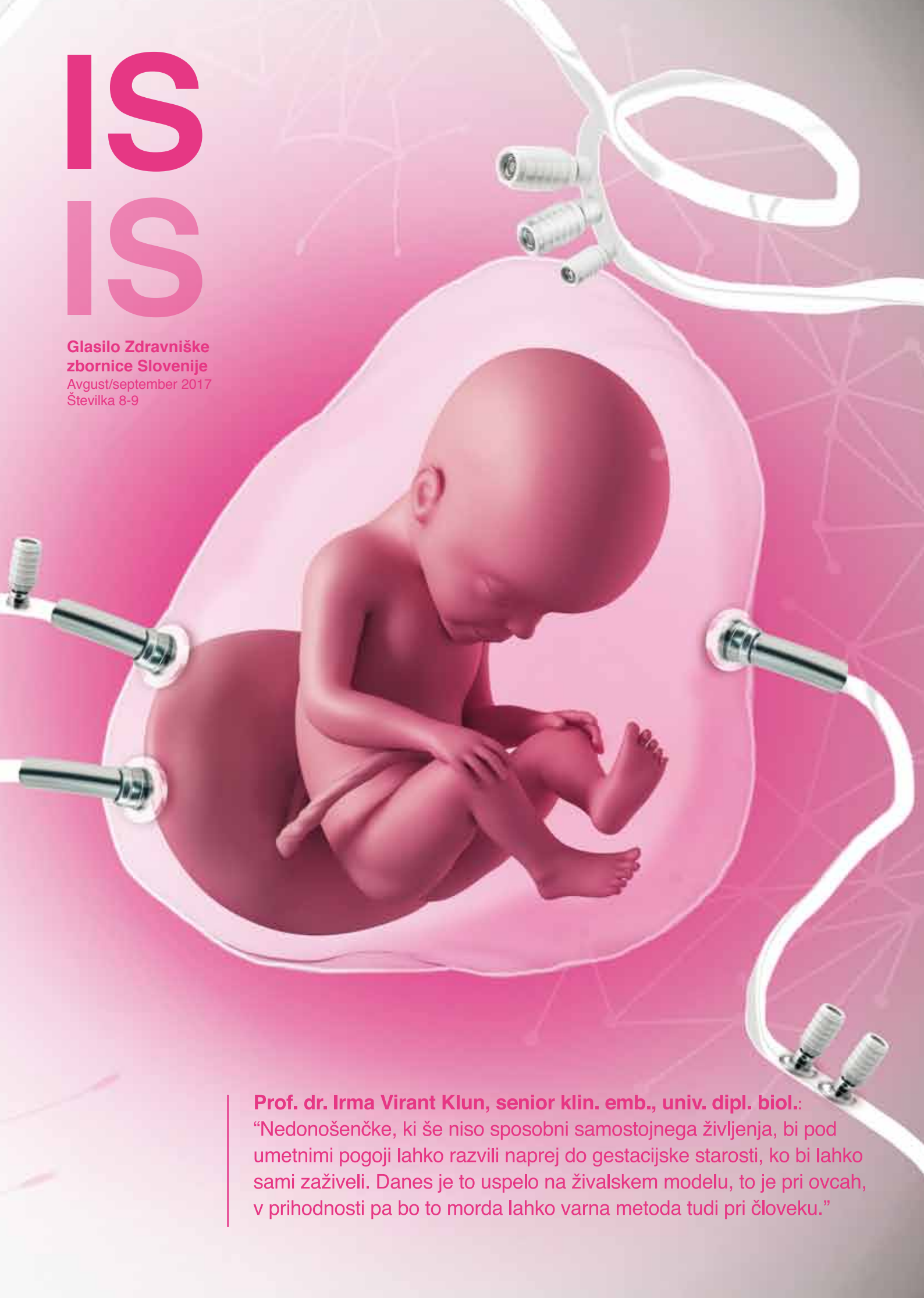


IS IS

Glasilo Zdravniške
zbornice Slovenije

Avгust/september 2017
Številka 8-9



Prof. dr. Irma Virant Klun, senior klin. emb., univ. dipl. biol.:

“Nedonošenčke, ki še niso sposobni samostojnega življenja, bi pod umetnimi pogoji lahko razvili naprej do gestacijske starosti, ko bi lahko sami zaživel. Danes je to uspelo na živalskem modelu, to je pri ovcah, v prihodnosti pa bo to morda lahko varna metoda tudi pri človeku.”

Domus Medica za vas!

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

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

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

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



Čas se je iztekel ...

Prim. asist. Dean Klančič, dr. med.

Zadnje čase v zdravstvu in politiki ogromno prahu dvigujejo novi predlogi zakonov, ki prinašajo škodljive spremembe in bistveno poslabšujejo položaj pacientov in tudi nas zdravnikov.

Ministrica za zdravje se je namreč odločila, da pri zasnovi nove ureditve zdravstva prekrši temeljna načela slovenske ustave, grobo pa je kršeno načelo enakosti pred zakonom tako za naše paciente kot tudi za nas, ki smo v zdravstvu zaposleni. Skrbi me, da so odločitve o predlagani zdravstveni reformi storjene zavestno in namerno, saj ne kršijo le slovenske ustave, temveč tudi pravni red Evropske unije.

Želja, da bi lahko svoj poklic opravljal nemoteno in brez težav, ki jih povzročajo nerazumljivi birokratski ukrepi, se mi zdi iz dneva v dan vse bolj utopična. Zavedam se sokrivde za obstoječe stanje: v želji, zagotoviti državljanom čim bolj kakovostno zdravstveno oskrbo, sem s svojim delom preko vseh meja in sodelovanjem tudi v organih državne uprave prispeval k podaljševanju preživetja sistema, ki si tega ne zasluži.

Novi predlogi zakonov in projekti ministrstva še posebej zapostavljajo zasebne zdravnike koncesionarje ter s tem tudi vse njihove paciente, med katerimi je veliko ruralnega in starejšega prebivalstva. Ob tem se iz meseca v mesec večajo rdeče številke državnih zavodov, dolžina čakalnih dob, število čakajočih nad dopustno čakalno dobo pa se je od nastopa mandata sedanje ministrice do danes skoraj podvojilo.

Kot večina od vas, sem član več (štirih) zdravniških organizacij. Vsaka od njih ima specifične cilje in naloge, vse pa imajo predvsem en pomemben skupni imenovalec: zagotoviti pogoje, ki ščitijo svobodo, neodvisnost in strokovni razvoj zdravniškega poklica v vseh njegovih dimenzijah in v dobro kakovostnim zdravstvenim storitvam. Zato je pomembno, da strnemo moči in se med seboj podpremo. To pa je

ključna naloga Koordinacije zdravniških organizacij, ki mora – še posebno v sedanjem trenutku – odločno, jasno in odgovorno stopiti na čelo zdravništva in opredeliti možne poti k skupnemu cilju.

Kot zasebni zdravnik koncesionar sem tudi član Skupinske prakse, ki nam ob tovrstnih trenutkih stoji ob strani ter se skupaj z nami bori, da naše pravice ne bodo zapostavljene. Odločno podpiram njihovo skupno usmeritev s sindikatom Praktikum, da je napočil čas za sodne postopke zoper našo državo. Postopke pred slovenskimi sodišči in zatem najbrž tudi pred evropskimi sodišči bodo najprej sprožili na treh področjih: (1) o pooblastilih zdravnikov in posledično pravicah pacientov, ki se odločijo za samoplačniške storitve, (2) ureditvi čezmejnega zdravstvenega varstva (naše javno zdravstveno zavarovanje krije storitve izven javne mreže, npr. na Hrvaškem, ne pa v Sloveniji), (3) razlikovanju javnih zavodov in zasebnih izvajalcev.

V teh dneh smo bili priča spremembam zakonske ureditve zdravniške službe, ki jih politika brez soglasja z zdravniškimi organizacijami in kljub nasprotovanju stroke po nujnem postopku uvaja v našo realnost. Predvsem postavlja v nesprejemljiv položaj mlade zdravnike, ti pa v vse večjem številu odhajajo v tujino.

Srčno upam, da omenjena, z zdravo pametjo skregana dejanja ne bodo načela tudi zaupanja pacientov v zdravstvo. Zaupanje pacientov in dolgotrajni odnos z zdravnikom, ki spremlja posameznika v njegovem zdravju in boleznih, prinašata poseben občutek pripadanja dobremu, kljub prevelikim obremenitvam in izgorelosti pa so prav stiki s pacienti tisti, ki nam potrjujejo, da delamo dobro.

Osebnostno še verjamem v Slovenijo kot pravno in socialno državo ter zdravstvo kot njen temeljni gradnik socialne varnosti. Žal pa je prišel čas, ko se moramo za ustavne vrednote boriti z vlado in državnim zborom. Zato, drage kolegice in kolegi, stopimo in ukrepajmo skupaj in enotno. Vsak dan, dosledno in odločno, se mora vsakdo od nas upreti krivicam, pritiskom in birokratizmu, tem majhnim korakom stran od dobrega zdravstva. Čas je za odkrito besedo in akcije, čas pa je tudi za osebno pokončnost.

Želim vam prijazno poletje, poživljajoče dopustne dni in odločen korak v novo jesen.



Zobozdravstvo je pred številnimi izzivi večplastne samostojnosti

Krunoslav Pavlović, dr. dent. med.

Potrebujemo enotno nastopanje pred javnostjo in pred odločevalci v naši družbi. Enotnost moramo razumeti v odgovornosti do naše stroke in njenega napredovanja. Pritiski sosednjih držav in tamkajšnji razvoj zobozdravstvene tehnologije močno vplivajo na določanje naših storitev in tržne moči.

Kljub enotnosti znotraj Odbora za zobozdravstvo (OZB), med zobozdravniškimi poslanci in stroko, smo še vedno pod pritiskom obstoja zaradi nerazumnih zahtev medicinskega dela zbornice. Zobozdravstvo je bilo, hočes nočes, tudi v prerivanjih za mesta v medicinskih odborih zelo priročno za kazanje mišic posameznih nezobozdravniških poslancev.

Stalne napetosti med nadzornim odborom z njegovimi priporočili, ki se na skupščini izkažejo za zahteve, in izvršilnim odborom vodijo v vse večje nezaupanje v delovanje zbornice. Razumeti je, da posamezniki ne razumejo, da s tem početjem krnijo ugled stanovske organizacije in sami sebi ter svoji bazi povzročajo škodo.

Sodelovanje in razumevanje predsednice do zobozdravniške problematike je bilo do sedaj korektno in produktivno, a vendar vse napetosti krnijo naše sodelovanje in nas zobozdravnike navajajo k močnejšemu razmišljanju o ustanovitvi samostojne zbornice.

Noveli zakonov o zdravstveni dejavnosti in zdravniški službi javno kažejo interes politike po pokoritvi zdravništva. Odločalo bi lahko le o stroki, pa tudi tam le v soglasju z ministrstvom. Tak vojaški zakon, kjer država prevzema vse vaje v zdravstvu, je lahko razumeti paradoksalno le v smislu, da so se ljudje z ministrstva zavedeli, da so nadzor pravzaprav izgubili. Sedaj panično, brez razuma

sprejemajo neevropske in neustavne člene zakonov, ki so dejansko po svoji vsebini interventni, a niso interventni po vzroku. Prevzemajo tudi odločanje o stroki, kakovosti, a istočasno pozabljajo omeniti, katere zdravnike bodo za te funkcije najeli ali zaposlili. Ali bomo mi sami sebi sodnik in omogočili ministru enostranske poteze? Mislim, da ne, in to bo treba tudi jasno izraziti.

Smelo početje države se kaže še posebej v zobozdravstvu. Sedanji odgovorni nosilci zobozdravstvenega programa so podvrženi številnim regulativam, inšpekcijskim nadzorom čakalnih seznamov, finančno se jih podhranjuje skozi splošni dogovor in onemogoča pri strokovnem napredovanju v smislu svobodnega poklica. Po drugi strani so zelo pomemben del našega tima zobotehniki in medicinske sestre asistentke, ki s svojim sindikalnim početjem zvišujejo svoj finančni položaj in pravice, saj jim država hitro prisluhne, njihova odgovornost pa je močno omejena.

Zobozdravnik, ki je odgovoren za celoten tim, lahko vse preživi s svojima dvema rokama. Ali naj celoten program prevzamejo kar sestre in zobotehniki? Ali je zobozdravnik še potreben ali njemu strokovno podrejeni kadri odredajo, kako bo delal v prihodnosti? Ali je socialni položaj posameznikov pomembnejši od napredka stroke, kot se je pokazalo v procesu podeljevanja zobozdravstvenih koncesij v Ljubljani? Menim, da bi se morali zobozdravniki poenotiti pod eno streho, kjer bi lahko tudi znotraj ene organizacije poskrbeli še za ostale kadre znotraj zobozdravniškega tima, saj napredovanje stroke ni mogoče le skozi oči interesa posameznika po nekaj evrih.



Druga plat samostojnosti zobozdravništva se nakazuje že dalj časa v smislu svobodnega poklica in zmanjševanja financiranja s strani osnovnega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Realno gledano se pogoji zaračunavanja storitev ZZZS in posledično dodatni zavarovalnicam zaostrujejo. Tudi zavarovalnice, ki zaenkrat še nudijo dodatno zavarovanje, ustanavljajo zasebne police za kritje zobozdravstvenih storitev, nekatere uspešneje, druge manj. Zobozdravniki se bomo morali tudi do teh sprememb skupno opredeliti in enotno določiti pravila igre v tej državi, tudi zato, da zaščitimo naše paciente pred monopolom.

Sodelavci znotraj OZB si želimo stika z vsemi kolegi zobozdravniki, ki bi želeli s svojimi idejami in vplivom sodelovati pri oblikovanju skupne krovne organizacije.

Želim vam prijeten in zaslužen oddih. Vzemite si čas za premislek in želje, kako bi si sami skupaj oblikovali svoj del zdravstva.



Uvodnik

3 Čas se je iztekel ...
Dean Klančič

4 Zobozdravstvo je pred številnimi izzivi večplastne samostojnosti
Krunoslav Pavlovič

K naslovnici revije

8 »Umetna maternica« obeta bistven pomik mej pri uspešnem ohranjanju nedonošenega otroka
Alojz Ihan

Zbornica

10 Iz dela zbornice

15 Specializacije, projekcije in aktivni zdravniki
Maja Horvat

Aktualno

18 Mednarodno srečanje Anonimnih alkoholikov
Jasna Čuk Rupnik

Iz Evrope

20 Dokazano v praksi: lahko smo celo boljši od Nemčije
Boris Klun

20 Padli na izpitu
Boris Klun

20 FSME – vir okužbe: hrana

21 Zavarovalnice: 113 milijonov plusa

21 Ugodno – priročno – štajersko: Defi (defibrilator) za na pot

Zdravstvo

22 Zadnja nedelja v avgustu 2016
Iztok Tomazin

26 Na področju presaditev organov in tkiv smo za zgled drugim: študijski obisk moldavske delegacije v Sloveniji
Barbara Uštar, Danica Avsec

29 Novi zakonodajni okvir varstva osebnih podatkov
Jerneja Merva

31 Menedžment krhkosti na individualni ravni: preprečevanje krhkosti
Branko Gabrovec, Brigita Skela Savič

Mladi zdravniki

33 Obvezno navodilo Ministrstva za zdravje RS
Gregor Prosen

36 Mladi zdravniki Slovenije o spremembah Zakona o zdravniški službi
Tina Bregant

38 1. Strokovno srečanje mladih zdravnikov, zaposlenih v UKC Maribor
Klemen Krašovec

39 Poročilo o delu mladih zdravnikov: malo za šalo, malo zares
Mladi zdravniki Slovenije

Forum

41 O zaznavanju stranske vloge bolnika pri zdravstveni obravnavi
Zlata Remškar

42 Pravočasen pregled ustne votline lahko reši življenje
Vilma Šifrar Eniko

43 Poletne izkušnje pacienta, kolega in gospoda iz vrhunskega turističnega mesta Piran
Nenad Kohn

Medicina

45 Ocena uspešnosti izvajanja umivanja zob
Matej Leskošek

Poročila s strokovnih srečanj

47 Laparoskopska kirurgija jeter – od evropskih smernic do mednarodne delavnice v Mariboru
Arpad Ivanecz, Stojan Potrč

49 64. kongres Evropske organizacije za raziskavo kariesa v Oslu
Vito Vrbič

50 16. Svetovni kongres fetalne medicine v Ljubljani
Darija Strah

52 V Mariboru izveden že drugi tečaj histeroskopije v organizaciji Evropske akademije za ginekološko kirurgijo
Tamara Serdinšek, Branka Žegura

53 ECMO – lahko bolnikom in tudi osebju ponudimo več?
Vojka Gorjup, Alenka Goličnik, Tomaž Goslar

55 Raziskave skeletne mišice – od celice do človeka 2017
Tomaž Marš

Strokovna srečanja

58 Zbornična izobraževanja za zdravnike in zobozdravnike

61 Strokovna srečanja

68 Mali oglasi

Iz zgodovine medicine

69 Infekcijske bolezni – oblikovalke svetovne zgodovine
Zvonka Zupanič Slavec

- 73** Ob epidemiji črnih koz na mariborskem infektivnem oddelku

Jelka Reberšek Gorišek

- 74** Genetske skrivnosti kuge

Jurij Kurillo

S knjižne police

- 78** Strip Gorska medicina za vsakogar

Franck Kokalj

Zanimivo

- 79** Gledal je s srcem in ustvaril neminljivo lepoto

Katarina Majer

Zdravniki v prostem času

- 81** Pomladanska sezona orkestra Camerata medica in pozdrav poletju

Pavle Košorok

- 83** Koncert Celloart

Jasna Čuk Rupnik

- 84** Corovih 20

Nina Vičič

- 85** Spominčice v spomin

- 86** 55. tradicionalno srečanje slovenskih upokojenih zdravnikov s hrvaškimi kolegi na Reki in v Mošćenicah

Marjeta Rendla Koltaj

- 88** Firence v enem sladoledu

Evgen Kajin

- 92** Plamenica

Andrej Rant

Zavodnik

- 93** Ali se na študij za duhovnika lahko vpiše ateist?

Martin Bigec

Kolofon

Leto XXVI, št. 8-9, 1. avgust 2017

Natisnjeno 10.150 izvodov

Datum tiska: dan pred izidom

UDK 61(497.12) (060.55)

UDK 06.055:61(497.12)

ISSN 1318-0193 CODEN: ISISF9

IZDAJATELJ IN ZALOŽNIK

Zdravniška zbornica Slovenije

Dunajska cesta 162, p. p. 439

1001 Ljubljana

W: <http://www.zdravnikazbornica.si>

T: 01 30 72 100, F: 01 30 72 109

E: gp.zzs@zss-mcs.si

Transakcijski račun: 02014-0014268276

PREDSEDNIK

Dr. Zdenka Čebašek - Travnik, dr. med.

UREDNIŠTVO

Slavka Sterle, Marija Cimperman

Dunajska cesta 162, p. p. 439

1001 Ljubljana

W: <http://www.zdravnikazbornica.si>

Isis online: ISSN 1581-1611

T: 01 30 72 152, F: 01 30 72 109

E: isis@zss-mcs.si

ODGOVORNI IN GLAVNI UREDNIK

Prof. dr. Alojz Ihan, dr. med.

E: alozjz.ihan@mf.uni-lj.si

T: 01 543 74 93

UREDNIŠKI ODBOR IN NOVINARJI

Prim. asist. mag. Martin Bigec, dr. med.

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

Prim. asist. Jana Govc Eržen, dr. med.

Prof. dr. Boris Klun, dr. med., v. svet.

Akad. prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med.

Prof. dr. Anton Mesec, dr. med., svet.

Prof. dr. Črt Marinček, dr. med., v. svet.

Asist. dr. Marko Pokorn, dr. med.

Doc. dr. Mirjana Rajer, dr. med.

Prim. izr. prof. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med.

Asist. dr. Aleš Rozman, dr. med.

Prof. dr. Vito Vrbič, dr. dent. med., v. svet.

LEKTORIRANJE

Marta Brečko Vrhovnik, univ. dipl. slov.

E: marta.brecko@zss-mcs.si

OBLIKOVNA ZASNOVA

Agencija Iz principa

RAČUNALNIŠKA POSTAVITEV IN PRIPRAVA ZA TISK – DTP

Stanislav Oražem

TRŽENJE

Zdravniška zbornica Slovenije

Dunajska cesta 162, p. p. 439

1001 Ljubljana

T: 01 30 72 152, F: 01 30 72 109

E: isis@zss-mcs.si

TISK

Tiskarna Povše

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

Lastnik blagovne znamke:

Zdravniška zbornica Slovenije

Dunajska cesta 162

1000 Ljubljana

Navodila avtorjem

Članke oddajte v elektronski obliki. Dolžina člankov je omejena na 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. Objavljeni bodo dogodki za največ tri mesece vnaprej.

Izjava uredništva

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

Letna naročnina

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

»Umetna maternica« obeta bistven pomik mej pri uspešnem ohranjanju nedonošene- ga otroka

Komentar prof. dr. Irme Virant Klun, senior klin. emb., univ. dipl. biol., k dosežku ameriških raziskovalcev

Prof. dr. Alojz Ihan, dr. med., ZZS
alozj.ihan@mf.uni-lj.si

Nedavna objava v reviji »Nature Communications« (Partridge, E. A. et al. An extra-uterine system to physiologically support the extreme premature lamb. Nat. Commun 2017;8, 15112) je fascinirala svetovno medicinsko in tudi širšo javnost s tem, da je ameriškim raziskovalcem na področju fetalne medicine oz. pediatrije uspelo izdelati povsem umetno maternico, ki je omogočila uspevanje ovčjega ploda od 105. dneva gestacijske starosti dalje, kar ustreza približno 22. do 24. tednu gestacijske starosti pri človeku.

Slišala sem za članek in v grobem vedela, za kaj gre, sedaj sem ga v pripravi na ta pogovor bolj natančno pogledala, in zares, gre za vrhunski dosežek! Avtorji so na podlagi dolgoletnih izkušenj in predhodnih poskusov dodelali vse tehnične podrobnosti, da so za plod ustvarili primerljive pogoje za razvoj, kot so v maternici. Namen dela je zelo plemenit, prezgodnji porod je namreč eden od glavnih razlogov perinatalne umrljivosti in je realnost v klinični praksi. Nedonošenčke, ki še niso sposobni samostojnega življenja, bi pod umetnimi pogoji lahko razvili naprej do gestacijske starosti, ko bi lahko sami



zaživali. Danes je to uspelo na žival-skem modelu, to je pri ovcah, v prihodnosti pa bo to morda lahko varna metoda tudi pri človeku.

V članku je najbolj spektakularna fotografija ploda, ki plava v prozorni biovrečki, podobno kot je običajen plod obdan z amnijsko vrečko – le da okoli ni maternice, ampak vrečka »visi« na stojalu z množico cevčic.

Pravzaprav so naredili tak model, da so osmim bregim ovcam odvzeli plodove iz maternice po 105 dnevih gestacije. Ob tem so takoj vzpostavili oksigenacijski krog, vstavili so kanule v umbilikalno veno in arterijo in delo popkovnice prenesli na umetni oksigenator. Po testiranju z različnimi nizko rezistenčnimi oksigenatorji so ugotovili, da se mora izmenjevati čim manjši volumen krvi naenkrat, zato da je ves krvotok teklen na račun delovanja srca in je šel s tem razvoj srca normalno naprej. Zadeva je očitno delovala. Nato so plod dali v »biovrečko«, napolnjeno z 2 do 3 litri sintetične amnijske tekočine.

Članek opisuje, kako so do razvoja male, nekajlitrške »biovrečke« prišli od začetnih poskusov s 30-litrskimi inkubatorji. S pomočjo posebne črpalke so ves čas dovajali novo, sintetično plodovnico, ki zelo nežno, na principu gravitacije, izriva staro plodovnico in jo s tem osvežuje. Posebno poglavje je bila sestava hranil in hormonov, ki jih je moral plod prek umetne »popkovnice« oz. infuzije dobivati za preživetje in razvoj. Šlo je za kompletno prehrano, ki jo potrebuje plod, predvsem ogljikove hidrate (dekstrozo), aminokisliline, železo in druge minerale ter vitamine, dodajali so tudi heparin, eritropoetin, prostaglandin E, inzulin in druge substance. Skratka, za »jagenjčka« so vsakodnevno skrbeli in izjemno natančno spremljali delovanje srca z ultrazvokom, preskrbljenost krvi s kisikom, razvoj pljuč, možganov in opravljali jetrne teste. Po 28 dneh, ko so »jagenjčki« zrasli, so



se začeli normalno gibati, odpirali so oči in jim je normalno zrasla dlaka, nakar so jih odvzeli iz vrečke, odstranili kanule in živali so bile sposobne po predhodni krajši ventilaciji (intubaciji) same dihati.

Kasnejše analize so pokazale, da gre za normalno razvite jagenjčke?

Ja, ugotovili so normalno histologijo in razvoj možganov, pljuč, drugih organov. Nasploh so se »jagenjčki« v tej umetni »maternici« razvijali zelo podobno kot tisti v maternici štirih kontrolnih ovc. Zato je to metoda, ki morda obeta bistven pomik mej pri uspešnem ohranjanju nedonošenega otroka. Pri tem članku me posebej privlači, kako komple-

ksno, dosledno, organizirano in interdisciplinarno so raziskovalci zagrizli v ta res težek problem in znanstveno poskušali realizirati idejo. Ob tem pa nič, kar so uporabili, ni znanstvena fantastika. Na primer, oksigenator ali biovrečke za enkratno uporabo so komercialno dostopne, imajo polietilenski film, ki je zelo pomemben, ker ima protimikrobno delovanje, je prosojen in prenaša zvok, kar je bilo pomembno za spremljanje jagenjčkov. Zadeva se torej da izvesti, ničesar ni, kar se ne bi dalo. Mislim, da bi morali temu prisluhniti tudi porodničarji. Verjetno Slovenci tega za zdaj še ne bomo raziskovali, vendar je kljub vsemu treba prisluhniti svetovni stroki in kritično razmišljati tudi v to smer.

Iz dela zbornice

Samo večje število zdravnikov na primarni ravni ne more skrajšati čakalnih vrst na sekundarni

Iz 437. Biltena, 22. 6. 2017

Vlada je 21. junija potrdila novelo Zakona o zdravniški službi, kar je na noge dvignilo zdravniško zbornico in mlade zdravnike, ugotavljajo novinarji. Če bo zakon sprejet, bodo v tujino odšle cele generacije mladih zdravnikov. V zdravniški zbornici nasprotujemo zaostrovanju pogojev pri odločanju mladih glede specializacij in zaposlitve. Ker javna razprava v sprejemanju zakonodaje po nujnem postopku ni predvidena, Mladi zdravniki Slovenije in Svet za izobraževanje sporočajo svoja stališča preko digitalnih medijev.

- Povzemamo:
- Nepotreben, napačen in zavajajoč je nujni postopek sprejemanja zakona brez javne in strokovne razprave!
 - Uvaja se dvotirni razpis, to je nacionalni razpis in razpis za ustanove. Sliši se v redu. A slišimo tudi o namerah politike, da se nacionalni razpis postopoma anulira, kar bo privedlo do katastrofe!
 - Razpis izključno za ustanove nas vrača dvajset let nazaj, v čas z veliko manjšim številom specializacij; leta 2003, preden je vodenje razpisa prevzela ZZS, je bilo le-teh pribl. 500. Danes jih je skoraj 2000! Predvsem pa nas vrača v čas, ko so bili specializanti prepuščeni na milost in nemilost »razumevanju« ter naklonjenosti vodstev javnih zdravstvenih zavodov!
 - Kritično je potreben nacionalni razpis. Predvsem pa za zagotavljanje kakovosti izobraževanja in zdravljenja, tj. na izobraževalnem trgu, potrebujemo odstranitev ovir, tj. možnost izbire mesta kroženja ter možnost izbire kraja zaposlitve specialista! Zavodi pa možnost in sposobnost, da specializantom in specialistom ponudijo razmere, ki naj mlade zdravnike pritegnejo k njim!
 - Odpravlja se možnost ene spremembe specializacije. Kar ni prav, predvsem pa ni človeško. Specializanti si zaslužijo vsaj eno možnost ponovne izbire!

- Specializant lahko postane izbrani zdravnik samo, če se s tem strinja! Pa še to bolj ali manj velja samo za specializante družinske medicine, saj so specializanti ostalih predlaganih strok v zadnjem letu oz. dveh večinoma na kroženjih po oddelkih!
- Zadnji predlog **ne bo** skrajšal čakalnih dob, saj jih glede na izhodišča sploh **ne more!** Zapisan predlog o specializantu kot izbranem zdravniku se lahko nanaša kvečjemu samo za področje družinske medicine, tj. na primarnem nivoju – »čakalne dobe« pa se ustvarjajo in daljšajo na sekundarni ravni!
- Koalicijo in opozicijo pozivamo k razsodnosti ter da nemudoma zaustavita sprejemanje Zakona o zdravniški službi!

Povzeto po uradnem Twitter profilu Sveta za izobraževanje pri Zdravniški zbornici Slovenije. (@SiZ_ZZS)

Sklepi Vlade RS glede Splošnega dogovora 2017

Iz 438. Biltena, 29. 6. 2017

Vlada RS je na seji dne 21. 6. 2017 sprejela odločitve o spornih vprašanjih v zvezi s Splošnim dogovorom za pogodbeno leto 2017. Tako je Splošni dogovor za leto 2017 sprejet. Finančni učinek vseh predlogov v deležu OZZ za leto 2017 znaša **36,2 mio. EUR**.

Pomembnejši sklepi, ki jih je Vlada RS sprejela, so:

- **Sprejete so bile širitve programov na primarni in sekundarni ravni**, za kar bo na letni ravni dodatno potrebno 4,5 mio. EUR (tabela s sprejetimi širitvami programov je prikazana v 49. sklepu).
- Za skrajševanje čakalnih dob bo **ZZZS izvajalcem plačal storitve, ki so vklju-**

- čene v enkratni dodatni program, nad planom rednega programa** (seznam storitev, ki bodo plačane nad planom, je naveden v 49. sklepu vlade – 7. odstavek 25. člena).
- Vlada je sprejela, da ZZZS zagotovi izvajalcem **sredstva za izplačilo delovne uspešnosti iz naslova povečanega obsega dela na podlagi posebnega vladnega projekta za skrajševanje čakalnih dob ter povečanje kakovosti zdravstvene obravnave**. V sklepu vlade je še zapisano, da bo usmeritve za izvajanje projekta objavilo ministrstvo na svoji spletni strani. Omenjene usmeritve še niso objavljene (49. sklep vlade – 9. odstavek 25. člena).
 - Sprejeta je tudi **sprememba glede obveznosti opredeljevanja zdravnikov na primarni ravni**. Po novem lahko zdravnik odkloni opredeljevanje novih

- pacientov, ko doseže obremenitev slovenskega povprečja glavarinskih količnikov po posamezni specialnosti (129. sklep).
- Spremenjeno je besedilo glede delovnega časa. Sprejeto je bilo naslednje besedilo: »V pogodbi z ZZZS izvajalec dogovori delovni čas in v tem okviru ordinacijski čas in odmor, ki se lahko določi po eni uri začetka delovnega časa in najpozneje eno uro pred koncem delovnega časa, ter čas (1 ura) za pripravo na delo.« (58. sklep).
 - Spremenjeno je besedilo, ki govori o nadomeščanju v času odsotnosti. Po novem morajo med odsotnostjo v okviru svojega ordinacijskega časa zagotoviti nadomeščanje le v dejavnostih, ki jih izvajajo osebni zdravniki. V drugih dejavnostih to ni več potrebno (56. sklep).
 - Sprejeto je bilo, da morajo izvajalci NIJZ-ju sporočati podatke o čakajočih pacientih. V naspro-

tnem primeru lahko ZZZS ustavi izplačilo avansa (58. in 59. sklep).

- Spremenjene so določbe glede višine pogodbenih kazni. Višina kazni je podobna kot do sedaj, oblikovano je več razredov (69. sklep).
- Vlada je sprejela sklep, da v primeru, da izvajalec ne zagotavlja zadostne in ustrezne zasedenosti zdravstvenega kadra v dejavnostih, ki jih ZZZS plačuje v pavšalu, ZZZS izvajalcu zmanjša plačilo programa za razliko v plači (69. sklep).
- Sprejet je bil predlog zdravniške zbornice, da se pri zobozdravstvu za odrasle poveča priznani zobni tehnik z 0,5 na 1 delavca iz ur (sklep št. 81).

*Nika Sokolič, univ. dipl. ekon.
Oddelek za zdravstveno ekonomiko, plan in analize ZZZS*

Novinarska konferenca vseh zdravniških organizacij

Iz 438. Biltena, 29. 6. 2017

Na novinarski konferenci, ki je potekala 29. 6. 2017 v prostorih UKC Ljubljana, so vse zdravniške organizacije enotno nastopile proti nujnemu postopku za spremembo zakonodaje.

Sporen je prenos specializacij z Zdravniške zbornice Slovenije in s stroke na administrativno politično telo, to je na Ministrstvo za zdravje RS, sporno pa je tudi opiranje na neobstoječo nacionalno javno mrežo.

Na novinarski konferenci so sodelovali:

- Helena Mole, predsednica Koordinacije zdravniških organizacij in predsednica Strokovnega združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije,
- dr. Zdenka Čebašek - Travnik, predsednica Zdravniške zbornice Slovenije,

- Konrad Kuštrin, predsednik Sindikata zdravnikov in zobozdravnikov Fides,
- prim. Matija Cevc, sekretar Slovenskega zdravniškega društva,
- Igor Muževič, predsednik sindikata Praktikum,
- Luka Kovač, predstavnik Mladih zdravnikov Slovenije,
- Danaja Plevel, predstavnica študentov.

Na spletni strani zbornice www.zdravniskazbornica.si/ (Obvestila) si lahko ogledate posnetek novinarske konference mladih zdravnikov in študentov obeh medicinskih fakultet.

Dr. Mavricij Rus – nosilec ugleda zdravniškega poklica

Iz 438. Biltena, 29. 6. 2017

Na pobudo Želimira Božića, dr. dent. med., je bila pripravljena slovesnost ob odkritju spominske plošče dr. Mavriciju Rusu (1879–1977) na njegovi rojstni hiši v Matenji vasi. Dogodek sta omogočila občina Postojna in Zdravniška zbornica Slovenije, ki je izdala tudi priložnostno zloženko. Dr. Mavricij Rus je v svojem dolgem življenju opravljal različna odgovorna dela, med drugim je bil sedem let tudi predsednik Zdravniške zbornice za Dravsko banovino (1927–1934). Odlikoval se je po svoji strokovnosti in domoljubnosti, bil zdravnik prostovoljec in tudi publicist. V

priložnostnem nagovoru je predsednica zdravniške zbornice poudarila, da je bil tudi nosilec tistih vrednot, ki so od nekdaj zaznamovale zdravniški poklic in na katere v današnjih časih kar malo pozabljamo. Zato je prav, da jih znova oživljamo tudi s spominom na velika imena zdravnikov iz naše polpretekle zgodovine.

Zakonodaja pod pritiskom časa

Uvodnik 439. Biltena, 6. 7. 2017

Odkar sem prevzela vodenje Zdravniške zbornice Slovenije, je ukvarjanje z zakonskimi novelami s področja zdravstva ena od nalog, ki zahteva največ časa in zavzetosti, pa tudi denarnih sredstev. Zakon o zdravniški službi nam omogoča in nalaga, da sodelujemo pri pripravi zakonskih aktov. To nalogo smo kot zbornica vzeli zelo resno in že v

prejšnjem mandatu opozarjali na številne »pasti«, ki jih zdravnikom in zobozdravnikom prinašajo predlagane spremembe. A pri vseh spremembah doslej smo lahko vsaj formalno sodelovali in se oglašali v vseh fazah zakonodajnega postopka, tokrat pa nas je politika pustila brez moči. Zakon o zdravniški službi se bo obravnaval v državnem zboru po nujnem postopku, v katerem pa nima zbornica nobene formalne vloge več. Od tu naprej lahko zdravniki in zobozdravniki poskušamo le s prepričevanjem posameznih poslancev ali poslanskih skupin, da nekatere predlagane spremembe ne bodo vodile k boljši dostopnosti zdravstvenih storitev, temveč obratno. Zato opozarjamo in predlagamo, da se iz nujnega postopka izvzamejo tista določila, ki bodo dolgoročno negativno vplivala na delovne pogoje zdravnikov in zobozdravnikov. Ob tem pa ne smemo pozabiti, da kot pozitivno ocenjujemo ponovno uvedbo sekundariata in ukinitve regionalnega principa pri razpisu specializacij.

Zaradi prehoda na nacionalni princip razpisovanja specializacij je potreben razmislek tudi o tem, da se v prehodnih in končnih določbah zakona uredi stanje, ki je nastalo zaradi regionalnega principa predhodnih razpisov. V skladu z njim so mladi zdravniki po opravljenem specialističnem izpitu dolžni za prvo zaposlitev kot specialisti posamezne stroke sprejeti ponudbo iz regije, sicer tvegajo tožbo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za vračilo stroškov specializacije. Menim, da bi bilo treba zaradi spremembe načina razpisovanja specializacij v to vključiti tudi zdravnike, ki jim je specializacija že odobrena, in za njih sprejeti ureditev, v skladu s katero bi to obveznost odpravili v primeru, da kot prvo zaposlitev po opravljenem specialističnem izpitu sprejmejo ponudbo kjerkoli na območju Republike Slovenije.

*Dr. Zdenka Čebašek - Travnik
Predsednica*

Poziv zbornice Zakonodajno-pravni službi Državnega zbora

Iz 439. Biltena, 6. 7. 2017

Državni zbor
Zakonodajno-pravna služba
Šubičeva ulica 4
1102 Ljubljana

ZADEVA: Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravniški službi (ZZdrS-F)

Spoštovani,

Zdravniška zbornica Slovenije (v nadaljevanju: Zbornica) je dne 15. 6. 2017 javnost obvestila o nameravani spremembi Zakona o zdravniški službi (v nadaljevanju: ZZdrS), ki jo je Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije (v nadaljevanju: Ministrstvo)

dne 21. 6. 2017 poslalo v Državni zbor v obravnavo po nujnem postopku. Dne 30. 6. 2017 je Kolegij predsednika Državnega zbora sprejel sklep, da se predlog zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravniški službi obravnava po nujnem postopku.

Ustava Republike Slovenije (Uradni list RS, št. 33/91-I, 42/97 – UZS68, 66/00 – UZ80, 24/03 – UZ3a, 47, 68, 69/04 – UZ14, 69/04 – UZ43, 69/04 – UZ50, 68/06 – UZ121,140,143, 47/13 – UZ148, 47/13 – UZ90,97,99 in 75/16 – UZ70a; v nadaljevanju: URS) v 89. členu določa, da državni zbor sprejema zakone v večfaznem postopku, če ni s poslovnikom drugače določeno. Poslovnik državnega zbora (Uradni list RS, št. 92/07 – uradno prečiščeno besedilo, 105/10 in 80/13; v nadaljevanju: Poslovnik) v 143. členu ureja nujni postopek sprejemanja zakona in pri tem določa, da se zakon lahko sprejme po nujnem postopku zgolj v primerih:

1. interesov varnosti ali obrambe države;
2. zaradi odprave posledic naravnih nesreč;
3. da se preprečijo težko popravljive posledice za delovanje države.

Razloge za sprejem zakona po nujnem postopku mora vlada posebej utemeljiti. Dalje Poslovnik v 144. členu določa, da se za sprejem zakona ne opravi splošna razprava, druga in tretja obravnava se opravita na isti seji, za sprejem zakona pa se lahko predlagajo amandmaji tudi ustno na sami seji do zaključka razprave o delih oziroma členih zakona.

Sprejem zakona po nujnem postopku v našem pravnem redu torej predstavlja izjemo od rednega zakonodajnega postopka, s katero se posega v temeljna načela le-tega (načelo javnosti in načelo večfaznosti). Navedeni načeli med drugim zagotavljata skladnost zakonodajnega postopka s 1. in 2. členom URS, zato je izjemno pomembno, da se nujni zakonodajni postopek uporablja restriktivno in zgolj v primerih, ko so za to izpolnjeni vsi pogoji. V kolikor so izpolnjeni pogoji, ki jih Poslovnik predvideva za nujni zakonodajni postopek, pa naj predlagatelj zakona te nujnosti nikakor ne izkoristi za spremembe zakonskih določb, ki niso nujne narave.

V besedilu predloga se sprejem spremembe ZZdrS utemeljuje s preprečitvijo težko popravljivih posledic za delovanje države, in sicer naj bi se s prenosom financiranja podiplomskega izobraževanja mladih zdravnikov s sredstev Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZZS) na proračun Republike Slovenije v sredstvih ZZZS sprostila dodatna sredstva za skrajševanje čakalnih dob. Vendar Ministrstvo s spremembo ZZdrS pomembno posega tudi v sistem celotnega podiplomskega usposabljanja zdravnikov, kar v utemeljitvi nujnega postopka, razen uvajanja sekundariata, ni omenjeno. Po mnenju Zbornice se s temi spremembami **ne preprečujejo težko popravljive posledice za**

delovanje države, čemur v prid govori tudi dejstvo, da se bosta razpisovanje in potek specializacij zdravnikov spremenila šele leta 2019. Poleg tega Zbornica ocenjuje, da trenutni sistem podiplomskega izobraževanja sicer dobro deluje, kar je razvidno iz dejstva, da je bilo na dan 1. 1. 2003 v procesu specializacije 521 specializantov, na dan 3. 7. 2017 pa je specializantov kar 1760, vendar pa je sistem podiplomskega izobraževanja potreben spremembe. Zato je bilo že leta 2007 pripravljeno novo besedilo ZZdrS, ki je bilo usklajeno z Ministrstvom in vsemi zdravniškimi organizacijami, vendar zaradi zamenjave takratnega ministra za zdravje, mag. Andreja Bručana, dr. med., do sprejema novega ZZdrS ni prišlo. Ker torej določbe, ki posegajo v sistem podiplomskega izobraževanja zdravnikov, niso nujne narave, jih je iz predloga zakona potrebno izločiti, Ministrstvo pa naj v najkrajšem možnem roku skupaj z vsemi deležniki pristopi k celoviti spremembi ZZdrS.

Kljub načeloma dobremu delovanju sistema podiplomskega izobraževanja Zbornica že dalj časa opozarja, da ZZdrS potrebuje temeljito prenovu. Iz tretjega odstavka 153. člena URS namreč izhaja, da morajo biti podzakonski predpisi in drugi splošni akti v skladu z ustavo in zakoni. Pravilniki kot podzakonski predpisi se **sprejemajo za izvrševanje zakona** in so na zakon vezani tako, da **v vsebinskem smislu ne smejo določati ničesar brez zakonske podlage in zunaj vsebinskih okvirov, ki morajo biti v zakonu izrecno določeni ali iz njega vsaj z razlago ugotovljivi**, temveč smejo vsebovati le določbe o izvrševanju posameznih zakonskih določb.

V skladu s teorijo se splošno pravilo, ki ga je potrebno postaviti kot vsebinsko razmerje med zakoni in pravilniki, izraža v zahtevi, naj **zakoni vsebujejo izvirne pravne norme, pravilniki pa abstraktne upravne norme odvisne oziroma izvedene narave**. Za razmerje med

izvirnimi in izvedenimi pravnimi normami velja, da mora **vsaka izvedena pravna norma, torej pravilnik, imeti glede vsake svoje pravne sestavine izrecni pravni vir v izvirni pravni normi, zakonu**, kar pa velja tako glede strukturalnih značilnosti izvedene pravne norme kakor tudi glede njene vsebine. Vsebinsko torej navedeno pomeni, da **sme izvedena norma obravnavati samo tista vprašanja, ki jih v njihovih temeljnih značilnostih obravnava že ustrezna izvirna pravna norma**. Pravilnik torej v vsebinskem pogledu **ne sme izražati ničesar, kar ne bi imelo izrecnega temelja v zakonu, mora in sme pa pravilnik zakon samo razčlenjevati, ga opisovati, razlagati in njegova splošna načela prilagajati potrebam posameznih strokovnih področij**, nikakor pa ne sme po svojem bistvu določati novih načel, ki jih v zakonu ni.

Navedeno pomeni, da pravilnik kot podzakonski predpis ne sme vsebovati določb, za katere v zakonu ni podlage, zlasti pa ne sme samostojno določati pravic in obveznosti. Tudi v skladu s sodno prakso slovenskih sodišč podzakonski akti ne smejo predpisovati pravic, ki jih zakon ne ureja, ne smejo drugače urejati zakonske materije in prav tako ne smejo nalagati dodatnih pogojev za uveljavljanje določene pravice, ki je urejena v zakonu, lahko pa vsebujejo zgolj podrobnejšo ureditev načina uveljavljanja določenih zakonskih pravic. Trenutna ureditev podiplomskega izobraževanja **teh pogojev ne izpolnjuje, saj podzakonski predpisi ne predstavljajo zgolj podrobnejše ureditve načina uveljavljanja zakonskih pravic, temveč urejajo celotne postopke uveljavljanja pravic**, na kar poleg Zbornice že dlje časa opozarja tudi Služba Vlade Republike Slovenije za zakonodajo. Dana sprememba ZZdrS navedenih težav ne bo odpravila, saj še vedno predvideva, da se vsi postopki predpišejo s pravilniki, ureditev

navedenih področij pa bo še vedno v nasprotju z navedenimi določbami URS.

Želja Ministrstva, da po nujnem postopku spremeni krovni zakon, ki ureja zdravniško službo, je po mnenju Zbornice neutemeljena, saj ne posega zgolj v financiranje podiplomskega izobraževanja mladih zdravnikov, temveč Ministrstvo korenito posega

tudi v sam sistem podiplomskega izobraževanja, pri čemer popolnoma ignorira vse očitke, ki se pojavljajo v zvezi z ZZdrS. Na podlagi navedenega ni nobenega razloga, da se po nujnem postopku sprejme tako nepremišljena, neusklajena in tudi neustavna sprememba ZZdrS, zato pozivamo Zakonodajno-pravno službo Državnega zbora, da v svoji opredelitvi do danega

predloga ZZdrS upošteva tudi zgoraj izpostavljene težave.
S spoštovanjem

*Prim. asist. Dean Klančič, dr. med.
Podpredsednik Zdravniške
zbornice Slovenije
Pripravil:
Žiga Novak, mag. prav.
Pravnik I*

Ločitev rednega dela izbranih osebnih zdravnikov od istočasnega izvajanja službe nujne medicinske pomoči

Iz 439. Biltena, 6. 7. 201

Člani izvršilnega odbora so na seji dne 29. 6. 2017 potrdili sklep odbora za osnovno zdravstvo glede ločitve rednega dela izbranih osebnih zdravnikov od istočasnega izvajanja službe nujne medicinske pomoči. ZZS bo vsem direktorjem zavodov posredovala priporočilo o ločitvi delovišč. Priporočilo bo posredovano skupaj s pravnim mnenjem, zdravniki pa bodo o vsebini obveščeni z objavo v Biltenu ter v reviji Isis.

Odbor za osnovno zdravstvo in izvršilni odbor podpirata ločitev dela osebnih zdravnikov od istočasnega izvajanja službe nujne medicinske pomoči, dežurne službe in mrliško-pregledne službe. V času do 1. 1. 2018, ki ga je zakonodajalec določil kot termin, ko mora biti ločitev izvedena, bomo spodbujali čimprejšnje organizacijske spremembe tam, kjer so obremenitve zdravnikov največje.

Sodelovanje zbornic na področju obveznega cepljenja otrok

Iz 439. Biltena, 6. 7. 2017

Na pobudo Zdravniške zbornice Slovenije je Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov pripravila izobraževalni dogodek, na katerem sta sodelovali tudi zdravnici

pediatrinji Andreja Borinc Beden in Tatjana Mavrič. Gre za prvo tovrstno srečanje z namenom, da bi med zdravstvenimi delavci povečali znanje in zavedanje o cepljenju otrok.

Jeseni bomo s takšnimi izobraževanji nadaljevali.

Zdravniški ombudsman

Zdravniški ombudsman bo tudi čez poletje deloval v obliki pogovorov, ki jih opravljajo izkušeni kolegi zdravniki. Naročanje na pogovor je možno preko recepcije zdravniške zbornice (telefon 01 30 72 100) in elektronskega naslova

zdrom@zss-mcs.si. Za naročanje vam ni treba povedati imena, odločite se le za termin pogovora. Prav tako se ni treba predstaviti ob prihodu na osebni pogovor k svetovalcu, dovolj je, da poveste, da ste prišli na pogovor.

