pa zahtevajo, da dobim ravnateljev ukor pred izključitvijo. Ne eno ne drugo problema ne bo odstranilo.

Čiste roke rešujejo življenja

Zaradi bolnišničnih okužb vsako leto umre 37.000 Evropejcev – Ustrezna higiena rok v zdravstvu preprečuje širjenje okužb

Sergeja Širca, univ. dipl. novinarka

Okužbe, povezane z zdravstveno dejavnostjo, so ena največjih javnozdravstvenih težav v svetu, v Evropi in tudi v Sloveniji. Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije zaradi okužb, povezanih z zdravstveno dejavnostjo, v nerazvitih državah umre 4.000 otrok dnevno (1). V ZDA so te okužbe vsak dan usodne za 200 ljudi (1). Tudi v Evropi se vsak dvajseti hospitalizirani bolnik v bolnišnici okuži – to je 4,1 milijona bolnikov in 37.000 smrti letno (2). Med stotimi pacienti v slovenskih bolnišnicah pa ima vsaj šest pacientov okužbo, ki ni povezana z boleznijo, zaradi katere so bili sprejeti v bolnišnico (3). Hkrati se vse bolj širi odpornost proti antibiotikom, s katerimi zdravijo te okužbe, zato se možnosti zdravljenja hitro izčrpavajo.

Okužbe, povezane z zdravstveno dejavnostjo, so za zdravstveni sistem veliko finančno breme. V ZDA stroške zdravljenja bolnišničnih okužb ocenjujejo na okoli 30 milijard dolarjev letno (4), v Evropi pa na 7 milijard evrov. V podobni slovenski raziskavi so izračunali, da življenjsko ogrožajoča okužba z MRSA skoraj petkratno poveča stroške zdravljenja (5).

Zaradi pomanjkljivih podatkov pa domnevamo, da je ta problem kljub velikim številkam pravzaprav bistveno podcenjen. Na problematiko okužb, povezanih z zdravstveno dejavnostjo, so opozorili tudi na novinarski konferenci z naslovom Čiste roke rešujejo življenja, ki so jo pripravili ob slovenskem dnevu higiene rok, 6. aprilu. Pod-

prli sta jo Nacionalna komisija RS za obvladovanje bolnišničnih okužb (NAKOBO) ter Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. Potekala je v skladu s pozivom Svetovne zdravstvene organizacije zdravstvenim delavcem po vsem svetu: »Pravočasno očistite roke in ustavite širjenje odpornosti proti antibiotikom.«

Osrednji govornik na novinarski konferenci je bil priznani epidemiolog prof. Didier Pittet, vodja programa za preprečevanje in nadzor okužb ter centra Svetovne zdravstvene organizacije za zaščito pacientov v Univerzitetnih bolnišnicah Ženeva, ki je v tem času obiskal Slovenijo. Prof. Pittet je tudi avtor učinkovitega ženevskega modela higiene rok – gre za strategijo, ki lahko do 50-odstotno zniža stopnjo bolnišničnih okužb. Roke s prehodnimi kontaminanti so namreč najpogostejši vir okužb v zdravstvenih ustanovah, hkrati pa okužbe največkrat prenašamo in širimo prav z rokami. Najpomembnejšo vlogo pri razvoju strategije je odigralo zavedanje pomena razkuževanja rok z alkoholnim razkužilom na mestu nastanka, kar nadomesti umivanje rok ob umivalniku. To zdravstvenemu osebju pri vsakodnevnem delu prihrani veliko časa, hkrati pa je razkuževanje bolj učinkovito in koži bolj prijazno kot umivanje z milom in vodo.

Prof. Didier Pittet, obiskali ste dve slovenski bolnišnici, Infekcijsko kliniko in Splošno bolnišnico Jesenice. Kako ocenjujete izvajanje higiene rok v teh dveh ustanovah? Imate kak nasvet za izboljšanje?



Didier Pittet

Didier Pittet: Z vsem, kar sem opazil v teh dveh bolnišnicah, sem zelo zadovoljen, kar pa ne pomeni, da ni prostora za izboljšave. Ne glede na ponekod neustrezne prostorske razmere v bolnišnicah, lahko za obvladovanje bolnišničnih okužb največ naredijo zaposleni z zavedanjem, kako pomembna je dosledna higiena rok, in tako s čistimi rokami dejansko rešujejo življenja.

Predvsem pa poudarjam, da neskončni postopki za izvajanje usposabljanj, zapleteni razpisni postopki in negotovi proračuni zdravstvenih ustanov povzročajo pomanjkanje konsistentnih dejavnosti za zaščito pred bolnišničnimi okužbami.

Danes ženevski model higiena rok uporablja skoraj 20.000 zdravstvenih ustanov v 178 državah sveta. A kar dolgo je trajalo, da so zdravstveni delavci spremenili svoje ustaljene navade. Katera ovira je bila najtežja?

Didier Pittet: Osebo me je precej presenetila ugotovitev, da posamezne zdravstvene delavke nosijo umetne nohte, saj so ti velika nevarnost kot

potencialni prenašalci okužb. Še bolj me je presenetil njihov odziv, ko smo umetne nohte prepovedali. A mislim, da je to zdaj urejeno.

Zaskrbljen sem bil tudi, ko so mi sporočili, da imajo nekateri člani zdravstvenega osebja islamske veroizpovedi pomisleke o uporabi alkoholnih razkužil. Sestali smo se z muslimanskimi duhovniki, ki so preučili Koran in nam svetovali, naj raziščemo, ali alkohol iz razkužila skozi kožo prehaja v kri. Dokazali smo, da alkoholna razkužila na bazi izopropanola ne prehajajo v kri, in svetovna muslimanska liga je razglasila, da so skladna s Koranom.

Doc. dr. Viktorija Tomič, ali kot predsednica Nacionalne komisije za obvladovanje bolnišničnih okužb ocenjujete, da je izvajanje higiena rok in ukrepov za obvladovanje okužb, povezanih z zdravstveno dejavnostjo, v slovenskem zdravstvu ustrezno?

Viktorija Tomič: Pri higieni rok so slovenske bolnišnice prešle z umivanja na razkuževanje z alkoholnimi razkužili že pred več kot 15 leti in s tem smo

naredili velik korak proti varnejši obravnavi bolnikov in preprečevanju bolnišničnih okužb. Poleg tega pomembnega ukrepa so vse bolnišnice pripravile in začele izvajati obširen program preprečevanja bolnišničnih okužb in oba ukrepa združeno sta pripomogla, da smo uredili razmere na področju pojavljanja bolnišničnih okužb in jih postopno izboljšujemo. Predstavniki Nacionalne komisije za obvladovanje in preprečevanje bolnišničnih okužb (NAKOBO) smo v preteklih treh do štirih letih opravili strokovne nadzore izvajanja programa preprečevanja bolnišničnih okužb v vseh slovenskih akutnih bolnišnicah in ugotovili, da imajo pripravljene programe ter komisije in posameznike (SOBO – medicinske sestre za obvladovanje bolnišničnih okužb, in ZOBO – zdravnike za obvladovanje bolnišničnih okužb), ki se poglobljeno ukvarjajo s preprečevanjem bolnišničnih okužb, kljub temu, da to v večini bolnišnic opravljajo poleg svojega rednega dela na oddelkih. Če zaključim: menim, da sta obe področji ustrezno izvajani, kar pa ne pomeni, da se ne moremo še izboljšati.

Ministrstvo za zdravje je pred kratkim objavilo poročilo o kazalniku kakovosti higiena rok. Gre za enega od kazalnikov, ki jih spremljajo v vseh slovenskih bolnišnicah. Glede na poročilo za leto 2015 je osebje na intenzivnih oddelkih poskrbelo za ustrezno higieno rok v 72 odstotkih vseh primerov, ko bi to v skladu z doktrino 5 priložnosti za higieno rok (6) morali storiti. Na ostalih oddelkih je bil ta delež dobrih 75 odstotkov (7). Kako komentirate te rezultate?

Viktorija Tomič: Objavljeni rezultati za leto 2015 so dobri, saj smo presegli mejo 70 odstotkov, ki je nujna, da zmanjšamo možnost prenosa večkratno odpornih mikroorganizmov na minimum. Treba je omeniti, da so to zbirni podatki in da so med posameznimi profesionalnimi skupinami razlike (zdravniki, medicinske sestre in tehniki, fizioterapevti, študenti ...). Ker je kazalnik kakovosti

»higiena rok« še »mlad« kazalnik, bomo pravo vrednost teh prvih podatkov videli čez čas, ko bomo zbrali in obdelali kasnejše podatke in bomo v bolnišnicah imeli dovolj izobraženih opazovalcev, ki bodo lahko izvedli več opazovanj. Takrat se bo pokazala prava raven izvajanja higiena rok, ki jo bomo tudi opredelili po profesionalnih skupinah in po posameznih priložnostih za higieno rok, ki so opredeljene v programu Svetovne zdravstvene organizacije »5 priložnosti za higieno rok«.

Kakšno je vaše mnenje o povezavi izvajanja higiena rok in stopnje bolnišničnih okužb v Sloveniji? Najbolj aktualen podatek, ki ga imamo o tem, je podatek Nacionalnega inštituta za javno zdravje, in sicer iz nacionalne presečne raziskave o bolnišničnih okužbah iz leta 2011: 6,4 odstotka pacientov je imelo na dan raziskave bolnišnično okužbo (3). Imate bolj aktualne podatke?

Viktorija Tomič: Glede pojavnosti bolnišničnih okužb so navedeni podatki zaenkrat zadnji, ki so na voljo za Slovenijo. Nova enodnevna prevalečna raziskava pojavnosti bolnišničnih okužb bo v slovenskih bolnišnicah izvedena letos jeseni. Higiena rok je le eden izmed številnih ukrepov in ravnanj, ki jih vsakodnevno uporabljamo zdravstveni delavci pri postopkih diagnostike, terapije in nege, da preprečimo nastanek okužb. Število prenosov MRSA v bolnišnicah se je zelo zmanjšalo, kar je neposredna



Viktorija Tomič

posledica boljše in ustrežnejše higiena rok. Tudi pri drugih večkratno odpornih mikroorganizmih se kaže vpliv razkuževanja rok, le da je pri njih še nekaj drugih dejavnikov, ki jih moramo obvladovati, in ni tako enoznačnega vpliva higiena rok. Za vsak diagnostični, terapevtski in negovalni postopek pa imamo v vseh bolnišnicah natančno izdelana navodila, kako postopek izvesti, da preprečimo nastanek bolnišničnih okužb in postopke izvajamo po teh navodilih – vse to sestavlja že prej omenjen vseobsegajoč program obvladovanja bolnišničnih okužb.

Foto: Miran Juršič

Viri:

1. Svetovna zdravstvena organizacija (WHO).
2. Evropski center za preprečevanje in nadzor bolezni.
3. Nacionalni inštitut RS za javno zdravje.
4. Center za nadzor in preprečevanje bolezni.
5. Lejko Zupanc T.: Globalni pogled na problematiko okužb, povezanih z zdravstvom. Medicinski razgledi, 2013, let. 52, suppl. 6.
6. Nacionalna komisija za obvladovanje bolnišničnih okužb (NAKOBO).
7. Ministrstvo RS za zdravje.
8. Nacionalna komisija za obvladovanje bolnišničnih okužb (NAKOBO).

Prednosti razkuževanja pred umivanjem

1. Razkuževanje je učinkovitejše: s kože odstrani od 100- do 1000-krat več bakterij kot umivanje.
2. Razkuževanje je koži prijaznejše: s kože ne odstranjuje maščob kot umivanje rok, temveč jih le prerazporedi. Sodobna razkužila vsebujejo glicerol, ki dodatno masti kožo.
3. Razkuževanje je hitrejše: za učinkovito umivanje rok potrebujemo 1,5–2 minuti, medtem ko za razkuževanje rok zadošča od 15 do 30 sekund.
4. Razkuževanje bolj pritegne k sodelovanju: z umivanjem rok redko dosežemo sodelovanje zdravstve-

nega osebja v več kot 40 odstotkih potrebnih priložnosti. Z razkuževanjem rok je možno povečati sodelovanje osebja nad 80 odstotkov za daljše časovno obdobje.

5. Razkuževanje bakterije uniči, umivanje le mehansko odstrani: tako okužimo okolico (pipo, umivalnik, delovno obleko), od koder lahko ponovno okužimo roke ali celo povečamo število bakterijskih kolonij na njih.

Povzeto po navodilih Nacionalne komisija za obvladovanje bolnišničnih okužb za higieno rok v bolnišnici (8).

Stanka Golob in slikanje s peskom

Ob odprtju razstave Slovenski peski od realizma do geometrijske abstrakcije 16. 3. 2017 v Domus Medica

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

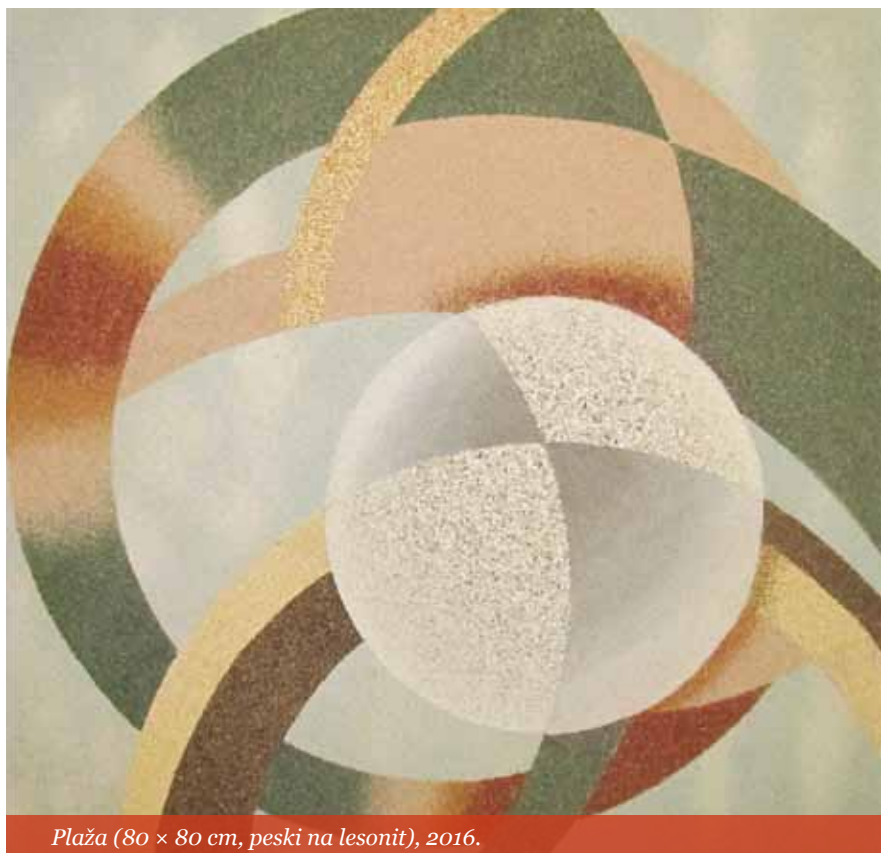
Gospa Stanka Golob, diplomirana slikarka, je rojena v času baby boom generacije, leta 1952. Sedaj živi in dela na Grahovem ob Bači, v Baški grapi na Tolminskem, kjer ima atelje in galerijo. Njena posebnost in inovacija v slovenskem prostoru je že od leta 1994 slikanje s slovenskimi peski naravnih barv in različnih debelin, kar da sliki globino. Uporaba tega naravnega materiala, peska, njenega osnovnega izraznega slikarskega sredstva, pa priča tudi o njenem izostrenem občutku za varstvo okolja. Izdelovanje slik s peskom pomirjujoče vpliva tako na slikarja kot na gledalca.

Svoje ustvarjanje, ki ga predstavlja na razstavi v Domus Medica, deli na dva dela: realizem – krajino in figuraliko ter geometrijsko abstrakcijo. Že samo ustvarjanje s peskom, še posebej pa geometrijski motivi, zahtevajo veliko discipline, znanja in vztrajnosti. Čuti se, da skozi slike in pesek, ki ji polzi skozi prste, Stanka Golob beleži doživetje bivanja in dilem današnjega časa. Na svojstven, izviren in subtilen način jih podaja tudi naprej. Razstava bo na ogled do 25. maja 2017.

Stanka, povej nam kaj o zgodovini slikanja s peskom.

Stara ljudstva po vsem svetu so že stoletja in tisočletja pred nami uporabljala pesek brez lepljenja v religiozne, obredne in **zdravilne namene**, kar je nekakšna predhodnica današnjega slikanja. Peske različnih barv so nasipali na ravno površino (na tla ali na jelenovo kožo) in z izjemno meditativno zbranostjo oblikovali zahtevne vzorce, ki so bili strogo predpisani po barvah in vzorcih. Prenašali so jih preko ustnega izročila iz roda v rod. Bolnika so posedli na sliko in preko dobrih duhov naj bi prejemal dobre, zdravilne energije in učinke. Po končanem obredu so sliko zavrgli in uničili. Poleg peska so uporabljali oglje, mavec, koruzni zdrob, mleto lubje, korenine, cvetni prah idr. Posebej znane so bile in so tibetanske mandale. Sedaj nekatera ljudstva iste ali podobne motive lepijo na podlago in prodajajo kot spominke.

Kasneje se je slikanje s peskom pojavilo v Angliji okoli leta 1800. Gruzijski slikar Benjamin Zobel je dobil primerno lepilo za lepljenje peska na podlago. Uporabljal je le eno debelino in različne naravne barve peska. V dvajsetem stoletju so slikarji rabili pesek v kombinaciji z



Plaža (80 × 80 cm, peski na lesniti), 2016.

drugimi slikarskimi sredstvi za doseg rastra. V tem primeru je podlaga iz peska delno ali v celoti prekrita z barvo. To je tako imenovana mešana tehnika. Veliko slikarjev je uporabljalo tudi zemljo in druge naravne materiale. Med avtorje, ki so ustvarjali na ta način, sodijo Andre Masson, Antoni Tàpies, Alberto Burri in Slovenca Lojze Spacal in Tone Lapajne.

Kdaj si začela slikati?

Leta 1981 sem najprej začela slikati z barvami. Ker nisem imela časa slikati podnevi (trije otroci, manjša kmetija in vrtnarija), sem se lotila slikanja ponoči. Klasične barve, kot so olje, akril idr., sijejo drugače pri luči kot pri dnevni svetlobi. To me je motilo.

Kaj pa slikanje s peskom?

Poleti leta 1994 sem po naključju dobila idejo za slikanje s peskom naravnih barv in ugotovila, da z njim lahko slikam tudi ponoči. Še vedno ustvarjam z veliko ljubeznijo, intenzivno raziskujem likovne učinke peska naravnih barv in različnih debelin. Ustvarjam zgolj s slovenskimi peski, ki jih nabiram po rekah, gorah in kamnolomih. Vsa slikarska ploskev je prekrita s peski, zato poimenovanje **slike iz peska**. Sprva sem uporabljala temno-svetle kombinacije. Skoraj črn je pesek v Bači, v Soči pa skoraj bel. Kasneje sem po Sloveniji dobila peske zelo različnih barv. V zbirki imam preko petdeset različnih barv peska. Ker sem še vedno v fazi raziskovanja tega zanimivega slikarskega medija, so raznoliki tudi motivi in podlage. Pesek nanašam večinoma na lesenit, platno, steklo ali kovino.

Povej nam kaj o svoji umetniški poti in o izobraževanju.

Slikam že od leta 1981. Od leta 1985 sem se redno izobraževala v okviru Javnega sklada RS za kulturne dejavnosti, DSA (Društva slikarskih amaterjev) Tolmin, Razstavnega salona DOLIK Jesenice in KUD KC Ljubljana pri različnih akademskih slikarjih in pedagogih: akad. slikarjih

Tonetu Račkiju in Dušanu Fišerju, akad. kiparki Dragici Čadež Lapajne, predavatelju, slikarju in filozofu dr. Jožefu Muhoviču, akad. slikarki Jani Dolenc, akad. slikarju Borisu Y. Božiču, lik. pedagogih Lucjanu Laverenčiču in Jožetu Daksofletu ter drugih. Dolgoletno neformalno izobraževanje sem nadgradila s študijem na Šoli za risanje in slikanje (Arthous – College of Visual Arts) v Ljubljani, kjer sem leta 2012 pri doc. Mladenu Jernejcu uspešno zagovarjala **diplomsko delo** z naslovom

Peščene iluzije – vpliv različnih debelin in naravnih barv peska na iluzijo prostora na dvodimenzionalni slikarski površini.

Tekom let si svoje delo tlakovala z nešteti zrnji, zrnji dela, iskanja, opazovanja, preizkušanja in učenja. Tvoje slike so tudi dokaz iskrene vedoželjnosti, neomajnega poguma in trdožive inovativnosti in vztrajnosti. Svoja prizadevanja si okronala tudi s slikarsko diplomom. Kaj pa razstave in odziv kritikov?



Vokalna skupina iz Dragomirja (Emilija, Lilijana in Jože).



Slikarka Stanka Golob (levo) in avtorica intervjua Polonca Steinmann pred sliko Soča.

Imela sem že več kot 75 samostojnih in 180 skupinskih razstav v Sloveniji, Italiji, Avstriji, Franciji, na Hrvaškem in sodelovala na številnih slovenskih in mednarodnih slikarskih kolonijah. Za svoja dela sem prejela številne nagrade in priznanja. O mojem delu so pisali mnogi domači in tuji likovni kritiki: dr. Cene Avguštin, dr. Mirko Juteršek, dr. Damir Globočnik, Joško Vetrih, Janez Kavčič, Tone Rački, prof. Janez Šter, Monika Ivančič Fajfar, Anamarija Stibilj Šajn, Tatjana Pregl Kobe, Nataša Kovšca, Tanja Cigoj, Jana Dolenc, Petra Vencelj, Polona Škodič in drugi.

Stanka, kaj ti, kot zavedni Slovenki, pomeni slovenski pesek, kako ga nabiraš?

Mož Milan me pripelje do reke, potočka, kamnoloma ali melišča, kjer raziskujem in iščem specifično barvo peska. Tam zajamem pesek določene barve in ga doma dobro operem, presejem skozi cedila različne gostote in tako dobim peske različnih granulacij. To zahteva veliko časa in potrpljenja. Dobila sem že več kakor



Krogi prepletanja (80 × 80 cm, peski na 3 mm leseno ploščo), 2016.

petdeset različnih odtenkov peska. Pesek je trajen material. Do sedaj sem vedno uporabljala izključno domače, slovenske peske. Skozi desetletja svojega življenja sem se in se še na produ ob reki tudi zelo psihično sprostim.

Prosim, opiši nam nastanek slike s peskom.

Z enako skrbnostjo in potrpežljivostjo kakor pripravljam pesek, se lotim tudi idejne zasnove slik: izbira likovnega izziva in motiva, vsebinski koncept, priprava natančne skice ter izbira ustrezne podlage. Tehnika slikanja s peskom je morda videti

preprosta, a v resnici zahteva veliko natančnosti in doslednosti. Kasnejši popravki namreč niso mogoči. Slika nastaja postopoma, ploskev za ploskvijo, saj je vmes potrebno sušenje. Ko je slika končana, jo moram dobro prepočiti z lakom, da dodatno pritrđi pesek na podlago in poudari barve.

Svoje znanje pa z veseljem predajaš tudi naprej.

Od leta 1997 vodim **dobrodelne delavnice slikanja s peskom za otroke in dijake v šolah ter za osebe s posebnimi potrebami, tudi za slepe in slabovidne.**

Delavnice potekajo v različnih krajih

po Sloveniji in zamejstvu, v Italiji in Avstriji. Pri pesku ima izjemen pomen **dotik**. Posebno je zanimivo, ko je presejan na različne debeline. Na delavnicah gledam, kako možnost tipanja in posipanja učinkuje na otroke in odrasle. Tudi odrasli ljudje si pri ogledu mojih slik močno želijo pesek otipati, kar jim dovolim. Vrnejo se v obdobje otroštva, ko nismo gledali samo z očmi, temveč tudi z rokami. Veseli me, da s peskom ob minimalni pomoči spremljevalca lahko slikajo tudi slepi, saj pesek zaznavajo podobno kakor Braillovo pisavo. To je moj način prostovoljstva.

