

# IS IS

Glasilozdravniške  
zbornice Slovenije

Julij 2017  
Številka 7

**Prof. dr. Uroš Ahčan, dr. med., predstojnik Kliničnega oddelka za plastično, rekonstrukcijsko, estetsko kirurgijo in opekline UKC Ljubljana:** "Sodobna tehnologija nam danes omogoča lasersko skeniranje delov telesa in izdelavo 3D-modelov s posebnimi računalniškimi programi. Uporabimo jo lahko tudi pri avtologni rekonstrukciji dojke."

# Domus Medica za vas!

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

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

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

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



## Nasprotujemo (tudi sami sebi?)

Za novim vodstvom je štiri mesece dokaj napornega mandata. Verifikacija predsednice in izvršilnega odbora je potekala na skupščini 13. februarja. A se je že naslednji dan zapletlo: domnevno zaradi plače predsednice, resnične razloge za ta zaplet bo razkril čas. Čeprav razlogi za mojo razrešnico niso bili podani, je razpravljanje in glasovanje o *zaupnici* (ki po našem statutu ne more imeti neposrednih učinkov) omogočilo, da so poslanci predsednici povedali svoja mnenja in pričakovanja glede vodenja zbornice. Kljub neizglasovani zaupnici sem se odločila, da ne odstopim – saj bi se v nasprotnem primeru zbornica znašla v zelo težkem položaju: brez vodstva in pred novimi volitvami predsednika pod pogoji zahtevanega 50-odstotnega kvoruma. Takšna bi postala lahek plen politike, ki ravno v tem obdobju stopnjuje pritiske na spremembo zdravstvene zakonodaje. 20. aprila je skupščina potrdila vse predsednike odborov in novo vodstvo je v začetku maja začelo z delom v polni sestavi, že prej pa je bilo v ospredju delo sveta za izobraževanje z razpisom podeljevanja specializacij, lotili so se tudi prenove pripravništva in akreditacij. Odbor za bolnišnično in specialistično zdravstvo se je usmeril v projekt zagotavljanja osnov za sistem kakovosti, seznanil se je tudi s stisko kolegov v bolnišnicah, ki so na tem, da »bodo ukinjene«. Zaživela sta tudi odbora za osnovno in zasebno dejavnost ter že opravila nekaj pomembnih akcij (na primer promocija cepljenja, analiza razpoložljivih kapacitet zasebnikov). V mesecu maju so začeli delovati tudi preostali štirje odbori, v katerih se je nabralo veliko odgovornih nalog. Javnost veliko pričakuje od odbora za strokovno-medicinska in odbora za pravno-etična vprašanja, članstvo pa tudi od odbora za socialno-ekonomska vprašanja. Zobozdravniki, ki si utirajo pot k avtonomiji, so dobili svoj 15-članski odbor, v katerem je že veliko aktivnosti. Predsedniki odborov so se predstavili v prejšnji številki naše revije Isis. Vsi so zelo dostopni in komunikativni, zato vabim vse člane zbornice, da se obračajo tudi neposredno nanje.

Vodstvo zbornice je že ves čas mandata vpeto v intenzivno dogajanje okrog sprememb zdravstvene zakonodaje. Strokovna služba zbornice je ob angažiranju zunanjih strokovnjakov pripravila podrobne obrazložitve ugotovljenih nepravilnosti

v zakonskih predlogih, ki jih uporabljamo pri pripravi sporočil za javnost in predvsem v stikih z odločevalci. Pripravili smo posebno številko Biltena (št. 432), poročilo o naših prizadevanjih pa bo objavljeno tudi v Newsletter CPME (Evropsko združenje zdravnikov). Prizadevanja za konstruktivno sodelovanje z ministrstvom za zdravje pri pripravi zakonskih sprememb niso obrodila sadov. Zbornica jasno in odločno *nasprotuje* predlaganim zakonskim spremembam. Kljub temu so se v zakonodajnih postopkih znašli zakonski predlogi, ki niso usklajeni z zbornico – čeprav ministrica Milojka Kolar Celarc govori drugače. Tudi skupščina je sprejela sklepe, da nasprotuje novelam zakonov o zdravstveni dejavnosti in zdravniški službi, pri slednjem tudi načinu sprejemanja po nujnem postopku.

*Nasprotovanja* pa se dogajajo tudi znotraj zbornice. Poslanci na svoji 89. seji 21. junija niso sprejeli Finančnega načrta za leto 2017, čeprav je bil pripravljen po enakih načelih kot v prejšnjih letih in tudi podrobno obrazložen. Ker podobne situacije v zbornici še ni bilo, se sprašujem, kaj takšna odločitev poslancev pomeni za delo zbornice v prihodnje. Nekateri me opozarjajo, da je nesprejetje finančnega načrta način nasprotovanja meni kot predsednici zbornice. V času, ko si politika intenzivno prizadeva rušiti moč zdravniške zbornice in zdravnikov kot poklicne skupine, je takšna odločitev, ki kaže predvsem na neenotnost zbornice, lahko zelo tvegana.

Uvodnik želim zaključiti s pozitivnim sporočilom, saj na zbornico dobivamo vedno več pobud za različne projekte, dogodke in prireditve, ki bodo nedvomno prispevali k večji povezanosti med člani. Začel je delovati svet za mediacijo in pisarna zdravniškega ombudsmana, v kateri izkušeni kolegi opravljajo pogovore s tistimi kolegi, ki so se znašli v stiski. Jeseni bomo spet začeli s kulturnimi večeri in pogovori o knjigah, katerih avtorji so naši kolegi zdravniki in zobozdravniki, ter nadaljevali z razstavami likovnih del. Želim si, da bi zbornica zaživela ob utripu članstva tudi z neformalnim medgeneracijskim druženjem in na ta način prispevala k večji enotnosti – kajti le takšna zbornica se lahko postavlja po robu političnim pritiskom, ki vodijo k njeni ukinitvi.

Dr. Zdenka Čebašek - Travnik  
Predsednica

## »Mladi danes ne volijo na volitvah. Mladi danes volijo z nogami.«<sup>1</sup>

Zgodba s tečaja *Emergency Medicine Core Competences* – EMCC (glej poročila z izobraževanj) se nadaljuje teden dni kasneje, a le nekaj vrat stran, v čudoviti Veliki predavalnici MF UM. Kot predsednik Sveta za izobraževanje (SIZ) sem z gospema Tino Šapcem (ZZS) in Tino Jamšek (MZ) sodeloval na okrogli mizi »Kam po študiju medicine«, ki jo je pripravilo mariborsko društvo študentov medicine.

Kakor vedno, je bilo navdihujoče videti ducate mladih bodočih kolegov, ki so z iskrenim zanimanjem vztrajali ves dan, poslušali predstavitev specializacij in nam postavljali nadvse odkrita vprašanja. In eno izmed zadnjih vprašanj je bilo, parafraziram: »Kaj boste [odgovorni] naredili, da boste preprečili odhod mladih zdravnikov v tujino?« Po krajši razlagi pristojnosti dotičnih »odgovornih« smo študentom podali politično korekten in na koncu delno-do-pretežno vzpodbuden odgovor. Iz izrazov na njihovih obrazih in iz vršanja med mlado publiko je bilo očitno, da so ga prav toliko tudi sprejeli: delno-do-pretežno ...

Že ves mesec razmišljam o svojem neodgovoru, zato dovolite, da po bolj tehtnem premisleku, posredno, mladim kolegom odgovorim sedaj.

Osebo verjamem, da je vprašanje, *kako bomo mladim intelektualcem preprečili (karkoli), v letu 2017 nerelevantno.*

Mladim danes nihče ne more ničesar preprečiti, še manj jih v kakorkoli prisiliti. Ker nihče danes ne more več zaustaviti človeškega duha, ki je odločen, da ustvari boljši jutri! Še posebej mladih intelektualcev, ki so potencialno največje bogastvo vsake družbe!

Zato se zame pravo vprašanje v resnici glasi: »Zakaj bi mladi zdravni-

ki sploh želeli bežati iz naše čudovite Domovnice?«

In kaj bomo storili, da jih želja o odhodu ne bi niti prešinila ...

Med izbirnimi postopki razpisa specializacij sem to pomlad sodeloval v delu nekaj komisij in imel priložnost »izprašati« več kot ducat mladih kolegov. Posredno in neposredno sem jih sistematično spraševal, kakšna bi bila njihova »cena«, ponudba, ki bi jo sprejeli, da bi odšli delat v tujino.

Na moje veliko začudenje, navkljub izredno visokim »ponudbam«, v tujino nisem uspel zvabiti nikogar – in prav vsi so znali jasno argumentirati, zakaj ne bi (še) šli. Oziroma kdaj pa bi začeli razmišljati o odhodu. Bolj ali manj enoglasno so *za odhod oz. obstanek*, navajali »pogoje dela«, »kolektiv«, »možnosti za profesionalni razvoj« ipd.

Poudarjam, denar skoraj ni bil omenjen, skoraj izključno pa podrobnosti okoli »pogojev dela«.

Če vse te signale svojih kolegov razumem pravilno, (mladi) zdravniki ne želijo oditi – a vseeno odhajajo oz. bodo odšli, predvsem zaradi neprimerenih pogojev dela (v najširšem smislu).

Ker smo v času pisanja uvodnika ravno sredi dogajanja okoli sprejemanja Zakona o zdravniški službi po nujnem postopku (kot da bo zaradi nujnosti ureditve sistema specializacij Državo ravnokar treba reanimirati??), se mi poraja vprašanje, kako bo predlog ministrstva vplival na željo, da mladi ostanejo doma.

Z urejanjem tako občutljive zakonodaje »pod mizo« verjetno ne (še posebej brez pravega razloga?).

Prav tako ne z določbo, da (brez plačila) ni več možna niti ena sprememba specializacije (ker je popolnoma nečloveško, če že ne nerealno in škodljivo).

Tudi ne z uvedbo »nacionalnega« razpisa specializacij ter vzporednega razpisa »za ustanove« – če se že

vnaprej sliši jasna težnje politike, da se »nacionalni« razpis postopoma izniči in ohrani le razpis »za ustanove«. Taiste ustanove, iz katerih zaposleni množično bežijo čez mejo, ki niso sposobne plačevati računov in/ali so predmet javnih razprav in televizijskih omizij!!!

Ob vseh temnih oblakih, ki se zgrinjajo nad slovensko zdravstvo, pa se mi najtemnejši zdi tisti, katerega na svojih ozkih obzorjih niti ne vidimo oz. se o tem niti ne pogovarjamo: da sta ključna pogoja uspeha slovenskega zdravstva predvsem dva: strokovno podkovan ter odgovoren **menedžment v zdravstvu** in iskren **diskurz** naše Družbe, kakšen sistem zdravstva si želimo, si lahko privoščimo ter predvsem, kako ga bomo plačevali!

Srčno upam, da se bosta ta najpomembnejša pogoja začela enkrat, kmalu, izpolnjevati. Tudi zato, da bom lahko veliko bolj iskreno odgovarjal na vprašanja mladih kolegov.

Do takrat pa lahko mlade le naprošam, da nam s predlogi in sodelovanjem pomagata še zvišati kakovost izobraževanja zdravnikov!

Da si boste našli čim bolj svetlo mesto pod soncem, kakršno si boste sami prislužili!

*Zbornica* vam pri tem prav gotovo ne bo v napoto, upam pa, da bo v čim večjo pomoč in vzpodbudo!

Za kakršnekoli predloge, mnenja, pa tudi pisne pripombe glede specializacij, ki jih vodi *zbornica*, sem vam kot predsednik SIZ-a na voljo na Gregor.Prosen@zss-mcs.si.

Obenem iskrene čestitke vsem, ki ste na pomladnem razpisu pridobili specializacije! Naj vam bo izbrana poklicna pot v Veselje in Izpolnitev!

S kolegijskimi pozdravi,  
asist. Gregor Prosen, dr. med.,  
spec. urg. med., FEBEM

1 Avtor citata: A. Bergauer

## Ste prejeli Bilten?

*Bilten je informativna e-publikacija Zdravniške zbornice Slovenije, namenjena vsem članom in zaposlenim v zbornici. Z namenom obveščanja o aktualnem dogajanju s področja dela zbornice, o izobraževalnih, kulturnih in drugih dogodkih je enkrat tedensko razposlana več kot 8500 prejemnikom.*

*Bilten prejme vsak član zbornice na svoj elektronski naslov, ki ga je podal bodisi ob vpisu v register zdravnikov bodisi pri udeležbi na dogodkih.*

### Zakaj ne dobim Biltena?

#### Točen elektronski naslov

Razlog, zakaj ne prejmete Biltena, je lahko v tem, da vaš elektronski naslov ni več aktualen (ste ga prenehali uporabljati) ali pa je napačen.

#### Podpora in kontakt

Milan Kokalj

01 30 72 172

milan.kokalj@zzs-mcs.si

#### Odjava/prijava na Bilten

Razlog je lahko tudi v tem, da ste se od prejemanja Biltena sami odjavili (preko povezave za odjavo v samem Biltenu).

#### Razvrščanje v e-poštnem nabiralniku

V večini primerov pa neprejemanju botruje prejemnikov ponudnik e-poštnih storitev. Zaradi različne politike in nastavitve filtrov e-pošta največkrat pristane v mapi z nezaželeno pošto (spam).

#### Nezaželena pošta

Kaj lahko storite v primeru, da se je Bilten znašel med nezaželeno pošto?

V tem primeru svetujemo, da elektronski naslov pošiljatelja bilten.tedenski@zzs-mcs.si določite kot pošiljatelja, vrednega zaupanja, in vso pošto s tega naslova kot zaželeno pošto. Tako Bilten ne bo nikoli več zašel in ostal v mapi nezaželene pošte ali mapi promocije.

### Napotki za nastavev filtrov pri ponudnikih e-poštnih storitev

#### Microsoft Outlook

1. V roadni vrstici izberite gumb "Junk" in na spustnem seznamu kliknite "Junk E-mail options".
2. Izberite zavihek "Safe senders" in izberite gumb "Add". Vstavite e-naslov pošiljatelja: bilten.tedenski@zzs-mcs.si in kliknite gumb "OK" (slika 1).

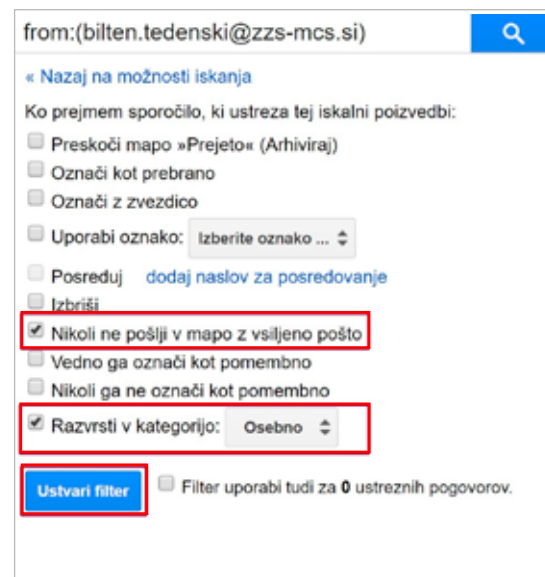


Slika 1

3. Nato ponovno kliknite gumb "OK".

#### Gmail

1. V Gmail nastavitvah izberite zavihek "Filtri in blokirani naslovi" in kliknite gumb "Ustvari nov filter".
2. V polje "Od:" vpišite e-naslov: bilten.tedenski@zzs-mcs.si in kliknite "Ustvari filter za to iskanje".
3. Obkljukajte polje "Nikoli ne pošlji v mapo z vsiljeno pošto" in izberite kategorijo "Osebno". Nato kliknite gumb "Ustvari filter" (slika 2).



Slika 2



### IT-podporni kotichek

Za vas vzpostavljamo podporo informacijski tehnologiji, kjer boste dobili uporabne nasvete za uporabo digitalnih storitev zbornice. Vabljeni k spremljanju.

## Uvodnik

---

- 3** Nasprotujemo (tudi sami sebi?)  
*Zdenka Čebašek - Travnik*
- 4** »Mladi danes ne volijo na volitvah. Mladi danes volijo z nogami.«  
*Gregor Prosen*

## K naslovnici revije

---

- 8** Prof. dr. Uroš Ahčan,  
dr. med.  
*Alojz Ihan*

## Zbornica

---

- 13** Iz dela  
zbornice

## Aktualno

---

- 18** Odgovornost za kršitev  
pojasnilne dolžnosti  
v slovenski sodni praksi  
*Žiga Novak*
- 21** Vsi dogodki so  
med seboj prepleteni  
v najboljšem vseh svetov  
*Lucija Perharič*
- 24** Javnozdravstveni pogled  
na ponovno ponudbo in  
prodajo alkohola na športnih  
prireditvah  
*Sandra Radoš Krnel,  
Mercedes Lovrečič,  
Barbara Lovrečič,  
Maja Roškar,  
Marjetka Hovnik Keršmanc,  
Tadeja Hočevar*
- 28** Uspešen sprejem napredne  
tobačne zakonodaje  
*Luka Šolmajer*
- 33** Zakaj zdravnik ne potrebuje  
več dobavitelja?  
*Krištof Ževnik*

## Iz Evrope

---

- 34** Hrvaška potrebuje od 2000  
do 4000 zdravnikov, da bi  
dosegla evropsko povprečje  
*Boris Klun*

- 34** Sprejemni test za študij  
medicinske: skoraj 16.000 prijav

- 34** Italija: rekordno število  
primerov ošpic

- 35** Francija: zakon proti suhim  
manekenkam

- 35** Primarna oskrba: pacient  
na Nizozemskem

## Mladi zdravniki

---

- 36** Stališča mladih zdravnikov do  
predloga Zakona o zdravstveni  
dejavnosti  
*Tina Bregant*

## Forum

---

- 39** Odprto pismo predsednici ZZS  
dr. Zdenki Čebašek - Travnik  
*Marko Demšar*
- 39** Spoštovani primarij  
Marko Demšar  
*Zdenka Čebašek - Travnik*

## Intervju

---

- 40** Prim. Tilka Mozetič Mikuž,  
dr. med., internistka  
gastroenterologinja  
*Polonca Steinmann*

- 45** Tuberozna skleroza – ena  
bolezen, milijon obrazov  
*Sergeja Širca*

## Medicina

---

- 48** Ciljana zaščita D-negativnih  
nosečnic v 28. tednu  
nosečnosti z imunoglobulinom  
anti-D  
*Klara Železnik, Ivica Marić,  
Tadeja Dovč Drnovšek,  
Irena Bričl*

## Poročila s strokovnih srečanj

---

- 51** Tečaj veččin urgentne  
medicinske v Mariboru  
*Barbara Furman,  
Gregor Prosen*

- 52** 11. Bedjaničev simpozij  
*Božena Kotnik Kevorkijan*

- 54** 18. evropski ortopedski  
kongres EFORT 2017 na  
Dunaju  
*Vesna Levašič*

## Strokovna srečanja

---

- 56** Zbornična izobraževanja za  
zdravnike in zobozdravnike
- 58** Strokovna  
srečanja
- 63** Mali  
oglas

## Iz zgodovine medicine

---

- 64** Leopoldina Hoppe (1868–  
1918) – 50 let predstojnica  
usmiljenk v ljubljanski  
bolnišnici  
*Zvonka Zupanič Slavec,  
Alenka Radšel Medvešek*

## S knjižne police

---

- 69** Lucy Hughes-Hallett: Ščuka.  
Gabriele d'Annunzio: Pesnik,  
zapeljivec in vojni pridigar  
*Marjan Korđaš*

## Zanimivo

---

- 71** Zaključeno 34. Tekmovanje za  
čiste zobe ob zdravi prehrani  
*Matej Leskošek*
- 73** Razstava »Zgodba o zobu« in  
njeni odmevi  
*Iztok Štamfelj,  
Tomaž Hitj*
- 75** Nekaj o partizanskem  
zdravstvu  
*Eldar M. Gadžijev*

## Zdravniki v prostem času

---

- 76** Večer komorne glasbe  
Johannesa Brahmsa  
*Jasna Čuk Rupnik*
- 77** Barjanske prakorenine  
v razstavišču UKCL  
*Katarina Majer*

**80** Kitarski orkester Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani  
*Vlasta Hadalin*

**84** Razstava prof. dr. Eldarja M. Gadžijeva v Domus Medica  
*Nina Pleterski Puharič*

**87** Drugo Jankovo spominsko srečanje sošolcev  
*Andrej Šubic*

**88** 1. Hop na Grad  
*Jasna Čuk Rupnik*

**90** 23. državno prvenstvo Republike Slovenije v nogometu za zdravnike in zobozdravnike  
*Boštjan Pohlen, Robert Juvan*

## Sisi

**92** Trojni slepi kviz

## Zavodnik

**93** Osebni pogled na razvoj in vzdrževanje telesne in psihične kondicije (v starosti, hm)  
*Marjan Kordaš*

## Kolofon

Leto XXVI, št. 7, 1. julij 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.zdravniskazbornica.si>  
T: 01 30 72 100, F: 01 30 72 109  
E: [gp.zzs@zss-mcs.si](mailto:gp.zzs@zss-mcs.si)  
Transakcijski račun: 02014-0014268276

## PRESEDNIK

Dr. Zdenka Čebašek - Travnik, dr. med.

## UREDNIŠTVO

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

## ODGOVORNI IN GLAVNI UREDNIK

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

## UREDNIŠKI ODBOR IN NOVINARJI

Prim. asist. mag. Martin Bigec, dr. med.  
Izr. prof. dr. Vojko Flis, dr. med.  
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](mailto: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](mailto:isis@zss-mcs.si)

## TISK

Tiskarna Povše

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

## Lastnik blagovne znamke:

Zdravniška zbornica Slovenije  
Dunajska cesta 162  
1000 Ljubljana

## Navodila avtorjem

Članke oddajte v elektronski obliki. Dolžina člankov je omejena na 20.000 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 pripisati izjavo o nasprotju interesov.

## 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.

## Avtorski honorarji

Prispevke honoriramo. Cena avtorske strani, ki obsega 1.500 znakov brez presledkov, je 15 EUR bruto. Cena ene fotografije je 20 EUR bruto.

Za nakazilo honorarja potrebujemo naslednje podatke: polni naslov stalnega bivališča, davčno številko, EMŠO, popolno številko transakcijskega računa in ime banke. Prosimo, da nam navedene podatke posredujete hkrati s člankom. V nasprotnem primeru vam honorarja ne bomo mogli izplačati.

## Napoved strokovnega srečanja

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

## Izjava uredništva

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

## Letna naročnina

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

## Prof. dr. Uroš Ahčan, dr. med.

*Predstojnik Kliničnega oddelka za plastično, rekonstrukcijsko, estetsko kirurgijo in opeklino UKC Ljubljana*

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

*Ko nanese pogovor na dojke, mi je prva asociacija knjiga »Ženska, ki na oknu kaže dojke« španskega pisatelja Ramona Gomeza de la Serne, ki je na začetku prejšnjega stoletja napisal pravo enciklopedijo veselih, strastnih, bistrournih, rahločutnih, pa tudi otožnih zgodbic o tem neobičajnem ženskem parnem organu, ki ni namenjen služnji lastnici, ampak uporabi in radosti drugih ljudi – otrok, pa seveda moških. Lastnica dojk namreč od njih nima neposredne fiziološke koristi in celo ponos zaradi dojk pride šele od ideje o drugih, ki njene dojke opazijo. V eni od značilnih črtic pisatelj pripoveduje, kako je svojo sosedo vztrajno nagovarjal, naj mu pokaže dojke, a ni hotela, bilo ji je nerodno kljub njegovemu interesu. Pa jo je prepričal, da mu dojke pokaže od daleč, z okna svoje sobe, ponoči, ob dogovorjeni uri. In res, ko je prišla ura, se je v oknu prižgala luč, nato se je pojavila ženska v spalnici, se odpela in razgalila svoje dojke. Ampak še isti hip je postala zbegana, umaknila se je in ugasnila luč. Dokler se ni razkrila, jo je nosila želja in strast po slačenju pred moškim – in fantazmi se je toliko lažje prepustila, ker je bil moški varno stran. A ko je bila slečena, bi njene dojke potrebovale občudujočo moško gesto, pa je niso dobile, ker je bil moški daleč, zato so se razočarane dojke osramočeno umaknile. Ta in še desetine fantastičnih zgodbic o raznovrstnih ženskih dojkah in njihovih lastnicah razkriva, kako kompleksen in pomemben organ je to za žensko.*







Drži, dojke so mnogoplastno prepletene z osebnostjo ženske in izguba dojke zaradi kirurškega posega močno poseže v njeno samopodobo. Zato ima rekonstrukcija dojke izjemen pomen za občutek telesne celovitosti in dobro psihološko stanje bolnice ter kakovost njenega življenja.

#### ***Do katere mere pa je rekonstrukcija mogoča?***

Pri načrtovanju rekonstrukcije je bolnice pomembno opozoriti, da končni rezultat ne bo popolnoma enak stanju pred boleznijo dojke. Redko je možno doseči idealno simetrijo z naravno dojko. Bolnice moramo opozoriti, da dojenje iz nove dojke ne bo mogoče. Prav tako sta občutek za dotik in erotična občutja v novi dojki slabša kot pri zdravi dojki. Kljub naštetemu je večina žensk z rekonstruirano dojko izrazito naklonjena posegu in ne obžaluje svoje odločitve. Z rezultati so v estetskem smislu večinoma zelo zadovoljne. Tudi zato se zanjo v razvitih državah odloči 80 in več odstotkov žensk, mlajših od 45 let.

#### ***Tudi pri nas?***

V Sloveniji je pohvalno, da je rekonstrukcija dojke sestavni del zdravljenja raka. Tudi pogoji za slovenske bolnice, ki se odločijo za odstranitev dojke in rekonstrukcijo, so

v Sloveniji dobri, saj zdravstveno zavarovanje krije vse stroške, prav tako jo napoti na zdraviliško zdravljenje. Zato se pri nas za rekonstrukcijo dojke odloči okoli 60 odstotkov bolnic, marsikje drugje pod 20 odstotkov. Pri tem je za takojšnjo rekonstrukcijo, ki je zgolj nadaljevanje operacije kirurga onkologa, čakalna doba od 5 do 21 dni, za odloženo rekonstrukcijo pa lahko tudi več let, glede na nujnost preostalih posegov in povečano število bolnic z rakom, ki prihajajo iz presejalnega programa DORA in nujno potrebujejo kirurški poseg.

#### ***Kako poteka rekonstrukcija?***

Pri raku dojke je potrebno kirurško zdravljenje z operacijo, pri kateri odstranimo del (lumpektomija) ali celotno dojko (mastektomija). Po operaciji nastane tkivna vrzel, ki pomeni veliko estetsko motnjo (nesimetričnost) in vpliva na psihološko stanje vsake ženske. Pri rekonstrukciji s prsnimi vsadki in/ali telesu lastnim tkivom (prosti prenos tkiva) lahko izoblikujemo novo, po obliki in prostornini podobno dojko. V poznejši, manjši operaciji na željo bolnice oblikujemo prsno bradavico in s tetovažo ali z drugimi tehnikami napravimo kolobar. Ker želimo doseči čim večjo skladnost, se lahko skupaj z bolnico odločimo tudi za estetsko

korekcijo sosednje, zdrave dojke (viseče ali preobilne) ter izboljšamo estetski videz in psihofizično stanje.

#### ***Idealna je verjetno avtologna rekonstrukcija z lastnim tkivom?***

Seveda, ker zagotavlja trajen rezultat in najnaravnejšo obliko in otip dojke. Bolnica mora imeti dovolj lastnega tkiva na trebuhu. Bolnice, ki so imele predhodne operacije v tem predelu in imajo brazgotine, niso vedno primerne za poseg. Pri tej vrsti rekonstrukcije uporabimo lastno tkivo, največkrat s spodnjega dela trebuha, ki ga prenesemo na mesto odstranjene dojke in oblikujemo novo dojko. Poseg opravimo v splošni anesteziji in traja približno štiri ure. Onkološki kirurg najprej odstrani tumorsko tkivo, zaradi česar nastane tkivna vrzel. Za uspešnost operacije je zelo pomembna navzočnost dveh ekip plastičnih kirurgov. Prva ekipa plastičnih kirurgov po predhodnem operativnem načrtu odvzame prosti režanj kože s podkožnim maščevjem iz spodnjega dela trebuha na pripadajočem ožilju.

Glede na sestavo tkiva obstajajo različni podtipi prostega režnja s trebuha za oblikovanje dojke. Največkrat je režanj sestavljen iz kože, podkožnega maščevja in žilja, ki tkivo prehranjuje. Občasno je zaradi anatomske različice in varnosti posega v režanj treba vključiti tudi majhen del preme trebušne mišice. Druga ekipa plastičnih kirurgov medtem na prsnem košu odstrani del rebra ob prsnici in pripravi sprejemno žilje (notranja mamarna arterija), ki bo namenjena za novo prehrano prenesenega režnja s trebuha. Sledi prenos režnja na prsni koš, vstitev žil z mikrokirurško tehniko in oblikovanje nove dojke.

Rano na trebuhu pri vseh treh načinih zašijemo enako kot pri estetski korekciji trebušne stene – abdominoplastiki. Prestaviti je treba tudi popek, da bo na istem mestu, kot je bil pred posegom. Brazgotine, ki so stalne, ostanejo na spodnjem

delu trebuha, okoli popka in na dojki. Reženj prvih nekaj dni kontroliramo vsako uro. Vitalnost režnja spremljamo z natančnim opazovanjem. Takoj po operaciji morajo imeti bolnice noge v kolenih delno pokrčene, da se zmanjša napetost na trebušno steno. Priporočen je steznik za trebuh. Prvi dan po operaciji se začnejo bolnice s pomočjo fizioterapevtov posedati v postelji, drugi dan pa s posebno tehniko vstajati iz nje. Če pride do zapletov z režnjem, je potreben hiter dodaten poseg dežurnega zdravnika, kar pa je v zadnjih letih zelo redko (pod 5 odstotki). Bolnišnično zdrav-

bolnica nima dovolj lastnega tkiva, želi manj agresiven kirurški poseg, ima na primer majhne dojke, če obsevanje ni potrebno ali tudi pri preventivni odstranitvi dojk pri prisotnosti mutacij BRCA I in II genov, lahko uporabimo tkivne razširjevalce ali ekspandre in anatomsko oblikovane silikonske vsadke ali prsne proteze.

Ekspander je kot raztegljiva vrečka, ki mu z rednim polnjenjem povečujemo prostornino in posredno povečujemo napetost na okolno kožo, ta pa se postopoma razširi. Postopno napihovanje tkiva je prehodno boleče, možno je tudi vnetje. Vendar pa za razliko od avtologne rekonstrukcije na dajalskem mestu ni brazgotin, ker dajalskega mesta ni. Operacija je

tudi precej krajša in mikrokirurški poseg ni potreben. Kirurg napravi primeren žep pod veliko prsno mišico in vstavi ekspander. Podmišična namestitve navadno zmanjša možnost nastanka brazgotinsko-vezivne ovojnice okoli vsadka, ki je lahko posledica normalnega tkivnega odgovora.

Zaradi postopnega napihovanja ekspandra se bolnice mesečno vračajo v ambulantno. Začasni vsadek – ekspander – predvidoma zamenjamo čez štiri do šest mesecev. Za to je potrebna operacija v splošni anesteziji, ki traja približno eno uro. Uporabljamo povsem enake vsadke kot pri estetski kirurgiji povečanja dojk. Po predhodnih meritvah izberemo med številnimi vsadki različnih oblik, materialov, površine in velikosti. Največkrat izberemo vsadke, polnjene s silikonskim gelom, ki so anatomsko oblikovani. Zavedati se moramo, da obsevanje na umetne vsadke deluje izrazito škodljivo. Pogosto v tem primeru nastanejo zapleti, ki zahtevajo odstranitev vsadka, ali pa je končni rezultat rekonstrukcije estetsko manj zadovoljiv.

Prvi dan po operaciji se začnejo bolnice s pomočjo fizioterapevtov posedati v postelji, drugi dan pa že vstajati iz nje. Če pride do zelo redkega zapleta (krvavitve), je lahko potreben dodaten poseg v splošni anesteziji. V bolnišnici ostanejo predvidoma štiri dni. Okrevanje je različno in odvisno od številnih dejavnikov (lastnosti tkiva, velikosti vsadka itn.). Navadno imajo bolnice nekaj dni po operaciji zmerne bolečine, ki so posledica raztegnitve mišice in kože ter pritiska na čutilne živce. Največje bolečine so v prvih 24 do 72 urah in kirurg na oddelku jih blaži z različnimi sredstvi proti bolečinam ali vstavi mo tanek kateter, preko katerega si bolnica lajša bolečine s protibolečinskimi sredstvi. Z lažjimi telesnimi aktivnostmi lahko bolnice navadno začnejo po enem tednu. K hitrejšemu okrevanju in primernemu položaju dojk pomembno vpliva tudi uporaba posebnega nedrčka. Ta je oblikovan tako, da omogoča dodatno oporo med okrevanjem in zmanjšuje bolečine. Ob odpustu iz bolnišnice bolnice dobijo datum prvega kontrolnega pregleda, navodila za domačo oskrbo in za morebitne bolečine protibolečinska zdravila. Doma se lahko prhajo prek obližev, razen če kirurg svetuje drugače. Težjih opravil ne smejo opravljati približno tri do šest tednov.

V zadnjih letih smo uvedli tudi takojšnjo enostopenjsko rekonstrukcijo z anatomsko oblikovanimi silikonskimi vsadki pri bolnicah, kjer onkolog lahko ohrani celotno kožo dojke, vključno s kolobarjem in bradavico. Tako se izognemo dvema kirurškima posegoma v splošni anesteziji. Vsadke je treba odstraniti le izjemoma, če delajo težave. K težavam sodijo nepravilen položaj, vnetje tkiva okoli vsadka, oblikovanje čvrste vezivne ovojnice, ki spremeni obliko dojke, bolečine in še drugi manj pogosti vzroki.

### **Je rekonstrukcija z vsadki varna?**

FDA (Food and Drug Administration) uporabe vsadkov ni prepovedala.

*V 15 letih so v UKC Ljubljana opravili preko 2000 rekonstrukcij dojk, v starosti od 18 do 72 let. Od tega je bilo več kot polovica mikrokirurških rekonstrukcij s telesu lastnim tkivom. Zadnjih pet let je bila uspešnost v skupini 608 bolnic z mikrokirurško rekonstrukcijo s telesu lastnim tkivom 99,6-odstotna.*

ljenje traja predvidoma teden dni. Bolnice ob odpustu iz bolnišnice dobijo datum prvega kontrolnega pregleda, navodila za domačo oskrbo in za morebitne bolečine protibolečinska zdravila. Doma se lahko prhajo prek obližev, razen če je kirurg svetoval drugače. Trebušni steznik nosijo tri mesece. Priporočeno je tudi spanje z vzglavnikom ali zvito odejo pod kolena (dokler je čutiti napetost v trebušni steni) in nošenje ustreznega nedrčka. Težja opravila so odsvetovana približno osem do dvanajst tednov. Rekonstrukcija z lastnim tkivom omogoča oblikovanje dojk različnih velikosti in oblik, naraven videz in trajen rezultat.

### **Kdaj avtologna rekonstrukcija ni mogoča in rekonstruirate z vsadki?**

O vrsti rekonstrukcijske tehnike se vedno odloča bolnica na podlagi relevantnih informacij, ki jih dobi na multidisciplinarnem konziliju, kjer onkolog predstavi možne načine zdravljenja raka, rekonstrukcijski kirurg pa možnosti rekonstrukcije. Če



Je pa »zapovedala« skrbno preučitev vsakega posameznega primera in upoštevanje morebitnih zapletov, ki jih prinaša implantacija vsadka. Visoko razvite države imajo zato tudi organizirane registre bolnic z anatomskimi vsadki tako pri rekonstrukcijah kot estetskih posegih.

V Združenih državah Amerike je letno iz kozmetičnih in rekonstruktivnih vzrokov vsajenih približno 450.000 silikonskih vsadkov. Ocenjeno je, da ima približno 5 do 10 milijonov žensk po svetu vsajene silikonske vsadke. Iz literature je znanih približno 200 primerov bolnic z anaplastičnim velikoceličnim limfomom (ALCL), ki se povezuje s silikonskimi vsadki dojk. Bolezen se po ocenah letno pojavi pri 0,1–0,3/100.000 žensk s silikonskimi vsadki. Pri kliničnih znakih je treba pomisliti tudi na to, sicer zelo redko obliko ALCL in ustrezno ukrepati.

Uporabljajo se enaki vsadki kot pri estetskih operacijah in enaka kirurška tehnika. Pri nas uporabljamo najkakovostnejše vsadke. Vsaka bolnica mora biti seznanjena s tem, da ne vemo z gotovostjo, kako se bo njeno telo odzvalo na tujek – zlasti ob sočasni kemoterapiji, obsevanju, jemanju določenih zdravil, nenavadnih prehranjevalnih navadah, življenjskem slogu itd. Naša dolžnost pa je seveda, da ji povemo vse, kar so prinesla najnovejša znanstvena odkritja in klinične izkušnje.

**Optimalno je verjetno rekonstruirati dojko takoj, ko onkolog opravi njeno odstranitev?**

Dojko je priporočljivo rekonstruirati takoj, ob istem operativnem posegu, pri katerem onkološki kirurg opravi odstranitev dojke. Odložena rekonstrukcija dosega v estetskem smislu nekoliko slabše rezultate kot takojšnja, pri kateri lahko onkološki kirurg pri odstranitvi dojke pogosto ohrani večino kože dojke (*skin-sparing* mastektomija). Ohranjena koža dojke omogoča boljše oblikovanje nove dojke.

Če bolnica sprva ni hotela rekonstrukcije ali pa je takojšnjo rekonstrukcijo odsvetoval lečeči onkološki ali plastični kirurg (trenutno slabo splošno zdravstveno stanje in načrtovano obsevanje), je dojko mogoče rekonstruirati pozneje. Oblikovanje bradavice in kolobarja ter doseganje simetrije z zdravo dojko opravimo v poznejši manjši operaciji na željo bolnice. Poseg poteka ambulantno v lokalni anesteziji in traja približno 30 minut.

Ker želimo doseči popolnost, se lahko skupaj z bolnico odločimo tudi za estetsko korekcijo sosednje, zdrave dojke. Najpogosteje je potrebna operacija v splošni anesteziji, s katero zmanjšamo in dvignemo povešeno zdravo dojko (redukcijska mastopeksija). Poseg traja približno eno uro. Z operacijo želimo dodatno izboljšati videz in doseči najboljšo simetrijo. V zadnji raziskavi smo dokazali, da je rekonstrukcija dojk pomembna tudi iz funkcionalnega vidika in vpliva na položaj telesa, držo, hojo.

S celostno obravnavo, lepim estetskim videzom in simetrijo dojk povrnemo telesno celovitost in omogočimo, da se ženske z rakom dojke samozavestno vključijo v domače okolje in lažje premagujejo nadaljnje zdravljenje z obsevanjem, kemoterapijo, hormonskimi dodatki ter biološkimi zdravili.

V Ljubljani odlično deluje interdisciplinarni tim zdravnikov Onkološkega inštituta (OI) in UKC Ljubljana, ki za vsako bolnico posebej pripravi personaliziran program zdravljenja. Ta vključuje tudi rekonstrukcijo, ki je postala sestavni del zdravljenja raka

dojke. V lanskem letu smo na onkološko-rekonstrukcijskem konziliju obravnavali že 331 bolnic.

### **V čem je posebnost in prednost 3D-modeliranja pri rekonstrukciji dojk?**

Sodobna tehnologija nam danes omogoča lasersko skeniranje delov telesa in izdelavo 3D-modelov s posebnimi računalniškimi programi. Sodobno tehnologijo lahko uporabimo tudi pri avtologni rekonstrukciji dojk. Pred posegom napravimo laserski posnetek zdrave dojke in z ustrezno računalniško programsko opremo izdelamo računalniški 3D-model zdrave dojke, ki ga potem preprosto prezrcalimo ter z računalniškim programom in sodobno tehnologijo izdelamo 3D-kalup oziroma repliko zdrave dojke.

Kalup, ki je tridimenzionalna kopija sosednje zdrave dojke, potem med operacijo uporabimo za to, da lažje, hitreje, zanesljiveje in natančneje oblikujemo tkivo v novo dojko. 3D-model nam omogoča hitrejšo izvedbo posega in večjo zanesljivost tudi pri manj izkušenih kirurških, poleg tega zagotavlja zelo dobro simetrijo obeh dojk le z eno samo operacijo. Ta metoda je še posebej uporabna pri odloženih rekonstrukcijah, ko nimamo podatkov o teži odstranjene dojke, pri spremenjenih anatomskih razmerah na prsnem košu (slaba kakovost kože in brazgotin, spremenjena submamarna guba), skratka pri najtežjih pogojih za rekonstrukcijo dojk.

Meritve opravimo navadno nekaj dni pred posegom, nato nam tehnik izdelajo kalup iz prozornega materiala, ki ga lahko steriliziramo. Neposredno pred posegom uporabimo kalup za naris poteka operacije in posebno pozornost namenimo položaju nove dojke na prsnem košu (pozicioniranju). Narišemo novo submamarno gubo, zgornji in stranska robova nove dojke (bazo ali odtis dojke; *footprint*). Potem kalup pošljemo v sterilizacijo in ga uporabimo med operacijo po odvzemu tkiva na trebuhu. Tkivo s



trebuha preprosto, varno in hitro oblikujemo v novo dojko v kalupu na mizi ob bolnici, ob sočasnem šivanju trebušne stene (odvzemnega prede-la). Dodatne meritve, tehtanje tkiva in načrtovanje preoblikovanja tkiva niso potrebni. Preprosto v kalupu oblikujemo novo dojko, ki je po prostornini in obliki zelo podobna sosednji, zdravi dojki, saj je njena natančna kopija.

Omenjeno metodo, ki smo jo izvedli prvi na svetu, sem že večkrat predstavil v univerzitetni bolnišnici v Washingtonu, na kliniki Mayo, v

Moskvi in na številnih mednarodnih kongresih po svetu, kjer so kolegi spoznali inovativnost in prednosti, zlasti za mlajše, manj izkušene rekonstrukcijske kirurge. 20-minutni videoposnetek nove tehnike je objavljen med inovativnimi metodami rekonstrukcij dojk v prestižni knjigi »Flaps and reconstructive surgery«, ki je izšla lansko leto pri založbi Elsevier.

Tehnika je bila odlično sprejeta tudi na prestižni konferenci v Münchnu, kjer so bili zbrani najuglednejši rekonstrukcijski kirurgi iz Azije,

Evrope in ZDA in sem imel vabljenjo predavanje o tej temi.

### ***Cilj sodobnih rekonstrukcij je torej nova dojka, ki je povsem enaka in simetrična z zdravo dojko?***

Na sodobno rekonstrukcijo so vplivali številni dogodki: napredek v onkološkem zdravljenju in manj radikalne kirurške tehnike odstranitve obolelega tkiva dojke, genetska testiranja in zgodnje odkrivanje raka, tehnološki razvoj in novi materiali.

Najpomembnejše pa je, da rekonstrukcija dojke povsod po svetu sploh postane sestavni del zdravljenja raka dojke. V Ljubljani je bogata tradicija in odlično sodelovanje multidisciplinarnih timov na OI in UKC Ljubljana, kar nam omogoča, da si lahko postavimo najvišje cilje. Dobro sodelovanje omogoča tudi bistveno krajše kirurške posege ter bistveno manj različnih zapletov in potreb po ponovnih korekcijskih operacijah.

Vsekakor pa so se z odličnimi rezultati močno povečala tudi pričakovanja bolnic.

Treba se je zavedati, da je še vedno bistveno zdravljenje osnovne bolezni, raka, rekonstrukcijski kirurgi pa popravljamo posledice tega zdravljenja, vračamo telesno celovitost in skladnost, vračamo nasmeh, ustvarjalnost in izboljšamo kakovost življenja.

Prof. dr. Uroš Ahčan je predstojnik Kliničnega oddelka za plastično, rekonstruktivno in estetsko kirurgijo UKC v Ljubljani. Je redni profesor na Medicinski fakulteti v Ljubljani in predsednik Slovenskega združenja plastičnih, rekonstrukcijskih in estetskih kirurgov, član EBOPRAS (European Board of Plastic Reconstructive and Aesthetic Surgery) ter član znanstvenega odbora ESPRAS (scientific committee of European Society of Plastic Reconstructive and Aesthetic Surgery). V Sloveniji je na področju plastične kirurgije uvedel lasersko tehnologijo za zdravljenje žilnih in kožnih nepravilnosti in nove laserske tehnike pomlajevanja. Na področju uporabe laserja v estetski kirurgiji je izobrazil več kot 100 specialistov po vsem svetu. Na področju kirurgije dojke je v

Londonu patentiral inovativno tehniko obnovitve dojke s pomočjo 3D-modela. Kot predavatelj je gostoval na številnih mednarodnih strokovnih srečanjih in kongresih, kakor tudi v številnih centrih plastične kirurgije po svetu: tri mesece je bil gostujoči profesor v MedStar Georgetown University Hospital v Washingtonu, vabljeni predavatelj na kliniki Mayo v Rochestru, predaval in operiral je v Moskvi, Las Vegasu, Torinu, Sarajevu, Zagrebu, Beogradu, Dubaju, Barceloni, Pragi, Edinburgu, Helsinkih, Varšavi, Köbenhavnu, Istanbulu in drugod. Sam ali s soavtorji je objavil več knjig in ima v zbirki COBISS preko 300 prispevkov s področja plastične kirurgije v domači in tuji strokovni periodiki.

## Iz dela zbornice

### Zakaj zdravniki nasprotujemo sedanjemu predlogu Zakona o zdravstveni dejavnosti

*Uvodnik 432. Biltena, 19. 5. 2017*

Člani Zdravniške zbornice Slovenije stalno spremljamo prizadevanja Vlade RS za zdravstveno reformo. Zakon o zdravniški službi nam v 71. členu nalaga in omogoča, da sodelujemo pri pripravi zakonov, zato smo se sproti odzivali in pripravljali predloge ter spremembe za posamezne zakonske predloge. Koordinacija zdravniških organizacij je sprejela strategijo in deklaracijo, ki naj bi tudi politikom podrobno predstavili naše predloge in opozorila. Žal naši predlogi niso bili upoštevani, zato smo se odločili, da javnosti – tako strokovni kot laični – še enkrat predstavimo naša prizadevanja za takšno zdravstveno reformo, kjer bodo v ospredju pravice pacientov do dostopnih in kakovostnih zdravstvenih storitev.

Tudi novo vodstvo zbornice želi aktivno sodelovati pri pripravi zdravstvene reforme. Ker glede na zakonodajni postopek nimamo več drugih možnosti, smo se obrnili tudi neposredno na poslance. Ti bodo zakonski predlog obravnavali na seji, ki se začne 22. maja. Sporočilo in gradivo, ki smo jim ga poslali danes, je objavljeno v tem Biltenu.

Objavljamo tudi nekaj drugih pozivov, ki smo jih v zadnjem mesecu pripravili na ZZS, pa tudi mnenja strokovnjakov, ki so predstavili svoja stališča do predloga ZZDej.

Kot predsednica zbornice želim, da bi naša prizadevanja in besedila, ki smo jih pripravili, našla pot tudi do poslancev in jih spodbudila k ponovnemu razmisleku, ali je predlog sprememb Zakona o zdravstveni dejavnosti s predlaganimi vsebinami res primeren za razpravo in sprejetje. Bojim se, da se bodo ob neupoštevanju pripomb zdravnikov in strokovnjakov različnih področij razmere v slovenskem zdravstvu še poslabšale. Zdravniki opozarjamo na dve ključni (slabi) rešitvi v tem zakonu, ki bo v primeru, če bo sprejet, zmanjšal dostopnost do zdravstvenih storitev za vse prebivalce Slovenije in še dodatno spodbudil odhajanje zdravnikov iz Slovenije. Ne prvo ne drugo pa ni v interesu zdravniške zbornice in vseh njenih članov.

*Dr. Zdenka Čebašek - Travnik  
Predsednica*

## Zdravniki vseh dežel, združimo se

*Uvodnik 433. Biltena, 25. 5. 2017*

V preteklih dneh sem se udeležila 120. zdravniškega dne nemške zdravniške zbornice. Na uvodne prireditve vedno povabijo tudi goste iz tujine, ki jih na skupni seji tudi poimensko pozdravijo. Gesta dobrodošlice in povezovanja. V svečano uvodno prireditev je bil umeščen tudi nagovor predsednika nemške zvezne zdravniške zbornice prof. dr. Franka Ulricha Montgomeryja, iz katerega povzemam le nekaj misli:

- zdravnik kot svobodni poklic;
- zdravniško delo naj bo pravično ovrednoteno;
- mladim zdravnikom naj se financira nadaljnje izobraževanje za poklicne kompetence;
- izboljšati je treba investicije v zdravstvene ustanove;
- tekmovanje za nižje cene ne sme biti osrednji motiv delovanja zdravstvenih ustanov;

– kako zavarovati zdravnike pred nasiljem.

Delovni načrt njihovega letnega kongresa, kakor bi mi poimenovali to srečanje odposlancev vseh nemških zdravnikov, je izjemno barvit in obsega vse težave, s katerimi se srečujejo. O njih razpravljajo in o sprejetih odločitvah glasujejo naslednji dan. Vse to je mogoče le ob močni tehnični podpori in zavzetem delu vseh 250 delegatov.

Ne glede na to, kako poteka delo v nemški zbornici, pa so njihove težave po vsebini podobne našim. Zato je toliko bolj pomembno, da se zdravniki družimo med seboj in skupaj oblikujemo predloge na mednarodni ravni. Mogoče je to način, da bomo politike prepričali, da prisluhnejo argumentom zdravnikov in zobozdravnikov.

*Dr. Zdenka Čebašek - Travnik  
Predsednica ZZS*

## Kaj še lahko naredimo zdravniki in zobozdravniki

Uvodnik 434. Biltena, 1. 6. 2017

Zdravstvena reforma in spremljajoča zakonodaja nas zadevata bolj, kot se zdi na prvi pogled. Predlagane zakonske rešitve v predlogu sprememb Zakona o zdravstveni dejavnosti bodo vplivale na večino danes dejavnih zdravnikov in zobozdravnikov, še bolj pa na mlade, ki pravkar vstopajo v naš poklic.

Zdravniška zbornica si prizadeva opozarjati na škodljive spremembe, s katerimi bo – po našem mnenju – gotovo prišlo do slabše dostopnosti do zdravstvenih storitev, kar bodo najbolj občutili pacienti. V zbornici smo naredili nekaj korakov naprej: analizirali slabosti zakonskega predloga in pripravili anketo o tem, kolikšen del zdravstvenih storitev bi lahko opravili zasebniki ter kako bi na ta način prispevali k skrajševanju čakalnih dob. Želimo si, da bi politiki sprejeli naša prizadevanja kot pozitivno sporočilo, s katerim bi radi prispevali k izboljšanju zdravstvenega sistema pri nas.

Glede na dosednji potek zakonodajnega postopka pa je naš vpliv na zakonski predlog minimalen oziroma ga sploh ni. Kljub temu, da je predlog zakona že v državnem zboru, ne bomo odnehali. Poleg pisnih gradiv in novinarske konference v prostorih zbornice bomo morali narediti še več, da bomo slišani in upoštevani. Dobila sem nekaj predlogov o tem, da bi tudi zdravniki in zobozdravniki morali na ulice in pred parlament. S seboj bi morali povabiti vse, ki jim je mar, da naš zdravstveni sistem ne bi razpadel: druge zdravstvene delavce, bivše, sedanje in prihodnje paciente, tiste, ki imajo vpliv na politiko, in one, ki jim za politiko ni mar. Zdaj gre zares!

Smo pripravljene narediti še kaj več?

*Dr. Zdenka Čebašek - Travnik  
Predsednica ZZS*

## Zdravniki – aktivni državljani

Iz 434. Biltena, 1. 6. 2017

**Predsednica Zdravniške zbornice Slovenije, dr. Zdenka Čebašek - Travnik, dr. Matevž Gorenšek, predsednik odbora za zasebno dejavnost pri ZZS in dr. Tina Bregant, predstavnica mladih zdravnikov**, so na novinarski konferenci opozorili na pravne in

strokovne slabosti predloga Zakona o zdravstveni dejavnosti ter poslancem državnega zbora poslali poziv, da naj se ob glasovanju za sprejetje Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti zavedajo **praktičnih posledic** njegovih posameznih določb, ki se nanašajo predvsem na **zniževanje dostopnosti državljanov do kakovostnih zdravstvenih storitev in slabšanje položaja mladih zdravnikov**.