Avgust 2017

Ime	Datum	Čas	Kraj
Brane	3. avgust 2017	16.00–18.00	Telefon
Darja	7. avgust 2017	16.00–18.00	Telefon
Urška	24. avgust 2017	17.00–19.00	Telefon



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

RAZPISUJEM NADOMESTNE VOLITVE

**za poslanca skupščine Zdravniške zbornice Slovenije
za volilno enoto TR1 (SB Trbovlje)
Zasavske regije
za 21. september 2017**

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

Volitve se opravijo z glasovanjem po pošti.

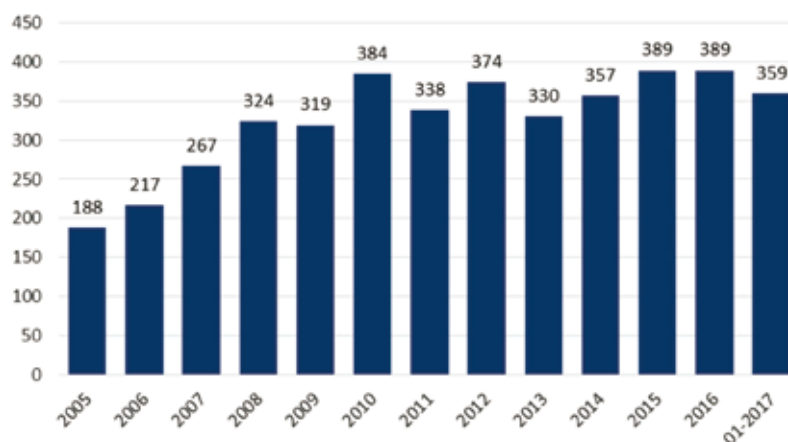
*Mag. Marko Bitenc, dr. med.
predsednik skupščine Zdravniške zbornice Slovenije*

Specializacije, projekcije in aktivni zdravniki

Maja Horvat, dipl. ekon., Oddelek za zdravstveno ekonomiko, plan in analize ZZS

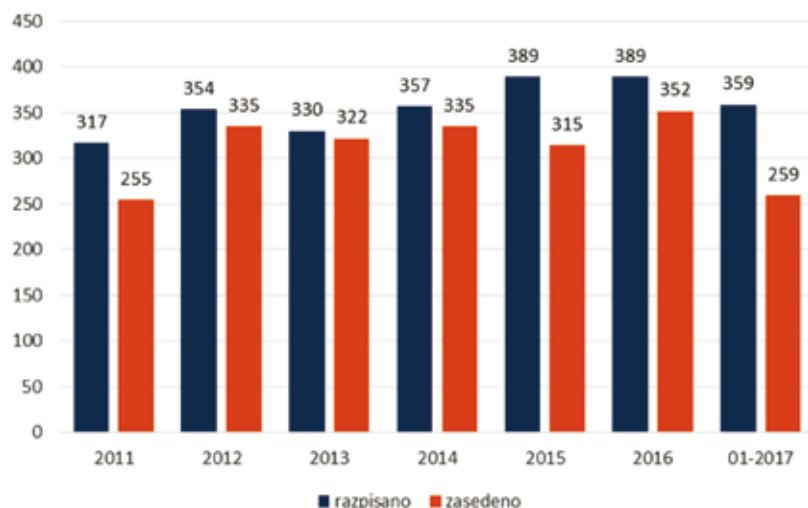
V primeru sprejetja Zakona o zdravniški službi se obetajo spremembe tudi na področju razpisovanja in financiranja specializacij, zato smo pripravili kratek pregled razpisov in financiranja specializacij od leta 2005. Prikazali smo tudi projekcijo števila razpisanih mest, specializantov in potrebnih sredstev do leta 2025, če se metodologija razpisovanja in način financiranja v prihodnje ne bi bistveno spremenila.

V grafu 1 je prikaz števila razpisanih mest specializacij s področja medicine od leta 2005. Od leta 2005



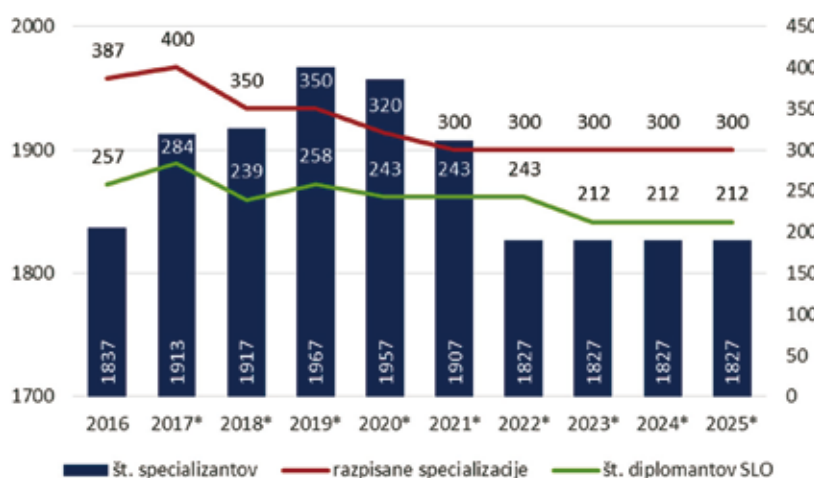
Graf 1: Razpisano število specializacij 2005–2017

Vir: register ZZS



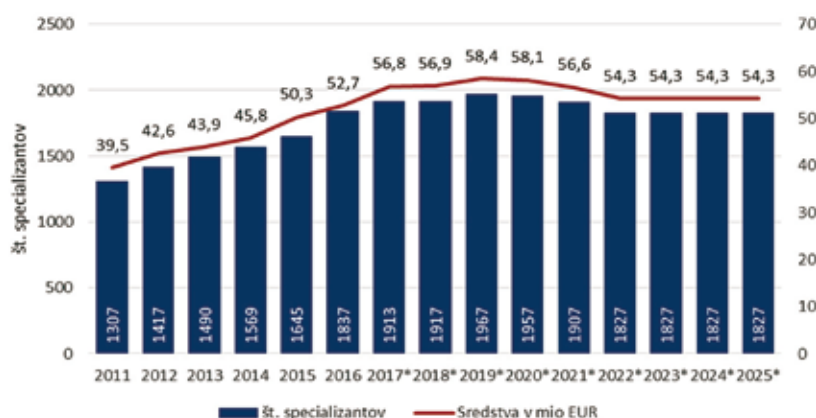
Graf 2: Razpisano in odobreno število specializacij v obdobju 2011–2017

Vir: register ZZS



Graf 3: Projekcija števila specializantov, razpisanih specializacij in števila diplomantov do leta 2025

Vir: register ZZS



Graf 4: Projekcija števila specializantov in potrebnih sredstev za sofinanciranje specializacij

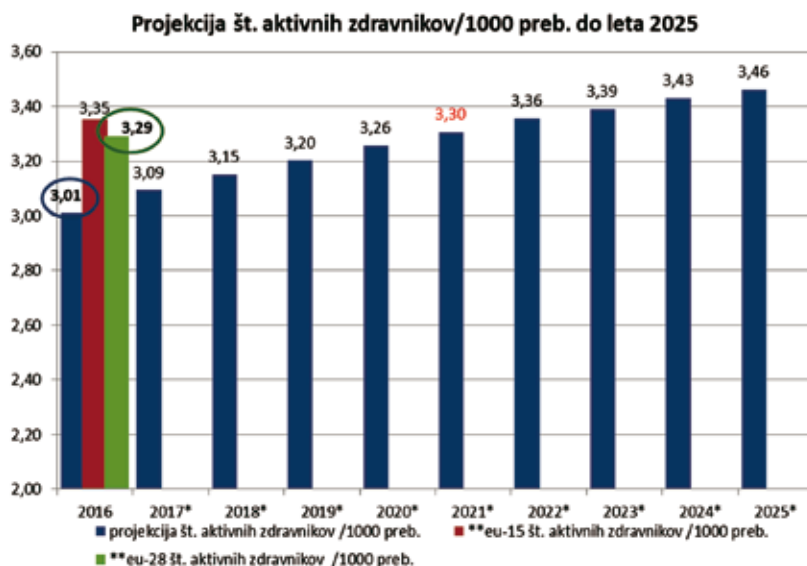
Vir: število specializantov – register ZZS, sredstva za financiranje specializacij – obračun po letih – ZZS do leta 2016, od 2017 dalje ocena

do leta 2010 je viden trend rasti razpisov. Od leta 2010 pa do sedaj je bilo povprečno razpisanih 360 specializacij letno s področja medicine za javno zdravstveno mrežo. Ker je bilo na prvem razpisu v letu 2017 razpisanih 359 specializacij za javno zdravstveno mrežo, pričakujemo, da bo celoten razpis v letu 2017 dosegel ali celo presegel 400 razpisanih mest (ob upoštevanju 100 prostih mest iz prvega razpisa).

V obdobju 2011–2017 je bilo za vse regije razpisanih skoraj 2500 specializacij s področja medicine, odobrenih oziroma zasedenih mest pa je bilo 2170. Iz grafa 2 je razvidno, da je vsako leto ostalo kar nekaj razpisanih mest prostih, največ na letošnjem razpisu.

Pri projekciji predvidenih razpisov do leta 2025 smo predvidevali, da se bo število razpisanih mest počasi iz leta v leto zmanjševalo, glede na zmanjšanje predvidenega števila diplomantov, saj sta medicinski fakulteti zmanjševali število vpisnih mest (v študijskem letu 2011/2012 razpisanih 316 mest, v študijskem letu 2017/2018 pa le še 236 mest). To naj bi v prihodnosti posledično prineslo tudi manj kandidatov za razpisane specializacije.

V letu 2016 je bilo za financiranje specializacij namenjenih 52,7 mio. EUR. V letu 2017 je predviden strošek 56,2 mio. EUR, ob predpostavki, da se obračun financiranja specializacij bistveno ne spremeni od sedanjega (veljavni Letni načrt). Trend rasti števila specializantov, glede na predvideno število razpisanih mest, je iz grafa razviden do leta 2019, potem pa naj bi se ta trend začel rahlo zniževati, kar naj bi bila posledica manjšega števila diplomantov in manjšega števila razpisanih specializacij. Ravno tako naj bi temu trendu sledila potrebna sredstva za sofinanciranje specializacij, ob predpostavki, da se način financiranja bistveno ne spremeni od obstoječega (veljavni Letni načrt).



Graf 5: Projekcija števila aktivnih zdravnikov na 1000 prebivalcev do leta 2025

Vir: EU-15 in EU-28 – Eurostat,

SLO – register ZZS za leto 2016 na dan 31. 12. 2016, 2017–2025 projekcija

Aktivni zdravniki v Sloveniji do leta 2025

V grafu je prikazana projekcija gibanja števila aktivnih zdravnikov na 1000 prebivalcev. Za projekcijo števila aktivnih zdravnikov na 1000 prebivalcev je osnova aktualno število aktivnih zdravnikov, ob upoštevanju predvidenega števila diplomantov, predvidenih upokojitev do leta 2025, predvidenih odhodov v tujino in prihodov tujcev v Slovenijo (glede na sedanje povprečje).

Konec leta 2016 smo imeli 3,01 aktivnih zdravnikov na 1000 prebivalcev (po metodologiji Eurostata so upoštevani vsi, ki delajo v zdravniški službi in imajo diplomu iz medicine). Ob predvidenem trendu bomo povprečje EU-28 dosegli leta 2021 (potrebno število aktivnih zdravnikov 6800, trenutno 6200).

Sedenje – nevarno in drago

Mag. Nina Mazi, dr. med., Ljubljana

Visoko razviti zahodni svet napada epidemija zasedenosti, ugotavljajo ameriški in japonski strokovnjaki. Zdravniki, psihologi, športni in ostali strokovnjaki pa temu pojavu doslej niso posvečali dovolj pozornosti. Z raziskavo, ki so jo izvedli med uporabniki zdravstvenih storitev v Veliki Britaniji, so ugotovili, da tamkajšnji zdravniki v anamnezi sedenja sploh ne omenjajo, prav tako pa zasedenosti ne posvečajo nikakršne pozornosti. Z bolniki se pogovarjajo predvsem o gibanju, ne pa o sedenju in ostalih oblikah mirovanja. Podobne razmere naj bi veljale tudi na stari in novi celini ter na Japonskem, ki je sicer znana kot dežela pospešenega življenjskega utripa in naglice.

Takšna ignoranca se po mnenju britanskih raziskovalcev ne sme več nadaljevati, sicer se bodo morali na Otoku kmalu soočiti s populacijo, ki ji sedenje in zasedenost resno ogrožata zdravje in blagostanje. Sedenje je namreč nevarno. Strokovnjaki s klinike Mayo v Rochesteru ugotavljajo, da (prekomerno) sedenje botruje debelosti, upočasnjeni presnovi, povišanemu krvnemu tlaku, plitvemu dihanju, slabi prebavi in vrsti drugih težav, vključno z malignomi in sladkorno boleznijo ter metaboličnim sindromom.

Raziskava, v kateri so primerjali skupini prostovoljcev, od katerih so eni sedeli pred fluorescenčnim zaslo-

nom dve uri na dan, drugi pa štiri ure dnevno, je pri drugi skupini pokazala 50 odstotkov višjo stopnjo smrtnosti zaradi različnih vzrokov in kar 125 odstotkov večje tveganje za kardiovaskularne zaplete, z angino pectoris in miokardnim infarktom na čelu. Strokovnjaki iz krovnega zveznega medicinskega združenja poudarjajo, da je tvegano vsako predolgo sedenje (tudi pri delu, branju, risanju, pisanju, študiju ipd.). Dolgotrajno sedenje, zaseden življenjski slog in njegove posledice je mogoče primerjati z rednim kajenjem. Izsledki najnovejših statistik pričajo, da povprečen Zemljan danes presedi okrog 7,7 ure na dan, mnogi pa sedijo več kot 15 ur dnevno. Ob tem dejstvu bi se morali zdravniki zamisliti in tudi ustrezno ukrepati.

Sedenje in zasedenost pa nista le tvegana oz. nevarna, marveč sta tudi draga. Izsledki Eurostata pričajo, da v EU zaradi sedenja in zasedenosti vsako leto (po nepotrebnem) izgubimo najmanj 10 milijard evrov, ki bi jih sicer lahko porabili za druge, bolj pomembne in urgentne zadeve.

Viri: WHO Report 2015, Eurostat Report 2016, AMA Health Report 2015, www.Mayoclinic.org

Mednarodno srečanje Anonimnih alkoholikov

6.–8. oktober 2017

Prim. Jasna Čuk Rupnik, Ljubljana

Organizacija Anonimnih alkoholikov je v ZDA začela z delom leta 1935, torej pred 82 leti. V Sloveniji deluje že skoraj 30 let.

V mednarodna dogajanja je Društvo AA Slovenije vpeto že od začetka svojega obstoja. S sredstvi, ki se po sistemu »Dvanajstih izročil« zbirajo na svetovnem sedežu organizacije Alcoholics Anonymous v New Yorku, so bili natisnjeni tudi prvi prevodi Velike knjige anonimnih alkoholikov in Dvanajst korakov in dvanajst izročil. Kasnejši prevodi drugih knjig iz bogate zakladnice AA so bili natisnjeni z lastnimi sredstvi slovenske organizacije AA, vso literaturo pa je od letošnjega leta dalje možno naročiti pri založbi Umco. Ob

trdni podpori svetovne organizacije AA in posameznih organizacij AA iz drugih držav so tako člani slovenske organizacije v naš prostor nepopačeno prenesli izvirni program ter ga uspešno razvijali tudi v Sloveniji kot zanesljiv in kompetenten program za doseganje in vzdrževanje treznosti.

V okviru AA-ja obstajata dve vrsti nacionalnih in mednarodnih srečanj. Ena vrsta srečanj izhaja iz prostovoljnega dela/slужbenja v AA-ju in se imenuje *službena srečanja* (konference). Kratko poročilo o lanski svetovni konferenci, ki je kot 24. po vrsti potekala v New Yorku pod obeležjem »En svet – en AA – en jezik srca«, je bilo objavljeno tudi v reviji Isis. Druga vrsta srečanj pa je namenjena *osebne- mu okrevanju* po korakih (konvencije) in izmenjavi izkušenj o okrevanju. V mednarodni razsežnosti je zaživela pred leti tudi v Kranjski Gori.

Obvestilo o tem srečanju je dobilo prostor za objavo v zdravniški reviji Isis z namenom, da bi bili slovenski zdravniki seznanjeni s tem, kakšne možnosti za okrevanje ob sindromu odvisnosti od alkohola (SOA) imajo tisti pacienti, ki so poiskali pomoč v organizaciji AA. Ta v svetu danes šteje preko 2 milijona ljudi. Število držav, v katerih urejeno deluje, je iz leta v leto večje. Ni konkurenca zdravstvenim sistemom, ki v posameznih državah skrbijo za pomoč osebam s SOA. Poleg KZA (klubov zdravljenih alkoholikov), ki delujejo v okviru zdravstvenih domov in jih vodi strokovno osebje, je možnost vključevanja v srečanja AA za bolnike dobrodošla dodatna možnost za uspešno vzpostavljanje abstinence in predvsem za vzdrževanje le-te. Člani AA povsod po svetu pogosto

izrazijo svoje navdušenje nad uspešnostjo okrevanja v programu »12 korakov« z besedami: »Srečen sem, da sem se zapil.« Drugi ljudje, ki so trpeli zaradi alkohola, te besede še kako zelo dobro razumejo. To izjavo člani AA utemeljijo z zgodbo svojega življenja, ki se je po vključitvi v AA začela pisati v povsem drugih kategorijah doživljanja sveta. Končno tudi v občutenju miru in sreče, ki ju vsak človek potrebuje za obvladovanje umetnosti življenja.

Veliko težo v zdravljenju SOA nosijo tudi bolnikovi svojci. Odlično pomoč lahko dobijo v organizaciji *Al-Anon*, ki je namenjena »svojcem in prijateljem alkoholikov« – če zmorejo preseči svoje zanikanje, se razume. Tako je v Slovenji Gradcu 25. maja letos na odlični konferenci, namenjeni obravnavi socialne in zdravstvene problematike v zvezi z alkoholom, predstavnica Al-Anon Slovenije opozorila zbrane strokovnjake: »Žena alkoholika je najmanj tako bolna kot mož. Včasih še bolj.« In pragmatično priskočila na pomoč, da so Al-Anon ustanovili tudi v Slovenji Gradcu. Iz letaka o srečanju je razvidno, da so na t. i. odprta srečanja anonimnih alkoholikov vabljeni tudi člani Al-Anon.

Obeta se torej odlično mednarodno srečanje članov organizacije AA, v kateri so si v svetu in pri nas našli pomoč tudi nekateri naši kolegi in kolegice. Za nekatere pa bo morda sporočilo o tem srečanju povečalo možnost uvida, da svojega trpljenja nikakor ni smiselno skrivati in se ga sramovati, ampak je vredno čim prej začeti z deljenjem izkušenj, moči in upanja za zmago nad alkoholom.



AA Slovenije vabi na
mednarodno srečanje anonimnih alkoholikov
- vseslovensko srečanje AA (z udeležbo Al-anona)

letošnja tema:
„OKREVANJE Z LJUBEZNIJO“
6.oktober – 8.oktober 2017
Hotel Špik, Gozd Martuljek, Kranjska gora

Prvi vikend bo v ponedeljek, 8.10.2017, ob 18.00.
drugi vikend srečanje bo 11.10.2017.
zaključek konvencije v nedeljo, 2.10. ob 15.00.
Zagotovljeno bo prenočanje v anglijski enonoma slovenski jezik.
Priložnost za udeležbo: 20,00 € (10€)

Za prejemila o srečanju pišite na:
anonconventio.slo@gmail.com

Telefonski kontakt:
EVA +386 31 792 215
NEJA +386 40 683 598



Razpis za podelitev priznanja Andreja Otona Župančiča za študijsko leto 2016/2017

Obveščamo vas, da so člani Senata UL MF, na podlagi Pravilnika za podelitev priznanja Andreja Otona Župančiča, na seji dne 26. 6. 2017 sprejeli **Sklep o razpisu za podelitev priznanja Andreja Otona Župančiča za vrhunsko raziskovalno delo.**

Priznanje Andreja Otona Župančiča se podeljuje *učiteljem, znanstvenim delavcem in sodelavcem Medicinske fakultete UL* za vrhunsko raziskovalno delo, s katerim so prispevali k ugledu in prepoznavnosti UL MF.

Kandidati za priznanje Andreja Otona Župančiča so lahko tudi raziskovalci z veljavnim pedagoškim ali znanstvenim nazivom, ki so zaposleni v javnem zdravstvenem zavodu, ki je učni ali raziskovalni zavod UL MF, in so s svojim delom bistveno prispevali k ugledu UL MF.

V roku 90 dni od objave razpisa (do vključno 4. oktobra 2017) lahko predstojniki kateder in inštitutov UL MF pošljejo svoje predloge o kandidatih za priznanje Andreja Otona Župančiča za vrhunsko raziskovalno delo, sprejete z večino glasov na tajnem glasovanju svoje enote, na tajništvo UL MF, Vrazov trg 2, Ljubljana, v zaprti kuverti z oznako »Za Priznanje Andreja Otona Župančiča za vrhunsko raziskovalno delo«. Vsak predlog mora biti podpisan s strani predlagatelja in mora vsebovati:

- obrazložitev z opisom kandidatovih dosežkov in prispevka k razvoju področja,
- obrazložitev, kako je kandidat s svojim raziskovalnim delom prispeval k ugledu in prepoznavnosti UL MF,
- ustrezna dokazila o kazalcih vrhunskosti raziskovalnega dela, opredeljenih v 3. členu tega pravilnika,
- izjavo, da se predlagani kandidat strinja z nominacijo.

Komisija, imenovana v skladu s 1. členom Poslovnika za delo komisije za podelitev priznanja Andreja Otona Župančiča za vrhunsko raziskovalno delo, oblikuje končni predlog za podelitev priznanja na podlagi naslednjih kriterijev, opredeljenih v 3. členu pravilnika.

Vrhunskost raziskovalnega dela se ocenjuje po uveljavljenih kriterijih, med katere sodijo:

- raziskovalna dela vsebujejo izvirne dosežke, ki so pomemben prispevek k znanosti, prinašajo nove ideje ali metode, pomembne za nadaljnji razvoj znanosti ali stroke na svojem področju pri nas in v svetu ter pomenijo odmeven prispevek k svetovni zakladnici znanja,
- prvo ali vodilno avtorstvo članka z raziskovalnega področja kandidata, objavljenega v reviji s kvantitativno oceno A⁺,
- število objavljenih raziskovalnih člankov v revijah SCI,
- povprečni faktor vpliva revij, kjer so članki objavljeni,
- delež prvih ali vodilnih avtorstev,
- število citatov nad 1000 čistih citatov in h indeks nad 20,
- število patentov, ki so vpeljeni v prakso,
- drugi kazalci vrhunskosti raziskovalnega dela, specifični za posamezno raziskovalno področje.

UL MF podeli vsako leto največ eno priznanje Andreja Otona Župančiča za vrhunsko raziskovalno delo.

Priznanje Andreja Otona Župančiča za vrhunsko raziskovalno delo predstavlja listino ter nagrado. Podeljuje se na skupni svečani seji senata in akademskega zbora ob koncu leta.

Dekan
Prof. dr. Dušan Šuput, dr. med.

Dokazano v praksi: lahko smo celo boljši od Nemčije

Prevedel in priredil prof. dr. Boris Klun, dr. med., v. svet., Ljubljana

boris.klun@gmail.com

To je izjavil predsednik Zdravniške zbornice Hrvaške, dr. sc. Trpimir Goluža.

Medtem ko se v bogati Nemčiji čaka na transplantacijo ledvic od osem do deset let, se na Hrvaškem, po besedah dr. Goluže, to opravi v enem letu. Čemu je tako?

Nedavno so zaznamovali deseto obletnico članstva v Eurotransplantu, ki z najmodernejšimi načini omogoča najracionalnejšo uporabo darovanih organov. Hrvaška tu lahko pokaže odlične rezultate. Preteklo leto je bilo transplantiranih 398 organov, dobljenih od 150 darovalcev.

Hrvaška je po številu darovalcev organov na milijon prebivalcev, poleg Španije, že vrsto let vodilna država v svetu, saj transplantirajo skoraj 400 solidnih organov: 200 ledvic, približno 150 jeter, 40 src in 10 trebušnih slinavk.

V slavnostni atmosferi proslavljanja hrvaške transplantacijske medicine je bil spregledan podatek, da se na Hrvaškem na novo ledvico čaka desetkrat manj kot v Nemčiji.

Vir: Liječničke novine, maj 2017

Padli na izpitu

Prevedel in priredil prof. dr. Boris Klun, dr. med., v. svet., Ljubljana

boris.klun@gmail.com

Nemajhen del zdravnikov ni opravil strokovnega izpita zaradi pomanjkljivega znanja heraldike in poznavanja hrvaškega grba.

Hm, iz zornega kota laika bi menil, da je rdeče-bele kvadratke zelo lahko spoznati!

Vir: Liječničke novine, maj 2017

FSME – vir okužbe: hrana

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

marjan.kordas@mf.uni-lj.si

Če se pri več članih družine hkrati pojavijo simptomi, podobni klopnemu meningoencefalitisu (FSME), je možno, da gre za okužbo prek hrane – še posebej prek nepasteriziranega mleka in mlečnih izdelkov.

Le polovica pacientov, ki zbolijo za FSME, se spomni pika klopa. To ni nenavadno, saj tudi larve in nimfe klopov prenašajo virus FSME.

Slednje so velike komaj 0,6 mm in jih pacient ne opazi. Vrh tega je možna še druga pot za okužbo – s hrano. Vzrok je morda povečan vnos nepasteriziranega ovčjega in kozjega mleka ter mlečnih izdelkov. Morda tudi kravje mleko. Vendar teh poti okužb ni mogoče vedno dokazati. Hkratna obolevnost več družinskih članov poteka večinoma subklinično.

Avstrija je imela še pred nekaj desetletji največjo pojavnost FSME v Evropi. Odtlej je dosegla, da je bilo od 83 do 85 odstotkov prebival-

stva cepljenega vsaj enkrat. Tako trenutno beležijo komaj 0,5–1 pojav FSME na 100.000 prebivalcev.

Vir: Österreichische Ärztezeitung
št. 11, 10. junij 2017

Zavarovalnice: 113 milijonov plusa

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

Dokončna letna bilanca pri zvezi zavarovalnic (*Hauptverband*) je za leto 2016 pokazala – v nasprotju z začetnimi napovedmi 94 mio. EUR primanjkljaja – 113 mio. EUR presežka. Samo ena zavarovalnica, Zavarovalnica za javne uslužbenke, je pokazala negativno bilanco 26 mio. EUR.

Presežek so pokazale dunajska (plus 57 mio. EUR), zgornjeavstrijska (plus 18 mio. EUR) in salzburška (15,5 mio. EUR) področna zavarovalnica. Glavni vzrok (za presežek) je okvirna pogodba s farmacijo (*Pharma-Rahmenvertrag*): tako so zavarovalnice od farmacevtskega gospodarstva (*Phar-*

mawirtschaft) prejele 125 mio. EUR. Za letos zavarovalnice pričakujejo vsega skupaj presežek 4 mio. EUR; ob začetku leta je bil napovedan primanjkljaj 22 mio. EUR.

Vir: Österreichische Ärztezeitung
št. 11, 10. junij 2017

Ugodno – priročno – štajersko: Defi (defibrilator) za na pot

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

Na javnih mestih je vse več dostopnih zunanjih defibrilatorjev. A ko je nujno, je dostop kar zapleten. Zato v Gradcu nastaja cenovno ugodna prenosna različica.

Ko se je Jasper Ettema med vajo prvič srečal z AED, je začel premišľevati, kako olajšati dostop do eksterne AED ter tako povečati možnost preživetja ob zastoju srca.

»Pri zdaj običajnih, stacionarnih modelih je vedno nujna še ena oseba kot pomočnik. Znotraj odločilnih treh minut pa je slednja komaj kdaj na voljo.« Vrh tega so AED-ji največkrat nameščeni v nakupovalnih centrih in bankah ter dostopni le znotraj njihovega delovnega časa.

Tako je ob koncu leta 2015 Jasper Ettema v Gradcu ustanovil podjetje

Liimtec (Life Improving Technologies) ter s svojim timom začel razvijati prototip v velikosti dveh zavočkov robcev: 8 cm x 10 cm x 5 cm, ki naj bi imel težo največ 300 g. Torej kot tablica čokolade. Poleg velikosti in teže naj bi imela naprava še eno lastnost: proizvajati jo tako, da bi jo bilo mogoče namestiti v vsako zdravniško torbo, v nahrbtnik reševalca, modra pa celo v žep laika. In končno: »Cena naj bi bila takšna kot cena dobrega pametnega telefona.«

Ta t. i. *PocketDefi* naj bi bil zaradi večje uporabnosti tudi vezan na pametni telefon, seveda z ustrezno aplikacijo, prek katere bi se lahko najbližji *PocketDefi* tudi priklicali. Vrh tega bi se lahko takoj vzpostavila povezava z ustreznim klicnim cen-

trom. »Naša naprava bi tako ustrezala vsem zakonskim določbam, ki veljajo za stacionarne AED, in bi lahko oddajala električne udare enake električne energije« (tj. 20 sunkov do 200 J). Baterija te vrste prenosnega AED je drugačna. Tudi signal za polnjenje bi prišel prek pametnega telefona, približno enkrat v mesecu, ob uporabi pa seveda prej.

Zdravnice in zdravniki, ki jih to zanima, se lahko prek spletne strani www.pcketdefi.at naročijo na tekoča obvestila o razvoju. Načrtovano je, da bi bila naprava naprodaj že jeseni 2018.

Vir: Aerzte Steiermark, junij 2017

Zadnja nedelja v avgustu 2016

Prim. dr. Iztok Tomazin, dr. med., spec., ZD Tržič

Zdravnik gorski reševalec

Čudoviti, jasni in topli dnevi zadnjega avgustovskega vikenda leta 2016 so v gore privabili množico ljudi. V helikopterski ekipi Gorske reševalne zveze Slovenije (GRZS) na Brniku sem dežurni zdravnik v soboto in nedeljo, seveda v svojem prostem času. To pomeni nič počitka med dvema delovnima tednoma, nič gora po lastni izbiri. Seveda bi bil raje na »drugi strani«, na kakšnem lepem grebenu, v steni ali brezpotju, a za prostovoljno delo v gorski reševalni službi imam mnogo utemeljenih razlogov, vsaj toliko kot za posvečanje alpinizmu. Poenostavljeno povedano je gorsko reševanje predvsem gorništvu za druge, alpinizem pa je predvsem gorništvu zase. Sožitje obeh pa omogoča še bolj celostno doživljanje gora, sebe in drugih v kontekstu »nekoristnega«, a tako nepopisno lepega sveta. Zato me je vedno čudilo, ne pa tudi presenečalo, kako malo dobrih in predvsem vrhunskih slovenskih alpinistov je med aktivnimi gorskimi reševalci. A to je druga zgodba. Za zdravnika, ki je hkrati alpinist, se zdi samoumevno, da je tudi gorski reševalec, saj tako lahko na najvrednejši način združi svoj odnos do gora in poklic(anost). A ni vedno tako. Kar nekaj zdravnikov in zdravnic, ki so ali so bili alpinisti, plezalci ali vsaj izkušeni gorniki, ni našlo svojega mesta v vrstah gorskih reševalcev. Zanimiv je tudi obraten pojav – vedno so bili v vrstah gorskih reševalcev tudi posamezni zdravniki, ki niso bili alpinisti, niti dobri gorniki ne. Tem sem se vedno čudil, kako si ob skromnih gorniških izkušnjah in sposobnostih sploh upajo sodelovati pri tako zahtevni dejavnosti, kot je gorsko reševanje, še posebej to velja za reševanje s helikopterjem.

V soboto smo s helikopterjem v gorah reševali trikrat, kar je bilo pričakovano. Nič zelo resnega ne po medicinski, ne po reševalno-tehnični plati. A vsako, tudi manj zahtevno gorsko reševanje je stresno, saj napak ne sme biti – ne pri medicinskem, še manj pri tehničnem delu. Naslednji dan smo pričakovali nekaj podobnega. Pa smo se zelo zmotili.

Slab začetek dneva

Ob nedeljskem prihodu v helikoptersko bazo ni časa niti za sproščen, prijazen jutranji pozdrav in seznanitev ekipe, ki jo sestavljamo gorski reševalec letalec, zdravnik letalec, gorski policist in trije vojaki – letalski tehnik in dva pilota helikopterja. Prvi klic na pomoč nam gorenjski Center za obveščanje (ReCO) posreduje že pred uradnim začetkom dežurstva. Na Staničevi koči pod Triglavom si je planinka poškodovala nogo. Med hitenjem proti helikopterju sprejememo nov poziv iz ReCO Celje: v Turskem žlebu so opazili negibnega človeka, ki leži z glavo navzdol kakih 150 m nad vznožjem. Seveda tej intervenciji damo prednost. Preko Kokrškega in Kamniškega sedla poletimo nad Okrešelj in se spustimo proti Turskemu žlebu. Hitro opazimo ponesrečenca v najožjem delu prepadnega žleba. Direktni dostop z vitlanjem ocenimo kot prenevaren zaradi ožine, nad katero se prevešajo krušljive stene. Z reševalcem zato skočiva iz lebdečega helikopterja na balvan v vznožju Turskega žleba. Z največjo hitrostjo, na meji zmogljivosti teles, se poženeva v strmino, otovorjena z osnovno medicinsko in reševalno opremo. Na nobeni tekmi ne bi tako hitel, saj ne gre za rezultat ali zmago, pač pa za nujo čim prej priti do ponesrečenca, z upanjem, da mu bova še lahko pomagala. 150 višinskih metrov naju dodobra zadiba. Po krušljivi prečnici še vedno hlastajoč za zrakom prilezeva do ponesrečenca. Takoj je jasno, da je mrtev.

Soočanja

Je eno od mnogih trupel, ki sem jih srečal v desetletjih svojega gorništvu. Gorski reševalci, predvsem najbolj aktivni, jih srečamo mnogo. Tisti, ki smo tudi poklicno aktivni v medicini, seveda še mnogo več. Reševalce začetnike taka srečanja zelo pretresejo, nato se nekako »navadijo«, kar običajno pomeni, da znajo občutke nekoliko bolje skriti pred drugimi in jih potlačiti v globine, kjer pa zaživijo neko svoje, večini nedoumljivo življenje. Ki včasih pljuska tudi na površje, lahko v zelo čudnih ali neprijetnih oblikah, v zelo neprimernih okoliščinah. Pogosto v družinah. Ne glede na to, da se večina dela junake, »moške« v skladu s primitivni-

mi predstavami o neobčutljivosti, nezlo-
mljivosti, trdnosti. Temu pravimo tudi
sindrom »John Wayne«.

Ne glede na izkušnost in meha-
nizme potlačevanja ima vsaka smrtna
nesreča svoj vpliv in se vtke v temni
mozaik spominov vsakega gorskega
reševalca. Med samo akcijo moraš
odmisлити moteča dejstva, saj je treba
delovati v okolju, ki ne odpušča
napak. A dejstva so, da je bilo vsako
truplo še nedavno človek, ki je dihal,
govoril, se gibal, bil v odnosih z
mnogimi ljudmi. Ljubil, morda
sovražil, hrepenel, užival, morda
stokal pod bremenom življenja. In še
marsikaj iz neskončnega mozaika
bivanja. Nekdo, ki je mnogo pomenil
nekaterim ali mnogim, nekdo, za
katerim bo ostala praznina, ki je
naključni zunanji opazovalci ne
moremo poznati, še manj dojeti. Ko
rešujemo smrtno ponesrečene v
gorah, smo le uvodni pogrebci,
katerih naloga je pokojnika spoštljivo
prenesti in prepeljati v dolino. Morda
smo ga celo poznali in takrat je še
posebej težko. Šele ko ga odložimo in
prepustimo drugim, si, čeprav ni več
živ po običajnih merilih, začenja
utirati pot v svet spominov, čustev in
marsičesa drugega.

Kot vedno se sprašujem, kaj je
nesrečnika pospremilo na zadnjo pot v
prepad Turskega žleba? Zakaj je
omahnil nekje visoko v skalovju, ki se
preveša nad nas, zakaj se ni uspel
ustaviti ...? Morda je opit od lepote
včerajšnjega gorskega večera, z željo po
čim boljši fotografiji storil usodno
napako ...? A za vprašanja in razmišlja-
nja ni časa. Truplo leži v strmeh, zelo
nestabilnem in krušljivem terenu. Po
radijski zvezi se s celjskimi gorskimi
reševalci in pilotoma dogovorim za
optimalno nadaljevanje intervencije.
Nesrečnika hitro zavarujem z vrvo in
napraviva začetni del sidrišča, nato ob
spremljavi padajočega kamena stečeva
po krušljivem Turskem žlebu v vznožje.
Medtem helikopter v vznožje žleba
pripelje reševalce z opremo. Midva se
tako vkrcava in poletimo v Julijce,
proti Staničevi. Ko bomo reševali tam,
naj bi celjski reševalci in policist
spustili truplo v vznožje Turskega
žleba, kjer ga bomo po vrnitvi lahko
pobrli in odpeljali v dolino.

Hitenje za življenje

Preko Kamniških Alp in visoko
nad gorenjsko ravnino, nad temnoze-
lenimi poključskimi gozdovi, čez

prepadna ostenja Krme in mimo
Rjavine poletimo do Staničeve. Čudo-
viti razgledi so obremenjeni z nesreč-
nikom iz Turskega žleba, ki ga kolegi
medtem spuščajo v dolino, obreme-
njeni so tudi z novo reševalno inter-
vencijo in s pričakovanjem, kaj bo
sledilo. Dan se je komaj dobro začel ...
Na Staničevi poberemo srbsko planin-
ko s poškodovanim kolenom. Ko
letimo nad dolino Vrat proti Mojstra-
ni, dobimo klic, da je na Rombonu
prišlo do srčnega zastoja. Takoj
obrnemo in skozi Luknjo poletimo v
Trento in naprej proti Rombonu. Tam
nekaj napetih minut iščemo lokacijo
nesreče. Napetih predvsem zame, ki
najbolje vem, kaj pomeni vsaka
minuta zamude pri srčnem zastoju. Ko
končno odkrijemo bolnika in oba
sopotnika, naju z reševalcem in
opremo iz lebdečega helikopterja
spustijo v zoprno strmo, s travo
poraščeno skalovje v bližino bolnika.
Tu pride prav posebna tehnika pleza-
nja, ko šopi trave služijo namesto
manjkajočih oprimkov. Seveda je pod
prsti treba dobro čutiti, kdaj se začne-
jo bilke pod obremenitvijo trgati in je
skrajni čas, da si najdeš drug prijem.
Ko prisopem na planinsko pot, kjer
leži bolnik, mi je v hipu jasno, da je
zelo prizadet in ogrožen, na srečo pa
še ni v srčnem zastoju. Po kratki
anamnezi in pregledu z veliko verje-
tnostjo postavim diagnozo srčnega
infarkta. Helikopter medtem pristane
v Bovcu, poškodovanko iz Staničeve
prevzamejo domači gorski reševalci,
njihov letalec pa se vkrcava, da nama bo
pomagal na Rombonu. Kljub hitri
infuziji, zdravilom in kisiku je stanje
bolnika kritično, vsak trenutek lahko
pride do usodnih zapletov. Napetost
narašča, dodatno še, ker helikopterju
že zmanjkuje goriva. Brez predaha je
to že naša tretja zaporedna intervenci-
ja. Zelo hitimo. Z bolnikom v reševalni
vreči me povitlajo v helikopter, takoj
zatem še reševalca s preostalo opremo,
bovški reševalec pa bo peš sestopil v
dolino z bolnikovo ženo in sinom.
Nimamo dovolj goriva za let v klinični
center v Ljubljani, zato pristanemo v
najbližji – jeseniški bolnišnici, kjer nas



Izkrcanje reševalcev v vznožju Turskega žleba.



Iz Kamniških poletimo proti Julijcem, na levi Triglav in Rjavina, na desni Škrlatica.

že čaka ekipa z internistom in anesteziologinjo. Na urgentnem oddelku nadaljujemo z oskrbo bolnika, medtem gre helikopter natočit gorivo v Lesce. Ker je bolnik v slabem, nestabilnem stanju, saj gre očitno za obsežen infarkt, in ker nas na Okrešlju že čakajo, kličem ekipo helikopterske nujne medicinske pomoči (HNMP), da bi ga oni prepeljali v Ljubljano. Izvem, da so trenutno brez helikopterja. Slovenija je žal edina država v Evropski uniji, ki nima niti enega namenskega medicinskega helikopterja, le večnamenske policijske in vojaške! In še teh premalo za vse potrebe. Ko bolnika za silo stabiliziramo in ko se vojaški helikopter vrne iz Lesc, ga v klinični center peljemo mi. Zame je to seveda dodatna obremenitev, saj med prevozom nimam medicinske asistencije. Če bi se zapletlo s kako aritmijo ali celo srčnim zastojem, bi zelo pogrešal pomoč medicinskega reševalca. Na srečo bolnik ostane stabilen in po predaji v kliničnem centru takoj poletimo na Okrešelj. V vznožju Turskega žleba pobereмо reševalce in truplo ter jih prepeljemo v dolino in se vrnemo v bazo na Brniku.

Četrta, peta, šesta, sedma ...

V bazi smo vsega pet minut, komaj dovolj za najnujnejša opravila, ko nas že kličejo na Vodnikov dom v triglavskem pogorju, kjer vkrcamo planinko s poškodovanim kolonom in jo prepeljemo v jeseniško bolnišnico. Že med predajo pacientke prejmemo nov poziv za reševanje v bohinjskih gorah. V koči pri Triglavskih jezerih najprej oskrbimo in nato odpeljemo planinca s poškodbo komolca, seveda spet na Jesenice. Smo še v zraku, ko nas že kličejo na Sleme nad Tamarjem za pomoč onemogli, nenadno zboleli planinki. Tak klic vedno pomeni negotovost: lahko gre preprosto za utrujenost in/ali dehidracijo, lahko pa za kaj mnogo hujšega. Ob množici radovednežev, ki uživajo na idiličnem kraju v čudovitem dnevu, jo na hitro pregledam in ugotovim, da ni nič urgentnega. Vkrčamo jo, poletimo in najprej pristanemo v Kranjski Gori, kjer smo zaradi manjše obremenitve helikopterja pustili del opreme. Zelo se razveselimo, ko nam gorska reševalca domačina prineseta vodo v plasten-

kah, saj doslej nismo imeli časa za pitje, smo pa že krepko izsušeni. O hrani seveda ne utegnemo niti razmišljati. Spet vzletimo in pristanemo na strehi jeseniške bolnišnice, predamo pacientko in kmalu po vzletu proti Brniku že dobimo klic za novo intervencijo. Tokrat nas kličejo kamniški gorski reševalci, ker si je hrvaška planinka zlomila nogo pod vrhom Ojstrice. Takoj se usmerimo tja, poletimo ob grebenih Karavank in preko Jezerskega prihrumimo v Kamniške. Če bi bili spočiti in neobremenjeni z intenzivnostjo nenehnega reševanja, bi neznansko uživali ob čudovitih prizorih, ki drsijo pod nami. Tako pa jih z mislijo na novo intervencijo le shranjujemo v spominih.

Ponesrečenko hitro imobiliziram, zdravil ne potrebuje, zato jo z vitlom dvignemo v lebdeči helikopter. Ker nam spet zelo primanjkuje goriva, jo oddamo reševalcem v Kamniški Bistrici in takoj nadaljujemo proti Brniku, kjer v bazi napojimo žejni turbini našega helikopterja. Za napojitev in nahranitev članov dežurne ekipe pa je žal premalo časa, saj zelo kmalu dobimo nov klic ...

Proti soncu in čudovitim goram ...

V Loški steni se je zgodila nesreča, verjetno zlom noge. Začetne informacije o gorskih nesrečah so pogosto pomanjkljive ali celo netočne; včasih se izkaže, da ni tako hudo, kot je bilo sporočeno, včasih pa je žal obratno. Zato smo previdni, računamo z najslabšimi scenariji in smo veseli, če do njih ne pride. Pozno popoldne je in kaže, da nas poleg zahtevnega dela čaka tudi časovni pritisk zaradi bližajoče se noči. Stečemo v helikopter in znova poletimo, tokrat proti zahajajočemu soncu, ki se spušča nad Julijce. Kmalu izvemo, da se je nesreča zgodila na grebenu in ne v steni. Zaradi velike nadmorske višine, na kateri je moč helikopterskih turbin manjša, blizu Mangrške planine izkrcamo policista z odvečno opremo, v helikopterju pa poleg posadke

ostaneva sama z reševalcem. Kar dolgo traja, da se iz doline dvignemo do vrha Oltarja in da pilot najde primeren položaj za izkrcanje. Medtem uživam v čudovitih prizorih zgodnjega večera. Ožarjene gore nad Logom pod Mangartom, mogočni zid Loške stene, ob katerem se vzpenjamo ... S pridobivanjem višine pa se v vidnem polju razprostira vse razsežnejša plejada ostalih Julijcev. Hkrati sem že zbran, pripravljen na akcijo. Ko je treba iz helikopterja, ni ničesar več razen ponesrečencev, terena, kjer se bomo gibali, in vsega, kar bo neposredno povezano z akcijo. Višina in močan veter sta izziv za pilota, za naju z reševalcem pa se začne, ko na izpostavljenem grebenu Oltarja z nahrbtniki na ramenih skočiva iz lebdečega helikopterja v bližini mesta nesreče. Tik pod nama se na eni strani grezi tisoč metrski prepad Loške stene, na drugi pa strmo skalovje, ki pada v Bavšico. Vsekakor ni za vrto-glave ali mehke noge. Ko se helikopter umakne, po grebenu stečeva do gorskega vodnika in njegovih dveh klientov. Na hitro jih pregledam in izprašam. Vodnik je nepoškodovan, eden od klientov ima zlomljeno nogo, drugi pa številne odrgnine in obtolčene po padcu zaradi izpuljenega klina med spuščanjem po vrvi. Pravzaprav so imeli srečo, lahko bi se končalo mnogo huje. Sledi imobilizacija, pregled njihove opreme in priprava za dvig v helikopter. Prva dva na jeklenici spremlja reševalec, tretjega jaz. Ko sva že blizu lebdečega helikopterja, se strga jermen na njegovem nahrbtniku in poleti v globino, na srečo proti Bavšici. Ko je ponesrečenec na varnem v kabini, me še enkrat spustijo v strmino. Po skalovju stečem navzdol do nahrbtnika, kar je odlična vaja za ravnotežje in koordinacijo. Ko si ga pripnem, pokličem helikopter, ki kroži v bližini, nato se spet pripnem v kljuko jeklenice, z upanjem, da danes zadnjič. Spustimo se še do Mangrške planine, poberemo policista z opremo in sledi nekaj minut čudovitega poleta čez ožarjene Julijce do Jesenic.

Ko se vrnemo na Brnik, se zdi, da je končno čas za oddih in kak grizljaj, prvi danes. Večeri se, bliža se konec dežurstva. Pred odhodom domov si menda zaslužimo slabo uro časa za pregled in urejanje opreme, pisanje poročil.

V Steni

Iluzija o zasluženem urici miru pred odhodom domov traja slabih dvajset minut, ko dobimo klic mojstranskih gorskih reševalcev. Dve plezalki sta obtičali v severni steni Triglava. Zelo bodo veseli, če ju bomo iz stene rešili mi, saj bi se klasično reševanje zavleklo daleč v noč. V desetih minutah od klica poletimo, sonce je že izginilo za Julijci, noč se bliža. Ker dobro poznam Steno, ju hitro odkrijem in nato se še hitreje dogovorimo, saj pilota takoj sprejmeta predlog poteka reševanja. Ves dan odlično komuniciramo, hitro in učinkovito rešujemo dileme, upoštevamo tako medicinske kot letalske vidike in delujemo optimalno. Brez tega danes ne bi zmogli opraviti vseh intervencij. Užitek je delati s tako posadko helikopterja. Z vitlom me spustijo v steno do plezalk. Ko ju na hitro pregledam in pripravim za dvig, se do nas spusti reševalec in se takoj dvigne z eno od njiju, v naslednjem ciklusu dvignejo še mene z drugo. Ko zabingljava nad prepdom in se vrtiva na jeklenici pod helikopterjem, je že tako temno, da je Stena pod nama le še brezoblična, grozeča gmota. V mraku ju na travniku v Mojstrani predamo reševalcem in se v trdi temi vrnemo na Brnik.