Zakaj je slikarstvo Stanke Golob tako posebno in deluje zdravilno?

Že na prvi pogled zaradi neobičajne in izvirne slikarske tehnologije. Za slikanje uporablja pesek, ki je med najbolj **prvinskimi pigmenti v naravi**, s široko paleto različnih barvnih odtenkov. Sugestivno moč barvnega peska zna Stanka Golob izrabiti za motivno raznolike upodobitve, kot so krajine, geometrijska abstrakcija in figuralika, njene peščene iluzije pa dopolnjujejo še eksperimenti s svetlobnimi objekti.

Bi se želeli naučiti tehnike slikanja s peskom? Morda mislite, da je skoraj enako kot klasično slikanje? Prav gotovo ne! To je bistveno drugačna tehnika in peščena slika ima več pomembnih vidikov, ki jih ni mogoče najti v drugih tehnikah slikanja.

Kakšne zdravilne učinke ima slikanje s peskom? Najprej vključuje **razvoj finih motoričnih sposobnosti**. Ne samo majhni otroci, tudi mnogo starejši imajo te sposobnosti! Vendar jih odrasli uporabljamo za druge namene, na primer za izboljšanje spomina in koordinacije ter za usklajevanje gibljivosti telesa in izboljšanje delovanja možganov. To pomeni, da v resnici začnemo razmišljati hitreje in bolje. Vsako ročno delo, npr. pletenje ali nizanje perl, izboljšuje motorične sposobnosti in **zelo dobro vpliva na možgane**.

Ali je lahko to ena od preventivnih metod proti demenci? Slikanje s peskom vključuje vse v enem: medtem **ko se s prsti dotaknete peska, vaši živčni končiči pošiljajo signale v možgane in stimulirajo njihovo delo**. S sistematičnim slikanjem začnemo znova in znova učinkoviteje razmišljati. Druga velika odlika slikanja s peskom pa je edinstvena značilnost peska – viskoznost, mehkoča in prijetnost na dotik, ki pozitivno učinkuje na ljudi. **S slikanjem s peskom**

se človek postopoma obrne vase; znajde se v blagem meditativnem stanju, ki mu daje možnost, da se zares sprosti in odpočije. To stanje je najboljše za **odpravljanje stresa in notranjih konfliktov**, ko problemi prenehajo biti neresljivi in začne delati podzavest ter se oseba neodvisno od svoje volje spopada z vsemi svojimi »netopnimi« vprašanji.

Na otroke deluje pesek splošno razvojno pozitivno in zelo sproščujoče. Otroci se s tem učijo tudi večje samostojnosti.

Kako pa lahko zdravimo družinske odnose s peskom? Tako, da odpotujemo peš ali z nekim prevoznim sredstvom – kolesom, avtom, avtobusom – do potočka, reke ali morja. Na plaži ob vodi lahko rišemo v pesek različne slike, delamo skulpture. Če imamo možnost, vzamemo sabo papir, leseno deščico in lepilo. Pesek pa je pri roki. Sodeluje lahko **vs a družina** in se potem pomeni o nastalih umetniških stvaritvah. Čas za družino je tako pozitivno izpolnjen. Pesek ima čudovite lastnosti, da **vleče nase naša negativna čustva**.

Slike iz peska naravnih barv torej pomirjajo in sproščajo, lahko bi rekli »**zdravijo**«, zato **so kakor balzam v današnjem ponorelem in stresnem načinu življenja**. Tako naj tudi postavitev v naši Zdravniški hiši **pozitivno, dobro in zdravilno deluje na pomembne odločitve našega zdravništva** in seveda tudi na vse uslužbence v njej.

Kontakt slikarke:

Stanka Golob, Grahovo ob Bači 65 a, 041 42 55 77
<http://www.slikeizpeska.com/>
slikeizpeska@gmail.com

»Drug free« psihiatrična obravnava na Norveškem – revolucija psihiatrične prakse?

Doc. dr. Robert Oravec, dr. med. spec. psih., psihoterapevt, Psihiatrična bolnišnica Ormož

Pred kratkim me je nekdo prek družabnega omrežja opozoril na članek, ki poroča o tem, da je norveško ministrstvo za zdravje avtoriziralo ustanovitev oddelka v psihiatrični bolnišnici Tromsø za zdravljenje uporabnikov psihiatrije, ki si ne želijo zdravljenja s pomočjo psihotropnih zdravil. Oddelek ima le šest postelj, a vseeno nakazuje na revolucionarne spremembe v obravnavi oseb z duševno motnjo.

Članek na široko opisuje dogodke, ki so pripeljali do ustanovitve tega nonkonformističnega psihiatričnega oddelka. V osnovi gre za norveško politično kulturo, ki je izredno inkluzivna, torej omogoča vsem družbenim skupinam, da bi bile slišane in upoštevane s strani vladnih avtoritet. Ta politična kultura je zrastle tekom desetletij, pod vplivom civilne družbe.

Kot pomemben dejavnik pri razvoju politične akcije za ustanovitev oddelka brez uporabe psihotropnih zdravil se nakazuje odnos norveške družbe do oseb z duševno motnjo, predvsem tistih, ki se zdravijo zaradi psihotičnih motenj. Norveška ima namreč zelo visoko stopnjo hospitalizacij proti volji, ki se potem nadaljujejo v nadzorovanem zdravljenju po vrnitvi v skupnost. Pod nadzorovanim zdravljenjem se razume nadzor nad jemanjem antipsihotikov oz. aplikacijo depo terapije brez predhodnega soglasja osebe. Kot izvemo iz članka, sicer obstaja možnost pritožbe zoper ta ukrep, vendar po načelu »Kadija te toži, kadija ti sodi« so te pritožbe večinoma neuspešne.

V zadnjih letih se norveška družba neredko sooča s aferami, ki so povezane z dogodki na psihiatričnih oddelkih, med ostalim tudi z visoko stopnjo uporabe prisilnih sredstev z namenom oviranja nemirnih in agresivnih bolnikov. Pri tem je pomembno, da osebe s tako negativnimi izkušnjami očitno pridobivajo na svoji diskurzivni moči preko uporabniških organizacij in družabnih omrežij, forumov. Njihov glas se na Norveškem očitno daleč sliši, saj so prav te negativne izkušnje prispevale k temu, da so se čedalje bolj

množične nevladne organizacije, ki združujejo uporabnike psihiatrije, poenotile v svojih zahtevah po ustanovitvi psihiatričnega oddelka, kjer lahko uveljavijo svoje videnje zdravljenja, tudi brez psihotropnih sredstev. Še najbolj pomembno je to, da so z ustanovitvijo oddelka uspeli uresničiti svoje ambicije po uveljavitvi svojih želja, potreb in verovanj.

Čeprav članek ne omenja vpliva medmrežja na oblikovanje javnega mnenja, je jasno, da je internet prezasičen z negativnimi izkušnjami uporabnikov psihiatričnih storitev, obenem pa se širi miselnost, ki govori o tem, da so psihiatri podrejeni interesom farmacevtskega lobija. Po teh objavah so zdravniki okuženi z manipuliranimi resnicami, psihiatrična zdravila nimajo tako ugodnega učinka, kot se od njih pričakuje. Vse te objave potencirajo stranske učinke zdravil, ob tem se hranijo s kvaziznanstvenimi dejstvi, sovražno naravnanimi uporabniškimi narativi.

Ustanovitev *drug-free* oddelka v psihiatrični bolnišnici Tromsø je zbudila obsežen družbeni dialog o kakovosti oskrbe oseb z duševno motnjo, obenem pa je nakazala trend, po katerem glas psihiatrov ni več edini v prostoru obravnave duševnih motenj.

Kot je bilo pričakovati, so se psihiatrične avtoritete odločno uprle obravnavi psihotičnih motenj brez psihotropnih zdravil, kar je mogoče tudi razumeti, saj sodobne psihiatrične teorije zagovarjajo tezo, da so nezdravljene duševne motnje nevrotoksične, ob čemer se lahko napove proces pospešene kognitivne deterioracije pri tistih osebah, ki zavračajo psihotropna zdravila, oz. tistih, pri katerih večkrat pride do zagona duševne motnje.

Z druge strani so zagovorniki *drug free* obravnave prepričani, da psihotropna zdravila niso tako učinkovita, kot zatrjujejo psihiatrične avtoritete. Po njihovem mnenju ni prepričljive razlike med potekom duševnih motenj, ki jih zdravijo, in tistih, ki se jih ne zdravi. S svojim aktivizmom želijo doseči, da ko nekdo prestopi

vrata psihiatrične ustanove, ni le objekt psihiatrične obravnave, temveč subjekt, ki lahko odloča o tem, kaj si želi.

Čeprav je na splošno sprejeta praksa, da somatski bolniki lahko sami odločajo o sprejemanju ali odklonitvi predlaganega zdravljenja, tudi proti nasvetu zdravnika, je enaka praksa na področju psihiatrije še vedno težko sprejemljiva. Večina psihiatrov je namreč prepričanih, da nekateri bolniki z duševno motnjo, predvsem tisti s psihozo, niso sposobni prepoznati svojih realnih interesov. Torej je dolžnost psihiatrije, da jim vsili zdravljenje tudi proti volji. Psihotični bolnik po tem prepričanju ne nadzoruje realnosti, njegove reakcije so nerelevantne; dolžnost psihiatra je, da vsili zdravljenje, po katerem bo bolnik postal sposoben razumno razmišljati in prepoznati svoje realne potrebe.

Do pred kratkim sem tudi sam sprejemal ta dihotomni način gledanja na psihotično osebo kot samoumeven in kredibilen, dokler se na eni skupini, na kateri so sodelovale osebe suportivnih poklicev, poleg njih pa tudi osebe iz civilne sfere, ni oglasil mladenič, ki je povedal, da se že 12 let zdravi za psihozo, in je tudi na skupino prišel psihotičen. Opisoval je svoja doživetja, ki jih je uporabil kot nekakšen interpretativni okvir za razumevanje dogajanja na skupini. S svojim nastopom je ustvaril vtis, da je psihotična oseba lahko tudi tam nekje vmes, med »normalnim« in »patološkim«, na poseben, kreativen način, ne da bi z nekritično psihotičnostjo vsilil svoje blodnjave predstave.

Po sprejetju zakona o duševnem zdravju je tudi v Sloveniji uveljavljen instrument informiranega soglasja, po drugi strani pa psihiatrija pogosto ni pripravljena nuditi alternativne oblike razumevanja in zdravljenja za osebo, ki iz takšnih ali drugačnih razlogov odkloni utečeno, doktrinarno utemeljeno zdravljenje. Zaverovanost v učinkovitost psihiatrične medikacije kot edine pravoverne doktrine nam pogosto zamegli presojo in nas sili v

površnost, kar ne ostane prikrito pred uporabniki, ki si želijo predvsem individualizirano obravnavo, empatijo, posluš za življenjske težave.

Ni dvoma, da je nastala precej kontroverzna predstava o delovanju medicinskega modela v psihiatriji. Po eni strani je očitno, da je sodobno medikamentno zdravljenje bolj uspešno kot katero koli zdravljenje pred tem, obenem pa se nam vsili lahkotnost v smislu zmanjšane investicije v bolj poglobljeno razumevanje dejavnikov, ki vplivajo na nastanek in potek določene duševne motnje, da bi na osnovi teh spoznanj strukturirali korektivne, terapevtske in rehabilitacijske ukrepe, ki bi lahko pripeljali do trajne remisije. Remedikalizacija psihiatrije je prispevala k temu, da gledamo na pacienta kot na »biološki stroj«, nevrobiološki sistem, ob tem pa spregledamo pomembne interakcije z okoljem, tako v sedanjosti kot tudi v preteklosti. Življenjski dogodki, izkušnje ali medosebni odnosi, ki se skrivajo za simptomi, so postali nepomembni. V tem zrcalu uporabnik psihiatrije lahko dobi vtis, da je kot oseba nepomemben, da obstaja le v simptomih bolezenskih motenj, učinkih in stranskih učinkih zdravil. Kot psihiater z več kot dvajsetletno klinično prakso menim, da je nozološka usmeritev psihiatrije še najbolj kritična do žrtev nasilja v času otroštva ali odraslosti. Če jih prepoznamo le kot osebe z afektivnimi, psihotičnimi ali osebnostnimi motnjami, jih pogosto retravmatiziramo s tem, da jim ne nudimo razumevanja in primerne terapevtske obravnave, s čimer bi lahko dosegli trajno remisijo njihovih težav in izrazito izboljšanje njihovega socialnega delovanja.

Psihiatri se pri svojem kliničnem delu zavedamo, da je stopnja sodelovalnosti naših uporabnikov razmeroma nizka, kar pogosto vodi v relaps duševne motnje. Pri nekaterih motnjah je sprejeto, da oseba ni zmožna doseči uvida, da gre za bolezensko motnjo. Če pa se poglobimo v dinamično nastanka in obstanka psihiatrične stigme, potem nam postane hitro

jasno, da družinski in drugi medosebni odnosi, tudi z lečečim psihiatrom, radikalno vplivajo na to, kakšen odnos bo oseba z duševno motnjo ustvarila do zdravljenja, zdravila in navsezadnje tudi do bolezni same.

Čeprav so množične objave na forumih in družabnih omrežjih izredno kritične do realnosti psihiatrične obravnave, lahko ugotovimo, da ni pravega dialoga med izvajalci in uporabniki psihiatrije oz. da psihiatrična obravnava ni usmerjena na posameznika, na njegove probleme, potrebe in vrednote.

Kot razlog lahko vidimo, da so osebe z duševno motnjo kot posamezniki izredno slabo kredibilne osebe, saj prevladuje predstava, da so njihove predstave in mnenja plod psihopatoloških doživetij. Še v primeru v nebo vpajočih kršitev etike in človekovih pravic se uporabniki težko uveljavljajo nasproti psihiatrije in družbe v celoti.

Norveško dogajanje na tem področju nakazuje nov trend, ki kaže na opolnomočenje uporabnikov psihiatrije, ki združeni v nevladne, uporabniške organizacije lahko nastopijo kot kredibilna politična sila. Čeprav zapisi ne govorijo o tem, je zelo verjetno, da gre za evolucijo od anonimnega delovanja na uporabniških forumih do ustanovitve formalnih organizacij, nato pa združevanje le-teh okoli določenega projekta.

»Revolucijo« na Norveškem bi lahko razumeli tudi kot novo ofenzivo antipsihiatrije, kot ideologije, ki kritično nastopa proti psihiatriji. Ta ideologija, kot opozicija in alternativa togi, tradicionalno strukturirani psihiatriji, se je začela uveljavljati v 60. in 70. letih. Vpliv antipsihiatrije je kulminiral z italijansko psihiatrično reformo. Pod vplivom teh izkušenj se je ponekod uveljavila skupnostna psihiatrija s trendom deinstitucionalizacije, v drugih, takrat še socialističnih državah pa je vpliv antipsihiatrije običal izven zidov psihiatričnih bolnišnic kot nerelevanten, škodljiv, destruktiven.

V Sloveniji je antipsihiatrija radikalno prepojila nekatere profesor-

je na fakulteti za socialno delo, tako da je v 80. letih nastal globok prepad med prevladujočo psihiatrično ideologijo in koncepti duševnega zdravja, ki so se artikulirali na področju socialnega dela. Psihija se je trdno »vkopala« v svojem prepričanju, sovražno naravnana do tistih, ki so upali kritično nastopiti proti določenim pojavom v psihiatričnih ustanovah. Radikalno razklana scena duševnega zdravja je izredno neugodno vplivala predvsem na uporabnike psihija, nedvomno pa tudi na izvajalce dejavnosti.

Remedikalizacija psihija je v veliki meri prispevala k učinkovitosti zdravljenja, razvoj nevroznosti pa je ponudil znanstveno utemeljene koncepte, ki so se učinkovito zoperstavili ideološko zasnovanim predpostavkam antipsihija. Posledično danes nihče več ne dvomi v to, da so duševne motnje bolezni možganov, tj. biološke danosti. Z uveljavljanjem človekovih in pacientovih pravic so poglobitveni elementi antipsihia ideologije izgubili na veljavi in opravičenosti.

Antipsihia koncepti so se iz intelektualnega diskurza prenesli na medmrežje, na debatne forume, družabna omrežja. Zadnja leta se intenzivno razvija protifarmacevtski diskurz, ki zatrjuje, da gre le za dobičkarstvo farmacevtskih podjetij, da so psihotropna zdravila neučinkovita ali celo škodljiva, da so psihia podkupljivi sužnji farmacevtske industrije. Uporabniki se ponovno soočajo z dvojnimi sporočili. Po eni strani psihia dokaj pristno in verodostojno zatrjuje, da nova psihotropna zdravila omogočajo bolj kakovostno življenje, brez radikalnega propadanja mentalnih sposobnosti, po drugi strani pa jih »preživetniki« psihija svari pred jemanjem zdravil in jim ponujajo čudežno ozdravitev brez zdravil.

Iz norveške zgodbe se je možno naučiti nekaj zelo pomembnih stvari:

Uporabniki psihija, »preživetniki«, so postali pomembni subjekti na sceni duševnega zdravja. Sodobni mediji omogočajo uveljavitev njihovega mnenja in njihovih potreb.

Formalne in neformalne skupnosti uporabnikov postajajo vedno bolj pomembne in ponekod tudi politično aktivne. Njihova ideologija se pogosto hrani iz skupnih negativnih izkušenj s psihia.

Pred leti sem intenzivno spremljal internetno skupino Alt.suicide.holidays, ker me je zanimala komunikacija samomorilnih posameznikov, predvsem mladostnikov. Na osnovi njihovih objav je kar hitro postalo razvidno, da so močno razočarani nad odnosom psihija do njih, posameznikov v krizi ali po samomorilnem poskusu. Množično so opisovali pomanjkanje komunikacije z zdravnikom, ki je verjel le v učinkovanje zdravil, brezdusnost psihiačnih ustanov ter trpljenje ob prepuščenosti samemu sebi, občutek razosebljenosti.

Nezadovoljstvo s psihia je marsikateremu med njimi povzročilo le še poglobljanje duševne stiske in zaverovanost v samomor kot edino rešitev.

Posamezniki, ki so bili prej neopolnomočeni, brez diskurzivne moči, se na družabnih omrežjih in forumih združujejo in oblikujejo diskurz, ki vpliva na zaupanje do psihija, preferenco posameznih ustanov, sodelovalnost pri zdravljenju itd.

Na osnovi norveške »revolucije« nam mora postati jasno, da bo psihia kmalu prisiljena v začetek dialoga z uporabniki, predvsem z namenom oblikovanja takšnih programov in pristopov, ki so prijazni do uporabnikov in upoštevajo njihove predstave, vrednote in ideologije.

Mogoče se splača omeniti projekt »open dialogue«, ki je nastal na Finskem v 80. letih in uporabnikom psihija ponuja pomoč pri reševanju življenjskih stisk, medosebnih odnosov, ob tem pa podpira prosto odločanje, tudi o takšnih zadevah, kot je jemanje psihotropnih zdravil. Projekt se navezuje na teoretsko delo Toma Andersona, ki je znan kot pomemben teoretik sistemske družinske terapije. Pomemben element terapijskega procesa je transparentnost, tj. da so vsi vpleteni (uporabniki, sorodniki,

osebje) prisotni ob odločanjih o pomembnih zadevah, torej tudi o hospitalizaciji, terapiji, ukrepih. Terapevtska ideologija programa »open dialogue« temelji na naslednjih načelih:

- takojšnja pomoč,
- upoštevanje družbenega omrežja,
- fleksibilnost in mobilnost,
- odzivnost,
- psihološka kontinuiteta,
- toleranca do neodločnosti,
- dialog – polifonija.

Do danes se je opisani način dela razširil na celoten sistem obravnave duševnih motenj. Dolgoletne izkušnje kažejo na to, da uporabniki programa »open dialogue« dosežajo boljše terapijske rezultate od tistih, ki se zdravijo v drugih programih.

Na osnovi svojih kliničnih in osebnih izkušenj menim, da je na področju problematike duševnega zdravja izrednega pomena vprašanje transferja in kontratransferja, pri čemer se ne moremo izogniti niti konceptom empatije, pozitivne in negativne identifikacije, prisotnosti projektnih mehanizmov s strani uporabnikov, kot tudi izvajalcev skrbi za duševno zdravje.

Uporabnik se bo zagotovo dobro počutil v nekem odnosu, če bo čutil, da je razumljen in sprejet v svojem trpljenju s strani empatične in pristne osebe, da je deležen korektnih in optimistično naravnanih odnosov in da se ga ob tem ne obsoja in ne stigmatizira.

Nekoč je eden od mojih učiteljev rekel, da je zdravilo le podaljšanje terapijskega vpliva zdravnika. Navsezadnje niti na Norveškem ne gre le za to, ali bo kdo vzel tableto ali ne, ampak česa bo posameznik deležen med svojo izkušnjo s psihia. Ali bo sprejet kot trpeča oseba, ki ima pravico do svojega mnenja, ali bo utrpel izkušnjo nasilja in izključenosti. Od tega je odvisno, ali bo tableta sprejeta kot zdravilo ali kot strup.

Varnost pacienta in zdravstvenih delavcev*

26. posvetovanje Medicina, pravo in družba

Asist. Katja Drnovšek, Pravna fakulteta Univerze v Mariboru

Čeprav je varnost pacientov in zaposlenih v zdravstvu ključnega pomena za kakovost izvajanja zdravstvenih storitev, se prav ta problematika vedno znova pojavlja v središču strokovnih, javnih in medijskih razprav. V zadnjem času so se kot posebej kritični vidik slovenskega zdravstvenega sistema izpostavljali primeri nasilja v zdravstvu, zdravstvene posledice migrantske krize, vedno aktualne čakalne dobe, medicinske napake, (ne)obveznost cepljenja, novosti v informacijski tehnologiji ter nekatere drugi dejavniki, ki bi lahko potencialno ogrozili varnost pacientov in zdravstvenih delavcev. Krovna tema že 26. posvetovanja Medicina, pravo in družba je zato zelo aktualna, kontroverzna in pomembna za prav vse člane družbe, ki na kakršenkoli način koristijo zdravstvene storitve v Sloveniji in širše. Konferenca je v organizaciji Zdravniškega društva Maribor in Pravniškega društva Maribor v sodelovanju s Pravno fakulteto in Medicinsko fakulteto Univerze v Mariboru potekala 23. in 24. marca v prostorih Univerze v Mariboru.

Posvetovanje je tudi letos združilo domače in tuje strokovnjake iz vrst akademikov, zdravnikov, odvetnikov in drugih strokovnjakov iz prakse, pa tudi predstavnike drugih institucij (npr. zdravniških zbornic, varuhinjo človekovih pravic, informacijsko pooblaščenko), ki so združeno pokrili izjemno širok nabor tem, s svojim strokovnim znanjem in izkušnjami pa

ustvarili edinstveno okolje za obravnavo pomembnih vprašanj na kar najbolj interdisciplinaren način.

V nadaljevanju so predstavljeni nekateri pomembnejši poudarki, ugotovitve in zaključki razprav, prispevki pa so v celoti objavljeni tudi v zborniku, ki je izšel pod uredništvom dr. Suzane Kraljić, prim. Jelke Reberšek Gorišek in dr. Vesne Rijavec.

