


IS IS

**Glasilo Zdravniške
zbornice Slovenije**

November 2017

Številka 11



**Prof. dr. Črt Marinček in prof. dr. Helena Burger, Univerzitetni
rehabilitacijski inštitut RS – Soča:** "Rehabilitacijska medicina je
usmerjena v preprečevanje invalidnosti. Dviguje raven
funkcioniranja človeka in z vzdrževanjem ter podporo omogoča
optimalno kakovost življenja. "

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.



Utopija

Kdaj smo zadnjič pošteno razmislili o sebi, o svetu okoli nas, o razliki med samopodobo in podobo, ki jo imajo drugi o nas? O krivicah, ki se nam dogajajo, in o krivicah, ki jih sami povzročamo drugim. O brezbriznosti v nas in za nas. O pripadnosti, kolegialnosti, o tem, kar je prav in kar je narobe?

Mislím, da obstaja prav v tem vprašanju, torej kaj je prav in kaj narobe, tista minimalna točka strinjanja, okoli katere se moramo zbrati. Vsi! Vsi, ki smo prisegli Hipokratu! Mi, ki smo v 43. plačnem razredu, in mi, ki smo v 57. plačnem razredu. Mi, ki smo s. p., in mi, ki delamo za d. o. o. Mi, ki smo »podjemci«, in mi upokojenci. Mi, ki imamo radi Zdenko, in mi, ki je ne maramo.

Kaj je prav?

V demokraciji je prav tisto, o čemer je večina prepričana, da je prav. Je prav, da se uveljavi novela zakona, ki dokazano znižuje standarde našim bolnikom? V tem besedilu se ne bom spraševal o posledicah za nas zdravnike. O tem naj se vsak od nas opredeli sam! Vsi smo odgovorni predvsem bolnikom in šele v drugi vrsti svojemu statusu. Imamo kakšno besedo, ko odločajo, kaj bo z našimi bolniki? Smo zmožni požreti

prav vse, da lahko naše fiziološko bitje uspeva iz dneva v dan? Stopiti na ramena drugega, da čez noč držimo nosnice nad vodo?

Kaj je narobe?

Dopustili smo, da kot edini nosilec zdravstvene dejavnosti, v naši lepi domovini celo kazensko odgovoren za napako, nismo za nikogar več relevanten sogovornik. O ključnih vprašanjih se ne znamo pogovoriti za štirimi stenami, se tudi spreti, na koncu pa – kakor v Vatikanu – iz dimnika le bel dim in enotno stališče stroke!

Dopuščamo, da o naših bolnikih odločajo imaginarne interesne skupnosti, kot so razna združenja javnih zdravstvenih zavodov. Dopuščamo, da zakonodajalci eksperimentirajo z zdravstvenim sistemom povsem enako, kot so eksperimentirali 45 let z našim političnim sistemom. Eksperimenti gredo v smer šale o Kardelju, ki jo vsi poznamo:

Kmet pride do Kardelja in mu reče: »Krava je zbolela, pomagaj mi!«

Kardelj suvereno na listek napiše zdravila in reče: »To ji daj, že jutri bo spet zdrava!«

Kmet odide, naredi vse, kar mu je naročil, in se drugi dan vrne: »Žal mi je, ampak krava je še slabša!«

Kardelj se za hip zamisli, nato pa vzame pero in popiše dva lista: »To ji daj, to ji bo nedvomno pomagalo!«

Enaka zgodba se ponovi še nekajkrat in ko sedmi dan Kardelj sreča kneta v gostilni, takoj povpraša: »Kako kaj krava?« Kmet ga pogleda in žalostno odvrne: »Zjutraj je poginila!«

Kardelj se prime za glavo in reče: »Kakšna škoda! Jaz pa sem imel še toliko idej!«

Zakaj krave ni zdravil veterinar? Zakaj zdravstveno zakonodajo pišejo ljudje, ki imajo še kopico »idej«? Zakaj smo zdravniki izločeni iz priprave zakonodaje na področju, ki ga najbolj poznamo?

Je mar sramota, če se odpelješ 80 kilometrov severno od Ljubljane in prepíšeš kak zakon? Ali ni po 27 letih že zadosti obljub bolnikom? Najlažje je deklarativno trditi, da si za javno zdravstvo, pomešati vse pojme, ljudem obljubljeni raj na zemlji, čez nekaj let, ko se sistem popolnoma sesuje, pa to ni več tvoj problem!

Ali si naši bolniki ne zaslužijo zdravstvenega sistema, v katerem bi sami izbirali, kje se bodo zdravili? Sistema, v katerem bi imeli možnost, da celo doživijo začetek svojega zdravljenja? Sistema brez ločevanja na javne zavode in one druge, no, kako se jim že reče? One privatnike. One družbene zajedavce in pijavke, ki črpajo javni denar.

Mogoče vas zavajam! Zavajam zaradi svojega prepričanja, da smo z enakim finančnim vložkom sposobni postaviti bistveno boljši in pravičnejši zdravstveni sistem. Boljše pogoje za nas – potencialne bolnike, in za nas – izvajalce zdravstvenih storitev.



»Kdor želi zavajati, bo vedno našel zadosti tistih, ki si dovolijo, da so zavajani.«

Niccolo Machiavelli

Mogoče vas, nenamerno, zavajam, ker mi bo zakon osebno škodil. Mogoče bi vas moral zavajati s tem, kako bo zakon škodil vam. Kdo ve?

Mogoče pa vas ne zavajam. Mogoče si bo kdo vzel čas, razmislil, kako globoko smo padli, in se vprašal, kaj lahko naredi, da bo bolje. Poklical kolega, ga povabil v naš Domus in se

začel pogovarjati, kaj je absolutno prav in kaj absolutno narobe z našim zdravstvom.

Zaključil bom suhoparno in vam naštel dejstva o

škodljivosti predlagane spremembe našega zdravstvenega sistema.

- Zakon onemogoča bolnikom prosto izbiro zdravnika,
- podaljšuje čakalne dobe,
- povečuje koruptivna tveganja,
- je protiušten, saj favorizira politično kontrolirane izvajalce,
- omejuje delo mladih zdravnikov

specialistov, kar jih bo preganjalo v tujino,

- po zakonu bodo zavarovanci popolnoma brez vpliva in vpogleda v slabo uporabo svojega denarja v zdravstvenem sistemu,
- sprejetje zakona bo osramotilo Slovenijo na mednarodni ravni, ker je v nasprotju z zakonodajo EU.

Dr. Matevž Gorenšek, dr. med.
Predsednik odbora za zasebno dejavnost



DOMUS
MEDICA



Klubski knjižno-literarni večer

Igrivo življenje

V novembru začnemo s Klubskimi knjižno-literarnimi večeri. **Na prvega vas vabimo 14. novembra ob 18. uri v knjižnico Domus Medica,** Dunajska c. 162, Ljubljana.

Zdravnica Alenka Höfferle Felc se bo pogovarjala z avtorico knjige **Igrivo življenje, zdravnico Milado Pavlovič.**

Skozi iskri pogovor obeh izkušenih zdravnic bomo z junakinjo romana Tino potovali po knjigi, ki odstira polje vsiljene identitete pokorne, plahe, ponižne žene, ki pa ji sla po življenju vendarle pomaga, da se upre zahtevam po podrejenosti in premaga strah pred samostjo. Novo doživetje radosti ji pomaga k novi istovetnosti.

V spremni besedi avtorica pojasnjuje psihološke posebnosti junakinje, vpete v preteklost in sedanost. Avtorica mag. Milada Pavlovič je zdravnica, specialistka psihiatrije in sodna izvedenka iz psihiatrije. Doslej je napisala vrsto besedil, ki sodijo v strokovno literaturo z njenega področja.

Svojo udeležbo nam, prosimo, sporočite na marija.cimperman@zss-msc.si ali po telefonu na 01 30 72 155, za kar se vam že vnaprej zahvaljujemo.

Vabljeni na igrivo iskri pogovor o knjigi in modrostih življenja, ki jih odstira!