Zaključek

Zadnja nedelja v avgustu leta 2016 je bila za dežurno ekipo helikopterskega gorskega reševanja zelo napor-na in zahtevna, vendar tudi izpolnjujoča. Opravili smo devet reševanj v gorah in en helikopterski prevoz namesto HNMP, kar je v zgodovini helikopterskega reševanja pri nas doslej največ v enem dnevu. Delali smo od jutra do poznega večera, vmes

smo enkrat imeli pet minut »proste-ga« časa, enkrat pa približno dvajset minut. Z izjemo smrtnih nesreč v Turskem žlebu smo pomagali vsem, ki so potrebovali helikoptersko reševanje. Poleg prijetnih občutkov ob dobro opravljenem delu ostajajo tudi lepi spomini na odlično sodelovanje vseh članov dežurne ekipe tako pri praktičnem reševalno-medicinskem delu kot pri sprejemanju zahtevnih odločitev. K temu je odločilno prispevalo medsebojno spoštovanje in seveda bogate izkušnje, strokovnost in poznavanje gorskega terena. Žal pa to ne spremeni dejstva, da je Slovenija ena redkih evropskih držav s pomanjkljivo organizacijo helikopterskega reševanja in edina, ki sploh nima namenskih medicinsko-reševalnih helikopterjev. To pa je izključno odgovornost oblastnikov, ki se jim, prilepljenim na visoke položaje, na udobnih foteljih v klimatiziranih pisarnah očitno niti ne sanja, kakšni so izzivi, zahteve in težave, s katerimi se srečujemo zdravniki, reševalci in seveda ponesrečenci ter bolniki na terenu.



Na grebenu Loške stene - reševalec pripravlja enega od ponesrečencev za dvig v helikopter.

Na področju presaditev organov in tkiv smo za zgled drugim: študijski obisk moldavske delegacije v Sloveniji

Barbara Uštar, prim. Danica Avsec, dr. med., Zavod RS za presaditve organov in tkiv Slovenija-transplant

Zavod RS za presaditve organov in tkiv Slovenija-transplant je v tednu med 15. in 19. majem gostil tričlansko delegacijo strokovnjakov s področja transplantacijske medicine iz Moldavije. Poleg dragocenih slovenskih izkušenj na področju uveljavitve dobro delujočega sistema transplantacijske koordinacije ter donorskega in transplantacijskega modela so strokovnjaki iz Moldavije domov odnesli tudi nova spoznanja na področju ozaveščanja ljudi o pomembnosti darovanja organov in tkiv.

Petdnevni študijski obisk je financirala Evropska komisija v okviru finančnega instrumenta TAIEX. Glede na zastavljen cilj – povečanje učinkovitosti donorskega in transplantacijskega programa v Moldaviji – smo slovenski strokovnjaki gostom predstavili osnovna načela delovanja sistema, zakonodajo in organizacijsko mrežo Slovenija-transplanta, delovanje transplantacijske koordinacije, finančne vidike in informacijsko podporo za zbiranje podatkov na področju darovanja in presaditve organov, tkiv in celic, načine izobraževanja in ozaveščanja strokovne in splošne javnosti ter sodelovanje na mednarodni ravni.

Delegacijo so na sestanku sprejeli tudi predstavniki Mini-

strstva za zdravje RS, moldavski gostje pa so obiskali tudi transplantacijski center UKC Ljubljana, kjer so jim predstojniki posameznih oddelkov predstavili svoj način dela in rezultate transplantacijskih programov.

Vtisi moldavskih delegatov

Po zaključku študijskega obiska smo naše goste prosili, naj nam odgovorijo na nekaj vprašanj in s tem predstavijo sistem v Moldaviji in strnejo svoje vtise o koristnosti njihovega gostovanja v Sloveniji.

Slovenija-transplant (ST):
Zakaj ste za študijski obisk izbrali ravno Slovenijo?

Moldavska delegacija (MD):
Slovenijo smo izbrali, ker dobro poznamo vaše uspehe na področju donorskega in transplantacijskega programa na mednarodni ravni. Prepričani smo bili, da nam slovenske izkušnje lahko zelo koristijo pri delu v Moldavski transplantacijski agenciji. Dodaten razlog so bile tudi številne podobnosti med državama, kot je število prebivalcev, geografski položaj in velikost ozemlja, kar pomeni, da bo vzpostavitev podobnega sistema v Moldaviji enostavnejša.

Slovenski kolegi so svoje znanje z nami delili že leta 2013 na Taiexovi regijski delavnici, ki je takrat potekala v Moldaviji. Tam predstavljen sloven-

ski model financiranja smo uporabili pri uspešni vzpostavitvi finančnih mehanizmov za financiranje ekip za vzdrževanje umrlega darovalca in odvzem organov.

Veseli nas, da smo si tokrat lahko na mestu samem ogledali slovenski model transplantacijske koordinacije, spoznali vlogo države, nacionalne zdravstvene zavarovalnice in nadzor s strani ministrstva za zdravje ter si ogledali, kako vse to deluje v že utečenem sistemu.

ST: Kakšen je trenutni sistem na področju donorskega in transplantacijskega programa v Moldaviji? Katere so njegove prednosti in pomanjkljivosti?

MD: Republika Moldavija, ki ima 2,9 milijona prebivalcev, je v letu 2010 z ustanovitvijo Moldavske transplantacijske agencije ponovno začela z aktivnostmi na področju darovanja in presaditve organov, tkiv in celic. Agencija je bila ustanovljena z namenom uvedbe že sprejete zakonodaje v prakso.

Transplantacijsko mrežo sestavlja 16 zdravstvenih ustanov (od tega 11 javnih in 5 zasebnih), ki jih je moldavsko ministrstvo za zdravje pooblastilo za izvajanje aktivnosti na tem področju, javna banka za tkiva in celice in nacionalni laboratorij za ugotavljanje tkivne skladnosti. V programu sodeluje 9 transplantacijskih koordinatorjev v donorskih centrih, 2 zdravnik, odgovorna za področje presaditev organov, in 17 zdravnikov, odgovornih za področje presaditev tkiv in celic. Vzpostavili smo tudi informacijski sistem za nadzor nad pridobivanjem organov,

tkiv in celic, namenjenih za presaditev, za vodenje čakalnih seznamov in za dodeljevanje organov.

V tem trenutku še nimamo oblikovanega finančnega modela za financiranje ekip v stalni pripravljenosti, kot so ekipa za diagnostiko možganske smrti, ekipa centralnih transplantacijskih koordinatorjev in ekipa za odvzem organov. Uvedli smo sicer glavne elemente sistema v smislu organizacije in sodelovanja zdravstvenih ustanov – izvajalk programa, treba pa je uvesti še učinkovit model transplantacijske koordinacije in financiranja donorske in transplantacijske dejavnosti.

ST: Kaj bi se po vašem mnenju od Moldavije lahko naučila Slovenija?

MD: Menimo, da bi lahko Sloveniji zelo koristila vzpostavitev skupne javne banke za tkiva in celice, Slovenija-transplant pa naj bi izvajal nadzor v zdravstvenih ustanovah, ki pridobivajo in presajajo tkiva in celice.

ST: Kakšni so trenutni statistični podatki na področju donorskega programa v vaši državi?

MD: Program pridobivanja organov umrlih darovalcev je začel v Moldaviji delovati v letu 2014. Število darovalcev, tako umrlih kot tudi živih, raste iz leta v leto. V letu 2015 smo tako pridobili 11 dejanskih darovalcev, od tega 5 umrlih, v letu 2016 je število naraslo na 24 dejanskih darovalcev, od tega 15 umrlih. Učinkovitost procesa pridobivanja organov umrlih darovalcev se izboljšuje. Tako smo v letu 2015 presadili 14 organov, od tega 10 ledvic in 4 jetra, v letu 2016 pa smo presadili že 31 organov, od tega 22 ledvic in 9 jeter. V letu 2017 smo do meseca maja pridobili 10 dejanskih umrlih darovalcev in presadili 12 ledvic in 8 jeter. Naslednji korak je uvedba programa za presaditev srca.

Na čakalnem seznamu je trenutno 42 bolnikov, ki čakajo na ledvico, 81 bolnikov čaka na jetra in 3 bolniki na srce.

ST: Na kakšen način v Moldaviji ozaveščate strokovno in splošno javnost o pomenu darovanja organov in tkiv? V Moldaviji so glede na trenutno zakonodajo vsi ljudje darovalci, z

izjemo tistih, ki so se izrekli proti. Koliko časa je že v veljavi tak zakon? Kako ste to dosegli?

MD: V Moldaviji redno izvajamo informativne, izobraževalne in ozaveševalne kampanje glede darovanja organov in tkiv. Izvajamo tudi dejavnosti na področju preventive, s katerimi se poskušamo boriti proti dejavnikom tveganja za nastanek kroničnih bolezni ledvic, jeter in srca.

Vsako leto redno obeležujemo evropski dan darovanja, s pomočjo medijev in nevladnih organizacij pa izvajamo aktivnosti za ozaveščanje splošne javnosti o pomenu darovanja organov in tkiv.

Zakonodaja o domnevni privolitvi za darovanje, kjer so darovalci vsi državljani z izjemo tistih, ki se proti izrečejo za časa življenja, je v veljavi že od leta 2008, zakon je bil posodobljen v letu 2014.

V letu 2004 smo začeli pripravljati zakonodajo glede na zahteve EU. Uskladiti smo morali zakonodajo glede transplantacijske dejavnosti in boja proti trgovanju z organi. Strokovnjaki Sveta Evrope so v tem obdobju v Moldaviji organizirali številne delavnice in seminarje, obiskovali bolnišnice in strokovnjake s tega področja, kar je v končni fazi pripeljalo do novega zakona o transplantacijski dejavnosti, ki je bil sprejet leta 2008.

ST: Katera je najpomembnejša stvar, ki ste se jo naučili na tem študijskem obisku? Katere slovenske prakse se vam zdijo najboljše in najbolj uporabne?

MD: Med študijskim obiskom smo spoznali osnovna načela delovanja in koordinacijsko mrežo donorskih in transplantacijskega centra, model financiranja in informacijski sistem.

Najbolj uporabne se nam zdijo naslednje slovenske prakse, ki jih bomo poskušali uvesti tudi v moldavski sistem:

- koordinacija donorskih aktivnosti in donorskih centrov;
- ustanovitev nacionalne mreže bolnišnic, pooblaščenih za izvajanje donorske dejavnosti;



Srečanje moldavske delegacije v spremstvu prim. Danice Avsec in mag. Boštjana Kušarja (Slovenija-transplant) s predstavniki Ministrstva za zdravje RS.

- način financiranja ekip v stalni pripravljenosti (ekipa transplantacijskih koordinatorjev, ekipa za diagnostiko možganske smrti, ekipa za multiorganski odvzem);
- vzpostavitev mednarodnega sodelovanja. V prvi fazi se bomo za izmenjavo organov in tkiv povezali z Romunijo, z organizacijo Romtransplant. V prihodnosti načrtujemo sodelovanje z Eurotransplantom;
- vzpostavitev modela inšpekcijskih pregledov v donorskih in transplantacijskih centrih z ločitvijo aktivnosti ministrstva za zdravje in transplantacijske agencije po slovenskem zgledu;
- vzpostavitev sistema zagotavljanja kakovosti in varnosti ter priprava programov kontinuiranega izobraževanja za transplantacijske strokovnjake;
- organizacija promocijskih kampanj.

Primerjava Slovenije in Moldavije na področju donorskega programa in transplantacij

Presenetilo nas je, da so v Moldaviji že pripravili zelo dobro organizacijsko osnovo za razvoj programa v skladu s sodobnimi smernicami.

Ko primerjamo statistične podatke darovanja in presaditev v Sloveniji in Moldaviji, opazimo nekatere razlike. Letno v Sloveniji presadimo okoli 120 organov, v Moldaviji so v lanskem letu presadili 31 organov. V obeh državah med presajenimi organi prevladujejo ledvice, program presaditve srca, ki je v Sloveniji visoko razvit, pa v Moldaviji še ni vzpostavljen. V Sloveniji trenutno na srce čaka 52 pacientov, na jetra 25, na ledvice pa 102 pacienta. V Moldaviji je na nacionalni čakalni listi bistveno manj bolnikov, 42 jih čaka na ledvico, 81 na jetra in 3 na srce.

Moldavski sistem ima tudi nekaj prednosti, ki so lahko za zgled sloven-



Prim. Danica Avsec in Andrej Gadžijev z ekipo moldavskih strokovnjakov s področja transplantacijske medicine.

ski strani. Imajo zelo pregleden sistem, zlasti na področju tkiv in celic, kjer so poiskali odlične rešitve in ustanovili eno tkivno banko za celotno državo, kar nam doslej kljub prizadevanjem ni uspelo.

Razlike so tudi v samem sistemu, ki ureja darovanje. V Moldaviji imajo uzakonjeno domnevno privolitev za darovanje. Temu smo naklonjeni tudi v Slovenija-transplantu, ker vse več dejstev govori v prid takšni rešitvi. Argumenti so tako na strani razbremenitve žalujoče družine kot tudi v smislu poenostavitve postopka opredelitve za večino slovenskih državljanov in ne nazadnje v skrajšanju izvedbe samega postopka darovanja v bolnišnici.

V primerjavi s slovenskim je moldavski sistem slabše učinkovit pri izvedbi donorskega in transplantacijskega programa ter ima še ne popolnoma razdelan finančni model na področju darovanja in presaditev organov. Trenutno imajo največ težav z motiviranjem zdravnikov in ostalega zdravstvenega osebja za izvajanje donorskega programa po mednarodnih merilih, med njimi se tudi pojavlja še precej čustvenih zadržkov in strahu pred postopki pri darovanju.

Zaključek

Tovrstne študijske izmenjave so na področju donorskega programa in transplantacij dokaj pogoste. Izjemno koristne so za obe strani, saj vsi sodelujoči lahko spoznajo različne pristope k urejanju iste dejavnosti in možnosti za izboljšanje, kljub temu, da je pri izmenjavah ena država običajno bolj razvita od druge.

Pri pripravi gradiv in predstavitev za gostujoče delegate tudi slovenski strokovnjaki naredimo natančen pregled stanja in opravimo nekakšno inventuro znanja ter učinkovitosti dejavnosti. Na tak način lažje vidimo možnosti za izboljšave znotraj našega sistema.

Veseli nas, da so strokovnjaki iz Moldavije domov odnesli dragoceno znanje, na osnovi katerega bodo izboljšali učinkovitost lastnega modela, kar je bil tudi osnovni cilj njihovega obiska.

*Foto: Barbara Uštar,
Boštjan Kušar*

Novi zakonodajni okvir varstva osebnih podatkov

Maja 2018 se v vseh državah članicah EU začne neposredno uporabljati nova Uredba o varstvu osebnih podatkov (uredba 2016/679)

Jerneja Merva, univ. dipl. prav.¹

Jerneja.merva@dataofficer.si

Področje varovanja osebnih podatkov je v slovenski zakonodaji (ZVOP-1) urejeno že danes. Prav tako je tudi že danes strožje urejeno varstvo občutljivih osebnih podatkov, med katere spadajo zdravstveni podatki. Z novo evropsko zakonodajo se predvsem zaostrojuje nadzor nad obdelavo in povečuje se nabor pravic državljanov oz. v primeru področja zdravstva pacientov.

Po novi uredbi spadajo zdravstveni podatki med posebne vrste osebnih podatkov, ki smo jim do sedaj rekli občutljivi osebni podatki, za katere velja še posebej strog režim varovanja. Pri obdelavi² morajo biti posebej označeni in zavarovani, tako da se nepooblaščenim osebam onemogoči dostop do njih. Pri prenosu preko telekomunikacijskih omrežij pa morajo biti ustrezno zavarovani z uporabo kriptografskih metod in elektronskega podpisa, tako da je zagotovljena njihova neobčutljivost oz. neprepoznavnost med prenosom.

Spomnimo na primer, ki se je zgodil pred nekaj leti pri prevozu občutljivih zdravstvenih podatkov enega od slovenskih zdravstvenih domov na uničenje, ko je s tovornjaka padlo neugotovljeno število kartonskih škatel z internimi naročilnicami za laboratorijske preiskave. Pa drugi primer, ko je nadzornik prosto vstopil v nezaklenjen laboratorij

enega od zasebnih ponudnikov zdravstvenih storitev in pri tem prosto dostopal do različnih vrst osebnih podatkov pacientov. Poleg tega, da je bil laboratorij odprt in prazen in da so bili nadzorniku oz. komurkoli lahko dostopni histološki izvidi, tudi osebni računalnik ni bil tehnično varovan. Nadzornik je namreč računalnik enostavno prižgal in brez »ovire« (brez gesla) dostopil do večje baze občutljivih podatkov pacientov. Ker gre za občutljive osebne podatke, bi morali zagotoviti ustrezno fizično varovane prostore, in sicer tako, da so zaklenjeni s ključem ali posebno kartico. Dodatno bi morali zagotoviti še varovanje ključev z omejenim dostopom le določenim oseb. Ključno je tudi varovanje osebnih podatkov na računalnikih in na strežnikih, ki jih je treba zavarovati z gesli za identifikacijo in avtorizacijo uporabnikov.

V letu 2016 je Informacijski pooblaščenec opravil več pregledov zdravstvenih ustanov in pri tem ugotovil, da je viden napredek v smeri izvajanja ustreznih ukrepov za varstvo osebnih podatkov pacientov. Še vedno pa opozarja na določene ponavljajoče se kršitve, ki predvsem zadevajo posredovanje zdravstvenih podatkov po nezavarovanih povezavah, posojanje avtentičnih sredstev za dostop do podatkov iz zdravstvenih ustanov za namene neposrednega trženja in

nenadzorovane vpogleda v zdravstvene podatke iz radovednosti. Informacijski pooblaščenec je tako v praksi največkrat naložil ukrepe v smeri fizičnega in tehničnega zavarovanja osebnih podatkov, med katere sodi tudi zagotavljanje dnevnikov sledljivosti obdelave osebnih podatkov ter nujnost sklenitve pisne pogodbe o pogodbeni obdelavi osebnih podatkov in ustreznem dodatnem nadzoru, kadar izvajalci zdravstvenih storitev za posamezne naloge obdelave osebnih podatkov pooblastijo zunanje izvajalce (npr. za prevoz, uničenje zdravstvene dokumentacije).

Zaradi učinkovitega varstva pravic pacientov po sedaj veljavni zakonodaji, predvsem pa tudi zaradi novosti in zaostritve nove evropske zakonodaje, bodo vsi, ki obdelujejo osebne podatke, med njimi tudi vsi subjekti, ki obdelujejo posebne/občutljive – zdravstvene osebne podatke, morali natančno preveriti in uskladiti obstoječe postopke fizičnega in tehničnega varovanja in ukrepe za zavarovanje osebnih podatkov z novimi pravili, in sicer najkasneje do 25. maja 2018. Najprej se bo treba lotiti notranjih aktov in politike institucije glede varovanja osebnih podatkov, pregleda kataloga zbirk osebnih podatkov in nadaljevati v smeri pregleda vseh fizičnih in tehničnih varnostnih mehanizmov. Posebno pozornost bo treba nameniti morebitnim zunanjim izvajalcem – tako imenovanim pogodbenim obdelovalcem – ki z novo uredbo tudi prevzemajo del odgovornosti. Posebej nas mora zanimati, kje (fizični arhivi, strežniki, oblachne storitve) se osebni podatki nahajajo in na kakšen način se shranjujejo.

Splošna uredba o varstvu osebnih podatkov (GDPR)

Nova Splošna uredba o varstvu osebnih podatkov (GDPR)³ je začela

¹ Jerneja Merva, univerzitetna diplomirana pravnica, predavateljica zakonodaje s področja pacientovih pravic in varstva osebnih podatkov. Deset let je bila zaposlena na Lekarniški zbornici Slovenije, med drugim je pokrivala tudi svetovanje s področja varstva osebnih podatkov. Trenutno svoje delo nadaljuje kot strokovnjakinja za varstvo osebnih podatkov, kot zunanji DPO (Data protection officer) znotraj zdravstvenih institucij.

² Na podlagi Zakona o varstvu osebnih podatkov (ZVOP-1) je obdelava kakršnokoli delovanje ali niz delovanj, ki se izvaja v zvezi z osebnimi podatki, ki so del avtomatizirane ali ročno vodene zbirke ali so namenjeni vključitvi vanjo. Primeri: zbiranje, shranjevanje, vpogled, urejanje, uporaba, sporočanje, razkrivanje, izbris, anonimiziranje, posredovanje ...

veljati 24. maja 2016, uporabljati pa se začne neposredno in hkrati v vseh državah članicah **25. maja 2018**. Cilj nove zakonodaje je omogočiti prebivalcem nadzor nad njihovimi osebnimi podatki in poenotiti ter dvigniti raven varstva osebnih podatkov v EU. Na podlagi uredbe (in ne direktive), ki se bo uporabljala neposredno v vseh državah članicah EU, se zagotavlja poenoteno in usklajeno ukrepanje v vseh državah članicah. Ne glede na dejstvo, da se bo sicer uredba v vseh določilih pri nas uporabljala neposredno, bo posamezna določila treba natančneje urediti z nacionalno zakonodajo, torej s spremembo Zakona o varstvu osebnih podatkov (ZVOP-1). Predlog spremembe ZVOP-1 naj bi Ministrstvo za pravosodje RS objavilo v mesecu septembru.

Med ključnimi novostmi uredbe je najprej treba izpostaviti obveznost angažiranja posebne, pooblaščenice osebe za varovanje osebnih podatkov,⁴ ki jo bodo med drugim morali zagotoviti tudi vsi subjekti, ki izvajajo zdravstveno dejavnost, saj obdelujejo posebne/občutljive osebne podatke. Takšno pooblaščenico osebo že poznajo na Hrvaškem in v Nemčiji. Pooblaščenici osebi za varovanje osebnih podatkov bo treba zagotoviti neodvisnost delovanja, in sicer tako, da bo lahko neovirano izvajala tako imenovane »revizorske« aktivnosti in pri tem sodelovala z Informacijskim pooblaščencom (nadzornikom varstva osebnih podatkov). Ta pooblaščenica oseba bo lahko zunanja pooblaščenica oseba z ustreznim strokovnim znanjem s področja varovanja osebnih podatkov⁵ ali pa bo za te naloge pooblastila že zaposleno osebo v instituciji, ki bo morala pridobiti strokovna znanja s področja varovanja osebnih podatkov in ji bo morala biti znotraj institucije zagotovljena neodvisnost delovanja. Bistvene

naloge pooblaščenice notranje ali zunanje osebe bodo **spremljanje skladnosti obdelave osebnih podatkov s predpisi, izobraževanje in ozaveščanje zaposlenih, svetovanje pri pripravi analize učinka (preden se uvedejo sistemi za zbiranje in obdelavo osebnih podatkov) in predvsem svetovanje ter poročanje odgovornim (poslovodnim) osebam glede izvedbe ukrepov za ustrezno izvajanje vseh fizičnih in tehničnih varnostnih mehanizmov za učinkovito varovanje osebnih podatkov.**

Nova uredba prinaša strožje zahteve po varnosti obdelave osebnih podatkov. Ob upoštevanju najnovejšega tehnološkega razvoja in stroškov izvajanja ter narave, obsega, okoliščin in namenov obdelave, pa tudi tveganj za pravice in svoboščine posameznikov, upravljavec (npr. zdravstvena ustanova) in obdelovalec (npr. zunanji pogodbeni partner, zadolžen za IT-podporo) z izvajanjem ustreznih tehničnih in organizacijskih ukrepov zagotovita ustrezno raven varnosti glede na tveganje. Eden od ukrepov je tudi postopek rednega testiranja, ocenjevanja in vrednotenja učinkovitosti tehničnih in organizacijskih ukrepov za zagotavljanje varnosti obdelave.

Uvedena je tudi nova zahteva po posebnem **poročanju o incidentih oz. kršitvah varstva osebnih podatkov; uradno – formalno sporočilo Informacijskemu pooblaščenцу (IP, nadzorniku varstva osebnih podatkov) v roku 72 ur in obveščanje posameznikov (npr. vseh pacientov) o morebitnih kršitvah.**

Vse institucije, ki obdelujejo osebne podatke, morajo zagotoviti transparentnost. Informacije o zbiranju in obdelavi osebnih podatkov morajo biti posameznikom enostavno dostopne. Tudi v samem postopku zbiranja soglasij oz. privolitev posameznikov (za obdelavo, ki nima

zakonske podlage) bo po novem treba zagotoviti bistveno višji standard. Kakršno koli soglasje bo moralo biti jasno in razumljivo. Posameznik bo moral izrecno podati privolitev in mora dobiti jasno informacijo o tem, kateri podatki se bodo obdelali in za kakšen – konkreten – namen.

Namesto dosedanjega kataloga (poročanja IP) se uvaja malce drugačen sistem vođenja evidence dejavnosti obdelave osebnih podatkov. V primeru, ko se bo institucija odločila za nove zbirke in obdelavo večjega števila osebnih podatkov, bo morala izvesti kompleksno predhodno analizo učinka obdelave, katere namen je vključiti vse varovalne mehanizme.

Definicija posebnih/občutljivih osebnih podatkov, med katere spadajo zdravstveni podatki, se z uredbo razširja tudi na genetske podatke.

Pravica do varovanja osebnih podatkov je okrepljena z večjim ter učinkovitejšim nadzorom nadzornika za varstvo osebnih podatkov (IP). Skladno z določbo 83. in 84. člena uredbe naj bi bile globe učinkovite, sorazmerne in odvračilne. V vsakem primeru pa se tehta narava, teža in trajanje kršitve oz. malomarnost, morebitni ukrepi za zmanjševanje škode, morebitne predhodne kršitve in vrste ter obseg osebnih podatkov. Skladno z določili uredbe naj bi **višina globe znašala do 20 mio. EUR ali 4 odstotke skupnega svetovnega letnega prometa v preteklem proračunskem letu,** odvisno od tega, kateri znesek je višji. V primerjavi s sedaj veljavnim ZVOP-1, ki določa globo v razponu od 4.170 do 12.510 EUR, je razvidna pomembna razlika v odnosu do kršiteljev in s tem večjemu zavarovanju pravice do varstva osebnih podatkov.

Med drugimi najpomembnejšimi novostmi, ki se nanašajo na posameznike, omenimo pravico do pozabe, do omejitve obdelave osebnih podatkov, pravico vedeti, kako dolgo se hranijo osebni podatki, pravico do prenosljivosti in pravico do popravka.

3 Glej Uredbo EU 2016/679 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 27. aprila 2016 o varstvu osebnih podatkov in o prostem pretoku takih podatkov ter o razveljavitvi Direktive 95/46/ES.

4 Data protection officer (DPO)

5 Data protection officer na zahtevo

Menedžment krhkosti na individualni ravni: preprečevanje krhkosti



Co-funded by
the Health Programme
of the European Union

advantAGE
MANAGING FRAILTY

Doc. dr. Branko Gabrovec, Nacionalni inštitut za javno zdravje

Izr. prof. dr. Brigita Skela Savič, Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin

branko.gabrovec@nijz.si, bskelasavic@fzab.si

Delež starejših od 65 let se bo v Evropi do leta 2060 podvojil na skupno 151 milijonov ljudi (1). Ta velik napredek v dolgoživosti bo zbledel, če ga ne bodo spremljali standardi zdravja in kakovosti življenja. Starejši ljudje so bolj dovzetni za bolezni: rak, diabetes, kognitivni upad, Parkinsonovo bolezen ... V tem smislu je izziv premagovanje teh stanj in izboljšanje kakovosti življenja (2). Življenjski slog in druge intervencije lahko upočasnijo procese staranja. Velja, da so zgodnje intervencije učinkovit zaviralec procesov staranja, hkrati pa izboljšujejo kakovost življenja (2).

Standardna definicija krhkosti še ni bila dogovorjena, a je bilo prepoznano, da ima krhkost biološko osnovo s fizičnimi, socialnimi in psihološkimi komponentami (3). Glede na različne definicije se ocenjuje, da je prevalenca krhkosti pri starejših od 65 let 4–17 odstotkov (4). Raziskave kažejo (5), da so indikatorji krhkosti pogosto poročani že pri odraslih v srednjih letih (50–64,9 leta), zato je pomembno, da zgodnje intervencije zajamejo tudi odrasle v srednjih letih.

Ker se lahko proces, ki vodi do starostne krhkosti in oslabilosti,

upočasni ali celo popolnoma zavre, je primeren za zgodnje intervencije. Starostna krhkost in oslabilost sta namreč močan dejavnik tveganja za izgubo mobilnosti, padce, odvisnost od drugih, institucionalizem in smrt, zato so zgodnje intervencije in morebitno zdravljenje ključnega pomena (6). Poleg tega je stanje priznan napovedovalec izidov medicinskih in kirurških posegov, ki jih je treba upoštevati in ne zgolj pripisati dejstvu, da gre za starejše paciente. Glede na pospešeno staranje populacije v večini evropskih držav in s tem povezano povečano število posameznikov z okvarami ter odvisnostjo od drugih, bi intervencije pripomogle k odlogu odvisnosti od drugih, kar pa je glavni vzrok poseganja po zdravstvenih in socialnih storitvah (7).

Za spopadanje s krhkostjo je pomembno poznati dejavnike tveganja. Morebitni vzroki so široki in vključujejo več dejavnikov tveganja, ki jih najdemo pri različnih boleznih in stanjih (8). Pomemben dejavnik je spol. Višji indeks krhkosti pri ženskah je omenjen v več publikacijah (8, 9, 10, 11, 12). Najpomembnejši dejavnik tveganja je starost, ki z leti starosti narašča (8, 13). Ugotovitve raziskave v Veliki Britaniji (13) med dvojčki

kažejo, da je krhkost genetsko in okolijsko determinirana.

Med socialne determinante krhkosti štejemo: socialno-ekonomske dejavnike, življenjski slog in socialno podporo (9). Nekatere raziskave (5, 12) so ugotovile, da stopnja izobrazbe ni povezana s krhkostjo, medtem ko nizek prihodek na družinskega člana je. Dokazov na področju prehrane je manj, a kljub temu kažejo, da je krhkost povezana s pomanjkanjem beljakovin, kaloričnega vnosa in vitamina D. Ravno tako je vse več dokazov, da je krhkost povezana tudi z debelostjo v povezavi z drugimi načini nezdravega življenja (fizična neaktivnost, kakovost hrane, kajenje) (8).

V smisli spreminjajočih se vplivov je fizična aktivnost najbolj proučevana, še posebej vztrajnostna vadba, ki je koristna tako za preventivo kot zdravljenje fizičnih komponent krhkosti (8). Nizka fizična aktivnost in majhna moč oprijema sta dve najpogostejši komponenti znaka krhkosti, ki potrebujeta metode za izboljšanje fizične aktivnosti in fizične moči. Britansko združenje za geriatrico še dodaja, da lahko fizična aktivnost in zdrava prehrana preprečita ali minimizirata vpliv krhkosti (8).

Smernice za preventivo krhkosti (smernice NICE) (14) so bile razvite za svetovanje, kako v srednjih letih izboljšati zdravje in zmanjšati razvoj krhkosti v kasnejših letih. Ta navodila poudarjajo zmanjševanje vedenja, ki povečuje tveganja za razvoj demence, invalidnosti in krhkosti, ter zmanjševanje dolgotrajnih stanj (srčno-žilne

Prispevek je nastal na podlagi poročila: SKELA - SAVIČ, Brigita, GABROVEC, Branko (avtor, urednik), HVALIČ TOUZERY, Simona, VENINŠEK, Gregor, STROJNIK, Vojko, JELENC, Marjetka, SELAK, Špela. *WP6 Management of frailty at individual level : systematic literature review : Joint Action Advantage*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2017. 206 str. Ta prispevek je nastal v okviru projekta skupnega ukrepanja o preprečevanju krhkosti (JA-ADVANTAGE), ki je sofinanciran s strani Evropske unije v okviru tretjega zdravstvenega programa (2014–2020). Vsebinska tega prispevka predstavlja mnenje avtorja in predstavlja njegovo odgovornost; v nobenem primeru ne odraža mnenja Evropske komisije oz. Izvajalske agencije za potrošnike, zdravje, kmetijstvo in hrano ali katerega drugega telesa Evropske unije. Evropska komisija oz. agencija ne sprejema/ta odgovornosti za morebitno uporabo informacij iz tega prispevka.

bolezni, diabetes, kronična obstruktivna pljučna bolezen). Smernice vključujejo aktivnosti promocije zdravja s spodbujanjem zdravega načina življenja, kot so: zmanjševanje kajenja in uživanja alkohola, povečanje fizične aktivnosti, izboljšanje prehranskih navad, doseganje in ohranjanje zdrave teže.

Navedenih je 15 priporočil (14).

Promocija zdravega načina življenja:

1. Vzpodbujanje zdravih navad
2. Integracija preventivnih ukrepov za področje demence
3. Dvigovanje ozaveščenosti glede tveganj demence, invalidnosti in krhkosti
4. Ustvarjanje informacij glede zmanjševanja tveganj demence, invalidnosti in krhkosti
5. Zmanjševanje uporabe tobačnih izdelkov
6. Ustvarjanje okolice za promocijo fizične aktivnosti
7. Zmanjševanje uživanja alkohola
8. Podpora zdravemu prehranjevanju

Organizacija storitev in dostopnost:

9. Organizacija storitev za promocijo sprememb vedenja
10. Zagotovitev dostopnosti storitev
11. Zagotavljanje nasvetov o zmanjševanju tveganj za razvoj demence, invalidnosti in krhkosti ob vsaki priložnosti
12. Omogočanje priložnosti za fizične aktivnosti
13. Omogočanje izobraževanja in kontinuiranega razvoja programov za lokalno osebje, zdravstveno in socialno osebje, prostovoljce v skupnosti za pomoč pri zmanjševanju tveganj za razvoj demence, invalidnosti in krhkosti
14. Vodenje z zgledom v javnem sektorju
15. Zagotavljanje podpore na delovnem mestu

Literatura:

1. European Commission. (2015). The 2015 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies - ee8_en.pdf. (n.d.). Retrieved from http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2014/pdf/ee8_en.pdf
2. Carretero, L., Navarro-Pardo, E., & Cano, A. (2015). Progression in healthy ageing: frailty, cognitive decline and gender in the European Innovation Partnership for Active and Healthy Ageing. *The European Journal of Psychiatry*, 29(4), 231–237. <https://doi.org/10.4321/S0213-61632015000400001>
3. Uchmanowicz, I., Lisiak, M., Wontor, R., & Łoboz-Grudzień, K. (2015). Frailty in patients with acute coronary syndrome: comparison between tools for comprehensive geriatric assessment and the Tilburg Frailty Indicator. *Clinical Interventions in Aging*, 10, 521–529. <https://doi.org/10.2147/CIA.S78365>
4. Collard, R. M., Boter, H., Schoevers, R. A., & Oude Voshaar, R. C. (2012). Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(8), 1487–1492. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.04054.x>
5. Guessous, I., Luthi, J.-C., Bowling, C. B., Theler, J.-M., Paccaud, F., Gaspoz, J.-M., & McClellan, W. (2014). Prevalence of Frailty Indicators and Association with Socioeconomic Status in Middle-Aged and Older Adults in a Swiss Region with Universal Health Insurance Coverage: A Population-Based Cross-Sectional Study. *Journal of Aging Research*, 2014, e198603. <https://doi.org/10.1155/2014/198603>
6. Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O., & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *Lancet (London, England)*, 381(9868), 752–762. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62167-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62167-9)
7. Rodríguez-Artalejo F, Rodríguez-Mañas L. *The frailty syndrome in the public health agenda*. J Epidemiol Community Health 2014; 68: 703-4.
8. British Geriatrics Society, 2014. *Fit for Frailty: Consensus best practice guidance for the care of older people living with frailty in community and outpatient settings - a report from the British Geriatrics Society*. London: The British Geriatrics Society. Retrieved from http://www.bgs.org.uk/campaigns/fff/fff_full.pdf
9. Woo, J., Goggins, W., Sham, A., & Ho, S. C. (2005). Social determinants of frailty. *Gerontology*, 51(6), 402–408. <https://doi.org/10.1159/000088705>
10. Buttery, A. K., Busch, M. A., Gaertner, B., Scheidt-Nave, C., & Fuchs, J. (2015). Prevalence and correlates of frailty among older adults: findings from the German health interview and examination survey. *BMC Geriatrics*, 15, 22. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0022-3>
11. Mohandas, A., Reifsnnyder, J., Jacobs, M., & Fox, T. (2011). Current and future directions in frailty research. *Population Health Management*, 14(6), 277–283. <https://doi.org/10.1089/pop.2010.0066>
12. Coelho, T., Paúl, C., Gobbens, R. J. J., & Fernandes, L. (2015). Determinants of frailty: the added value of assessing medication. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 7. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2015.00056>
13. Young, A. C. M., Glaser, K., Spector, T. D., & Steves, C. J. (2016). The Identification of Hereditary and Environmental Determinants of Frailty in a Cohort of UK Twins. *Twin Research and Human Genetics: The Official Journal of the International Society for Twin Studies*, 19(6), 600–609. <https://doi.org/10.1017/thg.2016>
14. NICE Guidelines, 2015. National institute for health and care excellence. Dementia, disability and frailty in later life – mid-life approaches to delay or prevent onset | Guidance and guidelines | NICE. (n.d.). Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng16>

Obvezno navodilo Ministrstva za zdravje RS

Spoštovani mladi kolegi!

Zaradi več prijav kršitev spodnjega navodila (s strani specializantov ter javnih zdravstvenih zavodov) še enkrat objavljamo **Obvezno navodilo Ministrstva za zdravje RS glede obsega in vsebine dela, ki ga lahko opravljajo zdravniki s strokovnim izpitom, zdravniki brez veljavne licence ter specializanti.**

Na Ministrstvo za zdravje RS je bil glede dela sobnega zdravnika poslan predlog, da v navodilo vključijo naslednjo interpretacijo: »Sobni zdravnik brez neposrednega nadzora (v reanimobilu) samostojno ne sme delati v reanimobilu (MoE-

-REA), saj nima in ne more imeti dovolj izkušenj za reševanje najbolj kritičnih stanj.«

Če se zdravniki po strokovnem izpitu, brez licence ali specializanti znajdete v okoliščinah, ki bi kršile spodnje navodilo, vas pozivam(o), da kršitev **pisno prijavite** predsedniku Sveta za izobraževanje zdravnikov (Gregor.Prosen@zzs-mcs.si)!

*Predsednik SIZ, asist. Gregor Prosen,
spec. urg. med., FEBEM*

REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE
Štefanova ulica 5, 1000 Ljubljana

IZVAJALCI ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI
SPLETNA STRAN MINISTRSTVA
ZDRAVSTVENI INŠPEKTORAT RS
INŠPEKTORAT RS ZA DELO
ZZZS

Številka: 0070-2/2014/1
Datum: 3. 1. 2014

Zadeva: OBVEZNO NAVODILO

Zaradi različnih tolmačenj 10 in 10.a člena ter 20. člena Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 72/06 - uradno prečiščeno besedilo, 68/06 - ZSPJS-F, 58/08, 15/08 in 107/1 O-ZPPKZ in 40/12-ZUJF, v nadaljnjem besedilu: ZZdrS) predvsem glede obsega in vsebine dela, ki ga lahko opravljajo zdravniki s strokovnim izpitom, zdravniki brez veljavne licence in specializanti, vam v nadaljevanju posredujemo obvezno navodilo.

I.

ZDRAVNIK S STROKOVNIM IZPITOM

ZZdrS v 10.a členu določa:

»Ne glede na prejšnji člen sme zdravnik s strokovnim izpitom samostojno opravljati vse dejavnosti, ki so navedene v programu pripravništva za poklic zdravnik ter v obsegu teh dejavnosti predpisovati zdravila in medicinske pripomočke.«

Zdravnik s strokovnim izpitom lahko samostojno opravlja le tiste nujne zdravniške ukrepe oz. posege, ki so taksativno navedeni v Prilogi 2 Programa pripravništva za poklic zdravnik (Uradni list RS, št. 33/95, 60/95, 59/96 in 98/99-ZZdrS).

Izvajalec zdravstvene dejavnosti mora določiti nadzornega zdravnika specialista, ki mora biti zdravniku s strokovnim izpitom, ki samostojno opravlja nujne zdravniške ukrepe oziroma posege, ves čas na voljo za konzultacijo.

Določba 10.a člena ZZdrS zdravniku s strokovnim izpitom ne omogoča opravljanja dela izbranega osebnega zdravnika. Določba 80. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06-UPB3, 114/06-ZUTPG, 91107, 71/08 Skl.US, 76/08, 118/08 Skl.US, 47/10 OdI.US, 62/10-ZUPJS, 87/11, 40/12-ZUJF in 21/13-ZUTD-A - v nadaljnjem besedilu: ZZVZZ) je jasna in izrecno določa, kdo je lahko izbrani osebni zdravnik. Zdravnik s strokovnim izpitom tem pogojem ne zadosti.

Zdravnik s strokovnim izpitom niti pod nadzorom zdravnika specialista ne more opravljati del izbranega osebnega zdravnika.

Vsakršno drugačno tolmačenje bi bilo v nasprotju tako z ZZdrS kot tudi ZZVZZ.

Zdravnik s strokovnim izpitom ni več v učnem procesu, zato se mu za opravljanje del izven obsega 10. a člena ZZdrS ne sme postaviti mentorja in del izven obsega 10. a člena ZZdrS ne sme opravljati.

II.

SOBNI ZDRAVNIK

Zdravnik brez specializacije/zdravnik po opravljenem sekundariatu: zdravnik brez specializacije in brez licence (sobni zdravnik, zdravniki, ki delajo pod nadzorom ali mentorstvom specialista po opravljenem sekundariatu itd.) kot ga opredeljuje Posebni tarifni del Kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike v Republiki Sloveniji zaradi realizacije Zakona o sistemu plač v javnem sektorju (Uradni list RS, št. 60108) sme samostojno opravljati samo tista dela in storitve, za katere je usposobljen z dotlej pridobljeno formalno izobrazbo oziroma pod pogoji navedenimi v ostalih točkah tega navodila.

Izvajalec zdravstvene dejavnosti mora določiti nadzornega zdravnika specialista, ki mora biti zdravniku iz te točke, ves čas na voljo za konzultacijo.

III.

DELO ZDRAVNIKA SPECIALIZANTA

ZZdrS v 20. členu določa:

»Zdravniki specializanti smejo opravljati zdravniško službo, za katero specializirajo, le pod vodstvom in z odgovornostjo mentorja.

Ne glede na prejšnji odstavek lahko specializant med specializacijo samostojno opravlja tista dela in storitve, za katere je pridobil ustrezno znanje, izkušnje in veščine, kar s podpisom potrdi mentor na listu specializanta. Specializant je odgovoren za opravljanje teh del in storitev.«

Pravilnik o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov (Uradni list RS, št. 22/09, 42/09 in 22/10) v 38. členu določa:

»Specializant lahko v času specializacije samostojno opravlja tista dela in storitve, za katere je usposobljen z dotlej pridobljeno formalno izobrazbo (zaključen študij s strokovnim izpitom, opravljen sekundarijat, opravljena druga specializacija), druge storitve s področja sedanje specializacije pa le po predhodnem pisnem pooblastilu ali pod neposrednim nadzorom mentorja.

Specializant lahko med specializacijo samostojno opravlja tista dela in storitve, za katere je pridobil ustrezno znanje, izkušnje in veščine, kar s podpisom potrdi mentor na listu specializanta. Specializant je odgovoren za opravljanje teh del in storitev.«

Zdravnik specializant lahko opravlja zdravniško službo, za katero specializira, zgolj pri pooblaščenih izvajalcih, h katerim ga je razporedila Zdravniška zbornica Slovenije. Zdravnik specializant lahko izven programa svoje specializacije, opravlja zdravniško službo zgolj pod pogoji iz točke I. tega navodila.

Zdravnik specializant sme tudi tista dela in storitve, za katere je pridobil ustrezno znanje, izkušnje in veščine, kar je s podpisom potrdil mentor na listu specializanta, opravljati zgolj pri pooblaščenih izvajalcih, h katerim ga je razporedila Zdravniška zbornica Slovenije. V kolikor zdravnik specializant kljub dejstvu, da je pridobil ustrezno znanje, izkušnje in veščine za opravljanje določenih del in storitev, le-tega nima potrjenega v listu specializanta, teh del in storitev ne sme samostojno opravljati.

Določba 20. člena ZZdrS zdravniku specializantu ne omogoča opravljanja dela izbranega osebnega zdravnika. Določba 80. člena ZZVZZ je jasna in izrecno določa, kdo je lahko izbrani osebni zdravnik. Zdravnik specializant tem pogojem ne

zadosti (razen, če poseduje licenco z ustreznega področja, kot je opredeljeno v 8o. členu ZZVZZ ali licenco pridobljeno na podlagi 39. člena ZZdrS-E (Uradni list RS, št. 58/08)).

IV.

ZDRAVNIK Z OPRAVLJENIM PROGRAMOM SPECIALIZACIJE, KI NI PRISTOPIL NA SPECIALISTIČNI IZPIT

Zdravnik z opravljenim programom specializacije, ki ni pristopil na specialistični izpit, sme samostojno opravljati samo tista dela in storitve, za katere je usposobljen z dotlej pridobljeno formalno izobrazbo.

Izvajalec zdravstvene dejavnosti mora določiti nadzornega zdravnika specialista, ki mora biti zdravniku iz te točke, ves čas na voljo za konzultacijo.

V.

ZDRAVNIK SPECIALIST BREZ VELJAVNE LICENCE

ZZdrS v 10. členu določa pogoje za samostojno opravljanje zdravniške službe, ki morajo biti izpolnjeni kumulativno (imeti mora ustrezno kvalifikacijo, vpisan mora biti v register zdravnikov in imeti veljavno licenco na določenem strokovnem področju). V kolikor zdravnik specialist ne izpolnjuje enega izmed navedenih pogojev, ne sme samostojno opravljati zdravniške službe.

Zdravnik specialist, ki nima veljavne licence, sme samostojno opravljati samo tista dela in storitve, za katere je usposobljen z dotlej pridobljeno formalno izobrazbo.

Zdravnik specialist, ki nima veljavne licence, ne more biti izbrani osebni zdravnik, kot ga opredeljuje 8o. člen ZZVZZ, saj je potrebno poleg navedenega člena upoštevati tudi veljavno ureditev v ZZdrS. V skladu z 8o. členom ZZVZZ je izbrani osebni zdravnik lahko le zdravnik specialist z licenco za delo na področju splošne medicine (družinske medicine) ali zdravnik specialist z licenco za delo na področju medicine dela, prometa in športa, izjemoma tudi zdravnik z licenco za delo na področju splošne medicine s podiplomskim študijem socialne medicine.

Izvajalec zdravstvene dejavnosti mora določiti nadzornega zdravnika specialista, ki mora biti zdravniku iz te točke, ves čas na voljo za konzultacijo.

VI.

ZDRAVNIK Z OPRAVLJENO SPECIALIZACIJO Z VEČ RAZLIČNIH PODROČIJ

Vsebina dela zdravnika specialista je vezana na opravljeno specializacijo in veljavno licenco. V kolikor ima zdravnik opravljeno specializacijo z več različnih področij in razpolaga z veljavno licenco samo za eno izmed teh področij, lahko samostojno opravlja delo zgolj na področju, za katerega ima veljavno licenco.

VII.

OPRAVLJANJE ZDRAVNIŠKE SLUŽBE POD MENTORSTVOM

Zdravnik sme opravljati zdravniško službo pod mentorstvom, torej nesamostojno, zgolj v učnem procesu (pripravnništvo, specializacija) ali v primerih ko to določajo drugi predpisi s področja zdravniške službe.

VIII.

PRENEHANJE VELJAVNOSTI

Z dnem izdaje tega navodila prenehata veljati dopisa št. 5812-4/2007-2 z dne 2. 4. 2007 in št. 0070-27/2008/57 z dne 28. 1. 2009.

Izvajalci zdravstvene dejavnosti morajo svojo dejavnost nemudoma uskladiti z zgoraj navedenimi pravnimi predpisi ter s tem obveznim navodilom.

Brigita Čokl
Državna sekretarka

Mladi zdravniki Slovenije o spremembah Zakona o zdravniški službi

Dr. Tina Bregant, dr. med., spec. pediatrije, Mladi zdravniki Slovenije

Uvod

Mladi zdravniki Slovenije (MZS) se zavedamo pomena zdravniškega poklica. V luči izzivov sodobnega časa, ki so tako biološko-populacijski, sociološki kot tudi ekonomski, vemo, da brez sprememb v zdravstvu ne bo mogoče slediti spoznanjem sodobne medicine ter vzdrževati kakovostnega strokovnega dela zaposlenih v zdravstvu. Pozdravljamo pripravljenost vlade, da ukrepa na tem področju tudi s poseganjem v obstoječo zakonodajo.

