

IS IS

Glasilo Zdravniške
zbornice Slovenije

Marec 2017
Številka 3



Prof. dr. Tadej Battelino, dr. med., predstojnik Kliničnega oddelka za endokrinologijo, diabetes in bolezni presnove, Pediatrična klinika UKC Ljubljana: “Na področju sladkorne bolezni že vrsto let potekata raziskovanje in razvoj umetne trebušne slinavke. Gre za napravo, ki združuje senzor za neprekinjeno merjenje glukoze v podkožju in insulinsko črpalko ter s posamezniku prilagojenim algoritmom avtomatsko meri in dovaja potrebno količino insulina.”



| Odbor za prihodnost



Za nami so volitve in tudi verifikacija novega vodstva naše skupne zdravniške (in zobozdravniške) zbornice Slovenije. Moje misli so usmerjene v prihodnost, zato sem si s svojo ekipo zelo prizadevala, da bi v najkrajšem času sestavili izvršilni odbor in čim prej začeli z delom. Kandidate smo predstavili na ustanovni skupščini, torej hkrati z verifikacijo mojega mandata. V nekaterih odborih bomo morali narediti zamenjave, da bi sledili predlogom poslancev, v drugih zaradi odhoda

nekaterih ključnih oseb. Zobozdravnike čaka prav tako naporna naloga, saj bodo morali na naslednjo sejo skupščine priti z bolj usklajenim predlogom, če bodo hoteli pridobiti dovolj glasov za potrditev predsednika njihovega odbora. A prepričana sem, da nam bo uspelo.

Načela in pravila delovanja novega vodstva bodo temeljila na načelih profesionalizma in v osnovi pomenijo dvojce: z vsemi, ki bodo opozarjali na napake (tudi naše lastne), se bomo pogovorili, s tistimi, ki bodo ravnali v nasprotju z načeli zdravniškega profesionalizma, etike, medsebojnega spoštovanja in človeškega dostojanstva, se bomo poslovili.

Ni moj namen iskanje odgovornosti za morebitne nepravilnosti v preteklosti, temveč zavezanost k temu, da napak ne bomo ponavljali. Zato bomo uredili poslovanje zbornice na nov način in vpeljali transparentno delovanje vseh organov in vseh zaposlenih. K temu sodi tudi čimprejšnja priprava *Pravilnika za nagrajevanje funkcionarjev zbornice*, vključno s plačo predsednice. Čeprav se moja pogodba o plači pripravlja po enakih izhodiščih kot za moje predhodnike, sem bila deležna negativne pozornosti. Zato, ker sem ženska? Ker za nekatere nisem prava izbira? Je v ozadju kaj tretjega?

To, kar me je res prizadelo, pa je uhajanje informacij o internih zadevah zbornice. Takšno ravnanje meče slabo luč na vse članstvo in daje politiki močno orožje za to, da nam čim bolj oklesti samostojnost poklica. Samo notranje povezana in od vseh drugih neodvisna zbornica

se bo lahko borila za izboljšanje razmer za naše delo. Zbornica mora postati in ostati opora vsem članom, ne glede na naš strokovni ali zaposlitveni status.

Dosedanje vodstvo nam zapušča solidno finančno osnovo, ki omogoča takojšnje izračune za znižanje članarine. Ta bo sestavni del novega finančnega načrta z jasnimi poudarki na strukturi prihodkov in odhodkov. Predlogi za znižanje bodo pripravljeni do naslednje seje skupščine.

V sodelovanju s skupščino bomo prenovili statut in vanj predlagali tudi *Odbor za prihodnost*, ki ga bodo sestavljali mladi zdravniki in zobozdravniki ter študenti obeh medicinskih fakultet. Na novo bomo napisali, prenovili in uskladili akte, da bo delovanje zbornice potekalo zakonito in s čim manj zapleti pri delu njenih organov.

Zobozdravnikom bo omogočena njihova avtonomija, vsem članom pa proaktivna pomoč pri urejanju različnih statusov, tudi v okviru zasebne dejavnosti.

Zavzemam se za korektno in učinkovito sodelovanje s Slovenskim zdravniškim društvom in drugimi zdravniškimi organizacijami, tudi z vsemi sindikati, v katere so vključeni zdravniki in zobozdravniki.

Zavedam se, da do naštetih sprememb ne more priti čez noč, hkrati pa se zavežujem, da s potrebnimi spremembami znotraj zbornice ne bomo odlašali, pri spremembah, ki nastajajo v celotnem zdravstvenem sistemu, pa bomo tvorno sodelovali.

Vrata naše zbornice so odprta za vse, ki se nam na tej poti želite pridružiti.

Dr. Zdenka Čebašek - Travnik, dr. med.
Predsednica

Resnica je stara, betežna gospa

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

Na naslov uredništva Isis je nedavno prišla obsežna anonimna (USB-ključek v kuverti) tekstovna pošiljka »Novega sindikata zobozdravnikov«, z željo po anonimni objavi v rubriki Forum. Tovrstna želja sicer ni tako zelo redka, vendar jo praviloma izrazi kolega, katerega identiteto poznamo. Ali pa smo z njim v stiku vsaj prek elektronskega naslova, čeprav iz njega ni razvidna identiteta pošiljatelja. Stik z avtorjem prispevka je pomemben najprej zato, da se lahko z avtorjem dogovorimo o motivih, ki bi upravičevali morebitno anonimno objavo – seveda z nujnim pripisom, da je identiteta avtorja znana uredništvu. Prek tega minimalnega pogoja ni mogoče iti, ne glede na vsebino anonimnega besedila.

Ob tem je treba poudariti, da vsak članek, ki želi delovati v dobro resnice, zares učinkuje samo z objavljenim podpisom avtorja. V današnjem svetu »alternativnih resnic« je medijsko sporočilo brez avtorskega podpisa brez resnične teže in lahko služi kvečjemu kot senzacionalistično strelivo, ki ga iz povsem svojih motivov uporabijo zainteresirani borci za napadanje svojih (interesnih) nasprotnikov. Kar navedeno ni ravno prispevek k uveljavitvi resnice. Resnica namreč ni mlad bik, ki bi po izpustu v medijsko krajino mimogrede in z lastno energijo porušil vse stare laži, nabodel vse lažnivce, razkril vse prikrivane krivice in obenem pomagal še avtorju pri reševanju njegovih osebnih težav. Prav nasprotno, resnica je stara, betežna gospa, ki brez osebne podpore avtorja ostane zapuščena v svoji upokojenski sobici, brez možnosti, da jo opazijo drugi ljudje. Kdor želi resnico, se mora sam potruditi in zastaviti ime, da ji pomaga; brez računice, da bo resnica pomagala njemu, ker mu zelo verjetno ne bo. Zato je vsaka revijalna objava

brez avtorjevega podpisa sporočilno tako osiromašena, da bi moral obstajati zares izjemen razlog, ki bi upravičil njeno uvrstitev v revijo. A vendar, nikoli ne reci nikoli, zato imamo v uredništvu protokol, po katerem z vsakim, ki bi svoje besedilo rad objavil anonimno (s pripisom o znani identiteti avtorja), ponudimo pogajanja, v katerih z avtorjem razčistimo razloge za morebitno anonimno objavo, in nato odločimo.

Uredniška pravila so torej taka, da načeloma objavljamo samo članke s podpisanimi avtorji. Tisti, ki v glasilu ZZS izreka določena mnenja, mora biti pripravljen tudi na kolegialne odzive in soočenja. V razmeroma majhni zdravniški skupnosti, kot je slovenska, je zavest o osebni izpostavljenosti svojim kolegom tudi najboljša motivacija za kakovost in resnicoljubnost objavljenih besedil – saj je odziv na neresnico praviloma takojšen. A po drugi strani si ne zatiskamo oči pred tem, da ravno v malih skupnostih zaradi odvisnosti zdravnikov od različnih nadrejenih ni vedno enostavno napisati svojega odkritega in

poštenega mnenja, čeprav bi to koristilo skupnosti kot celoti. Gre za znani problem »žvižgačev« – ljudje, ki opazijo problematične prakse v svojem strokovnem okolju, si zaradi odvisnih položajev in osebne prihodnosti težko privoščijo, da odkrito in javno problematizirajo delo svojih nadrejenih in s tem ogrozijo svojo poklicno in osebno blagostanje.

Zato v uredništvu dopuščamo možnost, da bi ob znanem avtorju objavili tudi »žvižgaški« prispevek, vendar bi ob opisani problematičnosti takih objav razlogi morali biti resnično močni. **Avtorjem, ki bi želeli zares neprodušno zaščititi svojo identiteto, ponujamo tudi možnost pošiljanja prispevka v dvojni kuverti – če je notranja naslovljena na glavnega urednika, jo sme odpreti samo on in je hkrati dolžan pri sebi varovati identiteto avtorja, dokler avtor ne odloči drugače.**

Ker pa je resnica stara, betežna gospa, si je težko predstavljati, da jo bo katerikoli konspirativni, »žvižgaški« avtor lahko učinkovito zastopal v revijalni objavi. Za take resnice, katerih avtorji z anonimnim sporočilom pravzaprav kličejo na pomoč, je verjetno primernejši naslov – predsednica zbornice. Konspirativno sporočilo »Novega sindikata zobozdravnikov«, ki ga ni mogoče priguglati, niti najti v kakršnemkoli registru, smo iz uredništva poslali v predsedničin urad. In tudi zanj kar na tem mestu dodajam napotilo tistim, ki bi želeli neprodušno zaščititi svojo identiteto, **naj pošljejo svoje misli v dvojni kuverti – če bo notranja naslovljena na predsednico ZZS, jo sme odpreti samo ona in je hkrati dolžna pri sebi varovati identiteto avtorja, dokler avtor ne odloči drugače.**



Foto: Arne Hodalič



Uvodnik

- 3** Odbor za prihodnost
Zdenka Čebašek - Travnik
- 3** Resnica je stara,
betežna gospa
Alojz Ihan

K naslovnici revije

- 8** Prof. dr. Tadej Battelino,
dr. med.
Alojz Ihan



Zbornica

- 12** Zavarovanje Dental – poročilo
o novih aktivnostih OZB-ja
Sabina Markoli
- 13** Razpis nadomestnih
volitev

Aktualno

- 14** Akad. prof. dr. Uroš Skalerič,
dr. dent. med., prejemnik
Zoisove nagrade
za življenjsko delo
Igor Kopač
- 16** Uvedba elektronskih kliničnih
poti v Splošni bolnišnici Izola
*Patricia Blatnik,
Lea Jensterle,
Matej Tušak*
- 24** O beguncih in času, ki prihaja.
Času konfliktov
Miloš Židanik

Iz Evrope

- 26** Zdravstveni centri?
Mi zdravniki to znamo!
- 26** Mi in drugi

Zdravstvo

- 28** O varovanju duševnega
zdravja otrok in mladostnikov
– aktualna tema sedanjega
časa
Anica Mikuš Kos
- 32** Ali je psihiatrija ena sama,
ali jih je pravzaprav več?
Robert Oravec

Mladi zdravniki

- 36** Poročilo z zbora
Mladih zdravnikov
Tina Bregant
- 37** Okrogla miza o ugovoru vesti
na Medicinski fakulteti
Meta Rus, Lara Petrič
- 37** Šempeter pri Gorici
– Zapiski in vtisi s
pripravnštva
Barbara Podnar



Forum

- 40** Ta veseli dan ali dobili smo
zdravstveno reformo
Bojanka Štern
- 44** »Bergdoktor« in čakalne vrste
Jurij Kurillo

- 45** Javno pismo
Miloš Židanik

- 46** Center za zdravo življenje
Marjan Fortuna

Intervju

- 48** Slikarska razstava »Gneča«
Mihe Perneta v Domus Medica
Polonca Steinmann

Medicina

- 50** Bolezni ledvic in debelost
Radovan Hojs
- 52** 21. marec, svetovni dan
Downovega sindroma
Ana Perdih

Poročila s strokovnih srečanj

- 54** Koloproktologija v letu 2016
Pavle Košorok

Strokovne publikacije

- 57** Neguj svoje zobe!
Matej Leskošek

Strokovna srečanja

- 58** Zbornična izobraževanja za
zdravnike in zobozdravnike
- 60** Strokovna
srečanja

S knjižne police

- 67** Alojz Ihan: Čas nesmrtnosti –
smrt v dobi bionike
Nina Mazi
- 68** Elif Shafak: Čast
Marjan Kordaš

Zanimivo

- 70** Naj bo petja *quantum satis*
(dovolj) povsod,
tudi v zdravstvu
Zvonka Zupanič Slavec

- 72** Tajno pismo dr. Gregorja Voglarja Carbonariususa iz švedskega ujetništva

Jurij Kurillo

Zdravniki v prostem času

- 74** 11. tradicionalni koncert študentov Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani

Ana Ferfolja

- 77** Klarinetisti povzdignili slikarske lepote galerije UKCL

Katarina Majer

- 81** Enodnevn izlet Sekcije upokojenih zdravnikov – SZD v Vipavsko dolino

Marjeta Rendla Koltaj

- 85** »Au«-foristična tinktura

Janez Tomažič

- 86** 39. Iatrosski

Jasna Čuk Rupnik



Zavodnik

- 89** Pravica do tetanusa

Marko Pokorn

Kolofon

Leto XXVI, št. 3, 1. marec 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 glasilca 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.

Prof. dr. Tadej Battelino, dr. med.

Predstojnik Kliničnega oddelka za endokrinologijo, diabetes in bolezni presnove na Pediatrični kliniki v Ljubljani

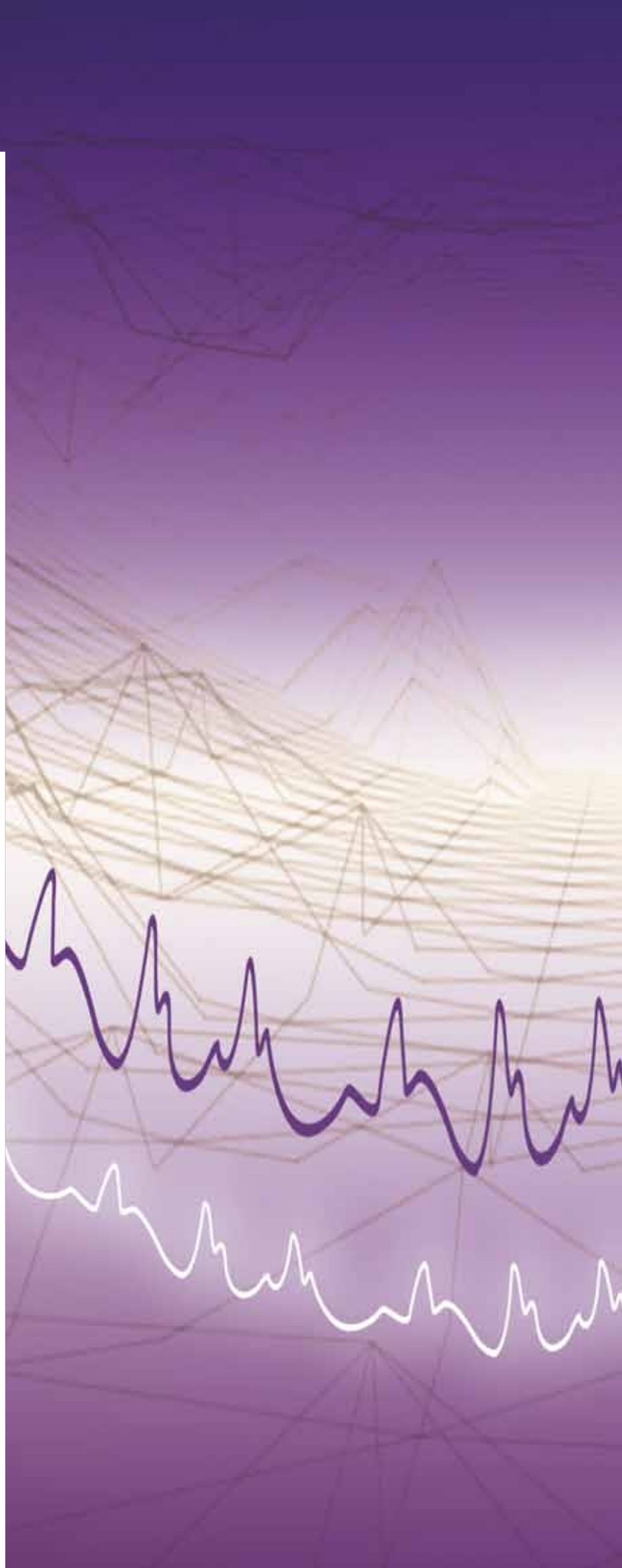
Prof. dr. Alojz Ihan, dr. med., ZVS

V zgodovini medicine težko najdemo zgodbo, ki bi bila po dramatičnosti in pomenu primerljiva z odkritjem zdravljenja diabetesa z inzulinom. Leta 1921 je mladi kirurg Frederick Banting z asistentom Charlesom Bestom iz trebušne slinavke psa izcedil neugledno vlecljiv, rjavkast ekstrakt, s katerim je ohranil pri življenju diabetičnega psa. Manj kot leto kasneje je skupina z ekstraktom iz goveje trebušne slinavke rešila umirajočega štirinajstletnika Leonarda Thompsona, za kar je že v naslednjem letu (1923) sledila Nobelova nagrada. Od takrat na svetu v vsakem trenutku živi desetine milijonov ljudi, ki bi brez inzulina zanesljivo umrli.

Na svetu je okoli 400 milijonov ljudi s sladkorno boleznijo, kakih 10 odstotkov od teh pa je zaradi uničene trebušne slinavke povsem nezmožnih proizvajati hormon inzulin (sladkorna bolezen tipa 1). V Sloveniji je blizu 125.000 ljudi z diagnozo sladkorne bolezni, vsako leto pa za njo zboli tudi od 60 do 75 otrok, ki jih vodimo na našem kliničnem oddelku. Sladkorna bolezen tipa 1, za katero zbole vajo predvsem otroci, pomeni takojšnjo in trajno potrebo po zdravljenju z inzulinom. Njena pojavnost pri nas se izrazito povečuje, za 5 odstotkov na letni ravni, v skupini otrok, mlajših od pet let, pa je delež naraščanja zboleznosti še višji, 8-odstoten.

Med odraslimi delež oseb s sladkorno boleznijo narašča s starostjo, od manj kot odstotka pri mlajših naraste na več kot petino populacije starostnikov. Vzrok naj bi bili, ob starostnem upadanju žlez, predvsem sladkorčki sodobnega življenja – prehrana, zasedenost, zamaščenost. Zakaj pa naraščanje pojavnosti sladkorne pri otrocih?

To še vedno ni znano. Če odmislimo izjemno redke primere neonatalnega diabetesa, ki je genetska bolezen, dobijo sladkorno bolezen tipa 1



predvsem otroci in mladi ljudje, patogeneza pa je pogojena z imunskimi mehanizmi; oboleli že na začetku potrebujejo inzulin, ker ga organizem ne proizvaja več. Sladkorna bolezen tipa 2 pa je v glavnem, vsaj pri mladih, posledica debelosti. Sladkorna bolezen tipa 2 je mogoče preprečiti in pogosto tudi pozdraviti – tako, da shujšaš. Čeprav ta tip sladkorne bolezni pri otrocih prav tako narašča, pa aktualni podatki kažejo, da se pogostost debelosti pri nas umirja. Dosegla je plato. Če bo Slovenija kdaj sprejela zakonodajno prepoved oglaševanja sladkih pijač in nezdrave hrane, ki je usmerjeno predvsem v otroke, upam, da se bo stanje še izboljšalo. Hkrati je treba izdelke, ki imajo v katerikoli obliki dodan sladkor, dodatno obdavičiti in ta del davkov vrniti v zdravstveno blagajno. Takšen cilj si je postavil ves svet. Res ne razumem, zakaj si ga ne bi tudi mi.

Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in bolezen presnove
Pediatrične klinike v Ljubljani je pridobil mednarodni certifikat skupine SWEET, ki si na evropski ravni prizadeva za oblikovanje referenčnih centrov na področju zdravljenja sladkorne bolezni pri otrocih in mladostnikih. Certifikat potrjuje, da oddelek, ustanovljen pred dobre pol stoletja, izpolnjuje tako evropske kot svetovne standarde za tak center.

Pokojni prof. dr. Lev Matajc je nestor našega oddelka in je bil ustanovni član svetovnega združenja za sladkorno bolezen pri otrocih in mladostnikih, kar je redkost – to, da bi Slovenci imeli svojega predstavnika med ustanovitelji svetovne organizacije za neko področje, resnično ni pogost pojav. A v tem primeru smo bili Slovenci enako hitri kot Francozi, Nemci in drugi narodi. Prof. dr. Matajc, tudi moj učitelj, je to področje pri nas razvil in svoje vedenje predal nasledniku, prof. dr. Cirilu Kržišniku. Z njim se je slovenska pediatrična endokrinologija odlično uvrstila na zemljevid Evrope in sveta – ne le kot priznan endokrinološki center, ampak

tudi kot partner pri zdravljenju redkih bolezni. Na oddelku namreč med drugim diagnosticiramo in obravnavamo izredno redke genetske bolezni, tudi na področjih, ki so celo v svetu še v povojih; mednje npr. sodi ohranjanje plodnosti otrok in mladostnikov. Naš klinični oddelek je bil lani vključen tako v evropsko mrežo za redke endokrine bolezni ERNEndo kot tudi v evropsko mrežo za redke bolezni presnove ERNMetab. V zadnjih letih je izpolnil tudi vse kriterije in dobil certifikat referenčnega centra evropske mreže SWEET, ki izvaja tudi redno sledenje in primerjavo kazalcev kakovosti obravnave sladkorne bolezni.

Zgodba inzulina je od govejih in prašičjih pripravkov, ki so imeli precej alergičnih stranskih pojavov, z biotehnoškim razvojem prišla v dobo imunološko neoporečnih, biosintetskih pripravkov človeškega inzulina. Ti so po letu 1982 postali rešitelji diabetikov tudi z vidika dolgoročne življenjske perspektive. Kaj torej še preostane raziskovalcem?

Dve ogromni področji. Eno so raziskave v smeri t.i. umetne trebušne slinavke – tehnološkega ali biotehnoškega nadomestka za okvarjen organ. Še pomembnejše področje pa je ukvarjanje z bolniki v najširšem smislu – kako z najnovejšimi spoznanji fiziologije, psihologije, socialnih veščin, tehnologije in še marsičesa organizirati obravnavo te težke kronične bolezni tako, da omogočimo bolnikom kratkoročno in dolgoročno normalno perspektivno življenje.

Glede slednjega si moramo priznati, da bolezn medicina zaenkrat ne zna ustaviti ali pozdraviti, znamo pa jo dobro voditi. Pri našem delu se srečujemo z zbolelimi majhnimi otroki, katerih obravnavo je vse prej kot enostavna, povsem so odvisni od okolja, staršev, vrtca, šole. V naši ustanovi se tako na izobraževanju o sladkorni bolezni poleg staršev vsako leto zvrsti približno 350 vzgojiteljev in učiteljev. Le tako je mogoče zagotoviti varno skrb za otroke z diabetesom in varno okolje tako v vrtcu kot v šoli, kar

jim npr. omogoča, da se udeležijo športnega dneva ali šole v naravi. To je eden največjih programov, ki jih naš klinični oddelek vodi zadnja leta, in se uvršča med najbolj uspešne tovrstne programe na svetu, kar nam mednarodno strokovno okolje tudi priznava.

Večina družin oz. otrok, ko ti lahko že samostojno soočajo o svojem zdravljenju, se odloči za uporabo inzulinskih črpalk in senzorjev, kar je lažje tudi za vzgojitelje in učitelje, saj jim ni treba skrbeti za injiciranje inzulina, ampak je to mogoče opraviti s pritiskom na gumb. Ne nazadnje je to veliko bolj sprejemljivo za ljudi, ki niso navajeni dajati injekcij. Poglejmo razliko, ki smo jo dosegli v nekaj desetletjih: leta 1956 so bili vsi otroci s sladkorno boleznijo v bolnišnicah in ustanovah. Prvi naslednji korak je bil, da smo dosegli, da so smeli oditi domov. Danes pa so lahko povsem enakopravni tudi v šoli – v Sloveniji, medtem ko povsod, žal, še ni tako.

Zboleti v otroštvu za boleznijo, ki bo trajala vse življenje, prinaša posebne probleme.

Sladkorna bolezen je kronična in vseživljenjska, zato ljudje s sladkorno boleznijo sodijo v skupino najtežje obremenjenih ljudi, ne glede na to, kdaj se je bolezen pojavila. Vsekakor pa so otroci, ki dobijo sladkorno bolezen, med najtežjimi bolniki – ko drugi z boleznijo pri 40 letih šele začnejo, ima otroški bolnik pri teh letih že 30 ali več let sladkorno bolezen in hkrati z njo tudi vse s tem povezane zaplete, izkušnje in težave. Zato je bolezen pri otroku neprimerno težja kot pri katerikoli odrasli osebi s sladkorno boleznijo.

Kronična bolezen je veliko breme za vsakogar, za otroka in njegovo družino pa še posebno. Izvedeti, da si zbolel za boleznijo, ki te bo spremljala vse življenje, v času, ko izoblikuješ svojo samopodobo, ni preprosto. Kako naj otrok v svojo samopodobo vtke dejstvo, da si bo vse življenje moral dajati injekcije ali da mu bo vse življenje zaznamovala bolečina, ker ima revmo? Rast in razvoj takega

otroka sta zapletena. Zato je sodelovanje različnih strokovnih in zagotavljanje celovite strokovne podpore preprosto nujno.

Težava pa je, ker pri nas ni dovolj psihologov in predvsem pedopsihiatrov, prav tako je premalo socialnih delavcev, kar občutimo tudi zaposleni v zdravstvu. Odgovorni te spremembe ne prepoznajo. Slovenska družba se močno spreminja. Če temu ne bomo sledili v otroškem zdravstvu ter vzpostavili mehanizmov in služb, ki bodo lahko zagotavljali pomoč, bomo šli še naprej navzdol, tako kot celotna družba v zadnjih letih.

Kljub temu poznam precej ljudi s sladkorno boleznijo, ki so v življenju izjemno uspešni, in bi del njihove uspešnosti pripisal prav rednosti, ki jo pridobijo pri »šolanju za diabetes«. Mladostnik, ki se mora že zgodaj soočiti z izkušnjo, da sta red in urejenost življenjsko pomembni lastnosti in da ima lahko izmikavanje in goljufanje katastrofalne posledice – to je dobra šola za življenje.

Drži, vendar pogosto tega ni enostavno doseči. Pri vodenju sladkorne bolezni ne zadošča tableta na dan, ampak se mora bolniku dobesedno vtakati v vsako uro dneva in nanjo ne sme pozabiti tako rekoč nikoli. Zaradi rednega merjenja vrednosti krvnega sladkorja, najmanj štirih odmerkov inzulina na dan ter skrbi za redne in ustrezno oblikovane obroke morajo bolniki v svojo bolezen vložiti ne le veliko znanja, temveč tudi ali predvsem veliko reda in samodisciplin. A najstnike je veliko težje prepričati v nujnost tovrstne discipline, saj je v njihovem razvojnem procesu normalno, da se upirajo vsakršnemu redu in avtoriteti. Otrokom je težje kot odraslim dopovedati, da se morajo zbadati v prst in si meriti krvni sladkor, da si morajo dajati inzulin, še veliko težje jih je navajati na red. V tem se dojemanje bolezni pri otrocih vsekakor pomembno razlikuje od odraslih.

Dobro poznavanje bolezni je pri sladkorni bolezni ključnega pomena,

saj le dobro poučen bolnik in njegova družina vedo, kako ravnati v posameznih situacijah in kako voditi bolezen doma. Ker gre za otroke, diabetologi s Pediatrične klinike poskrbimo, da v proces izobraževanja po potrebi vključimo tudi ljudi, ki za otroka skrbijo v času, ko ni v družini, predvsem učitelje ali vzgojitelje. Osnovni cilj izobraževanja je, da se otrok spozna s svojo boleznijo, jo sprejme v svoje življenje in se nato čim prej spet vključi v normalen vsakdan. Starši imajo možnost 24-urnega posveta s kliniko, na Pediatrični kliniki smo vpeljali tudi stalno pripravljenost pediatra diabetologa.

Pri študentih s sladkorno boleznijo sem že v nekaj primerih videl, kako brez predsodkov in celo nekoliko ponosno kolegom pokažejo, kako deluje njihova inzulinska črpalka, kar se mi zdi lep napredek – psihološki, izobraževalni in emancipacijski.

Ljudi s sladkorno boleznijo zaradi osnovne bolezni zelo ogrožajo zapleti na drugih organskih sistemih, predvsem na očeh, ledvicah, živčevju in velikih žilah. Raziskave z začetka devetdesetih let so dokazale, da sta stopnja pojavnosti zapletov in čas od začetka bolezni, ko se zapleti pojavijo, neposredno povezana s tem, kako dobro je urejena sladkorna bolezen. Zato so vse pametne družbe in sistemi vložili veliko denarja v izboljšano urejenost ljudi s sladkorno boleznijo. To so lahko dosegli tudi tako, da so vsem bolnikom omogočili brezplačne pripomočke, s katerimi si sami npr. merijo raven krvnega sladkorja. V ta kontekst sodi tudi inzulinska črpalka, s katero bolniki občutno lažje, bolje in z manj zapleti vodijo sladkorno bolezen. Posebej koristen je tudi senzor za neprekinjeno merjenje glukoze v podkožju, ki pa je žal zaenkrat v breme ZZZS dostopen le otrokom do 7. leta starosti, starejšim s pogostimi hudimi hipoglikemijami in nosečnicam s sladkorno boleznijo tipa 1. Glede na nove rezultate kliničnih raziskav bo pravico do kritja stroškov



teh senzorjev iz obveznega zavarovanja nujno razširiti.

Tu pa se že dotikava razvoja umetne trebušne slinavke, ki sva ga že omenila na začetku – kako je s tem?

Na področju sladkorne bolezni že vrsto let potekata raziskovanje in razvoj umetne trebušne slinavke. Gre za napravo, ki združuje senzor za neprekinjeno merjenje glukoze v podkožju in inzulinsko črpalko ter s posamezniku prilagojenim algoritmom avtomatsko meri in dovaja potrebno količino inzulina. Naprava posamezniku s sladkorno boleznijo omogoča, da vsaj delno odmisli svojo bolezen. To bo naslednja prebojna novost na področju obravnave sladkorne bolezni, saj so se učinki in zmogljivost izkazali v več študijah. Zadnja leta v Nemčiji, Veliki Britaniji, na Nizozemskem, v Franciji, Avstriji, Švici in Italiji poteka projekt AP@home (kratica za umetno trebušno slinavko na domu – angl. Artificial pancreas at home), v okviru katerega je bila izvedena serija kliničnih študij na bolnikih, ki so v domačem okolju dva ali tri mesece uporabljali umetne trebušne slinavke. Že od leta 2007 pa umetno trebušno slinavko razvija ekipa strokovnjakov iz Nemčije, Izraela in Slovenije. Sestavljajo jo prof. dr. Moshe Phillip, direktor Nacionalnega centra za diabetes pri

otrocih na pediatrični kliniki Scheider v Izraelu, prof. dr. Thomas Danne, vodja centra za diabetes v otroški bolnišnici Auf der Bult, ter naša skupina. Produkt je že toliko izpopolnjen, da so njegovi razvijalci ustanovili podjetje DreaMed in napravi dali ime Glucositter. Naprava že ima oznako skladnosti z evropsko zakonodajo CE. Po letih razvoja in testiranja pri več kot 200 bolnikih s sladkorno boleznijo tipa 1 je pripravljena za regulatorne klinične raziskave. V zadnjem letu je naša skupina dobila javna raziskovalna sredstva ameriških davkoplačevalcev iz National Institutes of Health (NIH), ZDA, tako da bo na univerzah Yale, Harvard, Florida in Minnesota v ZDA in naših treh centrih potekala regulatorna raziskava pod nadzorom FDA (Food and Drug Administration, regulatorni organ ZDA). Tako prvič v Sloveniji poteka klinična raziskava, ki jo plačuje ameriški NIH. Mednarodna korporacija Medtronic v tej raziskavi sodeluje kot partner, ki bo pripravil komercialni izdelek, ki bo po regulatorni odobritvi lahko prišel v rutinsko uporabo. Dosedanje raziskave kažejo, da ni zadržkov v zvezi z uporabnostjo za bolnika, dokazati je treba le, da je varna v vseh življenjskih položajih, tudi skrajnih, kot je stradanje ali naporna telesna dejavnost.

Kaj pa številne aplikacije, ki s pomočjo pametnih telefonov

obetajo učinkovito pomoč ljudem s sladkorno boleznijo?

Problem novih naprav in aplikacij je dolgoročna aderenza kroničnih bolnikov, saj je ta problematična že pri jemanju zdravil. Pri novih tehnologijah, če so te namenjene preventivnemu ravnanju, je ohranjanje motivacije za njihovo uporabo morda še toliko težje. Ljudje se na naprave in pripomočke hitro navadimo in po določenem času zapademo v stare vzorce vedenja. Pri doseganju dolgoročne uspešnosti so glavni trije dejavniki: zaupanje v napravo, preprostost uporabe in občutek uporabnosti oz. koristnosti uporabe. Težava naprav je, da nenehno opominjajo, kaj je s posameznikom narobe. V primeru negativnega rezultata, ki ni v skladu s pričakovanim izidom zdravljenja, se uporabnik spoprijema z dodatnim razočaranjem, frustracijami, jezo. Zato je potrebna nenehna motivacija ljudi s sladkorno boleznijo, da nove stvari sploh uporabljajo. Predvsem pa je pri pripravi in raziskovanju novih rešitev najpomembnejše razumevanje psihologije posameznika. Ker se ljudje med sabo razlikujejo, ni mogoče pričakovati, da bi ista naprava ustrezala vsem.

Na koncu naj bi razvoj prinesel presaditev trebušne slinavke ali vsaditev bionične trebušne slinavke. Kako daleč v izvedbi so te ideje?

Presaditev trebušne slinavke je predvsem v povezavi s presaditvijo

ledvic v velikih centrih ustaljena storitev, opravljena je bila tudi že v Sloveniji. Ključni problem tega programa je pomanjkanje donorjev trebušne slinavke in kratek kritični čas, ko je ta organ še ustrezen za presaditev. Po presaditvi trebušne slinavke je seveda potrebno imunosupresijsko zdravljenje z vsemi stranskimi učinki in zapleti. Veliki centri imajo tudi programe za presaditev Langerhansovih otočkov trebušne slinavke, ki jih preprosto vbrizgajo v jetrno veno. Tudi tu je problem donorjev in imunosupresije, povprečno preživetje presajenih Langerhansovih otočkov pa je pomembno krajše kot preživetje cele trebušne slinavke. Bionična trebušna slinavka trenutno pomeni napravo, ki vbrizgava inzulin in glukagon; pri razvoju te naprave, ki poteka v Bostonu v ZDA, so trenutno veliki zapleti in ni v prvi razvojni liniji. Ostanejo še raziskave z matičnimi celicami in beta-celicami, pridobljenimi z genetskim inženiringom – na tem področju so raziskave še v predkliničnih fazah: upanje je veliko, pozitivnih rezultatov pa zaenkrat malo.

Tako nam zaenkrat na ravni rutinskega zdravljenja sladkorne bolezni ostane razvoj tehničnih pripomočkov, predvsem umetne trebušne slinavke, ki bo dovajala inzulin s pomočjo zaprte zanke in ki bo za rutinsko uporabo predvidoma dostopna že konec leta 2018.

Tadej Battelino vodi Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in bolezni presnove na Pediatrični kliniki Ljubljana in obenem vodi Katedro za pediatrijo na Medicinski fakulteti v Ljubljani, kjer je tudi prodekan za raziskovalno dejavnost. Leta 2014 je za svoje raziskovalno delo prejel Zoisovo nagrado. Šest let je bil urednik *European Journal of Endocrinology*, trenutno je v uredniških odborih *Paediatric Diabetes* in *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*. Objavil je 166 mednarodnih znanstvenih člankov, ki so bili v zadnjih desetih letih citirani več kot 7500-krat.

Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in bolezni presnove Pediatrične klinike letno obravnava 12.000 ambulantnih bolnikov in dobrih 1300 v bolniškem oddelku, poleg tega pa nekaj tisoč bolnikov v funkcionalni diagnostiki. V zadnjih letih objavi povprečno 15 člankov v najbolj uglednih

mednarodnih revijah, ki jih indeksira SCI, objave pa imajo letno več sto citatov. Strokovno sodeluje z najuglednejšimi ustanovami v Evropski uniji, Izraelu in Združenih državah Amerike. Letno organizira več mednarodnih strokovnih srečanj, kongresov in šol, kjer prenaša lastno vrhunsko znanje v tujino. Raziskovalno delo je financirano s programom in projekti ARRS, projekti Evropske komisije, projektom Nacionalnega inštituta za zdravje iz ZDA, pa tudi Helem-sly Charitable Trust iz ZDA. Več kliničnih raziskav v zgodnjih fazah izvaja tudi za komercialne naročnike. Jedro dela, ki je izrazito timsko in interdisciplinarno, je usmerjeno v celostno obravnavo težko bolnih otrok in njihovih družin ter v reintegracijo težko kronično bolnih otrok v vsakdanje življenje. Klinično delo temelji na najvišjih mednarodnih standardih in rednem sledenju kazalcev kakovosti v okviru Evropske unije.

Zavarovanje Dental – poročilo o novih aktivnostih OZB-ja

Odbor za zobozdravstvo (OZB) je na Zvezo potrošnikov Slovenije naslovil dva dopisa glede spornega produkta Zavarovanje Dental, ki ga trži Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, D.V.Z. Zveza potrošnikov Slovenije je sprejela argumente OZB-ja in v sporočilu za javnost z dne 24. 1. 2017 navedla ugotovitve, zakaj meni, da gre pri trženju produkta za zavajanje potrošnikov. Zveza potrošnikov Slovenije je v zvezi s produktom podala tudi prijavo na Tržni inšpektorat RS.

Zveza potrošnikov Slovenije je navedla naslednje razloge, na podlagi katerih zaključuje, da gre pri trženju zavarovalnega produkta za zavajanje:

- »poudarek na strokovni obravnavi brez čakalnih vrst, čeprav zavarovanje tega v resnici ne omogoča: gre namreč za samoplačniško storitev, kjer čakalnih vrst pri nas v vsakem primeru ni;
- slabo izpostavljeno dejstvo, da zavarovanci lahko uveljavljajo pravice iz zavarovanja izključno na kliniki iz Zagreba;
- opustitev navedbe, da zavarovanje ne krije potnih stroškov zavarovanca;
- zelo nizka zavarovalna vsota: v primeru raka v ustni votlini kritje le 5.000 EUR (zelo malo, glede na višino premij) in za zobozdravstvene storitve le 150 EUR na vsakih 5 let! (v tem času boste plačali 300 EUR premij);
- zavajanje o obsegu zavarovanja, saj mora zavarovanec vse storitve plačati sam, z izjemo letnega pregleda in ortopana;

- zavajanje v zvezi s popustom na cene storitev – popust velja samo za ozek krog storitev iz cenika;
- pri oglaševanju z letaki (zobna miška) gre za neetično in nestrokovno primerjavo ocene stroškov v Sloveniji ter na Hrvaškem, saj ni jasno, kakšna je kakovost primerjanih storitev, poleg tega je primerjava oblikovana zgolj na podlagi osmih (8) neimenovanih izvajalcev v Sloveniji.«

Zveza potrošnikov Slovenije je navedla, da šteje za nepošteno tudi naslednje pogodbene pogoje, ki so del zavarovalne pogodbe:

- »samodejno podaljševanje zavarovanja, razen če ga zavarovanec prekine 3 mesece pred iztekom zavarovalnega leta;
- pravica do kritja v višini 150 € na vsakih 5 let, po pridobitvi pravice ga morate uveljaviti v enem letu;
- jamstvo za raka ustne votline velja šele po 6 mesecih čakalne dobe (od datuma začetka zavarovanja, če so vse premije plačane);
- po izplačilu zavarovalne vsote v primeru raka ustne votline jamstvo za raka preneha, premija pa tudi vnaprej ostane enaka.«

Celotno besedilo obvestila Zveze potrošnikov Slovenije lahko najdete na tej povezavi: <https://www.zps.si/index.php/osebna-nega/zavarovanje-in-pravice-pacientov/8311-ali-vzajemna-s-ponudbo-in-oglasenjem-zobozdravstvenega-zavarovanja-dental-zavaja>

Sabina Markoli, dr. dent. med.

*Odbor za zobozdravstvo
predsednica*

Dragi kolegi, kolegice, prijatelji in prijateljice,

mojo družino je poleti doletela težka izguba moža, očeta, vašega kolega Guillerma Martineza. V tem času smo bili deležni podpore in pomoči prijateljev, znancev in številnih neznancev, ki se jih je naša usoda dotaknila.

Vsaka tragedija se zdi tistim, ki jo doživljajo, največja možna in ni kriterija, s katerim bi lahko primerjali trpljenje družin, ki jih prizadene huda bolezen, prometna nesreča, vojna ali umor. Dejstvo je, da ste se številni med vami s svojim prispevkom odločili pomagati prav moji družini. Ker z vsemi vami ne morem stopiti v stik osebno, se ob tej priložnosti vsem iskreno zahvaljujemo za izkazano podporo. V družini smo zelo hvaležni tudi Zdravniški zbornici, Fidesu in Ministrstvu za zdravje.

Še posebej se zahvaljujemo zaposlenim v Splošni bolnišnici Izola, ki so ponovno pokazali, da je Memo delal v srčnem kolektivu.

Maša Šukunda v imenu družine



Na podlagi 22. člena Statuta Zdravniške zbornice Slovenije (besedilo sprejeto na skupščini Zdravniške zbornice Slovenije dne 13. 12. 2007, 16. 12. 2008 ter 6. 10. 2016 (uradno prečiščeno besedilo)) ter 19. in 30. člena Poslovnika o delu skupščine, izvršilnega odbora ter njenih organov (besedilo sprejeto na skupščini Zdravniške zbornice Slovenije dne 4. 12. 2007)

RAZPISUJEM NADOMESTNE VOLITVE

**za poslanca skupščine Zdravniške zbornice Slovenije
za volilno enoto LB3 (Ostali iz UKC in drugih ustanov)
Ljubljanske regije bolnišničnega in specialističnega zdravstva
za 21. marec 2017**

Poslanca skupščine Zdravniške zbornice Slovenije se voli na neposrednih, splošnih in tajnih volitvah.

Volitve se opravijo z glasovanjem po pošti.

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



Na podlagi 22. člena Statuta Zdravniške zbornice Slovenije (besedilo sprejeto na skupščini Zdravniške zbornice Slovenije dne 13. 12. 2007, 16. 12. 2008 ter 6. 10. 2016 (uradno prečiščeno besedilo)) ter 19. in 30. člena Poslovnika o delu skupščine, izvršilnega odbora ter njenih organov (besedilo sprejeto na skupščini Zdravniške zbornice Slovenije dne 4. 12. 2007)

RAZPISUJEM NADOMESTNE VOLITVE

**za poslanca skupščine Zdravniške zbornice Slovenije
za volilno enoto LBF (Medicinska fakulteta)
Ljubljanske regije bolnišničnega in specialističnega zdravstva
za 21. marec 2017**

Poslanca skupščine Zdravniške zbornice Slovenije se voli na neposrednih, splošnih in tajnih volitvah.

Volitve se opravijo z glasovanjem po pošti.

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

Akad. prof. dr. Uroš Skalerič, dr. dent. med., prejemnik Zoisove nagrade za življenjsko delo

Prof. dr. Igor Kopač, dr. dent. med., Oddelek za dodiplomski študijski program dentalne medicine MF UL

V Linhartovi dvorani Cankarjevega doma je 21. novembra 2016 potekala slavnostna podelitev nagrad za izjemne dosežke v znanstvenoraziskovalni in razvojni dejavnosti v Republiki Sloveniji za leto 2016. Dan podelitve nagrad je velik praznik za Slovenijo, saj sta izkazana najvišja čast in priznanje vrhunskim znanstvenikom, ki so prispevali k ugledu svojega področja doma in v svetu. Oddelek za dentalno medicino pri Medicinski fakulteti si šteje v posebno čast, da je prejemnik najvišje letošnje nagrade – Zoisove nagrade za življenjsko delo, naš dolgoletni učitelj, nekdanji predstojnik odseka za dentalno medicino in bivši prodekan akad. prof. dr. Uroš Skalerič.

Ugledna nagrada, ki jo je nagrajenec prejel, ni le priznanje zanj osebno, ampak tudi promocija dentalne medicine v domačem in širšem mednarodnem prostoru. To visoko priznanje prof. Urošu Skaleriču doživljamo na Stomatološki kliniki in Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani kot posebno čast in izraz znanstvene

odličnosti področja parodontologije in ustnih bolezni v Sloveniji in svetu. Kot je na prireditvi dejala ministrica za izobraževanje, znanost in šport prof. dr. Maja Makovec Brenčič, »je podelitev največjih dosežkov izrekanje priznanja izjemnim posameznikom, ki zmorejo in znajo vztrajno graditi svoje področje znanosti, ga



Akad. prof. dr. Uroš Skalerič med prejemniki najbolj prestižnih slovenskih nagrad in priznanj v znanosti na slavnostnem podiju v dvorani Cankarjevega doma.

ustvariti mednarodno prepoznavnega in imena njihove institucije ponesti v svet.«

Nagrado je akad. prof. dr. Uroš Skalerič prejel za dolgoletno znanstvenoraziskovalno delo, s katerim je prispeval nova spoznanja o boleznih obzobnih tkiv in tako obogatil zakladnico svetovnega znanja tega področja, za kar je bil že nagrajen z najvišjimi domačimi in tujimi priznanji. Odbor RS za Zoisovo nagrado, Zoisovo priznanje, priznanje ambasador znanosti RS in Puhovo priznanje je njegove izjemne dosežke povzel v naslednji obrazložitvi:

Življenjska pot akad. prof. dr. Uroša Skaleriča se je vila med kliničnim in raziskovalnim delom. Po doktoratu in specializaciji na medicinski fakulteti je bil dvakratni Fullbrightov štipendist in gostujoči profesor na Univerzi Emory in kasneje na Nacionalnem inštitutu za stomatološke raziskave v Bethesda, ZDA. Po vrnitvi je postal redni profesor na medicinski fakulteti in znanstveni svetnik Instituta Jožef Stefan, saj je povezal svoje raziskovalno delo z neposrednim prenosom v klinično prakso na Centru za ustne bolezni in parodontologijo Stomatološke klinike Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana in Instituta Jožef Stefan in s tem zasejal seme pri nas tedaj še slabo razvite parodontologije. Je redni član SAZU in častni član Ameriške akademije za parodontologijo.

Raziskovalni opus prof. dr. Uroša Skaleriča vsebuje več področij: raziskave zobnih in obzobnih tkiv z metodami magnetne resonance, epidemiološke raziskave ustnih bolezni in parodontalne bolezni, etiopatogenezo parodontalne bolezni, parodontalno medicino in nove možnosti zdravljenja parodontalne bolezni.

Vzgojil je generacije stomatologov in uvedel poklic ustnega higienika, ki je nepogrešljiv člen pri preprečevanju bolezni zob in obzobnih tkiv, ter kot prodekan medicinske fakultete



Akad. prof. dr. Uroš Skalerič ob prejemu Zoisove nagrade za življenjsko delo, ki mu jo podeljuje predsednica Odbora RS za Zoisovo nagrado, Zoisovo priznanje, priznanje ambasador znanosti RS in Puhovo priznanje prof. dr. Tamara Lah Turnšek.

vplival na sodobno poučevanje v svoji stroki. V klinično prakso je vnesel vrsto inovativnih rešitev, sodeloval pa je tudi s slovensko industrijo, in sicer pri uvedbi laserjev v zobozdravstvo.

O svojih raziskavah je poročal na številnih vabljenih predavanjih na tujih univerzah in kongresih ter strokovnih srečanjih. Bil je predsednik Evropskega odseka Mednarodne zveze za stomatološke raziskave, Evropske federacije za parodontologijo in Mednarodne akademije za parodontologijo, kar odseva njegov izjemen ugled in nesporen prispevek k razvoju dentalne medicine tudi v svetovnem merilu.

Spoštovanemu profesorju ob tej visoki časti iskreno čestitamo in se mu, kot odličnemu strokovnjaku in

znanstveniku, zahvaljujemo za dolgoletno aktivno sodelovanje in prizadevanje k prepoznavnosti in razvoju znanosti ter k prepoznavnosti Slovenije v mednarodnem prostoru. Ob prejemu prestižne nagrade za njegovo vrhunsko delo mu izražamo dolžno spoštovanje in čestitke, hkrati pa mu želimo obilo zdravja in čilosti.

Uvedba elektronskih kliničnih poti v Splošni bolnišnici Izola

Asist. Patricia Blatnik, mag. ekon. ved, Fakulteta za management, Univerza na Primorskem

Lea Jensterle, Fakulteta za šport, Univerza v Ljubljani

Prof. dr. Matej Tušak, dipl. psih., Fakulteta za šport, Univerza v Ljubljani

Uvod

Menedžment javnih in neprofitnih organizacij se v sodobnem času vse bolj zaveda, da mora imeti učinkovito strategijo, če želi, da organizacija izpolni svoje poslanstvo, namen in cilje ter v prihodnjih letih ustvari dodano vrednost in konkurenčno prednost. Kljub temu pa nekateri avtorji (1) navajajo, da so v večini primerov oz. v kar 70 odstotkih resnični problemi posameznih organizacij posledica slabe izvedbe in ne slabe strategije. Vsekakor pa je dejstvo, da postaja okolje, v katerem delujejo javne in neprofitne organizacije, vse bolj negotovo in nepredvidljivo (2). Med take organizacije spadajo tudi slovenske splošne bolnišnice, ki se srečujejo z vedno večjimi finančnimi in organizacijskimi težavami. Nekateri avtorji (3) navajajo, da so slovenske bolnišnice še daleč od optimalnega stanja na omenjenem področju. Bolnišnice se zavedajo, da je neugodna gospodarska situacija povzročila velike pritiske na javne ustanove, ki so deležne krčenja proračunskih sredstev. Plačniki zahtevajo reorganizacijo bolnišnic, optimizacijo procesov, večjo učinkovitost in uspešnost, zato je ena od priložnosti, ki ponuja odgovor na opredeljeno problematiko, prenova in informatizacija poslovanja. V zadnjih letih se vedno bolj povečuje dostopnost visokotehnoloških informacijskih rešitev, zato je za bolnišnice to velika priložnost za uvedbo in razvoj celovitih informacijskih sistemov, ki bodo prilagojeni specifičnim potrebam in

bodo omogočali popolnejši nadzor nad kompleksnimi procesi. Uvedba kliničnih poti v procese zdravstvene oskrbe postaja zahteva sodobnih zdravstvenih sistemov, ki želijo ohranjati kakovost dela navkljub finančnim pritiskom ter slediti sodobnim smernicam in določilom v zdravstvu. Čeprav so klinične poti po večini še zmeraj prisotne v papirnati obliki, pa se postopoma vedno bolj uveljavljajo elektronske klinične poti, ki imajo pred papirnati številne prednosti predvsem zaradi urejene dokumentacije in boljše preglednosti nad procesi.