Nasilje v zdravstvu

Zdravstvo se sooča z vse pogostejšim nasiljem, ki ga v fizični ali verbalni obliki nad zaposlenimi izvajajo pacienti, njihovi sorodniki ali mediji. Nasilni incidenti v slovenskem zdravstvu so bili večje pozornosti javnosti deležni predvsem po nedavnem tragičnem umoru zdravnika v Izoli. **Dr. Jože Balažic** je na podlagi študije tega in drugih primerov iz prakse pojasnil vlogo sodne medicine pri obravnavi ogrožanja zdravstvenih delavcev, **Maja Plaz** se je opredelila do nasilja kot družbenega problema, **dr. Božidar Voljč** pa je izpostavil, da gre vzroke za nasilje iskati tudi v predolgih čakalnih dobah, osebni stiski bolnikov in sami organizaciji zdravstvenega sistema. **Dr. Blanka Kores Plesničar** je opozorila, da so največjemu tveganju, da postanejo žrtve nasilnih dejanj, izpostavljeni zaposleni na področju duševnega zdravja.

Okužbe, povezane z zdravstvom

Zakonodaja za zdravstvene delavce ne predpisuje obveznega cepljenja proti določenim boleznim, katerim so med opravljanjem dela redno izpostavljeni (npr. gripa), zaradi česar oboleli, ki so pogosto brez simptomov, virus širijo na paciente, pri katerih je zaradi oslabljenega imunskega sistema umrljivost še posebej visoka. **Dr. Alojz Ihan** je kot ukrep za doseganje ustrezne precepljenosti predlagal dodatno

* Poročilo je bilo objavljeno v 15. št. Pravne prakse (leto 36/1287, št. 15).

izobraževanje, saj večina zdravstvenih delavcev cepljenju *a priori* ne nasprotuje. Z okužbami, pridobljenimi v času zdravstvene oskrbe bolnika, sta se ukvarjali tudi **mag. Nina Gorišek Miksić** in **prim. Jelka Reberšek Gorišek**, ki sta poudarili, da se vseh takšnih okužb ne da preprečiti, njihovo pojavnost pa je z ustreznimi ukrepi vendarle mogoče zmanjšati.

Medicinska napaka in odgovornost za nastalo škodo

Pri razpravi o varnosti zdravstvenega sistema se je nemogoče izogniti vprašanju, povezanim z medicinsko napako. **Dr. Vojko Flis** je sistematično predstavitev pojma medicinska napaka in vzrokov zanjo sklenil z ugotovitvijo, da se napake pojavljajo tudi

ob največji profesionalni skrbnosti, da pa lahko analiza napak veliko pripomore k njihovemu preprečevanju. Tudi **prim. Martin Možina**, ki se je v svojem prispevku osredotočil na napake pri uporabi zdravil, je ključno vlogo pri preprečevanju bodočih napak pripisal analizi vzrokov in poročanju o škodljivih učinkih zdravil, pa tudi ustreznemu izobraževanju in standardom. Omenil je potrebo po boljši ureditvi zavarovanja odškodninske odgovornosti osebja in zdravstvenih ustanov, saj je zakonodaja na tem področju precej pomanjkljiva. S to trditvijo so se strinjali **dr. Viktorija Žnidaršič Skubic**, **dr. Šime Ivanjko** in **dr. Miroslav Džidić**, ki so se opredelili do problemov klasičnega odškodninskega sistema in predlagali razmislek o iskanju novih rešitev v nekrivdnih odškodninskih sistemih in ustreznem zavarovanju odgovornosti v zdravstvu.

Uveljavljanje pacientovih pravic in pravic zdravstvenih delavcev

Vlasta Nussdorfer je predstavila vlogo in delovanje Varuha človekovih pravic na področju zdravstvenega varstva, pri čemer je izpostavila problematiko zdravstvene oskrbe romske skupnosti, otrok beguncev ter oseb z motnjami v telesnem in duševnem razvoju. **Dr. Zdenka Čebašek Travnik** je po drugi strani pojasnila potrebo po zdravniškem ombudsmanu, ki bi ukrepal v primerih kršitev pravic zdravnikov in zdravstvenih delavcev. **Mojca Prelesnik** je s svojim prispevkom o varstvu občutljivih osebnih podatkov v zdravstvu sprožila burno razpravo o ustreznosti trenutno uveljavljenih praks (npr. klicanje priimkov bolnikov v čakalnicah,



telefonsko posredovanje podatkov). Predstavitvi pacientovih pravic, ki so v sodnih postopkih najpogostejši razlog za uveljavljanje odškodninskih zahtevkov, se je pridružila tudi **Petja Plauštajner**. **Dr. Darja Senčur Peček** in **Klemen Drnovšek** sta pojasnila zakonsko omejitev pravice do stavke zdravstvenih delavcev v obliki obveznega izvajanja (zgolj primeroma navedenih) storitev minimalne službe ter glede na negativne posledice stavke za paciente predlagala razmislek o vzpostavitvi drugih načinov reševanja sporov (npr. z mediacijo ali arbitražo).

Kakovost zdravstvene obravnave

Vprašanje spremljanja kakovosti v zdravstvu sta odprla **dr. Marta Sjeničić**, ki je predstavila pomen sprejetja ustreznih organizacijskih ukrepov, ki omogočajo identifikacijo, analizo in korekcijo neželenih dogodkov in njihovih učinkov, ter **Mircha Poldrugovac**, ki je spodbujal k obnovitvi nabora kazalnikov kakovosti iz leta 2010. **Dr. Dalibor Stanimirović** je predstavil najaktualnejše novosti na področju informatizacije zdravstva v Sloveniji (npr. eRecept, eNaročanje, eNapotnice) in določene zaznane pomanjkljivosti informacijskih rešitev, ki zmanjšujejo kakovost zdravstvene obravnave. Ker se pacienti tudi po zaslugi internetnih vsebin vsakodnevno srečujejo z množico lahko dostopnih, vendar ne nujno zanesljivih ali zanje primernih informacij, je **dr. Suzana Kraljić** opozorila na ključni pomen zdravstvene pismenosti pacientov in zdravstvenih delavcev pri uveljavljanju pacientove pravice do samostojnega odločanja o lastnem zdravljenju, ki posledično zagotavlja varnejšo in učinkovitejšo zdravstveno obravnavo. **Dr. Bojan Dobovšek** in **Boštjan Slak** sta se problematike lotila na sistemski ravni in izpostavila negativne posledice varnostnih ogrožanj s strani slabih neformalnih institucij (npr. sistemska

korupcija, klientelizem, nepotizem) za kakovost slovenskega zdravstvenega sistema.

Alternativna medicina

Čeprav tudi v Evropi že nekaj časa narašča zanimanje za alternativno in komplementarno medicino, je na tem področju precej nedorečenega, vključno z vprašanji o varnosti teh metod zdravljenja. **Ivica Flis Smaka** je predstavila pri nas uveljavljene oblike tradicionalne kitajske medicine s poudarkom na akupunkturi in poudarila, da je slednja po razpoložljivih podatkih varen poseg, vendar mora v izogib možnim zapletom njen izvajalec poskrbeti za previdnostne ukrepe (ustrezna usposobljenost, popolna zgodovina bolnika in bolezni, natančna diagnoza, sterilizacija igel itd.). **Dr. Nataša Samec Berghaus** se je kritično opredelila do trenutno veljavne ureditve, ki s posebnimi zakonskimi omejitvami zdravnikov pri uporabi metod nekonvencionalne medicine zanika mednarodno priznani pluralizem metod v medicini, s takšnim omejevanjem terapevtske svobode pa ogroža varnost pacientov.

Evropske razsežnosti

V okviru veljavne evropske zakonodaje na področju zdravstva je **dr. Grega Strban** predstavil vpliv in pomen Direktive 2011/24/EU, ki ureja uveljavljanje čezmejnih zdravstvenih storitev, na varnost pacientov in zdravnikov ter s tem povezana odprta vprašanja (npr. omejitve čezmejnih storitev, enako obravnavanje domačih in čezmejnih pacientov in zdravnikov, asimetrija informacij, delovna in ekonomska varnost zdravnikov itd.). **Dr. Janja Hojnik** je prikazala pomen t. i. četrte industrijske revolucije (internet, digitalizacija proizvodnje) za področje medicine in nekatere pravne izzive, povezane z varstvom podatkov, zabrisano razliko med blagom in storitvami, 3D tiska-

njem pripomočkov in odgovornostjo za njihovo kakovost idr.

Drugi pomisleki

Konkretnih oblik nevarnosti v zdravstvu so se lotili tudi **dr. Igor Tičar**, ki je predstavil posledice različnih oblik in jakosti sevanja (tudi npr. mobilnih telefonov) na zdravje, **dr. Rajko Knez**, ki je govoril o pravnih vidikih in posledicah okoljske škode za zdravje ljudi, ter **dr. Krešimir Pavelić** s predstavitvijo varnostnih tveganj, s katerimi se raziskovalci srečujejo pri delu z genetskim materialom, o nevarnostih genetsko modificiranih organizmov ter o preventivnih ukrepih. Primerjalnopravni pristop k obravnavanim vprašanjem so nadgradili prispevki mednarodnih strokovnjakov na temo ureditve pravice do regresa v hrvaškem medicinskem pravu (**dr. Hrvoje Kačer** in **dr. Blanka Ivančić Kačer**), zaščite osebnih podatkov v Bosni in Hercegovini (**dr. Marko Bevanda** in **dr. Maja Čolaković**), zasebnosti pacientov v Turčiji (**dr. Yener Unver**), vloge hrvaške zdravniške zbornice (**Miran Cvitković** in **mag. Ante Klarić**), varnostnih vidikov umetne oploditve v Nemčiji (**dr. Helga Oberloskamp**), varnosti zdravstvenih delavcev pri delu z migranti na Portugalskem (**Idalina Vilela**, **mag. Noemia Bessa Vilela** in **dr. Dalila Brito**) ter odškodninske odgovornosti za zdravniške napake v ZDA (**Thomas Heller**).

Cepljenje je velika dolžnost in pravica

»Prebolele sem ošpice ... in oglušela«

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

Območna enota Celje

Alenka.Skaza@nijz.si

Tako je zdravnica, ki je bila rojena v času, ko še ni bilo cepiva proti ošpicam, z udeleženci strokovnega posveta cepiteljev celjske regije delila svojo zgodbo iz otroštva, ko je zbolela za ošpicami. Bolezen se je zapletla s hudo pljučnico in vnetjem srednjega ušesa, zaradi katerega je na levo uho oglušela. Ko je šla v prvi razred osnovne šole, je tehtala 12,5 kilograma in je niso hoteli sprejeti v šolo. Ko staršem, ki nočejo cepiti svojih otrok, pove svojo zgodbo, se jih večina zamisli in spremeni odločitev.

Po enoletnem premoru smo se v organizaciji Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) 12. aprila ponovno srečali zdravniki in medicinske sestre celjske regije, ki smo izvajalci cepljenja. Zbralo se nas je 135.

Po uvodnem pozdravu in kratkem ogrevanju z bilateralno masažo ramenskega obroča je Program cepljenja in zaščite z zdravili predstavila dr. Marta Grgič Vitek. Predvidene spremembe za leto 2017 so glede poekspozicijskega cepljenja proti steklini, cepljenja zamudnic proti HPV ter cepljenja proti ošpicam v primeru epidemioloških indikacij pri dojenčkih, ki so stari od 6 do 10 mesecev. Kolegica je nadaljevala z zelo aktualno temo, in sicer cepljenjem otrok, ki so zamudniki. Zamudniki so posamezniki, ki niso v roku opravili bodisi obveznih bodisi priporočenih cepljenj.

Priporočila za uporabo kombiniranih cepiv izven registracijskih okvirjev proizvajalcev so dostopna na spletnem naslovu NIJZ: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/2017_2_upo_raba_kombiniranih_cepiv_izven_registracije.pdf.

Sledil je prikaz različnih vprašanj in dilem, s katerimi se pri zamudnikih vsakodnevno ukvarjajo cepitelji in območni koordinatorji cepljenja.

Kolegica Marta Košir je v luči dejstva, da se je Slovenija samoproglasila za državo, prosto stekline, predstavila navodila za ravnanje ob

ugrizih živali in stiku z vabo za peroralno vakcinacijo lisic. O tem smo sicer vse izvajalce obvestili v lanskem decembru, a kot je že navada, je uvajanje sprememb počasno. Ukrepe za preprečevanje stekline izvajata veterinarska in zdravstvena služba, pomemben segment je vsekakor izobraževanje ljudi. Zadnji primer stekline pri človeku smo v Sloveniji zabeležili v letu 1950. Indikacije za napotitev poškodovanca v antirabične ambulate na območnih enotah NIJZ so se v luči novih dejstev zelo zožale.



Predavateljice (z leve): Marta Grgič Vitek, Marta Košir, Alenka Trop Skaza, Alenka Pelko.

O cepljenju oseb z večjim tveganjem za pnevmokokno okužbo je govorila prim. dr. Alenka Trop Skaza. Dojenčke oziroma otroke z zdravstveno indikacijo ter nedonošenčke je proti invazivnim pnevmokoknim okužbam, pljučnici in vnetju srednjega ušesa treba cepiti čim prej, in sicer s trinajstvalentnim cepivom. Sicer v rutinskem programu cepljenja dojenčkov za zdrave dojenčke uporabljamo desetvalentno konjugirano cepivo. Pri nas se proti pnevmokoknim okužbam cepi premalo kroničnih bolnikov in oseb, ki so starejše od 65 let. Ravno starejši pa so glede na slovenske podatke o številu invazivnih okužb zelo ranljiva skupina.

Podatke o precepljenosti otrok in mladine v regiji Celje v letu 2016 je predstavila Alenka Pelko. V letu 2016 je bilo od 3066 obveznikov proti davici, tetanusu, oslovskemu kašlju

otroški paralizi in hemofilusu tipa b s petvalentnim cepivom cepljenih 96,6 odstotka otrok, s prvim odmerkom proti ošpicam, mumpsu in rdečkam pa 96,5 odstotka otrok. Proti pnevmokoknim okužbam je bilo cepljenih 52,2 odstotka dojenčkov, kar je za skoraj 15 odstotkov več kot leto prej. Žal so v doseženih odstotkih precejšnje razlike med posameznimi upravni enotami. Proti tuberkulozi je bilo cepljenih 9,4 odstotka novorojencev oziroma dojenčkov. Proti hepatitisu B je bilo v šolskem letu 2015/16 cepljenih 95,2 odstotka obveznikov, z drugim odmerkom proti ošpicam, mumpsu in rdečkam pa 97 odstotkov. V tretjem razredu OŠ je bilo proti davici, tetanusu in oslovskemu kašlju cepljenih 97 odstotkov šolarjev, proti tetanusu pa 96 odstotkov srednješolcev. Proti HPV-okužbi je bilo cepljenih 52,8 odstotka šestšolk.

Včasih grem pogledat, kaj piše na raznih forumih o cepljenju. Zapis, ki sledi, ni najbolj svež, je pa zanimiv:

»Obstaja povsem enostaven trik: cepljenje bi moralo biti neobvezno in relativno drago. Potem bi poslušali samo o tem, kako se privilegirana elita distancira in ne pošilja otrok v šole, revni otroci pa umirajo od ošpic. To so sicer izumili po Kristofu, ker so se evropski kmetje bali krompirja še bolj, kot se sodobni bojijo cepiva. Grofje so krompir prepovedali, so ga pa sadili zase. Nakar so kmetje, ki so morali tlako delati na grofovi njivi, od tam krompir kradli in ga sadili doma. Grof pa si je nazadnje verjetno oddahnil, ker mu ljudstvo ne bo še pomrlo od lakote (<http://www.rtvsl.si/zdravje/novice/letosnje-cepivo-proti-gripi-je-zaradi-spremenjenih-virusov-delno-neucinkovito/353916#comments>).

Zelena luč za komplementarno terapijo

Mag. Nina Mazi, dr. med., Ljubljana

Bolnišnice v ZDA so prisluhnile željam, pričakovanjem in zahtevam svojih uporabnikov in so vse bolj odprte tudi za alternativne načine preprečevanja oz. zdravljenja bolezni, motenj in poškodb. Če so pred 17 leti v bolnišnicah na novi celini le 8 odstotkov svojih zmogljivosti namenili oz. le 8 odstotkov potreb pacientov pokrili s pomočjo komplementarne medicine, je ta odstotek leta 2012 znašal že 20 odstotkov. Letos naj bi po objektivnih napovedih poznavalcev alternativa dosegla že okrog 30-odstoten delež v bolnišnični dejavnosti.

Med komplementarnimi metodami prednjači zeliščna terapija – splošna klinika v prestolnici Ohia je bila prva, ki je svojim bolnikom ponudila možnost zdravljenja s pomočjo tradicionalne kitajske fitoterapije. Delež bolnikov, ki se na opisani Cleveland Clinic odloča za komplementarno fitoterapijo, je v nenehnem porastu.

Dietoterapija po vzoru prehranske zapovedi »s kmetije (vrta, njive, sadovnjaka) naravnost na krožnik«, torej organizmu prijazna lokalna hrana in pijača, se uveljavlja v vrsti zdravstvenih ustanov na novi celini, zlasti na pediatričnih in onkoloških oddelkih, kjer prehrana predstavlja vse bolj pomemben element zdravljenja.

Gibalna terapija postaja vse pomembnejša na vrsti oddelkov in klinik, ki se zavedajo, da je gibanje nepogrešljiv sestavni del zdravlja, mladostnosti in vitalnosti ter z njimi povezane kakovosti življenja.

Muzikoterapija, ki stopa ob bok gibalni terapiji, postaja vedno bolj priljubljena in se od leta 2010, ko so širši dostop do zdravljenja z glasbo zagotovili bolnikom v Northern Westchester Hospital v New Yorku, pospešeno uveljavlja v ameriških javnih in zasebnih zdravstvenih ustanovah, zlasti bolnišnicah.

Umetniška terapija, ki je prisotna predvsem v pediatriji, pa tudi v geriatriji in psihiatriji, prav tako pridobiva vse več privržencev.

Za vse oblike komplementarne medicine pa je pomembno, da jo izvajajo preverjeni strokovnjaki, nad katerimi bdijo akademsko izobraženi zdravniki, ki s komplementarnimi terapijami tesno sodelujejo in jim priznavajo strokovno avtoriteto.

Vira: www.sciencedaily.com, www.medlineplus.gov

Ko ti črna mačka prečka pot, ... je nekam namenjena

Recenzija priročnika *Psihologija obsesivno kompulzivne motnje*, avtorica Aleksandra Meško

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

Navodilo za predelavo programa – priročnika o spoprijemanju z obsesivno-kompulzivno motnjo avtorice Aleksandre P. Meško (spec. klinične psihologije, psihoterapevke z vrsto let kliničnih izkušenj tako iz psihiatrične bolnišnice kot iz zasebne psihoterapevtske prakse, izobraževanja in supervizije) je bilo: najprej se pogleda video, nato se lotimo knjige. In v videu je kaj videti. Avtorica (v zelo prijetnem minimalističnem kontekstu) vstopi v temo s pomirjujočim, vedrim tonom, da navodilo za kratko vajo za ogrevanje in – »zadane direktno v čelo«. Da recenzija ne bo pokvarila presenečenja, ga ne bom opisala, pač pa zares toplo priporočam, da si ogledate video in priročnik, in to v tem zaporedju. Za kaj gre?

V sodobnem življenju izkušamo veliko tesnobe oz. anksioznosti, ki presega tisto raven anksioznosti, ki je evolucijsko pomembna in varovalna. Klinično pomembne ravni anksioznosti v EU izkuša 14 odstotkov prebivalcev; te motnje jim zmanjšujejo kakovost življenja, povzročajo mučna subjektivna stanja in kvarijo medosebne odnose. Ena iz spektra anksioznosti je obsesivno-kompulzivna motnja (OKM), ki jo z vsiljivimi neprijetnimi mislimi in občasnimi nesmiselnimi vedenjskimi rituali, ki naj bi odgnali ali pomirili nehotne, neprijetne miselne vsebine, neredko ocenjujejo za posebej trdovratno motnjo. Avtorica s svojim priročnikom napravi izziv takemu malodušju. Demistificira prepričanja o terapevtski nedostopnosti in oblikuje tak razlagalni koncept, da spoprijemanje z OKM postane bistveno bolj izvedljiv in dosegljiv cilj tako za ljudi, ki trpijo zaradi nje, kot za njihove terapevte.

Kombinacija videa s pisnim priročnikom je izvirna in zelo posrečena psihoedukacijska pot. Video predstavitev traja dve uri in tri minute in jo je seveda možno gledati po delih. A. P. Meško je zelo izkušena tako na področju kliničnega/psihoterapevtskega dela kot na področju psihote-

rapevtskega poučevanja, zato postopno vodi preko osnovnih razlag o anksioznosti do razumljivega modela OKM in načina spoprijemanja. Sproti reflektira in razlaga s praktičnimi primeri, poudarki predavanja se izpišejo na zaslonu, tako da se nova informacija sproti združuje z osebno izkušnjo gledalca. Udeleženske predavanja (v procesu izobraževanja iz transakcijske analize) imajo posrečeno vlogo grškega zbora; iz ozadja se slišijo njihova vprašanja in razmišljanja, ki občasno soustvarjajo predavanje.

Ko smo si ogledali video, smo z avtorico – predavateljico vzpostavili aktivnejšo vez, kot je običajno pred branjem priročnikov. Ta vizualizacija gradiva (avtorica mu pravi prvi del priročnika) odlično pripravi teren za pisno besedo. Priročnik natančneje razlaga in gradi znanje, ki ga je predstavil video. Drugi del priročnika ima naslov Psihološka obravnava OKM. Razložena so čustva in njihova funkcija, miti in dejstva o anksioznosti, misli in predstave ter njihova (ne)povezanost z dejanji, (ne)obvladovanje čustev. Nadaljuje se s strategijami obvladovanja misli in anksioznosti. Pri tem uporabi številne metafore, ki so blizu tudi laiku. Podane so informacije o osebnostnih lastnostih, ki se prepletejo s prej naštetimi temami. Tretji del priročnika je avtorica poimenovala Dodatne pojasnitve in predlogi. V našem prostoru še ni bilo tako jasno razloženo tudi laikom – našim uporabnikom, kako izbirati vrsto psihoterapije in terapevta. Ta razlaga je prav posebej zanimiva tudi za zdravnike, ki nimajo poglobljene psihoterapevtske izobrazbe, bi pa radi svojim pacientom koristno svetovali, kam po pomoč.

Natančneje je razložena kognitivno-vedenjska terapija (KVT) kot terapija izbora za OKM, ki ni statična metoda, ampak se je razvijala do tretjega vala konceptov in principov. Poleg lastne proaktivnosti je v tem okviru razložen še pomen samopomiritve. Ta faza KVT opušča boj proti simptomu in namesto boja (ki prinaša ne le

KO TI ČRNA MAČKA PREČKA POT...

Psihologija obsesivno-kompulzivne motnje

Aleksandra Meško

zmage, ampak tudi mnogo porazov) predlaga vzpostavljane distance do omejujočih misli. Človek, ki trpi zaradi OKM, se na primer natrenira v funkcijo opazovalca svojih izkušenj in se s tem distancira od simptomatike oz. anksioznih misli, ki tako nenadoma niso več sveta resnica. Očitno so različne smeri, med drugim tudi sistemska psihoterapija, že kar nekaj časa nazaj prešle svoja začetna izhodišča in tehnike, v smer nekakšnega ekumenizma, verjetno s pomočjo postmoderne drže. Zelo se strinjam z izhodiščem, da je tako imenovana simptomatska faza psihoterapij že dolgo presežena. Simptomatska faza meni, da bo nek simptom prenehal, ko bomo našli vzroke, ki so ga oblikovali. Ta paradigma spregleda, da ima tako iskanje vzrokov lahko neke vrste zmoten kvazieksperimentalni dizajn: retrogradno pripišemo določenim izkušnjam vlogo vzrokov za problem. Da ne bom zmotno razumljena: ljudje smo nagnjeni k temu, da pripovedujemo zgodbe – o sebi in za nas pomembnih ljudeh – in pripovedovanje ima izjemno pomembno vlogo v oblikovanju drugačnih pomenov

naših življenjskih izkušenj. Avtorica priročnika le opozori na to, da pogosto v določenih vrstah psihoterapij pacienta/klienta lahko izpostavljajo dolgotrajnim mislim o preteklih vzrokih, namesto da bi ga najprej pomagali opremiti za spoprijemanje s simptomi tukaj in sedaj. Če uporabimo metaforo: starši morajo hoditi v službo in skrbeti za otroke, in ko jim gre to od rok, se lahko varno ukvarjajo tudi s svojo življenjsko narativo, kar je tako pomemben del človeškega smisla in izkušnje. Nefunkcionalno bi bilo, če bi staršem razmišljanje o lastnem otroštvu vzelo preveč moči in pozornosti, tako da ne bi zmogli poskrbeti za svoje otroke.