Žal pa so predstavljeni predlogi sprememb zdravstvenega sistema v posameznih segmentih ne le ustavno sporni, pač pa tudi predstavljajo grožnjo nekaterim področjem zdravniškega dela, ki so do sedaj delovala kakovostno in primerljivo ostalim zahodnim zdravstvenim sistemom, po katerih se radi zgledujemo.

Menimo, da predlagane spremembe zakonov ne ponujajo rešitev, ki jih slovensko zdravstvo, bolniki in zaposleni v zdravstvu pričakujemo in potrebujemo. Prihajajoče spremembe v tem in tudi drugih predlaganih zakonih so za nas nesprejemljive in bodo posredno škodljivo vplivale na bolnike.

S svojim mnenjem želimo ustvarjalno prispevati k spremembam in upamo, da bomo uspeli z javno in čim boljje argumentirano razpravo prispevati k izboljšanju zdravstvenega sistema.

Sporni predlogi

Za mlade zdravnike sta sporna tako način predlaganja sprememb kot vsebina predlogov.

Način predlaganja sprememb Zakona o zdravniški službi (ZZdrS)

Sporen je način predstavitve sprememb, ki je potekala tajno in brez pomembnega upoštevanja mnenj in predlogov zdravniških organizacij. Poleg tega je sprejemanje zakona, ki je širšega javnega pomena, po nujnem postopku, nesprejemljivo z vidika sodobne demokratične družbe.

Veljavna zakonodaja pravi, da je sprejemanje nujnega zakona točno določen postopek, ki je zakonsko opredeljen, če gre za interese varnosti ali obrambo države, odpravo posledic naravnih nesreč ali preprečevanje težko popravljivih posledic za delovanje države. Nujni postopek lahko predlaga samo vlada, ki mora navesti razloge posebej utemeljiti. O uvedbi nujnega postopka odloča Kolegij predsednika Državnega zbora RS. Ministrstvo za zdravje (MZ) opravičuje svojo odločitev glede nujnosti zakona na podlagi tretjega razloga, pri čemer je glavna utemeljitev, ki jo navajajo, da bo imel predlog sprememb izrazit in takojšen vpliv na čakalne dobe in da se bo s tem izboljšal zdravstveni sistem.

Strinjamo se, da se s prenosom financiranja plač zdravnikov pripravnikov in specializantov res razbremeni proračun zavarovalnice (ZZZS), vendar bo enako količino sredstev treba zagotoviti v proračunu RS, kjer jih trenutno še ni in se bodo morala zagotoviti z odvzemanjem in prerazporejanjem sredstev drugod. Ker država ni le ZZZS, dvomimo v smiselnost predlaganih sprememb. Hkrati

ne razumemo, kako bo to skrajšalo čakalne dobe, ki so nastale predvsem zaradi pomanjkanja kadra. Zato smo skeptični kljub ustnim pojasnilom predlagateljev zakona, da je nujnost postopka ustrezna predvsem zato, da se že letos v proračunu zagotovi sredstva za zdravniške plače.

Na podlagi točke o nujnosti sprejetja zakona je onemogočen demokratičen proces oblikovanja zakonodaje s strani zainteresirane javnosti. Nedemokratičnost in izločanje širše (tudi strokovne) javnosti iz razprave o zakonskih spremembah, ki se posredno dotikajo vseh državljanov Slovenije, neposredno pa zadevajo predvsem zdravnike in bolnike, sta za nas nesprejemljiva. Ker gre za širšo javnost, bi bilo v sodobni in demokratični družbi pričakovati javno razpravo, z željo doseči čim širše družbeno soglasje glede predlaganih sprememb. Poleg tega zakon ni usklajen z zdravniškimi organizacijami. Vse zdravniške organizacije smo poskusile prispevati k spremembam, vendar pa predlogi v veliki meri niso bili upoštevani. Z nedavnimi aktivnostmi smo sicer dosegli, da so si predlagatelji zakonov zapisali naše predloge, ki jih je možno uzakoniti v obliki amandmajev, vendar pa to ne rešuje slabo spisanega zakona in nujnosti postopka.

Vsebina predlaganega zakona ZZdrS

Zelo sporno je politično kadrovanje, ki v predlogu prenese strokovni nadzor nad specializacijami z zdrav-

niške zbornice (ZZS) na politične organe, torej MZ. Zavedamo se, da nadzor nad specializacijami v preteklosti ni potekal optimalno, vendar pa težko razumemo, da bo ob odsotnosti mreže, iz katere bi lahko sklepali na potrebe, to sedaj *ad hoc* uredilo MZ v sestavi petih novozaposlenih ljudi, ob pomoči NIJZ. Menimo, da ZZS kot osrednja stanovska organizacija mora imeti pomembno besedo tudi pri odločanju o številu specializacij. Skrbi nas prenos strokovnih odločitev na politične organe in menimo, da ga s strokovnega vidika ne smemo dovoliti.

Predlog zakona uvaja tudi drugačen način razpisovanja specializacij. Sama uvedba nacionalnega razpisa in razpisa za izvajalce zdravstvene dejavnosti, namesto razpisa na podlagi regij, ni slaba, če bi hkrati upoštevala priporočila stroke (ZZS), kot je bilo do sedaj. Omenja se sicer posodobljen register (mreža), ki bo temeljni vsebinski in podatkovni okvir za celovito opredelitev dolgoročnih potreb po zdravstvenih delavcih ter bo tako služil za pripravo izhodišč za merila, kot tudi za strukturirano in dolgoročno demografsko projekcijo, za katerega je predvideno precej proračunskih sredstev. Ta sredstva zaenkrat niso zagotovljena. Zato nas skrbi, da bo ob odsotnosti kriterijev in zaenkrat nedelujočem registru prišlo do nepopravljivih, dolgoročnih posledic spremenjenega načrtovanja in razpisovanja specializacij, ki bodo še dodatno poslabšale obstoječe stanje, ko se že tako soočamo s pomanjkanjem pediatrov na primarni ravni, družinskih zdravnikov, urologov ipd.

Dodatno se ukinja pomen nacionalnih in regijskih koordinatorjev specializacij, ki so potrjeni s strani ZZS. Javljanje potreb po posameznih specializacijah se prenese na posamezne izvajalce zdravstvene dejavnosti – zavode. Ti bodo dolžni enkrat letno sporočiti svoje potrebe na MZ, kjer bo novoustanovljen odbor na podlagi kriterijev odločal o mestih na posameznem razpisu. Skrbi nas, da bo sporo-

čanje potreb zavodov podobno temu, kar smo že izkusili v preteklosti: sporočena je bila potreba po specialistu, ki je bil dobrodošel, dokler je bil specializant, ko bi ga morali zaposliti kot specialista, pa te potrebe nenadoma ni bilo več.

Poleg tega je bilo v zadnjih letih pri podaji soglasij ugotovljeno, da sporočene potrebe s strani izvajalcev zdravstvene dejavnosti ne prikazujejo vedno dejanskih potreb v Republiki Sloveniji oz. te ne temeljijo na ocenah potreb prebivalstva. Izvajalci zdravstvene dejavnosti pri poročanju namreč ne upoštevajo specializantov, ki že opravljajo specializacijo za potrebe javne zdravstvene mreže za njihovo regijo, kar pomeni, da so že v sistemu, oz. ne javljajo potreb po določenih novih specialistih oz. podajo potrebo po zdravnikih določene specialnosti, čeprav za njihovo zaposlitev nimajo priznanega programa s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). Ponovno se postavlja vprašanje, ali s tem zakonom morda ne rešujemo zgolj problema zavarovalnic (ZZZS) namesto problema bolnikov.

Predlog tudi ukinja možnost ponovne prijave na razpisu za potrebe javne mreže, kar v praksi pomeni ukinitve izbire druge specializacije. To ni v skladu s sodobnimi trendi multidisciplinarnosti, hkrati pa postavlja pod vprašaj primere, ko nekdo ne zmore oz. ne želi več opravljati svoje prvotne stroke (specializacije) oz. si želi dodatnih znanj. Da bi nekdo iz čistega udobja menjal področje specializacije in si podaljšal leta, ko dela kot slabo plačan in iztrošen specializant, ni ravno verjetno. Odločitev za posamezno specializacijo je praviloma zahtevna in lahko se zgodi, da zahteve in obremenitve, ki jih prinese izbira, presegajo zmožnost posameznika. To, da se možnost prenosa na drugo specializacijo ukine oz. je potrebno lastno financiranje izobraževanja, bo dodatno breme za mlade zdravnike, hkrati pa bo lahko razlog, da se mladi ne bodo odločali za zamenjavo oz. bodo iskali specializacijo v državah, kjer ne poznajo podob-

nih omejitev in kazni. Slednje se že dogaja, saj v tujini ne ponujajo le zaposlitve za zdravnike, pač pa nudijo tudi specializacijo z možnostjo kasnejše redne zaposlitve.

V predlogu je ponujena možnost opravljanja samostojne dejavnosti v zadnjem letu za tiste specializacije, ki delujejo na primarni ravni. To so družinska medicina, ginekologija in porodništvo ter pediatrija. Ta člen omogoča, da specializanti navedenih strok že pred opravljenim specialističnim izpitom opredeljujejo svoje paciente. Predlog vidimo kot poskus hitre rešitve pomanjkanja zdravnikov na primarni ravni, kar v luči obremenitev zdravnikov primarne ravni razumemo. Ne razumemo pa, zakaj bi država želela preložiti nesorazmerno odgovornost na zdravnika specializanta, ki je še brez licence, ter hkrati ne bi bila dolžna zagotoviti ustrezne logistične podpore v smislu prostora (ambulante) in sredstev. Ta sprememba je problematična, saj zmanjša varnost oskrbe bolnikov na primarni ravni, še zlasti če upoštevamo, da specializant po definiciji še ni usposobljen za samostojno strokovno delo, saj še ni prejel oz. zadostil pogojem ustrezne licence za delo. Sicer pozdravljamo samostojnost mladih specializantov pri delu, vendar pa morajo biti ob tem izpolnjeni pogoji nadzora, mentorstva ter tudi prostorska in finančna sredstva.

Eden najbolj problematičnih členov je tisti, ki določa zaposlovanje »po dekretu«. Določa, da se mora specializant prijaviti na prvi razpis delodajalca, ki ga določi zbornica. Poleg tega se mora specializant, ki je kandidiral na nacionalnem razpisu, nemudoma po končani specializaciji zaposliti v nacionalni javni mreži za enkratno časovno obdobje trajanja specializacije, ne glede na regijo, v kateri je opravljal specializacijo. Člen tudi določi, da se mora specializant, ki je kandidiral na razpisu za izvajalca, nemudoma po končani specializaciji zaposliti pri izvajalcu za enkratno časovno obdobje trajanja specializacije. V praksi to lahko

pomeni, da specializant iz Izole dobi za izvajalca SB Murska Sobota, kar je s stališča nekoga, ki je star 35 let in si je že ustvaril družino v Izoli, nesprejemljivo. Poleg tega je nerazumljivo, da je posameznik – delavec (specializant in specialist) nezaščiten in v neenakovrednem položaju z delodajalcem. Treba bi bilo vnesti mehanizme in recipročne obveze delodajalca, saj se lahko zgodi, da za specializanta ni možnosti zaposlitve, kjer je bila predvidena njegova zaposlitev, kaznovan pa je zgolj specializant z vračilom vseh sredstev, razen plače.

Vidiki zakona, ki jih mladi zdravniki pozdravljamo

S predlaganimi spremembami zakona se ponovno uvaja pojem sekundariata. Spremembe so dobrodošle, saj omogočijo mladim zdravni-

kom, da stroko bolj temeljito spoznajo. Če to hkrati pomeni, da ne bo potrebe po sobnih zdravnikih, saj bodo zdravniki dobili možnost zaposlitve kot sekundariji (podaljšana doba) oz. kot specializanti, ter da bodo namesto sobnih zdravnikov delodajalci raje zaposlovali specialiste, potem ukinitve sobnih zdravnikov ob hkratnem podaljšanju sekundariata ni problematična.

Pozdravljamo tudi predlagano zakonsko obvezo strokovnih nadzorov in dodatno odgovornost glede izvajanja usposabljanj in dodatnih izobraževanj. Tudi sami si želimo kakovostnega izobraževanja z namenom, da bo bolj strokovno poskrbljeno za naše bolnike. Pri odločanju o ustreznosti izvajalcev izobraževanj pa bi morali upoštevati tudi uporabnike – torej mlade zdravnike. Želimo si namreč kakovostnih mentorjev in uporabnih izobraževanj.

Zaključek

Mladi zdravniki menimo, da predlogi sprememb ZZdrS niso dobro premišljeni. Za zdravstvo in medicinsko stroko, ki je po besedah vseh ključnih deležnikov v izjemnem javnem interesu, bi sprejetje tega zakona brez javne razprave in potrebnih sprememb predstavljalo nesprejemljivo in neodgovorno dejanje. Posledice sprejetja teh sprememb bomo namreč zdravniki in naši bolniki občutili še nekaj let kasneje.

Mladi zdravniki predlaganih sprememb ZZdrS ne podpiramo iz zgoraj navedenih razlogov. Smo pa pripravljeni sodelovati v javni razpravi, da skupaj dosežemo rešitve, ki bodo koristile nam in našim bolnikom.

1. Strokovno srečanje mladih zdravnikov, zaposlenih v UKC Maribor

Klemen Krašovec, dr. med., UKC Maribor

Dne 20. junija 2017 je v 16. nadstropju kirurške stolpnice UKC Maribor na pobudo zdravnikov pripravnikov potekalo srečanje mladih zdravnikov, zaposlenih v UKC Maribor. Teme predavanj so vključevale urgentna stanja v kirurgiji in interni medicini. Namen srečanja je bil zdravniku na začetku njegove klinične poti približati stanja, s katerimi se srečujejo zdravniki vseh specialnosti in so za klinika del vsakdana.

Prvi sklop predavanj je začel Klemen Krašovec s predstavitev, vrstami in sodobnimi načini zdravljenja opeklin. Poudarek je bil na celostnem in pravilnem pristopu do ponesrečenca na terenu. V nadaljevanju je Nejc Areh predstavil indikacije, ovrednotenje in prepoznavo najpogostejših nujnih internističnih stanj ter rentgensko diagnostiko prsnega koša. Sledila je zelo zanimiva predstavitev Mine Šmid o vzrokih za nastanek, patofiziologiji, urgentnih stanjih in možnostih obravnave bolečine v križu v urgentni ambulanti. Tomaž Rojko je

predstavil epidemiologijo, mehanizem nastanka, klinično sliko, diagnostiko in zdravljenje utesnitvenega sindroma. Sledila je interaktivna predstavitev Tine Nekrep o vzrokih, mehanizmi nastanka, klinični sliki, slikovni diagnostiki ter nujnih ukrepih na terenu in v bolnišnici pri obravnavi pnevmotoraksa. Lucija Pribožič je predavala o anafilaksiji in ukrepih ob njenem nastopu, sklop pa je zaključil Jure Bele s predstavitev akutnega pankreatitisa.

Po kratkem odmoru sta sledili predavanji Denisa Srake in Jerice Založnik na temo zapletov sladkorne bolezni. Denis Sraka je predstavil prepoznavo in urgentno zdravljenje diabetične ketoacidoze in diabetične-

ga aketotičnega hiperosmolarnega sindroma, Jerica Založnik pa je govorila o prepoznavi in pristopu k pacientu s hipoglikemijo. Seminar smo zaključili z dvema kliničnima primeroma. Prva in nadvse zanimiva je bila predstavitev primera Jane Hernavs o motociklistični nesreči s poškodbo medenice in perineja, rekonstrukciji mehkih tkiv in pomenu zdravljenja z negativnim tlakom.

Klemen Krašovec je zaključil srečanje s predstavitvijo primera kritične stopnje opekline poškodbe s potekom in rezultatom zdravljenja.

Po koncu predavanj je sledila razprava o obravnavanih temah ter razprava o smiselnosti tovrstnih srečanj v prihodnje. Vsi prisotni so z velikim odobravanjem sprejeli možnost nadaljevanja srečanj tudi v prihodnosti. Srečanje smo

zaključili s podelitvijo priznanj udeležencem.

Za pomoč pri izvedbi in vse napotke pri organizaciji strokovnega srečanja se lepo zahvaljujem Slavici Keršič, posl. sek., in dr. Martinu Rakuši, dr. med.

Več informacij o prihodnjih tovrstnih dogodkih je na voljo na <https://www.ukc-mb.si/strokovna-srecanja/napovednik/>.

Poročilo o delu mladih zdravnikov: malo za šalo, malo zares

Vroče poletje se je začelo – podobno velja za dejavnosti mladih zdravnikov. Ker marsikdo še ni uspel ohladiti glave v morju, se tudi naše dejavnosti pregrevajo: lista Mladih zdravnikov Slovenije (MZS) je izredno dejavna, prav tako Facebook in Twitter. Z uradnimi mediji, od televizije, časopisa do radija, veliko sodelujemo, kar je časovno precej naporno, saj soja žarometov nismo vajeni.

Z objavami na Facebooku smo prejeli preko 2700 všečkov spletne strani ter dosegli visoko odmevnost in deljenje tudi v uradnih medijih. Vsak od filmčkov iz serije »Mladi zdravniki se predstavimo« in »Mladi zdravniki opozarjamo« je bil deležen več kot 600 deljenj in preko 30.000 ogledov. Do sedaj imamo objavljene tri kratke videe o našem delu, za kar smo izjemno hvaležni profesionalnemu snemalcu in kolegici, ki je prevzela režijo. Delo sta opravila bolj ali manj *pro bono*, zdravniška zbornica je prijazno krila potne stroške.

Imamo tudi nekaj objav odmevnih medijev. Dobili smo možnost rednega objavljanja kolumn v reviji Medicina danes, kolegici sta dobili svoje mesto v Oni plus in Večeru, ves čas nas podpirajo uredniki ZIB-biltena in revije Isis, o nas lahko preberete nekaj člankov v Delu. Poleg tega smo v

stalnem stiku z zdravniškimi organizacijami Fides, Zdravniška zbornica Slovenije, Slovensko zdravniško društvo, Društvo študentov medicine Slovenije in Praktikum. Zelo smo hvaležni podpori starejših kolegov in predsednici zdravniške zbornice, posebej pa še družinskim zdravnikom, povezanim v Praktikum, saj z nami delijo iste skrbi, pomagali pa so nam tudi rešiti že marsikatero težavo. Podpirajo nas študenti obeh medicinskih fakultet. Njih upravičeno skrbi, kaj se bo zgodilo v prihodnjih tednih na področju zakonodaje, saj bodo zlasti oni občutili vso težo posledic sprejetja zakonov. V luči obljubljenih zdravstvenih reforme smo se udeležili številnih sestankov, tako z zdravniškimi organizacijami, mediji kot tudi s politiko, in se ob marsikaterem sestanku tudi pošteno »oznojili«.

Izvedli smo anketo, s katero smo »izmerili temperature« in vrelišče mladih zdravnikov. Vrelišče je blizu: mladi zdravniki smo ogorčeni, jezni. Zdi se, da igramo po pravilu predbolnišnične oskrbe »Stay and play or scoop and run!« Tako nekateri zbirajo osebno energijo za odhod v tujino (predsednica ZZS je v letu 2016 izdala 260 potrdil o dobrem imenu), drugi, ki želijo ostati, pa razmišljajo o stavki in protestnem shodu.

Žal te »vroče« vloge nismo izbrali povsem prostovoljno. Ministrstvo za zdravje in politiki so nam pripravili nekaj presenečenj, ki bodo pomembno vplivala ne le na naše trenutno delo, pač pa predvsem na delo naših mladih kolegov, ki v zdravstveni sistem šele vstopajo. Posledično bodo spremembe občutili tudi bolniki. Ker gre za pomembne zakonodajne predloge (Zakon o zdravniški službi – ZZdrS in Zakon o zdravstveni dejavnosti – ZZDej), smo se čutili dolžne odzvati se nanje in preprečiti sprejemanje (preveč) škodljivih predlogov.

Upali smo, da se tovrstni zakoni ne bodo sprejemali po nujnem postopku. Želeli smo si konstruktivnih sprememb. S precejšnjim naporom in osebnim prizadevanjem številnih mladih zdravnikov smo si uspeli izboriti prepoznavnost in mesto za »debatno mizo«. Pri tem so nam prisluhnili tudi mediji in nekateri politiki, za kar smo jim hvaležni. Najbolj pa smo veseli tega, da smo se povezali vsi zdravniki – zahvaljujemo se vsem, ki ste nas podprli v prizadevanjih za boljše delovne pogoje nas vseh.

V luči predlogov zakonov, ki v teh dneh še dodatno pogrejejo naš um in telo, vabimo mlade zdravnike, ki bi se

radi tudi bolj dejavno udeležili razprav oziroma bi radi aktivno, ustvarjalno prispevali k reševanju nakopičenih in žal do neke mere slabo rešljivih težav, da se nam oglasijo na naš spletni portal (mladi.zdravniki.org@gmail.com; naša FB-skupina se imenuje Mladi zdravniki Slovenije) oziroma se na nas obrnejo osebno.

Zaenkrat nam je s skupnimi močmi uspelo preprečiti sprejem

ZZDej. Če nam uspe preprečiti še nujno sprejetje zakona ZZdrS oziroma vsaj implementacijo nujnih amandmajev k zakonu, potem si za prvo silo lahko oddahnemo! Sledi pa budno spremljanje nadaljnjih ukrepov ter seveda spremljanje posledic sprejetih zakonov: Ali bo res prišlo do skrajševanja čakalnih vrst? (V slednje zelo dvomimo.) Kako bo z odhodom mladih zdravnikov? (Bojimo se, da se

bo beg možganov nadaljeval.) Ali se bo centralizacija zdravstva še nadaljevala? (Trenutno še vse kaže na to.)

Upamo, da si vsi čim prej oddahnemo, ohladimo razgrete glave v morju, si spočijemo in nato nadaljujemo z delom. Lepo vas pozdravljamo.

Mladi zdravniki Slovenije

Nepogrešljivi avtomatizem

Nina Mazi, Ljubljana

Prigovarjanje in spodbujanje k zdravemu življenjskemu slogu je treba izvajati in ponavljati, dokler ne postane avtomatizem. Običajna, ne preveč neprijetna in naporna oz. zahtevna rutina, o kateri posamezniku ni treba (preveč) razmišljati in si zanjo posebej prizadevati – tako preprost in razumljiv je recept za preprečevanje kroničnih nenalezljivih bolezni, ki pestijo sodobno prebivalstvo in povzročajo sive lase zdravnikom in njihovim sodelavcem ter botrujejo nenasitnosti zdravstvene blagajne.

Skupina ameriških in kanadskih strokovnjakov je že leta 2015 zaključila poglobljeno študijo na prostovoljcih, s katero je želela ugotoviti, kako sodobnega človeka pripraviti do tega, da se bo prostovoljno odločil za zdrav način življenja in bo pri njem tudi zavzeto vztrajal. In to ne da bi moral biti na svoje ravnanje nenehno pozoren. Izsledki raziskave, ki so jo severnoameriški strokovnjaki pred dvema letoma objavili v mednarodni strokovni publikaciji *Health Psychology*, pričajo, da je najbolj učinkovita vadba tista, ki jo človek izvaja mimogrede in nevede. Za najbolj primerno se je izkazalo gibanje, ki ga posameznik preprosto vtke v svoje življenje in si z njim ne beli glave. Podobno velja tudi za diete, sproščanje, spanje in vse ostale aktivnosti, ki sodijo v okvir zdravega življenjskega sloga. Način razmišljanja, vedenja in ravnanja, ki ga človek sprejme, osvoji in ponotranji v tolikšni meri, da postane avtomatizem, zagotavlja dolgoročni, trajni uspeh. Vse ostalo povzroči le trenutne, bežne učinke, ki pa ne dajejo zanesljivih, trajnih rezultatov. Smiselne naložbe v zdravje pa morajo biti dolgoročno naravnane. Špekulativne portfeljske investicije, ki temeljijo na »horuk spremembah in akcijah«, so brezpredmetne. Prav teh pa je v zdravstvu veliko. Bolniki nekaj dni pred merjenjem krvne-

ga sladkorja, tlaka, telesne teže in ostalih problematičnih parametrov zategnejo pas in se odločijo za askezo. Po kontroli pa si spet dajo duška, opogumljeni z dejstvom, da je zdravnik relativno lahko pretentati.

Vodja nadaljevanja temeljne metaštudije iz leta 2015, dr. Alison Phillips, docentka na katedri za psihologijo na Iowa State University, poudarja, da mora zdravnik, terapevt oz. svetovalec nad bolnikom oz. svojim varovancem bdeti in mu stati ob strani, vse dokler želeni oz. načrtovana sprememba pri le-tem ne postane avtomatizem. Zavestno prizadevanje, ki prej ali slej zvodeni in ponikne, je sicer nujno potrebno v začetni, spodbujevalni fazi, vendar pa je proces »vzgoje in prevzgoje« zaključen šele, ko bolnik oz. varovanec razvije nujno potrebne avtomatizme, ki mu omogočajo, da podzavestno in mimogrede sledi novim pravilom, nasvetom in zavezam. Večina zdravnikov v pomanjkanju časa, energije ... bolniku razloži, kaj mora spremeniti, mu da nekaj navodil oz. priporočil (najraje v pisni obliki) in pričakuje, da bo bolnik sam stopal po začrtani poti. Praviloma pa se to ne zgodi. Zato se zdravniki nenehno srečujejo z neurejenimi hipertoni, neposlušnimi diabetiki, nediscipliniranimi srčnimi bolniki in številnimi drugimi posamezniki, ki kljub strokovnim nasvetom in priporočilom niso sposobni sami obvladovati svojih bolezni, motenj in zapletov. Zdravnik, ki ugotovi, da bolnika sam ne more privedi do avtomatizma, lahko k sodelovanju povabi psihologa, farmakologa, socioterapevta ali drugega strokovnjaka, ki je sposoben in pripravljen bolnika spremljati na poti do avtomatizma.

*Viri: Health Psychology 12/2015, Psychology-
es4/2017, www.sciencedaily.com, www.science.com*

O zaznavanju stranske vloge bolnika pri zdravstveni obravnavi

Prim. dr. Zlata Remškar, dr. med., Medvode

Današnje zdravstveno obravnavanje bolnikov določajo pomanjkanje časa s hitenjem pri bolnikovem obravnavanju, odsotnost vpogleda v prejšnje medicinske izvide, ki bi lahko pripomogli k bolj celostni obravnavi bolnikove zdravstvene problematike, ter predvsem slaba terminska dosegljivost zdravstvenih preiskav, ki bi morale biti včasih narejene takoj, pa čeprav jih ne moremo uvrstiti v kategorijo nujno. Sistem zdravstvene obravnave bolnikov je torej v praksi, kot lahko opazimo, čedalje bolj oddaljen od dejanskih strokovnih potreb pri obravnavi posameznika ter je prepogosto mehanističen, birokratiziran ter tudi neodgovoren do bolnika.

Menim, da nisem edina, ki v vsakdanji zdravniški praksi zaznava zapostavljanje bolnika kot človeka ter izginjanje moralno-etičnih norm pri zdravniškem delu in odgovornosti do bolnikov. Občasno lahko opazimo celo neprikrito nejevoljnost zdravnikov, ki se počutijo žrtve zdravstvenega sistema in tudi svojih bolnikov, ki le zahtevajo in niso z ničimer zadovoljni.

Toda ali ni zdravnik po svoji funkciji na vrhu hierarhične lestvice zdravstvenega obravnavanja bolnikov in ima iz hierarhičnega položaja izhajajočo veliko moč? Njegova funkcija zahteva, da bi moral biti dober človek, da bi moral biti zmožen iti preko svojih lastnih interesov in da bi bil empatičen do sočloveka. Hkrati bi moral s svojim zgledom vplivati na podrejene, da bi mu sledili v spoštljivem odnosu do bolnikov.

A v praksi so stvari lahko drugačne.

Slovenski zdravniki so v komunikaciji z bolnikom prevečkrat vzvišeni in oblastni ter vzbujajo vtis, da doživljajo svoje bolnike kot svoje nasprotnike.

Oglejmo si primer: Starejši bolnik je imel pred šestimi leti diagnosticiranih nekaj do 2 cm velikih kamnov v sečnem mehurju in benigno hipertrofijo prostate. Kamne so mu dvakrat tudi drobili. Bil je pod redno letno kontrolo urologa ter opravil zadnji kontrolni pregled pred enim letom, na katerem so ocenili, da kamnov ni in

prostata ne povzroča motenj pri odvajanju vode.

V zadnjih mesecih pa je bolnik začel opazovati stopnjevanje težav pri odvajanju vode z občasno urgenco pri mokrenju.

V začetku poletja je za vikend zbolel z mrzlico, visoko vročino, oteklino v področju levega obmodka in zelo bolečim odvajanjem vode, ki je odtekala samo po malem. Svetovano mu je bilo, da urgentno obišče zdravnika, za kar se ni odločil. Začel je jemati antibiotik, po katerem se je počutje za dva dni nekoliko izboljšalo. Motnje pri odvajanju vode pa so se stopnjevale oz. se mu je voda zaprla. Bolnik je celo posumil, da bi stopnjevanje težav lahko povzročil predpisan antibiotik. Ker je imel hude bolečine v spodnjem delu trebuha, se je vendarle odločil za pregled na nujni medicinski pomoči. Svojci so ocenili očetovo stanje za zaskrbljujoče in iskali podporo pri prijatelju zdravniku, ki se je odločil telefonirati na urgenco, napovedati bolnikov prihod in zelo prijazno triažno sestro opozoriti na bolečinsko prizadetost bolnika ter verjetno potrebo po usmeritvi bolnika k urologu.

Na nujni medicinski pomoči je bolnika pregledala mlada, visoko noseča zdravnica, verjetno specializantka. Ker krvni izvidi niso pomembno odstopali od normalnega, je bolnika poslala domov. Ob pregledu mu je predpisala po eno tableto claritina in kaptoprila. Ko je bolnik pred odhodom z urgence prebral svojo anamnezo, je ugotovil, da ni zapisana tako, kot jo je povedal. Hotel je še enkrat govoriti z zdravnico, ki pa je že odšla domov. Omogočen mu je bil razgovor z nadzorno zdravnico, ki izvida ni popravila in tudi ni upoštevala sugestije za napotitev bolnika na urgentni urološki pregled.

Ker se bolnikovo stanje v naslednjih dneh ni izboljševalo, ker se mu je odvajanje urina povsem ustavilo in je imel stopnjujoče se hude bolečine v trebuhu, je peti dan po pregledu na nujni medicinski pomoči odšel na pregled k izbranemu zdravniku. Ta mu je dal napotnico za

nujni urološki pregled. Ker pa nesreča nikoli ne počiva, je bila napotnica izdana na drugo ime, zato ga v urološki ambulantni sprva niso hoteli sprejeti. Bolnik je bil že tako izčrpan, da se ni pustil odgnati.

Urolog mu je zaradi očitne hude retence urina s sekundarno prizadeto ledvično funkcijo (kreatinin, ki je bil na nujni medicinski pomoči še povsem normalen, je bil sedaj povišan na 450 mikromol/l) takoj vstavil urinski kateter in ga sprejel na urološki oddelek. Iztekli so štirje litri oz. celokupno osem litrov retiniranega urina. Bolnika so parenteralno hidrirali. Akutna zastojna ledvična disfunkcija se je v dveh dneh pomembno izboljšala.

Bolniku je odleglo. Iz srca je bil hvaležen sprejemnemu urologu.

Tretji dan obravnavanja na urološkem oddelku je bil njegov sprejemni urolog odsoten. Povedali so mu, da bo opravil cistoskopijo, za katero je prišel na vrsto okrog treh popoldne. Eno uro zatem mu je medicinska sestra sporočila, da je odpuščen domov. Bolnik in njegovi svojci so bili presenečeni, zavladalo je nelagodno vzdušje. Bolnik je iskal informacije o odpustu. Sprejemni zdravnik je bil odsoten in odpustni zdravnik v tistem trenutku ni bil dosegljiv. Potožil se je medicinski sestra in jo vprašal, zakaj zjutraj na viziti ni bil opozorjen na možnost odpusta, da bi se lahko nanj organizacijsko pripravil. Sestra je pojasnila, da se pri njih večkrat dogajajo taki

nenadni odpusti ter da morajo zato sestre večkrat prenašati nejevoljo bolnikov in svojcev.

Bolnik se je potrudil normalizirati pokvarjeno vzdušje. Pogovoril se je z odpustnim zdravnikom, ki je v vmesnem obdobju prispel na oddelek. Dobil je ustne informacije, kako naj se ravna, in začasno odpustnico. Omenjeno mu je bilo, da bo čez kakšen mesec poklican na ponovno hospitalizacijo. Nato se je bolnik s taksijem odpeljal do svojcev in domov.

Če analiziramo opisano zdravstveno obravnavanje bolnika, moramo najprej ugotoviti, da so medicinske sestre, tako na nujni medicinski pomoči kot tudi na urologiji, empatično komunicirale z bolnikom in svojci. Želele so ustreči bolniku in svojcem, a o usodi bolnika so odločali zdravniki.

Kaj pa zdravniška komunikacija z bolnikom in svojci?

Na nujni medicinski pomoči je bila zdravniška komunikacija z bolnikom nedvomno vzvišena in do bolnika podcenjujoča. Kolegica je branila kolegico. Ni šlo za bolnika. Šlo je za zdravniški prav. Nadzorna zdravnica tudi ni opazila strokovno vprašljivega specializantkega medikamentnega ukrepanja.

Pri izbranem zdravniku z izdano napačno napotnico je šlo verjetno za slučajno napako in ne za malomarnost. Ali pač?!

Na bolnikovo srečo je urolog takoj diagnosticiral stanje, primerno

ukrepal in bolnika odrešil večdnevni muk. Bolnik je doživel njegov odnos do sebe kot zavzet in opogumljajoč.

Dan nepričakovanega odpusta bolnika je naključno razgalil nenačrtnost organizacije dela na oddelku ter podcenjevanje bolnika kot partnerja pri zdravstveni obravnavi. Verjetno bi bolniku na dopoldanski viziti lahko omenili možnost odpusta? Bolniku in svojcem bi bilo nedvomno lažje. Verjetno bi bilo primerno, da bi bolnika o odločitvi za nepričakovan odpust in razlogih zanj obvestil sam odpustni zdravnik, ne pa da je naročil sestri, da bolnika seznani z odpustom. Bolnik se je počutil kot predmet in ne kot bolnik.

Kot vidimo iz prikazane obravnave starejšega bolnika, pri obravnavi ni bilo vse, kot bi lahko bilo. Obravnava bi bila lahko človeško in strokovno boljša. Iz primera se tudi vidi, da bi nadzorni zdravniki morali praktično kontrolirati delo mlajših zdravnikov. Menim, da bi nadzorna zdravnica verjetno drugače ukrepala, kot je, če bi se potrudila bolnika pregledati in ga ne bi v naprej ocenila kot nergača. Tako pa je dala svoj specialistični podpis pod strokovno zelo vprašljiv izvid ter podaljšala bolnikovo trpljenje.

Menim, da bi se morali zdravniki o podobni problematiki večkrat pogovarjati med seboj. Mladi zdravniki bi se iz takih pogovorov lahko naučili veliko koristnega. Ne samo zdravniške stroke, ampak tudi upoštevanja bolnika kot človeka!

Pravočasen pregled ustne votline lahko reši življenje

K pisanju me je spodbudil nagovor glavnega in odgovornega urednika v uvodniku junijske številke revije Isis. Zbornične revije, ki je bila, kot pravi, že od vsega začetka zasnovana kot glasilo, v katerem pišejo kolegi za svoje kolege.

V mesecu maju je potekala akcija »Pravočasen pregled ustne votline lahko reši življenje«, projekt Odbora za zobozdravstvo. Vodja projekta je bila dr. Diana Terlević Dabić, dr. dent. med., strokovna podpora pa doc. dr.

Andrej Kansky, dr. dent. med., in doc. dr. Rok Schara, dr. dent. med.

Vsem sodelujočim v tej akciji obveščanja zobozdravnikov o nujnosti pregledovanja celotne ustne votline, ne samo do disto-okluzalnih ploskev

osmic, vse pohvale in zahvale. Zbornik predavanj je knjižica, ki bi jo moral imeti vsak zobozdravnik (in jo tudi večkrat pogledati). Že na seminarju je tako menila večina udeležencev.

Ko se ti poklicna pot počasi zaključuje, večkrat pomisliš, kaj bi lahko naredil bolje, če bi ...

Prva taka stvar je prav spodbuda s tem vašim prispevkom na temo pravočasnih in natančnejših pregledov. In odličnih opisov, kaj in kako narediti. Dobiš vse na enem mestu. Počasi marsikaj pozabiš in potem se ti že ne zdi več pomembno. Sam pa tega zlepa ne bi tako naštudiral.

Čas, ko je potekal ta projekt, je bil za našo ordinacijo, glede na to temo,

črn mesec. V naši ambulantni so se oglasili trije pacienti, ki so potrebovali takojšnjo obravnavo zaradi sumljivih sprememb. Na leta jih ni bilo toliko ... ali pa ...? Dvomi vedno obstajajo.

Prvi, z večjo tvorbo ob ušesu, je sicer že imel datum pri dermatologu. Drugi, s sumljivim melanomom na obrazu, je bil pod »nujno« poslan na ORL, zelo hitro je dobil datum za odvzem tkiva.

Tretji, zaradi katerega bi se »živa požrla«, če bi ga spregledala, je imel spremembo na mehkejšem nebu. Poleg uvule mu je visela še ena uvula! Vsi zobozdravniki in zobozdravnice vemo, kako je, še posebno pri »močnejših«, včasih težko popravljati zadnje zobe. Z zunanje strani jih prekrije lice, z

notranje pa kot pol teniške žogice velik in napihnjen jezik. Dovolj je, da ga samo pogledaš, pa pacient že skoraj bruhne. Če ne bi bilo prav v tem času toliko govora o tem, kako naj pregledujemo ustno votlino, vprašanje, če bi mu gledala tudi v žrelo.

Na tem mestu bi se res najlepše zahvalila vsem kolegom, ki so pacienta takoj vzeli v oskrbo. Ker naj bi bila zadeva še pravočasna, je kirurški del odpadel. Gospod je že končal z obsevanji. Pa tudi to ni tako enostavna zgodba.

Sedaj je čas počitnic, dopustov. Vsem želim lepo poletje.

Vilma Šifrar Eniko, dr. dent. med.

Poletne izkušnje pacienta, kolega in gospoda iz vrhunskega turističnega mesta Piran

Nenad Kohn, dr. med., spec., Nova Gorica

V naši Izidi občasno preberem o osebnih izkušnjah naših starejših kolegov pri srečanju s kolegi, ki nas zdravijo. Predvsem terminološko smo vse manj kolegi ali pacienti, vse več pa smo gospodje, kar verjetno zmanjša občutek krivde za odnos, ki je očitno do gospoda manj zahteven kot do kolega.

Pridružil bi se z dogodkom, ki sem ga doživel na počitnicah v Piranu in ki ga ocenjujem ne le kot kršitev pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (OZZ), ampak tudi kot strokovno zelo sporen odnos do pacienta, da o kolegu sploh ne govorim. V svoji naivnosti še vedno pričakujem nekaj cehovske solidarnosti ali kolegialnosti, kar očitno ne sodi več med pravila obnašanja mlajših kolegov.

Torej, v četrtek, 13. julija 2017, po kosilu sem začutil prve palpitacije in zatem tahiaritmijo, ki mi občasno nakaže začetek paroksizma atrijske fibrilacije. Počakal sem dve uri in ker ni bilo izboljšanja, sem se napotil v Zdravstveni dom Piran, v upanju, da bom kakšnega kolega poprosil, da mi naredi EKG in da preveriva stanje. Vendar, presenečenje. Zdravnik, ki naj bi delal ta četrtek popoldne, je na svojem telefonskem odzivniku pustil sporočilo, da je na dopustu. Pridna posneta tajnica pusti tudi številko nadomestnega zdravnika. Vendar na tej številki druga prijazna posneta tajnica zdihtira delovni čas, v katerem ni četrta popoldne. Torej, vrhunski turizem, brez prisotnosti zdravnika sredi tedna popoldne.

Ker sem se slabo počutil, pokličem 112, se predstavim kot kolega, povem, kaj se mi dogaja in da sumim na paroksizem atrijske fibrilacije. Osebe mobilne enote mi najprej predlaga, naj pridem v Lucijo, 7 km daleč. Že tu se poraja prvo vprašanje: ali smo pacienti, kljub pravicam iz OZZ, dolžni sami plačati in organizirati prevoz do ambulate v drugem kraju? Vendar se zdravnica iz mobilne enote potem hitro odloči, da bodo prišli pome v Piran.

In res. V kratkem pride rešilni avto in me odpeljejo v ambulantno v Luciji. Zdravnica korektno opravi fizikalni pregled in EKG, ugotovi visoko febrilnost in sinusno tahikardijo. Tu se moja diagnostika in zdravljenje končata. Naslednja ponudba je, da mi pokličejo taksi, ki bi me peljal nazaj v Piran.

V svoji naivnosti vprašam, ali bi bilo možno opraviti vsaj osnovno

laboratorijsko diagnostiko, zaradi opredelitve vzroka za febrilnost ter eventualne izbire terapije. Dobim odgovor, da mi lahko pokličejo taksi, s katerim naj se odpeljem v izolsko bolnišnico, kjer bi eventualno nadaljevali z diagnostiko in terapijo. Na izrecno vprašanje, ali to še vedno ni sestavni del obravnave v ambulanti, je odgovor NE.

Isto vprašanje glede pravic iz OZZ: ali je pacient, ki ima brezplačno zdravstveno zavarovanje, dolžan sam financirati vse tisto, kar mu pravice zagotavljajo, a mu ni na voljo zaradi neorganiziranosti izvajalca zdravstvenih storitev. Pa še strokovno vprašanje za strokovno vodstvo zdravstvenega doma: ali visoko febrilnega pacienta pustimo na cesti, brez osnovne diagnostike in terapije?

In tako me je taksi za 15 evrov pripeljal nazaj v Piran. Jaz sem na srečo imel svoje recepte in hitro vzel

amoksiklav (priznam, brez strokovne podpore).

Naslednji dan so se pojavili večji areali herpetiformnih izpuščajev na obeh nogah, imel sem napade mrzlice in visoke febrilnosti. Odpravila sva se domov, kjer mi je moj zdravnik opravil laboratorijske preiskave, ki so nakazale pravilno izbiro terapije, tako da sem moral dodati le še azitromicin. Na pamet mi ni padlo, da bi ponovno poiskal pomoč pri »kolegih«, ki naredijo le triažo in te pripravijo za taksi prevoz.

V ponedeljek sem poklical namestnika direktorja ZD Piran, ki je vztrajal, da laboratorijskih preiskav ni bilo treba narediti, da klatim same neumnosti in da moje ideje izhajajo iz socializma. Na moje izrecno vprašanje, kje naj se zdravijo oboleli zavarovanci, ki nimajo izbranega zdravnika v Piranu, seveda ni imel odgovora.

Za zaključek pa sem imel tolažbo, da so me naslavljali z gospod in da se mi zdravnica ni predstavila, kar bi jaz v odnosu do kolega vsekakor storil.

V tolažbo mladim kolegom: že 51 let delam (sedaj le občasno) in še vedno sem zelo srečen, ko sem lahko pri roki kakšnemu kolegu. Vsem tistim, ki se v času študija niste naučili odnosa do pacientov, zlasti do kolegov, pa le to: tudi vi boste stari in boste z ozirom na svoj poklic pričakovali nekoliko drugačen odnos v času, ko boste pacienti.

Mislím, da je v mojem primeru prišlo do strokovnih napak. Upam, da bo vodstvo zdravstvenega doma premislilo o svoji organiziranosti in posledicah, ki lahko nastanejo zaradi tega. Vsekakor pa obstajajo bistvene kršitve uveljavljanja pravic iz OZZ, o katerih bom obvestil območno enoto ZZZS Koper.

Pregled vseh strokovnih srečanj na enem mestu!

Obiščite našo spletno stran:

www.domusmedica.si

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

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

Tu najdete tudi koledar kulturnih prireditev v Domus Medica.



Domus Medica
Slovenija

Ocena uspešnosti izvajanja umivanja zob

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

Slaba ustna higiena med slovenskimi osnovnošolci je pred več kot tremi desetletji botrovala rojstvu Tekmovanja za čiste zobe na eni od ljubljanskih osnovnih šol. Sprva so tekmovali le učenci te šole. Po štirih letih izkušenj je tekmovalje pod strokovnim in organizacijskim vodstvom Stomatološke sekcije Slovenskega zdravniškega društva v šolskem letu 1983/84 prešlo na 34 osnovnih šol Slovenije in nato iz leta v leto v vse več šol.

V letošnjem šolskem letu 2016/17 smo zaključili 34. tekmovalje po vrsti. Pohvalimo se lahko z 99,5-odstotno vključenostjo tako matičnih osnovnih šol s podružnicami kot tudi 100-odstotno vključenostjo vseh ustanov in zavodov za otroke s posebnimi potrebami.

Zobozdravstveni delavci Slovenije ob začetku vsakega šolskega leta opažamo veliko razpuščenost šolarjev, saj

- počitnice otroke razigrajo,
- prosti dnevi polenijo,
- ni utečenega urnika in
- ni obveznosti.

Zato sem sklenil izvesti testiranje med učenci 4. razredov OŠ Ivana Cankarja na Vrhniki, tako da je ena skupina imela škatlo z zobnimi ščetkami in zobnimi kremami v razredu, druga pa ne in je zobe umivala le doma, kot pač šolarji umivajo – pogosto sami, brez nadzora, vzora in vzpodbude.

Seveda je bila pot od ideje do izvedbe mnogo težja, kot sem si zamislil. Pridobiti je bilo treba:

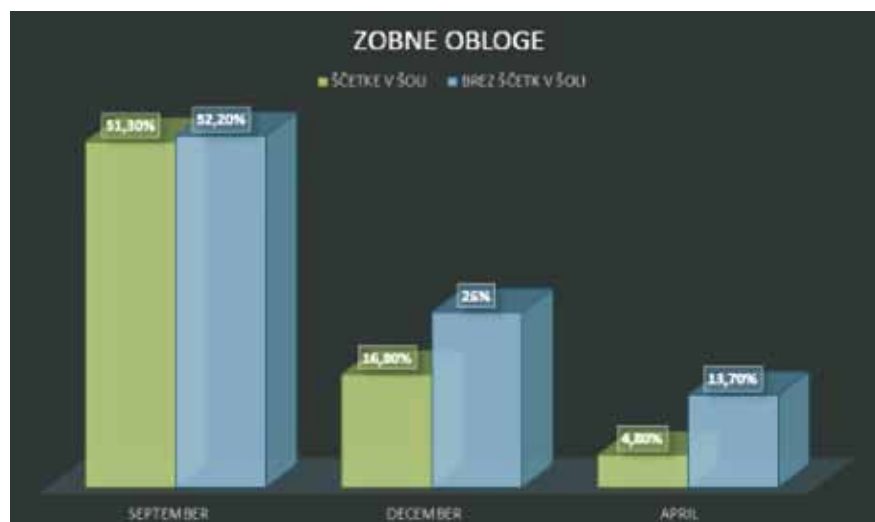
- soglasje vodstva šole,
- soglasje učiteljev,
- soglasje staršev in
- preveriti zamisel pri inšpekcijskih službah.

V razredih ni bilo:

- dovolj umivalnikov in ne tople vode,
- pripraviti sem moral škatle s ščetkami,
- ustrezno označiti zobne ščetke,
- zavarovati napise zaradi močenja in
- lastnoročno čistiti nameščene škatle.

Trije razredi (4.A, 4.C in 4.E, skupaj 82 otrok) so imeli v razredu škatle s ščetkami in zobnimi kremami, dva (4.B in 4.D, skupaj 54

otrok) pa teh škatel nista imela. Od skupno 136 otrok v raziskavi jih je bilo 130 letnik 2007 in le 6 letnik 2006. Tako je 82 učencev zobe dodatno umivalo v šoli in 54 le doma. Umivali so jih pod nadzorom učiteljice, vsak dan vsak učenec enkrat 1 minuto. Učiteljica je tudi odmerjala zobno kremo na ščetko v velikosti pol grahovega zrna. Zobne ščetke smo razdelili septembra 2016 in jih zamenjali v januarju 2017. Učence vseh petih razredov sem med šolskim letom





2016/17 trikrat pregledal, in sicer septembra 2016, decembra 2016 in aprila 2017.

Pri vseh otrocih sem preverjal več parametrov, a statistično do sedaj obdelal

- sulkusno krvavitev,
- zobne obloge in
- preštete zalivke.