V Splošni bolnišnici Izola (v nadaljevanju SB Izola) je bila opravljena optimizacija in informatizacija bolnišničnih procesov s pilotno uvedbo elektronskih kliničnih poti. V prvi fazi je ekipa strokovnjakov za klinične poti in informatizacijo, v sodelovanju s celotnim večdisciplinarnim zdravstvenim timom, ki je deležnik pri posamezni klinični poti, sodelovala pri premostitvi začetnih težav pri vpeljevanju kliničnih poti v prakso. V drugi fazi pa je bila opravljena pilotna informatizacija izbranih kliničnih poti. Glavna izziva sta bila omogočiti ustrezno napredno informacijsko podporo, ki bo uporabniku prijazna, hkrati pa izbrati tudi primeren orodja za analitiko.

Namen članka je predstaviti orodja in proces uvedbe elektronskih kliničnih poti za posamezne procese obravnav, ki se izvajajo na Oddelku za kirurgijo in Oddelku za interno medicino SB Izola. Skladno z namenom je cilj opredeliti pojem elektronskih kliničnih poti, predstaviti SWOT-ana-

lizo, prikazati izboljšave pri uvedbi elektronskih kliničnih poti in prikazati rezultate uvedbe elektronske klinične poti za dnevno bolnišnico in elektronske klinične poti za negovalni oddelek.

Elektronske klinične poti

Klinična pot zajema zdravstveno oskrbo tipične vrste pacientov na različnih ravneh, kamor uvrščamo predbolnišnično oskrbo, oskrbo v bolnišnici in oskrbo po odpustu pacienta iz bolnišnice oz. vse vrste zdravstvene oskrbe. Lahko vključuje tako sklop diagnostičnih kot tudi terapevtskih dejavnosti, ki se izvajajo za posamezno vrsto pacientov v predvidenem zaporedju in časovnem poteku dejavnosti (4). Klinična pot obsega torej celotno oskrbo pacienta, in sicer od začetka do konca obravnave ter pod vodstvom celotnega večdisciplinarnega zdravstvenega tima.

Klinične poti postajajo v okviru zdravstvenih sistemov že povsem uveljavljen pojem, ki prihaja v ospredje tudi v slovenskem prostoru. Izkušnje kažejo, da ima uvedba kakovostnih kliničnih poti ključno vlogo pri izboljšanju kakovosti zdravljenja in nege brez dodatnih finančnih obremenitev za izvajalce, ker upošteva dve najpomembnejši vodili sodobnih zdravstvenih sistemov: povečanje produktivnosti, učinkovitosti in uspešnosti. Nekateri avtorji (5) navajajo, da lahko na tak način pridemo tudi do različnih ekonomskih analiz na področju zdravstva, ki so v današnjih časih še v povojih. Kot prikazujejo

nekatero raziskavo (6–12), je uvedba kliničnih poti povezana s številnimi prednostmi, izmed katerih lahko izpostavimo predvsem zmanjšanje zapletov v času zdravljenja v bolnišnici, izboljšanje dokumentacije, zmanjšanje ležalne dobe in boljše operativno vodenje procesov ter s tem zmanjšanje bolnišničnih stroškov. Klinične poti so ena glavnih metodologij za organizacijo in koordinacijo procesov oskrbe (13).

Elektronske klinične poti so klinične poti v elektronskem zapisu oz. z drugimi besedami informatizirana oblika papirnatih kliničnih poti. V prvi vrsti omogočajo prijazen, urejen in sledljiv dokumentacijski sistem, ki od uporabnikov ne zahteva prepisovanja podatkov, potrebnih za izvajanje procesa (npr. zgodovinskih podatkov, podatkov za morebitne analize ali primerjave), v elektronsko obliko, ampak le izbiranje že zbranih

podatkov v informacijskem sistemu bolnišnice ter čim hitrejšo in avtomatizirano dopolnjevanje z novimi dejstvi. Na ta način zmanjšamo čas za birokracijo, zmanjšamo število napak pri vnosu, izognemo se podvajanju, izboljšamo kakovost obravnave in tako tudi zmanjšamo stroške oz. jih boljše obvladujemo. Na drugi strani pa pridobimo tudi močna orodja, kjer se iskanje, urejanje in pregledovanje podatkov izvaja

Tabela 1: SWOT-analiza pri uvedbi elektronskih kliničnih poti

Opredelitev notranjih prednosti	Opredelitev notranjih pomanjkljivosti
– Prijazen in urejen dokumentacijski sistem, ki od izvajalcev zdravstvenih storitev ne zahteva prepisovanja podatkov, ampak le izbiranje podatkov, že zbranih v informacijskem sistemu bolnišnice. – Hitrejšo in avtomatizirano dopolnjevanje z novimi dejstvi. Na ta način zmanjšamo čas za birokracijo, zmanjšamo število napak pri vnosu, na drugi strani pa pridobimo močna upravljalvska orodja. – Možnost pregledovanja elektronskih kliničnih poti z različnih lokacij in naprav. – Možnost hkratnega deljenja informacij različnim deležnikom in izboljšanje timski način dela. – Olajšano je analiziranje odklonov, poročanje o zapletih in primerljivost rezultatov znotraj posameznega izvajalca zdravstvenih storitev ter med njimi. – Zmanjšanje možnosti napak pri vnosu podatkov o obravnava. – Odpravi se podvajanje informacij in poveča kakovost podatkov. – Zmanjšanje možnosti zapletov v času zdravljenja v bolnišnici. – Izboljšanje dokumentacije, osnova za določitev internih postopkov in standardov. – Boljša sledljivost zdravstvene oskrbe pacienta, kar omogoča boljše načrtovanje, upravljanje in vodenje strokovnih elementov, pa tudi administrativnih elementov zdravstvene organizacije. – Krajše ležalne dobe. – Izboljšano operativno vodenje procesov. – Spremljanje in reorganizacija procesov omogoča izboljšanje učinkovitosti in hkratno povečanje ravni kakovosti oskrbe. – Zmanjšanje bolnišničnih stroškov. – Povečanje kakovosti preko celotnega procesa z izboljšanjem pacientovih izidov.	– Običajno so pri posamezni elektronski klinični poti vključeni predvsem zdravniki in medicinske sestre, medtem ko vodstvo in podporne službe pri tem opazno ne sodelujejo. – Zdravstveni tim mora elektronske klinične poti sproti posodabljati in jih prilagajati novim načinom zdravljenja, kar zahteva nekaj dodatnega delovnega časa. – Ob uvajanju elektronskih kliničnih poti je potrebno spremeniti tudi organizacijsko kulturo organizacije, kar se običajno ne zgodi čez noč. – Obstaja možnost, da pri nekaterih zaposlenih naletimo na odpor pri uvajanju novosti. – Možnost nedelovanja programske opreme in nezdružljivost z obstoječim informacijskim sistemom bolnišnice.
Opredelitev zunanjih priložnosti	Opredelitev zunanjih pretenj – nevarnosti
– Z Ministrstva za zdravje vse bolj pogosto prihajajo zahteve po razvoju klasičnih kliničnih poti in uvajanju novih elektronskih kliničnih poti. – Povečanje števila pacientov, ki želijo biti obravnavani v izbrani bolnišnici. – Boljša prepoznavnost bolnišnice v slovenskem in evropskem merilu, kar omogoča tudi večjo možnost za akreditacijo. – Bolnišnica, ki je bolj učinkovita, lažje pridobi sponzorstva, donatorstva, ki predstavljajo vir dodatnih finančnih sredstev. – Možnost trženja nadstandardnih storitev. – Ponudba novih zdravstvenih storitev v okviru sodelovanja z drugimi izvajalci zdravstvenih storitev. – Bolnišnica zaradi kakovostnejše in učinkovitejše obravnave pridobi proste zmogljivosti, ki jih lahko nameni za nove programe. – Boljše sodelovanje s primarnim zdravstvom. – Promocija pacientove varnosti.	– Obstaja nevarnost, da bo plačnik zdravstvenih storitev zaradi učinkovitejšega poslovanja določenim storitvam nižal cene. – S strani plačnika in pacientov se lahko pojavijo določeni pritiski zaradi podrobnejšega spremljanja napak ter odklonov. – Pričakovanja pacienta so lahko bistveno višja. – Obstaja nevarnost tudi za tožbe, ker elektronske klinične poti pacientu omogočajo vpogled v celotno dokumentacijo in bi ob morebitnih nepravilnostih ali odklonih lahko elektronske klinične poti uporabil kot dokazno gradivo.

neposredno v procesu zdravljenja pacienta.

Tako na mikroravni (bolnišnica) kot na makroravni (država) je seveda najbolj zanimiv pozitiven vpliv zmanjšanja napak pri vnosu podatkov o obravnavah, kar ob uporabi analitičnih orodij in orodij poslovne inteligence omogoči takojšnja poročila o izvajanju obravnav in dejanskih stroških ter uporabljenih virih, potrebnih za njihovo izvajanje. Kakršnakoli optimizacija zdravstvenih in drugih podpornih procesov (npr. razporejanje osebja, uporaba dvoran in opreme, optimizacija nakupov opreme, načrtovanje zaposlitev) ter določanje vrednosti povračila stroškov za posamezno obravnavo so seveda smiselni le, če temeljijo na dejanskih podatkih iz prakse.

Klinične poti v elektronski obliki se v slovenskem prostoru še niso uveljavile, saj zaenkrat večina bolnišnic nima primerne podpore informacijske tehnologije za uporabo elektronskih kliničnih poti. Informatizacija kliničnih poti zahteva tudi določena finančna sredstva in spremembe v organizacijski kulturi, saj elektronske klinične poti podpirajo preglednost dela, obravnave, časa ter virov. Nekateri avtorji (14) navajajo, da kljub temu v nekaterih državah znotraj Evropske unije že obstajajo primeri uvedbe elektronskih kliničnih poti. Tako so v eni izmed belgijskih bolnišnic uvedli elektronsko klinično pot za področje srčno-žilnih bolezni, na Nizozemskem so razvili klinično pot za premostitveno operacijo koronarnih žil in nekatere srčno-žilne bolezni, na Danskem pa so uvedli elektronsko klinično pot za srčni infarkt in pljučnega raka. Največji korak so dosegli v splošni bolnišnici De l'Hospitalet v Barceloni, kjer so se lotili sistema standardnih operativnih postopkov. Razvili so 15 elektronskih kliničnih poti, ki povezujejo sedem oddelkov, operacijske sobe, oddelek za pripravo na kirurgijo, negovalni oddelek in bolnišnične farmacevte (15).

SWOT-analiza pri uvedbi elektronskih kliničnih poti

SWOT-analiza je metoda strateškega načrtovanja, ki želi v določenem poslu ali projektu ugotoviti prednosti (angl. *strengths*), slabosti (angl. *weaknesses*), priložnosti (angl. *opportunities*) in nevarnosti (angl. *threats*). Tehniko je izoblikoval Albert Humphrey, ki je v letih 1960 in 1970 vodil zborovanje na univerzi v Stanfordu in uporabil podatke podjetij s seznama Fortune 500 (14).

Uvedba kliničnih poti in elektronskih kliničnih poti v SB Izola prinaša določene prednosti, pomanjkljivosti, priložnosti in nevarnosti, ki jih prika-

zuje Tabela 1. SWOT-analiza je bila izvedena skupaj s celotnim bolnišničnim timom in ekipo za informatizacijo kliničnih poti, in sicer po uvedbi elektronskih kliničnih poti v SB Izola.

Rezultati uvedbe elektronskih kliničnih poti v SB Izola

SB Izola je imela pred uvedbo elektronskih kliničnih poti izoblikovanih že nekaj kliničnih poti v papirnati obliki, ki so dosledno vključene v določene procese obravnav. Nekatere med njimi pa se v praksi ne uporabljajo ali pa se ne izpolnjujejo dosledno. Čeprav bi njihova uporaba prinesla veliko ugodnosti, pa predvsem zaradi odvečnega dela, ki ga

Klinična pot		Nalepka bolnika
Pogovor z bolnikom 4 - 7 dni pred posegom		
Datum pogovora _____		
Opombe _____		
Pregledani ste bili v naši ambulanti. Naročeni ste na operativni poseg operativni poseg.		
Ste že obiskali svojega zdravnika?	☐ da ☐ ne	_____
Ste že opravili naročene preiskave?	☐ da ☐ ne	_____
Ste obiskali anesteziološko ambulanto?	☐ da ☐ ne (naročim) Kdaj?	_____
S seboj prinesite vso dokumentacijo o drugih boleznih in spisek zdravil, ki jih jemljete redno (preiskave ne smejo biti starejše od 14 dni).		
Zdravila za sladkorno bolezen ne smete vzeti.		
Jemljete zdravila Marevan, Sintrom?	☐ da ☐ ne	_____
Ste tablete že zamenjali z injekcijami ? (5 do 7 dni pred operacijo)	☐ da ☐ ne	_____
Vsa svoja zdravila prinesite s seboj.		
Zjutraj, na dan operacije zaužijte zdravila, ki jih jemljete redno s požirkom vode.		
Ste opazili kakšno spremembo na koži kjer boste operirani?	☐ da ☐ ne	_____
Ste se dogovorili kdo bo pršel z vami, oziroma vas bo odpeljal domov?	☐ da ☐ ne	_____
Če zbolite ali iz drugega razloga ne morete priti na operacijo, nas prosim obvestite na tel. številko 051 280 297 ali 05 6606 301 v dopoldanskem času.		
Vidimo se torej _____ zjutraj ob _____ uri v dnevni bolnišnici, v pritličju levo.		
Medicinska sestra: _____		
Podpis: _____		
PREDOPERATIVNO OBDOBJE		
Sprejem bolnika na dan operativnega posega		
Datum sprejema _____		
Klinična pot	Stran 1 / 9	

Slika 1: Osnutek papirnate oblike klinične poti za dnevno bolnišnico.

prinaša izpolnjevanje na papirju, uporaba kliničnih poti ponekod še ni zaživila. Nekaj težav je bilo prisotnih tudi z vidika uvedbe. Preden je določena klinična pot dejansko uporabna, jo je bilo treba pregledati, preizkusiti v praksi in na podlagi dejanske uporabe tudi dopolnjevati. Prilagoditev posamezne klinične poti v smislu, da le-ta ustreza dejanskemu stanju v bolnišnici in optimizira procese, zahteva predvsem na začetku določen čas in sodelovanje vseh, ki so vključeni v posamezno obravnavo, kar je zaradi časovne stiske zaposlenih v bolnišnici težko zagotoviti.

V okviru razvoja in uvedbe informacijske platforme opredeljenih kliničnih poti je bila razvita pilotna informacijska podpora za upravljanje elektronskih kliničnih poti (procesov v bolnišnicah). V več ponovitvah je bila študirana odprtokodna platforma za podporo poslovnim procesom. Izbrani sta bili dve, ki sta bili podrobno testirani prilagojeni potrebam – Bonita BPM in Activiti BPM.

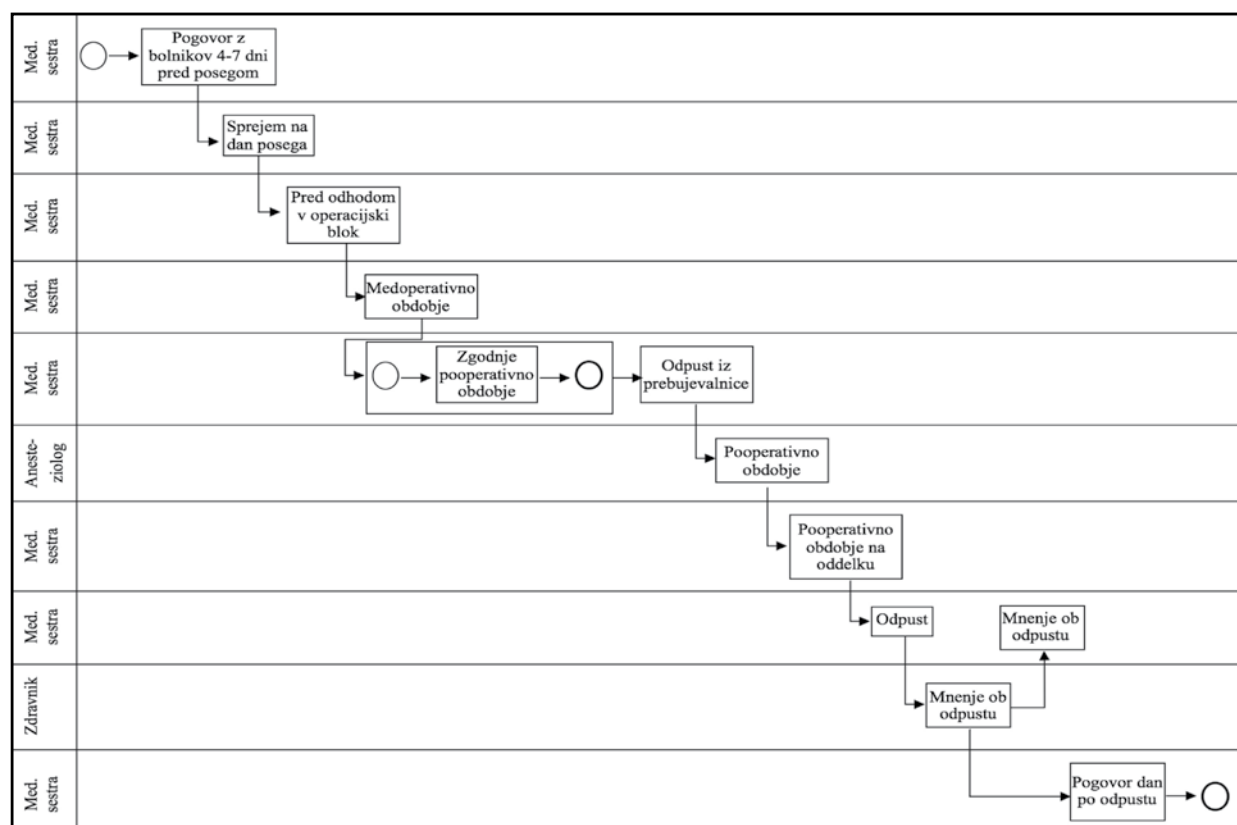
Najprej je bila nameščena in nadgrajena BPM-platforma Bonita, za katero so bili razviti tudi določeni moduli. Izkazalo se je, da Bonita zaradi pomanjkanja podpore skupnosti in dokumentacije ni primerna izbira za podporo elektronskih kliničnih poti, zato je bila nadgradnja Bonite zaustavljena. Posledično smo nadaljevali z namestitvijo, prilagoditvijo in nadgradnjo platforme Activiti. Upoštevano je bilo namreč tudi dejstvo, da imajo v podjetju SRC Infonet izkušnje z uporabo platforme Activiti. Ocenjeno je bilo, da bi bila integracija programske opreme BIRPIS (podjetja SRC Infonet) z Activitijem zato bistveno bolj tekoča. Sistem Activiti je bil nadgrajen z novo funkcionalnostjo. Dodana je bil namreč delna podpora mobilnim napravam, razviti pa so bili tudi novi interaktivni elementi obrazcev (npr. večje tekstovno polje, izbirna polja, izpis lastnosti iz baze, barvni prikaz prioritete).

Razvijali in nadgrajevali smo več elektronski klinični poti, in sicer klinično pot za dnevno bolnišnico in klinično pot za negovalni oddelok, v BPM-sintaksi pa sta pripravljene še dve klinični poti: klinična pot za Lymsko boreliozo in klinična pot za prekinitev nosečnosti z zdravlili. Sledili smo odločitvi, da je bolj smiselno pripraviti dobro uporabniško izkušnjo in koncepte na eni elektronski klinični poti ter potem te uporabiti tudi pri informatizaciji drugih kliničnih poti.

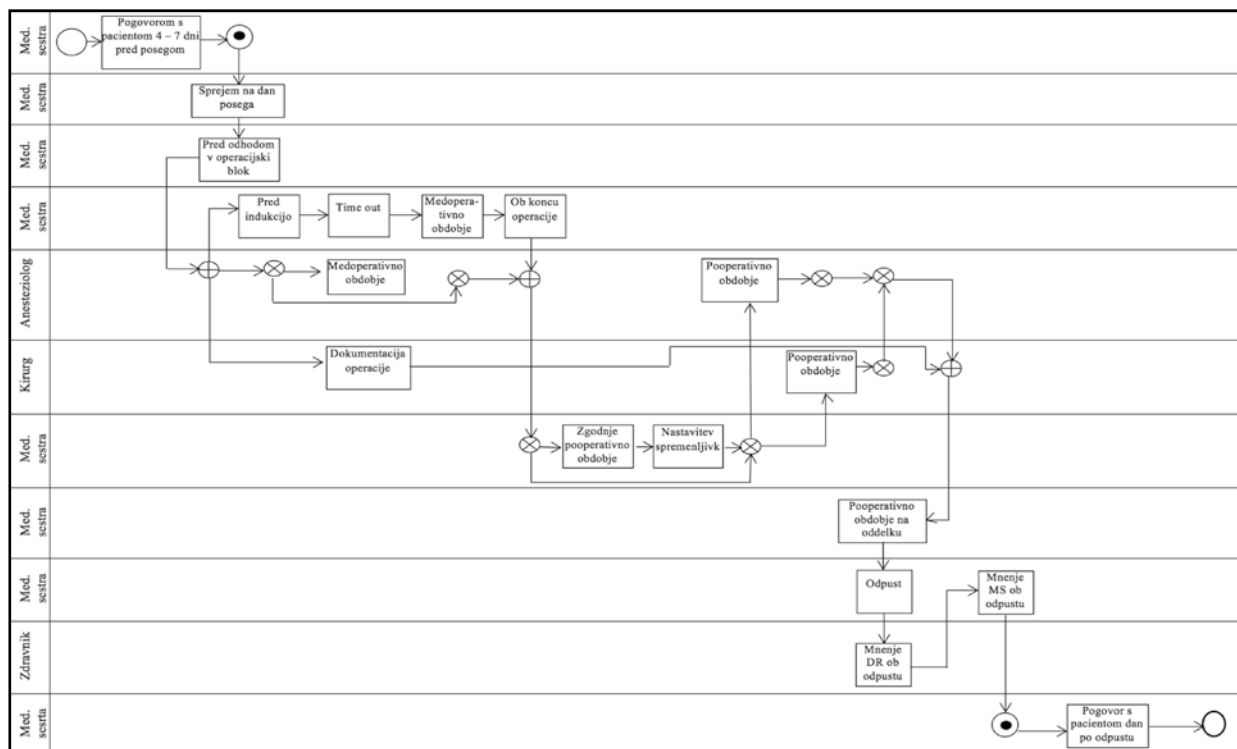
Klinična pot za dnevno bolnišnico

SB Izola je za informatizacijo klinične poti kot prvo izbrala klinično pot za dnevno bolnišnico (Slika 1). Zdravstveni tim je oblikoval klinično pot za dnevno bolnišnico, ki ureja in poenoti celoten proces obravnave in odpravlja podvajanja.

Slika 2 prikazuje diagram procesa te klinične poti ob zaključku prve faze. Zajema 12 korakov, v katere so vključene



Slika 2: Osnutek diagrama procesa za klinično pot za dnevno bolnišnico.



Slika 3: Prenovljeni diagram procesa za klinično pot za dnevno bolnišnico.

ne medicinske sestre, anesteziologi in zdravniki. Prvi korak vključuje pogovor z bolnikom, sledi sprejem pacienta na dan posega, obdobje pred odhodom v operacijski blok, medoperativno obdobje, zgodnje pooperativno obdobje, odpust iz prebujevalnice, pooperativno obdobje, pooperativno obdobje na oddelku, odpust, mnenje zdravnika ob odpustu, mnenje medicinske sestre ob odpustu in pogovor s pacientom dan po odpustu.

Slika 3 prikazuje posodobljen diagram procesa iste klinične poti ob zaključku druge faze. Posodobljen diagram procesa zajema 18 korakov in prav tako vključuje medicinske sestre, anesteziologe in specialiste kirurgije. Proces se začne s pogovorom s pacientom 4–7 dni pred posegom, sledi sprejem na dan posega, obdobje pred odhodom v operacijski blok, obdobje pred indukcijo, *time out*, medoperativno obdobje, obdobje ob koncu operacije. Hkrati poteka tudi medoperacijsko obdobje in dokumentacija operacije. Sledi zgodnje pooperativno obdobje, nastavev spremenljivk, nato pa je pooperativno obdobje

zaključeno. V zadnjem delu sledi pooperativno obdobje na oddelku, odpust, mnenje zdravnika ob odpustu, mnenje medicinske sestre ob odpustu in pogovor s pacientom dan po odpustu. Ko bo prešla testno obdobje, se bo predvidoma še posodabljala in prilagajala spremenjenim potrebam iz prakse.

Dnevna bolnišnica ne more učinkovito delovati brez ustrezno vpeljanih kliničnih poti, kar dokazuje praksa tudi v SB Izola. Cilj izdelane elektronske klinične poti je bil zato prinesiti korenite izboljšave na področju dela dnevne bolnišnice. S tem razlogom je bila tudi izbrana ravno klinična pot dnevne bolnišnice. Z uvedbo prve pilotne elektronske klinične poti v SB Izola je bil storjen prvi korak v praksi k izboljšavi organizacije dela na konkretnem primeru. Pilotna elektronska klinična pot je bila testirana v praksi na »realnih primerih« v dnevni bolnišnici. Na ta način smo želeli pridobiti začetne izkušnje ob vpeljavi ter pridobiti zahteve vseh deležnikov pilotne uvedbe elektronske klinične poti.

Klinična pot za negovalni oddelek

SB Izola je za drugo klinično pot izbrala klinično pot za negovalni oddelek (Slika 4). Najprej se je bilo treba seznaniti s postopkom zdravstvene obravnave pacienta, ki ga iz akutne obravnave prestavimo na negovalni oddelek, in s klinično potjo za ta oddelek. Klinična pot je bila v prvi fazi podana precej obširno v opisni obliki, zato jo je bilo treba še predelati in iz nje izluščiti vse glavne korake procesa. Izrisan je bil diagram poteka procesa, ki se je postopoma še dopolnjeval in informatiziral.

Slika 5 prikazuje prenovljen diagram procesa za klinično pot za negovalni oddelek. Diagram vključuje 15 korakov, v katere so vključeni medicinske sestre, zdravniki, fizioterapevti in tudi socialni delavci. Proces se začne z akutno obravnavo pred premestitvijo na oddelek, ki jo opravljata tako zdravnik kot tudi medicinska sestra. Po zaključku akutne obravnave se diagram razveja

		SKRBNIK PROCESA	VRSTA PROCESA	DA	NE
		Zdravnik	Ocena potrebe po neakutni obravnavi narejena 7. dan hospitalizacije		
		MS	Ocena potrebe po neakutni obravnavi narejena 7. dan hospitalizacije		
AKUTNA OBRAVNAVA		Zdravnik	Bolnik je zaključil akutno obravnavo		
		Zdravnik	Bolnik izpolnjuje kriterije za sprejem v NOI		
		Zdravnik	Bolnik in svojci so seznanjeni s premestitvijo		
		Zdravnik	Premestitev je bila dogovorjena in usklajena z vodjo negovalnega oddelka		
		Zdravnik	V bolnikovi zdravstveni dokumentaciji je opisana ocena potreb po nadaljnji medicinski in neakutni obravnavi oz. paliativni oskrbi		
NEAKUTNA OBRAVNAVA	1. TEDEN	MS	Ob premestitvi ima bolnik zaključeno dokumentacijo akutne obravnave		
		MS	Začetna ocena potreb po ZN narejena ob premestitvi		
		Soc. del.	Začetna ocena potreb po socialni obravnavi narejena v enem delovnem dnevu od premestitve		
		Fiziot.	Začetna ocena potreb po fizioterapiji narejena v enem delovnem dnevu od premestitve		
		MS	Pogovor med svojci in vodjo negovalnega oddelka opravljen		
		MS	Skupno vrednotenje aktivnosti je bilo izvedeno po prvem tednu hospitalizacije v NO		
		MS	Redni tedenski obisk lečečega zdravnika opravljen		
		MS	Bolnik in / ali svojci so seznanjeni s cilji in nadaljnjimi postopki obravnave		
	2. TEDEN	MS	Skupno vrednotenje aktivnosti je bilo izvedeno po drugem tednu hospitalizacije v NO		
		Zdravnik	Redni tedenski obisk lečečega zdravnika opravljen		
		MS	Bolnik in / ali svojci so seznanjeni s cilji in nadaljnjimi postopki obravnave		
	3. TEDEN	MS	Skupno vrednotenje aktivnosti je bilo izvedeno po tretjem tednu hospitalizacije v NO		
		Zdravnik	Redni tedenski obisk lečečega zdravnika opravljen		
		Zdravnik, MS	Pri bolniku se predvideva prekoračitev dogovorjene ležalne dobe		
	4. TEDEN	MS	Bolnik in / ali svojci so seznanjeni s cilji in nadaljnjimi postopki obravnave		
		MS	Skupno vrednotenje aktivnosti je bilo izvedeno po četrtem tednu hospitalizacije v NO		
		MS	Redni tedenski obisk lečečega zdravnika opravljen		
		MS	Bolnik in / ali svojci so seznanjeni s cilji in nadaljnjimi postopki obravnave		
		Zdravnik, MS	Pri bolniku je dogovorjena ležalna doba prekoračena		
		MS	O odpustu bolnika in datumu odpusta telefonsko obveščena patronažna služba in svojci in /ali institucionalna ustanova oz. ostale službe		
		MS	Odpustna dokumentacija vsebuje negovalni zaključek		
		MS	Poročilo kontinuirane zdravstvene nege poslano patronažni službi		

Slika 4: Osnutek papirnate oblike klinične poti za negovalni oddelk.

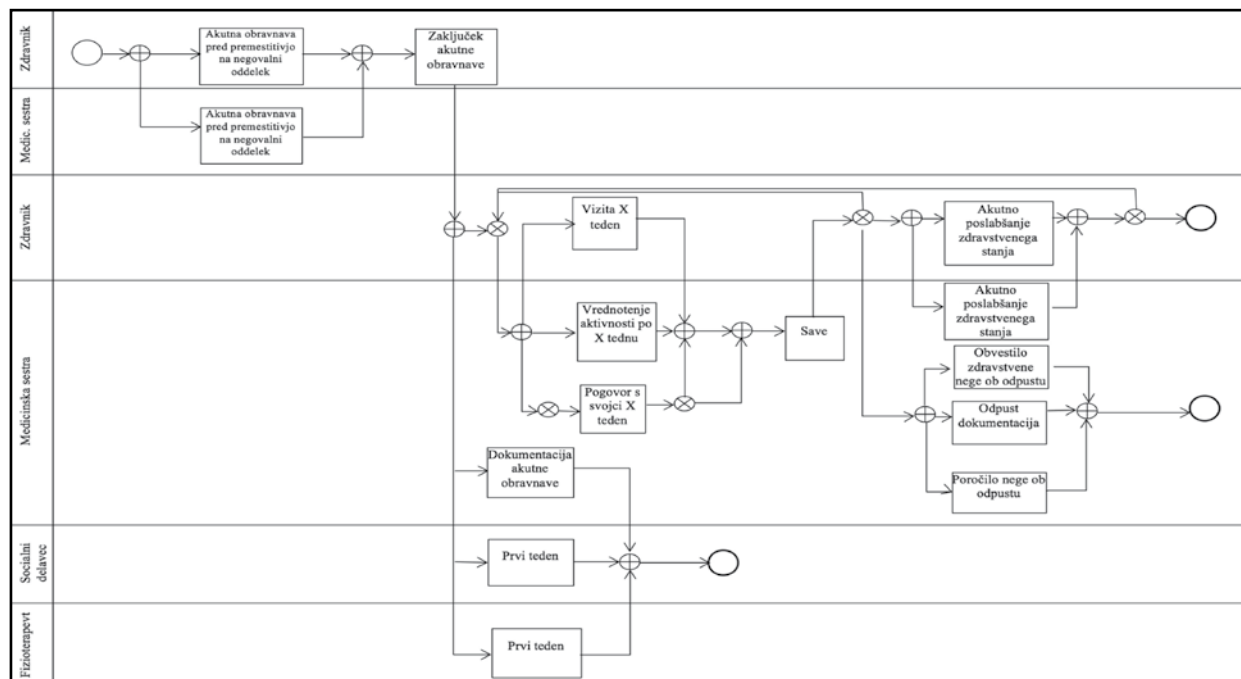
na šest aktivnosti, kjer v prvem tednu nastopi delo fizioterapevta, socialnega delavca in medicinske sestre, ki pripravi dokumentacijo akutne obravnave. Zdravnik nato ciklično v vsakem tednu opravi vizito, medicinska sestra vrednoti aktivnosti in se pogovori s svojci. Pri tem lahko pride do akutnega poslabšanja zdravstvenega stanja pacienta, ki se ga v tem primeru premesti nazaj na klasičen bolnišnični oddelk. V nasprotnem primeru pa sledi obvestilo ob odpustu, dokumentacija in poročilo zdravstvene nege ob odpustu.

Izboljšave pri uvedbi elektronskih kliničnih poti v SB Izola

S testiranjem elektronskih kliničnih poti smo ugotovili, da vpeljava elektronskih kliničnih poti prinese številne prednosti in odgovarja na sedanje težave številnih bolnišnic pri vodenju in spremljanju procesov. Klinične poti so odlično orodje za preverjanje, izboljševanje in obvladovanje procesov, hkrati pa v elektronski obliki nudijo primerno podatkovno bazo za izvajanje analiz.

V SB Izola smo z uvedbo elektronskih kliničnih poti dosegli:

- Vzpostavitev učinkovitih in premišljenih procesov na podlagi najnovejših dobrih praks doma in po svetu ter predstavitev rezultatov lastnih izsledkov. Pri tem smo se osredotočali na načrtnejšo izrabo virov in delovnega časa, znižanje stroškov dela ter razbremenitev prezaposlenosti nekaterih poklicnih skupin.
- Izboljšanje organizacije dela, pregled nad delovnimi procesi, napredek v smeri optimizacije in informatizacije.



Slika 5: Prenovljeni diagram procesa za klinično pot za negovalni oddelek.

- Identifikacijo ustrezne informacijske podpore, kar omogoča preglednost procesov, enostaven nadzor nad procesi, olajšanje dela in minimiziranje administrativnih obremenitev.
- Identifikacijo in razvoj uporabnega, sodobno zasnovanega in z najnovejšimi tehnologijami podprtega ter delujočega prototipa sistema za doseg najboljših učinkovite informatizacije obravnav pacientov.
- Vzpostavitev učinkovitih sistemov za identifikacijo potencialnih odklonov in napak ter tako prispevali k izboljšanju kakovosti dela.
- Povečanje izmenjave znanj in dobrih praks ter izgradnjo baze ustreznega »know-how«.
- Vzpostavitev iniciative v javno-zasebnem partnerstvu, ki po eni strani prispeva h kontinuiranemu izboljševanju javnih zdravstvenih storitev, hkrati pa nudi okolje za razvoj inovativnih in podpornih informacijskih tehnologij.

Skozi testno fazo je bilo ugotovljeno, da je vpeljava elektronskih klinič-

nih poti SB Izola prinesla naslednje konkurenčne prednosti:

- Elektronska oblika kliničnih poti prinaša uporabniku prijazen način izpolnjevanja podatkov. Namesto zamudnega pisanja na roko lahko zdravstveni izvajalci izbirajo med podanimi možnostmi (s klikanjem), zapisovati pa je treba zgolj odklone in posebnosti.
- Znotraj izbrane elektronske klinične poti so procesi jasno razdeljeni med posamezne izvajalce: zdravniki, medicinske sestre, administratorji itd. Vsak izmed zdravstvenih delavcev v okviru elektronskih kliničnih poti izpolnjuje svoj del, hkrati pa ima vpogled tudi v delo ostalih; tako jim je omogočen pregled nad tem, kaj je bilo že opravljeno. Procesni so zlahka sledljivi, hkrati pa je omogočena tudi jasna sledljivost pacienta.
- Z elektronsko obliko kliničnih poti je zagotovljeno, da so za vsakega pacienta vnešeni vsi potrebni podatki. Izvajalci zdravstvenih storitev so dolžni izpolniti vsa potrebna polja, ki jih zahteva določena klinična pot. Če določeno polje pozabijo izpolniti, jih

sistem na to opomni in nadaljnje izpolnjevanje ni mogoče, vse dokler niso vnešeni vsi zahtevani podatki. Poskrbljeno je, da izvajalci zdravstvenih storitev v primeru odstopanj od pričakovane obravnave pacienta zabeležijo vzroke za ta odstopanja.

- Podatki, ki so vneseni v določeno elektronsko klinično pot, predstavljajo bazo elektronskih podatkov, na podlagi katerih se zlahka opravijo določene analize. Razvidna so vsa morebitna odstopanja, zabeležijo pa se tudi vzroki zanje.
- Elektronska klinična pot za zdravstvene delavce pomeni opomnik dela in jih tako razbremeni stalnega razmišljanja o nalogah, ki jih je treba opraviti.

Z vpeljavo elektronskih kliničnih poti je omogočena večja pretočnost in učinkovitost toka pacientov. Poleg tega je poskrbljeno, da so podatki, ki se poročajo po SPP, bolj zanesljivi. Elektronske klinične poti izvajalcem zdravstvenih storitev omogočajo, da se ključni procesi izvajajo na bolj učinkovit in obvladljiv način. Digitalni podatki pa prispevajo k zmanjšanju možnosti nepravilnosti in zlorab.

Zaključek

Oblikovanje elektronske klinične poti je pomemben proces, v okviru katerega moramo določiti prioriteten fokus klinične poti, ki se bo oblikoval za najbolj pogoste primere in znotraj danih virov (človeških, finančnih, kapitalnih itd.) določene zdravstvene ustanove. Opisani primeri uvedbe elektronske klinične poti za dnevno bolnišnico in klinične poti za negovalni oddelek predstavljajo koristno ogrodje, s pomočjo katerega lahko lokalna zdravstvena skupnost zgradi svojo individualno klinično pot. Orodje nam jasno pokaže dve možnosti prikaza klinične poti v obliki diagrama poteka.

Elektronska klinična pot je na eni strani orodje za sledenje izvajanju aktivnosti in storitev v bolnišnicah, hkrati pa tudi informativno orodje za paciente. Poleg tega je orodje, ki predstavlja merilo presoje in primerjav tako za bolnišnice kot tudi za paciente. Izvajalci zdravstvenih storitev lahko preko elektronskih kliničnih poti dobijo najnovejše informacije o dobrih praksah glede določenih obravnav in o nacionalnih smernicah, ki se nenehno posodablja-jo glede na nova spoznanja. Pacienti lahko po drugi strani dobijo potrebne informacije o predvidenem poteku svojega zdravljenja oz. obravnave in primerjajo prakso v svoji lokalni zdravstveni ustanovi z drugimi praksami. Pomembne posredne koristi od uresničitve predlaganih informacijskih rešitev lahko nadalje pričakujejo predvsem upravitelji zdravstvenega sistema. Informacije, ki jih potrebujejo, bi tak sistem zagotavljal brez nepotrebnih podvajanj ali preskakovanja določenih korakov v zdravljenju pacienta, hitreje, bolj natančno, v večjem obsegu in tako rekoč v realnem času. Bolje, ceneje in hitreje obveščeni bodo lahko sprejemali kakovostnejše odločitve na področju operativnega menedžmenta, bolje sledili posledicam svojih odločitev ter hitreje ukrepali. Prenova procesov z intenzivno uporabo informatizacije

običajno postavi pod vprašaj smiselnost obstoječe organiziranosti, ki jo je ob projektu prenove procesov po pravilu treba premisliti na novo. Primerno zasnovana informacijska rešitev zato nudi enkratno priložnost ustanovitelju in lastniku sistema, da izboljšuje organiziranost sistema v celoti.

Z globalnega vidika elektronske klinične poti predstavljajo korak naprej pri organizaciji procesov in zbranih podatkov. Hkrati sledijo viziji prihodnosti informatiziranega zdravstva, ki zdravstveno diagnostiko tesno povezuje z velikimi podatkovji in računalništvom v oblaku, kot tudi z »mobilnim zdravjem«. Z informatizacijo in mobilnimi storitvami zdravstveni podatki postajajo lažje dostopni tako laikom kot tudi zaposlenim v zdravstveni ustanovi, s čimer je doseženo boljše informiranje, podpora odločanju in medsebojna komunikacija med pacienti in zdravstvenimi delavci. Obdelava velikih podatkovij omogoča lažjo dostopnost in preglednost informacij. Trenutna situacija kaže, da imajo slovenske bolnišnice oblikovanih še vedno manjše število kliničnih poti v primerjavi z bolj razvitimi zdravstvenimi sistemi. Prikazani primeri uvedbe elektronskih kliničnih poti predstavljajo vzor, ki mu je priporočljivo slediti tudi po drugih bolnišnicah v Sloveniji. V slovenskih bolnišnicah je namreč že oblikovanih kar nekaj papirnatih kliničnih poti, primerov uporabe elektronskih kliničnih poti pa še ni zaslediti. To področje je torej v primerjavi z drugimi razvitimi državami na splošno še v povojih. Prav tako nimamo nobenega spletnega portala, ki bi bil posameznim bolnišnicam v pomoč pri oblikovanju kliničnih poti in ki bi na enem mestu nudil zbrane strokovne standarde.

Literatura:

1. Kaplan, R. S., Norton, D. P. The balanced scorecard – Translating strategy into action. Boston: Harvard Business School Press; 2008.
2. Bryson, J. M. Strategic planning for public and nonprofit organizations: a

- guide to strengthening and sustaining organizational achievement, 4th edition. San Francisco: Jossey-Bass; 2011.
3. Robida, A., Kociper, B., Yazbeck, A. M., Kuhar, M., 2007. Vodstvo bolnišnic in kakovost zdravstvene obravnave. *Kakovost* 2007; 3: 17–22.
4. Berginc Dolenšek, A., Hajnrih, B., Kadivec, S., Kersnik, J., Kramar, Z., Lednik, L., et al. Metodološka priporočila za oblikovanje in uvajanje kliničnih poti. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2006.
5. Drummond, M. Sculpher, M. J., Torrance, G. W., O'Brien, B. J., Stoddart, G. L. *Methods for the economic evaluation of healthcare programmes*, 3th edition. New York: Oxford University Press; 2005.
6. Yazbeck, A. M. Introducing clinical pathways in the Slovene hospital (clinical) setting: professional cultures and changes in organizational behavior [magistrska naloga]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta; 2004.
7. Hindle, D., Dowdeswell, B., Yazbeck, A. M., 2004. Report of a Survey of Clinical Pathways and Strategic Asset Planning in 17 EU Countries. <http://www.bouwcollege.nl/pdf/english-573.pdf>.
8. Hindle, D., Yazbeck, A. M., 2005. Clinical pathways in 17 European Union countries: a purposive survey. *Australian Health Review* 2005; 29 Suppl 1: 94–104.
9. Rotter, T., Kugler, J., Koch, R., Gothe, H., Tworck, S., Oostrum, J. M., et al. A systematic review and meta-analysis of the effects of clinical pathways on length of stay, hospital costs and patient outcomes. *BMC Health Services Research* 2008; 19 Suppl 8: 265.
10. Orbanić, A., Yazbeck, A. M., Horvat, B., Grašič, K. Optimizing health care systems: working in current economic environment. In: Public health in the 21st century: programme: international conference, 15–16 September 2011. Izola: Visoka šola za zdravstvo; 2011. p. 59–60.
11. Grašič, K., Ferko, R. Optimizacija procesov in stroškovna učinkovitost v zdravstvu. In: Heričko, M., et al. eds. *Sodobne tehnologije in storitve: OTS 2012: zbornik sedemnajste konference*, Maribor, 13. in 14. junij 2012. Maribor: Fakulteta za elektrotehniko, računalništvo in informatiko, Inštitut za informatiko; 2012. p. 131–140.
12. Zhang, M. The application and practice of the electronic clinical pathway. *Journal of translational medicine* 2012; 10 Suppl 2: A57.
13. Vanhaecht, K. The impact of clinical pathways on the organisation of care processes [doktorska disertacija]. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven, Faculteit Geneeskunde; 2007.
14. Hajnrih, B., Kadivec, S., Kramar, Z., Marušič, D., Mate, T., Poldrugovac, M., et al. Priročnik za oblikovanje kliničnih poti. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2009.
15. Humphrey, A. SWOT Analysis for Management Consulting. SRI Alumni Newsletter. SRI International 2005; December 7–8.

O beguncih in času, ki prihaja. Času konfliktov

Mag. Miloš Židanik, dr. med., Vaše zdravje, d. o. o., Maribor
milos.zidanik@vasezdravje.si

V zadnjem obdobju, ko opazujem svet, v katerem živimo, se mi vedno bolj utrjuje prepričanje, da so humanistične smeri razumevanja človekove osebnosti v zmoti, ko trdijo, da se ljudje rodimo dobri. Realnost je, da se rodimo polni destruktivne agresije, pa čeprav znajo dojenčki pogledati s še tako čarobnim nasmeškom. Psihoanalitična teorija govori o potrebi nevtralizacije gonske energije, ko libido ali ljubezen nevtralizira destruktivno agresijo. Sicer obstaja možnost denevtralizacije pod zunanjim pritiskom, pa vendar naj bi bil to nek končan in zaključen osebnostni proces zorenja. Sam vidim ta proces kot nikoli zaključen in trajno dinamičen. Opažam, da destruktivna agresija v ljudeh ni nikoli povsem nevtralizirana. Pravzaprav se moramo ves čas truditi s svojo budnostjo v vsakodnevnih življenjskih odločitvah, da se ne prepustimo krepitvi destruktivne agresije. Zavist, privoščljivost, aroganca, cinizem in nespoštljivo vedenje jo krepí. Kot tudi odločitev za poklice, povezane z orožjem – vojska, policija, mesarji, in konjički, vezani na orožje – lovci, ribiči, streljanje. Vsi agresivni vtisi – risanke, računalniške igrice, filmi. Naš svet je prepoln teh vtisov.

Konec januarja smo se z družino odpravili v Beograd. Namen potovanja je bil izključno iz našega udobnega vsakdanjega sveta – sin je imel klavirsko tekmovanje. So nas pa že vsaj mesec dni vsakodnevno spremljale zgodbe in fotografije beguncev iz Afganistana in Pakistana, ki v Beogradu živijo v nemogočih razmerah. V strahu pred deportacijami, ker jim oblasti (evropske) ne priznavajo več statusa begunca, spijo na tleh v garažah (garažnih hišah brez sten, le s

streho nad glavo) in v starih barakah železnice. Ko sem prezebal na poti od doma v službo, iz enega toplega prostora v drugega, sem se spraševal, kako lahko tam ljudje v takih razmerah spijo brez primernih oblačil in obutve. Moja žena je bila pobudnik družinske donacije, kar pomeni, da smo zbrali kar precej oblačil, kolikor jih je pač šlo v naš družinski avto, opravili smo nakup sredstev za prehladna obolenja, nakupili smo nekaj sladkarij – in se odpravili. V glavi in srcih so odmevali številni scenariji, od katerih sva si nekatere s soprogo delila, drugih tudi ne. Mene je spremljala zgodba osemletnega dečka s pljučnico, ki v preprični in od odprtega ognja zadimljeni hali čaka na vrnitev brata s Hrvaške. Najverjetneje zaman. Povsem sam, brez staršev. Po eni strani mi je bilo najbližje vodilo mojega poklica – ko je pod vprašajem življenje, najprej pomagaj, šele potem se iščejo administrativne rešitve. Za ta primer sem v avto dal še staro vojaško platno. Verjetnost, da bodo naš avtomobil z majhnim otrokom v njem pregledovali na meji, je bila resnično majhna. Po drugi strani – kaj potem? Potem, ko otrok pride k sebi. Potrebuje izobrazbo. Šolo. Papirje. Kako je prišel sem? S tem takoj postanem kriminallec. In tudi razumem sistemsko prepoved, ki je v zaščito osemletnih otrok. Razlogi, zakaj bi jim kdo želel »pomagati«, so lahko zelo različni. Bal sem se izgube otrokove identitete, njegove iztrganosti iz naroda, kulture in vere. Osem let je še prenizka starost, da bi lahko bile te vsebine v zadostni meri utrjene in ponotranjene. Bal sem se, da bi v želji, napraviti nekaj dobrega, dejansko nekemu škodil. V življenju imamo

pogosto opravka s slabimi in manj slabimi odločitvami. V tem primeru preprosto nisem vedel, katera odločitev je manj slaba. Zame (ter s tem za vso mojo družino) in za otroka, ki ga še nisem poznal.

Po nujnih opravkih našega sveta smo se tako odpravili še v drug svet. Že prej je soproga vzpostavila stik z eno izmed koordinatork humanitarnih aktivnosti za begunce v Beogradu in že po elektronskem stiku sta začutili medsebojno naklonjenost. Tako smo se sprva srečali z jugonostalgijo – srbsko, pa tudi najino. Resnično veliko nepotrebnih smrti in uničenja. Čemu? Pa o tem nismo govorili, le brali drug drugemu med vrsticami, ko smo si izražali naklonjenost. Iz zelo različnih svetov, pa vendar v marsičem zelo podobni. S soprogo nama je bilo skoraj nerodno, ker sva prišla iz tako privilegiranega sveta. Srečala sva žensko, ki že dve leti vse svoje moči podarja beguncem. Na robu izgorelosti, polna frustracij. Prav takrat, ko smo bili pri njej, je pričakovala večjo donacijo iz Ljubljane, a ker je prihajala s kombijem, so jih kljub vsem urejenim papirjem (ki so jih urejali 14 dni) na meji med Hrvaško in Srbijo vedno znova zavračali.

In potem srečanje z begunci. S ponižanimi, ki jim je bilo odvzeto vsakršno dostojanstvo. 16-letni Ahmet, ki so mu policisti pomahali, naj pride bliže, in ko se jim je približal, so ga pretepli. Pač zato, ker so to lahko storili. 17-letna brata dvojčka iz Iraka sta kazala – eden zlomljen, slabo zarasel nos, drugi z nožem po členku porezan prst. Policija na madžarski meji. Obžalovanje. Da sta se bratranca iz Afganistana registrirala na Madžarskem, kot jim je bilo naročeno. Po osmih mesecih, ko sta že bila v Avstriji, so ju deportirali na Madžarsko, ker so jima tam že odvzeli prstne odtise. In iz Madžarske v



Srbijo. Upanja. Da bodo čez štiri mesece padle meje in da bodo smeli naprej. Blago opozorim, naj na to ne računajo preveč, da se bojim, da gredo stvari prej v drugo smer. Zamolčim, da je to razlog odhoda Anglije iz Evrope in da je prej verjetno, da bodo čez štiri mesece na mejah tanki. Menda je v Turčiji na beg v Evropo pripravljenih 15 milijonov ljudi. Kamorkoli pogledam, vsepovsod nežni, hvaležni, nasmejani obrazi. A zavedamo se, ko jih opazujemo, da jih bodo naši vojaki in policisti brez razloga pretepli enkrat preveč. In takrat ljubezen, ki jim sedaj še sije iz oči, ne bo več zmogla nevtralizirati njihove agresije. In takrat bo konec.