Avtorica je tudi kritična do medicinskega modela OKM, v veliki meri upravičeno, če bi in kadar medicinski model pomeni(l) le dajanje farmakoterapije. Mogoče pa je ravno to kritičnost razumeti tudi kot povabilo, da se kolegi iz različnih strokovnih okolij in poklicev v večji meri družimo in drug drugemu razlagamo svoje modele razumevanja, odpravljamo fantazije drug o drugem in našem delu ter ustvarjamo novo metaznanje. Mnoga strokovna razumevanja so namreč odvisna od konteksta. Diagnoza OKM lahko bistveno pomaga pri tem, da strokovnjaki ustrezno usmerjajo in nadzorujejo svoje intervence, ali pa, nasprotno, diagnoza pomeni, da strokovnjak izgubi radovednost glede človeka z OKM in si manj prizadeva, da bi oblikoval spekter intervenc, ki bi koristile klientu/pacientu. Prav tako sodobna psihiatrična stroka – če jo izvajamo tako, kot je prav – farmakoterapijo pri anksioznih motnjah vidi kot le nujen popravek biološke ranljivosti pri nekaterih pacientih, da lahko iščejo nova razumevanja svojih težav in njihove razrešitve. Za kolege zdravnike, ki so glede psihoterapevtskega dela nejeverni Tomaži, naj bodo v pomoč dognanja nevroznanosti, da psihoterapevtsko vplivanje tudi zdravi – spreminja funkcionalne možganske povezave, deloma pa tudi pospeši nevrogenezo v hipokampusu

po travmatskih spominih. Res pa se da – če sledimo sporočilu priročnika – uporabljati na premalo strokoven način in preveč samozadovoljno tako zdravila kot manj ustrezne psihoterapevtske pristope. Avtorica poudari pomen celostnega razumevanja človeka z OKM in spodbudi profesionalno držo, ki zmore tolerirati tudi delno negotovost oz. dileme glede narave določenih duševnih motenj, kot je OKM.

Posebej poudarim še izziv vraževnosti, ne vedno simpatičnim oblikam površnega *new-age* mišljenja in ponudbi nerealističnih pričakovanj, kar je tako razširjeno v sodobnih medijih. Priročnik na duhovit način (Ko ti črna mačka prečka pot, ... je nekam namenjena) prikaže ta tip mišljenja kot nefunkcionalen, včasih celo v osnovi obsesivno-kompulzivno naravnost za zniževanje naše bivanjske anksioznosti. Priročnik močno preseže pričakovanja glede tovrstnih informacij tudi s tem, da opredeli filozofijo zdravljenja in samozdravljenja: negativnim subjektivnim stanjem se ne da ubežati, vedno nas bodo spremljala, a nič zato. Z njimi smo se ljudje zmožni spoprijeti, jih včasih preseči ali pa se jih ne več bati, če se naučimo drugačnega pogleda na težave in veččin, kako ravnati s simptomi (seveda velja tudi obratna pot). Iz besedila diha ne samo očitno odlično znanje, ampak tudi izrazita empatija, upanje in zaupanje avtorice, da ljudje z OKM lahko bistveno izboljšajo kakovost svojega življenja. Ob tem se nemalokrat vnese humorna distanca. Naj parafraziram: kako smo preživeli OKM in se pri tem celo smejali.

Prav je, da je v aktualnem času na razpolago veliko informacij o različnih duševnih motnjah in težavah, med drugim tudi glede anksioznosti. Ob tem je OKM malce pastorka med drugimi anksioznimi motnjami (glede dostopnosti psihoedukacije) in je zato ta priročnik še dodatno koristen.

Problem večinoma torej ni pre malo informacij, saj jih je celo preveč, če ne znamo izbrati. Ta priročnik je

odlična izbira, ki jo je priporočati psihoterapevtom, psihologom, zdravnikom, posebej psihiatrom in vsem ostalim kolegom, ki delujejo na področju duševnega zdravja oz. motenj. Ob tem je priročnik dostopen razumevanju in spodbudi tudi zainte-

resirani laični javnosti, posebej ljudem s simptomi OKM. Če ga bodo prebrali, bodo lahko veliko bolje sodelovali v svoji lastni terapiji. Seveda je anksioznost, tudi subklinična obsesivno-kompulzivna simptomatika, neredka izkušnja zdravnikov.

Morda bi bilo razumeti priročnik tudi kot zelo koristen za samopomoč.

Priročnik je založila Persona klinika, d. o. o. (info@psihologinja.si), kjer ga lahko tudi kupite, v zadnji desni platnici pa je DVD s predavanjem, ki traja dve uri.

Kratek priročnik znakovnega jezika

Kristijan Skok, študent MF Maribor

kristijan.skok@gmail.com



Naslovnica priročnika.

Živimo v času in razmerah, ko je komuniciranje tako razširjeno in

razvito, da se posameznik počuti že prav utesnjenega, ko želi biti sam.



KAJ?

S kazalcem zamahneš navzdol.



BRUHATI. Z razprto roko podrsaš po vratu in bradi ter nadaljuješ v loku naprej.



POZDRAVLJEN. Roko pokrečiš in hrbtišče dlani pokažeš sogovorniku.



BOLEČINA. Sproščeno roko streseš, kot bi se udaril.



DRISKA. Objameš palec leve roke in ga potegneš ven, mezinček je iztegnjen.

Hkrati pa se pojavljajo težave na ravni



NALEZLJIVO. Kazalca postavljaš enega prek drugega v smeri naprej.



PREISKAVA. Roke v danem položaju s krožnimi gibi premikaš po telesu.



BLATO. S pestjo ob glavi izvajaš krožne gibe.

medosebne komunikacije in komuniciranja na povsem profesionalni ravni. »Nihče ne more (ne)komunicirati,« je prvi Watzlawickov aksiom. Takoj se poraja vprašanje, kako komunicirati: verbalno, neverbalno, z gestami, mimiko itd. Različni smo, česar se še posebej zavemo, ko smo postavljeni v tujo ali neprijetno situacijo. Za mnoge gluhe in naglušne je taka situacija obisk pri zdravniku.

Komunikacija med zdravnikom in bolnikom je ena izmed ključnih sestavin zdravstvene oskrbe. Na osnovi te komunikacije se vzpostavi zaupanje. Že Hipokrat je vedel, da zdravniki s pravilno komunikacijo vplivajo na bolnikovo zdravje. Kljub tem dejstvom in spoznanjem obstaja razkorak med potrebami ter dejansko prakso tudi v primeru (ne)prilagojenosti gluhih in naglušnih. V sklopu projekta »Breaking the Silence« (BTS), ki je eden izmed projektov Društva študentov medicine Maribor, smo želeli nekoliko prispevati k premostitvi vrzeli v komunikaciji zdravnika z gluhih in naglušnimi.

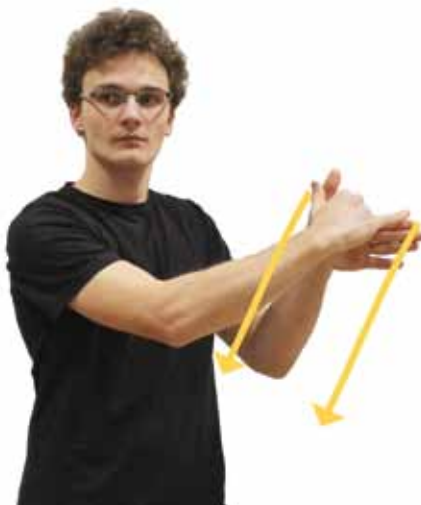
Člani projekta BTS – študentje medicine smo v sodelovanju z izr. prof. dr. Sebastjanom Bevcem, Primožem Levartom, dr. med., tolmačko znakovnega jezika Marijo Koser, predstavnikom društva zveze



URIN. S palcem dvakrat podrsaš na vrhu prsnega koša.



PROTI (1. DEL ANTIBIOTIKA). S sredincem se dotakneš navidezne točke pred seboj.



RECEPT. Ena roka je na miru, drugo premakneš po njej navzdol, palec in mezinec sta iztegnjena.



VNETJE (2. DEL ANTIBIOTIKA). V polkrožni liniji izmenično premikaš razprte roke gor in dol.

gluhih in naglušnih Antonom Petričem izdelali **Kratek priročnik znakovnega jezika**. Založnik priročnika je Univerzitetna založba Maribor, izdajateljica pa Medicinska fakulteta Maribor. Priročnik je izšel januarja 2017 in je prosto dostopen na spletni strani Univerzitetne založbe. Na voljo je tudi v več knjižnicah po Sloveniji ter na Medicinski fakulteti v Mariboru. Konceptualno je

razdeljen na več poglavij, ki obravnavajo teoretsko ozadje gluhot, znakovnega jezika ter stanje gluhih v Sloveniji. Prikazan je protokol osnovnega internističnega pregleda pri zdravniku, upošteva določene nasvete/pravila dobre komunikacije. Priročnik vključuje tudi slikovni slovarček z osnovnimi vprašalnici in medicinskimi izrazi oz. z boleznijo povezanimi kretnjami.

S priročnikom smo želeli olajšati komunikacijo med zdravnikom in naglušnim oz. gluhim bolnikom, opozoriti na potrebo po znanju vedno novih spretnosti in znanj pri delu v zdravstvu in na pomen komuniciranja v vseh razsežnostih, še posebej na vlogo neverbalne komunikacije. V veselje in čast nam bo, če bo priročnik vsaj nekaterim lahko v pomoč.

Domus Medica za vas!

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

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

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

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



Zbornična izobraževanja za zdravnike in zobozdravnike

Pacient ne govori slovensko – izziv za zdravstvene delavce v Sloveniji

seminar – april–november

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

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

Težave in razumevanje v medosebnih odnosih

delavnica – maj

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

Delavnico vodi Anja Žagar, univ. dipl. ekon.

Vodenje zdravniških timov

seminar – maj, oktober

Dober vodja je kot dirigent, ki vzpodbudi svoj »orkester«, da igra harmonično, da se njegovi

sodelavci soočijo z vsemi izzivi na delovnem mestu, dosejajo dobre rezultate in predvsem, da obvladujejo manjše in velike spremembe, ki jih prinaša okolje in vsakodnevno delo. Naučili se boste, kaj je razlika med timom in ekipo, kakšne so naloge vodje, kako se vodi tim, kakšne so resnice in zmote o motivaciji ter kakšna naj bo komunikacija v timu.

Izvajalka: Metka Komar, univ. dipl. ekon.

Učinkovito reševanje konfliktov

seminar – november

V življenju je vse več pritiskov in nestrpnosti med ljudmi. Kako naj v »ponorelem svetu« ohranimo svoj duševni mir in smo ob tem učinkoviti tako v službi kot v družini? Ali je to sploh še mogoče?

Seveda je. Največ energije nam poberejo nerazrešeni konflikti! Tisti, ki jih rešimo, so sicer naporni, ko jih razrešujemo, potem pa imamo mir in čas za druge zadeve. Nerazrešeni konflikti pa ostajajo z nami tudi ponoči in še dneve (tedne in celo mesece) po tistem, ko se je stresna situacija zgodila.

Na seminarju boste pridobili orodja, s pomočjo katerih boste bolj učinkoviti pri obvladovanju konfliktnih situacij.

Izvajalka: Metka Komar, univ. dipl. ekon.

Kako rečem ne brez občutka krivde

seminar – oktober

Tistega, ki mu je izziv reči **ne**, skrbi za ljudi okoli sebe, da niso prizadeti in da se dobro počutijo. Taka oseba je običajno človeško prijaznost nadgradila tako, da je postala ustrezljiva ter vse bolj pozablja nase; premalo poskrbi za to, da zadovolji svoje čustvene potrebe.

Na seminarju se bomo seznanili (in vadili) veščine prepoznavanja in zadovoljevanja svojih čustvenih potreb. Naučili se bomo asertivno izraziti svoje potrebe in vztrajati pri njihovi uresničitvi. Ne bomo samo rekli **ne**. Vztrajali bomo tako dolgo, dokler ne dobimo tistega, kar potrebujemo in želimo. In vse to brez občutka krivde. Preprosto zato, ker »imam pravico do sreče«.

Izvajalka: Metka Komar, univ. dipl. ekon.

10. 4.–9. 7. • UPOČASNJEVANJE UTRIPA PRI SRČNEM POPUŠČANJU

kraj: spletno izobraževanje Doctrina: https://si.doctrina.biz/zdravniki	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni za uporabnike portala Doctrina.si	k. točke: 0,7
vsebina: Strokovno spletno videoizobraževanje Doctrina je namenjeno specialistom splošne in družinske medicine. Prinaša izobraževanje, ki ga je za splošne zdravnike pripravil David Žižek z oddelka za kardiologijo UKC Ljubljana. Govori o najnovejših dognanjih o upočasnjevanju utripa pri srčnem popuščanju in vlogi zdravila ivabradin. Poudarja tudi pomen deljenih obravnav bolnikov s srčnim popuščanjem pri kardiologu in specialistu družinske medicine ter pogostejših kontrol, saj te pomembno izboljšajo preživetje bolnikov s srčnim popuščanjem. Vabljeni k ogledu in komentiranju izobraževanja: https://siapp.doctrina.biz/izobrazevanja/228 .		organizator: Doctrina, izobraževanje, d. o. o., David Žižek, UKC Ljubljana, Oddelek za kardiologijo	prijave, informacije: prijave: Izobraževanje je dostopno uporabnikom portala Doctrina, več na E: info@si.doctrina.biz in T: 080 5007, informacije: Sergeja Širca, T: 080 5007, E: sergeja.sirca@doctrina.biz

1. 5.–8. 12. • LUSKAVICA – USPEŠEN NADZOR BOLEZNI IN BOLNIKOVE KAKOVOSTI ŽIVLJENJA

kraj: spletno izobraževanje FarmaPro: www.farmapro.si	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni za uporabnike portala FarmaPro	k. točke: ***
vsebina: Spletno izobraževanje je namenjeno vsem zdravnikom. V izobraževanju so predstavljeni najpogostejši sprožilni dejavniki za luskavico in možnosti zdravljenja s poudarkom na ustrezni uporabi kortikosteroidov.		organizator: Uredništvo FarmaPro, asist. dr. Maruška Marovt, dr. med., spec., KO za kožne in spolne bolezni, UKC Maribor, dr. Marjetka Korpar, mag. farm., Lekarne Ptuj	prijave, informacije: prijave: izobraževanje je dostopno registriranim uporabnikom portala FarmaPro, www.farmapro.si , informacije: info@farmapro.si

3. 5.–3. 7. • HIGIENA ROK V ZDRAVSTVU

kraj: spletno izobraževanje Doctrina: https://si.doctrina.biz/zdravniki	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni za uporabnike portala Doctrina.si	k. točke: 0,4
vsebina: Spletno izobraževanje je namenjeno vsem zdravnikom.		organizator: Doctrina, d. o. o., viš. pred. dr. Anamarija Zore, univ. dipl. biol., Zdravstvena fakulteta	prijave, informacije: prijave: izobraževanje je dostopno uporabnikom portala Doctrina, več na E: info@si.doctrina.biz in T: 080 5007, informacije: Sergeja Širca, T: 080 5007, E: sergeja.sirca@doctrina.biz

8. ob 14.15 • MENDELEY – ORODJE ZA UREJANJE REFERENC IN MEDSEBOJNO POVEZOVANJE, več o tečaju: <http://www.mf.uni-lj.si/cm/mendeley-orodje-za-urejanje-referenc-in-medsebojno-povezovanje>

kraj: internet	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: praktični tečaj o uporabi orodja za upravljanje in oblikovanje referenc ter citiranje in sodelovanje z drugimi raziskovalci za zdravnike, zobozdravnike, raziskovalce, študente		organizator: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Centralna medicinska knjižnica, mag. Anamarija Rožič, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: tecajcmk@mf.uni-lj.si , informacije: Vesna Cafuta, E: tecajcmk@mf.uni-lj.si

9.–12. • OSNOVNI/NADALJEVALNI TEČAJ: OCENJEVANJE SPONTANEGA CELOSTNEGA GIBANJA PO PRECHTLU

kraj: LJUBLJANA, URI Soča	št. udeležencev: 20	kotizacija: 570 EUR z DDV	k. točke: ***
vsebina: Tečaj ocenjevanja spontanega celostnega gibanja po Prechtlu je namenjen zdravnikom pediatrom, razvojnim pediatrom, neonatologom, otroškim nevrologom in fizioterapevtom, ki se pri svojem delu srečujejo z nedonošenimi in donošenimi novorojenčki in dojenčki, ki imajo znane dejavnike tveganja za zaostanek v razvoju ali razvoj cerebralne paralize		organizator: URI Soča	prijave, informacije: Vesna Grabljevec, URI Soča, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, E: vesna.grabljevec@ir-rs.si , T: 01 475 82 43

11. • ODRASLI S CEREBRALNO PARALIZO

kraj: LJUBLJANA, URI Soča	št. udeležencev: 50	kotizacija: 550 EUR z DDV	k. točke: v postopku
vsebina: Posvet je namenjen družinskim zdravnikom, pediatrom, nevrologom, specialistom fizikalne in rehabilitacijske medicine in vsem drugim strokovnjakom ter drugi zainteresirani javnosti, ki se pri svojem delu srečuje z odraslimi s cerebralno paralizo.		organizator: URI Soča	prijave, informacije: Vesna Grabljevec, URI Soča, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, E: vesna.grabljevec@ir-rs.si , T: 01 475 82 43

12. • 6. ŠOLA TUMORJEV PREBAVIL: PREDSTAVITEV POSODOBLJENIH SMERNIC ZA RAK DEBELEGA ČREVEŠA IN DANKE

kraj: LJUBLJANA, Onkološki inštitut	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: strokovno srečanje		organizator: Onkološki inštitut Ljubljana	prijave, informacije: informacije: Tajništvo TRT, T: 01 587 95 22, E: TajnistvoTRT@onko-i.si

12. ob 8.30 • TOKSIKOLOGIJA 2017: ZASTRUPITVE Z NOVIMI PSIHOAKTIVNIMI SNOVMI

kraj: LJUBLJANA, Kristalna palača, BTC Ljubljana	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 130 EUR z DDV	k. točke: ***
vsebina: Srečanje je namenjeno vsem zdravnikom, predvsem zdravnikom družinske medicine, urgentne medicine, interne medicine, pediatrije, nevrologije in psihiatrije, ter farmacevtom, reševalcem in ostalim strokovnjakom, ki se pri delu srečujejo z uporabniki novih psihoaktivnih snovi.	organizator: Sekcija za klinično toksikologijo SZD in Center za klinično toksikologijo in farmakologijo UKCL, doc. dr. Miran Brvar, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Sekcija za klinično toksikologijo SZD, Center za zastrupitve, Interna klinika, UKC Ljubljana, Zaloška cesta 7, 1000 Ljubljana, W: www.ktf.si , E: miran.brvar@kclj.si , informacije: Miran Brvar, T: 041 605 420, F: 01 434 76 46, E: miran.brvar@kclj.si	

12.–13. • BOLEZNI ŠČITNICE – PODDIPLOMSKA ŠOLA ZA ZDRAVNIKE

kraj: LOGARSKA DOLINA, Hotel Plesnik	št. udeležencev: 30	kotizacija: 100 EUR	k. točke: 7
vsebina: poddiplomska šola	organizator: Slovensko združenje za nuklearno medicino	prijave, informacije: Simona Gabersček, T: 01 230 19 71, 031 356 723, E: simona.gaberscek@gmail.com	

12.–13. ob 8.00 • 5TH INTERNATIONAL WORKSHOP IN CLINICAL FORENSIC MEDICINE: SEXUAL ABUSE

kraj: Medicinska fakulteta v Ljubljani, Korytkova 2	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 280 EUR, prijava in plačilo kotizacije preko spletne strani www.iwcfm2017.org	k. točke: 16
vsebina: strokovno srečanje	organizator: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Inštitut za sodno medicino	prijave, informacije: informacije: asist. Gregor Haring, dr. med., T: 01 543 72 03, E: gregor.haring@mf.uni-lj.si , W: www.iwcfm2017.org	

12.–13. ob 15.00 • DIAGNOSTIKA V OTROŠKEM IN MLADINSKEM ZOBOZDRAVSTVU – DOBRA KLINIČNA PRAKSA

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta, Korytkova 2	št. udeležencev: 12. 5. – omejeno, 13. 5. – ni omejeno	kotizacija: udeležba 12. in 13. 5. 2017 (število udeležencev omejeno): 250 EUR + DDV, udeležba samo 13. 5. 2017 (do vključno 31. 3. 2017): 200 EUR + DDV, od 1. 4. 2017: 220 EUR + DDV, kotizacije ni za študente dentalne medicine	k. točke: 8
vsebina: Namen strokovnega seminarja, ki je namenjen predvsem zobozdravnicam in zobozdravnikom, ki delajo na področju otroškega in mladinskega zobozdravstva, je obnavljati in razširjati strokovno znanje udeležencev. Cilj letošnjega seminarja je poglobiti znanja s področja diagnostike v otroškem in mladinskem zobozdravstvu.	organizator: Katedra za otroško in preventivno zobozdravstvo, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, izr. prof. dr. Alenka Pavlič, dr. dent. med.	prijave, informacije: prijave: Katedra za otroško in preventivno zobozdravstvo Medicinske fakultete, Hrvatski trg 6, 1000 Ljubljana, informacije: Sonja Leben, T: 01 522 43 71, E: sonja.leben@mf.uni-lj.si , W: http://www.mf.uni-lj.si/kopz/tecaj	

12.–14. • ULTRAZVOČNO VODENO ENDOVENSKO LASERSKO/RF ZDRAVLJENJE KRČNIH ŽIL

kraj: OTOČEC	št. udeležencev: 8	kotizacija: 1.500 EUR	k. točke: ***
vsebina: učna delavnica	organizator: Avelana, d.o.o.	prijave, informacije: Damjana Bradač Zupančič, T: 07 337 32 02, E: avelana.k2@gmail.com , W: www.avelana.si	

12.–14. ob 15.00 • 5. SLOVENSKO-HRVAŠKI ULTRAZVOČNI KONGRES

kraj: KRANJSKA GORA, Ramada Resort	št. udeležencev: za kongres ni omejitve, število udeležencev je na predkongresnem tečaju omejeno na 16	kotizacija: od 50 do 350 EUR	k. točke: v postopku
vsebina: Strokovno srečanje s predavanji in delavnicami o različnih temah s področja ultrazvoka je namenjeno vsem zdravnikom, ki se ukvarjajo z UZ ali jih le-ta zanima, in študentom medicine.	organizator: Slovensko združenje za rabo ultrazvoka v medicini SZD, Hrvatsko društvo za ultrazvuk u medicini i biologiji HLZ, Ksenija Vuković, dr. med., Mirjana Brvar, dr. med., prof. dr. sci. Boris Brkljačić, dr. med., doc. dr. sci. Gordana Ivanac, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: info@szrum.si , informacije: W: www.szrum.si , E: info@szrum.si , Javor Vučić, E: javor.vucic@zg.t-com.hr , T: +385 91 5075 134	