Rezultati za obe primerjani skupini so bili statistično obdelani. Hi-kvadrat test neodvisnosti je pokazal, da je bila v obeh vzorcih incidenca opazovanih parametrov ob začetku testiranja približno enako porazdeljena.

- Ob zaključku testiranja pa je bila
- razlika med incidenco sulkusne krvavitve med otroki, ki so ščetkali dodatno tudi v šoli, in tistimi, ki so le doma, visoko statistično značilna ($p < 0,001$),
 - razlika med pojavnostjo zobnih oblog med otroki, ki so ščetkali dodatno še v šoli, in tistimi, ki so le doma, visoko statistično značilna ($p < 0,001$) in
 - razlika med številom zalivk pri otrocih, ki so dodatno ščetkali še v šoli, in tistimi, ki so le doma, visoko statistično značilna ($p < 0,001$).

Zaključil bi s statistično ugotovljenimi dejstvi, da

- sta bili v raziskavo vključeni dve skupini otrok s statistično enakomerno porazdelitvijo ocenjevanih parametrov,
- sta obe skupini izkazali statistično značilno izboljšanje ocenjevanih parametrov ($p < 0,001$) in
- je bila skupina, ki je dodatno ščetkala še v šoli, statistično značilno boljša v vseh ocenjevanih parametrih od skupine, ki je to delala le doma ($p < 0,001$).

Ščetkanje v šoli je omogočilo dodatno znižanje pojava sulkusne krvavitve za 7,9 odstotka, zobnih oblog za 8,9 odstotka in tudi zalivk je bilo 4,6 odstotka manj.

Rezultati potrjujejo, da

- otroci sprejemajo vzpodbude,
- sprejemajo hkrati več vzpodbud,
- otrokom red in utečen urnik postopno »zlezeta pod kožo« in jim vsakodnevni ritem le koristi.

Ob vsem ugotovljenem pa moramo upoštevati, da so pred leti že bile v razredih omarice z zobnimi ščetkami, da jih nekaj šol po Sloveniji še vedno ima in da so pri vsem preventivnem delu z otroki pomembni:

- pripravljenost šol in pedagoških delavcev,
- pripravljenost zobozdravstvenih delavcev,
- prostorske zmogljivosti,
- finančna sredstva,
- problem vzdrževanja omaric – standardi(?) in ne nazadnje
- različna tolmačenja nadzora inšpekcijskih služb.

Za konec bi si vsi, ki delamo z otroki, želeli večje naklonjenosti ministrstva za zdravje in ministrstva za izobraževanje, znanost in šport – pa ne le na deklarativni ravni.

Zahvalil bi se podjetju Glaxo Smith Kline, saj so nam podarili škatle, zobne ščetke, zobne kreme in pokrovčke za ščetke, brez kakršnihkoli pogojev ali vmešavanj v potek našega projekta.

Laparoskopska kirurgija jeter – od evropskih smernic do mednarodne delavnice v Mariboru

15.–16. maj 2017

Doc. dr. Arpad Ivanecz, dr. med., prim. izr. prof. dr. Stojan Potrč, dr. med., UKC Maribor

Laparoskopska kirurgija si je utrla pot na številna področja in prednosti minimalno invazivnih posegov so splošno znane. Prve laparoskopske resekcije jeter (LRJ) so naredili v devetdesetih letih prejšnjega stoletja. Sprva je bila namenjena le tistim bolnikom, ki so imeli težave zaradi benignih jetrnih tumorjev, nakar so začeli operirati tudi bolnike z rakom. Kljub temu, da je laparoskopska kirurgija doživela razmah na številnih področjih medicine, je v jetrni kirurgiji dolgo ostajala v ozadju. Prisoten je bil predvsem strah pred krvavitvijo, ki je kirurg ne bi mogel ustaviti. Prav tako je skrb vzbujala zadostna širina resekcijskih robov pri malignih tumorjih. Vendar so v nekaterih centrih LRJ vztrajno izvajali in število takšnih posegov je postopoma rastlo. Improvizacijo, značilno za pionirsko obdobje, je postopoma zamenjala standardizacija kirurške tehnike. Novo metodo jetrne kirurgije je bilo treba tudi formalno umestiti, kar se je zgodilo na konferenci v ameriškem Louisvillu leta 2008 (1). Tam so zapisali, da so za LRJ primerne predvsem manjše spremembe, ki se nahajajo v dobro dosegljivih jetrnih segmentih. Drugo takšno konferenco so priredili v Morioki na Japonskem leta 2014, kjer so ugotovili, da je minimalno invazivna kirurgija jeter uveljavljena in zaseda pomembno mesto v modernih kirurških centrih (2). S pridobivanjem izkušenj je mogoče operirati tudi večje tumorje in pristopati tudi na težje dosegljive segmente jeter. Sledile so še prve evropske smernice, ki so bile sprejete leta 2017 na konferenci v Southamptonu, Velika Britanija (The First European Guidelines Meeting for Laparoscopic Liver Surgery). Pobudnik in gostitelj te konference je bil prof. M. Abu Hilal, ki velja za enega izmed pionirjev LRJ. Smernice bodo kmalu objavljene (3).

Prof. M. Abu Hilal je prijazno sprejel naše vabilo in se 15. in 16. maja 2017 udeležil mednarodne delavnice, ki je potekala v Mariboru in naslednji dan v Zagrebu. Na delavnici je sodelovalo 22 kirurgov iz osmih držav (Slovenija, Hrvaška, Madžarska, Bosna in Hercegovina, Makedonija, Bolgarija, Ukrajina, Slovaška).

Začeli smo s predstavitvijo rezultatov iz UKC Maribor, kjer smo od leta 2008 naredili več kot osemdeset takšnih posegov. Na začetku smo odstranjevali manjše robne

tumorje, ki so ležali na površini jeter. Z razvojem tehnike in s pridobljenimi izkušnjami sedaj operiramo tudi večje tumorje, ki se lahko nahajajo tudi v težje dostopnih, globokih jetrnih segmentih. V UKC Maribor 30 odstotkov vseh jetrnih resekcij naredimo laparoskopsko. Podobno je v UKC Ljubljana, kjer so s takšnimi posegi začeli še prej. To sta edina centra v Sloveniji, kjer naredimo LRJ.

Nato je prof. M. Abu Hilal predstavil bogate izkušnje iz Southamptona, Velika Britanija. Tam so naredili več kot 600 LRJ in opravili številne klinične raziskave, ki so pripomogle k uveljavitvi minimalno invazivne kirurgije jeter po svetu. Dokazali so, da ima LRJ v primerjavi s tradicionalno, odprto operacijo številne prednosti, kot so: manjše število zapletov, manjša izguba krvi in posledično manjši delež



Vabljeni udeleženci mednarodne strokovne delavnice o laparoskopski kirurgiji jeter: doc. B. Trotovšek (UKC Ljubljana), prof. M. Abu Hilal (University Hospital Southampton, Velika Britanija), doc. A. Ivanecz (UKC Maribor), M. Đokić (UKC Ljubljana).

EGMLLS 2017

The inaugural
**European Guidelines Meeting on
Laparoscopic Liver Surgery**

10th-11th February 2017

Hilton at the Ageas Bowl, Southampton, SO30 3XH, United Kingdom



Prve evropske smernice o laparoskopski kirurgiji jeter so bile sprejete februarja leta 2017 na konferenci v Southamptonu, Velika Britanija.

transfuzij ter krajši čas bivanja v bolnišnici. Seveda je treba imeti izkušnje tako na področju jetrne kirurgije kakor tudi obvladati napredne laparoskopske kirurške tehnike. Kako dolga je učna krivulja? Kdaj dosežemo njen plato? Vprašanje, na katero je težko odgovoriti, vendar so pionirski časi laparoskopske kirurgije jeter mimo, tehnika je v vodilnih centrih standardizirana. Učna krivulja mlajših generacij kirurgov je tako lahko bistveno krajša, kot je bila v preteklosti. V izkušenih rokah čas operacije v primerjavi s tradicionalno, odprto operacijo ni daljši. Še bolj pomembna je ugotovitev, da ni razlik v onkološkem izidu zdravljenja: delež RO-resekcij, širina varnostnega robu in dolgoročno preživetje so enakovredni odprti metodi.

Poseben poudarek je veljal tehničnim podrobnostim LRJ. V preteklosti je bilo veliko napisanega o Pringlovem manevru, ki pomeni kontrolo krvnega pritoka v jetra, s katerim lahko preprečimo življenje ogrožajoče krvavitve

med operacijo. Z njim ohranjamo suho operativno polje in tako je operacija tudi natančnejša. Vnela se je razprava o tem, ali ga je treba vedno uporabiti. Vsekakor je slikovita primerjava z varnostnim pasom v avtu, ki lahko prepreči hude poškodbe. Uporaba laparoskopskega ultrazvoka je nujna, kajti za razliko od odprte operacije kirurg jeter ne tipa in tako je ultrazvok v veliko pomoč pri načrtovanju resekcije. Različne visokoenergetske naprave, s katerimi prekinjamo parenhim in strukture jeter, so del moderne kirurgije, vendar se je treba zavedati njihovih omejitev. Enako velja za sponke in avtomatične spenjalnike.

Sledil je prikaz različnih pristopov. Mobilizacija jeter je pomembna predvsem pri operacijah na težko dostopnih jetrnih segmentih. Z izdatno mobilizacijo desnih jeter lahko jetrne segmente, ki se nahajajo zadaj, prenesemo naprej v vidno polje in tako je operacija lažja. Posebna tehnika, ki so jo opisali v Southamp-

tonu, je t. i. oblika diamanta (*diamond shape*), ki pride v poštev predvsem pri parenhim ohranjajočih atipičnih resekcijah jeter. Gre za to, da s pravilno postavitvijo trokarjev okrog tumorja dosežemo vzporedne reseksijske linije, ki so v obliki kvadrata. Tako dosežemo zadostni varnostni rob in tumor skupaj z zdravim jetrnim tkivom odstranimo v obliki kocke, ki so jo duhovito poimenovali diamant. Bistveno je, da so reseksijske linije ravne in ne v obliki kroga, kajti krog se bo s prehajanjem v globino nenehno ožil in tako nehoti prihajamo v bližino tumorja, s čimer ogrozimo varnostni rob. Takšna nepravilna resekcija je v obliki stožca.

Ne glede na številne prednosti laparoskopske kirurgije se vedno poraja vprašanje, ali se le-ta finančno izplača? Prav skupina prof. M. Abu Hilala iz Southamptonu je opravila tudi ekonomske analize in primerjala laparoskopske s tradicionalnimi, odprtimi resekcijami jeter. Ugotovili so, da so manjše resekcije jeter cenejše, če jih opravimo laparoskopsko, vendar pri večjih resekcijah med obema metodama ni razlik v ceni (4).

Dan je hitro minil, sledila je večerja in prijetno druženje. Delo smo nadaljevali naslednji dan v Zagrebu.

Literatura:

1. Buell JF, Cherqui D, Geller DA, O'Rourke N, Iannitti D, Dagher I et al. The international position on laparoscopic liver surgery: The Louisville Statement, 2008. *Ann Surg* 2009; 250: 825-30.
2. Wakabayashi G, Cherqui D, Geller DA, Buell JF, Kaneko H, Han HS et al. Recommendations for laparoscopic liver resection: a report from the second international consensus conference held in Morioka. *Ann Surg* 2015; 261: 619-29.
3. Abu Hilal M. Why do we need guidelines in laparoscopic liver surgery? *HPB (Oxford)* 2017; 19: 287-8.
4. Abu Hilal M, Di Fabio F, Syed S, Wiltshire R, Dimovska E, Turner D et al. Assessment of the financial implications for laparoscopic liver surgery: a single-centre UK cost analysis for minor and major hepatectomy. *Surg Endosc* 2013; 27: 2542-50.



Anatomska laparoskopska resekcija na desni strani jeter.

64. kongres Evropske organizacije za raziskavo kariesa v Oslu

Prof. dr. Vito Vrbič, dr. dent. med., v. svet., Ljubljana

Vsakoletnega kongresa Evropske organizacije za raziskavo kariesa (ORCA), ki je bil v Oslu od 5. do 8. julija letos, se je udeležilo 350 raziskovalcev z vseh kontinentov. V primerjavi z udeleženci kongresa ORCA v Ljubljani leta 1990 je bilo letos neprimerno več Japoncev, Kitajcev in Brazilcev ter nekaj Rusov, seveda poleg Američanov, ki so vsako leto številni gostje. V zadnjih letih oz. desetletjih se je povprečna starost udeležencev bistveno zmanjšala.

Raziskovalni program ni namenjen samo zobnemu kariesu, temveč vsebuje tudi širše klinične raziskave v ustni votlini, diagnostiko, različne okvare trdih zobnih tkiv ter njihovo de- in remineralizacijo, učinke različnih fluoridov in podobno. Vsako leto zadnji dan kongresa

(dodatni sobotni popoldanski simpozij) posvetijo določeni strokovni temi. Letos je bilo to oralno zdravje starejše populacije, s poudarkom na hiposalivaciji, ustni higieni in kariesu na zobni korenini.

Letošnjega kongresa se je iz Ljubljane udeležilo pet članov Sekcije za zobne bolezni in endodontijo SZD, ki so hkrati člani istoimenskega oddelka Stomatološke klinike KCL ali istoimenske katedre (in katedre za fiziologijo) MF s štirimi prispevki. V prvem prispevku – M. Mastnak, J. Krapež, M. Terčelj, B. Salobir, J. Jan: **Pogostnost zobnega kariesa pri bolnikih s kronično obstruktivno pljučno boleznijo (KOPB)** – je poročala J. Jan. Študija je s področja raziskovanja povezav med ustnim in sistemskim zdravjem. Pacienti s KOPB imajo višje tveganje za nastanek kariesa in več kariesa tako na

kroni kot korenini zoba. Imajo tudi manj sanirano zobovje.

K. Cankar, M. Grošelj, I. Frangež, L. Nemeth: **Fotobiomodulacija velikih žlez slinavk pri pacientih z visokim tveganjem za karies.** V raziskavi so ugotavljali, ali lahko s fotobiomodulacijo velikih žlez slinavk vplivajo na dejavnike tveganja za karies. Po štirih tednih fotobiomodulacije so pri pacientih poskusne skupine zaznali povečan pretok sline ali zvišano pufersko kapaciteto sline ter zmanjšano gostoto kolonij kario-genih bakterij v slini. Pri pacientih z visokim tveganjem za karies lahko fotobiomodulacija velikih žlez slinavk zmanjša tveganje za karies. Iz te raziskave so predstavili dva prispevka: prvega je podala K. Cankar, drugega pa M. Grošelj.

V. Vrbič: **30-letna raziskava o epidemiologiji zobnega kariesa pri 12-letnikih v Sloveniji (1987–2017).** V tej raziskavi smo predstavili predvsem tri dosežke naših predšolskih in šolskih zobozdravnikov:

- Očitno izboljšanje povprečne prizadetosti zob s kariesom (K), ekstrakcijami (E) in s plombami (P) od 5,1 na 1,5 KEP, s čimer smo se približali stanju šolarjev v zahodni Evropi in Skandinaviji.
- Zavidljivo zvišanje odstotka otrok brez kariesa od 4 na 42 odstotkov.
- Da imamo po mnenju SZO najvišji odstotek (94 odstotkov) šolarjev z zalitimi zobmi (z zalitjem jamic in fisur na griznih površinah kočnikov tam preprečimo nastanek kariesa).

Vsi zgoraj navedeni prispevki so bili opaženi.

Dogajanja na kongresu so bila precej delovne narave, skupen je bil le nekajurni izlet z ladjo v zalivu in svečana večerja v avli nove operne hiše.



Udeleženci kongresa iz Ljubljane (z leve): J. Jan, V. Vrbič, K. Cankar, L. Nemeth, M. Grošelj

16. Svetovni kongres fetalne medicine v Ljubljani

Prim. Darija Strah, dr. med., Diagnostični center Strah

Svetovni kongres FMF – Fetal Medicine Foundation London, ki ga vedno znova organizira profesor Kypros Nicolaides, postaja eden najuspešnejših, najbolj obiskanih in pri podajanju novega znanja in raziskav najbolj inovativen strokovni dogodek s področja perinatalnega varstva, porodniških tem, ultrazvoka v porodništvu in tudi v ginekologiji. Po moji oceni se po 16 zaporednih letih povsem upravičeno postavi ob bok svetovnemu kongresu s področja ginekologije in porodništva, ki lansko leto v Rimu strokovno ni več ponudil toliko presežkov, kot bi jih zdravniki pričakovali.

Zato sem še bolj ponosna, da je FMF ponovno izbral Slovenijo. Zelo uspešno smo se predstavili leta 2009 v Portorožu. Letos je pri organizaciji kongresa spet sodelovala tudi predstojnica KO za perinatologijo iz Ljubljane Nataša Tul Mandić in povsem upravičeno smo lahko ponosni nanjo, saj se je kongres z več kot 1900 udeleženci končal zelo plodno in strokovno zadovoljil večino zdravnikov.

Strokovni program je vseboval več tem, glavne so bile naslednje: nepravilnosti osrednjega živčevja, pljuč, sečil, odprta spina bifida, prirojene srčne nepravilnosti, presejanje za kromosomske in druge nepravilnosti v prvem trimesečju, presejanje s prostocelično DNA, klinična genetika v fetalni medicini, nepravilnosti posteljice, ultrazvok v prvem trimesečju, večplodna nosečnost in zapleti,

zapleti pri fetoskopiji in laserski terapiji, napoved in preprečevanje prezgodnjega poroda, preeklampsija, bolezn maternice in ploda ter porod.

S temo Gestacijska sladkorna bolezen: pozni prezgodnji porod in neonatalna obolevnost je nastopila Katja Bricelj, specialistka ginekologije in porodništva. Darija Strah sem predstavila temo v obliki posterja Značilnosti nosečnic, presejanih s prostocelično DNA v prvem trimesečju nosečnosti za napoved tveganja za Downov sindrom in druge kromosomske nepravilnosti.

Ventrikulomegalija z vidika nevrokirurškega zdravljenja

Patologija ventriklov nastane kot razširitev le-teh zaradi več vzrokov: preveč cerebrospinalne tekočine, obstrukcija, motena cirkulacija ali absorpcija ter pri boleznih, kjer je premalo možganovine. Glavni vzroki so razvojne nepravilnosti možganov, strukturne nepravilnosti zaradi kromosomske nepravilnosti pri plodu ter okužbe. Prevalenca znaša 0,3–1,5 na število vseh živorojenih. Pri približno 40 odstotkih se vedno pojavljajo pridružene anomalije, pri kromosomopatijah celo do 60 odstotkov, v več kot polovici primerov kot prirojena nepravilnost srca.

Razlika med ventrikulomegalijo in hidrocefalusom je naslednja: prva je statična, intrakranialni tlak ni povišan, otroci večinoma ne potrebujejo

posegov. Hidrocefalus je napredujoč, tako po obsegu kot naraščajočem tlaku in kirurška terapija je običajno nujna. Pomembnejši dejavnik za napoved prognoze ni velikost razširjenja ventriklov, temveč predvsem etiološki vzrok. Pravilno merjenje možganovine omogoča, da lahko sploh ločimo med ventrikulomegalijo in razvijajočim se hidrocefalusom, in je različno, ko primerjamo nas, ki ocenjujemo stanje možganovine pred porodom, in razvojnim pediatrom, ki oceni možganovino novorojenčkov. Prvi merimo širino v področju atrija zadnjega roga lateralnega ventrikla, slednji širino sprednjega roga v področju foramna. Miti nevrokirurške stroke so: kirurško zdravljenje hidrocefalusa je varno, razširjeni možganski ventrikli škodujejo nevrološkemu razvoju otroka, intrakranialni pritisk je mogoče oceniti na osnovi slike, prognoza nevrološke prizadetosti otroka je odvisna od širine ventriklov. Osnova zdravljenja temelji na vstavitvi obvodov, vendar so se indikacije zanje na osnovi zadnjih raziskav zožile. Priporočilo je, da pri stabilnih blagih do srednje velikih ventrikulomegalijah pri asimptomatskih otrocih z mielomeningokelo obvoda ni treba vstaviti. Metaanalize otrok z razvojnim zaostankom so pokazale, da obstaja 8 odstotkov možnosti za razvojni zaostanek po porodu, kadar smo pred porodom ugotovili izolirano ventrikulomegalijo, široko manj kot 15 mm. Zmerna ventrikulomegalija je torej združljiva z dobro prognozo razvoja otroka, povišan intrakranialni tlak kot edina patološka entiteta ni nujno povezan z upadom kognitivnega razvoja.

Poglavje monohorijskih dvojčkov je zajemalo vse vidike laserske terapije: napoved izgube ploda po posegu, preprečevanje izgube ploda po posegu, rezultate ponovljenih posegov,

Poročila s strokovnih srečanj



Foto: Andrej Zore

možnost grozečega prezgodnjega poroda, primerjavo dolžine materničnega vrata po laserski terapiji po opravljeni cerklaži ali le ob vstavitvi pesarja, dolgotrajno sledenje otroka po posegu. Nizka porodna teža otroka je edini neodvisni napovedni dejavnik pri oceni nevrološke okvare in slabšega razvoja po porodu. Večina zapletov pri identičnih dvojčkih nastane zaradi prenatalne diskordance, bodisi v teži, v dopplerskih vrednostih MCA (*middle cerebral artery*) v količini plodovnice in pojavu različnih nepravilnosti, kot sta npr. TRAP (*twin reversed arterial perfusion sequence*) in

TTTS-sindrom (*twin-to-twin transfusion syndrome*). Pri laserski terapiji pred 26. tednom nosečnosti je seveda glavni razlog slabega izida nezrelost. Možni izid po terapiji je: prekinitev patološkega pretoka in nadaljevanje nosečnosti, ponoven pojav TTTS, TAPS (*twin anemia polycythemia sequence*) in v 2 odstotkih pojav amnijskega tračka. Stanje TAPS lahko vodi v pozno neonatalno smrtnost. Donor je anemičen, recipient polnokrven, vendar značilno stanje *oligo/polyhydramnion* ni prisotno. Po laserski terapiji ga najdemo v skoraj 5 odstotkih, spontano nastane v 0,9 odstotka vseh monohorijskih dvojčkov. Običajno se začne razvijati po 26. tednu, zato stanju z drugo besedo rečemo TTTS neonatologov. Dnevno se vrši približno 100 ml medsebojnega patološkega pretakanje krvi po tankih, večinoma manj kot 1 mm širokih A-A (arterijsko-arterijskih anastomoz), lahko pa tudi po AV-VA (arterijsko-venskih anastomoz) ali spregledanih AV-anastomozah, ostalih po laserju. Nanj lahko prenatalno pomislimo, ko sta najvišji sistolični hitrosti pretoka v MCA diskordantni. Postnatalna diagnoza se opre na anemijo donorja (Hb manj kot 5 centila za gestacijsko starost) in retikulocitozo, policitemijo recipienta (vensko Ht več kot 65 odstotkov), razliko v Hb med obema za več kot 8 g/dl ter dokaz placentalnih anastomoz premera manj kot 1 mm. Otroci, rojeni po taki nosečnosti, seveda potrebujejo oskrbo v terciarnih neonatoloških centrih.

Pri predavanjih o odkrivanju kromosomopatij seveda ne gre brez testiranja s prostocelično DNA kot že uveljavljeno metodo naprednega presejalnega testiranja.

Napredek v tehnologiji omogoča veliko večjo stopnjo odkrivanja nepravilnosti 13. in 18. kromosoma kot do sedaj, z izrazito manjšim deležem lažno pozitivnih izvidov. Do sedaj je veljalo, da je stopnja odkrivanja trisomije 21 (T21) 99,2 odstotka, T18 96,3 odstotka ter T13 91 odstotkov, ob 0,9 do 1,3 odstotka lažno pozitivnih izvidov, kar je za slednje

približno enako kot pri do sedaj uveljavljenem presejanju na osnovi nuhalne svetline in biokemičnega testa. Nove številke so: odkrivanje T21 99,7-odstotno, T18 97,9-odstotno in T13 99-odstotno, ob samo 0,04 odstotka lažno pozitivnih rezultatov. Še vedno sta v ospredju vsaj dve omejitvi, ki bosta morda z napredkom tehnologije izzveneli, a žal sta ta trenutno zelo pomembna dejavnika cena testa, ki ga pri nas v Sloveniji dodatno zdravstveno zavarovanje ne krije, in t. i. »no call« izvid. Znano je, da je delež nizke fetalne frakcije povezan z možnostjo kromosomopatije 18. in 13. kromosoma ter diginične triploidije zaradi manjše placente, in ravno to je lahko skriti razlog za neuspeh izvid. Dokazano je tudi, da je pri nosečnicah brez znanega izvida visoko tveganje za spontano prekinitve nosečnosti tudi brez dokazane kromosomske nepravilnosti.

Primerjava med testi pokaže naslednji delež neuporabnih izvidov: Verinata, Lifecodexx in Sequenon od 1,6 do 1,9 odstotka, Ariosa in BGI 2,2 odstotka, Natera 6,4 odstotka.

Na lažno pozitiven ali lažno negativen rezultat pri odkrivanju kromosomskih nepravilnosti pri plodu vpliva fetalna frakcija, torej delež prostocelične DNA v materinem serumu, pa tudi mozaicizem, *vanishing twin* sindrom ali pa je nosečnica nosilka prirojenih ali pridobljenih citogenetskih napak. Novi izsledki kažejo tudi, da na lažen izvid lahko vpliva materina terapija s heparinom ali južnoazijska rasa. V krvnem obtoku nosečnice med 12. in 26. tednom nosečnosti kroži od 5 do 20 odstotkov fetalne DNA, ki jo lahko dokažemo že od 7. tedna nosečnosti. Manjši delež fetalne DNA v vzorcu oteži odkrivanje anomalij, saj je analiza zanesljiva pri vsaj 3,5-odstotni fetalni frakciji. Tudi zato ne moremo govoriti o diagnostični preiskavi, ampak o presejalnem testu.

Zaključna dejstva vpliva uvedbe nove tehnologije v dosedanje klinične poti so: upad invazivnih preiskav tudi do ene tretjine, upad genetskega

svetovanja za enak delež, je odličen test za T21, vendar še vedno predrag, ultrazvok zgodnje morfologije in nuhalne svetline mora ostati kot predpogoj za odločitev, da in kakšen test uporabiti oz. kdaj se raje odločiti za eno izmed invazivnih diagnostičnih preiskav.

Darija Strah sem analizirala testiranje z enim od presejalnih testov s prostocelično DNA v Diagnostičnem centru Strah v obdobju od leta 2013 do 2017. Kdo pravzaprav so nosečnice, ki se odločijo za testiranje s to metodo in kakšne so njihove lastnosti? Preko polovice jih je bilo starih 37 in več let, 16 odstotkov je imelo povišano tveganje predhodnega presejalnega testa in bilo starih 37 in

več let. Presenetilo me je dejstvo, da 39 odstotkov nosečnic ni imelo visokega tveganja na osnovi ultrazvočnega izvida in so bile mlajše od 37 let, a so imele dodatno testiranje na lastno željo. Občutljivost testa je za T21 znašala 100 odstotkov, specifičnost 99,4 odstotka, PPV (pozitivna napovedna vrednost) za vse nepravilnosti znaša 80 odstotkov, za T21 100 odstotkov.

V Sloveniji preko 80 odstotkov nosečnic opravi presejalne preiskave za Downov sindrom in pred časom je 7,2 odstotka nosečnic opravilo eno od invazivnih diagnostičnih preiskav s citogenetsko preiskavo plodovih celic zaradi povišanega izračuna tveganja ali drugih vzrokov (pozitiven izvid

prostocelične DNA, povišano tveganje za T21, izračunano z obstoječimi presejalnimi testi, starost matere ipd.). Predvidevanja za zmanjšanje invazivnih preiskav tudi pri nas so verjetno pravilna, saj je predvsem strah nosečnice pred izgubo ploda tisti, ki pripomore k odločitvi za drugi test, četudi ni diagnostičen. A zdravniki moramo upoštevati tudi željo nosečnic. Seveda morajo biti naše skupne odločitve predvsem strokovno utemeljene, kar pa morajo sprejeti bodoče mamice, ki včasih mislijo, da je njihova pravica uporabiti vse brez kritičnega in medicinsko upravičenega razloga.

Vsem kolegicam in kolegom želim prijetno poletje!

V Mariboru izveden že drugi tečaj histeroskopije v organizaciji Evropske akademije za ginekološko kirurgijo

Tamara Serdinšek, dr. med., doc. dr. Branka Žegura, dr. med., Klinika za ginekologijo in perinatologijo UKC Maribor

Tri dni v mesecu marcu, natančneje od 15. do 17. marca 2017, so bili prostori Laboratorija kliničnih veščin Medicinske fakultete Univerze v Mariboru histeroskopsko obarvani. V njih je namreč potekal histeroskopski tečaj *Modern Hysteroscopy Course*, ki je bil tokrat že drugič izveden pod okriljem Evropske akademije za ginekološko kirurgijo (*European Academy of Gynaecological Surgery* – EAGS). Gre za organizacijo, ki razvija znanstveno validirane standarde za izobraževanje in vadbo ginekoloških endoskopskih posegov, organizira certificirane tečaje ginekološke endoskopije, pod njenim okriljem pa

je v sodelovanju z Evropskim združenjem za ginekološko endoskopijo (*European Society for Gynaecological Endoscopy* – ESGE) nastal tudi strukturiran izobraževalni program GESEA (*Gynaecological Endoscopic Surgical Education and Assessment*), ki predstavlja velik korak v standardizaciji izobraževanja na področju endoskopske kirurgije.

Tečaj je potekal po strukturiranem programu, preko katerega se je deset udeležencev najprej spoznalo s teoretičnimi osnovami in nato napredovalo do zahtevnejših veščin in znanj. Prvi dan je bil tako namenjen spoznavanju instrumentov, osnovnih

principov histeroskopije ter vadbi na silikonskih in plastičnih modelčkih. Drugi dan so udeleženci že izvajali nekatere ambulantne posege na bioloških modelih, tretji dan pa je bil namenjen resektoskopiji. Hkrati s tem so spoznali tudi posebnosti pri pripravi bolnice na histeroskopijo in pri obravnavi pacientk, ki se zdravijo zaradi neplodnosti, opisovali in spoznavali so različne vrste patologije v maternični votlini ter se naučili prepoznati in zdraviti možne zaplete med posegi.

Nad delom udeležencem so bdeli predavatelji in inštruktorji, ki so z veseljem delili svoje znanje in razkrili



Med praktičnim delom.

marsikatero nasveto in trike, ki bodo tečajnikom koristili pri nadaljnjem delu. Med predavatelji so bili doc. dr. Branka Žegura, dr. med., prof. dr. Vasilios Tanos, dr. med. (Ciper), Yves Van Belle, dr. med. (Belgija), doc. dr. Vida Gavrić Lovrec, dr. med., in prof. dr. Milan Reljić, dr. med. Poleg njih so kot inštruktorji aktivno sodelovali še doc. dr. Vilma Kovač, dr. med., Marija Rebolj Stare, dr. med., in Saša Rakić, dr. med.

Tako tečajniki kot ostali sodelujoči smo bili izjemno zadovoljni z izvedbo delavnice in upamo, da bomo s takšnim tempom nadaljevali tudi v prihodnje. Organizacija delavnice v okviru EAGS pomeni za nas in za naše delo veliko priznanje, hkrati pa nudi možnost kakovostnega in intenzivnega izobraževanja tistim, ki bi radi izpopolnili svoje znanje histeroskopije.

ECMO – lahko bolnikom in tudi osebju ponudimo več?

Prim. doc. dr. Vojka Gorjup, dr. med., dr. Alenka Goličnik, dr. med., asist. dr. Tomaž Goslar, dr. med., KO za intenzivno interno medicino, UKC Ljubljana
vojka.gorjup@kclj.si, alenka.golicnik@kclj.si, tomaz.goslar@gmail.com

Zunajtelesna membranska oksigenacija (ECMO) je vedno bolj uveljavljena in razširjena metoda zdravljenja, ki omogoča zdravljenje bolnikov s popolno odpovedjo dihal, z odpovedjo srca ali kombinirano odpovedjo dihal in srca. Uporaba zunajtelesne membranske oksigenacije omogoča »premostitev« in pridobitev dragocenega časa za vzročno zdravljenje, okrevanje ali odločitev o nadaljnjih ukrepih pri najtežjih bolnikih v enotah intenzivne medicine.

Metoda zdravljenja z zunajtelesno membransko oksigenacijo je invazivna in lahko povezana s številnimi

zapleti. Zdravljenje je zahtevno tako za zdravnike kot tudi zdravstveno-negovalni kader v intenzivnih enotah. Zahteva poznavanje posebnosti spremenjene fiziologije kardiorespiratornega sistema, obenem pa podrobno tehnično poznavanje uporabljenih aparatov za hitro prepoznavo in pravilno ukrepanje v primeru zapletov, ki so sicer lahko za bolnika usodni.

Metodo od leta 2009 uporabljamo tudi na KO za intenzivno interno medicino (KOIIM) UKC Ljubljana, kjer smo do sedaj zdravili 147 bolnikov. Zunajtelesna membranska

oksidacija kot način zdravljenja je v Sloveniji na voljo le v UKC Ljubljana, kjer jo uporabljamo na KO za kirurgijo srca in ožilja (bolniki po operacijah na srcu), KO za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo (pediatrična populacija) in KO za intenzivno interno medicino (odrasli nekirurški bolniki). Kompleksnost metode s sabo prinaša tudi daljši in zahtevnejši proces usposabljanja celotne zdravstvene ekipe, ki je udeležena v obravnavi takih bolnikov. Po priporočilih svetovne organizacije za zunajtelesno podporo (*Extracorporeal Life Support Orga-*

nization – *ELSO*) je nujno tudi redno obnavljanje znanja in usposobljenosti.

V letošnjem letu smo januarja in aprila v UKC Ljubljana (KOIIM v sodelovanju z ekipo perfuzionistov KO za kirurgijo srca in ožilja) izvedli prvo celovito izobraževanje o zunajtelesni membranski oksigenaciji, namenjeno zdravstveno-negovalnemu kadru KO za intenzivno interno medicino. Izobraževanje je bilo izvedeno v Simulacijskem centru UKC Ljubljana in je potekalo dva dni. Teoretični del v obliki predavanj je pokrival področja od fiziologije oz. patofiziologije srčno-žilnega in dihalnega sistema do osnov ECMO, indikacij, možnih zapletov in urgentnih ukrepov ter tehničnih podrobnosti uporabljenih aparatov. Poleg predavanj so imeli udeleženci možnost praktične uporabe in ravnanja s sistemoma Cardiohelp (Maquet Getinge Group) in Levitronix CentriMag (Levitronix, LLC), ki ju uporabljamo na oddelku. Drugi dan so sledili praktični treningi za vse udeležence v majhnih skupinah, po dva ali trije udeleženci. Treninge v obliki

realističnih kliničnih scenarijev smo izvedli v Simulacijskem centru.

Udeleženci so imeli možnost v praksi preizkusiti svoje teoretično znanje ukrepanja v urgentnih situacijah, ki jih v vsakdanji praksi na srečo redko srečamo. Ravno zaradi redkega srečevanja s hudimi zapleti smo slabo pripravljeni na njihovo hitro prepoznavanje in pravilno ukrepanje. Uporaba simulacije za namen učenja je po svetu ustaljena praksa, pri nas pa še precej neizrabljena. Učencem daje možnost, da v varnem okolju, brez nevarnosti zanje ali bolnika, preizkusijo svoje znanje in kasneje tudi analizirajo svoje ukrepanje. Na koncu je sledil preizkus znanja v obliki pisnih vprašanj, ki so ga vsi udeleženci uspešno opravili. Izobraževanje je bilo obvezno za vse medicinske sestre s KO za intenzivno interno medicino, ki delajo z bolniki, zdravljenimi z ECMO.

Pozitivni odzivi udeležencev so nam zagotovili, da je izobraževanje, predvsem pa možnost za praktičen in varen trening, nujno. Z rednimi izobraževanji s področja zunajtelesne membranske oksigenacije bomo

nadaljevali tudi v prihodnje in jih nameravamo razširiti na celotno ekipo (zdravstveno-negovalni kader in zdravniki) in s tem izboljšati znanje in medsebojno sporazumevanje zdravstvenega osebja ter oskrbo teh najtežjih bolnikov.

V sklopu izobraževanja smo v mesecu marcu na Bledu, v času simpozija *Akutna kardiologija v Sloveniji*, organizirali 2. simpozij ECMO. Simpozij je bil namenjen vsem zdravstvenim delavcem, ki se pri svojem delu srečujejo z bolniki, ki potrebujejo takšno zdravljenje. Začetni del simpozija je bil namenjen dvema zunajtelesnima načinoma zdravljenja, in sicer zunajtelesnemu odstranjevanju CO₂ in zunajtelesnemu odstranjevanju mediatorjev vnetja. Na vabilo k sodelovanju so se s svojimi predavanji vljudno odzvali tudi tuji predavatelji.

Eden najbolj zanimivih delov simpozija je bila predstavitev bolnikov, ki so potrebovali in bili zdravljeni z različnimi metodami zunajtelesne podpore.

Del simpozija smo letos namenili razvoju metode v Sloveniji, s poudarkom na obravnavi trenutnega stanja in izdelavi smernic za razvoj mreže oddelkov, ki bi zdravili bolnike z ECMO. Svoje razmišljanje in izkušnje s tega področja nam je predstavil specialist za ECMO iz Hrvaške, ki sodeluje pri izgradnji ECMO-mreže na Hrvaškem. Poleg ostalega je bilo zanimivo slišati tudi dejstvo, da je metoda na Hrvaškem ustrezno ovrednotena in plačana s strani zavarovalnice, medtem ko v Sloveniji po osmih letih delovanja še nismo uspeli pridobiti sredstev za ta način zdravljenja. To je seveda pustilo grenak priokus, hkrati pa nam dalo dodaten impulz za naša nadaljnja prizadevanja za doseg dogovora z zavarovalnico.

Največ zagona nam seveda dajo naši bolniki. Na zadnji del simpozija smo povabili bolnike, ki so se po težki bolezni in zdravljenju z ECMO vrnili v normalno življenje. Skupaj z njihovimi svojci smo se spoznavali v



Vaši komentarji, predlogi, vtisi....

HVALA VAM, KER STE PREDAVANJA NAREDILI JASNA, ZANIMIVA, RAZUMLJIVA IN TEORIJO POVEZALI S PRIMERI IZ PRAKSE. VZDOVUJE SE BILLO ZELO SPROŠČENO KLUB MAHNEMU PROSTORU IN STISKANJU, POHVALIL BI TUDI PRIJAZNOST IN DOSTOPNOST VSEH PREDAVATELJEV. SAM POTEK PREDAVANJ JE ZELO USTREZEN IN SMISELEN, Torej ZAČETEK Z OSNOVAMI FIZIOLOGIJE IN PATOFIZIOLOGIJE SRCA IN PLJUČ PA VSE DO PRIMINGA CARDIOHELP SISTEMA. POWERPOINT PREZENTACIJE ZELO LEPO NAREJENE IN ZANIMIVE, DOVOLJ SLIK IN DOVOLJ TEKSTA, DA LAHKO SLEDIŠ PREDAVANJU, DELAŠ ZAPISKE IN HKRATI RAZMIŠLJAŠ. ZDI SE MI LE, DA SMO MALO PREHITRO ŠLI SKOZI SAM TRANSPORT PACIENTA Z ECMO. SAM TEST NA KONCU (PISNI PREIZKUS ZNANJA) JE RES DOBRO SESTAVLJEN, LAHKO GA REŠIS V 15ih MINUTAH IN ZADEMA BISTVENE ZAGNOSTI ECMO. HVALA :)

drugačni luči (obleki!), okoliščinah in obujali spomine na pretekle dni ter se veselili njihovih uspehov. Veseli smo bili vseh in vsakega posebej. Sklenili smo, da bomo organizirali društvo bolnikov, zdravljenih z ECMO, katerega naloga bo seznanjanje javnosti z metodo, pomoč svojcem tistih, ki se še bojujejo za življenje, in tudi pomoč pri pogovorih z zavarovalnico. Sklenili smo, da se srečamo vsako leto, in s pozitivnimi mislimi zaključili simpozij.

Raziskave skeletne mišice – od celice do človeka 2017

Pomen gibanja za človekovo zdravje

Prof. dr. Tomaž Marš, dr. med., Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani
Tomaz.mars@mf.uni-lj.si

Med 28. in 30. majem 2017 je na Inštitutu za patološko fiziologijo Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani (dalje UL MF) potekal mednarodni simpozij z delavnico »Raziskave skeletne mišice – od celice do človeka 2017«. Udeležili so se ga številni domači in tuji strokovnjaki, ki so s prispevki in živahno razpravo pokazali na pomen skeletne mišice pri človeku. Zavest, da skeletna mišica predstavlja od 40 do 50 odstotkov telesne mase in je miologija vse pomembnejša veda, je zaenkrat med zdravništvom premalo prisotna. Je pa zavedanje o pomenu gibanja oz. telesne aktivnosti za ohranjanje zdravja vse močnejše in mu, vsaj v razvitih sredinah, raste veljavanja. Program je bil namenjen pregledu najsodobnejših tem, od celičnih modelov in morfologije skeletnih mišic do kliničnih študij in aplikacij. Novosti v

raziskovanju so predstavili priznani predavatelji in znanstveniki iz vsega sveta.

Protagonisti sodobnega raziskovalnega dela so profesorji UL MF Matej Podbregar, Tomaž Marš, Erika Cvetko, Matej Drobnič, Alan Kacin in Sergej Pirkmajer, ki povezujejo raziskave na področju skeletne mišice na nacionalni ravni, v okviru programa »Molekularni mehanizmi razvoja in delovanja skeletne mišice«, ki ga vodi prof. Podbregar.

Pri nas so k razumevanju razvoja, delovanja in patologije skeletne mišice veliko prispevali Inštitut za anatomijo in Inštitut za patološko fiziologijo MF UL, nekatere enote Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (dalje UKCL) in druge institucije. Na Inštitutu za anatomijo se je leta 1975, v času histokemičnega določanja tipov mišičnih vlaken (prof. dr. Anton Širca) in elektronsko-mikroskopskih raziskav skeletne mišice (prof. dr. Alenka Dekleva), zaposlila

sogovornica dr. Ida Eržen. Ukvarjala se je z diagnostiko živčno-mišičnih bolezni in od 1993 vodila projekt »Struktura in funkcija skeletne mišice v fizioloških, patoloških in eksperimentalnih pogojih«. Leta 2004 so se združili s skupino prof. dr. Zorana Grubiča z Inštituta za patološko fiziologijo in je postala nosilka programa »Molekularni mehanizmi razvoja in delovanja skeletne mišice«, ki ga je leta 2010 prevzel internist prof. dr. Podbregar. Po upokojitvi dr. Ide Eržen sta delo nadaljevali doc. dr. Marija Meznarič (imunohistokemične metode in prenos Western v diagnostiki) in prof. dr. Erika Cvetko, ki sedaj vodi raziskave. Dr. Eržen je za prof. dr. Miroslavom Kališnikom prevzela predsedovanje Stereološki sekciji, kasneje pa tudi novemu Društvu za stereologijo in kvantitativno analizo slike. Revijo *Acta Stereologica* je preoblikovala v mednarodno interdisciplinarno revijo s faktorjem vpliva, *Image Analysis & Stereology*. Vpeljali so stereološke metode dela, razvili morfometrične metode za analizo tipov mišičnih vlaken in njihovo razporeditev, štetje celičnih struktur in za analizo kapilarne mreže ter vpeljali metode za izdelavo protiteles proti težkim verigam miozina in



Simpozija »Raziskave skeletne mišice – od celice do človeka 2017« so se poleg ljubljanske raziskovalne skupine udeležili številni mednarodno uveljavljeni strokovnjaki (foto: Katarina Miš).

tehnike hibridizacije *in situ* (doc. dr. Vika Smerdu). V evropskem projektu o staranju skeletne mišice so prišli do številnih ugotovitev, preučujejo kapilarizacijo zdravih in bolezensko spremenjenih mišičnih vlaken, potekajo pa še druge raziskave v sodelovanju raziskovalnih skupin iz Slovenije, Češke, Slovaške, Italije in Francije.

Sodobne raziskave skeletne mišice pri nas in v svetu

Pogovor z domačimi in tujimi udeleženci simpozija je prinesel temeljne poudarke o njihovem delu. Prof. dr. **Matej Podbregar** je izpostavil, da se zdravniki vsakodnevno srečujejo z ortopedskimi problemi, poškodbami, starostnimi spremembami in vrsto drugih težav v zvezi z mišicami, zdravniki intenzivisti pa s primeri mišične slabosti, ki se razvije pri kritično bolnih. Vse te primere mišičnih okvar raziskuje ljubljanska skupina raziskovalcev, pri tem pa sodelujejo s strokovnjaki z različnih klinik UKCL, z oddelkom za fizioterapijo

Zdravstvene fakultete UL, s Fakulteto za elektrotehniko UL in Inštitutom Jožef Stefan ter z uglednimi ustanovami v svetu.

Prof. dr. **Erika Cvetko** je razložila, da raziskovalna skupina z Inštituta za anatomijo preučuje strukturo in funkcijo skeletnih mišic v različnih pogojih in razvija nove metode za pripravo in morfometrično analizo prečnih rezin skeletnih mišic. S kolegi z Akademije znanosti Republike Češke so razvili izvirno metodo za vrednotenje kapilarne mreže iz 3D-slik, pridobljenih s konfokalnim mikroskopom, in računalniški program za določanje deležev različnih tipov mišičnih vlaken iz zaporednih prečnih rezin skeletne mišice. Te metode služijo tudi za vrednotenje in raziskovanje živčno-mišičnih bolezni. Doc. dr. Marija Meznarič je organizirala in vodi tkivno banko živčno-mišičnih bolezni, ki je del mreže »Evrobiobank«, preko katere raziskovalci izmenjujejo vzorce redkih bolezni.

Prof. dr. **Tomaž Marš** je poudaril metabolno aktivnost skeletnih mišic: pri mišičnih kontrakcijah nastanejo v mišičnih vlaknih številne

mehanske in metabolne poškodbe, do poškodb mišic pa lahko pride tudi zaradi posrednih vzrokov. Razvoj poškodb je odvisen od poškodbe in od mišične regeneracije. V Laboratoriju za molekularno nevrobiologijo Inštituta za patološko fiziologijo se osredotočajo na molekularne mehanizme za pospešitev embrionalnega razvoja in boljšo regeneracijo. Osrednji poskusni model so primarne kulture človeških mišičnih celic, ki omogočajo kontrolirano spremljanje vseh stopenj razvoja človeške mišice. Ta model je edini način, ki omogoča preučevanje človeške mišice izven organizma. Zaradi široke uporabnosti je pritegnil pozornost številnih raziskovalcev inštituta in drugih uglednih domačih in tujih skupin.

Doc. dr. **Sergej Pirkmajer** je povedal, da Laboratorij za molekularno nevrobiologijo v sodelovanju s tujimi partnerji preučuje molekularne mehanizme delovanja skeletnih mišic. Presnovne spremembe v mišici vplivajo na celo telo. Motnje v presnovnem delovanju mišic na primer pomembno prispevajo k razvoju sladkorne bolezni tipa 2. Cilj njihovih

Poročila s strokovnih srečanj

raziskav je najti nove farmakološke tarče, preko katerih bi izboljšali presnovne procese v mišicah, kar bi dolgoročno lahko pripeljalo do novih oblik zdravljenja sladkorne bolezni in drugih presnovnih motenj. Pri iskanju farmakoloških tarč si pomagamo s preučevanjem ugodnih presnovnih prilagoditev, ki jih v mišici spodbudi gibanje.

Doc. dr. **Alan Kacin** poudarja, da je redna telesna aktivnost ustrezne intenzivnosti in pogostnosti, skupaj z zdravo in uravnoteženo hrano, najbolj preprosto in učinkovito zdravilo za večino nenalezljivih kroničnih bolezni sodobnega sveta. Trendi raziskovanja skeletne mišice so usmerjeni v povezovanje molekularnih celičnih mehanizmov z odzivi drugih endokrinih žlez in živčevja, kardiovaskularnimi in respiratornimi odzivi ter funkcijskimi prilagoditvami gibalnega sistema. V Laboratoriju za fizioterapijo Zdravstvene fakultete UL preučujejo nove metode terapevtske vadbe pri kliničnih populacijah, ki so zaradi osnovne bolezni ali kot posledica zmanjšanja telesne dejavnosti podvržene lokalni ali sistemski atrofiji in oslabelosti skeletnih mišic. V sodelovanju z Ortopedsko kliniko, Kliničnim inštitutom za radiologijo UKCL in Inštitutom za patološko fiziologijo UL MF raziskujejo zlasti učinke ishemične vadbe pri ljudeh s poškodbami ali okvarami gibal.