Zavedam se, da ni dobrih rešitev. Za te je že dolgo prepozno. Pa tudi ameriški politiki, ki so si vzeli v roke škarje in platno ljudstev Iraka, Sirije, Jemna, Afganistana, Pakistana in vsepovsod drugod, tudi Srbije, nikoli niso slišali jezika ljubezni, samo agresije in denarja. Igra moči, ki jo tako dobro obvladajo, je igra agresije. Pa saj tudi Slovenci nismo imuni na agresijo. Bolj so ljudje deprivilegirani, bolj se znamo z agresijo spraviti

nanje. Tudi na begunce. Še posebej nanje. Tudi sistemsko. In, neverjetno, sicer tako razklana politika si je v tem osupljivo enotna. Kako postaviti ovire, kako preprečiti vstop.

Ko bo pred našimi vrati milijon beguncev, jih ne bomo mogli ustaviti. Če bodo naši tanki začeli streljati, bodo najprej ubili, kar je še ostalo dobrega v nas. Potem bodo pobili lep del beguncev. In potem bodo begunci pobili nas. Če bodo slučajno pobili vse begunce, se bomo naenkrat znašli v državi, ki bo v agresiji požrla samo sebe. Ko človek dvigne puško na drugo nedolžno bitje, mora najprej ubiti dobro v sebi, da lahko ubije drugega. In ko drugih ni več, dvigne puško na svoje družinske člane in prijatelje. Temu se potem strokovno reče PTSD (posttravmatska stresna motnja), izraz, ki je zaradi pogoste rabe že dolgo del vsakdanjega jezika. To je torej v vsakem primeru slaba odločitev.

Če odpremo vrata in spustimo begunce v državo, odpremo vrata ljubezni. Kaj se bo potem zgodilo, ne vem. Niti ne morem vedeti. A to potem ni več v mojih, v naših rokah.

Odnos je vedno stvar dveh. Ta trenutek smo mi močnejši in imamo moč. Del te svoje moči lahko odložimo na račun skupnega sobivanja. Drugim lahko damo prostor. Kar nekaj ga je. Naš svet bo barvitejši in bogatejši. Je priložnost. Marsikaj se lahko od beguncev naučimo. Predvsem to, da naš svet ni samoumeven, da je dragocen in da ga moramo varovati in obvarovati za vse Zemljane. Če se bodo odvijali neprijazni, črni scenariji, to potem ni stvar naše odgovornosti, temveč tistega, ki jih bo ustvaril in sprožil. Mi bi v tem primeru samo odprli vrata in ponudili roko. Res bi se izpostavili in postali bolj ranljivi. A ne bi bili mi tisti, ki bi ugasnili upanje na boljši jutri, to ne bi bila več stvar naše odgovornosti.

Naš tretji dan obiska Beograda smo šli na Kalemegdan in obtičali med srednjeveškimi mučilnimi napravami. Očitno smo potrebovali dokaz, da se človeštvo v vseh tisoč letih ni prav nič spremenilo. Nesmiselna destruktivna agresija, zloraba moči institucij in trpljenje nemočnih na vsakem koraku. V preteklosti in danes. Lov na čarovnice v srednjem veku, lov na čarovnice danes.

Ko smo se vračali, smo se vračali trije. Tistega osemletnega fantiča nismo srečali. Naša srbska prijateljica ga ni poznala osebno, čeprav je zanj slišala. Tako sem zanj samo pustil škatlico antibiotikov. Nisem vedel, ali me prevzema občutek olajšanja ali obžalovanja, da ga nismo srečali. Na poti domov nas niso niti enkrat pregledali, le pokimali so in usmerili naprej.

Bojim se, da nas kmalu čaka dilema, kaj storiti ob množici beguncev. Ne vem, ali mi bo v olajšanje, da bodo odločitev sprejemali politiki. Tako so že nakazali, kaj se bo zgodilo – s sprejemanjem restriktivnejše zakonodaje. Bojim se vseh sovražnih govorov, ki se bodo zgrinjali v medijih, od TV, časopisja, do družbenih omrežji. Bojim se podpihovanja sovraštva in destruktivne agresije. Bojim se Slovencev.

Zdravstveni centri? Mi zdravniki to znamo!

(Gerd M. Ivanic)

Prevod in priredba: Marjan Kordaš, Ljubljana
marjan.kordas@mf.uni-lj.si

Za politiko je to »zdravstveni obrat«, v katerem bodo tudi zdravniki. Za razvoj nepremičninskih podjetnikov je to bolezenski poskus, da bi zapolnili prostore. Za zdravnike to pomeni možnost delati v timu, v katerem se strokovna področja prekrivajo in v katerem imajo vsi dostop do skupnih virov. Doslej so bile te možnosti pravno zelo omejene. Zdravnik ne more zaposliti zdravnika.

Zdaj, ko je politika začela spoznavati velikanški potencial zdravniških centrov, naj bi vse to postalo možno.

V zdravniškem (zdravstvenem) centru bo pacient tisti, ki bo najbolj pomemben. V dobro delujočem zdravstvenem centru so naloge in pristojnosti razdeljene med zdravnike, terapevte in organizacijske time. V najboljšem primeru se zdravniku ne bo treba ukvarjati z nemedicinskimi nalogami. Slednje se začne z dogovarjanjem za termine, položaj, parkirne prostore, vse do opreme z računalniki.

Vsi prostori za obravnavo bolnikov imajo enako osnovno opremo: računalnik, tiskalnik, pisalna miza, umivalnik, milnik, obešalnik za brisačo, razkuževalnik ter elektronsko nastavljivo ležišče. Le v psihiatričnih oddelkih bo kavč namesto ležišča. Dodatna oprema glede na specialnosti: sonografija, tehnika, EKG, centrifuga, merilnik tlaka, ginekološki stol, otorinola-

ringologija itn. Tako je možna standardizacija in vsi prostori morajo ustrezati kakovostnim merilom ÖQMed.

Prednosti za zdravnika:

- možnost delovanja v interdisciplinarnem timu;
- zelo majhni začetni stroški;
- na voljo celotna infrastruktura in logistika.

Vir: AERZTE Steiermark,
januar 2017

Opomba: Zvezna ter vse deželne zdravniške zbornice ostro nasprotujejo politiki (ministrici dr. Sabine Oberhauser), ki postopno uvaja reformo zdravstvenega sistema. Primarna oskrba bo – menda po vzoru iz skandinavskih držav – prenesena v zdravstvene (zdravniške?) centre. Tako je v medijih govora o »podržavljenju« in v februarju so napovedane stavke zdravnikov ter protesti pacientov. Članek zgoraj se mi zdi zanimiv zato, ker po eni strani opisuje funkcijsko zgradbo takšnega centra (ki se zdi podobna našim zdravstvenim domovom), po drugi strani pa se zdi, da avtor ni na istem stališču kot vse ostalo avstrijsko zdravništvo.



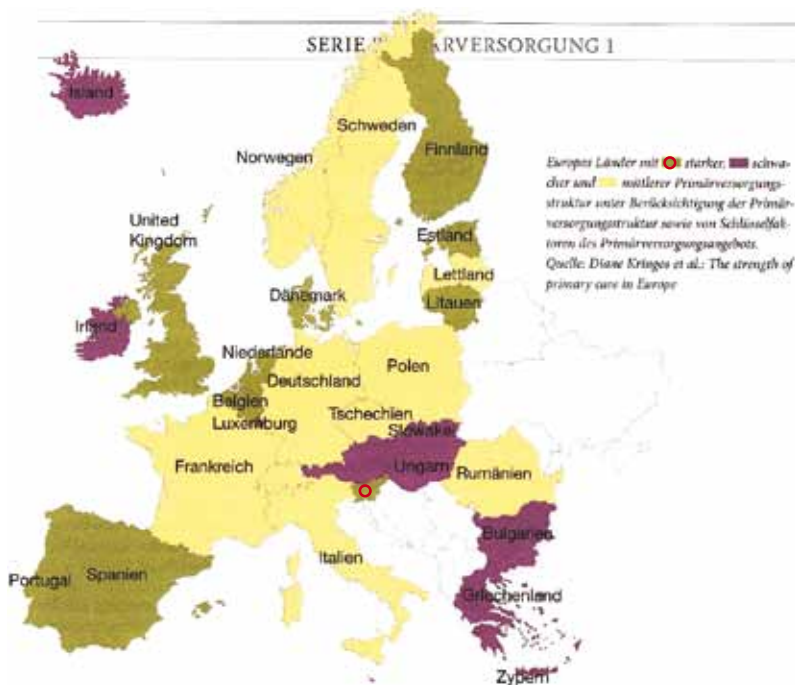
Mi in drugi

(Stefan Korsatko)

Prevod in priredba: Marjan Kordaš, Ljubljana
marjan.kordas@mf.uni-lj.si

»Primarna oskrba« je po »centru primarne oskrbe« nekakšna *beseda leta 2016* v avstrijskem zdravstvenem sistemu. Medtem ko se nekateri na to besedo odzivajo naravnost aler-

gično, pa drugi komaj zmorejo prikrivati svojo očaranost, da se *Primary Health Care* po dolgoletnem spanju kot Trnuljčica prebujata tudi v Avstriji.



Leta 2011, v neki evropski raziskavi, se je Avstrija znašla skupaj z Madžarsko, Grčijo, Irsko, Islandijo in Turčijo v skupini, ki je bila označena, da ima šibek sistem primarnega zdravstva.

Kaj pa se pravzaprav skriva pod pojmom *Primary Health Care*? Za to serijo člankov uporabljamo definicijo, ki je bila postavljena leta 1978 v Alma-Ati. Po tej definiciji je *Primary Health Care* bistvena in osrednja sestavina vsakega zdravstvenega sistema.

Zdaj, 48 let po sprejetju definicije v Alma-Ati, ko je primarna oskrba opredeljena kot osrednja prvina vsakega zdravstvenega sistema, se je v zgodovini Avstrije zgodilo prvič, da so se zveza, dežele in socialno zavarovanje pogodbeno zavezali, da bodo »koncipirali multiprofesionalno in interdisciplinarno primarno oskrbo ter da bodo modele primarne oskrbe udejanjili«.

V tej seriji člankov si hočemo ogledati, kakšna je *Primary Health Care* v izbranih evropskih državah. Tako hočemo v deloma čustvene razprave o prihodnji primarni oskrbi v Avstriji vnesti čim bolj veljavne informacije. Čim bolj informirani bomo vstopali v te spremembe, tem manj se bomo počutili ogrožene in bomo zmogli spremembe aktivno in konstruktivno sooblikovati.

Vir: AERZTE Steiermark, januar 2017

Opomba: Osrednja sestavina članka je zemljevid Evrope (oz. Evropske unije), na katerem so označene države s t.i. krepko, šibko ter srednjo primarno oskrbo. Naj jih naštejemo:

Krepka primarna oskrba: Portugalska, Španija, Slovenija, Litva, Estonija, Finska, Nizozemska, Belgija, Luksemburg.

Srednja primarna oskrba: Francija, Italija, Nemčija, Češka, Poljska, Latvija, Švedska, Norveška.

Šibka primarna oskrba: Malta, Ciper, Grčija, Bolgarija, Madžarska, Avstrija, Irska, Islandija.

Podobne podatke najde bralec tudi v članku *Primärversorgung: Einfache Antworten gibt es nicht* (Primarna oskrba: Preprostih odgovorov ni). Tudi v tem članku je razpredelnica, v kateri je med »krepkimi« Slovenija poleg Španije, Anglije, Portugalske, Finske itn. Med »šibke« je uvrščena Avstrija poleg Malte, Grčije, Irske itn.



O varovanju duševnega zdravja otrok in mladostnikov – aktualna tema sedanjega časa

Prim. Anica Mikuš Kos, dr. med., Slovenska filantropija

Zakaj je potreben razmislek

Duševno zdravje otrok in organizacija strokovnih služb za njegovo varovanje sta danes aktualni temi v mednarodnem in v slovenskem prostoru. Vzrokov za to je nemalo. Preden jih nekaj naštejemo, naj pojasnim, da označevalec »otroci« uporabljam v skladu z opredelitvijo agencij Združenih narodov za osebe v starosti od 0 do 18 let.

Skupek lastnosti, ki tvorijo duševno zdravje – ne le odsotnost bolezni, temveč tudi obvladovanje vse večjih zahtev po mentalnih zmogljivostih (kognitivnih, socialnih, psihični odpornosti, zmogljivosti obvladovanja ovir in težav) – postaja vse pomembnejši v sodobnem svetu. To je v svetu, ki se naglo spreminja, in zlasti v svetu, ki tako močno ceni uspešnost.

Danes prepoznavamo duševno zdravje kot družbeni kapital, kar odraža tudi opredelitev SZO 2005 (WHO, 2005): »Duševno zdravje in dobro počutje sta osnova kakovostnega življenja, omogočata ljudem, da doživljajo življenje kot smiselno, da so ustvarjalni in aktivni državljani. Duševno zdravje je bistvena komponenta socialne kohezije, produktivnosti, miru in stabilnosti, ki prispeva k socialnemu kapitalu in ekonomskemu razvoju družbe.«

Pobuda za povečan interes za duševno zdravje otrok prihaja tudi iz ugotovitev o zvezah med duševnimi motnjami v otroškem obdobju in v odrasli dobi. Copeland s sodelavci (2013) ugotavlja, da je od 50 do 70 odstotkov odraslih s psihiatrično boleznijo imelo prepoznavne zametke motenj ali motnje že v otroštvu ali adolescenci.

Duševne motnje otrok in odraslih predstavljajo velik neposreden in posreden strošek za državo in družbo. Posledice duševnih motenj v

otroškem obdobju sežejo ne le na področje zdravstva, temveč tudi na področje izobraževanja, otroškega varstva, socialnega varstva, kriminalitete in drugih. Pri teh obremenitvah je pomembna količinska razsežnost problema. Ocena, ki izhaja iz epidemioloških raziskav, je, da ima od 10 do 20 odstotkov otrok duševne motnje. Ko govorim o duševnih motnjah, imam v mislih pojave, ki ustrezajo mednarodnim klasifikacijam duševnih motenj. Metaanaliza 41 raziskav v 27 državah iz vseh delov sveta, opravljenih med letoma 1985 in 2012, je pokazala povprečno svetovno prevalenco 13,4 odstotka duševnih motenj v otroštvu in adolescenci. Posamične motnje so prisotne v povprečju takole: motnje anksioznosti 6,5 odstotka, depresivne motnje 2,6 odstotka, ADHD 3,4 odstotka, razne oblike motenj vedenja skupaj 5,7 odstotka (Polanczyk idr., 2015).

V doslej naštetih utemeljitvah manjka argument zmanjševanje trpljenja otrok in obremenitev odraslih oseb, ki skrbijo za otroka. Trpljenje je v svetu, naravnano na delovanje in uspeh, odrinjeno na rob pozornosti in interesa tistih, ki so poklicani, da kaj rečejo. Najbrž tudi zato, ker trpljenje nima izračunane ekonomske vrednosti.

Duševnozdravstvene službe za otroke

Mnoga razmišljanja o možnostih varovanja duševnega zdravja otrok so usmerjena v dejstvo, da mentalnohigienske službe nudijo pomoč – zdravljenje razmeroma majhnemu številu otrok. Nekaj podatkov za ilustracijo: Layard in Hagell (2015) ugotavljata, da v bogatem svetu le četrtina otrok, ki bi potrebovala specialistično pomoč, prejme takšno pomoč. Murphey s sod. (2013) ugotavlja, da ima v ZDA eden od petih mlado-

stnikov duševne motnje, ki jih je možno diagnosticirati na osnovi klasifikacije DSM-V. Te motnje so eden vodilnih vzrokov delovnih in socialnih disfunkcij mladostnikov. Velika večina mladostnikov z duševnimi motnjami (od 60 do 90 odstotkov) ne poišče pomoči strokovnih služb. Britanska raziskava (Goodway, 2014) kaže, da 25 odstotkov otrok z duševnimi motnjami prejema strokovno pomoč. Wölflle s sodelavci (2014) ugotavlja v svoji raziskavi, da je v Nemčiji 15 odstotkov otrok z duševnimi motnjami v starosti od 11 do 18 let ter da je le 18,6 odstotka teh otrok zdravljenih v mentalnohigienskih službah. Takšni podatki so znani že desetletja, vendar se je stroka za čuda malo zanimala in spraševala o tem pojavu.

Med vzroki za razkorak med potrebami in koriščenjem služb običajno navajamo na prvem mestu količinsko nezadostnost razpoložljivih služb. Vendar so vzroki za nekoriščenje mentalnohigienskih služb mnogo širši. Iskanje pomoči za otroka je odvisno od otrokovih staršev. Mnogim staršem so službe nedosegljive zaradi materialnih in praktičnih preprek, drugi so premalo poučeni o možni koristi, mnogi se bojijo stigmatizacije. Mnogi mladostniki, zlasti oni z motnjami iz disocialnega kroga, ne želijo postati bolniki in se zdraviti pri strokovnjakih, katerih poklic se pričenja s »psi«. Poleg tega organizacija in filozofija delovanja strokovnih služb ne ustrezata potrebam nekaterih skupin potencialnih porabnikov. Premalo so prilagojene marginalnim skupinam, v katerih je število otrok s težavami največje.

Vsi članki in poročila, ki prikazujejo razkorak med potrebami in porabo strokovnih služb, pozivajo k razvijanju cenejših in bolj dostopnih načinov pomoči otrokom s težavami in duševnimi motnjami. Med te sodijo predvsem vgrajevanje strategij in dejavnosti varovanja duševnega zdravja v osnovno zdravstveno varstvo in v šolo, aktiviranje in vključevanje paraprofesionalnih in laičnih

psihosocialnih pomočnikov ter raba spletnih programov, pametnih telefonov in drugih sodobnih tehnoloških sredstev.

Današnji pogledi na varovanje duševnega zdravja

Če razmišljamo v javnozdravstveni in epidemiološki perspektivi, je seveda na prvem mestu preprečevanje. Vendar smo v filozofiji preprečevanja ogrožajočih dejavnikov postali bolj realistični in prepoznali, da množice velikih škodljivih vplivov ne moremo preprečiti – to so vojne, terorizem, neugodne socialne okoliščine – prav tako pa tudi ne mnogih disfunkcij družin in institucij. Ob tem se je pojavil nov pogled na duševno zdravje: koncept varovalnih dejavnikov. Varovalni dejavniki in procesi so vplivi in dogajanja, ki ščitijo otroka, izpostavljenega ogrožajočim vplivom, pred nastankom ali vzdrževanjem motenj. To so lastnosti in okoliščine, ki so prisotne pri posamezniku ali skupini in povečujejo njegovo psihično odpornost, ga varujejo pred dejavniki tveganja in pred razvojem duševne motnje. Večajo verjetnost pozitivnega in zmanjšujejo verjetnost neugodnega izida ob izpostavljenosti travmatskim dogodkom, izgubam ali dolgotrajnim neugodnim okoliščinam. Prisotnost varovalnih dejavnikov ohranja duševno in psihosocialno zdravje ter ustrezno delovanje posameznika, ki je izpostavljen dejavnikom tveganja biološke, družinske ali socialne narave.

Na koncept varovalnih dejavnikov se je nadgradil koncept psihične odpornosti. Zanj najdemo različne opredelitve: lastnost, ki omogoča okrevanje, potem ko je človek doživel hudo prizadetost (izgubo, travmo ...); dober izid, kljub izpostavljenosti številnim dejavnikom tveganja glede duševnih ali psihosocialnih motenj; sposobnost obvladovanja težav v zelo neugodnih okoliščinah; sposobnost dobrega delovanja pod pritiski in ob težavah.

Paradigma, ki ima veliko uporabno vrednost za varovanje duševnega zdravja, je celostni, kompleksni pogled na duševno zdravje in duševne motnje. Najbolj razumljivo jo izrazi Bronfenbrennerjev ekosocialni sistemski razlagalni model (Bronfenbrenner, 1992). Na duševno zdravje in psihosocialno dobrobit vpliva celota življenjskih okolij in njihovih vzajemnih odnosov v preteklosti in sedanjosti. Osnovna ideja ekosocialnega pristopa je, da so vsi pod sistemi otrokovega življenja med seboj povezani in sovpilni. Nekateri so bolj vplivni, recimo družina in šola, drugi manj, odvisno tudi od otrokove starosti. Otrok je del svojega življenjskega sistema. Vsak pod sistem lahko vsebuje ogrožajoče in varovalne dejavnike. Sprememba v enem delu sistema oz. v enem pod sistemu lahko bolj ali manj vpliva tudi na druge pod sisteme. Tudi če ne moremo odpraviti negativnih vplivov v enem pod sistemu, lahko okrepimo ali uvedemo pozitivne vplive v nek drug pod sistem. Ker deli sistema vplivajo eden na drugega, lahko interveniramo na enem področju in dosežemo rezultate na drugem. Npr. otroku, ki živi v zelo neugodnih družinskih okoliščinah, na katere ne moremo vplivati, lahko veliko pomagajo pozitivni vplivi šole – sprejetost med vrstniki, podpora učitelja, uspešnost, odpiranje upanja za prihodnost. Iz te ideje se je porodilo načelo ekvifinalnosti: k izboljšanju lahko vodi več različnih poti. Ekosocialni pristop širi prostor zaščite duševnega zdravja otrok, zlasti je prikazal vire za pomoč otrokom s težavami v običajnih življenjskih okoljih.

V stroki se nakazujejo nove perspektive. De Jong J. (2014) napoveduje premik od diagnostike in epidemiologije, ki slonita na sedanjih (v veliki meri poljubnih) klasifikacijah duševnih bolezni. Posamezne težave naj bi se merile izolirano na skali intenzivnosti (podobno kot temperatura ali krvni pritisk). Namesto: Ali je ta duševna motnja prisotna? se bomo spraševali: V kolikšni meri je nek

pojav težave prisoten pri otroku? Stiske in težave so prisotne, še preden lahko postavimo klinično diagnozo, in otroci potrebujejo pomoč že pred diagnozo. Vendar ta pomoč naj ne bi bila specializirana strokovna pomoč. Pri težavah manjše intenzivnosti (npr. nespečnosti, tesnobi ...) bi otrokom pomagali z nizkopraznimi oblikami pomoči. Tako bi znatno manj otrok imelo diagnoze in znatno več otrok prejelo pomoč. Pri tem bo prišlo do razporeditve nalog med specializiranimi mentalnohigienskimi službami in nespecializiranimi službami in institucijami, paraprofesionalnimi in laičnimi pomočniki v skupnosti in njenih institucijah. Tako se bodo zmanjšale potrebe po dragih in nezadostnih strokovnih službah. Nov pristop imenujejo »stopenjski« model, ki je osnovno vodilo psihosocialne pomoči otrokom v izjemnih okoliščinah in množičnih nesrečah z ogromnim številom otrok, ki potrebujejo pomoč.

In ne nazadnje, veliko smo se tudi naučili od otrok vojne – iz tragičnega naravnega eksperimenta, v katerega je vključenih na deset tisoče ali sto tisoče otrok. Otroci vojne so doživeli najtežje izkušnje – izgube, skrajno travmatska doživetja, izpostavljenost številnim ogrožajočim dejavnikom. Ob otrocih vojne prepoznamo vrednost systemskega in ekosocialnega pristopa za preprečevanje trajnih motenj in za okrevanje. Ugotovimo, da imajo kakovost življenje – normalizacija, sprejetost, varnost, šolanje tudi brez psihoterapij pozitiven vpliv na številne otroke vojne. Prav tako ugotovimo, da se da za otroka narediti veliko zaščitnega tudi zunaj družine. Iz izkušenj s psihosocialno pomočjo otrokom vojne se lahko veliko naučimo tudi za varovanje duševnega zdravja otrok v mirnih časih. Skupni imenovalec otrok vojne in otrok miru je majhno pokritje potreb s strani strokovnih služb. Seveda je pokritje pri prvih še znatno manjše, pravzaprav številčno zanemarljivo. Odpirajo se vprašanja, kako doseči večje število otrok z omejenimi viri – finančnimi,

strokovnimi, organizacijskimi in ob omejenem interesu staršev za strokovne oblike pomoči. Ob otrocih vojne smo prepoznali vrednost kako- vosti življenja, podpornih socialnih mrež, dobrega delovanja institucij za otroke (šola, vrtec, osnovno zdrav- stvo) in nizkopraznih psihosocialnih programov za otrokovo okrevanje in varovanje duševnega zdravja. Ta spoznanja se vgrajujejo v nove pogle- de na možnosti varovanja duševnega zdravja v državah zahodnega sveta z visoko ekonomsko ravno.

Nove perspektive

Najprej: duševno zdravje otrok nikakor ni odvisno le od delovanja mentalnohigienskih služb. Te so le majhen kamenček v mozaiku vplivov, vendar imajo pomembno vlogo in predstavljena razmišljanja gredo v smer večanja njihove vloge.

Razkorak med potrebami in viri pomoči je tudi v razvitem svetu ogromen (Williams, 2015). Očitno je, da zgolj večanje števila strokovnjakov ne bo moglo rešiti problema. Potreb- ne so spremembe v načinu delovanja strokovnih služb. Od tod vse bolj razširjeno in perspektivno videnje o širjenju kroga virov pomoči otrokom v stiski, strategije, ki nosi ime »podeli- tev nalog in prenos nalog« (»task sharing and task shifting«) (Jordan M. S. et al., 2014). Na kratko poveda- no: pomoč specialistov naj bila name- njena le otrokom z najtežjimi mot- njami, za druge pa naj bi se aktivirali viri pomoči v skupnosti, institucijah za otroke, socialnih mrežah in razvija- li nizkoprazni programi. V teh dejavnostih in programih je mental- nohigienski strokovnjak v vlogi načrtovalca, svetovalca, zagovornika otrokovih pravic. Osnovni izvajalci pa so osebe, ki tvorijo otrokov vsakdan – osebe iz ožje socialne mreže, učite- lji, vzgojitelji, zdravstveni delavci v osnovnem zdravstvu, prostovoljci.

V tej perspektivi se pojem terapije dopolnjuje – in to znatno dopolnjuje, s pojmom psihosocialne pomoči. V širšem pomenu besede je psihosocial-

na pomoč vsako dejanje, ki je usmer- jeno k drugi osebi, družini ali skupno- sti s ciljem zmanjšati stisko, odstraniti neugodje, trpljenje, psihosocialne težave ter pospešiti proces okrevanja.

Psihosocialna pomoč naj bi bila vgrajena v delovanje osnovnih institu- cij za otroke, kot so otroško varstvo, vrtci, šola, nevladne organizacije, prostočasne dejavnosti, in naj bi bila del socialnega tkiva delovanja teh institucij in organizacij. Zelo učinko- vito lahko delujejo kot psihosocialni pomočniki učitelji, vzgojiteljice v vrtcu, zdravniki, medicinske sestre ali osebe iz kakih drugih poklicev na področju vzgoje in izobraževanja, zdravstva, socialnega varstva ali mladinskih aktivnosti. Te osebe niso mentalnohigienski strokovnjaki, imajo pa veliko znanj o otrokovi duševnosti in psihosocialnem razvoju, predvsem pa imajo veliko priložnosti za nudenje podpore in pomoči otroku v stiski in njegovim staršem. Zanje v anglofonskem slovstvu uporabljajo tudi izraz paraprofesionalni pomočni- ki. Delovanje teh strokovnjakov je lahko vgrajeno v njihovo redno poklicno delovanje ali pa v posebne programe psihosocialne pomoči otrokom.

Psihosocialni programi so bolj ali manj organizacijsko in vsebinsko strukturirana oblika podpore in pomoči otrokom v stiski. Običajno gre za skupinske oblike dela, namenjene neposredno otroku. Cilj je razvijanje socialnih veščin, krepitev sposobnosti obvladovanja težav, pridobivanje novih pozitivnih izkušenj. Pogosto se pri otroku psihosocialna pomoč kombini- ra z učno pomočjo. Toda učna pomoč ni nekaj, kar se dogaja v socialnem vakuumu. Vsebuje odnos med pomoč- nikom in otrokom, torej tudi psihoso- cialno komponento. Izvajalci psihoso- cialnih programov so lahko usposobljeni laiki, ki delujejo ob mentorstvu strokovnjaka, mladinski animatorji, učitelji, vzgojitelji in pripadniki drugih poklicev, ki se ukvarjajo z otroki, ali mentalnohigien- ski delavci. Stopnja usposobljenosti je odvisna od zahtevnosti programa.

Ozaveščanje, informiranje in izobraževanje na področju duševnega zdravja otrok (to, kar imenujemo psihoedukacija) so predvsem programi, namenjeni otrokovemu okolju – staršem, učiteljem in vzgojiteljem, pri katerih poskušajo razviti boljše razumevanje otrokovih težav, večjo podporo otroku in spremembe v ravnanju z otrokom. To je dober primer, kako strokovnjaki – izobraževalci delijo svoje znanje z osebami, ki tvorijo otrokov vsakdan, jih opolnomočijo in motivirajo za podporo otroku. Programi za starše v prvih letih otrokovega življenja – v prvih 1000 dneh – so pokazali svojo vrednost na področju varovanja duševnega zdravja otrok. Da bi imeli ti programi širši vpliv na duševno zdravje otrok v skupnosti, bi morali zajeti kritično maso staršev in ne bi smeli biti posamični dogodek za majhen odstotek staršev.

Nizkoprazna pomoč

Takšna koncepcija varovanja duševnega zdravja otrok je pripeljala v miselni in pogovorni prostor oznako »nizkoprazne oblike pomoči«. V angleščini je v rabi »low intensity activities«, torej dejavnosti nizke intenzivnosti. To pomeni, da je raven pomoči nižja kot običajne terapevtske obravnave. Obenem pomeni, da so človeški viri za izvajanje dejavnosti na nižji ravni specifičnih znanj in izkušenj od onih, ki jih imajo mentalnohi-giensi specialisti in strokovne službe. To omogoča nudenje pomoči otrokom v stiski tudi takrat, ko ni dovolj strokovnjakov, torej tudi v stvarnosti razvitega sveta, in omogoča dostop do pomoči velikemu številu otrok (WHO, 2014).

Ko govorimo o vgrajevanju strategij zaščite duševnega zdravja otrok v vsakodnevne življenjske prostore, imamo v mislih predvsem šolo. Osnovna in srednja šola sta za mnoge otroke prostor stresnih, marsikdaj tudi travmatskih doživetij. Toda vključenost v šolo je za veliko večino otrok, izpostavljenih preteklim ali sedanjim okoliščinam, ki ogrožajo duševno

zdravje, tudi varovalni dejavnik. Šola varuje duševno zdravje otrok s preprečevanjem stresov, travm, slabih izkušenj, na drugi strani pa s tem, da krepí pozitivne izkušnje otroka na socialnem področju in na delovnem področju, njegovo samozaupanje, samopodobo, ga opremlja s strategijami obvladovanja težav. Morda najpomembnejša lastnost osnovne šole v tem kontekstu je, da vključuje vse otroke in imajo vsi otroci možnost prejemati nizkoprazno psihosocialno pomoč.

Nevladne organizacije ali, kot jih danes imenujemo, *organizacije civilne družbe* imajo premalo prepoznano vlogo v zaščiti duševnega zdravja otrok. V njihovem okviru lahko delujejo brezplačne interesne in kreativne dejavnosti za otroke, učna pomoč prostovoljcev, posvetovalnice za mlade in druge strokovne dejavnosti, skupine za samopomoč staršev otrok z motnjami (npr. avtizmom, specifičnimi učnimi težavami).

Veliko danes poudarjajo vrednost aktivnega sodelovanja otrok in mladih pri varovanju lastnega duševnega zdravja in vzajemne medvrstniške pomoči ob stiskah.

Med nizkoprazne strategije pomoči otrokom v stiski sodi tudi koriščenje digitalnih sredstev za varovanje duševnega zdravja. Splet, elektronske igrice in pametni telefoni so zaradi svoje razširjenosti in priljubljenosti med mladimi danes vse bolj v rabi za duševnozdravstvene pristope.

Vrednost nizkopraznih oblik psihosocialne pomoči strokovnjaki pogosto podcenjujejo in jih zane-marjamo. Vendar raziskave kažejo, da nizkoprazni psihosocialni programi pomagajo številnim otrokom in da psihosocialno kakovostne in obogatene institucije in službe (npr. otroško zdravstvo in šole) delujejo varovalno na duševno zdravje otrok. Opisani pristopi, ki angažirajo večje število oseb v skupnosti in običajne institucije za otroke, pa imajo tudi širše stranske učinke. Izboljšujejo psihosocialno klimo, skrb za duševno zdravje vseh

otrok v institucijah in v skupnosti, ne le tistih, ki potrebujejo podporo ali pomoč.

Zaključna misel

Najprej, marsikaj od opisanega se že dogaja na področju varovanja duševnega zdravja otrok, vendar so te dejavnosti močno omejene in nikakor niso jasno oblikovane kot politika in strategija. Druga pripomba je, da so se ideje o stopenjskih modelih, psihosocialnih programih, nizkoprazni pomoči in laični pomoči razvile predvsem iz izkušenj v državah z nizkimi ali srednjimi prihodki. Vendar vse več strokovnjakov razmišlja podobno kot Patel in Rahman (2015) o tem, da bi stopenjski modeli lahko služili globalnemu varovanju duševnega zdravja, torej tudi bogatim državam, v katerih večina otrok s težavami in duševnimi motnjami ostaja brez ustrezne pomoči.

Za prikazano širšo koncepcijo in politiko varovanja duševnega zdravja otrok so potrebne spremembe filozofije, etosa, pa tudi organizacijskih oblik delovanja institucij in služb za otroke. Potrebna pa je tudi sprememba vloge mentalnohi-giensi strokovnjakov, ki dodajajo svoji vlogi terapevtov še vlogo izobraževalcev, multiplikatorjev znanj, mentorjev in supervizorjev, zagovornikov in varuhov duševnega zdravja vseh otrok. Seveda je potrebno vključevanje novih pogledov v izobraževanje mentalnohi-giensi strokovnjakov.

Literatura:

1. Bronfenbrenner, U. (1992). Ecological systems theory. Jessica Kingsley Publishers.
2. Copeland, W. E., Adair, C. E., Smetanin, P., Stiff, D., Briante, C., Colman, I., ... in Angold, A. (2013). Diagnostic transitions from childhood to adolescence to early adulthood. *Journal of child psychology and psychiatry*, 54(7), 791–799.
3. Goodway, F. (2014). It's the biggest disease in Britain, so why is it only now a priority? *Mirror*. Pridobljeno s <http://www.mirror.co.uk/news/ampp3d/its-biggest-disease-britain-only-4402553>.
4. de Jong, J. T. (2014). New frontiers: a view to the future. *Intervention*, 12, 129–144.

5. Jordans, M. J., Tol, W. A. in Ventevogel, P. (2014). New frontiers in mental health and psychosocial wellbeing in low resource and conflict affected settings. *Intervention*, 12, 5–14.
6. Layard, R. in Hagell, A. (2015). *Healthy young minds – transforming the mental health of children*. Report of the WISH Mental Health and Wellbeing in Children Forum 2015.
7. Murphey, D., Vaughn, B. in Barry, M. (2013). Access to mental health care. *Adolescent Health Highlight*. Pridobljeno s http://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2013/04/Child_Trends-2013_01_01_AHH_MHAccessl.pdf.
8. Patel, V. in Rahman, A. (2015). Editorial Commentary: An agenda for global child mental health. *Child and Adolescent Mental Health*, 20(1), 3–4.
9. Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A. in Rohde, L. A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345–365.
10. Saxena, S., van Ommeren, M. (2014). Low-intensity psychological interventions for people in communities affected by adversity. A new area of mental health and psychosocial work at WHO. WHO Department of Mental Health and Substance Abuse, Geneva, 2014
11. Williams, P. (2015). *Lack of Mental Healthcare for Children Reaches 'Crisis' Level*. Healthline. Pridobljeno s <http://www.healthline.com/health-news/lack-of-mental-healthcare-for-children-reaches-crisis-level-062315>
12. Wölflé, S., Jost, D., Oades, R., Schlack, R., Hölling, H. in Hebebrand, J. (2014). Somatic and mental health service use of children and adolescents in Germany (KiGGS-study). *European child & adolescent psychiatry*, 23(9), 753–764.
13. World Health Organization. (2005). Mental health action plan for Europe: Facing the Challenges, building solutions. WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Facing the Challenges, Building Solutions. Helsinki, Finland, 12–15 January 2005.

Ali je psihiatrija ena sama, ali jih je pravzaprav več?

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

Michel Foucault je leta 1961 objavil knjigo »Zgodovina norosti«. V tem delu podrobno opisuje proces družbene konstrukcije norosti v srednjem veku in naposled v klasicizmu. Med ostalim opisuje nastanek velikih »splošnih bolnišnic«, kot sta Salpêtrière in Bicêtre. Beseda bolnišnica je v narekovajih, saj bralcu hitro postane jasno, da ne gre za zdravstvene ustanove, kot jih razumemo danes, s prvotno nalogo zdravljenja in rehabilitacije, ampak za »odlagališča« družbeno motečih, neprijetnih posameznikov. V te »splošne bolnišnice« se je sprejemalo brez zdravniške napotitve, brez sodnega postopka ter možnosti pritožbe. Zametki medikalizacije »norosti« se pojavijo šele po francoski revoluciji leta 1789. Philippe Pinel je bil po zmagi revolucije, avgusta 1793, imenovan za »bolnišničnega zdravnika«, nekakšnega komisarja za javno bolnišnico Bicêtre. V tem času je bilo v to bolnišnico nameščenih približno 4000 zaprtih oseb, kriminalcev, nepomembnih prekrškarjev, sifilitikov in okoli 2000

duševnih bolnikov. Politiki, ki so podprli Pinela, so pričakovali od njega nekakšno terapevtsko pobudo, zdravstveno reformo te razvpite ustanove.

Pinel je imel pomemben vpliv na razmišljanje o duševnih boleznih. Uspešno je spremenil »blazneža« v duševnega bolnika, ki je potreben skrbi in razumevanja. S tem je veliko prispeval k medikalizaciji skrbi za duševne bolnike ter k razvoju stroke, ki je kasneje pridobila naziv »psihiatrija«.

Foucault obenem opozarja, da je zmanjšanje fizičnega zatiranja prispevalo k razvoju psihične oblike nadzora.

Z vidika današnjega časa je nedvomno, da je Pinel ogromno prispeval k prenosu pristojnosti z administrativne oblasti na medicinsko stroko. S tem se je paradigma duševnega bolnika kot družbeno motečega subjekta prenesla na paradigmo »bolezní«, motnje, ki je v domeni medicinske, zdravniške stroke. Obenem pa je nedvomno, da je s to odločitvijo stroka v nastajanju pridobila svoj »križ«, odločanje o omejeva-

nju pravic svojih bolnikov, ki naj bi bili ogrožajoči za sebe in okolje ali le grožnja za »realnost«, kot se to dojemata v aktualnem zgodovinskem trenutku.

Če povzamemo – Foucault vztraja pri tem, da »norost« ne obstaja sama po sebi, kot bolezen, primerljiva npr. s kugo ali kolero, temveč je produkt družbene konstrukcije v smislu razlikovanja med »razumom« in »nerazumom«. Norost se podredi »deviantnosti«, odklonu od družbenih pravil, moralnih vrednot ali zakonov, torej trenutnemu družbenemu diskurzu. Ne glede na to, da je danes že povsem jasno, da so duševne motnje nevrobiološke motnje, se še vedno udejanjijo v družbenem prostoru v kontekstu konstrukcije družbene realnosti. Čeprav smo enotni, da gre za biološko pogojene, torej v skrajni instanci somatske bolezni, se v družbenem prostoru kažejo kot »nekaj posebnega«, kar se pokaže v stigmi duševnega bolnika. Stigma pravzaprav ne nastopi z nastopom bolezenskega stanja ali z

diagnozo, temveč z dejstvom, da je nekdo zdravljen na psihiatriji ali da redno obiskuje psihiatra ali da redno jemlje višje odmerke psihotropnih zdravil.

Glede na to, da je psihiatrija, ki je kot medicinska disciplina in družbena ustanova zrasla iz totalitarnega zavoda, ustvarjena za odstranjevanje motečih elementov družbe, ves čas ohranja pomembno razliko v odnosu do drugih medicinskih strok. Po eni strani se empatično posveča trpljenju prizadetega posameznika in se trudi lajšati to trpljenje ali odpraviti vzroke zanj, obenem pa deluje tudi v smislu zaščite družbe pred norostjo. Le psihiatrija je tista medicinska stroka, ki se zaveda svoje družbene pristojnosti omejevanja pravic in osebne svobode posameznika, obenem pa se čuti poklicana »zdraviti« tudi brez pristanka subjekta tega početja.

Če se poglobimo v razvoj psihiatrije od francoske revolucije do sedanjosti, se težko izognemo vtisu, da ta evolucija stroke vsebuje neprimerno več nasilnih elementov kot druge medicinske vede. Po eni strani so prisotni rezultati pri etiološki in nozološki opredelitvi duševnih motenj, po drugi strani pa ni možno zanikati obsežnosti nekritične uporabe neprijetnih, nevarnih, nepreverjenih metod z namenom zdravljenja duševnih motenj. Poleg tega se vse do nastopa antipsihiatrije ohranja model psihiatričnih ustanov v smislu azila, totalitarne ustanove, v kateri so bolniki uniformirani, razosebljeni, razvrednoteni, odtujeni od družbe in sami od sebe ter od upanja v pozitivno prihodnost. Psihiatrija vseskozi ohranja nekaj demonološkega v odnosu do bolnikov, s prepoznavnimi elementi želje po odstranitvi nečesa slabega, nerazumskega, nebožjega.

Psihiatrija, zaprta za zidovi norišnic, skoraj povsod brez realnega družbenega nadzora, je dolga desetletja delovala po lastnih zakonih, pa vendar v soglasju s konservativnimi pričakovanji družbe. Osebe, ki jih je družba izrinila v objem psihiatrije, so

izgubile svojo verodostojnost, pravico do apela, dokazovanja pravic do nemoteče drugačnosti, drugačne resnice.

Rosenhan je leta 1973 izpeljal družbeni eksperiment, s katerim je dokazal, da psihiatrija ne poseduje dodelanih kriterijev za postavitev diagnoz ali za sprejem v psihiatrično bolnišnico. V 60. in 70. letih se je pojavilo antipsihiatrično gibanje, ki je psihiatrične ustanove predstavilo, kot totalitarne ustanove, podobne zapornem, obenem pa tudi kot ustanove, ki so v službi družbenega nadzora nad posameznikom. Tomas Szasz je odločno oporekal ustaljeni predstavi o duševni motnji kot zapečateni usodi ter zatrjeval, da večina ljudi kdaj v življenju kaže znake kakšne duševne motnje. Rekel je, da je psihiatrija, ki temelji na sodelovanju, kot ljubezensko razmerje, medtem ko je nadzorovalna psihiatrija kot posilstvo.

V 70. letih prejšnjega stoletja se je nedvomno nakazovala težnja k reformiranju psihiatričnih ustanov v smislu, da bi se obravnavala teh oseb za zidovi psihiatričnih bolnišnic približala idealom izvenbolnišnične psihiatrije, ki se že od nekdaj trudi razviti partnersko sodelovanje z uporabniki njihovih storitev.

Antipsihiatri so se zavzemali za odprtje vrat psihiatričnih ustanov, deinstitucionalizacijo, humanizacijo razmer v teh ustanovah. Franco Basaglia je izpeljal radikalno psihiatrično reformo, s čimer je dosegel zaprtje tradicionalnih velikih italijanskih psihiatričnih bolnišnic. Evforična deinstitucionalizacija v Italiji in ZDA je pokazala svoje slabosti, tako da je reforma grške psihiatrije potekala bolj postopno, vendar uspešno, kot se kaže na primeru otoka Leros, kjer so psihiatrični bolniki do 80. let bivali v skrajno človeka nevrednih razmerah.

V 70. in 80. letih se je po Evropi razvil močan konflikt med liberalno naravnanimi psihiatri, ki so ponotranjili ideje antipsihiatričnega gibanja, miselnost psihoterapije, systemskega pristopa, ter konservativnimi, večino ma biološko naravnanimi psihiatri, ki

so zagovarjali ohranitev tradicionalne strukture in funkcije psihiatrije.

V Sloveniji se je prva psihiatrična reforma odvila v 60. in 70. letih s postopno odpravo azilnega pristopa s skrajšanjem ležalne dobe in liberalizacijo režima izhodov in odpustov. V tistih letih je prišlo do ustanovitve novih psihiatričnih bolnišnic, ki so z redko izjemo nameščene v podeželskih dvorcih, samostanih. Lokacijsko in organizacijsko niso povezane z regionalnimi splošnimi bolnišnicami, kar kaže na prevladujočo miselnost časa, ki se trudi psihiatrične bolnike odstraniti, izriniti iz bivalnega, predvsem urbanega okolja. Čeprav nekatere publikacije pripisujejo velik pomen tej reformi, vsi vemo, da je bila psihiatrična obravnava v Sloveniji vse do 90. let na precej slabem glasu. Resnici na ljubo so bile še v 90. letih bivalne in terapevtske razmere izredno slabe, predvsem na sprejemnih oddelkih.

Druga pomembna reforma se je začela ob nastopu družbene tranzicije, ko se je politika odločila za zakon, ki je ukinil izvajanje elektrokonvulzivne terapije in psihokirurgije v Sloveniji. V tistih nekaj letih, do prezgodnje smrti profesorja Lokarja, se je nakazoval trend liberalizacije slovenske psihiatrije. Po njegovi smrti je prišlo do občutne prevlade bolj konservativnega diskurza in z vstopom velikih farmacevtskih podjetij v slovenski prostor tudi do remedikalizacije slovenske psihiatrije.

Kot je sklepati na osnovi medijskih objav iz 90. let, se je institucionalna psihiatrija, locirana v šestih psihiatričnih bolnišnicah, potihoma zoperstavljala uveljavljanju določenih načel človekovih in pacientovih pravic, vse do sprejetja zakona o duševnem zdravju, ki je tem ustanovam vsilil vsaj nekaj realističnega, predvsem pa administrativnega nadzora.

H konservativizmu institucionalne psihiatrije je v določeni meri prispevalo tudi dejstvo, da so se predvsem psihoterapevtsko usmerjeni psihiatri odločili zapustiti tradicionalne oblike dela in se preusmerili v zasebno ali izvenbolnišnično prakso. V stacionar-

nih ustanovah so ostali zaposleni predvsem tisti, ki jim je ugajalo delovanje v bolnišničnem okolju. Zaradi koncentracije kadrov z določeno strokovno-ideološko predpostavko so bolnišnice postale centri moči, oblikovanja mnenj in odločanja o pomembnih strokovnih in organizacijskih vprašanjih.

Čeprav je razvoj psihofarmakologije ugodno vplival na zdravljenje in prognozo bolnikov s hujšimi duševnimi motnjami, se je s spremembo družbenih razmer neznansko povečalo število oseb s tesnobo, depresivnimi, stresno pogojenimi, prilagoditvenimi motnjami, ki v veliki meri odstopajo od tradicionalnega spektra bolnikov, ki so pred tem prišli v stik s psihiatrijo. Nova zdravila, predvsem antidepresivi in atipični nevroleptiki, so v veliki meri spremenila predstave o psihiatriji in njeni pristojnosti glede obvladovanja duševnih motenj. Deviantnost kot vodilni družbeni koncept za prepoznavanje duševno motenih oseb je postopoma prepustil prostor distresu, subjektivno doživljanju, ki posameznika pripravi do tega, da se odloči za psihiatrično obravnavo.

Zaradi zmanjšanja rodnosti in bolj učinkovitega zdravljenja psihotičnih bolnikov, ki so predstavljali poglavitne uporabnike psihiatričnih bolnišnic, so se vrata le-teh odprla tudi za bolnike, ki trpijo za čustvenimi, situacijsko pogojenimi ali osebnostnimi problemi. Za nekatere posameznike so psihiatrične ustanove postale varno zatočišče pred kazenskimi sankcijami, socialno stisko, neznosnimi družinskimi problemi.

Kot psihiater, ki sem zaposlen v psihiatrični bolnišnici, vendar večino časa delam v ambulantnih razmerah, se zavedam, da je psihiatrija pridobila pomembno funkcijo v novonastalih družbenih razmerah. Namreč, z ukrepi, ki blažijo distres v pacientih, delujemo zdravilno, lajšamo stisko, vplivamo na funkcionalnost teh oseb v delovnem in življenjskem okolju. Problem je le ta, da s svojim delova-

njem prispevamo tudi k ohranitvi takšnih družbenih in delovnih razmer, ki so izredno škodljive za posameznika in se kažejo tudi v posledicah na naslednje generacije.

Erich Fromm je ob koncu 50. let opozarjal na negativne vzorce potrošniške družbe, ki se je takrat bohotila v ZDA. Njegove družbenokritične misli so izredno uporabne za razumevanje trenutnih razmer v naši družbi. Večina ljudi se ne zaveda nesmiselnosti pehanja za materialnimi dobrinami za ceno duševnega in telesnega zdravja, življenja pod vplivom nasilja, v nefunkcionalnih, zlorabljaljivih odnosih. Poseben problem predstavlja pešanje sposobnosti, izguba delovne zmožnosti, v starosti tudi nezmožnost skrbeti zase ...

Psihiatrija ima ali bi lahko imela pomembno vlogo pri posredovanju bolj ustreznih vzorcev, opolnomočenje žrtev in slabotnih ter reševanju človeških, in ne le psihopatoloških problemov.

Na žalost opažamo, da se sodobna družba spreminja veliko hitreje, kot bi se lahko spremenile toge stacionarne psihiatrične ustanove. Čeprav so se vrata odprla za nove subpopulacije bolnikov, je struktura in vsebina obravnave ponekod ostala nespremenjena in zato tudi nefunkcionalna pri zdravljenju teh oseb. Vedno več je tistih, ki sicer nujno potrebujejo psihiatrično pomoč tudi v stacionarnih ustanovah, da bi lahko funkcionirali v danih zahtevnih družbenih razmerah, vendar ostanejo izven spektra nespremenjenega in neprilagojenega delovanja psihiatrije. Med te paciente bi šteli osebe s hudo travmatizacijo v času otroštva, novodobne zasvojenosti, osebnostno motnjo, prilagoditveno krizo, izgorelost ... Ti pacienti bi namreč potrebovali specifično strukturirane programe, ki bi zahtevali poseg v togo strukturo bolnišnic ter posebno znanje predvsem na področju psihoterapije.

Izvenbolnišnična psihiatrija je sicer veliko bolj dinamična, prilagodljiva, vendar obenem tudi izolirana in ločena od drugih suportivnih

družbenih ustanov. Večinoma je brez možnosti odločanja o pomembnih organizacijskih zadevah, ki so koncentrirane v rokah protagonistov institucionalne, tradicionalne psihiatrije. Čeprav je težko pričakovati, da bi lahko pomagali večini tistih, ki potrebujejo našo pomoč, je v družbi z nizko rodnostjo zelo realistično pričakovanje, da psihiatrija, skupaj z drugimi suportivnimi strokami, prispeva k izboljššanemu družbenemu funkcioniranju prebivalcev Slovenije. Nevladne organizacije, ki so negotovo financirane in kadrovske podhranjene, nikakor ne morejo v celoti prevzeti pristojnosti skupnostno usmerjene psihiatrije.