16. ob 14.00 • »TRAIN THE TRAINER« O PRAVLNI UPORABI VDIHOVALNIKOV IN PRŠILNIKOV

kraj: GOLNIK, Klinika Golnik, Vurnikova dvorana	št. udeležencev: 15	kotizacija: 50 EUR	k. točke: v postopku
vsebina: Tečaj je namenjen zdravnikom, medicinskim sestram in farmacevtom, ki bodo v svojih okoljih učili pravilno uporabo izvajalce, ki so v neposrednem stiku s pljučnimi bolniki. Program tečaja je sestavljen iz teoretičnega in praktičnega dela. Znanje na tečaju bo preverjeno s praktičnim preizkusom znanja in potrdilom, vsak udeleženec prejme »učno stojalo« z vsemi placebo vdihovalniki na tržišču za namen učenja ter gradivo s tiskanim in videomaterialom. Tečaj bo v prostorih Klinike Golnik, kjer bodo na voljo omenjeni pripomočki, tečaj bodo vodili DMS z največ praktičnimi znanji, zdravnik specialist in klinični farmacevt.		organizator: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, izr. prof. dr. Matjaž Fležar, dr. med.	prijave, informacije: Milena Osojnik, E: milena.osojnik@klinika-golnik.si , T: 04 256 91 11

17. • VODENJE ZDRAVNIŠKIH TIMOV

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 12	kotizacija: 120 EUR	k. točke: 6
vsebina: Na seminarju boste dobili odgovore na vprašanja, kako v praksi sočasno voditi time (projekte) in vsakodnevne rutinske naloge (proces), kako uvajamo spremembe, da jih sodelavci sprejmejo za svoje in jih izvedejo, kako iz delovne skupine ustvarimo zmagovit tim. Cilj seminarja je tudi prepoznavanje in uporaba različnih slogov vodenja: »Vsakega človeka v vsaki situaciji vodim drugače«.		organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: prijave: W: http://www.domusmedica.si , informacije: Mojca Vrečar, E: mojca.vrecar@zss-mcs.si

17. ob 8.30 • 7. IZOBRAŽEVALNI DAN PROGRAMA ZORA

kraj: BRDO PRI KRANJU, Kongresni center, dvorana Grandis	št. udeležencev: 450	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: Srečanje je namenjeno ginekološkim timom, citopatologom, patologom, specialistom javnega zdravja, epidemiologom, ki se ukvarjajo z okužbami s HPV, in presejalcem. Srečali se bomo sodelavci programa ZORA različnih strok, ki s svojim vsakodnevnim delom prispevamo k uspehu presejalnega programa za raka materničnega vratu ZORA. Letošnja vabljen predavateljica je mednarodno priznana strokovnjakinja Megan Smith iz Avstralije. Predstavila bo razloge za prenovno avstralskega presejalnega programa za raka materničnega vratu in potek te prenove, strategijo komuniciranja o spremembi presejalne politike ter o programu cepljenja proti HPV, ki je v Avstraliji izjemno uspešen.		organizator: Onkološki inštitut Ljubljana, Ministrstvo za zdravje RS, Maja Primic Žakelj, vodja DP ZORA in vodja Registra raka in epidemiologije	prijave, informacije: prijave: E: zora@onko-i.si ali Program in register ZORA, Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, informacije: Mojca Florjančič, Program in register ZORA, OIL, E: zora@onko-i.si , T: 01 587 95 76

19. ob 9.00 • ŠOLA PREPOZNAVANJA MELANOMA IN DRUGIH KOŽNIH TUMORJEV ŠOLA O BIOLOŠKIH ZDRAVILIH V DERMATOLOGIJI

kraj: LJUBLJANA, Dermatovenerološka klinika UKC LJ, predavalnica	št. udeležencev: 50	kotizacija: razdeljeno na dva vsebinska sklopa, kotizacija za posamezen sklop je 80 EUR + DDV	k. točke: ***
vsebina: Šola je namenjena dermatologom.	organizator: Dermatovenerološka klinika UKC LJ, Združenje slovenskih dermatovenerologov, predstojnica klinike prim. Tanja Planinšek Ručigaj, dr. med., svetnica, predsednica ZSD, asist. Aleksandra Dugonik, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Alojzija Miklič, E: marko.miklic2@guest.arnes.si , informacije: Alojzija Miklič, T: 031 354 924, E: marko.miklic2@guest.arnes.si	

19.–20. ob 8.00 • NOVAKOVI DNEVI – STANDARDI IN KAZALNIKI KAKOVOSTI V PERINATOLOGIJI IN STREPTOKOK SKUPINE B V PERINATOLOGIJI

kraj: SLOVENJ GRADEC, Koroška galerija likovnih umetnosti	št. udeležencev: je omejeno	kotizacija: 130 in 260 EUR	k. točke: ***
vsebina: Strokovno izobraževanje je namenjeno specialistom in specialistom ginekologije in porodništva, anesteziologije in pediatrije, medicinskim sestram in babicam.	organizator: Združenje za perinatalno medicino SZD, Klinični oddelek za perinatologijo, Ginekološka klinika UKC Ljubljana, SB Slovenj Gradec (ginekološko-porodniški oddelek), dr. Tanja Premru Sršen, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: Martina.peclin@mf.uni-lj.si , informacije: Martina Pečlin, T: 01 522 60 20	

19.–20. ob 11.00 • »IZ PRAKSE ZA PRAKSO« – 28. SREČANJE INTERNISTOV IN ZDRAVNIKOV SPLOŠNE/DRUŽINSKE MEDICINE

kraj: MARIBOR, UKC Maribor, Klinika za interno medicino, Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: posodabljanje znanja iz interne medicine ter posameznih vej interne medicine, družinske medicine in drugih konservativnih strok, praktični prikazi posameznih bolnikov iz omenjenih področij	organizator: UKC Maribor, Klinika za interno medicino	prijave, informacije: informacije: prof. dr. Radovan Hojs, dr. med., v. svet., T: 02 321 28 71, E: branka.halozan@ukc-mb.si , W: www.ukc-mb.si	

19.–20. • 43. SREČANJE TIMOV: KAKOVOSTNA OBRAVNAVA BOLNIKA V DRUŽINSKI MEDICINI**kraj:** LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162**št. udeležencev:** ni omejeno**kotizacija:** Za zdravnike 160 EUR, za medicinske sestre in zdravstvene tehnike 110 EUR. Pri zgodnji prijavi do 3. 5. 2017 je za tim zdravnik in medicinska sestra kotizacija 200 EUR, za tim referenčne ambulate (zdravnik, SMS, DMS) pa 280 EUR.**k. točke:** *****vsebina:** Strokovno srečanje zdravnikov družinske medicine s pridruženim kongresom IPCRG (mednarodna mreža za bolezni dihal na primarni ravni) in prof. J. Brodersenom, vabljenim predavateljem iz tujine. Teme srečanja: bolezni dihal, obravnava bolnikov glede na etnično-kulturološke značilnosti, kvartarna preventiva, antibiotiki, življenjski slog, prehrana, referenčne ambulate, dermatologija, vrtoglavlja in omotičnost.**organizator:** Združenje zdravnikov družinske medicine v sodelovanju s Katedro za družinsko medicino MF v Ljubljani, Zavodom za razvoj družinske medicine in Sekcijo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v spl. medicini**prijave, informacije:** prijave preko spletne strani www.e-medicina.si, informacije: asist. dr. Nena Kopčavar Guček, T: 01 200 45 00, prim. doc. dr. Davorina Petek, T: 01 436 81 93**19.–20. • NADALJEVALNI TEČAJ ULTRAZVOKA MIŠIČNO-SKELETNEGA SISTEMA – UZ VODENE INFILTRACIJE****kraj:** LJUBLJANA, URI Soča**št. udeležencev:** 20**kotizacija:** za zdravnike specialiste 500 EUR z DDV, za zdravnike specializante 400 EUR z DDV**k. točke:** *****vsebina:** Tečaj je namenjen specialistom in specializantom radiologije, fizikalne in rehabilitacijske medicine, revmatologije, ortopedске kirurgije, travmatologije in nevrologije, ki obvladajo osnove UZ-dijagnostike in uporabljajo ultrazvok v klinični praksi.**organizator:** URI Soča v sodelovanju z Združenjem za radiologijo pri SZD**prijave, informacije:** Vesna Grabljevec, URI Soča, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, E: vesna.grabljevec@ir-rs.si, T: 01 475 82 43**20. ob 9.30 • POSVET ZDRAVNIKOV IN ZOBOZDRAVNIKOV, ZDRUŽEN S XVII. DRŽAVNIM PRVENSTVOM ZA ZDRAVNIKE IN ZOBOZDRAVNIKE V STRELJANJU S STANDARDNO ZRAČNO PUŠKO IN PIŠTOLO, S SEMINARJEM O POŠKODBAH V ŠPORTU****kraj:** ANKARAN, SD Ankar, Razgledna pot 2**št. udeležencev:** ni podatka**kotizacija:** člani Medicusa 30 EUR, ostali 40 EUR**k. točke:** *****vsebina:** predavanje in posvet na temo aktualne zdravstvene politike in državno prvenstvo v streljanju**organizator:** Strelska sekcija zdravniškega in stomatološkega športnega društva Medicus**prijave, informacije:** Branko Košir, E: branko.kosir@siol.net, T: 041 444 972**21.–25. • EFIC – EVROPSKA ŠOLA ZA BOLEČINO PRI BOLNIKI Z RAKOM IN PALIATIVNO OSKRBO****kraj:** MARIBOR, Medicinska fakulteta**št. udeležencev:** 50**kotizacija:** 600 EUR**k. točke:** 25**vsebina:** evropska šola**organizator:** UKC Maribor, Klinika za kirurgijo**prijave, informacije:** Slavica Keršič, T: 02 321 29 40, E: slavica.kersic@ukc-mb.si, W: www.ukc-mb.si**22. • LOGOTERAPIJA, SMISEL IN POSLANSTVO ZDRAVNIKA****kraj:** LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162**št. udeležencev:** 30**kotizacija:** 110 EUR**k. točke:** 4**vsebina:** Z občutkom bivanjske praznine pri pacientih se pogosto soočate tudi zdravniki. Na delavničnem seminarju se boste seznanili z načini, kako odgovoriti in osmišljati eksistencialno stisko pacientov. Del seminarja bo namenjen tudi vašemu opolnomočenju, razmisleku o dilemah, s katerimi se srečujete pri svojem zdravniškem delu, ter iskanju odgovorov, kako se soočiti z notranjimi in zunanjimi stiskami, ki jih s seboj prinaša zdravniški poklic.**organizator:** Zdravniška zbornica Slovenije**prijave, informacije:** prijave: W: <http://www.domusmedica.si>, informacije: Mojca Vrečar, E: mojca.vrecar@zbs-mcs.si**25.–26. • OSNOVE KLINIČNE ALERGOLOGIJE IN ASTME. POUK BOLNIKA Z ASTMO****kraj:** KRANJSKA GORA, Hotel Lek**št. udeležencev:** 25**kotizacija:** 250 EUR**k. točke:** v postopku**vsebina:** učna delavnica**organizator:** Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik**prijave, informacije:** Irena Dolhar, T: 04 25 69 493, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si**26. • DAN ŠČITNICE****kraj:** LJUBLJANA, UKC, predavalnica 1**št. udeležencev:** ni omejeno**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** *****vsebina:** Strokovno srečanje je namenjeno specialistom in specializantom družinske medicine, interne medicine, nuklearne medicine, torakalne kirurgije, onkološke kirurgije.**organizator:** Slovensko združenje za nuklearno medicino, Klinika za nuklearno medicino UKCL, Onkološki inštitut, Katedra za družinsko medicino MF UL, doc. dr. Katja Zaletel, dr. med., prof. dr. Nikola Bešič, dr. med.**prijave, informacije:** prijave: predhodna prijava ni potrebna, informacije: asist. dr. Katica Bajuk Studen, dr. med., T: 01 522 35 51, E: Katica.bajuk@kclj.si

26. • TEHNIKE IN METODE ZA OPOLNOMOČENJE: IZKUSTVENE DELAVNICE

kraj: LJUBLJANA, URI Soča	št. udeležencev: 60	kotizacija: 60 EUR z DDV	k. točke: ***
vsebina: Delavnica je namenjena psihologom, zdravnikom, medicinskim sestram, delovnim terapevtom, fizioterapevtom, socialnim delavcem, študentom, prostovoljcem in ostalim, ki se želijo spoznati z metodami in tehnikami za obvladovanje stresa v vsakdanjem življenju.		organizator: URI Soča	prijave, informacije: Vesna Grabljevec, URI Soča, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, E: vesna.grabljevec@ir-rs.si , T: 01 475 82 43

26.–27. • V. SUŠNIKOVI DNEVI: STARANJE NA DELOVNEM MESTU *podroben program na spletni strani www.zmd.si*

kraj: OTOČEC, Hotel Šport, kongresna dvorana	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: za člane ZMDPŠ in upokojene specialiste MDPŠ 150 EUR, za nečlane 160 EUR, za specializante MDPŠ 75 EUR (vse cene z DDV)	k. točke: 6,5
vsebina: Predavanja in okrogla miza o vplivu staranja na delovno zmožnost in vloga zdravnikov in drugih deležnikov pri tem procesu. Srečanje je namenjeno specialistom in specializantom MDPŠ, strokovnim delavcem, promotorjem zdravja pri delu (program Čili za delo), kadrovskim in socialnim delavcem		organizator: Združenje medicine dela, prometa in športa SZD	prijave, informacije: prijave: E: boris.kopilovic@nijz.si , informacije: E: andrea.margan@gmail.com , alenka.franko@siol.net

26.–27. • 34. STROKOVNO SREČANJE ZDRUŽENJA OTORINOLARINGOLOGOV SZD IN RINOŠOLA 2017 – DVODNEVNI SIMPOZIJ O DIAGNOSTIKI IN MAKSIMALNI MEDIKAMENTNI TERAPIJI KRONIČNEGA RINOSINUZITISA

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta, Korytkova 2	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Rinošola 2017 je namenjena zdravnikom, ki se srečujejo z bolniki s kroničnim rinosinuzitisom na vseh ravneh. Še posebej otorinolaringologom, ki jih zanima heterogena klinična slika kroničnega rinosinuzitisa in možnosti medikamentnega zdravljenja.		organizator: UKC Ljubljana, Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo	prijave, informacije: informacije: Jure Urbančič, T: 01 522 21 39, 041 726 079, E: jure.urbancic@kclj.si

26.–27. • 11. BEDJANIČEV SIMPOZIJ

kraj: MARIBOR	št. udeležencev: 100	kotizacija: 130 in 260 EUR	k. točke: 9
vsebina: simpozij	organizator: UKC Maribor, Oddelek za nalezljive bolezni in vročinska stanja, Ljubljanska 5, 2000 Maribor		prijave, informacije: Slavica Keršič, T: 02 321 29 40, E: slavica.kersic@ukc-mb.si , W: www.ukc-mb.si

26.–27. ob 8.30 • 26. MEDNARODNI SIMPOZIJ INTENZIVNE MEDICINE IN 22. SEMINAR INTENZIVNE MEDICINE ZA MEDICINSKE SESTRE IN ZDRAVSTVENE TEHNIKE

kraj: BLEJ, Hotel Golf	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: pred 30. 4. 2017: zdravniki 95 EUR (člani SZIM 80 EUR), med. sestre in tehniki 50 EUR, od 1. 5. 2017: zdravniki 115 EUR (člani SZIM 100 EUR), med. sestre in tehniki 60 EUR, za en dan, pred 30. 4. 2017: zdravniki 50 EUR (člani SZIM 45 EUR), med. sestre in tehniki 25 EUR, za en dan, od 1. 5. 2017: zdravniki 60 EUR (člani SZIM 55 EUR), med. sestre in tehniki 40 EUR. Kotizacije ni za študente, sekundarije in specializante.	k. točke: ***
vsebina: Simpozij je namenjen vsem zdravnikom in medicinskim sestram.		organizator: Slovensko združenje za intenzivno medicino, Suada Fileković Ribarič	prijave, informacije: prijave: E: simona.rojs@kclj.si , informacije: W: http://www.szim.si/ , Simona Rojs, T: 01 522 42 20, F: 01 522 24 56, E: simona.rojs@kclj.si

27. ob 9.30 • XVI. RTIŠKO STROKOVNO SREČANJE PEDIATROV IN ŠOLSKIH ZDRAVNIKOV: OSKRBA POŠKODB OBRAZA PRI OTROCIH IN MLADOSTNIKI TER NUJNA STANJA V DERMATOLOGIJI

kraj: DEBELI RTIČ, Mladinsko zdravilišče, konferenčna dvorana, Hotel Arija	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje za pediatrie, šolske zdravnike in ostale zdravnike v osnovnem zdravstvu		organizator: Mladinsko zdravilišče in letovišče Debeli rtič v sodelovanju s Sekcijo za šolsko, študentsko in adolescentno medicino pri SZD	prijave, informacije: prijave: recepcija Mladinskega zdravilišča Debeli rtič, Jadranska 73, 6280 Ankaran, F: 05 669 22 23, T: 05 909 70 00, E: recepcija.mzl@mzl-rks.si , informacije: Breda Prunk Franetič, dr. med., T: 05 909 70 17, E: breda.franetic-prunk@mzl-rks.si

1.–3. ob 9.00 • 7. SLOVENSKI UROLOŠKI KONGRES Z MEDNARODNO UDELEŽBO IN EVROPSKO UROLOŠKO ŠOLO TER 12. SIMPOZIJ ZDRAVSTVENE NEGE SLOVENIJE**kraj:** BLEJ, Hotel Golf**št. udeležencev:** ni omejeno**kotizacija:** 150 EUR, za specializante in medicinske sestre 50 EUR ne glede na datum prijave, registrirati se bo mogoče tudi za en dan**k. točke:** ***

vsebine: Strokovno srečanje je namenjeno urologom, ginekologom, ostalim specialistom in specializantom kirurških strok, psihiatrom, pediatrom, družinskim zdravnikom, diplomiranim zdravstvenikom, tehnikom zdravstvene nege v urološki praksi in ostalim. Teme, ki bodo obravnavane na kongresu, zajemajo: simptome spodnjih sečil (LUTS), benigno hiperplazijo prostate (BHP), raka prostate, spolno medicino ter proste teme. V sklopu kongresa se bo odvijala tudi Evropska urološka šola (ESU) o andrologiji.

organizator: Združenje urologov Slovenije SZD

prijave, informacije: informacije: Marius Konstantin Rebek, T: 02 321 14 22, 041 355 098, E: marius.rebek@gmail.com, W: www.zus.si

2.–3. ob 9.00 • XXXV. DERČEVI DNEVI**kraj:** LJUBLJANA, Cankarjev dom, kulturni in kongresni center, Prešernova cesta 10**št. udeležencev:** 300**kotizacija:** 240 EUR (DDV vključen)**k. točke:** ***

vsebine: Stalno podiplomsko izobraževanje iz pediatrije z mednarodno udeležbo je namenjeno pediatrom, specialistom šolske medicine, splošnim in družinskim zdravnikom, medicinskim sestram ter vsem drugim, ki delajo na področju otroškega in mladinskega zdravstva.

organizator: UL, Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo, prof. dr. Tadej Battelino, dr. med.

prijave, informacije: prijave: E: branka.kenda@mf.uni-lj.si, informacije: Branka Kenda, tajništvo Katedre za pediatrijo, T: 01 522 92 26

2.–3. ob 15.00 • 30. ONKOLOŠKI VIKEND: IZBRANE TEME IZ GINEKOLOŠKE ONKOLOGIJE IN DRŽAVNI PROGRAM OBVLADOVANJA RAKA: GINEKOLOŠKA ONKOLOGIJA**kraj:** PORTOROŽ, Grand hotel Bernardin, kongresni center**št. udeležencev:** 180**kotizacija:** 150 EUR, za specializante 100 EUR, kotizacije ni za predstavnike nevladnih organizacij (največ 3 iz posameznega društva)**k. točke:** 7

vsebine: Strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom in drugim zdravstvenim delavcem in sodelavcem s področja onkologije in ginekologije ter družinskim zdravnikom.

organizator: Kancerološko združenje SZD, Združenje za ginekološko onkologijo, kolposkopijo in cervikalno patologijo Slovenije SZD, Onkološki inštitut Ljubljana, UKC Ljubljana, UKC Maribor, prof. dr. Janez Žgajnar, dr. med., doc. dr. Špela Smrkolj, dr. med.

prijave, informacije: prijave: Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, E: aduratovic@onko-i.si, informacije: mag. Amela Duratović Konjević, T: 01 587 96 25, E: aduratovic@onko-i.si

5.–7. ob 8.00 • OSNOVNI TEČAJ GINEKOLOŠKE ENDOSKOPSKE KIRURGIJE, raven 1. in 2. (ESGE-standard)**kraj:** LJUBLJANA, Ginekološka klinika, Šlajmerjeva ulica 3**št. udeležencev:** 25**kotizacija:** 300 EUR**k. točke:** ***

vsebine: Predavanja in praktični del. Tečaj je namenjen specializantom ginekologije in porodništva in mlajšim specialistom.

organizator: Klinični oddelek za reprodukcijo, Ginekološka klinika UKC Ljubljana, Klinični oddelek za ginekologijo, Ginekološka klinika UKC Ljubljana, Slovensko društvo za reproduktivno medicino, doc. dr. Andrej Vogler, dr. med.

prijave, informacije: prijave: UKC Ljubljana, ERIK, Šlajmerjeva 3, 1000 Ljubljana ali E: martina.peclin@mf.uni-lj.si, informacije: Martina Pečlin, T: 01 522 60 20

6. ob 9.00 • TTT1 OSNOVNA DELAVNICA ZA USPOSABLJANJE MENTORJEV IN UČITELJEV (TRAINING THE TRAINERS)**kraj:** LJUBLJANA, Seminar (UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, Šlajmerjeva 3, stara porodnišnica, pritličje)**št. udeležencev:** 10**kotizacija:** 200 EUR, kotizacije ni za zaposlene v UKC Ljubljana**k. točke:** 7

vsebine: Učna delavnica je namenjena učiteljem in mentorjem vseh poklicev.

organizator: UKC Ljubljana, Meta Vesel Valentincič

prijave, informacije: prijave: E: izobrazevanje@kclj.si, UKC Ljubljana, Služba za izobraževanje, Bohoričeva 28, 1000 Ljubljana, informacije: T: 01 522 90 22, E: izobrazevanje@kclj.si

7. • PODIPLOMSKI TEČAJ IZ GASTROENTEROLOGIJE IN HEPATOLOGIJE ZA DRUŽINSKE ZDRAVNIKE**kraj:** LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162**št. udeležencev:** ni omejeno**kotizacija:** 100 EUR**k. točke:** ***

vsebine: podiplomski tečaj za družinske zdravnike

organizator: Slovensko združenje za gastroenterologijo in hepatologijo

prijave, informacije: Melita Šušmelj, T: 01 522 26 39, E: melita.susmelj@gmail.com

8.–10. ob 9.00 • PODIPLOMSKI TEČAJ IZ PROTIMIKROBNEGA ZDRAVLJENJA ZA BOLNIŠNIČNE ZDRAVNIKE

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 30–35	kotizacija: 200 EUR (DDV ni vključen)	k. točke: 15,5
vsebina: Podiplomski tečaj za zdravnike, ki delajo v bolnišnici, posebno vabljeni specializanti.	organizator: Sekcija za protimikrobno zdravljenje pri SZD, prof. dr. Bojana Beović, dr. med., višja svetnica	prijave, informacije: prijave: Tajništvo Klinike za infektivne bolezni in vročinska stanja, Japljeva ulica 2, 1525 Ljubljana, informacije: Simona Rojs, dipl. ekon., T: 01 522 13 52, F: 01 522 42 20, E: simona.rojs@kclj.si	

9.–10. • 4. KONGRES SLOVENSKEGA ZDRUŽENJA ZA GASTROENTEROLOGIJO IN HEPATOLOGIJO

kraj: LJUBLJANA, Grand hotel Union	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 300 EUR (100 EUR + DDV na dan)	k. točke: ***
vsebina: kongres	organizator: Slovensko združenje za gastroenterologijo in hepatologijo	prijave, informacije: Melita Šušmelj, T: 01 522 26 39, E: melita.susmelj@gmail.com	