**Sporočilo za javnost je objavljeno na spletni strani zbornice (obvestila).**

## Osem razlogov za nasprotovanje predlaganim spremembam Zakona o zdravstveni dejavnosti

Iz 434. Biltena, 1. 6. 2017

1. Predlog omejuje delo mladih zdravnikov.
2. Predlog onemogoča podeljevanja novih koncesij in zmanjšuje dostopnost do zdravstvenih storitev na lokalni ravni.
3. Predlog zanemarja krajšanje čakalnih vrst z novimi koncesijami.
4. Predlog ne spoštuje evropskega prava na škodo uporabnikov zdravstvenih storitev.
5. Predlog ne upošteva, da je javno zdravstvo javno zaradi načina financiranja in ne izvajanja zdravstvenih storitev.
6. Predlog vsiljuje kratkoročnost trajanja koncesij in zanemarja dolgoročni razvoj zdravstva.
7. Predlog ima neugodne finančne posledice.
8. Predlog neustrezno ločuje med javnim in zasebnim zdravstvom.

## Cepljenje – pediatri opozarjajo in predlagajo ukrepe za izboljšanje precepljenosti

Uvodnik 435. Biltena, 8. 6. 2017

V odboru ZZS za osnovno zdravstvo člani obravnavajo številne aktualne teme. Tako so prvega junija pripravili tudi skupni sestanek s pediatri na temo cepljenja. Seje so se udeležili tudi predstavniki ministrstva za zdravje, zdravstve-

nega inšpektorata in študentov medicine. Čeprav se zdi, da je cepljenje predvsem strokovna tema, ki naj bi se obravnavala na strokovnih srečanjih, sem prepričana, da je cepljenje v veliki meri tudi stanovska tema.

Kot so na seji povedali predstavniki pediatrov, že dalj časa (neuspešno) opozarjajo na problematiko cepljenja v naši državi, in navedli, katere naloge so še naprej pripravljeni izvajati brez zadržkov. Zelo jasno pa so povedali, da pediatri in šolski zdravniki *ne morejo sprejemati kot dolžnosti izvajanja:*

- pojasnilne dolžnosti, ki presega standarden (časovni in vsebinski) okvir, kljub željam staršev po neskončnem pojasnjevanju,
- prepričevanja staršev, pri katerih je odklanjanje cepljenja osebno-sociološko-psihološko-pravne narave; poudarjajo, da so usposobljeni izključno za ugotavljanje

zdravstvenih kontraindikacij za cepljenje,

- prijavljanja staršev, ki se cepljenju otrok izogibajo oz. ga zavračajo, saj to grobo posega v zaupni odnos med zdravnikom in bolnikom oz. starši ter ga ruši.

Člani skupine za primarno pediatrijo in šolsko medicino so pripravili obsežen seznam predlogov potrebnih ukrepov, da bi se delež cepljenih otrok povečal. Pokazali so tudi na odgovorne ustanove, ki naj bi te ukrepe izvedle. V seznamu tistih, ki bi lahko pomagali, je tudi Zdravniška zbornica Slovenije – ki je velik korak v tej smeri že naredila. V načrtu pa imamo še dve pomembni nalogi: v odboru za pravno-etična vprašanja

bodo pripravili stališče do cepljenja, ki bi ga morali sprejeti vsi zdravniki, vodstvo zbornice pa se bo sestalo z vodstvom Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Pediatri so namreč poročali o tem, da imajo nekateri zdravniki in medicinske sestre o obveznem cepljenju otrok izrazito negativno mnenje in s tem vplivajo tudi na odločitve staršev. Zdravniška zbornica izraža jasno in nedvoumno podporo prizadevanjem pediatrov in jim bo pri tem pomagala.

*Dr. Zdenka Čebašek - Travnik  
Predsednica ZZS*

## Veselje in odgovornost ob vstopu na samostojno poklicno pot

*Iz 435. Biltena, 8. 6. 2017*

V torek, 6. junija, je bila v Modri dvorani nova svečanost ob podelitvi licenčnih listin zdravnikom in zobozdravnikom. Po skrbno pripra-

vljenem scenariju se je pred skoraj polno dvorano predstavilo lepo število novih specialistov in zobozdravnikov, ki so jih spremljali

njihovi družinski člani in prijatelji.

Ob nastopu dua harmonik smo vsi začutili pozitivno energijo, nastalo ob zlitju glasbe in svečanosti tega trenutka, ki so ga s svojimi nagovori potrdili tudi predsednica zbornice dr. Zdenka Čebašek - Travnik, podpredsednik Krunoslav Pavlovič in predsednik odbora za zasebno dejavnost dr. Matevž Gorenšek.



## Zdravstvena reforma usmerjena proti zdravnikom

*Uvodnik 436. Biltena, 15. 6. 2017*

Danes mi je posebej težko izbrati glavno misel za uvod v to številko Biltena: izbiram med odzivom na dogajanje na Pediatrični kliniki UKC Ljubljana ter pozivom medijem in poslancem ob obravnavi predloga novele Zakona o zdravniški službi. Ta je danes predvidena za obravnavo na

vladi in jo nameravajo poslati v državni zbor za sprejem po nujnem postopku. Podobno kot novela Zakona o zdravstveni dejavnosti, bo tudi ta o Zakonu o zdravniški službi poslabšala situacijo za mnoge, predvsem mlade zdravnike. Zdravniška zbornica Slovenije ima zakonsko možnost in dolžnost, da sodeluje pri pripravi zakonodaje s področja zdravstva. Te naloge smo se lotili zelo resno in že v času, ko je bil osnutek sprememb šele v pripravi, organizirali razpravo med mladimi

zdravniki, ki jih bodo načrtovane spremembe najbolj prizadele. Pravna služba zbornice je ministrstvo sproti seznanjala z našimi stališči, vodstvo zbornice je in bo izpostavljalo problematične spremembe in nikakor ne velja, da je predlog zakona usklajen z Zdravniško zbornico Slovenije. Sprašujemo se, v čigavem interesu je postavljanje omejitev mladim zdravnikom, ki bodo – pod novimi pogoji še bolj kot doslej – iskali priložnosti za svojo poklicno pot v tujini. Kdo bo prevzel

odgovornost za to, da se bo naš zdravstveni sistem v naslednjih letih sesedel? Zakaj pripravljavec novele zakona ni bil pripravljen prisluhniti našim pripombam? To so vprašanja, na katera za zdaj še nimamo odgovora. Morda jih bo kdaj pozneje preučevala kakšna parlamentarna komisija, ki bo ugotavljala odgovornost za katastrofalno stanje v slovenskem zdravstvu, ki ga bo sprejem takšne zakonodaje gotovo še poglobil.

Dr. Zdenka Čebašek - Travnik  
Predsednica ZZS

## Izjava za javnost

Iz 436. Biltena, 15. 6. 2017

Zdravniška zbornica Slovenije je izvedela, da naj bi Vlada RS na svoji današnji seji obravnavala Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravniški službi (ZZdrS-F, EVA 2017-2711-0033; v nadaljevanju: zakon), ki ji ga je v ponedeljek posredovalo Ministrstvo za zdravje RS (v nadaljevanju: ministrstvo). Predloga zakona ni mogoče najti med objavljenimi gradivi vlade, niti na spletni strani ministrstva. Kot je razvidno iz predloga zakona, je predlagana obravnava po nujnem postopku, kar pomeni, da omejnjeni zakon ne bo posredovan v javno razpravo in ne širša ne strokovna javnost nanj ne bosta mogli dajati pripomb. Predlog vsebuje določbe, s katerimi se zbornica ne strinja, o čemer je obvestila ministrstvo v dopisih z dne 24. 3. in 14. 4. 2017, in za katere menimo, da so mladim zdravnikom in sistemu izobraževanja le-teh v škodo. Ko bo zakon posredovan v obravnavo Državnemu zboru RS, bo za kakršnokoli ukrepanje prepozno, zato se sedaj obračamo na javnost in medije ter opozarjamo sledeče:

1. **Nujni postopek** je predviden izključno v primerih, ko je sprejem zakona nujen:
  - zaradi interesov varnosti ali obrambe države;
  - za odpravo posledic naravnih nesreč;

- za preprečitev težko popravljivih posledic za delovanje države.

Kadar se zakon obravnava po nujnem postopku, predlagatelju ni treba predložiti podzakonskih aktov, ki so predvideni za sprejem, zato zbornico skrbi, kaj, predvsem pa kako bodo odprta vprašanja v teh podzakonskih aktih urejena. Poleg tega opozarjamo še na dejstvo, da je v primeru uporabe nujnega postopka besedilo zakona mogoče spreminjati z ustnimi amandmaji, na sami seji državnega zbora. Ministrstvo nujni postopek v svojem predlogu utemeljuje s trditvijo, da je nujni postopek potreben, da: »...se preprečijo težko popravljive posledice za delovanje države, saj brez proračunskih sredstev za financiranje pripravništev zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev in specializacij zdravnikov ter doktorjev dentalne medicine in s tem prenosa financiranja teh stroškov, ki ne sodijo neposredno v financiranje zdravstvenih storitev, iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja na Proračun Republike Slovenije, ne bo mogoče zagotoviti skrajševanje čakalnih dob v zdravstvu.«

Četudi bi bila navedena trditev resnična, to ne pojasnjuje spreminjanja, navedenega v vseh ostalih členih,

na katere opozarjamo spodaj. Za sprejem in uvedbo teh sprememb je nujno sodelovanje in konsenz s strokovno javnostjo, kamor sodijo najmanj vse zdravniške organizacije, z zbornico na čelu. Zbornica meni, da je **omenjeni zakon potreben temeljite preнове** tudi v ostalih določbah, na kar že leta opozarjamo ministrstvo. Parcialne spremembe krovnega zakona, ki ureja zdravniško službo, so do sedaj prinesle le malo dobrega, posamezne določbe pa so zdravnikom in javnim zdravstvenim ustanovam prinesle več škode kot koristi.

2. Po nam dostopnih informacijah ministrica za zdravje ga. Milojka Kolar Celarc zatrjuje, da je **navedeni predlog usklajen** z vsemi zdravniškimi organizacijami. Z zbornico zagotovo ni, kolikor nam je znano, pa tudi s Fidesom, SZD in SZZZZS ne.
3. Po naših informacijah naj bi politika želela imeti izključno **razpis za znanega izvajalca**, nacionalni razpis, ki ga zakon prav tako uvaja, je ne zanima. Pojavlja se pomislek, da je ta predlog, s katerim bi imeli nacionalni razpis in razpis za znanega izvajalca, samo in le pretveza in da, tudi če bo v zakonu predviden, nacionalnih razpisov v praksi sploh ne bo. Tako razpis za znanega izvajalca ne bo namenjen le primarnemu nivoju in reševanju kadrovske stiske posameznih bolnišnic (npr.



SB Trbovlje in SB Ptuj), kot to trenutno zagotavlja ministrstvo, ampak bodo izvajalci začeli izvajati pritiske na ministrstvo in se bo objavljalo samo še razpise za znanega izvajalca, nacionalni bo šel v pozabo.

4. **Možnost izbire le ene specializacije**, ki se financira iz proračuna, razen za specialiste s področja intenzivne medicine, kardiologije in vaskularne medicine ter otroške nevrologije, zapira možnost izbire ustrezne specializacije zdravnikom, ki med ali po opravljeni prvi specializaciji ali po izbiri in določenem obdobju opravljanja prve specializacije ugotovijo, da le-ta zanje ni ustrezna.
5. Osnutek omenjenega zakona predvideva tudi, da naj bi bil **izbrani osebni zdravnik tudi specializant s področja družinske medicine, pediatrije ter ginekologije in porodništva**, ki opravlja četrto leto specializacije. Zakon ne predvideva, da bi specializant moral s tem soglašati, kar bo zagotovo vodilo v izkoriščanje specializantov, nalagalo pa se jim bo delo, za katero ne bodo prejeli ustreznega plačila. Omenjeni predlog močno zmanjšuje varnost pacientov, ki bi jih obravnaval zdravnik specializant po opravljenih treh letih svoje izbrane specializacije, in prenaša prevelik del odgovornosti na mlade zdravnike, ki za samostojno delo še niso usposobljeni. Dovoljenje za samostojno delo vendarle še vedno ostaja veljavna licenca, ki jo zdravnik pridobi po opravljeni specializaciji in specialističnem izpitu. Pri tem se poraja tudi vprašanje, kako bodo taki zdravniki nemoteno opravljali specializacijo in predvideno kroženje. Kaj bo s tako opredeljenimi pacienti, ko specializant zaključí specializacijo in je dolžan sprejeti zaposlitev v drugem javnem zdravstvenem zavodu?
6. Zbornica meni, da rešitev, da **»predlog razpisa specializa-**

**cij pripravi petčlanski odbor**, sestavljen iz predstavnikov ministrstva za zdravje, zbornice, NIJZ in Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije«, ni ustrezna. Zakon med drugim predvideva, da se pri pripravi razpisa upošteva mreža javne zdravstvene službe, ki je Slovenija še vedno nima, poleg tega pa ne upošteva mnenja stroke, ki jo v tem primeru predstavljajo koordinatorji za posamezna specialistična področja.

## Novi model plačevanja družinske medicine in pediatrije

*Iz 436. Biltena, 15. 6. 2017*

Na 5. seji Odbora za osnovno zdravstvo (OOZ), ki je potekala 8. 6. 2017, so strokovne službe iz Zavoda

za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) predstavile predlog novega modela plačevanja družinske medicine in pediatrije. Med razpravo so člani OOZ ugotovili, da predlagani model odvrča od kakovostne obravnave pacienta. Odbor bo zato sodeloval pri pripravi kazalnikov kakovosti, ki bodo služili ZZZS tudi za primer dodeljevanja stimulacij. Člani so izpostavili, da je v model treba vključiti stimulacije za delovanje sistema na periferiji.

Problem cilja modela je prerazporejanje sredstev med izvajalci, ki ga je treba preseči. Zdravstveni sistem potrebuje svež denar in sogovorniki so se zavzeli za povečanje števila zdravnikov v osnovnem zdravstvu, nove time in dodatna sredstva.

Predsednica Zdravniške zbornice Slovenije je opozorila, da ima tudi prihajajoči Zakon o zdravniški službi resne pomanjkljivosti ter da mora v večji meri zaščititi zdravnike. V nasprotnem primeru bo Slovenija začasno zatočišče za tuje zdravnike, ki bodo opremljeni z novim znanjem, pridobljenim pri nas, odšli v druge države.

## Julijski termini za pogovor z zdravniškim ombudsmanom

Zdravniški ombudsman je v aprilu začel delovati v obliki pogovorov, ki jih opravljajo izkušeni kolegi zdravniki. Vabimo vas, da se prijavite na katerega izmed določenih terminov:

Naročanje na pogovor je možno preko recepcije zbornice (telefon 01 30 72 100) in elektronskega naslova [zdrom@zzs-mcs.si](mailto:zdrom@zzs-mcs.si). Ob zgoraj navedenih terminih lahko kličete kolege svetovalce neposredno na njihove telefonske številke, ki so dosegljive le članom zbornice z vstopom na zaprto spletno stran ZZZS (<https://www.zdravniskazbornica.si>).

### Julij 2017

Datum	Čas	Kraj
6. julij 2017	16.00–18.00	
10. julij 2017	16.00–18.00	Zbornica
27. julij 2017	17.00–19.00	Zbornica

# Odgovornost za kršitev pojasnilne dolžnosti v slovenski sodni praksi

Žiga Novak, mag. prav., ZZS  
[ziga.novak@zss-mcs.si](mailto:ziga.novak@zss-mcs.si)

Zakon o pacientovih pravicah<sup>1</sup> (v nadaljevanju: ZPacP) je leta 2008 v slovenski pravni red prinesel dokaj podrobno ureditev zdravnikove pojasnilne dolžnosti. ZPacP v 20. členu določa, da ima pacient pravico, da je zaradi uresničevanja pravice do samostojnega odločanja o zdravljenju in pravice do sodelovanja v postopku zdravljenja obveščen o svojem zdravstvenem stanju in verjetnem razvoju ter posledicah bolezni ali poškodbe, cilju, vrsti, načinu izvedbe, verjetnosti uspeha ter pričakovanih koristih in izidu predlaganega medicinskega posega oziroma predlaganega zdravljenja, možnih tveganjih, stranskih učinkih, negativnih posledicah in drugih neprijetnostih predlaganega medicinskega posega oziroma predlaganega zdravljenja, vključno s posledicami njegove opustitve, morebitnih drugih možnosti zdravljenja ter o postopkih in načinih zdravljenja, ki v Republiki Sloveniji niso dosegljivi ali niso pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.<sup>2</sup>

Zgoraj navedena pojasnila mora zdravnik, odgovoren za zdravljenje, dati pacientu v neposrednem stiku, obzirno, na pacientu razumljiv način oziroma skladno z individualnimi sposobnostmi sprejemanja informacij, v celoti in pravočasno. Za operativni ali drug medicinski poseg, povezan z večjim tveganjem ali večjo obremenitvijo, pacientu da razumljiva ustna in pisna pojasnila zdravnik, ki bo opravil medicinskih poseg, izjemoma pa tudi drug zdravnik, ki je usposobljen za tako zdravljenje.<sup>3</sup>

Treba je opozoriti tudi na časovno komponento pojasnilne dolžnosti. Kdaj mora zdravnik izpolniti svojo pojasnilno dolžnost, je odvisno od okoliščin posameznega posega (od obsežnosti in nujnosti), pri tem pa je treba upoštevati, da bolj

je poseg lahko usoden za pacienta, več časa mora imeti za razmislek. V zvezi z nujnostjo posega je pomembno, da bolj kot je poseg nujen, manj časa je lahko med pojasnilom in posegom. Tako je lahko pri najnujnejših posegih pojasnilna dolžnost opravljena kar na poti v operacijsko sobo.<sup>4</sup>

Zakaj je pojasnilna dolžnost pomembna, je razvidno že iz 1. odstavka 20. člena ZPacP, ki pravi: »Pacient ima pravico, da je zaradi uresničevanja pravice do samostojnega odločanja o zdravljenju in pravice do sodelovanja v procesu zdravljenja obveščen o: ...« Pacient, ki ni obveščen o svojem zdravstvenem stanju, prognozi ter posledicah svoje bolezni ali poškodbe, ni zmožen samostojno odločati o zdravljenju oziroma aktivno sodelovati v procesu zdravljenja ter je tako postavljen zgolj v položaj objekta zdravljenja. Pojasnilna dolžnost pacientu zagotavlja položaj aktivnega subjekta v procesu zdravljenja, ki naj bi načeloma skupaj z zdravnikom enakopravno odločal o svojem zdravljenju.<sup>5</sup>

Vendar pa zakonska ureditev ne ponuja odgovorov na vsa vprašanja, ki se pojavljajo v zvezi s pojasnilno dolžnostjo, zato bo v nadaljevanju predstavljenih nekaj primerov, v katerih so slovenska sodišča odločala o odškodninski odgovornosti zdravnika oziroma njegovega delodajalca zaradi kršitve pojasnilne dolžnosti.

## Pojasnilna dolžnost – pogodbena obveznost ali pogoj za sklenitev pogodbe?

Tako teorija kot tudi sodna praksa sta razdvojeni glede vprašanja, ali pojasnilna dolžnost

<sup>2</sup> Uradni list RS, št. 15/08.

<sup>3</sup> Prvi odstavek 20. člena ZPacP.

<sup>4</sup> Drugi odstavek 20. člena ZPacP.

<sup>5</sup> Seveda mora biti pacient pri zavesti in sposoben odločanja o sebi, o čemer več v nadaljevanju.

<sup>6</sup> Besedo »načeloma« uporabljam predvsem zato, ker je v procesu zdravljenja, kljub vsem pravicam, ki jih v skladu z ZPacP pacient ima, zdravnik zaradi svojega znanja in izkušenj še vedno postavljen v nadrejeni položaj.

predstavlja eno izmed **pogodbenih dolžnosti zdravnika** (in nepravilno izpolnjena pojasnilna dolžnost pomeni **kršitev pogodbe**) ali pa gre pri pojasnilni dolžnosti za predpostavko, ki mora biti izpolnjena, da se pogodba med zdravnikom in pacientom sploh sklene (in se nepravilno izpolnjena pojasnilna dolžnost presoja po pravih nepogodbene odškodninske odgovornosti).

Starejša sodna praksa se je večkrat postavila na stališče, da gre pri kršitvi pojasnilne dolžnosti za neposlovno odškodninsko odgovornost, saj pogodba med zdravnikom in pacientom sploh ni bila sklenjena.<sup>6</sup> Vendar se sodišča vedno pogosteje odločajo, da pri pravilni izpolnitvi pojasnilne dolžnosti ne gre za vprašanje izoblikovanja svobodne in resne volje kot pogoja za veljavno sklenitev pogodbe o zdravljenju, temveč za zaščito pacientove pravice do ozaveščene privolitve v posamezen medicinski poseg v okviru izpolnjevanja pogodbenih obveznosti iz že sklenjene pogodbe, kar pomeni, da izpolnitev pojasnilne dolžnosti ni pogoj za veljavno sklenitev pogodbe, temveč spada v krog pogodbenih obveznosti zdravnika.<sup>7</sup>

## Obseg in vsebina pojasnila

Vrhovno sodišče RS se je v sodbi **II Ips 94/2015**, s katero je odločalo o vprašanju, ali je anesteziologinja veljavno opravila pojasnilno dolžnosti, ker pri spinalni anesteziji med operacijo kile pacientke ni opozorila na možnost nastanka plegije, ki je v takih primerih sicer izredno majhna, opredelilo, da:

1. morata biti obseg in podrobnost pojasnila v obratnem sorazmerju z nujnostjo posega;
2. se mora opozorilo nanašati na redna tveganja posameznega medicinskega posega, kamor

spadajo tipična in statistično pogostejša tveganja;

3. mora opozorilo upoštevati tudi redka tveganja predvidenega posega, če ta lahko v primeru njihove realizacije tako ogrožajo pacientovo življenje in zdravje, da so primerljiva z naravnim potekom zdravljenega bolezn ali ga celo presega in bi lahko vplivala na pacientovo privolitve.

Opozorilo na tipična tveganja po mnenju sodišča pomeni uporabo medicinskega strokovnega znanja, brez katerega pacient ne more informirano opraviti tehtanja med tveganji medicinskega posega in tveganji, ki izhajajo iz njegovega zdravstvenega stanja. **Tipično tveganje je tisto, ki je lastno samemu posegu** (posebej značilno glede na naravo določenega medicinskega posega). Po mnenju sodišča je bistvo spinalne anestezije ravno v posegu v hrbtenični kanal, zato je tveganje krvavitve in poškodovanja živcev hrbtenjače s posledično paraplegijo za takšen poseg tipično, ne glede na njegovo redkost. V skladu s tem **opredelitev posameznega tveganja kot tipičnega tako ni odvisna od njegove pogostosti**, razen v primerih, ko gre za statistično tako ekstremno nizko pojavnost, da je mogoče domnevati, da pri razumnem pacientu omenjeno tipično tveganje ne bi vplivalo na njegovo privolitve v poseg.

Podobno interpretacijo pojasnilne dolžnosti je Vrhovno sodišče RS zavzelo v sodbi **II Ips 174/2012**, vendar pa je bil končni rezultat v tem primeru drugačen. Dejansko stanje v tem primeru je bilo takšno, da operater pri operaciji hemeroidov pacientu ni omenil možnosti nastanka sepse, do katere je prišlo po operaciji. Sodišče je ugotovilo, da je nastanek sepse pri tem posegu ekstremno redek zaplet, ki se pojavi le v 0,001 odstotka primerov (1:100000), pri tem pa se

domneva, da **pri razumnem pacientu to tveganje ne bi vplivalo na njegovo privolitve v poseg**.

Kakor je razvidno iz zgoraj navedenih sodb, zdravnik pri opravljanju pojasnilne dolžnosti in pri odločanju, o katerih tveganjih bo seznanil pacienta, **ne sme izhajati zgolj iz tega, kako pogosto se določeno tveganje uresniči, temveč je pomembno tudi, kako lahko določeno tveganje vpliva na pacientovo odločitev**.

Vendar pa pojasnilna dolžnost ne pride v poštev zgolj pri operativnih posegih, temveč tudi pri predpisovanju zdravil. Višje sodišče v Celju je v sodbi **Cp 507/2016** odločalo o primeru, v katerem je pacient v prometni nesreči utrpel hudo zaprto kardiocerebralno lobanjsko in možgansko poškodbo, bil nekaj časa v nezavesti in bil primarno oskrbljen v ambulanti, od koder je samovoljno odšel domov. Naslednji dan je bil sprejet na zdravljenje v isto bolnišnico zaradi hudega glavobola, vrtoglavice, siljenja na bruhanje in bruhanja, zato je bil za nekaj časa hospitaliziran. Prejemal je zdravilo haldol, kar mu je bilo svetovano tudi po odpustu iz bolnišnice. Čez nekaj dni je bil pacient ponovno hospitaliziran, tokrat zaradi tresenja, slinjenja, hoje robota, slabše zavesti, nestabilnosti vegetativnega živčevja in temperature. Ugotovljeno je bilo, da je pri pacientu prišlo do nevroleptičnega malignega sindroma, kar je povezano z jemanjem zdravila haldol in se zgodi v med 0,2 in 3 odstotki primerov. Poleg tega je zaradi zdravljenja s haldolom prišlo do sindroma Gilles de la Tourette, ki se pri pacientu kaže z nehotenim mežikanjem levega očesa in z gibki leve polovice obraza, nehotenimi z gibki vratu v levo ter nehotenimi gibi prstov in vokalizacijo.

Kljub temu, da je zdravljenje s haldolom sicer potekalo v skladu s pravili stroke (*lege artis*), je sodišče ugotovilo, da zdravnica pacienta ni obvestila o negativnih tveganjih, povezanih z zdravljenjem s tem zdravilom, bolnišnica in zavarovalnica

6 Npr. sodba Vrhovnega sodišča RS II Ips 43/2013 z dne 16. 1. 2014, sklep Višjega sodišča v Ljubljani II Cp 2666/2014 z dne 21. 1. 2015.

7 Sodba Vrhovnega sodišča RS II Ips 94/2015 z dne 2. 7. 2015.

pa v sodnem postopku nista niti zahtevali, da pojasnilo ni bilo opuščeno, niti, da pojasnila v zvezi s tem ni bilo treba dati. Dodatno je sodišče ugotovilo, da pojav sindroma Gilles de la Tourette ni zgolj naključna okoliščina, ki izvira iz samega zdravila, katerega uporaba je sicer dopustna, temveč gre za posledico realiziranega tveganja, o katerem pacient ni bil seznanjen, zato je tudi škoda zaradi tega sindroma v vzročni zvezi s kršitvijo pogodbene obveznosti.

Zanimivo pri tem primeru pa je, da je Višje sodišče v Celju kot zmoten ocenilo sklep sodišča prve stopnje ter navedbe zavarovalnice, da bi moral pacient zatrjevati še, kako bi izpolnjevala pojasnilna dolžnost vplivala na njegovo odločitev v zvezi z zdravljenjem (da v zdravljenje s haldolom ne bi pristal), saj hipotetično ravnanje pacienta za presojo obstoja vzročne zveze sploh ni pomembno, saj je pri poslovni odškodninski odgovornosti vzrok škode le kršitev pogodbe.

## Kdaj izpolniti pojasnilno dolžnost?

V zvezi s pravočasnostjo izpolnjevanja pojasnilne dolžnosti je treba izpostaviti sodbo **I Cp 1279/2016** Višjega sodišča v Mariboru. Sodišče je ugotovilo, da je bil pacientu v UKC Maribor opravljen operativni poseg ekstrakcije neizrastlih osmic spodnje čeljusti, odstranitev folikularnih cist v predelu spodnje čeljusti, pri čemer je pri uvajanju v anestezijo oziroma ob intubaciji prišlo do izdrtja zoba. Zaradi predhodno parodontotično spremenjenih mehkih tkiv (resorpcija kostnine) pa med nadaljnjim operativnim posegom zoba ni bilo mogoče namestiti nazaj. S tem po mnenju sodišča ni prišlo do medicinske napake pri izvajanju anestezije ob intubaciji (izvedba endotrahealne intubacije), hkrati pa je bila pacientu opravljena pojasnilna dolžnost s strani anesteziologinje, ki sicer ni bila izvedena popolnoma korektno, vendar je to, glede na razmere v UKC Maribor, običajno.

Sodišče je namreč ugotovilo, da je pacient dan pred operativnim posegom podpisal privolitveni obrazec za anestezijo, pojasnilna dolžnost s strani anesteziologinje pa mu je bila izpolnjena tik pred operacijo, v predprostoru operacijske dvorane, ko je bil pacient že pod vplivom tablete za pomiritev. Anesteziologinja mu je pojasnila, da zaradi majavosti zob lahko ob uvedbi v anestezijo (ob intubaciji) pride do izdrtja zoba, sodišče pa je dano ravnanje anesteziologinje ocenilo kot skladno s profesionalno skrbnostjo. Poleg tega je sodišče ugotovilo, da je bila pojasnilna dolžnost opravljena v času, ko se pacient ni mogel več izogniti operativnemu posegu, vendar je bil operativni poseg ocenjen kot nujen, saj je pacientu zaradi ugotovljenega obstoja folikularnih cist v področju spodnje čeljusti obojestransko grozila nevarnost zloma spodnje čeljusti, pri čemer je bil operativni poseg tako intenziven, da ga je bilo mogoče opraviti le z anestezijo. Ob upoštevanju danih okoliščin, ko je bilo v UKC Maribor občutno pomanjkanje anesteziologov, je anesteziologinja ravnala okoliščinam primerno in običajno glede na bolnišnične razmere in možnosti ter trenutne standarde v slovenskem zdravstvenem sistemu.

Po mojem mnenju je neustrezno, da je sodišče v sodbi upoštevalo slabe razmere v slovenskem zdravstvenem sistemu ter tako izvedeno pojasnilno dolžnost ocenila kot ustrezno opravljeno. Na ta način je sodišče dejansko upoštevalo neurejene razmere v UKC Maribor in tako znižalo varnost pacienta. Kljub nujnosti posega bi bilo treba pojasnilno dolžnost opraviti, preden je bil pacient pod vplivom kakršnih koli zdravil, ki bi lahko vplivala na njegovo zmožnost presoje.

## Razširitev posega in pojasnilna dolžnost

Stališče, kako ravnati v primeru, ko se med operativnim posegom izkaže, da je treba opraviti še kakšen dodaten poseg, je zavzelo Vrhovno

sodišče RS v sodbi **II Ips 716/2006**. V konkretnem primeru je bila pacientka obravnavana zaradi na dotik boleče tvorbe na desni strani vratu. Kirurg je ugotovil, da gre za nenevaren benigni tumor, in predlagal operativno odstranitev, kar naj bi predstavljalo krajši nezapleten medicinski poseg, na kar je pacientka pristala. Med operacijo se je izkazalo, da gre za nevriilemom,<sup>8</sup> katerega odstranitev se opravi z mikroskopsko operacijsko tehniko, kar pa predstavlja zahtevnejši in dolgotrajnejši poseg od prvotno načrtovanega, povezan pa je tudi z izrazito večjim tveganjem vpliva posega na funkcijo živčevja in z občutnejšimi posledicami za pacienta. Kirurg je operacijo nadaljeval in jo tudi korektno dokončal, vendar pa je pri pacientki prišlo do pareze desne roke z ohromitvijo moči in gibljivosti. Pacientka na to tveganje ni bila opozorjena, na poseg pa ob pravilno izpolnjeni pojasnilni dolžnosti ne bi pristala. Sodišče je zavzelo stališče, da bi kirurg moral operacijo prekiniti, dodaten poseg pa bi lahko opravil šele po ponovno opravljeni pojasnilni dolžnosti in s podanim soglasjem pacienta. Izjema od potrebnosti privolitve je podana le v primeru, če bi prekinitve posega pomenila resno nevarnost za pacientovo življenje in zdravje, pri tem pa mora operater upoštevati tudi, da je lahko ponovna operacija za pacienta nevarna. Če je zdravstveno stanje pacienta tako, da je razširitev posega predvidljiva, mora zdravnik pacienta že takoj opozoriti na to in pridobiti njegovo soglasje. Le s takim ravnanjem pa je tudi po mnenju Ustavnega sodišča RS mogoče zagotoviti spoštovanje pacientove volje in avtonomije.

### Viri:

1. Balažič Jože, Brulc Urban, Ivanc Blaž, Korošec Damjan, Kralj Katarina, Novak Barbara, Pirc Musar Nataša, Robida Andrej, Zakon o pacientovih pravicah s

<sup>8</sup> Tvorba, nastala iz živčne ovojnice, izhajajoča iz živčnega pleteža.

- komentarjem, GV Založba, Ljubljana 2009
2. Božič Penko Ana, Sodna praksa o nekaterih pravnih vprašanjih v zvezi z odgovornostjo za zdravniško napako, v: XV. DCGP, dnevi civilnega in gospodarskega prava, konferenčni zbornik, Inštitut za primerjalno pravo, Pravna Fakulteta, Ljubljana 2017
  3. Krušič Mate Zana, Pravica do zasebnosti v medicini, GV Založba, Ljubljana 2010
  4. Odločba Ustavnega sodišča RS št. Up-2595/08-11 z dne 23. 9. 2010
  5. Sklep Višjega sodišča v Ljubljani št. II Cp 2666/2014 z dne 21. 1. 2015
  6. Sodba Višjega sodišča v Celju št. Cp 507/2016 z dne 22. 12. 2016
  7. Sodba Višjega sodišča v Ljubljani št. I Cp 1279/2016 z dne 10. 8. 2016
  8. Sodba Vrhovnega sodišča RS št. II Ips 43/2013 z dne 16. 1. 2014
  9. Sodba Vrhovnega sodišča RS št. II Ips 94/2015 z dne 2. 7. 2015
  10. Sodba Vrhovnega sodišča RS št. II Ips 174/2012 z dne 21. 3. 2013
  11. Sodba Vrhovnega sodišča RS št. II Ips 716/2006 z dne 26. 2. 2009
  12. Žnidaršič Skubic Viktorija, Kršitev pojasnilne dolžnosti zdravnika, v: XV. DCGP, dnevi civilnega in gospodarskega prava, konferenčni zbornik, Inštitut za primerjalno pravo, Pravna Fakulteta, Ljubljana 2017

## Vsi dogodki so med seboj prepleteni v najboljšem vseh svetov<sup>1</sup>

Dr. Lucija Perharič, dr. med.,  
Nacionalni inštitut za javno zdravje  
[Lucija.perharic@nijz.si](mailto:Lucija.perharic@nijz.si)

### Uvod

Če 15. maja 2017 ne bi prišlo do požara na zbirališču nevarnih odpadkov na Vrhniki, ne bi bili priča neordiniranemu odzivu in neuglašeni komunikaciji različnih institucij, pristojnih za posamezne vidike presoje in obvladovanja tovrstnih dogodkov. Če ne bi bilo tako neusklajenega odziva, vlada 15 dni kasneje najverjetneje ne bi sprejela sklepa o delovanju medresorske koordinacijske skupine (1).

Strokovnjaki z nekdanjega Inštituta za varovanje zdravja in nekaterih regionalnih zavodov za zdravstveno varstvo (od 2014 Nacionalni inštitut za javno zdravje) smo si za sistemsko ureditev tega področja prizadevali več let. Na neurejeno stanje smo opozarjali od jeseni 2010, ko so številne kraje Slovenije pestile poplave, na Madžarskem pa se je

zgodila velika kemijska nesreča (2, 3). Na več ravneh smo predlagali ustanovitev medresorske skupine strokovnjakov za hitro odzivanje, ki bi vključevala strokovnjake za presojo obnašanja in usode kemikalij v okolju, strokovnjake za ocenjevanje tveganj, zdravnike z znanjem in izkušnjami s področja presoje in obravnave vplivov okolja na zdravje, epidemiologe in ustrezno usposobljene komunikologe. Različnim upravnim službam in odločevalcem smo pošiljali pobude, poročila in priporočila, vendar naši napor niso obrodili sadov. Kot nacionalna kontaktna točka za izvajanje Sklepa št. 1082/2013/EU Evropskega parlamenta in sveta o resnih čezmejnih nevarnostih za zdravje smo bili leta 2014 in 2015 vključeni v načrtovanje, izvedbo in koordinacijo mednarodnih vaj »Quicksilver« in »Quicksilver Plus«. Namen teh vaj je bilo testira-

nje obstoječih organizacijskih struktur na nacionalni ravni in na ravni Evropske unije. V priporočilih s teh vaj smo ponovno predlagali ustanovitev strokovne skupine na državni ravni, ki naj bi bila stalna, interdisciplinarna, z jasnimi pristojnostmi in zadolžitvami ter sposobna ustrezne koordinacije in enotnega odzivanja (4–7). Tudi ta priporočila se upravnih služb in odločevalcev niso dotaknila.

### Posledice izpostavljenosti produktom gorenja in obravnava izpostavljenih

V zvezi z ovrednotenjem posledic za zdravje ljudi zaradi izpostavljenosti kemičnim snovem, ki se sproščajo pri požarih, je tudi, kadar vemo, kaj je gorelo, zadeva precej zapletena, saj številni produkti gorenja tako ali tako niso znani. V primeru nedavnega požara na vrhniškem zbirališču nevarnih odpadkov je bilo to še težje, ker v prvih dneh ni bilo natančno znano, kaj je sploh zagorelo. Med drugim naj bi bile gorele baterije, varčne sijalke, mineralna olja, zdravila, pesticidi, torej številne nevarne snovi. Pri gorenju se, odvisno od vrste gorečih snovi in predmetov, njihovih količin in zunanjih pogojev, nekaj gorečih snovi razgradi do ogljikovega dioksida in vode, nekaj se jih spremeni v druge, od prvotnih manj ali bolj nevarne snovi, kot so: ogljikov monoksid, žveplove in dušikove spojine, cianidi, hlapni ogljikovodiki, polici-

<sup>1</sup> Voltaire FMA. 1759. Kandid ali optimizem. Prevod: Župančič O. Ljubljana; Tiskovna zadruga 1931.

klični aromatski ogljikovodiki, hlapi in soli kovin, dioksini in furani itd. (8, 9).

V akutni fazi, to je v času požara in takoj po njem, so bili prebivalci iz okolice prizadetega območja izpostavljeni kemikalijam v glavnem z vdihavanjem in do neke mere pri stiku s kožo. Na podlagi simptomov in znakov, zaradi katerih so se nekateri prebivalci zglasili v lokalnih zdravstvenih domovih, je šlo za blažjo izpostavljenost, pri kateri ni pričakovati trajnih posledic za zdravje. V prvi vrsti so med pričakovanimi akutnimi simptomi in znaki draženja oči (solzenje, pordelost veznic, srbeče in pekoče oči), draženja dihal (izcedek iz nosu, kihanje, kašljanje, pekoč občutek v žrelu, občutek dušenja) in draženja kože (pordelost, oteklina, srbenje, pekoč občutek) ter alergijske reakcije. Drugi možni začetni simptomi in znaki so siljenje na bruhanje, bruhanje, glavobol, omotica (8, 9). Ob tem je pomembno zavedanje, da je treba vse simptome in znake, ki so jih doživeli prizadeti prebivalci, ovrednotiti v skladu s strokovnimi algoritmi, s katerimi se ugotavlja raven verjetnosti, da so simptomi in znaki posledica izpostavljenosti produktom požara. Za škodljive učinke je v večini primerov, vključno pri izpostavljenosti mešanici kemikalij, potrebna izpostavljenost dovolj velikemu odmerku. Zato je podajanje zgolj kvalitativnih informacij lahko precej zavajajoče in povzroča nepotrebno zaskrbljenost ter posledično lahko celo več škode za zdravje kot sama izpostavljenost.

V dneh po požaru smo večkrat slišali in prebrali, da bo tveganje za zdravje ljudi možno oceniti, ko bodo na voljo rezultati koncentracij kemikalij v vzorcih iz različnih segmentov okolja. Ocena tveganja, to je verjetnost, da bo pri določeni izpostavljenosti nevarnim kemikalijam prišlo do škodljivih posledic za zdravje, mora biti narejena v skladu s strokovnimi smernicami, sistematično in pregledno (10). Določitev koncentracij v segmentih okolja je samo eden od

korakov, saj je treba koncentracije v segmentih okolja preračunati v izpostavljenost ljudi po različnih poteh vnosa, upoštevajoč fiziološke značilnosti različno ranljivih populacij, prehranske navade, vedenjske navade itd. Zato je iluzorno pričakovati, da bo kvantitativna ocena tveganja za zdravje ljudi narejena, takoj ko bodo na voljo rezultati analiz segmentov okolja. Tako kot je za postopke laboratorijske analize potrebne določen čas, je razumno odmerjen čas potreben tudi za karakterizacijo tveganja. Tisti, ki trdijo drugače, bodisi ne poznajo bodisi ne razumejo procesa ocene tveganja. Če bi bili takoj presodili usodo in obnašanje pričakovanih produktov gorenja s pomočjo modeliranja, bi bili lahko s tako pridobljenimi podatki, ki so na voljo hitreje kot meritve, do sedaj naredili preliminarno hitro oceno tveganja.

Poleg ocene izpostavljenosti na podlagi koncentracij onesnaževal v segmentih okolja, v pitni vodi in hrani se dejansko raven izpostavljenosti iz vseh virov lahko ugotovi z določanjem kemikalij v vzorcih krvi, urina, izdihane zraka ipd. Ker so v nekaterih lokalnih zdravstvenih domovih odvzeli vzorce krvi in urina, bi bilo smiselno v teh vzorcih določiti vsaj tiste kemikalije, za katere imamo podatke iz nacionalnega humanega biomonitoringa okoljskih kemikalij. To so strupene kovine in obstojna organska onesnaževala (11), kamor sodijo tudi v zadnjih dneh pogosto omenjeni dioksini. Kovine in obstojna organska onesnaževala so najnevarnejši tudi z vidika morebitne dolgotrajne izpostavljenosti. Ker je bila pri nacionalnem humanem biomonitoringu določena izpostavljenost odraslih prebivalcev izbranim kemikalijam širom Slovenije (12), bi z določitvijo koncentracij v odvzetih humanih vzorcih lahko primerjali izpostavljenost s tisto v drugih predelih Slovenije, kar bi bilo v pomoč pri načrtovanju nadaljnjega spremljanja in ukrepanja. Menimo, da bi se na ta način tudi zmanjšala možnost razvoja tako

imenovanega atribucijskega sindroma, za katerega je značilno, da začnejo posamezniki vse svoje zdravstvene težave pripisovati določeni izpostavljenosti kemikalijam (13).

## Dioksini

Dioksini so skupina obstojnih organskih kemikalij, ki nastajajo pri gozdnih požarih in vulkanskih izbruhih, kemijskih sintezah, predvsem sintezi kloriranih organskih snovi, industrijskem beljenju s klorom in sežiganju odpadkov, ki vsebujejo klor, pri temperaturah, nižjih od 1100°C. Pogosto se pojavljajo kot nečistote v drugih kemikalijah. Dioksini so splošno prisotni v okolju, živilih z veliko vsebnostjo maščob in predmetih splošne rabe (npr. v s klorom beljenem papirju). TCDD (2,3,7,8 – tetra-klorodibenzo-p-dioksin) spada med najbolj strupene kemikalije. Dioksini so izredno obstojni, kopičijo se v organizmih in se biomagnificirajo vzdolž prehranske verige (14). Posledice akutne izpostavljenosti so številne, od značilnih kožnih sprememb do vnetja prebavil, vnetja jeter in trebušne slinavke, okvar živčevja in sklepov. Dioksini so škodljivi za imunski sistem. Lahko povzročajo motnje delovanja endokrinega sistema; povezujejo jih s prezgodnjo puberteto in prezgodnjo menopavzo, zmanjšano plodnostjo, motnjami delovanja žleze ščitnice ter sladkorno boleznijo. Pri poskusnih živalih je rakotvornost dioksinov potrjena, pri ljudeh je verjetna; predvsem v zvezi z rakom dojke in ščitnice (14–16).

Za izpostavljenost dioksinom so značilne kožne spremembe, hamartomi, ki smo jih zaradi navidezne podobnosti z aknami v preteklosti imenovali klorakne. Histopatološko gre za popolno involucijo žlez lojnic. Ugotovili so inhibicijo metabolizma lipidov in veliko aktivnost encima P450 1A1 ter posledično povečan metabolizem dioksinov (17). Kot kaže, gre za vzpostavitev pomožnega razstrupljanja, ki sicer poteka v jetrih.



Viktor Juščenko pred zastripitvijo z dioksini, takoj po zastripitvi in leta 2015.<sup>2</sup>

Ker so dioksini skupina podobnih kemikalij, se njihova toksičnost obravnava s pomočjo toksičnih ekvivalenčnih faktorjev oziroma količnikov (TEQ). Najbolj strupeni kongener, to je 2,3,7,8 TCDD, ima TEQ 1, medtem ko imajo ostali manj strupeni kongenerji ustrezno manjše TEQ. Sprejemljivi dnevni vnos za ponavljajočo se (vseživljenjsko) izpostavljenost je zelo nizek, in sicer do 4 pg TEQ/kg telesne mase/dan (18). Ta odmerek je bil določen na podlagi študij učinkov na zarodke ob upoštevanju bioakumulacije. Viktor Juščenko je bil izpostavljen enkratnemu odmerku 20 mikrogramov/kg telesne mase, torej 5 milijonkrat večjemu odmerku, kot je sprejemljivi dnevni vnos za dolgotrajno izpostavljenost. Na podlagi ocene nevarnosti in predvidenih vnosov se določijo največje dovoljene količine ostankov v živilih. V Evropski uniji je največja dovoljena količina ostankov dioksinov v industrijsko pripravljene hrani za dojenčke in malčke 0,1 pg TEQ/g živila (19). Določene so tudi koncentracije v humanih vzorcih, ki ne predstavljajo tveganja za zdravje. Za dioksine v krvi znaša do 15 ng TEQ/g krvnih maščob (20). V človeškem mleku znaša po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije varna koncentracija vsote dioksinov, furanov in dioksinom podobnih polikloriranih bifenilov v človeškem mleku

0,2–0,9 pg TEQ/g mlečne maščobe, po podatkih Agencije za okolje iz Združenih držav Amerike pa do 0,2 pg TEQ/g mlečne maščobe (20).

Ker so dioksini obstojni, je možna dolgotrajna izpostavljenost predvsem preko živil, bogatih z maščobami, kot so mleko, jajca, meso, ribe, orehi. Za oceno dolgotrajne izpostavljenosti najbolj ranljivih skupin prebivalstva bi bilo smiselno ugotoviti koncentracije dioksinov v človeškem mleku. Zato bi bilo treba povabiti vse prvič noseče ženske, ki živijo na s požarom prizadetem območju, da v prvih tednih po porodu oddajo vzorec svojega mleka. Človeško mleko je odličen matriks za določanje izpostavljenosti žensk in dojenčkov v maščobi topnim obstojnim onesnaževalom. V programu nacionalnega humanega biomonitoringa so bila določena obstojna organska onesnaževala v mleku prvorodk v različnih predelih Slovenije, zato imamo dobro osnovo za ugotavljanje dejanske izpostavljenosti in primerjave z drugimi predeli Slovenije (12, 21). Tako pridobljene informacije bi bile uporabne tudi za oceno izpostavljenosti drugih skupin prebivalstva.

## Zaključek

Požar nevarnih odpadkov na vrhniškem odlagališču je bil uspešno pogasjen, medtem ko nezadovoljstvo

prebivalcev z odzivom pristojnih še tli. Odziv pristojnih je res deloval kot nastop orkestra brez dirigenta, vendar imajo precej zaslug za prilivanje olja na tlečo žerjavico nezadovoljstva in zaskrbljenosti tudi nekateri samooklicani strokovnjaki in mediji.

Za trajnejše izboljšanje stanja na področju odzivanja na okoljske in kemijske nesreče bo treba dvigniti raven zavedanja o pomembnosti sodelovanja in nemotene izmenjave podatkov ter zadevo pravno urediti, saj so bili dosedanja pozivi k usklajenemu sodelovanju na podlagi izkušenj in zdravorazumsko ugotovljenih potreb glas vpijočega v puščavi. Skrajni čas je že, da Ministrstvo za zdravje RS spremeni svoj mačehovski odnos do področja vplivov okolja na zdravje in da po skoraj dveh desetletjih obljub (22) končno preide od besed k dejanjem.

## Viri:

1. Republika Slovenija. Ministrstvo za okolje in prostor. 137. redna seja vlade RS. 2017. Dostopno 5.6.2017 na: [http://www.mop.gov.si/si/medijsko\\_sredisce/novica/article/1328/7613/](http://www.mop.gov.si/si/medijsko_sredisce/novica/article/1328/7613/)
2. RTVSLO MMC. V Sloveniji nimamo službe za ukrepanje ob industrijskih nesrečah. 2010 Dostopno 17.5.2017 na: <http://www.rtvlo.si/svet/v-sloveniji-nimamo-sluzbe-za-ukrepanje-ob-industrijskih-nesrecah/240907>
3. Radio Ognjišče. Perharič: Slovenija na industrijske nesreče ni pripravljena. 2010. Dostopno 17.5. 2017 na: <http://radio.ognjisce.si/sl/111/svet/2499/>
4. Ivartnik M. Poročilo o izvedbi čezmejne vaje Quicksilver. Ljubljana; Nacionalni inštitut za javno zdravje 2014.
5. Čakš Jager N. Zaključki evalvacije vaje Quicksilver-Slovenija. Ljubljana; Nacionalni inštitut za javno zdravje 2014.
6. Ivartnik M. Vaja Quicksilver Plus. Ljubljana; Nacionalni inštitut za javno zdravje 2015.
7. Pollak P. Exercise Quicksilver Plus evaluation. Ljubljana; Nacionalni inštitut za javno zdravje 2015.
8. Reichl FX, Ritter L (ur). Illustrated handbook of toxicology. Georg Thieme Verlag; Stuttgart 2011.
9. Olson KR. (ur). Poisoning and drug overdose. 6. izdaja. McGraw Hill; New York 2012.
10. European chemicals bureau. Institute for health and consumer protection. Technical guidance document on risk assessment. Part I. European Commission; Ispra 2003.
11. Perharic L, Vracko P. Development of national human biomonitoring program-

2 <http://www.independent.co.uk/news/people/viktor-yushchenko-every-politician-in-ukraine-who-turns-to-the-west-is-in-danger-a6694311.html>

- me in Slovenia. *Int J Hyg Environ Health* 2012; 215: 180-184.
12. Horvat M, Baškar M, Cencič-Kodba Z, Fajon V, Jagodic M, Križanec B, Krsnik M, Levačič-Turk Z, Mazej D, Pavlin M, Prezelj M, Skitek M, Snoj Tratnik J, Stanjko A, Šlejkovec Z, Vončina E, Žerjal E. Monitoring kemikalij in njihovih ostankov v ljudeh za leto 2011-2014: zaključno poročilo o rezultatih kemijskih analiz. Ljubljana; Inštitut Jožef Stefan 2015.
  13. Gupta K, Perharic L, Murray VSG, Watson JP, Volans GN. 1997. Apparent poisoning by wood preservatives: an attributional syndrome. *J Psychosom Res* 1997; 43: 391-398.
  14. Timbrell J. Paradoks strupa. Kemikalije kot prijatelji in sovražniki. Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja 2008.
  15. Kortenkamp A, Martin O, Faust M, Evans R, McKinley R, Orton F, Rosivatz E. State of the art assessment of endocrine disruptors, Final Report. 2011. Dostopno 1.3.2012 na: [http://ec.europa.eu/environment/chemicals/endocrine/pdf/sota\\_edc\\_final\\_report.pdf](http://ec.europa.eu/environment/chemicals/endocrine/pdf/sota_edc_final_report.pdf).
  16. Zadnik V, Krajc M. Epidemiologic trends of hormone-related cancers in Slovenia. *Arh Hig Rada Toksikol* 2016; 67: 83-92.
  17. Saurat JH, Kaya G, Saxer Sekulic N, Pardo B, Becker M, Fontao L, Mottu F, Carraux P, Pham XC, Barde C, Fontao F, Zennegg M, Schmid P, Schaad O, Descombes P, Sorg O. The cutaneous lesions of dioxin exposure: lessons from the poisoning of Victor Yushchenko. *Tox Sci* 2012; 125: 310-317.
  18. van Leeuwen FX, Feeley M, Schrenk D, Larsen JC, Farland W, Younes M. Dioxins: WHO's tolerable daily intake (TDI) revisited. *Chemosphere* 2000; 40: 1095-1101.
  19. CONTAM (EFSA Panel on Contaminants in the Food Chain). Scientific Opinion on the presence of dioxins (PCDD/Fs) and dioxin-like PCBs (DL-PCBs) in commercially available foods for infants and young children. *EFSA J* 2012; 10: 2983.
  20. WHO (World Health Organization). Human biomonitoring: facts and figures. Copenhagen; WHO Regional Office for Europe 2015. Dostopno 10. 3. 2016 na: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/276311/Human-biomonitoring-facts-figures-en.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/276311/Human-biomonitoring-facts-figures-en.pdf).
  21. Perharič L. Indikatorji okolja in zdravja v Sloveniji. Dioksini v človeškem mleku. Ljubljana; Agencija Republike Slovenije za okolje 2013. Dostopno 31.5. 2017 na: [http://kazalci.arso.gov.si/?data=indicator&ind\\_id=511](http://kazalci.arso.gov.si/?data=indicator&ind_id=511)
  22. Perharič L. Ocena tveganja dejavnikov iz okolja na Inštitutu za varovanje zdravja. ISIS, januar 2012: 25-28.