Izvenbolnišnična psihiatrija, ki se je skoraj povsem odpovedala svoji nadzorovalni in obenem tudi avtoritarni funkciji, postopno pridobiva mandat za »small scale« korekcijo družbenih inadekvatnosti in delovanje v smeri humanizacije družbenih razmer. Pod humanizacijo mislimo na družbeno odgovorno delovanje v smeri uveljavljanja kooperativnih, altruistično definiranih, empatičnih odnosov med tistimi, ki potrebujejo korektivno izkušnjo, in med nami, ki smo izobraženi in zapriseženi za to nalogo. Obenem pa je velikega pomena posredovanje pozitivnih sporočil o enakovrednosti in sprejemanju. Psihiatri naj bi bili varuhi z dejstvi preverjene stvarnosti, vendar je nedvomno, da je ta stroka velikokrat na hudi preizkušnji pri izpolnjevanju te naloge.

Problem pri tem je vendar le v tem, da psihiatri in drugi suportivni poklici, ki delujemo izven, ali na robu institucionalne psihiatrije, zastopamo vrednote, metode in konceptualne okvirje, ki jih naši kolegi, ki odločajo o organizaciji in izvajanju psihiatrične pomoči, ne razumejo ali so do njih pogosto odklonilni.

Projekt skupnostne psihiatrije, ki bi lahko predstavljal revolucijo na tem področju in bi zagotovo v veliki meri prispeval k učinkovitosti in humaniziranosti psihiatrične oskrbe, je obtičal na okopih bolnišnične psihiatrije, saj

bi deloval konkurenčno in mogoče celo ogrožajoče.

Psihiatrične bolnišnice kot javni zavodi velikokrat delujejo predtranzicijsko, bolj ali manj nespremenjene v strukturi in večinoma tudi v načinu izvajanja dela. Menim, da to ni problem ustanov, temveč družbenega okolja, v katerem delujejo, saj ni motivacijske osnove, ki bi te ustanove pripravila do pospešenega razvoja in višje stopnje funkcionalnosti. Odpor do sprememb, evolutijske ali revolucijske oblike razvoja nastaja na osnovi družbene inertnosti in neprepoznavanja pomembnosti tega segmenta medicine s strani politike zdravstvenega varstva.

Neobstoj konkurence; način financiranja, ki elegantno tolerira ponovne hospitalizacije istih bolnikov; regionalni monopol ustanov; komoditeta, v kateri bolniki vidijo

kakovost obravnave; stigmatizacija, ki je še vedno prisotna predvsem na podeželju, so dejavniki, ki delujejo proti rehabilitaciji uporabnikov, pridobivanju kompetenc in veščin ter v smeri razvoja hospitalizma in odvisnosti od socialnih transferjev.

Rešitev se nakazuje v nadaljnjem intenzivnem razvoju skupnostne oblike izvajanja duševnega zdravja, v obliki interdisciplinarnih timov, samostojnih, zasebnih ali integriranih centrov za duševno zdravje, v lokalnem okolju, s preventivnimi in kurativnimi pristojnostmi. Bojim se, da prevladujoča miselnost zdravstvenih domov ne deluje spodbudno za razvoj tovrstnih interdisciplinarnih timov. Model, ki se je že pred desetletji uspešno uresničil v svetovalnih centrih za otroke, bi bil primeren tudi za psihiatrično oskrbo odraslih. Pri tem bi bila nujno potrebna politična

podpora, ki bi imela bolj kritičen odnos do stališč »hard line« psihiatrije.

Psihiatrične bolnišnice bi lahko postale podpora tem centrom, s pristojnostmi, ki bi omogočale zdravljenje in rehabilitacijo tistih pacientov, ki v domačem okolju ne dosežejo primerne funkcije. Ker je jasno, da bi z razvojem skupnostno usmerjenega duševnega zdravja radikalno upadlo število tistih bolnikov, ki aktualno (še) predstavljajo uporabnike psihiatričnih bolnišnic, bi to prisililo te ustanove, da se prilagodijo družbenim spremembam in da ponudijo pomoč tistim pacientom, ki so bili do sedaj izven njihovega spektra, obenem pa nujno potrebujejo strokovno pomoč pri zdravljenju in rehabilitaciji.

Spodbujanje naravnega popravila zob z nizkomolekulskimi antagonisti GSK3

Bomo zobozdravniki kmalu spodbujali »celjenje« zob namesto plombirali?

Alenka Novšak, dr. dent. med., Ljubljana

Karies prizadene veliko večino ljudi, običajno so posledice ireverzibilne in se jih zdravi s plombiranjem ali nadomeščanjem zob z umetnimi materiali.

Izgubljeno zobovino (dentin) v globokih kariesnih lezijah običajno nadomeščamo z anorganskimi cementi, ki se ne razgradijo. Skupina znanstvenikov s King's College iz Londona je uspela kavitete v zobeh miši zaceliti s pomočjo spodbujanja matičnih celic v zobni pulpi za tvorbo reparativnega (terciarnega) dentina. Tu gre za nov, biološki pristop, ki izkorišča iste procese, ki se aktivirajo, ko se eksponira pulpno tkivo: mezenhimske matične celice iz pulpe se diferencirajo v odontoblastom podobne celice in izločajo terciarni dentin, ki oblikuje dentinsko pregrado in zaščiti občutljivo pulpo pred okužbo. Žal običajno ta proces pri večji izgubi dentinske mase ne zadostuje, zato za nadomeščanje odstranjenega karioznega dentina uporabljamo mineralne cimente.

Matične celice so spodbudili z vplivom na biokemične procese s pomočjo majhne doze nizkomolekulskih antago-

nistov kinaze glikogen-sintaze (GSK-3), ki so jih vnesli na biorazgradljivi kolagenski gobici za klinično uporabo. Od treh antagonistov GSK-3, ki so jih uporabili, je klinično najbolj zanimiv tideglusib, ki je trenutno v fazi kliničnih testiranj kot nevrološko zdravilo, predvsem za alzheimerjevo bolezen, in je spoznan kot varen za uporabo na ljudeh. Za kolagensko gobico so uporabili kolagen ribjega izvora, ki je sicer na tržišču uveljavljen material za zahtevnejšo oskrbo ran. Ko se je kolagenska gobica sčasoma razgrajevala, jo je nadomeščal novonastali dentin in oblikovala se je nova naravna plast dentina, ki je v 4 do 6 tednih popolnoma zamenjala gobico.

Avtor meni, da bi ta preprost, hiter naraven način popravljanja zob lahko omogočil nov pristop za klinično obnovo zob.

Vir: <http://www.nature.com/articles/srep39654>

Poročilo z zbora Mladih zdravnikov*

Dr. Tina Bregant, dr. med., Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča
tina.bregant@siol.net

V Modri dvorani Domus Medica smo se 7. februarja 2017 zbrali mladi zdravniki z namenom, da se povežemo in ustanovimo delovno skupino, ki bo nudila podporo mladim zdravnikom od obdobja po končani medicinski fakulteti, prek pripravništva, do zaključka specializacije in še nekaj let kasneje. Namesto posamičnega in razdrobljenega delovanja si želimo delovati enotno in kolegialno, saj si ne glede na različnost specializacij delimo tako težave kot že dosežene dobre rešitve. Želimo si deliti odgovornost za lastno izobraževanje z našimi mentorji, sodelovati pri oblikovanju bolj smiselnega izobraževanja mladih zdravnikov, se povezovati med seboj in konstruktivno soočati mnenja, se bolj aktivno vključiti v izobraževalno in zdravstveno politiko ter nuditi kolegialno podporo.

Na zboru smo se poenotili glede pojma, kdo je mladi zdravnik. Sklenili smo: »Mladi zdravnik/-ica je diplomant/-ka medicine, vpisan/-a v register zdravnikov pri Zdravniški zbornici Slovenije, do 5 let po opravljenem specialističnem izpitu (med drugim: pripravnik/-ca, sobni zdravnik/-ca, specializant/-ka, specialist/-ka do 5 let po opravljenem specialističnem izpitu).« Na zboru smo demokratično izbrali sedem predstavnikov: dr. Tina Bregant, specialistka pediatrije in specializantka fizikalne in rehabilitacijske medicine iz ljubljanske regije; Goran Buser, specializant ginekologije in porodništva iz celjske regije; Anita Dobrovec, specializantka radiologije iz celjske regije; Brigita Jazbar, specializantka anesteziologije iz ljubljanske regije; Luka Kovač, specializant ginekologije in porodništva iz ljubljanske regije; Tomi Kunej, specializant travmatologije iz mariborske regije, in Valentino Miljevič, specializant družinske medicine iz koprške regije. Od izvoljenih predstavnikov se pričakuje vzpostavitev komunikacijskega kanala oz. portala za obveščanje mladih zdravnikov o vseh aktivnostih delovne skupine ter ustrezna komunikacija z že obstoječimi zdravniškimi organizacijami. V prihajajočem letu bo skupina formalizirala svoj obstoj, pripravila program aktivnosti ter po enem letu preverila lastno delovanje in izvedla ponovne volitve.

Zahvaljujemo se vsem, ki so pomagali pri organizaciji zbora: članom Zdravniške zbornice, ki so pomagali pri razpošiljanju vabil in nam ponudili prostor, članom organi-

zacije Praktikum, ki so prijazno posodili elektronski sistem glasovanja, in Matiji Žerdinu za izvedbo volitev. Zahvaljujemo se vsem pobudnikom, organizatorjem in sodelujočim na zboru, saj smo le skupaj lahko dosegli prepoznavnost kot skupina.

Vse kolege in kolegice, ki se zbora niso mogli udeležiti, pa vabimo, da se nam pridružijo na elektronskem naslovu: mladi.zdravniki.slo@gmail.com in/ali FB-skupini Mladi zdravniki. Za prijavo potrebujemo vaše ime, priimek, vrsto specializacije oz. pripravništvo, regijo in številko zdravnika. Vaših mnenj, pobud, predlogov in pripomb bomo veseli, saj bomo le tako lahko zastopali interese vseh.



Izvoljeni predstavniki skupine Mladi zdravniki (z leve): Goran Buser, specializant ginekologije in porodništva iz celjske regije, Luka Kovač, specializant ginekologije in porodništva iz ljubljanske regije, dr. Tina Bregant, specialistka pediatrije in specializantka fizikalne in rehabilitacijske medicine iz ljubljanske regije, Brigita Jazbar, specializantka anesteziologije iz ljubljanske regije, Valentino Miljevič, specializant družinske medicine iz koprške regije, in Tomi Kunej, specializant travmatologije iz mariborske regije. Na fotografiji zaradi bolezni manjka Anita Dobrovec, specializantka radiologije iz celjske regije.

* V besedilu uporabljamo izraz zdravnik in zdravniki v moški slovnični obliki, ki pa je uporabljena nevtrarno, tako za ženski kot moški spol.

Okrogla miza o ugovoru vesti na Medicinski fakulteti

Meta Rus, Lara Petrič, študentki MF Ljubljana

Kaj sploh je vest? Kaj je lahko oz. ne more biti ugovor (zaradi) vesti? Se vsak zdravnik sam odloči, katerih dejanj se bo vzdržal, ali so področja že kje opredeljena? Ali neizvajanje nekega posega/postopka večkrat zadeva zdravnikovo lenobo (oz. »naj si drugi mažejo roke s tem«), ali pa je ugovor vesti vedno na mestu? Je prav, da imamo v Sloveniji v nasprotju z drugimi državami pravico do ugovora vesti zapisano v ustavi?

»Ugovor vesti prispeva k moralnemu tonusu in etični podobi celotne stroke.«

Dr. Jože Trontelj

Z namenom, da se osvetlijo ta in še mnoga vprašanja, smo se na Medicinski fakulteti v Ljubljani v torek, 17. januarja 2017, v okviru bioetičnih srečanj zbrali študentje medicine skupaj z nekaterimi zdravniki in gosti. Na naše povabilo se je z veseljem odzval mag. Žiga Jan, dr. med., specialist ginekologije in porodništva, ki je predstavil področje s strokovne in osebne plati. Za izhodišče pogovora

nam je služil članek akademika dr. Jožeta Trontlja z naslovom *O ugovoru vesti*, v katerem avtor lepo izpostavi dileme, ki jih ta pravica prinese.

Ob tako obsežni tematiki bi težko govorili o dokončnih zaključkih, a nekaj misli s srečanja zagotovo odmeva. Vsak posameznik, še toliko bolj pa zdravnik, je poklican k negovanju lastne etične občutljivosti in delovanju v skladu s svojo vestjo, saj je to eden ključnih elementov za ohranjanje lastnega samospoštovanja in celovitosti. Ugovor vesti nikakor ne sme biti predmet izsiljevanja in lastnega okoriščanja, naj bo to finančno, politično, statusno. Zahteva tehten premislek in odkritosrčnost posameznika s samim seboj. Zdravnik, ki se odloči in uveljavlja ugovor vesti, pa brez podpore in razumevanja sodelavcev težje oz. včasih sploh ne zmore delovati v skladu s svojo vestjo.

Področja uveljavljanja ugovora vesti dr. Trontelj v članku opredeli na podlagi deontološkega kodeksa:

»Ugovor vesti je upravičeno uveljavljati v vseh primerih, ko se od zdravnika zahteva etično neutemeljen odstop od določb deontološkega kodeksa.« Kaj pa je za zdravnika etično in kaj ne? To

je odvisno od občutljivosti vsakega posameznika in tudi zdravnik, ki uveljavljajo ugovor vesti, se v tem močno razlikujejo med seboj.

Dodatne pozornosti je bilo deležno vprašanje o statusu zdravnika z uveljavljenim ugovorom vesti v Sloveniji. Svoje dragocene izkušnje in misli na tem področju so z nami delili posebni gostje: izr. prof. dr. Branko Zorn, dr. med., prof. dr. Ksenija Geršak, dr. med., in Milena Igličar, dr. med. Opomnili so nas na strpnost, spoštovanje in zdravniško bratstvo, ki ga omenja že Hipokrat. Posebej so izpostavili problem, ki nastane v primeru, da ima specializant ginekologije mentorja, ki ne spoštuje njegovega ugovora vesti. Tudi sam način opredelitve za ugovor vesti v Sloveniji naj ne bi bil ustrezen.

Zadovoljstvo in hvaležnost zaradi izpeljanega srečanja je bilo čutiti tako med študenti kot zdravniki, profesorji. Slednjim se še enkrat najlepše zahvaljujemo, da so se odzvali povabilu in nam z izkušnjami ter razmišljanji širili obzorja. Tovrstni dogodki so opomnik, kako pomembna je vzgoja nas, mlajših rodov, ki smo na začetku enega najzlahtnejših, pa tudi zahtevnih poklicev. Ta posamezniku ne nalaga le dolžnosti, ampak od njega zahteva celovito osebnost. In pogoj za to je spoštovanje ugovora vesti.

Šempeter pri Gorici – Zapiski in vtisi s pripravništva

Barbara Podnar, dr. med., SB dr. Franca Derganca Nova Gorica

Junija sem diplomirala. Kar naenkrat, se mi je zdelo. Prej nisem razmišljala o koncu študija kot o

bližnji prihodnosti in me je s svojo hitrostjo in dokončnostjo presenetil. Po nekaj telefonskih klicih (in

idejah starejših kolegov) je padla odločitev: grem, grem v Šempeter! Na pripravništvo. Dokončnost konca se prelevi v nov začetek ...

O Šempetru pri Gorici in Splošni bolnišnici »dr. Franca Derganca« Nova Gorica

Šempeter pri Gorici (na kratko Šempeter) je naselje ob meji z Italijo, nekaj kilometrov južno od Nove Gorice. Ima 3711 prebivalcev (SURS, 2016) in mu je državni zbor leta 2005 podelil naziv mesta (Wikipedija, 2016). Starejši del naselja je strnjen okrog trga Ivana Roba in cerkve sv. Petra, obrobje s svojimi polji in njivami daje prijetno podeželsko noto. Šempeter je seveda tudi pravo mesto: ce s svojo osnovno šolo, trgovinami, pošto, banko, bencinsko črpalko, župnijsko cerkvijo, lekarno, zdravstvenim domom (spada pod ZD Nova Gorica), različnimi društvi in pestro ponudbo ostalih storitev.

Pomembno vlogo v Šempetru in na področju celotne goriške regije ima Splošna bolnišnica »dr. Franca Derganca« Nova Gorica. Z delom je začela v Vipavi avgusta 1945, ob koncu druge svetovne vojne, ko je Primorska s priključitvijo Gorice

Italiji izgubila tudi regijsko bolnišnico. Enajst let kasneje, leta 1956, je bila bolnišnica preseljena v Šempeter pri Gorici, od leta 1974 pa je poimenovana po kirurgu in profesorju dr. Francu Dergancu (1911–1973), zdravniku, ki je pustil velik pečat na slovenski medicini.

Šempetrska bolnišnica je edina splošna bolnišnica v goriški regiji in tako zagotavlja zdravstveno oskrbo na sekundarni ravni okrog 118.000 (SURS, 2016) slovenskim prebivalcem. S približno 1000 zaposlenimi ima za regijo tudi velik družbeni in gospodarski pomen.

Več informacij o Splošni bolnišnici »dr. Franca Derganca« Nova Gorica najdete na spletni strani <http://www.bolnislrica-gorice.si/>.

O pripravištvu

Šempetra prej nisem poznala, v bolnišnici »dr. Franca Derganca« pa pred pripravništvom sploh še nikoli nisem bila. Sredi septembra me tako lepo sončno jutro prvič najde na šempetrskem trgu. Ptičje petje spremlja moj jutranji čaj v pekarnici ob cerkvi, prebujam se z mestom in

čakam na uradne ure. Ponudijo mi »brioš«, pa ne vem, kaj je to ... (rogljiček, za vse nevedne!). Ob podpisu pogodbe se na upravi bolnišnice spet zavem, da me čaka nekaj novega, da tukaj veje toplejši, primorski veter. Gospe in gospodje na upravi so vsi po vrsti prijazni in ustrežljivi, zjutraj vsak s svojo kavo in kupom novic, klepet preglassi glasove vstajajočega dneva. Začenjam se veseliti novega obdobja.

Prvi dan. Vem, kje moram biti ob osmih zjutraj. Zadovoljiv začetek. Ob podpisu pogodbe 14 dni prej sem poiskala svojo mentorico (in se vmes kakih trikrat zgubila), ki si je prijazno vzela čas med svojo ambulantno in me povabila, naj začnem s pripravništvom pri njih. Tako sem prvi dan ob osmih zjutraj na ginekologiji. Naučim se »štempljati« in spoznam togi (fiksni) delovni čas.

Prvi in drugi teden. Stvari postajajo jasnejše. Srečam nekaj kolegov, ki jih poznam s fakultete – ti me opremijo s koristnimi informacijami. Iz navidezne neorganiziranosti se izlušči dodelan in dobro delujoč sistem pripravništva. Tudi izgubljam se ne več in počasi vem, kje je kaj. V



V ospredju je SB »dr. Franca Derganca« Nova Gorica in Šempeter pri Gorici, zadaj pa Vrtojba in okoliška naselja (vir: <https://www.google.si/>)



Rojstnodnevno presenečenje za Tjašo, v čumnati, seveda (vir: zasebna zbirka).

t.i. »čumnati«, garderobni sobi študentov, pripravnikov in mlajših specializantov, visi seznam rotacij, kamor se pripravniki vpišemo, tako da nas ni preveč naenkrat na posameznih oddelkih. Pred nastopom kroženja na posameznem oddelku se pripravnik za le-to dogovori še s predstojnikom tega oddelka in tako teče vse kot namazano.

Kroženja. Pripravištvo je sestavljeno iz kroženj na ginekologiji (2), kirurgiji (5), oftalmologiji (1), anesteziologiji (2), pediatriji (1), ORL-ju (1), SNMP-ju (2) in interni medicini (8 tednov). Pripravnice in pripravniki počnemo različne stvari. Ponekod smemo opazovati, drugje lahko tudi aktivno sodelujemo. Odvisno od oddelka, vrste in načina dela, časa, prostora. Odvisno od navdušenosti, zanimanja in poguma pripravnika, pa tudi od vneme in potrpežljivosti neposrednih mentorjev za poučevanje mlajših kolegov. Šempetrska izkušnja me uči, da je še vedno polno srčnih zdravnic in

zdravnikov in mnogo tistih, ki so pripravljeni podajati svoje znanje in izkušnje naprej. Tako mi pripovedujejo o starih časih in brezčasnih rešitvah, me spodbujajo, da sama delam in naredim, me grajajo in kdaj pohvalijo. Sprejemi, odpusti, vizite, asistiranje pri operacijah, šivanje, vstavljanje NG-sond, menjave trahealnih kanil, pogled skozi špranjko, »igranje« z UZ, jemanje krvi, vstavljanje srčnih spodbujevalnikov, spremljanje porodov, prevezovanje ran, vožnja z rešilcem, branje izvidov, anamneze in statusi ... ničesar ne manjka na pestrem jedilniku pripravniške menze.

»Čumnata« in prostovoljni del pripravništva. Čumnata je »dnevna soba« pripravnikov, garderoba. Tu se izmenjujejo dragocene informacije, novice, nasveti. Sobica s starim foteljem, nekaj omaricami za mlade specializante, mizico, hladilnikom in umivalnikom je toplo sečišče naših poti. Toplo zaradi dobrega radiatorja in še

toplejše zaradi prijetnih kolegic in kolegov. Tu praznujemo rojstni dan ali se dogovorimo za skupni izlet. Na primer na Sabotin ali v staro Gorico na t.i. »Karočke«, Andrejev sejem (Fiera di Sant'Andrea), na slastno frittello (ocvrto sladko pecivo, namazano z nutello). Idej nam ne primanjkuje in sladkosnede smo zadosti.

Sklep

Aprila imam strokovni izpit. Kar naenkrat, se mi bo spet zdelo. Kot da sem ravnokar prvič prestopila prag šempetrske bolnišnice in že je pol leta naokoli. In spet konec ne bo konec, temveč nov začetek in nova priložnost.

Zahvale

Najlepša hvala vsem, ki ste me veliko naučili, me spodbujali in me povabili zraven. Da bom tudi jaz morda nekoč lahko mlajšim kolegom povedala kaj pametnega ...

Ta veseli dan ali dobili smo zdravstveno reformo

Mag. Bojanka Štern, dr. med., ZZS, OE Ravne na Koroškem

Gotovo imamo v zdravstvu veliko hudih težav. Če bi imeli majhne, bi jih sproti reševali. Tako pa imamo velike in potrebujemo reformo. V zadnjih letih me zelo skrbi dejstvo, da smo kot družba prezaposleni z razpravami o »zdravstveni reformi«, ob tem pa pojem »zdravstvena reforma« v resnici nič ne pove in nikogar k ničemer ne zavezuje. Zato ne preseneča zmagoslavna izjava: *Dobili smo jo, dobili smo zdravstveno reformo*. Ampak mi zdaj pričakujemo, da bo rešila naše hude težave. Nekaj jih bom naštela.

Nedavno sem pogledala prispevek o mladem zdravniku, ki je pred kratkim opravil specialistični izpit in dela v Ljutomeru. Videla sem mladega moža, prizadevnega, delavnega, gotovo dobro izobraženega, vendar na koncu z močmi zaradi delovnih pogojev in groženj s strani bolnikov. Ko so ga vprašali, kje se vidi čez dvajset let, je odgovoril, da upa, da bo še živ. Dva meseca po opravljeni specializaciji. Bil je na delovnem mestu in v stiski, ki je ni bilo moč spregledati.

Stanje ni novo, razvijalo se je postopoma in pred našimi očmi. Pred kakšnimi dvajsetimi leti je začelo prihajati do prvih hudih sporov med zdravniki in bolniki, o katerih je tisk poročal vedno bolj rumeno. Začenjal se je tudi odkrit boj med politiko in zdravniki. Z zdravstvenimi ministri na čelu so politiki začeli vsepovprek zmerjati zdravnike z dvoživkami, požrešneži, tako rekoč stvori, ki bogatijo na račun nesrečnih ljudi. Kar je pred tem štel kot nedostojno in nekulturno, je postajalo družbena norma. Seveda imam te politike na sumu, da so s tem sistematično in večje preusmerjali jezo zaradi neizpolnjenih pričakovanj v zvezi z zdravstvom od sebe. In v naslednjih letih se je pokazalo, da se na ta način res lahko razmeroma udobno krmari med kratkimi ministrskimi mandati.

Povprečno izkušen slovenski zdravnik ali zdravnica ve, da situacija ni črno-bela. V svoji praksi sem s strani zdravnikov doživela marsikaj. Precej človeških in strokovnih nespodobnosti. Po moji oceni kdaj tudi slabega znanja, pridobitniškega obnašanja, izogibanja delu, domišljavosti. In včasih opažam, da nekateri mladi zdravniki, ki

se vendarle šele učijo, vse prelahko in zviška odpravljajo bolnike, ki jih s terena pošiljajo družinski zdravniki, mnogi bolj izobraženi, predvsem pa dosti bolj izkušeni od njih samih. Spet drugi v obupanih pismih javnosti opozarjajo, kako jih mentorji puščajo na cedilu. Nič od tega mi ni razumljivo, konec koncev tudi zaradi tragičnih zgodb, ki so usodno zaznamovale ne le življenja bolnikov, ampak tudi zdravnikov. Za vzgojo mladega zdravnika je nujno, da ob strokovnem znanju razvije tudi odličen občutek za bolnika, nekakšen šesti čut, in trdne obrambne mehanizme, ki mu omogočajo preživetje v razmerah, ki so vse prej kot urejene in enostavne.

Zdravništvo se je v vseh teh letih vseeno vse premedlo odzivalo na taka hujška. Bistvo odnosa med zdravnikom in bolnikom je že popljuvano in poškodovano. Tega ne bo popravila nobena reforma. Kdor dela z bolniki, ve, o čem govorim. Saj vendar ni normalno, da se zdravniki bolnikov bojimo, ker nam vsakodnevno tako ali drugače grozijo. Hudo je, da bolnik ne zaupa več zdravniku in zdravnik ne zaupa več bolniku. Zato hujška s strani politikov in medijev štejem kot neopustljivo, prezira vredno in ga je treba nenehno in glasno obsojati. Kdor to počne, je soodgovoren za nasilje v zdravstvu. Poslanstvo in odgovornost politike do družbe je, da probleme rešuje, ne da jih z vsakim novim ministrom na novo kritizira in se nad razmerami zgraža pred televizijskimi kamerami. Isto velja za četrto vejo oblasti.

Obenem se ob sesutem zdravstvenem sistemu zdi nedoumljivo, da tudi petindvajset let po osamosvojitvi in začetku tranzicije politika nima razčiščenih osnovnih pojmov, kako naj ta nesrečni sistem zapelje v vsaj srednjeročno finančno vzdržnost in hkrati na evropsko kakovostno raven. Naposlušali smo se mantre o javnem zdravstvu kot neki magični formi, ki stvari razrešuje sama po sebi, in mantre o škodljivosti zasebnega zdravstva kot ovire na poti k tej popolnosti. Politika o zdravstvenem sistemu še vedno govori na tako neuk in demagoški način.

Zato niti ne preseneča, da se je v takih razmerah oblikovala »skupina strokovnjakov s pred-

stavniki Zdravniške zbornice«, ki je pripravila »alternativni predlog zdravstvene reforme«. V javnosti je bil največkrat omenjen predlog, da naj bi bili v bodoče izvajalci zdravstvene dejavnosti organizirani kot gospodarske družbe. Ni mi jasno, kaj bi to pravzaprav pomenilo. Bi naj bile to javne ali zasebne gospodarske družbe? Kdo in kako bi jih nadziral? Na kakšnem trgu bi delovale, koliko administrativnem, koliko prostem? Kako bi v teh razmerah obvladovali naravne monopole, ki so dejstvo na t. i. administrativnih zdravstvenih trgih in so v Sloveniji že zdaj problem? Vsekakor se mi zdi zelo povedno javno objavljeno pismo, kjer člani te ekipe ogorčeno zanikajo svojo interesno obremenjenost pri snovanju svojih predlogov. Ni treba biti ravno učenjak, da se ob taki trditvi nasmehneš. Zdravstveni sistemi so zasnovani na močnih političnih, ekonomskih, zdravstvenostrokovnih in drugih interesih, zato ni reforme, ki jih ne bi vključevala. Namesto da bi to legitimno različnost v izhodišču dobro definirali in trditve izpostavili javni presoji, se s takimi demagoškimi trditvami ponovno vnaša megla v že tako dovolj zapleteno tematiko. Dokler nismo sposobni odkritega, poštenega in samozavestnega govora o teh stvareh, se ne bomo nikamor premaknili. Oziroma se bomo pogreznili še globlje.

Pravo vprašanje je, kako si sploh predstavljamo napredek. Kot skrajšanje čakalnih dob? Gotovo. Čakalne dobe so pomemben, v kurativno usmerjenem zdravstvu tudi eden najpomembnejših kazalnikov storilnosti (ne nujno tudi kakovosti) sistema. Razume ga vsak laik in vsak politik, izkusi ga vsak bolnik. Pa je to dovolj zrel pristop k reformi javnega zdravstvenega sistema? Seveda ne. Opis problema je omejen na en sam kazalnik. Tak poenostavljen pristop kar kliče po tem, da stvari rešujemo z metodo gašenja požarov, pri tem pa bistvo problema ostaja skrito. To bistvo pa je kompleksno in zapleteno, zato oblikovanje sistemskih rešitev ne prenese (pretiranih) poenostavitve.

V taki poenostavljeni maniri tudi vedno znova operiramo z antagonističnim pogledom na javno in zasebno. Zagovorniki zasebnega navajajo, da gospodarski subjekti najbolj delujejo v razmerah prostega trga brez (pretiranih) regulacij. To za gospodarstvo drži. Toda zdravje ni (le) tržno blago in osnovno poslanstvo zdravstvenih ustanov ni le ustvarjanje ekonomske koristi, temveč predvsem zdravstvene koristi. Sploh pa trg, kjer se trguje z javnimi sredstvi, sploh ni pravi, ampak administrativni trg, in tisti, ki kot agenti države delujejo v javni izvajalski mreži, niso prosto izpostavljeni konkurenčnemu preverjanju, ampak so t. i. naravni monopolisti. Zato ima skrbnik javnih sredstev pravico, da se v ta razmerja tudi konstruktivno vmešava. Hkrati s tem je pomembno, da je bolnik telesno, duševno, socialno in ekonomsko tako ranljiv, da si sodobnega zdravstvenega sistema brez regulacij sploh ni moč predstavljati. Tudi sodobne demokratične in hkrati tržno usmerjene evropske države regulirajo ekonomske, strokovne in pravne elemente odnosa med ponudnikom in odjemalcem zdravstvenih storitev in tudi zavarovanj.

In tukaj je skrita naslednja past, v katero se po pravilu ujamejo sveži zdravstveni politiki, ko začnejo vsak s svojimi ponovnimi analizami tujih dobrih praks in najemanjem novih tujih strokovnjakov. (Kako, za boga milega, lahko kandidat za ministra prestande parlamentarna zaslišanja, če nima niti pravega uvida v stanje, niti v probleme, kaj šele v rešitve? In kako naj kopica tujih strokovnjakov v nekaj mesecih najde rešitve za naše težave, ki jih v dolgih letih nismo sposobni najti sami?)

V redu, seveda je osnova vsake dobre strokovne odločitve dobra analiza. In dobili smo novo analizo: pričakovano trajanje življenja ob rojstvu, umrljivost novorojenčkov, zdravstveni izdatki na prebivalca, infrastruktura in kadri, stanje financiranja, osnovni demografski trendi, pričakovani gospodarski trendi, ocena upravičenosti dopolnilnega zavarova-

nja, pričakovana rast potreb po dolgotrajni oskrbi.

Če sta pričakovano trajanje življenja ob rojstvu in stopnja umrljivosti novorojenčkov v analizi prikazana kot osnovna kazalnika uspešnosti sistema, je treba dodati, da na njuni osnovi ne moremo več zadosti dobro sklepati o kakovosti zdravstvenega sistema. Ta najstarejša javnozdravstvena kazalnika sta mnogovzročno pogojena in pomembno odvisna od splošne blaginje in kakovosti življenja. Le v pogojih *ceteris paribus* (kjer bi vse ostalo ostalo enako) bi nanju vplival izključno zdravstveni sistem. V 21. stoletju so v evropskem prostoru pričakovanja do sistema višja in bolj definirana, zato potrebujemo tudi nove kazalnike in boljša merjenja. Kar zadeva podatke o številu zdravnikov, številu medicinskih sester, številu bolnišničnih postelj na 100.000 prebivalcev ... – z nekaj kliki lahko vsakdo pride do teh podatkov v Evrostatovih podatkovnih bazah, in to primerjalno z drugimi državami. Kje je tu skrivnost? Bi bilo pa nekaj novega, če bi na primer ena takih uradnih analiz pošteno obdelala vprašanje razlik v preskrbljenosti z zdravniki primarne ravni med odročnimi regijami in centrom Slovenije, analizirala vzroke in odgovornosti za ta več desetletni problem in morda celo predlagala možne rešitve. To bi bila zelo zanimiva analiza.

Uporabnika slovenskega zdravstva tudi zanima, kdaj bo prišel na vrsto za pregled ali poseg, ko zbolí. Kako bo rak napredoval, medtem ko čaka na diagnozo? Koliko čaka bolnik z isto boleznijo v Avstriji, Nemčiji, Švici? Bo pri operaciji uporabljen dovolj kakovosten material? Mu bo na voljo sodobno biološko zdravilo? Zanima ga, ali je pri nas zdravljenje manj varno kot drugod, je več zapletov in smrti? Ali je kje rešitev, da se ne bo več štiri, pet, šest ur vozil na in s kemoterapije, radioterapije, včasih pobruhan in ponečeden? Ga bo zdravil spočit ali utrujen in nervozen zdravnik? Ga bo negovalo predano ali izgorelo in zagrenjeno osebje? Zdrav-

nika zanima, ali bo imel normalne pogoje za delo. Bo delal 8, 16, 24, 48 ur? Kolikokrat bo moral prositi kolega, naj vendar prednostno pogleda bolnika, ki ga skrbi? Bo zato kaznovan? Bo zdravil bolnika, ki bo na urgenci čakal pol ure ali 15 ur? Se mora bati za svoje življenje? Koliko bo zaslužil? Koliko bi zaslužil v tujini in kakšni so tam pogoji za delo? Naj odide? To so prava vprašanja za prave analize o kondiciji in perspektivah našega zdravstvenega sistema.

Tudi z vidika zbiranja in delitve sredstev oziroma upravljalkega modela v svetu obstajajo trije, štirje generični modeli zdravstvenih sistemov, ki so v strokovni literaturi teoretično dokaj dobro analizirani in v zvezi s tem ni nekih posebnih skrivnosti. Naš sistem tudi ni od včeraj, vemo, kako zbiramo in delimo sredstva. Vemo, koliko znašajo transakcijski stroški ene ali druge zavarovalnice. Tudi tu ni skrivnosti. V resnici se je politika vnaprej odločila za ukinitve dopolnilnih zavarovanj, analiza naj bi ji priskrbelala nekakšen alibi. Ker ima oblast, alibija v resnici ne potrebuje. Kaže pa to na določeno nesamozavest, ki ima najbrž svojo realno osnovo.

Dejstvo je, da komercialne zavarovalnice v segmentu dopolnilnih zavarovanj v resnici niso nikoli predstavljale prave tržne konkurence javni blagajni, zato z njihovo ukinitvijo tudi ne bo nobene posebne škode (razen izgube delovnih mest). Z vzpostavitev teh zavarovanj sta bila pred leti dosežena dva politična cilja: v sistem so dotekla dodatna sredstva brez dodatnih javnofinančnih obremenitev (spomnimo se tedanjih pritiskov mednarodnih finančnih institucij) in solidarnost v sistemu je z izenačenjem prispevkov za dopolnilno zavarovanje dobila zgornjo mejo. Kar zadeva pravice, je vse ostalo enako, kar zadeva vpliv na organizacijo sistema, je tudi vse ostalo enako. Tu se strinjam, da neke posebne dodane vrednosti sistemu z njimi ni bilo.

Velika sprememba predstavljenega novega predloga zakona je v resnici le uvedba progresivne lestvice nado-

mestil brez kapice. Pri opredeljevanju do te rešitve gre tudi za intimni odnos posameznika do solidarnosti in tudi za njegov uvid v sedanjo situacijo. Meni je že nemogoče težko gledati nezavarovane otroke ali samozaposlene, v revščini in boleznih. Če bo ta zvišan prispevek zadoščal, da se te stvari ne bodo več dogajale, bom zadovoljna. Res je, da ta ukrep finančno spet udari srednji razred, ampak če bi imel srednji razred v Sloveniji samo ta problem, bi nam bilo kar dobro. Je pa to le ena plat zgodbe.

Druga plat zgodbe je, da se za povprečnega zavarovanca samo z dvigom ravni solidarnosti v sistemu ne bo nič spremenilo, za preskok sistema na evropsko kakovostno raven to ne bo dovolj. Racionalizacija stroškov je del rešitve. Vendar stroški za zdravje naraščajo in bodo še naraščali. Vedno dlje živimo, vedno več pričakujemo od življenja, vedno dlje želimo biti zdravi, vedno večje zahteve imamo do zdravstva. Če zbolimo, želimo pomoč takoj in groza nas je, da nas bodo bolne odložili na prenapolnjen hodnik bolnišnice. Zdravstvo je osnovni servis za obvladovanje teh težav in izpolnjevanje teh pričakovanj in zdravje bo vedno dražje. Kdor tega ne razume, nima stika s stvarnostjo.

V sodobnih evropskih družbah z demokratično tradicijo velja, da kdor nekoliko več plača, tudi nekoliko več dobi. Pri tem ostaja zdravstvo še vedno nadproporcionalno solidarnosten družbeni podsistem, kjer je država branik in skrbnik temeljne ponudbe zdravstvenih dobrin, ki morajo biti dostopne vsakemu državljanu. In s to logiko ni prav nič narobe, saj še vedno temelji na medsebojni solidarnosti, ob tem pa vendarle upošteva tudi neka stvarna ekonomska razmerja. Vsekakor je ta logika tudi v sistemu, prežetem s konservativno socialistično (ne konservativno socialno) miselnostjo, manj problematična kot politično zavajanje ljudi, da je moč ustvariti (utopičen) sistem, kjer bo revna družba premogla vsega v izobilju za vse in bomo vsi zadovoljni. Ali pa zavze-

manje za rešitve, da bomo (na deklarativni ravni) na vsak način vsi enaki, pa čeprav za ceno (zdravstvene) revščine. Ali pa sprenevedanje, da bi bila dostopnost do zdravstvenih dobrin (v predlogu zakona piše »stvari«) iz javnih sredstev najboljša in za vse enaka, če bo le dostop do trga z javnimi sredstvi dopuščen samo javnim zavodom. Kot da je bilo v času socializma tako. Ni bilo, samo politična retorika je bila takšna in prav res ne morem verjeti, da je še vedno na las podobna. Tu pa zelo manjka zdrave pameti in nikamor se ne prestavimo.

V Sloveniji večja politična podpora uvajanju različnih zavarovalnih shem in zasebnega koncesionarstva na področju izvajanja zdravstvene dejavnosti, ki bi bila domišljena ter postopno in nadzorovano uveljavljena, ne bi bila problem, ampak priložnost za sistem. Če ne bi izgubili ravnotežja med izvajalci javnega in zasebnega prava, bi lažje obvladovali tudi kartelna tveganja. Ponudniki bi se na eni strani dopolnjevali tako, da bi pokrili več ekonomskih segmentov uporabnikov (zavarovancev), hkrati pa bi bili eden drugim konkurenca, medicinsko rečeno permanentna kontrolna skupina, in bi jih lahko primerjalno vrednotili tudi s kumulativnimi ekonomskimi kazalniki in kazalniki zdravstvene kakovosti.

Domišljene dodatne zavarovalne sheme bi omogočile dodaten dotok denarja v sistem, če bi le vzpostavile vzdržna in transparentna razmerja med zavarovanci različnih shem. Oblikovala bi se dodatna zdravstvena ponudba. Zmanjšala bi se potreba po odhajanju na zdravljenje v tujino. Zmanjšala bi se potreba po vključevanju v tuja dodatna zdravstvena zavarovanja. Zmanjšala bi se potreba po samoplačniških ambulantah, ki sedaj delujejo praktično zunaj sistema. Univerzitetni profesor ne bi več delal v šestih samoplačniških ambulantah v zdraviliščih, ampak na akademski ravni in na svoji kliniki. Vsi ti današnji parapojava in parasistemi bi se sčasoma sistemsko umestili in postavili na pravo mesto. Povečala bi se urejenost

in preglednost sistema. Ne rečem, da je to enostavna razvojna smer, vsekar pa ob politično, pravno in gospodarsko odprtih evropskih mejah edina perspektivna. In izziv za politiko in zavarovalniško panogo. Recimo, da razmere pred petindvajsetimi leti za take razvojne smeri še niso bile zrele. Zdaj je za to skrajni čas.

Tudi razvoj »koncesionarstva« je v Sloveniji zaradi politične (ne)volje zastal. Vemo, da zasebne oblike izvajanja dejavnosti omogočajo več svobode poslovno sposobnejšim, takim, ki so pripravljeni prevzeti tudi nekaj poslovnega tveganja, in omogočajo boljše zasluzke – seveda ob pogoju, da so plačila iz javnih sredstev za enako storitev za vse izvajalce enaka. Pri tem pa bi bilo treba za deficitarna področja na primarni ravni že enkrat uvesti ekonomske spodbude, saj prav ta raven zagotavlja temeljno zdravstveno oskrbo prebivalstva. Zdaj je ravno obratno. (Pri tem mislim na ekonomske spodbude zdravnikom, ki v ambulantah delajo, ne zdravstvenim domovom.) Tudi s podporo nadaljnjega razvoja koncesionarstva bi se avtomatično stabilizirala primarna javna zdravstvena mreža, ki sedaj zaradi neustreznih političnih odločitev ponekod razpada. In prav nič nam ne pomaga, če tuji strokovnjaki ugotavljajo, kako dobri smo v povprečju na tem področju. Utemeljene in vzdržne strategije v to smer ni predstavila nobena vlada doslej. Koncesionarstvo so vlade bodisi pospeševale bodisi ustavljale brez načrta. V zvezi s tem lahko razmišljamo o *napaki zaradi izvedbe in napaki zaradi opustitve* (angl. *mistakes of comission and mistakes of omission*). Napaka zaradi opustitve povzroča stroške zaradi izgubljenih priložnosti. Na področju zasebne pobude v zdravstvu nas prav napaka zaradi opustitve že drago stane in sedanja politika gre v to smer do skrajnosti. Kot kaže, bomo ta razvoj spet povsem zamrznili. To je slabo, zelo slabo. Če bi domovina ponudila zadosti sodobnih možnosti za razvoj, bi se gotovo zmanjšala tudi želja zdravnikov po odhodu v tujino, kar na kumulativni ravni pomeni zmanjševanje odliva

možganov, tega ultimativnega kazalnika nesposobnosti aktualnih politik.

Ob vsem tem pa (skoraj) najpomembnejše – sistemski upravljalec nujno potrebuje jasen sistem kakovosti, z jasno definiranimi cilji, strategijami in standardi kakovosti, s stalnimi merjenji in z neodvisnimi nadzornimi organi za strokovno presojo dela posameznih ponudnikov in presojo učinkovitosti in uspešnosti vsega sistema. Bolnik oziroma odjemalec storitve nima strokovnega znanja, da bi lahko objektivno ovrednotil kakovost zdravstvene ponudbe, zato je v izrazito podrejenem (asimetričnem) položaju proti izvajalcu in država ga mora na tem področju zaščititi. Nadzor kakovosti je zato osrednja naloga systemskega upravljalca in mora biti enako intenziven pri vseh izvajalcih, javnih in zasebnih. Niti ena niti druga oblika ni imuna na strokovne zdrse in morebitne izkrivljene prakse v škodo bolnika. Nadzor nad izvajalci bi moral upoštevati prav specifična tveganja, ki izhajajo iz lastništva izvajalskih poslovnih subjektov. Le na osnovi kumulativnih in individualnih kazalnikov storilnosti, kakovosti, učinkovitosti in uspešnosti lahko upravljalec zdravstvenega sistema usmerja sistem tja, kjer bodo njegovi dosežki najboljši. Baje dobivamo tudi nekatere kazalnike kakovosti in na njihovi osnovi tudi sistem nagrajevanja. Kolikor sem jih uspela razbrati iz javnih nastopov ministrice, sem se spomnila besed svojega žal pokojnega mentorja s področja kakovosti sistemov, ki mi je nekoč skoraj ukazovalno dejal: *Vaša dolžnost je, da v takih razmerah glasno poveste – gospe in gospodje, stvari niso tako preproste.*

Sistem bi bilo torej treba razvijati v smeri konstruktivnega ravnotežja med izvajalci zasebnega in javnega prava ob takojšnji vzpostavitvi sistema kakovosti na ravni države. Zasebno financiranje zdravstvenih storitev bi bilo treba z dodatnimi oblikami zavarovanj postopno liberalizirati v smer, da bo vanje vključen dostop do storitev od diagnoze do terapije,

regulirano, pregledno in nadzorovano ter z izdelanimi relacijami do pravic, ki izhajajo iz javne blagajne.

Odpraviti je treba tudi nekatere nepravilnosti sistema, na primer neomejeno pravico do nadomestila zaradi bolniškega staleža. Tu se v načelu strinjam z razmišljanjem ministrice. Več let dnevno opazujem, koliko pregledov, preiskav, terapij, koliko kadrovskih in tehnoloških zmogljivosti in koliko denarja je vezanega na dokazovanje, ali je nekdo zmožen ali nezmožen za delo. In koliko porabimo za denarna nadomestila. Vse to breme nosi zdravstveni sistem. Podatek iz poročila ZZZS za leto 2015 je, da je bilo samo za nadomestila plače porabljenih 225,5 milijona evrov; kje so tu še pregledi, preiskave, take in drugačne terapije. Da ne omenjam močnega sporočila takega sistema, da je možno živeti – sicer bolj životariti – za javna zdravstvena sredstva, če le dokazovanje nezmožnosti za delo postane tvoj osrednji življenjski projekt. Ne gre za cinizem, tudi nikogar ne obsojam, predobro poznam stiske ljudi, velikokrat gre za golo preživetje posameznika, družin, otrok.

Po mojem mnenju prav ta segment predstavlja eno največjih in najbolj podcenjenih groženj finančni vzdržnosti zdravstvenega sistema že v bližnji prihodnosti. S projekcijami finančnih posledic zgodnjega upokojevanja na pokojninsko blagajno so se ukvarjale cele vlade, s projekcijami finančnih posledic poznega upokojevanja na nadomestila zaradičasne nezmožnosti za delo iz zdravstvene blagajne pa nihče. Staranje ne pomeni več stroškov le zaradi zdravljenj, staranje pomeni tudi objektivno znižano zmožnost za delo v mnogih poklicih, pa pri tem stroški zdravljenja niti niso posebej visoki. Ob dolgoletnih težkih fizičnih delih, monotonih delih in delih na traku v prisilnih državah, v neugodnih klimatskih pogojih, na višini, v nadpovprečno stresnih pogojih, ob nasilju na delovnem mestu in tako naprej se telo (in duša, če lahko tako rečem) iztrošita. Kar človek zmore pri tridesese-

tih, tega pri šestdesetih ne zmore več. Delodajalci so tudi izpostavljeni razmeram na trgih in si manj produktivne delavce težko privoščijo. In blagajna Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje (ZPIZ) si težko privoščijo množični priliv delovnih invalidov. Ti pojavi z bistveno daljšo delovno dobo dobivajo neslutene razsežnosti. Ob neomejenem bolniškem staležu se bo vsa ta problematika lomila na hrbtu zdravstvene blagajne. Kljub morebitnemu dodatnem prilivu 50 milijonov letno bo denarja ob teh novih stroških hitro zmanjkalo. Kolega kardiolog je na enem od predavanj ocenil, da bi bilo za opremo laboratorija za interventno kardiologijo potrebnih približno 1 milijon evrov (podatka nisem preverila). Toliko o racionalni porabi zdravstvenega denarja in notranjih rezervah. Res pa gre pri tem za prvovrstno politično vprašanje, ki bi ga sistemsko morala reševati vlada. Omejitev trajanja nadomestil zaradi začasne nezmožnosti za delo bi pomenila ogromno razbremenitev zdravstvene blagajne in ogromno olajšanje za zdravstveni sistem. Vendar bi na drugi strani povzročila novo vrsto hudih socialnih težav. Ob tako politično močnih sindikatih sicer ne verjamem, da bo ta predlog sploh šel skozi parlament. Ampak v vsakem primeru gre za tako resne in eksplozivne

zadeve, da brez hitrega in intenzivnega soočenja s temi problemi s strani celotne vlade ne bo šlo. In brez konsistentnih rešitev, kako s temi ljudmi naprej, bomo iz njih nevzdržnih vstopili v nove nevzdržne razmere.

Politično je tranzicija (demagoškega) socialističnega v sodobni posocialistični zdravstveni sistem zelo zapleten projekt. Nujni pogoj je kritični obseg političnega soglasja na ravni vlade. Za izpeljavo takega projekta je potreben tudi čas. Mandati so za tako nalogo nevarno kratki, tudi če bi minister svoje delo nastopil z izdelanimi rešitvami in jasno podporo svojemu projektu že v koalicijski pogodbi. Zato je vedno slab znak, če vsak naslednji minister najprej začne iskati zunanje svetovalce, ki mu bodo pripravili novo analizo zdravstvenega sistema.

Krmiljenje zdravstvenega sistema je tudi strokovno zahteven posel, h kateremu moramo vsi po malem prispevati. Ne smemo ga prepustiti zgolj politikom, ne zgolj zdravnikom, ne zgolj ekonomistom ali pravnikom. Slednje se včasih prikazuje kot nekakšna sodobna rešitev. Narobe. Dokaz? Na prvi strani nekega spletnega časnika sem prebrala predlog, naj zlom roke ne bi več sodil med stanja, krita iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. In to naj bi bili bodoči skrbniki razmer v zdravstvu?

Kakorkoli, ob takem upravljanju, kot smo mu priča zadnja leta, bodo šle stvari v sistemu na slabše. Trditev ne izvira iz zagrenjenosti, ampak iz entropijskega zakona, ki pravi, da sistemi težijo k propadanju. Živ organizem se postara in na koncu umre. Tudi organizacijski sistemi se nenehno razgrajujejo, če v njih ni ustreznega upravljanja. In četudi v našem sistemu še razmeroma dobro delujejo posamezne službe, to ne pomeni, da sistem ni blizu kaosa. V situaciji, kakršno imamo, bi nujno potrebovali trdno politično koalicijo, resen sistemski pristop države in odgovorne, razgledane, sposobne, delovne, produktivne, poštene in pogumne odločevalce, ki vedo, kako resen je problem in kako se stvari streže. Namesto tega smo dobili le predlog bolj egalitarističnega modela zbiranja sredstev, predlog omejenega trajanja bolniškega staleža brez scenarijev, kako naprej, in nekaj dodatnih predlogov, ki sicer nosijo močna sporočila (cepljenje, zdravljenje zapletov), kakih pomembnih vplivov na sistemsko dogajanje pa ne bodo imeli. Ko pa to ne bo rešilo hudih težav, s katerimi se v zdravstvu srečujemo, bomo spet blagoslovljeni z bizarnimi nastopi politikov, da resnega problema niti ni, kar ga pa je, ga bodo pa zdaj zdaj (v torek) rešili.