9.–10. ob 9.00 • 42. SREČANJE STOMATOLOGOV SLOVENIJE »IZ PRAKSE ZA PRAKSO«

kraj: PORTOROŽ, Avditorij	št. udeležencev: 500	kotizacija: 230 EUR, za upokojene zdravnike in študente kotizacije ni	k. točke: 12,5
vsebina: Seminar je namenjen doktorjem dentalne medicine.	organizator: Stomatološka sekcija SZD, asist. Sebastjan Korošec, dr. dent. med., doc. Barbara Artnik, dr. dent. med.	prijave, informacije: Stomatološka sekcija SZD, Dunajska c. 162, 1000 Ljubljana, Katarina Jovanovič, T: 041 703 347, F: 01 434 25 84, E: stomatoloska-sekcija.szd@ordinacija.net	

16. ob 8.00 • URINSKA INKONTINENCA IN PREPREČEVANJE VIRUSNIH OKUŽB

kraj: LJUBLJANA, Austria Trend hotel	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: ni podatka	k. točke: v postopku
vsebina: strokovno srečanje	organizator: Združenje za ambulantno ginekologijo pri SZD	prijave, informacije: Marija Ilijaš Koželj, T: 01 750 45 39, E: hodomed@gmail.com	

16. ob 17. • 18. TEK – HOJA ZA PREŽIVELE RAKA IN ZDRAVE

kraj: ŽALEC, Stadion	št. udeležencev: okoli 600	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Tek je namenjen bolnikom in zdravim. Projekt je nastal iz licence ACS.	organizator: Društvo za promocijo in vzgojo za zdravje Slovenije (DPVZS), Viktorija Rehar	prijave, informacije: prijave: DPVZS, Hmeljarska 3, 3310 Žalec, informacije: Viktorija Rehar, T: 040 760 849	

22.–23. ob 8.30 • 1. MARIBORSKA UČNA DELAVNICA NAPREDNIH VEŠČIN LAPAROSKOPSKE KIRURGIJE V GINEKOLOGIJI

kraj: MARIBOR, 1N6 in 1N26, Medicinska fakulteta, Taborska ulica 8	št. udeležencev: predavanja: 100, predavanja in delo na simulatorjih: 50	kotizacija: predavanja: 160 EUR (DDV vključen)	k. točke: 17
vsebina: učna delavnica za zdravnike specializante ginekologije in porodništva, specializante kirurgije, specializante anesteziologije, specialiste in specializante družinske medicine, specialiste in specializante urgentne medicine ter zdravnike pripravnike	organizator: Katedra za ginekologijo in porodništvo, Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru, prof. dr. Iztok Takač, dr. med., svetnik, doc. dr. Maja Pakiž, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Romana Grajner, Medicinska fakulteta, Taborska ulica 8, 2000 Maribor, E: romana.grajner@um.si , informacije: Romana Grajner, T: 02 234 58 26, F: 02 234 58 20	

27. ob 9.00 • TTT1 OSNOVNA DELAVNICA ZA USPOSABLJANJE MENTORJEV IN UČITELJEV (TRAINING THE TRAINERS)

kraj: LJUBLJANA, Seminar I (UKC Ljubljana, Pediatrična klinika, Bohoričeva 20, P2)	št. udeležencev: 10	kotizacija: 200 EUR, kotizacije ni za zaposlene v UKC Ljubljana	k. točke: 7
vsebina: učna delavnica je namenjena učiteljem in mentorjem vseh poklicev	organizator: UKC Ljubljana, Meta Vesel Valentinčič	prijave, informacije: prijave: E: izobrazevanje@kclj.si , UKC Ljubljana, Služba za izobraževanje, Bohoričeva 28, 1000 Ljubljana, informacije: T: 01 522 90 22, E: izobrazevanje@kclj.si	

1.–2. ob 9.00 • INOVACIJE IN NOVI NAČINI ZDRAVLJENJA SRČNEGA POPUŠČANJA

kraj: PORTOROŽ, Grand hotel Bernardin	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Mednarodni simpozij je namenjen vsem zdravnikom, študentom medicine, medicinskim sestram.	organizator: Program za napredovalo srčno popuščanje in transplantacije srca, KO za kardiologijo, UKC Ljubljana 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.	prijave, informacije: prijave: E: brms.slo@gmail.com , informacije: prof. dr. Bojan Vrtovec, dr. med., T: 01 522 28 44, F: 01 522 28 28	

8.–9. • 10. ZADRAVČEVI DNEVI: VARNOST NA DELOVNEM MESTU

kraj: MORAVSKE TOPLICE, Hotel Livada	št. udeležencev: 100	kotizacija: 100 EUR	k. točke: 9
vsebina: Srečanje je namenjeno zdravnikom družinske medicine. S pomočjo dela po skupinah bomo skušali obogatiti naše znanje in odgovoriti na dileme, s katerimi se srečujemo pri obravnavi naših bolnikov.	organizator: Zavod za razvoj družinske medicine, prim. asist. Dean Klančič, dr. med.	prijave, informacije: Nina Štojs, E: nina.stojs@zrdm-idfm.si , W: https://www.e-medicina.si/zadravcevi-dnevi	

22. ob 8.00 • DOLGOROČNE METODE KONTRACPCIJE

kraj: LJUBLJANA, Austria Trend hotel	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: ni podatka	k. točke: v postopku
vsebina: strokovno srečanje	organizator: Združenje za ambulantno ginekologijo pri SZD	prijave, informacije: informacije: Marija Ilijaš Koželj, T: 01 750 45 39, E: hodomed@gmail.com	

26.–30. ob 15.30 • NAPREDEK ZA VARNEJŠO ANESTEZIOLOŠKO OBRAVNAVO PORODNIC IN GINEKOLOŠKIH BOLNIC

kraj: LJUBLJANA, UKC Ljubljana	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: predavanje za specialiste 150 EUR, predavanje za specializante 100 EUR, delavnice za specializante 80 EUR	k. točke: v postopku
vsebina: simpozij	organizator: Slovensko združenje za anesteziologijo in intenzivno medicino	prijave, informacije: informacije: Tatjana Stopar Pintarič, T: 01 522 88 07, 040 125 228, E: info@szaim.org , W: www.szaim.org	

27. ob 9.00 • TTT1 OSNOVNA DELAVNICA ZA USPOSABLJANJE MENTORJEV IN UČITELJEV (TRAINING THE TRAINERS)

kraj: LJUBLJANA, Seminar I (UKC Ljubljana, Pediatrična klinika, Bohoričeva 20, P2)	št. udeležencev: 10	kotizacija: 200 EUR, kotizacije ni za zaposlene v UKC Ljubljana	k. točke: 7
vsebina: Učna delavnica je namenjena učiteljem in mentorjem vseh poklicev.	organizator: UKC Ljubljana, Meta Vesel Valentinčič	prijave, informacije: prijave: E: izobrazevanje@kclj.si , UKC Ljubljana, Služba za izobraževanje, Bohoričeva 28, 1000 Ljubljana, informacije: T: 01 522 90 22, E: izobrazevanje@kclj.si	

29. ob 8.30 • ŽIVČNO-MIŠIČNE BOLEZNI PRI OTROCIH – MEDNARODNI SIMPOZIJ

kraj: LJUBLJANA, Grand hotel Union, Srebrni salon, Miklošičeva 1	št. udeležencev: 120	kotizacija: 100 EUR (DDV vključen)	k. točke: 8
vsebina: Podiplomsko izobraževanje iz otroške nevrologije z mednarodno udeležbo je namenjeno pediatrom, otroškim nevrologom, specialistom šolske medicine, splošnim in družinskim zdravnikom ter vsem drugim, ki delajo na področju otroškega in mladinskega zdravstva.	organizator: UL, Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo in Klinični oddelek za otroško, mladostniško in razvojno nevrologijo Pediatrične klinike UKCL, prof. dr. David Neubauer, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: branka.kenda@mf.uni-lj.si , informacije: Branka Kenda, tajništvo Katedre za pediatrijo, T: 01 522 92 26	

Jubilejnih 20 let Zavoda Orthos

Boštjan Lavriša, dr. dent. med., ZD Zobozdravstveno varstvo Nova Gorica

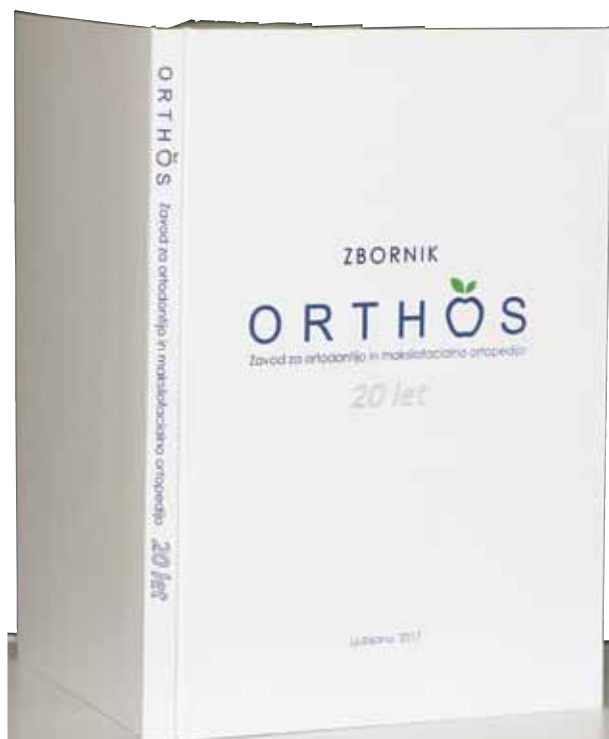
Ob izteku meseca januarja je v prostorih Kluba Zdravniške zbornice Slovenije Zavod za ortodontijo in maksilofacialno ortopedijo Orthos slavil 20-letnico delovanja.

Ustanovitelja Zavoda Orthos, zaslužni profesor dr. Franc Farčnik in gospa Martina Farčnik, sta s povabljenimi gosti, predsednikom skupščine Zdravniške zbornice Slovenije mag. Markom Bitencem, tedanjo predsednico Odbora za zobozdravstvo go. Sabino Markoli, nekdanjim generalnim direktorjem ZZZS g. Francem Koširjem, s številnimi prijatelji, nekdanjimi in sedanjimi sodelavci v prijetnem druženju slavila okrogli jubilej delovanja.

V pozdravnem nagovoru je profesor Farčnik poudaril, da je bilo odprtje lastnega zasebnega zavoda edina možnost, da je v takratnem sistemu lahko sledil visoko zastavljenim standardom Euroquala, pri snovanju katerega je aktivno sodeloval kot povabljeni član. Le tako je lahko uresničil svojo vizijo o kakovostnem strokovnem, pedagoškem in raziskovalnem delu.

V prvi vrsti se Zavod Orthos zavzema za vrhunsko strokovno oskrbo ortodontskih pacientov, podprto z lastno rentgensko diagnostiko in lastnim zobotehničnim laboratorijem. Zahtevne obravnave ortodontskih pacientov načrtujejo na interdisciplinarnih konzilijih v seminarskem prostoru z bogato knjižnico, na katerih sodelujejo domači in tuji specialisti sorodnih vej medicine in dentalne medicine. Nenehno stremljenje h kakovostni oskrbi pacientov je pripeljalo do mnogoterih inovacij v svetovnem merilu, tako pri obravnavi z regulatorji funkcij kot tudi v diagnostiki funkcij oskrbovancev v čeljustni in zobni ortopediji. O kakovosti in urejenosti Zavoda Orthos zgovorno priča pridobljena akreditacija po standardih zdravstvene oskrbe American Accreditation Council.

Zavod Orthos je tudi nosilec terciarne pedagoške dejavnosti in edini v Sloveniji izpolnjuje vse kriterije evropskega programa Erasmus. V času delovanja se je v prostorih Zavoda Orthos izšolalo štirinajst specialistov čeljustne in zobne ortopedije, ki sedaj samostojno opravljajo svoje



Zbornik Zavoda za ortodontijo in maksilofacialno ortopedijo Orthos, izdan ob dvajseti obletnici delovanja.

poslanstvo širom naše domovine. Številni zobotehniki so svoje delo v laboratoriju nadgradili po obisku specializiranih tečajev funkcionalne ortodontske obravnave Zavoda Orthos.

Visoka strokovnost osebja Zavoda Orthos se kaže v mnogoterih aktivnih in pasivnih udeležbah na strokovnih srečanjih doma in v tujini, predvsem pa v obširni bibliografiji strokovnih in raziskovalnih prispevkov, objavljenih v tujih in domačih strokovnih revijah ter tudi v lastnih publikacijah, saj se Zavod Orthos ukvarja tudi z založniško dejavnostjo. Tako je ob častitljivem jubileju izšel tudi Zbornik Zavoda Orthos, ki na 140 straneh velikega formata, podprtih z ustrezno slikovno dokumentacijo, prikazuje pregled dela in dosežkov zadnjih dvajsetih let ter pogumno kaže smer oz. vizijo nadaljnega razvoja.



Ustanovitelja Zavoda za ortodontijo in maksilofacialno ortopedijo Orthos, častni profesor dr. Franc Farčnik in ga. Martina Farčnik, s prijatelji in sodelavci.

Druženje ob dvajsetem jubileju Zavoda za ortodontijo in maksilofacialno ortopedijo Orthos je potekalo v sproščenem prijateljskem ozračju. Kulturno ga je z izbranim repertoar-

jem obogatil Godalni kvartet Camera-ta Medica in kolegica ga. Sanela Banović, ki nas je vse prisotne v hudomušnem nastopu opozorila, da se nenehno pehanje za visoko zasta-

vljenimi cilji odraža s (pato)fiziološki-mi spremembami v našem centralnem živčnem sistemu. Zato moramo vsi več časa nameniti razvajanju nas samih in nam najdražjih.

1. Hop na Grad



Več o teku in prijave nanj najdete na: <http://hopnagrad.si>

Hop na Grad je tekaški dogodek, s katerim pomagamo otrokom, ki se zdravijo na Pediatrični kliniki v Ljubljani. Ves denar, ki ga bomo zbrali s štartninami in dobrodelnimi prispevki, bomo podarili Ustanovi za Pediatrično kliniko. Z dogodkom tudi spodbujamo zdrav način življenja in povezujemo ljudi, ki želijo vračati v skupnost, iz katere izhajajo.

Hop na Grad se bo zgodil v nedeljo, 14. 5. 2017. Ob 10.00 bodo najprej teki otrok na 200 m, 400 m in 600 m. Ob 11.00 bo skupni štart dveh tekaških zank, krajše zanke Hop na Grad, brez vzpona na Ljubljanski grad (2 km), in polne zanke teka Hop na Grad (6 km).

Tek organiziramo tekaški zanesenjaki, ki smo zaposleni na Pediatrični kliniki v Ljubljani, s pomočjo športnikov in donatorjev.

Franc Guna, dr. med. (1947–2017)

Prim. Jurij Us, dr. med., Medvode

Težko mi je pisati nekrolog za prijatelja, posebno če je ta prijatelj France Guna.

Doktor Guna se je rodil 22. januarja 1947 v Zagorju ob Savi. Že kot otroka ga je življenje kovalo. Oče je težko vzdrževal številno družino, zato so morali otroci pomagati sprva z delom doma, kasneje pa po svojih zmožnosti tudi drugje. Sam se je rad pohvalil, da je med šolskimi počitnicami delal v zagorskih apnencih ter da je zato v njegovi delovni knjižici pod prvi poklic vpisan fizični delavec.

Bil je vzoren učenec in kasneje dijak. Po opravljeni maturi na gimnaziji v Trbovljah se je vpisal na Medicinsko fakulteto v Ljubljani. Stanoval je v Oražnovem domu in leta 1970 diplomiral. Po opravljenem obveznem stažu se je 1. septembra 1971 zaposlil na Onkološkem inštitutu na oddelku za nuklearno medicino, nato pa zaradi bolezni od 1. marca 1987 do upokojitve delal kot ultrazvočni diagnostik, sprva na Onkološkem inštitutu, od 1. februarja 2002 pa v Femina Centru v Ljubljani.

Opravil je več izobraževanj: s področja nuklearne medicine, dela z radioaktivnimi izotopi, opravil predpisane izpite, nostrifikacijo medicinske diplome za ZDA (ECFMG-USA), zaključil dva semestra trajajoč podiplomski študij iz nuklearne medicine ter leta 1976 specialistični izpit iz interne medicine. Leta 1993 je opravil trimesečni izobraževalni tečaj iz ultrazvočne diagnostike v Univerzitetni bolnišnici Thomas Jefferson v Filadelfiji.

Bil je cenjen sodelavec oddelka za nuklearno diagnostiko, ki ga je vodil prof. Marjan Erjavec, dr. med. Konec leta 1986 je moral zaradi preboje maligne bolezni prenehati z delom v področju ionizirajočega sevanja in prešel na ultrazvočno diagnostiko. Do leta 1987 se je usposabljal s tega področja tako v UKC Ljubljana kot tudi na mednarodnem tečaju Ian Donald »Inter-University School for Medical Ultrasound«. 1. septembra 1987 je prevzel vodstvo ultrazvočne diagnostike na Onkološkem inštitutu.

Kot rečeno, ker je zbolel za malignim limfomom in po zakonu ni smel več delati v območju



ionizirajočega sevanja, je leta 1986 prišel k meni, kot predstojniku, s prošnjo, da bi se zaposlil na področju ultrazvočne diagnostike, ki smo jo tedaj uvajali. Priznam, da boljše ponudbe ne bi mogel dobiti. Brez premisleka sem ga z veseljem sprejel. Doktor Guna je odšel na izobraževanje iz ultrazvočne diagnostike in po končanem usposabljanju začel z rednim delom. Iznajdljiv in vesten, kot je bil, je v prostem času ugotavljal zmožnosti ultrazvočnega aparata, ki so nam ga podarili rojaki iz Kanade. Na Onkološkem inštitutu je uvedel več preiskovalnih metod, od ultrazvočno vodene aspiracijske biopsije s tanko iglo, odvzema vzorca tkiva z debelo iglo, transrektalnega UZ-pregleda prostate do biopsije prostate in mnogih drugih.

Po značaju je bil tih, miren, nevsiljiv. V pogovoru in splošnih razpravah je znal mirno in pregledno pojasniti svoje trditve. Čeprav nekoliko vase zaprt, je znal biti tudi sproščen, vesel in hudomušen. Ni bil zamerljiv, razumel je šalo,

marsikdaj je tudi sodeloval v kaki potegavščini, ki smo jo ušpčili na oddelku. Med sodelavci in splošno na inštitutu je bil cenjen zaradi svoje poštenosti, socialnega čuta in pripravljenosti pomagati tistim, ki so pomoč potrebovali, tako duhovno kot tudi materialno, ne da bi za to potreboval zahvalo. To si je štel v dolžnost.

Zanj besede »ne bom« ali »ne morem« niso obstajale, vedno in ob vsakem času, tudi ob praznikih, je bil pripravljen nuditi pomoč, čeprav je šlo na račun njegove družine, ki mu je bila sveta.

Povedal mi je, da je pri vsakem delodajalcu, kjer je opravljal honorarno delo, kot pogoj, da se zaposli, postavil zahtevo, da sme pri bolniku, ki ni zmožen plačila, diagnostiko opraviti brezplačno.

Kot iskrenemu in poštenemu verniku so mu bili na prvem mestu skrb za bolnika, poštenost in pravičnost.

Natančnemu, kot je bil, mu je bilo premalo to, kar je napisano v knjigah in člankih. Sam je moral to preizkusiti, izboljšati, spremeniti. Z veseljem je preskušal igle za aspiracijsko biopsijo, ki smo jih razvijali s pomočjo TIK

Tovarne igel Kobarid. Poleg razvijanja, izboljševanja in uvajanja novih metod si je štel v dolžnost, da je v ultrazvočno diagnostiko uvajal vsakega, ki je za to pokazal zanimanje.

Njegova bibliografija je obsežna.

Njegove diagnostične ugotovitve so bile sprejete brez obotavljanja. Spominjam se kirurga, ki je sprva dvomil v diagnozo, ko pa je zvedel, da je pod izvid podpisan doktor Guna, je rekel: »Tu ni več kaj dodati.«

Še kot aktiven, zlasti pa po upokojitvi, je bil sodelavec številnih ultrazvočnih diagnostičnih ambulant: Femina Centra, Kirurškega sanatorija Rožna dolina, Medurja, Medi Centra in drugih. Povsod je bil zelen, cenjen in spoštovan.

Ni bil zamerljiv, tudi če mu je kdo ponagajal. Ko je zbolel za limfomom, je bila indicirana limfografija za ugotovitev stadija. Po končanem rednem delovnem času je prišel na diagnostiko, da v miru opravimo preiskavo. Sodelavec mu je rekel: »Tako, France, pred limfografijo je indicirana kavografija.« Doktor Guna je začudeno pogledal in ugovarjal, da kavografija (angiografska preiskava v. cavae) ne pride v poštev. Verjel je, da

mislimo angiografsko preiskavo, ki smo jo nekoč uporabljali. Začuden je vprašal: »Zakaj pa to?« Povabljen pa je bil pravzaprav na skodelico turške kave, ki smo jo ravnokar skuhali.

Tudi zadnjo, zanj usodno bolezen si je diagnosticiral sam. Sprejel jo je pogumno, se z njo boril ob pomoči soproge in hčere ter upal na ozdravitev. Nekaj mesecev po operaciji mi je dejal: »Kmalu bom zopet v Kirurškem sanatoriju. Me vabijo, pa bom počakal še mesec dni.« Ko mi je po enem mesecu dejal, da ga »daje« gripa, sem pomislil: »Upam, da je samo gripa.«

Žal ni bilo tako. Umrli je 3. januarja 2017 doma, mirno v krogu najdražjih.

Z doktorjem Francetom Guno je odšel pionir onkološke ultrazvočne diagnostike. Velik strokovnjak, velik Človek, poštenjak, samaritan v pravem pomenu besede.

Dragi France, če je Bog, v katerega si iskreno in pošteno verjel, je vzel Tvojo dušo v svojo bližino. Tvoji zemeljski ostanki pa naj mirno spijo v rojstnem kraju. Vse je minljivo. Vendar, dokler smo živi tvoji svojci, prijatelji in nekdanji sodelavci, boš ostal vsaj v našem spominu.

Jožefa Jeraj, dr. med. (1953–2017)

Franci Bečan, dr. med., Osnovno zdravstvo Gorenjske, ZD Kranj

Vsi čudoviti dnevi imajo svoje večere.

Bilo je zgodnje junijsko jutro in po vijugavi strmi gozdni poti smo se hitro dvigali iz zatrep. Sonce nas je našlo v skalah in ruševju nad Okrešljem. Hodili smo vsak v svojih mislih, le tu in tam je svežo tišino zmotila beseda ali korak v kamenju. »Rada imam naše gore,« je zadihana dejala, ko smo se za hip oznojeni ustavili. »Ko sem kot študentka še letela, mi je bil nekaj najlepšega

pogled na brniške gozdove in Kamniške Alpe, ko smo pristajali.«

Mlado sonce ji je skozi borovje svetilo obraz. Temni lasje, nežno rjava polt, visoko gladko čelo, pravilne ustnice, globoke žametne oči, morda sanjav pogled. In večni nasmeh.

Nekaj gamsov je v melišču pod Križem sprožilo kamenje. »Joži, v torek si spet zamudila na naš strokovni sestanek,« sem jo zbodel. »Joj, grozno, a veš, da sploh ne morem končati ambulate do pol osmih.