Uvodnik

- 3** Utopija
Matevž Gorenšek

K naslovnici revije

- 8** Prof. dr. Črt Marinček in prof.
dr. Helena Burger
Alojz Ihan

Zbornica

- 14** Poglavitni izsledki anket
specializantov in mentorjev
*Gregor Prosen,
Uroš Ažman*
- 20** Generične veščine
v medicini
- 21** Slovesna podelitev licenčnih
listin
- 22** Iz dela
zbornice
- 26** Pregled nekaterih ključnih
novosti v noveli Zakona o
zdravstveni dejavnosti in
njihovega vpliva na delo
zaposlenih in zasebnih
zdravnikov
Peter Renčel

Aktualno

- 30** Zdravnik kot bolnik – rezultati
raziskovalne naloge
Daša Bosilj, Kaja Cankar
- 32** O privilegijih zdravniškega
poklica
*Matjaž Zwitter,
Ksenija Tušek Bunc*
- 32** Zdravstvena problematika
alkohola v Sloveniji
Barbara Lovrečič
- 37** Zakaj proizvajalec v Sloveniji
ne more postati dobavitelj?
Krištof Zevnik

Personaliala

- 40** Opravljeni specialistični
izpiti

Iz Evrope

- 42** Prof. dr. Ingomar Mutz:
Koliko je upravičen strah pred
cepljenji, neželenimi učinki
cepljenj ter okvarami zaradi
cepljenj?
- 44** Zavarovanje zdravniške
odgovornosti: odgovoren
je zavarovalniški zastopnik

Zdravstvo

- 46** Klinična
obravnavna krhkosti
*Gregor Veninšek,
Branko Gabrovec*
- 47** Novosti na področju
preprečevanja stekline pri
ljudeh v Sloveniji
Marta Košir

Mladi zdravniki

- 50** Vloga mentorjev
v specializaciji
Tina Bregant

Forum

- 53** Ali zdravnike še zavezuje
Hipokratova prisega?
Marjan Fortuna

- 54** Zmožnosti, vrline in spretnosti
Nina Mazi

- 57** Zdravstvo potrebuje muzej
Andrej Rant

Intervju

- 58** Prof. dr. Jana Furlan –
zdravnica presežnega duha in
humanističnih vrednot
*Zvonka Zupanič Slavec,
Duša Fischinger*

Medicina

- 63** Gostovanje na Univerzitetni
ortopedski kliniki v Helsinkih
Samo K. Fokter

Poročila s strokovnih srečanj

- 68** 36. kongres Evropskega
združenja za področje očesne
plastične in rekonstruktivne
kirurgije
Janez Bregar
- 69** 1. Mariborska učna delavnica
naprednih laparoskopskih
posegov v ginekologiji
*Andrej Cokan, Maja Pakiž,
Iztok Takač*
- 70** Novi terapije medicinske
hipnoze
Jasna Čuk Rupnik
- 71** Evropski kongres pediatrične
nefrologije bo leta 2020 v
Ljubljani
Tanja Kersnik Levart

Strokovna srečanja

- 72** Zbornična izobraževanja za
zdravnike in zobozdravnike
- 73** Strokovna
srečanja
- 81** Mali
oglosi

V spomin

- 83** Ob slovesu od zdravnika
Jožeta Debeljaka
Majda Debeljak

S knjižne police

- 84** Maylis de Kerangal:
Pokrpajmo žive
Katja Cingerle

Zanimivo

- 86** Lok človeškega življenja
Jurij Kurillo

Zdravniki v prostem času

- 87** Priklon življenju
Lucija Beškovič

87 Srečanje zdravstvenih delavcev
in poglobitev poklicne
identitete v luči krščanstva

Janez Dolinar

89 Moj Everest

Tomaž Rotar

94 Ni res, da Toni Nadal nikoli ne
pokaže zob!

Sanja Lucija Pečnik

95 Bioofenziva stroja – dejstvo ali
moja paranoja?

Zdravko Marič

97 Au«-foristična tinktura

Janez Tomažič

Zavodnik

98 Otroci spijo

Alojz Ihan

Kolofon

Leto XXVI, št. 11, 1. november 2017

Natisnjeno 10.220 izvodov

Datum tiska: dan pred izidom

UDK 61(497.12) (060.55)

UDK 06.055:61(497.12)

ISSN 1318-0193 CODEN: ISISF9

IZDAJATELJ IN ZALOŽNIK

Zdravniška zbornica Slovenije

Dunajska cesta 162, p. p. 439

1001 Ljubljana

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

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

E: gp.zzs@zss-mcs.si

Transakcijski račun: 02014-0014268276

PRESEDNIK

Dr. Zdenka Čebašek - Travnik, dr. med.

UREDNIŠTVO

Slavka Sterle, Marija Cimperman

Dunajska cesta 162, p. p. 439

1001 Ljubljana

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

Isis online: ISSN 1581-1611

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

E: isis@zss-mcs.si

ODGOVORNI IN GLAVNI UREDNIK

Prof. dr. Alojz Ihan, dr. med.

E: alozj.ihana@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. Poštnina je plačana pri pošti 1102 Ljubljana.

Prof. dr. Črt Marinček in prof. dr. Helena Burger

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

V reviji Isis je letošnja rdeča nit naslovnice »kiborg – umetni človek«, ki simbolizira tehnologije nadomeščanja človekovih okvarjenih tkiv in organov. Posamezne medicinske stroke imajo za marsikatero »svojo« patologijo že danes v roki nadomestke, ki za časa mojega študija niso bili še niti v znanstveni fantastiki – od matičnih celic do genskih terapij in umetnega srca. Seveda pa ob kiborških temah ni mogoče iti mimo rehabilitacijske medicine. Ta se že primarno ukvarja s tehnologijo za pomoč ljudem, ki zaradi telesnih, zlasti gibalnih okvar težko funkcionirajo in zadovoljivo živijo. A če je bila v času moje medicinske mladosti rehabilitacijska medicina povezana predvsem s protezami rok in nog ter invalidskimi vozički, je danes to najbrž precej drugače.

Prof. dr. Črt Marinček (ČM): Rehabilitacijska medicina je usmerjena v preprečevanje invalidnosti. Dviguje raven funkcioniranja človeka in z vzdrževanjem ter podporo omogoča optimalno kakovost življenja. Zmanjšane zmožnosti, tudi v starosti, skušamo nadomestiti s tehničnimi pripomočki oz. podporno tehnologijo. Timski pristop mora biti interdisciplinaren, z aktivno izmenjavo idej in informacij.

Rehabilitacijska medicina sodi med relativno mlade zdravstvene specialnosti. Svoje korenine je pognala v obdobju po prvi, svojo rast v okvirih sodobne medicine pa nadaljuje po drugi svetovni vojni. V sodobnem svetu, ki se od takrat manj sooča s posledicami vojn in drugih katastrofnih stanj, ji narekujejo razvoj predvsem demografske spremembe v Evropi in Severni Ameriki.



O rehabilitaciji ne govorimo več (samo) kot o pravici iz naslova zdravstvenega oz. invalidskega zavarovanja, saj vedno bolj stopa v ospredje njen pomen za kakovost življenja za ljudi z najrazličnejšimi posledicami poškodb in bolezni. Pri tem nas ne zanima samo, kako dodati leta življenju, ampak tudi življenje letom, torej obdržati sposobnosti za čim bolj samostojno življenje tudi v visoki starosti.

Zgodovinska osnova rehabilitacijske medicine je pomoč pri gibalni oviranosti ljudi. Torej od bergel in lesenih protez do pravih »terminatorskih« mioelektričnih robotskih in bioničnih udov. Kako je šel razvoj in kje smo glede tega pri nas?

ČM: Takšne ali drugačne bergle so verjetno tako stare kot človeška hoja, statično in dinamično urejene lesene proteze pa so pri nas začeli izdelovati po prvi svetovni vojni, torej pred skoraj 100 leti. Prej so bile iz usnja z jeklenimi ojačitvami, danes pa izključno iz plastike in lahkih kovin. Pri odvzemu mer se uporablja tudi laserski žarek, podatke se vnaša neposredno v ustrezne računalniške programe, sledi oblikovanje in izdelava individualnega ležišča za protezo zgornjega ali spodnjega uda. Vsi ostali sestavni deli protez (umetni sklepi, stopala, roke) so serijsko izdelani pri maloštevilnih svetovnih proizvajalcih.

Kako v praksi poteka obravnavanje človeka, ki je npr. v nesreči ostal brez roke ali noge? Pred kratkim sem bral intervju mladega športnika, ki je ostal brez roke in potožil, da mu v praksi pripada le slabo uporaben estetski nadomestek, ki ga niti ne nosi. Za tehnični nadomestek oz. »robotsko roko«, ki bi stala nad 50.000 evrov doplačila, pa nima denarja.

ČM: V moji klinični praksi, pred več desetletji, so bila s takratnimi

mioelektričnimi protezami za roke povezana velika pričakovanja in še večja razočaranja. Spomnim se primera dekleta iz Makedonije, ki je kljub obojestranski podlaketni amputaciji iz zgodnjega otroštva končala osnovno šolo in gimnazijo, za študij na univerzi v Skopju pa so ji odobrili nabavo dveh mioelektričnih protez pri nas. Kot pri vseh ostalih, smo najprej testirali njene psihične in funkcionalne sposobnosti (samostojnost pri oblačenju, kuhanju, pisanju in ostalih aktivnostih vsakodnevnega življenja) in takoj ugotovili, da je praktično popolnoma samostojna in da jo bodo proteze pri študiju in delu bolj ovirale, kot pa ji koristile. Kljub temu smo ji na njeno izrecno željo namestili proteze in jo naučili upravljanja. Razočarana je odšla, s seboj pa je vzela par lahkih estetskih protez za vsakdanjo nošnjo, saj je bilo zanjo najbolj moteče opazovanje njene telesne okvare s strani okolice.

Prof. dr. Helena Burger

(HB): Ta zgodba lepo ilustrira, da mora biti rehabilitacijska obravnavanje zelo individualno premišljena in izpeljana. Pri protezah ne gre za vprašanje čim večje tehnološke naprednosti, ampak za to, kaj pacient potrebuje in kako lahko tisto upravlja. Zadnje študije kažejo, da je ravno elektronske proteze, ki imajo veliko funkcij, pri višjih amputacijah zelo težko upravljati. Že blage težave pacienta na področju pozornosti ali učenja onemogočijo uporabo vseh funkcij, ki jih nadomestek ponuja. Proteza, ki jo človek ne obvlada, postane novo breme, stres in to ni smiselno. Pri krmiljenju roke je npr. glavni problem ta, da elektronske proteze nimajo zaznavanja. Čeprav je na spletu videti, da je to ne vem kakšna robotska in bionična roka, je to še daleč od naše roke.