## Javnozdravstveni pogled na ponovno ponudbo in prodajo alkohola na športnih prireditvah

*Ponudba in prodaja alkoholnih pijač na športnih prireditvah lahko vodi, še zlasti med mladimi, do vzpostavitve pozitivne miselne povezave in pozitivnega odnosa med pitjem alkohola in športom*

Dr. Sandra Radoš Krnel, dr. med., spec. manag., prim. doc.  
dr. Mercedes Lovrečič, dr. med., spec., prim. asist. dr.  
Barbara Lovrečič, dr. med., spec., dr. Maja Roškar, univ.  
dipl. psih., asist. mag. Marjetka Hovnik Keršmanec, dr. med.,  
spec., mag. Tadeja Hočevnar, univ. dipl. kom.,  
vse Nacionalni inštitut za javno zdravje

V Sloveniji smo imeli v zadnjih dveh letih kar dva predloga za spremembo Zakona o omejevanju porabe alkohola (ZOPA) iz leta 2003 (1) v smeri, ki bi v primeru sprejetja omogočala točenje alkohola na športnih prireditvah.

V letu 2015 je bil pri Državnem zboru RS v obravnavo in sprejem po skrajšanem postopku vložen Predlog zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o omejevanju porabe alkohola (ZOPA-A; EPA 416-VII). Mnenje zakonodajno-pravne službe predlogu

ni bilo naklonjeno. Vlada RS je izrazila odklonilno mnenje do predlaganih sprememb. Komisija Državnega sveta za socialno varstvo, delo, zdravstvo in invalide je predlagane spremembe zakona ocenila kot neustrezno poseganje v zakonski ukrep, ki se je do takrat izkazal za dobrega. Odbor za zdravstvo je Predlog zakona o spremembah in dopolnitvah ZOPA-A ocenil kot neprimeren za nadaljnjo obravnavo (2).

Odbor za zdravstvo je na svoji 23. seji dne 10. maja 2017 kot matično

delovno telo obravnaval letošnji Predlog zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o omejevanju porabe alkohola (ZOPA-A; EPA 1829-VII), ki ga je državnemu zboru v obravnavo in sprejem po skrajšanem postopku predložila skupina poslank in poslancev. Predlog ZOPA-A bi omogočal prodajo in ponudbo alkoholnih pijač z vsebnostjo manj kot 15 volumenskih odstotkov alkohola na športnih prireditvah ter uvedel dovoljenja za ponudbo in prodajo tovrstnih pijač na vseh javnih prireditvah, ki so organizirane skladno s predpisi, ki urejajo javna zbiranja. Glavni cilj predloga zakona je, po besedah predlagateljev, povečati financiranje športnih organizacij iz lastnih dejavnosti, s podeljevanjem dovoljenj regulirati možnost točenja pijač z omejeno vsebnostjo alkohola in zagotoviti enakopravno obravnavo



točenja alkoholnih pijač na vseh javnih prireditvah. Vlada RS navedenega predloga zakona ni podprla. Tudi Komisija Državnega sveta za socialno varstvo, delo, zdravstvo in invalide predlagane spremembe zakona ne podpira in jo ocenjuje kot neustrezno poseganje v zakonski ukrep, ki se je do sedaj izkazal za dobrega (3). Na seji Odbora za zdravstvo je proti sprejemu predloga ZOPA-A tokrat glasoval le predsednik Odbora za zdravstvo, zdravnik Tomaž Gantar. Predlog zakona je bil tako na Odboru za zdravstvo sprejet. Predlog zakona o spremembah in dopolnitvah ZOPA-A je bil nato dne 24. maja 2017 sprejet v Državnem zboru RS.

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) na osnovi izsledkov slovenskih in tujih raziskav, ki jih navajamo v nadaljevanju, navedenemu predlogu ZOPA-A nasprotuje, medtem ko osnovni Zakon o omejevanju porabe alkohola (ZOPA) podpira vse dokazano učinkovite ukrepe, usmerjene v omejevanje porabe alkohola.

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) uvršča tvegano in škodljivo pitje alkohola med najpomembnejše dejavnike tveganja za breme bolezni in prezgodnjo umrljivost ter povezuje škodljivo rabo alkohola z več kot 200 bolezenskimi stanji, poškodbami in zastrupitvami (4–7). Alkohol je peti najpomembnejši dejavnik tveganja za izgubljena leta zdravega življenja (8). V Sloveniji alkohol predstavlja velik javnozdravstveni in družbeni problem, posledice njegove škodljive rabe pa prizadenejo: posameznika (npr. slabše počutje, poslabšanje zdravja, težave v odnosih in na delovnem mestu, prometne in druge nezgode), njegovo družino (npr. slabši odnosi ali nasilje, težave v duševnem zdravju pri otrocih in drugih bližnjih), širšo okolico (težave na delovnem mestu, konfliktnost v odnosih, nerazumevanje, kriminal) in družbo (slabše zdravje prebivalstva, prezgodnje smrti, izguba prihodka zaradi zmanjšane učinkovitosti, stroški obravnave in zdravljenja, stroški dela policije).

Poleg tega je Mednarodna agencija za raziskovanje raka (International Agency for Research on Cancer – IARC) alkohol (acetaldehid, etanol in alkoholne pijače) uvrstila v isto skupino, kot je uvrstila tobak, tj. v 1. skupino, kamor so uvrščene snovi, ki so raketovorne za človeka (9). Globalno alkoholu pripisljivi raki obsegajo 25 odstotkov z alkoholom povezanih smrti med ženskami in 18 odstotkov med moškimi (10).

Po podatkih SZO so prebivalci Evropske regije SZO, ki vključuje države EU, Norveško in Švico, največji porabniki alkohola na svetu, poraba je v tej regiji dvakrat višja od svetovnega povprečja. Primerjava podatkov SZO glede registrirane porabe alkohola v obdobju 2003–2014 kaže, da ima Slovenija višjo porabo alkohola v litrih čistega alkohola na prebivalca, starega najmanj 15 let in več, v primerjavi z Evropsko regijo SZO in tudi v primerjavi z EU, kar nas uvršča na 5. mesto za Češko, Madžarsko, Estonijo in Romunijo (11). V letu 2015 je registrirana poraba alkohola ponovno porasla glede na leto prej in je znašala 11,5 litra čistega alkohola na prebivalca Slovenije, starejšega od 15 let (12). Pri registrirani porabi 5 litrov čistega alkohola na prebivalca finančna škoda, ki jo ima država zaradi posledic popitega alkohola, preseže koristi, ki jih ima država od prodaje alkohola (13). Škoda in stroški se z večanjem porabe alkohola samo še povečujejo. Poraba čistega alkohola na prebivalca v Sloveniji že desetletja pomembno presega to mejo.

Po umrljivosti zaradi izbranih alkoholnih pripisljivih vzrokov se Slovenija (90,95 smrti na 100.000 prebivalcev) uvršča na 5. mesto med državami EU za Litvo, Latvijo, Madžarsko, Romunijo in Estonijo. Po starostno standardizirani stopnji umrljivosti zaradi kronične jetrne ciroze, ki je v veliki meri posledica tvegane in škodljive rabe alkohola, pa je Slovenija na 4. mestu za Romunijo, Madžarsko in Litvo ter presega povprečje članic EU (14). Tvegana in škodljiva raba alkohola sta zato

pomembna javnozdravstvena problema v evropski regiji in tudi v Sloveniji.

Pomembno dejstvo na področju alkoholne problematike je, da obstajajo učinkoviti ukrepi in politike za zmanjševanje škode. Svetovna zdravstvena organizacija kot dokazano najbolj učinkovite ukrepe predlaga: preprečevanje vožnje pod vplivom alkohola, omejevanje dostopnosti (na primer uvedba licenc za prodajo alkohola, omejen čas in dnevi prodaje, določena spodnja starostna meja za prodajo in pitje), zmanjšanje cenovne dostopnosti alkohola (na primer zvišanje minimalnih davčnih stopenj, določitev minimalne cene alkohola, prepoved akcijskih in promocijskih cen, dodatno obdavčitev za mešane gazirane alkoholne pijače), omejevanje tržnega komuniciranja alkoholnih pijač, povečevanje odgovornosti strežnega osebja, zgodnjo prepoznavo in obravnavo tveganih pivcev, zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj ter drugih bolezni in stanj zaradi pitja alkohola.

Tako kot druge evropske države, tudi Slovenija izvaja različne aktivnosti za zmanjševanje škode zaradi alkohola, ki obsegajo več različnih področij: od zakonodajnih ukrepov (cenovna in fizična dostopnost alkohola, oglaševanje ...), obveščanja, izobraževanja in ozaveščanja, ukrepov v zdravstvu, na področju vožnje in prometa, v delovnih okoljih, lokalnih skupnostih, do spremljanje in poročanje o porabi alkohola, pivskem vedenju različnih populacijskih skupin in škodi zaradi alkohola. Najpomembnejši zakonodajni instrument na tem področju je Zakon o omejevanju porabe alkohola (ZOPA) iz leta 2003, ki je med drugim prepovedal ponudbo in prodajo alkoholnih pijač na športnih prireditvah. Prepoved rabe alkohola na športnih prireditvah je ukrep, ki sodi med ukrepe omejevanja dostopnosti alkohola, ki se je izkazal kot učinkovit ukrep alkoholne politike. Po podatkih SZO imajo države prepoved rabe alkohola na športnih prireditvah urejeno na različne načine, nekatere z delnimi prepoved-

mi, druge s popolnimi prepovedmi na ravni celotne države. Glede na podatke globalnega informacijskega sistema SZO za področje problematike alkohola imajo med 28 državami članicami 4 države popolno prepoved prodaje in ponudbe alkoholnih pijač na športnih prireditvah, 14 držav ima delne prepovedi, 7 držav ima prostovoljne prepovedi ali samoregulacijo, le 3 države pa nimajo nikakršnih omejitev (15).

Raziskave kažejo, da večja dostopnost alkohola pomeni večjo porabo alkohola, to pa vodi v več škodljivih posledic rabe alkohola. Poleg zdravstvenih in družbenih posledic, ki jih ima pitje alkohola, bi slednje pomenilo tudi večjo finančno obremenitev za državo, v smislu večjega bremena tvegane in škodljive rabe alkohola (npr. slabše zdravje prebivalstva, obolevnost, izguba prihodka zaradi zmanjšane delovne učinkovitosti, višji stroški obravnave, zdravljenja in rehabilitacije, višji stroški dela policije, višji zavarovalniški stroški) (16). Prodaja alkohola na športnih prireditvah bi poleg tega, da bi povečala dostopnost alkohola, pomenila tudi korak nazaj v prizadevanjih strokovne javnosti k oblikovanju ustrežnejšega odnosa do alkohola v naši družbi, ki pa je še vedno problematičen.

Šport namreč povežemo predvsem z zdravjem, tudi z močjo, hitrostjo, zmogljivostjo, vzdržljivostjo, mladostjo. Alkoholna industrija svoje izdelke velikokrat predstavi v kontekstu pozitivnih lastnosti športa. Povezovanje zdrave dejavnosti, kot je šport, z nezdravim izdelkom, kot je alkohol, povzroči, da se človeku zdi izdelek manj nezdrav in bolj sprejemljiv in normalen. To ustvarja kulturo, kjer otroci in mladi dojemajo pitje alkohola kot normalno, kot del vsakdanjega življenja in ga vidijo kot nekaj, kar je povezano z zabavo, športom in športnimi uspehi (17).

Prodaja alkohola na športnih prireditvah bi zato pomenila vzpostavitev in okrepitev pozitivnega odnosa med pitjem alkohola in športom, pri čemer raziskave kažejo, da odnos

družbe do alkohola pomembno vpliva na porabo alkohola (18).

Poleg tega je športno dogajanje vedno povezano s čustvi, ki jih gledalci in navijači delijo z igralci. V takšnih okoliščinah smo ljudje veliko bolj dovzetni za ustvarjanje čustvenih povezav z izdelki, ki jih takrat uživamo (npr. določena znamka alkoholne pijače), saj jih povezujemo s pozitivnimi čustvi, ki so povezana s športnim dogodkom. Zato ne preseneča podatki, da je eden izmed ključnih elementov marketinških načrtov alkoholne industrije ravno sponzorstvo v športu in prisotnost na športnih dogodkih (19), saj, kot kažejo tudi številne raziskave, je pitje alkohola povezano z izpostavljenostjo trženju alkohola v obliki sponzoriranja športnih dogodkov (20).

Športna prizorišča in dogodki so kraji, na katerih so poleg odraslih prisotni tudi otroci in mladoletni. Za mlade je to priložnost za opazovanje vedenja staršev in drugih odraslih, saj se na ta način učijo družbenih navad. V primeru, ko odrasli pijejo alkoholne pijače, otrokom pošiljajo sporočilo, da je pitje alkohola sprejemljivo, celo zaželeno, da je del vsakdanjega življenja in druženja. Tako mladi do alkohola razvijajo bolj toleranten odnos. Znano je, da takšni mladostniki prej začnejo piti alkohol in ga uživajo v večjih količinah (21).

Ob tem ne smemo pozabiti na priporočila SZO in Evropske komisije, da otroke in mladoletne zaščitimo pred škodljivimi učinki alkohola, saj pitje alkohola predstavlja velik problem med mladostniki, še posebej med tistimi, ki živijo v okolju, ki ima do alkohola zelo permisiven odnos in kjer je alkohol lahko dostopen. Mladostniki so za razvoj škodljivega pitja alkohola zaradi svojih razvojnih sprememb, predvsem dozorevanja možganov, ki se dogaja v času mladostništva, bolj ranljivi (22, 23). Ravno zaradi te večje ranljivosti velja zdravstveno priporočilo, naj mladi alkohola ne pijejo (24).

Nevarnost sprejetega zakona, ki omogoča prodajo in ponudbo alkohol-

nih pijač z vsebnostjo manj kot 15 volumenskih odstotkov alkohola na športnih prireditvah, je tudi v povečanem tveganju za pojave nasilnega vedenja, saj alkohol vpliva na zmanjšanje inhibicije (smo bolj samozavestni, zgovorni, sproščeni) in na povečanje agresivnosti. Določen delež športnih navijačev, glede na izsledke raziskav, pije več kot ostali, hkrati pa kažejo agresivno in destruktivno vedenje. V okoljih, kjer je prisotna močna skupinska identiteta, kot je na športnih prizoriščih, se ta negativna vedenja lahko še okrepijo. Zato so v povezavi s pitjem alkohola bolj pogosti pretepi, vandalizem, verbalni in fizični napadi, nasilje in posledično tudi ukrepanje policije (25–28). Ob tem želimo poudariti, da alkoholne pijače, ki vsebujejo manj kot 15 volumenskih odstotkov alkohola, niso bolj varne kot pijače z višjo vsebnostjo alkohola. Za učinke alkoholnih pijač je odgovoren etanol (čisti alkohol) in le-ti so povezani s popito količino čistega alkohola. Enaka količina čistega alkohola se nahaja v 1 dl vina ali 2,5 dl piva ali 0,3 dl žgane pijače.

V sprejemanju učinkovitih ukrepov alkoholne politike Slovenija zaostaja za najnaprednejšimi državami v Evropi in se med 29 evropskimi državami glede obsega uvedbe učinkovitih ukrepov uvršča na 16. mesto, medtem ko je po obsegu posledic zaradi škodljive rabe alkohola v samem evropskem vrhu (29). Za doseganje najboljših učinkov zakonodaje, usmerjene v omejevanje porabe alkohola ter preprečevanje škodljivih posledic, je treba ukrepe nadgrajevati in zagotavljati njihovo ustrezno izvajanje. Zato NIJZ podpira ohranjanje in uvajanje dokazano učinkovitih dodatnih ukrepov omejevanja dostopnosti do alkohola zaradi razširjenosti rabe alkohola v Sloveniji. Pri tem NIJZ opozarja, da aktualni predlog ZOPA-A, ki dovoljuje ponudbo in prodajo alkoholnih pijač na športnih prireditvah, ne sledi ukrepom in priporočilom, ki imajo za cilj zaščititi zdravje prebivalcev Slovenije, in bi pomenil korak nazaj na področju

prizadevanj za zmanjševanje škode, povezane z rabo alkohola. Kljub navidezno visoki donosnosti od prodaje alkohola ima večja dostopnost alkohola, skupaj s povečano porabo, izrazito negativne posledice za družbo v celoti (25).

Med preventivnimi ukrepi podpiramo športno udejstvovanje, a brez alkohola. Nesprejemljivo je, da povečujemo finančne prilive športnim organizacijam z dobičkom od prodaje alkohola na način, da se zmanjšuje ali ukinja dokazano učinkovite ukrepe, usmerjene v omejevanje porabe alkohola. Finančno poslovanje športnih organizacij mora biti urejeno na druge načine, take, ki ne bodo imeli škodljivih posledic za zdravje.

Priporočila SZO, ki jim velja v prihodnosti slediti, so med drugim učinkovit nadzor nad izvajanjem obstoječih ukrepov in proučevanje možnosti uvedbe dodatnih ukrepov za zmanjševanje števila prodajnih mest za alkoholnimi pijačami. Nasprotno pa sprejem zakona, ki bi dovoljeval prodajo alkohola na športnih prireditvah in s tem večal število prodajnih mest, pomeni skrb vzbujajoč korak nazaj. Omogoča namreč večjo dostopnost alkohola in posledično še večje tveganje za njegove škodljive učinke, ne le med odraslimi, pri kateri bodo prevladovali kratkoročni učinki (npr. opitost, nasilje, vožnja pod vplivom alkohola), ampak tudi med otroki in mladostniki, ki pa bodo izpostavljeni tako kratkoročnim (npr. žrtve nasilja, poškodbe, udeleženci v prometnih nezgodah zaradi vožnje pod vplivom alkohola ...) kot tudi dolgoročnim učinkom (pozitivne misli in izkušnje glede povezovanja športnih dogodkov in alkoholnih pijač, utrjevanja vzorcev problematičnega pitja alkohola, pozitivno pogojevanje glede izbora določenih znamk alkoholnih pijač).

Poleg tega, kot kažejo javnomnenjske raziskave, prebivalci Slovenije v veliki meri podpirajo ukrepe za omejevanje porabe alkohola. 90 odstotkov prebivalcev podpira obstoječo prepoved prodaje in ponudbe alkoholnih pijač mladoletnim in

opitim ter prepoved prodaje in ponudbe alkohola npr. v šolah, med športnimi prireditvami in na delovnem mestu (30). Več kot 60 odstotkov prebivalcev Slovenije prodaje alkohola na športnih prireditvah ne bi dovolilo (31).

Čas bo pokazal, kakšen bo dodaten strošek posledic sprejetja predloga ZOPA-A za davkoplachevalce (npr. preventivne akcije v okolici športnih prireditev, usmerjene v nadzor vožnje pod vplivom alkohola, v primerih izbruhov nasilja dodatne intervencije policije) ter kakšno bo breme bolezni in umrljivosti iz tega naslova, še posebej, če država sedaj ne bo vzporedno sprejela dodatnih ukrepov, ki bi izničili posledice ponudbe in prodaje alkohola na športnih prireditvah.

#### Literatura:

1. Zakon o omejevanju porabe alkohola – ZOPA (2003) <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/41062> (dostop 25. 5. 2017)
2. Odbor za zdravstvo. P o r o č i l o K Predlogu zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o omejevanju porabe alkohola (ZOPA-A) – skrajšani postopek, EPA 416-VII. [http://www.ds-rs.si/sites/default/files/dokumenti/5\\_tockaporocilo\\_odbora\\_za\\_zdravstvo\\_zopa-a\\_epa\\_416-vii.pdf](http://www.ds-rs.si/sites/default/files/dokumenti/5_tockaporocilo_odbora_za_zdravstvo_zopa-a_epa_416-vii.pdf) (dostop 25. 5. 2017)
3. Odbor za zdravstvo. P o r o č i l o K Predlogu zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o omejevanju porabe alkohola (ZOPA-A) – skrajšani postopek, EPA 1829-VII. <http://imss.dz-rs.si/imis/01de3e15c7395935c5b9.pdf> (dostop 25. 5. 2017)
4. Anderson P. The monitoring of the State of the World's drinking: what WHO has accomplished and what further needs to be done. *Addiction* 2005;100:1751-4.; World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Geneva: World Health Organization, 2011.
5. WHO. Global status report on alcohol and health. Luxembourg, 2014. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1) (dostop 25. 5. 2017)
6. Svetovna zdravstvena organizacija. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene. 10. Revizija (1. Knjiga, 2. Izdaja). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2005.
7. Lovrečič B. Alkohol in rak. *Isis* 2016, 25(4): 39-42.
8. Lim et al. *Lancet*, 2012; 380: 2224-60, corrected.
9. International Agency for Research on Cancer. A review of human carcinogens.

Part E: Personal habits and indoor combustions. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, vol 100 Lyon: IARC,

10. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans: A Review of Human Carcinogens: Personal Habits and Indoor Combustions. Vol 100E. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2012.
11. Lovrečič B, Lovrečič M. Ocena zdravstvenih posledic tveganega in škodljivega pitja alkohola v Sloveniji v obdobju 2000-2010. V: Zorko M et al, eds. Alkohol v Sloveniji Trendi v načinu pitja, zdravstvene posledice škodljivega pitja, mnenja akterjev in predlogi ukrepov za učinkovitejšo alkoholno politiko. Ljubljana: NIJZ, 2014.
12. Lovrečič B., Lovrečič M. Poraba alkohola in zdravstveni kazalniki tvegane in škodljive rabe alkohola v Sloveniji, 2015. NIJZ, 2017. Neobjavljeno.
13. Global Status Report on Alcohol, 1999. [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/en/GlobalAlcohol\\_overview.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/GlobalAlcohol_overview.pdf)
14. WHO Europe, European HFA Database, <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-family-of-databases-hfa-db> (dostop 25. 5. 2017)
15. GISAH - Global Information System on Alcohol and Health. Sneto s svetovnega spleta: 22.5.2017: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1190?lang=en&shwonly=GISAH> (dostop 22.5.2017)
16. Babor TF, Ceatano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K et al. Alcohol: no ordinary commodity. Research and Public Policy. Second edition. Oxford: Oxford University Press, 2010.
17. Alcohol Action Ireland – Submission to the working group on regulating sponsorship by alcohol companies of major sporting events.
18. O'Callaghan F V, Chang D C, Callan V J, Baglioni A. Models of alcohol use by young adults: an examination of various attitude-behavior theories. *Journal of Studies on Alcohol*, 58(5), 502–507 (1997).
19. Scientific Opinion of the Science Group of the European Alcohol and Health Forum: Does marketing communication impact on the volume and patterns of consumption of alcoholic beverages, especially by young people? – A review of longitudinal studies. 2009
20. Brown K. Association Between Alcohol Sports Sponsorship and Consumption: A Systematic Review. *Alcohol and Alcoholism*, 2016, 51(6), 747–755.
21. de Bruijn A, Tanghe J, Bujalski M, Celata C, Gosselt J, Schreckenber D, et al. Report on the impact of European alcohol marketing exposure on youth alcohol expectancies and youth drinking. 2012.
22. Bava, S. in Tapert, S.F. (2010). Adolescent Brain Development and the Risk for Alcohol and Other Drug Problems.

- Neuropsychological Review, 20, 398–413.
23. Lovrečič B. Možgani mladostnikov in alkohol. *Isis* 2014, leto 23(7): 16-18.
24. Lovrečič B. Ranljivosti mladostnikov in razvoj zasvojenosti: od genov do dozorenja možganov. *Isis*, 2016, letn. 25(7): 29-33.
25. Examining the Financial Impact of Alcohol Sales on Football Game Days: A Case Study of a Major Football Program. Kelly Huang and Marlene A. Dixon, University of Texas at Austin.
26. Nelson, T.F., & Wechsler, H. (2003). School spirits: Alcohol and collegiate sports fans. *Addictive Behaviors*, 28(1), 1-11. doi:10.1016/S0306-4603(01)00296-9 NFL teams implement fan code of conduct. (n.d.). <http://www.nfl.com/news/story?id=090005d809c28f9&template=without-video&confirm=true> (dostop 25. 5. 2017)
27. Rees, D.I., & Schnepel, K.T. (2009). College football games and crime. *Journal of Sports Economics*, 10(1), 68–87. doi:10.1177/1527002508327389
28. Glassman, T., Werch, C.E., Jobli, E., & Bian, H. (2007). Alcohol-related fan behaviour on college football game day. *Journal of American College Health*, 56(3), 255-260. doi:10.3200/JACH.56.3.255-260
29. Alkoholna politika v Sloveniji - Priložnosti za zmanjševanje škode in stroškov. Ljubljana, NIJZ: 2016. [http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/alkoholna\\_politika\\_v\\_sloveniji\\_priloznosti\\_za\\_zmanjsavanje\\_stroškov\\_in\\_skode\\_f.pdf](http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/alkoholna_politika_v_sloveniji_priloznosti_za_zmanjsavanje_stroškov_in_skode_f.pdf) (dostop 25. 5. 2017)
30. Ministrstvo za zdravje RS. Raziskava javnega mnenja o podpori ukrepom na področju tobaka in alkohola. Ljubljana: MZ, 2014.
31. Delo stik, spletna raziskava, 15.-16. marec 2017.

## Uspešen sprejem napredne tobačne zakonodaje

*Zakon o omejevanju uporabe tobačnih in povezanih izdelkov, s pogledom naprej: ali bo v letu 2017 vendarle napočil čas, da Zdravniška zbornica Slovenije in Slovensko zdravniško društvo glasujeta o slovenski Generaciji brez tobaka?*

Luka Šolmajer, mag. farm., Evropska zveza za preventivo kajenja in tobaka  
[lukasolmajer@hotmail.com](mailto:lukasolmajer@hotmail.com)

V preteklih objavah v reviji *Isis* novembra 2014 in junija 2016 sem pozval Zdravniško zbornico Slovenije (ZZS) in Slovensko zdravniško društvo (SZD) k posnemanju zgleda naprednih držav Evrope: tako britansko (2014) kot norveško (2016) zdravniško združenje sta že izglasovali pobudo Generacija brez tobaka. Zakaj Slovenija ne bi bila med naprednimi državami? S sprejetim Zakonom o omejevanju uporabe tobačnih in povezanih izdelkov (ZOUTPI) v letu 2017 se je zgodil velik preskok. Slovensčina je bila npr. za angleščino in francoščino celo tretji jezik, v katerega je bila prevedena prelomna knjiga *Zlati holokavst*.

Kot je bil pojasnjen ta logični ukrep: po določeni letnici se novim generacijam ne bo več prodajalo tega *načrtno izjemno škodljivega izdelka*. Če citiram stanfordskega profesorja Proctorja: *Cigareta je defekten izdelek, namenoma zasnovan tako, da je bolj nevaren, kot bi bilo potrebno; je kot avto brez zavor, kot jašek brez pokrova itd.* Proctor je retorično

zelo jasen: cigareta je najsmrtonosnejši izdelek v zgodovini človeštva. Od začetka do konca je polna prevar: od filtra, ki ničesar ne filtrira, laserskih luknjic za prevaro merjenih količin nikotina in katrana – do kompleksne in zlonamerne kemijske obdelave za povečanje zasvojljivosti izdelka. Ta industrija zarotniško taji škodljivost, načrtno spodbuja dvom v katastrofalne posledice in nas navaja na njih kot na nekaj neizogibnega – že sedem desetletij (1).

V zadnjem letu se je na tem področju precej dogajalo: Kraljevini Butan (2004) se je kot drugi pridružil Turkmenistan (2016) in končal legalno prodajo tobaka. Februarja 2017 so v Rusiji ne le podprli Generacijo brez tobaka v zdravniški stroki, ampak o tej odločitvi že glasovali v Dumi: šlo bi za zadnjo letnico tobačne generacije – 2013, z letnico rojstva 2014 bi končali tobačno epidemijo. Tekma za ugled in prestiž med državami pri sprejetju ključnih zakonov je torej že v polnem teku. Sicer ruski poslanci Generacije brez tobaka na

koncu žal niso izglasovali (niti slovenski mediji poročali o tem, mimogrede!), vendar je razvoj dogodkov kljub



*Izigrevanje zakonodaje – prepoznavna tobačna znamka. 90 odstotkov kadilcev obžaluje dejstvo, da kadijo.*

temu pomenljiv. Pilotni avstralski projekt poteka tudi na Tasmaniji. Spomnil bi, da imajo številne države že določeno letnico za družbo brez tobaka – Irska in Nova Zelandija že z 2025, Norveška z 2032 itd. Stroka je ugotovila zanimiv paradoks, da javno mnenje precej bolj podpira ukinitve tobaka (kar na skrivaj že dolgo pričakuje celo tobačna industrija sama) kot t. i. »strokovnjaki« tega področja. V tem smislu bi morali tudi v Sloveniji ne le narediti to simbolično ter resno mišljeno izjavo, ampak doseči, da zdravstvena stroka ne bo več pretežno pasivni opazovalec te preprečljive katastrofe, kot je bila zadnjih 70 let. Z novim vodstvom ZZS je seveda prišlo novo upanje.

## Izjemen napredek Slovenije na tem pomembnem področju – in novi cilji

Slovenija je v letu 2017 odločneje stopila na pravo pot: po izidu knjige Zlati holokavst v 2016 in številnih odmevih je tudi slovenski parlament z zakasnitvijo v letu 2017 sprejel bolj ambiciozno zakonodajo na področju tobaka. Sprejeti so številni delni ukrepi, popolna prepoved oglaševanja in razstavljanja, vključno z enotno embalažo (žal z odlogom do leta 2020), kljub močnemu lobiranju in nasprotovanju, ki še traja. Zanimivo je tudi, da v tem trdem boju zelo uspešna ekipa ministrice za zdravje, gospe Milojke Kolar Celarc, pri nas ni dobila praktično nobenega priznanja zdravniške stroke za ukrepe, ki bodo rešili veliko življenj. 31. maja, na svetovni dan brez tobaka, ji je Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) svečano podelila prestižno priznanje. Vse čestitke! A o tem v Sloveniji niti besede ... Ko gre za dobičke zavarovalnic, razprave o privatizaciji zdravstva ali ko je treba ministrico česa obtoževati (prim. Možina, dr. med., jo je obtožil celo odgovornosti za umor) ali vseprek blatiti, je bilo teh glasov

značilno mnogo več. A vendar tudi vse sprejeto še ne zagotavlja uspeha, saj poznamo večno izigravanje zakonodaje, npr. leta 1996 s kajenjem v gostinskih obratih ali od leta 2007 dalje z namernim protizakonomnim prodajanjem mladoletnim osebam. Vse izvore promoviranja kajenje bi morali dosledno ustaviti.

Omenil bi že prvi precedens takoj po sprejemu zakonodaje: najeti lobisti in tobačna industrija so z dobro znanimi metodami vrnilo kajenje na odre. Ugotavljam, da niti ena zdravniška organizacija ni resneje protestirala (le nekatere mreže nevladnih organizacij ter Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) in Ministrstvo za zdravje RS – pa še to ne z ustrežno ostrino). Prisotni na Odboru za zdravstvo so nudili bistveno več odpora vračanju alkohola na športne prireditve. Razlogi so meni nedoumljivi (2, 3).

Vso pozornost bi morali zdaj nameniti predvsem celovitim ukrepom, ki sem jih že navajal v reviji Isis: 1. dvigu pH dima na 8, 2. znižanju nikotina na raven, ki ne zasvoji (0,4–0,5 mg na cigareto po N. Benowitzu), 3. Generaciji brez tobaka (to bo vodilna tema srečanja SZO v letu 2018) in 4. prepovedi proizvodnje in prodaje tobačnih izdelkov (4).

A kdo bo to zahteval? Društva bolnikov, zdravniške organizacije ali kdo drug?

## Največja je odgovornost zdravniške stroke

Od nekdaj sem verjel, da je velika večina zdravnikov, če ne vsi, izjemno predana svojemu poklicu oz. ne le poklicu – dejansko bolj načinu življenja. Zdravniška stroka nosi ogromno odgovornost, saj v največji meri lahko poskrbi za oz. odloča o zdravju prebivalstva. Neredko pride tudi do urgentnih, kočljivih situacij, ki zadevajo preživetje bolnikov, in s tem povezanih etičnih odločitev. Zdravniki se spopadajo tudi z vso težo neugodnih razpletov, pritiskov svojcev in po

novem novinarjev. Iz tega, po mojem mnenju, izhajajo zasluženi privilegiji in časten položaj v družbi, ne glede na to, kaj pišejo v medijih. Menim, da ni nikoli prišlo do tega, da bi zdravniška stroka kolektivno pozabila na svojo odgovornost do bolnikov. To pa ne velja nujno za vodilne, za tiste, ki v njihovem imenu nastopajo v medijih, za tiste, ki krojijo zdravstvene strategije. Ali se pri tem misli tudi na bodoče bolnike, ali zdravniška empatija vključuje tudi te? To so prav te *naslednje generacije* – bodo imele pred vsako šolo še naprej trafike s trdo drogo, kot do sedaj, ali pa bo ta nesmisel končno le odpravljen? Srčno rad bi odgovoril, da bo kmalu konec tega nesmisla, a imam težave pri pojasnjevanju, zakaj krovne zdravniške organizacije bolj ali manj ignorirajo tobačno katastrofo. Za razliko od kolegov v številnih naprednih državah, na kar se je že dvakrat nanašal moj (do zdaj neuslišani) poziv v reviji Isis. Na prva poziva so se odzvali vsaj v SZD, sicer nekoliko nejasno, zagnano, v ZZS, ko jo je vodil prim. Možina, pa sploh ne. Upam, da bo tokrat drugače. To je moj tretji in zadnji javni poziv v zdravniških glasilih. Več na ta način žal ne morem narediti; bo pa treba o tem kasneje – če spet, torej niti tretjič ne bi bilo prave reakcije, kljub novemu vodstvu ZZS – povedati v najbolj branih medijih.

## Medijsko poročanje

Če pogledamo medijsko (ne)poročanje o tej temi, postane takoj jasno, da je velik del problema tam. S strani ZZS za zdravstveno poročanje nagrajena novinarka Diana Zajec zaradi nekaterih odličnih člankov (5, 6) ni bila preveč ljuba vodilnim v Delu in pred kratkim je tam dala odpoved. Njej v podporo se ni oglasil nihče. To zelo jasno govori o negativni selekciji, ki vlada v številnih medijih. Zdaj tam pišejo drugi pisci, ki imajo stalne propagandne rubrike o čudežnih učinkih konoplje, za Delo redno pišejo dvoumna društva, ki zmanjšujejo

škodo zaradi drog (in jih na nedvoumen način propagirajo, zlasti marihuano), prostor dajejo vsakemu, ki kritizira napredno zakonodajo na področju tobaka: svojim kolumnistom, gledališčnikom, estradnikom ipd. Njihova usmeritev pri poročanju o tej temi je izrazito proti javnemu interesu. A tako ni le v (tobaku naklonjenem) Delu. Nobene od novic o zgoraj omenjenih glasovanjih British Medical Association, Norwegian Medical Association, o prenehanju prodaje cigaret v Turkmenistanu, o izjemni študiji Alexandrova in sodelavcev, ki povezuje mutacije DNA zaradi kajenja s posameznimi raki (7), nismo mogli izvedeti iz naših medijev, ne javnih, ne zasebnih, niti STA. Očitno gre za sistematično izpuščanje novic, za pravo *omerto*. A številni vodilni zdravniki očitno brez večjega pomisljanja pišejo v kolumnah in dajejo intervjuje za te iste medije ter jim s tem podeljujejo nezasluženo verodostojnost. No, morda se odgovor skriva v tem, da vendarle opozarjajo na določene probleme s svojih področij; je pa vprašanje, ali je sodelovanje s takšnimi mediji tega vredno in etično sprejemljivo.

## Vključitev ciljev zmanjševanja rabe tobaka v državne programe – kdaj vendar?

In še nekaj je: ne gre le za Generacijo brez tobaka. Vse to nerazumljivo podcenjevanje problema tobaka, ki zahteva 10 življenj vsak dan, ki zadeva srčno-žilne bolezni, raka, pljučne bolezni, sladkorno bolezen ter številna druga področja, bi morali sistematično popraviti. Zakaj niso v Državnem programu obvladovanja raka in drugod zapisani jasni cilji glede kajenja, zakaj vse do sedaj Slovenija ni dobila državnega programa obvladovanja in preprečevanja pljučnih bolezni (ima pa jih za področja raka, srčno-žilnih bolezni, sladkorne bolezni), niti to ni v načrtu? Odgovor



Otroški nasmehi na trafikah, 2017.

cinika bi bil: ker bi morali imeti jasne cilje pri zmanjševanju rabe tobaka, ker se pri postavljanju jasnih, merljivih ciljev in spremljanju tega napredka svoji odgovornosti ne bi mogli več v nedogled izogibati.

Pri ugibanju o izvorihi vsega tega je treba poseči tudi v zgodovino. Zakaj vedno znova slišimo izraze za kajenje: navada, razvada, pregreha itd. – ne pa edinega pravilnega izraza: močna zasvojenost? Del odgovora je v tem, da se je ta napačen izraz prikradel v poročilo zdravstvenega ministra ZDA že v letu 1964, saj ga je vsilil en sam tobačni krt – M. Seevers. A oni se ves čas zavedajo kritičnega dejstva, ki spremeni dojemanje problema: z ramen vsakega potrošnika se odgovornost prenese na v resnici odgovorno tobačno industrijo. In ta velika, zlonamerna napaka se vedno znova pojavlja, celo pri kakšnem površnem strokovnjaku. Nauk je torej, da je tudi še tako absurdno trditev težko odstraniti iz kolektivne rabe, zlasti če to na skrivaj podpihuje zainteresirana in finančno vplivna industrija.

Zakaj se pri nas celo v stroki še vedno govori o tobaku kot *dejavniku tveganja* za raka in ne kot o *vzroku* za najmanj 20 vrst raka? Kdaj nekaj postane *vzrok* ali *le dejavnik tveganja*? Kriteriji Bradforda Hilla so povsem jasni in vsi izpolnjeni – vseh 9! No, dodal bi še detajl, da se je eden izmed vodilnih funkcionarjev v slovenskem javnem zdravju izobraževal v Veliki Britaniji pri Hansu Eysencku, vodji zloglasnih prikritih tobačnih projektov Cosmic. In tako se prav preko vpliva zloglasnega Hansa Eysencka v Sloveniji uveljavi zanikanje vzročne zveze – kajenje za del stroke postane *le še dejavnik tveganja* (8). Ali ni ta ključna (predvsem logična) napaka zdaj v vseh možnih medicinskih knjigah, na vseh predavanjih študentom medicine? Zdaj je skrajni čas, da se takšne, ne ravno slučajne in nepomembne napake sistematično popravi. Ustvarjal se je celo dvom v povezavo kajenje – pljučni rak (in s tem seveda tudi v vse drugo). Celopozorila na škaticah naj bi bila za visokega javnozdravstvenega funkcionarja neetična? Kadilci,

čeprav so močno zasvojeni, naj se kar sami odločajo, naj ne bodo diskriminirani – in to leta 1994, ko je bilo še vsepovsod zakajeno ...

Znana pulmologinja je pred kratkim v nekem tedniku relativizirala povezavo med kajenjem in pljučnim rakom. Navedla je podatke, da pri njej do(?) 7 od 10 bolnikov s pljučnim rakom kadi – to je res nenavadno nizka številka. Zato pa vehementno poziva k presejalnemu programu za pljučnega raka ... Profesor patološke fiziologije na medicinski fakulteti študentom o kajenju redno predava kot o hedonizmu, nasladi, iskanju užitkov ipd. Zamolči pa dejstvo, da skoraj 90 odstotkov kadilcev obžaluje dejstvo, da kadijo. Določeni strokovnjaki za zasvojenost redno govorijo o 10 odstotkih zasvojene populacije. Mislijo s tem le prepovedane droge in alkohol, na nikotin in cigarete pa očitno popolnoma pozabijo ali zanje sploh ne vedo? To žal niso osamljeni primeri. V mojih očeh gre za milijon in eno izdajstvo bolnikov.

In še to bi dodal: v zvezi s tobačno zakonodajo je bil opazen skorajda popoln molk celotne Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik in vodilnih pulmologov. Ne najdem praktično nobene vidne podpore zakonodaji z njihove strani, sem ter tja kakšno zgolj simbolično izjavo, z izjemo dr. Zidarnove. Imajo ti zdravniki kaj empatije do bodočih bolnikov ali jih to ne zadeva?

Tako pridemo do teh trditev in prav te so žal v zadnjih 20 letih prevladovale v vseh izobraževalnih čtvih, pa tudi v pomembnih javnih nastopih strokovnjakov. Je potem kaj čudnega, da manj medicinsko podkvano prebivalstvo tega problema do danes ne razume dobro? V letu 2017 ne bi smel nihče več tako govoriti. Končno bi morali priznati temu področju pomen, ki ga ima za zdravje ljudi, in narediti pozitivno kadrovske selekcije. Ali ni že zdavnaj nastopil čas, da bi pri tej temi tudi v stroki zapihal nov veter – natančne retorike, znanosti in posle-

dično uresničenja volje ljudi? Zdaj je čas za znanost brez korupcije in za življenje brez nepotrebne ter popolnoma nesmiselne zasvojenosti.

## Škandal brez primere: tobačniki po novem v vrhu Društva onkoloških bolnikov

In kdo je poleg zdravnikov sploh lahko tisti, ki bo zahteval spremembe v zvezi s prodajo cigaret? To bi lahko bili informirani novinarji, še bolj pa društva bolnikov, ki imajo ugled in moralno avtoriteto. In v praksi? Podpredsednica Društva onkoloških bolnikov je 28. marca 2017 postala Breda Brezovar Goljar, dolgoletna direktorica Tobačne Ljubljana, podjetja, ki zakrivi daleč največ smrti zaradi raka v Sloveniji. Človek ostane brez besed nad to *banalnostjo zla*. To ni moja formulacija, uporabil jo je znameniti Amos Hausner, sin Gideo-

na Hausnerja, ki je vodil sloviti proces proti Eichmannu. Torej nekdo, ki te besede previdno in premišljeno uporablja. A. Hausner je prepričan (to tudi sami slutimo), da bodo tobačni menedžerji nekoč obsojeni zločinov proti človeštvu (9). V reviji Zarja, ki je za naše medije presenetljivo objavila dokaj prodoren članek o cigaretah in tobačni industriji (10), lahko vidimo le nekoliko kasneje, dobesedno v tobačnem PR-članku novinarja Jureta Aleksiča (in to ni prvi njegov tovrsten prijem) Goljarjevo v tesnem objemu z dolgoletno predsednico tega uglednega društva, prim. Marijo Vegelj Pirc, dr. med. No, to je eden od objemov, ki si jih ne bi želeli nikoli več videti ... Je v ozadju kakšna tobačna donacija društvu? Niti pomisliti ne želim na to razlago (11).

Namesto nadaljnega komentarja si lahko kar izračunate, približno koliko ljudi ima omenjena oseba na vesti zaradi raka. Tovrstno sodelovanje je popolnoma nesprejemljivo in društvo bi moralo takoj ukrepati, ali pa je treba takšno društvo izobčiti ter



Sodelovanje, ki ga ne bi smelo biti.

prenehati javno financirati. Treba se je pa vprašati, kakšno je mnenje o tem in siceršnja vloga nekaterih drugih, ki soodločajo o strategiji do tobaka: piscev Državnega programa za obvladovanje raka (DPOR), vodstva Zveze slovenskih društev za boj proti raku, Društva pljučnih bolnikov, Sekcije za preventivno medicino SZD, vodstva NIJZ itd. Treba se je tudi vprašati, ali se sploh resno in odgovorno ukvarjajo s tem vprašanjem. Pogosto se zdi, da se enostavno sprenevedajo glede lastne odgovornosti in razsežnosti posledic kajenja.

A zakaj bi tobačna menedžerka sploh prevzemala vidno vlogo v tem društvu (najbrž se kljub vsemu tudi oni zavedajo tveganosti le-tega), če ne zato, da jih odvrta od kakšne zahteve in podpore pri tobačni zakonodaji? Zakaj, če ne zato, da preprečuje, da bi imela preventiva kajenja eno najpomembnejših vlog pri primarni preventivi raka v DPOR, h kateri to društvo prispeva? To ni cinično in potencialno razmišljanje, to je njihova že ničkolikokrat dokazana strategija. Da bi se uvajalo ne- -vem-koliko sekundarnih programov (že za odkrivanje rakov zaradi kajenja bi jih potrebovali najmanj 20), namesto da se odpravlja prvi preprečljivi vzrok za nastanek raka. Nevednost nikogar ne opravičuje! Treba bo pogledati pod prste vsem društvom bolnikov, ki so morda ravno tako okužena. Gre za to, ali se sploh zavzemajo za interes bolnikov, ali pa imajo v mislih kakšne povsem druge cilje.

## Slovenija brez tobaka 2030

Trdno verjamem, da bo Slovenija najkasneje z letom 2030 uspešno odpravila problem tobaka (tako kot azbesta v 2004) in bo do takrat našla trajno, logično rešitev (od številnih), ki ne bo nikogar prizadela, razen najbolj brezvestnih dobičkarjev. Pri odpravljanju azbesta je pred leti v okviru tedna boja proti raku prof. Remškar povedal, da so bili v 70. letih dokazi za prepoved azbesta dovolj jasni, a jo je politika takrat preprečila zaradi proizvodnje v Anhovem ipd. Morda je tudi zdravniki – verjetno iz oportunitizma, saj so bili časi drugačni – niso dovolj glasno zahtevali ..., zato za mnoge tragična 25-letna zamuda. Ali je tudi zdaj zelo podobno, le da je zamuda večja, da tobak zahteva dva reda velikosti več žrtev in je v primerjavi z azbestom še manj uporaben? Slovenija sicer ne bo prva na svetu, Kraljevini Butan in Turkmenistanu je že uspelo, vendar bi še vedno lahko bila med prvimi. Proizvodnje te smrtonosne industrije zdaj pri nas sploh nimamo(!), kar je izjemno ugodna okoliščina, imamo le še maloštevilne preprodajalce te trde droge, dobrih 100. Kroničnih bolnikov zaradi posledic kajenja pa je več kot 100.000. Slovenija brez tobaka je do leta 2030 povsem realistično dosegljiva, pod pogojem, da bo več akterjev v vrhu slovenskega zdravstva upravičilo svoje poslanstvo. Zdaj se bo videlo, ali se bo nadaljeval *status quo*, ali bodo slovenske krovne zdravniške organizacije le glasovale o Generaciji

brez tobaka. Bodo zdravniške organizacije zdaj vendarle prevzele vso odgovornost varuhov zdravja? »Odgovor, prijatelj moj, je v vetru izgubljen ...«

Edina nevarnost, ki ta cilj najbolj ogroža, je ta – meni nerazumljiva – ravnodušnost, pomanjkanje empatije do bodočih bolnikov, da ne rečem celo korupcija med zdravniki. Drugače in olepšano se tega žal ne da več povedati. Me prav zanima, kako boste tokrat ravnali vodilni v zdravniških organizacijah in ostali pričujoči, drage zdravnice in dragi zdravniki!

### Viri:

1. Proctor RN. Zlati holokavst Izvor cigaretnih katastrofe in poziv k njeni odpravi. Založba Umco. 2016
2. Keber D. Alkohola in iger. Dnevnik, 27.05. 2017
3. Šolmajer L. Alkohola in iger. Dnevnik, 30.05. 2017
4. Šolmajer L. Tobak in povezani izdelki. Implementacija EU Tobačne direktive v Sloveniji v ZOUTPI. ISIS, junij 2016: 26-29.
5. Zajec D. Danes je dan brez tobaka. Delo, 31.05. 2012
6. Zajec D. Razkrito lobiranje tobačne industrije. Delo, 12.01. 2017
7. Alexandrov LB, Ju YS, Haase K, Van Loo P, Martincorena I, Nik-Zainal F, et al. Mutational signatures associated with tobacco smoking in human cancer. Science. 2016;354:618–22. doi: 10.1126/science.aag0299
8. Žerdin A. H., Svet po meri nekadilcev. Mladina, 10.05. 1994. Dostopno na: [http://www.mladina.si/media/objave/dokumenti/2016/12/2/mladina\\_1994\\_ljubo\\_sire\\_kdo\\_je\\_kdaj.pdf](http://www.mladina.si/media/objave/dokumenti/2016/12/2/mladina_1994_ljubo_sire_kdo_je_kdaj.pdf)
9. Siegel-Itzkovich J. Expert: organized tobacco's days are numbered. Jpost, 14.6. 2012
10. Šelek M. Cigarete – prevara stoletja. Revija Zarja
11. Aleksič J. Bolnik naj bo vodilo! Revija Zarja



## IT-podporni kotiček: navodila za prijavo v forum

Vsi člani zbornice lahko po novem dostopate do foruma ter tam izmenjujete mnenje in poglede. Za dostop se morate prijaviti v svoj profil na spletni strani zbornice.

### Prijava v forum v treh korakih

1. Po uspešni prijavi v profil kliknite v desnem zgornjem kotu na gumb »Forum«, ki se nahaja zraven gumba z vašim imenom in priimkom.
2. Odprla se bo vstopna stran foruma, kjer se boste s klikom na gumb »Sodeluj« lahko vključili v raznovrstne razprave, delili svoja mnenja, znanje in na druge način soustvarjali forum.
3. Za vsak nadaljnji dostop do foruma morate biti prijavljeni na spletni strani Zdravniške zbornice.





# Zakaj zdravnik ne potrebuje več dobavitelja?

Ustanovitev Medikont Menjalnice

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

Razvijalci Medikonta smo kot prvi na svetu vzpostavili model e-komunikacije in dobave izdelkov neposredno pri proizvajalcu. V petih letih delovanja pa nam je manjkal zadnji kamen do popolne neodvisnosti od lokalnega dobavitelja (trgovca).

V vseh teh letih, posebej pa v zadnjem letu, smo se načrtno lotili iskanja proizvajalca (Giese Technology) ustreznega izdelka, ki že obstaja na trgu in ima enake specifikacije (implantat »5.7 stopinjski razreda«). Vsadek smo testirali in izvedli skupinsko naročilo.

## Kaj nam je še manjkalo?

Predstavljaj si, da kot zdravnik naročiš v skupinskem naročanju vsadek (stent, karkoli ...) velikosti A. Pri določenem posegu pa potrebuješ vsadek velikosti B. V klasičnem modelu trgovanja pokličeš dobavitelja (trgovca), ki ima na zalogi vsadek velikosti B. Naslednji dan ti dostavi naročeni izdelek. Seveda z ogromno maržo.