Prof. dr. **Stefano Schiaffino iz Italije** je sodelovanje z ljubljanskim anatomskim inštitutom začel že pred 40 leti s prof. dr. Antonom Širco. Sodelovanje med Padovo, Trstom in Ljubljano se mu zdi dobra ideja, želijo pa si še več sodelovati z Ljubljano. Vloga gibanja je pri obravnavi številnih bolezni izjemno pomembna: na Danskem so vpeljali telesno dejavnost tudi v zdravljenje raka, vadbo pa priporočajo tudi pri parkinsonovi bolezni. V Padovi so ustanovili Inštitut za miologijo in se povezali s podobnima inštitutoma v Franciji ter na Floridi, lahko bi se povezali tudi z Ljubljano. Poudaril je še, da ima mišica osrednjo vlogo pri ohranjanju

zdravja. Zavest o tem tudi v strokovnih krogih še ni dovolj močna.

Prof. dr. **Kathy Myburgh iz Južnoafriške republike** je bila navdušena nad ljubljansko naravo, ki kar kliče po gibanju. Prijetna je za hojo, ki je dobra vadba brez plačevanja članarin raznim društvom. Denar ne sme odločati o gibanju! Mnogi mislijo, da je glavna naloga mišic dvigovanje težkih bremen. Namesto hoje se sicer lahko peljemo, a pomembno je, da naše skeletne mišice delujejo, da smo zmožni biti pokonci, vstati s stola ali se dvigniti iz kadi. Naslednja napačna predstava je, da so skeletne mišice zgrajene le iz mišičnih vlaken: v mišičnem tkivu so med drugim tudi fibroblasti, ki tvorijo vezivno tkivo, in makrofagi, ki so v normalnih razmerah le malo aktivni. Njihovo neustrezno delovanje lahko vodi do fibroze, vnetja in izgube mišične mase. Poleg fibroblastov in makrofagov so pomembne tudi satelitske celice, ki omogočajo mišično regeneracijo in ohranjanje mišične mase. Gibanje vpliva na vse omenjene celice in pomaga vzdrževati zdravo ravnovesje med njimi. Ker gibanje s tem ugodno vpliva na mišice, prof. Maybrough priporoča zdrav in aktiven življenjski slog.

Prof. dr. **Alexander V. Chibalin iz Karolinska Institut (Švedska)** meni, da je kongres odlična spodbuda. Razvoj biomedicinskih raziskav v Sloveniji je pomemben in tudi tujcem služi za navdih. Sam ima raje manjša srečanja in razprave, saj se jih udeležujejo zanimivi ljudje z različnimi idejami, ki so jih pripravljene deliti, prihaja pa tudi veliko študentov. Dodal je, da zaradi napredka medicinske živimo dlje, človeštvo pa nima izkušenj, kako se obnašati med staranjem. Včasih je veljalo, da je staranje minevanje življenja, v novejšem času pa šele pri 50 letih začnemo živeti aktivno, polno življenje. Ohranjanje zdravega življenjskega sloga v teh letih je velik izziv in ne vemo še, kako se ga lotiti. Šele nekaj generacij namreč živimo v razmerah, ko je hrane v izobilju. Ker je evolucija

potekala v okolju, v katerem je hrane večinoma primanjkovalo, se je človeško telo razvilo tako, da v kratkem času uskladišči čim več maščobe in se tako pripravi na morebitno stradanje. Ker do stradanja ne pride, so posledice debelost in druge pridružene bolezni. To vedno bolj velja tudi v državah v razvoju. Tej evolucijski predispoziciji se lahko zoperstavimo le z gibanjem.

Prošnja organizatorjem strokovnih srečanj

Ker veliko upokojenih zdravnikov z zanimanjem sledi razvoju stroke, ki so se ji posvečali vse svoje aktivno obdobje, se radi udeležujejo strokovnih srečanj – tudi tistih, ki jih uvrstimo v koledar strokovnih srečanj v reviji Isis.

Organizatorje zato prosimo, da upokojenim zdravnikom čim večkrat ponudijo možnost, da se brez plačila kotizacije udeležijo strokovnih dogodkov, nam pa dosledno sporočajo, ali so upokojeni zdravniki oproščeni plačila kotizacije ali ne, da bomo podatek lahko uvrstili v ustrezno rubriko.

Uredništvo

Zbornična izobraževanja za zdravnike in zobozdravnike

Pacient ne govori slovensko – izziv za zdravstvene delavce v Sloveniji

seminar: april–november

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

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

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 sploh izgledalo 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 bistvenega 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.

Delavnica za specializante

delavnica: september, november

Vabimo vse specializante, ki ste ali boste v kratkem začeli s specializacijo, da se udeležite ene izmed delavnic za specializante.

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; dosedANJI udeleženci delavnice zelo priporočajo!

Izvajalci: Tina Šapec, Barbara Galuf, Mojca Vrečar, Polona Selič, Tanja Breznik

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 posameznimi 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 prioritete, razpolaganje s časom, ohranjanje motivacije in vpeljevanje novih navad.

Izvajalci: Zavod Medicinski trenerji; Luka Vitez, dr. med., Andrej Martin Vujkovic, abs. 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, dosegajo dobre rezultate in predvsem, da obvladujejo manjše in velike spremembe, ki jih prinaša okolje in vsakodnevno delo. Naučili se boste, kaj je razlika med timom in ekipo, kakšne so naloge vodje, kako se vodi tim, kakšne so resnice in zmote o motivaciji ter kakšna naj bo komunikacija v timu.

Izvajalka: Metka Komar, univ. dipl. ekon.

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 zaščite 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.

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. Tako oseba je običajno človeško prijaznost nadgradila tako, da je postala ustrežljiva ter vse bolj pozablja nase; premalo poskrbi za to, da zadovolji svoje čustvene potrebe.

Na seminarju se bomo seznanili (in vadili) veščine 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.

Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti

predavanja in delavnice: oktober, december



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

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

Poudarki iz vsebine:

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

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

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 boljše.

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.

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

kraj: PORTOROŽ, Grand hotel Bernardin	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 9
vsebina: Mednarodni simpozij je namenjen vsem zdravnikom, študentom medicine, medicinskim sestram.	organizator: Program za napredovalo srčno popuščanje in transplantacije srca, KO za kardiologijo, UKC Ljubljana in Center for Advanced Heart Failure, Memorial Hermann Heart & Vascular Institute, Houston, prof. dr. Bojan Vrtovc, dr. med., in prof. Igor D. Gregorič, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: brms.slo@gmail.com , informacije: prof. dr. Bojan Vrtovc, dr. med., T: 01 522 28 44, F: 01 522 28 28	

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

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

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

kraj: BLEJ, Hotel Jelovica	št. udeležencev: do 70	kotizacija: za slovenske udeležence kotizacije ni	k. točke: 22,5
vsebina: 26. tečaj za mentorje in učitelje družinske medicine je posvečen diagnostični negotovosti. Toplo vabljeni tudi tisti, ki o mentorstvu še razmišljate.	organizator: Združenje zdravnikov družinske medicine, katedri za družinsko medicino medicinskih fakultet Ljubljana in Maribor, OZG – Zdravstveni dom Bled, Evropska akademija učiteljev družinske medicine, Mateja Bulc	prijave, informacije: prijave: E: kdrmed@mf.uni-lj.si , informacije: Lea Vilman, W: http://www.bled-course.org/site/ , E: kdrmed@mf.uni-lj.si , T: 01 43 86 915	

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

kraj: LJUBLJANA, Univerzitetni klinični center, predavalnica I, Zaloška cesta 7	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 3
vsebina: Strokovno srečanje je namenjeno vsem zdravnikom.	organizator: Združenje za infektologijo SZD, prof. dr. Matjaž Jereb, dr. med.	prijave, informacije: 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: simona.rojs@kclj.si	

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

kraj: GOLNIK, Klinika Golnik, Vurnikova dvorana	št. udeležencev: 15	kotizacija: 50 EUR	k. točke: 4
vsebina: Tečaj je namenjen zdravnikom, medicinskim sestram in farmacevtom, ki bodo v svojih okoljih učili pravilno uporabo izvajalce, ki so v neposrednem stiku s pljučnimi bolniki. Program tečaja je sestavljen iz teoretičnega in praktičnega dela. Znanje na tečaju bo preverjeno s praktičnim preizkusom znanja in potrdilom, vsak udeleženec prejme »učno stajalo« z vsemi placebo vdihovalniki na tržišču za namen učenja in gradivo s tiskanim in video materialom. Tečaj bodo vodili DMS z največ praktičnimi znanji, zdravnik specialist in klinični farmacevt.	organizator: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, izr. prof. dr. Matjaž Fležar, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Klinika Golnik, Golnik 34, 4204 Golnik, informacije: E: milena.osojsnik@klinika-golnik.si ; T: 04 256 91 11	

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

kraj: KRANJ	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: www.hipnoza-dmhs.si	k. točke: 15
vsebina: 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.	organizator: Društvo za medicinsko hipnozo Slovenije	prijave, informacije: prijave: www.hipnoza-dmhs.si	

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

kraj: LJUBLJANA, Dermatovenerološka klinika UKC Ljubljana, predavalnica	št. udeležencev: 50	kotizacija: 150 EUR + DDV	k. točke: 6
vsebina: Šola otroške dermatologije je namenjena pediatrom, šolskim in osebnim zdravnikom.	organizator: 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.	prijave, informacije: prijave: Alojzija Miklič, E: marko.miklic2@guest.arnes.si , informacije: Alojzija Miklič, E: marko.miklic2@guest.arnes.si , 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

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

22. ob 8.00 • DOLGOROČNE METODE KONTRACEPCIJE

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

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

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

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

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

27.–29. • OSNOVNI LAPAROSKOPSKI TEČAJ – PODIPLOMSKI TEČAJ IZ KIRURGIJE

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

28. ob 9.00 • IMUNOTERAPIJA V ONKOLOGIJI

kraj: LJUBLJANA, predavalnica stavbe C, Onkološki inštitut	št. udeležencev: 80	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 4,5
vsebina: Podiplomsko izobraževanje je namenjeno družinskim zdravnikom, specializantom različnih strok, vsem zdravnikom, ki se v vsakodnevni praksi srečujejo z onkološkimi bolniki.	organizator: Sekcija internistične onkologije pri SZD, Onkološki inštitut, Katedra za onkologijo, dr. Erika Matos, dr. med.	prijave, informacije: prijave: izključno na E: Ikristan@onko-i.si , informacije: Lidija Kristan, T: 01 587 92 82	

28. ob 9.00 • POROD 2

kraj: LJUBLJANA, Simulacijski center, Mislejeva 3	št. udeležencev: do 20	kotizacija: 150 EUR	k. točke: ***
vsebina: 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.	organizator: Zdravstveni dom Ljubljana, Simulacijski center, Uroš Zafošnik, dipl. zn., mag. soc. del.	prijave, informacije: prijave: E: prijava.sim@zd-lj.si , informacije: Tajništvo SIM-centra, Ana Erdelja, T: 01 472 37 83, 031 396 533, E: taj.sim@zd-lj.si	

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

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

29.–30. ob 9.00 • 22. MEDNARODNA DELAVNICA IZ BRONHOSKOPIJE

kraj: GOLNIK, Vurnikova predavalnica	št. udeležencev: 30	kotizacija: 490 EUR (DDV vključen)	k. točke: 10,5
vsebina: Delavnica je namenjena zdravnikom pulmologom, internistom.	organizator: Klinika Golnik, asist. dr. Aleš Rozman, dr. med.	prijave, informacije: prijave: www.klinika-golnik.si , informacije: Irena Dolhar, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	

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

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

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

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

6.–7. ob 8.15 • 6. TEČAJ POTOVALNE MEDICINE

kraj: LJUBLJANA, UKC, predavalnica I, Zaloška cesta 7	št. udeležencev: 100–150	kotizacija: 25 EUR sekundariji/specializanti, 25 EUR medicinske sestre, 50 EUR zdravniki (DDV ni vključen v ceno), kotizacije ni za študente, pripravnike in brezposelne zdravnike	k. točke: ***
vsebina: Simpozij je namenjen specialistom in specializantom družinske medicine, infektologije, interne medicine, epidemiologom in vsem ostalim, ki se srečujejo s popotniki – tako pred odhodom kot po vrnitvi.	organizator: Sekcija za tropsko in potovalno medicino SZD, Katedra za infektivne bolezni in epidemiologijo, Klinika za infektivne bolezni in vročinska stanja, asist. mag. Tadeja Kotar, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Tajništvo Klinike za infektivne bolezni in vročinska stanja, Japljeva ulica 2, 1525 Ljubljana, informacije: Simona Rojs, T: 01 522 13 52, F: 01 522 24 56, E: simona.rojs@kclj.si	

6.–7. ob 9.00 • KONGRESNI DEL 15. GOLNIŠKEGA SIMPOZIJA

kraj: BLEJ, Hotel Golf	št. udeležencev: 120	kotizacija: 122 EUR (DDV vključen)	k. točke: 9
vsebina: Dogodek je namenjen zdravnikom pulmologom, internistom, imunologom, družinskim zdravnikom. Teme: Fiziologija dihanja, Operabilni pljučni rak, KOPB GOLD, Interventna pulmologija, Biološka terapija v pulmologiji in alergologiji, Alergija.	organizator: Klinika Golnik, prof. Mitja Košnik, dr. med.	prijave, informacije: prijave: www.klinika-golnik.si , informacije: Irena Dolhar, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	

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

kraj: PODČETRTEK, Terme Olimia, Hotel Sotelia	št. udeležencev: 60	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Sestanek je namenjen specialistom in specializantom hematologije, interne medicine, onkologije, pediatrije, revmatologije in transfuzijske medicine. Sekcijski sestanek: Krvna slika pri revmatološkem bolniku, Ogled posterjev s predstavitev avtorjev, Prehrana pri bolnikih s krvnimi obolenji, Diagnostični algoritem pri KLL (sodelujejo predavatelji iz Slovenije, Nemčije, Francije).	organizator: Zdrženje hematologov Slovenije SZD, dr. Matevž Škerget, dr. med.	prijave, informacije: 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. CVAHTETOV DNEVI JAVNEGA ZDRAVJA: ETIČNI IN PRAVNI VIDIKI JAVNEGA ZDRAVJA

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

10. • VODENJE ZDRAVNIŠKIH TIMOV

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska c. 162	št. udeležencev: 12	kotizacija: 120 EUR	k. točke: 6
vsebina: Na seminarju boste dobili odgovore na vprašanja, kako v praksi sočasno voditi time (projekte) in vsakodnevne rutinske naloge (procese), kako upajamo 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«.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: prijave: W: http://www.domusmedica.si , informacije: Mojca Vrečar, E: mojca.vrecar@zss-mcs.si	

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

kraj: LJUBLJANA, Onkološki inštitut, predavalnica stavbe C	št. udeležencev: 130	kotizacija: 80 EUR	k. točke: 5,5
vsebina: Šola je namenjena ginekologom, internističnim onkologom, radioterapevtom, patologom, družinskim zdravnikom, radiologom (diagnostika in terapija raka zunanjega spolovila).	organizator: Združenje za radioterapijo in onkologijo SZD, Sekcija internistične onkologije SZD, Onkološki inštitut Ljubljana, asist. dr. Sebastjan Merlo, dr. med., asist. dr. Barbara Šegedin, dr. med.	prijave, informacije: E: RecepcijaTRT@onko-i.si , Sabina Lovšin	

13. ob 9.00 • NUJNA STANJA V PSIHIATRIJI

kraj: VOJNIK, Psihiatrična bolnišnica Vojnik, Celjska cesta 37	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: ni podatka	k. točke: 4
vsebina: strokovno izpopolnjevanje	organizator: Psihiatrična bolnišnica Vojnik	prijave, informacije: Sinatra Gračnar, T: 03 780 02 20, E: sinatra.gracnar@pb-vojniki.si	

13. • INTERNISTIČNI BOLNIK V REHABILITACIJI (REHABILITACIJA GIBALNO OVIRANIH S SOČASNIMI INTERNISTIČNIMI BOLENJI)

kraj: LJUBLJANA, URI Soča	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 60 EUR z DDV	k. točke: ***
vsebina: Srečanje je namenjeno specialistom in specializantom fizikalne in rehabilitacijske medicine, družinske in interne medicine, fizioterapevtom in delovnim terapevtom ter drugim strokovnjakom, ki delajo na rehabilitacijskih oddelkih, v zdraviliščih, bolnišnicah ali na primarni ravni.	organizator: URI Soča	prijave, informacije: Vesna Grabljevec, URI Soča, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, E: vesna.grabljevec@ir-rs.si , T: 01 475 82 43	

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

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

13.–14. ob 9.00 • DOPOLNJUJOČE PSIHOTERAPEVTSKE TEHNIKE

kraj: RADENCI, Hotel Radin	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 180 EUR (kotizacija vključuje predavanja, zbornik povzetkov, udeležbo na diskusijskih skupinah, napitke med odmori, petkovo kosilo in družabni večer z večerjo)	k. točke: 9
vsebina: Na srečanju bosta predstavljeni muzikoterapija, kjer je kot način izražanja uporabljena glasba, in likovna terapija, pri kateri je osnovno »orodje« likovno ustvarjanje. Predstavljena bo tudi psihodrama, pri kateri se preko igranja vlog in situacij posameznik sooča s svojimi stiskami, čustvi, jih prepozna.	organizator: Združenje psihoterapevtov Slovenije SZD	prijave, informacije: informacije: Marjana Arzenšek, T: 041 797 299, E: marjanaarzensek@gmail.com , W: www.zpsi.si	

13.–14. ob 13.00 • 6. OSTEOLŠKI DNEVI

kraj: MARIBOR, Medicinska fakulteta UM, Avditorij MF, Taborska ulica 8	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 100 EUR, plačila kotizacije so oproščeni upokojenci, študenti MF, specializanti	k. točke: 10
vsebina: strokovno srečanje	organizator: Združenje kirurgov Slovenije pri SZD	prijave, informacije: informacije: prim. Miro Čokolič, dr. med., T: 031 313 929, E: miro.cokolic@ukc-mb.si	

14. ob 9.00 • 1. ONKO-NEFROLOŠKA ŠOLA

kraj: LJUBLJANA, predavalnica stavbe C, Onkološki inštitut	št. udeležencev: 60	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Podiplomsko izobraževanje je namenjeno družinskim zdravnikom, specializantom različnih strok, vsem zdravnikom, ki se v vsakodnevni praksi srečujejo z onkološkimi bolniki.	organizator: Sekcija internistične onkologije pri SZD, Onkološki inštitut, Katedra za onkologijo, mag. Tomaž Milanež, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: Ikristan@onko-i.si , informacije: T: 01 587 92 82	

19. ob 9.00 • KAJENJE IN ZDRAVJE – NIKOLI KONČANA ZGODBA

kraj: LJUBLJANA, Onkološki inštitut, predavalnica, stavba C, Zaloška cesta 2	št. udeležencev: 120	kotizacija: 50 EUR	k. točke: ***
vsebina: Seminar je namenjen zdravnikom, drugim zdravstvenim delavcem, predavateljem zdravstvene vzgoje, študentom medicine.	organizator: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, dr. Maja Primic Žakelj, dr. med., predsednica	prijave, informacije: prijave: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, Trubarjeva 76 a, 1000 Ljubljana, E: info@protiraku.si , informacije: Amalija Zdešar, T: 01 430 97 80, GSM: 051 267 332, E: info@protiraku.si	

19. • KAKO REČEM NE BREZ OBČUTKA KRIVDE

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 12	kotizacija: 120 EUR	k. točke: 6
vsebina: 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.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: www.domusmedica.si , informacije: Mojca Vrečar, E: mojca.vrecar@zss-mcs.si	

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

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

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

kraj: ČATEŽ, Terme Čatež	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: ni podatka	k. točke: ***
vsebina: konferenca	organizator: Spomincica – Alzheimer Slovenija – Slovensko združenje za pomoč pri demenci	prijave, informacije: informacije: Štefanija L. Zlobec, T: 01 256 51 11, E: stefanja.zlobec@spomincica.si , W: www.spomincica.si	

20.–21. ob 8.30 • INFEKTOLOŠKI SIMPOZIJ 2017: STOPENJSKA DIAGNOSTIKA IN ZDRAVLJENJE POGOSTIH OKUŽB

kraj: LJUBLJANA, UKC, predavalnica I, Zaloška cesta 7	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 130 EUR (DDV ni vključen v ceno)	k. točke: ***
vsebina: Simpozij je namenjen vsem zdravnikom.	organizator: Sekcija za protimikrobno zdravljenje SZD, Katedra za infektivne bolezni in epidemiologijo, Klinika za infektivne bolezni in vročinska stanja, prof. dr. Bojana Beović, dr. med., v. svet.	prijave, informacije: prijave: Tajništvo Klinike za infektivne bolezni in vročinska stanja, Japljeva ulica 2, 1525 Ljubljana, informacije: Simona Rojs, T: 01 522 13 52, F: 01 522 24 56, E: simona.rojs@kclj.si	

20.–21. ob 8.30 • 19. FAJDIGOVI DNEVI

kraj: KRANJSKA GORA, Hotel Kompas	št. udeležencev: 200	kotizacija: petek in sobota 150 EUR, enodnevna kotizacija petek 110 EUR, sobota 55 EUR	k. točke: ***
vsebina: Srečanje je namenjeno strokovni javnosti. Namen srečanja je seznaniti se z novostmi na področju diagnostike in zdravljenja najpogostejših bolezni, s katerimi se srečujemo na primarni ravni.	organizator: ZZDM, ZRDM, OZG, Aleksander Stepanović	prijave, informacije: prijave: https://www.e-medicina.si/fajdigovi-dnevi/prijavnica , informacije: Aleksander Stepanović, T: 04 20 82 511, E: aleksander.stepanovic1@guest.arnes.si	

20.–21. ob 9.00 • 6. MEDNARODNI KONGRES ŠPORTNE MEDICINE

kraj: MARIBOR, Medicinska fakulteta, Univerza v Mariboru**št. udeležencev:** ni omejeno**kotizacija:** zdravniki specialisti 200 EUR, ostali 100 EUR, za študente kotizacije ni**k. točke:** *****vseбина:** Kongres je namenjen zdravnikom, fizioterapevtom, kondicijskim trenerjem, trenerjem posameznih športnih panog, nutricionistom, športnikom. Glede na aktualno problematiko, v slovenskem in mednarodnem prostoru, bomo podrobno obravnavali športnika mladostnika. Organizirali bomo več **učnih delavnic**, kjer bodo udeleženci lahko pridobili teoretična in praktična znanja s posameznih področij.**organizator:** Inštitut za športno medicino, izr. prof. dr. Matjaž Vogrin, dr. med.**prijave, informacije:** prijave: E: info@ism-mb.si, informacije: Nina Greiner, T: 02 234 58 69

20.–22. ob 9.00 • SPREJEMANJE/ZAVRAČANJE – SKUPINSKA ANALITIČNA EKSPLOKACIJA V MALI IN VELIKI SKUPINI PSIHOTERAPIJE

kraj: MORAVSKE TOPLICE, Terme Vivat**št. udeležencev:** 100**kotizacija:** 220 EUR, 180 EUR za člane SDSA s plačano članarino, 95 EUR za upokoјence in študente**k. točke:** 15**vseбина:** 11. mednarodna delavnica skupinske analitične psihoterapije**organizator:** Slovensko društvo za skupinsko analizo, Center za izvenbolnišnično psihiatrijo**prijave, informacije:** informacije: Vladislava Stamos, T: 040 893 673, E: stamosv@siol.net, W: www.sdsa.si

21. ob 8.30 • TRENING URGENTNIH PORODNIŠKIH STANJ

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

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

kraj: LJUBLJANA, Center za psihološko svetovanje Persona, Prušnikova ul. 55**št. udeležencev:** 20**kotizacija:** 125 EUR, sprotno plačilo na posamezni delavnici**k. točke:** 5**vseбина:** 2. delavnica**organizator:** Persona klinika, d.o.o.**prijave, informacije:** informacije: Aleksandra P. Meško, T: 041 339 855, E: info@psihologinja.si, W: www.psihologinja.si

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

kraj: LJUBLJANA, Seminar I (UKC Ljubljana, Pediatrična klinika, Bohoričeva 20, P2)**št. udeležen- cev:** 10**kotizacija:** 220 EUR, kotizacije ni za zaposlene v UKC Ljubljana**k. točke:** 7**vseбина:** Učna delavnica je namenjena učiteljem in mentorjem vseh poklicev. Pogoј za udeležbo: opravljena TTT1 Osnovna delavnica za usposabljanje mentorjev in učiteljev**organizator:** UKC Ljubljana, Meta Vesel Valentinčič**prijave, informacije:** prijave: E: izobrazevanje@kclj.si, UKC Ljubljana, Služba za izobraževanje, Bohoričeva 28, 1000 Ljubljana, informacije: Tina Kofler, Služba za izobraževanje, T: 01 522 90 22, E: izobrazevanje@kclj.si

27. ob 8.00 • 9. ČERNIČEVI DNEVI – SPLOŠNO TVEGANJE ZA KIRURŠKI POSEG

kraj: MARIBOR, UKC, Klinika za kirurgijo (16. nadstropje)**št. udeležencev:** 140**kotizacija:** 120 EUR, kotizacije ni za študente in upokoјence**k. točke:** *****vseбина:** simpozij je namenjen zdravnikom kirurgom, zdravnikom splošne medicine in med. dela**organizator:** UKC Maribor, prof. dr. Anton Crnjac, dr. med.**prijave, informacije:** prijave: W: www.ukc-mb.si (strokovna srečanja), informacije: Rebeka Gerlič, univ. dipl. ekon., T: 02 321 28 13, E: rebeka.gerlic@ukc-mb.si

9.–11. • ATLS Provider Course

kraj: SEŽANA, Izobraževalni center za zaščito in reševanje, Bazoviška 13**št. udeležencev:** 16**kotizacija:** 590 EUR + DDV**k. točke:** 18**vseбина:** Strokovni seminar je namenjen zdravnikom, ki se ukvarjajo s poškodovanci.**organizator:** Zdravniško društvo ATLS Slovenija, dr. Roman Košir, dr. med.**prijave, informacije:** prijave: Gosposvetska cesta 35, 2000 Maribor ali E: prijave@atls.si, informacije: dr. Roman Košir, dr. med., E: prijave@atls.si

9.–11. • 59. TAVČARJEVI DNEVI

kraj: PORTOROŽ**št. udeležencev:** ni omejeno**kotizacija:** 240 EUR, prijava do 30. 10. 2017: zdravniki 240 EUR + DDV, specializanti, mladi raziskovalci 120 EUR + DDV, študenti in upokoјenci brez kotizacije**k. točke:** 16**vseбина:** Tavčarjevi dnevi so namenjeni posredovanju novosti s področja interne medicine in drugih sorodnih medicinskih strok ter oblikovanju skupnih stališč, ki so osnova za strokovne smernice.**organizator:** Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za interno medicino**prijave, informacije:** informacije: Bernarda Zver, Mojca Horvat, E: interna@mf.uni-lj.si, W: www.tavcarjevidnevi.si

10. ob 8.00 • 13. MARIBORSKO ORTOPEDSKO SREČANJE – KOLK V ORTOPEDIJI

kraj: MARIBOR, Medicinska fakulteta	št. udeležencev: 220	kotizacija: 150 EUR, kotizacije ni za študente in upokojene	k. točke: ***
vsebina: Strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom kirurgom, zdravnikom splošne medicine in med. dela, fiziatrom.	organizator: UKC Maribor, prof. dr. Matjaž Vogrin, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: www.ukc-mb.si (strokovna srečanja), informacije: Rebeka Gerlič, univ. dipl. ekon., T: 02 321 28 13, E: rebeka.gerlic@ukc-mb.si	

10.–11. ob 9.00 • 1. SLOVENSKI KONGRES OTROŠKE KIRURGIJE Z MEDNARODNO UDELEŽBO

kraj: LAŠKO, Kongresni center Thermana	št. udeležencev: 150–200	kotizacija: specialisti: 150 EUR, specializanti: 100 EUR, tečaj minimalne invazivne otroške kirurgije: 50 EUR, študenti in upokojeni zdravniki: 20 EUR, medicinske sestre: 60 EUR, spremljevalci: 50 EUR	k. točke: v postopku
vsebina: Srečanje je namenjeno kirurgom, pediatrom, družinskim zdravnikom, urgentnim zdravnikom, neonatologom, specialistom kirurgije, pediatrije, družinske medicine, urgentne medicine in vsem, ki se ukvarajo z otroško kirurško populacijo. Osnove in novosti sodobne kirurgije pri otroku. Vključen je »Tečaj minimalne invazivne otroške kirurgije« (na pelvitrejnijih), ki ga bosta vodila dva priznana specialista otroške kirurgije iz tujine.	organizator: SKOK-SAOPS (Sekcija kirurgov otroške kirurgije – Slovenian Association of Pediatric Surgery), Milena Senica Verbič, dr. med., spec. krg., predsednica kongresa, Jože Maučec, dr. med., spec. krg., podpredsednik kongresa	prijave, informacije: prijave: E: info@skok-saops.org , informacije: W: www.skok-saops.org , E: info@skok-saops.org	

10.–11. ob 9.00 • 47. KIRURŠKI DNEVI: STOPNJA NUJNOSTI PRI KIRURŠKEM BOLNIKU

kraj: PORTOROŽ, Kongresni center hotelov LifeClass	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 100 EUR, kotizacije so oproščeni študenti MF, upokojeni zdravniki. Specializanti imajo 20 % popust. Enodnevne kotizacije ni.	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje	organizator: Združenje kirurgov Slovenije pri SZD	prijave, informacije: informacije: prof. dr. Radko Komadina, dr. med., T: 03 423 30 96, 041 799 497, E: sbrcdi@guest.arnes.si	

17. ob 8.30 • 13. DAN INTERNISTIČNE ONKOLOGIJE

kraj: LJUBLJANA, predavalnica stavbe C, Onkološki inštitut	št. udeležencev: 70	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 6
vsebina: Podiplomsko izobraževanje je namenjeno družinskim zdravnikom, specialistom različnih strok, vsem zdravnikom, ki se v vsakodnevni praksi srečujejo z onkološkimi bolniki.	organizator: Sekcija internistične onkologije pri SZD, Onkološki inštitut, Katedra za onkologijo, dr. Erika Matos, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: lkristan@onko-i.si , informacije: Lidija Kristan, T: 01 587 92 82	

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

kraj: MARIBOR, MF Univerze v Mariboru, trenutna lokacija: v mesecu novembru ZD Domžale	št. udeležencev: 25	kotizacija: 320 EUR	k. točke: 12,5
vsebina: Tečaj je organiziran v obliki delavnic in je namenjen zdravnikom, ki delajo v NMP in želijo obnoviti znanje iz prehospitalne nujne medicinske pomoči. Tečaj je sestavljen iz petih delavnic in traja dva dni.	organizator: Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta	prijave, informacije: informacije: Romana Grajner, T: 02 234 58 26, E: romana.grajner@um.si , W: http://www.mf.uni-mb.si/si/oglasna-deska/ucne-delavnice	

24. ob 9.00 • REANIMACIJA NOVOROJENCA

kraj: MARIBOR, Medicinska fakulteta, Taborska ulica 8, OSCE, vhod 2 in 3	št. udeležencev: 10	kotizacija: 160 EUR (DDV vključen)	k. točke: 10
vsebina: Učna delavnica je namenjena zdravnikom specialistom in specialistom ginekologije in porodništva, pediatrije, zdravnikom specialistom in specialistom družinske medicine, zdravnikom specialistom in specialistom urgentne medicine ter zdravnikom pripravnikom, babicam, medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom.	organizator: Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru, Katedra za ginekologijo in porodništvo in Klinika za ginekologijo in perinatologijo UKC Maribor	prijave, informacije: prijave: W: http://www.mf.uni-mb.si/si/oglasna-deska/ucne-delavnice , informacije: Romana Grajner, T: 02 234 58 26, E: romana.grajner@um.si	

24.–25. ob 8.00 • 19. STROKOVNI SEMINAR ZMOKS in 5. BALKANSKI KONGRES BAMS

kraj: LJUBLJANA, Grand hotel Union	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 200–300 EUR	k. točke: 30
vsebina: kongres	organizator: Balkansko združenje za maksilofacialno kirurgijo in Združenje za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije	prijave, informacije: prijave: W: https://www.zmok.si/ , informacije: Andreja Novak, T: 040 179 905, Ani Klopč, E: bams.zmoks@bit.si	

25. ob 8.30 • TRENING URGENTNIH PORODNIŠKIH STANJ

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

25. ob 9.00 • VEŠČINE UČINKOVITE OBRAVNAVE ANKSIOZNIH MOTENJ: GENERALIZIRANA ANKSIOZNOST – OSNOVNE SMERNICE ZA OBRAVNAVO

kraj: LJUBLJANA, Center za psihološko svetovanje Persona, Prušnikova ul. 55	št. udeležencev: 20	kotizacija: 125 EUR, sprotno plačilo na posamezni delavnici	k. točke: 5
vsebina: 3. delavnica	organizator: Persona klinika, d.o.o.	prijave, informacije: informacije: Aleksandra P. Meško, T: 041 339 855, E: info@psihologinja.si , W: www.psihologinja.si	

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

kraj: LJUBLJANA, Seminar (UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, Šlajmerjeva 3, stara porodnišnica, pritličje)	št. udeležencev: 10	kotizacija: 200 EUR, kotizacije ni za zaposlene v UKC Ljubljana	k. točke: 7
vsebina: učna delavnica je namenjena učiteljem in mentorjem vseh poklicev	organizator: UKC Ljubljana, Meta Vesel Valentinčič	prijave, informacije: prijave: E: izobrazevanje@kclj.si , UKC Ljubljana, Služba za izobraževanje, Bohoričeva 28, 1000 Ljubljana, informacije: T: 01 522 90 22, E: izobrazevanje@kclj.si	

30. november–2. december • ŠOLA URGENCE 2017, 5. letnik in precourse POINT OF CARE ... EDUCATION!

kraj: Terme Zreče	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: podatek bo objavljen na spletni strani http://www.szum.si/sola-urgence.html	k. točke: ***
vsebina: Šola je namenjena specializantom in specialistom urgentne medicine, vsem ostalim zdravnikom, ki delajo na urgentnih oddelkih bolnišnic in zdravstvenih zavodov, pripravnikom.	organizator: Slovensko združenje za urgentno medicino	prijave, informacije: prijave: http://www.szum.si/sola-urgence.html , informacije: E: sola.urgence@gmail.com	

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

NAJAMEMO

V Ljubljani (Ljubljana Center) najamemo opremljeno zobno ambulantno s čakalnico ter sanitarijami.

Ambulantni prostori morajo biti verificirani s strani Ministrstva za zdravje RS.

Informacije: T: 040 750 250, Damijan

PRODAMO/ODDAMO

Iščete prostor za vašo dejavnost?

V Škofji Loki (na Trati) prodamo poslovni prostor površine 436 m². Tri dvorane, sanitarije, tuš kabine, recepcija, prvo nadstropje. Ogrevanje je daljinsko in/ali samostojno na plin. Dvorane so popolnoma obnovljene in odlično izolirane. Pred zgradbo je zelo velik parkirni prostor. Prostori so klimatizirani. Prostor je primeren za medicinski center (centralna recepcija), ordinacije ... Ima tudi tovorno dvigalo. V bližini sta avtobusna in železniška postaja. Prostor se lahko zelo enostavno razdeli na več manjših enot. Možen je tudi najem, lahko z več najemniki. V ceno vzamemo tudi apartma v Istri ob obali. Informacije: E: bogataj@freising.si ali T: 041 646 492.

Infekcijske bolezni – oblikovalke svetovne zgodovine

Prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec, dr. med., Inštitut za zgodovino medicine
Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani

zvonka.zupanic-slavec@mf.uni-lj.si

Infekcijske bolezni so v zgodovini človeštva terjale največ smrtnih žrtev, zato so družbo in zdravstvo od nekdaj vsestransko zaposlovale. Njihove katastrofalne demografske, gospodarske, socialne, psihološke in druge posledice so privedle do iskanja vzrokov in možnih družbenih in zdravstvenih rešitev zanje. Med najuspešnejšimi zgodnjimi ukrepi je bila uvedba karanten s prvo med njimi v Dubrovniku leta 1377. Šele mikrobiološka doba je z odkrivanjem bakterijskih, virusnih in drugih povzročiteljev postavila strokovne temelje racionalni protiepidemijski strategiji z ustreznimi navodili in ukrepi, predvsem pa s cepljenji in odkritji kemoterapevtikov. Za javnozdravstveno strategijo preprečevanja in zatiranja epidemičnih bolezni je na mednarodni ravni sprva skrbela zdravstvena sekcija Društva narodov, po drugi svetovni vojni pa Svetovna zdravstvena organizacija. V pomoč so bila tudi trgovinska združenja, ki so za preprečevanje gospodarske škode v primeru epidemij že od sredine 19. stoletja organizirala mednarodne sanitarne konference.

Glede na dramatično vlogo, ki so jo velike epidemije infekcijskih bolezni odigrale skozi razvoj človeštva, z lahko to trdimo, da so bile oblikovalke moči narodov, njihove rasti in propada, sooblikovalke svetovne zgodovine. Historična izkušnja je pri tem dragocena učiteljica, a izjemno hiter razvoj sodobnega sveta, novih tehnologij, pa tudi nemirni časi so tisti, ki svetovni javnosti na ramena nalagajo veliko odgovornost ohranjanja stabilnega ravnovesja na področju infekcijskih bolezni.

Uvod

Epidemije so se začele pojavljati, ko so ljudje organizirano zaživeli v večjih skupnostih, krajih in mestih. Sprva so jih sprejemali kot naravni pojav, kasneje pa so jih pripisovali nadnaravnim silam, predvsem zato, ker niso vedeli, kako je do bolezni prišlo ter kako bi jo preprečili in zdravili. Prav zaradi tega so se proti boleznim borili večinoma na iracionalne načine (glede na različna filozofska, verska in druga prepričanja). Med pomembnimi ukrepi preprečevanja epidemij bolezni je bilo zapisano na primer v Bibliji, da je bilo treba izolirati gobavce in obvezno kopati gonoroike. Tako drastične ukrepe, kot je recimo izolacija obolelih, bi z običajnim svetovanjem in prigovarjanjem le težko dosegli. Stari Kitajci so bili dobri opazovalci, saj so videli, da s prenosom kužnine koz na neobolele povzročijo njihovo blago obolenje, ob epidemijah pa tako zaščiteni ne zbolevalo več. Tako so prvi uvedli primitiven, vendar učinkovit način »cepljenja« – variolizacijo proti kozam. Tudi stari Grki so verjeli v iracionalne vzroke epidemij, na primer Apolon, bog glasbe in medicine, je po zapisih s kužno puščico zanesel epidemijo v sovražnikov tabor pred Trojo.

Ob epidemijah je med ljudmi zavladovala neobvladljiva panika, zato so bežali po znanem reku »*Mox, cito, longe*« – Beži takoj, hitro, daleč! S tem so epidemije še bolj širili. Stari Rimljani so bili učinkoviti s poostreno higieno, skrbjo za odvoz in sežiganjem mrličev ter urejanjem pokopališč zunaj naselij. Tudi sicer so vpeljali številne higienske in javnozdravstvene ukrepe, spisali sanitarno zakonodajo in jo tudi nadzirali.

Številnih epidemij starih in antičnih narodov ni lahko identificirati, z novimi paleopatološkimi raziskovalnimi metodami (paleomikrobiologijo, paleoserologijo, paleogenetiko idr.) pa dandanes prihajamo do novih ugotovitev. Med najboljše

Vrhunec med kužnimi boleznimi predstavlja t. i. **črna smrt**, **kuga** iz sredine 14. stoletja. Zmanjšanje tedanje evropske populacije za tretjino ali več je pripeljalo do zloma ekonomije in družbenega reda. Predvsem pa je nastopilo veliko pomanjkanje delovne sile, kar so takratne oblasti reševale z novo populacijsko politiko. Pregarjanje vsakršnih metod preprečevanja zanositve in poroda oz. vseh zvez, ki niso vodile do potomstva, je postalo osrednja vsebina t. i. **čarovniških procesov**. V začetku novega veka so z njimi izkoreninili praktično vse zdravstveno osebje, babice, zeliščarice, »modre žene«, ki so nosile empirično znanje človeštva o naravni kontracepciji in naravnih abortivih. Od urejene srednjeveške družine, ki je

v povprečju štela od tri do štiri otroke, so v novem veku nastale družine z ducatom otrok, v katerih je s pojavom industrijske revolucije vladala lakota in velik padec življenjske ravni. Posledično so se razplamtele socialne bolezni, predvsem tuberkuloza.

Če se povrnemo k protikužnim spoznanjem poznega srednjega veka, zapišimo, da se je takrat izoblikovala misel, da »čudne« kužne bolezni prihajajo od daleč z mornarji, trgovci, vojaki, popotniki in drugimi, kar je leta 1377 pripeljalo do ustanovitve **prve karantene** na svetu, in to v Dubrovniku. Karantene so se kmalu zatem razširile po italijanskih, francoskih in drugih evropskih obmorskih mestih, kjer so v posebej zgrajenih objektih 40 dni zadrževali vse, ki so priprotovali. Menili so, da je to čas, v katerem se lahko razvijejo vse potencialno nevarne infekcijske bolezni.

Razvoj epidemiologije se je začel z renesančnim reformatorjem te stroke, Italijanom **Girolamom Fracastorom** (1478–1553). Ta je v svojem vodilnem delu »*De contagione et contagiosis morbi*« leta 1546 zapisal, da infekcijske bolezni povzročajo očem nevidne kužne klice (*seminaria contag.*), ki se razmnožujejo. Uvedel je pojma inkubacija in imunost ter s tem postavil temelje epidemiologije. V primeru kuge je svetoval telesno čistočo, čistočo stanovanja in hrane, pokop mrličev, dezinfekcijo predmetov in kužnih stanovanj (ni pa še vedel, da kugo prenašajo podganje bolhe). Potegnil je mejo med bubonsko kugo in pegavim tifusom.

Dve stoletji kasneje je predhodnik sodobne mikrobiologije, zdravnik slovenskega rodu iz Solkana dr. **Marko Anton Plenčič** (1705–1786) v svojem izvirnem delu, katerega prvi del, »*O bolezenskem kontagiju*«, je bil preveden v slovenski jezik, zagovarjal specifičnost povzročiteljev bolezni: vsaka bolezen ima svojega specifičnega povzročitelja. Ker je s svojimi spoznanji prehitel čas, je bil sprva prezrt.

Kužne bolezni so bile tudi najhujša biološka orožja osvajalnih vojn. Cortezova osvojitve Mehike in Peruja v 16. stoletju ni potrebovala orožja: veliko prebivalstva je pomrlo, ker so jih okužili s **črnimi kozami** in **ošpicami**, ki jih na zahodni celine niso poznali in pred njimi niso razvili imunosti. Podobna katastrofa je doletela severnoameriške staroselce. Najverjetneje je z zahodne celine na Stari svet prišel **sifilis**, ki se je v 16. stoletju razvil v kugo tedanje dobe. Povzročil je množično zapiranje javnih kopališč, mest razvrata in zakonski zvestobi vrnil družbeno ustaljeno mesto. Rušenje družbenih norm se je v medicini večkrat pokazalo za vzrok novim boleznim. Po pojavu sifilisa so začeli uvajati jedilni pribor in krožnike za posameznike, spremembo osebne higiene, opuščanje poljuba ob srečanju, parfume za prikrivanje smradu obolelih, lasulje za skrivanje sifilitične plešavosti in britje brad, ki jih je bolezen močno razredčila.

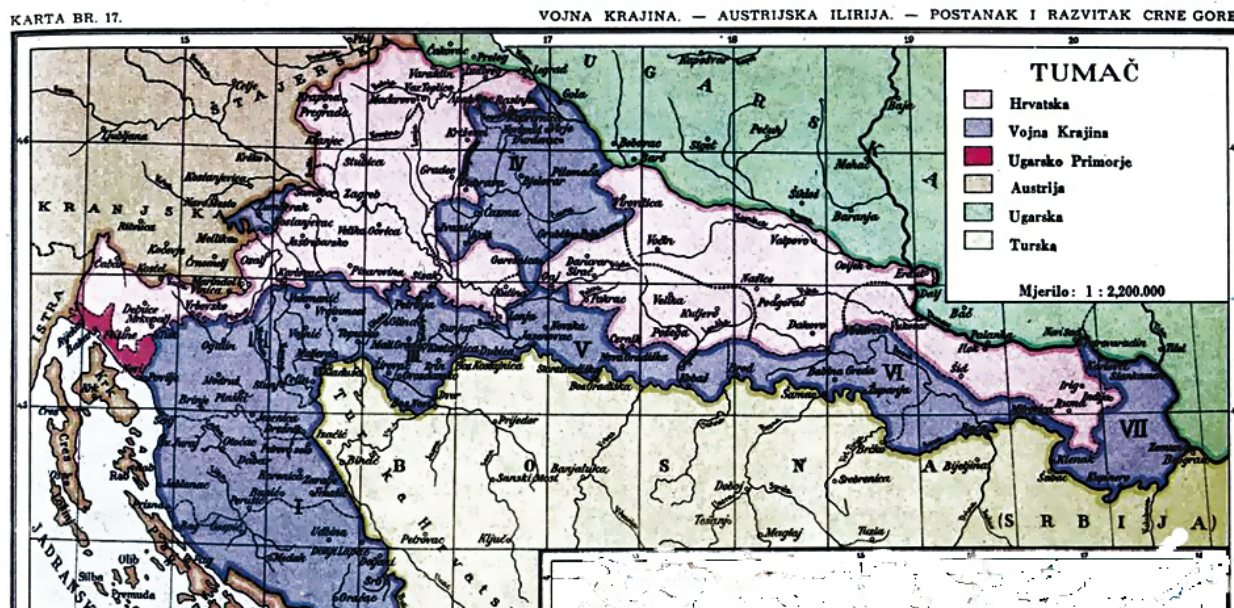
Posebna endemična oblika sifilisa, ki se je v začetku 19. stoletja pod imenom **škrļjevska bolezen** pojavila med prebivalci reškega zaledja, Notranjske in v bližnji okolici, je postala nova kužna grožnja. Avstrijske zdravstvene oblasti so jo zatrle s prisilnimi pregledi (vizitacijami) in hospitalizacijami vseh obolelih do ozdravitve. S tako odločnim pristopom je bil endemični sifilis, ki se je širil na nespolni način, med Slovenci in Hrvati iztrebljen že do leta 1850, na Balkanu pa se je obdržal še polnih 100 let, ko ga je v petdesetih letih 20. stoletja Svetovna zdravstvena organizacija iztrebila s penicilinom.

Med epidemične kužne bolezni sodi še **kolera**, ki se je v 19. stoletju v obliki velikih pandemij širila po Evropi. Z razvojem trgovine in intensivnimi stiki med odmaknjenim vzhodnim in zahodnim svetom so jo trgovci z bengalskega območja raznesli po vsem svetu. Prislovitveno umazani Evropejec tedanje dobe je imel malo možnosti, da bi se izognil tej bolezni umazanih rok. Prenašala se je

kontaktno in z okuženo vodo ter povzročala hitro smrt zaradi dehidracije. Stara celina je razvila sistem zaščite z ureditvijo vodnjakov, ločitvi-jo odpadnih vod od pitne vode in drugimi ukrepi. Po pandemijah 19. stoletja v letih 1816–1826, 1829–1851, 1852–1860, 1863–1875, 1881–1896 se kolera v Evropi ni več epidemično pojavljala.