Kaj pa so impulzi in mehanizmi, ki krmilijo takšno roko?

HB: Roke so električne, opremljene s servomotorji, krmiljene so pa lahko na več načinov. Najbolj osnovni način so EMG-signali iz naših mišic,

kar zadošča za omejeno število funkcij roke, npr. za pincetni prijem. Če pa želimo sprogramirati veliko različnih funkcij roke, pa to ni dovolj.

To pomeni, da se mora človek naučiti s svojimi mišicami preigravati ustrezne vzorce za posamezne funkcije?

HB: Navadno uporabljamo samo dve površinski elektrodi, to je tisto klasično, kar lahko uporabimo za nekaj vrst gibov električne roke. Možno pa je tudi obsežnejše prepoznavanje vzorcev. To pomeni, da na krn namestimo mrežo malih elektrod, ki se ob določenem gibu aktivirajo v značilen vzorec za izvedbo določene funkcije roke. To je v okoli 95 odstotkih zanesljivo, v 5 odstotkih pa se lahko zgodi drugačen gib, kot ga želite.

Gibi pri krnu pa so pravzaprav podobni, kot bi bili pri fiziološkem gibu, samo da ni roke?

HB: Ja, v bistvu je to nadaljevanje fiziološkega giba. Če želite narediti npr. ekstenzijo komolca, poskušate narediti vse enako, kot bi imeli komolec, in vzorec, ki aktivira elektrode, povzroči električno ekstenzijo komolca.

O kakšni višini amputacije govoriva tu?

HB: O transhumeralni. Če je amputacija višja, recimo eksartikulacija v ramenu, je potreben dodaten poseg, predvsem denervacija pektoralne mišice, na katero se nato pritrdi preostale živce brahialnega plečja. Nato pacient s pektoralno mišico, na katero so nameščene krmilne elektrode, oblikuje vzorce za krmiljenje električne roke.

Možgani se torej naučijo, da z motorično akcijo pošiljajo impulze, kot bi človek imel roko, medtem ko povratno informacijo o gibu dobi človek zgolj z vidom.

HB: Ja, in ravno to je največja pomanjkljivost, namreč odsotnost

senzori in propriocepcije pri krmljenju roke močno otežuje njeno uporabo. Take proteze se je zelo težko naučiti uporabljati, sploh če imajo proteze vseh pet funkcionalnih prstov (tj. »bionične roke«). Zato bioničnih rok, ki smo jih dali pacientom, le-ti nekako niso osvojili oz. so vsi šli nazaj na navadno električno protezo, ki ima gibljive samo tri prste in so jo znali že dobro uporabljati. Bionična roka jim je preprosto pomenila preveč novega učenja brez kakega bistvenega napredka v tistem, kar so od roke potrebovali. Električna proteza npr. povsem zadošča za neko pisarniško delo, ne smemo pa z njo v vodo, paziti moramo na umazanijo, prah, ni primerna za športne aktivnosti, ker lahko močnejši udarec uniči motor. Sploh za šport, kjer je ugodno, da je proteza lahka in čim manj ovira gibanje, je zgolj estetska proteza boljša kot mnogo težja električna ali bionična. Idealne proteze, vsaj pri rokah, torej ni. Idealno bi bilo, da bi imeli ljudje za različne aktivnosti dve ali več različnih protez.

Kaj pa plača ZZZS?

HB: ZZZS plača estetske in funkcionalne mehanske proteze, ki kljub nenaravnemu videzu pogosto sploh niso napačne. Pred kratkim smo terapevti na sebi delali študijo s simulatorjem za uporabo mehanske in električne proteze in se nas je večina odločila, da bi raje uporabljali mehansko kot električno protezo. Na koncu je uporabniška izkušnja tista, ki šteje.

Za nadaljnji preboj torej manjkajo senzori na prstih in celih rokah, ki bi dali povratno informacijo mišici, s katero krmlimo roko?

HB: V bistvu sta dve težavi. Ena so senzori in ob tem je dejstvo, da naravno zaznavamo s celo roko, ne le z dotikom prstov. Zato je pri »umetni roki« vprašanje, katere so bistvene informacije, ki naj jih dobimo s senzori: je to dotik površine ali moč stiska ali je pomembna temperatura

ali tresenje? V praksi je seveda nemo-goče, da bi zaznavali vse, kar zaznavamo z našo roko. Druga težava je, v kakšni obliki dati povratno informacijo mišicam krna. Ugotovili so, da je najboljša oblika vibracija na krn. Zato je potrebno na krnu narediti še eno dodatno operacijo, da se poišče senzorne veje živcev in jih potem reinervira v določene dele kože. Na ta način lahko človek natančno čuti, iz katerega dela umetne roke prihaja signal. Se je pa tega spet težko naučiti, da deluje.

Razumem, ampak že opisana plastičnost možganov, da se lahko preprogramirajo na novo obliko senzori, je občudovanja vredna.

HB: Ugotovili so, da če identificirate senzorične živce in jih reinervirate v kožo krna, lahko človek pravilno zaznava jagodice določenih prstov. Potem se možgani naučijo uporabljati te zaznave kot povratne občutke za gibanje umetne roke. Vendar je to zaenkrat za pacienta, tudi v najboljši možni izvedbi, še izjemno naporno in zahteva ogromno učenja, truda, koncentracije. Zato že zdaj v svetu obstajata dva pola: zagovorniki mehaničnih in zagovorniki električnih protez. Zagovorniki mehaničnih menijo, da mehanika težje zataji od elektrike, po drugi strani pa je pri mehaničnih protezah vir energije lastno telo, ki se iz proteze nauči podzavestno dobivati povratne informacije o njenem funkcioniranju in položaju in mehanična proteza sčasoma postane zelo vključena v telesne zaznave. Po drugi strani pa delovanje električnih udov prek različnih servomehanizmov ves čas ostaja tuje, nepredvidljivo in zahteva nenehno koncentracijo.

Najbrž je to podobno kot pri športu, ko teniški lopar ali pa kar cel kajak s treningom postaneta podaljška telesa, ki ju človek nazadnje povsem podzavestno upravlja in občuti. Če bi imel teniški



Bionična roka pri delu.

loparski servomotorje in bi ga tekmovalci moral stalno opazovati in racionalno kontrolirati, ne bi bilo nič od njegovega tenisa.

HB: Seveda, pomembno je narediti protezo, ki čim bolj učinkovito opravi svojo funkcijo in ne zahteva nenehne pozornosti.

Mislím si, da je s krmljenjem noge nekoliko lažje, saj so zahtevani gibi za hojo manj raznoliki, kot je gibanje rok?

HB: Pri mikroprocesorskih kolenih so senzori, ki zaznavajo določeno gibanje in na podlagi tega predvidevajo in sami naredijo ustrezno gibanje. Je pa pri ocenah učinkovitosti tako, da študije, ki jih delajo ali sponzorirajo proizvajalci, jasno pokažejo, da so elektronske proteze boljše, v klinični praksi pa je temu težko enoznačno pritrditi. Iz izkušenj vem, da so pacienti, ki si kupijo mikroprocesorsko koleno, zelo zadovoljni in ga uporabljajo, vendar potem ne znajo več uporabljati kolena, s katerim so prej hodili. Tukaj se potem poraja vprašanje, ali s tem dejansko ne delamo še hujšega invalida, ki bo do smrti vezan na visoko tehnologijo.

V katerih primerih pa se je sploh smiselno odločiti za robotske noge?

HB: Vsekakor pri obojestranskih amputacijah nog. Pri enostranskih pa je vprašanje, zagotovo ni kontraindicirano. Tukaj mora tudi plačnik pove-

dati, ali smo tako bogata družba, da lahko to dajemo vsem.

Cilji rehabilitacije se po eni strani zelo razlikujejo glede na naravo zmanjšanih zmognosti (vrsta bolezni ali poškodbe), starost pacienta ter njegovo delovno in psihosocialno stanje in okolje. Kako se jih postavi pri vsakem konkretnem bolniku in kje so naši rehabilitacijski standardi in izidi glede na sosednje zdravstvene sisteme? Pri katerih skupinah bolnikov in/ali okvar smo zgledni, kje pa bi morali postoriti bistveno več?

ČM: Program rehabilitacije mora biti optimalno prilagojen pacientovim zmognostim in potrebam. Usmerjenost v domače okolje je nujna, pri rehabilitaciji na domu pa v Sloveniji pogrnemo na celi črti. Čeprav so še v bivši Jugoslaviji zdravstveni domovi imeli fizioterapevtke za »teren«, sedaj kakršnekoli oblike rehabilitacije na domu ne najdemo med pravicami iz naslova zdravstvenega, kaj šele socialnega varstva. Glede tega smo v Evropi pravi unikum.

URI – Soča ima spoštovanja vredno tradicijo rehabilitacijskega zdravljenja po vojnih poškodbah. To se je verjetno začelo zaradi neuvrščene zunanje politike bivše države in nadaljevalo ob grozljivi vojni v našem sosedstvu. Kako pomembna je ta dejavnost danes?