Tukaj pride na vrsto Medikont Menjalnica. V predhodnih skupinskih naročanjih so kolegi že naročili vsadke velikosti B. Vse, kar moraš storiti, je, da pošlješ povpraševanje. Medikont Menjalnica bo tvojo poizvedbo anonimno poslala vsem, ki so v preteklosti sodelovali v skupinskem naročanju pri iskanem proizvajalcu. Tvoja kolegialnost in pripadnost cehu pa odloča, ali želiš svojemu kolegu posoditi, prodati oz. kakorkoli omogo-



čiti dostavo vsadka velikosti B iz svojega depoja. Pri prodaji se moraš držati samo pravila, da izdelek prodaš po nižji ali enaki ceni, kot je na Medikontu.

Krog dobave posameznih izdelkov izven skupinskega naročanja je tako sklenjen. Z rešitvijo ni več tehničnih, komunikacijskih ovir in izgovorov, da mora vsak imeti svojega trgovca čez cesto, ki nepredstavljivo izkorišča stisko in nujo operaterja po dobavi specifičnega izdelka.

Medikont Menjalnica deluje in je pripravljena za uporabo. Vprašanje pa je, ali je pripravljen tudi Sistem (beri javni zavodi, bolnišnice ...)?

## Razkritje

V projekt Medikont Menjalnice je bilo vloženo skupaj osem mesecev intenzivnega dela. Hvala specifikatorjem, pravnikom, posebna zahvala mojemu prijatelju Gregorju, vrhun-

skemu IT-programerju, in vsem, ki naročate in podpirate idejo neposrednega naročanja pri proizvajalcu. Vse vloženo delo smo opravili *pro bono*. Denar od minimalnih marž na Medikontu smo porabili za računalniško opremo, posodobitve strežnikov ter malico za vse ustvarjalce, ki ure in ure preživite za ekrani Medikonta. Vse, kar upamo, je, da bomo lahko združeni v čim večjem številu skupinsko naročali po nedobaviteljskih cenah in se vsaj v določenem segmentu znebili ...

info@medikont.si  
www.medikont.si

P. S.: Ažurno lahko spremljaš novosti tudi na Facebook Medikont Forum skupini (<https://www.facebook.com/groups/621908098001402>). Vabljen, da se pridružiš in povabiš še koga ...

## Hrvaška potrebuje od 2000 do 4000 zdravnikov, da bi dosegla evropsko povprečje

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

551 zdravnikov je med 1. julijem 2013 in 29. marcem 2017 zapustilo Hrvaško in se zaposlilo v tujini. Do vstopa Hrvaške v EU odhajanju zdravnikov v tujino niso namenjali posebne pozornosti. Tokratne številke, objavljene v Liječniških novinah, pa kažejo mnogo bolj zaskrbljujočo sliko.

V resnici Hrvaški manjka med 2000 in 4000 zdravnikov. Če vzamemo za osnovo številke Eurostata, se Hrvaška uvršča na rep povprečja s 330 zdravniki na 100.000 prebivalcev, kar jo postavlja le pred Albanijo, Bosno in Hercegovino ter Črno goro.

Med temi, ki so odšli, je nekaj več moških kot žensk (53 : 47 odstotkov), čeprav predstavljajo ženske dve tretjini zdravnikov. Najmlajši so letnik 1980–1989 (253), najstarejši pa 1956–1959 (15). Samo kot primer:

Klinično-bolniške centre je zapustilo v navedenem času 129 zdravnikov.

Zdravstveni domovi so na naslednjem mestu s 73 in, presenetljivo, koncesionarji s 26 zdravniki.

Regionalno se za odhod odločajo največ Zagrebčani, Rečani in Osiječani, trikrat manj pogosto pa Splitčani. Razlog za slednje bi utegnilo biti tudi pomanjkljivo znanje jezikov.

Po specialnostih se za zaposlitev v tujini odloči največ anesteziologov (49) in na drugem mestu – presenetljivo – psihiatrov.

Žal iz tabel ni razvidno, kam so odhajali navedeni zdravniki in koliko se jih je morda vrnilo.

Vir: *Liječniške novine št. 158, april 2017*

## Sprejemni test za študij medicine: skoraj 16.000 prijav

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

Za sprejemni postopek za študij na medicinskih univerzah se je prijavilo 15.991 kandidatov. To kaže, da zanimanje za medicino še vedno narašča: glede na leto 2016 (15.129) je letos 862 kandidatov več. Za Medicinsko univerzo na Dunaju se je prijavilo 8.030 oseb (3.218 moških, 4.812 žensk); za Innsbruck 3.670 (1.448 moških, 2.222 žensk); za Gradec 3.359 (1.375 moških, 1.984 žensk); za Medicinsko fakulteto Linz pa 932 (367 moških, 565 žensk). Sprejemni test v Avstriji bo potekal hkrati, 7. julija 2017. Za študijsko leto 2017/18 je za študij humane medicine

ter zobne medicine na voljo vsega skupaj 1.620 študijskih mest, od tega 740 za Dunaj, 400 za Innsbruck, 360 za Gradec ter 120 za Linz.

Vir: *Österreichische Ärztezeitung št. 9, 9. maj 2017*

**Opomba:** Videti je, da kljub pozivu zdravništva, naj se sprejemni test odpravi ter tako poveča »produkcija« zdravnikov, odločujoči dejavniki še vedno vztrajajo pri tovrstnem izbiranju, tako da se na študij sprejme komaj približno 10 odstotkov(!) prijavljenih kandidatov.

## Italija: rekordno število primerov ošpic

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

Italija sporoča rekordno število obolelih za ošpicami: 1.920 primerov, kar je 6-krat več kot v istem obdobju lani. Ministrstvo za zdravstvo in Nacionalni urad za zdravstvo poročata, da je kar 88 odstotkov obolelih tistih, ki niso bili cepljeni. 73 odstotkov okuženih je starih 15

let ali več. Ministrica za zdravje Beatrice Lorenzini

označuje te številke kot »zares zaskrbljujoče«.

Vir: *Österreichische Ärztezeitung*  
 št. 10, 25. maj 2017

## Francija: zakon proti suhim manekenkam

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

Preden začnejo manekenke nastopati na modnih revijah ali na *foto-shootingih*, morajo predložiti medicinsko potrdilo o svojem zdravstvenem stanju. Potrdilo praviloma velja dve leti; odločilni dejavnik je BMI (*body mass index*). S tem se uveljavlja leta 2015 sprejeti zakon. Kdor manekenko zaposli brez tega potrdila, mora računati z zaporom 6 mesecev in denarno kaznijo 75.000

EUR. Vrh tega morajo biti od oktobra letos dalje vse reklamne fotografije opremljene s podatkom, ali je telo manekenke fotografsko obdelano (retuširano). S to potezo želi ministrstvo za zdravstvo delovati preventivno pri mladostnikih, da si ne bi prizadevali doseči nedosegljivih lepotnih idealov, ter proti anoreksiji.

Vir: *Österreichische Ärztezeitung*  
 št. 10, 25. maj 2017

**Opomba:** Avtor poročila seveda ne uporablja izraza »manekenka«, temveč nemški izraz »Model«, sinonim za »Mannequin«. Moj prevod je nekoliko svojevoljen, saj si ne znam predstavljati, da bi te vrste zakon veljal za moške (manekene), ki bi morali biti nezdravo mršavi ...

## Primarna oskrba: pacient na Nizozemskem

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

(Avstrijska) delegacija iz Štajerske, sestavljena iz približno 20 zastopnikov iz politike, zdravstvene administracije, zdravniške zbornice in medijev, je nekoliko poskrbela za izravnavo s turizmom. Ni se ukvarjala s pokrajinskimi lepotami Nizozemske, temveč z njenim zdravstvom. Deluje v urbanem, ravninskem ter v Evropi najbolj gosto poseljenem področju. Tako je organizacija preprosta. Imajo okoli 100 mest, »Huisartsenposten«, ki so podobno organizirana kot *Ärztfunkdienst* (Zdravniška oskrba prek telefona) na Dunaju oz. *Ärztendienst* (Zdravniška nujna služba) v Gradcu. To zagotavlja

oskrbo vseh urgentnih primerov od 17. ure popoldne do 8. ure naslednjega jutra. Vsega skupaj je približno 5000 praks (ambulant) splošne medicine. Približno polovica teh ambulant ima samo enega zdravnika, ostale pa dva ali tri zdravnike.

Celotni nizozemski zdravstveni sistem deluje dosledno prek hišnih zdravnikov (*Hausarzt*). Razen v življenjsko nevarnih stanjih brez napotnice (*Überweisung*) ne gre prav nič. A tudi v tem primeru je za odločitev za morebitno napotitev v bolnišnico odločilna telefonska triaža hišnega zdravnika.

A Nizozemci kljub dobri oskrbi ne živijo zelo zdravo. Raziskava, ki jo je opravil zdravstveni center v mestu Nieuwegein s 60.000 prebivalci, je pokazala, da jih je kar 76 odstotkov v slabi fizični kondiciji, 53 odstotkov prebivalcev ima prekomerno težo, 24 odstotkov je kadilcev in 46 odstotkov jih ima visoko tveganje za razvoj depresije ali motnje zaradi strahu. Joost Meis, lastnik tega centra, meni, da je njegova ustanova prej bolezenski kot pa zdravstveni center.

Vir: *Österreichische Ärztezeitung*  
 št. 10, 25. maj 2017

# Stališča mladih zdravnikov do predloga Zakona o zdravstveni dejavnosti

Dr. Tina Bregant, dr. med., URI Soča  
[Tina.bregant@siol.net](mailto:Tina.bregant@siol.net)

## Uvod

Mladi zdravniki se vsak dan srečujemo z bolniki, ki si želijo več časa za pogovor z nami in hitrejšo obravnavo tako pri nas kot pri bolj izkušenih kolegih. Srečujemo bolnike, ki jih skrbi, ali bodo v obstoječem zdravstvenem sistemu dobili pravočasno in ustrezno oskrbo. Srečujemo bolnike, ki bi radi poskrbeli za svoje zdravje, a jim sistem to prej onemogoča kot olajša.

Sistem pa onemogoča tudi nas, zdravnike. Bolnika lahko le uvrstimo v čakalno vrsto in upamo, da kolega presodi, da je »naš« bolnik bolj potreben hitre oskrbe kot »sosedov«. Če zamujamo pri obravnavi zato, ker je eden od bolnikov potreboval več časa, da je razložil svoje težave, smo spet deležni kritike, saj so bolniki vendar naročeni po urniku. Bolniku lahko neformalno svetujemo popoldne na pikniku, ni pa zaželeno, da to počnemo tudi uradno.

Tako se pogosto znajdemo v precepu. Znamo in zmoremo pomagati hitro in učinkovito; naša pomoč je strokovno preverjena – zato pridobimo licenco po specialističnem izpitu – in vendar svoje pomoči ne moremo, z novim predlogom pa tudi ne bomo smeli nuditi drugače kot znotraj javne mreže, pod nadzorom starejših kolegov. Če se bo slučajno zgodilo, da bomo edini specialist v nekem zdravstvenem zavodu, bomo zaradi tega, ker še nismo dovolj stari (in ne zato, ker nismo usposobljeni), morali delati pod nadzorom kolega. Kaj to pomeni za zdravstveni zavod, ki bo poleg nas moral zaposliti še našega nadzornega kolega, si lahko mislimo. Kaj to pomeni za celoten zdravstveni tim, si tudi lahko vsaj predstavljamo. Ali bodo naši starejši kolegi poleg svojega dela z veseljem prevzemali odgovornost in nadzor nad delom mlajših specialistov, ne vem. Sama bi si večkrat želela temeljit pogovor s starejšim in bolj izkušenim kolegom, pa zelo pogosto zmanjka časa tako meni kot kolegu. Si pa lahko mislim, da bosta dodaten nadzor in

prelaganje odgovornosti dodatno zaostrila medosebne odnose. Če pa pustimo ob strani nas, zdravnike, bo pomen te uredbe zaradi pomanjkanja zdravnikov najbolj občutila primarna raven in zlasti prebivalci deprivilegiranih območij, kjer že tako ni dovolj zdravnikov.

Mladi zdravniki bomo namreč z novim zakonom, če bo sprejet, prisiljeni delati le v večjih središčih, kjer bo dovolj nadzornih kolegov. Manjši zdravstveni zavodi bodo tako ostali brez mladih specialistov; zdravstvena dejavnost, v kateri je nosilec zdravnik, pa se bo neizogibno zmanjšala ali celo ugasnila. Ali bo drugo zdravstveno osebje prevzelo pristojnosti in odgovornosti zdravnikov, ne vemo. Vsekakor pa bo sistem, kot ga poznamo sedaj, zelo okrnjen ali pa bo morda celo izginil.

## Centralizacija proti sistemu, ki temelji na primarni oskrbi

Mladi zdravniki se zato upravičeno bojimo, da bo sprememba zakona vodila v zaton zdravstvene oskrbe na primarni ravni, kot jo poznamo. Prišlo bo do izrazite centralizacije zdravstvenega sistema, s koncentracijo mladih (in tudi starejših) specialistov v bolnišnicah in večjih centrih.

Če je centralizacija zdravstvenega sistema pred leti na zahodu postala »sveti gral«, predvsem na račun zmanjšanja stroškov dela, pa se sedaj dogaja obratno, saj spoznavamo dobrobiti in slabosti tega sistema. Če je centralizacija izjemno učinkovita za (sub)specialistične posege, kot so: oskrba bolnikov po možganski in srčni kapi ter zahtevnejši kirurški posegi, pa to ne velja za storitve, ki jih je deležna večina »navadnih« državljanov, ki jih je največ! V državah, kjer primarna oskrba iz zgodovinskih razlogov ni primerljiva z našim sistemom, po katerem so se te države v preteklosti poskusile zgledovati (1), sama centralizacija ne ruši primarne ravni

oskrbe do te mere kot pri nas in zato na nekaterih področjih zanje res prinaša več koristi kot škode.

Če vzamemo za primerjavo Veliko Britanijo, ki je po gospodarski krizi začela s pospešeno centralizacijo in krpanjem lukenj v proračunu, se je nato že leta 2014 vodja Nacionalnega zdravstvenega sistema (NHS), Simon Stevens, obrnil proti množični centralizaciji. Centralizacija je tako v Veliki Britaniji po letu 2014 dobila grenak priokus in postala sinonim za degradacijo in zapiranje celih oddelkov. Logična posledica je bila nato sprejete novega načrta, ki predvideva predvsem okrepitev primarne ravni, z željo privabiti najboljše ljudi v medicino in na primarno raven (česar se seveda ne doseže z omejevanjem, pač pa s sprostivitvijo zahtev do zdravnikov primarne ravni), ter smernice in finančne spodbude, ki spodbujajo skrb za bolnike z rakom in duševnimi težavami ter sprostitev prezasedenih bolnišnic. Branje dokumenta res priporočam, saj bo odprl oči premnogoteremu zagovorniku centralizacije. Dokument je prosto dostopen na povezavi: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/03/NEXT-STEPS-ON-THE-NHS-FIVE-YEAR-FORWARD-VIEW.pdf> (2).

Za primer centralizacije lahko vzamemo tudi Norveško. Primerjava z njimi se meni osebno ne zdi najbolj ustrezna, saj Slovenija ni niti tako prostrana niti bogata. Pa vendar: pri njih se je centralizacija v prostorni državi z zelo razpršeno populacijo in bogatimi naravnimi danostmi (nafta) izkazala za zaenkrat učinkovito, čeprav že predvidevajo primanjkljaj 44.000 zdravstvenih delavcev v naslednjih 25 letih (3). Centralizacija, ki pomeni sicer kakovostno središčno oskrbo, je namreč na dolgi rok kardiološko zelo zahtevna, čeprav sprva pomeni povečan dotok kadra v centre, ki pa morajo zelo kmalu pokrivati tudi manjše, neterciarnne potrebe prebivalstva, ki jih prej niso niti zaznali, saj so ostali obdelani na primarni in sekundarni ravni. Vodja centralizacije je bil norveški minister za zdravje, Bent

Høie, ki so ga nacionalni časopisi označili za »željnega reza s skalpelom«, saj je zaprl številne programe manjših bolnišnic (4), je pa nekoliko izboljšal finančno kondicijo zdravstvenega sistema. Treba je tudi priznati, da je centralizacija na Norveškem zelo izboljšala preživetje bolnikov s srčno kapjo (t.i. bolnike s STEMI), ki potrebujejo perkutano koronarno intervencijo, tako da so Norvežani na razvrstitvi Organizacije za gospodarsko sodelovanje in razvoj (OECD) dosegli pomembno zmanjšanje umrljivosti na ta račun (5). Ni pa odveč dodati, da imajo na Norveškem drugače urejen sistem reševanja in triaže bolnikov, vključno s stalno helikoptersko službo, ki vključuje zdravniško ekipo. Poleg tega podporni sistemi na ravni države, zlasti sociala in šolstvo, delujejo drugače kot pri nas.

Centralizacijo primarne in sekundarne ravni poskušajo uvesti tudi drugod, saj so zdravstveni sistemi povsod postali slabo vzdržni, zlasti zaradi staranja prebivalstva in povečanega bremena kroničnih, nenalezljivih bolezni. Zanimivo pa je, da se v zadnjem času pojavljajo članki, ki kažejo, da centralizacija primarne in sekundarne ravni ne prinaša tolikšnih (zlasti finančnih) koristi, kot so si organizatorji centralizacije obetali. Podatki v Veliki Britaniji kažejo, da če primarna raven ni dostopna, bolniki začnejo uporabljati urgentne službe (6). Če je primarna raven dostopna vse dni v tednu, to vodi v manjši obisk urgentnih služb za 9,9 odstotka oz. za vikende celo za 17,9 odstotka ter v upad hospitalizacij za 9,9 odstotka za vikende, predvsem na račun starejših in oslabeledih bolnikov (6). Obisk urgentnih služb pa seveda precej podraži oskrbo bolnikov. Podobna raziskava, le da v manchesterškem okrožju, pa je pokazala, da ni ključna vsakodnevna 24-urna dostopnost primarne ravni, pač pa da rutinska, običajna primarna raven dovolj uspešno poskrbi za svoje bolnike in da so dokazi, da bi stalna prisotnost zdravnika na primarni ravni zmanjšala obisk urgentnih služb, šibki (7).

Podatki o centralizaciji celo za evropske zdravstvene sisteme torej niso enoznačni, kar še toliko bolj kliče po smiselnih ukrepih. Če citiram Norvežane: »Uvedimo centralizacijo tam, kjer je to smiselno, in hkrati decentralizirajmo področja zdravstvene oskrbe, ki to omogočajo.« (3)

## Sporne določbe predloga zakona

V predlogu zakona sta sporni zlasti:

1. določba, ki opredeljuje vlogo odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti (zdravstveni delavec, odgovoren za izvajanje posamezne vrste zdravstvene dejavnosti). Glede na določilo, da zdravnik lahko postane odgovoren nosilec zdravstvene dejavnosti šele po petih letih od pridobitve licence (po specialističnem izpitu), ta določba diskriminira mlade zdravnike v primerjavi z ostalimi poklici (npr. pravniki), zaradi primanjkljaja zdravnikov pa dodatno ohromi zdravstveni sistem, saj ne omogoča proste zaposlitve mladih specialistov oz. jih usmeri v zaposlovanje v večjih centrih, ki so praviloma na sekundarni in terciarni ravni;
2. določba o omejevanju podeljevanja koncesij, ki v današnjem času pomeni zaradi že obstoječih koncesionarjev, ki opravijo od 19,2 do 53 odstotkov vsega programa zdravstvenih storitev, zmanjševanje dostopnosti zdravstvenih storitev za bolnike. Slednje sicer verjetno vodi v slabitev javnega dela zdravstva, katerega del predstavljajo tudi koncesije, in posledično krepitev »pravega zasebnega« zdravstva. Vendar pa mladi zdravniki zelo dvomimo, da večina državljanov podpira to posledično spremembo.

## Zaključek

Centralizacija ima znane, kakovostne učinke na določene programe v

medicini, kot je npr. transplantacija, kirurško-onkološka oskrba, otroška srčna kirurgija ipd. Vendar pa je po drugi strani izjemno draga in neučinkovita centralizacija oskrbe na primarni in sekundarni ravni, česar se začnemo zavedati šele v zadnjem času.

V času, ko zdravstveni sistemi v Evropi stremijo k smiselni centralizaciji – centralizaciji na točno določeni, (sub)specialističnih področjih, gremo pri nas v nasprotno smer. Z restriktivnimi ukrepi, ki omejujejo delo mladih specialistov in svobodno izbiro dela, kot jih predlaga novi zakon, bomo:

- centralizirali primarno in sekundarno oskrbo,
- na ta način preobremenili sekundarno in terciarno raven,
- zato podaljšali čakalne dobe,
- sledi zelo verjetno povečano število (manj nujnih) hospitalizacij,
- zaradi precej dražje oskrbe na višjih ravneh bo poraba sredstev za zdravstveno oskrbo znatno višja,

- prekinjena bo kontinuiteta oskrbe bolnika, ki sledi primarni oskrbi in ki dokazano zmanjšuje dodatno obolevnost in umrljivost bolnikov,
- verjetno se bo povečala obolevnost in umrljivost bolnikov.

Zato Mladi zdravniki Slovenije **ne podpiramo** obstoječega predloga sprememb Zakona o zdravstveni dejavnosti. Želimo delati v urejenem sistemu, kjer bomo bolnikom omogočali varno in kakovostno oskrbo, ki bo v skladu z načeli enakopravnosti, pravičnosti in solidarnosti. Zato si želimo sprememb, ki bodo omogočale kakovosten in delujoč zdravstveni sistem, ki bo v prid bolnikom in ga bomo zdravniki z veseljem podprli.

**Opomba:** Podobno besedilo smo Mladi zdravniki Slovenije v obliki pisma naslovili na poslance Državnega zbora RS dne 23. 5. 2017.

#### Viri:

- Brown TM, Fee E. Andrija Stampar. Charismatic Leader of Social Medicine and International Health. *Am J Public Health* 2006; 96(8): 1383. Dostopno na:

doi: 10.2105/AJPH.2006.090084

- NHS. March 2017. Next steps on the NHS five year forward view. Dostopno na: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/03/NEXT-STEPS-ON-THE-NHS-FIVE-YEAR-FORWARD-VIEW.pdf>
- Dommerud T. Norge vil ikke klare å skaffe nok leger og sykepleiere. *Objavljeno 20.11.2015, obnovljeno 20.11.2015.* Dostopno na: <http://www.aftenposten.no/norge/Norge-vil-ikke-klare-a-skaffe-nok-leger-og-sykepleiere-20469b.html>
- Prestegard S. Mener Høie er ivrig med skalpellen. *Objavljeno 21.11.2015; obnovljeno 23.11.2015.* Dostopno na: <http://www.dagsavisen.no/oslo/mener-hoie-er-ivrig-med-skalpellen-1.470183>
- OECD. Health at a Glance 2015. OECD Indicators. Dostopno na: doi: 10.1787/health\_glance-2015-en
- Dolton P, Pathani V. Can increased primary care access reduce demand for emergency care? Evidence from England's 7-day GP opening. *J Health Econ* 2016; 49: 193-208. Dostopno na: doi: 10.1016/j.jhealeco.2016.05.002. Epub 2016 Jun 15.
- Whittaker W, Anselmi L, Kristensen SR et al. Associations between Extending Access to Primary Care and Emergency Department Visits: A Difference-In-Differences Analysis. *PLoS Med* 2016; 13(9): e1002113. Dostopno na: doi: 10.1371/journal.pmed.1002113

## Pregled vseh strokovnih srečanj na enem mestu!

Obiščite našo spletno stran:

[www.domusmedica.si](http://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.



# Odprto pismo predsednici ZZS dr. Zdenki Čebašek - Travnik

Datum: 18. 5. 2017

## Spoštovana predsednica!

Letošnjega, 28. srečanja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov 12. in 13. maja v Moravskih Toplicah se nisem mogel udeležiti. Kar pa sem od nekaterih tam prisotnih izvedel, me bega in navaja na misel, da niste oseba, ki razume trenutke odločitve. V mislih imam pripravljeno, zasebnim zdravnikom izrazito nenaklonjeno, skoraj sovražno zakonodajo. Z njo se izničujejo vsa prizadevanja, da bi zdravnikovo delo rešili togosti in mu omogočili s sodobno Evropo skladen razvoj in položaj.

Če so dosedanji predsedniki zbornice v manj odločilnih trenutkih znali spoštovati, kar smo zasebniki v preteklosti postorili, in se tudi odločno postaviti za njihov položaj v prihodnosti (to velja tudi za Koordinacijo zdravniških organizacij), nisem zasledil, da bi se Vi enako nedvoumno zoperstavili temu, kar politika pripravlja zasebništvu v Sloveniji. Le sem ter tja kakšno mlačno, bolj s cmokom v grlu izrečeno strinjanje, da bi bili ob državnih javnih zavodih tudi zasebniki del javne zdravstvene službe ...

Pa da ne bom okolišil: **vzemiva za osnovo pismo, ki ga je Strokovno združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije poslalo predsedniku države, predsedniku vlade, predsedniku državne-**

## ga zbora in poslanskim skupinam državnega zbora. \*

Pojdiva od odstavka do odstavka in potrdite ali pa zavrnite trditev, ki jo relevantni tekst vsebuje. Potem po eni strani ne bo več možno, da bi bilo Vaše dosedanje ravnanje napačno ocenjevano, po drugi strani pa bi zasebniki vedeli, kaj od Vas lahko pričakujejo.

Ko sem poslušal Vašo predstavitev na soočenju vseh petih kandidatov za predsednika/-co zbornice, me je pridobila Vaša napoved transparentnega dela. Odgovor na moje pismo bo dokaz, da ste to mislili resno.

## Uspešen in lep dan!

*Primarij Marko Demšar, dr. med.*

P. S.: Napisano bom posredoval uredništvu Biltena in revije Isis.

\* Priloga: Pismo SZZZZZS

V vednost:

Strokovnemu združenju zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije

\* Pismo SZZZZZS je bilo objavljeno v junijski številki Isis.

# Spoštovani primarij Marko Demšar,

v zgornjem pismu mi očitata, da ne spoštujem zaslug zasebnih zdravnikov in se ne zavzemam dovolj za njihov položaj v okviru javne zdravstvene službe.

Vaše trditve odločno zavračam.

Zavedam se, da so zasebni zdravniki s svojimi prizadevanji in osebno zavzetostjo v preteklosti ogromno prispevali in tudi danes prispevajo k razvoju medicine in h kakovostni oskrbi slovenskih bolnikov. So pomemben del javne zdravstvene službe in želim, da tako tudi ostane.

Strinjam se z vsebino odprtega pisma, ki ga je SZZZZZS naslovilo na vodilne v slovenski politiki. Hkrati sem prepričana, da spremljate

prizadevanja zbornice, da bi preprečila sprejem novele Zakona o zdravstveni dejavnosti in v zadnjem času tudi predloga sprememb Zakona o zdravniški službi. O svojih dejavnostih redno poročamo v Biltenu in glasilu Isis, zato bi bilo ponavljanje na tem mestu nesmiselno. Zdravniške organizacije moramo preprečiti sprejem škodljivih zakonov in doseči, da bomo v prihodnje vključene v pripravo zdravstvene zakonodaje.

Zdravniška zbornica varuje interese vseh svojih članov, tudi zasebnih zdravnikov, in to je vodilo mojega dela.

*Dr. Zdenka Čebašek - Travnik*

# Prim. Tilka Mozetič Mikuž, dr. med., internistka gastroenterologinja

Polonca Steinmann, dr. med., Ljubljana

[polonca.steinmann@siol.net](mailto:polonca.steinmann@siol.net)

*Prim. Tilka Mozetič Mikuž, dr. med., je bila in je veskozi zavedna Slovenka, ki je v življenju prehodila težko, trnovo pot kot ženska, zdravnica in mama sina fizika in hčerke arhitektke. Družino je velikokrat težko usklajevala s poklicem. Otroka sta jo zelo pogrešala zlasti v času dežurstev. Ima tri vnuke, ena vnukinja je že zdravnica, druga je proti koncu študija medicine, hčerkin sin pa je študent elektrotehnike. Njeno življenje ni bilo postlano z rožicami, a je kljub temu bogato s spomini na lepa študentska leta, prijateljstvo s kolegi in učitelji.*

*Veliko let se je raziskovalno ukvarjala s problemom odkrivanja zgodnjega raka želodca. Posumila je, da je povezan z okužbo z bakterijo *Helicobacter pylori* (HP). Onkologi zadnja leta ugotavljajo znaten padec karcinomov želodca zaradi uspešnega zdravljenja okužb s HP.*

*Prof. dr. Borut Kocijančič meni, da je bila prim. Tilka Mozetič Mikuž prva zdravnica v Sloveniji, v nekdanji Jugoslaviji in v svetu, ki je govorila o okužbi s HP kot o možni prekancerози in bi zato morala dobiti Nobelovo nagrado. Kolega meni, da se ji je ideja porodila po številnih in neprecenljivih izkušnjah z gastrokopijami.*

*Danes se prim. Tilka sprehaja z zvesto mlado črno psičko Moni, sama ureja vrt ob hiši in rada peče jabolčni zavitek. Do lani je hodila na telovadbo. Druži se z domačimi, kolegi in prijatelji ter hodi na koncerte. Če le utegne, se odpelje do morja, kjer še preživlja dopuste in prosti čas, ki ji ga najbolj primanjkuje. Pогоvarjali sva se aprila 2017 pri njej doma, za Bežigradom v Ljubljani.*

Povej nam, prosim, kaj o svoji družini in domačih.

Sem prvorojenka od sedmih otrok. Rodila sem se 4. januarja 1930 v Dornbergu pri Gorici, takrat še pod Italijo. Odraščala sem v zavedni slovenski družini. Oče Andrej, vodovodni inštalater, je srečal mojo mamo Angelo v nekaj kilometrov oddaljeni Lipi na Krasu. Pri očetu, prvorojencu od 12 otrok, so imeli že stoletja nazaj kovačijo in znano je bilo, da so skrbeli

za potrebe tamkajšnjih grofov Dornberg. V rojstnem kraju sem obiskovala italijansko osnovno šolo.

Zaradi omejenih gmotnih razmer sem se le z dobrimi ocenami (oproščena šolnine) lahko vpisala na gimnazijo v Vidmu in jo nadaljevala v Gorici, kjer sem se pozneje vpisala na slovensko klasično gimnazijo, takoj po njeni ustanovitvi leta 1945. Tam sem pridobila klasično izobrazbo, vključno z latinščino in grščino. Maturirala sem

na gimnaziji v Šempetru pri Gorici leta 1949 in se še istega leta vpisala na medicino, ki sem jo končala leta 1955.

Ali nam lahko zaupaš kaj o svojem otroštvu in odraščanju?

Seveda, spominjam se, kako so jeseni 1943 prišli Nemci v našo hišo, rekoč, da je moj oče, inštalater, zaprl ventil za oskrbo z vodo za celo vas. A to ni bilo res, le krajanji so očitno tako mislili. Spominjam se, da me je mama poslala poiskat očeta, ki se je skupaj z drugimi vaščani skrival v nekem vinogradu. V roke mi je dala košarico z inštalaterskim orodjem. Plazila sem se pod krošnjami trt, da me Nemci ne bi opazili. Spotoma sem zvedela, naj poiščem očeta v oddaljeni uti. Ko sem prišla do njega, sem mu dala belo ruto iz moje košarice v levi zgornji žep jope. Vse sem mu razložila. Nazaj grede proti domu sva naletela na kolono tankov in nasproti je pripeljal avto, velik odprt mercedes s šoferjem in tremi oficirji. Jaz, takrat trinajstletnica, sem korajžno stopila na stopnico mercedesa in skrivala velik strah, kaj se bo zgodilo. Očeta so oficirji odpeljali na tamkajšnjo nemško komando.

Razčistili so težavo z ventilom in oče ga je takoj odprl. Povedal jim je, da so mu ukradli kolo in se zato ni mogel prej vrniti v vas. K sreči je oče znal kar nekaj nemško, saj se je nemščine naučil že pri 16 letih na soški fronti.

Ob tem dogodku se je očetov brat pridružil skupini fantov, ki so bili namenjeni v partizane v Trnovskemu gozdu, a so jih tam pričakali Nemci in jih vse postrelili. Moj stric leži tam v skupnem grobu.

Kakšna pa je bila vloga tvojega »tata« na tvoji življenjski poti?

Oče je bil moj veliki vzornik. Imel je težko življenje. S soške





*Družina Mozetič, Tilka je druga z desne zadaj.*



*Tilka (s kitami) v 16. letu starosti z gimnazijskimi sošolci v Benetkah. Četrta z desne zadaj je akademik Saša Vuga.*

fronte so ga Italijani prezeblega kot ujetnika odpeljali v Bari. Spotoma je dobil hude ozeblin stopal in v bolnišnici so mu hoteli odrezati obe stopali, a je ušel iz operacijske dvorane. Zdravnik je njegov odhod komentiral takole: »Kar pojdi, saj ti bosta nogi kar sami odpadli.« Kasneje je dobil še tifus. A se je iz Barija srečno vrnil domov in doživel dobrih 90 let z obema stopaloma.

**Kako pa vas je mama preživljala, ko je bil oče odsoten, kako ste ji otroci pomagali?**

V naši družini je bilo sedem otrok in živeli smo skupaj s staro mamo in starim očetom. Življenje je bilo težko. Imela nisem niti ene igrače. Le pri stari teti, nunci, sestri starega očeta, sem smela pestovati »cico«, punčko iz krp, ampak vedno le takrat, ko sem ji prej kaj pomagala delati. Zelo sem jo imela rada. Spominjam se, da sem bila ob njej, ko je umirala. Držala sem jo za roko in mirno je zaspala za vedno.

Mama je z vlakom hodila v Trst prodajat kmečke pridelke, da nas je sploh lahko preživela. V Trstu je med drugim enkrat kupila blago za tri enake oblekice, zame in za obe sestrici. Zašila jih je kar sama in oblekice na treh punčkah, sedečih pred hišo, so občudovali vsi mimoidoči.

Kasneje se je tudi v moji družini zgodila tragična nesreča. Pijani grof Lantieri iz Gorice je po lovu in zabavi v njegovi graščini v Rihernbergu, danes Braniku, povozil mojo petletno sestrico, ki je na poti v bolnišnico v Gorico umrla. Leta 1945 pa je petletna sestra Marija zbolela za osteomielitisom. Ker tedaj še ni bilo ustreznih zdravil, ji ni bilo pomoči. Obe smrti sta me zelo prizadeli. Uteho in veliko psihično podporo mi je nudila stara teta, »nunca«. Pogreb prve, Dragice, je bil v stari Gorici in še danes imam pred očmi župnika, ki je nastavlil roko za plačilo. Bila je še vojna in denarja in kruha ni bilo zadosti za vso družino.

Pri mamini mami, moji noni na Krasu, pa ni bilo pomanjkanja. V hlevu so imeli okrog 80 živali. Mamini starši so se lažje preživljali in so nas oskrbovali s kruhom, ki je bil največkrat ajdov.

**Kdo pa je usodno vplival na izbiro tvojega poklica, na odločitev za študij medicine?**

To je bil pa mamin brat, moj stric, tigrovec. Med vojno sem obiskovala srednjo šolo Collegio ucellis v Vidmu in takrat sem stanovala pri njem.

Namesto plačila najemnine za prenočišče sem v stričevi trgovini in njegovem domu veliko delala, pospravljala, prala, delala obračune za trgovino, ker sem bolj obvladala italijanščino. Bila sem pridna dijakinja in učitelj je od mene zahteval, da sem že v osnovni šoli poučevala sošolce. V razredu nas je bilo 33 dijakinj in nosile smo uniforme, črne halje z belimi ovratniki. Šolanje in delo pri stricu sem zdržala le eno leto, saj je bilo za mlado »punče« vse prenaporno. Takrat je bilo težko biti Slovenka med samimi Italijani.

Moje **prvo srečanje z medicino** pa je bilo, ko me je mama že v času otroštva pošiljala k našemu vaškemu zdravniku, dottoreju Pignataru, ki je bil takrat v srednjih letih. Mama ga je običajno prosila za recept za ricinusovo olje, ki je v tistem času veljalo kot vsestransko zdravilo za številne bolezni. Še danes se spominjam posebnih vonjav v njegovi ambulanti. Zdravnik me je očaral v svoji beli halji, vedno je bil zelo prijazen in seveda tudi uslužen.

V tistem času, leta 1943, so začeli k nam prihajati italijanski pribežniki s fronte. Pomagali smo jim, tako da so slekli vojaško obleko in si nadeli civilno, ki so jo dobili. A naše upanje, da je vojne konec, je spuhnelo s prihodom nemških vojakov, ki so streljali vsevpred, predvsem mlade moške, pa tudi cele družine. Poleg Nemcev so bili v vasi še številni italijanski alpini, ki so bili neusmiljeni. Kmalu zatem so prišli še številni četniki. Še vedno slišim grozljivo vpitje zajetega partizana, ki so ga vso noč mučili vse do smrti, le 60 m stran od našega doma. Potem so ga kar tam tudi zasuli. Po vojni so partizanove ostanke prenesli v Križ, njegovo rodno vas na Krasu. Še vedno se spominjam, kako so mu ob tem slovesu lepo zapeli naši, dornberški pevci.

Ob teh dogodkih sva z bratom zbolela za krvavo grižo. Takrat sem zelo shujšala. Zdravil nismo imeli in jih tudi nismo mogli dobiti. Moja mama je zvedela, da so imeli tudi

italijanski alpini podobne zdravstvene težave. Zelo se je potrudila, da je srečala njihovega zdravnika in ga prosila za pomoč. Bil je res dober, mlad človek, Furlan in nam je potem skrivaj prinašal zdravila. Še danes sem mu zelo hvaležna. Spomnim se, kako me je prijel za štrlečo iliakalno kost, me dvignil, rekoč: »Ma povera putela!« (Uboga punčka!)

#### Kako pa je bilo leta 1945?

Po umiku alpinov, Nemcev in četnikov sem se vrnila domov iz zavoda Noterdam v stari Gorici. Našo vas so prvi zasedli avstralski vojaki z verjetno angleškim poveljnikom. Ob prisotnih lačnih vaščanih, ki so bili brez potrebnih oblek, so zakurili kreskar z lepimi volnenimi dekami. Žene so ob tem dejanju jokale, saj mnogi niti kruha niso imeli! Le za nekaj mesecev so jih nadomestili indijski sikhi, ki so bili zelo prijazni in so se celo naučili slovensko. Kmalu zatem so prišli Američani in svet je postal drugačen. Vaške ubožce so takoj oblekli v uniforme, hrano so jim kuhali v hotelu poleg naše hiše in vsi so lahko dobili jesti. Imeli so celo sladoled, ki ga je iz Gorice vsak dan pripeljala mlada čedna Američanka v odprtem kamionu. Po vseh koncih vasi so vrteli gramofonske plošče. Ko so odšli, so nam plošče ostale in tudi jaz imam še kakšno doma. Takrat sem se kar spotoma naučila nekaj angleščine.

Tako je bilo vse lepo do septembra 1947. Ob priključitvi Jugoslaviji pa so nastale velike, nepričakovane spremembe. Zamenjati sem morala šolo, iz stare Gorice v Šempeter pri Gorici, kjer so za šolo preuredili palačo grofov Coronini. Kot tuji jezik smo se takrat učili ruščino. Čeprav sem jo »žulila« kar dve leti, sem jo do danes skoraj pozabila. Prevozno sredstvo do šole je bil sicer vlak, a vagoni so bili le za živino. A je bilo vseeno lažje kot med vojno, ko smo se dve leti vozile s kolesom (bila smo tri dekleta) okoli 13 km daleč do šole. Moje kolo je bilo sposojeno. Nekajkrat smo padle v partizansko zasedo in potem prespale kar na seniku

bližnje hiše. Na koncu Dornberga mi je stražar, alpin, skoraj vsakodnevno dal šop pošte, ki pa jo je prestregel partizan v Volčji Dragi, ki se je nena doma pojavil izpod tamkajšnjega mostu. Do danes tega še nikomur nisem povedala, le me tri dekleta smo to vedele. Pobili bi nas.

Po vojni sem kot dijakinja sodelovala v mladinski delovni brigadi na avtocesti Zagreb–Beograd in pozneje v študentski organizaciji.

Maturirala sem leta 1949 in se vpisala na Medicinsko fakulteto v Ljubljani. K sreči sem dobila štipendijo, da sem se lahko preživljala v tujem mestu. V tistem času še nismo imeli medicinskih knjig za študij, a smo imeli izredne profesorje, med njimi tudi prof. dr. Igorja Tavčarja, izjemnega gospoda in internista. V času študija sem bila izbrana za prvo izmenjavo študentov s Francijo. A najprej sem morala opraviti še izpit iz infekcijskih bolezni. Nato sem za koleri sama odšla v Limoges, kjer so me sprejeli v tedaj novi bolnišnici Girak. Stanovala sem v študentski hiši.

Hrano smo dobili na pladnjih, napol pripravljeno, in smo jo dokončali v kuhinji našega apartmaja. Kolegi so mi razkazovali okolico in takrat sem se prvič kopala v Atlantiku. Vsi študentje so imeli že lastne avtomobile. Na praksi v Franciji sem pomagala tudi pri operacijah. Naučila sem se precej francoščine, vsi pa so znali kar dobro angleško. S tamkajšnjimi kolegi sem imela dolgo stike, a danes jih je že precej pokojnih. Stike imam še z dr. Micheline Colombele.

#### Kako je potekala tvoja pot zdravnice?

Po opravljenem stažu je bilo moje **prvo delovno mesto splošne zdravnice v rudarski Idriji**. Sprva sem morala vračati Gorici plačilo stažiranja (tedaj je bilo plačljivo). Idrija je bila kar huda, a neprecenljiva izkušnja. Kljub temu se tega časa rada spominjam. Veliko sem delala in se veliko naučila. Poleg splošne ambulante, bolniškega oddelka, ambulante v bližnjem Črnem Vrhu in terena sem vodila posvetovalnico za kontracepci-



Med predavanjem na kongresu v Novem Sadu.

jo. Skrbela sem za celotno populacijo, od porodov do mrliških ogledov. Na razpolago smo imeli le rentgenskega tehnika, Valija. Večkrat sva skupaj naravnavala zlome, zlasti pri otrocih. V Idriji sem službovala nekaj let in v tem času opravila tudi **strokovni izpit**.

Leta 1958 sem se poročila v Dubrovniku. Moja priča je bil Bojan Adamič, moževa pa njegov kolega, jurist iz Radovljice.

#### Kaj si specializirala?

Po sinovem rojstvu, leta 1959, sem se preselila v Ljubljano, kjer sem novembra začela s **specializacijo iz interne medicine**. Junija 1964 sem uspešno opravila **specialistični izpit**. Med specializacijo sem delala pretežno na diabetološkem, kasneje na hematološkem oddelku Interne klinike v Ljubljani. Takrat je bil šef Interne klinike prof. dr. Tavčar, gospod, vreden spoštovanja.

Ob odprtju **Gastrološke klinike** na Japljevi ulici v Ljubljani sem se odzvala vabilu prof. dr. Satlerja, ki je bil nato vseskozi moj vodja. V zanimivem delu na kliniki sem uživala, saj je bilo vedno polno novosti, prav vse do upokojitve v mojem 65. letu starosti.

Zaradi potrebe po uvajanju gastroenterologije sem opravljala delo **specialista internista z gastroenterološko usmeritvijo** že kar od njene ustanovitve dalje. Ob pomoči že izkušenih kolegov sem kmalu obvladala tedaj še omejene endoskopske preiskave in druge posege. Najpogosteje sem opravljala **gastroskopije**, in to z izrednim občutkom in natančno. Bolnik pri preiskavi nikoli ni imel težav. Moje zanimanje so sčasoma pritegnili začetni karcinomi želodca. Včasih sem poleg rednega dela na oddelku dnevno opravila preko 10 gastroskopij, še danes bi jih lahko.

Leto prej so sicer odprli diagnostični center na Polikliniki, pod vodstvom prof. dr. Matka. Že tam smo začeli uvajati endoskopske preiskave, najprej rektoskopije s togim rektoskopom. Opravljali smo tudi biopsije abdominalnih organov za histološke analize. Pri prof. Satlerju smo kasneje nabavili še druge vrste endoskopov za gastrointestinalni trakt.

Že na prvem službenem mestu v Idriji sem aktivno sodelovala v sindikalni organizaciji, pozneje pa v samoupravnih organih Poliklinike, v

delavskem svetu UKC. Dva mandata sem bila podpredsednica delavskega sveta Gastroenterološke interne klinike in dva mandata delegatka Zbora izvajalcev občinske zdravstvene skupnosti Ljubljana Center.

Pri endoskopski preiskavi želodca smo v odvzetem materialu pogosto našli bakterije *Campylobacter pylori*, kasneje imenovane *Helicobacter pylori* – HP. V materialu, z biopsijami odvzetem na obrobju ulkusov želodca, so histologi našli številne HP, zlasti pri sumih na začetni karcinom. Govorimo o prekancerози in kasnejši kancerози. Te naše izsledke sem leta predstavljala na domačih kongresih od Ljubljane, Rogaške Slatine, Beograda do Vrnjačke Banje in druge po večjih mestih Jugoslavije ter na mednarodnih in svetovnih kongresih v Berlinu, Hamburgu, Budimpešti, Stockholmu, Madridu, v Sao Paulu v Braziliji, Tokiu, Sydneyju. V tujini žal le na posterjih, ki pa so vedno pritegnili tuje kolege, tako da so jih kot pametni vse preslikali. Na žalost sem jih le malo od njih ohranila. Pri pripravah prispevkov za mednarodne kongrese mi je bila v veliko pomoč kolegica prof. dr. Saša Markovič, zlasti s svojim znanjem angleščine, vedno pa mi je bil na razpolago tudi patolog prof. dr. Albert Juteršek.

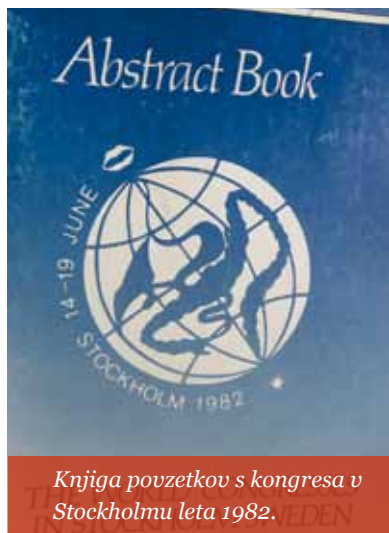
V Sydneyju sem na Svetovnem kongresu gastroenterologije, digestivne endoskopije in koloproktologije že avgusta 1990 prijavila svoj prispevek z naslovom »**Campylobacter pylori in zgodnji želodčni rak**«.

Leta 1972 sem postala **vodja oddelka**, 1975. pa sta mi Zveza zdravniških društev SFRJ in Združenje gastroenterologov Jugoslavije podelila naziv »internist gastroenterolog«. Kasneje so me imenovali za namestnico prof. dr. Satlerja, leta 1988 pa so mi podelili naziv **primarijka**.

Od leta 1964 dalje sem aktivno sodelovala na številnih sestankih internistične in gastroenterološke sekcije Slovenskega zdravniškega društva, na kongresih doma in v tujini, na raznih seminarjih, strokovnih izpopolnjevanjih tako za zdravniške splošne medicine kot za specializante in specialiste interniste gastroenterologe. Bila sem **mentorica številnim specializantom interne medicine**.

**Kateri bolniki pa zbolevajo na prebavnem traktu?**

Predvsem revnejši ljudje, ki jedo iz ene skledice in z eno žlico, bolniki s kroničnim stresom in strahovi, bolniki, ki nimajo časa za obede, jedo nezdravo in neredno, alkoholiki, ljudje, ki večinoma zelo komplicirajo vsak trenutek v življenju.



Knjiga povzetkov s kongresa v Stockholmu leta 1982.



Zahvala in priznanje za 30 let dela v Kliničnem centru, ki ga je dobila 1967.



Psička Bea.



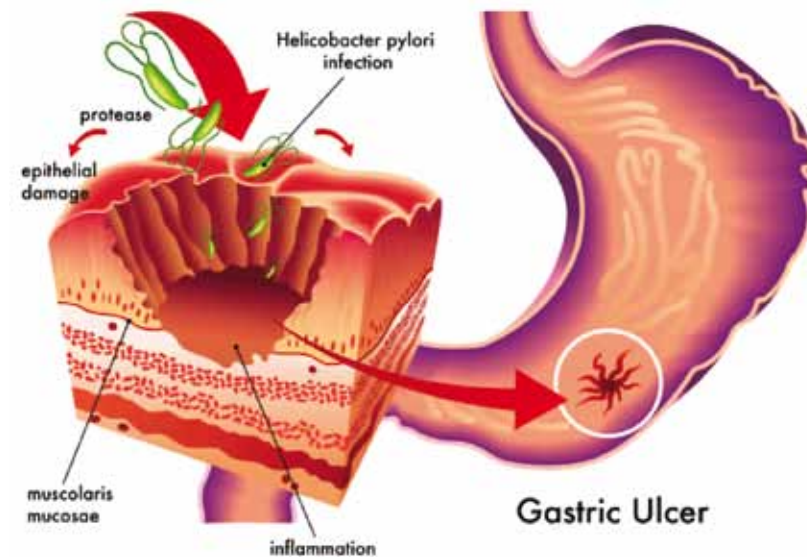
Če le utegne, se Tilka rada odpelje k morju.  
Fotografija je bila posneta poleti 2016.

Ali nam lahko na kratko razložiš, kako je z okužbo s *Helicobacter pylori*?

HP je bakterija, ki je bila v zadnjih letih dokazana pri številnih vnetnih spremembah želodčne sluznice, kot tudi pri prekanceroznih lezijah. Že leta 1874 je Bottcher, Avstralec, opisal spiralne bakterije v sluznici želodca pri bolnikih z rakom želodca. Po sodobnih dognanjih je HP očitno vpleten v patogenezo gastritisa. Ker je kronični atrofični gastritis ena od danes znanih prekanceroznih lezij, obstaja možnost etiopatogenetske povezave HP-okužbe z rakom želodca, ki je bil v Sloveniji v samem vrhu malignih obolenj (podatki iz leta 1991).

Kaj je znanega o bakteriji *Helicobacter pylori*?

HP je bakterija, dolga 3 mikrone in široka 0,5 mikrona. Na enem koncu ima od 2 do 7 bičkov, ki ji omogočajo premikanje. Na površini ima posebne nogice, s katerimi se lahko pritrdi le na želodčno sluznico. Sluznica želodca izloča kislino, zato je to okolje za



večino bakterij usodno, HP pa v njem lahko preživi. V svoji steni ima namreč različne snovi, ki ji na različne načine omogočajo preživetje v kislem okolju želodca. Ena izmed takih snovi je encim **ureaza**, ki ga izkoriščamo pri diagnostičnih postopkih.

Ob koncu najinega pogovora nam povej še kakšne posebne utrinke iz svojega življenja.

Veš, v življenju so me vedno obkrožali ljudje s pozitivnimi življenjskimi vrednotami, kar me je seveda oblikovalo, kalilo in mi tudi dajalo veliko življenjske moči.

Med številnimi bi rada omenila še »dušne pastirje«, ki so me poučevali in mi dajali zelo pozitivne življenjske

napotke. Naj omenim nekatere od njih: v italijanski šoli v Gorici je bil don Cesario, redovnik na Kapeli, ki ga je ubila bomba. Od Slovencev se spominjam dr. Čuka, ki je stanoval v palači grofov Attems in je imel veliko knjižnico, kjer sem si lahko kadarkoli sposojala knjige. Še najljubši in eden zadnjih pa je bil naš nadškof dr. Alojzij Šuštar, ki je bil tudi moj pacient. Zelo skrbno še vedno hranim njegova izjemna pisma.

Usklajevati sem morala družino, polno zaposlenega dobrega moža, otroka in svoje delo na Gastroenterološki interni kliniki v Ljubljani. Po odhodu v pokoj sem začela **slikati**: morje, soline, naravo, kraške utrinke, svojo psičko.



Soline so Tilkin priljubljen slikarski motiv.