Pacienti so stari, bolni, zahtevni. Družinski zdravnik ne ve, ali bo večer po popoldanski ambulantni zaključil v gledališču ali na hišnem obisku nekje na vasi. Mi je res nerodno, da vedno zamujam.«

Grušcnata pot se je strmo dvignila proti sedlu, odprl se je pogled na krnico in snežišče pod Mrzlo goro. »Zdi se mi lepo, da se družimo izven službe,« je bila jutranje zgovorna. »Rada hodim z vami. Raftali smo na Kolpi, Savinji, Soči. Ampak najbolj



dramatično je bilo na Krki. Tisti visoki jezovi na mirni, počasni reki, z raftom smo se postavili na nos. Meni je vzelo sapo, a ni blo dobr!«

Ob desetih dopoldne nas je dvanajst kranjskih zdravnikov že sedelo med skalami na grebenu Savinjskega sedla. Nekaj meglic se je podilo mimo prepadnih sten Rink in Mrzle gore, vrhnja pobočja Bab so žarela v junijskem soncu. Velika temna ptica je v krogih jadrala nad skalami. »Tisto leto, ko je umiral moj brat, David, je v vrtu gnezdila šmarnica,« je rekla. »Rada sem ga imela.« Veter je zavel z jezerske strani in kmalu smo sestopili proti Okrešlju.

Bila je razmišljujoča. »Svetloba se poraja v temi. Isto sonce se v enem dnevu rodi in umre,« mi je rekla tiste sobotne noči, ko sva skupaj dežurala in mi je svetovala, kako opolnoči pomagati mesec dni staremu dojenčku.

V gruči smo iz Bernardina gledali na Piranski zaliv. Bili smo na predzadnjih Tavčarjevih dnevih. »Tisto predavanje, koronarna bolezen in geni, se me je dotaknilo,« nam je govorila. »Moja mami in oče, oba sta umrla zaradi srčno-žilne bolezni. Več bom morala narediti zase, nobenega časa nimam.« Zagledala se je v zaliv.

»Poleti sem na Dunaju poslušala Mahlerjevo deseto simfonijo. Skladatelj jo je napisal, telesno povsem izčrpan in čustveno strtl, leta 1910, leto pred smrtjo. Le prvi stavek. Meditativna melanholija. Odraz skladateljeve strte duše in izmučenega telesa. Zdi se mi kot podoba slovenske družinske medicine.« Potem se je nasmehnila. »Tam čez dopustuje Tomi. Vedno me nadomešča, vse od leta 1991, lepo sodelujeva.«

Le dobro leto kasneje je doživela srčno-žilni dogodek z zapletom. Slovenska zdravnica, ki je umrla premlada in prezgodaj, potem ko se je vse poklicno obdobje razdajala bolnikom.

Življenje je dajanje in sprejemanje. Dajanje rojeva sprejemanje, sprejemanje rojeva dajanje. Dajemo cvet, pozornost, spoštovanje, naklonjenost, upanje. Joži je dajala kot spoštovana in čuteča zdravnica, kot dober in plemenit človek.

»Večkrat mislim, kako je sreča v življenju včasih krivično razdeljena,« je dejala Ana Pavlovna knezu Vasiliju.

Juan Reinaldo Sanchez: Das verborgene Leben des Fidel Castro. Ich war 20 Jahre Leibwächter des Maximo Lider. Das ist eine wahre Geschichte

(Skrito življenje Fidela Castra. Dvajset let sem bil telesni stražar Velikega vodje. To je resnična zgodba). Bastei Lübbe AG, Köln, 2015, 253 str.

Marjan Kordaš, Ljubljana

marjan.kordas@mf.uni-lj.si

[...] Kar zadeva profesionalnost, se nimava kaj slepiti. Oba z Gabrielom sva pred trinajstimi leti vstopila v telesno stražo našega *Comandanteja*. To je bilo leta 1977. In na Kubi ni ničesar, kar bi bilo bolj profesionalno organizirano, bolje uigrano ali celo bolj pomembno kot telesna straža šefa države. Celo najmanjši Fidelov izlet s čolnom, pa naj bo to le preprost ribolov s trnkam ali podvodni lov, sproži obsežno mašinerijo vojaških varnostnih ukrepov. Tako jahta Fidela Castra, imenovano *Aquarama II*, samoumevno spremljata *Pionera I* in *Pionera II*, dva petinpetdeset čevljev (sedemnajst metrov) dolga, skoraj enako dobro opremljena, z močnimi motorji gnana hitra čolna, od katerih je eden opremljen s kompletno opremo za nujno medicinsko pomoč, tako da bi bila medicinska oskrba možna takoj, če bi se pri *Comandanteju* nenadoma pojavile zdravstvene težave.

Na teh treh plovilih se razporedimo mi, deset pripadnikov Fidelove najožje telesne straže, katerim pripadam tudi jaz. Enako kot se na suhem razporedimo na tri avtomobile. Plovila so opremljena s težkim avtomatskim orožjem in imajo na voljo zalogo granat, kalašnikovk tipa AK-47 z zadosti streliva, tako da je mogoč odgovor na vse možnosti. Res je, da Fidela Castra vse od začetka kubanske

revolucije ogrožajo atentati; CIA je priznala, da jih je organizirala na stotine – pa naj bo to s strupom, s prepariranim pisalnim priborom ali cigarami ...

Na odprtem morju se dodatno mobilizira ladja obalne straže, ki nato na tem delu morja prevzame radarski nadzor zračnega prostora. Navodila so takšna: vsako plovilo, ki se *Aquarami II* približa na več kot tri morske milje, je nujno ustaviti. V te manevre je vključeno tudi kubansko letalstvo: v Santa Clari, približno sto kilometrov oddaljenem vojaškem letalskem oporišču, sedi pilot v polni opremi ter v takojšnji pripravljenosti, da se lahko kadarkoli vkrca v svoje letalo sovjetske izdelave, MIG-29, ga štarta v manj kot dveh minutah in z nadzvočno hitrostjo prileti do *Aquarami II*.

Danes pa je lepo vreme. Razumljivo: je poletje *Anno Salutis* 1990, torej v dvaintridesetem letu vladavine Fidela Alejandra Castra Ruza, ki je v triinšestdesetem letu svojega življenja. V prejšnjem letu je padel Berlinski zid. Ameriški predsednik G. H. Bush pripravlja operacijo Puščavski vihar, napad na Irak Sadama Huseina. Fidel Castro pa tu, na krovu edine razkošne jahte Republike Kuba, ki jo ima za svojo last, pluje na svojo zasebni, strogo tajni otok Cayo Piedra (str. 8–9). [...]

Menim, da je odlomek na prejšnji strani najboljši opis tematike knjige. Pripoved je razdeljena na 16 poglavij. Na koncu so opombe in nekaj slik, tudi Googlov posnetek Castrovega rajsko lepega otoka Cayo (de) Piedra.

Svoje življenje avtor, ki se je rodil leta 1949 in je kot otrok še doživel vladno skorumpiranega generala Fulgencia Batiste, opiše v enem poglavju, a pravzaprav le nekako do svoje poroke. Vse ostalo besedilo pa se ukvarja s Fidelom Castrom: s sorodstvom (*Dinastija Castro*), z njegovimi ženskami (ljubicami), z organizacijo in delovanjem njegove telesne straže (t. i. *tretji*, *drugi* ter končno *prvi krog*, dva oddelka po 15 skrbno izbranih elitnih vojakov; med njimi sta bila vedno navzoča dva vojaka, ki naj bi bila hkrati nujna krvodajalca, z isto krvno skupino kot Castro), z njegovim dejanskim premoženjem (*Bogati monarh*), z brezkompromisnim utrjevanjem svoje avtokracije, z »odvisnostjo« od Sovjetske zveze (po vrsti: Hruščov, Brežnjev, Andropov, Černenko, Gorbačov), z neuvrščenostjo ter raznimi vojaško-političnimi avanturami (Venezuela in Angola).

Sanchez nekako mimogrede pove, da je do položaja osebnega stražarja prišel tudi zato, ker je bil ne le dober vojak, temveč je imel tudi črni pas v judu, črni pas v karateju ter črni pas v taekwondoju. Bil je tudi eden najboljših (ostro)strelcev na Kubi. Predvsem pa je neomajno veroval v svojega *Comandanteja*.

Srhljivo se bereta dve poglavji, v katerih Sanchez opisuje hudo Castrovo bolezen leta 1983 ter ponovitev leta 1992. Menda je obakrat šlo za raka na črevesju, a obakrat je Castra operiral – neverjetno: v njegovi »zasebni« kirurški kliniki nad njegovo pisarno v vladni palači – in rešil kubanski kirurški tim. Čeprav je bil Castro tu hospitaliziran kar nekaj mesecev, kubanska javnost ni zvedela ničesar. Namreč, Fidel Castro je imel med svojim spremstvom tudi dvojnika. No, temu dvojniku je Castrov frizer na obraz prilepil brado in tako se je skozi središče Havane vsak dan »vozil v

službo« in skozi odprto okno avtomobila z roko odzdravljaj kubanskim množicam.

Drugo poglavje te vrste srhljivega branja je naslovljeno *Obsedenost s prisluškovanjem*. Na začetku Sanchez pove, da je bilo tako, kot je povedano in prikazano v nemškem filmu *Das Leben der Anderen* (Življenje drugih). Če se je Castro z gostom pogovarjal v svoji pisarni, je prisluškovanje tehnično navadno izvedel prav Sanchez. Če pa se je Castro pogovarjal drugod, je pogovor s skritim magnetofonom tudi posnel Sanchez, ki je bil vedno zraven.

Nekatere reči se berejo skoraj anekdotično. Npr. kako je Fidel Castro sredi svojih palač v Havani imel nekakšno majhno kmetijo z zelenjavnim vrtom ter s kravami in kokošmi, da je imel zagotovljeno zelenjavo, jajca in mleko. Jajca pa so Fidelovi telesni stražarji občasno tudi kradli in nosili domov. Ali kako je Castro, preden se je udeležil srečanja neuvrščenih leta 1986 v Harareju (Zimbabve), Sancheza vnaprej poslal tja s kovčkom z 250.000 dolarji gotovine, naj v tem mestu kupi nekaj hiš za Fidelovo začasno rezidenco ...

Po padcu Berlinskega zidu leta 1989, v času Sovjetske zveze Mihaila Gorbačova, so se za Kubo začeli hudi časi. Za svoje politično preživetje se je Fidel Castro začel ukvarjati s preprodajo mamil (kokaina in marihuane), diamantov in slonovine. Za ta nezakoniti posel je pooblastil svojega dolgoletnega sodelavca, generala Arnalda Ochoo. A ko je zadeva (menda s pomočjo ZDA) prišla na dan, je Castro, da bi zaščitil sebe, svojega generala in njegove sodelavce aretiral in postavil pred vojaško sodišče. Sledile so obsodbe na smrt, za *male ribe* pa na počasno umiranje v dolgoletnem zaporu.

Poglavje, ki opisuje eksekucijo generala Ochoa, je grozljivo. Tudi zato, ker je Fidel Castro naročil, naj jo posnamejo na videokaseto; videofilm so si morali v svarilo ogledati tudi vsi telesni stražarji. Skoraj enako kot v Stalinovih časih usodi Gendriha Jagode in Nikolaja Ježova. Ponekod

so Sanchezovi opisi tako mračni, da spominjajo na knjigi *Mrk opoldne* (Arthur Koestler) in *Tito* (Ivo in Slavko Goldstein).

Kmalu potem so se Fidelovemu osebnemu stražarju Juanu Sanchezu odprle oči. Padel je tudi v nemilost, sledil je zapor z običajnimi mučilnimi scenariji, nato »nadzorovana svoboda« in končno beg ter politični azil v ZDA.

Zares imenitno branje. Kako mlad, naiven človek postane politični vernik, zato je deležen vrste privilegijev, se vzpenja proti vrhu zadevne nomenklature in vztraja, četudi mu postaja vse bolj jasno, da na njegovo privilegirano mesto čaka vse več njegovih »prijateljev«, ki so v bistvu mrhovinarji. In ko se tako iluzija sesuje, človek te vrste dobi zatočišče pri svojih nekdanjih smrtnih sovražnikih.

Fidel Castro Ruz, *El Jefe* (šef), je pač bil diktator Stalinovega tipa, za katerega so bili ljudje pravzaprav le potrošni material za gradnjo njegove popolne oblasti.

Opomba I: Za Sancheza je bil Fidel Castro Ruz ne le eden najbolj uspešnih politikov Latinske Amerike, temveč tudi nekakšen vodja t. i. *Gibanja neuvrščenih*. Četudi v opombah omenja ustanovni sestanek v Beogradu leta 1961, niti z eno besedo ne omenja Tita.

Opomba II: To je četrta knjiga, ki sem jo prebral prek elektronskega bralnika *Kobo*. Nejka si je z nekakšnimi čarovniško-internetnimi računalniškimi orodji utrla pot v *Arbeiterkammerbibliothek Kärnten* (Knjižnica koroške delavske zbornice) v Celovcu in si to knjigo izposodila (članarina: 5 EUR za dve leti) oz. naložila na bralnik. Zdaj tehtam, ali bi si priskrbel tudi *pravo* knjigo in zgodbo prebral še enkrat, hm.

Novo vodstvo Zdravniškega društva Maribor in Medikohistorične sekcije Slovenskega zdravniškega društva (MHS SZD)

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

V četrtek, 12. januarja, je Zdravniško društvo v Mariboru, pomemben in drugi največji član Slovenskega zdravniškega društva, pripravilo letno volilno skupščino, na kateri smo razrešili staro vodstvo in izvolili novo, sočasno pa organizirali in opravili še volilni občni zbor Medikohistorične sekcije Slovenskega zdravniškega društva (MHS SZD), ki deluje že od leta 1971 v Mariboru.

Skupni sestanek obeh zdravstvenih organizacij v Mariboru smo izpeljali, da smo zagotovili sklepčnost, saj so v obeh organizacijah zdravniki in zobozdravniki iz Maribora in mest v njegovi bližini.

Tako se je 48 članov MHS SZD zbralo v mali predavalnici kirurške stolpnice UKC v Mariboru 45 minut pred začetkom volilne skupščine Zdravniškega društva Maribor in po običajnem dnevnem redu zelo hitro izpeljalo sestanek. Glavni odbor sekcije je že 8. januarja na pripravljalnem sestanku sestavil in pripravil dnevni red ter se dogovoril o kandidatih za delovna telesa občnega zbora in izbral kandidate za novo vodstvo sekcije. Prav tako je vodstvo vsem članom pred sestankom posredovalo poročilo predsednika in tajnice

sekcije o delu naše sekcije v preteklem letu ter predloge glavnega odbora o potrebnih spremembah in seveda nekaj predlogov za delovanje v bodoče. V razpravi se je dosedanji predsednik zahvalil vsem odbornikom za dobro sodelovanje v preteklem mandatnem obdobju. Ponovno je poudaril dobro sodelovanje MHS SZD s sorodnimi društvi in Zdravniškim društvom Maribor ter se tudi predstavnikom teh društev zahvalil za dosedanje sodelovanje. V razpravi so člani podprli sklepa, ki ju je pripravil glavni odbor MHS SZD. S prvim so se strinjali, da se začne postopek za prenehanje delovanja Znanstvenega društva za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije (ZDZZZKS) Maribor, saj deluje v Ljubljani republiško društvo, in drugim, da so člani MHS SZD in bodoči pridruženi člani sprejeli novi Poslovnik sekcije, ki je usklajen z zadnjimi pravnimi spremembami. Najstarejši član sekcije, ki ima 95 let, prim. Miroslav Kristofič, je v razpravi navzoče lepo pozdravil in pohvalil delovanje celotne sekcije. Predsedniku je v varstvo in hrambo predal fotografski album z 2. kongresa jugoslovanskih



Občni zbor MHS SZD.

ginekologov in porodničarjev, ki je bil v Beogradu leta 1953. Sledile so javne volitve, na katerih so izvolili vodstvo sekcije: predsednika sekcije prof. dr. Elka Borka in dva podpredsednika, asist. Davorina Dajčmana in doc. dr. Gregorja Pivca, člani glavnega odbora pa so postali: mag. Lovro Dermota, dr. Aleksandar Krušič, Aleš Arih in prof. dr. Franc Janžekovič.

V nadzorni odbor so bili izvoljeni prof. dr. Zmago Turk, prim. Gorazd Sajko in Renata Završnik Mihič. V častno razsodišče pa prim. Tatjana Kodrič, prim. Krista Sever - Cimerman, prof. dr. Darko Friš. Njihovi namestniki pa Nataša Potočnik Dajčman, prof. dr. Stanka Kranjc Simoneti in Jožef Borko.

Novoizvoljeni predsednik prof. dr. Elko Borko se je zahvalil članom za ponovno zaupanje in za naslednji mandat napovedal: prizadevanje za pomladitev članstva, povezovalno delovanje MHS s sorodnimi združenji, delovanje na širšem geografskem prostoru (tj. izven lokalnih meja) in nadaljnjo aktivno publicistično dejavnost.

Skupščina se je zaključila po napovedih, ob 17.15, tako da smo se lahko preselili v sosednjo veliko predavalnico prim. Zmaga Slokana, kjer so se že zbrali člani Zdravniškega društva Maribor na redni letni volilni skupščini. Tako smo povečali število udeležencev in sodelovali v delu skupščine, ki ga je vodil po vnaprej pripravljenem programu prim. Luka Puklavec, in v kultur-



Skupščina ZD Maribor v veliki dvorani prim. Zmaga Slokana.



Komorni orkester zdravstvenih delavcev.

nem programu po izbiri Komornega orkestra zdravstvenih delavcev pod vodstvom našega zdravnika Matije Žerdina. Najpomembnejši del skupščine je bilo poročilo dosedanjega predsednika asist. Davorina Dajčmana, ki je vodil naše društvo zadnja dva mandata. Društvo je imelo svoj sedež v UKC. Po razpravi smo razrešili staro vodstvo. Ob zaključku skupščine pa smo izvolili novo vodstvo Zdravniškega društva Maribor, ki ga bo vodil prim. dr. Jernej Završnik in v katerem bodo v mandatnem obdobju 2016–2020 sodelovali še člani UO in NO: podpredsednika prim. Danilo Maurič in prim. mag. Martin Bigec, tajnik Dejan Kupnik, člani pa so asist. Davorin Dajčman, Samo Granda, Igor Dovnik, prof. dr. Elko Borko, prim. Karl Turk, prim. Luka Puklavec, Mojca Ivankovič - Kacjan, Marcel Berro, Zoran Žebeljan, prim. Gorazd Sajko, Mojca Lah, Darja Pavlovič, Darinka Bandelj in Renata Završnik Mihič. V NO pa prof. dr. Zmago Turk (predsed-

nik), prim Zoran Zabavnik in Stjepan Žiger.

Po izvolitvi se je novi predsednik prim. dr. Jernej Završnik zahvalil za izkazano zaupanje in spregovoril o vlogi in pomenu zdravniškega društva in drugih nalogah, s katerimi se soočamo ob napovedanih spremembah v zdravstvu. Izpostavil je dolžnost in čast, da je vsak zdravnik ali zobozdravnik član Slovenskega zdravniškega društva. Po že ustaljenem programu bo za naslednje mandatno obdobje sedež našega društva v prostorih ZD Adolfa Drolca. Sledila je še slovesna podelitev listin o častnem članstvu MHS SZD prim. mag. Francu Verovniku in dr. Stojanu Jeretinu.

Prireditve se je zaključila okoli 19. ure, zadovoljni člani in udeleženci skupščine pa so še dolgo, ob skromni pogostitvi, razpravljali o predlogih in možnostih uspešnejšega dela v naši strokovni organizaciji.

Foto: Jože Pristovnik



Novi predsednik ZD Maribor prim. dr. Jernej Završnik.

Musica Cubicularis – Koncert komorne skupine na zgodovinskih instrumentih

Domus Medica, 14. marca 2017

Prim. Jasna Čuk Rupnik, Ljubljana

Po daljšem premoru smo ljubitelji glasbe v ponudbi umetniških dogodkov Domus Medica znova doživeli poseben večer. Poseben zato, ker je bila tudi glasba nekaj posebnega, posebni pa so bili tudi instrumenti. Baročno violino je igrala **Mojca Gal**, violo da gamba **Domen Marinčič**, čembalo pa **Tomaž Sevšek**. Vsi glasbeniki kotirajo umetniško zelo visoko. Veliko o tej kakovosti pove dejstvo, da so se izobraževali v številnih evropskih in ameriških državah, dobili več prestižnih nagrad, predvsem pa že dalj časa umetniško sodelujejo s slovitimi glasbeniki vsega sveta. Skladno s tem je bil tudi njihov nastop v Domus Medica umetniški presežek.

Izvedeli smo, da je ansambel nastal leta 2004 in se kmalu razvil v dinamični sestav prilagodljive velikosti in zasedbe. Da v svoje koncerte pogosto vključuje manj znana in še neobjavljena

dela ter da je izdal dve zgoščenki s posnetki koncertov cikla Harmonia Concertans – stara glasba na Novem trgu, ki ga letos prireja že sedmo leto zapored.

Očarala so nas dela: 1. Alessandro Stradella – Sinfonia v d-molu za violino, violo da gamba in basso continuo, 2. August Kühnel – Sonata VII v G-duru za violo da gamba in basso continuo, 3. Trio neznanega italijanskega avtorja – zapis skladbe je bil najden v knjižnici v Durbanu, 4. Heinrich Ignaz Franz von Biber – Passaglia, 5. Ignazio Albertini – Sonata quarta v c-molu za violino in basso continuo, 6. Dieterich Buxtehude – Sonata v a-molu za violino, violo da gamba in basso continuo.



Čembalo od blizu – vrhunska paša za oči.

Življenje po življenju – transplantacijska medicina v sliki in umetniški besedi

Prireditev v osrednjem razstavišču UKCL

Katarina Majer, Kulturno-umetniško društvo Kliničnega
centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher
katarina.majer2@gmail.com

Transplantacijska medicina je pomemben sodobni način zdravljenja končnih odpovedi telesnih organov in tkiv. S svojo več desetletno tradicijo in uradnim delovanjem Slovenija-transplanta od leta 2000 si je v domačem zdravstvenem prostoru pridobila zaupanje in je prepoznana kot sodobna stroka, ki vrača življenje, viša kakovost bivanja in vliva upanje za bolnike s težkimi okvarami posameznih organov in tkiv. Na srečanju 7. marca 2017 je Kulturno-umetniško društvo Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher (dalje KUD) v osrednjem razstavišču Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (dalje UKCL) pripravilo prireditev, na kateri se je medicinska stroka tesno povezala z umetnostjo. Poleg glavne prireditve se je v avli UKCL predstavila tudi akademska slikarka Sonja Zorko Snoj, ki je z barvnimi ilustracijami slovenskih ptic vseh barv navduševala številne mimoidoče. Prireditev je z veliko strokovnega znanja, suvereno, vešče in pristrčno povezovala zdravnica, predsednica KUD-a prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec. Transplantacijsko stroko je zastopala direktorica Slovenija-transplanta prim. Danica Avsec.

Slikovit figuralni svet ilustracije Radka Oketiča

Akademski slikar Radko Oketič, odličen ilustrator in karikaturist, je bil povabljen, da ilustrira veliko knjigo o razvoju transplantacijske medicine s simbolnimi ilustracijami darovanja telesnih organov in tkiv. Knjiga je izšla leta 2016, ob tej priložnosti pa je ilustrator napolnil Dolenčevo galerijo

z imenitnimi upodobitvami svojega videnja in razumevanja transplantacije za dobrobit človeka. Z ilustracijami je prepričljivo ponazoril poslanstvo te nove stroke.

O Radku Oketiču je likovna kritičarka Polona Škodič za to razstavo zapisala: »Radko Oketič je eden najvidnejših kraških slikarjev, tankočuten akvarelist, ilustrator, svojevrsten mojster risbe in karikature. S svojo ustvarjalnostjo je pomenljivo dopolnil sodobno slovensko umetnost in postal prepoznaven tudi v mednarodnem prostoru, kar potrjujejo tudi številne razstave, ugledne nagrade in priznanja. V obsežnem opusu, ki zaokrožuje več kot 35-letno likovno dejavnost, so se zvrstili mnogi, med seboj različni ciklusi del.