ČM: Začetki medvojne ortopedske tehnike v Ljubljani segajo v čas soške fronte, že leta 1919, kmalu bo 100 let (!), pa so bile na mestu sedanje Filozofske fakultete ustanovljene prve delavnice za proteze. Moja prva daljša misija je bila v povojni Vietnam leta 1977. Ko se je vojna morija selila iz Daljnega na Bližnji vzhod, sem si le v nočnih morah predstavljal kaj podobnega v naši bližini. S pomočjo OZN in jugoslovanske vlade ustanovljene Službe za mednarodno tehnično

pomoč in rehabilitacijo, s sedežem v naši ustanovi, smo od leta 1981 do 1991 rehabilitirali več sto težko poškodovanih iz takratnih vojn v Afriki in na Bližnjem vzhodu. Predvsem pa smo naše znanje in izkušnje prenašali na bodoče rehabilitacijske strokovnjake iz teh držav, zdravnike, fizioterapevte, delovne terapevte ter protetike in ortotike, skupaj iz več kot 50 držav. Po letu 1991 je dejavnost pomoči žrtvam vojne (in min) postala še intenzivnejša, usmerjena v celotno Bosno, Kosovo, pa tudi v Albanijo, Libijo in sedaj Gazo...

Staranje zmanjšuje zmognost številnih človekovih funkcij in neredko lahko pri krhkem starostniku razmeroma majhna okvara ene funkcije sproži usodni plaz nadaljnjih telesnih okvar in bolezni. Že preprosto ozdravljiva bolečina v stopalu ali kolku, ki jo starostnik ne sanira, kmalu privede do nemobilnosti in posledične mišične oslabelosti, ki ji hitro sledijo tudi usodne internistične bolezni. Ker se vsi ljudje staramo, je tu ogromno dela za medicino, ki bi pri starostnikih pravočasno zaznala in sanirala male težave, da ne bi iz njih nastale usodne bolezni. Je rehabilitacijska medicina pripravljena na te izzive?

ČM: Všeč mi je beseda »pravočasno«, ki glede na čakalne dobe pri nas postaja čista utopija. Zgodnja rehabilitacija je strokovno-organizacijski pristop, ki je v Sloveniji poznan, uveljavljen v večjih bolnišnicah, vendar širšemu krogu starajoče se populacije, npr. v osnovnem zdravstvu (skoraj) nedostopen.

Kako lahko današnja in jutrišnja tehnologija prispeva h kakovosti življenja starejše populacije? Katere tehnologije bodo ob najmanjšem vložku najbolj pomagale največ starostnikom?

ČM: Ne bom komentiral svojih občutkov, ko sem pred dobrim mesecem dni v enem od ljubljanskih Hoferjev zagledal ponudbo bergel in invalidskih vozičkov. Uporaba domačih robotov, uporaba navidezne resničnosti in interneta, storitve prilagojene mobilne telefonije in telemedicine kot pomoč za večjo samostojnost in boljšo kakovost življenja morajo postati del prevladujoče tehnologije (*mainstream technology*) in s tem cenovno dostopne za vse, ki to potrebujejo. Podporno tehnologijo potrebujejo tudi svojci in seveda negovalno osebje, sicer je »izgorevanje« neizogibno. Poglejmo razvoj osebnih avtomobilov in tehnoloških rešitev, ki rešujejo tudi probleme starejših. Poglejmo industrijo igrač in igral, kaj vse po dostopnih cenah ponuja otrokom in mladostnikom. Vendar nam starejšim sredstva javnega obveščanja v oglasih agresivno ponujajo predvsem čudežna prehranska nadomestila in zvarke za ... večno mladost.

Kako bi bilo najbolje načrtovati življenje starostnikov? Graditi zanje posebne »varovane« soseske s prilagojenim prometom, pripomočki, gibalnimi in rekreativnimi površinami in celo s prilagojenimi elektronskimi napravami? Torej starostniška naselja, podobna tistim na Floridi? Ali prilagajati celotna »normalna« mesta in naselja za ugodno funkcioniranje vedno večjega števila starostnikov?

ČM: Koledarsko določanje omejitev v starosti je neumestno in preživeto, tudi pri nas. Optimalne so rešitve, ki starejšim omogočajo čim bolj samostojno in kakovostno življenje v domačem okolju, ob redni telesni dejavnosti in strokovno vodeni pomoči na domu, skratka v okolju, ki upošteva motnje gibanja, sluha, vida in kognitivnih funkcij. Vsa razvita Evropa pozna tako imenovane dnevne centre, ki se (pre)počasi uveljavljajo tudi pri nas. Organizirane in s strani države

podprte službe za rehabilitacijo na domu so vedno bolj razširjene. Država, kot npr. Nizozemska, finančno podpira mrežo preko 300 klubov, v katerih si starostniki krepijo telesno kondicijo, presegajo osamelost, razvijajo socialne stike in tako ohranjajo sposobnost za samostojno življenje kljub visoki starosti. Moderna tehnologija ne služi samo nadomeščanju izgubljenih funkcij, ampak omogoča starim ljudem čim bolj samostojno življenje. Dostopnost in prijaznost multimedijskih in telematskih storitev na domu omogoča komuniciranje z referenčnim centrom itd. Vedno sem nasprotoval segregaciji drugačnih, tudi starih v izoliranost, in mislim, da je nujno vključevanje in medgeneracijsko sožitje. Kot že rečeno, bi pri nas lahko največ dosegli s pomočjo ustreznih služb za pomoč na domu, večje domske zmogljivosti pa naj služijo tistim, ki to nujno potrebujejo.

Eno glavnih ovir, pa ne samo pri nas, predstavljajo grajenih ovir polna stanovanja, ki se jih kljub obstoječim standardom ne da prilagoditi. Zahteve Pravilnika o zahtevah za projektiranje objektov brez grajenih ovir, sprejetega leta 1999, se pri starejših stavbah ne da v celoti uveljaviti. Tudi zato je pritisk na azilne rešitve (pre)velik.

Svojevrsten problem starejših je tudi njihova udeležba v prometu. Po eni strani je status voznika skoraj nujen za samostojno življenje, po drugi strani je nekompetenten voznik nevaren sebi in drugim.

ČM: To je realen problem, saj sedanja zdravniška ocena zmožnosti vožnje upošteva predvsem nekatere bolezni, ki bi lahko ovirale vožnjo. Ni pa to pozitivno ocenjevanje sposobnosti za vožnjo. Mi imamo laboratorij za ocenjevanje voznških sposobnosti, to je 20-minutni računalniški program, ki te pelje čez vse. Meri reakcijski čas, moč, sukanje levo desno, vidno polje itd. Kognitivne funkcije po potrebi oceni usposobljen psiholog. Te preglede sedaj plača zdravstvo. Pregledi se naredijo na napatnico,

niso pa obvezni. Starejši ljudje se bojijo priti na ta pregled, čeprav ni namenjen prepovedovanju, ampak svetovanju. Če vidimo, da je nekdo na meji, da bi lahko vozil, starostnik ali nekdo po kapi, ga vprašamo, za kaj največ rabi avto, in določimo omejitve. Najbolj pogoste so: ne na avtocesto, ne voziti ponoči, ne voziti dlje kot 30 kilometrov od doma. Priporočimo tudi tehnično prilagoditev, najpogosteje je to vožnja avta z avtomatskim menjalnikom, pa vse do zapletenih (in dragih) tehnoloških rešitev.



Računalniško krmiljena naprava za ugotavljanje voznških sposobnosti.

Junaško področje rehabilitacijske medicine pa je brez dvoma saniranje posledic živčno-mišičnih bolezni in okvar. Klasična problema sta poškodba hrbtenjače in multipla skleroza. Kaj je mogoče storiti danes in kakšni preboji v korist bolnikov se obetajo na teh področjih?



Upravljanje sistema za nadomestno komunikacijo.

ČM: Rehabilitacija ljudi s poškodbo hrbtenjače je pomenila še dolgo po drugi svetovni vojni kazalec ravnih in uspešnosti rehabilitacije v posameznih državah. Ko smo v osemdesetih letih prejšnjega stoletja začeli sprejemati na rehabilitacijo bolnike s progresivnimi nevrološkimi obolenji, smo bili deležni kritike celo iz vrst zdravnikov in terapevtov, češ, bolezen je napredujoča, nič se ne da narediti. Z individualnim ugotavljanjem rehabilitacijskega potenciala, opremljanjem s tehničnimi pripomočki oz. podporno tehnologijo je kakovost življenja tudi pri njih boljša.

Zanimiv je primer študenta s težko obliko cerebralne paralize, ki je opremljen z vozičkom na elektromotorni pogon. Ima svoj prenosni računalnik, ki ga uporablja pri vsakodnevni komunikaciji ter vključevanju v družbo in študij. Rešili smo tudi probleme na področju risanja grafov in pisanja zapletenih formul pri nekaterih predmetih na univerzi, tako pri zapisovanju snovi kot tudi na kolkvijih in izpitih.

Že vrsto let s pomočjo vrhunske nadomestne komunikacije, ki premike očesa preko računalniškega zaslona prevaja v sintetični govor, omogočamo sporazumevanje popolnoma ohromelim z nezmožnostjo govora.