# Tuberozna skleroza – ena bolezen, milijon obrazov

*Približno tretjina vseh bolnikov bolezen podeduje, preostali zbolijo zaradi spontane genske mutacije*

Sergeja Širca, univ. dipl. novinarka

*Tuberozna skleroza je genska motnja, ki lahko povzroči nastanek nerakastih benignih tumorjev v življenjsko pomembnih organih, zaradi katerih lahko pride do nevarnih zapletov. Znaki se razlikujejo od bolnika do bolnika, številni se pojavijo že v prvem letu življenja, pri nekaterih pa razvoj znakov lahko traja več let, zato so mnogi diagnosticirani šele pozneje v življenju.*

*Prognoza se med posamezniki močno razlikuje: bolniki z blagimi simptomi imajo normalno pričakovano življenjsko dobo, tisti z resnejšo obliko bolezni pa so lahko hudo duševno prizadeti, oblevajo za trdovratno epilepsijo ali jih ogrožajo smrtno nevarne bolezni, povezane z možganskimi tumorji, ledvičnimi spremembami, spremembami na srcu in pljučih ter redko pljučno boleznijo.*

*Tuberozna skleroza prizadene do milijon ljudi po vsem svetu<sup>1</sup>, pojavlja se pri vseh rasah in etničnih skupinah ter pri obeh spolih. Bolezen prizadene približno enega od 6.000 novorojenčkov, čeprav zaradi blage oblike začetnih simptomov ostanejo številni primeri med dojenčki neodkriti. Približno tretjina vseh bolnikov bolezen podeduje, preostali zbolijo zaradi spontane genske mutacije.*

*Tuberozna skleroza torej lahko močno vpliva na kakovost življenja bolnikov in njihovih negovalcev. Posebno težko breme bolezni nosijo starši otrok, ki jim bolezen odkrijejo kmalu po rojstvu. Zaradi večsistemske narave bolezni je njihovo življenje z malčkom pogosto nenehen vrtinec zdravniških pregledov pri nevrologu, nefrologu, urologu, kardiologu, dermatologu, genetiku in pulmologu.*

*Na resnost te redke bolezni ter na težave, s katerimi se srečujejo bolniki, pa tudi zdravniki, ki jih obravnavajo, smo opozorili na novinarski konferenci ob svetovnem dnevu tuberozne skleroze, 15. maju. Na njej so sodelovali asist. mag. Bogdan Lorber, dr. med., spec. nevrologije, vodja Centra za epilepsijo odraslih s Kliničnega oddelka za bolezni živčevja ljubljanske Nevrološke klinike, asist. dr. Mirjana Perkovič Benedik, dr. med., spec. otroške nevrologije, s Kliničnega oddelka za otroško, mladostniško in razvojno nevrologijo ter doc. dr. Anamarija Meglič, dr. med., pediaterinja nefrologinja, s Kliničnega oddelka za nefrologijo na Pediatrični kliniki UKC Ljubljana.*

Mag. Lorber, tuberozna skleroza je pravzaprav bolezen z milijon obrazy, kolikor je bolnikov.

**Bogdan Lorber:** Res ima skoraj vsak bolnik drugačne znake, ker se tumorji pojavijo v različnih organih: v možganih, jetrih, ledvicah, pljučih, srcu in na koži. Bolniki imajo lahko epilepsijo, zaostanek v duševnem razvoju, vedenjske motnje, znake na koži ali prizadetost jeter, ledvic ali pljuč. Včasih smo menili, da je za tuberozno sklerozo značilna predvsem huda prizadetost, danes ugotavljamo, da je takih bolnikov manj kot polovica. Bolnik je torej lahko tako zelo hudo prizadet, da potrebuje stalno skrb in nadzor, ali pa doseže odraslo dobo in zaseda odgovorno delovno mesto ter šele kasneje ugotovi, da ima nekatere znake tuberozne skleroze. Prav zaradi tako različnih pojavnih oblik bolezen večkrat imenujemo »kompleks tuberozne skleroze«.

Dr. Perkovič Benedik, zakaj je pri tej bolezni tako pomembno, da jo odkrijemo čim bolj zgodaj?

**Mirjana Perkovič Benedik:** Zgodnje odkrivanje je pomembno predvsem za otroške nevrologe, da zgodaj prepoznamo pojav epilepsije pri dojenčku. Ta se namreč pojavi pri vsaj 80 odstotkih bolnikov s tuberozno sklerozo, večinoma (pri 63 odstotkih) že v prvem letu življenja. V dojenčkovi dobi se lahko pojavi ena najtežjih oblik epileptičnih napadov – infantilni spazmi, ki jih moramo čim prej prepoznati in zdraviti. Raziskave namreč kažejo, da je čimprejšnja kontrola takšnih napadov z zdravili povezana z boljšim kognitivnim izhodom. Na sum tuberozne skleroze nas lahko opozori že porodničar, ko pri rednih UZ-preiskavah nosečnic opazi tumorčke na srčku in starše napoti na posvet h kliničnemu

<sup>1</sup> Vir: <http://www.tsalliance.org/>

genetiku in k nam. Mi otroka aktivno sledimo in starše opozorimo na pojav epilepsije. V obdobju dojenčka namreč epileptični napadi niso taki, kot jih poznamo pri odraslih, ampak gre za drobne zgbike, ki včasih niso takoj prepoznani.

**Mag. Lorber, za marsikaterega bolnika je dolgo veljalo, da ima epilepsijo, v zadnjih letih pa za številne ugotovljate, da imajo pravzaprav tuberozno sklerozo.**

**Bogdan Lorber:** V preteklosti smo se srečevali predvsem z zelo prizadetimi bolniki s tuberozno sklerozo, večinoma s težko vodljivo epilepsijo in s pridruženim hudim razvojnim zaostankom. Pri redkih bolnikih je tumor v možganih zrasel do velikosti, ki je povzročala znake povišanega znotrajlobanjskega pritiska, in je bolnik potreboval takojšnje kirurško zdravljenje. V zadnjih petnajstih letih pa smo vedno pogosteje obravnavali bolnike, ki so imeli predvsem epilepsijo, ob tem pa

so uspešno opravljali zahtevne poklice z visoko izobrazbo. Pri njih smo tuberozno sklerozo odkrili ob rednih diagnostičnih postopkih iskanja vzroka za epilepsijo, kar je pomembno predvsem zaradi drugačnega načina zdravljenja. To nas je sprva zelo presenečalo. Danes pa je znano, da verjetno več kot polovica bolnikov s tuberozno sklerozo ne kaže očitnih znakov bolezni, pa tudi ne duševne bolezni ali razvojnega zaostanka.

**Dr. Meglič, vloga nefrologov je pri obravnavi bolnikov s tuberozno sklerozo zelo pomembna, saj se pri do 80 odstotkih bolnikov pojavijo ledvični tumorji.**

**Anamarija Meglič:** Tumorji v ledvicah se pojavljajo že v otroštvu in jih odkrivamo z ultrazvočno in magnetnoresonančno preiskavo. V zadnjem času zaradi boljše UZ-diagnostike odkrivamo vedno več bolnikov. Pri številnih otrocih se namreč že pri starosti nekaj let začnejo pojavljati

tumorčki v ledvicah. Najprej ne povzročajo težav, ko pa zrastejo do velikosti 3 ali 4 centimetre, kar je običajno približno pri 10 letih, se zelo poveča nevarnost krvavitev v tumorsko tvorbo, ki je lahko življenje ogrožajoča. Tumorji se večajo in jih je vse več, v odrasli dobi lahko prerastejo ledvico in pride do okvare ledvične funkcije.

Torej je pomembno te tumorje spremljati in pravočasno ukrepati z zdaj možno terapijo. Rast tumorjev namreč uspešno zaviramo z zdravilom, ki celo zmanjšuje tumorje, s čimer preprečimo življenje ogrožajočo krvavitev in ohranjamo ledvično funkcijo.

**Mag. Lorber, tuberozna sklerozo spada med redke bolezni. Kako pogosta je? Koliko je bolnikov v Sloveniji?**

**Bogdan Lorber:** Natančnih epidemioloških podatkov nimamo. Ocenjujemo, da ima tuberozno sklerozo od 7 do 12 ljudi na 100.000 prebi-



Na novinarski konferenci ob svetovnem dnevu tuberozne skleroze, 15. maju, so sodelovali (z desne) neurologa asist. mag. Bogdan Lorber, vodja Centra za epilepsijo odraslih z ljubljanske Nevrološke klinike, in asist. dr. Mirjana Perkovič Benedik s Kliničnega oddelka za otroško, mladostniško in razvojno neurologijo Pediatrične klinike ter nefrologinja doc. dr. Anamarija Meglič s Kliničnega oddelka za nefrologijo Pediatrične klinike (foto: Miran Juršič).

valcev, v Sloveniji torej med 150 in 250. Približno polovica je močno prizadetih, kjer je diagnozo lahko postaviti, pri drugi polovici pa do diagnoze pridemo iz kakršnegakoli posameznega znaka. Približno dve tretjini bolnikov bolezní nista podedovali, ampak je šlo za novo mutacijo gena TSC 1 ali TSC 2. Lahko pa bolezen prenesejo na svoje potomce. Z dostopnostjo diagnostičnih preiskav, predvsem CT in MRI, se ocena pogostnosti bolezní viša.

**Dr. Perkovič Benedik, kako pri nas poteka diagnostika?**

**Mirjana Perkovič Benedik:** Genetska in vsa ostala diagnostika v Sloveniji poteka zadovoljivo. Glede na redkost bolezní je zdravstveno osebje dokaj osveščeno o tej bolezni. Ker se lahko kaže praktično v vseh organskih sistemih in v različnih kombinacijah pri posamezniku, mora biti specialist vsake stroke seznanjen z boleznijo, recimo dermatolog, saj so pogoste spremembe na koži, ali pa radiolog na UZ trebuha naključno najde tumor na ledvicah.

Nato ni težav pri izpeljavi diagnostike in zdravljenju. Določenih stvari pri nas sicer ne moremo zdraviti, recimo bolnike s trdovratno epilepsijo pošiljamo na kirurško zdravljenje v tujino. Genetsko svetovanje in genetska diagnostika pa sta na voljo, možen je posvet pri kliničnem genetiku in testiranje, če je bolezen v družini že znana. Uveljavljamo tudi preventivno sledenje otroka, če je diagnoza znana ob rojstvu. Starše opozorimo na možnost epileptičnih napadov in na možne oblike napadov, otroka pa večkrat pregledamo tudi z elektroencefalografijo (EEG).

**So odkriti vsi bolniki?**

**Mirjana Perkovič Benedik:** Pri tuberozni sklerozi je klinična slika tako raznolika in določeni znaki se pojavijo kasneje v življenju, zato zaenkrat ni možno zgodaj postaviti diagnoze pri vseh bolnikih. Morda je prav med nami kdo s to boleznijo, pa tega ne ve. Lahko imaš recimo samo

ledvične tumorje, pa tega ne veš, saj nimaš težav.

**Bogdan Lorber:** Vedno pogosteje se dogaja, da nekomu ob rutinski preiskavi odkrijejo tuberozno sklerozo, še preden ima težave zaradi nje. Verjetno je prevalenca višja, kot zdaj menimo, ker marsikaterega bolnika še ne poznamo.

**Dr. Perkovič Benedik, ste nevrologinja na pediatrični kliniki, torej se srečujete predvsem z malimi pacienti – kaj svetujete staršem, ko izvedo diagnozo?**

**Mirjana Perkovič Benedik:** Žal ob sami postavitvi diagnoze ne moremo napovedati, ali bo otrok imel blago klinično sliko ali hudo izraženo bolezen s težavami v razvoju in koliko organskih sistemov bo prizadetih. Otroku lahko že zgodaj potrebuje več operativnih posegov in številne obiske pri zdravniku, kar zelo zmanjšuje kakovost življenja družine. Pomembno je, da starši razumejo različne vidike bolezní ter možnosti diagnostike in zdravljenja ter da znajo otroka opazovati in sodelovati v diagnostičnem in terapevtskem procesu. Recimo v zadnjih dveh letih je strokovna tendenca, da že pred pojavom epileptičnih napadov sledimo otroka.

**Dr. Meglič, tuberozna sklerozo lahko povzroča tudi spremembe na koži, ki zelo zaznamujejo bolnika. Kako jim lahko zdravstveni delavci olajšajo življenje?**

**Anamarija Meglič:** Kožne spremembe pri težkih kliničnih slikah res sežejo v srce, saj so lahko zelo izrazite. Iz študentskih časov se spomnim teh slik v literaturi kot tipičnih slik bolnika s tuberozno sklerozo. Predvsem spremembe na obrazu, rdeče obarvane izboklinice, seveda zelo motijo predvsem mlada dekleta. Te kožne spremembe se na srečo zelo ugodno odzovejo na sodobno medikamentno zdravljenje, na koži se najprej vidi izboljšanje in takrat se najbolj veselimo s svojimi bolniki. Z zgodnjim prepoznavanjem, ustreznim zdravljenjem in timsko obravnavo

sodelujočih subspecialistov z vključeno psihološko podporo lahko res olajšamo življenje bolnikov.

**Mag. Lorber, zdravniki, ki spremljate in zdravite bolnike s to boleznijo, se zavzimate za vzpostavitev centra za obravnavo bolnikov s tuberozno sklerozo. Kako bi to izboljšalo zdravljenje in sploh življenje bolnikov?**

**Bogdan Lorber:** Če bi se organizirali v centru, bi bolnik na enem mestu hitreje opravil diagnostiko in dobil vso potrebno podporo. Ne bi mu bilo treba trkati na vrata različnih specialističnih ambulant, namesto tega bi se zdravniki in drugi strokovnjaki pri vodenju posameznega bolnika dogovarjali o optimalnem poteku postopkov po utečenem protokolu. Zdravniki, ki bi sodelovali, bi si izmenjevali izkušnje, kot to počnemo že zdaj, a gre za neformalna srečanja. Zato smo predlagali formalno ustanovitev takega centra, ki bi poleg tuberozne skleroze pokrival še nekatere redke genetske bolezni. To bi omogočilo boljšo kakovost in dostopnost diagnostike in zdravljenja. Hkrati bi seveda zdravniki po Sloveniji vedeli, kje lahko pridobijo informacije o bolezni in kje najlažje dosežejo specialiste, ki jih potrebujejo za pomoč pri vodenju bolnikov s tuberozno sklerozo.

Pričakujemo tudi natančnejšo oceno pogostnosti bolezní. Morda bi lahko v majhnem zdravstvenem sistemu, kot je slovenski, v okviru takega centra z relativno majhnim vložkom zajeli in obravnavali vse prizadete v tem okolju.

**Anamarija Meglič:** S centrom bi dobili tudi dodatne sodelavce, ki bi nam pomagali pri vodenju in usmerjanju bolnikov. Ob rednem delu je namreč ob polnih ambulantah težko celotno poskrbeti za bolnika, se dogovoriti za številne preiskave in kontrole, zato je veliko tega prepuščeno bolnikom in njihovim družinam.

# Ciljana zaščita D-negativnih nosečnic v 28. tednu nosečnosti z imunoglobulinom anti-D

Klara Železnik, dr. med., Ivica Marić, dr. med., dr. Tadeja Dovč Drnovšek, prim. Irena Bričl, dr. med., vse Zavod Republike Slovenije za transfuzijsko medicino

**Zdravstveni svet Ministrstva za zdravje RS je oktobra 2016 potrdil predlog novega programa »Neinvazivna določitev plodovega genotipa RHD iz periferne krvi RhD-negativnih nosečnic – presejalni test«. Po do sedaj veljavnih smernicah je vsaka RhD (D)-negativna nosečnica v 28. tednu nosečnosti prejela zaščito z imunoglobulinom (Ig) anti-D, ne glede na prisotnost antigena D pri plodu. Kar 41 odstotkov D-negativnih nosečnic je v 28. tednu po nepotrebnem prejelo zaščito z Ig anti-D, saj so rodile D-negativnega otroka. Z odkritjem zunajcelične plodove DNA (zcp-DNA) v krvnem obtoku nosečnice so se odprla vrata neinvazivnemu določanju genotipa RHD (D) pri plodu. Novi program predvideva določanje plodovega genotipa D iz periferne krvi nosečnice v 26. tednu nosečnosti ter injiciranje Ig anti-D v 28. tednu samo tistim D-negativnim nosečnicam, ki nosijo D-pozitivni plod.**

## Senzibilizacija na eritrocitne antigene

Do senzibilizacije na tuje eritrocitne antigene lahko pride po transfuziji, med nosečnostjo ali po transplantaciji. Nosečnica se lahko zaradi fetomaternalnih krvavitev (FMK) senzibilizira na eritrocitne antigene, ki jih je plod podedoval od očeta. Pogostost spontanih FMK se proti koncu nosečnosti povečuje, in sicer od 3 odstotke nosečnic v prvem tromesečju do 45 odstotkov v tretjem tromesečju. Večji kot je volumen FMK, večja je verjetnost nastanka eritrocitnih aloprotiteles. Do večjih FMK lahko pride tudi pri pose-

gih, kot so amniocenteza, kordocenteza, biopsija horionskih resic, pri zunanjem obratu in prekinitvi nosečnosti ter pri poškodbi trebuha. Do senzibilizacije pride večinoma pozno v poteku nosečnosti, zato prvi otrok v večini primerov ne razvije klinične slike hemolitične bolezni ploda in novorojenčka (HBPN).

Klinično pomembna so tista eritrocitna aloprotitelesa, ki lahko povzročijo skrajšano življenjsko dobo eritrocitov. Omenjena aloprotitelesa lahko po transfuziji neskladnih antigensko pozitivnih eritrocitov povzročijo hemolitično transfuzijsko reakcijo, pri nosečnici pa HBPN. HBPN je posledica delovanja materinih aloprotiteles, ki prehajajo preko posteljice in so usmerjena proti antigenom, ki jih je plod podedoval od očeta.

Razvoj HBPN je odvisen od specifičnosti, razreda in podrazreda protiteles ter od začetka izražanja antigenov na plodovih eritrocitih. Z vidika razvoja HBPN so najpomembnejša protitelesa specifičnosti anti-D, anti-Kell (K) in anti-c. Ig razreda IgM ne prehajajo preko posteljice in zato ne povzročajo HBPN. Ig razreda IgG prehajajo preko posteljice. Najbolj agresivni so Ig podrazreda IgG1 in IgG3, ki lahko povzročijo hudo obliko HBPN. Obseg HBPN pa je odvisen tudi od začetka izražanja antigenov na plodovih eritrocitih. Nekateri antigeni se izražajo zgodaj v embrionalnem razvoju (antigeni sistema Rh in K), drugi pa pozno v poteku nosečnosti ali celo šele po rojstvu (Le).

Najbolj imunogen je antigen D, saj transfuzija 200 ml D-pozitivne krvi D-negativni osebi povzroči senzibilizacijo v 85 odstotkih primerov. Po imunogenosti mu sledi antigen K z 10-odstotno verjetnostjo senzibilizacije po neskladni transfuziji. Antigen D je zaradi pogostega ne-



skladja med materjo in plodom ter močne imunogenosti, kljub preprečevanju z injiciranjem Ig anti-D, še vedno najpogostejši vzrok senzibilizacije. Od izpostavljenosti D-pozitivnim eritrocitom do zaznave protiteles anti-D minejo približno štiri tedni. Najvišja raven protiteles anti-D je 6–8 tednov po primarnem stiku z D-pozitivnimi eritrociti. IgG je pogosto edini razred prisotnih Ig in je običajno podtipa IgG1 in/ali IgG3. Za senzibilizacijo na antigen D zadostuje že 0,1–1 ml D-pozitivnih plodovih eritrocitov v materinem krvnem obtoku.

## Preprečevanje senzibilizacije na eritrocitne antigene

V transfuzijski medicini aktivno preprečujemo samo senzibilizacijo na antigen D in delno na antigen K. Bolnikom, ki potrebujejo transfuzijo, zagotavljamo koncentrirane eritrocite, skladne v krvnoskupinskem sistemu ABO, antigenu D in od leta 2007 tudi v antigenu K, s čimer posledično preprečujemo senzibilizacije na antigena D in K tudi pri vseh ženskah v rodni dobi. Senzibilizacijo na antigen D pri nosečnicah in otročnicah preprečujemo tudi z injiciranjem pripravka humanih poliklonskih protiteles Ig anti-D. Natančen mehanizem delovanja Ig anti-D ni dokončno pojasnjen, glavni mehanizem pa je verjetno vezava Ig anti-D na D-pozitivne plodove eritrocite v krvnem obtoku nosečnice in posledično njihova odstranitev z makrofagi. Za preprečitev imunizacije na antigen D po injiciranju Ig anti-D obstajajo tudi dodatni mehanizmi, ki zavirajo aktivacijo limfocitov B in celic pomagalk Th4 ter zavirajo delovanje nezrelih dendritičnih celic. Za preprečitev senzibilizacije zadošča približno 200 molekul Ig anti-D, vezanih na D-pozitiven eritrocit, kar je precej manj, kot je D-antigenov na površini eritrocita. Pripravke Ig anti-D se pridobiva s postopkom odvzema plazme namerno senzibiliziranim D-negativnim moškim. Namerna senzibilizacija po

evropski zakonodaji ni dovoljena, zato pripravke Ig anti-D večinoma pridobivajo v Združenih državah Amerike. Način pridobivanja pripravka in omejena količina sta razloga za visoko ceno. Potreben odmerek Ig anti-D za preprečitev senzibilizacije je odvisen od volumna FMK. Za količino 1 ml D-pozitivne plodove krvi v materinem krvnem obtoku zadošča 10 µg Ig anti-D. Brez zaščite z Ig anti-D se imunizira 16 odstotkov D-negativnih nosečnic, ki rodijo D-pozitivnega otroka. Odstotek imunizacij pri nosečnicah, ki so neskladne s plodom v sistemu ABO, se zniža na 2 odstotka, verjetno zaradi skrajšanega preživetja plodovih ABO-neskladnih eritrocitov v materinem krvnem obtoku.

Pri vsaki nosečnici do dvanajstega tedna nosečnosti določimo krvno skupino (KS) ABO, antigena D in K ter naredimo indirektni Coombsov test (ICT), s katerim odkrivamo prisotnost nepričakovanih eritrocitnih protiteles. Po do sedaj veljavnih strokovnih smernicah vsem D-negativnim nosečnicam v 28. tednu nosečnosti ponovimo ICT ter v odsotnosti senzibilizacije na antigen D preventivno injiciramo Ig anti-D. Po porodu vsem D-negativnim otročnicam ponovimo ICT, njenemu novorojencu pa določimo KS ABO, antigena D in K ter direktni Coombsov test (DCT). Vsem D-negativnim otročnicam, ki rodijo D-pozitivnega otroka, zopet injiciramo odmerek Ig anti-D oziroma glede na ocenjeni volumen FMK injiciramo še dodatne odmerke Ig anti-D.

Preventivno injiciranje Ig anti-D pri D-negativni nosečnici je potrebno tudi v primeru vaginalne krvavitve, spontane ali umetne prekinitve nosečnosti, znotrajmaterničnega posega, zunanega obrata, zunajmaternične nosečnosti ter poškodbe trebuha.

Vse nosečnice, pri katerih med nosečnostjo odkrijemo potencialno klinično pomembna aloprotitelesa, natančno spremljamo. Ogroženost ploda za razvoj anemije ocenjujemo z določanjem titra in agresivnosti protiteles, z določitvijo antigenov pri otrokovem očetu, z določitvijo plodo-

vega genotipa iz amniocitov (plodova genomna DNA) ali iz periferne krvi nosečnice (zcp-DNA). Slednji postopek uporabljamo le za antigene D, K, C, c, E. Nosečnice, pri katerih obstaja tveganje za razvoj anemije ploda, vodijo v Ambulanti za patološko nosečnost UKC Ljubljana.

## Novi nacionalni program »Neinvazivna določitev plodovega genotipa RHD iz periferne krvi RhD-negativnih nosečnic – presejalni test«

Poleg matrine zunajcelične DNA (zc-DNA) se v krvnem obtoku nosečnice nahaja tudi zcp-DNA. Glavni vir zcp-DNA so apoptotične celice posteljice. Količina zcp-DNA med nosečnostjo raste. V prvem tromesečju zcp-DNA predstavlja 3,4 odstotka celotne zc-DNA v krvnem obtoku nosečnice, v zadnjem tromesečju količina naraste na 6,2 odstotka. Na Zavodu za transfuzijsko medicino iz zcp-DNA od 16. tedna nosečnosti dalje določamo genotip D, RHCE\*C in RHCE\*E. Prednost določitve plodovega genotipa D iz matrine plazme je v tem, da niti nosečnica niti plod nista ogrožena pri pridobivanju plodovega genskega materiala. Za izvedbo testa potrebujemo vensko kri D-negativne nosečnice, odvzeto v epruveto z antikoagulansom EDTA. Za napoved plodovega fenotipa D določamo prisotnost več regij gena D, saj to znatno poveča pravilno napovedno vrednost.

Glede na odstotek D-pozitivnih (81 odstotkov) in D-negativnih (19 odstotkov) oseb v slovenski populaciji ter odstotek homo- in heterozigotnosti za gen D ocenjujemo, da kar 41 odstotkov D-negativnih nosečnic nosi D-negativni plod in torej v 28. tednu nosečnosti po nepotrebnem prejme zaščito z Ig anti-D. Leta 1997 je Lo s sodelavci iz periferne krvi nosečnice

izoliral zcp-DNA, ki nam omogoča vpogled v dedna znamenja ploda. Z možnostjo neinvazivnega določanja plodovega genotipa D lahko dajemo ciljano zaščito v 28. tednu nosečnosti samo tistim D-negativnim nosečnicam, ki nosijo D-pozitivni plod.

Zdravstveni svet Ministrstva za zdravje RS je oktobra 2016 potrdil predlog novega programa »Neinvazivna določitev plodovega genotipa RHD iz periferne krvi D-negativnih nosečnic – presejalni test«. Novi program ne prinaša sprememb pri vodenju nosečnic v prvem tromesečju. Vsem nosečnicam bomo še naprej do 12. tedna določili krvno skupino ABO, antigena D in K ter ICT. Novi program predvideva določitev plodovega genotipa D iz periferne krvi D-negativnih nosečnic v 25.–26. tednu nosečnosti. D-negativnim nosečnicam, pri katerih bomo z genotipizacijo predvideli, da je plod D-pozitiven, bomo naredili še ICT ter svetovali glede zaščite z Ig anti-D v 28. tednu. D-negativne nosečnice, pri katerih bomo predvideli, da je plod D-negativen, ne bodo prejele zaščite z Ig anti-D. Pri teh nosečnicah kontrole v nadaljevanju nosečnosti in po porodu ne bodo več potrebne. Po porodu bomo vsem D-negativnim otročnicam, pri katerih bomo med nosečnostjo z genotipizacijo predvideli, da nosijo D-pozitivni plod, ponovili ICT, določili obseg FMK in izdali priporočilo glede zaščite Ig anti-D. Pri njenem D-pozitivnem novorojencu pa bomo serološko določili KS ABO, antigena D in K ter naredili DCT. Pri vseh nejasnih rezultatih genotipizacije za določitev plodovega genotipa in predvidenega fenotipa D bomo D-negativni nosečnici priporočili zaščito z Ig anti-D. V primerih vagi-

nalne krvavitve, spontane ali umetne prekinitve nosečnosti, znotrajmaterničnega posega, zunanjšega obrata, zunajmaternične nosečnosti ter poškodbe trebuha bomo pri D-negativni nosečnici obdržali že obstoječi algoritem preventivnega injiciranja Ig anti-D, od 25. tedna nosečnosti dalje pa se bomo glede zaščite z Ig anti-D odločali glede na rezultat genotipizacije plodovega D iz periferne krvi nosečnice.

Z uvajanjem novega programa bomo predvidoma začeli konec leta 2017. Program bomo začeli uvajati postopno. Najprej bomo vključili nosečnice, ki jih testiramo na Zavodu za transfuzijsko medicino (ZTM) (ljubljanska regija), nato nosečnice, katerih vzorci se testirajo na centrih za transfuzijsko dejavnost (CTD), ki so pridruženi ZTM, v zadnji fazi bomo vključili še nosečnice, ki jih testirajo v Centru za transfuzijsko medicino Maribor s pridruženima CTD in v Transfuzijskem centru Celje.

## Zaključek

S preventivnim injiciranjem Ig anti-D vsem D-negativnim nosečnicam v 28. tednu zaščito po nepotrebnem prejme okoli 41 odstotkov žensk, ki nosijo D-negativni plod. Novi program pri D-negativnih nosečnicah predvideva določitev plodovega genotipa D iz periferne krvi v 25.–26. tednu nosečnosti. D-negativnim nosečnicam, pri katerih bomo z genotipizacijo predvideli, da nosijo D-pozitivni plod, bomo po opravljenem presejalnem testiranju na prisotnost nepričakovanih eritrocitnih aloprotiteles (ICT) svetovali glede zaščite z Ig anti-D v 28. tednu. Po porodu bomo pri teh otročnicah

ocenili volumen FMK, njihovim novorojenčkom pa tudi serološko določili KS ABO ter antigena D in K. D-negativne nosečnice, pri katerih bomo predvideli, da je plod D-negativen, v 28. tednu nosečnosti ne bodo prejele zaščite z Ig anti-D, kontrole v nadaljevanju nosečnosti in po porodu pa ne bodo več potrebne.

## Viri in literatura:

1. Pravilnik o transfuzijskih preiskavah in postopkih ob transfuziji. Uradni list RS št. 9/2007.
2. Predlog zdravstvenemu svetu: Neinvazivna določitev plodovega genotipa RHD iz periferne krvi RHD-negativnih nosečnic – presejalni test. 2014.
3. Kennedy MS, Delaney M, Scrape S. Perinatal issues in transfusion practice. In: Fung MK, Grossman BJ, Hillyer CD, westhoff CM. Technical manual, 18th ed. Bethesda: AABB, 2014. p. 561-70.
4. Bril I, Železnik K. Aloimunizacija in hemolitična bolezen. In: Takač I, Geršak K. Ginekologija in perinatologija, 1. izd. Maribor: Medicinska fakulteta; 2016. p. 516-20.
5. Krumpel BM. On the immunologic basis of Rh immune globulin (anti-D) prophylaxis. *Transfusion* 2006; 46: 1652-6.
6. Dovč Drnovšek T. Določanje plodovega genotipa RHD iz plazme RhD-negativnih nosečnic z metodo PCR v realnem času. [doktorsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta; 2013.
7. Illanes S, Soothill P. Noninvasive approach for the management of hemolytic disease of the fetus. *Expert Rev Hematol* 2009; 2: 577-82.
8. Illanes S, Soothill P. Management of red cell alloimmunisation in pregnancy: the non-invasive monitoring of the disease. *Prenatal diagnosis* 2010; 30: 668-73.
9. Hyland CA, Gardener GJ, Davies H, Ahvenainen M, Flower RL, Irwin D et al. Evaluation of non-invasive prenatal RHD genotyping of the fetus. *MJA* 2009; 191(1): 21-25.
10. Daniels G, Finning K, Martin P, Summers J. Fetal RhD genotyping: A more efficient use of anti-D immunoglobulin. *Transfusion Clinique et Biologique* 2007; 14: 568-71.

## 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.

# Tečaj veščin urgentne medicine v Mariboru

*Emergency Medicine Core Competences course*

**Barbara Furman, dr. med.,**  
specializantka urg. med. za  
Podravske regije  
**Asist. Gregor Prosen, dr.**  
med., spec. urg. med.,  
FEBEM, predsednik SIZ

**V začetku maja je na Medicinski fakulteti v Mariboru potekal tridnevni tečaj EMCC (Emergency Medicine Core Competences) iz veščin urgentne medicine. Tečaj prihaja iz Švedske, kjer ga kolegi specialisti urgentne medicine pod vodstvom dr. Erica Dryverja že 10 let izvajajo za njihove specializante in pripravnike. Tečaj je izjemno intenziven in namenjen specializantom in specialistom urgentne medicine.**

Vodil ga je ustanovitelj dr. Eric Dryver, specialist urgentne medicine iz Lunda, ter njegovi kolegi iz različnih evropskih držav (Danske, Belgije, Slovenije), ki že vrsto let opravljajo urgentno medicino. Udeležba je bila mednarodna, poleg udeležencev iz Slovenije so tečajniki prihajali iz Velike Britanije, Grčije, Turčije in Belgije.

Tečaj je skrbno načrtovan in dodelan. Udeleženci še pred začetkom prejmejo povezave do literature, ki jo je posebej za tečaj pripravil glavni avtor, dr. Dryver. Za pristop k tečaju je treba rešiti pretest, saj je tečaj teoretično in praktično zahteven. S tem inovativnim pristopom, v tujini poznamo tudi »flipped classroom«, želi avtor čim bolj izkoristiti čas na tečaju, kar pomeni, da naj se »nabiranje« faktografskega znanja zgodi doma, na tečaj pa udeleženci pridejo po praktične veščine. V treh dneh so tako le tri predavanja po eno uro.

Poudarek tečaja je na interaktivnosti in intenzivnosti, zato so skupine majhne. Vsak tečajnik tako maksimalno aktivno sodeluje skozi vse tri dni. Preko simulacij kliničnih primerov smo obdelali širok nabor znanj in veščin iz urgentne medicine, kot je oskrba kritično bolnih v bolnišničnem okolju, reanimacija in postreanimacijska oskrba, sistematično jemanje anamneze in klinični pregled, diferencialnodiaagnostično razmišljanje, interpretacija elektrokardiograma, interpretacija plinske analize arterijske krvi, sistematičen nevrološki pregled, obravnava zastrupitev, oskrba poškodovancev in drugo.

Čeprav imamo v Sloveniji večino tečajev iz skupine *Life Support*, pa je EMCC poseben v tem, da gre še stopnjo ali dve globlje kot ostali. Ne samo v razumevanju patofiziologije, temveč tudi v težavnosti primerov ter zahtevnosti obravnave in zdravljenja.

Ob izjemni širini in globini pričakovane znanja pa celoten tečaj temelji na poznavanju osnov, predvsem anamneze, pa tudi bayesovske teorije pred- in posttestne verjetnosti ter konceptov praga diagnosticiranja in praga zdravljenja.

Poleg strokovnih vsebin je bil pomemben poudarek tudi na komunikaciji med reanimacijsko ekipo ter organizaciji dela pred in med oskrbo kritično bolnih. Dotaknili smo se tudi ukrepanja ob množičnih nesrečah v bolnišnici. Tečaj je obsegal vsa najpomembnejša področja obravnave bolnikov v urgentnih centrih. Kljub temu, da je bil intenziven, so se mentorji potrudili, da je potekal v sproščenem vzdušju.

Kot specializantki urgentne medicine se mi zdi izjemno pomembno, da imamo priložnost učenja od specialistov, ki že vrsto let opravljajo delo v



*Prosojnica kontrolnega seznama (>check-list<) pri simulaciji enega od kliničnih primerov.*

urgentnih centrih. Žal se v Sloveniji ta del urgentne medicine šele razvija, zaradi česar je seveda čutiti pomanjkanje podajanja tovrstnih znanj. Zato je še toliko bolj pomembno, da se v prihodnosti na nacionalni ravni omogoči še več tovrstnih tečajev, saj bomo le tako lahko ustrezno znanje podajali tudi naprej mlajšim generacijam. Znanje, ki smo ga v treh dneh tečaja osvojili ob izkušenih specialistih, ki so na svojem področju tudi izjemno cenjeni, je neprecenljivo.

## Namesto zaključka (G. Prosen)

Kot eden izmed inštruktorjev na tečaju sem tečaj osebno ocenil kot odličen in več kot potreben. Naši specializanti so bili nanj zelo dobro pripravljene in so se na samih scenarijih še bolj odrezali! Tako zelo dobro, da je na plano prišla tudi naša obča, manj svetla realnost.

Že po koncu prvega dneva je izkušena skandinavka kolegica med neformalno analizo dneva jasno pohvalila naše specializante. In jih takoj zatem na splošno, nekatere pa tudi poimensko, povabila, da pridejo delat na Dansko ali Švedsko!

Osebo so mi tuji gostitelji ob robu tečaja priznali, da se jim raven znanja, predvsem pa odnosa ter vedoželjnosti naših specializantov zdi prepričljivo višja od skandinavskih vrstnikov.

Sam sem nad neposrednostjo in prepričljivostjo ponudbe ostal brez besed, podobno verjetno tudi naši specializanti. Še posebej v luči (kaotične) realnosti, v katero smo se vsi vrnili že naslednji dan ...

# 11. Bedjaničev simpozij

Maribor, Kongresni center Habakuk, 26. in 27. maj 2017

Mag. Božena Kotnik Kevorkijan, dr. med., UKC Maribor

**Mariborski infektologi smo letos pripravili že 11. simpozij, ki nosi ime po znamenitem slovenskem infektologu prof. Milku Bedjaniču, Bedjaničev simpozij. Ta je začel svojo pot infektologa v mariborski bolnišnici in nadaljeval na infekcijski kliniki v Ljubljani. Tradicionalno že 20 let vsako drugo leto zadnji konec tedna v maju organiziramo strokovno srečanje, na katerem obdelamo eno od aktualnih tem v infektologiji. Letos je bila vodilna tema simpozija »Nujna stanja v infektologiji«, saj menimo, da le-ta predstavljajo izziv za zdravnike tako na primarni zdravstveni ravni, ko bolnik prvič poišče zdravniško pomoč, kot tudi za nas, ki se ukvarjamo z infekcijskimi boleznimi. Trudimo se, da je srečanje zanimivo za zdravnike različnih področij medicine, skušamo biti aktualni in razrešiti določene strokovne dileme. Tudi infektologi smo včasih v stiski, ko se srečamo z bolnikom, ki mu je treba pomagati, pa ne najdemo takoj prave rešitve in je pot do diagnoze včasih dolga, izid obravnave in zdravljenja pa ni vedno ugoden.**

Program je obsegal 19 predavanj, osem prikazov zanimivih primerov bolnikov s težkimi in nenavadnimi poteki infekcijskih boleznih in štiri satelitske simpozije. Izdali smo tudi zbornik predavanj.

V prvem delu strokovnega srečanja smo poslušali predavanje o zgodovini najpomembnejših infekcijskih boleznih, ki so krojile zgodovino in usodo posameznih narodov ali pa celo civilizacij (tuberkuloza, sifilis, kuga, kolera, gripa), ki ga je pripravila prof.

dr. Zvonka Zupanič Slavec z MF v Ljubljani, ter predavanje doc. dr. Tatjane Lejko Zupanc s Klinike za infekcijske bolezni in vročinska stanja v Ljubljani o sodobnejših infekcijskih boleznih, ki bodo morda usodno zaznamovale prihodnost človeštva.

Mariborska infektologinja mag. Božena Kotnik Kevorkijan je prikazala podatke o bolnikih, ki so bili v preteklih dveh letih napoteni na Oddelek za infekcijske bolezni in vročinska stanja UKC Maribor. Kar 98 odstotkov vseh bolnikov je imelo na napotnici označeno stopnjo nujnosti »nujno«, najpogostejša diagnoza na napotnici pa je bila »opazovanje«, ki jo je imelo v preteklem letu 60 odstotkov bolnikov, napoteni na infekcijski oddelek. Z uvedbo e-napotnice smo pričakovali rešitev teh problemov, a je trenutno, po dveh mesecih uporabe e-napotnice, še slabše, saj ima še večji delež bolnikov na napotnici navedeno napotno diagnozo »opazovanje«. V urgentni ambulanti infekcijskega oddelka so v lanskem letu pregledali v rednem delovnem času (od 7.30 do 15.30) 48 odstotkov bolnikov, vsi ostali so prišli na prvi pregled izven tega časa, ko je na oddelku minimalna delovna ekipa, ko mora zdravnik delati na oddelku, v sprejemni ambulanti, opraviti najnujnejše konziliarne preglede, telefonsko svetovati znotraj UKC in zunanjim ustanovam (regijske bolnišnice, zdravstveni domovi, domovi starejših občanov). Pri sprejemih na oddelek so podatki glede časa sprejema še slabši, samo 27 odstotkov bolnikov je bilo sprejetih v rednem delovnem času. Dežurni infektolog je izjemno obremenjen, v urgentni ambulanti ponoči in ob dela prostih dneh nima administratorke, medicinska sestra opravlja administrativna

dela in kombinira delo v urgentni ambulanti z delom na oddelku. Za normalno in varno delo bi bilo nujno zagotoviti dežurno ambulantno ekipo, saj je oddelku priznana urgentna ambulanta. Zatakne se seveda pri zaposlovanju in plačilu ustreznih urgentnih ekip.

Epidemiolog Zoran Simonovič iz mariborske enote Nacionalnega inštituta za javno zdravje je izpostavil nujnost obravnave in pravočasnega prijavljanja določenih infekcijskih boleznih, ki predstavljajo potencialni izvor epidemij v slovenskem prostoru. Posebej je izpostavil in obdelal invazivne meningokokne okužbe, invazivne okužbe z bakterijo *Haemophilus influenzae* tipa b, ošpice, oslovski kašelj in legioneloze. Sledila so predavanja o cepljenju zdravstvenih delavcev (prof. dr. Alojz Ihan, MF Ljubljana) in o mikrobiološki diagnostiki pri resnih infekcijskih boleznih, okužbi krvi, gnojnem meningitisu in nekrozantnem fasciitisu (mag. Andrej Golle, Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano Maribor). Doc. dr. Mateja Logar z infekcijske klinike v Ljubljani je predstavila problem izbora antibiotikov v urgentni ambulanti. Predstavila je rezultate raziskave, ki so jo izvedli na njihovi kliniki. Poudarila je, da ni pomemben samo izbor pravega antibiotika, ampak tudi pravilen odmerek in pravilno trajanje zdravljenja z antibiotikom. Predstavila je sheme zdravljenja za posamezne vrste okužb, ki so vse objavljene tudi v zborniku.

V popoldanskem delu srečanja so mariborski infektologi predstavili resna infekcijska obolenja, ki zahtevajo nujno obravnavo, in sicer sepso (Zmago Novak), bakterijske okužbe pri odvisnikih od nedovoljenih intravenskih drog (doc. dr. Nina Gorišek Miksić), ukrepanje ob sumu na encefalitis (mag. Jana Rejc Marko), pulmologinja Dušanka Vidovič pa resne okužbe spodnjih dihal. Celjska infektologinja Tanja Selič - Korunčič



je predstavila driske kot nujna in resna zdravstvena stanja, s posameznimi primeri iz lastne prakse. Najbolj presenetljiva je bila smrt zaradi okužbe z norovirusi, ki običajno povzročajo kratkotrajne in blažje driske od ostalih povzročiteljev. Prvi dan predavanj je zaključil vodja urgentne službe v ZD Maribor Štefan Mally s prikazom nujnih obravnav infekcijskih obolenj na primarni zdravstveni ravni. Posebej je predstavil rezultate za leto 2016. Število vseh bolnikov, ki prihajajo v urgentno ambulanto, narašča in zdravnik v urgentni dežurni ambulanti je preobremenjen, dela izčrpan in nima dovolj časa za obravnavo bolnika, v povprečju le osem minut za vsakega bolnika.

Drugi dan simpozija smo začeli s predavanji mariborskih infektologov, najprej z nujnimi ukrepi pri okužbah v področju sečil (mag. Zvonko Baklan), nadaljevali s predavanjem o nekrozantnem fasciitisu in prikazom rezultatov iz UKC Maribor, kjer smo v zadnjih 10 letih zdravili 26 bolnikov (Ksenija Ekart Koren) ter predavanjem o okužbah pri otrocih, ki jih ne smemo spregledati (Sibila Unuk).

Zadnji del srečanja smo namenili posebnim področjem nujnih infekcijskih bolezni. Najprej je predavala onkologinja z novoustanovljenega onkološkega oddelka UKC Maribor Maja Ravnik. Predstavila je febrilno nevtropenijo, ukrepanje in možnosti zdravljenja v mariborskem UKC, ki je včasih oteženo, saj ima onkološki oddelek za zdaj samo 10 bolniških postelj in je treba takšne bolnike zdraviti tudi na drugih oddelkih, v sodelovanju z onkologi in včasih še z infektologi. Urgentne ukrepe pri okužbah, ki jih prenašajo virusi, ki se prenašajo s krvjo, je predstavil infektolog dr. Rajko Saletinger, preprečevanje in ukrepanje ob pojavu tuberkuloze in nezaščitenih stikih z bolnikom s tuberkulozo pa pulmologinja Ilonka Osrajnik iz UKC Maribor. Zadnje predavanje pa je bilo posebej zanimivo in malo eksotično, saj imamo malo takšnih bolnikov. Mag. Tadeja Kotar z infekcijske klinike v Ljubljani je predstavila potrebno obravnavo popotnikov po vrnitvi iz tropov in tudi

svoje lastne izkušnje iz tropov, saj redno potuje in deluje v Afriki.

Med predavanji smo imeli delavnice, ki so zdaj že značilne za Bedjaničev simpozij. Štirikrat so mladi zdravniki iz vse Slovenije predstavili po dva primera zanimivih pacientov s težkim ali nenavadnim potekom infekcijske bolezni, ki je bila težko prepoznana, diagnostično zahtevna. Marsikomu je bil ta del simpozija najbolj zanimiv, z vprašanji in glasanjem o ukrepanju pa smo se preizkusili vsi poslušalci.

Imeli smo tudi štiri satelitske simpozije, teme so bile možnosti cepljenja proti pasovcu, zdravljenje glivnih seps, virusni hepatitis C in zdravljenja okužb z večkratno odpornimi bakterijami.

Srečanje smo popestrili z družabnim programom, mladi glasbeniki (dijaki in študenti) so zaigrali na kitaro in klavir.

Tokratnega Bedjaničevega simpozija se je udeležilo preko 100 zdravnikov, nekaj je bilo študentov in drugih zdravstvenih delavcev in sodelavcev. Ob srečanju smo izdali zbornik vabljenih predavanj, ki obsega preko 200 strani. Upam, da bo v pomoč zdravnikom, ki usmerijo bolnike k infektologu, mladim zdravnikom in študentom medicine pa bo pomagal pri prepoznavanju nujnih stanj pri obravnavi bolnikov z infekcijskimi boleznimi.



## IT-podporni kotichek: dostop do vseh vsebin na spletni strani zbornice

Vsem članom zbornice je na voljo enostaven in varen dostop do vseh vsebin, podatkov, dokumentov in aplikacij E-list, SPI-dogodki ter profila zdravnika, ki se nahajajo na spletni strani. Za dostop je potrebna predhodna registracija, nato pa se v sistem prijavite z uporabniškim imenom in geslom.

### Registracija v treh korakih

1. Na spletni strani zbornice [www.zdravniskazbornica.si](http://www.zdravniskazbornica.si) se vam s klikom na gumb »Prijava« v desnem kotu zgoraj odpre prijavi obrazec, kjer se nahaja povezava do obrazca za registracijo.
2. Kliknite na besedo »Registracija« in v obrazec vnesite potrebne podatke – elektronsko pošto, datum rojstva in geslo po svoji izbiri. Nato kliknite na gumb »Potrdi«.
3. Na svoj elektronski naslov boste dobili sporočilo o dodeljenem uporabniškem imenu in navodila za dokončanje postopka registracije. S klikom na povezavo v sporočilu boste aktivirali svoj uporabniški račun.

# 18. evropski ortopedski kongres EFORT 2017 na Dunaju

Vesna Levašič, dr. med., Ortopedska bolnišnica Valdoltra

Najpomembnejši evropski ortopedski kongres EFOR (European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology) se je letos odvijal od 31. maja do 2. junija 2017 v Avstriji, na Dunaju.

Glede na bližino destinacije smo se odločili za pot s prevozom Go Opti, ki pa se ni začela ravno spodbudno. Prvi kombi, ki je prišel iskat nas udeležence iz Ortopedske bolnišnice Valdoltra, je namreč obtičal s pokvarjeno sklopko na bolnišničnem parkirišču. Voznik se je vseeno hitro znašel in pot smo nadaljevali z nadomestnim vozilom.

Program se je začel v sredo, na prizorišču kongresa Wiener Messe smo srečali kolege z Ortopedske klinike, Jesenic, iz Novega mesta in Slovenj Gradca. Že ob čakanju za namestitvev posterjev smo ugotovili, da sta kar dva slovenska posterja od desetih nagrajenih najboljših posterjev prejela nagrado Jacques Duparc Award, in sicer poster Katje Šuster, univ. dipl. biotehologinje, s sodelavci ter poster asist. dr. Klemna Stražarja, dr. med., s sodelavci. Imenovana sta bila tudi na otvoritveni slovesnosti.

Udeleženci se na vsakoletnem kongresu predstavijo s predavanji, posterji, delavnicami, industrijskimi simpoziji in razstavami novih vsadkov in tehnik operiranja. Prvi od dveh letošnjih vabljenih predavateljev za plenarni predavanje je bil prof. dr. Nico Verdonshot, strojni inženir, ki že 28 let dela v Ortopedskem raziskovalnem laboratoriju na Nizozemskem. Naslov njegovega predavanja je bil *Development of patient specific reconstructive methods using advanced imaging and biomechanical modeling techniques*. V petek je

plenarno predavanje *Fast-Track Hip And Knee Replacement – Have We Reached The Goal?* izvedel prof. dr. Henrik Kehlet, zdravnik, ki predava perioperativno terapijo na Rigshospitalet, Copenhagen University na Danskem. V svojem predavanju se je osredotočil na obvladovanje bolečine pred in po ortopedskih operacijah.

Glavna tema letošnjega kongresa so bile športne aktivnosti in ortopedska praksa. Kljub temu so bile teme v vseh sekcijah bolj ortopedsko zastopane. Ena cela sekcija je bila posvečena izobraževanju zdravnikov za primer terorističnega napada, in sicer pripravili na nujne situacije, ko civilni zdravniki zdravijo vojne poškodbe ter ljudem, ki so doživeli teroristični napad, nudijo kasnejšo psihološko podporo.

Kongresa se je udeležilo skoraj 8000 udeležencev iz vseh evropskih držav, pa tudi iz Amerike, Azije in Bližnjega vzhoda.