KUD-ov slikar Radko Oketič je bil ilustrator knjige o razvoju transplantacijske medicine na Slovenskem, ki sta jo uredili prim. Danica Avsec, direktorica Slovenija-transplanta, in prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec, predstojnica Inštituta za zgodovino medicine Medicinske fakultete v Ljubljani.

*Šele ko se zares zavemo in doumemo,
da nam je na zemlji namenjen le določen čas,
bomo začeli polno živeti vsak dan posebej,
kot da bi bil edini, ki nam je na voljo.*

Elisabeth Kübler Ross

Je umetnik z bogatim notranjim svetom. V raznolikih vsebinah in tehnikah zaobjema mnogostransko izražanje in uveljavlja široko pripovedno področje. Krasu, kjer živi že dolga leta, je v slikani izpovedi vtisnil pomenljiv pečat. Je občutljiv kolorist s prefinjeno risbo in slogovno pestrostjo. Svežina koncepta in obilica novih idej ga vselej privede do zanimivih in aktualnih rešitev, kar nedvomno velja tudi za razstavljeno zbirko ilustracij. V večini primerov je kot slikarsko tehniko izbral akvarel, saj avtor v mehkih, nežnih in prosojnih barvah zmore povzeti bistvo, ki nadgrajuje besedilo. S svojimi ilustracijami je namreč vrsto let opremljal različne knjižne izdaje, brošure, slikanice, zbirke ... Med drugimi jih najdemo v Povedkah s Kozjanskega, Pripovedih z Bovškega, Zverinicah iz Režije, Izštevankah, ljudskih pripovedih in pes-

mih iz različnih slovenskih pokrajin, med pravljičami in otroškimi folklornimi pesmi. Radka Oketiča prepoznavamo kot izbrušenega snovalca iskrivih ilustracij, v katerih je izoblikoval sporočilno bogat prostor, ga začel z njemu lastnim humorjem, ki govori sodobni-

ku in prihodnjim rodovom. V svojih delih prepričljivo nagovarja mladež, preprostega človeka ali še tako zahtevnega poznavalca in gledalca. Slovenski literarni dediščini je tudi to pot pridal svoj dragocen delež. »

Ob zborniku Razvoj transplantacijske medicine v Sloveniji (urednic Danice Avsec in Zvonke Zupanič Slavec) je ilustriral tudi publikacijo Komunikacija o darovanju organov in presaditvah *Communicating about organ Donation and Transplantation* (uredili: Danica Avsec, Thomas Breidenbach, Marie Lingemann, Bernarda Logar Zakrajšek), ki je bila izdana leta 2016 v sodelovanju med slovenskimi in nemškimi strokovnjaki v okviru evropskega projekta Pospeševanje dejavnosti za darovanje organov in presaditve (FOEDUS).

Stik: Radko Oketič, radko.oketic@gmail.com

Darovanje organov in tkiv in transplantacijska medicina v slikovni podobi skozi čas

V Taborjevi galeriji je Slovenija-transplant pripravil predstavitev petnajstletnega dela na področju ozaveščanja in informiranja javnosti o svojem delu. Komuniciranje za to področje je bilo velik izziv, da se nova stroka, ki temelji na darovanju organov in tkiv umrlih, sprejme med ljudmi kot poslanstvo dodajanja življenja po življenju. V Slovenija-transplantu so filozofijo svojega



Dramska igralka in profesorica dramske igre Saša Pavček, ki je že pet let ambasadorka Slovenija-transplanta, je napisala globoko pesem o ljubezni in jo vrhunsko interpretirala.

delovanja razvijali v mednarodno sprejetem kontekstu, jo uskladili s sodobno zakonodajo, etiko in družbenimi normami slovenskega kulturno-zgodovinskega prostora. Predstavitev vseh omenjenih vidikov na plakatih je mesec dni nagovarjala številne obiskovalce UKCL, bolnike, zdravstveno osebje, študente medicine, nege in drugih zdravstvenih ved, da ponotranjijo poslanstvo transplantacijske medicine in ga postopoma prenašajo tudi v svojo filozofijo življenja po življenju.

O razstavi so na Slovenija-transplantu zapisali: »Razstava predstavlja številna izobraževalna, informativna in promocijska gradiva, ki so nastala v času od začetka delovanja zavoda Slovenija-transplant leta 2000 pa vse do danes. Razvoj donorskega in transplantacijskega programa v Sloveniji se je sprva odvijal predvsem



Ena izmed izjemnih ilustracij Radka Oketiča na temo transplantacijske medicine: Ledvica.

v strokovnih medicinskih krogih, z ustanovitvijo nacionalne transplantacijske mreže leta 1998, zlasti po ustanovitvi javnega Zavoda RS za presaditve organov in tkiv Slovenija-transplant, pa so se pričele intenzivnejše izvajati tudi izobraževalne in promocijske aktivnosti. Strukturiran pristop h komunikaciji s strokovno in splošno javnostjo v smislu obveščanja, izobraževanja in ozaveščanja tako medicinskih strokovnjakov kot splošne javnosti je ključnega pomena za uspešen razvoj tega pomembnega področja medicine. »

Dramatika popularizira transplantacijsko dejavnost

Umetniški program je bil izboren in ubran na isto temo – transplantacijsko medicino. Sodelovali so: amba-



V zahtevno vsebino prireditve je veliko glasbene topline in vedrine vnesel kitarist Jernej Kreže, ki je končal Konservatorij za glasbo in balet pri prof. Jerku Novaku.



Prim. Danica Avsec, direktorica Slovenija-transplanta, je s sodelavci pripravila razstavo o njihovih promocijskih dejavnostih na področju transplantacijske medicine.

»Človek, ki je darovalec, lahko po svoji smrti reši sedem drugih življenj! Mar ni to izjemna možnost, ki jo ponuja medicina? Celo svojo smrt lahko osmisliš, se z njo postaviš na stran življenja in pomagaš drugim. To štejem za svojo dolžnost, za nekaj samoumevnega. Darovanje se mi zdi etično in naravno.«

Saša Pavček

sadorka transplantacijske medicine, dramska igralka, pesnica in vsestranska umetnica ter profesorica na Akademiji za gledališče, radio, film in televizijo (dalje AGRFT) Saša Pavček, ki je s svojo pesmijo o ljubezni dramatično nagovorila zbrane ter s svojo prisotnostjo spodbudila razumevanje poslanstva darovanja življenja po življenju. Podobno vlogo je imela, prav tako dramska igralka in profesorica na AGRFT, Alida Bevk, ki ima že

10 let transplantirana jetra in je igrala v predstavi Mladinskega gledališča Ljubljana o tej temi z naslovom »Srce na dlani«. Doživetje Alide Bevk, ki so ji transplantirana jetra prinesla novo življenje in ji že 10 let omogočajo, da živi, se veseli vsakdana, kot profesorica širi svoje presežno znanje diha, glasu in govora – to je tisto, kar kaže, kako velik pomen ima transplantacijska medicina.

Da je bil dogodek, v katerem sta se povezovali medicina in umetnost, v polnosti zaokrožen, je na koncu številnim zbranim s hvaležnostjo spregovorila še Alenka Breclj, ki je



Promocijsko gradivo Slovenija-transplanta.



Dramska igralka Alida Bevk je bila z lastno izkušnjo transplantacije organa najverodostojnejša igralka igre »Sree na dlani«, pisateljice in igralka Drage Potočnjak.

bila prejemnica ledvice. Opisala je svoje življenje ob odpovedi ledvic. Alenka pravzaprav ni prehodila tiste tipične poti dializnega bolnika, ki nekajkrat tedensko za veliko ur prihaja na čiščenje krvi, ampak je imela to srečo, da je njenemu tipu tkivnih antigenov zelo kmalu ustrezal organ, ki so ji ga presadili.

Dogodek je z veliko izpovedno močjo zaokrožil mladi kitarist Jernej Kreže, ki je končal Konservatorij za glasbo pri prof. Jerku Novaku in je z liričnimi kitarskimi vložki skozi Lagrimo, Adelito in Špansko romanco pomagal publikli meditacijsko dojeti povedano vsebino. S kitaro se je začel spoznavati pri sedmih letih pri profesorici Ani Kralj. Obiskuje študij muzikologije.

»Odprimo okna – prisluhnimo pomladi«

Sočasno z razstavo v osrednji galeriji UKCL je bila odprta razstava v avli UKCL z naslovom »Odprimo okna – prisluhnimo pomladi«, avtorice Sonje Snoj, ki je razstavne panoje obogatila s sijajnimi slikami Ptice na Slovenskem. Ob tem je slikarka sama zapisala: »Bliža se pomlad. Z vsakim dnem imamo žarek sonca in kakšno stopinjo več. Vedno bolj nas iz toplega zavetja vleče v naravo, v opazovanje prebujajoče narave, poslušanje žvrgolenja ptic, ki postaja vedno glasnejše.

Toda naj bo njihovo petje še tako čudovito in njihovo perje še tako barvito, se zavedam, da jih ne morejo vsi poslušati in jih občudovati na svežem zraku. Zato sem se odločila odpreti okna – in povabiti ptice v notranjost.

Naj ne frfotajo v kletkah, temveč prepevajo na zelenečih vejah! Vodomec s svojim bleščečim modrim perjem, drobcena dolgorepka in menišček, veliki detel, avanturistični brglez, ki lahko pleza z glavo navzdol, pa tudi v mestu pogostejše vrste, kot sta črni kos ali domači vrabec – vsi ti



Akadska slikarka Sonja Snoj je številne obiskovalce osrednje avle UKCL navdušila z inenitno razstavo slovenskih ptic. Kot bi bile žive in so pravkar priletele v bolnišnico, da bi bolnikom prinesle novo upanje.

in še marsikatero vrsto ptic lahko najdete na razstavi ptic na Slovenskem, za katero sem potrebovala papir za akvarele, akvarelne barvice, tuš in veliko opazovanja prečudovito raznolike slovenske narave.

Naj ptice zažvrgolijo tudi vam!«

Sonja Snoj se je rodila leta 1965 v Argentini. Leta 2002 se je s svojo družino preselila v Slovenijo, kjer razvija svoj ustvarjalni talent.

Svoj umetniški potencial je usmerila v študij arhitekture za notranjo opremo in mu kasneje v

Drage zdravnice in zdravniki, zobozdravnice in zobozdravniki,

če radi fotografirate, slikate, se ukvarjate z upodabljačo umetnostjo, vas vabimo k prijavi, da razstavite svoja dela v galerijah UKCL in MF, ki jih vodi Kulturno-umetniško društvo Kliničnega centra in Medicinske fakultete v Ljubljani. Vlogo s priloženimi vsaj petimi prikazi svojih del, prosimo, pošljite na naslov:

kudkcmf.tajnistvo@gmail.com

izražanju dodala slikarstvo. Razvila je svoj minimalistični slikarski slog in pred dobrim desetletjem začela risati unikatne voščilnice v mešani tehniki, tuš z akvarelnimi barvicami. Z realističnimi slikami ptic ozavešča ljudi o neprecenljivem zakladu, ki nam ga podarja narava. Ustvarila je

zbirko ptic, ki bivajo v Avstraliji in v Sloveniji.

Stik: sonjarteunikati@gmail.com,
FB: Ptice na Slovenskem – Sonja
Snoj.

Na Medicinski fakulteti je marca razstavljal upokojeni pediater Jurij

Kurillo, in sicer o zdravniku ruskega carja Petra Velikega, dr. Gregorju Voglarju pl. Carbonariusu (1651–1717). V razstavišču Nevrološke klinike je razstavljala svoje slike članica KUD-a Zdenka Vinšek.

Foto: Katarina Zemljak

»Au«-foristična tinktura

Kratki aforizmi v beli halji z geografskim poreklom

Prof. dr. Janez Tomažič, dr. med., UKC Ljubljana

janez.tomazic@kclj.si

Trenutno obdobje v zdravstvu bi lahko opisali: »Ljubezen v času Milojke Kolar Celarc.«

Optimisti mislijo, da imamo najboljše zdravstvo od vseh zdravstev, pesimisti pa se bojijo, da je to res.

V dobi računalništva moramo delati 24/7, s prihodom robotov pa bo treba delati 8 dni v tednu!

Najljubše so mi potonke, še posebej, če jih gledam s Voglovimi kapljicami z metliko v očeh.

P. S. Sam ne bi znal lepše povedati.

47. svetovno prvenstvo v smučanju za zdravnike in farmacevte

Val di Fassa, Italija, 15.–18. marec 2017

Prim. Jasna Čuk Rupnik, Ljubljana

cukovi@gmail.com

V sončnih Dolomitih Italije (naslednje leto bo spet na vrsti Avstrija) je potekalo 47. svetovno prvenstvo zdravnikov in farmacevtov v smučanju. Tudi letos smo se predstavniki Slovenije dobro odrezali. Tekmovali smo v slalomu, veleslalomu in superveleslalomu. Skupinsko smo zasedli 3. mesto, za reprezentancama Poljske in

Avstrije. Pokale so si letos priborili: **Romana Pintar (1. sl., 1. vsl., 1. supervsl.)**, **Katarina Turk (2. sl., 3. vsl.)**, **Nataša Koglot (3. supervsl.)**, **Katja Hafner (3. supervsl.)**, **Mojca Hafner (3. sl.)**, **Franci Koglot (2. sl., 3. vsl.)**, **Marin Knežević (2. sl., 3. vsl., 2. supervsl.)**, **Andrej Moličnik (3. sl., 2.**

vsl., 3. supervsl.) in **Timotej Vivod – farmacevt (2. sl., 1. vsl., 2. supervsl.)**.

Komentar: Vsako leto znova si rečemo, da bomo »nujno trenirali med koli«. Ko pa se tekme bližajo, ugotovljamo, da »res nimamo časa«. A Poljaki ga pa imajo!? Vodene treninge so imeli vso sezono ob

Zdravniki v prostem času



Pokali za slalom so bili podeljeni v hotelski klubski sobi.

sredah popoldne in zvečer. No, hm ... zaključek bi lahko bil, da smo boljši smučarji mi, saj smo s tako malo vadbe uspeli zbrati tako veliko pokalov!

Opozarjam pa bralce, da modrovanje o kmetih, pameti in debelem krompirju sredi zime ni na mestu. Poleg tega se je Timotej pripeljal iz Maribora na trening na Cerkljo, ko sta bila njegova dvojčka stara šele dva dni, štirje Kogloti (starši in otroka) so se kalili na nedeljski tekmi treh dežel, nekateri pa so po dopoldanskem treningu šli popoldne še v ordinacije.

Lahko si le čestitamo za takšno smučarsko zvestobo.



Za razliko od slaloma in veleslaloma poteka za superveleslalom le ena tekma in pokali so podeljeni na smučišču neposredno po njej.



Pokali za veleslalom so sledili odlični večerji.



Tako napor kot veselje za doseženo 3. mesto med ekipami sta bila skupinska.

Varnost bolnikov v Evropi

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

Na rednem letnem srečanju Medicina in pravo smo letos govorili tudi o medicinski napaki in kazalnikih kakovosti v zdravstvu. Redno razčlenjevanje obojega bi moralo bolnikom prinesiti tudi večjo varnost. V Sloveniji smo kakovost zdravljenja zelo hitro pripravljeni soditi po posameznih nesrečnih in neželenih primerih, zelo malo pa je širših razprav o kakovosti slovenskega zdravstva in vsebinsko nekoliko bolj razčlenjenih primerjav z državami Evropske unije (EU). Evropska komisija je leta 2005 prvič objavila nekoliko razširjeno poročilo o medicinskih napakah v državah EU. Pravzaprav ne gre za poročilo, temveč za rezultate ankete, ki je bila opravljena med evropskimi prebivalci. Štirje od petih prebivalcev EU sodijo, da so medicinske napake prav v njihovi državi velik problem, in skoraj petindvajset odstotkov jih trdi, da so bili sami ali člani njihove družine žrtev medicinske napake. Okoli dvajset odstotkov jih trdi, da se jim je to pripetilo v bolnišnici, enajstim odstotkom pa so osebni zdravniki predpisali napačno zdravlilo. Bolj zaskrbljeni zaradi stanja v svojih zdravstvenih ustanovah so bili prebivalci južne Evrope in novosprejetih članic (Litva, Latvija,

Estonija). V Sloveniji je 17 odstotkov ljudi odgovorilo, da se je njim ali njihovim svojcem pripetila medicinska napaka, na Danskem pa je bilo takih ljudi skoraj 30 odstotkov. Najbolj varna je bila Avstrija, kjer je le deset odstotkov ljudi zatrdilo, da so bili žrtev medicinske napake. Vendar pa je bil po tej anketi skoraj vsak drugi Evropejec prepričan, da lahko v bolnišnici postane žrtev medicinske napake.

Leta 2010 so objavili podobno poročilo, ki pa je tokrat govorilo o varnosti bolnikov v državah EU. Tudi tokrat je šlo za anketo med prebivalci držav EU. V primerjavi s prejšnjim poročilom so bile številke nekoliko višje. Tokrat je 29 odstotkov Slovencev odgovorilo, da so bili sami ali člani njihove družine žrtev medicinske napake. V Nemčiji je bilo takih bolnikov 30 odstotkov, na Švedskem pa kar 49 odstotkov. Na vprašanje, ali so bili bolniki ali njihovi svojci obveščeni o načrtovanem posegu, je pritrdilno odgovorilo skorajda 90 odstotkov Slovencev, a tudi 81 odstotkov Slovencev. Zgolj polovica Evropejcev je prepričana, da je medicinsko osebje ustrezno usposobljeno za svoje delo. Najbolje so svoje zdravstvo ocenili Belgijci, ki so kakovost svojih zdravstvenih ustanov ocenili s 97 odstotki. Slovenci so svojim prisodili 69 odstotkov, evropsko povprečje pa je 70 odstotkov. Samo v Avstriji, Belgiji, Nemčiji, Franciji in na Finskem je večina prepričana, da je njihovo zdravstvo boljše od sosedov. Slovenija je nekje v sredini. Okoli 40 odstotkov Slovencev meni, da je zdravstvo enako dobro kot pri sosedih, 30 odstotkov pa jih je prepričanih, da je slabše. Slabše mnenje od Slovencev o svojem zdravstvu imajo zgolj države, ki so bile včasih znane kot države socrealističnega področja (Poljska, Češka, Slovaška, Bolgarija, Romunija ipd.).

V obeh poročilih je tudi podatek, ki naj bi bil antipod subjektivnim odgovorom prebivalcev EU. Podatek govori, da je v evropskih bolnišnicah od 8 do 12 odstotkov tako imenovanih varnostnih zapletov. V nasprotju z anketnimi številkami naj bi bil ta podatek verodostojen, objektivni in preverljiv. Poročili ne navajata virov, ki naj bi to potrjevali. Govorita o tem, da gre za oceno. V strokovnem slovstvu pa se številka za Evropo giblje med 5 odstotki (Danska)



in 12 odstotki (Portugalska). Ponekod po svetu je ta številka na spodnjem robu 3 odstotke, na zgornjem pa celo 16 odstotkov. Rezultati se razlikujejo predvsem zaradi zelo različne metodologije in zelo različnih razlag, kaj varnostni zaplet sploh je. Več kot polovica varnostnih zapletov naj bi bila povezana z bolnišničnimi okužbami, ostali pa so uvrščeni pod medicinske napake, napake v diagnozi, napake zaradi okvarjenih naprav in kirurške napake. Prav zaradi raznolikosti teh podatkov prihaja pogosto do njihovih zlorab. V eni izmed razprav o varnosti bolnikov v Sloveniji je nek upokojeni profesor interne medicine celo dejal, da v Sloveniji zgolj v UKC Ljubljana letno umre vsaj tisoč ljudi zaradi zdravniških napak. Trditev je osupljiva, če vemo, da je število vseh umrlih v državi zadnjih deset let statistično zelo stabilno in znaša okoli osemnajst tisoč ljudi na leto. Če bi profesorjeve izmišljije prenesli še na druge bolnišnice, bi dobili trditev, da letno vsaj tri tisoč ljudi v Sloveniji umre zaradi zdravniških napak. No, stvari so vendarle nekoliko drugačne.

Po svetu ni enotnih pokazateljev kakovosti dela na kirurških oddelkih. V odsotnosti sporazuma o tem, katere pokazatelje vključiti v razčlenitev kakovosti dela in varnosti

bolnikov, se za oceno nemalokrat uporablja umrljivost. Ta podatek ima sicer kar nekaj šibkosti oziroma pomanjkljivosti, a njegova krepka stran je dejstvo, da so podatki o umrljivosti statistično dobro obdelani in je nanje težko pristransko vplivati. Kot zgled naj navedemo podatke na Kliniki za kirurgijo Univerzitetnega kliničnega centra v Mariboru (UKCM), ki so nam dosegljivi. Splošna umrljivost na Kliniki za kirurgijo UKCM je bila v letih od 2009 do 2013 2,28 odstotka (povprečje nekaj več kot štiristo ljudi letno pri 18.000 sprejemih letno). Umrljivost po operacijah (povprečje okoli 200 letno pri 18.000 sprejemih) je za isto obdobje 1,26 odstotka. Umrljivost na splošno v Republiki Sloveniji (RS) je za isto obdobje 0,9 odstotka z rahlo tendenco naraščanja (2009 – 0,92 odstotka, 2013 – 0,94 odstotka). Umrljivost na Kliniki za kirurgijo UKCM je za bolnike, ki niso bili operirani, v povprečju en odstotek, kar je praktično popolnoma enako, kot je splošna umrljivost v RS. Pri bolnikih po operaciji pa je umrljivost le nekaj desetink nad splošnim nacionalnim povprečjem! Ti podatki kajpak ne govorijo, da medicinskih napak v Sloveniji ni, vsekakor pa jasno govorijo, da nimajo obsega epidemije.

Primerjava z vseevropsko raziskavo bi pokazala, da je po načrtovanih posegih povprečna umrljivost v evropskih bolnišnicah 4 odstotke! Na Kliniki za kirurgijo UKCM je skupna pooperativna umrljivost 1,2 odstotka, pri načrtovanih posegih pa je pod 0,5 odstotka, česar ne dosega veliko evropskih bolnišnic. Velik terciarni center v ZDA je objavil skupno pooperativno umrljivost 2,1 odstotka, na Nizozemskem pa so v obdobju od 1991 do 2005 poročali o skupni pooperativni umrljivosti 1,85 odstotka.

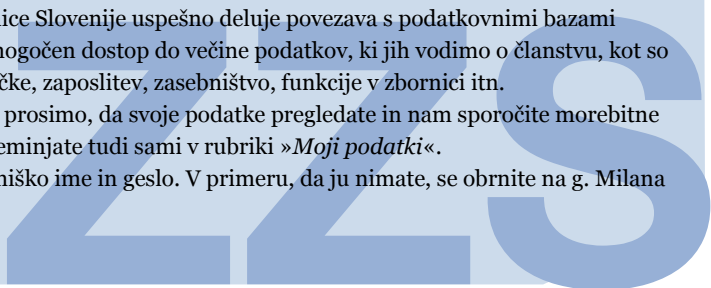
Številke so morda za nekatere utrujajoče, toda brez ustreznih podatkov je vsaka razprava o varnosti bolnikov v Sloveniji podobna obrekovanju in ne resni razčlenitvi stanja. Ali ti podatki kažejo, da medicinskih napak v Sloveniji ni? Nikakor ne. Kažejo pa, da imamo Slovenci slabo mnenje o rezultatih zdravljenja, ki so primerljivi z dobrimi evropskimi bolnišnicami. Ali torej ti rezultati kažejo, da imamo kakovostno zdravstvo? Tudi tega ne! Vendar je brez njih nemogoče ustrezno ocenjevati, kako varno ali nevarno je naše zdravstvo. Za tiste, ki jih številke ne zanimajo, pa naj velja podatek Evrobarometra, da se srečujemo s podobnimi težavami kot večina razvitih evropskih držav in da jih rešujemo podobno (ne)spretno kot države, ki so najboljše ocenjene.

So vaši podatki na intranetnem portalu ZZS pravilni?

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

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

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



Domus Medica za vas!

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

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

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

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