»Bergdoktor« in čakalne vrste

Jurij Kurillo, dr. med., Kranj
jurij.mihail@siol.net

Lani je najbrž ob določenih urah strmela v televizijske zaslone večina slovenskih gledalcev, še bolj pa verjetno gledalk, ki so nestrpnost pričakovali svojega »Gorskega zdravnika«.

Dr. Martin Gruber je namreč po telefonu tako rekoč noč in dan na voljo vsakršnim klicem pacientov, ki so se znašli v stiski, no, večinoma so kar

omedleli! In požrtvovalni doktor nemudoma, četudi sredi zajtrka, prihiti s svojim zelenim mercedesom na pomoč čez hribe in doline, večinoma mimogrede odzame še kri za laboratorij, nato pa bolnika pri priči pošlje (brez čakalnih vrst!) v bližnjo mestno bolnišnico, opremljeno z vsemi mogočimi aparati kot kakšen pravcati

klinični center. In potem s prijateljem klinikom dr. Alexandrom Kahnweilerjem – katerega v diagnostiki sicer nekoliko prekaša (izkušnje iz Amerike!) – nemudoma rešita vsak primer, če ne drugače, pa kar z zapletenim operativnim posegom kjer koli na telesu, in le malokrat potrebujeta pomoč kakšnega profesorja. Če ne gre drugače, ukrepa Bergdoktor kar na terenu s tvegano punkcijo, recimo perikarda, in le enkrat samkrat se tak poseg ni posrečil. Da bi menda spod-

budil neko potrebno reakcijo v bolni-kovem telesu, je uporabil kar živega gada (morda je bil modras). S svojimi ambulantnimi pomočnicami zelo dobro shaja. Zadnja sicer malce zapostavlja njegovega starega kolega dr. Romana Melchingerja, pa nič hudega, saj se je na koncu v tej vlogi že pojavila njegova hči Lilli, ki si jo sicer deli z bratom Hansom. Po potrebi se neutrudno poda tudi v prepadne gorske stene, iz katerih potem reši skupaj z drugimi reševalci, predvsem pa z bratom Hansom, vsakega pone-srečenca. Kaže, da s plačilom teh njegovih neprecenljivih uslug nima nobenih težav, saj mu za vratom očitno ne sedi noben Zavod za zdravstveno zavarovanje. Morda pa je koncesionar? Vendar nikoli noben njegovih pacien-tov ne odpre svoje denarnice. Torej nobene korupcije – saj tudi ni videti, da bi ga podkupovali kakšni farma-cevtski lobiji. Kje sploh nabavlja svoja tako učinkovita zdravila?

Njegovih, precej nezvestih ljube-zenskih dogodivščin mu različne udeleženke očitno skorajda nič ne zamerijo in, kot kaže, tudi ne gledalke te priljubljene TV-nadaljevanke, ki se

je začela leta 2008 in se nepretrgoma nadaljuje v današnji čas.

Iznajdljive turistične agencije po Evropi (nadaljevalko poznajo celo v ZDA in Avstraliji!) in kajpak tudi pri nas so kaj kmalu zaslutile »turistično nišo« in nemudoma pričele prevažati na stotine radovednih občudovalcev serije v predele tirolskega Wilder Kaiserja, kjer naj bi se vse skupaj dogajalo. Zdaj so se tudi pri slovenskih agencijah pojavile »čakalne vrste« (na katere naša ministrica za zdravstvo res ni mogla nič vplivati!). Na vrsto si namreč lahko prišel šele čez mesec ali dva, čeprav so se turistični avtobusi odpravljali na sever celo dvakrat na teden. Najbolj navdušeni turisti se proti plačilu lahko dvakrat na leto neposredno srečajo s celotno filmsko družino Gruber: z doktorjem Marti-nom (Hans Sigl), njegovim bratom Hansom (Heiko Ruprecht), mamo Elisabeth (Monika Baumgartner), s hčerko Lilli (Ronja Forcher) in morda še z drugimi sodelavci tega zdravniš-kega dogajanja.

Menda je šofer nekega našega turističnega avtobusa pripovedoval: »Si morete misliti, da je neka gospa vzela

na ta izlet s seboj vse svoje zdravniške izvide v upanju, da ji bo lahko dr.

Gruber, gorski zdravnik, kaj pomagal, če ji že slovenski dohtarji ne morejo.«

In druga gospa je na tamkajšnjem pokopališču zaman iskala grob An-dree, Gruberjeve velike ljubezni ...

Pa šalo na stran! Ta zdravniška ZDF in ORF serija ima po Evropi prek šest milijonov gledalcev. Snemajo je zmeraj v popolni tajnosti, saj se bojijo stotin nebodijihtraba radovednežev. Po podatkih iz leta 2012 sodelujeta kot strokovna sodelavca anesteziologinja dr. Claudia Mietke-Preiß in psihiater ter psihoterapevt dr. Pablo Hagemeyer, ki si »kakšno bolezen kar izmisli«. Vsi medicinski delovni prostori so pri tem opremljeni s pravo opremo in aparaturami. Zdravniškim igralcem menda dela največje preglavice izgo-vorjava latinskih strokovnih izrazov.

Vsekakor bi bil fenomen »Berg-doktor« vreden tudi kakšne resne in poglobljene psihološko-sociološke analize, saj najbrž kaže predvsem na velika pričakovanja ljudi, kakšen naj bi bil idealen zdravnik na splošno.

Glej tudi: <http://der-bergdoktor-fanclub.de>

Javno pismo

Spoštovana ga. ministrica Milojka Kolar Celarc,

spodnje pismo sem Vam sicer naslovil osebno na Ministrstvo za zdravje, od koder pa sem dobil vljudno opozorilo, da gre za vsebino, vezano na predlog Zakona o zdravstvenem varstvu, ki še ni šel v postopek javne obravnave, in da bodo takrat, ko se bo to zgodilo, pripravljeni sprejeti moje pripombe. Glede na to, da v javnosti medijem govorite o spremembah zakona, ki so pritegnile mojo pozornost, kot o dejstvih, ki nas čakajo, sem se odločil za javno pismo, ker verjamem, da ga boste potem morda le dobili v branje.

V medijih sem zasledil Vašo izjavo – če dovolite, da jo smiselno povzamem – da bodo starši necepljenih

otrok sami krili stroške zdravljenja nalezljivih bolezni, če bodo otroci za le-temi zboleli. Ta predlog se mi zdi pošten in dober. Upam pa, da ne bo diskriminatoren do samo tega dela zavarovancev, temveč da bo zakon veljal v smiselni zvezi za vse, ki se zavestno odločijo, da nekega zdravstvenega ukrepa ne bodo upoštevali z vsemi posledicami za svoje zdravje in posledično za zdravstveno blagajno. Upam, da ne menite, da pred zakonom nismo vsi enaki. Prav bi namreč bilo, da so pravila za različne skupine zavarovancev ista. V mislih imam naslednje skupine:

1. Kadilci, ki so zboleli za rakom ali

pljučnimi boleznimi. Na vsaki cigaretni škatlici je opozorilo, da kajenje povzroča raka. Kdor kadi, se zavestno izpostavlja tveganju za bolezen in bi podobno kot nekdo, ki zavestno ne želi cepiti svojega otroka in ga s tem izpostavlja tveganju, da zboli za to boleznijo, moral sam poravnati vse stroške diagnostičnih, terapevtskih in rehabilitacijskih ukrepov.

2. Ženske, ki želijo umetno prekiniti nosečnost, pa ta ni medicinsko indicirana in ni posledica spolne zlorabe, kar bi se dalo dokazati s prijavo na policiji. V primeru, da ženske ne bi imele sredstev za umetno prekinitvev nosečnosti in otroka ne bi želele obdržati, bi se lahko odločile za predajo otroka v posvojitev. Vsekakor bi se s tem ukrepom izognili enačenju splava

s samo eno drugo vrsto kontracepcije. Mislim, da enako kot v primeru kadilcev vsi ljudje vemo (tako moški kot ženske), da obstaja možnost zanositve, če imamo spolne odnose.

3. Ljudje, ki so povzročili prometne nesreče ali nesreče pri delu pod vplivom alkohola. Vsak državljan je seznanjen s tovrstno delovno-pravno zakonodajo in vsak voznik s tovrstno prometno zakonodajo.
4. Ljudje, ki so v pretepu poškodovali drugo osebo. Vsak državljan ve, da je fizično nasilje nad drugim kaznivo dejanje.
5. Ljudje, ki so bili predmet reševanja v gorah zaradi neprimerne opreme.
6. Ljudje, ki jih njihovi zdravniki opozorijo, da naj spremenijo svoje življenjske navade s ciljem povrnitve zdravja, pa tega ne želijo storiti. V to skupino spadajo:
 - ljudje, ki imajo sladkorno bolezen tipa 2 in/ali povišan krvni tlak ter imajo prekomerno telesno težo,
 - ljudje, ki imajo prekomerno telesno težo in posledične težave s hrbtenico, kolki in koleni,
 - ljudje, ki imajo prekomerno telesno težo in želijo kirurški poseg na prebavilih s ciljem

zmanjšanja telesne teže,

- ljudje, ki imajo putiko in jemljejo zdravila za nižanje sečne kisline, namesto da bi nehali jesti meso,
- ljudje, ki se zdravijo zaradi posledic odvisnosti od alkohola, pomirjeval in nedovoljenih drog.

Od Vas tudi pričakujem, da polanskoletni objavi Svetovne zdravstvene organizacije, da je procesirano meso kancerogeno, rdeče meso pa najverjetneje kancerogeno, sprožite opozorilno kampanjo, v kateri preko podobnih opozoril, kot so na škatlicah cigaret, ljudi opozarjate, da procesirano in rdeče meso povzročata raka. Ko bi človek npr. v trgovini kupil 5 dag salame, bi se mu na računu avtomatično izpisalo, da ta izdelek, ki ga je kupil, povzroča raka. V preprosti izobraževalni kampanji bi potem ljudi opozorili, da če bodo s svojimi navadam glede uživanja teh izdelkov nadaljevali, bodo sami krili stroške zdravljenja rakavih obolenj. Glede na objavljene podatke lahko, če se tako odločite, podobno storite za ljudi, ki uživajo kravje mleko in izdelke iz tega mleka, ker to povzroča osteoporozo s posledičnimi zlomi kolka v starosti. In, spet podobno, bi lahko preko izobraževanja zdravnikov dosegli, da bi bil

prvi ukrep pri srčno-žilnih boleznih zaradi zamašenih žil uživanje zdravil za nižanje holesterola in prehod na vegansko hrano. Šele če bi se posamezniki navodil držali in po enem letu ne bi bilo izboljšanja, ali če bi bilo njihovo življenje akutno ogroženo, bi jim lahko zavarovalnica odobrila poseg. Če pa se navodil ne bi držali, bi lahko poseg opravili samoplačniško.

Verjamem, da bi lahko kolegi specialisti posameznih strok ta seznam, ki sem ga sestavil na hitro, ustrezno podaljšali. In verjamem, da bi s takšnimi ukrepi pokrili izgubo zdravstvene blagajne in bistveno skrajšali čakalne dobe. Prav tako verjamem, da želite s svojimi ukrepi delati dobro za Slovence in da pri svojem delu ne želite biti diskriminatorni, temveč enaki do vseh zavarovancev v Sloveniji. Ker sicer bi delali samo dodaten pritisk na manjšino, ki je že sedaj kriminalizirana zgolj zato, ker verjame, da imamo ljudje v demokraciji pravico sami odločati o sebi in svojem telesu. Sicer pa je pravica, ki sem jo vprašal, potrdila, da Vaš predlog zakona v tej obliki ne bi zdržal presoje pred ustavnim sodiščem zaradi ustvarjanja neenakosti v družbi.

*S spoštovanjem in lepimi pozdravi,
Miloš Židanik*

Center za zdravo življenje

Prim. mag. Marjan Fortuna, dr. med., Kranj

Po vzoru nekaterih večjih zdravstvenih ustanov v tujini bi lahko tudi v Sloveniji sledili dobrim zgledom skrbi za zdravje zaposlenih. Kot primer dobre prakse je morda koristno navesti, kako so se v eni največjih in najboljših klinik, kliniki Mayo v ZDA, ki ima nekaj več kot 50.000 zaposlenih, lotili skrbi za zdravje zaposlenih. Ustanovili so Center za zdravo življe-

nje. Zasnovali so ga tako, da so raziskovali navade zelo zdravih ljudi. Tako priporočajo vsem, ki to zmorejo, vsaj pol ure gibanja dnevno, vsaj sedem ur spanja, zmanjšanje količine zaužite hrane in alkohola, prenehanje kajenja, preventivne presejalne preglede, priporočena cepljenja itd. Center pa ni namenjen samo zaposlenim, ampak tudi njihovim svojcem,

upokojencem, študentom in drugim. Prav tako izvajajo programe za izboljšanje zdravja, zdravstveno oskrbo, varstvo otrok ipd. Zaposleni so zanje največja dobrina in nespametno bi bilo, če zanje ne bi skrbeli. Pomembno je, da imajo zaposleni občutek, da podjetje resnično skrbi zanje. Zato sta tudi njihova delovna vnema in zadovoljstvo večja. Skrb za zaposlene in nekdane zaposlene se kaže tudi v tem, da lahko zaposleni delajo, kolikor dolgo želijo, in nimajo predpisano, kdaj se morajo upokojiti. Omo-

gočajo jim vse mogoče prožne oblike dela, od polne do delne zaposlitve, na primer tako, da delo enega opravljata dva polovično. Zanje je izredno pomembno, da zaposleni ostanejo čim dlje aktivni, če le hočejo in zmorejo.

Ob tem se lahko vprašamo, kako je pri nas. Za največjo zdravstveno ustanovo lahko rečem, da je ta skrb zelo pičla oz. je je zelo malo, vsaj v organizirani obliki. Nekoč je bila precej boljša in namesto da bi skrb za zaposlene samo še nadgrajevali, smo jo precej osiromašili.

Glede preventivnih pregledov zaposlenih je v naših zdravstvenih ustanovah še kar dobro urejeno, slabo pa je, vsaj v UKC Ljubljana, glede drugih zdravstvenih storitev. Pred približno dvanajstimi leti je UKC ukinil ambulanto za zaposlene, kar se je meni zdelo nezaslišano in velika neumnost. Največja zdravstvena ustanova z okrog 8.000 zaposlenimi, od katerih je okrog dve tretjini žensk, torej nima več ambulate za svoje zaposlene, kar je bila velika napaka. Omogočala je hitro dostopnost do storitev, ki jih vsak kdaj pa kdaj potrebuje zaradi vsakdanjih in tudi resnejših zdravstvenih problemov, predpisovanje zdravil, napotitve na razne preglede in podobno. Namesto da bi bili vzor drugim z dobrimi zgledi, ima UKC tak odnos do zaposlenih, kot da mu je zanje kaj malo mar. Zaposleni s(m)o se morali zato znajti, kakor s(m)o vedeli in znali, in vsepovsod najti svojega zdravnika. Seveda bi se dalo to napako hitro odpraviti, če bi le bila volja (in pamet) za to.

Prav tako ne skrbimo sistematično za telesno dejavnost. Če ne bi bilo med zaposlenimi toliko zavedanja o pomembnosti redne telesne dejavnosti, kar se kaže predvsem v organizaciji športnih tekmovanj v različnih športnih dejavnostih, bi bili zaposleni veliko bolj neaktivni in nagnjeni k raznim boleznim. Do leta 1991 smo imeli redno poletne športne igre na Golniku in enkrat letno tudi tekmovanja v veleslalomu in smučarskem teku. Organizirane so bile tudi druge

športne dejavnosti, ki so bile med zaposlenimi zelo priljubljene. Leta 1972 smo zdravniki internisti in kirurgi začeli igrati veliki nogomet in imeli tradicionalna srečanja med seboj ter z drugimi ekipami iz Slovenije in tujine. Kasneje so se priključili tudi drugi zaposleni in igranje nogometa traja še danes. Že 35 let je minilo od prvega organiziranega teka po Rožniku, ki se ga lahko udeleži kdorkoli. Zdravstveni delavci smo tudi redni udeleženci ljubljanskega maratona. Večina dejavnosti poteka samoiniciativno, pogrešamo pa organizirano vadbo v sklopu delovne organizacije. Seveda pa moramo zlasti zdravniki znati presoditi in svetovati, kakšna telesna dejavnost je za posa-

meznika primerna in priporočljiva. Poleg izogibanja dokazano škodljivim razvadam je za redno telesno dejavnost najpomembnejše stanje srčno-žilnega sistema, pljuč in gibal.

Nekoč mi je moj prijatelj zdravnik, potem ko me je srečal vsega zariplega in prepotenega po vztrajnostnem teku, vprašal: »Ali si nor, da se tako matraš, in ali misliš, da boš zato dlje živel?« Odgovoril sem mu, da tega sicer ne vem, prepričan pa sem, da bom živel bolj kakovostno. Od takrat je minilo že 40 let in mislim, da sem imel prav. Zato fraza »Gibanje je zdravje in zdravje je gibanje« še kako drži in bi jo morali pri ljudeh vseh starosti stalno ponavljati ter jih vzpodbujati k redni telesni dejavnosti.



Slikarska razstava »Gneča« Mihe Perneta v Domus Medica

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

Miha Perne je akademski slikar, rojen leta 1978 v Ljubljani, kjer živi in dela. Z ženo, ki je prav tako slikarka, ilustratorka, imata dva nadobudna sinova. Pravi, da je zanj slikanje kot glasba, ki jo izvaja »one man band«, ker je rad sam, ko ustvarja.

Z Leonom Zuodajem sta leta 2005 ustanovila slikarsko skupino Beli sladoled. Skupaj delujeta na najrazličnejših področjih. Predvsem ju zanima risba, ki je lahko predstavljena na povsem klasičen galerijski način ali pa kot strip (Kratki striptiz in antišalce, 2005, Ljubljana-Postojna, samozaložba). Sodelujeta tako z alternativno sceno kot z institucijami, kot je Mednarodni grafični likovni center (27. grafični bienale, 2008).

Odprtje razstave z naslovom »Gneča« je bilo 14. decembra 2016 v avli Domus Medica. Z avtorjem razstave sva se pogovarjala v avli Etnografskega muzeja januarja 2017.

Kdaj ste začeli slikati?

Na to vprašanje je včasih težko odgovoriti. Če bi igral violino, bi bilo lažje, saj je violina stvar, ki jo načrtno primeš v roke, s konkretnim spremstvom učitelja in se da točno določiti, kdaj je bil začetek. Risanje in kasneje slikanje pa je izražanje, ki se včasih razvije že pred govorom. Za mnoge otroke je prvi način kreativnega izražanja. Tako lahko rečem samo, da slikam **že od nek-daj**. Veste, že kar od malega, nekako bolj pa po svojem 17. letu. Kasneje sem obiskoval Srednjo oblikovno šolo, smer fotografija. Ko sem se vpisal na Akademijo za likovno umetnost, je bilo prijavljenih 150 študentov, sprejetih pa nas je bilo le 15 kandidatov. Na Akademiji sem seveda vedno več slikal in tam tudi diplomiral leta 2003.

Kaj ste čutili ob nastajanju in slikanju slik, ki jih razstavljate pod naslovom Gneča?

Začel sem z enim obrazom in sem jih kasneje dodajal po občutku, nezavedno. Zame je slikanje to, kar je nekomu pletenje, urejanje vrta ali kaj

drugega. Slikati začnem naključno. **Vsaka slika mi predstavlja potovanje.**

V bistvu sem zelo pozno ozavestil, da slikam nagnetene podobe. Pravzaprav sem šele potem, ko so me na to večkrat opozorili prijatelji, ki so me obiskali v ateljeju in dejali: »Miha, kaj pa tebi dogaja?« ali pa »Zakaj toliko ljudi na eni sliki?« začel premlevati, kaj sploh delam. Nastajanje mojih slik je kot neko potovanje in obrazi, ki se znajdejo na slikah, so kot ljudje, ki sem jih srečal na tem potovanju. Ko sem razmišljal o naslovu razstave, je bila prva ideja, da bi bil naslov Preveč nas je. To se je zdelo mnogim preveč mrko in črnogledno, zato se je tudi meni zdelo, da če bom razstavo naslovil **Gneča**, bo ta naslov nosil več pomenov, kar mi je blizu tudi na splošno pri ustvarjanju. Ko naslikam kakšno simbolno podobo, kot je na primer srce, pes ali mačka, vedno razmišljam o večplastnosti simbolov. Tako se tudi gneča lahko dojema večplastno. Lahko je gneča na avtocesti ali pa gneča na zares dobrem žuru. Če bi ostal pri naslovu Preveč nas



Zelena Milka, 2013, akril na platno, 70,5 × 50,5 cm

je, bi bil precej bolj neposreden, kar pa ni moj namen. Slikarstvo ni tu zato, da bi vse razložilo, za to se trudi že znanost.

Kako vaše slike delujejo na vaše razpoloženje in kako lahko vplivajo na zdravje obiskovalcev razstave?

Mene slikanje zelo notranje pomiri. Sam sebe znam tako zaposeliti, da odgovarjam takrat samo zase in istočasno odgovarjam takrat tudi za svoje duševno zdravje. Verjetno velja to zame in za druge umetnike. Ko slikam, sem najraje sam s seboj in slikam po instinktu, hkrati pa imam v sebi spravljeno vse znanje, ki ga potrebujem, da se slika materializira. Se pravi likovno teoretsko, tehnološko znanje, poznavanje anatomije itd. Skratka, slikanje ni samo neko meditiranje in »bluzenje« v prazno, je konkretno delo, ki pa seveda dopušča mnogo več svobode kot recimo igranje v orkestru.

Včasih se zgodi – predvsem je za to primerna risba, ki je hiter in hipen

medij – da izrazim jezo in druge občutke, prijetne in neprijetne, ter s tem spoznavam sebe in se hkrati lahko tudi zdravim z risanjem. Mi slikarji smo zelo pozorni, ko uporabljamo besedi risanje in slikanje. Tako nas zmoti, če nam kdo reče: »Kako si pa to sliko dobro narisal.« **Pravilno je, da se slika slika, risbo pa se riše.** Slika, vsaj v moji praksi, je stvar, ki lahko traja tudi več let, da jo dokončam, medtem ko risba ne potrebuje več kot ure, da nastane. Včasih se mi v sliki pojavljajo številni simboli, npr. živali. Tako je pes simbol zvestobe svojemu lastniku, a ga včasih ne uboga, zlasti v času, ko se goni. Moji simboli so lahko večplastni, tudi kaj iz obdobja krščanstva. **V sliki vedno iščem harmonijo,** tako kot glasbenik postavlja note.

Ob kontinuiteti ustvarjalnosti **ohranjaš majhnega otroka v sebi.** To pomeni prvinskost tvoje lastne narave in da **znaš videti trenutek.** Že večkrat sem se zalotil, da mi sinova pomagata pri učenju in

čudenju življenju. Ena mojih slik ima naslov »Hrenovke«. Ideja se mi je porodila, ko sta otroka zjutraj prihajala k nama v posteljo in smo se drenjali kot hrenovke.

Na slikah, ki jih razstavljate v Domus Medica, uporabljate bolj rožnate, rdečkaste, korenčkaste, oranžne barve. Kako jih čutite?

Tokrat sem eksperimentiral z bolj toplimi barvami, ker se tudi najbolj povežejo z barvo kože, ki je dominantna na mojih »gnečastih« slikah. To so tudi tople barve. Ko si v gneči, ti je prijetno toplo. To lahko primerjam s pingvini, ki se stisnejo v gnečo in se grejejo.

Kakšni pa so bili komentarji na vašo razstavo Gneča?

Večinoma zelo dobri, ljudje so bili navdušeni. Veste, največ stika z gledalci je vedno ob odprtju razstave. Povedali so mi, da si razstavo ljudje še vedno ogledujejo. Pogled gledalca ob sliki pa je vedno individualen.

Likovni kritik Erdo Krap o Mihovem delu

Miha rad slika in malo manj rad govori o tem, kaj dejansko slika. Njegova dela so likovni eseji, intimne poetike, dnevniški zapisi, kolaži različnih časovnih obdobj, konstrukcije iz odpadnih materialov, simbolni konglomerati, avtomatizmi, naključja, divjanje orkana ali pa premišljeno in dolgotrajno slikanje. Vse to in še več. Zato njegovega dela ne moremo strniti v en koncept. Razen če postavim trditev, da je izbira medija, v katerem deluje, se pravi medij slikarstva, njegov koncept.

Nek večer mi je Miha dejal: »Moje slikarstvo živi, kot živi vsak nov dan.«

Njegove slike dihaajo. Sonce jih vsako minuto dneva oplazi drugače, premikajo se po različnih prostorih, nikoli niso čisto končane. Misel v Mihovem slikarstvu se dejansko kaže kot konkreten fizični produkt. Že dalj časa spremljam njegovo delo in moram priznati, da me preseneti vsakič, ko pridem na obisk in mi Miha pokaže kaj novega. Včasih zagledam v ateljeju same sive slike, spet drugič eksplozijo barv. Posamezno delo lahko

nastaja tudi več let. Pa tudi ko je slika končana, to še ne pomeni, da je končana. Včasih se zgodi, da začne s čisto majhno slikico, ki jo potem počasi in postopoma povečuje; zraven zabija nove in nove dele. Slika se lahko tako širi ali pa oži tudi vsebinsko. Nekaj pride in nekaj gre. Stvari se spreminjajo.

Včasih je rad hodil na kosovce (odvozi kosovnih odpadkov), saj je tam dobil praktično vse, kar potrebuje za svoje slikarstvo. Zdaj tega v Ljubljani ni več, a še vedno se na ulici najde kak odvržen predmet, ki roma v Mihov atelje. Stvarem, obsojenim, da odpotujejo na deponijo, ponuja novo življenje.

*Leta 2005 je skupaj s slikarskim bratom Leonom Zuodarjem ustanovil slikarsko skupino **Beli sladoled**. Leta 2011 sta skupaj prejela **nagrado OHO**, ki je ena najpomembnejših nagrad za mlade vizualne umetnike pri nas v Sloveniji. **OHO** naj bi pomenilo »**vzklik začudenja**« ob pogledu na neko sliko. Nagrade mladim umetnikom podeljujejo v Sloveniji in po vsem svetu, tudi v ZDA in drugje.*

Bolezni ledvic in debelost

Prof. dr. Radovan Hojs, dr. med., v. svet., Združenje nefrologov Slovenije

Vsako leto marca obeležujemo svetovni dan ledvic. Namen je osveščanje o kronični ledvični bolezni. Kot je znano, je kronična ledvična bolezen pogosta, prisotna je pri 8 do 16 odstotkih odraslih ljudi (1). Žal mnogi ljudje sploh ne vedo, da imajo bolezen ledvic, ker nimajo težav. Pogosto bolezen odkrijemo slučajno ob pregledu krvi ali seča iz drugih razlogov. Bolniki s kronično ledvično boleznijo imajo pogosto povišan krvni tlak in je le-ta razlog za obisk zdravnika. Letos bo svetovni dan ledvic 9. marca, posvečen pa bo povezavi med boleznimi ledvic in debelostjo.

Tema je bila izbrana zato, ker postaja debelost eden najpomembnejših zdravstvenih problemov 21. stoletja. Število debelih v zadnjih desetletjih narašča v številnih državah sveta. Presenetljiv je podatek, da je danes na svetu debelost pogostejša kot podhranjenost. Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije je v Evropi 50 odstotkov ljudi s prekomerno telesno težo in debelih (2). Prevalenca debelosti v nekaterih evropskih državah je že nad 20 odstotkov (med njimi so Slovenija, Velika Britanija, Češka, Madžarska, Irska itd.), v večini držav pa je prevalenca debelosti med 10 in 20 odstotki. Napovedi za Evropo nakazujejo nadaljnjo rast števila debelih (3). Zaskrbljujoče je, da je danes v Evropi eden od treh enajstletnikov s prekomerno telesno težo ali debel (2). Za Združene države Amerike pa je znan podatek, da bi lahko nadaljnje naraščanje debelosti privedlo celo do skrajšanja pričakovane življenjske dobe (4). Vzporedno z debelostjo narašča tudi prevalenca sladkorne bolezni. Danes je na svetu skoraj 400 milijonov bolnikov s sladkorno boleznijo, do leta 2035 pa jih bo skoraj 600 milijonov (5). Debelost je pogosto prisotna pred nastankom sladkorne bolezni, povezana je z inzulinsko rezistenco, pogosto je debelost pridružena sladkorni bolezni. Porast prevalence kronične ledvične bolezni poteka vzporedno s porastom tako debelosti kot

sladkorne bolezni. Danes so vzroki za kronično ledvično bolezen pogostejše kot v preteklosti kompleksni, zajemajo pogoste bolezni, kot so hipertenzija, metabolični sindrom, sladkorna bolezen itd. V bistvu se srečujemo s tremi epidemijami, ki so med seboj povezane in prepletene, to so debelost, sladkorna bolezen in kronična ledvična bolezen.

Debelost in ledvice

Debelost je povezana s hipertenzivno glomerulosklerozo in diabetično nefropatijo pri bolnikih s sladkorno boleznijo tipa 2, ki sta danes tudi glavna vzroka kronične ledvične bolezni (6). Incidenca končne odpovedi ledvic zaradi diabetične nefropatije je v številnih državah že okoli 30 odstotkov. Incidenca končne odpovedi ledvic zaradi sladkorne bolezni in hipertenzije je v porastu predvsem pri starostnikih, ki danes predstavljajo večino bolnikov, obravnavanih ambulantno ali v bolnišnici.

Debelost je pomemben del metaboličnega sindroma, ki zajema številne dejavnike tveganja za nastanek in napredovanje kronične ledvične bolezni (dislipidemija, hipertenzija, motnje metabolizma glukoze itd.) (7, 8). Tveganje za kronično ledvično bolezen narašča z naraščanjem števila dejavnikov metaboličnega sindroma. Pri tem je treba omeniti skupino bolnikov, ki imajo »metabolno zdravo« debelost (»metabolically healthy obesity«), za katere je veljalo, da nimajo povečanega tveganja za kronično ledvično bolezen (9). Teh bolnikov je od 20 do 30 odstotkov med debelimi in imajo ohranjeno inzulinsko senzitivnost. Nekatere novejša raziskave, sicer pri Korejcih, pa nakazujejo, da imajo tudi »metabolno zdravi« večje tveganje za kronično ledvično bolezen (10). Vsekakor bodo potrebne nadaljnje raziskave na tem področju.

Ena prvih in pomembnih velikih raziskav, ki je pokazala povezavo med indeksom telesne mase (ITM) in tveganjem za končno odpoved ledvic, je bila objavljena na Japonskem (11). V tej raziskavi je bilo vključenih preko 100.000 bolnikov in ITM je bil dejavnik tveganja za končno odpoved ledvic neodvisno od prisotnosti

Kidney Disease and Obesity

HEALTHY LIFESTYLE FOR HEALTHY KIDNEYS

9 March 2017



World Kidney Day is a joint initiative of



hipertenzije ali proteinurije. Do podobnih rezultatov so avtorji prišli v raziskavi, kjer so analizirali preko 320.000 bolnikov (12). V multivariatni analizi so bili vključeni številni dejavniki tveganja za končno odpoved ledvic (starost, spol, kajenje, proteinurija itd.) (12). Tveganje za končno odpoved ledvic je bilo linearno večje od normalne telesne teže do ekstremsne debelosti (12). V norveški raziskavi so spremljali bolnike s prehipertenzijo in ugotovili, da je tveganje za končno odpoved ledvic prisotno le pri debelih; tveganje je naraščalo linearno z večanjem ITM (13). V španski raziskavi so opazovali 73 bolnikov, pri katerih je bila opravljena enostranska nefrektomija, pri večini debelih (v 92 odstotkih) se je pojavila proteinurija in kronična ledvična bolezen, obe pa sta bili redki (le v 12 odstotkih) pri bolnikih z normalnim ITM (14).

Debelost je povezana z napredovanjem kronične ledvične bolezni, ne glede na vzrok, ki je povzročil ledvično bolezen. To so prikazali v raziskavi, kjer so vključili bolnike z IgA glomerulopatijo (15). ITM 25 kg/m² ali več je bil povezan z nadaljnjim napredo-

vanjem kronične ledvične bolezni pri teh bolnikih (15). Žal v nobeni do sedaj objavljeni raziskavi niso raziskovali povezave med periferno ali centralno debelostjo ter tveganjem za kronično ledvično bolezen, čeprav je znano, da je centralna debelost boljši napovednik hipertenzije, dislipidemije ali metabolnega sindroma, kot je ITM.

Opisana je tudi povezava med metabolnim sindromom in kronično ledvično boleznijo. Chen s sod. (16) je pri veliki skupini bolnikov, ki so imeli ob začetku raziskave normalno ledvično funkcijo in so jih nato spremljali več kot 20 let, ugotovil, da imajo bolniki z metabolnim sindromom 2,6-krat večje tveganje za kronično ledvično bolezen v primerjavi z bolniki brez metabolnega sindroma. Tveganje se je povečevalo glede na število dejavnikov metabolnega sindroma (16). Podobne rezultate so dale tudi nekatere druge raziskave. Metaanaliza objavljenih raziskav je pokazala, da je metabolni sindrom povezan z zmanjšano ledvično funkcijo (opredeljeno kot ocenjena glomerulna filtracija <60 ml/min/1,73m²),

mikroalbuminurijo in/ali proteinurijo (17). Vse povezave so bile neodvisne od prisotnosti hiperglikemije ali hipertenzije (17). Eden ključnih dejavnikov metabolnega sindroma je inzulinska rezistenca. V veliki raziskavi ARIC (Atherosclerosis Risk in Communities), v katero je bilo vključenih preko 10.000 bolnikov, ki so bili prospektivno opazovani 9 let, so ugotovili povezavo med inzulinsko rezistenco in nastankom kronične ledvične bolezni (opredeljena kot ocenjena glomerulna filtracija <60 ml/min/1,73 m²) (11). Hsu s sodelavci je ugotovil neodvisno povezavo tudi med inzulinsko rezistenco in nastankom mikroalbuminurije pri bolnikih s sladkorno boleznijo tipa 2 (18). Inzulinska rezistenca je povezana s hemodinamskimi spremembami ledvic. Hiperinzulinemija lahko poviša glomerulni hidrostatski tlak, poveča permeabilnost ledvičnega žilja, povzroči ali poslabša glomerulno hiperfiltracijo, povzroči resorpcijo natrija (19–21).

Mehanizmi, ki pri debelosti povzročijo nastanek ali napredovanje kronične ledvične bolezni, niso dobro poznani in so v veliki meri špekulativni. Debelost ima neposreden učinek na nastanek kronične ledvične bolezni preko glomerulne hiperfiltracije, lipotoksičnosti, z debelostjo povezanim vnetjem in oksidativnim stresom ter sproščanjem nekaterih hormonov itd. (22). Ima pa tudi posreden učinek na kronično ledvično bolezen preko prisotnosti metabolnega sindroma, sladkorne bolezni in hipertenzije (22).

Zaključek

Danes se soočamo s tremi epidemijami: debelostjo, sladkorno boleznijo in kronično ledvično boleznijo. Debelost je dejavnik tveganja za kronično ledvično bolezen neodvisno od sladkorne bolezni. Mehanizmi, ki povzročijo nastanek ali napredovanje ledvične bolezni pri debelih, niso natančno poznani in so predmet intenzivnih raziskav.

Literatura

1. Jha V, Garcia-Garcia G, Iseki K, et al. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *Lancet* 2013; 382:260–72.
2. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity>
3. von Ruesten A, Steffen A, Floegel A, et al. Trend in obesity prevalence in European adult cohort populations during follow-up since 1996 and their predictions to 2015. *PLoS One* 2011; 6:e27455.
4. Olshansky SJ, Passaro DJ, Hershow RC, et al. A potential decline in life expectancy in the United States in the 21st century. *N Engl J Med* 2005; 352: 1138–45.
5. <http://www.idf.org/diabetesatlas/update-2014>
6. US Renal Data System. USRDS 2012 annual data report: atlas of chronic kidney disease and end-stage renal disease in the United States. Bethesda, MD: National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Disease, 2012.
7. Alberti KG, Zimmet P, Shaw J. Metabolic syndrome – a new world-wide definition. A consensus statement from the International Diabetes Federation. *Diabet Med* 2006; 23: 469–80.
8. de Vries AP, Ruggenenti P, Ruan XZ, et al., ERA-EDTA Working Group Diabetes. Fatty kidney: emerging role of ectopic lipid in obesity-related renal disease. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2014; 2:417–26.
9. Bluher M. The distinction of metabolically 'healthy' from 'unhealthy' obese individuals. *Curr Opin Lipidol* 2010; 21:38–43.
10. Chang Y, Ryu S, Choi Y, et al. Metabolically Healthy Obesity and Development of Chronic Kidney Disease: A Cohort Study. *Ann Intern Med* 2016;164:305–12.
11. Iseki K, Ikemiya Y, Kinjo K, Inoue T, Iseki C, Takishita S. Body mass index and the risk of development of end-stage renal disease in a screened cohort. *Kidney Int* 2004; 65:1870–6.
12. Hsu CY, McCulloch CE, Iribarren C, Darbinian J, Go AS. Body mass index and risk for end-stage renal disease. *Ann Intern Med* 2006; 144:21–8.
13. Munkhaugen J, Lydersen S, Wideroe TE, Hallan S. Prehypertension, obesity, and risk of kidney disease: 20-year follow-up of the HUNT I study in Norway. *Am J Kidney Dis* 2009; 54:638–46.
14. Praga M, Hernandez E, Herrero JC, et al. Influence of obesity on the appearance of proteinuria and renal insufficiency after unilateral nephrectomy. *Kidney Int* 2000; 58:2111–8.
15. Bonnet F, Deprele C, Sassolas A, et al. Excessive body weight as a new independent risk factor for clinical and pathological progression in primary IgA nephritis. *Am J Kidney Dis* 2001; 37:720–7.
16. Chen J, Munter P, Hamm LL, et al. The metabolic syndrome and chronic kidney disease in US adults. *Ann Intern Med* 2004; 140: 167–74.
17. Thomas G, Sehgal AR, Kashyap SR, et al. Metabolic syndrome and kidney disease: a systematic review and meta-analysis. *Clin J Am Soc Nephrol* 2011; 6:2364–73.
18. Hsu CC, Chang HY, Huang MC, et al. Association between insulin resistance and development of microalbuminuria in type 2 diabetes: a prospective cohort study. *Diabetes Care* 2011; 34:982–7.
19. Catalano C, Muscelli E, Quiñones Galvan A, et al. Effect of insulin on systemic and renal handling of albumin in nondiabetic and NIDDM subjects. *Diabetes* 1997; 46:868–75.
20. Tucker BJ, Anderson CM, Thies RS, Collins RC, Blantz RC. Glomerular hemodynamic alterations during acute hyperinsulinemia in normal and diabetic rats. *Kidney Int* 1992; 42: 1160–8.
21. Cohen AJ, McCarthy DM, Stoff JS. Direct hemodynamic effect of insulin in the isolated perfused kidney. *Am J Physiol* 1989; 257:F580–F585.
22. Alicic RZ, Pataki R, Tuttle KR. Direct and indirect effects of obesity on the kidney. *Adv Chronic Kidney Dis* 2013; 20:121–7.

21. marec, svetovni dan Downovega sindroma

Ana Perdih, dr. med., ZD Ljubljana, Enota ZD Vič - Rudnik

Posrečeno izbran datum, kajne? 21. 3. – za trisomijo enaindvajsetega kromosoma.

Na ta dan v državah po vsem svetu potekajo različni dogodki, s katerimi želijo ljudem predstaviti življenje in delo oseb z Downovim sindromom. Med splošno populacijo je namreč še vedno zasidranih mnogo stereotipov o Downovem sindromu in ljudje so večinoma presenečeni, ko odkrijejo resnico.

Veliko ljudi (tudi v Sloveniji) si namreč pod pojmom Downov sindrom še vedno predstavlja nekaj groznega. Kar vprašajte svoje znance, presenečeni boste: naslikali vam bodo nekoga, ki je vedno bolan, hudo duševno prizadet, s katerim se ni mogoče pogovarjati. Veliko ljudi je prepričanih, da se osebe z Downovim sindromom ne morejo naučiti niti osnovnih veščin, da živijo človeka nevredno življenje – in da bodo umrle, preden dosežejo odraslost. Njihova smrt pa bo staršem in sorojencem končno spet prinesla normalno življenje.

V našem času je strah pred Downovim sindromom, pa pravzaprav strah pred osebami z motnjo v duševnem razvoju sploh, tako močan, da je običajnemu človeku težko, ko na ulici ali na avtobusni postaji sreča tako osebo. Ne ve, kam bi gledal, ali bi se umaknil; če pa ga oseba z Downovim sindromom vpraša za pravo številko avtobusa ali morda celo samo pozdravi, pa zadrega postane tako velika, da imaš občutek, da bi najraje pobegnil. Vzrok za tako zadrego znanost pripisuje pomanjkanju izkušenj – stikov z osebami s posebnimi potrebami (1, 2), čeprav na to

vpliva tudi značaj (3). Pri majhnih otrocih še gre, marsikdo se jim prijazno nasmehne, kdo jim tudi skuštra laske in pravi, da so srčkani. Ko odrasejo, pa ...

Kako drugačen pogled na svet nam prikažejo osebe z Downovim sindromom same! 97 odstotkov oseb z Downovim sindromom je vseh, da so, kar so (»like who they are«) (4). Z voljo in pogumom se lotevajo podvigov, o katerih jim okolica govori, da so zanje pretežki. In dosegaajo cilje: samo malo brskanja po spletu, pa najdemo žensko, ki je v Ameriki diplomirala in je učiteljica (5), mestno svetnico v španskem mestu Valladolid (6), vzgojiteljico v Veliki Britaniji, filmskega igralca v Španiji, oblikovalko, ki je ustvarila nogometne drese za nogometni klub Barcelona, lastnika restavracije, slaščičarne, košarkarja, modno oblikovalko, pisateljico, glasbenike ...

Marsikaj, kar je za Downov sindrom veljalo pred desetletji, je danes zares drugače. Pričakovana življenjska doba se podaljšuje: leta 1929 je bila 9 let, leta 1949 je znašala 12 let, 1983 že 25 let, leta 2000 je bila pričakovana življenjska doba v Avstraliji 60 let (7). Ščasoma se bo verjetno pričakovana življenjska doba še bolj približala tisti za splošno populacijo, že zdaj namreč nekatere osebe z Downovim sindromom živijo precej dolgo, tudi pri nas – kolegica mi je omenila, da ima oskrbovanko v domu starejših, gospo z Downovim sindromom, starejšo od 90 let.

Družba je tista, ki lahko tem osebam da možnost – ali pa jim jo vzame. V zadnjih desetletjih se je

veliko spremenilo, veliko pa se še mora. Od tega, da so vse otroke, ki so bili »retardirani«, poslali v zavode, kjer so bolj životarili kot zares živeli (8), smo prišli do pogovorov o tem, kateri izrazi na primeren način in spoštljivo opišejo to populacijo; do tega, da so otroci sprejeti v družinah in skupaj s sorojenci odrasčajo v domačem okolju; do tega, da jim strokovni delavci različnih strok že od malega nudijo pomoč in podporo, da bi čim bolj v polnosti razvili svoje zmožnosti. Otroci z Downovim sindromom, ki so deležni zgodnje obravnave, bolje razvijejo grobo motoriko, kaže pa se tudi boljši kognitivni razvoj in prilagoditveno vedenje (9). Pri otrocih, ki so vključeni v redne šole skupaj z vrstniki z značilnim razvojem, so opazni boljši dosežki na področju govora, vedenja in socialnih veščin ter šolskega znanja kot pri otrocih, ki obiskujejo šole s prilagojenim programom (10). Tako se tudi lažje vpišejo v šolo, kjer pridobijo poklic. Ta jim omogoči, da se zaposlijo – in zaživijo samostojno, kar je med najpogostejšimi željami, ki jih imajo za prihodnost.

Časi, ko so otroke s posebnimi potrebami zapirali v zavode in jih skrivali pred svetom, so hvala bogu minili. Zdaj so tudi pri nas lahko deležni zgodnje obravnave, ki jim pomaga, da razvijejo svoje zmožnosti v čim večji meri. Tako imamo tudi v Sloveniji mlade z Downovim sindromom, ki so končali šolanje, se izobrazili za poklic, ki živijo skoraj samostojno življenje. Žal jih še ni veliko. Je pa naloga vseh nas, da ustvarjamo okolje, v katerem bodo sprejeti in kjer

bodo lahko živeli polno življenje.

Predvsem zdravniki smo tisti, ki vemo za ves napredek, ki spodbija stare predsodke – in prav mi imamo tudi največ priložnosti, da pomagamo premagovati strah. Najprej tistim, ki so se z Downovim sindromom srečali v svojem življenju, imamo pa tudi veliko možnosti, da pomagamo spreminjati splošno mnenje v družbi, ki zdaj zaradi neznanja in mitov prinaša mnoge nepotrebne zadrege.

Viri:

1. Anthony WA. Societal rehabilitation: Changing society's attitudes toward the physically and mentally disabled. *Rehabil Psychol.* 1972;19:117–126.
2. Livneh H. On the Origins of Negative Attitudes toward People with Disabilities. *Rehabil Lit.* 1982;43:338–47.
3. English RW. Correlates of stigma towards physically disabled persons. *Rehabil Res Prac.* 1971;2(4):1–17.
4. Skotko BG, Levine SP, Goldstein R. Self-perceptions from People with Down syndrome. *Am J Med Genet A.* 2011;10:2360–69.
5. <http://www.kentucky.com/news/local/community/article44423688.html>
6. https://en.wikipedia.org/wiki/%C3%81ngela_Bachiller
7. Bittles AH, Glasson EJ. Clinical, social and ethical implications of changing life expectancy in Down syndrome. *Dev Med Child Neurol.* 2004;46:282–6.
8. <http://www.inclusionbc.org/our-priority-areas/disability-supports/institutions/woodlands-insitution>
9. Connolly BH, Morgan SB, Russell FF, et al. A longitudinal study of children with Down syndrome who experienced early intervention programming. *Phys Ther* 1993;73:170–181.
10. Buckley S, Bird G, Sacks B et al. A comparison of mainstream and special education for teenagers with Down syndrome: Implications for parents and teachers. *Downs Syndr Res Pract.* 2006;9(3):54–67.

Spoštovani avtorji prispevkov,

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

Uredništvo

Koloproktologija v letu 2016

Izr. prof. dr. Pavle Košorok, dr. med., Iatros – dr. Košorok, d. o. o.

Koloproktologija je v zadnjih letih v svetu že priznana samostojna kirurška dejavnost, zato si različna nacionalna in regionalna združenja prizadevajo, da organizirajo strokovne sestanke, na katerih predstavljajo svoje izkušnje in z vabili priznanim strokovnjakom pridejo tudi do svetovnih izkušenj. Take izmenjave so zelo koristne in zaželeni, pa tudi dobro obiskane.

Eno od takih srečanj je srečanje v Kairu, ki ga vsako leto organizirajo predvsem člani kroga okrog pokojnega prof. Ahmeda Shafika. Ta se je že zelo zgodaj angažiral na področju koloproktologije in je bil za časa življenja vodilni strokovnjak tudi na področju patologije medeničnega dna. Iz dejavnosti njegovega centra in ljudi, ki so se tam sestajali, je bila v letu 2015 na Kitajskem organizirana prva svetovna konferenca o boleznih medeničnega dna.

Srečanje v Kairu leta 2016 je potekalo od 20. do 22. aprila. Uvodna tema kongresa je bila ponovljeni rak danke in možnosti zdravljenja. Predavatelji so bili v glavnem domačini. Mene je posebej zanimalo predavanje Franka A. Frizella z Nove Zelandije o zdravljenju ponovljenega ali preostalega skvamoznoceličnega raka anusa. S to patologijo se srečujemo tudi pri nas in je v zadnjem času zanimiva tema sodelovanja med našim medicinskim centrom in Inštitutom za patologijo. Indru Khubchandani iz ZDA je podal pregledno predavanje o genetiki v kolorektalni kirurgiji. To področje prav gotovo postaja vedno pomembnejše. Zanimiva bi bila možnost presejanja za odkrivanje družinske obremenjenosti sorodnikov bolnikov, ki so imeli raka širokega črevesa in danke. Tudi problematika divertikulitisa in divertikuloze je v zadnjem času zelo zaželeni tema na mednarodnih sestankih. Tako je Philip Caushaj – bodoči oz. že aktualni predsednik ISUCRS (*International Society of University Colon and Rectal Surgeons*), podal dobro, pregledno predavanje o diagnostiki, terapiji in trendih v zdravljenju divertikularne bolezni.

Popuščanje medeničnega dna je interdisciplinarna težava in v predavanjih na kongresu je bilo obdelanih nekaj vidikov zdravljenja – perinealni posegi pri zdravljenju rektalnega prolapsa, reparacija s perinealno mrežico, *postanal repair*.

Predstavil sem naše izkušnje z mukozektomijo pri notranjem rektalnem prolapsu, kar je v naši ustanovi postal poseg dnevne kirurgije. Magnetnoresonančno slikanje medeničnega dna je zapolnilo diagnostično praznino med radiologijo in kirurgijo. Še enkrat so bile predstavljene prirojene anorektalne malformacije, posegi pri Hirschsprungovi bolezni in reševanje težav pri bolnikih, ki so jim bile napravljene korekcije prirojenih anorektalnih anomalij. Med patologijo medeničnega dna spada tudi ukleščanje pudendalnega živca z vsemi posledicami. Poseg ni enostaven. Srečujemo se z vprašanjem, kaj narediti, če poseg ni uspešen.

Med preglednimi predavanji se mi je zdelo zelo skrbno obdelano področje zdravljenja ponovljene analne fisure in fistule, ki ga je predstavil prof. Joseph Nunoo-Mensah iz King's College Hospital v Londonu. Profesorja sem vprašal, ali bi bil pripravljen tako predavanje pripraviti tudi na enem od slovenskih srečanj, s čimer se je strinjal. Seveda se tudi egiptovski kolegi poskušajo v novostih, ki so moderne po svetu. Predstavljeno je bilo zdravljenje perianalnih fistul z matičnimi celicami. Moderna metoda je tudi SNS (*sacral nerve stimulation*). Predstavljene so bile izkušnje pri bolnikih z inkontinenco. Kot vsako leto, je na tem kongresu tudi predstavitev kirurgije v živo, kjer smo sodelovali povabljeni predavatelji. Operacije so bile izvedene v bolnišnici prof. Ahmeda Shafika in prenašane v dvorano kongresnega centra.

Gostitelji so pripravili zanimivo druženje. Skupna večerja je vedno priložnost za navezovanje stikov, kar je bilo še posebej učinkovito na izletu v Aleksandrijo, kjer smo si ogledali nekaj rimskih in zgodnjekrščanskih izkopanin, pristanišče z ostankom znamenitega aleksandrijskega svetilnika. Moderno aleksandrijsko knjižnico smo si zaradi pomanjkanja časa ogledali samo od zunaj.

6. in 7. maja je bilo v Rogaški Slatini 63. redno srečanje Slovenskega združenja za gastroenterologijo in hepatologijo (SZGH). Še vedno se ga z veseljem udeležujem, saj je to druženje kirurgov in gastroenterologov, ki traja že več kot 50 let. Pri tem so najbolj aktivni kolegi gastroenterologi. Na žalost nekoliko manj zagna-

no sodelujemo pri tem tudi abdominalni kirurgi in koloproktologji.