Slovenski zdravniki in raziskovalci smo na kongresu EFOR sodelovali kar z osemnajstimi prispevki, prva dva sta bila, kot rečeno, nagrajena:

1. Katja Šuster, Ingrid Milošev, Andrej Cör: *Diagnostics Of Staphylococcus Spp. Prosthetic Joint Infections With Bacteriophage K* [Best Posters]
2. Klemen Stražar, Jure Leban, Stig Storgard Jakobsen, Kjeld Søballe: *Hipstress After Bilateral Periarticular Osteotomy Based On Medialisation Of The Hip Centre* [Best Posters]
3. Andrej Cör, Jože Pižem, Ingrid Milošev: *Lipoma Arborescens: Histological And Immunohistochemical Characteristics* [Poster Walk]

4. Vesna Levašič, Ingrid Milošev, Vesna Zadnik: *Risk Of Cancer After Primary Total Hip Replacement: A Cohort Study From Valdoltra Orthopaedic Hospital, Slovenia* [Poster Walk]
5. Boštjan Kocjančič, Samo Jeverica, Andrej Trampuž, Klemen Avsec, Drago Dolinar: *Role Of Sonication In Detection Of Orthopaedic Implant Infections - Single Centre Study* [Poster Walk]
6. Blaž Mavčič, Vinay Saraph, Magdalena Maria Gilg, Marko Bergovec, Janez Breclj, Andreas Leithner: *Risk Factors For Pathological Fractures Of Unicameral Bone Cysts In The Proximal Humerus* [Poster Walk]
7. Blaž Mavčič, Taras Šarler, Marko Kralj, Marko Špiler, Vane Antolič: *Primary Cementless Hip Arthroplasty With Metaphyseal EcoFit® Total Hip System (Implantcast): Cohort Analysis Of 411 Consecutive Endoprostheses With Mean Follow-Up Of 5.3 Years* [Posters]
8. Stanislav Ovnič, Ivo Bricman, Jakob Merkač: *Performing TKA Without Tourniquet And Without Post-Operative Drain Dramatically Increases Post-Operative Infection Rate* [Posters]
9. Nejc Kurinčič, Rihard Trebše: *Chronic Hip Abductor Deficiency Repair: A Comparison Of Direct Open Repair Vs. Muscle Transfer* [Posters]
10. Tomaž Silvester, Blaž Kacijan: *Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Protocol In Total Knee Arthroplasty* [Posters]
11. Lovro Suhodolčan: *Correcting Paediatric Flatfoot With Associated Painful Accessory Navicular With Modified Kidner Procedure And Arthroereisis* [Posters]
12. Simon Kovač, Vesna Levašič, Ingrid Milošev: *Long-Term*

- Results Of Cementless SL-Plus Stem And Threaded Bicon Cup With Different Bearings. 20-Years Survival Analysis [Posters]
13. Blaž Mavčič, Urban Brulc, Marko Kralj, Marko Špiler, Vane Antolič: Identification Of Risk Factors For Unsuccessful Acetabular Press-Fit Fixation At Primary Total Hip Arthroplasty [Posters]
14. René Mihalič, Janez Mohar, Rihard Trebše: Validation Of The Electromagnetic Navigation System For Cup Placement In Total Hip Arthroplasty And Comparison Of Accuracy With Free-Hand Technique [Free Papers]
15. Boštjan Kocjančič, Samo Jeverica, Andrej Trampuž, Klemen Avsec, Drago Dolinar: Can Sonication Help Us Determine The Difference Between Aseptic Loosening And PJI [Free Papers]
16. Rihard Trebše, Črt Benulič, Vesna Levašič, Ingrid Milošev: Survival Rate Of Total Hip Replacement With Components From One Manufacturer Vs. Mixed Components [Free Papers]
17. René Mihalič, Rihard Trebše: Synovial Fluid IL-6 Concentration Is Not Superior To Synovial Fluid

Cell Count And Differential In Detection Of Prosthetic Joint Infection [Free Papers]

18. Janez Mohar, René Mihalič: Potentially Fatal Malpositioned Pedicle Screw After Scoliosis Correction [Clinical Cases]

Sodelovali smo kot moderatorji različnih sekcij:

- René Mihalič, dr. med., je moderiral tri sekcije: Early Knee Osteoarthritis, Tips and Tricks of Using Internet for Professional Purposes ter Perioperative Management in TKA
- doc. dr. Rihard Trebše, dr. med., je moderiral dve sekciji: Technique in THA ter Clinical Cases – Pelvis, Hip and Femur 2
- prof. dr. Matej Cimerman, dr. med., je moderiral dve travmatološki sekciji: Proximal Tibia Fractures ter Clinical Cases – Hip and Femur Trauma 2
- doc. dr. Vladimir Senekovič, dr. med., je moderiral sekcijo Proximal Humerus Fractures in The Elderly

Dosedanjemu delegatu iz Slovenije, našemu sodelavcu iz Valdoltre, Renéju Mihaliču, dr. med., ki je bil Young Member at Large v upravnem

odboru združenja EFORT (Executive Board Members At Large), je potekel mandat. V dvoletnem mandatu je aktivno sodeloval pri razvoju smernic za delovanje odbora EFORT-a, kar je tudi priznanje slovenskim strokovnjakom, ki s svojim delom in izsledki študij prispevajo k izboljšavam v procesih zdravljenja kostnih obolenj. Sestanka odbora se je udeležil tudi sedanjí predsednik Združenja ortopedov Slovenskega zdravniškega društva (ZOSZD), asist. dr. Klemen Stražar, dr. med.

Vesna Levašič, dr. med., in prejšnji predsednik ZOSZD doc. dr. Rihard Trebše, dr. med., sva se udeležila tudi sestanka European Arthroplasty Register (EAR). Na tej seji smo izglasovali razpust te organizacije. EFORT je namreč pred dvema letoma že ustanovil novo organizacijo NORE (Network Orthopaedic Registries in Europe), ki sicer bolj upošteva že uveljavljene skandinavske registre in registre s številnejšo populacijo. Prejšnji podpredsednik EAR prof. Gerold Labek je sedaj predsednik organizacije European Arthroplasty Register Network (EARN), ki si bo prizadevala, da se registri aktivno vključijo v proces ocenjevanja vsadkov, ki so na evropskem tržišču, za namen pridobivanja ustreznih evropskih certifikatov.

Dunaj je prijetno mesto, ki po arhitekturi spominja na Ljubljano, le da je precej večji in bogatejši. Mestnih znamenitosti sicer nismo uspeli obiskati, saj nam je dogajanje na kongresu vzelo preveč časa. Med vožnjo z metrojem smo ugotovili, da za bivanje na Dunaju sploh ne potrebujete znanja nemškega jezika, saj ogromno ljudi govori nam dobro znane jezike narodov bivše Jugoslavije.

Zadnji dan smo obiskali še najboljšo slaščičarno na Dunaju, Demel, saj nismo mogli zapustiti Dunaja, ne da bi poskusili originalno sacher torto. Res je bila odlična.

Z Dunaja smo se tako vrnili z dobrimi vtisi in v mislih že zbirali ideje za prihodnji kongres EFORT, ki bo leta 2018 v Barceloni.



*Nekateri udeleženci kongresa EFORT iz Valdoltre (z leve): Simon Kovač, Vesna Levašič, Katja Šuster, Ingrid Milošev, René Mihalič in Janez Mohar.*

## Zbornična izobraževanja za zdravnike in zobozdravnike

### Delavnice za specializante

delavnica: julij

Delavnice so namenjene predvsem specializantom, ki ste ali boste v kratkem začeli s specializacijo. Predstavili vam bomo teme o pravicah, obveznostih in odgovornosti specializanta, delovnopravne dileme, E-list in nekaj malega o stresu.

Število udeležencev na posamezni delavnici je omejeno; dosednji udeleženci delavnice zelo priporočajo!

**Izvajalke:** Tina Šapec, Mojca Vrečar, Barbara Galuf

### Pacient ne govori slovensko – izziv za zdravstvene delavce v Sloveniji

seminar: april–november

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

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

### Od krepiteve timskega dela do izboljšanja delovnega vzdušja

delavnica: september

Delo v zdravstvu je globoko prepleteno z delom v timu. Pravzaprav si težko predstavljamo, kako bi bilo sploh videti delo brez sodelavcev. Večino časa stvari delujejo. Kaj pa se zgodi, ko se v timu nekaj zalomi? Se pojavi spor? Kdo bo prevzel odgovornost in skušal zadevo zgladiti? Bo to kdo storil ali pa bo zadeva prešla z globoko zamero nekam v podzavest? Sodelovanje, komunikacija in zaupanje v delo sodelavcev je bistvega pomena. Še posebej v timih, kjer s sodelavci preživimo vsaj toliko časa kot doma. Delavnica ponuja orodja in metode, preko katerih bodo udeleženci aktivno vključeni v stresne situacije, ki se lahko pojavijo v dnevni rutini. Z refleksijo dogajanja bomo v odprti razpravi iskali ključne vidike pozitivnega sodelovanja. Cilj delavnice je, da udeleženci spoznajo pomen tima in dinamike, ki se ustvarja z leti. Z izpostavitvijo simuliranim konfliktnim situacijam bodo iskali rešitve, ki jih bodo lahko uporabili pri dnevnih aktivnostih. Ob tem bomo z odprtim odnosom gradili in povezovali tim.

**Izvajalci:** Zavod Medicinski trenerji; Luka Vitez, dr. med., Aleks Šuštar, dr. med.

### Poslušaj in bodi slišan – delavnica komunikacije in reševanja konfliktov

delavnica: september

Pod besedo komunikacija razumemo lastnosti, ki posamezniku omogočajo, da učinkovito in skladno vzpostavlja povezave z ostalimi ljudmi. Pri učinkoviti komunikaciji si prizadevamo za prenos informacij med deležniki brez izgube podatkov in nepotrebnega časa. Pri tem morata dobro sodelovati tako pošiljatelj kot prejemnik informacij z uporabo tako besedne kot nebesedne komunikacije. Morda se sliši nadvse preprosto, vendar ravno majhni šumi v komunikaciji lahko pripeljejo do nerazumevanja, slabe volje in konfliktnih situacij. S poznavanjem, zakaj je pomembna učinkovita komunikacija, kaj sploh to je in kako jo uporabiti v svojem okolju, lahko pomembno prispevamo k razvoju lastnega socialnega življenja, boljšega timskega dela in učinkovitega reševanja konfliktov. Naučili se bomo aktivnega poslušanja, podajanja povratne informacije in usmeritve k rešitvam, ki zagotavljajo napredek.

**Izvajalci:** Zavod Medicinski trenerji; prof. dr. Živa Novak Antolič, dr. med., Luka Kovač, dr. med.



## Kako vodimo sebe? – Delavnica osebnostnega vodenja

delavnica: oktober

Ko vidimo besedo vodenje, se običajno pred nami prikaže slika skupine ljudi, med katerimi ima en posameznik vlogo, da koordinira, svetuje, motivira, vodi. Le malokrat pa stopimo korak naprej in pogledamo vsakega posameznika posebej. Kako vodimo sebe? Dosegamo osebne cilje? Kako si te cilje sploh postavljamo? Imamo višji cilj v našem življenju? Ta delavnica ponuja orodja, s pomočjo katerih si bodo udeleženci lažje odgovorili na vprašanja v prejšnjem odstavku. S posebnimi metodami samorefleksije bodo dobili uvid v zadovoljstvo s specifičnimi področji svojega življenja (kariera, odnosi, prosti čas, življenjski namen). Po analizi se bodo osredotočili na snovanje načrta, kako izboljšati določeno področje. Postavljanje ciljev je ključna veščina pri osebnem (in skupinskem) vodenju, saj je pomembno, da so cilji merljivi, uresničljivi, a kljub temu drzni in ambiciozni. Ne nazadnje pa sledijo orodja za uresničevanje teh ciljev: postavljanje prioritet, razpolaga s časom, ohranjanje motivacije in vpeljevanje novih navad.

**Izvajalci:** Zavod Medicinski trenerji; Luka Vitez, dr. med., Andrej Martin Vujkovic, abs. med.

## Izgorelost in profesionalizem v medicini

delavnica: oktober

Veliko medicinskih fakultet po svetu eksplicitno uči profesionalizem. Medicinski profesionalizem je set vrednot, obnašanja in odnosov, ki poudarja zaupanje javnosti v zdravnike. Medicina je poklic, pri katerem so zdravnikovo znanje, klinične veščine in presoja v službi zaščitene in ponovnega vzpostavljanja dobrega počutja ljudi. Dobro počutje pa težko vzpostavlja zdravnik, ki je izgorel. Objave raziskav iz tujine kažejo na več kot 50-odstotno izgorelost zdravnikov. Na delavnici se bomo pogovarjali o odkrivanju in preprečevanju izgorelosti ter metodah učenja profesionalizma v medicini.

**Izvajalci:** Zavod Medicinski trenerji; prof. dr. Živa Novak Antolič, dr. med., Aleks Šuštar, dr. med.

## Vodenje zdravniških timov

seminar: oktober

Dober vodja je kot dirigent, ki vzpodbudi svoj »orkester«, da igra harmonično, da se njegovi sodelavci soočijo z vsemi izzivi na delovnem mestu, dosežajo 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.

## Kako rečem ne brez občutka krivde

seminar: oktober

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

Na seminarju se bomo seznanili (in vadili) večšine prepoznavanja in zadovoljevanja svojih čustvenih potreb. Naučili se bomo asertivno izraziti svoje potrebe in vztrajati pri njihovi uresnitvi. 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.

## Polepšaj si dan! – Delavnica kreativnega razmišljanja

delavnica: november

Zdravstveni sistem je sestavljen iz kompleksnega prepletanja ustaljenih procesov, ki vodijo naš miselni proces po ustaljenih poteh razmišljanja. Takšen način dela lahko zmanjša število napak, a hkrati zavira nove in drugačne miselne procese. Na delavnici bomo skušali stopiti iz ustaljenih poti in s konkretnimi nalogami skočiti iz okvirjev običajnega. Spoznali se bomo z osnovnimi koncepti kreativnosti ter principi ustvarjalnosti, s katerimi si lahko popestrimo vsakdan ter izboljšamo delovni proces.

**Izvajalci:** Zavod Medicinski trenerji; Luka Kovač, dr. med., Andrej Martin Vujkovic, abs. med.

## Odpredavaj, kot se šika! – Delavnica javnega nastopanja

delavnica: november

V medicini se nenehno srečujemo v situacijah, ko se je treba javno izpostaviti. To se lahko zgodi na jutranjem raportu ali na strokovnem srečanju. Povsod nas lahko hkrati spremlja tudi trema, ki jo moramo znati uporabiti v svojo korist. Na delavnici se bomo naučili, kako pripraviti in izvesti dober javni nastop, kje so skrite zanke in kako se soočiti s tremo. S pomočjo analize posnetkov bo vsak imel priložnosti videti svoj nastop in ga narediti še boljšega.

**Izvajalci:** Zavod Medicinski trenerji; Luka Vitez, dr. med., Luka Kovač, dr. med., Andrej Martin Vujkovic, abs. med.

## Učinkovito reševanje konfliktov

seminar: november

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

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

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

**Izvajalka:** Metka Komar, univ. dipl. ekon.

Podroben program in **prijavnico** najdete na spletni strani zbornice: <http://domusmedica.si/dogodki>  
Dodatne informacije: Mojca Vrečar, E: [mic@zss-mcs.si](mailto:mic@zss-mcs.si), T: 01 30 72 191.

### 1.–31. • UPOČASNJEVANJE UTRIPA PRI SRČNEM POPUŠČANJU (spletno izobraževanje)

**kraj:** spletno izobraževanje Doctrina: <https://si.doctrina.biz/zdravniki>

**št. udeležencev:** ni omejeno

**kotizacija:** kotizacije ni za uporabnike portala Doctrina.si

**k. točke:** 0,7

**vsebina:** Strokovno spletno video izobraževanje Doctrina prinaša izobraževanje asist. dr. Davida Žižka z Oddelka za kardiologijo UKC Ljubljana o najnovejših dognanjih o upočasnjevanju utripa pri srčnem popuščanju in vlogi zdravila ivabradin. Poudarja tudi, da deljene obravnave bolnikov s srčnim popuščanjem pri kardiologu in specialistu družinske medicine ter pogostejše kontrole pomembno izboljšajo preživetje bolnikov s srčnim popuščanjem. Izobraževanje je namenjeno specialistom splošne in družinske medicine. Vabljeni k ogledu in komentiranju izobraževanja: <https://siapp.doctrina.biz/izobrazevanja/228>.

**organizator:** Doctrina, izobraževanje, d. o. o., asist. dr. David Žižek

**prijave, informacije:** prijave: izobraževanje je dostopno uporabnikom portala Doctrina, E: [info@si.doctrina.biz](mailto:info@si.doctrina.biz), T: 080 5007, informacije: Sergeja Širca, T: 080 5007, E: [sergeja.sirca@doctrina.biz](mailto:sergeja.sirca@doctrina.biz)

### 1. 7.–31. 8. • HRAMBA GENETSKEGA MATERIALA ZA OHRANJANJE PLODNOSTI PRI ONKOLOŠKIH BOLNIKIH (spletno izobraževanje)

**kraj:** spletno izobraževanje Doctrina, W: <https://si.doctrina.biz/zdravniki>

**št. udeležencev:** ni omejeno

**kotizacija:** kotizacije ni za uporabnike portala Doctrina.si

**k. točke:** 1

**vsebina:** Doctrina prinaša strokovno spletno video izobraževanje prof. dr. Ede Vrtačnik Bokal, dr. med., Ginekološka klinika, predstojnice KO za reprodukcijo, o hrambi genetskega materiala za ohranjanje plodnosti pri onkoloških bolnikih. Izobraževanje je namenjeno ginekologom. Vabljeni k ogledu in komentiranju izobraževanja: <https://si.doctrina.biz/zdravniki>.

**organizator:** Doctrina, izobraževanje, d. o. o., prof. dr. Ede Vrtačnik Bokal, dr. med.

**prijave, informacije:** prijave: izobraževanje je dostopno uporabnikom portala Doctrina, E: [info@si.doctrina.biz](mailto:info@si.doctrina.biz), T: 080 5007, informacije: Sergeja Širca, T: 080 5007, E: [sergeja.sirca@doctrina.biz](mailto:sergeja.sirca@doctrina.biz)

JULIJ 2017

## 1. 7.–31. 8. • POMEN ADHERENCE PRI ZDRAVLJENJU BOLNIKOV Z MULTIPLO SKLEROZO (spletno izobraževanje)

<b>kraj:</b> spletno izobraževanje Doctrina, W: <a href="https://si.doctrina.biz/zdravniki">https://si.doctrina.biz/zdravniki</a>	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> kotizacije ni za uporabnike portala Doctrina.si	<b>k. točke:</b> v postopku
<b>vsebina:</b> Spletno izobraževanje Doctrina prinaša strokovno spletno video izobraževanje dr. Alenke Horvat Ledinek, dr. med., Nevrološka klinika Ljubljana, o pomenu adherence pri zdravljenju bolnikov z multiplo sklerozo. Izobraževanje je namenjeno nevrologom. Vabljeni k ogledu in komentiranju izobraževanja: <a href="https://si.doctrina.biz/zdravniki">https://si.doctrina.biz/zdravniki</a> .	<b>organizator:</b> Doctrina, izobraževanje, d. o. o., dr. Alenka Horvat Ledinek, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: izobraževanje je dostopno uporabnikom portala Doctrina, E: <a href="mailto:info@si.doctrina.biz">info@si.doctrina.biz</a> , T: 080 5007, informacije: Sergeja Širca, T: 080 5007, E: <a href="mailto:sergeja.sirca@doctrina.biz">sergeja.sirca@doctrina.biz</a>	

## 1. 7.–31. 8. • ZUNAJTELESNA OPLODITEV (spletno izobraževanje)

<b>kraj:</b> spletno izobraževanje Doctrina, W: <a href="https://si.doctrina.biz/zdravniki">https://si.doctrina.biz/zdravniki</a>	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> kotizacije ni za uporabnike portala Doctrina.si	<b>k. točke:</b> v postopku
<b>vsebina:</b> Doctrina prinaša strokovno spletno video izobraževanje skupine zdravnikov z oddelka za reproduktivno medicino UKC Maribor pod vodstvom izr. prof. dr. Milana Reljiča o zunajtelesni oploditvi (razvoj postopkov, indikacije, potek postopkov, zapleti in uspešnost). Izobraževanje je namenjeno ginekologom. Vabljeni k ogledu in komentiranju izobraževanja: <a href="https://si.doctrina.biz/zdravniki">https://si.doctrina.biz/zdravniki</a> .	<b>organizator:</b> Doctrina, izobraževanje, d. o. o., izr. prof. dr. Milan Reljič, dr. med., Polona Kores Testen, dr. med., doc. Vilma Kovač, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: izobraževanje je dostopno uporabnikom portala Doctrina, E: <a href="mailto:info@si.doctrina.biz">info@si.doctrina.biz</a> , T: 080 5007, informacije: Sergeja Širca, T: 080 5007, E: <a href="mailto:sergeja.sirca@doctrina.biz">sergeja.sirca@doctrina.biz</a>	

## 3. 7.–31. 8. • NOVE SMERNICE PRI ZDRAVLJENJU SLADKORNE BOLEZNI (spletno izobraževanje)

<b>kraj:</b> spletno izobraževanje Doctrina, W: <a href="https://si.doctrina.biz/zdravniki">https://si.doctrina.biz/zdravniki</a>	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> kotizacije ni	<b>k. točke:</b> v postopku
<b>vsebina:</b> Doctrina prinaša strokovno spletno video izobraževanje prof. dr. Andreja Janeža, dr. med., predstojnika KO za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni UKC Ljubljana, o novih smernicah pri zdravljenju diabetesa ob 60-letnici zdravlja glucophage. Izobraževanje je namenjeno specialistom splošne in družinske medicine ter diabetologom. Vabljeni k ogledu in komentiranju izobraževanja: <a href="https://si.doctrina.biz/zdravniki">https://si.doctrina.biz/zdravniki</a> .	<b>organizator:</b> Doctrina, izobraževanje, d. o. o., prof. dr. Andrej Janež, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: izobraževanje je dostopno uporabnikom portala Doctrina, E: <a href="mailto:info@si.doctrina.biz">info@si.doctrina.biz</a> , T: 080 5007, informacije: Sergeja Širca, T: 080 5007, E: <a href="mailto:sergeja.sirca@doctrina.biz">sergeja.sirca@doctrina.biz</a>	

## 10. 7.–31. 8. • ZGODNJE PREPOZNAVANJE MULTIPLE SKLEROZE (spletno izobraževanje)

<b>kraj:</b> spletno izobraževanje Doctrina, W: <a href="https://si.doctrina.biz/zdravniki">https://si.doctrina.biz/zdravniki</a>	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> kotizacije ni za uporabnike portala Doctrina.si	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> Doctrina prinaša strokovno spletno video izobraževanje nevrologinje prim. Beatrike Končan Vračko, predsednice medicinskega posvetovalnega organa Združenja multiple skleroze Slovenije, o prepoznavanju, zgodnjih znakih ter prevalenci multiple skleroze. Izobraževanje je namenjeno specialistom splošne in družinske medicine. Vabljeni k ogledu in komentiranju izobraževanja: <a href="https://si.doctrina.biz/zdravniki">https://si.doctrina.biz/zdravniki</a> .	<b>organizator:</b> Doctrina, izobraževanje, d. o. o., prim. Beatrika Končan Vračko, spec. nevrologije	<b>prijave, informacije:</b> prijave: izobraževanje je dostopno uporabnikom portala Doctrina, več na E: <a href="mailto:info@si.doctrina.biz">info@si.doctrina.biz</a> in T: 080 5007, informacije: Sergeja Širca, T: 080 5007, E: <a href="mailto:sergeja.sirca@doctrina.biz">sergeja.sirca@doctrina.biz</a>	

SEPTEMBER 2017

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

<b>kraj:</b> PORTOROŽ, Grand hotel Bernardin	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> kotizacije ni	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> Mednarodni simpozij je namenjen vsem zdravnikom, študentom medicine, medicinskim sestram.	<b>organizator:</b> Program za napredovalo srčno popuščanje in transplantacije srca, KO za kardiologijo, UKC Ljubljana in Center for Advanced Heart Failure, Memorial Hermann Heart & Vascular Institute, Houston, prof. dr. Bojan Vrtovec, dr. med., in prof. Igor D. Gregorič, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: E: <a href="mailto:brms.slo@gmail.com">brms.slo@gmail.com</a> , informacije: prof. dr. Bojan Vrtovec, dr. med., T: 01 522 28 44, F: 01 522 28 28	

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

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

## 12.–16. ob 13.30 • JANKO KERSNIK EURACT TEČAJ UČITELJEV DRUŽINSKE MEDICINE: DIAGNOSTIČNA NEGOTOVOST V DRUŽINSKI MEDICINI

<b>kraj:</b> BLEDE, Hotel Jelovica	<b>št. udeležencev:</b> do 70	<b>kotizacija:</b> za slovenske udeležence kotizacije ni	<b>k. točke:</b> v postopku
<b>vsebina:</b> 26. tečaj za mentorje in učitelje družinske medicine je posvečen diagnostični negotovosti. Toplo vabljeni tudi tisti, ki o mentorstvu še razmišljate.	<b>organizator:</b> Združenje zdravnikov družinske medicine, katedri za družinsko medicino medicinskih fakultet Ljubljana in Maribor, OZG – Zdravstveni dom Bled, Evropska akademija učiteljev družinske medicine, Mateja Bulc	<b>prijave, informacije:</b> prijave: E: <a href="mailto:kdrmed@mf.uni-lj.si">kdrmed@mf.uni-lj.si</a> , informacije: Lea Vilman, W: <a href="http://www.bled-course.org/site/">http://www.bled-course.org/site/</a> , E: <a href="mailto:kdrmed@mf.uni-lj.si">kdrmed@mf.uni-lj.si</a> , T: 01 43 86 915	

## 13. ob 9.00 • STROKOVNO IN DRUŽABNO SREČANJE OB SVETOVNEM DNEVU SEPSE

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Univerzitetni klinični center, predavalnica I, Zaloška cesta 7	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> kotizacije ni	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> Strokovno srečanje je namenjeno vsem zdravnikom.	<b>organizator:</b> Združenje za infektologijo SZD, prof. dr. Matjaž Jereb, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: Tajništvo Klinike za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Japljeva ulica 2, 1525 Ljubljana, informacije: Simona Rojs, dipl. ekon., T: 01 522 13 52, E: <a href="mailto:simona.rojs@kclj.si">simona.rojs@kclj.si</a>	

## 21., 22. in 26. • TEČAJ OSNOVE MEDICINSKE HIPNOZE

<b>kraj:</b> KRANJ	<b>št. udeležencev:</b> ni podatka	<b>kotizacija:</b> <a href="http://www.hipnoza-dmhs.si">www.hipnoza-dmhs.si</a>	<b>k. točke:</b> 15
<b>vsebina:</b> Tečaj osnove medicinske hipnoze je prvi v sklopu sedmih tečajev, ki jih Društvo za medicinsko hipnozo Slovenije pod vodstvom prof. dr. Marjana Pajntarja, dr. med., spec. gin. in por., univ. dipl. psih., izvaja z namenom poglobljenega izobraževanja tehnik in pristopov medicinske hipnoze na različnih področjih. Program sodi v okvir trajnega izobraževanja za pridobitev diplome terapevt medicinske hipnoze in je usklajen s pravili Evropske zveze za medicinsko hipnozo. 15-urni začetni tečaj daje osnovo za delo s hipnozo v zdravstvu in psihoterapiji, uspešno opravljen zaključni izpit pa je pogoj za pristop k vsem nadaljevalnim tečajem.	<b>organizator:</b> Društvo za medicinsko hipnozo Slovenije	<b>prijave, informacije:</b> prijave: Alojzija Miklič, E: <a href="mailto:marko.miklic2@guest.arnes.si">marko.miklic2@guest.arnes.si</a> , informacije: Alojzija Miklič, E: <a href="mailto:marko.miklic2@guest.arnes.si">marko.miklic2@guest.arnes.si</a> , GSM: 031 354 924	

## 22. ob 8.00 • OSNOVE DERMATOLOGIJE ZA PEDIATRE, ŠOLSKE IN OSEBNE ZDRAVNIKE

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Dermatovenerološka klinika UKC Ljubljana, predavalnica	<b>št. udeležencev:</b> 50	<b>kotizacija:</b> 150 EUR + DDV	<b>k. točke:</b> 6
<b>vsebina:</b> Šola otroške dermatologije je namenjena pediatrom, šolskim in osebnim zdravnikom.	<b>organizator:</b> Dermatovenerološka klinika UKC LJ, Združenje slovenskih dermatovenerologov, predstojnica klinike prim. Tanja Planinšek Ručigaj, dr. med., svet., predsednica ZSD asist. Aleksandra Dugonik, dr. med., prim. Vlasta Dragoš, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: Alojzija Miklič, E: <a href="mailto:marko.miklic2@guest.arnes.si">marko.miklic2@guest.arnes.si</a> , informacije: Alojzija Miklič, E: <a href="mailto:marko.miklic2@guest.arnes.si">marko.miklic2@guest.arnes.si</a> , GSM: 031 354 924	

## 22. ob 7.00 • STROKOVNO SREČANJE OB 30-LETNICI USTANOVITVE ENOTE ZA INTENZIVNO NEGO IN TERAPIJO OTROK IN NOVOROJENCEV KLINIKE ZA PEDIATRIJO

<b>kraj:</b> MARIBOR, UKC, Klinika za pediatrijo, Hotel Habakuk Maribor	<b>št. udeležencev:</b> 400	<b>kotizacija:</b> ni podatka	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> strokovno srečanje	<b>organizator:</b> UKC Maribor, Klinika za pediatrijo	<b>prijave, informacije:</b> informacije: Rebeka Gerlič, T: 02 321 28 13, 040 808 838, E: <a href="mailto:rebeka.gerlic@ukc-mb.si">rebeka.gerlic@ukc-mb.si</a> , <a href="http://www.ukc-mb.si">www.ukc-mb.si</a> (strokovna srečanja)	

## 22. ob 8.00 • DOLGOROČNE METODE KONTRACPCIJE

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

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

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, UKC Ljubljana	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> predavanje za specialiste 150 EUR, predavanje za specializante 100 EUR, delavnice za specializante 80 EUR	<b>k. točke:</b> 20
<b>vsebina:</b> simpozij	<b>organizator:</b> Slovensko združenje za anesteziologijo in intenzivno medicino	<b>prijave, informacije:</b> informacije: Tatjana Stopar Pintarič, T: 01 522 88 07, 040 125 228, E: <a href="mailto:info@szaim.org">info@szaim.org</a> , W: <a href="http://www.szaim.org">www.szaim.org</a>	

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

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

## 27.–29. • OSNOVNI LAPAROSKOPSKI TEČAJ – PODDIPLOMSKI TEČAJ IZ KIRURGIJE

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, UKC, Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, Medicinski simulacijski center	<b>št. udeležencev:</b> 12	<b>kotizacija:</b> 100 EUR + DDV	<b>k. točke:</b> 15
<b>vsebina:</b> Podiplomski tečaj iz kirurgije je namenjen specializantom kirurgije.	<b>organizator:</b> Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, UKC Ljubljana, Slovensko združenje za gastroenterologijo in hepatologijo, doc. dr. Aleš Tomažič, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: E: <a href="mailto:jan.grosek@kclj.si">jan.grosek@kclj.si</a> , informacije: asist. dr. Jan Grosek, dr. med., E: <a href="mailto:jan.grosek@kclj.si">jan.grosek@kclj.si</a>	

## 28. ob 9.00 • POROD 2

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Simulacijski center, Mislejeva 3	<b>št. udeležencev:</b> do 20	<b>kotizacija:</b> 150 EUR	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> Izobraževanje je namenjeno posameznikom, ki so zaposleni na delovnih mestih, kjer obstaja verjetnost izvajanja poroda na terenu (medicinske sestre/reševalci in zdravniki v predbolnišnični oskrbi, patronažne medicinske sestre...). Ukrepanje ob zapletih pri porodu, reanimacija nosečnice, reanimacija novorojenčka, timsko delo pri izvajanju poroda z zapletom.	<b>organizator:</b> Zdravstveni dom Ljubljana, Simulacijski center, Uroš Zafošnik, dipl. zn., mag. soc. del.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: E: <a href="mailto:prijava.sim@zd-lj.si">prijava.sim@zd-lj.si</a> , informacije: Tajništvo SIM-centra, Ana Erdelja, T: 01 472 37 83, 031 396 533, E: <a href="mailto:taj.sim@zd-lj.si">taj.sim@zd-lj.si</a>	

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

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

## 30. ob 9.00 • VEŠČINE UČINKOVITE OBRAVNAVE ANKSIOZNIH MOTENJ: SKUPNI IMENOVALEC ANKSIOZNIH MOTENJ. TEMELJNE POSTAVKE ACT-TERAPIJE

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Center za psihološko svetovanje Persona, Prušnikova ul. 55	<b>št. udeležencev:</b> 20	<b>kotizacija:</b> 125 EUR, sprotno plačilo na posamezni delavnici	<b>k. točke:</b> 5
<b>vsebina:</b> 1. delavnica	<b>organizator:</b> Persona klinika, d.o.o.	<b>prijave, informacije:</b> informacije: Aleksandra P. Meško, T: 041 339 855, E: <a href="mailto:info@psihologinja.si">info@psihologinja.si</a> , W: <a href="http://www.psihologinja.si">www.psihologinja.si</a>	

## 6. ob 9.00 • STRES, IZGOREVANJE ZDRAVSTVENEGA OSEBJA IN ZAŠČITA

<b>kraj:</b> MARIBOR, Medicinska fakulteta UM, Avditorij MF	<b>št. udeležencev:</b> 100	<b>kotizacija:</b> 80 EUR zgodnje prijave (do 1. 9. 2017), 100 EUR kasnejše prijave (po 1. 9. 2017) (vključen DDV)	<b>k. točke:</b> 7
<b>vsebina:</b> mednarodna konferenca pod pokroviteljstvom Ministrstva za zdravje RS	<b>organizator:</b> Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta	<b>prijave, informacije:</b> informacije: Romana Grajner, T: 02 234 58 26, E: <a href="mailto:romana.grajner@um.si">romana.grajner@um.si</a> , W: <a href="http://www.mf.uni-mb.si/si/oglasna-deska/ucne-delavnice">http://www.mf.uni-mb.si/si/oglasna-deska/ucne-delavnice</a>	

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

<b>kraj:</b> PODČETRTEK, Terme Olimia, Hotel Sotelia	<b>št. udeležencev:</b> 60	<b>kotizacija:</b> kotizacije ni	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> Sestanek je namenjen specialistom in specializantom hematologije, interne medicine, onkologije, pediatrije, revmatologije in transfuzijske medicine. Sekcijski sestanek: Krvna slika pri revmatološkem bolniku, Oglede posterjev s predstavitev avtorjev, Prehrana pri bolnikih s krvnimi obolenji, Diagnostični algoritem pri KLL (sodelujejo predavatelji iz Slovenije, Nemčije, Francije).	<b>organizator:</b> Združenje hematologov Slovenije SZD, dr. Matevž Škerget, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> prijave ob registraciji, informacije: dr. Matevž Škerget, dr. med., T: 01 522 13 65	

### 6.–7. • VII. KONGRES ŠOLSKE, ŠTUDENTSKE IN ADOLESCENTNE MEDICINE: ZDRAVJE ŠOLARJEV IN MLADOSTNIKOV V LUČI PASTI SODOBNEGA ŽIVLJENJA in XI. CVAHTETOVNI DNEVI JAVNEGA ZDRAVJA: ETIČNI IN PRAVNI VIDIKI JAVNEGA ZDRAVJA

<b>kraj:</b> PORTOROŽ, Hotel Bernardin	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> 200 EUR do 30. 6., za en dan 150 EUR, 250 EUR po 30. 6., kotizacije ni za upokojene zdravnike in študente	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> Strokovno srečanje je namenjeno spec. šolske medicine, pediatrom, spec. javnega zdravja, spec. splošne in družinske medicine ter vsem, ki jih teme zanimajo.	<b>organizator:</b> Sekcija za šolsko, študentsko in adolescentno medicino in Medicinska fakulteta UL, Katedra za javno zdravje	<b>prijave, informacije:</b> prijave: W: <a href="http://www.sssam-kongres2017.si">www.sssam-kongres2017.si</a> , informacije: dr. Mojca Juričič, dr. med., spec., E: <a href="mailto:mojca.juricic@mf.uni-lj.si">mojca.juricic@mf.uni-lj.si</a> , Breda Prunk Franetič dr. med., spec., E: <a href="mailto:breda.franetic-prunk@mzl-rks.si">breda.franetic-prunk@mzl-rks.si</a>	

### 10. • VODENJE ZDRAVNIŠKIH TIMOV

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

### 13. ob 8.00 • ŠOLA O GINEKOLOŠKEM RAKU: RAK ZUNANJEGA SPOLOVILA

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Onkološki inštitut	<b>št. udeležencev:</b> 130	<b>kotizacija:</b> 80 EUR	<b>k. točke:</b> 5,5
<b>vsebina:</b> šola	<b>organizator:</b> Onkološki inštitut Ljubljana	<b>prijave, informacije:</b> informacije: Zvezdana Vukmirovič, T: 01 5879 495, E: <a href="mailto:zvukmirovic@onko-i.si">zvukmirovic@onko-i.si</a>	

### 13.–14. ob 8.00 • 29. STROKOVNI SESTANEK ZDRUŽENJA INTERNISTOV SZD: INTERNA MEDICINA 2017

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	<b>št. udeležencev:</b> 200	<b>kotizacija:</b> 180 EUR + DDV, po 15. septembru 200 EUR + DDV, kotizacije ni za upokojene zdravnike interne medicine	<b>k. točke:</b> 13
<b>vsebina:</b> Strokovni sestane in predavanja o novjših dosežkih v interni medicini so namenjeni specialistom internistom, zdravnikom družinske medicine.	<b>organizator:</b> Združenje internistov Slovenije, prim. Primož Vidali, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: Združenje internistov SZD, Računovodstvo, Dunajska cesta 162, 1000 Ljubljana, informacije: prim. Primož Vidali, dr. med., T: 031 369 711, E: <a href="mailto:Pvidali@siol.net">Pvidali@siol.net</a> , program na spletni strani <a href="http://www.zis-szd.si">www.zis-szd.si</a>	

### 13.–14. ob 13.00 • 6. OSTEOLŠKI DNEVI

<b>kraj:</b> MARIBOR, Medicinska fakulteta UM, Avditorij MF, Taborska ulica 8	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> 100 EUR, plačila kotizacije so oproščeni upokojenci, študenti MF, specializanti	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> strokovno srečanje	<b>organizator:</b> Združenje kirurgov Slovenije pri SZD	<b>prijave, informacije:</b> informacije: prim. Miro Čokolič, dr. med., T: 031 313 929, E: <a href="mailto:miro.cokolic@ukc-mb.si">miro.cokolic@ukc-mb.si</a>	

### 19. • KAKO REČEM NE BREZ OBČUTKA KRIVDE

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	<b>št. udeležencev:</b> 12	<b>kotizacija:</b> 120 EUR	<b>k. točke:</b> 6
<b>vsebina:</b> Na seminarju se bomo seznanili (in vadili) veščine prepoznavanja in zadovoljevanja svojih čustvenih potreb. Naučili se bomo asertivno izraziti svoje potrebe in vztrajati pri njihovi uresničitvi.	<b>organizator:</b> Zdravniška zbornica Slovenije	<b>prijave, informacije:</b> <a href="http://www.domusmedica.si">www.domusmedica.si</a> , informacije: Mojca Vrečar, E: <a href="mailto:mojca.vrecar@zsmcs.si">mojca.vrecar@zsmcs.si</a>	

### 20. ob 8.30 • 2. GINEKOLOŠKO SREČANJE »OBRAVNAVA NA SEKUNDARNEM NIVOJU«

<b>kraj:</b> PTUJ, Grand hotel Primus	<b>št. udeležencev:</b> 100	<b>kotizacija:</b> kotizacije ni	<b>k. točke:</b> 6
<b>vsebina:</b> Strokovno srečanje je namenjeno specialistom in specialistom ginekologije s porodništvom, babicam.	<b>organizator:</b> Ginekološko-porodni oddelek Splošne bolnišnice dr. Jožeta Potrča Ptuj, Petra Krajnc, dr. med., spec., Damijana Bosilj, dr. med., spec.	<b>prijave, informacije:</b> prijave preko spletne strani ZS <a href="http://www.domusmedica.si">http://www.domusmedica.si</a> , informacije: mag. Petra Krajnc, dr. med., spec., Tatjana Žvegla, T: 02 749 14 62, E: <a href="mailto:tatjana.zvegla@sb-ptuj.si">tatjana.zvegla@sb-ptuj.si</a>	

**20.–21. ob 8.00 • 9. PSIHOGERIATRIČNA KONFERENCA O DEMENCI: ZA DEMENCI PRIJAZNO OKOLJE**

<b>kraj:</b> ČATEŽ, Terme Čatež	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> ni podatka	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> konferenca	<b>organizator:</b> Spominčica – Alzheimer Slovenija – Slovensko združenje za pomoč pri demenci	<b>prijave, informacije:</b> informacije: Štefanija L. Zlobec, T: 01 256 51 11, E: <a href="mailto:stefanija.zlobec@spomincica.si">stefanija.zlobec@spomincica.si</a> , W: <a href="http://www.spomincica.si">www.spomincica.si</a>	

**21. ob 8.30 • TRENING URGENTNIH PORODNIŠKIH STANJ**

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Simulacijski center UKC Ljubljana, Zaloška cesta 2	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> 220–300 EUR	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> izobraževanje	<b>organizator:</b> Združenje za perinatalno medicino SZD	<b>prijave, informacije:</b> informacije: mag. Lili Steblovnik, dr. med., spec. gin in por., E: <a href="mailto:lili.steblovnik@mf.uni-lj.si">lili.steblovnik@mf.uni-lj.si</a>	

**21. ob 9.00 • VEŠČINE UČINKOVITE OBRAVNAVE ANKSIOZNIH MOTENJ: PANIČNA MOTNJA – OSNOVNE SMERNICE ZA OBRAVNAVO**

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Center za psihološko svetovanje Persona, Prušnikova ul. 55	<b>št. udeležencev:</b> 20	<b>kotizacija:</b> 125 EUR, sprotno plačilo na posamezni delavnici	<b>k. točke:</b> 5
<b>vsebina:</b> 2. delavnica	<b>organizator:</b> Persona klinika, d.o.o.	<b>prijave, informacije:</b> informacije: Aleksandra P. Meško, T: 041 339 855, E: <a href="mailto:info@psihologinja.si">info@psihologinja.si</a> , W: <a href="http://www.psihologinja.si">www.psihologinja.si</a>	

**25. ob 9.00 • TTT2 NADALJEVALNA DELAVNICA ZA USPOSABLJANJE MENTORJEV IN UČITELJEV (TRAINING THE TRAINERS)**

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Seminar I (UKC Ljubljana, Pediatrična klinika, Bohoričeva 20, P2)	<b>št. udeležencev:</b> 10	<b>kotizacija:</b> 220 EUR, kotizacije ni za zaposlene v UKC Ljubljana	<b>k. točke:</b> 7
<b>vsebina:</b> Učna delavnica je namenjena učiteljem in mentorjem vseh poklicev. Pogoji za udeležbo: opravljena TTT1 Osnovna delavnica za usposabljanje mentorjev in učiteljev	<b>organizator:</b> UKC Ljubljana, Meta Vesel Valentinčič	<b>prijave, informacije:</b> prijave: E: <a href="mailto:izobrazevanje@kclj.si">izobrazevanje@kclj.si</a> , UKC Ljubljana, Služba za izobraževanje, Bohoričeva 28, 1000 Ljubljana, informacije: Tina Kofler, Služba za izobraževanje, T: 01 522 90 22, E: <a href="mailto:izobrazevanje@kclj.si">izobrazevanje@kclj.si</a>	

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

## Zdravstveni dom dr. Franca Ambrožiča Postojna

zaposli

*zdravnika specialista pediatrije ali šolske medicine za delo v otroškem dispanzerju (m/ž)*

Možna zaposlitev takoj po specialističnem izpitu. Naša prednost so zelo dobri delovni pogoji, dobri medsebojni odnosi, možnost izbire najožjih sodelavcev in sodločanje o organizaciji dela ambulate ter stimulatívno nagrajevanje.

Delovno mesto se sklepa za nedoločen čas.

Pogoji dela:

- končana medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca za delo,
- specialistični izpit.

Za informacije se lahko obrnete na direktorico zavoda,

T: 05 700 04 00 ali E: [irena.vatovec@zd-po.si](mailto:irena.vatovec@zd-po.si).

Prijave z dokazili o izpolnjevanju objavljenih pogojev naj kandidati pošljejo v 30 dneh po objavi na naslov Zdravstveni dom dr. Franca Ambrožiča, Prečna ulica 2, 6230 Postojna.

## ODDAMO ALI PRODAMO

zobozdravstveno ordinacijo v centru Velenja, Trg mladosti 2.

Ordinacija je sodobno in vrhunsko opremljena, v izmeri 35 m<sup>2</sup>, pritlična stavba. Vsi stroji in oprema redno vzdrževani. Ordinacija lahko takoj začne z obratovanjem.

Cena po dogovoru.

Informacije: T: 041 686 112, E: [info@vds.si](mailto:info@vds.si)

# Leopoldina Hoppe (1868–1918) – 50 let predstojnica usmiljenk v ljubljanski bolnišnici

Ob 150-letnici njenega začetka dela in 100-letnici smrti

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

Inštitut za zgodovino medicine MF UL

Prof. dr. Alenka Radšel Medvešček, dr. med., Znanstveno

društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije

[zvonka.zupanic-slavec@mf.uni-lj.si](mailto:zvonka.zupanic-slavec@mf.uni-lj.si), [alenka.medvescek@gmail.com](mailto:alenka.medvescek@gmail.com)

Hitro spreminjajoči se čas s seboj odnaša veliko znanja, izkušenj in spoznanj, pa tudi veliki liki, ki v svojem prostoru in času še kako močno svetijo, skozi čas zbledijo, če jih zavestno ne ohranjamo v spominu. Dela mrtvih se ohranjajo s spomini živih. Mineva 100 let od smrti velike dobrotnice sirot, fantkov in deklic, onemoglih, ostarelih, zapuščenih, obubožanih, za katere skoraj nikoli v zgodovini človeštva ni bilo dobro poskrbljeno.

Krščanski etos je s svojo filozofijo in zavezo k delu za dobro odrinjenih storil veliko dobrega, del tega pa se je po delu redovnic in redovnikov prenašalo tudi v bolnišnice, kjer so nego in vso oskrbo bolnišnic opravljali različni redovi in redovne družbe. Ljubljansko bolnišnično nego so najprej v letih 1786–1811 opravljali usmiljeni bratje iz Trsta, leta 1855 pa so jo prevzele usmiljene sestre sv. Vincencija Pavelskega in jo opravljale neprekinjeno do leta 1948. Usmiljenk se je od začetnih šestero do leta 1948, ko so bile iz služb odpuščene, na Slovenskem zvrstilo okoli 1200, samo v osrednji ljubljanski bolnišnici več kot 600; nekatere so v njej delovale kratak čas, druge več desetletij. Okoli 450 jih je delalo v negi, okoli 50 kot operacijske sestre (instrumentarke), radiološke in laboratorijske pomočnice, ostale pa v bolnišnični oskrbi, kuhinji, pralnici, likalnici, šivalnici, bolnišnični ekonomiji.

Poleg dela v bolnišnicah so usmiljenke delale še v številnih drugih

karitativnih ustanovah. Vodila jih je izjemna predstojnica sestra Leopoldina Hoppe, ki jo je narava obdarila s posebnimi talenti, silno delavnostjo in dobroto, da je izpeljala neverjetno delo, vredno spomina, poklona in vzora tudi stoletje po njenem odhodu.

## Usmiljene sestre sv. Vincencija Pavelskega

Krščanski etos je s svojo filozofijo in zavezo k delu storil veliko dobrega, del tega pa se je preko nege redovnic in redovnikov prenašal tudi v bolnišnice. Usmiljenke ali hčere krščanske ljubezni sv. Vincencija Pavelskega so ženska redovna skupnost, ki deluje za najbolj prikrajšane na področjih zdravstva, sociale, vzgoje in izobraževanja. Leta 1633 sta jo v Franciji ustanovila sv. Vincencij Pavelski in sv. Ludovika de Marillac in že od 17. stoletja deluje tudi v mednarodnem prostoru. Usmiljenke so leta 1843 še kot vinentinke prišle v mariborsko bolnišnico, v Ljubljano pa jih je provincialna predstojnica ali vizitatorica graških usmiljenk, s. Leopoldina Brandis, pripeljala leta 1852. V Ljubljani so najprej delovale v ubožnici, stregle bolnikom, obiskovale kaznjenke na Poljanah, leta 1855 pa so prevzele delo in upravljanje v Civilni bolnici. Med zdravstvenimi ustanovami so vodile vso



S. Leopoldina (Jedrt Marjana) Hoppe (1833–1918): nego je v ljubljanski bolnišnici vodila polnih 50 let (1868–1918).



zdravstveno nego in oskrbo v Umobolnici Polje, Ženski bolnici in otroških domovih za sirote v Ljubljani ter v več bolnišnicah širom Slovenije. Vodile so tudi žensko kaznilnico v Begunjah na Gorenjskem, v Ljubljani in Kočevju pa so imele šole in internat za revna dekleta. Leta **1919** je nastala samostojna **Jugoslovanska provinca** sester usmiljenk, ki je leta **1941** združevala **1243 sester** in **52 hiš**. Njen sedež je bil od 1919 do 1926 v Ljubljani, od 1926 do 1941 v Radečah pri Zidanem Mostu in nato s prekinitvijo v vojnem času do leta 1948 ponovno v Ljubljani. V letih od 1948 do 1957 se je zaradi povojnih razmer preselila na Rako pri Krškem, od 1957 do 1991 je bila v Beogradu, od leta 1991 pa je blizu Ljubljane, v Šentjakobu ob Savi. Leta **1948** so pod novo oblastjo usmiljenke **izgubile vse zavode**; veliko jih je zapustilo Slovenijo, zaposlile so se tudi v domovih za ostarele, kot medicinske sestre ali drugje. Po letu 1965 so se postopoma vračale, tudi kot redovnice. Leta 2000 je v okviru Slovenske province nastala Albanska pokrajina (Albanija in Kosovo), imajo pa še pet postojank na Hrvaškem, v Srbiji in Makedoniji ter osem v Sloveniji (Šentjakob ob Savi, Breznica pri Žirovnici, Cerklje ob Krki, Ljubljana, Kočevje, Mengeš, Celje in na Mirenskem gradu v Mir-

nu). Konec leta 2016 je bilo v provinci 114 sester, od tega 90 v Sloveniji.

V letih od 1868 do 1918 je usmiljenke v Ljubljani pod nadzorstvom višje predstojnice s. Leopoldine Brandis iz Gradca skrbno vodila zdravstvu predana predstojnica, sestra Leopoldina Hoppe (1833–1918).<sup>1</sup>

## Ustanoviteljica mnogih dobrodelnih zavodov v Ljubljani

Zasluga sestre **Leopoldine Jedrt Marijane Hoppe (1833–1918)**, hčere krščanske ljubezni sv. Vincencija Pavelskega ali usmiljenke je, da so **usmiljenke in lazaristi** v Sloveniji široko zastavili svoje delo v dobro ubogih.

Rodila se je 24. avgusta 1833 v družini veleposestnika v Eickelbornu na **Vestfalskem** v Nemčiji, po rodu je bila Prusinja. V družbi treh polbratov je preživljala zelo srečno mladost. Maja 1854 je zapustila očetovo hišo in je v Kölnu začela postulat, tj. poskusno dobo pri sestrah usmiljenkah. Avgusta 1854 je v **Gradcu** vstopila v semenišče ali noviciat Avstrijske province Družbe hčera krščanske ljubezni svetega Vincencija Pavelskega. Pri preoblecii so ji dali ime **Leopoldina**. Leta 1855 je začela

delati v Ženski kaznilnici v **Mezeriču** na **Moravskem**, kjer je bilo zaprtih približno 400 kaznjenk. Sestra Hoppe je s svojim vestnim delom, vzdrževanjem discipline med kaznjenkami, službenega reda in zaposlitvami kaznjenk ter prijaznim odnosom do drugih sester postala leta 1868 namestnica predstojnice. Uredila je hišo, vrt ob graščini, med drugim je načrtovala in izvedla regulacijo potoka Beč ob kaznilnici, ki je pred tem večkrat poplavljal. Po 12 letih dela so jo leta **1868** premestili v **Deželno bolnico v Ljubljano**. Rada je bila v Mezeriču in pozneje je povedala, da so bila to najsrečnejša leta v njenem življenju.

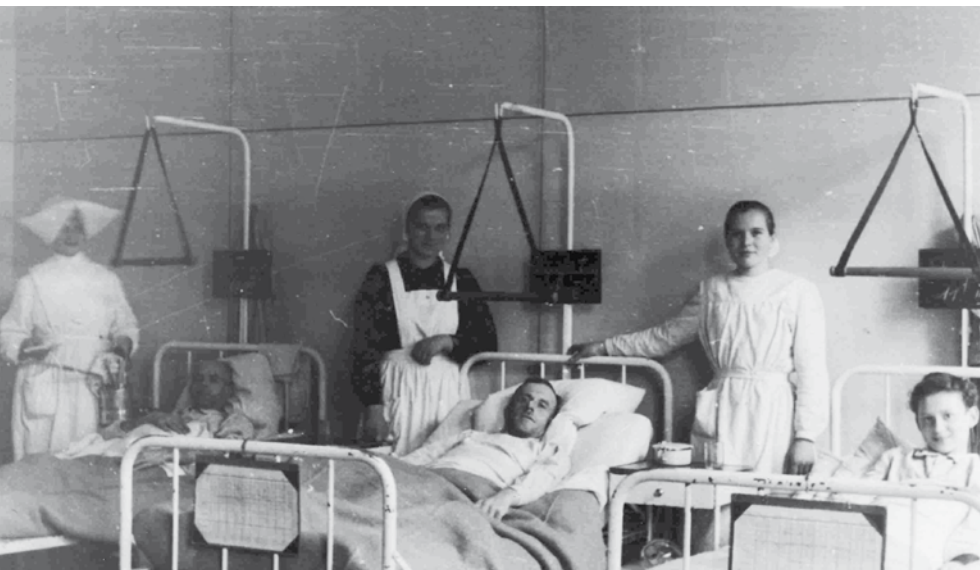
V **Deželni bolnici** v Ljubljani, ki je bila v nekdanjem avguštinskem samostanu na Dunajski cesti, je sestra Leopoldina Hoppe delala **50 let**, od leta **1868** do leta 1918. Leta 1855 je Deželni zbor namreč izročil Splošno bolnico v upravljanje in nego bolnikov sestram Družbe hčera krščanske ljubezni sv. Vincencija Pavelskega. Sprva je bila namestnica predstojnice in nato od 24. septembra 1868 **predstojnica**. Spremljala in nadzorovala je delo v bolnišnici. Odlikovalo jo je velikodušno, plemenito in nesebično ravnanje ter modro in dejavno vodenje. Vendar je imela med svojim delovanjem večkrat tudi težave. Uradniki in zdravniki ji niso bili vedno naklonjeni. Težko je bilo po predpisih preskrbeti tako velik zavod s prehrano in vsem potrebnim.