Spomnim se npr. 5-letnega fantka s spinalno mišično atrofijo, ki je začel komunicirati s pomočjo majhnih kamer, ki sledijo očesnim premikom s

pomočjo odseva infrardeče svetlobe in zaslonke tipkovnice s črkami in simboli. Računalnik nato s pogledom napisane besede pretvori še v sintetični govor – njegovi starši so jokali od

sreče, ko so svojega sina lahko prvič vsaj posredno slišali in razumeli.

Najbrž podobno napravo uporablja tudi fizik Stephen Hawking?

ČM: Drži.

Upravlja jo s premikanjem lica, ki proži infrardeče stikalo, namešče-no na njegovih očalih. Pri tem mu je v pomoč avto-

matsko skeniranje vrstic in stolpcev na zaslonu.

Koliko pa to pri nas stane?

ČM: Približno 15.000 evrov. ZZZS to krije vsem, ki ustrezajo strokovnim in njihovim kriterijem. Za uporabljanje naprave je potrebno tudi intenzivno timsko usposabljanje, ki ga vodijo klinična inženirka, delovna terapevtka in logopedinja. Vse poteka v prostorih Doma IRIS (inteligentne rešitve in inovacije za samostojno življenje).



Prof. dr. Črt Marinček je diplomiral na Medicinski fakulteti UL leta 1969. Specialist fizikalne medicine in rehabilitacije je od leta 1973. Na tem področju je doktoriral leta 1981. Izpopolnjeval se je v številnih univerzitetnih rehabilitacijskih ustanovah v Evropi,

ZDA, Kanadi, Izraelu, na Japonskem in v okviru SZO.

Od leta 1992 je redni profesor na MF UL. Prvi predstojnik novoustanovljene katedre za fizikalno in rehabilitacijsko medicino MF UL je bil od 1997 do upokojitve 2014. Ministrstvo za zdravje mu je leta 1997 podelilo naziv višji svetnik. V Slovenijo je pripeljal in soorganiziral štiri pomembne mednarodne znanstvene in strokovne kongrese. Je »Senior Fellow« pri Evropskem odboru za fizikalno in rehabilitacijsko medicino UEMS, bil je predsednik odbora za akreditacijo evropskih učnih centrov pri UEMS. Je častni član Evropske akademije za rehabilitacijsko medicino (European Academy for Physical and Rehabilitation Medicine) in častni član Združenja za fizikalno in rehabilitacijsko medicino SZD. Med pomembnejša dela sodi 37 izvirnih znanstvenih člankov, 30 objavljenih v mednarodnih revijah s faktorjem vpliva. Je (so)avtor v več kot 540 objavah, čistih citatov 681. Od leta 2008 je glavni urednik International Journal of Rehabilitation Research (IF 1.25), ki izhaja že 40 let.



Prof. dr. Helena Burger je diplomirala na Medicinski fakulteti UL leta 1986. Od leta 1993 je specialistka fizikalne in rehabilitacijske medicine (FRM). Od leta 2009 je strokovna direktorica Univerzitetnega rehabilitacijskega inštituta Republike Slovenije – Soča.

Leta 2010 je bila na Medicinski fakulteti UL izvoljena v naziv redne profesorice za predmet fizikalna in rehabilitacijska medicina. Je predsednica Društva za protetiko in ortotiko – ISPO Slovenija, članica odbora Evropskega združenja za raziskave v rehabilitaciji (EFRR), članica Evropske akademije za rehabilitacijsko medicino (EARM) in članica sekcije in odbora za fizikalno in rehabilitacijsko medicino pri UEMS. Že vrsto let sodeluje v uredniških odborih tujih strokovnih revij. Je glavna urednica revije Rehabilitacija. Objavila je preko 40 izvirnih znanstvenih člankov v mednarodnih revijah s faktorjem vpliva.

Univerzitetni rehabilitacijski inštitut (URI)

– Soča izvaja celovito bolnišnično (220 postelj) in ambulantno rehabilitacijo odraslih in otrok z okvarami osrednjega in perifernega živčevja, z gibanjem povezanih telesnih zgradb in funkcij ter bolnikov z mišičnimi in živčno-mišičnimi boleznimi, s kronično bolečino in rakom. Na inštitutu je poleg zdravnikov specialistov (28) zaposlenih še prek 300 medicinskih strokovnjakov (med. sestre, fizioterapevti, psihologi, logopedi, defekto-logi, inženirji, socialni delavci). URI izvaja zahtevne

terapevtske metode s področja fizikalne terapije, delovne terapije, psihološke, logopedске in socialno terapevtske obravnave, vključno s svetovanjem za prilagoditve posameznikovega življenjskega okolja in njegovega avtomobila. Bolnike z mišičnimi in živčno-mišičnimi boleznimi in njihove družinske člane »vodijo« skozi bolezen, sledijo razvoju bolezni in pomagajo pri reševanju težav v različnih življenjskih obdobjih in različnih fazah bolezni. Strokovnjaki URI poleg strokovnega opravljajo tudi pedagoško in raziskovalno delo.

Poglavitni izsledki anket specializantov in mentorjev

Asist. Gregor Prosen, dr. med.,
FEBEM, Svet za izobraževanje, ZZS
Uroš Ažman, dr. med., ZD Ljubljana

Kakor je velika večina članov naše zbornice že prebrala v vabilu k sodelovanju, sta bili skoraj ves mesec september odprti anketa za specializante ter anketa za mentorje (glavne in/ali neposredne). Anketi seveda nista bili enaki, sta pa potekali istočasno.

Prva je bila poslana vsem specializantom in specialistom do enega leta po specialističnem izpitu, druga pa vsem glavnim mentorjem (GM) in aktivnim specialistom, v podatkovnih bazah zbornice zavedenim kot neposredni mentorji (oz. s pogoji zanje).

Anketa je odobril tako SIZ (Svet za izobraževanje) kot IO (Izvršilni odbor Zdravniške zbornice Slovenije). Pretežni del vprašanj v anketi za specializante so oblikovali specializanti sami, predstavniki mladih zdravnikov (Uroš Ažman, Ana Lasič in Miha Brenčič).

Poglavitni namen obeh anket je bil pridobiti mnenja in videnja mladih zdravnikov ter njihovih mentorjev glede učnega procesa specializacij, zadovoljstva, motivov za učenje in poučevanje ter pridobiti informacije o glavnih slabostih, ki jih je treba čim prej odpraviti.

Sledi kratka analiza poglavitnih vprašanj iz obeh anket ter strnjen zaključek z glavnimi dejstvi in usmeritvami za v prihodnje.

Anketa za specializante

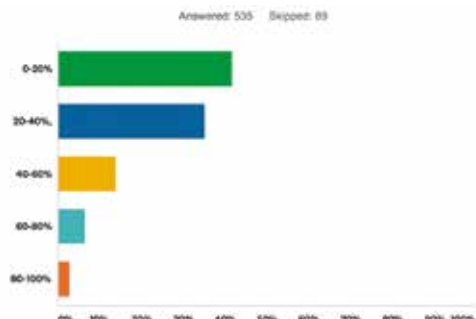
Anketa je bila poslana vsem specializantom vseh strok, ki so do 1. septembra odkrožili vsaj pol leta

specializacije, in specialistom, ki so bili 1. septembra specializanti manj kot leto dni. Skupno število poslanih anket je bilo 1.844. Na anketo se je odzvalo 624 specializantov (34 %).

Največ odzivov smo dobili od specializantov v prvem (14 %), drugem (23 %), tretjem (23 %) in četrtem (20 %) letniku specializacij. Največ sodelujočih je bilo specializantov družinske medicine (21 %), pediatrije (12 %), anesteziologije (7 %) ter interne medicine (7 %). Največ sodelujočih je bilo iz Ljubljanske (33 %) in Podravske regije (15 %).

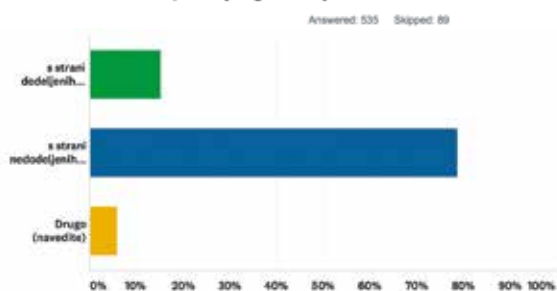
Na sklop vprašanj glede poteka, izobraževalne vrednosti, prispevkov neposrednega in glavnega mentorja, nacionalnega koordinatorskega ter delovanja služb zbornice je bila večina odgovorov v povprečju ocenjena s 3 (od 5; »delno zadovoljen«).