Kot koloproktolog sem bil 17. junija povabljen na simpozij o inkontinenci, ki so ga organizirali ginekologi. Na simpoziju ni bilo govora samo o inkontinenci, ampak tudi o številnih drugih praktičnih izkušnjah. Predstavili smo našo analizo analnih okužb anusa in analnega karcinoma. Za naše potrebe se nam je zdela zanimiva predstavitev funkcijske magnetne stimulacije, ki se je pokazala kot koristna pri urinski inkontinenci in bi jo bilo pametno preizkusiti tudi pri fekalni. Predvsem pa je zanimiva uporaba magnetne stimulacije pri pelvični bolečini, ki je interdisciplinarna težava pri ginekoloških, uroloških in proktoloških pacientih.

15. in 16. septembra sem bil povabljen na kongres Mediteranskega združenja za koloproktologijo v Genovi. Poudarek je bil na divertikulozi kolona in možnih zapletih. Predstavljene so bile še številne izkušnje s področja koloproktologije. Zanimivo je bilo sodelovanje v okrogli mizi, ki je pokrilo najbolj aktualna vprašanja koloproktologije v zadnjem času.

Septembrski termini so zelo zaželeni in tako sta se v letu 2016 križali dve zelo pomembni srečanja, ki se ju po navadi udeležim tudi kot aktivni član.

Od 23. do 25. septembra je bil v Mumbaju v Indiji 27. dvoletni kongres Mednarodnega združenja univerzitetnih kolorektalnih kirurgov. Že običajno je, da taka srečanja potekajo skupaj z nacionalnimi kongresi. Kongres je bil zanimiv zato, ker je vodenje od dolgoletnega generalnega sekretarja in predsednika Indruja Khubchandanija prevzel prof. Philip Caushaj. Zaradi oddaljenosti in bližnjega srečanja ESCP (Evropsko združenje za koloproktologijo) se kongresa nisem udeležil, čeprav so me vabili.

Od 27. do 30. septembra je bil v Milanu kongres Evropskega združenja za koloproktologijo. Vesel sem bil, ker sem srečal številne slovenske kolege. Morda k temu vsaj malo pripomore moje obveščanje o delovanju evrop-

skega združenja, kjer sem trenutno predstavnik Slovenije. To je tudi moja dolžnost. Evropski kongres združenja za koloproktologijo je za slovenske kirurge po mojem najpomembnejši. Kongresi so pripravljeni vsako leto v zadnjem tednu septembra in obdelajo vsa pomembna področja koloproktologije. Vsako leto pripravijo predkongresne tečaje, ki so vedno dobro obiskani, predvsem s strani mlajših kolegov. V zadnjih nekaj letih je najbolj priljubljen tečaj UZ-diagnostike – endoanalni UZ in UZ presredka. Ultrazvok je koristen pri oceni fistul in abscesov, pri fekalni inkontinenci, pri predoperativnem ugotavljanju razširjenosti (*staging*) rektalnega karcinoma, nato pa še pri težavah medeničnega dna. Posebej so bili obdelani vsi trije predelki (sprednji, srednji in zadnji). Vsi ti vidiki uporabe ultrazvoka so bili predstavljeni tudi v kliničnih prikazih. Zaključni del tečaja o ultrazvoku je bil povzetek, kako je ultrazvok koristen pri kliničnih odločitvah. Drugi predkongresni tečaj je bil tečaj o perianalnih fistulah, ki so še vedno izziv za proktologe. Po teoretični predstavitvi je bil prikazan transanalni pristop z mukoznim režnjem, klasična fistulotomija, LIFT-postopek. To je v zadnjem času zelo moderna metoda. Zdi se mi, da upravičeno. Sledijo še metode, ki se pri zdravljenju fistul pojavljajo že dalj časa in jih po svoje podpira industrija – fistulni čep, video asistirana obliteracija fistulnega kanala, lasersko požiganje fistulnega kanala in destrukcija fistulnega kanala s permakol pasto. Eden od predkongresnih tečajev je bil tudi laparoskop-ska kirurgija pri kirurgiji kolona, ki je verjetno bolj zanimala slovenske kolege kirurge, ki delajo v bolnišnicah.

V obliki simpozijev so bile obdelane zelo zanimive teme: popuščanje črevesne anastomoze v rektalni kirurgiji, divertikulitis, zdravljenje raka širokega črevesa – ali je čas za spremembe, nove metode pri nizkem rektalnem karcinomu, kriptoglandularna analna fistula, kaj je novega pri kronični vnetni črevesni bolezni. Ključna predavanja so bila še o

razbremenilnih stomah, nevpelvelo-logiji, multidisciplinarnem zdravljenju perianalne Crohnove bolezni.

Čas na kongresu je bi maksimalno izkoriščen. V času kosila so različna podjetja ponujala kakovostne delavnice, kjer so pripravila obroke v vrečkah, tako da so udeleženci lahko med kosilom sledili zanimivim predavanjem, npr. zdravljenje nizkega rektalnega karcinoma, bolniku prilagojeno zdravljenje, urejanje prebave po totalni mezorektalni eksciziji, nove možnosti preventive popuščanja anastomoz v kolorektalni kirurgiji. Tako se velika podjetja izognejo očitku o korupciji.

Vsega si ni mogoče ogledati. Dobro je, če si program pogledaš že na spletu in označiš teme, ki so osebno najbolj zanimive.

Zelo pomemben del kongresa so izpiti za status evropskega specialista koloproktologije, ki vedno potekajo pred kongresom. Vodilni strokovnjaki so pripravili učbenik, ki naj bi zado-stoval za opravljanje izpita za specialista, seveda ob določenem številu operacij, ki naj bi jih opravil vsak kandidat, ki se prijavi za izpit. Knjiga v času kongresa še ni bila izdana, bilo pa je obljubljeno, da bo izšla v kratkem. Prav gotovo bo v veliko pomoč vsem, ki nameravajo opraviti tak izpit.

V Sloveniji je že kar nekaj kolegov različnih strok, ki so opravili evropski izpit. Kot mi je znano, gre za kolege z Onkološkega inštituta in več kolegov z Očesne klinike. Pobuda za evropski izpit ima že dolgo zgodovino, prvi dogovori o takih izpitih so bili v letu 1958. EBSQ (*European Board of Surgical Qualifications*) je obravnaval vlogo za tak izpit iz vaskularne kirurgije leta 1996. Že leta 1998 pa je bil potrjen program za akreditacijo specialističnega znanja iz koloproktologije v EU. Do sedaj je takšen izpit opravilo že 383 kandidatov iz 26 držav.

Nacionalni delegati smo se najprej sestali ločeno po skupinah – Slovenija spada v srednjeevropsko skupino držav skupaj s Češko, Avstrijo, Italijo, Madžarsko in tudi Izrae-

lom. Izrael je nekako pridružen. Pred kongresom smo dobili prošnjo za predstavitev Slovenije v koloproktološkem smislu na spletni strani ESCP. Predstavitev sem sestavil s pomočjo slovenskih kolegov, ki jih zanima koloproktologija.

Pred koncem kongresa je bil tudi skupni sestanek vseh predstavnikov in vodstva ESCP. ESCP v zadnjem času hitro raste. Rastejo tudi dohodki, ki jih je treba smiselno investirati. Prvotno je bil ta kongres mišljen v Istanbulu, vendar so ga zaradi negotivnega političnega položaja premestili v Milano. Zaradi tega je prišlo do izgube več kot 100.000 evrov. Berlinski kongres v letu 2017 bo imel enako kotizacijo, verjetno pa bo organizacija dražja. ESCP namenja pomoč tudi lokalnim koloproktološkim združenjem. Konec leta 2016 so denar namenili za srečanje v Budimpešti, kjer je bil organiziran »Master class« sestanek. Naslednje leto je tak sestanek s sofinanciranjem ESCP predviden v Stockholmu.

Od 13. do 15. oktobra sem bil povabljen v Beograd, na 10. dvoletni

kongres srbskih koloproktologov, ki se je prvotno še imenoval jugoslovanski. Njihova tradicija je že dvajsetletna, na kar so seveda zelo ponosni, in kongres je bil kot jubilejni organiziran posebej svečano. Prof. Krivokapić ima številne mednarodne povezave in je zaradi tega povabil kar precej uglednih predavateljev, kar seveda pritegne udeležence od vsehovsod. Sodelovali so tudi številni domači kirurgi, ki se usmerjeno ukvarjajo s koloproktologijo, tako da lahko rečemo, da nas srbski kolegi organizacijsko že prehitujejo.

Od 11. do 12. novembra je bil sestanek SZGH v Portorožu. Tudi tokrat sem sodeloval s predavanjem o problematiki analnega karcinoma, ki je zanimiva tema, povezana z našimi raziskavami humanega papiloma virusa v patologiji anogenitalnih obolenj. Tema je vzbudila tudi zanimanje naših patologov in spodbudila zanimivo sodelovanje.

Veseli me sodelovanje s slovenskimi ginekologi, ki čutijo, da je sodelovanje s proktologijo potrebno in koristno. To se kaže tudi v svetovnem merilu, saj je na številnih kongresih

obravnavana patologija medeničnega dna, ki povezuje proktologe z urologi in ginekologi. Vesel sem bil povabil na kongrese v Kairu, Genovi in Beogradu. Najbolj ljubo vabilo pa je bilo zame vabilo za sodelovanje na kongresu v Budimpešti (od 24. do 26. novembra), ki je bilo sponzorirano s sredstvi ESCP. Organizirano je bilo kot okrogla miza, ki je obdelala vse vidike proktologije. Vsak od nas je temeljito predstavil eno od področij proktologije. Po predstavitvi se je razvila živahna razprava, ki jo je koordinirala okrogla miza. Sproščena debata vseh udeležencev je pokazala, da so taka srečanja potrebna in koristna ter pripomorejo k razčiščenju zagat v proktološki praksi in patologiji medeničnega dna.

V letu 2017 bomo slovenski koloproktologi vezani na srečanja v okviru SZGH. Nekaj možnosti za sodelovanje pa bo tudi na 4. kongresu gastroenterologov v juniju. Že od vsega začetka radi sodelujemo tudi na kongresu digestivne kirurgije v Opatiji. Znan pa je tudi že termin ESCP-kongresa v Berlinu.

Debelost in rak

Mag. Nina Mazi, dr. med., Ljubljana

Debelost, ki tradicionalno velja predvsem za vir težav s srcem in ožiljem, gibalni in presnovnim sistemom, v skladu z novjšimi znanstvenimi spoznanji igra vse pomembnejšo vlogo tudi v onkološki patologiji. Kanadski znanstveniki ugotavljajo, da trebušna debelost oz. povišan indeks telesne mase (ITM) predstavlja podobno tveganje za pojav malignih obolenj, kot so ga doslej pripisovali kajenju in alkoholizmu. Debelost pomeni najmanj 20 odstotkov večje tveganje za pojav malignomov.

Skupina strokovnjakov pod vodstvom dr. Xiaa Ou Shuja, direktorja Global Health na The Vanderbilt-Ingram Cancer Center, ugotavlja, da javnost premalo pozna pomen in vpliv debelosti na rakava obolenja. Zdravniki in

njihovi sodelavci bi zato morali ljudi poučiti, kako škodljivi so odvečni kilograme in centimetri (zlasti v pasu) za zdravje, mladostnost in vitalnost. Ker se glavnina sodobnega prebivalstva med vsemi boleznimi najbolj boji prav raka, bi po mnenju dr. Shuja s pomočjo osveščanja o tesni povezavi med debelostjo in rakom lahko dosegli znižanje števila predebelih posameznikov v visoko razvitem zahodnem svetu. Tako bi mimogrede ubili dve muhi na en mah, zdravstvenim proračunom pa prihranili ogromno dragocenih finančnih sredstev.

Viri: Prevention 12/16, Science Translational Medicine 1/17, cancer.net

Neguj svoje zobe!

Matej Leskošek, dr. dent. med., ZD Vrhnika



Ljubezniva knjižničarka osnovne šole Ivana Cankarja na Vrhniki, kjer delam v šolski zobni ambulanti, mi je pred mesecem prinesla izvod knjižice, ki jo je našla pri svojem delu.

Gre za I. zvezek Zbirke poljudnoznanstvenih spisov z naslovom **Neguj svoje zobe!** avtorjev dr. L. Brenčiča, dr. S. Pirca, dr. J. Ranta in dr. J. Kal-laya, znamenitih strokovnjakov, ki se jih spominjam kot predhodnikov profesorjev, ki so mi predavali na oddelku za dentalno medicino Medicinske fakultete v Ljubljani.

Knjižica je izšla leta 1933 v Ljubljani in jo je izdalo Društvo za ustanavljanje šolskih zobnih ambulatorijev v Dravski banovini, v nakladi 25.000.

Kako življenje podarja lepe trenutke, nevezane na materialne dobrine ali položaj. Meni je drobna knjižica polepšala tisto mrko dopoldne in doma sem jo nekaj dni zapored redno jemal v roke, saj je berljiva, pronicljiva in še danes aktualna.

Kot vodja preventivno naravnane Tekmovanja za čiste zobe ob zdravi prehrani, ki že 34. leto pod strokovnim in organizacijskim vodstvom Stomatološke sekcije Slovenskega zdravniškega društva vztrajno poteka praktično med vsemi osnovnimi šolami naše države, sem jo pregledal še z večjim zanimanjem in radovednostjo.

V čast mi je, da knjižico, staro 84 let, predstavim kolegom, ki tako kot jaz skrbijo za zdravje zob otrok, ki so nam zaupani.

Zanimivo, da na fakulteti nismo nič izvedeli o tem, a že avtorji imenovane knjižice, združeni v Društvu za ustanavljanje šolskih zobnih ambulatorijev, so pred toliko desetletji poskrbeli, da so otroci dobili svoje zobne ambulante. V uvodu so takole razložili svoj namen: »To društvo ima namen, da z vzgojnim in izobraževalnim delom, tiskom, predavanji in drugimi propagandnimi sredstvi širi v vseh slojih prebivalstva smisel za vrednost in pomen zdravega zobovja ter z ustanavljanjem šolskih zobnih ambulatorijev skrbi za to, da bo čim večje število otrok v mestih in na deželi postopoma deležnih dejanske in sistema-

tične zobne nege. Za manjše kraje, kjer stalnih ambulatorijev ni mogoče ustanovljati, so predvideni potujoči ambulatoriji.«

V uvodu je tudi zapisano – danes kar ne moremo verjeti – da je 70 do 80, ponekod celo 90 odstotkov vseh zob pri otrocih nagnitih ali popolnoma uničenih. Nadalje so avtorji zaključili, da je največ upanja na stalne uspehe, če se začne ohranjati zdravo zobovje pri otrocih v šolski, pa tudi predšolski dobi. Poudarili so pomen pravilne prehrane, navajanje na stalno in skrbno zobno nego in popravilo nastalih napak v začetku, ko so še majhne, s čimer bi dosegli, da bo vsak otrok zapustil šolo z urejenim zobovjem in bo tako vzgojen, da bo tudi v poznejšem življenju znal skrbeti za svoje zobovje.

Kako dobro so avtorji poljudnoznanstvene brošure opredelili pomen sistematičnega dela z otroki na dispanzerski način!

Na splošno so v knjižici zapisali vsega po malo, od anatomije zob, bolezni zob in dlesni, obolenj, povezanih z bolnimi zobmi, do pravilne prehrane (poudarili so pomen črnega kruha), vitaminov in zobne nege z vsemi pripomočki vred. Knjižico je zaključil pregled prizadevanj za zobno nego po svetu, v Kanadi, na Japonskem in Franciji. Ni kaj, natančno opisovanje pritegne še danes.

Ob prebiranju te zanimive knjižice so se mi porajale mnoge vzporednice v primerjavi dela nekoč in danes, toliko desetletij kasneje!

Poglejte, kaj vse je bilo že storjenega v Sloveniji, saj nam je uspelo KEP drastično znižati, ustna higiena je boljša, kot je bila pred časom, zelo malo je ekstrakcij stalnih zob pri šolarjih in le-ti odhajajo v srednje šole z boljšimi, privzgojenimi navadami za dobro in pravilno vzdrževanje ustne higiene.

Malo me je zmotil le naziv »pomožno osebje«, ki se očitno nanaša na današnje sestre, ki pa niso le pomožno osebje, temveč visoko usposobljene in nam v veliko oporo in pomoč.

Prebrana knjižica mi je pričarala toplino sveže pečene kruha iz pekovske peči, ki mamljivo diši. A naše življenje je stisnjeno v kolesje časa in zgodovine. Lahko smo zadovoljni in ponosni, da nadaljujemo dobro zastavljeno delo naših učiteljev.

Zbornična izobraževanja za zdravnike in zobozdravnike

Logoterapija, smisel in poslanstvo zdravnika

seminar – marec

Cilj delavnice

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

Izvajajo: mag. Martin Lisec, logoterapevt

Težave in razumevanje v medosebnih odnosih

delavnica – marec, 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 zaidete v konflikt in kako le-te ustrezno reševati oz. jih preprečiti. S pomočjo orodij poznavanja tipov osebnosti boste bolje razumeli vedenje, razmišljanje in odzivanje ljudi okoli vas.

Delavnico vodi Anja Žagar, univ. dipl. ekon.

Pacient ne govori slovensko – izziv za zdravstvene delavce v Sloveniji

seminar – marec–november

Udeleženci usposabljanja bodo razvijali znanja, ustrezen odnos in veščine na področju kulturnih kompetenc za zdravstveno obravnavo migrantov in beguncev. Izobraževanje bo potekalo v dveh delih. V prvem delu, ki je razdeljen v tri vsebinske sklope (Migracije: izziv za zdravstvo v Sloveniji; Migranti in begunci v sistemu zdravstvenega varstva Slovenije; Komunikacija med zdravstvenimi delavci ter migranti in begunci), bodo preko interaktivnih predavanj pojasnjeni osnovni koncepti, posredovane ključne informacije in predstavljeni

pristopi, ki so mednarodno uveljavljeni. V drugem delu pa bo posredovano znanje poglobljeno s praktičnim delom na konkretnih primerih, preko katerih bodo udeleženci razvijali različne veščine za kakovostno zdravstveno obravnavo migrantov in beguncev.

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

Pravočasen pregled ustne votline lahko reši življenje

seminar – marec



Zobozdravniki prevzemamo odločilno vlogo pri odkrivanju raka ustne votline, zato bomo vsem, ki se boste vključili v projekt Pravočasen pregled ustne votline lahko reši življenje (več o projektu najdete na www.zdravniskazbornica.si) zagotovili strokovno izobraževanje z možnostjo pridobitve kreditnih točk. Strokovni seminar bo organiziral Odbor za zobozdravstvo v sodelovanju s Kliničnim oddelkom za oralno in maksilofacialno kirurgijo UKCL in Centrom za ustne bolezni in parodontologijo Stomatološke klinike. Za vse, ki bodo aktivno sodelovali v projektu, je izobraževanje brez kotizacije.

Programski odbor: doc. dr. Andrej Kansky, dr. dent. med., doc. dr. Rok Schara, dr. dent. med., in dr. sc. Diana Terlevič Dabić, dr. dent. med.

Vodenje zdravniških timov

seminar – marec, 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, dosegajo dobre rezultate in predvsem, da obvladujejo manjše in velike spremembe, ki jih prinaša okolje in vsakodnevno delo. Naučili se boste, kaj je razlika med timom in ekipo, kakšne so naloge vodje, kako se vodi tim, kakšne so resnice in zmote o motivaciji ter kakšna naj bo komunikacija v timu.

Izvajalka: Metka Komar, univ. dipl. ekon.

Učinkovito reševanje konfliktov

seminar – april, 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 – april, 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 ustrežljiva ter vse bolj pozablja nase; premalo poskrbi za to, da zadovolji svoje čustvene potrebe.

Na seminarju se bomo seznanili (in vadili) večšine 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.

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

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

Pregled vseh strokovnih srečanj na enem mestu!

Obiščite našo spletno stran:

www.domusmedica.si

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

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

Tu najdete tudi koledar kulturnih prireditev v Domus Medica.



Domus Medica
Slovenija

21. 11. 2016–21. 11. 2017 • 10 NASVETOV, KAKO IZBOLJŠATI ZAVZETOST ZDRAVLJENJA Z ZDRAVILI

kraj: spletno izobraževanje Doctrina: <https://si.doctrina.biz/zdravniki>**št. udeležencev:** ni omejeno**kotizacija:** kotizacije ni za uporabnike portala Doctrina.si**k. točke:** *****vsebina:** Strokovno spletno videoizobraževanje je namenjeno vsem zdravnikom, ki predpisujejo zdravila. Analizira uporabo zdravil in predstavlja vzroke za dvom v predvidevanje, da bo pacient po prevzemu zdravil le-ta pravilno jemal. Video predlaga nekaj učinkovitih orodij, ki jih zdravstveni delavci lahko uporabijo za izboljšanje adherence.**organizator:** Doctrina, d.o.o., mag. Rok Antolič, mag. klin. psih., Center za geriatrično medicino, UKC LJ.**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

3. 1. 2017–3. 1. 2018 • 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:** *****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 info@si.doctrina.biz in 080 5007, informacije: Sergeja Širca, T: 080 5007, E: sergeja.sirca@doctrina.biz

2.–4. ob 8.30 • 33. UČNE DELAVNICE ZA MENTORJE V DRUŽINSKI MEDICINI

kraj: MORAVSKE TOPLICE**št. udeležencev:** 50**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** 13**vsebina:** učna delavnica je namenjena mentorjem v družinski medicini**organizator:** SZD – Združenje zdravnikov družinske medicine, Janez Rifel**prijave, informacije:** prijave: E: kdrmed@mf.uni-lj.si, informacije: Janez Rifel, T: 01 438 69 15, E: kdrmed@mf.uni-lj.si

3. • 18. REDNO LETNO PLENARNO ZASEDANJE SLOVENSKEGA FORUMA O PREVENTIVI BOLEZNI SRCA IN ŽILJA TER 3. STROKOVNI SESTANEK SEKCIJE ZA ŠPORTNO KARDIOLOGIJO

kraj: LJUBLJANA, Dunajska c. 162, Domus Medica, Modra dvorana**št. udeležencev:** ni omejeno**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** v postopku**vsebina:** Tematika rednega letnega sestanka bo klinična in populacijska preventiva bolezni srca in žilja. Osrednji sklop bodo predstavljale **Nove smernice za preprečevanje srčno-žilnih bolezni v klinični praksi**, sledil bo sklop Izzivi v preventivni kardiologiji: **Miti in resnice o zdravem življenjskem slogu**, ter v zaključku: Strokovna razpota: **Delazmožnost in upravljanje motornih vozil pri srčnih bolnikih**. Forumu je v popoldanskem času tudi letos pridružen letni **strokovni sestanek Sekcije za športno kardiologijo** Združenja kardiologov Slovenije.**organizator:** Združenje kardiologov Slovenije**prijave, informacije:** Saša Radelj, T: 01 434 21 00, E: sasa.radelj@sicardio.org

3. 3. 2017–3. 3. 2018 • MEDNARODNA ŠOLA AKUPUNKTURE

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

4. ob 9.00 • NUJNA STANJA V DRUŽINSKI MEDICINI – PRIPRAVA NA DELO ZA SPECIALIZANTE DRUŽINSKE MEDICINE

kraj: LJUBLJANA, Zdravstveni dom Ljubljana, Simulacijski center, Metelkova 9**št. udeležencev:** do 20**kotizacija:** 150 EUR**k. točke:** v postopku**vsebina:** Strokovno usposabljanje je namenjeno specializantom družinske medicine. Pristop k vitalno ogroženemu pacientu v ambulantni družinskega zdravnika (anafilaksija, AMI, ICV, intoksikacija, septični šok, dodatni postopki oživljanja), sprostitev dihalne poti, umetna ventilacija, odstranjevanje tujka iz dihalnih poti, aplikacija kisika, i-gel, nastavev infuzije, timsko delo med reanimacijo.**organizator:** Zdravstveni dom Ljubljana, Simulacijski center, Uroš Zafošnik, dipl. zn., mag. soc. del.**prijave, informacije:** prijave: E: prijava.sim@zd-lj.si, informacije: Martina Mlinar, T: 01 472 37 83, 031 396 533, E: taj.sim@zd-lj.si

6. ob 8.30 • ŠOLA PREVENTIVE IN SODOBNEGA ZDRAVLJENJA V GINEKOLOGIJI 2017

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 60 na termin	kotizacija: 90 EUR, kotizacije ni za upokoјence, specializante	k. točke: v postopku
vsebina: predavanja in popoldanske delavnice so namenjeni specialistom in specializantom ginekologije in porodništva in splošne/družinske medicine	organizator: Slovensko menopavzno društvo in Združenje za ambulantno ginekologijo, prim. Lucija Vrabič Dežman	prijave, informacije: prijave: E: prijava.sola@gmail.com ali Celzija, d.o.o., Celestinova 1, 1000 Ljubljana, s pripisom »Šola preventive«, informacije: Darja Jovanov, T: 040 42 00 13 ali 01 563 15 91, E: prijava.sola@gmail.com	

8. • AKTUALNE TEME IZ PALIATIVNE OSKRBE: RAZLIČNI OBRAZI BOLEČINE V PALIATIVNI OSKRBI

kraj: LJUBLJANA, Onkološki inštitut	št. udeležencev: 100	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: celostna obravnava bolnika z bolečino v paliativni oskrbi	organizator: Slovensko združenje za paliativno in hospic oskrbo v sodelovanju z Onkološkim inštitutom Ljubljana	prijave, informacije: prijave: E: aktualneteme@szpho.si , informacije: E: aktualneteme@szpho.si , Maja Ebert Moltara, Slovensko združenje za paliativno in hospic oskrbo, Zaloška 2, 1000 Ljubljana	

8. ob 9.00 • OSNOVE ISKANJA MEDICINSKE LITERATURE: SPOZNAJMO PubMed, več o tečaju: <http://www.mf.uni-lj.si/cm/2830-pubmed>

kraj: LJUBLJANA, Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Centralna medicinska knjižnica, Vrazov trg 2, 1. nadstropje, soba 19	št. udeležencev: 4–6	kotizacija: za člane CMK s plačano celoletno članarino kotizacije ni, za ostale 24,28 EUR	k. točke: ***
vsebina: praktični tečaj iskanja biomedicinske literature 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	

8.–9. ob 9.00 • ZDRAVSTVENI RAZVOJNI FORUM 2017 – 14. KONFERENCA MANAGEMENT IN VODENJE V ZDRAVSTVU

kraj: PORTOROŽ, Grand hotel Bernardin	št. udeležencev: 150	kotizacija: 380 EUR + DDV – s kodo ZRFISIS pridobite 10 % popust na kotizacijo	k. točke: ***
vsebina: Konferenca o vodenju, upravljanju in sistemskih rešitvah ter zdravstveni reformi je namenjena deležnikom v sistemu zdravstvenega varstva, predstavnikom kakovosti v zdravstvu, direktorjem zdravstvenih ustanov, strokovnim direktorjem, predstojnikom, vsem zdravstvenim delavcem ter predstavnikom zdravstvenih zavarovalnic in pristojnega ministrstva	organizator: Planet GV, d.o.o., Peter Ribarič	prijave, informacije: prijave: E: prijave@planetgv.si , W: http://www.planetgv.si/zdravstveni-razvojni-forum , informacije: Metka Krznar, T: 01 309 44 37, E: metka.krznar@planetgv.si	

9. ob 14.15 • OSNOVE ISKANJA MEDICINSKE LITERATURE: SPOZNAJMO PubMed, več o tečaju <http://www.mf.uni-lj.si/cm/epubmed>

kraj: internet	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: praktični tečaj iskanja biomedicinske literature 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	

10. ob 8.30 (registracija od 7.00) • 13. ŠOLA MELANOMA

kraj: LJUBLJANA, Onkološki inštitut, predavalnica stavbe C	št. udeležencev: 80	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 8
vsebina: podiplomsko izobraževanje je namenjeno vsem, ki jih to področje zanima, specializantom internistične onkologije, specialistom internistične onkologije, specialistom in specializantom radioterapije, dermatologom...	organizator: Sekcija internistične onkologije pri SZD, Onkološki inštitut, Katedra za onkologijo, izr. prof. dr. Janja Ocvirk, dr. med.	prijave, informacije: prijave: izključno na E: lkristan@onko-i.si , informacije: Lidija Kristan, T: 01 587 92 82	

14. ob 19.00 • RAZVOJNE POTI SOCIALNE KOGNICIJE: SKOZI PRIZMO MOTENJ AVTISTIČNEGA SPEKTRA

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

15. ob 9.00 • OKUŽBA Z VIRUSOM HEPATITISA C PRI OSEBAH, KI UPORABLJAJO DROGE

kraj: LJUBLJANA, Cankarjev dom	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: sedmi nacionalni simpozij je namenjen vsem zdravstvenim delavcem, ki se pri svojem delu srečujejo s problematiko virusnih hepatitisov in odvisnosti od drog	organizator: Klinika za infektivne bolezni in vročinska stanja UKC Ljubljana in Koordinacija centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od drog, prof. dr. Mojca Matičič, dr. med., doc. dr. Andrej Kastelic, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Tajništvo Klinike za infektivne bolezni in vročinska stanja, Japljeva ulica 2, 1525 Ljubljana, informacije: Simona Rojs, T: 01 522 13 52, 01 522 21 10, F: 01 522 24 56, F: <i>simona.rojs@kclj.si</i>	

15. ob 9.00 • ISKANJE RELEVANTNE LITERATURE V SISTEMU PubMed: nadaljevalni tečaj, več o tečaju: <http://www.mf.uni-lj.si/cm/iskanje-relevantne-literature-v-sistemupubmed-nadaljevalni-tecaj>

kraj: LJUBLJANA, Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Centralna medicinska knjižnica, Vrazov trg 2, 1. nadstropje, soba 19	št. udeležencev: 4–6	kotizacija: za člane CMK s plačano celoletno članarino kotizacije ni, za ostale 24,28 EUR	k. točke: ***
vsebina: praktični tečaj iskanja biomedicinske literature za zdravnike, zobozdravnike, raziskovalce, študente	organizator: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Centralna medicinska knjižnica, mag. Anamarija Rožič, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: <i>tecajicmk@mf.uni-lj.si</i> , informacije: Vesna Cafuta, E: <i>tecajicmk@mf.uni-lj.si</i>	

15. ob 14.00 • RAKI PREBAVIL – SIMPOZIJ

kraj: SOLKAN, Primula, Soška 40	št. udeležencev: 100	kotizacija: 30 EUR	k. točke: ***
vsebina: simpozij je namenjen vsem zdravnikom, specialistom, farmaceutom, specializantom, medicinskim sestram	organizator: Društvo ko-RAK.si, Vipavska 13, 5000 Nova Gorica	prijave, informacije: Lara Čeb-ron, E: <i>info@ko-rak.si</i> , T: 041 632 284, W: <i>www.ko-rak.si</i>	

15. ob 19.00 • HIPOKRATOV VEČER: MEDICINA IN KRŠČANSTVO: p. MARIJAN ŠEF, DR. MEDICINE IN JEZUIT

kraj: CELJE, Dom svetega Jožefa, Plečnikova 29	št. udeležencev: 150	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 2
vsebina: okrogla miza je namenjena vsem zdravnikom in ostalim zdravstvenim delavcem	organizator: Združenje katoliških zdravnikov Slovenije, Peter Šuštar, dr. med. spec. pediatrije	prijave, informacije: prijave: Združenje katoliških zdravnikov Slovenije, Trubarjeva 82, 1000 Ljubljana, informacije: Janez Rifel, T: 041 648 548, E: <i>janez.rifel@mf.uni-lj.si</i>	

16. ob 9.00 • MENDELEY – ORODJE ZA UREJANJE REFERENC IN MEDSEBOJNO POVEZOVANJE, več o tečaju: <http://www.mf.uni-lj.si/cm/program-mendeley>

kraj: LJUBLJANA, Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Centralna medicinska knjižnica, Vrazov trg 2, 1. nadstropje, soba 19	št. udeležencev: 4–6	kotizacija: za člane CMK s plačano celoletno članarino kotizacije ni, za ostale 24,28 EUR	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: <i>tecajicmk@mf.uni-lj.si</i> , informacije: Vesna Cafuta, E: <i>tecajicmk@mf.uni-lj.si</i>	

17. ob 9.00 • LOGOTERAPIJA, SMISEL IN POSLANSTVO ZDRAVNIKA

kraj: Domus Medica, Dunajska c. 162	št. udeležencev: 30	kotizacija: 110 EUR	k. točke: v postopku
vsebina: Cilj delavnice je predstaviti zdravnikom osnovne informacije o logoterapiji in njeni uporabnosti za njihovo delo, jih spodbuditi k razmisleku o njihovi profesionalni in osebni identiteti ter jih opolnomočiti za soočanje z osebnimi kriznimi situacijami, s katerimi se soočajo pri opravljanju svojega poklica.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Mojca Vrečar	prijave, informacije: prijave: W: <i>www.domusmedica.si</i> , informacije: Mojca Vrečar, E: <i>mic@zss-mcs.si</i>	

18. • SVETOVNI DAN USTNEGA ZDRAVJA: PRAVOČASEN PREGLED USTNE VOTLINE LAHKO REŠI ŽIVLJENJE

kraj: Domus Medica, Dunajska c. 162	št. udeležencev: 260	kotizacija: 150 EUR (DDV je vključen), za sodelujoče v projektu »Dan odprtih vrat – preventiva in zgodnje odkrivanje ustnega raka ob svetovnem dnevu ustnega zdravja« kotizacije ni	k. točke: 8
vsebina: Zobozdravniki prevzemamo odločilno vlogo pri odkrivanju raka ustne votline, zato bomo vsem, ki se boste vključili v projekt Pravočasen pregled ustne votline lahko reši življenje (več o projektu najdete na <i>www.zdravniskazbornica.si</i>), zagotovili strokovno izobraževanje z možnostjo pridobitve kreditnih točk.	organizator: Odbor za zobozdravstvo v sodelovanju s Kliničnim oddelkom za oralno in maksilofacialno kirurgijo UKCL in Centrom za ustne bolezni in parodontologijo Stomatološke klinike	prijave, informacije: prijave: W: <i>www.domusmedica.si</i> , informacije: Mojca Vrečar, E: <i>mic@zss-mcs.si</i>	

18.–19. ob 9.00 • ASTMA ŠOLA ZA ZDRAVNIKE S SPECIALIZIRANIMI UČNIMI DELAVNICAMI

kraj: ZREČE, Cesta na Roglo 15, Terme Zreče	št. udeležencev: 30	kotizacija: 240 EUR	k. točke: 6
vseбина: podiplomsko izobraževanje je namenjeno pediatrom, zdravnikom družinske medicine in splošne medicine, specializantom pediatrije in družinske medicine (ob šoli za zdravnike bo vzporedno potekala tudi astma šola za medicinske sestre)	organizator: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Uroš Krivec, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: izobrazevanje.pedriatrija@gmail.com , informacije: Majda Oštir, Sanja Lazić, T: 01 522 87 97, 01 522 48 95, E: izobrazevanje.pedriatrija@gmail.com	

20.–24. ob 9.00 • 45. PODIPLOMSKI SEMINAR KLINIČNE TOKSIKOLOGIJE

kraj: LJUBLJANA, UKC Ljubljana, 1. predavalnica	št. udeležencev: 50	kotizacija: 300 EUR	k. točke: ***
vseбина: Seminar je namenjen specializantom interne medicine, pediatrije, nevrologije, medicine dela, družinske medicine in sodne medicine. Predstavljene bodo akutne in kronične zastrupitve z zdravili, drogami, kemikalijami, plini, težkimi kovinami, fitofarmacevtskimi sredstvi, strupenimi rastlinami, gobami in živalmi itn. Na srečanju bodo predstavljeni tudi antidoti, eliminacijske metode, toksikološka analitika, označevanje nevarnih kemikalij, sodnomoedinski vidiki zastrupitev itn. Poseben sklop bo namenjen tudi neželenim učinkom zdravil.	organizator: Center za klinično toksikologijo in farmakologijo, Interna klinika, UKC Ljubljana, doc. dr. Miran Brvar	prijave, informacije: informacije: Andreja Lamovšek, T: 01 522 88 08, F: 01 434 76 46, E: andreja.lamovsek@kclj.si	

23.–24. • TRADICIONALNO MEDNARODNO 26. POSVETOVANJE »MEDICINA, PRAVO IN DRUŽBA« S TEMO VARNOST PACIENTOV IN ZDRAVSTVENIH DELAVCEV – PROBLEM MEDICINE, PRAVA IN DRUŽBE

kraj: MARIBOR, Univerza, Velika dvorana, Slomškov trg 15	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 150 EUR + DDV	k. točke: ***
vseбина: posvet je namenjen zdravnikom, pravnikom in drugim, ki jih to področje zanima	organizator: Zdravniško in Pravniško društvo Maribor v sodelovanju z Medicinsko in Pravno fakulteto Univerze Maribor, prim. Jelka Reberšek Gorišek, predsednica organizacijskega odbora	prijave, informacije: Katja Markač Hrovatin, E: katja.hrovatin@um.si , T: 02 250 42 38, http://acj.si/predstavitev-mip	

23.–24. ob 11.00 • 22. SLOVENSKI IN 3. MEDNARODNI POSVET O OBRAVNAVI IN SPREMLJANJU BOLNIKOV S TUBERKULOZO (TB)

kraj: GOLNIK, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, Vurnikova predavalnica	št. udeležencev: 100	kotizacija: 150 EUR + DDV	k. točke: ***
vseбина: Posvet je namenjen pulmologom, družinskim zdravnikom, internistom, infektologom, gastroenterologom, revmatologom, dermatologom in medicinskim sestram. Predavanja: Pljučnice domačega okolja, Tuberkuloza ob zdravljenju z inhibitorji TNF alfa, Tuberkuloza in okužbe z virusom HIV, Kakovostna diagnostika tuberkuloze in respiratornih okužb.	organizator: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, Petra Svetina, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: irena.dolhar@klinika-golnik.si , informacije: Irena Dolhar, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si , T: 04 25 69 493	

23.–25. • ATLS PROVIDER COURSE

kraj: SEŽANA, Izobraževalni center za zaščito in reševanje, Bazoviška 13	št. udeležencev: 16	kotizacija: 590 EUR + DDV	k. točke: ***
vseбина: strokovni seminar je namenjen zdravnikom, ki se ukvarjajo s poškodovanci	organizator: Zdravniško društvo ATLS Slovenija, dr. Roman Košir, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Gosposvetska cesta 35, 2000 Maribor ali E: prijave@atls.si , informacije: dr. Roman Košir, dr. med., E: prijave@atls.si	

28. ob 9.00 • TTT2 NADALJEVALNA 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: 220 EUR, kotizacije ni za zaposlene v UKC Ljubljana	k. točke: 7
vseбина: Učna delavnica je namenjena učiteljem in mentorjem vseh poklicev. Pogoji za udeležbo: opravljena TTT1 Osnovna delavnica za usposabljanje mentorjev in učiteljev	organizator: UKC Ljubljana, Meta Vesel Valentinčič	prijave, informacije: prijave: E: izobrazevanje@kclj.si , UKC Ljubljana, Služba za izobraževanje, Bohoričeva 28, 1000 Ljubljana, informacije: Tina Kofler, Služba za izobraževanje, T: 01 522 90 22, E: izobrazevanje@kclj.si	

29. ob 8.00 • NEVROLOŠKE BOLEZNI IN NOSEČNOST

kraj: LJUBLJANA, Four Points by Sheraton Ljubljana Mons	št. udeležencev: 70	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: simpozij je namenjen nevrologom in ginekologom	organizator: Združenje nevrologov Slovenije, Alenka Horvat Ledinek in Mateja Baruca	prijave, informacije: E: mateja.baruca@gmail.com	

30. ali 31. • TEČAJ IZ NAČRTOVANJA DRUŽINE (enodnevni tečaj)

kraj: LJUBLJANA, UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, predavalnica	št. udeležencev: 70	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: tečaj iz praktičnih vidikov svetovanja kontracepcije in umetne prekinitve nosečnosti je namenjen specializantom ginekologije in porodništva, družinske medicine, pediatrije, med. sestram/babicam	organizator: Ginekološka klinika, UKC Ljubljana, prof. dr. Bojana Pinter, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Martina Pečlin, UKCL, Ginekološka klinika, ERIK, Šlajmerjeva 4, 1000 Ljubljana, informacije: Martina Pečlin, T: 01 522 60 20, E: martina.peclin@kclj.si	

31. marec–1. april • 12. UČNA DELAVNICA CYRIAXOVE ORTOPEDSKE MEDICINE V MARIBORU: RAMA

kraj: MARIBOR, Inštitut za fizikalno in rehabilitacijsko medicino Univerzitetnega kliničnega centra Maribor	št. udeležencev: 25	kotizacija: 200 EUR za specialiste in 150 EUR za specializante (plačilo kotizacije do 30. 3. 2017)	k. točke: ***
vsebina: podiplomska učna delavnica je namenjena predvsem specializantom in specialistom fizikalne in rehabilitacijske medicine, družinske medicine in ortopedije	organizator: Inštitut za fizikalno in rehabilitacijsko medicino, Univerzitetni klinični center Maribor in Slovensko zdravniško društvo – Zdravniško združenje Maribor, izr. prof. prim. dr. Breda Jesenšek Papež, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Dragan Lonžarič, E: draganlonzari@ukc-mb.si , draganlonzari@gmail.com (do 15. 3. 2017), informacije: Dragan Lonžarič, dr. med., spec. fizikalne in rehab. medicine, IFRM UKC Maribor, T: 02 321 1676 in 02 321 1680, E: dragan.lonzari@ukc-mb.si , draganlonzari@gmail.com	

1. ob 9.00 • BRONHIJEKTAZIJE

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta, Velika predavalnica	št. udeležencev: 100	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 4
vsebina: Predavanja: Imunološki vidik bronhiektazij, Vloga genetike pri bronhiektazijah, kako daleč smo od klinične prakse, Atipične mikobakterije pri bronhiektazijah, diagnostika in zdravljenje, Ali lahko iz izvoda HRCT sklepamo na etiologijo bronhiektazij, Antibiotogram pri bronhiektazijah in kako naj ga vidi klinik pri vodenju bolnika, Respiratorna fizioterapija in problem pooblastil za predpis tehničnih pripomočkov, Register za bronhiektazije EMBARC in kako naj dele praktičnega protokola obravnave bolnika implementiramo v pulmološko mrežo. Predavanja so namenjena pulmologom, družinskim zdravnikom, internistom, študentom.	organizator: Združenje pnevmologov Slovenije, prim. Nadja Triller, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Irena Dolhar, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si , informacije: Irena Dolhar, T: 04 25 69 493	

1. ob 13.00 • XVII. PREKMURSKI ZDRAVNIŠKI TEK

kraj: MURSKA SOBOTA, start pri OŠ I, ob Mestnem parku	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 10 EUR	k. točke: ***
vsebina: zdravniški tek in strokovno predavanje s področja športne medicine (tek: kategorije A – zdravniki, zobozdravniki, farmacevti, veterinarji moški: študenti, do 35 let, 36–45 let, 46–55 let, 56–65, nad 65 let, ženske: študentke, do 35 let, 36–45 let, 46–55 let, 56–65 let, nad 65 let, B – zdravstveni sodelavci, C – odprta kategorija)	organizator: Zdravniško športno društvo »Medicus«, prof. dr. Mitja Lainščak, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: mitja.lainscak@guest.arnes.si , informacije: prof. dr. Mitja Lainščak, dr. med., W: www.premurskizdravniskitek.si	

4. ob 19.00 • ČREVESNI MIKROBIOM: KOT STRIC IZ OZADJA V NEVROPSIHIIATRIJI

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

6. ob 8.30 • DiaMind (Diabetes & Mind)

kraj: LJUBLJANA, Mestni muzej, Gosposka 15	št. udeležencev: 100	kotizacija: 50 EUR, kotizacije ni za študente in upokojene zdravnike	k. točke: ***
vsebina: Srečanje je namenjeno zdravnikom, izobraževalcem, medicinskim sestram, psihologom, psihoterapevtom, dietetikom, farmacevtom. Spolnost in sladkorna bolezen – Opolnomočenje človeka s sladkorno boleznijo (Empowerment), da spregovori o tej temi, opolnomočenje zdravstvenih delavcev za delo v tem procesu s pomočjo vedenjske terapije in drugih tehnik. Oblika: izkustvene delavnice.	organizator: Društvo za znanost in izobraževanje DRZNI v sodelovanju z Jazindiabetes, specialistična zdravstvena dejavnost, dr. Miha Kos, dr. Karin Kanc	prijave, informacije: prijave: W: www.diamind.si , informacije: dr. Karin Kanc, E: kanc@diamind.si	

7.–8. ob 12.00 • REDNI STROKOVNI SESTANEK ZDRUŽENJA HEMATOLOGOV SLOVENIJE SZD

kraj: ZREČE, Terme Zreče, Hotel Atrij	št. udeležencev: 50	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: sekcijski sestanek je namenjen specialistom in specializantom hematologije, interne medicine, onkologije, pediatrije in transfuzijske medicine – teme: Za in proti, Teralyte pri bolnikih z DP, Starostnik v hematologiji, Hemokromatoza, Laboratorij, Prikazi zanimivih primerov (sodelujejo predavatelji iz Slovenije, Nemčije, Italije, Francije)	organizator: Združenje hematologov Slovenije SZD, dr. Matevž Škerget, dr. med.	prijave, informacije: prijave ob registraciji, informacije: dr. Matevž Škerget, dr. med., T: 01 522 13 65	

7.–8. • XLII. PODIPLOMSKA ŠOLA ZA ZDRAVNIKE: SLADKORNA BOLEZEN TIPA 2

kraj: LJUBLJANA, UKC Ljubljana, Zaloška c. 7	št. udeležencev: 30	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: podiplomska šola je namenjena družinskim zdravnikom	organizator: UKC Ljubljana, Interna klinika, KO za endokrinologijo, diabetes in bolezni presnove, prof. dr. Andrej Janež, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: diabetessola@gmail.com , informacije: Evelina Oltra, T: 01 522 35 64, M: 041 772 702, F: 01 522 93 59	

10. ob 8.30 • ŠOLA PREVENTIVE IN SODOBNEGA ZDRAVLJENJA V GINEKOLOGIJI 2017

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 60 na termin	kotizacija: 90 EUR, kotizacije ni za upokojence, specializante	k. točke: ***
vsebina: predavanja in popoldanske delavnice so namenjeni specialistom in specializantom ginekologije in porodništva in splošne/družinske medicine	organizator: Slovensko menopavzno društvo in Združenje za ambulantno ginekologijo, prim. Lucija Vrabčič Dežman	prijave, informacije: prijave: E: prijava.sola@gmail.com ali Celzija, d.o.o., Celestinova 1, 1000 Ljubljana, s pripisom »Šola preventive«, informacije: Darja Jovanov, T: 040 42 00 13 ali 01 563 15 91, E: prijava.sola@gmail.com	

14. ob 9.00 • SIMULACIJA PORODA

kraj: MARIBOR, 1N26 in 1N25A, Medicinska fakulteta, Taborska ulica 8	št. udeležencev: najmanj 9, največ 20	kotizacija: 160 EUR (DDV vključen)	k. točke: ***
vsebina: učna delavnica za zdravnike specialiste in specializante ginekologije in porodništva, zdravnike specialiste in specializante družinske medicine, zdravnike specialiste in specializante urgentne medicine ter zdravnike pripravnike	organizator: Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru, Katedra za ginekologijo in porodništvo, red. prof. dr. Iztok Takač, dr. med., svetnik, doc. dr. Faris Mujezinović, 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	

20. 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	

20. ob 9.00 • ISKANJE RELEVANTNE LITERATURE V SISTEMU PubMed:

nadaljevalni tečaj, več o tečaju: <http://www.mf.uni-lj.si/cm/iskanje-relevantne-literature-v-sistemupubmed-nadaljevalni-tecaj>

kraj: LJUBLJANA, Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Centralna medicinska knjižnica, Vrazov trg 2, 1. nadstropje, soba 19	št. udeležencev: 4–6	kotizacija: za člane CMK s plačano celoletno članarino kotizacije ni, za ostale 24,28 EUR	k. točke: ***
vsebina: praktični tečaj iskanja biomedicinske literature za zdravnike, zobozdravnike, raziskovalce, študente	organizator: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Centralna medicinska knjižnica, mag. Anamarija Rožič, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: tecajicmk@mf.uni-lj.si , informacije: Vesna Cafuta, E: tecajicmk@mf.uni-lj.si	

20.–21. • SODOBNA KARDIOLOGIJA 2017

kraj: LJUBLJANA	št. udeležencev: 100–150	kotizacija: višina kotizacije bo objavljena naknadno	k. točke: ***
vsebina: Redno letno strokovno srečanje Združenja kardiologov Slovenije z mednarodno udeležbo. Iz vsebine: vroče teme v kardiologiji, bolezni miokarda in bolezni perikarda, novosti v srčni slikovni diagnostiki, sodobne smernice, predstavitve izvirnih znanstvenih del slovenskih kardiologov.		organizator: Združenje kardiologov Slovenije	prijave, informacije: Združenje kardiologov Slovenije, T: 01 434 21 00, E: sasa.radelj@sicardio.org

29. ob 9.00 • NUJNA STANJA V DRUŽINSKI MEDICINI – PRIPRAVA NA DELO ZA SPECIALIZANTE DRUŽINSKE MEDICINE

kraj: LJUBLJANA, Zdravstveni dom Ljubljana, Simulacijski center, Metelkova 9	št. udeležencev: do 20	kotizacija: 150 EUR	k. točke: ***
vsebina: Strokovno usposabljanje je namenjeno specializantom družinske medicine. Pristop k vitalno ogroženemu pacientu v ambulanti družinskega zdravnika (anafilaksija, AMI, ICV, intoksikacija, septični šok, dodatni postopki oživljanja), sprostitev dihalne poti, umetna ventilacija, odstranjevanje tujka iz dihalnih poti, aplikacija kisika, i-gel, nastavitev infuzije, timsko delo med reanimacijo.		organizator: Zdravstveni dom Ljubljana, Simulacijski center, Uroš Zafošnik, dipl. zn., mag. soc. del.	prijave, informacije: prijave: E: prijava.sim@zd-lj.si , informacije: Martina Mlinar, T: 01 472 37 83, 031 396 533, E: taj.sim@zd-lj.si

8. ob 14.15 • MENDELEY – ORODJE ZA UREJANJE REFERENC IN MEDSEBOJNO POVEZOVANJE, več o tečaju: <http://www.mf.uni-lj.si/cm/mendeley-oro-dje-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: tecajicmk@mf.uni-lj.si , informacije: Vesna Cafuta, E: tecajicmk@mf.uni-lj.si

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: v postopku
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, Hrvaški 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. 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: ***
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

26.–27. ob 8.00 • STANDARDI IN KAZALNIKI KAKOVOSTI V PERINATOLOGIJI IN STREPTOKOK SKUPINE B V PERINATOLOGIJI

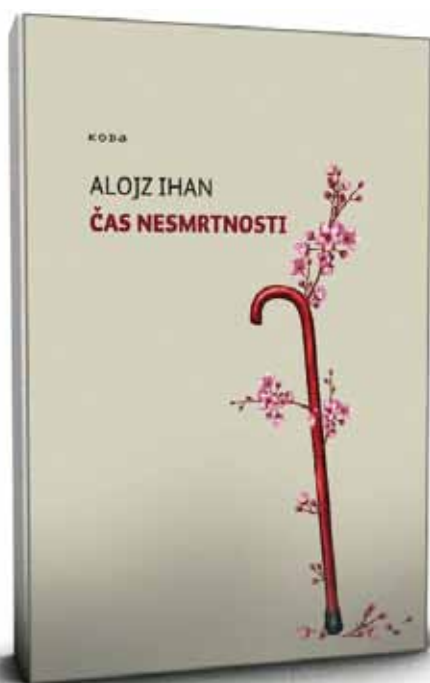
kraj: SLOVENJ GRADEC, Koroška galerija likovnih umetnosti	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 130 in 260 EUR	k. točke: ***
vsebina: strokovno izobraževanje je namenjeno specialistom in specialistom ginekologije in porodništva, anesteziologije in pediatrije, medicinskim sestram in babicam		organizator: 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

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

Alojz Ihan: Čas nesmrtnosti – smrt v dobi bionike

Zbirka Koda, Založba Beletrina, 2016

Mag. Nina Mazi, dr. med., Ljubljana



Z vznemirljivim dejstvom, da si človek že tisočletja želi postati nesmrten oz. vsaj po tihem in na skrivaj sanja o nesmrtnosti, se zdravniki danes srečujemo na vsakem koraku. Z izzivom hrepenenja po večni tuzemskosti pa se nedvomno soočajo tudi številni umetniki in ustvarjalci, čeprav praviloma le najboljšim izmed njih uspe to tematiko materializirati in predstaviti – ubesediti na način, ki bralca ne prestraši ali celo odvrne od branja in poglavljenega razmišljanja o življenju in smrti, pa tudi o tistem nekje vmes. S smrtjo se glavni na ljudi, prepričana, da dama s koso vedno pride prezgodaj, nerada ukvarja – zdravniki nismo pri tem nobena izjema.