Leta **1869** je Deželni odbor vzel v najem in pozneje odkupil primerno hišo v Poljanskem predmestju, kjer je sestra Hoppe uredila **oddelek za zdravljenje umobolnih**, kakor so tedaj imenovali bolnike z duševnimi boleznimi. Oddelek je deloval od 19. julija 1869, ko so se vselili prvi bolniki, do 11. novembra 1873. Število bolnikov se je hitro večalo in prostori so postali premajhni. Leta **1873** je Deželni odbor vzel del **prisilnih delavnic**, v katerih so bile nastanjene kaznjenke, in sestra Hoppe je v teh



Usmiljenke v zdravstveni negi v Leonišču v začetku 20. stoletja.

<sup>1</sup> Kuri A. Usmiljenke. V: ES, zv. 12. Ljubljana: Mladinska knjiga, 2000: 104.



Delo negovalk v bolniških sobah ljubljanske bolnišnice. Levo sestra usmiljenka s tipičnim pokrivalom, zaradi katerih so jim rekli tudi klofutarice.



Bolnike so usmiljenke negovale tudi v drugih ljubljanskih bolnišničnih ustanovah: v deželni blaznici na Studencu (1875–1946), fotografija je od tam, v Elizabetini otroški bolnici (1880–1946), v Sanatoriju Leonišče in drugod.

prostorih uredila **Umobolnico**, ki je delovala do leta 1944. Število duševnih bolnikov je naglo naraščalo in obstoječi prostori so postali premajhni. Zaradi tega je Deželni odbor leta **1875** kupil večje posestvo, ki je imelo veliko polj in travnikov, t. i. »Živalski vrt« na **Studencu**. Sestra Hoppe je dobila 10. oktobra 1875 ukaz, naj preuredi obstoječo hišo in gospodar-

ske poslopje v umobolnico za 30 duševnih bolnikov. Sestre so skrbele za nego teh bolnikov in njihovo prehrano, predstojnica Leopoldina Hoppe pa je zalagala zavod z vsemi potrebščinami. Spomladi **1878** je deželni zbor začel na tem zemljišču **graditi novo umobolnico**, za katero je prav tako skrbela sestra Hoppe.

**Bila je tudi dobrotnica dijakin in dijakov.** Dajala jim je hrano, podporo v denarju, obleko, knjige. Z darovi – sestra Hoppe je darovala vso svojo dediščino, darovali pa so tudi avstrijski cesar Franc Jožef in nadvojvode – ter zapuščinami, ki jih je upravljala, je 15. marca 1875 Karol Heidrich, tedaj semeniški spiritual, kupil v Kravji dolini v Ljubljani posestvo, na katerem so **zgradili poslopje** za oskrbo bolnikov in oslabeledih starostnikov, ki so ga poimenovali **Hiralnica sv. Jožefa**. Slavnostno odprtje je bilo 10. septembra **1876**, še v istem mesecu pa so odprli **Zavetišče za revne dijake in dečke**. Sestra Hoppe je sodelovala pri gradnji hiralnice in zavetišča ter preskrbela stanovanjsko opremo in druge potrebščine za oba zavoda.

Novembra **1882** je sestra Hoppe dokupila posestvo, ki je mejilo na hiralnico, in na njem sezidala novo poslopje, v katerem je uredila **oddelek za umobolne**.

Sestra Hoppe je sodelovala pri nastanku prve **Vincencijeve konference**<sup>2</sup> v Ljubljani; le-ta je leta **1880** s prispevki in darovi zgradila na Poljanski cesti zavod **Marijanišče**, ki je bil namenjen vzgoji osirotelih dečkov. Usmiljenke so leta 1884 ta zavod zapustile. Sodelovala je tudi pri nastanku **Društva gospa krčanske ljubezni**.

Ko se je v Ljubljani razvedelo, kaj vse zmore postoriti sestra Hoppe v dobro ubogih, so številni posamezniki začeli prav tekmovati v gorečnosti, kdo jo bo bolje posnemal in več storil za reveže. Za dobrodelnost se je tedaj najbolj zavzel knezoškof Janez Pogačar, kateremu je leta **1878** gospodična Marija Mahkot v oporoki izročila dediščino po svoji sestri baronici Lichtenethurn. Hišo in posestvo na Poljanah v Ljubljani je knezoškof

2 Vincencijeve konference so bile karitativne ustanove za moške. Ustanovitelj prve »Stolne konference sv. Mihaela« v Ljubljani je bil dr. Janez Gogala, predsedoval pa ji je dr. Josip Gogala. Z dobrodelnim delovanjem te konference je bil položen temelj organiziranemu karitativnemu delu na slovenskih tleh.



*Izmed okoli 600 usmiljenk, ki so delovale v ljubljanski bolnišnici, jih je približno 50 delovalo kot instrumentarke, radiološke pomočnice, laborantke.*

skupaj z nekaterimi dobrotniki spremenil v dekliško sirotišnico in jo zaupal usmiljenkam. **Dekliško sirotišnico Lichtenthurn** so odprli 10. decembra **1878**. Sestra Hoppe je zavod oskrbovala, zanj skrbela in ga vodila. Dve leti po odprtju je bilo v njem že **100 deklet sirot**.

Vestno je skrbela za duševne bolnike na Studencu, za Hiralnico sv.

Jožefa in sirotišnico Lichtenthurn. Sodelovala je pri izdelavi načrtov za vse stavbe, ki so bile grajene v njeni oskrbi.

1. septembra **1879** so v Ljubljano prišli prvi misijonarji sv. Vincencija Pavelskega – **lazaristi**. Sestra Hoppe jim je pomagala pri nastanitvi in zbiranju sredstev za gradnjo **cerkve Srca Jezusovega** in Misijonske hiše

na Taboru v Ljubljani. Cerkev je bila blagoslovljena 1. julija 1883, posvetil pa jo je knezoškof dr. Pogačar.

Zidarski mojster Matija Dobravec je leta 1884 v dobre namene zapustil svojo hišo nasproti hiralnice. Sestra Hoppe jo je preuredila v zavetišče za dečke, v **dijaški dom**. Sprejemala je dečke, ki so imeli veselje do duhovniškega poklica. Dijaški dom v Dobravčevi hiši je delovalo do leta 1905. Leta 1904 je dala dozidati dijaški dom k Misijonski hiši. Skrb za gojence so tedaj prevzeli misijonarji – lazaristi.

Ljubljanski občinski svet je 26. junija **1865** sklenil ustanoviti otroško bolnišnico, ki so jo poimenovali **Elizabetina otroška bolnica**. Sezidalo jo je **Društvo gospa krščanske ljubezni**. Otroška bolnišnica je bila prvotno v zavodu, kjer je bilo nato Jožefinišče na Poljanski cesti, pozneje se je preselila na Cesto stare pravde v Ljubljani. Usmiljenke so 2. februarja **1880 prevzele nego otrok**, oskrbo kuhinje, pralnice, vrta in vse malo gospodarstvo. Upravo pa je obdržalo Društvo gospa krščanske ljubezni. Usmiljenke so v bolnišnici delale do leta 1948.



*Šola za zaščitne sestre Higienkega zavoda v Ljubljani, ustanovljena leta 1923, ki so jo obiskovale tudi usmiljenke (v 2. vrsti prva in zadnja s tipičnim pokrivalom). V sredini vodja, pediater dr. Bogoljub Dragaš.*

Tudi **Jožefinišče**, zavod za varstvo deklet, na Poljanski cesti v Ljubljani, ki je delovalo v letih od 1883 do 1895, je delo sestre Hoppe. Zavod je prav tako kot otroško bolnišnico zgradilo Društvo gospa krščanske ljubezni, vodile pa so ga usmiljenke.

Leta **1894** je sestra Hoppe zgradila sanatorij **Leonišče**, imenovan po takratnem papežu Leonu XII. Zemljišče za sanatorij je 14. marca 1893 kupila na škofijskem posestvu v Vodmatu. Aprila istega leta je bil potrjen in dovoljen načrt za glavno sanatorijsko stavbo, ki so jo odprli 22. aprila 1894. Prvotno je bil namenjen zdravljenju usmiljenih sester ter bolnih in onemoglih duhovnikov in članov Trgovskega bolniškega podpornega društva. Kasneje so sprejemali tudi laične bolnike. Imel je 39 bolniških postelj. Usmiljenke so opravljale vso nego bolnikov in številna druga potrebna dela.

Sestra Hoppe je sodelovala tudi pri **gradnji nove bolnišnice na Zaloški cesti** v Ljubljani in pomagala z nasveti in izkušnjami pri selitvi bolnikov iz stare bolnišnice, ki jo je potres leta 1895 popolnoma razmazal.

**Cesar Franc Jožef** je 7. maja 1895 obiskal vse bolnišnice v Ljubljani in ob tej priložnosti sestro Leopoldino Hoppe **odlikoval z zlato kolajno** za njene zasluge.

Leta 1895 je sestra Hoppe pomagala zgraditi **sirotišnico Marijin**

**dom v Kočevju** in leta 1897 **Hiralnico v Idriji** ter pridobila leta 1905 koncesijo za **pogrebni zavod Concordia** v Ljubljani, ki je posloval do leta 1927. Pogrebne storitve so tako postale bistveno cenejše in omogočeno je bilo brezplačno pokopavanje revežev.

Leta 1878 je sestra Hoppe v Ljubljani pomagala vizitatorici s. Leopoldini Brandis ustanoviti **družbo Bolniških sester**. Usmiljenke so jih vzgajale in **učile nege bolnikov**; tako so jih pripravile za delo v bolnišnicah in pomoč bolnim na njihovih domovih. Bolniške sestre so se leta 1926 osamosvojile in se poimenovala **Družba Marijinih sester** čudodelne svetinje.

Leta 1900 je sestra Hoppe na željo m. Brandis zgradila ob Hiralnici sv. Jožefa **Vincentinum**, dom za Bolniške sestre, ki so ga odprli 15. oktobra 1900, leta 1904 pa v Slomškovi ulici v Ljubljani **Marijin dom**, v katerem so začeli izvajati pripravljajalno semenišče (noviciat) za slovenske sestre, ki naj bi se odcepile od Graške province. Leta 1906 so k stavbi dozidali prizidek, leta 1913 pa so k obstoječima stavbama prizidali še oddelek za umobolne. Sredstva za slednjo gradnjo je dal deželni zbor.

Sestra Leopoldina Hoppe je v vsem svojem življenju učila in vzgajala mlade sestre. Morale so natančno izpolnjevati pravila, biti preproste,

ponižne in poslušne. Ko je ustanavljala nove zavode, jih je kot nekake podružnice Splošne bolnice vodila sama. Oskrbovala jih je gospodarsko in finančno. Navadno je za nadzorstvo postavila prvo sestro, ki je skrbela za delo in opravke. Ko je postal zavod trden in se je začel dobro razvijati, je dobil svojo predstojnico, ki ji je sestra Hoppe ostala zvesta svetovalka in modra vodnica.

Sestra Hoppe je bila izredno delavna, odlična organizatorica, vedno je pomagala vsakomur, ki je bil potreben pomoči. Materinsko je skrbela za bolne in bolehe sestre. Ganljiva je bila njena skrb za bolnike. Bila je plemenita in odločna, požrtvovalna in do vseh spoštljiva.

Umrla je 16. januarja 1918 v Ljubljani, kjer je tudi pokopana.

Za sodelovanje, pomoč in slikovno gradivo se **zahvaljujemo** Družbi hčera krščanske ljubezni sv. Vincencija Pavelskega (usmiljenkam) s sedežem v Šentjakobu pri Ljubljani, še posebej s. Cveta Jost in s. dr. Miriam Praprotnik.

#### Viri in literatura:

1. Sestra Leopoldina Hoppe. Življenjepis. Gradec 1918, nekoliko popravljena izdaja Ljubljana 2016. Za interno uporabo izdalo Provincialno predstojništvo hčera krščanske ljubezni, Ljubljana.
2. Provincialni arhiv Družbe hčera krščanske sv. Vincencija Pavelskega.



## IT-podporni kotichek: navodila za urejanje profila na spletni strani zbornice

Registrirani uporabniki lahko spreminjate in urejate podatke na svojih profilih. Za dostop do profila se morate prijaviti v sistem z uporabniškim imenom in geslom.

### Urejanje profila v treh korakih

1. Po uspešni prijavi v profil kliknite v desnem zgornjem kotu na gumb z vašim imenom in priimkom.
2. Odpre se vam zavihek »Splošni podatki in članstvo«, kjer so zapisani vsi vaši podatki. Za spremembo oz. dodajanje podatkov kliknite na ikono (klik za spremembo) in popravite oz. dodate želen podatek.
3. Po končanih spremembah obvezno kliknite gumb »Spremeni podatke« na dnu strani, da zaključite in potrdite vnos.

Spremembe podatkov zahtevajo odobritev. Zelena spremembe bodo posredovane pristojnim in bodo vidne v najkrajšem možnem času.

[Spremeni podatke](#)

Splošni podatki	Funkcije v zbornici	Izobrazba
Splošni podatki in članstvo		
Datum rojstva	01.01.1980	
Kraj rojstva	Nova Gorica	
Državljanstvo	slovensko	

# Lucy Hughes - Hallett: Ščuka. Gabriele d'Annunzio: Pesnik, zapeljivec in vojni pridigar

Modrijan, 2016, 629 (685) str. Prevod: Andrej E. Skubic

Marjan Kordaš, Ljubljana

marjan.kordas@mf.uni-lj.si

Knjižnih špehov ne maram, pa vendar se kar pogosto zgodi, da jih preberem. Vzrok za tokratno odločitev za branje je bila moja slaba vest, da sta mi bila o d'Annunziu znana le dva protislovna podatka. Po eni strani, da je bil pesnik, po drugi strani pa, da je bil jeseni 1919 vodja skupine prostovoljcev (sprva samo 186, kmalu nato pa okoli 2000 upornih italijanskih vojakov), ki so zasedli Reko ter oklicali mestno državo *Fiume*, ki je bila leta 1922 priključena Italiji.

O svojem opisovanju osebnosti d'Annunzia (1863–1938) zgodovinarica Hughes - Hallett pove tole:

D'Annunzio je bil mož široke in globoke kulture, premišljujoč, izjemen poznavalec klasikov in sodobne književnosti. Zavzemal se je za Lepoto, Življenje, Ljubezen, Domišljijo (velike začetnice so njegov domislek) – same reči, ki se nam zdijo dobre. A vendar je pomagal zveliči Italijo v nepotrebno vojno, ne ker bi verjel, da ji bo ta prinesla kako praktično korist, ampak zato, ker je hlepel po kataklizmičnem nasilju. [...] Predstavljal se je kot novi sveti Frančišek, ljubitelj vsega živega. Toda njegovo kričanje v času vojne je bilo polno sovraštva. Sovražniki Italije so bili umazanci. Pripisoval jim je groteskne zločine. Vpil je po njihovi krvi (str. 15).

D'Annunzio je požiral književnost v več jezikih. Spretno je obujal že pozabljene ideje, katerih čas je znova dozorel, razvijajoči se trend je znal prepoznati že v trenutku, ko se je pojavil. [...] Njegov dar za zaznavanje vsega novega in vplivnega je Romaina Rollanda (prijatelja, ki je pozneje postal sovražnik) pripravil do tega, da ga je primerjal s ščuko, ribo roparico, ki preži »lebdeč pri miru, čakajoč na ideje«. Večkrat je bil obtožen

plagiatorstva, včasih tudi razmeroma upravičeno (str. 19).

Ničesar si nisem izmislila, sem pa razmeroma svobodno uporabljala tehnike, ki so morda običajnejše v pisanju leposlovja kot biografij. Nisem vselej upoštevala kronološkega zaporedja; začetek je le redko najboljše mesto, kje začeti. Tempo opisovanja je precej spremenljiv. Občasno sem preletela desetletja, potem pa upočasnila pripoved na podrobnejši opis tedna, večera, pogovora. Če si izposodim izraz iz muzikologije (in ena od tem v d'Annunzijevega življenju, ki je še nisem imela priložnosti dovolj izpostaviti, je njegovo poznavanje glasbe), sem preskakovala med *legato* pripovedjo in *staccato* vpogledi v človeka in njegove misli. [...] V knjigi se trudim biti pravična tako do moža, ki kraljuje banketom, kot do moža, ki brska po darilnih trgovinicah (str. 24).

Tako avtorica uporablja dva sloga. Prvi je pripoved v pretekliku, drugi slog pa je neka-kšna kronika dogodkov v sedanjiku. Ko sem tako prebral prvo poglavje (**Ecce homo**, razdeljeno na oddelke *Ščuka; Uzrtja; Šest mesecev*), je iz množice podatkov nastala ena sama zmeda. Ki pa je bila – tudi zaradi zanimivega sloga pripovedovanja – neogibni imperativ, da moram knjigo prebrati do konca. Da bom le tako morda zmozel sestaviti vtis o d'Annunzijevi osebnosti ter o takratnem *duhu časa*. Ki so ga po eni strani oblikovali literarni tokovi, pri katerih sta bila v ozadju Nietzschejev koncept o nadčloveku ter Freudov nauk o človekovi podzavesti. Po drugi strani pa so *duh časa* oblikovale politične razmere. Ob slednjih se velja spomniti, da je d'Annunzijevo življenje sovpadalo z obdobjem, ko je Italija kot država



komaj šele nastala (okoli 1860), ko je postala ena zmagovalnih sil v prvi svetovni vojni (1918) in je nato s širjenjem na Balkan, Sredozemlje ter Severno in Zahodno Afriko postala pomembna vojaška regionalna in kolonialna sila (okoli 1935).

V avtorčin slog pripovedovanja sodi tudi obsežno dodatno gradivo (str. 633–685): zelo nadrobne opombe k vsem oddelkom poglavij, pregled d'Annunzijevega dela, izbrana bibliografija, nadrobno stvarno in imensko kazalo. Tako sem ob občudovanju vsega zbranega gradiva pogrešal le še seznam d'Annunzijevega žensk. Potem ko sem knjigo prebral, sem jo še enkrat prelistal, preskočil brezimne ženske in naštel kar 26 tistih, ki jih avtorica navede z imenom. Nekatere bi veljalo pomnožiti s faktorjem 2 ali celo 3. Hm!

Nad vse zabavno se berejo anekdotični dogodki iz d'Annunzijevega življenja:

Kako je venomer bežal pred upniki, pa je vendar

vseskozi uspeval živeti preko svojih finančnih možnosti.

Kako je ob Gardskem jezeru staro vilo Cagnacco preuredil v t. i. *Vittoriale*, nekakšno fantastično rezidenco z amfiteatrom in pravljicnim vrtom, na katerem je hangar z njegovim bojnim letalom, premec bojne ladje *Puglia* s topovi, iz katerih je d'Annunzio ob praznikih streljal častne salve.

Kako je v januarju 1916 njegovo letalo poškodoval avstrijski protiletalski ogenj. Na eno oko je oslepel, na drugo pa ni videl skoraj nič. Da bi ohranil vid, je moral mirovati ter nekaj časa bivati v temi. Zanj je skrbela Aelis (Amelie Mazover, gospodinja in priložnostna ljubica) in njegova hči Renata, ki si je za svoje šolanje morala sama prislužiti denar. Ko pa je (bivša) ljubica Eleonora Duse v ta namen d'Annunziju poslala nekaj denarja, pa je on namesto tega kupil konja ...

Kakšen človek je bil torej Gabriele d'Annunzio, ki je za zgodovinarke Lucy Hughes - Hallett t. i. *pesnik, zapeljivec in vojni pridigar* v eni osebi?

D'Annunzijevo strast do bliščave, morda celo nabuhle kičaste estetike se po mojem najbolje vidi v strukturi njegove zgoraj opisane rezidence. Oglede je možen po spletu. Če o d'Annunziju ne bi vedel ničesar, bi domneval, da je *Vittoriale (degli Italiani)* oblikoval nori genij.

Po branju knjige pa je jasno, da je bil d'Annunzio ne le bister, temveč tudi zelo izobražen človek. A svojo bistrost in izobraženost je izkoriščal (zlorabljal?) za vzdrževanje svojih iracionalnih nagnjenj (strasti). Predvsem za promocijo samega sebe ter pridiganje kulta, da ljudje niso enako-pravni, da obstojijo »večvredni«, ki imajo več pravic, ter »manjvredni« ljudje, brez pravic. Sebe je vsekakor

prišteval med »večvredne«, morda celo za »najbolj vrednega«. Častil je kult prelivanja krvi ter smrti. Pri tem je bil kar uspešen; Lucy Hughes - Hallett nekako meni, da je bil d'Annunzijevo filozofsko-politično nauko (oz. slog življenja) temelj, na katerem je Benito Mussolini zgradil fašizem in leta 1922 prevzel oblast. Da je po tem vzorcu tudi Adolf Hitler (z)gradil nacizem. Njegov poskus prevzema oblasti je sicer leta 1923 v Nemčiji spodletel, leta 1933 pa uspel. Posledice so znane.

Ko torej analiziram d'Annunzijevo osebnost, se spominjam svojega davnega zapisa, ki se bere takole:

... človeka vodi iracionalen

sklop, *strast in strah*: Strast sočloveka obvladati, ga imeti (kot objekt) ter strah objekta ne izgubiti; če se to zgodi, je človekovo samopotrjevanje onemogočeno. Znotraj te strasti je spolna: strast *moškega* po obvladovanju *ženske* in obratno. Samopotrjevanje moškega prek ženske (objekta) in obratno. V *strasti in strahu* pa je protislovje: človek hoče sočloveka imeti kot objekt, ta objekt hoče obdržati, a noče postati sočlovekov objekt. Takšen človek živi v utvari, da lahko živi kot subjekt le pod pogojem, ko ima sočloveka za objekt.

Medtem ko za Hitlerja, Mussolinija in Stalina lahko domnevam, da so svoji strasti stregli z obvladovanjem množic ljudi, je d'Annunzio to počel s posamezniki – predvsem pa s posameznicami. Na videz zagotovo uspešno.

A če nasproti temu postavim podatke o d'Annunzijevi zasvojenosti z mamili, napadih depresije ter češčenju smrti, se mi pokaže le tragična usoda bleščečega uma.

Ki je svoje življenje (z)gradil na temelju izkrivljenih (etičnih) vrednot.

## Zaključeno 34. Tekmovanje za čiste zobe ob zdravi prehrani

Matej Leskošek, dr. dent. med., Stomatološka sekcija SZD, vodja tekmovanja

Zobozdravstveni delavci, ki skrbimo za otroke, slovenski osnovnošolci, njihovi starši, učitelji in vodstva šol smo zares za svoj sprejeli naš preventivno naravnani program Tekmovanja za čiste zobe ob zdravi prehrani, ki že leta poteka pod strokovnim in organizacijskim vodstvom Stomatološke sekcije Slovenskega zdravniškega društva. Slovesen zaključek smo obeležili 25. maja letos z osrednjo prireditvijo v dvorani Tivoli. Z nami so bili državna sekretarka gospa Jožica Maučec - Zakotnik, podpredsednica SZD ga. Breda Tržan Grozdanov, dr. dent. med., direktor ZD Ljubljana g. Rudi Dolšak, direktor ZD Vrhnika g. Roman Strgar in ga. Patricija Leskovar iz podjetja Glaxo Smith Kline, ki nam ljubeznivo pomaga nagraditi zmagovalce.

Šolarji tekmujejo v skoraj vseh slovenskih osnovnih šolah – vsi od 1. do vključno 5. razreda, ponekod tudi do zaključenega 9. razreda. Tako so

se tekmovanju letos pridružili tudi osnovnošolci iz Litije. Pokritost šol s tekmovanjem je 99,5-odstotna, šole in zavodi za otroke s posebnimi potrebami pa so zajeti 100-odstotno.

Delo je utečeno, s sodelavci vestno beležimo dosežene rezultate in ob zaključku vrednotimo opravljeno. V šolskem letu 2016/2017 je tekmovanje uspešno zaključilo 740 osnovnih šol Slovenije, med njimi so bile prav vse šole in zavodi za otroke s posebnimi potrebami.

Prepričan sem, da smo zmagovalcem in njihovim učiteljem pripravili zaključno prireditev, ki jim bo ostala v prijetnem spominu. Otroci so uživali v drznih akrobacijah skupine Dunking Kings, se zavrteli po parketu dvorane ob zvokih in motivaciji skupine Čuki ter se poigravali in slikali z maskotami, saj so se le-te pomešale med otroke, tudi tiste gibalno ovirane, in jim dodatno polepšale dan.

Kljub zmedi in divjim zastojem na obeh avtocestah v smeri proti Ljubljani prav na dan in ob času našega srečanja, je bila dvorana polna do zadnjega kotička. Naj fotografije pričarajo



Drzne akrobacije skupine Dunking Kings.



*Naj razred Slovenije je 9. razred OŠ iz Branika na Goriškem.*

prešerno vzdušje, nabito z ogromno pozitivne energije mladih.

Že dolgo se zavedamo, da so zmagovalci vsi sodelujoči, a brez

razglasitve najboljših med najboljšimi le ne gre. Letos so se z lovoriko **naj razreda Slovenije** ovenčali učenci 9. razreda OŠ iz Branika na Goriškem,

ki so bili četrto leto zapored tudi regijski zmagovalci.

Neizmerno smo hvaležni direktorju ZD Ljubljana, ki je, kljub neuspehu na razpisu Mestne občine Ljubljana, plačal izvajalce programa, varnostnike in ozvočenje, ter prav iskreno in iz srca tudi farmacevtski družbi GSK, podružnica Ljubljana, ki je nagradila letos že 19.000 šolarjev iz zmagovalnih razredov tekmujočih šol ter posebej še najboljši razred Slovenije in devet regijskih zmagovalcev. Brez izkazane naklonjenosti ZD Ljubljana in GSK našemu tekmovanju bi bilo le-to močno osiromašeno!

Zato na koncu vsem skupaj in vsakemu posebej velika in iskrena hvala v imenu otrok, ki to resnično zaslužijo!

V šolskem letu 2017/18 začnemo 35. tekmovanje po vrsti. Zavidanja vredna številka! Zadovoljstvo otrok z manj zobne gnilobe je vsekakor naša prva želja in hkrati naša nagrada, zato še vedno vztrajamo.



*Otroci so se zabavali ob glasbi skupine Čuki.*



# Razstava »Zgodba o zobu« in njeni odmevi

Bled, 7.–8. april 2017

Doc. dr. Iztok Štampfelj, dr. dent. med., spec., Katedra za zobne bolezni in normalno morfolologijo zobnega organa MF UL, Center za zobne bolezni UKC Ljubljana

Asist. Tomaž Hitij, dr. dent. med., spec., Katedra za zobne bolezni in normalno morfolologijo zobnega organa MF UL

[iztok.stampfelj@mf.uni-lj.si](mailto:iztok.stampfelj@mf.uni-lj.si)

Ste se kdaj vprašali, kdaj in kako so se razvili zobje, kakšne funkcije imajo poleg žvečenja, koliko tehta mamutov zob ali katera današnja žival ima najmočnejši ugriz? Udeleženci 17. simpozija zobnih bolezni in endodontije so odgovore na ta in podobna vprašanja dobili na razstavi zob fosilnih in danes živečih živali, ki je bila organizirana v okviru simpozija v enem od prostorov Festivalne dvorane na Bledu.

Zobje sodelujejo pri številnih funkcijah, od hranjenja in obrambe do socialnih interakcij in govora. Zaradi velike mineraliziranosti so obstojnejši od ostalih delov telesa, zato so bogat vir informacij o evoluciji vretenčarjev in celo edini pričevalec o obstoju mnogih živalskih vrst. Neverjetna raznolikost zob izumrlih in danes živečih živali kaže na njihovo

dolgotrajno prilagajanje okolju in neprestano tekmo za pridobivanje in predelavo hrane, prostor, reprodukcijo ter preživetje vrst. Zobje so namreč naravnost genialne stvaritve pol milijarde let trajajoče evolucije. In prav del te bogate zgodovine in pestrosti smo poskusili predstaviti obiskovalcem našega simpozija.

V okviru razstave »Zgodba o zobu« smo predstavili zobe 70 milijonov let starih zgornjekrednih krokodilov in dinozavrov, ki so jih odkrili pri gradnji primorske avtoceste v Kozini. Med zobmi dinozavrov so prevladovali letvasti zobje rastlinojedega hadrozavra, najden pa je bil tudi zob manjšega mesojedega dinozavra iz skupine dromedozavrov. Med številnimi zobmi iz geološke formacije Kem Kem v današnjem Maroku je izstopala

fosilizirana čeljustnica krokodilomorfa, pri kateri je računalniška tomografija pokazala obsežno osteolitično spremembo, ki bi lahko nastala zaradi vnetja ob zobu. Hm, zobobol pred 100 milijoni let? Obiskovalci so si lahko pod stereolupo ogledali tudi drobne zobe naših daljnih sesalskih prednikov iz časa, ko so na Zemlji kraljevali dinozavri.

O preseljevanju afriških živali v Evropo v miocenu so pričali v bližini Moravč odkriti zobje pritlikavega jelena, močvirskih svinj, nosorogov in slonovih prednikov. V Sloveniji pa so tudi številna bogata najdišča iz obdobja pleistocen (ledena doba), v katerem so se izmenjevale poledenitve in otoplitve. Na ogled so bili številni zobje in čeljustnice jamskega medveda, volka, gamsa, kozoroga, jamskega leva, povodnega konja, merkovega nosoroga, dlakavega nosoroga in kos mamutovega okla iz Bobovka pri Kranju ter mamutov kočnik, ki so ga obiskovalci lahko stehali kar sami in ugotovili, da tehta več kot tri kilograme.

Od danes živečih sesalcev so bile na ogled lobanje volka, lisice, rjavega medveda, jazbeca, hermelina, dihurja, kune belice, domače in divje mačke, vidre, srne, jelena, merjasca, veverice, nutrije, poljskega zajca in psa, manjkale pa niso niti lobanje brezobnih živalskih vrst, kot so orel belorepec, siva čaplja in želva. Prava paša za oči!

Posebno mesto na razstavi so imele čeljusti številnih sedanjih in izumrlih vrst morskih psov in skatov. Med prvimi so največ pozornosti



Obiskovalci razstave si ogledujejo plakate in vitrine. V ospredju stojita doc. dr. Dušan Grošelj, dr. dent. med., spec., in ga. Majda Rus.

pritegnile čeljusti morskega bika, morskega tigra, svilenegega morskega psa in zob velikega belega morskega psa, med zobmi izumrlih vrst morskih psov pa skoraj 15 cm dolgi zobje velikozobega morskega psa. O prisotnosti tega mogočnega plenilca pri nas je do nedavnega govorilo le nekaj posameznih primerkov zob iz različnih krajev, dokler niso pred dvema letoma na Kozjanskem pri izgradnji stanovanjskega objekta odkrili več kot 40 zob. Izkazalo se je, da pripadajo enemu osebkju in so stari okrog 10 milijonov let. Kar poskusite si predstavljati 15-metrškega morskega psa, ki tehta toliko kot trije afriški sloni.

Razstava pa se ni omejlila le na živalske zobe. Obiskovalci so se lahko preizkusili v določanju človeških zob in poznavanju zobne morfologije. Osvežitvi morfološkega znanja je bila namenjena zbirka 30 ekstrahiranih zob z različnimi normalnimi oblikovnimi zobnimi znaki (npr. lopatasta oblika sekalca, Carabellijev znak, protostilid, foramen caecum Milleri in različne vrste nadštevilnih korenin) in razvojnimi napakami (npr. uvihan zob, izvihan zob in dilacerirana korenina). Zbirko ekstrahiranih zob so po zaključku razstave uporabljale medicinske sestre na Centru za zobne bolezni in endodontijo Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana kot pripomoček pri stalnem poklicnem izobraževanju.

Prof. dr. Jelena Dumančić s Stomatološke fakultete v Zagrebu je pripravila del razstave, povezan s krapinskim neandertalcem. Med morfološke značilnosti zobovja neandertalca prištevamo lopataste sekalce in tavrodontne kočnike. Slednji so pri današnjem človeku redki, pogosto pa se pojavljajo pri Downovem sindromu in pri sindromih z dodatnim kromosomom X, od katerih je najpogostnejši Klinefelterjev sindrom (47, XXY). Obiskovalci razstave so lahko primerjali rentgenske posnetke tavrodontnih kočnikov pri neandertalcih in pacientih z omenjenim sindromom.

To je bila prva tovrstna razstava v našem prostoru. Ker se z zobmi poleg



Navdušenje ob mizah s čeljustmi morskih psov in skatov.

dentalne medicine raziskovalno ukvarjajo še mnoga druga znanstvena področja, so pri pripravi razstave sodelovali zobni antropologi, veterinarji in paleontologi. Skupaj nam je uspelo na enem mestu zbrati gradivo iz številnih muzejskih, fakultetnih in zasebnih zbirk. Razstavo je vsebinsko zaokrožilo predavanje asist. Tomaža Hitija »Evolucija zobnega organa«, nanjo pa sta se navezovali še predavanji asist. Lucije Strmšek »Pogostnost trikoreninskih spodnjih stalnih kočnikov pri prebivalcih Slovenije« in doc. dr. Iztoka Štamflja »Določanje oblikovnih zobnih znakov s sistemom ASUDAS (Arizona State University Dental Anthropology System)«. Udeležencem simpozija je razstava ponudila širši, primerjalno-

-anatomski in evolucijski pogled na zobni organ. Iskreno zahvalo za tehnično pomoč namenjamo ge. Majdi Rus s Katedre za zobne bolezni in normalno morfologijo zobnega organa MF UL ter študentu četrtega letnika dentalne medicine Marku Novaku.

Zgodba o zobu je močno pritegnila tudi najmlajše obiskovalce, ki so se s svojimi starši znova in znova vračali k razstavnim vitrinam. Od tod zamisel, da del razstavljenega gradiva pokažemo še prvošolčkom na Osnovni šoli Brinje v Grosupljem. Uganili so, da ima danes najmočnejši ugriz nilski krokodil, čudili pa so se, da imajo tudi morski ježki »zobe«, ki so celo trši od človeške sklenine.

Foto: Boris Bombek

<p><b>Glavni avtor razstave:</b></p> <p><b>Tomaž Hitij</b> idejna zasnova, celostna vsebina, besedilo in oblikovanje Katedra za zobne bolezni in normalno morfologijo zobnega organa, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani Paleontološka zbirka Hitij &amp; Žalohar</p> <p><b>Drugi avtorji razstave:</b></p> <p><b>doc. dr. Itežek Štamflj</b> vsebina in besedilo Katedra za zobne bolezni in normalno morfologijo zobnega organa, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani Center za zobne bolezni, Univerzitetni klinični center Ljubljana</p> <p><b>prof. dr. Jelena Dumančić</b> vsebina in besedilo o krapinskem človeku Katedra za dentalno antropologijo, Stomatološka fakulteta, Univerza v Zagrebu</p> <p><b>mag. Slavko Polak</b> vsebina in besedilo o pleistocenskih živalih Zavod Znanje Postojna, OE Notranjski muzej Postojna</p> <p><b>Dr. Irena Debeljak</b> vsebina in besedilo o krednih vretenčarjih iz Kozine Paleontološki inštitut Ivana Rakovca, Znanstveno raziskovalni center SAZU</p>	<p><b>Avtorji fotografij:</b> Tomaž Hitij, dr. Jure Žalohar, prof. dr. Jelena Dumančić in Luka Mjeda, Adrijan Kolir in Matic Poročnik.</p> <p><b>Avtorji risb:</b> mag. Slavko Polak in mag. Matjaž Križnar</p> <p><b>Pomožni strokovni sodelavci:</b> prof. Zlatko Pavlica, dr. Jure Žalohar in France Stare</p> <p><b>Tehnični sodelavci:</b> Majda Rus, Janez Oražem in Marko Novak</p> <p><b>Posamezniki, zbirke in institucije, ki so prispevale material ali so nudile dodatno pomoč:</b> Paleontološka zbirka Hitij &amp; Žalohar Zavod Znanje Postojna, OE Notranjski muzej Postojna Katedra za zobne bolezni in normalno morfologijo zobnega organa, MF v Ljubljani Katedra za dentalno antropologijo, Stomatološka fakulteta, Univerza v Zagrebu Paleontološki inštitut Ivana Rakovca, Znanstveno raziskovalni center SAZU Veterinarska fakulteta, Univerza v Ljubljani Hrvaški prirodoslovni muzej Zasebna paleontološka zbirka Milan Sukič Zasebna paleontološka zbirka France Stare Muzej krapinskih neandertalcev Prirodoslovni muzej Slovenije</p> <p><b>Naročnik razstave:</b> Sekcija za zobne bolezni slovenskega zdravniškega društva</p>
--	--

Kolofon razstave.

# Nekaj o partizanskem zdravstvu

Prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med., v. svet., Preddvor

eldar.gadzijev@gmail.com

**Na proslavi v Brkinih v počastitev 73-letnice bolnišnice »Zalesje« sem slišal govor gospoda Bojana Pahorja<sup>1</sup>, ki je govoril tudi o partizanskem zdravstvu in je med ostalim predstavil zbrane podatke o zdravstvenih in medicinskih mednarodnoosvobodilno borbo (NOB). Menil sem, da ni odveč za rubriko Zanimivo posredovati del govora s temi podatki, ki sami po sebi toliko povedo, da ne potrebujejo posebnega komentarja. Marsikaj od povedanega lahko najdemo v knjigi Gregorja Pivca »Zgodovina medicine 20. stoletja« in podatki se večinoma ujemajo, pa vendar je bila v tem govoru na značilen način in na kratko opisana še zgodba o narodni zavesti in požrtvovalnosti naših zdravnikov v NOB.**

»Osnovni namen odhoda v partizanske vrste je bil ta, da se postavi dobra organizacija zdravstva v borbenih enotah in v zaledju v skritih in konspirativnih bolnišnicah ter postavi civilno saniteto na osvobojenem ozemlju, vse v cilju razbremenitve operativnih enot z ranjenimi borci.

Slovenska partizanska saniteta je postavila celotno organizacijo v dobro oskrbovanih bolnišnicah, vendar skritih pred sovražnikom v težko dostopnih krajih in gozdovih. V vseh večjih borbenih enotah so bili postavljeni sanitetni referenti, zdravnik ali medicinec.

Klicu domovine se je odzvalo preko 250 zdravnikov in 270 medicincev. Na ozemlju Slovenije je bilo zgrajenih v času štiriletnega boja 247 postojank, v katerih je bila nudena zdravniška pomoč in zdravljenje 22.000 ranjencem in bolnikom. V vseh postojankah je bilo urejenih

4.220 ležišč. Postojanke – partizanske bolnišnice v več zgrajenih lesenih barakah in celo zemljankah so omogočale improvizirane, pa dokaj urejene pogoje za zdravljenje in kirurške operativne posege. Za hitrejšo kirurško pomoč so bile organizirane tudi mobilne kirurške ekipe, ki so v zaledju borb oskrbovale ranjence.

Na osvobojenem ozemlju je bila urejena celo porodnišnica in nudena pediatrična pomoč novorojenčkom in mladim partizanskim mamicam. Ta oblika organizacije in njena masovnost je bila edinstvena med vsemi odporiški gibanji v Evropi.

Za zagotovitev strokovne pomoči v borbenih enotah se je vključilo ali na številnih tečajih izučilo za prvo pomoč 3.105 bolničarjev in bolničark, razporejenih v enote in bolnice.

Oskrba z zdravili je bila zagotovljena s številnimi skritimi lekarnami in skladišči in tudi z izdelavo potrebnih zdravil in kirurških pripomočkov. Dobro sodelovanje s terenskimi aktivisti in lekarnami ter kasnejša pomoč zaveznikov sta v večjem delu zadostila potrebam.

»Partizanski zdravstveni vestnik« je vseboval pomembna strokovna navodila zdravnikom za uvajanje enotne kirurške doktrine in etapno zdravljenje. Izdano je bilo 10 števil od januarja 1944 do konca vojne.

Številne so bile improvizacije pripomočkov, od zavojnega materiala, instrumentov do suhe sterilizacije, ki so omogočale celo težke operacije.

Tudi evakuacija 100 težkih ranjencev in invalidov iz primorskih bolnic na letališče Nadlesk na Notranjskem in evakuacija preko 2.800 ranjencev in bolnikov v Bari v Italijo sta bili pomembni in veliki dejanji za takratne razmere.

Zvestoba velikega dela slovenskega naroda partizanski vojski, pomoč

in oskrba bolnišnic in ranjencev je bila v ponos vsem, ki so se takrat odrekli že tako skromni oskrbi in hrani.

Sovražnik je čutil, da je za borce največja moralna in etična opora dobro organizirana in uspešna sanitetna služba in delovanje partizanskih bolnišnic.

Stalne ofenzive in iskanje skritih bolnišnic, nekatere so bile izdane od kolaborantov, so zahtevali svoj krvavi davek: v 14 odkritih partizanskih bolnišnicah je bilo ubitih 164 ranjencev.

Med zdravniki je bilo 48 smrtnih žrtev: padli so v borbi, kot talci ali zajeti in umrli v taboriščih. Med medicinci je bilo 50 žrtev. Žrtev pri reševanju ranjencev je bilo 283, od tega 182 bolničark in 101 bolničar. «

<sup>1</sup> Predsednik območnega združenja borcev za vrednote NOB Sežana.

## Večer komorne glasbe Johannesa Brahmsa

*Domus Medica, 31. maj 2017*

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

Predzadnji iz repertoarja komornih koncertov je občinstvu predstavil dve deli glasbenega velikana Johannesa Brahmsa: **Klarinet kvintet v h-molu, op. 115** za klarinet (Aljaž Beguš), dve violini (Žiga Faganel, Irina Kevorkova), violo (Ana Glišić) in violončelo (Petra Gačnik Greblo) ter **Godalni sekstet št. 1 v B-duru, op. 18** za dve violini (Irina Kevorko-

va, Žiga Faganel), dve violi (Gea Panter Volfand, Ana Glišić) in dva violončela (Alja Mandič, Petra Gačnik Greblo).

Ob čarobnem prehajanju dneva v večer je glasba na prisotne v veliki avli delovala na poseben način vzneseno. Občasni mimoidoči so bili kulisa, ki je umirjeno in radostno dajala poslušalcem zavetje glasbenih radosti.



# Barjanske prakorenine v razstavišču UKCL

Katarina Majer, Kulturno-umetniško društvo KC in MF dr. Lojz Kraigher

[Katarina.majer2@gmail.com](mailto:Katarina.majer2@gmail.com)

Najdejo se elementi, ki skupaj nehote ustvarijo harmonično celoto: poet krajinskega slikarstva, doma z Barja, Pavle Ščurk se je s svojo imenitno jubilejno slikarsko razstavo v galeriji osrednje ljubljanske bolnišnice predstavil sočasno, ko je v njeni mali galeriji na ogled mostiščarska oziroma koliščarska lončevina, naslikana v akvarelni tehniki. Prireditev so popestrili »koliščarji«, ki so v posebnih tunikah iz grobega platna in mlado zasedbo ljubko zaigrali prizore iz Jalnovih Bobrov. Glasbeno-vokalna skupina Vagabund pa je z Robežnikovo Malo teraso sredi Ljubljane in Orionom ob klasični kitari in kontrabasu z lepimi vokali pomagala pričarati osrednjeslovenske korenine človeka, ki se je pred pet tisoč leti naselil na zahodnem robu Ljubljane. Kulturno-umetniško društvo Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher (dalje KUD) je s tako ubranim programom prijazno, sproščeno, vedro in duhovno spodbudno sklenilo pomladanski umetniški program v UKC Ljubljana. Šopek je z žido lepo povila voditeljica prof. Zvonka Zupanič Slavec. Da pa bi čim več Slovencev naprej živelo v lepotah zapisanega in vse to užilo, je vsem uporabnikom UKCL namenjena razstava v avli z naslovom »Za Slovenijo brez tobaka«. Razstavljeni so medijsko najuspešnejši protikadilski plakati iz sveta, ki ob svetovnem dnevu brez tobaka opominjajo na tobačno zlo, ki Slovence letno

okrade za 3600 življenj, 10 vsak dan! Oglejte si jo tam in na Facebooku ter jo širite naprej!

## Slikar Pavle Ščurk prinesel bolnišnici lepoto slovenske krajine

Dolenčeva galerija se je odela v prelepa dela KUD-ovega slikarskega jubilaranta Pavleta Ščurka, enega najuspešnejših slikarjev njegove likovne skupine, poimenovane po prvem mentorju Leonu Koporcu. Ena stena je nališpana z najlepšimi lahkotnimi akvareli. Vodi jih brezhibna poteza ustvarjalca, ki ima za sabo izjemno likovno kilometrino. Druga stena pritegne človekov pogled s sijajnimi akrilnimi platni večinoma pejsažev močnih barv in abstraktnih form, ki spominjajo na velike slovenske moderniste, kot je Stane Kregar. Kompozicijska čvrstost predstavitev in koloritna ubranost kažeta zrelega mojstra, ki po besedah akademskega

slikarja Janeza Kovačiča stopa tesno ob bok slovenskim akademskim slikarjem. Pavleta Ščurka je Zvonka Slavec označila kot človeka vedrega duha, a zelo subtilne narave, ki je zmožna svoje notranje doživljanje sveta prenesti tako avtorsko prepovedno na svoja platna. Redno zahaja na številne kolonije, povsod je cenjeni gost, od njega se učijo generacije mlajših slikarjev. Jubilaranta je umetniško predstavila umetnostna zgodovinarica in likovna kritičarka Polona Škodič, ki dobro pozna Pavletovo ustvarjalnost, njegovo predanost slikarski muzi in več desetletno zorenje od realizma k modernizmu. O njem pa je druga umetnostna kritičarka Anamarija Stibilj Šajn zapisala naslednje: »Pavle Ščurk je rojen leta 1947 v Ljubljani. S slikarstvom se ukvarja 40 let. Je član Likovne skupine Leon Koporec Kulturno-umetniškega društva Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher. Beleži 59 samostojnih in preko 180 skupinskih razstav. Avtorja, ki se



Pavle Ščurk je predstavil umetniško izvirna dela na visoki umetniški ravni.

giblje v širokem okviru realizma in njegovih interpretativnih variacij, odlikuje sproščen in suveren pristop, živahno raziskovanje in nenehno potrjevanje osebnih slikarskih adutov: njegove vehementne, oblikovne, ekspresivne poteznosti in občutka za barve, za njihovo stopnjevanje in medsebojno součinkovanje. Je tudi avtor, ki primarno, realistično vizualno zasnovi motiva preoblikuje, zreducira na najpomembnejše, stilizira in celo avtorsko modificira v odločno abstraktni smeri. Brisati namreč zna balast odvečnega in poiskati bistveno.

Tako že dolgo ni več eden izmed »kreativnih iskalcev«, ampak afirmiran slikar, s karakterjem in identiteto. Njegovo likovno ustvarjalnost občuduje ljubiteljska javnost in cenijo jo strokovni krogi, o čemer pričajo številne nagrade in priznanja. «

(Stik: pavle.scurk@gmail.com)

## Unesco, koliščarsko posodje in Jalnovi Bobri

Malo galerijo so zapolnili Izanci s svetom svojih praprednikov. Predstavilo se je Društvo Fran Govekar z Iga z vodjo Alenko Jeraj, ki združuje več kulturno-umetniških skupin. Društvo se posveča ohranjanju kulturne in arheološke zgodovine. V nekaterih projektih sodeluje več skupin društva. Prirejajo Govekarjeve večere z odprti likovnih razstav.

Člani likovne skupine so predvsem ljubiteljski ustvarjalci, v svoji sredini imajo tudi diplomirano slikarko in študentko Likovne akademije. Ustvarjajo v različnih tehnikah. Precej članov je aktivnih v širšem prostoru, so prejemniki številnih priznanj na ex temporih ter likovnih razpisih. Posamezniki delujejo tudi v drugih likovnih društvih in razstavljajo po vsej Sloveniji.

V letu, posvečenem pisatelju Franu Govekarju, so člani ustvarili serijo portretov in ilustrirali literarne izseke. Skupina redno ustvarja na Koliščarskih dnevih.



Z Jalnovimi Bobri so barjansko okolje predstavili iški igralci dramske skupine Pod odrom.

16 članov se je na izkustvenih delavnicah pod mentorstvom Zdenke Vinšek, članice KUD-a, ki je tudi vodja Taborjeve galerije, poglobljalo v akvarelno tehniko. Na razstavi jih je predstavila njihova vodja. V letu 2016 je skupina ob mednarodno zaznamovanem strokovnem srečanju na Igu na temo arheološke najdbe na Barju, pod prizmo Unesca, pripravila razstavo z naslovom Koliščarsko posodje, ki jo razstavlja v Taborjevi galeriji.

Slike z ozko začrtano temo odražajo obvladovanje tehnike in individualne pristope v potezah, barvni paleti ter v odnosih med toplimi in hladnimi barvami od prefinjenih tonskih nizanj do barvnih prelivov po določenih ploskvah motiva.

Razstavljajo: Jožica Serafin, Milan Šubic, Julijana Peršič, Anita Indihar Dimic, Marijana Rous Gojak, Marjana Dimec, Zmago Werbole, Marija Žagar, Ivanka Demšar, Marija Franinovič, Francka Železnikar, Milan Zgonc, Dani Baznik, Zdenka Vinšek, Miha Grmek in vodja skupine Mateja Jere Grmek.

Da pa barjansko posodje ne bi govorilo le samo zase, so mu vdihnili življenje mladi igralci izžanske dramske skupine Pod odrom, ki so zaigrali nekaj prizorov iz Jalnovih Bobrov. O njih je spregovorila Mateja Jere

Grmek, ki je tudi povezovala mlade igralce z veznimi besedili. Kako imenitno sta npr. fanta lovila ribe na odru Kliničnega centra! Prava hrana za zdravje! Tudi domiselne koliščarske obleke so zbrane odpeljale v predzgodovinski čas, ko si je pračlovek izbral Ljubljansko barje za svoj življenjski prostor. Premalo se zavedamo Unescovega priznanja, ki to kolišče skupaj z avstrijsko in švicarsko najdbo uvršča med svetovno kulturno dediščino. V Avstriji drago prodajajo vstopnice za ogled, v Švici najverjetneje še dražje. Mi pa se zaenkrat še začudeno muzamo in premalo vemo, kaj bi s tem. Tudi na ljubljanski Špici, mestu, kjer so našli taka kolišča, ni arheološko označeno, da bi bili mimoidoči s tem seznanjeni! Mislim, da moramo počakati le še, da izkopljejo kakšnega neandertalca, kot je dr. Anton Velušček na Barju že našel najstarejše kolo na svetu in kot so pred nedavnim iz Ljubljane dvignili enega najstarejših deblakov! Kdo bo slovenski Dragutin Gorjanovič Kramberger, da bo krapinski pračlovek našel svojega brata na slovenskih tleh? Tega namreč doslej še nismo našli.

(Stik: Alenka Jeraj, predsednica DFG, info@dfg.si)



Prijazen ščepec mladostno izvedene glasbe so prispevali Vagabundi. So instrumentalno-vokalna skupina, zapojejo pa tudi a capella. Člani so (z leve): Matej Slavec, Urška Strnad in Jernej Kreže.