Anketa za specializante vseh specialnosti (dr.med)
Q8 Na oddelku sem v povprečju skupaj z dodeljenim neposrednim mentorjem preživel (časa)



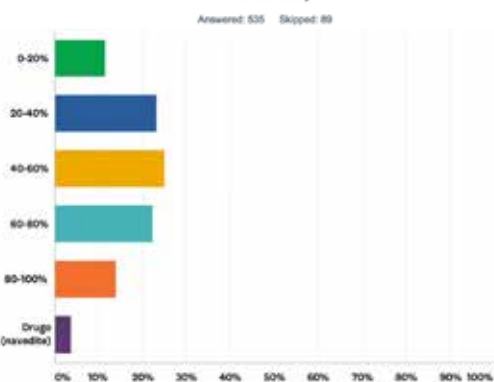
Graf 1

Q9 Obposteljnega učenja sem/sem bil deležen v večji meri



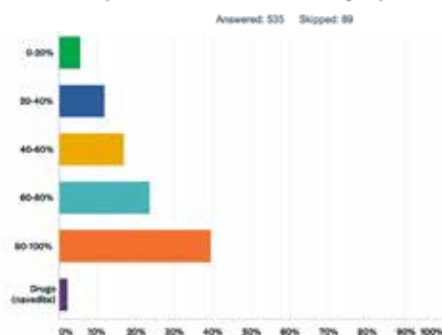
Graf 2

Q10 Kot operater/izvajalec izvedem predvidenih posegov (zahtevanih v Kurikulumu)



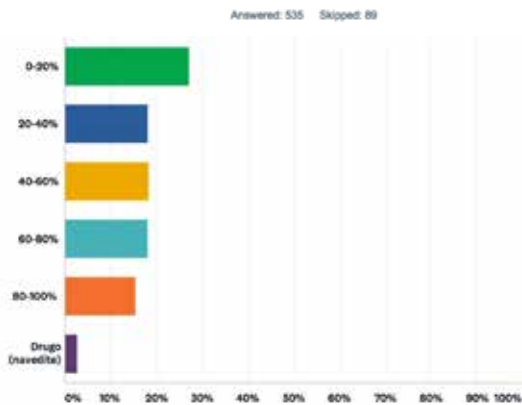
Graf 3

Q11 Pri posegih, ki jih izvajam kot operater/samostojno, imam možnost neposredne osebne konzultacije specialista v



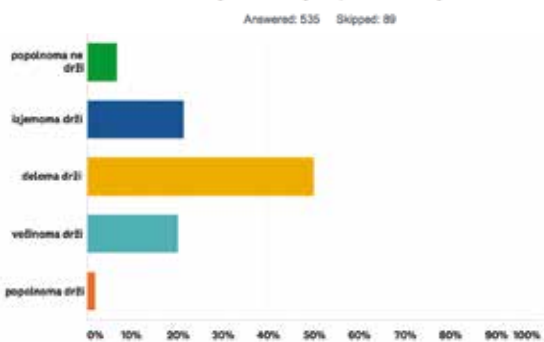
Graf 4

Anketa za specializante vseh specialnosti (dr.med)
Q12 Pred zame novim posegom z mentorjem "ena na ena" predelam
nujno potreben teoretični del posega, vključno z možnimi zapleti,
namigi za kvalitetno izvedbo in izogib zapletom



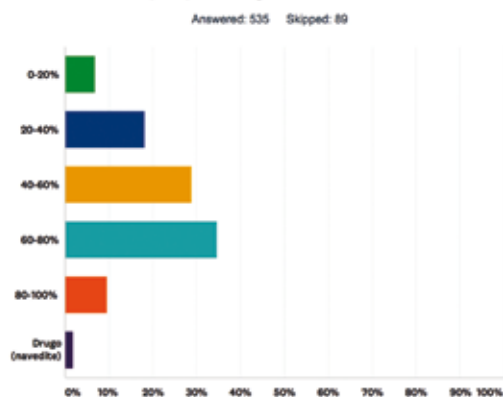
Graf 5

Q13 V času kroženja na posameznem oddelku sem pridobil potrebna
znanja za svojo specializacijo



Graf 6

Q16 Na oddelkih administrativno delo predstavlja sledeči % mojega
povprečnega delavnika



Graf 7

Sodeč po odzivih specializantov,
le-ti z dodeljenimi neposrednimi

mentorji (NM) niso preživeli prav veliko časa (graf 1/Q8); velika večina jih pravi, da manj kot 40 %.

Še bolj pomenljivo je bilo 9. vprašanje (graf 2): 79 % specializantov je odgovorilo, da so bili »v večji meri deležni obposteljnega učenja« s strani nedodeljenih kolegov (ne NM!)

Ob predpostavki, da naj bi neposredni mentorji prenesli večino obposteljnega znanja posameznega kroženja, slednji oceni razkrijeta izrazito neskladje.

Nič kaj vzpodbudna ni tudi ocena, da so kot izvajalci/operaterji specializanti izvedli »skoraj« vse (80–100 %) posege, predvidene v kurikulumu – le v sedmini primerov!!!

Kar nakazuje, da ostalih 85 % specializantov ni opravilo niti 80 % zahtevanih posegov(!!!) (graf 3/Q10). To stanje lahko verjetno pripišemo več dejavnikom, med drugim dejstvu, da so nekateri predpisani posegi zastareli in se jih ne izvaja več (potrebna prenova predpisanih posegov oz. kurikuluma specializacij!). Cilj, opraviti vse predpisane posege v pol-

nem številu, torej verjetno ni za vse realen, niti v vseh primerih pomemben.

Pod odgovorom »drugo« se večina strinja, da nekaterih posegov izvedejo več kot 100 %, drugih pa veliko premalo.

Bolj vzpodbuden je podatek, da imajo specializanti v večini primerov možnost neposredne konzultacije s specialistom glede posegov (graf 4/Q11), v manjši meri pa so se pred novim posegom temeljito pogovorili in pripravili z mentorjem (graf 5/Q12).

Zaskrbljujoče je tudi dejstvo, da ima le petina specializantov občutek, da so na kroženjih po posameznih oddelkih pridobili »potrebna znanja za svojo specializacijo« (graf 6/Q13).

V segmentu vprašanj o poteku specializacij smo dobili naslednje odgovore.

Tretjina specializantov je odgovorila, da je »na več delovišč hkrati« razpisana »pogosto«, 5 % jih je na več delovišč hkrati razpisanih »dnevno«, 25 % »redko«, 23 % »izjemoma« in le 15 % »nikoli«.

Sodeč po 16. vprašanju so naši specializanti pretežno zaposleni z administrativnim delom (graf 7/Q16 in graf 8/Q17).

70 % specializantov je ocenilo, da nima »dobrih pogojev za možnost aktivnega vključevanja v uvajanje novosti in izboljšav«, ostala tretjina pa jih meni, da ima v matičnih ustanovah dobre pogoje.

58 % specializantov je ocenilo da so »odnosi med sodelavci spoštljivi (obojestransko)«.

Specializanti so odgovorili, da so »zaničljivega odnosa s strani sodelavcev (različnih poklicev – med. sester/tehnikov, administratorok ali drugih zdravnikov) deležni« vsakodnevno (7 %), pogosto (24 %), redko (35 %) ter le izjemoma v 27 %.

Specializanti poročajo, da so bili »mobinga (v katerikoli razsežnosti)« deležni vsakodnevno (3 %), pogosto (18 %), redko (28 %), izjemoma (26 %) in le redki nikoli (25 %).

Velika večina specializantov se je z GM (glavnim mentorjem) v živo srečala pred začetkom kroženja (95 %), a le 65 % jih je skupaj z GM

pripravilo program kroženja in se dogovorilo o načinu in vsebini sodelovanja.

Le 53 % specializantov meni, da se »z GM dovolj pogosto sreča glede poteka in vsebine specializacije«.

Specializanti so bili tudi kritični do »neposredne pomoči GM pri pridobivanju znanja« (graf 9/Q27).

Le 36 % specializantov je ocenilo, da »z GM objektivno ocenjuje napredek in sposobnost za samostojno delo« (kar pomeni, da jih 62 % ne!).

Le 40 % specializantov je ocenilo, da »GM redno odda letno poročilo o mojem strokovnem napredku«. Ob tem je zanimivo dejstvo, da 30 % specializantov sploh ni vedelo, ali je bilo letno poročilo oddano ali ne.

Skoraj 70 % specializantov na večini (definirana kot > 70 %) oddelkov ni vedelo, kdo je njihov neposredni mentor.

Zato ne preseneča kritična ocena dejanskega deleža obposteljnega učenja s strani NM (graf 10/Q30).

Manj kot polovica (46 %) specializantov poroča, da so se »na večini oddelkov (> 70 %) kroženja srečali s predstojnikom in pogovorili o svojih zadolžitvah«.

Še veliko manj (18 %) se jih je med kroženjem srečalo z direktorjem javnega zdravstvenega zavoda.

Le 46 % specializantov poroča, da jim je šef oddelka ali direktor (le 26 %!) »izrazil jasno mnenje in željo, da bi me po koncu specializacije zaposlili«.

Odstotek je še nižji (12 %) za direktorje zasebnih zdravstvenih zavodov oz. koncesionarje.

Kot pričakovano, specializanti niso zadovoljni s stanjem »obposteljnega« (kliničnega) učenja v slovenskem zdravstvenem sistemu – graf 11/Q37.

Nadalje samo polovica (51 %) specializantov ocenjuje, da ima »tekom specializacije dovolj možnosti neposrednega dela («hands on»)«. Le 33 % navaja »ustrezne pogoje za opravljanje predpisanih posegov v

načrtu specializacije« in 57 % jih meni, da jih nima!

Proces specializacij mora biti varen tako za bolnike kot specializante. Zato je še posebej zaskrbljujoča povratna informacija, da je pred začetkom samostojnega dežuranja le 55 % specializantov dejansko opravilo (obvezni!) objektivni preizkus znanja usposobljenosti za samostojno delo v dežurstvu!