Mikrobiološka doba: od variolizacije do vakcinacije

Prvo uspešno zaščito pred kužnimi boleznimi je prinesla **Jennerjeva variolizacija** (1798) z vakcino kravjih koz. Angleški zdravnik Edward Jenner (1749–1823) je z eksperimentalnim delom potrdil trditev, ki jo je na angleški dvor preko pisem prenesla žena angleškega veleposlanca v Turčiji, Mary Wortly Montagu (1689–1762). Turki so kravje kože prenašali na ljudi in jih tako zaščitili pred variolo vero. To pradačno kitajsko izkušnjo, ki so jo Turki uporabljali, ni pa prodrla do Stare celine, je Jenner leta 1798 objavil v delu »O delovanju in učinkih cepiva proti kozam« (*An Inquiry into the Causes and Effects of the Variole Vaccine*). Ker so bile kože ena najhujših nadlog takratnega evropskega človeka, se je Jennerjev zapis razširil kot blisk. K nam ga je prenesel dr. **Vincenc Kern** (1760–1829), ki je še istega leta 1798 o tem spisal knjižico v nemškem jeziku. Naslednje leto jo je Valentin Vodnik prevedel v slovenski jezik ter naslovil »Nauk od kose stavljenja«. V delu so po zgodovinskem uvodu v sedmih točkah razloženi razlogi za variolizacijo. Metoda je bila na Kranjskem uradno uvedena leta 1803 in se je kmalu razširila po Dolenjskem, Notranjskem, Gorenjskem in drugod. Na tem mestu ne bi bilo odveč omeniti, da so kože leta 1801 na Postojnskem pokopale 3000 ljudi, da je v istem letu v ljubljanski škofiji podleglo 1200 otrok in da so na račun teh dramatičnih števil v času Ilirskih provinc izdali predpise za zati-



Zemljevid nekdanje »vojne krajine«, zaščite habsburške monarhije pred črnimi kozami (vir: Kunej F. Zamolčana Istra. 2006. <http://www.zamolcanaistra.eu/2-13.asp>).

ranje koz. Že leta 1812 je bilo na Kranjskem cepljenih 7200 otrok, leta 1814 pa so že pri sprejemih v državno službo zahtevali potrdilo o cepljenju. V letu 1822 je bilo predpisano splošno in obvezno cepljenje, dve leti zatem pa so že predpisali kazen za prikrivanje bolnika s črnimi kozami. Tukaj se začne revolucionarno poslanstvo zamisli o vnosu blage kužnine v zdrav organizem, čemur sodobno rečemo cepljenje in vodi do pridobljene imunosti. Ker so kužne bolezni večinoma prihajale z vzhoda ali juga, je avstrijska država predvsem proti kozam na jugu postavila posebno protikužno bariero, t. i. **kužni kordon**.

Razvoj mikrobiologije 19. stoletja je sprva bakterijskim, kasneje pa tudi virusnim boleznim stopil na prste. Proti bolezenskim mikroorganizmom so vse uspešneje razvijali cepiva. Kar neverjetno se je zdelo, da kuga, kolera, tifus, škrlatinka, davica in podobne bolezni niso bile več tako nevarne. Človeštvo je s cepljenjem proti njim razvilo odpornost – imunost. Pri Slovencih so bila **uvredena cepljenja** proti kozam 1803 (ukinjeno 1978), davici 1937, tetanusu 1951, otroški paralizi 1957, oslovskemu

kašlju 1959, ošpicam 1968, mumpsu 1979, rdečkam za deklice 1972 (prej zaradi škodljivega učinka rdečk na plod), za dečke 1990. Sodobnejši podatki o novjših cepljenjih presega jo koncept tega zapisa.

Še pol stoletja je trajalo, da so znanstveniki odkrili **antibiotike** (penicilin 1928) kot uspešna zdravila proti večini bakterijskih okužb. Razvoj medicine in javnega zdravstva 20. stoletja s socialno medicino in higieno, s sanitacijo bivalnega okolja, prosvetljevanjem prebivalstva, preventivnim zdravstvenim delom, rednim nadzorom nad širjenjem infekcijskih bolezni idr. pa je preprečil nadaljevanje epidemičnega širjenja infekcijskih bolezni, ki so postale obvladljive.

S cepljenjem posameznih s kozami okuženih skupin prebivalstva v nerazvitem svetu so v letu **1977** uspeli celo **iztrebiti črne koze**, ker te nimajo rezervoarja povzročiteljev med živalskimi vrstami (vzorci pa se ohranjajo v nekaterih svetovnih laboratorijih). **To je eden največjih dosežkov sodobne medicine.** Pri virusnih povzročiteljih drugih bolezni stvar ni bila vedno tako preprosta, predvsem ne pri virusu influence A.

Viruse so z razvojem biologije in tehnike odkrili v tridesetih letih 20. stoletja in proti njim pripravili veliko uspešnih cepiv. Virusi s svojo izjemno spremenljivo naravo in hitrimi mutacijami predstavljajo nepredvidljiv bolezenski agens. **Gripa** je podobno kot kolera potrebovala ustrezne pogoje za širjenje po svetu. Številne trgovske poti, predvsem pa turizem in hitri transport so to le na videz banalno bolezen naredili človeku nevarno. Sodobna pandemija z novim virusom influence A tipa H1N1, podtipa virusa prašičje gripe, je le ena od tovrstnih pandemij. Pandemije influence so bolj znane in preučevane predvsem v zadnjih 110 letih in so vedno prihajale z Vzhoda. Proti koncu 19. stoletja se je razvila večja epidemija t. i. ruske gripe. Ob koncu prve svetovne vojne, med letoma 1918 in 1919 se je pojavila zelo smrtonosna oblika gripe, povzročena s ptičjim virusom influence A tipa H1N1, ki se je razširil po vseh frontah sveta in povzročil najbolj katastrofalno pandemijo vseh časov, t. i. špansko gripo. Po oceni Svetovne zdravstvene organizacije je ta gripa pokopala okoli 50 milijonov ljudi, med njimi predvsem vojake in mlajše civiliste. Mlajši so se zaradi zdravega

imunskega sistema odzvali prekomerno in najpogostejše umirali zaradi krvave pljučnice. Za špansko gripo je zbolelo okoli 40 odstotkov svetovnega prebivalstva, smrtnost pa je bila višja kot število padlih med prvo svetovno vojno. Pandemija gripe se lahko pojavi 3- do 4-krat v stoletju, ker se v tem času nabere dovolj prebivalcev, ki so občutljivi za bolezen. V 20. stoletju so španski gripi sledile še pandemije influence A leta 1957 kot azijska gripa, ki je terjala okoli 2 milijona žrtev, desetletje zatem, leta 1968, hongkonška gripa, ki so jo uspeli hitro ustaviti in je terjala okoli 750.000 žrtev. Tri desetletja za njo, ob koncu 20. stoletja, se je na Kitajskem pojavila ptičja gripa, ki pa je zaradi izjemno hitrih preventivnih akcij terjala le nekaj življenj. Zadnja pandemija influence A, ki se širi (tudi) zaradi izjemno razširjenih letalskih zvez po svetu hitreje kot katerakoli gripa doslej, ima pred seboj množico za bolezen dovzetnih ljudi. Dosedanje izkušnje kažejo, da virus ni tako patogen, kot so bili nekateri pred njim, upoštevanje navodil za preprečevanje bolezni, zaščitno cepljenje in njeno zdravljenje pa je v dobro posameznikov in vsega človeštva.

V zapisu smo se dotaknili skoraj vseh hujših epidemičnih in pandemič-

nih bolezni v zgodovini človeštva in prav je, da omenimo še **aids**. Nova bolezen, ki so jo z retrospektivnimi analizami bioloških vzorcev umrlih za neznanimi vzroki dokazali že za leto 1958 pri nekem angleškem homoseksualnem mornarju, je šele leta 1981 dobila svoje ime, povzročitelja in pojasnjeni način širjenja. Povzročata jo dva podobna virusa HIV, eden od njiju se je v Afriki prenesel na človeka iz živalskega sveta, najverjetneje z opic zelenih mačk. Povzročitelj aidsa, ki se je iz Afrike razširil na Haiti, nato pa okoli leta 1969 v ZDA in preostanek sveta, je danes v Afriki razlog za zelo visoko okuženost.

Živalski rezervoar okužb za človeka je bil in ostaja nevaren, pa naj gre za okužene podganje bolhe s kugo, z rikecijami, povzročiteljicami pegavega tifusa, okužene uši, različne glodavce, prenašalce mrzlic, netopirje, za antraks, brucelozo, ptičje, prašičje, opičje in druge viruse. Proti **zoonozam**, boleznim, ki se prenašajo z živali na človeka, se zdravstvo od nekdaj zavestno bori. Nevarnostim, da se živalski agens prenese na človeka in postane zanj ne le nevaren, ampak celo smrtonosen, se pri množici znanih načinov genskega spreminjanja očitno ni lahko izogniti. Pozornost zdravstvene službe mora biti zato

usmerjena v budno spremljanje pojavov in njihovo nadziranje, da duh ne uide iz steklenice. Zdi se, da je dandanes preventiva dovolj dobra, da kužni agens ne more uničiti človeštva. Lahko pa je uničujoč za nerazviti svet in socialno šibkejši. Razvito zdravstvo lahko obvladuje bolezni, težava pa ostaja tam, kjer teh služb ni in so zato posledice toliko hujše. Čeprav neki agens napada brez »pedsodkov« vse ljudi, se privilegirana družba temu navadno učinkovito izogne, razvije zaščitna sredstva, cepiva, ki pa spet ne pridejo do vseh – najbolj prizadeti ostajajo najrevnejši sloji prebivalstva.

Sodobni vzroki infekcijskih bolezni, ki povzročajo klasične epidemije in pandemije, tičijo v mobilnosti svetovnih množic, razmahu turizma in trgovine, rušenju družbenih norm, krizi družinskega življenja, spolni svobodi in še čem. Zdravstvo pri vsem tem ostaja nemočno brez ozaveščenih in sodelujočih množic obolelih in potencialnih bolnikov. Gmotni problemi v družbi in zdravstvu predvsem nerazvitega sveta pa lahko ponovno vodijo do širitve epidemij infekcijskih bolezni.

Viri in literatura so pri avtorici.

Ob epidemiji črnih koz na mariborskem infekcijskem oddelku

Prim. Jelka Reberšek Gorišek, dr. med.

V času epidemije črnih koz v bivši Jugoslaviji je bila na infekcijski oddelku mariborske bolnišnice sprejeta bolnica, ki je bila v posrednem stiku z bolnikom, obolelim za črnimi kozami v Beogradu. Zaradi epidemiološkega podatka in

pojava izpuščaja na bolnišnični koži, ki pa ni bil povsem značilen, je bilo treba sum na okužbo s črnimi kozami urgentno potrditi ali izključiti. Nihče od zdravstvenega osebja na infekcijskem oddelku, pa tudi v bolnišnici in zdravstvenem

domu, v živo še nikoli ni videl črnih koz. Zato je bilo treba poklicati strokovnjaka infektologa prof. Fališevca iz Zagreba, za katerega se je vedelo, da je bil pogosto v Indiji in je črne koze dobro poznal. V čakanju na njegov prihod so bili izvedeni vsi potrebni izolacijski ukrepi za preprečitev prenosa bolezni v primeru potrditve okužbe. Ukrepi so spominjali na stare čase boja proti hudim infekcijskim boleznim. Stara stavba infekcijskega oddelka je bila ločena od ostalih stavb v bolnišnici, kar je za vse okužbe, zlasti pa še za takšne, zelo pomembno. Na to se zlasti danes premalo misli. Takoj so zaprli vse vhode

v stavbo in glavni vhod zaprli (zabili) z deskami. Hrano so nam postavili pred vrata in ostali smo sami. Takrat sem bila najmlajša zdravnica na oddelku in doma sem imela zelo majhnega otroka. Tisto, kar sem zaznala takrat na oddelku, me je spremljalo še vsa nadaljnja leta dela na oddelku. Nihče ni delal panike, ostali smo povezani, delo na oddelku je potekalo dalje; kljub ogroženosti njihovega zdravja zdravstveni delavci tega niso pokazali. Tako je bilo tudi ob kasnejših sumih na različne

hude okužbe, kot so bile npr. SARS, tudi kolera, pa še druge zelo nalezljive bolezni, ki smo jih doživljali na oddelku. Po prihodu prof. Fališevca je bila bolnica prepeljana v stavbo, določeno za karanteno, izven Maribora. Za vse nas pa se je pozno zvečer karantena zaključila. Kasneje pri bolnici črne koze niso bile potrjene. Ne spomnim se, da bi kdo kasneje ugotavljal status precepljenosti pri zaposlenih, ker se je domnevalo, da smo bili vsi redno cepljeni (cepljenje proti črnim kozam je

bilo med obveznimi cepljenji v otroški dobi). V času te epidemije se je v sklopu epidemioloških ukrepov prebivalstvo množično cepilo proti črnim kozam. Na srečo črne koze sedaj sodijo med izkoreninjene nalezljive bolezni. V opomin za danes: žal se vse premalo opozarja in preverja status precepljenosti proti nalezljivim boleznim pri zaposlenih v zdravstvu, kar lahko spremljamo sedaj pri pojavu ošpic, in verjetno to ne bodo edine nalezljive bolezni, ki se vračajo.

Genetske skrivnosti kuge

Jurij Kurillo, dr. med., Kranj

Ob raziskovanju življenja našega »zdomca« dr. Gregorja Voglarja Carbonarius (1651–1717), zdravnika na dvoru ruskega carja Petra I. Velikega, sem večkrat naletel na podatke o takratnih epidemijah kuge. Kaže, da je imelo njegovo – kajpak zgolj preventivno – delovanje ob razširjanju te

Kitajske leta 1334 in se je od tam razširila po trgovskih poteh prek Bizanca v Evropo. Domnevajo, da je pobrala več kot polovico Evropejcev ter tako izbrisala kar cela človeška naselja. Bajе ponekod ni ostalo niti toliko prebivalcev, da bi pokopali mrtve. Takratne razmere nazorno opisuje Giovanni Boccaccio (1313–1375) v svojem znamenitem delu *Dekameron*, ko govori o kugi v Firencah leta 1348:

»Ta je bodisi pod vplivom nebesnih teles ali zaradi naših krivičnih del po pravični jezi božji zadela smrtnike zato, da bi se poboljšali; začela se je bila nekaj let poprej v vzhodnih deželah, pobrala po njih nešteto živčih, se širila nezadržno od kraja do kraja in se je s svojimi nadlogami razprostrla proti zahodu. Zoper njo ni pomagala nobena razsodnost, tudi nobeni človeški ukrepi ... Prav tako niso pomagale ponižne prošnje, ki so jih ne le enkrat, temveč mnogokrat pobožne osebe pošiljale k Bogu v naročenih procesijah in tudi kako drugače ...

Kazalo je, da za ozdravljenje teh nadlog nič ne pomaga in nič ne zaleže, ne zdravniški nasvet ne moč kateregakoli zdravila ... Resnica je, da je le malo bolnikov ozdravelo, skoraj vsi so umrli po treh dneh ... In ta kuga je bila tem silnejša, ker je z bolnih ljudi, ki so se stikali z zdravimi, prehajala na zdrave, prav kakor grabi ogenj suhe ali namazane predmete, ki se mu močno približajo ... Spričo take potrnosti in bede je v našem mestu malone propadla spoštovana oblast zakonov, tako božjih kakor človeških; zrušila se je zaradi svojih upravnikov in izvrševalcev, ki so – kakor drugi ljudje – bodisi pomrli ali zboleli, lahko da so tudi ostali brez služabništva in sploh niso mogli več uradovati; zato je bilo vsakomur prosto, da je zakone uporabljal samo toliko, koliko mu je bilo všeč ... Oj, koliko velikih palač, koliko lepih hiš, koliko plemenitaskih bivališč, ki so bile prej polne družin, gospodov in gospá, se je zdaj izpraznilo do poslednjega služabnika!«

Kdor želi zvedeti kaj več o družbenih posledicah kužne epidemije v tem času, si mora prebrati vsaj »Prvi dan« Dekameron, ko se družčina sedmih mladenk in treh mladeničev odloči, da se ji izogne tako, da se zateče na samo, na »varno« podoželje. Tam se potem

»Kuge, lakote in vojske – reši nas, o gospod!«

bolezni neke dobre učinke, saj naj bi tudi zato dobil priporočilo habsburških oblasti za odhod v Rusijo.

Zgodovinarji medicine ugotavljajo, da so se v zgodovinskem obdobju pojavili trije valovi kuge. Prva pandemija, Justinijanova kuga (5.–7. stol.), imenovana po bizantinskem cesarju Justinijanu I. (482–565), je razsajala od leta 541* s posameznimi izbruhi kar dvesto let in naj bi v Sredozemlju povzročila okoli 25 milijonov žrtev. Epidemije kuge naj bi tako znatno oslabile moč rimskega in bizantinskega imperija.

Druga pandemija, imenovana »črna smrt« (13.–15. stol.), je prišla iz

* Letnice se v posameznih virih lahko nekoliko razlikujejo.

šele začne desetdnevno pripovedovanje bolj ali manj zabeljenih zgodbic, s katerimi se družba zabava, ne meneč se za tragična dogajanja tam zunaj.

Tretja, moderna pandemija (od 19. stol. do danes) se je prav tako začela na Kitajskem (leta 1860) in je potem prodrila z okuženimi podganami kot nosilkami bolh prek pristanišč na druge celine.

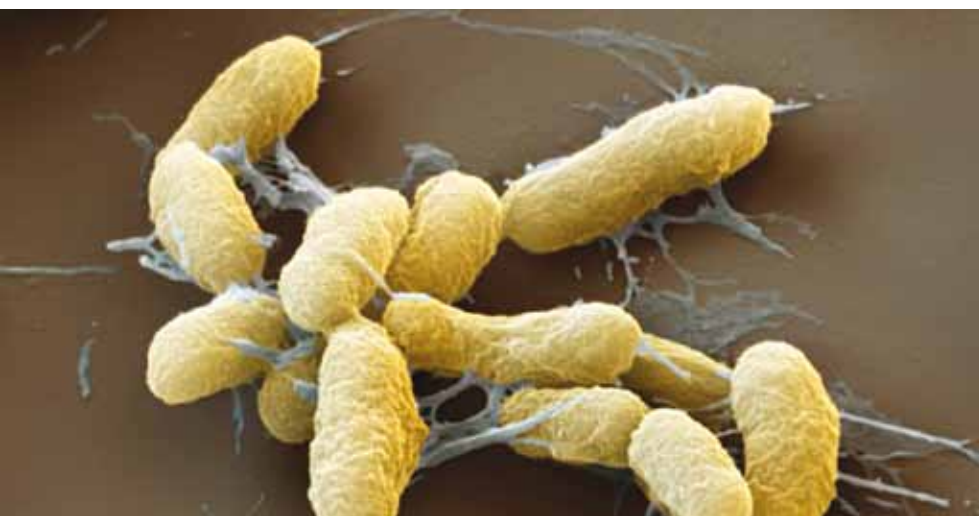
O pojavljanju te hude bolezni v naših krajih je pisal Janez Vajkard Valvasor v svoji obsežni *Slavi vojvodine Kranjske*; prvič jo omenja že za leto 792. Po Dolničarju naj bi kuga

členih omenjenemu zavetniku pred kugo, stoji v naših krajih kar precej. Takrat so se tudi začele vsakoletne dolge procesije od ljubljanske stolnice sv. Nikolaja do draveljske cerkve – odpravil jih je šele cesar Jožef II. »Po zgrajenju draveljske cerkve je kuga tako rekoč slovo vzela od Kranjske«. Se je pa zato z mnogimi žrtvami pogosto pojavljala v naslednjem stoletju onstran turške meje, v bosanskem pašaluku. Zadnjikrat so se Kranjci tresli pred kugo leta 1738, ko je morila ljudi okrog Osijeka, v Slavoniji.

teriaceae se je prvotno imenoval *Pasteurella pestis*, nato pa v čast samemu odkritelju *Yersinia*. Med podganami in drugimi glodalci je kuga običajno endemična, včasih pa se razširi med njimi kot prava epidemija.

Bacili kuge tudi v predzgodovinskem času

Ta močno nalezljiva bolezen se pojavlja v treh oblikah: kot bubonska, kot pljučna in kot septična kuga. Bubonsko kugo prenašajo na ljudi bolhe, ki so se okužile na podganah. Pri izredno visoki temperaturi se pokažejo predvsem v dimljah značilno povečane bezgavke (buboni), ki čedalje bolj otekajo. V hujših primerih postane bolnik cianotičen (»črna smrt«) in po pljučnem edemu se



Bacil kuge *Yersinia pestis* (vir: internet).

leta 1006 dobesedno razdejala Ljubljano z 12.000 mrtvimi. Bolezen je pri nas razsajala tudi v naslednjih stoletjih; tako je leta 1532 obiskala Tolminsko, deset let pozneje pa se je spet pojavila, kakor že večkrat skupaj z lakoto zaradi roja kobilic. V 16. stoletju je na sploh vsakih nekaj deset let strašno razsajala po Kranjskem, Dolenjskem in Štajerskem. Tako je leta 1646 grozovito morila po Kranjskem, še posebej v ljubljanski okolici, denimo tudi v Dravljah. »In ni ga bilo duhovnika, koji bi si upal pastirovat med kužnimi ...«. Za to delo se je nato opogumil ljubljanski kanonik Marko Dolinar, ki je sklenil na čast sv. Roku, zavetniku pred kugo, sezidati v Dravljah cerkev. Kuga je potem prenehala (A. Koblar). Cerkva, posve-

Zoonoza kuga (*Pestis*) je dolga stoletja veljala za neustavljivo božjo kazen, čeravno so zahodnoevropske in prav tako habsburške oblasti tudi na današnjem slovenskem ozemlju uveljavljale vsaj delno učinkovite preventivne ukrepe (glej članek o dr. Voglarju v Isis, februar 2017, str. 77!). Pravega povzročitelja bolezni je odkril leta 1894 ob epidemiji kuge v Hongkongu francoski Švicar Aleksandre Yersin (1863–1943), sodelavec Pasteurjevega inštituta v Parizu, istočasno pa tudi japonski bakteriolog Shibasaburo Kitasato (1853–1931). Yersin je prav tako ugotovil, da najdemo enako bakterijo tako pri bolniku s kugo kot v okuženi podgani. Ta po Gramu negativen zelo invaziven bacil iz družine *Enterobac-*



Rdeče kužno znamenje pri Crngrobu iz začetka 16. stoletja z danes obledelo poznogotsko preslikavo. Leta 1966 proglašeno za kulturni spomenik (foto: Jurij Kurillo).



Cerkev sv. Roka v ljubljanskih Dravljah, postavljena leta 1646 v zahvalo za prenehanje kuge. Prezidana po potresu leta 1895 in obnovljena leta 1961 (foto: Jurij Kurillo).

bolezen konča s smrtjo v nekaj dneh. Izjemoma bolnik ozdravi – če ne umre ob zagnjenih bezgavkah zaradi sepe.

Septična kuga je lahko tudi prvotna oblika obolenja. Ob visoki temperaturi se pojavi zlatenica; krvni obtok odpove tako centralno kot periferno, nezdravljen bolnik pa navadno umre v enem tednu v septičnem šoku.

Pljučna kuga kot najtežja oblika bolezni nastane večinoma zaradi kapljicne okužbe ali pa iz zagnjenih bezgavk. Za nezdravljenega bolnika je usodna huda hemoragična bronhopnevmonija.

Današnja diagnostika temelji na bakteriološki izolaciji jersinije in seroloških dokazih.

Bacil kuge naj bi že v preteklosti služil kot biološko orožje – upajmo le,

da v prihodnosti ne bo takih sprevrženih načrtov.

Ta zoonoza še vedno ni izginila z našega planeta. Dandanes se pojavlja v Ugandi, Mozambiku, Tanzaniji, Demokratični republiki Kongo, Zimbabveju, na Madagaskarju, v Vietnamu, Indiji, na Kitajskem, v Peruju in celo v zahodnih predelih Združenih držav Amerike (Kalifornija, Nova Mehika, Arizona, Kolorado in Utah). V Kaliforniji so imeli leta 2015 zaradi kuge 15 bolnikov, od katerih so štirje umrli. Tamkajšnji bakteriologi ugotavljajo, da se bacil kuge zadržuje v malih sesalcih, kot so beli dihurji, prerijski psi, ameriške neverice in njihovi plenilci, ki domujejo predvsem v ameriških nacionalnih parkih (silvatična kuga). Okužijo se lahko tudi psi in mačke (urbana kuga). Jersinija se nato prenese na človeka z okuženimi bolhami ali pri neposrednem stiku z okuženo živaljo, pa tudi z uživanjem slabo prekuhanega okuženega mesa.

Če pravi profesor Milko Bedjanič v svojih *Infekcijskih boleznih* (1957), da se je pri kugi najbolj obneslo zdravljenje s sulfonamidi, lahko rečemo, da imamo dandanes v ta namen na voljo kar precej vrst antibiotikov, od starega streptomicina, tetraciklinov in kloramfenikola do novjših floksacinov. Seveda mora priti do terapije v kolikor mogoče zgodnjem obdobju bolezni, sicer utegne biti tudi moderna terapija zaman.

Pandemije neke hude, smrtonosne bolezni na evropski celini v zgodovinskem času so znane že dolgo kot »kuga«, vendar so jih zgodovinarji doslej »diagnosticirali« samo po kliničnih znamenjih. Zato so se večkrat pojavljali dvomi, da je nemara šlo pri posameznih epidemijah za kakšno drugo etiologijo, recimo epidemični tifus, vranični prisad, celo ebola je prišla na vrsto.

Pravo naravo teh obolenj dokazujejo vzročno šele sodobne, po svoje zelo presenetljive bakteriološko-genetske raziskave v starih arheoloških najdiščih. S. Rasmussen in mnogi

drugi raziskovalci iz skandinavskih držav, Armenije, Rusije, Estonije, Poljske, Anglije in Kalifornije (2015) so dokazovali prisotnost *Yersinia pestis* z odkrivanjem njene DNK (genoma) v zobni pulpi okostij iz Azije in Evrope, ki izvirajo iz predzgodovinskih obdobjih pred 2800 do 5000 leti.

Ugotovili so, da naj bi bila okužba z bacilom kuge endemična vsaj 3000 let pred zgodovinsko ugotovljenimi epidemijami, ki so, kot kaže, nastale šele zaradi naraščajoče virulence same bakterije. Molekularna ura naj bi znanstvenikom pokazala, da naj bi se *Yersinia pestis* genetsko razvila iz veliko manj patogene enterične



Sv. Rok, zavetnik pred kugo. Cerkev sv. Ožbolta, Čirče pri Kranju. Po legendi živel od okoli 1295 do 1327. Med romanjem v Rim, pa tudi tam, stregel mnogim kužnim bolnikom. Tudi sam zbolel za kugo, a čudežno ozdravel (foto: Jurij Kurillo).

bakterije, imenovane *Yersinia pseudotuberculosis*.

Da je šlo pri evropskih epidemijah res za kugo, potrjujejo med drugim tudi ekstrakti DNA sekvenc *Yersinia pestis*, ki so jih leta 2010 pridobili I. Wiechmann in sodelavci iz zobne pulpe ostankov okostij v množičnem grobišču pod zakristijo katoliške cerkve sv. Leonharda v Manching-Pichlu, blizu bavarskega mesta Ingolstadt. Najdišče domnevno izvira iz gotskega obdobja (1250–1500). Pri 33 preiskanih okostjih so našli 10 primerov DNA bacila kuge. Te so našli tudi ob nadaljnjih preiskavah zob nekatere drugih okostij.

Do podobnih izsledkov so prišli tudi francoski preiskovalci (M. Drancourt in sod.) pulpe še neizraslih zob pri okostjih iz 16. in 18. stoletja, ki so jih dobili v nekdanjih dveh množičnih grobiščih v Provansi, enem iz leta 1590 (Lambesc) s 133 okostji, drugim iz leta 1722 (Marseille) z okoli 200 okostji. Kot pravijo sami odkritelji, so tako postavili diagnozo davnih epidemij kuge s pomočjo nukleinskih kislin, saj naj bi bila zobna pulpa »zadnje zavetje« *Yersinia pestis*.

Kaže, da je zobna pulpa zaradi obstojnosti in naravne sterilnosti zelo primeren genetski material za odkrivanje delovanja najrazličnejših patoloških mikroorganizmov, ki so povzročali umiranje človeških populacij v različnih obdobjih človeške zgodovine.

V Sloveniji pričajo o nekdanji »šibi božji«, kugi, poleg posameznih votivnih cerkva tudi številna kužna znamenja, ki so bila narejena v



Bolnica s kugo. Izsek iz stenske slike priprošnjikov proti kugi Johanna M. Kremser-Schmidta. Cerkev sv. Fabijana, sv. Boštjana in sv. Roka na Pungratu v Kranju (foto: Lojze Žibert).

zahvalo za prenehanje epidemije na nekem področju, nekatera pa morebiti stojijo tudi sredi morebitnih grobišč umrlih za kugo. O tem po zagotovitvi nekaterih naših arheologov ni nobenih ustreznih raziskav – morda pa se motim! Prej opisane genetske metode pa naj bi bile za nas tako ali tako predrage!

Viri:

1. A. S. Zavetnik kuge sv. Rok v Dravljah. Domoljub 20. avgust 1891 (4/16), 185-186 in 3. september 1891 (4/17), 197-198. Wikivir.
2. Bedjanič M. Infekcijske bolezni. Medicinska fakulteta – Komisija za učbenike in skripta, Ljubljana 1957.
3. Boccaccio G. Dekameron. Prevod A. Budal. Ljubljana. Mladinska knjiga, Ljubljana 2003.
4. Drancourt M. In sod. Detection of 400-year-old *Yersinia pestis* DNA in human dental pulp: An approach to the diagnosis of ancient septicemia. Proc Natl. Acad. Sci. USA. Vol.95, pp. 12637-12640, October 1998.
5. Marolt Gomišček M. A. Radšel Medvešek. Infekcijske bolezni. Tangram d.o.o., Ljubljana 2007.
6. Plague. Centers for Disease Control and Prevention (<http://www.cdc.gov/nceid>)
7. Rassmusen in sod. Early divergent strains of *Yersinia pestis* in Eurasia 5,000 Years ago. Cell 163, 571-582. Oktober 22, 2015.
8. Tomažič J. F. Strle s sodel. Infekcijske bolezni. Združenje za infektologijo, SZD, Ljubljana 2014/2015.
9. Weichmann I. Harbeck M. grupa G. *Yersinia pestis* DNA Sequences in late medieval skeletal finds, Bavaria. Emerg. Infect. Dis. 2010 Nov; 16 (11): 1806-1807.



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.



Strip Gorska medicina za vsakogar

Franc Kokalj, dr. med., Ambulanta Straža d. o. o.

Na pobudo Jurija Gorjanca, zdravnika, reševalca letalca in alpinista, je izšel strip Gorska medicina za vsakogar. Strip je prevod francoskega izvirnika in prirejen za naše okolje.

V stripu z gorskim zdravnikom Janezom hodimo in se spoznavamo z lepotami hribov, obenem nas pa uči pravilne priprave na vzpone, ukrepanja ob nesrečah in možnih improvizacij, saj so v hribih posebne razmere. Hribi so zelo lepi, vendar zahtevajo spoštovanje.

Zdravnik Janez nas na izviren način nauči preventivnega pregleda pred vzponi, poznavanja posebnosti nadmorske višine, pouči nas o višinski bolezni, treningu, osnovah prehrane ob naporih, ukrepih ob udaru strele in ob snežnem plazju. Prikaže nam pravilen klic na pomoč, prvo pomoč ter nas pouči o mrazu in telemedicini.

Tako kot piše v naslovu – priporočljivo učilo za vsakogar. Tako za nedeljskega planinca kot izkušenega alpinista, za mlade in stare, tudi nas zdravnike.

Strip je dosegljiv na <https://www.pzs.si/novice.php?pid=11830>, brezplačen tiskani izvod pa na sedežu Planinske zveze Slovenije v Ljubljani.



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. Želena 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 	

Gledal je s srcem in ustvaril neminljivo lepoto

Henrik Krnec ob razstavi pastelov praznoval življenjski jubilej

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

Katarina.majer2@gmail.com

V razstavišču doma na Koleziji v Ljubljani smo bili 23. junija 2017 priča odprtju poetične razstave pastelnih slik slikarja KUD-a Kliničnega centra in Medicinske fakultete (dalje KUD) Henrika Krnca. Razstavo je postavil ob žlahtnem življenjskem jubileju in se zbranim srčno zahvalil za slovesnost. Bilo je ganljivo lepo, ob toplih besedah direktorja doma Vilija, lepih slovenskih pesmih njihovega zbora, vseh pripravah nepogrešljive Rozi in Mikija, pa tudi slastnem šarklju domačih kuharic. O slikarju sta z velikim občudovanjem njegovega dela spregovorila akad. slikar Janez Kovačič in prof. Zvonka Zupanič Slavec. Prvi je poudaril, da je Henrik izjemen mojster pastela, tankočuten, potrpežljiv, vztrajen, zvest samemu sebi in vedno znova prepoznaven. Pa tudi, da je dobrotnik, saj je razstavo dal na voljo domu, da jo obesi v svojih skupnih prostorih.

Jubilanta, častnega člana KUD-a, ki je eden stebrov slikarjev KUD-ove Likovne skupine

Leona Koporca, je kot dolgoletna sodelavka predstavila prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec. Poudarila je, da je človek visokih etičnih načel in vrednot, človek dekaloga, dostojanstven intelektuallec, ki si je v življenju izoblikoval modrosti, po katerih tudi živi. Na vsakem koraku zna pokazati hvaležnost, iz savudrijske kolonije prinese sliko, ki v razstavišču UKCL zaživi kot zahvalno pismo njegovi zdravnici! Kdo pa se še spomni česa takega? Povsod naokrog po razstavišču so njegovi imenitni kaligrafski zapisi. Zvest je tudi svojemu spominu, motivom, ki so postaje njegovega življenja: hiška ob domači železniški progi v Zalogu, cerkvice, ki so se mu vrstle v srce in postale del njega samega, pa šopki domačih rož na čipkastem prtu, ki jih spremlja napis: »Raje en nasmeh živemu kot tisoč rož mrtvemu.« Kako lepa filozofija spodbujanja življenja na vsakem koraku! Henrikova drevesa so vedno monumentalna, čvrsti stoletni hrasti in dobi, *arbor vitae*, življenje, ki ostane tudi potem, ko nas že dolgo ni več ... Henrik ima v sebi izjemno povezovalno moč, notranji red, ki ga prenaša na okolico, delavnost, zanesljivost, zvestobo, strpnost in človekoljubnost. O njem je Slavčeva še zapisala: »Vsaka ustanova ima svoje protagoniste, člane, brez katerih ne bi bila to, kar je. Četudi se Henrik Krnec ne postavlja v prvo vrsto, je pri Likovni skupini KUD-a KC in MF med tistimi, ki so najbolj delavni, ki s svojo vizijo dela in vestnostjo v skupino vnašajo nalezljivo dober zgled. V dvajsetih letih sodelovanja z njim sem dodobra spoznala njegovo notranjo trdnost, čvrsto začrtano pot, po kateri hodi, zvestobo ljudem, ki si jih je izbral, in pripadnost skupini, v kateri deluje. S svojim prizadevnim delom in redoljubnostjo je med slikarje KUD-a vnesel navidezno samodejnost dogajanja, kljub obilici dela in zelo pogostim razstavam. Pomisli na vsak detajl, začuti potrebe vsakega razstavljavca in vsakomur poskuša tiho ustreči. Je kot nevidni angel, povsod prisoten, ki postori vse do zadnje potan-



Slikarja Henrika Krnca (v sredini) sta predstavila prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec in Janez Kovačič.



Razstavišče doma v Koleziji je zaživelo v lepoti Krnčevih pastelov.

kosti. Blagoslov je imeti takega človeka, saj z milino svojega duha gladi špranje in prinaša srčno in dostojanstveno razpoloženje v svojo sredino.«

Henrik je eden izmed sedmih otrok železničarske družine iz Zaloga pri Ljubljani. Oče je bil umetniško nadarjen in njegovo nadarjenost so podedovali tudi otroci. Ljubiteljsko slikajo Henrikova sestra in dva brata, občasno celo skupaj razstavljajo, najpogosteje v razstavišču knjižnice v Zalogu. Henrikova likovna pot se je začela leta 1952, ko je vstopil v slikarsko šolo samouka Janeza Kališnika pri železničarskem KUD-u Tineta Rožanca v Ljubljani. Pri njem se je naučil odličnega portretiranja. Po petletnem uku je Henrik moral ostati zvest delu gradbenega tehnika, sprva pri slovenskih železnicah, od leta 1972 pa pri Medicoengineeringu Kliničnega centra v Ljubljani, kjer se je hitro

izkazal s svojo natančnostjo in zanesljivostjo ter postal kalkulant pri arhitektu Vladimirju Sekavčniku. Tako se je tudi srečal s slikarji, ki so že pred letom 1979, ko je bil ustanovljen KUD, začeli v UKCL slikati pod mentorstvom odličnega akad. slikarja Leona Koporca, ki je slikarje vodil vse do svoje smrti leta 2003.

Henrik je kmalu spoznal, da mu slikarstvo predstavlja veliko ljubezen, zato se mu posveča vse življenje. Njegova natančnost in vztrajnost sta ga pripeljali do slikanja s pastelom, kar terja veliko znanja, izkušenj in predanosti, da slikarja vodi do vrhunskega dela. Odločil se je za realistični izraz in ni nikoli v življenju narisal nobene abstraktne slike.

Henrik se je skozi življenje izoblikoval v tankočutnega portretista. Knjigo o predsednikih Slovenskega zdravniškega društva in prvih učiteljih popolne Medicinske fakultete v

Ljubljani dr. Zvonke Zupanič Slavec je opremil z okoli 70 portreti, a narisal jih je še veliko več. Pri tem se po besedah akad. slikarja prof. Darka Slavca avtor »kaže kot odličen risar, ki obvlada tehniko in izraznost mehkega grafitnega svinčnika, kakor tudi temeljne likovne parametre, s pomočjo katerih obogati živi psihološki izraz upodobljenih«. Slikarju Henriku Krncu se ob tej priložnosti iskreno zahvalimo za njegovo mogočno zbirko portretov prvih učiteljev popolne Medicinske fakultete v Ljubljani, ki v fakultetni avli pozdravi vsakega mimoidočega in mu da vedeti, da znanje slovenskega zdravništva temelji na njihovem klenem delu.

Ob 85. življenjskem jubileju Henriku Krncu iskreno čestitamo in zaželimo še veliko zdravja, osebnega zadovoljstva in ustvarjalnega navdih.

Foto: Miki Radosavljevič



IT-podporni kotiček: 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 se vam s klikom na gumb »Prijava« v desnem kotu zgoraj odpre prijavní 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.

Registracija

Elektronska pošta

Datum rojstva

Geslo

Ponovitev gesla

Potrdi

Pomladanska sezona orkestra Camerata medica in pozdrav poletju

Prof. dr. Pavle Košorok, dr. med.,
Iatros – dr. Košorok, d. o. o.

Po zimskem predahu je orkester Camerata medica začel z rednimi vajami in pripravo pomladanskih koncertov, ki so postali že stalnica.

V nedeljo, 4. junija 2017, je orkester na večeru v atriju Doma sv. Jožefa v Celju odprl letno koncertno sezono v Celju. Tega koncerta se



Solista Aleš Christian Mihelač in Peter Lange (foto: Janez Platiše).



Orkester med zadnjo skladbo v Domu sv. Jožefa v Celju (foto: Janez Platiše).

orkestra. Violončelista Aleš Christian Mihelač in Peter Lange sta poslušalce navdušila z natančno odigrano zahtevno skladbo. Solistični nastopi dveh violončel so v zadnjem času kar modni trend. Z našo skladbo smo se temu trendu na nek način pridružili. Občinstvo nas je nagradilo z navdušenim aplavzom. Zdravnik Aleš Christian Mihelač se je našemu orkestru pridružil še kot študent, sedaj pa je že specializant hematologije. Drugi čelist, gospod Peter Lange, se nam je pridružil pred letom dni kot diplomat nemškega veleposlaništva. V našem orkestru zavzeto sodeluje in člani ga zelo lepo sprejemajo.

V naslednji skladbi je z nami nastopila profesorica klavirja Katarina Tominec. Orke-

vsako leto veselimo, saj nas v Domu sv. Jožefa vedno lepo sprejmejo. Atrij napolnijo varovanci doma in Celjani, ki cenijo kulturno dejavnost na tem mestu, ki ponuja intimno vzdušje v objemu med starim in novim.

Vremenske napovedi so nas sicer hkrati, vendar se je nebo nevarno oblačilo. Spremljali smo satelitske posnetke in gibanje nevihtnih oblakov ter se kljub vsemu odločili za koncert na prostem. Sreča nam je bila naklonjena, tako da je nastop minil brez nevihte.

Prvo skladbo, *Divertimento* mladega slovenskega skladatelja Jureta Godlerja, je orkester odigral sam.

Večer smo nadaljevali z Vivaldijevim *Koncertom za dva violončela* s solistoma iz vrst članov



Violinistka in zdravnica Lucija Čemažar (foto: Janez Platiše).



Po koncertu v Polhovem Gradcu nas je v parku pričakala odlična pogostitev (foto: Janez Platiše).

ster jo je spremljal pri nežni in čutni ter odlično izvedeni Chopinovi *Romanci*.

Kot zadnja je nastopila stalna solistka orkestra Camerata medica, violinistka Lucija Čemažar, ki je zbrano in perfektno zaigrala znani Mendelssohnov *Koncert za violino* ter požela največji aplavz večera. Lucija Čemažar je mlada zdravnica, ki trenutno dela na Pediatrični kliniki. Želi si, da bi dobila specializacijo iz pediatrije in pomagala pri zdravljenju otrok. Z nami sodeluje že iz časa študija. Prav sodelovanje z njo pokaže, kako pomembno je, da imamo orkester, ki lahko spremlja mlade glasbenike, saj lahko na ta način predstavijo svoje vrhunsko znanje. Lucija Čemažar je skoraj istočasno z medicino zaključila tudi študij violine na Akademiji za glasbo.

Navdušen aplavz ob zaključku njenega nastopa je zahteval dodatek. Zaigrali smo Saint-Saënsovo skladbo *Labod*, ki jo je naš dirigent Franc Avsenek priredil za godalni orkester.

Dirigentu Francu Avseneku smo od srca hvaležni za zavzeto in potrpežljivo vodenje orkestra in številne priredbe, ki jih je napisal za nas in včasih tudi olajšal najbolj zahtevne pasuse.

Po koncertu nam vodstvo doma vedno pripravi večerjo, ki se zavleče v pozne ure, saj si imamo vedno veliko

povedati. Poskrbljeno je za avtobusni prevoz v Ljubljano, tako da nismo v nevarnosti, tudi če bi med večerjo veselo nazdravljali.

Druga sobota v juniju je tradicionalno namenjena koncertu v Polhovem Gradcu in tudi letos je 10. junija 2017 nastop Camerate medicne v graščino privabil polno dvorano obiskovalcev. Ponovili smo isti program kot v Celju. V Polhovem Gradcu je bila posebej lepo sprejeta domačinka, profesorica klavirja Katarina Tominec. Še v času študija je v grašči-

ni organizirala Grajske glasbene večere. Pred 13 leti je orkester prevzel junijski termin za svoj nastop in te koncerte redno ponavljamo. Po navadi se nam je kot solistka pridružila tudi Katarina Tominec. Domače vzdušje v grajskih prostorih spodbudi tudi naš dirigent s sprotnimi komentarji izvajanih skladb. Tako imamo povezavo z občinstvom, ki se je izkazala za zanimivo in primerno.

Pomemben del nastopa v Polhovem Gradcu je druženje v grajskem parku ob jagodah in šampanjcu. Pogrinjek vedno lepo pripravi gospa Mimi, ki je postala že pojem polhograjske kulinarike. Pripravila nam je svež češnjev zavitek in bezgov napitek. Ker je bila letos bogata češnjeva letina, smo lahko postregli tudi s češnjami in tako naredili pravo poletno vzdušje.

Nastop, ki smo ga pripravili v Modri dvorani Zdravniške zbornice Slovenije, je bil naš pozdrav poletju. Predstavili so se isti solisti kot na prejšnjih koncertih: Aleš Christian Mihelač in Peter Lange na violončelih, Katarina Tominec na klavirju in Lucija Čemažar na violini. Zdravniška zbornica nas vedno počasti s pogostitvijo v stekleni dvorani. To je priložnost za druženje članov orkestra z



Koncert v Domus Medica, pri klavirju Katarina Tominec (foto: Milan Kokalj).

občinstvom, v katerem so ljubitelji našega orkestra in domači, ki radi prisluhnejo temu, s čimer smo se ukvarjali vse leto.

Orkester odhaja na zaslužene počitnice. V načrtu imamo že jesenske nastope, od katerih bo prvi nastop na Bledu ob kongresu zdravnikov družin-

ske medicine. Fotografije in tudi posnetke naših nastopov si lahko ogledate na spletnih straneh orkestra Camerata medica.

Koncert Celloart

Domus Medica, 7. 6. 2017

Prim. Jasna Čuk Rupnik, Ljubljana

V lepem junijskem večeru je bil pomladanski cikel komornih koncertov v Domus Medica zaključen. K posebno slovesnemu vtisu glasbenega večera je prispevala tudi vrhunska arhitektura velike avle Domus Medica. Marmorni vzorec tal je umetniškimi vibracijam strun v njihovem ospredju dodal še presežek vizualnega, ozadje glasbenega dogajanja pa so plemenitile slike razstavljenih del prof. dr. Eldarja M. Gadžijeve.

Vsi glasbeni umetniki na violončelih so bili člani Slovenske filharmonije (Miloš Mlejnik, Petra Gačnik Grablo, Alenka Helena Kovačič, Martin Sikur, Jošt Kosmač, Pavel Rakar ter Ivan Šoštarčič), Andrej Petrač pa je njen nekdanji član. Zahtevno delo je imela sopranistka Štefica Stipančević, poseben aplavz pa smo poslušalci

namenili tudi Vladu Hrovatu, sicer solistu na ustni harmoniki. Poskrbel je namreč za zanimive aranžmaje zadnjih treh pesmi*.

Spored:

Heitor Villa Lobos: Bachianas Brasileiras No. 1 za orkester violončelov (I Introduction – Embolada, II Preludio – Modinha, III Fugue – Conversa)

Heitor Villa Lobos: Bachianas Brasileiras No. 5, za sopran in orkester violonočelov (I Aria – Cantilena, II Dansa – Martelo)

Astor Piazzolla*: On The Sunny Side of Street, G. Gershwin*: Summertime, Vincent Youmann*: Carioca.

Namesto zaključka: Tudi letošnji koncerti komorne glasbe v prostorih Domus Medica so bili vsak



Ob avtorici tega prispevka še avtor glasbenih priredb Vlado Hrovat in prizadevna organizatorica komornih koncertov v Domus Medica Petra Gačnik Greblo.

zase posebno in enkratno umetniško doživetje. Poslušati v domačem miru s sodobnimi tehnikami dosežene brezhibne posnetke uveljavljenih umetnikov je užitek ene vrste. Biti neposredno udeležen pri rojevanju poustvarjalne umetnine v neponovljivem trenutku vsakdanjosti, pa je presežek vsakokratne osebne udeležnosti.



Harmonija lepote glasbe, prostora in slik.

Corovih 20

Dve desetletji zbora ljubljanskih študentov medicine Cor

Nina Vičič, vodja Cora

nina.vicic@hotmail.com

»Pred 20 leti je skupina nadobudnih študentov medicine ljubljanske medicinske fakultete ustanovila vokalno skupino, ki je prerasla v zbor. Zbor, ki še dve desetletji zatem združuje študente v ljubezni do petja in spleta prijateljske vezi.«

S temi besedami se je 17. maja 2017 v Kulturnem društvu Antonov dom na Viču začel jubilejni koncert pevskega zbora študentov Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani Cor. Zbor je svojo glasbeno pot začel leta 1996 s študentko medicine Matejo Starbek. Do današnjega dne so se na mestu zborovodje in vodje projekta zvrstile številne bistre glave, pa tudi pridnih članov ni manjkalo. Vsem tem generacijam gre zasluga, da je zbor skozi leta ohranjal svojo ustvarjalno

energijo. Koncert ob 20. obletnici smo zato člani današnje zasedbe osnovali na Corovih začetkih in največjih hitih tistega časa.

The Voice, ki je maja 1996 Irski zagotovila prvo mesto na tekmovanju za pesem Evrovizije. Istega leta se je tekmovanja udeležila tudi Regina z zimzeleno *Dan najlepših sanj*. Skladba sicer ni osvojila prvega mesta, je pa osvojila srca Corovih članov njena priredba, ki jo je za zbor napisala naša zborovodkinja Anja Hrastovšek. Pesem nam je tako prirasla k srcu, da smo jo neuradno razglasili za našo letošnjo himno.

Sledili sta *Lahko noč, Piran*, zmagovalna pesem festivala Melodije morja in sonca leta 1996, ter *Change the World* s solom Corovega tenorja

(v prostem času tudi basista, alta ali soprana) Andreja Jovanovskega. Pesem smo pred koncertom že nekajkrat posvetili diplomantom medicinske fakultete, da smo jim sporočili: S svojim znanjem lahko spreminjate svet!