## Vokalno-instrumentalna zasedba Vagabund

Splet okoliščin je združil poti treh zavzetih glasbenikov, ki slišijo na ime Vagabund. Vsak izmed teh potepuhov igra svoj instrument in poje ter občuduje a capella glasbo. Matej Slavec igra kontrabas, Jernej Kreže kitaro, Urška Strnad pa flavto. Izvajajo številne zvrsti vokalno-instrumen-

talne glasbe, posebej radi pa imajo slovenske popevke, npr. Robežnikove, kot so Mala terasa, Orion in druge. Z zrelim glasbenim znanjem, mladostno svežino in vedrino prinašajo sonce in dobro voljo. Vse to se je zgodilo v ljubljanskem kliničnem centru, ko so besedi in barvi dodali še ton, da se je umetnost predstavila v več načinih. Ob vsej barvitosti doživetega bi težko rekla, kaj je bilo najlepše. Na vsak način pa je bilo vse skupaj pravi

balzam za utrujeno telo in izpraznjene duhovne baterije po polletnem garanju, ko se človek z veliko željo že ozira po poletnih prostih dneh.

(Stik: jernej.kreze1994@gmail.com)

## Druge galerije

V avli UKCL je na ogled razstava ob svetovnem dnevu brez tobaka Za Slovenijo brez tobaka! Predstavlja medijsko najuspešnejše protitobačne posterje v svetu. Pripravili so jo Sanja Zupanič, Robert Volčanšek, Luka Šolmajer in študenti MF v sodelovanju s prof. Zvonko Zupanič Slavec. Oglejte si FB-profil in ga delite naprej: ZaSlovenijoBrezTobaka.

V galeriji Medicinske fakultete UL se je s »Fotografijami s potovanj« predstavila Vesna van Midden, študentka 5. letnika splošne medicine. Galerijo vodi medicinka Katarina Zemljak. V galeriji Nevrološke klinike UKCL je na ogled razstava z likovne delavnice Pot k sebi, mentorjev Biserke Komac in Jana Milkoviča, v juliju in avgustu pa se bo predstavila Biserka Komac. Čez poletje bo v avli UKCL razstava Vizije so 11: UKC – kako naprej?, ki jo je pripravilo Društvo arhitektov Ljubljana.



Pavle Ščurk je v polnosti zaživel v predstavitvi akad. slikarja Janeza Kovačiča.



Zdenka Vinšek, vodja Taborjeve galerije v UKCL, je predstavila slikarsko delavnico koliščarskega posodja.

Organizator Kulturno-umetniško društvo Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher (kudkcmf.tajnistvo@gmail.com;

spletna stran: [www.nova.kudkcmf.si/](http://www.nova.kudkcmf.si/) si; FB: KUDKCMF) želi vsem telesne in duhovne ter duševne moči polne poletne dni in ustvarjalno izražanje, ki

naj v »belih hišah« ponovno zaživi v jesenskem času. Veliko ustvarjalnega navdiha!

Foto: Katarina Zemljak

## Kitarski orkester Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani

Vlasta Hadalin, vodja orkestra, Kulturno-umetniško društvo KC in MF dr. Lojz Kraigher



Prvi nastop na Tradicionalnem koncertu študentov medicine (foto Rok Rakun).

Glasba, prijateljstvo, volja po ustvarjanju in druženju, ambicije, talenti, veselje in še bi lahko naštevali, kaj vse nas v življenju povezuje, nam omogoča, da to, kar delamo, delamo s srcem in veseljem. Študentje Medicinske fakultete v Ljubljani in številnih drugih fakultet večkrat združimo moči pri intelektualnem ustvarjanju, nemalokrat pa povežemo svoja velika glasbena srca in ustvarimo kaj lepega tudi na kulturnem področju. Ustvarili

smo Kitarski orkester MF, ki je projekt Društva študentov medicine Slovenije ter član Kulturno-umetniškega društva kliničnega centra in medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher.

23 ambicioznih, spretnih kitaristov, tolkalec, flavtistka, violončelistka, violinistka in talentirani pevci se združimo od februarja 2015 na pobudo študentke 4. letnika medicine, Eve Podbregar. Povezuje nas želja po

druženju tako medicinskih kot tudi nemedicinskih kitaristov in ustvarjanju nove glasbene scene na Medicinski fakulteti v Ljubljani in tudi širše. Premierno smo se predstavili v maju 2015 na takrat 5. Srečanju študentov in zaposlenih Medicinske fakultete v Ljubljani.

V novem študijskem letu 2015/16 smo kitare igrali s še več energije, medse sprejeli nove člane in se pogosteje družili. V novembru 2015 smo prvič nastopili na Tradicionalnem koncertu študentov medicine v ljubljanski operi, ki je bil že 10. zapovrstjo, za nas pa prvi nastop na tako velikem koncertnem odru. Občutki so bili enostavno fenomenalni.

Med pripravo na prvi samostojni koncert nas je v začetku maja 2015 pot vodila na prvi organiziran vikend intenzivnih vaj. V lepem, sončnem in toplim vremenu smo se nastanili v počitniškem Domu pod obzidjem v Piranu. To so bile naše prve vaje z razgledom na slovensko morje in morski zrak nam je dal volje, da smo v tako kratkem času do potankosti naštudirali ves program.

Ker ob morju brez kopalk, rokavčkov in »šlavfkov« preprosto ne gre, smo si privoščili tudi čofotanje v morju in sprehode ob obali. Generalko za nastop pa smo zadnji dan izvedli kar na Tartinijevem trgu.

V ponedeljek, 9. maja 2016, dan po zaključku intenzivnih vaj, smo v Maxi klubskem salonu izvedli prvi samostojni koncert. Poleg kitar smo program popestrili s solističnimi





Intenzivne priprave v Piranu (arhiv projekta).

cinske fakultete v Ljubljani. Oktobra 2016, takoj v začetku novega študijskega leta, smo prejeli datume za prihajajoče nastope, ki jih je bilo kar sedem zapovrstjo. Organizacija naslednjih intenzivnih vaj je naenkrat postala neizogibna. Tokrat smo z vso opremo krenili proti Bledu, natančneje Zgornjim Gorjam ter v domu Emavs pridno vadili in se pripravljali na nove koncerte.

Z nastopi smo začeli v četrtek, 17. novembra, ko smo z glasbenimi užitki postregli gostom odprtja novega inštituta za patologijo Medicinske fakultete v Ljubljani. Dan zatem, 18. novembra, je sledil nastop s predstavitvijo manjšega dela našega novega programa na gala večerji alumnov Medicinske fakultete v Ljubljani.



Solistka Sara Vatovec na violini (foto Žiga Lovšin).



Solistka Tea Poznajšek na violončelu (foto Rok Rakun).

nastopi Tilna Šušterčiča, Mitevža Štularja, Eve Podbregar ter Anje Babič (vokal), Sare Vatovec (violina) in Sabine Vesnić (kljunasta flavta). Na tolkalih nas je spremljal naš najmlajši član, Lev Podbregar, kot gost pa je nastopil Jure Puc na harfi.

Prvo leto delovanja smo obeležili z drugim nastopom na takrat 6. Sreča-

nju študentov in zaposlenih MF UL. Ob zaključku leta smo ustvarili tudi spletno stran, kjer stalno objavljamo informacije in fotografije z naših koncertov, nastopov in vaj.

Z glasbenim ustvarjanjem smo nadaljevali sredi vročega avgusta 2016 v Slovenski filharmoniji, kjer smo snemali video za promocijski film Medi-

21. novembra 2016 smo nastopili na 11. Tradicionalnem koncertu študentov medicine, ki je potekal v SNG Opera in balet Ljubljana. Zaigrali smo skladbe: Rumba Catalan, Game of Thrones in Milonga, kjer je melodijsko posebej popestrila naša nova članica, nadarjena violončelistka in glasbenica Tea Poznajšek. Ob



*Večer filmske glasbe (foto Žiga Lovšin).*

melodiji Milonge sta se na koncertnem odru zavrtila tudi plesalca Marta Hojker in Matjaž Juhart. 8. decembra 2016 je sledil zdravniški koncert v Slovenski filharmoniji.

13., 14. in 15. decembra smo v enem tednu izvedli kar tri samostojne koncerte, najprej 13. decembra v avli UKC Ljubljana, kjer smo želeli vsem bolnikom pričarati lepo predbožično vzdušje.

14. in 15. decembra 2016 smo se odločili, da bomo naše zveste poslušalce odpeljali v svet filmov: The force awakens ali Večer filmske glasbe se je glasil naš drugi samostojni koncert v Maxi klubskem salonu v Ljubljani. Zaigrali smo skladbe iz naslednjih filmskih uspešnic: Vojna zvezd, Harry Potter, Igra prestolov, Gospodar prstanov, El Mariachi, Skyfall, Hobit, Boter ter Pirati s Karibov. Koncert so

s solističnimi nastopi popestrili: Sara Vatovec na violini, Tea Poznajelšek na violončelu, Lev Podbregar na tolkalih, Jan Križnič na kitari ter vokalisti Emi Stanojkovič, Žiga Krušič in Eva Podbregar.

V novo leto 2017 smo zakorakali z novim zagonom in ambicijami. Po uspešno zaključenem izpitnem obdobju na fakulteti smo takoj začeli s pripravo novega programa za naš letni koncert in vmesne nastope.

Na oder smo ponovno stopili 12. aprila 2017 v hotelu Union v Ljubljani, kjer smo na povabilo organizatorjev nastopili na 2. Srečanju vzhodnoevropskih torakalnih anesteziologov in kirurgov.

20. aprila 2017 smo organizirali letni koncert, ki je potekal na naši fakulteti. Predstavili smo se z novimi skladbami, predvsem iz Južne Amerike, in latino ritmi, za »začimbo« pa smo dodali še nekaj filmskih skladb.

22. aprila 2017 smo se odpravili na pot proti Žalcu, kjer nam je Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani finančno omogočila nastop na 8. Srečanju kitarških orkestrrov Slovenije. To je bila za nas izjemna priložnost, saj smo stkali vezi tudi z drugimi



*Nastop na zdravniškem koncertu (foto Janez Platiše).*



*Nastop v hotelu Union (arhiv projekta).*

orkestri širom Slovenije in se seznanili z njihovim načinom dela. Program je snemala tudi RTV Slovenija, posnetek našega nastopa pa bo na voljo

predvidoma v ponedeljek, 10. julija 2017, na TVS1 ob 15.55.

Za lep zaključek leta smo 19. maja 2017 z glasbeno uverturo odprli tudi

43. Strokovno srečanje timov v osnovnem zdravstvu na Zdravniški zbornici Slovenije.



*Nastop na 8. Srečanju kitararskih orkestrov Slovenije v Žalcu (arhiv Glasbene šole Risto Savin, Žalec).*



Mozaik Kitarskega orkestra MF (arhiv projekta).

Letošnje leto je bilo za nas zelo uspešno, poučno, motivacijsko in hkrati lepo. Posebej pa velja poudariti tudi to, da nam je, še preden se dokončno posvetimo izpitom na fakulteti, uspelo izdati tudi naš prvi

CD! Tako je, s finančno pomočjo Kulturno-umetniškega društva kliničnega centra in medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher smo uradno izdali naš prvenec s filmsko glasbo, ki smo jo igrali na decembr-

skem koncertu. Vabljeni k poslušanju!

Poleg vseh solistov na nastopih in koncertih gre posebej izpostaviti in pohvaliti tudi ostale vztrajne in pridne kitariste, brez katerih pisanje in igranje naše zgodbe niti slučajno ne bi bilo tako, kot je. Naši veliki talenti so tudi: Ana Milovanović, Jernej Vivod, Miha Zupančič, Blaž Tisel, Ema Ajda Gomezelj, Vlasta Hadalin, Meta Bokal, Rok Besal, Miha Remškar, Laurynas Ambrasas, Krištof Bajt in profesor Matjaž Zorko.

Načrti za naprej naj ostanejo zaenkrat še skrivnost! »Go with the flow« pravijo, morda bo najbolje tako. Vsekakor nas naprej vodi velika motivacija, saj smo prepričani, da je to, kar smo ustvarili, zelo dober začetek. Poti v življenju so še dolge in verjamemo, da polne novih dogodivščin. Skupaj nam je lepo, ustvarjamo, potujemo, organiziramo »občne zборе« in še mnogo več. Prav vsak od nas je zaslužen, da smo ustvarili in še vedno ustvarjamo mozaik, ki bo zagotovo ostal za vedno.

Dragi glasbeniki in glasbenice, lepo vabljeni, da nam pišete na [kitarski.orkester@dsms.net](mailto:kitarski.orkester@dsms.net) in se nam pridružite ter tako postanete del Kitarskega orkestra MF.

Tiste, ki vas še nismo prepričali, pa vabimo k ogledu naše spletne strani <http://kitarskiorkester.wixsite.com/uradnastran>, kjer najdete vse informacije in fotografske utrinke.

## Razstava prof. dr. Eldarja M. Gadžijeva v Domus Medica

Nina Pleterski Puharič

V hiši zdravnikov in zobozdravnikov Domus Medica je bilo v četrtek, 8. junija 2017, ob 19. uri odprtje razstave prof. dr. Eldarja Gadžijeva.

Najprej je številne kolege in prijatelje, ljubitelje likovne ustvarjalnosti ter predsednico Zdravniške zbornice Slovenije, Zdenko Čebašek -

Travnik, nagovorila zobozdravnica Nada Puharič, dr. dent. med., ki je vodila izgradnjo Domus Medica. Nada Puharič med drugim s premišljenim naborom razstav skrbi za to, da si lahko kolegi po požrtvovalni skrbi za svoje paciente spočijejo oči ob različ-



nih razstavah. V uvodu je povedala, da jo izjemno veseli, da stene zdravniške hiše, ki je bila zgrajena brez aneksov in podražitev, izključno iz članskega denarja, tokrat krasi razstava stanovskega kolega prof. dr. Eldarja Gadžijeva.

Temu je sledila rahločutna in čustvena interpretacija pesmi Pabla

Nerude »Izredne poti – prošnja za mir« v izvedbi svobodne novinarka Edite Žugelj, ki je navzoče popeljala skozi preplet raznovrstnih občutij. Pesem je nazorno osvetlila vodilo avtorja razstave, prof. dr. Gadžijeva, in sicer pomembnost empatije, zavedanja sveta, natančnega opazovanja, sočutja, zanimanja za sočloveka in navsezadnje ljubezni. Kljub melanholični vsebini pesem izvrstno poudari pomembnost medčloveške bližine in upanje, da se ljudi v času življenja lahko dotaknemo na način, ki ostaja.

Verjetno poznate rek »Veliki ljudje so skromni«. Težko bi našli človeka, ki ta rek poseeja bolj kot prof. dr. Eldar Gadžijev, srčen zdravnik, velikodušen profesor in ustvarjalen umetnik.

Genski zapis, ki ga je razstavljalec prejel od očeta in pradede – oba sta bila kirurga – je v kombinaciji s tankočutno skrbjo za mamo med njeno boleznijo nedvomno prispeval k njegovemu zanimanju za zdravniški poklic. Na ta način je tudi nadaljeval družinsko tradicijo Gadžijevih, ki je, da prvorojenec postane zdravnik.

Prof. dr. Gadžijev ni le specialist za kirurgijo jeter, žolčnega sistema in

trebušne slinavke, bil je tudi spoštovani učitelj številnih kirurgov. Njegovi učenci radi povedo, da so pri njem posebej cenili ne le to, da je nanje prenašal svoje bogato znanje, pač pa jim je omogočal tudi aktivno pridobivanje izkušenj. Profesorja Gadžijeva resnično veseli, ko njegovi učenci svoje zahtevno delo opravljajo še bolje od njega.

Večkrat je opozarjal na pomembnost čuta za ljudi med zdravniki, empatijo in pristno skrb za pacienta, kar pa trenutni sistem omejitve vpisa na študij medicine žal zavira.

V intervjuju za Delo je nekoč dejal: »Kajti zdravnik, če hoče biti res dober, mora biti najprej dobra oseba, šele potem prvovrsten strokovnjak. Pozabljamo, kako zelo zdravilni so topla beseda, razumevanje, zaupanje, ki ga stkeš s pacientom.«

Prof. dr. Gadžijev je med drugim pripomogel tudi k ustanovitvi medicinske fakultete v Mariboru ter k temu, da je mariborska bolnišnica dobila status kliničnega centra. S tem je dokazal, da svoje besede o skrbi za dobrobit drugih tudi aktivno udejanja.

Bil je redni profesor na medicinskih fakultetah v Ljubljani in Maribo-





Prof. dr. Gadžijev in prof. dr. Klun s soprogama (foto Leopold Vidmar).

ru, član komisije za medicinsko etiko in glavni urednik revije Isis, glasila Zdravniške zbornice Slovenije, v katerem še vedno objavlja svoje dragocene, strokovno poglobljene in sporočilne prispevke.

Njegova osebna bibliografija v Cobissu trenutno obsega kar 376 znanstvenih zapisov, med drugim knjigo *Atlas of applied internal liver anatomy*, napisano v soavtorstvu z Deanom Ravnikom.

Povezovalc večera Rok Pleterski Puharič je uvodno predstavitev avtorja razstave zaključil z eno najlepših zgodb s srečnim koncem, h kateremu je pripomogel prav prof. dr. Gadžijev.

Petnajstletno deklenco je oče zaradi ogromnega tumorja na jetrih, ki je povzročil že amoniakalno

komo, nezavestno na rokah prinesel k prof. dr. Gadžijevu na oddelek v kliničnem centru. Kirurg Gadžijev je deklenco kljub pomislekom drugih zaposlenih in njenemu zelo težkemu stanju uspešno operiral. Deklenco so rešili. Danes je ta deklenco srečna žena in mati v svojih štiridesetih. In to je le ena izmed življenjskih zgodb, ki jih je rešil in izboljšal. Pri tem si je pogosto pomagal tudi s svojim darom za slikanje.

Po zgodbi, ki je marsikoga ganila, je doslej največje zbrano množico obiskovalcev razstav v Domus Medica, ki so avtorja pozdravili z bučnim aplavzom, nagovoril še avtor sam.

Na zanj značilen skromni način je povedal, da je sprva risal portrete. Izpostavil je portreta svoje mame in babice ter svoj avtoportret, na kate-

rem je imel kravato, ki jo je ročno poslikala njegova hčerka in jo je imel na sebi tudi na razstavi. Povedal je, da je pri risanju portretov največ pozornosti posvetil risanju oči, ki po njegovem najbolje odsevajo človekovo bistvo. Portreti, ki so narisani izjemno natančno, gledalca živahno nagovarjajo k razmisleku o tem, kaj vse sporočajo njihove oči.

Prof. dr. Gadžijev je povedal, da si je v času svojega dela pri operacijah pogosto pomagal z risanjem. Natančno je narisal organe, kje in kako bo operacija potekala in kje so bili npr. vstavljeni dreni, kar je bilo v pomoč tudi pri pooperativni negi pacientov.

Povedal je, da ga slikanje drugih motivov v prostem času popelje v neko drugo stanje, pri čemer se popolnoma sprosti, ter da z leti pri slikanju, čeprav ima zanj manj časa, kot bi si želel, postaja vse natančnejši.

Avtor razstave je svoj nagovor zaključil v profesorskem slogu, tako da je prisotne povabil k vprašanju oziroma komentarjem. Prisotni so pohvalili njegovo strokovnost in se ob tem zavzeli za to, da bi več kirurgov v okviru pojasnilne dolžnosti pacientom narisalo potek operacije. Tako bi jim omogočili boljše razumevanje. Pohvalili so tudi njegovo umetniško žilico in mu zaželeli še veliko umetniškega ustvarjanja, zatem pa so si vsi skupaj ogledali razstavo.

Nedvomno drži, da je kirurška natančnost prof. dr. Gadžijeva prisotna tudi na njegovih slikah. Čudovite



slike morja, krajini in konjev so zaradi izjemne natančnosti kot okno v nek drug svet. Slike pred očmi gledalca povsem oživijo in mu spregovorijo v pretanjeni likovni govorici. Skorajda je mogoče začutiti morskó sapico, slišati bučanje valov ali pa odzven konjskih kopit; začutiti radost ali pa umirjenost portretiranih. Njegov posluh za detajle, igro svetlobe in senc, vseh vidikov telesa in značilnosti bitja preveva njegove slike in jih dela

nepozabne. Na gledalca razstavljené slike delujejo pristno, pomirjujoče in navdihujoče. Prav vsi obiskovalci so jih opazovali vidno očarani in očitno je bilo, da so se jih globoko dotaknile.

Najbolj zanimivo je bilo opazovati ljudi, ki so na portretih prepoznali npr. svobodno novinarko Edito Žugelj, upodobljeno kot princeso. Tudi iz tega je bilo razvidno, kako pristno se avtor – slikar loteva svojega umetniškega ustvarjanja. Skozi oči

portretiranih sije njihova duša, na platnu pa čudovito odražajo svoje notranje bogastvo, ki se je očitno dotaknilo avtorja.

Razstava prof. dr. Gadžijeva je nedvomno ena tistih, ki posebej pravo bistvo umetnosti, zato si jo, če vam le čas dopušča, zagotovo oglejte še pred koncem septembra.

Prof. dr. Gadžijev, vam pa želim še mnogo, mnogo let ustvarjalnosti ter navdihovanja vaših sobivajočih!

## Drugo Jankovo spominsko srečanje sošolcev

*Škofja Loka, Poljane, Malenski vrh – Gora, 14. 5. 2017*

**Andrej Šubic, dr. med., Ambulanta Šubic, zasebna zdravstvena dejavnost, d. o. o.**  
[andrejsubic@siol.net](mailto:andrejsubic@siol.net)

Izpolnili smo obljubo, sebi in Janku.

Najprej so počasi kapljali na zbornó mesto za našo hišo, potem se jih je kar usulo. Z ženo Nadjo sva bila zelo vesela, da je bilo treba skuhati toliko kav, da rogljički skoraj niso ostali in da se je miza lepo praznila. Nekaj malega pa je še ostalo na njej za kuliso pri skupinskem fotografiranju vseh dvajsetih v prelepem vremenu in polnosti pomladne narave.

Z vrta smo se počasi preselili v svet, ki nas bo sprejel ta dan. Najprej v Poljansko sobo v moji hiši, kjer se človek z lahkoto prestavi v stare čase spominov. Tako smo lahko še enkrat slišali Jankovo predavanje o povprečnosti z moje petdesetletnice in se kljub temu, da ga ni več, nasmejali njegovim iskri- vim mislim. Hkrati so nas te besede opominjale, naj živimo polno, a odgovorno do sebe, družin in prijateljev. Janko je težko pisal tisti govor, ker on pa res ni bil povprečen. To vemo še bolj, odkar ga ni.

Počasi smo se premaknili in naslednjo postajo – pa običajnih težavah z navigacijo tega dne – še kar lahko našli v Kulturnem centru slikarjev Šubicev v Poljanah. Tam

sem kot doma (pa še res) in zato mi vodenje, popestrjeno z znanjem o mojih prednikih in tudi sodobnikih, ne dela težav. Malo smo kolovratili po slovenskem slikarstvu in videli, da je bilo v tej dolini ustvarjenega veliko lepega in se še ustvarja, center pa skrbi, da se bo vedelo, kako se ustvarja.

Nekaj teh del, fresk in kipov, smo videli tudi na poti proti Malenskemu vrhu. Parkirali smo pred ateljejem





Srečali smo Luco v njenem okolju.

kiparja Metoda Frlica in zagrizli v breg proti romarski cerkvi iz 15. stoletja, kjer sem z veseljem in ponosom pokazal zlate oltarje poljanskega

baroka iz delavnice Šubicev. Dušan Senica - Bas je lepo okrasil cerkev s svojim glasom, potem s svojimi recitacijami izzval še mene in razvil se je spontani recitatorski dialog, da ne rečem dvoboj.

Pri odhodu iz cerkve, na sveže pokošeni, s sencami starih dreves okrašeni trati, nas je čakalo naslednje presenečenje. Po bregu je Luca iz Cvetja v jeseni pripeljala svoj košek in nam odigrala prizor, ko odpelje svojo malo hčerkico sama, samo z zajčkom kot pogrebcom, na pokopališče. Zaključil pa optimistično, kot je v teh hribih navada. Hvala naši poljanski Luci Anici Berčič za čustveno odigrano predstavo in pojočo poljansko govoricu, ki se tako prileže ljudem v tem pogorju. Sošolka Ivana Jelovčan, por. Senica je ves čas lahko dodajala svoje zgodbe, saj so ji vse potke in

korenine na njih znane iz otroških dni.

K sreči je Luca odgrnila svoj košek in videli smo, da se šibi od velikih loncev kislega mleka, žgancev, ocvirkov, kruha in klobas z zaseko. Nazadnje sta se prikazali še dve kroni iz pehtranke in ocvirkovce. Dovolj, da smo se pred dežjem, ki je zajel vso okolico, pred nami pa se je nebo odpiralo kot Mojzesu Rdeče morje, po suhem odvalili v dolino.

Vem, da bi Janko Kersnik užival, se veselil časa, ko bi bil z nami. Tega ne moremo priklicati nazaj, lahko pa drug drugemu podarimo naš čas in obogatimo s tem tudi sebe. To smo storili, naslednje leto bomo poskušali spet.

Foto: Andrej Šubic

## 1. Hop na Grad

Ljubljana, Univerzitetna pediatrična klinika, 14. maj 2017

Prim. Jasna Čuk Rupnik, dr. med., Ljubljana  
cukovi@gmail.com



Začetek teka na 2 in 6 km – z zmagovalcem v ospredju.

Vrhunsko doživetje za vse! Odlična ideja, odlična organizacija, odlična izvedba in še odlično vreme. Uspeh zagotovljen! Zbranih je bilo 11.800 evrov za nakup endoskopa za potrebe pregledovanja »želodčka in drugih delov prebavil najmanjših dojenčkov in tudi nedonošenčkov«. Tako je doc. dr. Anamarija Meglič aktivistično v mikrofonski dopolnila informacijo o aparaturi, ki naj bi bila ob spraševanju prisotnih, kaj endoskop sploh je, »po izjavi nekoga, ki dela v kliničnem centru«, menda namenjena »za poslušanje pljuč ali srca ali nekaj takega ...«. Takole sproščeno je potekala animacija s strani Radia Antena, ki je bil pokrovitelj zbiranja sredstev s plačilom udeležbe v teku »Hop na Grad«: otroci 5 evrov, odrasli 20 evrov. Animatorja Žiga X Gombač in





Mladina je »na veliko« pomagala pri organizaciji.



Ogrevanje pred startom je bilo resna stvar.



Končni cilj je bil izpolnjen v veliko veselje vseh.

Uroš Bitenc sta se zelo simpatično znašla v svoji zahtevni vlogi, kužku Paziju pa je bilo zagotovo trpeče vroče.

Start je bil postavljen v bližino vhoda v pediatrično kliniko, v kateri smo udeleženci lahko dvignili startne številke in dobili ob tem zanimiv izbor sponzorskih daril, za kar ima veliko zaslug glavni donator in soorganizator, Založba Rokus Klett. Ob 10.00 so startali otroci. V starosti do 4. leta so tekli na 200 m (100 m do kliničnega centra in 100 m nazaj), sledili so tisti v starosti do 6 let (400 m), nato pa še tisti do 8 let (600 m). Čudovito jih je bilo videti. Posebej tiste, ki so se res pognali v dir z žarečim prizadevanjem za zmago.

Ob 11.00 smo startali vsi drugi. Tekli smo mimo ljubljanske porodnišnice čez Zaloško ulico in nato po levem bregu Ljubljanice do mosta pri stari pediatrični kliniki. Od tam so tekli nekateri še na Grad in tako je dolžina njihovega teka zajela razdaljo 6 km. Vračali pa smo se po desnem bregu Ljubljanice in jo na povratku prečkali po novem mostu blizu Cukrarne.

Navdušenje je zajemalo vse. Bilo je veliko glasbe, šaljivih in navdihujočih besed, ogromno fotografiranja (ogled fotogalerije je možen na naslovu [www.hopnagrada.si](http://www.hopnagrada.si)). Za regeneracijo je bilo dovolj vode, kakava, sojinega napitka, banan in še česa. Idejni vodji in glavna organizatorja doc. dr. Damjan Osredkar in dr. Nina Battelino sta ob koncu prireditve upravičeno žarela od veselja. Uspešnost te odlične akcije, v kateri je sodelovalo tudi zelo veliko zdravnic in zdravnikov ter medicinskih sester in ljudi drugih poklicev v zdravstvu, je bila izjemna. Vsekakor pa si ob koncu zasluži iskrene čestitke še avtor risbe, ki je bila natisnjena na promocijskih majicah organizatorjev in na promocijskih vrečkah. In športno društvo Povodni mož! Naslednjo pomlad bomo vsekakor znova zažareli od veselja in pričakovanja, ko nas bo vabil že 2. Hop na Grad. Pa srečno do takrat!

## 23. državno prvenstvo Republike Slovenije v nogometu za zdravnike in zobozdravnike

Asist. dr. Boštjan Pohlen, dr.  
dent. med., ABC DENT, d. o. o.  
Asist. mag. Robert Juvan,  
dr. med., UKC Ljubljana

Nogometna sekcija Slovenskega zdravniškega športnega društva Medicus je 13. maja na Brdu pri Kranju organizirala 23. državno prvenstvo RS v nogometu za zdravnike in zobozdravnike. Nogometni navdušenci, ki se srečanja niste mogli udeležiti, ste bili prikrajšani za odlično organiziranost turnirja in srečanja v prelepem okolju Nacionalnega nogometnega centra Brdo, ki ga kot svojo pripravljalno bazo uporablja slovenska nogometna reprezentanca.

Turnirja so se udeležile štiri ekipe, in sicer ekipe Ljubljane, Štajerske, Prekmurja in Primorske. Igralna površina je bila idealna, tako da se igralci za kakšno neuspelo potezo ali podajo nismo mogli izgovarjati na neravno igralno površino. Pot do osvojitve naslova državnega prvaka je bila peklenska, saj so vse ekipe odigrale tri tekme po sistemu vsaka proti vsaki. Posamezna tekma je trajala 2-krat 20 minut. To pomeni, da smo tisti dan odigrali 120 minut, kar ni mačji kašelj niti za telesno zelo dobro pripravljene (zobo) zdravnike. Tako kot vsa zadnja leta, so bile vse štiri ekipe zelo izenačene, odločile so malenkosti, nekajkrat tudi športna sreča. Dovolj zgovoren je podatek, da je zadnja tekma med ekipama Primorske in Štajerske odločala o končni razporeditvi ekip od prvega do tretjega mesta, in to celo glede na doseženo število danih oziroma prejetih golov! Po končanih šestih tekmah turnirja si je naslov



Ekipe Štajerske. Stojijo (z leve): Andrej Malek, Igor Mijatović, Luka Šošić, Andrej Čretnik, Andrej Bajec in Marko Štolfa. Čepijo (z leve): Matej Kokot, Matej Kurnik, Zvonko Prelog, Klemen Leopold, Goran Kurnik in Gregor Nemec. Vodje ekipe Tomaža Ekarta ni na sliki.



Ekipe Prekmurja. Stojijo (z leve): Roman Fras, Darko Košutić, Urban Čerpes, Emil Pal, Jure Potočnik, Gregor Gruškovnjak, Jan Kirbiš in Gregor Prša. Čepijo (z leve): Mladen Prettner, Vedran Lazarević, Neje Jelenko, Tadej Ostre, Peter Kiraly, Marko Horvat in Ludvik Kiraly.



*Ekipa Primorske. Stojijo (z leve): vodja ekipe Tomislav Vitezica, Jaka Vrhovec, Matic Mrak, Jure Jamšek, Mirko Dolžan, Roberto Vidali, Staš Solman, Jure Orel, Marko Požrl in Bogdan Ambrožič. Čepijo (z leve): Boštjan Pohlen, Ševal Djelkić, Igor Vatovec, Goran Štekar, Borut Žgavec in Urban Brulc.*

prvaka priborila ekipa Štajerske, ki je na turnirju zbrala sedem točk. Takoj za njo se je s šestimi točkami uvrstila ekipa Prekmurja, ki je s svojo kakovostjo presenetila tako ekipo Primorske, ki je zbrala štiri točke, kot ekipo Ljubljane, ki ji kljub dobrim predstavam, preverjenim posameznikom in dobremu ekipnemu duhu ter taktiki ni uspelo osvojiti točke. To še dodatno priča o izenačenosti ekip, ki traja že nekaj let, in kakovosti nogometa, ki jo premorejo zdravniške ekipe. Ne nazadnje je slovenska zdravniška nogometna reprezentanca, sestavljena iz posameznikov vseh štirih ekip, lansko leto na Svetovnih medicinskih igrah v Mariboru končno osvojila tudi naslov svetovnih prvakov. V preteklih 19 letih smo namreč osvojili že drugo, tretje in dvakrat peto mesto.

Prihodnje leto je za organizacijo 24. državnega prvenstva v nogometu zadolžena ekipa Primorske, torej se vidimo na Obali!



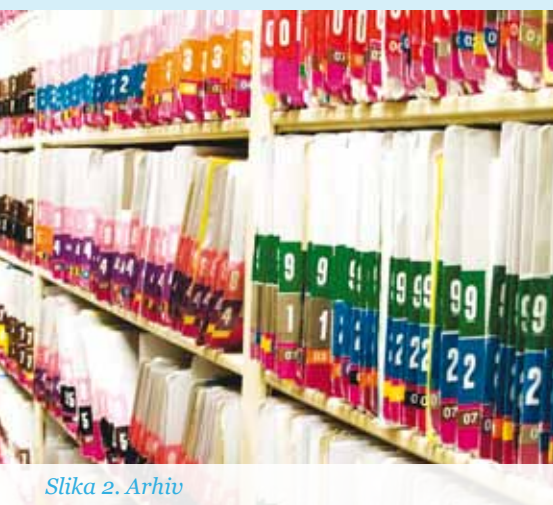
*Slovenska zdravniška reprezentanca, ki je lani zmagala na Svetovnih medicinskih igrah v Mariboru. Stojijo (z leve): Tine Pavšič, Denis Mušič, Jaka Vrhovec, Igor Mijatović, Lazar Blagojević, Andrej Malek, Boštjan Pohlen, Robert Juvan, Gregor Nemeč in Andrej Bručan. Čepijo (z leve): Vedran Lazarević, Matej Kurnik, Boris Palek, Klemen Leopold, Borut Žgavec in Aleš Majcenovič. Na sliki ni Andreja Čretnika, Gorana Kurnika, Matevža Kržana, Urbana Brulca in Darka Košutića.*

# Trojni slepi kviz<sup>1</sup>

Navodila: Kviz je anonimen in prostovoljen, vendar če se boste potegovali za privlačne nagrade, nam sporočite svoj naslov. Prosimo, da obvezno odgovorite na 1. vprašanje, ker drugače ne boste upravičeni do prvih treh nagrad. Na vsa vprašanja lahko odgovori samo management bolnišnice, ustanovitelj, pacienti, zdravniki in zdravnice. Če odgovorite



Slika 1. Arhiv



Slika 2. Arhiv

na vsa vprašanja, vseeno kako, boste dobili tolažilno nagrado. Vse zdravnice in vsi zdravniki prejmejo četrto tolažilno nagrado in jim kviza sploh ni treba rešiti, a ga morajo prebrati.

Pri vsakem vprašanju je možna samo ena izbira.

1. Katera slika je iz slovenske bolnišnice?
  - a) Slika 1.
  - b) Slika 2.
2. Če ste odgovorili s 1.a, povejte, kako hitro se lahko najde popise bolezni za 12 otrok, ki so manjkali ob presoji otroške srčne kirurgije, ki jo je izvedla mednarodna komisija.
  - a) V 24 urah.
  - b) V 48 urah.
  - c) Ko komisija odide.
  - d) Nikoli.
3. Kaj se zgodi, če ne najdemo popisa bolezni za Janeza Novaka, roj. 1. 1. 1978, ki se je zdravil v bolnišnici iz slike 1 pred 3 leti?
  - a) Zdravnik dobi živčni zlom.
  - b) Pacienta se okara, saj je sam kriv, zakaj pa ne spravlja svoje zdravstvene dokumentacije.
  - c) Management izjavi »takle mamó«.
  - d) Pacient toži ustanovitelja bolnišnice, ker ne poskrbi za red.

Prve tri nagrade:

1. Prvo nagrado dobite, če ste odgovorili na 1. vprašanje s 1.b. Dobili boste diplomu in naziv »višji naivnež« ter brezplačen ogled sistema urejanja zdravstvene dokumentacije v bolnišnici, od koder je slika 1.a.
2. Druga nagrada je iskanje popisa bolezni za Janeza Novaka, roj. 1. 1. 1978, v neomejenem

času, pod strogim nadzorom managementa, da ne bi slučajno podtaknili kakšne dokumentacije gospoda Janeza Novaka, roj. 1. 1. 1978, če ste odgovorili na 1. vprašanje s 1.a.

3. Tretja nagrada je pogovor z managementom bolnišnice in ustanoviteljem o tem, da slika 1 ni naša, ampak iz neke afriške države (avtor se opravičuje afriškim bolnišnicam).

Tolažilne nagrade so samo za management bolnišnice, njenega ustanovitelja, paciente in zdravnike:

1. Prva tolažilna nagrada se podeli samo bolnišnici, in sicer dovoljuje managementu, da pokaže presojevalcem ISO-standardov in akreditacije, kje je prostor s slike 1.
2. Druga tolažilna nagrada se podeli ustanovitelju in se mu da proste roke, da opravi upravni nadzor.
3. Tretja tolažilna nagrada se podeli vsem pacientom, ki verjamejo, da se njihova zdravstvena dokumentacija nikoli ne izgubi.
4. Tolažilna nagrada je za vse zdravnice in zdravnike ter jim dovoljuje, da nikoli več ne uporabijo izraza »zdravniška napaka«, tudi v primeru izgubljene dokumentacije za Janeza Novaka, roj. 1. 1. 1978, kjer niso imeli podatkov o prejšnjem zdravljenju in je prišlo do predpisa napačnih zdravlil.

<sup>1</sup> Kviz je trojni slepi: 1. slepota je anonimnost reševalca kviza, 2. slepota je anonimnost avtorja kviza in 3. slepota je slepota tistega, ki bi moral stvari že zdavnaj urediti.

# Osebni pogled na razvoj in vzdrževanje telesne in psihične kondicije (v starosti, hm)

Marjan Kordaš, Ljubljana

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

Že kar nekaj časa delam povzetke iz revij, ki jih izdajajo avstrijske zdravniške zbornice. V zadnjem času me je prijetno presenetilo, koliko prostora v teh revijah uredniki posvečajo vplivu telesne dejavnosti na zdravje ter na preventivo raznih bolezni. Tako me je prek raznih ovinkov lani jeseni doletela neprijetnost – ki pa je bila dolgoročno zelo koristna – da sem za našo revijo iz *Österreichische Ärztezeitung* prevedel pregledni članek o vplivu telesne dejavnosti na zdravje ter na potek raznih bolezni. Povzetek članka je zajet v naslednji ugotovitvi:

Svetovna zdravstvena organizacija je zdravje opredelila kot telesno, duševno in socialno blagostanje. Na temelju učinkov športa na teh treh ravneh se športna dejavnost lahko uvede kot preventivni ukrep. Ni nobenega zdravila in ni nobenega ukrepa, ki bi lahko imel primerljiv učinek kot telesni trening.

Ker imam že dokaj veliko kilometrino ne le s kolesom (na srečo), temveč tudi v letih (na žalost), se mi zdi mikavno obe kilometrini izkoristiti kot kratko zgodbo s sporočilom, da gre pri kilometrini te vrste v bistvu le za – kot pravimo – *vrh ledene gore*. Zato se mi zdi vredno vse tisto, kar sem doslej v naši reviji zajemal v *Literarnih kolesarjenjih*, dopolniti z nekaterimi podatki iz moje preteklosti, kjer je bila telesna dejavnost (obremenitev) skoraj vedno tako ali drugače povezana s psihično. Kot uvod torej dve zgodbi, ki dandanes verjetno zvenita precej anekdotično, a sta dolgoročno bili pomembni vzpodbudi:

I. Pacientka X se je sredi osemdesetih let dlje časa zdravila zaradi hipertenzije. Med zdravljenjem je njen zdravnik diagnosticiral stenoze na koronarkah in postavil indikacijo za dilatacijo. Ker tega niso opravljali nikjer v Jugoslaviji, se je zdravnik dogovoril za poseg v Italiji, menda v Vidmu. Transport pacientke iz Ljubljane v Videm in nazaj je bil opravljen z zasebnim avtom (ne

spomnim se, ali je avto vozil zdravnik ali pacientka) in kooperativni potek je bil brez posebnosti. Stroške je krila zdravstvena zavarovalnica. Za rehabilitacijo pa je zdravnik svoji pacientki predpisal redno vadbo na cikloergometru, ki ga pa v Jugoslaviji seveda ni bilo mogoče kupiti. Po dolgotrajnem proučevanju literature se je zdravnik odločil za cikloergometer znamke *Tunturi* (Finska), pacientka pa se je spustila v dolgotrajen boj z zavarovalnico ter jugoslovansko carinsko upravo (menda tudi v Beogradu). Okoli leta 1987 se je zadeva uspešno razpletla in pacientka je dobila dokumentacijo za uvoz cikloergometra brez plačila carine. A ker uvoza iz Finske v Jugoslavijo ni mogel (smel) opraviti noben uvoznik, je družba *Tunturi* ergometer iz Finske poslala na naslov znane lekarne v Celovcu. Uvoz (iz Celovca v Ljubljano) je tehnično izvedla moja malenkost; natovarjanje cikloergometra (teža: približno 30 kg) v avto je bila obremenitev telesa, spopad s cariniki na Ljubelju pa obremenitev mojih možganov, duše in duha. A zadevo sem nato varno pripeljal v Ljubljano, v pacientkinem stanovanju napravo sestavljal ter kalibriral z utežjo 5 kg (tj. s petimi litri mleka v tetrapaku). V bistvu je bil ta cikloergometer (kot smo se učili v srednji šoli) preprosta *Pronyjeva uzda*. Za pacientko sem nato – kot dodatno obremenitveno testiranje mojega duha – naredil razpredelnico, ki je kazala moč (pacientke) glede na hitrost vrtenja gonilnika. Potem sem pacientko pogosto obiskoval in sebe na tem cikloergometru skoraj do onemoglosti obremenjeval ter primerjal s kolesarjenjem. Končalo se je tako, da sem v reviji *Proteus* objavil članek z naslovom *Radost (teorije) kolesarjenja*. In si razbijal glavo, kako dobiti podatek, s kakšno močjo kolesarim npr. po ravnini ali v klanec.

II. Okoli leta 1995 so se v neki zasebni zdravstveni ustanovi odločili uvesti obremenitveno testiranje s tekočim trakom. Pred zagonom (s



pacienti) so se odločili za preskus. V ta namen so se obrnili na mojo malenkost, ki je – kot je znano – dovolj nora, da vedno privoli v takšne reči. Trdno prepričan, da bom kot že izkušen kolesar pri testiranju na tekočem traku prijadral vsaj do 10 MET, sem se javil dežurni zdravnici. *Lege artis* mi je namestila goščavje žice za registracijo EKG ter začela. A nisem se še dobro zadihal, ko se je sistem ustavil in iz elektrokardiograma se je zaslislalo prodorno piskanje. Računalnik je diagnosticiral infarkt srca. Zdravnica je bila seveda zmedena; ni vedela, komu naj verjame: računalniku ali meni, ki sem jo – brez simptomov in znakov za infarkt srca – debelo gledal ter napenjal možgane, za kaj gre. No, kmalu potem se je izkazalo, da gre pri meni za t. i. *ascendentno denivelacijo S-T*, in spet sem bil tako neumen, da sem privolil v nadaljnjo diagnostiko. A po nekaj mesecih dolgočasnih preiskav (zoprno obremenitveno testiranje moje psihične kondicije) sem se zdravnicam in zdravnikom lepo zahvalil in nadaljeval s kolesarjenjem. A ker me je mučila

radovednost, sem si za (takrat) velikanske denarje priskrbel preprost merilnik utripa srca. In hkrati ugotavljal, da tudi z merilnikom ne morem dobiti podatka, s kakšno močjo kolesarim npr. po ravnini ali v klanec. Mimogrede: ascendentna denivelacija S-T je čez nekaj let izginila.

Hkrati z mojo upokojitvijo leta 1999 sem doživel incident, zaradi katerega sem doma moral perakutno prevzeti gospodinjstvo. Kot kuhar se nisem posebno izkazal, sem pa popolnoma opustil sol. Ali z drugimi besedami: nobenega (nobenega!) obroka, ki sem ga pripravil, nisem več solil. Ko sem se privadil, sem z grozo ugotovil, kako zelo slana je že pripravljena hrana (npr. kruh, prepečenec, juhe v vrečkah, mesni izdelki pa sploh). In skoraj hkrati z uvedbo tega režima prehrane sem si kupil tehtnico. In sklenil, da bo moja teža odtlej okoli 72,5 kg (pri višini 1,7 m in obsegu trebuha 92 cm oz. hlačnega pasu dolžine 85 cm). BMI je tako rahlo (zavestno) v razredu *overweight* – vse do današnjih dni. Hm!

Se pravi, v prvih letih svojega upokojenstva – kot šef gospodinjstva in kuhar – z vzdrževanjem konstantne teže (telesa; duh je bolj problematičen; skrbeti za dementno osebo skoraj 10 let je strahovito obremenitveno testiranje duha!) v kolesarski sezoni nisem imel težav. Pozimi pa je postajalo vse bolj zapleteno in začel sem tuhtati o trenažerju. Prvega sem si priskrbel leta 2004, bolj sodobnega pa leta 2013. Hkrati sem uporabljal vse bolj sofisticirane merilnike utripa, od *Suunto t6c* do sedanjega, *Suunto Ambit3*. Pred nekaj meseci sem za *ISIS* napisal kratko poročilo, kaj vse je mogoče s trenažerjem (neprimerljivo boljšim v primerjavi z zgoraj omenjenim *Tunturi*) in tem merilnikom izmeriti za oceno telesne kondicije. In ob tem je pomembno tole: za takšno poročilo je seveda nujna tudi ustrezna psihična kondicija, mar ne? In za napredek in vzdrževanje slednje je koristno, če si npr. po kolesarjenju z merilnikom narišem zemljevid kolesarske proge in na temelju podatkov

izračunam naklon klancev. Tako še vedno zmorem klance z naklonom do okoli 10 odstotkov ob utripu okoli 160/min. Ocenjujem, da je v tem primeru moč okoli 200 W. Tako sem kar zadovoljen, pa četudi je to pasja figa v primerjavi z mladim, zdravim kolesarjem, ki dosega moč okoli 500 W in več ...

A kot sem povedal v uvodu: kolesarjenje (telesna kondicija) je le vrh ledene gore. Pod gladino pa je psihična kondicija: radovednost do novega, širjenje obzorja z branjem knjig v slovenščini, nemščini in angleščini ter zapisovanje sporočil. Vse več imam dokazov, da fizična kondicija spodbuja psihično ter obratno. Stranski produkt je sreča, da v zadnjih letih ne kolesarim sam, temveč skoraj vedno v prijetni ženski družbi. Kolesar pač ve, da mu (v naših prometnih razmerah) ni dobro samemu biti ...

Sicer vedno preklinjam, ko moram za *ISIS* pripravljati slovenske povzetke iz avstrijskih revij ali npr. pisati zavodnik. A po končanem delu blagoslovljam Zdravniško zbornico Slovenije, da mi vedno znova daje priložnost za izpopolnjevanje moje večine branja, pisanja in prevajanja. Enako kot pri kolesarjenju: preden se usedem na kolo, se vedno vnaprej ustrašim proge, dolge npr. 50 km s približno 400 m višinskih razlik. A ko je napora konec, je zadovoljstvo nepopisno in pri zadevnem nadomeščanju kalorij ni treba prav nič skrbeti za vsakdanje nadloge v plazmi v obliki glukoze, holesterola, trigliceridov, LDL, HDL in podobnih oslarij in življenje z Nejkjo je ena sama radost ...

## The professional public journal of the Medical Chamber of Slovenia

The Isis Journal is issued on the first day of each month. The annual subscription for non-members is 49,20 EUR. A single issue costs 4,47 EUR. The tax is included in price. Manuscripts are not returned to authors. An honorarium is paid for selected articles. Printed 10.150 copies. Postage for the Journal Isis paid at the 1102 Ljubljana post office.

The name of the journal is by the Isis, an Egyptian goddess, of all the gods and goddesses. The legend describes her as both the sister and the wife of Osiris, the first king in history. Isis had healing powers. She could also give new life into the body with her wings. According to the legend, her power extended all over the world. Each person is a drop of her blood. She was considered as the founder of medicine. A detail on a granite sarcophagus of Ramses III from the XX<sup>th</sup> dynasty shows her as a symbolic picture. This image and her name were chosen to be the title of the journal of the Medical Chamber of Slovenia, the goal of which is to unite and link together doctors in their efforts towards the welfare of all people, the drops of blood from the goddess Isis.

### The President of the Medical Chamber

**Zdenka Čebašek - Travnik**, M. D., Ph. D.

### The Vice-presidents of the Medical Chamber

**Krunoslav Pavlović**, D. M. D.

Prim. assist. **Dean Klančič**, M. D.

### The President of the Assembly

**Marko Bitenc**, M. D., M. Sc.

### The Vice-president of the Assembly

**Matevž Janc**, D. M. D.

## Executive board of the Medical Chamber of Slovenia

### The president of the Educational council

Assist. **Gregor Prosen**, M. D.

### The president of the Professional medical committee

Assist. **Borut Gubina**, M. D.

### The president of the Primary health care committee

**Vesna Pekarović Džakulin**, M. D.

### The president of the Hospital health care committee

Prof. **Mitja Lainščak**, M. D., Ph. D.

### The president of the Dentistry health care committee

**Krunoslav Pavlović**, D. M. D.

### The president of the Legal-ethical committee

Prim. **Helena Reberšek Gorišek**, M. D.

### The president of the Social-economic committee

Prim. assist. **Dean Klančič**, M. D.

### The president of the Private practice committee

**Matevž Gorenšek**, M. D., Ph. D.

### The Secretary General

**Iztok Kos**, M. D.

### Legal and General Affairs Department

**Vesna Habe Pranjič**, L. L. B.

### Finance and Accounting Department

**Nevenka Novak Zalar**, B. Sc. Econ., M. Sc.

### Health Economics, Planning and Analysis Department

**Nika Sokolič**, B. Sc. Econ.

### Head of Postgraduate Medical Training,

### Licensing and Registry Department

**Tina Šapec**, L. L. B.

### Head of CME/CPD Activities

**Moja Vrečar**, M. B. A.



## The Medical Chamber Of Slovenia

Founded in 1893 as The Medical Chamber for the Carniola Province. The Medical Chamber of Slovenia was subsequently founded in 1992.

## Tasks

- The Medical Chamber of Slovenia is an independent professional organisation of medical doctors and dentists.
- Membership is an honour and obligation for all those that work as physicians or dentists in Slovenia and have a direct contact with the patients.
- The Medical Chamber of Slovenia protects and represents the interests of the medical profession, and helps to ensure the correct behaviour of doctors and uphold their reputation by:
  - Having and issuing a Code of Medical Ethics, monitoring the behaviour of doctors and administering any measures necessary for violations of the Code.
  - Maintaining a register of members and issuing membership cards.
  - Issuing, extending and revoking the doctors' licences for independent work.
  - Participating in the development of the undergraduate education programme for doctors.
  - Managing (planning, monitoring and supervising) the secondments of the two year compulsory postgraduate training in hospitals; secondments for specialisations; other postgraduate professional training, and examination.
  - Organising professional seminars, meetings and other types of professional medical development.
  - The professional auditing and appraisal of each doctor practising in Slovenia.
  - Participating in the preparation of regulations, planning and staffing plans in health care issues.
- Determining doctors' fees and participating in agreeing the prices of health care services.
- Representing the interests of doctors in determining contracts with the Institute of Health Insurance of Slovenia.
- Participating in the negotiation of collective contracts, and agreeing them on behalf of private doctors as employees, thereby managing the value of medical professional' salaries.
- Providing legal assistance and advice to members on insurance against medical compensation claims.
- Maintaining a Welfare Fund to help members and their families.
- Monitoring the demand for doctors and helping unemployed doctors find job.
- Assisting members to find suitable locums during their absence.
- Publishing activities, editing activities; issuing a free journal to members, publishing books and other publications.
- Encouraging co-operation between members and arbitrating in disputes.
- Encouraging the cultural and social activities of members; organising the cultural, sporting and other social events and activities.
- Monitoring alternative methods of treatment.
- Deterring prohibited and unacceptable medical practices.
- Providing a free permanent consulting service to members.
- Undertaking other tasks pursuant to legal regulations and the statute.