Nesmrtnost (telesna, duševna in duhovna) pa je temu primerno tematika, ki bralcu, zazrtemu v svetlo prihodnost, pogosto predstavlja več kot le rešilno bilko v razburkanem oceanu minljivosti.

Dr. Ihanu je uspel veliki met, in to kljub dejstvu (ali pa prav zaradi njega), da sodobni človek s smrtjo ni ravno v najboljših odnosih in da si želi živeti večno ali vsaj skoraj neskončno dolgo, nato pa mirno, brez bolečin, strahov, vegetiranja in drugih zapletov preprosto sublimirati – izginiti v neznano.

V svojem najnovejšem delu, iz katerega veje globoka refleksija, povezana s poznavanjem sveta in razumevanjem dogajanja v njem, se dr. Ihan dotakne življenja, ki je vse bolj prepleteno in zaznamovano s tabuji, ter smrti, ki jo skuša 21. stoletje čim bolj detabuizirati – jo obvladovati in si jo podrediti. Z mojstrskim peresom se avtor poda na potovanje po bioničnih labirintih, ki naj bi življenja lačnega popotnika prej ali slej pripeljali do zelene nesmrtnosti. Zaznavanje in občutenje samega sebe, soljudi, narave in stvarstva

človeku omogoča vpogled v vse tri dimenzije bivanja – preteklost, sedanjost in prihodnost. Bionika, ki naj bi človeku vzbujala (vsaj navidežno realno) upanje v nesmrtnost, je vezana na zadnji dve časovni dimenziji. Z njeno pomočjo naj bi končno lahko začeli uresničevati tisočletne sanje in hrepenenje človeka po podaljševanju življenja v neslutene dolžine, ki bi prej ali slej morda lahko celo privedlo do nesmrtnosti.

Človeku moderne dobe bi ponudila skorajda neomejeno življenjsko dobo – zahvaljujoč krioniki in predvidevanemu oz. načrtovanemu bliskovitemu razvoju znanosti in tehnike bi omogočila, da bi iztrošene celice, organe in organske sisteme sproti nadomeščali z novimi, boljšimi, mlajšimi in bolj zmogljivimi ter tako podaljševali človekovo tuzemsko avanturo. Ob branju Ihanovega Časa nesmrtnosti se človek nenehno sprašuje, ali je kaj takega sploh mogoče in kako, sooča pa se tudi z vrednostnimi pomisleki, etično skepsa in moralnimi zagatami. Vse naštetu dr. Ihan skuša in tudi uspe elegantno premostiti ali vsaj omiliti s kančkom nepogrešljivega humorja in zdrave provokativnosti, ki njegovo veličastno epopejo nesmrtnosti obvarujeta pred nevarnostjo, da bi bralca preveč pretresla ali celo navdala s smrtnim strahom – tokrat ne pred smrtjo, marveč pred »zamrzovanjem časa« in neskončnim življenjem.

V svojem najnovejšem delu, ki obsega 193 strani veličastnega branja, nas dr. Ihan skozi čas nesmrtnosti vodi v desetih poglavjih. V prvem se posveča bistvu izbrane tematike – nesmrtnosti in zamrzovanju časa, v drugem, najobsežnejšem, obravnava »rezervne dele« – od presaditev organov do rastlinjakov brezglavih teles, v tretjem bralca izziva s projektom v Metuzalemski hiši, v četrtem je na tapeti sto sveč na rojstnodnevni torti in vse, kar je povezano s tem, danes še vedno visokim jubilejem. Peto poglavje obravnava večno tematiko strahu pred smrtjo – nerazdružljivi tandem smrt in strah sta kot rdeča nit prisotna v človeški zgodovini od sivih začetkov do danes. Sledi (za

zdravnike in ostale strokovnjake, pa tudi za laično javnost) silno aktualno, poglobljenega razmisleka in večkratnega prebiranja vredno šesto poglavje o svetosti življenja in bivanja ter o evtanaziji, s pomenljivim svetopisemskim naslovom »Peta: Ne ubijaj!«. Sedmo poglavje, »Lakota (v nas)«, obravnava pohlep, nenasitnost, grabežljivost in neomejeno omejenost. V osmem poglavju, »Kuga (v drugih)«, se avtor dotakne božjega delovanja, vpliva in učinkovanja v obdobju pospešenega razvoja, napredka in razmaha znanosti in tehnike, zlasti informacijske in genske tehnologije. V predzadnjem

poglavju dr. Ihan razmišlja o vojni okoli nas, o njeni moči, vplivu in posledicah, ki jih povzroča. Zadnje, morda najbolj provokativno, deveto poglavje, z naslovom »Kaj želimo, ko ne želimo umreti«, pa je posvečeno življenju samemu. V njem avtor bralcu na poučen, spreten in zanimivo prijazen način predstavi tri možnosti: življenje plemena, življenje zavesti in življenje duše.

Najnovejše Ihanovo literarno delo, ki ga je s subtilnimi ilustracijami domiselno opremila Samira Kentrič, je vredno razmisleka in pozornosti, pa ne le zato, ker je dr. Ihan spoštovanja vreden strokovnjak

in avtor, umetnik, marveč tudi in predvsem zato, ker je verodostojno in poučno – izobražuje in vzgaja, napisano je v tekočem jeziku in lepo berljivo, sodobno in aktualno za pripadnike vseh členov zdravstvene verige, pa tudi za laično javnost. Najbolj imenitno pri Času nesmrtnosti pa je dejstvo, da človeka spodbuja k samoizpraševanju in samorefleksiji – k iskanju odgovora na vprašanje, ali, zakaj in do kdaj je smiselno kakovost življenja prirejati ali celo podrežati njegovi dolžini. Dr. Ihan možnosti rešitve pričujoče dileme sicer nakaže, končni odgovor pa mora vsakdo najti sam.

Elif Shafak: Čast

Založba Sanje, Ljubljana, 2016, 429 str. Prevod: Barbara Skubic

Marjan Kordaš, Ljubljana
marjan.kordas@mf.uni-lj.si

Pripoved teče po posameznih kosih, morda celo fragmentih, po različnih krajih in različnih časih med letoma 1945 in 1992. Zajema skoraj množico ljudi, vse skupaj je sprva nekam zmedeno, pa vendar je vsak fragment koherenten in dobro, ponekod celo izvrstno povedan. Nekako na sredi knjige se pa vse začne urejati, kot da bi se mnogo rdečih črt začelo združevati tako, da ob koncu knjige poteka kot ena rdeča črta, ena jasna, dramatična zgodba.

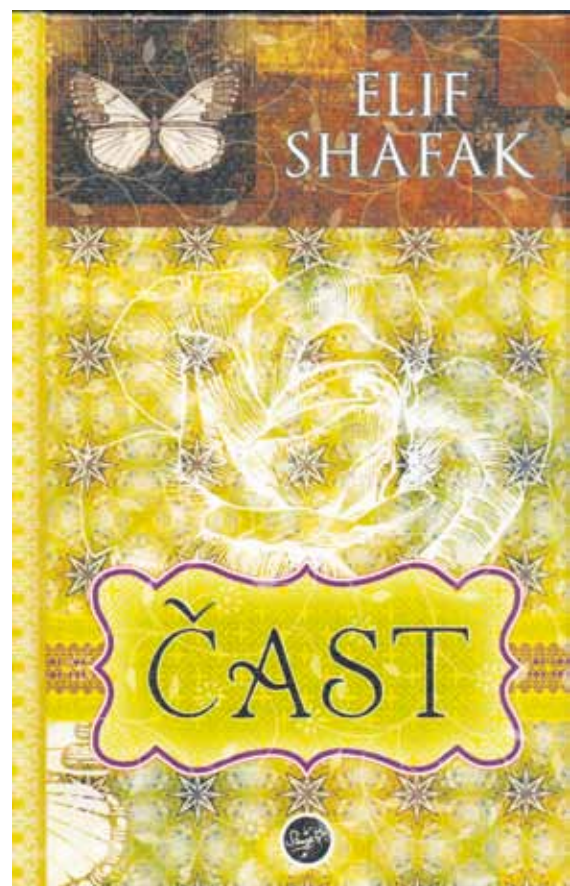
Osrednja lika sta dvojčici Pembe in Džamila, ki sta si tako podobni, da ju skoraj ni mogoče razlikovati. Živita na vzhodu Turčije, kjer večinoma živijo Kurdi. Adem Toprak, ki odrašča v Istanbulu, se odpravi na vzhod Turčije ter se zaljubi v Džamilo. Zaradi nekakšnih pravil, izhajajočih iz tradicije, pa se končno poroči s Pembe. Tudi zato, ker je zaradi fizične podobnosti skoraj identična z Džami-

lo »in je pravzaprav vseeno, s katero se poročim«.

Družina Toprak sprva živi še v Istanbulu, kjer se jima rodita prvi sin Iskender in hči Esma. Čez nekaj let pa se preselijo v London, kjer se rodi drugi sin Yunus. Iskender in Esma govorita turško in kurdsko kot materinščino; angleščina jima je priučen jezik. Yunus pa, ki se je rodil v Londonu, govori tekoče angleščino, turščino slabo in kurdsčino le posamezne drobce.

Zunaj te družine pa so Roxana, Elias in Katie. V bistvu so tujci, pa vendar vsi trije bistveno, če ne dramatično vplivajo na življenje družine Toprak, ki v Londonu živi težko življenje nekakšnih izkoreninjenecv. Težko življenje tudi zato, ker se oče Adem in mati Pembe kot partnerja ne razumeta (več).

Končno Adem zapusti svojo družino in začne živeti z Roxano.



Zato se Pembe – ki zdaj namesto moža skrbi za svoje otroke, da lahko nadaljujejo izobraževanje – začne sestajati z Eliasom.

Iskender je star komaj šestnajst let, ko po naključju zve, da ima njegova mati prijatelja. Ker ni očeta, se kot najstarejši (moški v družini) čuti dolžnega, da ubrani čast družine. Ne le, da nadzoruje sestro Esmo, temveč tudi naredi načrt, kako za vsako ceno (dobesedno: za vsako ceno) spraviti starše, da bi nadaljevali skupno življenje skladno s tradicionalno zapovedanimi vrednotami. Iskenderjevo ravnanje je protislovno: medtem ko od »svojih« pričakuje in zahteva ravnanje, ki je »častno«, pa od Katie, svojega angleškega dekleta, ki ne sodi med »svoje« oz. »njegove«, ob njeni nosečnosti pričakuje in končno zahteva splav kot nekaj samoumevnega

Razpleta dogodkov ne znam in nočem opisati. Dojemljiv je le tistemu, ki prebere roman ter se tako zmore približati človeški iracionalnosti in posledičnemu iracionalnemu ravnanju. Nekako tako, kot velja za *Hamleta* ter *Zločin in kazen*.

Se pravi, gre za pripoved o dveh, medsebojno izključujočih se kulturah:

- V kulturi A je jezik A zunanji znak te kulture. To je kultura religije ter iz nje izhajajočih *zapovedi* in *prepovedi*. Religija je način življenja. Pravzaprav ni ničesar, kar bi bilo izrecno dovoljeno. Na tem načelu temelji z miti prepletena zgodovina, tradicija (vrednote), način razmišljanja ter neenakopravnost spolov in

ljudi. Gre za nekakšno parcialno vednost, ki pa je v bistvu institucionalizirana nevednost. Obstoji pa pojem čast. Čast oz. častno življenje je istovetno z absolutno pokorščino, absolutno nesvobodo.

Džamila in Pembe odrasčata v kulturi z zelo ozkim obzorjem, znotraj katerega je čast nekaj, kar je pridržano le moškemu. Če ženski sploh more biti kaj pridržano, je to lahko le *sramota*. Izogne se ji le tako, da je moškemu roditelna naprava za otroke, predvsem za sinove. In če se to zgodi in če ima dovolj za jesti, piti, da ima streho nad glavo ter da je mož ne pretepa, je ženska s takšnim obzorjem morda celo srečna. Identiteta takšne ženske sestoji verjetno le v tem, da je osvobodjena od strahu ter od pomanjkanja.

- V kulturi B je jezik B zunanji znak te kulture. To je kultura nekakšne popolne razpuščenosti. Dovoljeno je skoraj vse, prepovedanega ni skoraj nič. Čast – če sploh obstoji – je zasebna zadeva. Tradicija je praktično istovetna z zgodovino, ki pa se interpretira po znanstvenih načelih. Religija sicer obstoji, a je v celoti relativizirana, tako kot so relativizirane tudi vrednote – razen morda vrednote v smislu ekonomskih kategorij. Vendar: obstoji pa institucionalizirano izobraževanje, ki v bistvu nima omejitev. Vsak človek ve, kaj vse zajema njegovo obzorje in, če je dovolj izobražen in če hoče, lahko *pregleda* čez *plot*. Spozna, da poleg t. i. svobode od obstoji tudi svoboda za: za vero (religijo) ter za svobodno izražanje

misli. Lahko prepozna, kaj je svoboda (kjer obstoji enakopravnost spolov ter ljudi na splošno) ter kaj je samovolja (kjer enakopravnosti ni).

Čast je pripoved o usodi človeka, ki ima svoje korenine (identiteto?) v kulturi A, živi pa v kulturi B. Zato je v bistvu obsojen na samostojno dejavnost ter spoznavanje, česar prej sploh ni bilo. Najprej se mora naučiti jezika B, nato pa mora začeti presegati (transcendirati) osebno razklanost, na novo zgraditi svojo identiteto in svoje vrednote. Če mu to ne uspe, sledi moralni ali celo fizični propad.

Roman **Čast** ima mnogo sporočil. Med drugim sporočilo (kot je to leta 1941 povedal ameriški predsednik F. D. Roosevelt), da naj bi bile vsem ljudem na našem planetu zagotovljene t. i. štiri svobode: svoboda od strahu, svoboda od pomanjkanja, svoboda za vero, svoboda za govor.

Meni se zdi najbolj daljnosežno tisto sporočilo, ki zadeva kategorijo človekovo obzorje. Človekovo obzorje je namreč eden dejavnikov, ki sooblikuje človekovo identiteto. Od slednje pa je odvisno, ali človek hoče, more, ne more ali celo noče sprejeti sočlovekove različnosti, njegove drugačne identitete. Kajti edino identiteta je tisto, kar življenju more dati smisel.

Iz tega sledi, da multikulturalnost lahko obstoji kjerkoli, a le, če imajo vsi njeni subjekti dovolj široko obzorje, zavest o enakopravnosti ljudi.

Ki so svobodni in ki zato znajo živeti zunaj religijskih ali religijsko-političnih zapovedi in prepovedi.

V STISKI NISI SAM!

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

Pokličite nas na ANONIMNO telefonsko številko:
01 30 72 100

Naj bo petja *quantum satis* (dovolj) povsod, tudi v zdravstvu

Prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec, dr. med.,

Inštitut za zgodovino medicine MF UL

Zvonka.Zupanic-slavec@mf.uni-lj.si

Bolezen je stara toliko kot človeštvo. In strah človeka pred njo, pred bolečino, trpljenjem, invalidnostjo in umiranjem je del tistega, kar spremlja bolezen. Ko bolnik vstopi v bolnišnico, prihaja s skrbjo, kako bo z njegovim zdravjem, kako mu bodo pomagali. Ali se bo njegovo zdravje popolnoma povrnilo ali bo delno okrnjeno? Ali bo invaliden? Bo postal kronični bolnik? Morebiti bolezní ne bo preživel? To nam pove, da je bolnišnica mesto, kjer je veliko stresa, zato je treba dobro razmisliti o tem, kako pomagati bolniku – ne le fizično, ne le najbolj klasično medicinsko (medikamentno, instrumentalno, operativno), ampak tudi, kako ga duhovno in duševno podpreti. Protistresno delovanje je temeljnega pomena za ohranjanje bolnikovega duhovnega in duševnega ravnovesja, čim boljšega imunskega statusa, da lahko telo samo čim bolj sodeluje pri zdravljenju. Zato je ozaveščena skrb za bolnikovo notranjo trdnost v bolnišnicah še posebej pomembna.

Ozaveščena skrb za duhovno dobrobit zdravstvenega osebja, bolnikov in vseh, ki se ukvarjajo z zdravstvom v najširšem pomenu besede, je stara. Zanimivo je, da je bil prvi grški bog medicine in umetnosti skupen – Apolon, ki je imel v rokah liro – in ta lira simbolizira glasbo. Petje je glasba in ko govorimo o »pojočih bolnišnicah« kot novem fenomenu, pravzaprav govorimo o nečem, kar ima globoke korenine in človeka spremlja skozi vso njegovo zgodovino, je pa modifikacija za sodobni čas. Variacija na znano temo.

Izkušnja, da petje blagodejno vpliva na človekovo psihofizično počutje, ga razneži in v njem obudi pozitivna čustva, ga odmakne od vsakdanjih tegob, da se mu lahko popolnoma preda, je temelj fizioloških dogajanj v telesu, ki jih lahko opišemo kot sproščanje. Pri tem se zniža krvni tlak, pade srčni utrip, sprostijo se mišice, zmehčajo obrazne poteze. Proces, ki pri tem poteka, deluje na avtonomno živčevje,

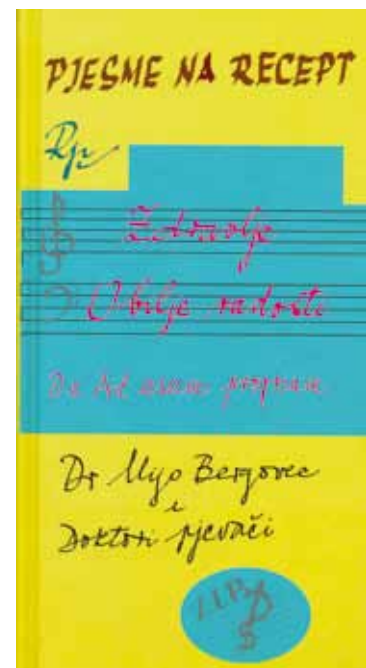
spodbuja parasimpatikus, vzpostavi se vagotonus ali stanje sproščenosti, v katerem se telo »obnavlja« (dr. Maximilian Moser, Gradec, Avstrija). To stanje je nasprotno simpatikotonusu, adrenalinskemu stanju, ko se telo pripravi za boj, za akcijo in črpa notranjo energijo. Sodobne raziskave so dokazale, da se pri petju, ki močno vpliva na človeška čustva, po biokemičnih poteh in preko nevrotransmiterjev sproščajo hormoni sreče, kot sta serotonin in dopamin. Dokazali so tudi, da se pri skupnem prepevanju, ko se neposredno vzpostavlja prijetno sodelovanje, sprošča tudi hormon oksitocin, ki sicer spremlja tudi spolni užitek in se izloča pri dojenju.

Raziskovalci so med drugim tudi ugotovili, da se med petjem sproščajo beta endorfini, ki zmanjšajo občutek bolečine in razložijo, zakaj lahko bolniku, ki je npr. v intenzivni terapiji, dajejo manj opiatov. Če bolnik pred operacijo posluša glasbo, ki jo ima rad, mu nato lahko dajemo nižje odmerke protibolečinskih zdravil in so tudi medicinski parametri, povezani s sproščanjem stresnih hormonov, veliko bolj stabilni (anesteziolog dr. Josef Macher iz Linza, Avstrija).

Petje torej s hormonskim izločanjem pripelje do pravega koktajla sreče, zato je dobra dopolnilna metoda antidepresivnega delovanja. Zborovsko petje so po medicinski plati obravnavali v Nemčiji in dokazali, da se pri pevcih med petjem tudi do 240 odstotkov zviša raven imunoglobulina A. Nadalje so v raziskavi na Švedskem med 12.000 pevci različnih starosti ugotovili, da člani pevskih društev živijo dlje.

Petje kot »notranji sprostitevni tek« je poimenovanje, ki ga uporablja začetnik projekta »pojoče bolnišnice« Wolfgang Bossinger, vodja Akademije za petje in zdravje v nemškem Ulmu. Pri bolnikih po možganski kapi je spoznal, da ti sicer ne morejo govoriti, vendar pa lahko pojejo!

Vse povedano utemeljuje spodbujanje k petju na vsakem koraku. Petje ljudi socialno povezuje,



Naslovnica hrvaške pesmarice *Pjesme na recept*, zborovodje in kardiologa prof. dr. Mija Bergovca, ki vodi zbor Zagrebački liječnici pjevači. V receptu je zapisano: Zdravje, obilje radosti. D. S.: Ad usum proprium. Na 560 straneh so zbrane vse mogoče pesmi, predvsem hrvaške, z notami in besedili. Vredno posnemanja!



Medicinska humanistka prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec dolga leta dejavno spodbuja petje v zdravstvenih vrstah (foto: Jože Suhadolnik).

premošča nelagodnosti in je univerzalni jezik komuniciranja. Petje na nek zlog predstavlja zvočni esperanto, ki je univerzalen, kot je univerzalna tudi medicina.

Pri nas smo poskusili zdraviti z vizualizirano glasbo. S tem se je prvi začel ukvarjati slovenski znanstvenik dr. Božidar Svetek. Pri predvajanju glasbe z glasbenih zgoščenk na računalniku se na računalniškem ekranu prikazujejo različne slikovne podobe, ki jih je vpeljal dr. Svetek. Sam je vizualiziral veliko znane in spodbudne glasbe, tudi klasičnih mojstrov. V Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana smo v okviru Kulturno-umetniškega društva Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher (dalje KUD) pred dobrimi petimi leti izvajali sproščanje s tako vizualizirano glasbo pred KUD-ovimi prireditvami za bolnike. V bolnišnici na Golniku pa so naredili raziskavo in to vizualizirano glasbo predvajali bolnikom med bronhoskopijo. Pri tem so ugotavljali, da se preiskovanci ob poslušanju glasbe in gledanju slik bolje sprostijo, da lažje prenesejo to zahtevno preiskavo in jim manj parasteta pulz in krvni tlak.

Kako bi lahko pri nas izpeljali projekt »pojoče bolnišnice«?



Študenti medicine iz zbora Cor ob božiču prepevajo z bolniki v ljubljanskem UKC.

Sodobno bolnišnično zdravljenje je zelo racionalno. Posegi se pogosto opravljajo v t. i. »enodnevni bolnišnici«, kjer je zjutraj bolnik sprejet, po posegu počiva, zvečer pa je odpuščen. Ti bolniki so v času počitka običajno zaspani in utrujeni zaradi vpliva

anestetikov, pomirjeval in drugih sredstev. Številne druge hospitalizacije so prilagojene minimalizaciji stroškov in prav tako kratke, kolikor se da. V tem času je bolnik večinoma prizadet in za umetniško sodelovanje manj primeren. Daljše hospitalizacije običajno potekajo v psihiatričnih in otroških bolnišnicah, večkrat na nevroloških oddelkih, v rehabilitacijskih ustanovah in še kje. Na teh mestih bi morebiti lahko vključili prostovoljce (če že ne bi zaposlili usposobljenega osebja), ki bi s pripravljenostjo in znanjem pristopili k bolnikom in jih s preprostimi pevskimi vajami sproščali, spodbujali, pozitivno nagovarjali, skratka jih odmaknili od skrbi, povezanih z boleznijo in hospitalizmom. Znano je, da boljše psihično počutje lahko skrajša bivanje npr. na intenzivnih oddelkih, kar predstavlja tudi materialni prihranek in bi ga bilo vredno upoštevati, saj je tam zdravljenje najdražje.

S petjem se razbremenimo čustvenih in psihičnih bremen in si spodbujamo voljo do življenja. Petje je tudi



Peveci večinoma zdravniškega zbora Vox medicorum si z zanosom skupnega petja polnijo duha (nastop v UKCL novembra 2016).

samozdravljenje, je hkrati počitek (prof. dr. Gerald Huether, Univerza Göttingen, Nemčija). Spodbuja parasimpatični sistem, vpliva na miren srčni utrip, nižji krvni tlak, na že imenovane hormone sreče in koristi vsem. Torej na vsakem koraku spodbujajmo petje, če pa je možno, ga skušajmo vpeljati tudi v bolnišnice.

KUD s svojo skoraj 40-letno tradicijo lahko iz lastnih izkušenj pokaže, da je umetnost zdravlila. Pri tem ni le petje tisto, ki navdihuje duha in telo ter pomaga odlagati

bremena v zdravstvu zaposlenih, ampak imajo podobno vlogo tudi igranje v orkestru, plesanje v folklorni skupini, slikanje v skupnih kolonijah itd. Ozaveščena družba skrbi, da se ta pradedna spoznanja poskušajo čim bolj vključiti v življenje bolnišnic. Psihiatrične in otroške bolnišnice imajo že desetletja zaposlene delovne terapevte, ki so lahko specializirani za terapijo z glasbo, likovno ali plesno umetnostjo. S sodobnimi spoznanji poskušajmo seznaniti široko javnost in ljudi navdušiti za petje tudi v duhu

preventive ali kurativnega samozdravljenja.

Pri tem velja zapisati, da smo Slovenci znani po tem, da smo narod pevcev. Naj nas navduši ocena števila zboristov pri nas, ki jo je objavila organizacija Europa cantat in ki pravi, da se z zborovskim petjem ukvarja okoli 180.000 ljudi. To je celih 8 odstotkov našega prebivalstva! Prenesimo to dragoceno izkušnjo topline pevske spodbude tudi v bolnišnice!

Tajno pismo dr. Gregorja Voglarja Carbonariususa iz švedskega ujetništva

Jurij Kurillo, dr. med., Kranj
jurij.mihail@siol.net

V moskovskih arhivih je bilo odkrito (S. Dumschat) zanimivo pismo, ki ga je napisal v latinščini (takratnem »uradnem« jeziku) 13. decembra 1701 naš dr. Gregor Voglar Carbonarius iz švedskega ujetništva v Revelju (danes Talin v Estoniji).

Švedska vojska pod poveljstvom kralja Karla XII. (v februarjem članku Isis ga je tiskarski škrt enkrat zamenjal z Gustavom!) je namreč 19. novembra 1700 pred trdnjavo Narvo v Estoniji ob divjanju snežnega viharja popolnoma razbila tri- do štirikrat močnejše sile carja Petra, ki se je bil že prej umaknil z bojišča. Čez deset tisoč ruskih vojakov je padlo, veliko jih je bilo ujetih in švedskemu monarhu se je vdalo tudi sedemindevetdeset ruskih generalov in častnikov, med katerimi je bilo veliko tujcev.

Med ujetnike je zašel tudi vojaški zdravnik dr. Gregor Voglar Carbonarius, ki je poslal 13. decembra 1701 v



Vdaja ruske vojske švedskemu kralju Karlu XII. 3. novembra 1700 po obleganju trdnjave Narve, ki leži v današnji Estoniji ob istoimenski obmejni reki z Rusijo, nasproti ruskega mesta Ivangoroda (Wikipedija).

Moskvo naslednje pismo, naslovljeno na Prokopija Bogdanoviča Vosnicina, predstojnika Apotekarskega urada, ki je bil nekakšna medicinska uprava (prevod iz latinščine Majda Pintar).

Plemeniti in najodličnejši gospod predstojnik in zaščitnik!

Najprej oznanjam najponižnejše spoštovanje. Javljam, da sem tu še vedno po nedolžnem pridržan, ampak srčno hrepenim po tem, da bi v kratkem spet služil svojemu Carskemu Veličanstvu. Večkrat sem brez uspeha pisal v Moskvo, prejel pa nisem nobenega odgovora, zato dvomim, da so pisma prispela. Iz istega razloga sem si prav zdaj zamislil to pisanje z najponižnejšo prošnjo, če bi se moj prijazen gospod hotel potruditi, da se mi izroči nekaj moje letne plače in se mi sem po zamenjavi pošlje 400

talerjev; to bi lahko naredil trgovec Pavel Westhof ali angleški poslanik, gospod Gootfallon. Tako bi imel potnino do Moskve in bi lahko v različnih situacijah koristno služil Carskemu Veličanstvu. Upam tudi, da z mojo izpustitvijo ne bo treba več dolgo odlašati; sicer pa nimam nikogar, h komur bi se zatekel v moji veliki stiski razen svojega spoštovanja vrednega gospoda predstojnika. Naši v Stockholmu so se razpršili v razne smeri, kot je bilo že od začetka določeno, zdaj pa se je udejanjilo.

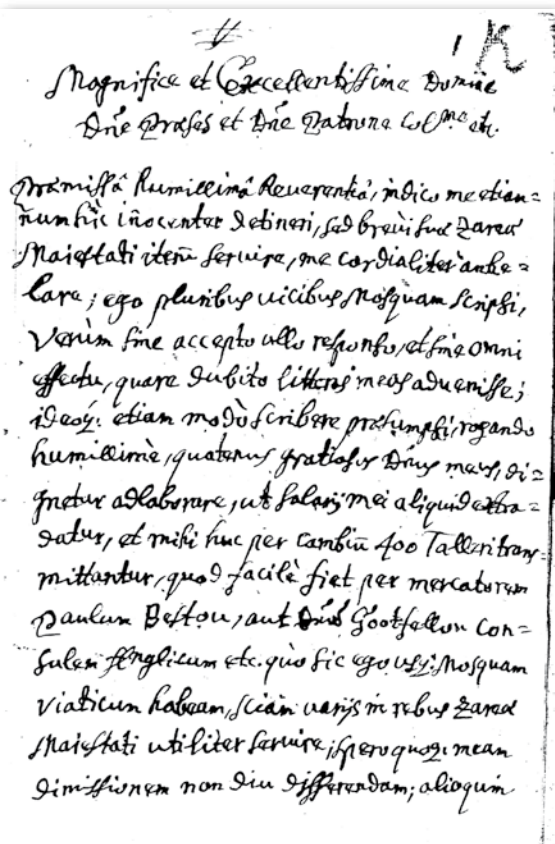
Jaz tu medtem kaj postorim, da mi ni dolgčas in da ne pozabim svojega poklica, čeprav za to nič ne dobim. Svojo hiško izročam zaščiti vašega gospodstva, naj se v njej naselijo dobri stanovalci in naj ne delajo škode. Pišete, da mi je umrla žena – naj počiva v miru, molim za dušo. Sovražniki imajo dve vojski na meji; prvo pod vodstvom višjega generala Schlippenbacha nad Tartuom (Dorpatom); ta vojska je iz vojakov in kmetov in ne šteje več kot 20 000 mož, morda celo polovico tega števila. Druga vojska pod vodstvom višjega generala Kroniort-ha je v Ingriji; ta vojska je iz Fincev in baje dopolnjuje število 12 000. Najponižneje se priporočam najplemenitejšemu in najodličnejšemu gospodu Fjodoru Aleksejeviču in uslužno pozdravljam našo fakulteto. Prosim, naj se moja pisma ne razglašajo. Sumijo namreč, da obstaja dopisovanje in morda so nekateri sovražni in hočejo škodovali, čeprav vem, da jaz nikomur nisem škodoval. Če mi pišete, prosim, naredite to na kratko in previdno, ker pisma odpi-
rajo, preden mi jih izročijo.

Jaz pa se medtem ponižno priporočam milostni naklonjenosti in ostajam najzvestejši in najustrežljivejši sluga vaše uzvišene in najizvrstnejše oblasti

Gregorius Carbonarius, phil. et med. dr.
najvdanejši zdravnik Carskega
Veličanstva

Pismo kaže na veliko gmotno stisko ujetega zdravnika, kljub temu, da je v ujetništvu lahko opravljal svoje delo, ki zato prosi ruske oblasti za denarno pomoč. Omenja tudi vest, da mu je umrla žena in je zato prav zanimivo, zakaj je pri dokončnem odhodu iz Rusije leta 1715 ali 1716 dobil potni list tudi za (drugo?) ženo – vendar o njej ob njegovem prihodu v domovino zaenkrat ni nobene sledi. Skratka, še ena skrivnost iz življenja našega davnega zdravnika zdomca! Tako kot podatki o njegovi prvi službi v Pliberku (po M. Drnovšku), ki ni mogla trajati šest let, če drži letnica 1681. Njegovo naročilo, da naj morebitni stanovalci v njegovi moskovski hiši ne delajo škode, zveni kar nekako »po slovensko«. Sem sodi tudi podatek iz moskovskih arhivov, da so tam pri neki pojedini jedli spomladansko solato s Karbonarijevega vrta.

Zaupni vojaški podatki o Rusiji sovražnih silah, ki jih vojni ujetnik sporoča v svojem pismu, zagotovo ne bi bili všeč švedskim oblastem, saj bi jim lahko močno škodili, čeprav Voglar meni, »da ni nikomur škodoval«. To je bila pač solidarnost z rusko carsko državo, ki ji je po svojem prepričanju pripadal, ne da bi s tem izgubil zvestobo Habsburškemu cesarstvu, kjer je dobil plemiški naziv. Iz ujetništva je bil izpuščen šele po štirih letih prav po posredovanju »njegovega« cesarja Leopolda I., ne pa carja Petra.



Prva stran pisma dr. Gregorja Voglarja Carbonariusja iz švedskega vojnega ujetništva v Revelju, napisanega 13. decembra 1701 (Rossijskij gosudarstvennij arhiv drevnih aktov, Moskva).

Reval v Estoniji
13. decembra 1701

11. tradicionalni koncert študentov Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani

Ana Ferfolja, študentka 6. letnika dentalne medicine MF UL
anaferfolja@gmail.com

Bodočih zdravnikov in zobozdravnikov se drži sloves, da namenljajo pozornost le študiju in ne najdejo časa za druge dejavnosti. Vsakoletni koncert študentov Medicinske fakultete (MF) Univerze v Ljubljani v sodelovanju s KUD-om Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher dokazuje ravno nasprotno. Skoraj 150 nastopajočih je v ljubljanski operni hiši že enajstič zapored pokazalo svojo nadarjenost in trud, potreben za organizacijo tako lepega večera. Polna dvorana poslušalcev je tri in pol ure trajajoči dogodek pospremila z navdušenjem.

Večer je odprla vokalna skupina Megaron in takoj je postalo jasno, da lahko pričakujemo koncert na ravni profesionalnih glasbenih ustanov. K vzdušju je poleg čudovite dvorane pripomoglo tudi platno za izvajalci, na katerem

so projicirane fotografije in animacije poudarjale pomen skladb. V nadaljevanju smo lahko slišali tri bodoče kolege, ki

»Glasba je univerzalni jezik, ki združuje ljudi.«

Ella Fitzgerald

obvladajo klavirske tipke. Nejc Havaši, Aleksandra Panič in Ana Gale so občinstvo očarali z znanimi deli Chopina in Langa. Za ljubitelje opere so s čudovitimi glasovi poskrbele sopranistke Brina Šket, Ana Berus, Nadia Ternifi in tenorist Gregor Ravnik z odlomki iz oper Kneginja iz Čardaša, Rusalka, La Bohème ter Jevgenij Onjegin. Od številčnejših zasedb se je najprej predstavil godalni kvartet Camerata medica in z ganljivim intermezzom iz opere Cavalleria Rusticana navdušil občinstvo. Prvi del programa so zaključili gostje iz štajerske prestolnice Komorni orkester Maribor z dirigentom Evgenijem Bibiankom, ki so na veselje poslušalcev najprej zaigrali skladbo iz filma E.T., nato pa s pomočjo pevec Gregorja Ravnika in Nadie Ternifi pobotali vsak sperti parček v občinstvu. Pred odmorom so namreč izvedli romantični duet iz operete Vesela vdova.

Vsako skladbo je pospremil bučen aplavz, saj so bili balkoni in stojišča polno zasedeni z bodočimi zdravniki in zobozdravniki. Za karte smo bili študentje pripravljeni prej vstati, kar kaže na veliko priljubljenost koncerta. Akademskim petnajst se pač ne odpovemo zlahka, toda na jutro podeljevanja vstopnic se je že ob pol osmih v avli fakultete vila vrsta študentov. Čeprav je bilo razdeljenih 300 brezplačnih kart, je vseeno zmanjkalo prostora in tisti, ki so zaspali, so se morali zadovoljiti s stojišči. Parter je bil namenjen zaposlenim na MF in študentje smo z veseljem opazili kar nekaj znanih obrazov s predavanj in vaj.

Povezovalni program sta napisala Maja Trampuš in Ambrož Pušnik ter ga s pomočjo članov dramske skupine Korteks več kot odlično izvedla. Tako smo imeli priložnost spoznati ne samo glasbene, ampak tudi igralske talente MF. Iznajdljivo zastavljeni prizori so občinstvu hitro, a zabavno predstavili zgodbe oper, tako da smo bolje razumeli izvedene odlomke in v njih še bolj uživali. Drugi del koncerta je bil namesto klasiki posvečen džezu in popularni glasbi. Temu primerno se je spremenil tudi spremljevalni program. Voditeljica sta humorno izpostavila večno dilemo bodočih zdravnikov: kako se odločiti za pravo specializacijo. Občinstvo sta večkrat



Voditelja programa Maja Trampuš in Ambrož Pušnik sta s svojim nastopom in odličnim besedilom dvorano večkrat spravila v smeh.



Emi Stanojković in Jan Kržižnik sta navdušila s skladbo Pesek in dotik.



Tango Marte Hojker in Matjaža Juharta nas je ob spremljavi Kitarskega orkestra MF ponesel v Argentino.

spravila v smeh s svojim popotovanjem po različnih katedrah in inštitutih, ki sta jih obiskala v svojem iskanju prave poklicne poti. Največji aplavz sta požela po izvedbi svoje hudomušne pesmi o odločanju, kam po diplomu. Člani Korteksa so s svojim nastopom koncert prijetno

povezali v celoto in prispevali k sproščenemu vzdušju.

Kot že omenjeno, se je drugi del koncerta precej razlikoval od prvega v smislu glasbenih zvrsti. Najprej se je predstavil Kitarski orkester MF pod umetniškim vodstvom Eve Podbregar. Med njihovo izvedbo uvodne pesmi iz priljubljene serije Igra prestolov je kar nekaj glav v občinstvu začelo kimati v ritmu nalezljive melodije. Nato smo s kitaristi ob zvokih Milonge obiskali Južno Ameriko. Glasbo je čudovito dopolnil plesni nastop Marte Hojker, ki je s soplesalcem Matjažem Juhartom pokazala svoje znanje tanga in nam pričarala iluzijo, da smo res v Argentini. Solistki na violini in violončelu sta bili Sara Vatovec in Tea Poznajelšek.

Na cedilu niso ostali niti poslušalci popularne glasbe. Pevski zbor ljubljanske medicinske fakultete Cor je postregel z disko klasiko Stayin' alive. S svojimi vokali so navdušili Andrej Jovanovski, Maruša Zmrzlak, Emi Stanojkovič, Eva Podbregar in Kevin Pelicon. Prva sta ob spremljavi Ariane Mrčela na klavirju zapela duet Like I'm gonna lose you, Emi pa nas je z Janom Križničem na kitari razveselila z edino slovensko skladbo večera Pesek in dotik. Eva in Kevin sta ob petju pokazala še svojo spretnost na klavirju, prva s skladbo When I'm



Za ljubitelje džeza je z izjemnim glasom poskrbela Ajda Kovačič.

gone, drugi pa z Adelino Hello. Za vse lahko rečemo, da so se njihovi glasovi brez težav kosali z izvirnimi izvajalci in so temu primerno poželi glasen aplavz občinstva.

Eden izmed vokalistov, Matija Jager, pa se ni izkazal le z odlično izvedbo skladbe Feel ob klavirski spremljavi Jakoba Gajška, ampak je



Na koncu je bilo na odru komaj dovolj prostora za vse nastopajoče.



Gostov iz štajerske prestolnice, Komornega orkestra Maribor, smo vedno veseli.



Študenta Nadia Ternifi in Matija Jager sta bila glavna organizatorja koncerta. Za njuno delo smo se jima zahvalili z glasnim aplavzom.

skupaj s sopranistko Nadio Ternifi tudi organiziral celotni dogodek. Njuno delo se je začelo že aprila z zagotavljanjem sredstev in dvorane, najbolj naporen pa je bil zadnji mesec pred koncertom, ko smo ju kolegi pogosto videvali s podočnjaki. Glede na število nastopajočih in navdušen odziv publike jima lahko čestitamo za odlično organizacijo. Velja omeniti tudi Tajdo Starman, Petra Zabreta, Mitjo Pluta, Matijo Skomina in Tilna Trčka, ki so si vzeli čas ter pomagali pri tehnični izvedbi koncerta. Brez njih program zagotovo ne bi mogel gladko teči. Za finančno podporo se lahko zahvalimo Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani, Javnemu skladu RS za kulturno dejavnost, Kulturno-umetniškemu društvu Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher pod predsedstvom prof. dr. Zvonke Zupanič Slavec ter Študentski organizaciji Medicinske fakultete. Kot sta organizatorja lepo povedala, brez njihove pomoči bi



Sopranistka Ana Berus je čudovito zapela arijo iz opere Rusalka.



Vokalna skupina Megaron je nastopila prva s pesmijo Raindrops keep falling on my head.

imeli koncert kvečjemu v zloglasni leseni predavalnici, ne pa v operi.

Med nastopajočimi je bilo tudi kar nekaj džezistov. Petčlanska zasedba z Anžetom Žgankom (trobenta), Simonom Rezljem (saksofon), Jakobom Gajškom (klavir) in Rokom Klobučarjem (bobni) je odlično zaigrala klasiko iz tridesetih let *All of me*. Sledila jim je Ajda Kovačič, ki je s skladbo *Your heart is as black as night* dokazala, da je nadarjena pevk. Za veliki finale koncerta je poskrbel Big band Medicinske fakultete pod taktirko Gordane

Buh Žgajner. Še zadnjič pred zaključkom so ob pomoči pevk Špele Stražišar in Damjane Srednik razvneli občinstvo z džezovskimi hiti *When sunny gets blue*, *Big time* ter *Sing, sing, sing*.

Na koncu so se med bučnim aplavzom pod žarometi zbrali vsi nastopajoči. Šele ob množici na odru smo se poslušalci zavedeli obsega koncerta, števila nadarjenih študentov in vloženega truda. Predpogoj za uspeh takšne velike in dodelane prireditve je predvsem dobro sodelovanje vseh udeležencev. Vsakoletni

koncert tako ni samo priložnost za dokazovanje talentov in uživanje v izjemni glasbi, ampak tudi za krepitev vezi med kolegi. Kraljica džeza Ella Fitzgerald je vedela, kaj govori, ko je izrekla naslovni citat. Skozi glasbo smo se povezali zdravniki in zobozdravniki, poslušalci, izvajalci, organizatorji, podporniki ter različne generacije znotraj našega poklica. Hvala vsem sodelujočim za nepozaben večer!

Foto: Rok Rakun in Žiga Lovšin

Klarinetisti povzdignili slikarske lepote galerije UKCL

Katarina Majer, Kulturno-umetniško društvo Kliničnega centra in Medicinske fakultete
dr. Lojz Kraigher

Katarina.majer2@gmail.com

Mlado leto je 10. januarja 2017 v razstaviščni prostor Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (dalje UKCL) ponovno pripeljalo Kulturno-umetniško društvo Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz

Kraigher (dalje KUD), da z različnimi jeziki umetnosti nagovori vse uporabnike bolnišnice. Osrednja Dolenčeva galerija je plavala v barvitih in duha privzdigujočih slikah akad. slikarja Franca Goloba,

manjša Taborjeva pa je bila zapolnjena z bogastvom dokumentarnega gradiva o ljubljanskih Mostah, kamor sodita tudi Klinični center in Medicinska fakulteta. Razstava spremlja izid bogate Moščanske kroni-

ke, ki jo je s sodelavci pripravil in uredil Jože Kregar. Slikovno razpoloženje slovenske krajine se je žlahtno prepletlo z glasbo Kvarteta klarinetov Godbe ljubljanskih veteranov pod vodstvom Milana Pavlihe. Igrali so priredbe samih slovenskih narodnih pesmi in del Bojana Adamiča, ki je živel v Mostah.

KUD je na prireditev povabil tudi vodstvo Onkološkega inštituta, generalno direktorico Zlato Štiblar Kisić in strokovnega direktorja doc. dr. Viljema Kovača. Slikarji KUD-a so njihovi ustanovi, predvsem pa bolnikom in zdravstvenemu osebju, podarili ducat slik za dvigovanje duhovne moči vseh v boju proti boleznim, za kar se je direktorica Zlata Štiblar



KUD je poklonil ducat slik svojih slikarjev, med njimi dela Romana Planka, Darinke Moder, Jasminke Čišić in Erike Železnik, vodstvu Onkološkega inštituta. Zbrane je nagovorila direktorica Zlata Štiblar Kisić, donacijo pa je s hvaležnostjo sprejel tudi strokovni direktor doc. dr. Viljem Kovač. Zvonka Z. Slavec je povabila k tesnejšemu umetniškemu sodelovanju KUD-a z Onkološkim inštitutom.

Kisić prijazno zahvalila. Prireditev je srčno vodila KUD-ova predsednica prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec.

Izzivi med Scilo in Karibdo: Franc Golob, akademski slikar

V galerijskem prostoru so dela dobila krila, ko sta o njih spregovorila dolgoletna znanca in strokovna sopotnika, akademska slikarja Janez Kovačič, umetniški vodja slikarjev v KUD-u UKCL, in razstavljalec Franc Golob. Poznanstvo, ki izhaja že iz študijskih let, jima je skozi čas natosilo kopico vsakršnih štren, da sta razvila umetniško živ in človeško radosten dialog, ki je nase pritegnil vse oči zbranih. Markantni Golob je vse prej kot majhen: s svojo sivo brado, košatimi lasmi in sršečimi obrvmi je bil kot dobrodušen Bedanec. Čutili smo toplino njegovega doživljanja umetniškega poslanstva, silovito energijo, ki veje iz njega, da bi se človek kar priključil nanj in se je napil kot iz vodnjaka sveže vode. Kako je lahko umetnost pravi kruh za vse življenje, je govorila pripoved protagonistov pogovora, ki sta pokazala na ljubezen do izbrane umetniške poti in sprejemanje njenih plim in osek, njenih radostnih in manj radostnih spremljav.

»Akademijski slikar Franc Golob se je rodil v Celju leta 1941. Svojo likovno pot je začel v Risalnici akademskega slikarja Avgusta Lovrenčiča, ki je bila v Grofovski kapeli srednjeveškega hospica. Prvo samostojno razstavo je imel leta 1960 v salonu Narodnega doma v Celju. Na nadaljnji razvoj je imel največ vpliva akademski slikar Marko Šušteršič, profesor na Šoli za oblikovanje v Ljubljani. Študij na Akademiji za likovno umetnost je bil takrat razpotje med tradicionalnim nazorsko-narativnim slikarskim



Akad. slikar Franc Golob (desno) je navdušil z barvitimi platni, predstavil pa ga je akad. slikar Janez Kovačič.

mišljenjem in vse bolj modernističnimi likovnimi tendencami. Temu se tudi Franc Golob ni izognil, kar kaže

*Sanjal sem in videl, da je življenje radost;
vstal sem in videl, da je življenje služenje;
služil sem in videl, da je v služenju radost.*

(Indijska pesem)

naslov diplomske naloge iz leta 1970 »Izložbeno okno kot likovni prostor«.

V sedemdesetih letih se je Golob ukvarjal z grafičnim oblikovanjem in fotografijo, najpomembnejša dela pa so s področja multimedije. Tudi osemdeseta leta so bolj posvečena grafičnemu oblikovanju kot slikarstvu v klasičnem pomenu. Sam to obdobje označuje kot »čas nedeljskega slikanja«. Pomembnejši premik naredi po letu 1986 s ciklusom »Tminskih akvarelov« in serijo grafičnih listov.

Devetdeseta leta so bila posvečena profesuri na Pedagoški gimnaziji v Tolminu, kasneje še Gimnaziji v Novi Gorici, kjer ustanovi Umetniško gimnazijo. Raznolikost – pestrost likovnih raziskovanj pride dokončno do izraza v najbolj plodnem obdobju likovnega ustvarjanja, med leti 2000 in 2010. V Tolminskem muzeju se predstavi z obsežnim ciklusom digitalnih grafik »Simulakris«.

Življenjski jubilej je zaokrožil s pregledno razstavo »Inventura«; v galeriji Rika Debenjaka v Kanalu je predstavil svoje stvaritve od leta 1956 do 2000, v galeriji Sodobne umetnosti v Celju pa slike in instalacije iz obdobja 2000 do 2010. Doslej je imel 57 samostojnih razstav.

Na pričujoči razstavi se Franc Golob predstavlja s krajinskimi slikami iz daljšega časovnega razdobja, nastalih na številnih slikarskih srečanjih po Sloveniji in tujini. Kot slikar je človek impulza, trenutnega razpoloženja, vehementne poteze in polne barvitosti. V njegovih slikah je čutiti, da črpa iz narave, ki pa jo preoblikuje v kompozicijske pripovedi o Barvi, Svetlobi in Gibanju.

Še vedno pa drži poved likovnega kritika dr. Ivana Sedeja: ... Franc Golob ima rad izzive, ki jih ponuja vožnja med Scilo in Caribdo...« (Stik: goloborama@gmail.com)

Monografija Moščanska kronika prinaša korenine tudi ljubljski bolnišnici

Da spišes knjigo, si moraš to zelo želeti in vztrajati, če pa gre za arhivsko delo, je potrebno vztrajati



Moščansko kroniko je predstavil njen pisec in urednik Jože Kregar, razstavil pa jo je v Taborjevi galeriji, kjer so obiskovalci spoznali tudi historiat ljubljanske bolnišnice.