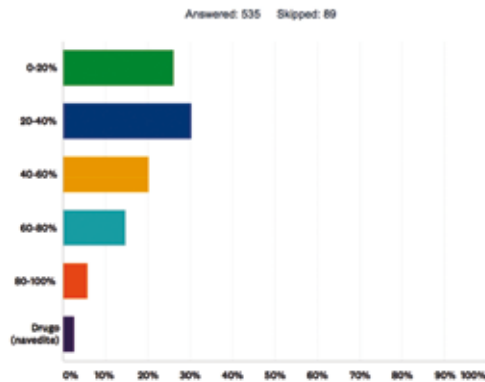
Poleg tega so le dobri polovici specializantov neposredni mentorji v času dežurstva vedno na voljo za pomoč in konzultacije (graf 12/Q41).

Nekoliko bolj so vzpodbudni rezultati glede določenih delovnih pogojev. V veliki večini (76 %) specializanti lahko koristijo dopust v zelenih terminih in v podobnem deležu (71 %) se upoštevajo njihove želje glede dežurstev.

Le 42 % specializantov ima »večino (> 70 %) možnost koriščenja prostih dni po dežurstvih«.

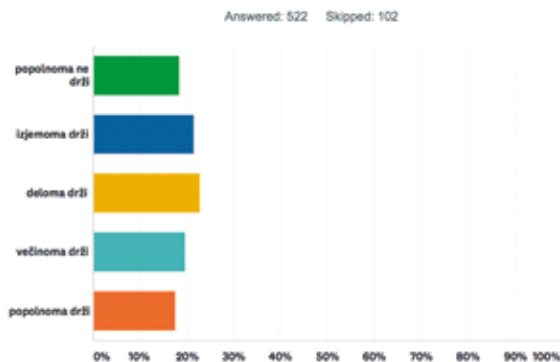
Specializanti so v veliki večini (89 %) ocenili, da bi »večja vsebinska fleksibilnost (kateri oddelek koliko časa) programa kroženja pozitivno prispevala k boljšemu izplenu znanj/veščin«.

Anketa za specializante vseh specialnosti (dr.med)
Q17 Od celokupnega administrativnega dela ocenjujem, da je del, ki ga opravi namesto kolegov (pisanje odpustnic, urejanje premeščanj, konziliarnih pregledov, diagnostičnih preiskav) in se nanaša na meni nepoznane paciente, sledeč



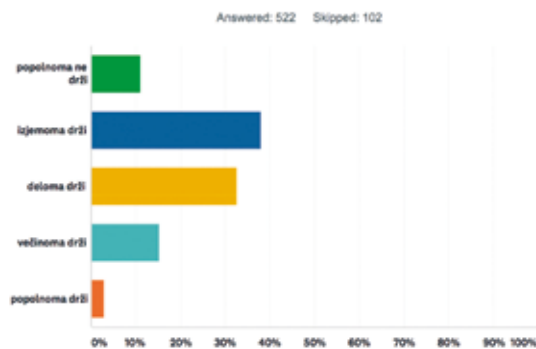
Graf 8

Anketa za specializante vseh specialnosti (dr.med)
Q27 GM mi ustrezno pomaga pridobivati znanje neposredno



Graf 9

Anketa za specializante vseh specialnosti (dr.med)
Q30 Vsakodnevno sem/sem bil deležen obposteljnega učenja* s strani dodeljenega NM – ob izvajanju posega, strokovni razlagi ipd. (ne šteje dajanje navodil za delo)

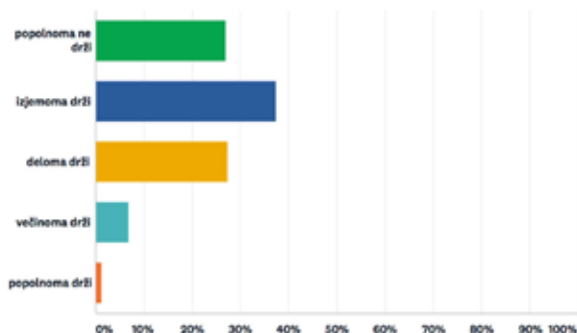


Graf 10

Anketa za specializante vseh specialnosti (dr.med)

Q37 Menim, da je stanje "obposteljnega" (kliničnega) učenja v slovenskem zdravstvenem sistemu primerno

Answered: 522 Skipped: 102

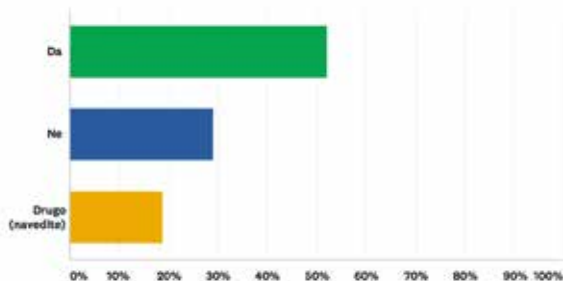


Graf 11

Anketa za specializante vseh specialnosti (dr.med)

Q41 V času dežurstev mi je bil neposredni mentor vedno na voljo (vsaj > 90 % časa)

Answered: 510 Skipped: 114

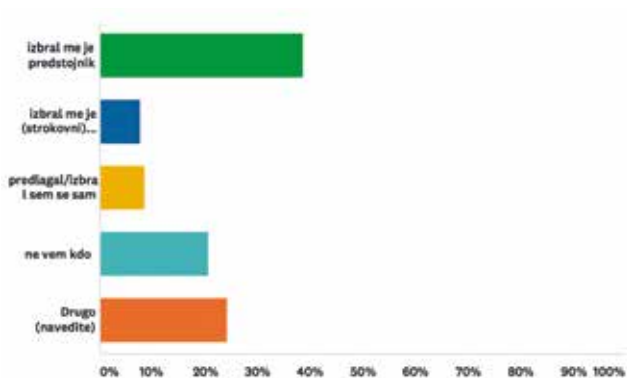


Graf 12

Anketa za glavne in neposredne mentorje specializantov

Q8 Na kakšen način ste bili določeni kot NM?

Answered: 994 Skipped: 211



Graf 13

V skoraj enakem odstotku menijo, da bi k boljšemu izplenu prispevala tudi večja mobilnost med regijami (87 %).

Le 4 % specializantov je del kroženja opravilo v tujini, a bi si tega želelo tri četrtine vseh specializantov!

Zanimivo, za ta prepad med željami in izvedbo je bila le za četrtino odgovorna »zapletena birokracija« postopka.

Pri določenih specializacijah naj bi koordinatorji celo jasno izrazili stališče, da kroženje v tujini ni zaželeno in zanj ne bodo izdali potrebnih potrdil.

Na področju spoštovanja delovno-pravne zakonodaje so specializanti opazili številne nepravilnosti. Le 60 % specializantov je odgovorilo, da so imeli občutek, da so se delodajalci držali ustrezne zakonodaje. Najpogosteje so poročali o neupoštevanju beleženja/plačevanja opravljenih nadur, sledila je (nez)možnost koriščenja nadur in (preveliko) število mesečnih dežurstev.

Poleg tega so poročali o izbrisu opravljenih nadur, prikazovanju opravljanja urgentne službe/dela čez vikend kot rednega dela, neplačevanju prevoznih stroškov

ter neplačevanju dela v pripravljenosti. Kar dobra tretjina specializantov je imela med kroženjem težave z ureditvijo PPD.

Skoraj tretjini specializantov ni bilo omogočeno »izkoristiti vsa specializantska sredstva za izobraževanje/nakup literature« in 57 % specializantov je »tekom svojega izobraževanja moralo zaradi pomanjkanja sredstev stroške seminarjev/kongresov kriti sam«.

Dodatno so izpostavili številna področja, kjer vidijo možnosti za izboljšavo: preveč specializantov na določenih deloviščih, odsotnost nadzora nad kakovostjo kroženja na oddelkih, pomanjkanje preverjanja usposobljenosti pred razpisom na delovno mesto, neujemanje med razporedom kroženja in dejanskim delom na posameznem oddelku.

Poleg izpostavitve problemov pa so specializanti določene elemente specializacije tudi pohvalili: pohvalili in izpostavili so posamezne glavne in neposredne mentorje, posamezne specialiste, kolegialnost drugih specializantov in možnost opravljanja dela specializacije v tujini.

Anketa za mentorje

Skupno število poslanih anket je bilo 5.348. Na anketo se je odzvalo 1.205 specialistov/mentorjev (23 %). Anketo za mentorje so v večji meri izpolnile kolegice (65 %). Kar tretjina sodelujočih mentorjev/-ic so specialisti/-ke z licenco vsaj 20 let. Največji odziv je bil s področij družinske medicine, interne medicine, pediatrije ter anesteziologije. Večina je GM le enemu (56 %) ali dvema (24 %) specializantom, podobno NM enemu specializantu (43 %) ali dvema (22 %).

Neposredni mentorji (izraz je v nadaljevanju uporabljen za oba spola) so glede na graf 13/Q8 izbrani zelo različno, a večinoma s strani predstojnika. Pomenljivo je dejstvo, da jih vsaj petina ne ve, kdo jih imenuje v vlogo NM.