Na odru nam je letos delala družbo večkrat nagrajena vokalna skupina Jazzva, katere članica je tudi naša zborovodkinja Anja. Poslušalce so navdušili z izjemnima izvedbama prekmurske ljudske *Zrejšlo je žito* in energične *Go! Don't stop*. Nesporni hit večera pa je bila Jacksonova *Earth song*. Priredba, ki jo je za Cor in Jazzvo napisala Jazzvina Jasna Žitnik, je Corovce postavila v vlogo »back vokalov« in turističnih vodičev, saj smo poslušalce v uvodnih taktih na glasbeni način popeljali po deževnem gozdu, medtem ko si je vlogo kralja popa izmenjevala sedemčlanska zasedba Jazzve.

Po baladi *Killing me softly* in Magnificovi *Silviji* smo besedo prepu-



stili osebi, ki je zbor spodbujala od dneva njegove ustanovitve do danes – komu drugemu kot prof. Zvonki Zupanič Slavec iz Kulturno-umetniškega društva Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher, kamor sodi tudi Cor. V svojem govoru je izpostavila delo vseh zaslužnih za Corov razvoj ter na oder povabila nekdanji vodji, Julijo Dobrila in Kamalo Klobučar, da se jima je

zahvalila za njun trud. Resnično ni lepšega kot početi nekaj, kar te veseli, z ljudmi, ki jih imaš rad. Tako pravita tudi pesmi *Più bella cosa*, v prevodu »najlepša stvar«, in *What the World Needs Now Is Love*, ki sta sledili govoru.

Od odra pa se nismo mogli posloviti brez vsaj ene medicinsko obarvane skladbe. *Stayin' alive* simbolizira, da nam po 20 letih še ni zmanjkalo

energije za ustvarjanje in se veselimo uspehov, ki nas čakajo v prihodnje.

Izvedba koncerta ne bi bila mogoča brez odlične spremljevalne ekipe: za klavirsko spremljavo je poskrbel Nejc Škofic, prizvok jazz klubov je koncertu dodal Rok Hozjan na kontrabas, za povezovanje dogodka pa se zahvaljujemo Bernardu Šutiču.

Spominčice v spomin

V letošnjem letu na teh straneh revije žal ne srečujemo več pesniških premišljevanj pokojnega kolega Tomaža Rotta. Zato smo člani uredništva pripravili izbor pesmi iz Tomaževe knjige »Spominčice«.

Spomin

Pretekla leta vrezala so brazde
v njih zasejani so spomini sreče,
vklesane tudi ure so boleče.
Razpri oči, ozri se v temnem gaju
spomina svojega: izkoplji srečo,
pozabi uro sleherni skelečo.
Razprte roke trepetajo v vetru
bojazni, da bi sreča se izgubila,
pretekla senca znova se razkrila.
Gotovost naj prežene vso bojazen
in upanje naj znova odpira vrata,
da se rodi vsakdanjost vsa bogata.

Izbor: prim. asist. Jana Govc Eržen

Sanje

Sanje so krila,
ki poneso me kakor labodi
vsepovsodi, kjer me pot vodi
v toplino srca.
Sanje so ključ do vseh vrat,
ki so zaprta.
Uho so, oko, za vse to,
kar v resnici nikoli ne bo.

Izbor: prof. dr. Alojz Ihan

Prebujanja

Žal se vsakdan
prebujamo,
pa raje bi še spali
in sanjali brez mej.
Resničnost
je budilka,
jo marsikdaj
preslišimo in
sanjamo naprej.

Izbor: prof. dr. Alojz Ihan

Si včasih ulico poznal

Si včasih ulico poznal,
obrazom znanim se smehljal,
se priklonili so v pozdrav,
odkrili se, še stisk roke,
in vprašani: kako ljudje?
Odgovorili: gre, kar gre.
Nas zbližal je vsak dan pozdrav.
Zdaj pa med mnogimi ljudmi,
velikih stanovanjskih hiš
ljudje so si neznanci vsi,
saj vračajo se sred noči,
za znanstva časa nič več ni,
ko gredo mimo brez besed,
pozdrav je hladen kakor led.

Izbor: prof. dr. Anton Mesec

Življenjski moto

Nisem ne rimar, ne poet
in sebi ne apologet.
Povem, kar mislim, brez besed
kesanja in obžalovanja
in praznega le blebetanja.
Želim si svet brez ponaredkov
in brez laži, norih povedkov,
napuha, zla, izsiljevanja.
Nestrpnost in grobosti sile
naj hitro bi se ukrotile.
Naj kljub težavam vsi živimo
z nasmehom, upanjem in vero,
da vse slabo gre kmalu mimo.
Ne bojmo izreči vso resnico,
naj se nihče je ne sramuje,
čeprav boli, a očiščuje.
Kdor ljubi delo, premaguje
vse težave, ne tuguje
kot tak, ki delo mu je tuje.

Izbor: doc. dr. Mirjana Rajer in
prof. dr. Boris Klun

Sreča

Kjer živo je srce
le tam je sreča,
kjer sri dve sta,
tam se sreča veča.

Izbor: doc. dr. Mirjana Rajer

Zdravstvena globalizacija

Globalizem omogoča,
da povrne manjkajoča
se dejavnost v vse organe,
bolne in poškodovane.
Spet poslušaj, v hribe hodiš,
psa po gozdu znova vodiš.
Za nov sluh so Widex »ušesa«,
boljši vid pa Zeissa leče,
niso oči nič več skeleče.
Nujna očala iz Cadora,
so moderna, tudi nora.
»Konj« zobje, bog ve od kje,
za vse proteze se dobe.
Necesarke krone bele,
včasih zlate so slovele.
In prelestno lep nasmeš:
vstavljen diamant v zobeh.
Nos popravljen olepšuje,
botoks usta (a ni pusta).
Nova pljuča in srce,

iz gojene mišice.
Zaklopke umetne iz uvoza,
pravi čudež – stenti žil,
koronark, pa spet si čil.
Slinavka, ledvica, jetra
menjana za staro šaro,
trajno imela so okvaro:
menjaš kemično tovarno,
je razpadla v alkoholu,
in ledvica po tabletah,
vžitih v neizmernem bolu.
V Eur>transplantu, če je treba,
ob pravem času priskrbe
kostni mozeg in srce.
Splint v uretru se bori
s kamenjem, ki se množi.
Umetna kri še ni razvita,
nujna je vampirska hrana,
je od mladih darovana.
Koža umetna vse prekriva,
kjer podkožje se razkriva.
Menjaš manjkajoče ude
z nadomestki druge vrste,

nog in rok, za dolge prste,
vse normalno spet deluje.
Skepi novi so iz jekla,
lončevine, polimerov,
da kolena ne bi pekla,
kolki škrtali od jeze,
se vrh gore ne prileze.
So proteze iz naše »Soče«,
da uganja šport, kdor hoče.
Zlate plošče na vrh glave,
skrijejo se misli prave.
Vendar nekaj ni uspelo –
menjati vročično glavo,
s pametno in trezno, pravo,
ostajamo naprej bedaki,
zaletavi korenjaki.
Kaj je tvojega? Možgani!
Čudijo se ob vstajenju:
kdo prenarejenec ta,
ki nihče ga ne pozna?
Sem res jaz? Res? Pravi špas!

Izbor: prof. dr. Črt Marinček

55. tradicionalno srečanje slovenskih upokojenih zdravnikov s hrvaškimi kolegi na Reki in v Mošćenicah

Marjeta Rendla Koltaj, dr. med, Ljubljana
marjeta.jatlok@gmail.com



Džamija na Reki (foto: Polonca Steinmann).

Kot plod živahnega sodelovanja vodstev in članov Sekcije upokojenih zdravnikov SZD in Društva upokojenih zdravnikov HLZ se že mnogo let odvijajo vsakoletna srečanja. Letošnje, že 55., se je dogajalo 30. maja 2017. Tokrat so nas gostili hrvaški kolegi.

Zjutraj smo se s Trga francoske revolucije v Ljubljani v velikem številu (34) odpeljali proti cilju. Po kratkem postanku na Potoku pred mejo smo se peljali do Reke, kjer so nam v restavraciji islamskega centra hrvaški

kolegi izrekli dobrodošlico. Po pozdravih in prigrizku je sledil strokovno voden ogled džamije oz. centra. Džamijo so gradili od 2010 do 2013. Ima obliko šestih kupol in je delo pokojnega hrvaškega kiparja Dušana Džamonje. Objekt ima versko, kulturno in izobraževalno vlogo. S svojo obliko, materialom in infrastrukturo se ujema z mediteranskim podnebjem. Deli stekla, ki so vgrajeni v kupole, prepuščajo žarke svetlobe v notranjost džamije in tako omogočajo prelivanje svetlobe. To simbolizira



Etnografski muzej v Mošćenicah hrani oblačila, nakit in predmete, ki so jih uporabljali predniki (foto: Božena Skalicky Kuhelj).



Najstarejši del cerkve sv. Andrije Apostola v Mošćenicah je iz obdobja romanike, današnja baročno podoba pa je cerkev dobila v 18. stoletju (foto: Božena Skalicky Kuhelj).

pretakanje vode skozi sončne žarke, saj sta voda in svetloba pomembna elementa islamske tradicije. Najvišja točka objekta je minaret, visok 23 metrov. Umeščen je desno od vhoda v džamijo, na prostranem kamnitem platoju, od koder je prelep razgled na Kvarnerski zaliv.

Po tem poučnem ogledu smo se odpeljali v Mošćenice, srednjeveško mesto pod hribom Perun. Hrvati so se tu naselili v 7. in 8. stoletju. Mošćenice se najpogosteje povezuje s prvimi glagoljaši oz. s 16. stoletjem, ko je nastalo 40 glagolskih besedil – med njimi Lucidar, srednjeveška enciklo-

pedija. Maše so se tu odvijale v hrvaškem jeziku in ne v latinskem, kot drugod po Evropi. Na mestnih vratih je habsburški grb in leto njihove obnove 1654. Hudomušni župan nas je popeljal po mestu. Ogledali smo si Etnografski muzej v nekdanjem zaporu ob vhodu v mesto. V njem je zbirka oblačil, nakita in predmetov, ki so jih uporabljali predniki. Slike v muzeju prikazujejo način življenja in obrti v preteklosti. Ogledali smo si tudi Mošćenički toš – 300 let star mlin za pridelavo oljčnega olja. Ob vhodu v mesto je trdnjava – kaštel, kjer je danes osnovna šola. V kraju je

tudi vodnjak – šterna, katerega voda ima baje vpliv na potenco. Ogledali smo si še cerkev sv. Andrije Apostola. Njen najstarejši del pod korom je iz obdobja romanike, prvotno nižja srednja ladja je bila dvignjena leta 1640. Deli stranske ladje so bili dodani v 18. stoletju, ko je dobila današnje baročno podobo. V njej je še zakladnica, lapidarij in arhiv z dragocenostmi in knjigami o zgodovini mesta. Od leta 1968 so Mošćenice uvrščene v register nepremične kulturne dediščine.

Po tem zanimivem ogledu smo se spustili proti morju v Mošćeničko Drago, kjer smo imeli na terasi hotela Mediteran skupno kosilo. Skladno z običaji smo bili priča prijaznim pozdravnim nagovorom in izmenjavi simboličnih daril med predsednico naše sekcije Boženo Skalicky Kuhelj in predsednikom sekcije hrvaških upokojenih zdravnikov Petrom Brinerjem ter novim predsednikom odseka v Karlovcu Markom Dejanovičem. Ob prijetnem kolegialnem klepetu v prijateljskem vzdušju je čas kar prehitro tek.

Proti večeru smo se poslovili in se odpravili proti Ljubljani. Spet je minil prijeten dan in nas obogatil z doslej še neobiskanimi in zanimivimi kraji.

Nasvidenje prihodnje pomlad, ko bo gostitelj sekcija Slovenskega zdravniškega društva.



Izmenjava simboličnih daril med predsedniki sekcij upokojenih zdravnikov. Z desne Božena Skalicky Kuhelj, Peter Briner in Marko Dejanovič (foto: Polonca Steinmann).

Firence v enem sladoledu

Evgen Kajin, dr. med., ZD za študente Univerze v Ljubljani

Po šestih urah so se prikazali prvi odcepi za Firence. Navigacijski program je predlagal, naj nadaljujemo mimo njih proti južnemu izhodu z avtoceste, ki se mestu menda najbolj približa. Ker je bil naš hostel na severni strani mesta in glede na že doma pregledane zemljevide, sem se odločil zaviti prej, na izvozu za letališče Amerigo Vespucci. Program je protestiral, vztrajal pri levem pasu na avtocesti, ko smo mi že peljali preko nje. Ko je to ugotovil, je začel preračunavati zavoje, po katerih bi se vrnili na avtocesto, zatem nenadoma popustil, se umiril, vdal ter pokazal ceste, po katerih smo vozili. Kasneje se je izkazalo, da ni imel podatkov o popravilih na ulicah, in se nanj sploh nismo mogli več zanesti. Sledili smo smerokazom in ugotovili, da je hostel že za naslednjim križiščem. Zdelo se je, da je pot od avtocestnega obroča do centra krajša, kot smo si predsta-

vljali. Parkirali smo, opravili vse potrebno na recepciji in s kovčki, se osvežili in se po kosilu peš odpravili proti mestu.

Občutek, da je pot krajša, se je ponovil. Že druga ulica, ki se je proti centru ožila, nas je pripeljala v množico turistov raznih ras, mimo sladoledarn (vzeli smo sladoled pri malem vhodu z velikim napisom: Zmagal na florentinskem tekmovanju sladoledarjev), parkiranih motorjev in priklenjenih koles, mnogih malih trgovinic, hotelčkov, restavracij, ki so bile proti centru vse bolj nenavadne in izvirno opremljene (ali neopremljene, z zidovi, postrganimi do opek). Prispeli smo do manjšega trga. Na eni strani smo si začudeni ogledovali usnjene sandale, viseče z zidov proti mimoidočim ob trgovinicah z obutvijo, na drugi strani pa nas je zmotilo rjavkasto zidovje cerkve, kot bi sredi cvetočega mesta gledali neugledno in

nedokončano zgradbo iz zlizanih opek brez fasade. Šele kasneje smo se poučili, da je bistvo očem skrito, saj je bila cerkev sv. Lorenza dolgo največja v mestu in je ena prvih cerkva, kjer so poskušali uveljaviti nove, renesančne ideje v gradnji, notranje elemente pa so prispevali najvidnejši arhitekti in umetniki tistega časa. Obenem je kraj počitka posmrtnih ostankov vseh Medičejcev. Glede fasade pa se še po skoraj petsto letih prerekajo, ali naj jo dokončajo po zamislih Michelangela ali ne.

Bolj kot rjavo zidovje nas je, turiste, očarala množica izdelkov, ki so jih po ulici dalje ponujale izložbe. Pomikali smo se od ene do druge in prispeli do velikega trga, ki se je odpiral v levo, proti vzhodu. Pogled nam je zdrsel sprva po bledi fasadi osmerokotne zgradbe, krstilnice, za njo in južno se je pogled dvignil do visokega zeleno-belega zvonika. Ko



Firence, panoramska slika (foto: Melynda Bufford, vir: bsnsceb.com).

smo stopili na trg, smo zagledali za krstilnico in severno od zvonika ogromno zgradbo z zapleteno, iz premnogih belih in blede zelenih likov z blede rdečkastimi dodatki zloženo vertikalno fasadno sestavljanjo, ki se je preko streh bližnjih stavb vzpenjala daleč proti nebu, z njenih robov pa je kipela s kamnitimi rebri obdana kupola svetlo rjavih strešnikov z malo kapelico na samem vrhu.

Il Duomo, mestna katedrala, Santa Maria del Fiore, svoj čas največja zgradba sveta, ki še vedno nosi največjo kupolo iz zidakov na vsem svetu. Kasneje smo prebrali, da je cerkev na tem mestu rasla skozi stoletja od zgodnejših (romanskih) oblik do gotike, ko so v nepremišljeni zagnanosti dosegli tako velik razmik med stenami osrednjega prostora, da kupole nad njim sploh niso znali narediti. Šele Brunelleschiju se je porodila zamisel, da postavi kupolo na povsem nov način, brez opore in celo brez odrov, z opekami v nekakšnem slogu ribje kosti, tako da vsak naslednji sloj pritiska na prejšnjega in hkrati nudi trdno oporo za naslednjega, ožjega. (Po tej obliki se je zgledoval še Michelangelo, ko je pripravljaj kupolo cerkve sv. Petra v Rimu.) Fasado florentinskega Duoma so dokončali šele v devetnajstem stoletju, štiristo let kasneje. Sosednji sv. Lovrenc ima torej še možnosti za svojo fasado ...

Ob tem pogledu, na trgu Piazza del Duomo, pred katedralo, smo se slikali, še vedno s sladolei v rokah. Odpravili smo se mimo severne stene katedrale ter tam poiskali vhod v bližnji muzej, kjer hranijo dokumente, načrte in makete o gradnji katedrale: Museo dell'Opera del Duomo.

Med nakupom kart in čakanjem v vrsti smo v miru polizali sladolei. Kasneje smo ugotovili, da bi s tistim, kar je ostalo na kornetih, lahko prišli peš vse do Ponte Vecchia ob Arnu in bi tam še prste polizali. Vendar je bilo tisti dan pohajkovanja po ulicah dovolj, vstopili smo v muzej.

Bili smo utrjeni. Tako smo bolj brželi po raznih sobah, se tu in tam klicali, se pogajali z otrokoma, ki v

kamnu, pa naj je bil še tako izjemne oblike, nista videla takega pomena, kot ga ima sveža sapica in večerja, ki sta jo zahtevala. Od mnogih stvari sta mi ostali v spominu dve skulpturi, obe sprva z nejevero in odporom, šele kasneje sem poskusil razumeti, kakšen je njun pomen. Prva je Skesana Marija Magdalena, ki jo je Donatello, mojster lepote iz bron in kamna, stesal iz neuglednega lesa, izmučeno in trpečo. Druga je Michelangelovo delo, ki ga je pri svojih sedemdesetih letih naredil menda za svoj grob: Pietà, kjer dve figuri, nekam nedodelani in nedokončani, poskušata držati telo Jezusa, nemočno in čudno razpognjeno ter razbito (po njem je z macolo mlatil sam kipar v brezupni nad trdim marmorjem, s katerega mu je dleto zdrsnilo – napaka v marmorju ali negotova roka starca? – in je bil šele stoletja kasneje ponovno zlepljen), nad vsemi pa se dviga nekam vstran obrnjena tretja figura (in to s kapuco na glavi, pod njo pa menda z obrazom samega Michelangela). Oba kipa izzivata nelagodje. Ne morem drugače, kot da si predstavljaj vznemirjenega umetnika z dletom in kladivom, ki svoje neprijetne občutke kleše v kamen (ali les), ali bolje, jih iz brezoblične gmote rešuje sebi in nam v sporočilo ali celo v negotovost, v vprašanje: Je to tisto, kar nam je poleg upanja skupno? Si lahko podelimo te občutke, bi jih skupaj lažje prenašali? Jih v pripovedi drugega prepoznali, jim dali vrednost, jih povezali z našimi in bi, skupaj s sočlovekovo stisko, a obenem podprti z njegovim razumevanjem, lažje hodili dalje, vsaj manj osamljeni?

Utrjeni in lačni smo taval nazaj po znani poti, tistih dveh ulicah. Večerjali smo v hostlu, pico, lazanjo in solato. Za čuda sta otroka po večerji oživila in si, morebiti navdihnjena z arhitekturo mesta, iz pograda konstruirala utrdbo. Šele v njej sta se umirila in zaspala.

V naslednjih dneh so nas preplavile množice vtisov iz muzejev in galerij. V Gallerii dell'Accademia je pozornost najbolj pritegnil David, do katerega

smo prišli po hodniku mimo nedokončanih teles, ki so se poskušala izviti iz kamna. Prav zaradi teh sužnje, ujetih v grobo marmornato maso, je beli velikan tako izstopal, izčiščen, odločen, ponosen, s trakom blaga ali usnja, ki je, kamnit, drsel po goli, beli, gladki koži hrbta od ramen navzdol in se skrila v desni dlani. Z vseh strani smo si ga ogledovali, neznansko visokega, hkrati mirnega skozi stoletja in vendar prav tako dolgo tudi pripravljenega na korak, stoječega v »contrapposto« (položaj človeka, ko teža telesa prenese na eno nogo), v drž, ki so jo umetniki v desetletjih renesanse razvili v manierizem (kar je mogoče videti že pri Michelangelovih kasnejših Sužnjih). Sledili so Bargello, Galleria Uffici ... Pogledali smo Ponte Vecchio in preko njega pokukali na drugo stran reke, v Oltrarno, jedli v zanimivo opremljenih restavracijah – v eni od njih so pred očmi gostov pripravljali sveže rezance po izboru – in kupili nekaj spominkov. Vse zgradbe in muzeji, vrtovi in galerije so drug od drugega oddaljeni za največ en sladolei, ki smo si ga med potmi nekajkrat privoščili.

Po nekaj dneh smo se, prenasajeni od umetnin, odpravljali iz mesta. Vklapl sem navigacijski program in ponovno se je pokazalo, da ni uporaben. Firenze so kratko malo premajhne za kaj takega. Sledil sem smerokazom, na eni od bencinskih črpalk pa za smer vprašal prodajalca.

Kasneje sem med branjem o mestu in njegovi zgodovini ugotovil, da je bilo skoraj vse, kar danes hranijo muzeji in podobne ustanove, narejeno pred pol tisočletja, sto let gor ali (dvesto) dol, in je sprožilo spremembe v arhitekturi, literaturi, umetnosti, znanosti v Evropi in kasneje po vsem svetu. Poskušal sem razumeti, kako je mesto to doseglo; iz nekaj knjig sem si (na hitro) pripravil povzetke.

Jack Lang v knjigi Lorenzo Veličastni ugotavlja: »Morali bi imeti sposobnost alkimista, če bi hoteli izmeriti delež slučaja in kulturne politike, zaradi katerih se deset tisoč

učencev steka v florentinske šole, ne pa v milanske ali mantovske ... Mesto ni metropola, nima pristanišča, njegova škofija ni središče religiozne oblasti, njegova trgovina s tekstilom upada, pa vendar so 'ti ljudje obilne hrane in majhnih izdatkov naredili več kot številni drugi prebivalci drugih bogatejših mest'. « In dalje: »Kako lahko uspe knez neke majhne državnice brez krone utelesiti duha nekega mesta in neke dobe?»

Mnogo izjemnih oseb, umetnikov in drugih mojstrov, katerih dela veljajo že stoletja za genialne dosežke (Dante, Giotto, Petrarca, Donatello, Masaccio, Botticelli, Leonardo da Vinci, Machiavelli, Michelangelo,

Galilej), izhaja iz Firenc ali pa so v tem malem, z vidika velikosti nepomembnem mestecu neko obdobje živeli, se učili in ustvarjali, vsi znotraj časovnega okvira 300 let. Prvi od omenjenih se je rodil leta 1265, po Michelangelovi smrti leta 1564 (ki je hkrati letnica Galilejevega rojstva) pa to isto mesto ni dalo več nobenega umetnika s primerljivimi dosežki. S čim se torej začne zgodba o vzponu umetnosti in humanizma v tem obdobju? Začne se z ... volno.

Volna (in denar)

V srednjem veku je bila volna pomembna surovina za izdelavo oblačil, njena pridelava in predelava pa donosen posel. Večina volne je prihajala iz dežel s severa Evrope, vendar so jo obdelovali, barvali in česali v nekaj obrtnih centrih na Mediteranu, med katerimi so se vse bolj uveljavljale Firenze. Majhna skupina florentinskih družin, ki so se ukvarjale z volno, je obogatela in začela denar uporabljati za dajanje velikih posojil z oderuskimi obrestmi, sprva v regiji, kasneje pa po vsem tedanjem svetu. V pomoč jim je bil florentinski denar, florint, ki so ga začeli kovati leta 1252 in ga cenili po vsej Evropi. Bogastvo in udobje, ki so ga novopečeni bankirji na tak način neznansko povečali, je po krščanskem verovanju povečal tudi verjetnost, da bodo njihove duše po smrti oropane udobja.

Črna smrt (in njene koristi)

V začetku 14. stoletja je zaradi podnebnih sprememb, stoletne vojne in bolezni (kuge) prebivalstvo v Evropi močno upadlo. Grošelj v diplomski nalogi Vpliv epidemičnih bolezni na spremembe v gospodarstvu povzema, da so kugo prinesli italijanski trgovci iz Azije. Tam naj bi se okužili med grozljivim obleganjem s strani tatarske vojske, katere vojaki so umirali zaradi bolezni, Tatari pa so kužna trupla mrtvih vojakov s kata-

pulti izstreljevali na Genovčane. Ko so ti uspeli pobegniti, so prinesli okužbo s seboj v domača pristanišča. Kuga naj bi v letih 1347–1351 iztrebila tretjino ljudi v Evropi, v Firencah naj bi pomrlo pol prebivalstva. V nekem samostanu (kjer je živel Petrarkov brat) je od 35 ljudi ostal le eden, pa še pes povrhu. Upadu prebivalstva in mnogim s tem povezanim težavam so sledile, kot nadalje navaja Grošelj, koristne posledice: posodobljena ekonomija in tehnologija (vključno s tiskarskim strojem, saj so bili pisarji redki in dragi), intenzivna uporaba kapitala, novejša, bolj aplikativna in dovršena tehnologija ter višji življenjski standard ljudi (manj delavcev je opravilo enako dela, več so zaslužili). V Firencah je nekaj bankirjev propadlo, manjši – med njimi naj bi bili Medičejci – so dobili priložnost za prevzem dejavnosti, vključno z dajanjem posojil.

Odkupiti (se za) greh

Oderuštvo je bilo greh. Smrtni greh. Da bi se zanj odkupili, so se začeli priporočati Cerkvi, za katero so naročali dela, večali in na novo gradili cerkve ter samostane. Te velike zgradbe in kasneje umetniški izdelki znotraj njih (z zabeleženim naročnikom) pa so se prav zaradi svoje velikosti izkazali za dobro propagando, reklamo in osebno slavo, kar je vodilo v vse več naročil.

Novo vrednotenje umetniške ustvarjalnosti in s tem spremenjen položaj umetnika

Arhitekti in umetniki so iskali nove rešitve (Brunelleschijeva kupola za novo katedralo, grajena 1420–1436), s tem pa pridobivali večji pomen in družbeno veljavo. Alberti, renesančni arhitekt, v traktatu O arhitekturi (ok. 1450) v uvodu natančno opredeli razliko med arhitektom in gradbenikom oz. med vsestranskim



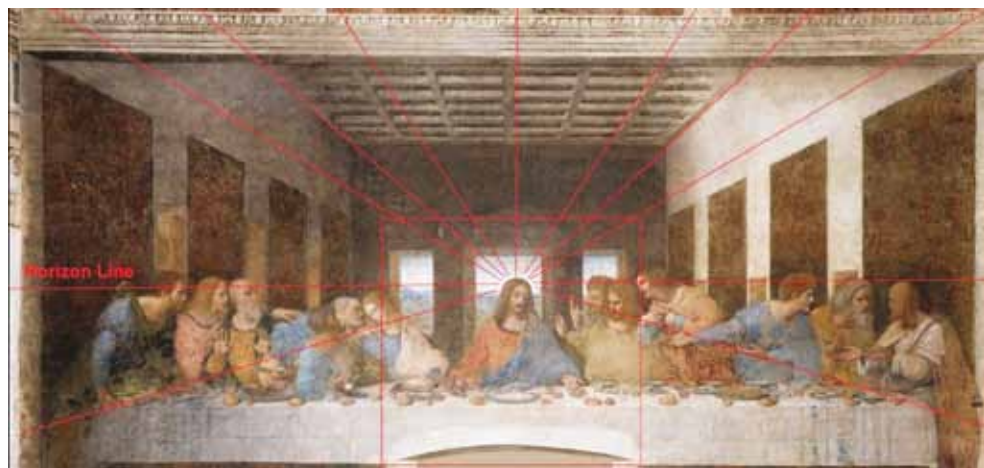
Michelangelo: Pietà v Firencah (1547–1555).
Museo dell'Opera del Duomo (foto: Eugen Kajin).

umetnikom in obrtnim mojstrom: medtem ko slednji pozna (le) svojo obrt, arhitekt obvlada znanja z mnogih področij znanosti in umetnosti. V takem okolju se je zbrala izjemna skupina svobodno mislečih in radovednih umov, ki so nadalje oblikovali vzdušje za intelektualni in umetniški razvoj. Še pred črno smrtjo je bil eden prvih takih umov Giotto, po njem je zaradi opustošenja razvoj zastal in se nadaljeval, ko so si Firenze opomogle. Z velikani visoke renesanse, Leonardom, Michelangelom in Rafaelom, se dokončno uveljavi moderno razumevanje umetnika – genija, ki ga njegova nadarjenost povzdiguje nad običajne ljudi, v kontekstu socialne hierarhije pa postane enakovreden sogovornik eliti izobraženih aristokratov, naročnikov in zaščitnikov umetnosti. Za veliki preobrat so najbolj zaslužni prav arhitekti.

Lang: »V središču tega raznolikega zanimanja je človeška oseba in povsem izvirna ideja, da umetnost lahko prispeva k razcvetu omike v enaki meri kot dobra vlada ali ekonomska rast.«

Nazaj na zemljo

Prehod med srednjim vekom in renesanso se zdi nenaden. Medtem ko je bizantinska in srednjeveška religiozna umetnost stremela kvišku, od omejenosti in trpljenja k prikazovanju daljne, nespremenljive večnosti brez čustvenega in osebnega izraza, je Giotto v prizorih duhovnega sveta obrnil pozornost navzdol, k svetu človeškega obličja, kjer so osebe dobile telesno podobo, težo in čustveno sporočilo. Ne samo umetniki, tudi filozofi govorijo o novem pristopu, kjer je treba doseči več od posnemanja narave; umetnik mora slikati tako, da bodo podobe »vodile gledalčevega duha onstran stvari, na katero gleda.« Viden je predvsem v slikarstvu in kiparstvu, kjer se v renesansi razvije nov estetski kanon: upodobitev človeka, tuzemskega bitja, tudi v prizorih iz (predkrščanskih, antičnih) legend skupaj z izstopajočim čustve-



Leonardo da Vinci: Zadnja večerja (1495–1498). Cerkev Santa Maria delle Grazie, Milano. Sečišče perspektiv. Vir: artmumble.com.

nim izrazom, katerega cilj ni le podoba s svojim sporočilom (pri čemer razvijajo perspektivo in njene vplive), temveč tudi učinek podobe na gledalca.

O tem je pisal Vasari v prigodi o Leonardu da Vinciju (povzema jo Nardini), ki je pri približno 25 letih naslikal podobo gorgone Meduze na leseni ščit. (Slednjega je neki kmet dal Leonardovemu očetu s prošnjo, naj slikar kaj nariše nanj.) Ko je delo po več mesecih dokončal in poklical očeta, je ta ob pogledu na sliko prestrašeno odskočil. Leonardo naj bi mu rekel: »Oče, vidim, da delo služi namenu, zaradi katerega je bilo narejeno, zato ga kar odnesite s seboj. To je učinek, ki se ga od del nadejamo.« Za Leonarda je bila to dovolj velika nagrada. Mimogrede še zaključek zgodbe: oče je ščit brez Leonardove vednosti prodal za 100 dukatov, za drobiž kupil drugega z rokodelsko podobo in ga dal kmetu (ki je bil neizmerno hvaležen). In še vrednost denarja: 1 dukat ali zlati florint je bil vreden 120 soldov (danes 110 evrov); 3 solde je bila cena melone, Leonardov učenec je zaslužil 11 soldov dnevno, za eno sliko so Leonardu plačali med 50 in 100 dukatov (ob koncu življenja pa je prejemal redno rento), Michelangelo pa je prejemal od 200 do 450 dukatov za dokončano sliko ali kip.

Vodja

Lang povzema: »Položaj v Italiji v tem obdobju je odprl zelo široko polje za uresničenje političnih talentov. Številnost držav, iz katerih je bila sestavljena, neenakovrednost njihove moči, ambicioznost enih in vedno budne bojazni drugih so vso deželo nenehno držali v razburjenosti in preplahu. Tesna bližina teh držav, ozke meje njihovega vzajemnega obvladovanja so v primeru spora zahtevali nagle odločitve ...«

V tem okolju so uspevale (in propadale) banke. Skozi vrsto okoliščin in spretnosti nekaterih predstavnikov družine Medici je njihova banka rasla, njeno vodenje je leta 1420 prevzel Cosimo Starejši in kot predstavnik Firenc uspel v diplomatskih dogovorih z več mesti, kar je tistemu delu Italije prineslo nekaj let miru, njemu pa vse večji vpliv. Ta je postal še večji po zaroti in obsodbi na izgnanstvo, saj ga je ljudstvo poklicalo nazaj, ko so prepoznali nesposobnost tistih, ki so mesto vodili za njim. Leta 1434 so mu dodelili položaj vodje mesta, obenem pa je (strastno) skrbel tudi za mecenstvo umetniškega ustvarjanja na več področjih (organiziral je tudi tekmovanja med umetniki, zmagovalec je dobil velika naročila).

Po njegovi smrti je vodenje mesta prevzel njegov bolehn sin Piero

Protinasti, ki je po petih letih umrl. Pierov sin Lorenzo je imel tedaj 20 let. Nasledstvo tretjega Medičejca zapored na čelu republike se je meščanom zdelo moteče; bali so se zablod mladega kneza in razmišljali celo o nekom drugem, končno pa so vodenje vendarle zaupali Lorenzu, dovolili so mu tudi vplivati na sistem odločanja v mestni upravi. Morebiti je to spodbodlo Lorenza po eni strani v dejavnosti utrjevanja (osebne) oblasti, po drugi pa k obljubi, da se bo zavzel za brzdanje svoje avtoritete iz spoštovanja do individualnih svobod.

Lang dalje povzema opis Lorenzo-vega delovanja v mestu in Italiji: »Bilo je torej nujno med različnimi interesi različnih vladavin vzpostaviti neke vrste ravnotežja, braniti šibke proti prevladi močnejših in jih vse skupaj združiti v dovolj močno telo, ki je lahko na eni strani kljubovalo silni moči Turkov in po drugi strani odbilo vdore Francozov in Nemcev ... K temu pomembnemu cilju so stremeli vsi Lorenzovi napor...« Obenem je ohranjal podporo umetnikom različnih smeri, nekatere gostil na domu (npr. Michelangela), celo izbiral in ocenjeval izdelke kiparjev, slikarjev

ter arhitektov, podpiral prevajanja grških klasičnih del, zbiral antične umetnine.

Machiavelli je zapisal: »Stranka Medičejcev ni ohranila nobene mere v izvajanju oblasti. Vedla se je tako, da je bilo videti, kot da sta ji Bog in usoda prepustila mesto na milost in nemilost«. Od stare (republiške) oblike vladavine je po desetih letih Lorenzovih sprememb ostala le senca, vendar kot pravi Machiavelli: »Ni gotovo, da je ljudstvo sploh opazilo razliko«.

Ta isti florentinski knez pa je zmožeg glede umetniškega ustvarjanja doseči posebno vzdušje v mestu, drugačno kot v drugih italijanskih državah. To je medičejska ideja: vpeljati konkurenco ali komplementarnost med religijo in kulturo. To je tudi florentinska ideja, saj v Benetkah in v Rimu voditelji zanemarjajo umetnost pri analizi konstitutivne vrednosti omike. Lang trdi, morebiti nekoliko pretirano, da je povsod, razen v (Lorenzovih) Firencah, umetniško navdušenje knezov razumljeno le kot prikaz njihovega prestiža in morebiti kot sredstvo za njihovo propagando, »od česar je (v teh

mestih) ostal sicer nekakšen prijeten in eleganten užitek ..., čas miru, vendar bolj kot prazno, minljivo občutje ... V bistvu so le Florentinci razumeli, da umetnost varuje pred barbarstvom.«

Literatura in spletni viri:

1. Lang J. (2012). Lorenzo Veličastni. Maribor: Hiša knjig, založba KMŠ
2. Germ T. (2011). Italijanska umetnost zgodnje in visoke renesanse: Arhitektura in kiparstvo. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete UL
3. Nardini B. (2007). Leonardo – portret mojstra. Tržič: Učila International
4. Nardini B. (1999). Michelangelo – Biography of a Genius. Prato (Italy): Giunti Editore S.p.A
5. Grošelj M. (2002). Vpliv epidemičnih bolezni na spremembe v gospodarstvu (diplomsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta UL
6. Murray L. (1993). The High Renaissance and Mannerism. London: Thames and Hudson Ltd.
7. http://www.cassiciaco.it/navigazione/scriptorium/testi%20medievali/petrarca/familiares/lettera_X_3.html
8. <https://www.portalplus.si/1632/medicejci/>
9. <https://abagond.wordpress.com/2007/05/10/money-in-leonardos-time/>
10. <https://www.khanacademy.org/humanities/art-history-basics/ah-glossary/v/contr>

Plamenica

Andrej Rant, dr. dent. med., Ljubljana

Zornice, svetle zvezde,
v svitu jutra se blesté ...
To so jasne, jasne misli,
ki iz duše poleté!

Noč, ki temne misli hrani,
v zori dneva izbledi;
plamenica up oznani,
razsvetljuje pot v temí.

Nosi, nosi plamenico
in razsvetli vse ljudi,
brani pravdo in resnico,
laž razgali v temí!

Ali se na študij za duhovnika lahko vpiše ateist?

Prim. mag. Martin Bigec, dr. med., spec. pediater, UKC Maribor

Da sem se lotil tega pisanja, me je spodbudilo pismo, ki ga je napisala kolegica pediatriinja Jasna Čuk Rupnik. Naslovila ga je na kolege, študente medicine, starše otrok, novinarje, vse mlade in ga poslala slovenskim medijem. Ne vem, koliko tega je bilo objavljeno, želel bi si, da v celoti in v vseh aktualnih medijih. In to na naslovnica in v programskih konicah. Vsebina govori o cepljenju ter poziva vse naslovljene, naj se oprejo na razum, zgodovinska dejstva in upoštevajo znanstveno preverjene rezultate. Izziv za pisanje odprtega pisma je bilo spoznanje, da precepljenost prebivalcev Slovenije hitro upada – kljub visoki usposobljenosti kadra, ki ga izvaja, hladni verigi, ki omogoča varnost cepiv, in mreži cepiteljev, kar omogoča dostopnost do cepiv v vsaki slovenski vasi oz. družini.

Še posebej pa mi je dal vetra odstavkov, naslovljen na kolege, tako primarne pediatre kot specialiste ostalih strokov. V njem poziva, naj se vsi zdravstveni delavci, predvsem pa zdravniki, ne glede na svojo ožjo stroko, cepijo.

Kakšni naj bi bili razlogi naših zdravnic in zdravnikov, da opuščajo cepljenje? Poučeni smo bili, da so nekateri tudi izrazito negativno nastrojeni proti cepljenju. Zdravstveni zavodi, kjer so zaposleni, npr. vsako leto ponujajo brezplačno cepljenje proti gripi z namenom, da bi se cepilo čim več zaposlenih. Kolegica Jasna Čuk Rupnik navaja revijo Lancet, kjer je bil pred leti objavljen članek s priporočilom, da naj bi bilo cepljenje proti gripi za vse zaposlene v zdravstvenih zavodih obvezno. Če pa odpremo naslovno stran Centra za nadzor bolezni (<https://www.cdc.gov/flu/healthcareworkers.htm>) in si pod iskanim poglavjem pogledamo vsebino z naslovom: Influenza Vaccination Information for Health Care Workers, vključno s pripadajočimi viri, se lahko zamislimo o pomembnosti in razširjenosti tematike. Še vedno namreč nimam odgovora na vprašanje, zakaj se moje kolegice in kolegi ne cepijo. Zdravniki pri svojem delu prihajamo v stik s pacienti, ki jih želimo zdraviti. Bolniki z različnimi boleznimi, poškodbami, različne starosti, z različno poglobljeno simptomatiko. Sprašujem se, kako internist

nefrolog zdravi svojega bolnika po transplantaciji ledvice, ki je na imunosupresivni terapiji, ob tem pa preboleva gripo. Na eni strani vlaga vse strokovne napore v uspeh svojega zdravljenja z drago tehnologijo, zdravili in postopki, na drugi strani pa se giblje v njegovi bližini kot raznašalec virusov in s tem tudi izzivalec okužbe? Ali je to dvojna morala – na eni strani občutek odgovornosti do zdravljenja z najsodobnejšimi sredstvi, hoditi v službo zaradi pomanjkanja kadra ob skoraj prepovedani bolniški, po drugi strani pa neodgovorno prenašanje okužbe na populacijo, pri kateri bi bila bolezen lahko tudi usodna? Ni podobno tudi pri onkoloških bolnikih na citostatikih in pri starejših bolnikih v domovih upokojencev, kjer je razsoj bolezni lahko hiter in množičen?

Mogoče je primer cepljenja proti gripi skoraj preveč poenostavljen. Sprašujem se, kakšen odnos imajo zdravnice do svojih hčera, katerim naj bi priporočile cepljenje proti humanemu papiloma virusu in jim s tem bistveno zmanjšale možnost, da zbolijo za rakom na materničnem vratu. Ob začetku uvajanje cepljenja so cepiva kupovali predvsem župani za prebivalce svojih občin. To je bila uspešna poteza za pridobivanje glasov, predvsem pa je bil odličen rezultat v številu cepljenih deklet. Isti župani so uspeli skupaj s civilno družbo in strokovnimi organizacijami prepričati poslance državnega zbora, da so sprejeli odločitev o plačilu cepiva, cepljenje pa je ostalo še vedno v presoji staršev. Precepljenost deklet je upadla. Paradoks: sprva je bilo treba cepivo in cepljenje plačati, strokovna združenja so preko medijev izvajala propagandne akcije, precepljenost je počasi naraščala. Pobudo prevzamejo župani (seveda na izrecno željo staršev – volivcev) in precepljenost doživi svoj vrh (ne takšen, kot bi si želeli, pa vendar). Cepivo in cepljenje postaneta brezplačna, medijska kampa nja upade, precepljenost začne strmo upadati. Torej še zdaleč ni razlog finančni strošek, pač pa zavedanje o koristnosti in pomenu cepljenja.

Pa tudi ozaveščenost ni čisto dovolj. Potrebno je še nekaj več, nekaj, kar nas v to vleče, tudi rahlo proti naši volji, pa se ne zmoremo dovolj upreti.

Npr. v generaciji naših dedkov in babic je bil to sveti strah pred nalezljivimi boleznimi. Ni hujšega, kot da so dneve, včasih tedne mukoma opazovali svoje otroke, ki so umirali za oslovskim kašljem ali davico, kaj šele strahote, ki so jih prinašale črne koze in otroška paraliza. Tudi ko teh bolezni ni bilo več, jih je strah, ki so ga imeli v kosteh, spodbujal, da so kilometre daleč nosili otroke na cepljenje. Nehote so to prenašali tudi na svoje odrasle otroke, da so cepili njihove vnuke. Čas je povzročil spominski odmik, pozabljanje, vnuki so zdravi. Njihovi starši niso imeli tega spomina – strahu v kosteh in so postopoma prevzeli drugačno razmišljanje o pomenu in namenu cepljenja. Izkušnja, kot so jo imeli njihovi dedki in babice, jim ni bila dana. O boleznih vedo le toliko, da so, vsaj po imenu. Glede na način današnjega življenja so tudi vrednote, kot je skrb za lastno zdravje, preprečevanje bolezni, zgodnji pregledi, bolj ali manj prepuščene ali prenesene na zdravstvene delavce kot na neke servisne storitve: moderna znanost mi mora pomagati, če zbolim, in to hitro, saj me moja služba potrebuje! Sam se nimam

časa ukvarjati s tem. Sicer pa plačujem zdravstveni davek in sem do vsega tega upravičen! Še bolj izpostavljen je problem pri otrocih. Ti so odvisni od starševske prosvetljenosti (ali neprosvetljenosti) in si sami ne morejo pomagati. Če pri starših prevladajo prepričanja o nepotrebnosti oz. škodljivosti cepljenja, so otroci njihova žrtev. V preteklosti je družba s številnimi mehanizmi poskušala zaščititi otroke pred samovoljo staršev. Tudi z zakonom o obveznem cepljenju oz. preprečevanju širjenja nalezljivih bolezni. Danes je dopustno, da v imenu osebne svobode starši zavestno kršijo zakon in kljub jasnim določilom otrok ne cepijo. Ali bi bilo dopustno kršiti zakon o prekrških ali varovanju lastnine v imenu osebne svobode? V isti družbi, z uveljavljenim sistemom nadzora in kaznovanja?

Kolegice in kolegi pediatri na primarni ravni so se organizirali v virtualno Združenje – Primarci preko elektronskih medijev. Ustvarili so skupni poštni portal (ki bo slej kot prej prerastel v spletno stran ali »obrazno knjigo«), preko katerega se hitro in učinkovito obveščajo. Izvolili so tudi svoje predstavnike za komuniciranje s strokovnimi institucijami, NIJZ in MZ. Dovolj jim je, da so nenadoma ostali sami v prvi bojni črti z odklonitelji cepljenja. Koliko ur prepričevanja in utemeljevanja je že šlo v nič! Kolegica pediatrija je predlagala ugovor vesti do staršev, ki odklanjajo cepljenje. Uradne institucije, predvsem pa MZ je v odnosu do problema podobno dečku, ki posluša modrovanje svojega očeta, medtem pa riše s palcem po pesku. Med starši narašča neka podskupina upornikov proti cepljenju na osnovi lastnih prepričanj o njegovi škodljivosti in zlonamernosti. Kot neke oblike diet oz. posebnosti v prehranjevanju (veganstvo, vegetarianstvo itd.) ali vzgoji in izobraževanju (permisivna vzgoja, waldorfski vrtec in šola itd.), v oblačenju, filozofskih nazorih (predvsem vzhodnjaških izvorov), so postale sestavni del tega tudi odklonitve cepljenja, kot neki modni trend. Če nisi takšen, nisi IN. Odklonitelji cepljenja

so praviloma iz višjih izobrazbenih in ekonomskih struktur in zato ni presemetljivo, da je največji delež necepljenih otrok prav iz Ljubljane in okolice.

In zdravnice in zdravniki, kolegice in kolegi? Strah v kosteh, kot so ga poznale naše babice in dedki, naj bi nadomestila vedno globlje vedenje in znanost o cepljenju. Kaj je Jenner konec 16. stoletja vedel o imunologiji, mikrobiologiji, farmakologiji itd.? Samo predstavljal si je lahko, da je »nekaj v zraku in potem pride v telo, ki zboli«. Vendar, da je to nekaj materialnega, in ne spiritualnega ali celo božja kazen, je bilo dovolj, da se je splačalo raziskovati s pomočjo znanstvenih metod. Se danes ne vračamo nazaj v tisti čas s pomočjo prepričanj? Prepričanj, da je to škodljivo, nevarno ali, najbolj milo rečeno, nepotrebno? Kje so študentska leta, ko smo žulili mikrobiologijo, farmakologijo, imunologijo, infekcijske bolezni, higieno, javno zdravje? Iz vsega smo delali izpite in za vsak predmet smo prisegali, da je vrhunec znanja, ki smo ga osvojili. Kam je to šlo, po nekaj letih prakse, da se sedaj sprašujemo, ali je cepljenje potrebno ali ne? Ali bom svoji hčerki svetovala in jo prepričevala, naj se cepi proti HPV? In ji celo stala ob strani ob cepljenju, ji zmanjševala strahove in predsodke ter se skupaj z njo veselila, da je tudi to za nami, kot skupni dosežek v naši družini? Plačilo, da se nam deklica zahvali: »Hvala mami, da si mi bila v pomoč, sama bi precej oklevala...« ni dovolj? In mirna vest, tudi če se, bog ne daj, zgodi bolezen: mi smo opravili cepljenje, vendar se kljub temu lahko zgodi ..., ampak s 30-odstotno verjetnostjo lahko upamo, da se ne bo. V kolikor bi se zgodila bolezen, otroka pa zavestno ne bi peljali na cepljenje, kakšen bo potem naš obraz v ogledalu? In vest? In pogled v otrokove oči: veš, jaz sem tvoja mama, lahko bi te zaščitila pred tem, pa te nisem, pač sem bila prepričana ...

Hic Rhodus, hic salta! Slovenske zdravnice in zdravniki, bodimo tisto nekaj več pri odločitvi za cepljenje: odločni in trdno prepričani v svoje početje – vzgled svojim pacientom!



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 XXth dynasty shows her as a symbolic picture. This image and her name were chosen to be the title of the journal of the Medical Chamber of Slovenia, the goal of which is to unite and link together doctors in their efforts towards the welfare of all people, the drops of blood from the goddess Isis.

The President of the Medical Chamber

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

Mojca 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.