Lepota slikarskega dela akad. slikarja Franca Goloba.

in imeti rad še toliko bolj, da preмагаš neštete prepreke na poti, navoriš nepregledno število ljudi, da prispevajo s svojimi spomini, slikovnim gradivom, različnimi materiali ... Knjiga šteje namreč 700 strani formata A4 in ima kar 800 fotografij, številne med njimi so prvič objavljene.

Za vsako znanstveno monografijo mora stati nekdo, ki je njen spiritus agens in movens, ki predobro ve, da je na poti do konca potrebno imeti tudi dovolj dolgo vrv, da bo delo po vseh pripravah prišlo do tiskarskega črnila in založnika, ki ga bo spravil med ljudi. Vse to se je zgodilo pri Moščanski kroniki, kjer je bil ta živi spiritus Moščan, Kregarjev sin Jože s tesarske domačije. A ta je vzljubil glasbo in že dolga leta svoje bogato znanje in glasbeno občutenje kot klarinetist deli z dijaki Konservatorija za balet in glasbo v Ljubljani. Bravo, Jože, opravili ste veliko in večplastno kariero! Pa še toliko je pred vami!

»Pričujoča razstava slikovnega gradiva iz starih Most je nastala ob izidu monografije Moščanska kronika, obširen vpogled v zgodovino kraja in župnije, knjige na 700 straneh z bogatim slikovnim gradivom (800 slik), ki je izšla pri založbi Didakta in jo je izdala Župnija Ljubljana Moste.

Avtor razstave, glavni urednik Kronike in njen večinski avtor je Jože

Kregar (1970), akad. glasbenik klarinetist. Jože Kregar že dvajset let poučuje klarinet na Glasbeni šoli Konservatorija za glasbo in balet Ljubljana, vodi različne komorne skupine in dva pihalna orkestra. Ob tem sodeluje tudi z več drugimi glasbenimi skupinami. Tudi sicer je prejemnik več glasbenih nagrad in priznanj, kot član ali solist pa je sodeloval tudi z mnogimi domačimi in tujimi orkestri.

Zadnjih deset let se v svojem prostem času aktivno ukvarja s krajevno zgodovino in rodoslovjem, rezultat tega pa je izid omenjene monografije.

Kronika je sestavljena tako, da bralca v enaki meri seznani z zgodovino Most, kakor tudi z zgodovino delovanja moščanske župnije. V krajevnem delu je obširno prikazano kulturno in politično življenje v Mostah, ki so že pred, pa tudi po 2. svetovni vojni obstajale kot samostojna občina.

Delo je zasnovano z željo, da bi v Moščanih, pa tudi vseh drugih ljudeh, ki jih zanima naša zgodba, vzbudili zanimanje za skupno zgodovino in okrepili zavest o krajevni identiteti. Hkrati je prisotna tudi želja, da bi področje zgodovine za našo skupnost tudi na ta način postalo prostor srečevanj in povezovanj. «

(Stik: Kregar.joze@gmail.com)



Glasbeno toplino je prireditvi prinesel Kvartet klarinetov Godbe ljubljanskih veteranov. Igrali so Zvone Rihter, Milan Pavliha, Marko Ledinek in Jože Kregar.

Ko toplina glasbe pogreje premrle ude

Star pregovor pravi: »Življenje ni praznik, življenje je delovni dan.« Delovni dan pa je v praznik s prihodom na prireditev pomagal pričarati akad. slikar g. Praznik. Malo za šalo, malo zares: dejstvo je, da je potrebno kljub delu znati živeti tudi ta trenutek, tukaj in zdaj, saj je vse minljivo. In to zna kvartet klarinetov Milana Pavlihe. Oj, koliko lepega so dali s svojim igranjem! Kako so se ljudem razjasnila lica, kako so ustni koticiki zlezli navzgor in so očesne gubice pričarale sončne poglede. Jože Kregar je zanimal večino skladb, ki so jih odigrali, pa tudi prof. Franc Korbar je bil med nami, znan aranžer, od katerega so na prireditvi klarinetisti odigrali slovensko narodno »Da bi bila«. Prisluhnili smo še »Primorskim plesom«, »Nmav čez Izaro«, pa deloma Bojana Adamiča »V Gorjah« in »Prelepa si bela

Ljubljana«. Pa še kaj je bilo, kar se je usedlo v srce in ga bo gredo v teh mrzlih zimskih dneh.

»Kvartet klarinetov Godbe ljubljanskih veteranov (GLV) je njen nov komorni sestav. Leta 2012 poleti so kot poklon Milanovi (član kvarteta in predsednik Godbe) soprogi zaigrali za 50 let skupnega življenja prijatelji klarinetisti, skupaj z njim, na domači trati. Na Milanovo pobudo je kvartet 14. septembra 2013 imel svoj krstni nastop planinkam in planincem na Govejku. Tega leta je nastopil še v knjižnici Bežigrad s skladbami iz klasičnega repertoarja in tudi zabavnejšega žanra ter v Plečnikovi cerkvi sv. Frančiška v Šiški. Na sporedu so bile skladbe W. A. Mozarta, G. F. Händla, E. Schmidta, N. C. Bochsa in J. Gruberja. Navzoče poslušalce, zlasti glasbenike je presenetil nenavadno lep, poseben zvok klarinetov. V tej cerkvi je kvartet 26. decembra 2016 nastopil že četrtič na tradicionalnem božičnem

koncertu. Kvartet klarinetov GLV je postal prepoznavna komorna skupina v Ljubljani. Koncertna bera leta 2016 je bogata. Imeli so sedem koncertov: dva v KULTU 3000, v Univerzitetnem kliničnem centru, v cerkvi sv. Antona Padovanskega na Viču, v Centru starejših na Zbiljah, v Mestnem muzeju za udeležence Evropskega združenja EURAG in v cerkvi sv. Jakoba v Ljubljani. 20. novembra so nastopili z dvema skladbama na letnem koncertu Godbe ljubljanskih veteranov v Slovenski filharmoniji. Leta 2015 so gostovali na Solnograškem v Wagrainu z velikonočnim koncertom in v Trstu v okviru Tedna ljubiteljske kulture. Člani Kvarteta klarinetov so: Zvone Richter (1. klarinet), Milan Pavliha (2. klarinet), Marko Ledinek (3. klarinet), Jože Kregar (bas klarinet).« (Stik: milan_pavliha1@t-2.net)

Predsednica je zbranim zaželela, da bi to mlado leto, ki je še v zibelki, skrbno uječali, da bi uspevalo, pripegljalo lepo vigred, pa nato toplo in barvito poletje ter plodov in polj polno jesen in pravo zimo, da bo sneg škripal pod nogami in bo ob božiču s snegom in mrazom pričarana pravljica zimske idile in zasluženega počitka. Zbranim je zaželela, naj bodo vse leto pušeljce življenjske radosti!

KUD pa na ogled vabi tudi z drugimi razstavami: v avli UKCL predstavlja prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec razstavo »Slovenska medicinska zbirka se predstavi«, v galeriji Medicinske fakultete UL študentka medicinske Veronika Popotnig razstavlja svoje ročno izdelane voščilnice, v galeriji Nevrološke klinike pa slike razstavlja KUD-ov slikar Janez Milkovič - Jano.

Foto: Katarina Zemljak

KUD vabi zdravnike, da se pridružijo različnim umetniškim dejavnostim, od pevskih (zdravniški zbor, mešani pevski zbor, etno zbor, študentki zbor) do instrumentalnih sestavov, slikarskih, fotografskih, literarnih, dramskih in drugih dejavnosti.

Umetnost osvobaja duha in mu daje polet. Razprite krila in pridite med slavčke!
(Stik: tajnistvo.kudkcmf@gmail.com; [www: http://nova.kudkcmf.si/](http://nova.kudkcmf.si/))

Enodnevni izlet Sekcije upokojenih zdravnikov – SZD v Vipavsko dolino

Marjeta Rendla Koltaj, dr. med., Ljubljana

marjeta.jatlok@gmail.com

Za zadnji enodnevni izlet v letu 2016 smo se na torek, 8. novembra 2016, zbrali pri Napoleonovem spomeniku pri Križankah. Kljub kislemu, deževnemu vremenu se nas je zbralo kar lepo število (34). Z avtobusom smo se peljali proti naši prvi postaji Razdrto, kjer se svet tik pod pobočji Nanosa preveša v Vipavsko dolino. Zato so ta kraj prvotno imenovali Preval. Od nekdaj je tu križišče cest proti morju in Vipavski dolini. V času furmanstva je bil tu pomemben kraj za prenočevanje in prepreganje. Na obdobje živahnega prometa spominjajo stavbe nekdanjih gostiln in hlevov. Več arheoloških najdišč v okolici potrjuje pomembno prometno lego Razdrtega. V času turških upadov so kurili opozorilne kresove na pobočju Nanosa (Žingarića). Na Razdrtem so skušali Avstrijci leta 1809 zapreti pot francoski vojski in so zato utrdili bližnji Goli vrh in skalnati Školj.

Na Razdrtem smo se ustavili na turistični kmetiji Hudičevce. V starem mlinu smo si ogledali mali domači muzej gospe Pavle Simčič, ki je z nami poklepeta o zgodovinskih dogodkih v teh krajih.

Zgodba o imenu Hudičevce: Lastnik posesti, tržaški baron Rossetti, naj bi imel zelo temperamentno in trmasto oskrbnico, ki se ni bala ne boga ne hudiča. Ko je zbolela, ni hotela niti slišati, da bi šla k duhovniku, zato se je le-ta preoblekel v hudiča, ona pa je zagrabila puško in ga ustrelila.

V muzeju smo slišali tudi pretresljivo zgodbo o tem, da je bila gospa Simčič kot sedemnajstletna internirana v taborišču Ravensbrück in kako so se interniranke tri mesece peš vračale

domov. V gostišču so nam postregli s toplo domačo malico, obaro in seveda joto ter suho klobaso.

Že ko smo se bližali Razdrtemu, je burja razpihala oblake in posijalo je sonce. Ob 10.30 smo se odpeljali proti Podnanosu. Podnanos, do preimenovanja leta 1952 imenovan Šentvid (lokalno prebivalstvo ga imenuje Šembid), je gručasto naselje v zgornji Vipavski dolini ob cesti Vipava–Razdrto, kjer se odcepi cesta čez Vrabče na Kras in se razširi dolina potoka Močilnik.

Podnanos je kraj rojstva slovenske himne. Začetek zgodbe sega v leto 1843, ko je takratni šenbiljski dušni pastir Matija Vertovec v Kmetijskih in rokodelskih novicah objavil sestavek »Vinske terte hvala«, v katerem je Franceta Prešerna naprosil, naj spesni slavospev vinski trti. Jeseni 1844 se je Prešernu ob »novini« (novo vino), kot sam zapiše, porodila Zdravljica. Le-ta je bila močan izziv za številne skladatelje in glasbenike, kar dokazuje prek dvajset uglasbitev. Med drugim se je tega lotil tudi šenbiljski rojak, duhovnik in skladatelj Stanko Premrl, ki jo je uglasbil v času študija na dunajskem konservatoriju, in sicer leta 1905 med počitnicami, ki jih je preživel v domačih krajih. Skladbo je končal na Dunaju in jo objavil v glasbeni reviji »Novi akordi«. Napev se je kasneje usidral v slovenska domoljubna čustva, saj smo ga Slovenci, skupaj s sedmo kitico Prešernovega besedila, izbrali za slovensko himno.

Podnanos leži na nadmorski višini 180 m. Z juga in zahoda prihaja v kraj mediteranska klima, ki omogoča gojenje vinske trte in različnih vrst sadnega drevja. Leži na sotočju dveh

potokov, Močilnika in Pasjega repa. Pasji rep deli vas na dva dela: Knežijo na levem bregu in Mešijo na desnem. Ime Knežija izhaja iz dejstva, da je bil ta del v lasti knezov goriških grofov. Mešija pa priča, da je bil ta del ozemlja v lasti samostana, najverjetneje jezuitov. Na to opozarja njihova grobnica v cerkvi in jezuitski znak IHS na rozeti pročelja župnijske cerkve. Podnanos je vas s trgovino, pošto, bifejem, petrazredno osnovno šolo z vrtcem, kulturnim domom, svojo župnijo in številnimi društvi. Ljudje se večinoma vozijo na delo v Vipavo, Ajdovščino, Novo Gorico in Postojno. Ob zaposlitvi se doma večina ljudi ukvarja s kmetijstvom, predvsem vinogradništvom, pridelavo sadja, zelenjave in poljščin.

Šentvid je stara vas. Naključne najdbe in arheološka izkopavanja so pokazali, da je bilo to območje zagotovo poseljeno v bronasti dobi, morda pa že prej. Vsekakor je bilo naselje na tem mestu že v času naselitve Slovanov. Verjetno so ga poimenovali po svojem poganskem božanstvu Svetovidu. Po dosedanjih ugotovitvah je doslej najstarejši zapis o kraju v dokumentu iz druge polovice 13. stoletja. Leta 1642 je dobil tržne pravice, v času Francozov leta 1812 je bil samostojna občina, med vojnami pa je bil pod Italijo.

Poleg Matije Vertovca in Stanka Premrla, ki sta med drugim zaslužna za slovensko himno, je še kar nekaj slavnih šenbiljskih mož.

Rihard Dolenc, rojen leta 1849 na gradu Roženek v Podbrdju, je izhajal iz velike družine. Že zgodaj se je seznanil s področjem, ki si ga je pozneje izbral za poklic – veselje do kmetijstva ga je vodilo do višje kmetijske izobrazbe. V zgodovino Šentvida in slovenske kulture se je vpisal kot kmetijski strokovnjak, šolnik in pisatelj. Bil je učitelj in ravnatelj

kmetijske šole na Slapu pri Vipavi, prve slovenske kmetijske šole na Kranjskem, ki se je nato po 13 letih delovanja preselila na grad Grm pri Novem mestu. Sam je napisal vse učno gradivo, ker ni bilo primernih učbenikov. Napisal je veliko strokovnih in praktičnih knjig, priročnikov za sadjarstvo in vinogradništvo ter čebelarstvo in svilarstvo.

Na šenbiljskem trgu je postavljen tudi doprski kip Ivana Rudolfa, ki se je odlikoval kot primorski domoljub. V času italijanske okupacije je deloval v Gorici kot narodnoobrambni in kulturni delavec. Bil je soustanovitelj glavnega odbora TIGR v Gorici in vodja njegove celice v Šentvidu. Deloval je narodnoobrambno in protifašistično ter sodeloval z različnimi obveščevalnimi službami pri pripravi sabotažnih akcij za osvoboditev Primorske.

Janko Premrl Vojko, Stankov nečak, rojen leta 1920, je končal trgovsko šolo, sam pa se je učil jezikov, matematike, astronomije. Ob začetku vojne je bil na služenju vojaškega roka. Med preživljanjem drugega vojaškega dopusta leta 1942 se je odločil, da ne bo nadaljeval



Podnanos (Šentvid) – rojstni kraj slovenske himne. Doprski kip Stanka Premrla (vir: Podnanos, Vodnik po kulturni dediščini Podnanosa in okolice, 2007).



Upokojeni zdravniki SZD skupaj z gospo Pavlico Simčič pred Etnološkim muzejem Hudičevce.



Podbrje – cerkev sv. Kozme in Damijana (arhiv Božene Skalicky Kuhelj).

služenja v italijanski vojski, ampak se je priključil partizanom. Zaradi napada na italijanski tovornjak na Nanosu so ga Italijani julija 1942 v Rimu obsodili na smrt, goriška prefektura pa je za njim razpisala tiralico. Leta 1943 je postal komandant Gregorčičevega bataljona. Februarja je bil v Idrijski Beli hudo ranjen, prepeljan v taborišče, po enem tednu je podlegel hudim ranam. Janko Premrl Vojko predstavlja simbol primorskega boja proti fašizmu. Spomenik ima pred osnovno šolo v Podnanosu, ploščo na rojstni hiši, po njem pa se imenuje tudi koča na Nanosu.

Verjetno se marsikdo spominja prijetnega filma Franceta Štiglica

»Tistega lepega dne«, posnetega po istoimenski noveli Cirila Kosmača. Malokdo pa ve, da je bil leta 1962 posnet prav v Podnanosu. Domačini so v velikem številu sodelovali pri snemanju, bodisi kot statisti ali vsaj kot gledalci.

Iz Podnanosa nas je pot vodila v bližnje Podbrje, kjer smo si ogledali cerkev sv. Kozme in Damijana – zaščitnikov zdravništva. Domačini ji pravijo pri sv. Roku, kar se verjetno nanaša na predhodnico obstoječe cerkve, ki je bila manjša in posvečena sv. Roku, zavetniku pred kužnimi boleznimi. Grajena je bila na prehodu v 16. stoletje. Cerkev je na zunaj preprosta, ima značilno kraško arhitekturo in dvokapno streho,

prekrito s škrkami. Prvotna cerkev je bila bistveno manjša, v velikosti današnjega prezbiterija. V 17. stoletju je bila predelana v zgodnjebaročnem slogu in leta 1642 ponovno posvečena. Razširitev in predelavo cerkve naj bi finančno podprla v sosednji občini živeča družina Rossetti. Med prvo svetovno vojno je služila kot bolnišnica za ranjence s soške fronte, nato pa še kot konjušnica. Resnejše obnove je bila deležna šele v novejšem času. Sedanjo podobo je po obnovi lesenih oltarjev leta 1986 in obnovi zunanosti in notranjosti dobila šele v naslednjih letih. Cerkev krasijo trije leseni zlati oltarji, rezljani in pozlačeni oz. barvani. Najstarejši je poznorenesančni desni oltar, posvečen sv. Rešnjemu telesu. Levi stranski oltar je manjši, bogatejši, posvečen Mariji Devici z Jezusom. Glavni oltar je največja mojstrovina in je posvečen sv. Kozmi in Damijanu, zavetnikoma zdravnikov. Kot celota deluje baročno. Je eden največjih lesenih oltarjev na Slovenskem. Pozlatil ga je mojster Angelo Sperandi, lesarsko in rezbarsko delo pa naj bi pripadlo delavnici Augustina Ferfile iz Ljubljane, kar še ni povsem dokazano. V cerkvi še potekajo bogoslužna opravila.

Naslednja točka našega izleta je bila Vipava. Ob 14.00 smo prispeli v tamkajšnji turistični informacijski center, kjer nas je pozdravil župan in so nam ob degustaciji vin sorte pinela in zelen predvajali film o kraju Vipava.

Vipava z okolico je pomemben kmetijski center zahodne Slovenije. Znana je zlasti po pridelavi vina. Kmetijska zadruga Vipava deluje od leta 1894. Pomembna sta tudi turizem in obrt. Prvi prebivalci Vipave so bili Kelti. Od tod tudi njeno ime, in sicer iz dveh keltskih besed: »wip« – dolina, pokrajina, in »ach« – skala, kamen. Torej dolina pod skalami. Arheološka odkritja pričajo, da je bila Vipava rimska naselbina. Leta 394 je najverjetneje nekje v bližini potekala za krščanstvo pomembna bitka pri Mrzli reki (Hubelj), kjer je zahodnorimski cesar Teodozij I. s pomočjo vipavske burje porazil uzurpatorja Evgenija. Tu so tudi gradovi številnih pomembnih plemiških družin: Herberstein, Thurn, Edling, Baumkircher in kot zadnje Lanthieri.

Vipava je naselje in središče istoimenske občine. Leži v zgornjem delu Vipavske doline, ob številnih izvirih reke Vipave, ki ima kot edina reka v Evropi deltast izvir. V Vipavi je



Doprni kip Riharda Dolenca – kmetijskega strokovnjaka, šolnika in pisatelja – ravnatelja prve kmetijske šole na Slapu in na Kranjskem (foto: Božena Skalicky Kuhelj).

25 mostov, najstarejši je za Lanthierijevo graščino. Prav zato pravijo kraju tudi slovenske Benetke. Domačini pa Vipavi še danes rečejo trg. Pod tem imenom je kraj zapisan v dokumente iz leta 1367, ko so tržani dobili pravico do svojega sejma. Vipavski park neposredno pred Lanthierijevim dvorcem je urejen po angleškem vzoru. V središču je fontana z bazenom v obliki štiriperesne deteljice. Za časa Lanthierijev so stali v parku številni baročni kipi dečkov (puttov), ki v rokah držijo različne rekvizite.

Lanthieriji so bili vneti graditelji. Ob izvirih Vipave so postavili dvorec, ki ga na zunanji strani krasijo štukature. Dogradili so ga leta 1669 in je tipičen primer beneške arhitekture. Prvotno je bil skromnejši, leta 1762 pa so ga prenovili in takrat je dobil današnjo baročno podobo. Nazadnje je v gradu do 1910 živel grof Karl Friderik Lanthieri. Od 1918 do 1991 je bil dvorec v vojaških rokah. Od predlani je povsem prenovljen in v njem domuje Primorska univerza.

Po ogledu videa in sprehodu po simpatični Vipavi smo nadaljevali pot do kraja Slap, kjer nas je pozdravil g.



Slap – freska sv. Matije v tamkajšnji cerkvi, Tone Kralj, 1967 (vir: Slap pri Vipavi, Zbornik ob 150-letnici začetka šolstva na Slapu, 2006).



Kapelica sv. Cirila in Metoda na obrobju vinogradov nekdanje Deželne vinarske in sadjarske šole na Slapu. Postaviti jo je dal Rihard Dolenc leta 1886 ob odhodu in selitvi kmetijske šole na Grm pri Novem mestu (arhiv Božene Skalicky Kuhelj).

župnik, zgodovinar Franc Kralj. Seznanil nas je z zgodovino kraja. Mejni istrski grof Henrik Andeški je v začetku 13. stoletja daroval cerkvi Device Marije v Diessenu šest kmetij v vasi Slap. Menihi avguštinci, ki so bili zelo dejavni v dušnem pastirstvu, šolstvu in umnem gospodarstvu, so tu postavili prvi sakralni objekt.

V naselje Slap pripelje cesta, ki vodi prek kamnitega mosta čez potok Močilnik. Most je sezidal Anton Trost leta 1803 in na njem je mogoče videti vgrajeno spominsko ploščo, napisano v bohoričici. Vas Slap leži 141 m nad morjem in skozenjo teče Slapenski potok. Ta se izliva v Močilnik, ki dela v Klopovščaku slap, po katerem je vas dobila ime. V vasi je župnijska cerkev, posvečena sv. Matiji, zgrajena leta 1765, po mnenju g. Fr. Schumija pa celo še prej. O tem nam priča v kamen vklesan križ malteških viteзов, ki so se leta 1230 naselili na Slapu in pozidali slapenski grad, kot kaže napis na grajskih vratih. Njegove lastnice so bile številne plemiške družine, nazadnje Lanthieri. Poleg gradu so vitezi najbrž zgradili tudi cerkev, vendar so jo kasneje Turki porušili. Cerkev sv.



Lože – druženje v gostišču Jožeta Reharja ob taktih harmonike. Igra gospa Milena Fabjan (foto: Božena Skalicky Kuhelj).

Matije je renesančno-baročna, vendar nekatere starejše prvine dokazujejo obstoj svetišča na tem mestu že v srednjem veku. Večino slik je naslikal ljubljanski slikar Mihael Stroj, nekaj pa Franc Jelovšek. Poleg tega so tu še slike Valentina Metzingerja in Toneta Kralja. Domačini so še posebej ponosni na to, da je bila na Slapu v času Kranjske dežele prva slovenska vinarska in sadjarska šola. Nahajala se je na posestvu, ki ga je tedanji lastnik grof Karl Lanthieri brezplačno odstopil deželi. Slap je zelo znan po skrbno negovanih vinogradih, ki ležijo južno in zahodno od vasi. »O slastnih solzah vinograda«, ki jih tam pridelujejo, je pisal že Valvazor v Slavi vojvodine Kranjske. Naselje je vključeno v projekt Vipavska vinska cesta. V vasi hranijo tudi najstarejšo slovensko knjigo o vinu. Držijo se nekaterih starih pravil kmetovanja, kljub mnogim novim spoznanjem.

Župnik Franc Kralj je na koncu prosil predsednico naše sekcije mag. Boženo Skalicky Kuhelj, naj še ona pove kaj zanimivega. Mag. Božena Skalicky Kuhelj je pravnukinja Riharda Dolenca, ki je bil tudi med ustanovitelji vinarske zadruge v Vipavi, sedaj Agroind Vipava 1894. Ko je bila ob stoletnici Agroinda povabljen na slovesnost, sta pred prireditvijo z možem obiskala Slap, da bi tam poiskala kakršnekoli sledi

delovanja njenih prednikov. V vasi ni bilo žive duše in ko sta že skoraj obupala, sta srečala ženičko s šopkom poljskega cvetja. Ko jo je vprašala o Rihardu Dolencu, ju je povabila seboj do kapelice na razglednem kraju, kamor je bila namenjena. Kapelico je pred slovesom od Slapa leta 1886 dal postaviti Rihard Dolenc. Posvečena je Cirilu in Metodu, gospa Bernarda Krajčič pa jo po navodilu svojega očeta redno oskrbuje s svežim cvetjem in skrbi za okolico.

V Slapu se nam je za kratek čas pridružila kolegica Katja Šoštarič Likar, dr. med., pediatriinja v ZD Ajdovščina. ZD skupaj z zdravstveno postajo Vipava nudi zdravstveno oskrbo 24.000 prebivalcem, od tega je tretjina otrok do 18. leta. Zanje po njenem pripovedovanju skrbi 127 zaposlenih, od tega 27 zdravnikov in 18 zobozdravnikov. Podmladek predstavljajo trije specializanti pediatrije in štirje specializanti družinske medicine. Ena družinska zdravnica in štirje zobozdravniki so koncesionarji. Vezani so na bolnišnico Šempeter, bolnike z infarktom ali kapjo pa pošiljajo v Ljubljano. Za nujne prevoze s helikopterjem uporabljajo helidrom na letališču Boskarol ali pa jih opravijo z reševalnim avtomobilom. Tudi urgenca v Novi Gorici sprejema njihove bolnike. Problem področja je propad večjih podjetij, npr. Primorja, Fructala

itd. Posledica tega je večja obremenitev zaradi bolniškega staleža, vendar zdaj že uspešno rešujejo težave, nastajajo pa tudi manjša podjetja. Življenjska doba je 1,5 leta daljša kot v Prekmurju, dojenčki so večji in težji, mamice bolj osveščene. Tudi tu se pojavlja trend necepljenja otrok, zato se v zavodih, kot sta Cirius Vipava in Dom starejših občanov Pristan Vipava, kjer je veliko necepljenih, bojijo za varovanje, če bo precepljenost zelo padla.

V Slapu je 100 hiš in 430 prebivalcev. Pred drugo svetovno vojno jih je bilo 700, nekaj jih je šlo v Jugoslavijo, precej pa v Argentino.

Po vseh novih vtisih in informacijah smo se že kar lačni in utrujeni odpeljali v Lože, kjer nas je čakalo pozno kosilo v gostišču Jožeta Rehar-

ja. Tudi Lože so polne znamenitosti, toda največja je vino. Znamenit je tudi most iz leta 1803. V zavetju baročnega gradu Leutenberg, zgrajenega v 12. stoletju, Ložani gojijo grozdje za vrhunsko vino, za katerega vinogradniki dobivajo številne medalje.

V gostišču nas je obiskala gospa Milena Fabjan, ki se je rodila na gradu Kobencl. Njena mama je bila namreč oskrbnica gradu. Pripovedovala nam je, kako je zadnji plemič grad zakartal in prodal. Kupil ga je Josip Mayer, ki ni bil plemiškega rodu. Po koncu vojne, en dan po razglasitvi vlade v Ajdovščini, je grad predal kmetijski šoli. Tu so bili študentje iz vse Slovenije. Spodaj je bila živina, okrog gradu je bilo posajeno sadno drevje in zlasti trte. Josip Mayer je imel tudi lepe

hčere, ki so na grad prihajale na počitnice.

V zvezi z gradom se pojavlja še ena oseba, fotograf Ivan Ogrin, ki mu je župan ponudil najem gradu. Ogrin je grad precej prenovil, zlasti okna. Ko je bilo delo končano, pa so se pojavile Mayerjeve hčere s svojimi zahtevami. Sedaj grad spet propada, je pa tudi precej izropan.

Gospa Milena nam je na koncu za presenečenje zaigrala na harmoniko.

Ob prijetnem klepetu in dobri hrani je čas kar hitro minil. Poslovili smo se od gostiteljev ter se odpeljali proti Ljubljani. Med vožnjo smo s kolegi urejali vtise, predebatirali še to in ono, vsi pa smo se strinjali, da je za nami še en prijeten, zanimiv in bogat dan.

»Au«-foristična tinktura

Kratki aforizmi v beli halji z geografskim poreklom

Prof. dr. Janez Tomažič, dr. med., UKC Ljubljana
janez.tomazic@kclj.si

MSM so moški, ki imajo spolne odnose z moškimi, OID so osebe, ki si injicirajo droge, za alkoholike pa predlagam OPK: osebe, ki so pregloboko pogledale v kozarec.

V UKCL karavana laja, a (morski) psi gredo dalje.

Turki spet strašijo po Evropi. Tokrat z biološkim orožjem.

Ugotovili so mi povečan BMI in mi svetovali hujšanje. Raje bom zrastel.

HUMORNI PRISPEVKI ZA SISI

Kot je že tradicija, je aprilaska številka revije Isis obogatena z nekoliko obsežnejšo humorno rubriko Sisi. Čeprav se zdi pomlad in 1. april še zelo daleč, vas že zdaj vabimo, da nam v uredništvo pošiljate humorne prispevke (prozna besedila, pesmi, risbe ...).

Gradivo bomo zbirali do 10. marca na e-naslovu isis@zss-mcs.si

Vabljeni k sodelovanju!

39. Iatrosski

Rateče in Kranjska Gora, 3. 2. 2017

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

cukovi@gmail.com

Predavanja in posvet iz športne medicine za slovenske zdravnike in zobozdravnike – s predhodnim tekmovanjem v smučarskem teku v Ratečah in veleslalomu v Kranjski Gori.

Stroka na vrhuncu, druženje tudi, vreme pa je vsiljevalo depresijo. Neuspešno, saj ura gibanja na svežem zraku učinkuje enako dobro kot tableta antidepressiva, pa še stranski učinki so predvsem pozitivni. Optimizem do konca!

Vremenska napoved je še pred začetkom tekme obetala majhno možnost kakega sončnega žarka. A je bil trenutek, v katerem je skozi oblačno nebo pokukalo sonce, res le trenutek. Tekma v Ratečah je zato potekala v rosenju, na kranjskogorski strmini pa že v dežju. Ta je bil tako močan, kot ga naša smučarska zgodovina ne pomni. In se v šalah komajda zdi resnica: »Če bi se kdo polulal, sploh ne bi opazili, ker teče od vseh.« So pa organizatorji modro prilagodili »timing«: drugi tek veleslalom so izvedli takoj za prvim, brez premora in premikanja vrat, saj je bila snežna podlaga odlična, začetek predavanj pa so premaknili za uro nazaj. Organizacija na Iatrosskiju vedno klapa. Bravo!

Koliko je bila premočena komentarka Eva Longyka, se nismo spraševali. Udeleženci smo tudi letos predvsem občudovali vsebino povedanega – z vsemi številnimi cvetkami, ki jih njen čudoviti glas kot mimogrede razsipa o posameznih tekmovalcih. Navijači so ocenili: poznavanje lokalne vsebine in zgodovine Iatrosskija znova odlično 5.

Manjkalo je kar nekaj ljudi. Ene je zadržalo vreme, druge delo, tretje bolezn. Letos jih je bilo v Sloveniji po oceni medijev »dvakrat več kot lani«.

In pogrešali smo študente. Lani so sodelovali vsaj ljubljanski, letos nihče. So se pa organizatorji domislili odlične novosti. Na hitrostno preizkušnjo so za naslednje leto povabili tudi novo skupino tekmovalcev: *bordarje*. Letos je bil z nami le eden za vzorec. So se nam pa pridružili nekateri, ki smo jih več let pogrešali. Nekajletna odsotnost pa lahko postane tudi težava. Tako je šla Lučka po prvi vožnji kar v savno. Da je druga vožnja »rezervirana le za prvih pet«, si je mislila. Ej, kje so danes časi, ko je bilo tekmovalcev trikrat več, tudi mnogo preko 150, druženje pa je trajalo po dva dni!? Vedo pa to dobro vsi tisti, ki se že zdaj pripravljajo na jubilejni **40. Iatrosski čez leto dni**. *Perpetuum mobile* vsega dogajanja Franci Koglot nam je že zdaj zabičal, naj ne pozabimo tega pomembnega dogodka vnesti v koledar in povabiti še čim več kolegic in kolegov.

Predavalnica v hotelu Ramada Resort je bila letos manjša, a kot vedno nabito polna. Kako tudi ne, saj je bil izziv provokativne vsebine in tudi visoke strokovnosti predavateljev zares zadetek v polno.

Večer v dobri družbi, ob dobri hrani in živahni glasbi je prinesel mnogo smeha in zabave. In žrebanje odličnih nagrad tudi. Te so še bolj osrečile tiste, ki so bili tako in tako že srečni. Srečni pa so bili tudi tisti, ki nagrade niso dobili, so pa ploskali tistemu, ki jo je. Domnevno manj srečni so bili le tisti, ki so šli domov, pa so od kolegov po telefonu slišali, kaj bi dobili, če bi bili še v dvorani. Letos: 1. sanjski oddih v dvoje, 2. bele spodnjice (z nahrbtnikom) – unisex in unisize (spodnjice, seveda – nahrbtnik je tako in tako), 3. zgodovinska kolekcija majic iz preteklih tekem

Iatrosskija (z nahrbtnikom) različnih velikosti in 4. smuči (z vezmi, a brez nahrbtnika). Da so se ob žrebanju vsem cedile sline, pojasnjuje dejstvo, da je od večerje že preteklo nekaj časa. Ni vsako dogajanje med dohtarji fovšija.

Zato pa pričakujemo tudi množično udeležbo na svetovnem smučarskem prvenstvu v Italiji, Val di Fassa, od 15. do 18. marca. Organizatorji sprejemajo prijave še do zadnjega. Srečno!

Predavanja

Asist. Bojan Knap: Prehranski nadomestki in dodatki: kdaj in zakaj in če sploh?

Predavatelj je zelo jasno zastavil predavanje: gibanje je zdravilo. Telesna dejavnost je najpomembnejši dejavnik zdravega življenjskega sloga. Vadba vpliva tudi na možgane. Pred



Bojan Knap in Matej Andoljšek sta ob vrhunski stroki obvladala še vrhunski humor. Ob koncu predavanj bi jima lahko v zboru zapeli pesem »Ure s tabo so minute ...« Vključno s tistim naprej: »Dan je lepši, ker ...«.



Pred tekaškim spopadom so udeleženci skoraj do zadnje minute ostajali še malo na suhem.

leti je bila oblikovana še *gibalna* piramida, *prehranska* pa je bila nekoliko spremenjena. Kot malce za šalo smo o novjših raziskavah slišali marsikaj zanimivega: npr. da učinek ostrig v prehrani moškega ni odvisen od ostrig, ampak od starosti njegove spremljevalke pa še ... Kot osnovne ergogene substance so bili navedeni glukoza, natrij in voda. Ob športu je treba preprečevati izčrpanje glikogenskih rezerv. Pa tudi znati oceniti dejansko mišično maso človeka, saj se v teži morda v preveliki meri skriva maščoba namesto mišic. Poleg obsega pasu je treba pri moškem, vsaj po 50. letu, določiti tudi raven testosterona, pri ženskah pa že prej določiti tudi hemogram, predvsem feritin. Sarkopenija (izgubljanje mišične mase) nam vsako leto manjša dosežke v hitrosti, zato smo kot vzdržljivostni tekači z leti v resnici slabši. Kot dober vir beljakovin je kolega navajal fermentirane oblike mleka – tudi v skladu z »ajurvedo«, kot je pripomnil. Danes za takšno dobrobit lahko dobimo neke »kvark« zadeve. Povečano raven testosterona pa lahko zagotovijo kar dvigovanje uteži ali tekanje 5-krat po 60 m. Glede na danes pridobljeno znanje je Bojan zaključil, da za nobeno prehransko dopolnilo ni dokazano, ali res poveča športno sposobnost človeka. Nas pa lahko dobro regenerirajo določeni temu

namenjeni napitki – hitreje, kot bi se lahko naše telo regeneriralo po lastni poti. Hrana oz. preobila hrane, posebno fruktoza, sproža škodljiv hormonski odgovor. Najboljši zmanjševalec celičnega vnetja pa so omega 3 maščobne kisline. Nujno naj bi po njegovi sugestiji redno segali po vitaminu D in naredili največ zase s telesno vadbo, procese staranja pa omejevali z barvito zelenjavo. Tisti, ki smo ljubitelji 90- ali 100-odstotne čokolade, smo najbolje slišali izjavo: »S polifenoli v čokoladi in v sadju ohranjamo zdrav žilni endotelij.« Potrebujemo 375 g ogljikovih hidratov in 80 g beljakovin na dan, enkrat na teden pa še post.

Prof. Matej Andoljšek: **Zlomi gležnja:** **»zdrsi«, ki bolijo tako** **ali drugače**

Že v naslovu je prisotna provokacija. Dober uvod! Zlom gležnja je lahko »marsikaj«. Je najpogostejša poškodba pri človeku. Prinaša veliko problemov, veliko zapletov in tudi veliko slabih rezultatov zdravljenja. Ob poškodbi kosti – v gležnju so kar tri – so poškodovani tudi številni ligamenti in hrustanec. Že ob zgolj 1 mm premika ploskev pa lahko nastopi izguba kar 42 odstotkov kontaktne površine. Najresnejše poškodbe

nastopijo takrat, ko je stopalo v poziciji, nanj pa takrat deluje pomembna sila. Kost se lomi na tenzijski in ne na kompresijski strani. Mehaničnem poškodbam odloča o tem, kaj vse je lahko potrjeno. Bolj visoko kot je zlomljena fibula, resnejša je okvara gležnja. Everzija in zunanja rotacija potrgata največ vezi. »Mehka tkiva pa znamo v Sloveniji zdraviti zelo slabo,« je bil kritičen predavatelj. Ne kot očitek. Kot spodbuda, da bi začeli delati bolje. Rentgenolog je opomnil, da je pri poškodbi gležnja treba narediti tri posnetke. Če jih ne, morajo »vedeti, katera dva«. Pri odločitvi za operativno ali konservativno oskrbo so ključne tri stvari: anatomija, skladnost, stabilnost. Drugi način se obnese le pri stabilnem in anatomsko dobro reponiranem gležnju. Vodilo v razmišljanju naj bo, da zdravimo mehka tkiva, ne kosti. Tako je na kraju poškodbe prvi ravno postopek repozicije v osi, saj so s tem rešena mehka tkiva. Tudi žile in živci. Ob ohranjenih mehkih tkivih bo kasnejša operacija, pa čeprav čez teden dni, izvedena lažje in bolje ter verjetnost zaključka obravnave s potrebnostjo artrodeze manjša. Sicer pa je artrodeza v izgubljenih primerih rešitev, ki športniku pač ne bo dovoljevala doseganja vrhunskih rezultatov, njegovo gibanje pa bo »vseeno kar O. K.«.



V ospredju veselje pred startom, zadaj pa varljivo nebo pred štrajkom.



Očitno zamujeni poskus vplivanja na rezultate. Levo tretji – Gorenjska, desno drugi – Štajerska, v sredini zmagovalci – UKC Ljubljana.



Marin ima čudovitih Veseljevih pokalov za najhitrejši čas proge zdaj že na pretek. V smehu je priznal, da jih žena občasno tudi koristno uporabi. Vanje da rože. Lepo opemenitenje vrhunskega izdelka Rogaške!

Moški – do vključno 49 let:

1. Andrej Moličnik, 2. Matjaž Recelj, 3. Primož Novak

Veleslalom

Ženske C – rojene 1956 in starejše:

1. Jasna Čuk Rupnik, 2. Mira Ažman

Ženske B – rojene 1957–1975:

1. Tanja Soklič Košak, 2. Romana Pintar, 3. Katarina Turk

Ženske A – rojene 1976 in mlajše:

1. Veronika Potočnik

Moški C – rojeni 1956 in starejši:

1. Franci Koglot, 2. Igor Pirc, 3. Janez Zore

Moški B – rojeni 1957–1975:

1. Marin Knežević, 2. Simon Podnar, 3. Andrej Čretnik

Moški A – rojeni 1976 in mlajši:

1. Andraž Cerar, Aljaž Lazar, 2. Janez Poklukar



Očitno bomo vsi, ki se udeležujemo Iatrosskija, lepi tudi na stara leta. Na predavanjih so nas učili, naj se veliko gibamo in dobro jemo, Matija, najstarejši tekmovalac, nam bo popoldan uredil zobe, Uršula, najmlajša tekmovalka, pa oči. In bomo kot novi dočakali sto in več let. Tudi brez demence.

Rezultati

Smučarski tek

Ženske B – nad 50 let:

1. Katarina Turk, 2. Tatjana Pintar

Ženske A – do vključno 49 let:

1. Sonja Šmid, 2. Petra Strnad, 3. Barbara Klančnik

Moški – nad 50 let:

1. Bojan Knap, 2. Matej Andoljšek, 3. Igor Pirc

Kombinacija

Ženske B – nad 50 let:

1. Katarina Turk, 2. Tatjana Pintar

Ženske A – do vključno 49 let:

1. Barbara Klančnik, 2. Sonja Šmid, 3. Petra Strnad

Moški B – nad 50 let: 1. Igor Pirc,

2. Simon Podnar, 3. Andrej Šubic

Moški A – do vključno 49 let:

1. Matjaž Recelj, 2. Gregor Hawlina, 3. Janez Poklukar

Ekipno:

1. UKC Ljubljana
2. Štajerska
3. Gorenjska

Pravica do tetanusa

Asist. dr. Marko Pokorn, dr. med., UKC Ljubljana, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja

Ironično je, da se je debata o ureditvi cepljenja v Sloveniji razplamtela na vrhuncu epidemije gripe in okužb z respiratornim sincicijskim virusom. Poleg številnih otrok, ki se z vročinskimi krči ali respiratorno insuficienco zgrinjajo na našo kliniko in jih sedaj kohortno združujemo v večposteljne sobe, me z dodatnimi delovnimi obveznostmi zalaga še naša služba za odnose z javnostjo. Slovenski medijski prostor je gosto poseljen s televizijskimi postajami in zdaj hoče vsaka televizija izjavo o tem, kako bo zdaj s cepljenjem in kako naj doma starši negujejo otroka z akutnim bronhiolitisom. Sprašujejo, kdaj lahko pridejo posnet izjavo. Seveda danes, nikakor ne jutri, če se da, že čez kakšne tričetrt ure. In POP TV spet prehiti nacionalko, ker pridejo prispevek posnet petnajst minut prej. S tega mesta podpisani ponižno naprošam vodstvo UKCL, da zaposli stilista, ker vsak dan pa res ne morem priti v službo povsem urejen, s sveže umitimi lasmi in negovano brado. Zakaj ne bi mogel biti tudi jaz tako šik kot gospe iz službe za odnose z javnostjo? Po drugi strani je pa res, da moja zmahana podoba bolj zvesto odsliskava razmere v slovenskem zdravstvu in sem bolj zeitgeistovski verodostojen, če utrujeno in z v-soju-reflektorjev-svetlikajočo-se-plešo že stopetnajstič razlagam, da ni vzročne zveze med cepljenjem in avtizmom ter da epidemija gripe najbrž še ni na vrhuncu.

A gripa sploh ni najhujši problem slovenskega zdravstva. Najhujša težava, ki tare slovensko zdravstvo, je epidemija demence. Epidemija demence je najbolj prizadela vodstva bolnišnic, ki se obnašajo kot zlate ribice. Saj veste, zlata ribica naredi en krog po akvariju in nato presunjeno zre okoli sebe, ker je vse novo. Enako je z vodstvi slovenskih bolnišnic: ko je leto naokoli, jih decembra spet preseneti naval bolnikov z okužbami dihal, ki jih nimajo kje hospitalizirati in nimajo osebja, da bi zanje poskrbelo. Kot da pred letom dni istih težav sploh ni bilo. Meni spomin zaenkrat še deluje in lahko rečem, da je vsako leto huje. Tako sem se ves januar, ko sem delal v urgentni ambulanti na Infekcijski kliniki, do bolnih otrok prebijal čez hodnik, poln starost-

nikov z vročino, na kisiku in infuziji, ki so jamrali, krehali in sopli ter jim kolegi(-ce) iz odrasle urgentne ambulante kljub nadčloveškim naporom nikjer niso mogli(-e) zagotoviti človeka vrednega bivanja oz. postelje na oddelku (v najhujših primerih še lastnega priključka za kisik ne!). V takšni situaciji si lahko edinole prijazni, sočuten in strokoven. A to bolnemu človeku bolj malo pomaga. Ste opazili, kako so se zdebili časopisi zaradi povečanja števila osmrtnic? Ljubljana bi potrebovala mestno bolnišnico, saj se prebivalstvo nezadržno stara in bodo potrebe po tovrstnih zmogljivostih vedno večje. Mogoče bi pa lahko obolelim starostnikom pomagal Rdeči križ Slovenije? Poslanstvo Rdečega križa je pomagati najbolj ranljivim skupinam prebivalstva in njegov vodja je nekoč deloval v bolnišnici v Trnovem, kjer so bili postavljeni temelji slovenske geriatrije ...

Epidemijo gripe bi se dalo ublažiti s cepljenjem, a kaj, ko slovenski živelj temu zdravstvenemu ukrepu ne zaupa. Če je nekaj priporočeno, potem ni učinkovito. Če pa je učinkovito, potem naj bo obvezno. Tako kot uporaba varnostnega pasu v avtu. Res je, da bi bilo cepivo proti gripi lahko bolj učinkovito, a boljše alternative v tem trenutku nimamo. Precepljenost oseb, starejših od 65 let, proti gripi je v Sloveniji okrog 10-odstotna, na Nizozemskem pa kar 75-odstotna. Tudi zdravstveni delavci glede cepljenja nismo ravno svetel zgled. Povprečna precepljenost proti gripi med zaposlenimi v UKCL je prav tako slabih 10 odstotkov. Med vsemi enotami UKCL prvo mesto ponosno zaseda Infekcijska klinika s 36 odstotki, kar pomeni, da smo še vedno za polovico slabši od nizozemskih penzionistov (roko na srce – dohtarji smo na nivoju nizozemskih penzionistov, ampak nam procent znižujejo skeptične medicinske sestre in administratorke). V Sloveniji, kot v večini demokratične Evrope, cepljenje proti gripi za zdravstvene delavce ni obvezno. Ko je nesojeni direktor UKCL Andrej Baričič omenil, da bi se morali vsi zaposleni obvezno cepiti, se je naslednji dan oglasila varuhinja človekovih pravic, gospa Nussdorfer, z izjavo, da se ljudi ne sme siliti v cepljenje, ampak

se jih mora prijazno pozvati, da se bodo prostovoljno cepili. Žal prijazni poziv pri zdravstvenih delavcih zaleže toliko kot pri slovenskih penzionistih. V ZDA te v zdravstvu vržejo iz službe, če se ne cepiš proti gripi. Ali pa te prisilijo, da vso sezono gripe v službi nosiš masko. In imajo precepljenost zdravstvenih delavcev proti gripi preko 95-odstotno. Kot (ne)želeni učinek omenjene visoke precepljenosti se jim je signifikantno zmanjšala incidenca bolnišničnih okužb z virusom gripe. Ampak to so Američani, oni so tako in tako nečloveški ... samo njihovega predsednika in njegovo frizuro pogledajte, vam bo vse jasno. Ne Melanije, gospo Nussdorfer jim posodimo, da bo branila človekove pravice ameriških zdravstvenih delavcev ...

In tako se nam v duhu čedalje večje demokratičnosti znižuje precepljenost proti nalezljivim boleznim. Samo nekaj dni potem, ko sem za eno od slovenskih televizij stoprvič povedal, da kolektivna precepljenost nima nič z zaščito posameznika proti tetanusu, katerega povzročitelj je prisoten vsepovsod, smo po 25 letih v bolnišnico ponovno sprejeli otroka s tetanusom. K sreči se je vse dobro izteklo, a bojim se, da je bil to le uvod v obdobje, ko bomo spet srečevali otroke s posmehljivim nasmeškom (*risus sardonicus*) in se bo davica vrnila v naše kraje. Ker to, da moram triletnemu otroku s pljučnico dati kaj več od penicilina zaradi dejstva, da ni opravil temeljnih cepljenj, je postalo

del našega vsakdana. Zato povsem razumem svojo kolegico, ki je uveljavila ugovor vesti in v ordinacijo ne sprejema več otrok, katerih starši odklanjajo cepljenje. Vse več je staršev, ki so do cepljenja zadržani; vedno več staršev tudi prisega na naravno zdravljenje, tako, kot je bilo včasih – ker v dobrih starih časih ni bilo toliko alergij in avtizma. Tudi tako hudo zdravstveno težavo, kot je bila Mojčina slepota, je Kekec uspešno pozdravil s Pehtinim zeliščnim zvarkom. Zato je morda na mestu kratek pogled v zdravstveno statistiko leta 1890. Tisto leto je na Kranjskem umrlo nekaj čez 14.000 oseb. Največji delež med umrlimi so predstavljali otroci, mlajši od 10 let (44 odstotkov vseh umrlih!), sledili pa so jim starejši od 60 let (29 odstotkov). Umrljivost dojenčkov je leta 1890 znašala 21 odstotkov. Med posamičnimi vzroki smrti je bila na prvem mestu jetika, od četrtega do osmega mesta pa so se zvrstile okužbe dihal, koze, davica, škrlatinka in črevesni katar. Očitno avtizem in alergije v tistih idiličnih časih res niso bili kakšen poseben problem. Pa še slepoto so znali učinkovito pozdraviti.

Mogoče pa se v tem skriva rešitev nevzdržne situacije v slovenskem zdravstvu iz začetka mojega pisanja. Ukinimo obvezno cepljenje, vpišimo v ustavo pravico do tetanusa, davice, otroške paralize in ostalih bolezni, ki jih preprečujemo s cepljenjem, in bomo rešili problem umrljivosti starostnikov in prezasedenosti sloven-



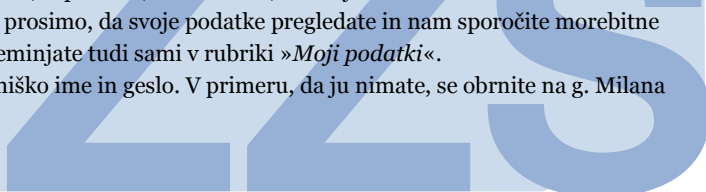
skih bolnišnic. Ker ljudje starosti ne bodo dočakali, saj jih bo po analogiji iz leta 1890 skoraj polovica umrla pred desetim letom starosti. Negovalne bolnišnice bodo postale stvar preteklosti, domovi starejših občanov bodo samevali. Slepoto bomo zdravili s Pehtinim zvarkom in alergije ter avtizem bodo izginili iz slovenske populacije. Vse težave slovenskega zdravstva bomo rešili z enim samim zakonskim saltom. Resda bo *mortale*, a zelo učinkovit. In – ne pozabimo – demokratičen.

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.