Kar tri četrtine NM se je opredelilo, da na njihovih delovnih mestih »znotraj rednega delovnega časa kot NM« **nimajo** »časa, namenjenega (le) mentorskemu delu«.

Podobno se dve tretjini mentorjev za to pomembno nalogo ni formalno izobraževalo in »mentorira po občutku« (graf 14/Q10).

NM poročajo, da tej vlogi posvetijo pomemben del svojega delovnega dne (graf 15/Q12) – kar je v zanimivem nesoglasju z mnenjem specializantov, ki pravijo, da se večinoma učijo od **nedodeljenih** mentorjev; četudi z NM preživijo vsaj 20–40 % časa (graf 1).

Ob tej različni oceni časa, preživitega z mentorji, se odgovor verjetno skriva v (učnem) (ne)učinku preživitega časa.

Nadvse pomenljivi sta tabeli odgovorov na vprašanje »Kakšen je vaš odnos do mentoriranja (možnih je več odgovorov)?« – tabela 16/Q15 in tabela 17/Q16: »Kaj bi potrebovali za bolj učinkovito mentorsko delo (možnih je več odgovorov)?« (vse tabele so na str. 19).

Izjemno razveseljivo je tudi dejstvo, da mentorji svoje mentorirance večinoma vidijo kot hvaležne in zainteresirane! Tabela 18/Q17: »Kako vi ocenjujete današnje specializante kot prejemnike znanja? (možnih je več odgovorov)?«

Presenetljivo ali ne, kar 47 % mentorjev ne ve, koliko denarnega nadomestila prejmejo kot NM, in kar 58 % jih ne ve, iz katerega vira se črpajo ta sredstva. Podobne odgovore so podali GM.

Kar je še dobro, ker tri četrtine mentorjev poroča, da prejeti (minimalni) znesek **ne** vpliva na njihovo motivacijo za obstojno učenje (graf 19/Q23)!

Slednje mentorji potrjujejo z odgovori na vprašanje, »kaj pri svojem mentorskem delu najbolj pogrešajo« (tabela 20/Q24). Samo 5 odstotkov jih želi višje denarno nadomestilo, večina pa si želi le več časa, namenjenega mentoriranju, ter izobraževanj na temo obstojnega učenja.

Namesto zaključka

Četudi se avtorji zavedamo metodoloških pomanjkljivosti anket ter relativno nizkega odziva, pa splošni rezultati ne presenečajo nikogar oz. v povprečju potrjujejo to, kar po tihem vemo vsi sodelujoči v učnem procesu mladih zdravnikov.

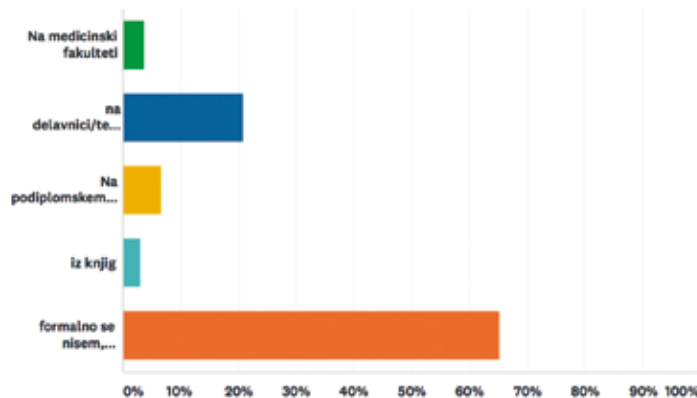
Poglavitne izsledke bi tako morda lahko celo podali v dveh povedih: specializanti so v smislu učnega procesa večinoma prepuščeni sami sebi, a s kombinacijo učenja, samopomoči, iznajdljivosti, kolegialnosti, dežuranja ter pragmatičnosti preživijo proces »specializacije« in se dokopljejo do specialističnega naslova. Sistem jim je pri tem v nekaterih ozirih v oporo, v večini ne, in na žalost so mnogim specializantom kršene osnovne (delavske) pravice.

Njihovi mentorji (vsaj tisti, ki so se odzvali na anketo), v večini učenje/mentoriranje mladih kolegov jemljejo resno, učenje jih veseli, radi bi ga opravljali še bolje in več, a se zavedajo da je poglavitna ovira pri tem pomanjkanje časa (oz. prenatrpanost urnika z drugimi

Anketa za glavne in neposredne mentorje specializantov

Q10 Kje ste se naučili "biti mentor"?

Answered: 866 Skipped: 339

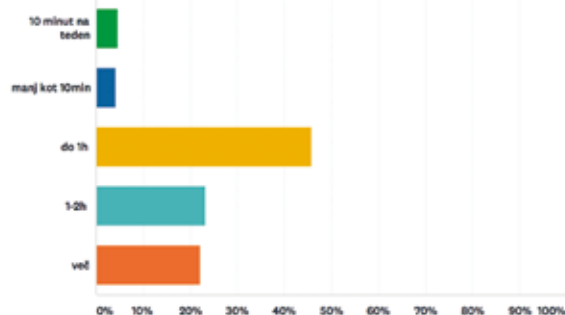


Graf 14

Anketa za glavne in neposredne mentorje specializantov

Q12 Približno koliko časa na dan posvetite mentoriranju v vlogi NM?

Answered: 866 Skipped: 339

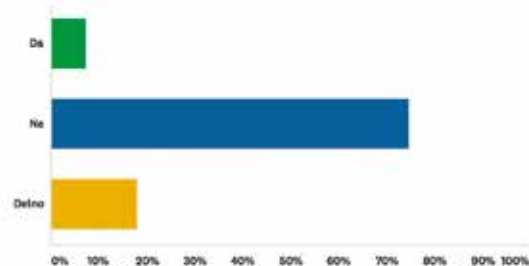


Graf 15

Anketa za glavne in neposredne mentorje specializantov

Q23 Ali prejeti znesek vpliva na vašo motivacijo za obstojno učenje?

Answered: 833 Skipped: 372



Graf 19

Mentoriranje se od mene pričakuje kot del delovnih obveznosti	48.05%
Mentoriranje je del moje poklicne kariere	45.93%
Mentoriranje me veseli in sprosti	44.86%
Mentoriranje me osebno izpolnjuje	47.23%
Mentoriram zaradi denarja	1.77%
Mentoriram zaradi strahu in za preprečitev napak mladih kolegov	5.55%
Drugo (navedite)	14.05%

Tabela 16: »Kakšen je vaš odnos do mentoriranja (možnih je več odgovorov)?«

Uradno določen del delovnega časa za mentoriranje	61.63%
Boljše plačilo za mentorsko delo	27.27%
Izobraževanje za mentorsko delo	55.84%
Povratna informacija (npr. priznanje) od mentoriranja	39.79%
V zameno za mentoriranje manj kliničnih in administrativnih obveznosti	51.83%
Drugo (navedite)	9.21%

Tabela 17: »Kaj bi potrebovali za bolj učinkovito mentorsko delo (možnih je več odgovorov)?«

So nehvaležni in razvajeni	4.04%
mislijo, da že itak vse znajo	8.91%
ne znajo izkazati spoštovanja	7.13%
so nezainteresirani za učenje	7.24%
so hvaležni za poučevanje in podporo, ki jo dobijo	66.03%
so zainteresirani za učenje in lastno strokovno rast	67.58%
so spoštijivi	39.43%
so preveč vezani na moderne tehnologije	24.94%
nimajo dovolj klinične osnove	26.72%
Drugo (navedite)	23.04%

Tabela 18: »Kako vi ocenjujete današnje specializante kot prejemnike znanja (možnih je več odgovorov)?«

Več sodelovanja/odziva specializantov	12.07%
višje denarno nadomestilo	5.49%
večjo prepoznavo in veljavo mojega dela in truda	15.73%
čas, namenjen le poučevanju	39.63%
Izobraževanja, kako mentorirati, biti klinični učitelj	22.32%
Drugo (navedite)	4.76%

Tabela 20: »Kaj pri svojem mentorskem delu najbolj pogrešate?«

delovnimi zadolžitvami). Najbolj razveseljujoče je dejstvo, da mentorji,

ki so se odzvali, v veliki večini učijo *navkljub* skromnemu »plačilu«!

Tako se na prvi pogled zdi, da so pomanjkljivosti našega Sistema kliničnega učenja zlahka odpravljive; mladi bi si želeli več, starejši so jim to pripravljeni dati in plačilo v tej enačbi celo ni ključni dejavnik!

Pa vendar, poglobljena analiza in »branje med vrsticami« jasno nakaže, da je problem, ter posledično rešitev, *sistemski*.

Snovalci anket močno verjamemo, da je dolgoročna rešitev našega kliničnega poučevanja možna le s pravo kombinacijo *vzpodbud*; *vzpodbud* specializantom, da si poiščejo mentorje, ki jih bodo učili, v ustanovah, ki bodo v mladih videle sposobne sodelavce, ki znajo, predvsem pa hočejo.

Vzpodbud mentorjem, ki bodo za svoj trud poučevanja nagrajeni (če že ne denarno, pa vsaj s prenehanjem trenutne norosti Sistema, ki poučevanje naprti kot le še dodatno breme in kliničnemu poučevanju očitno ne daje posebne vrednosti). Ter ne nazadnje *vzpodbud* in možnosti zavodov, da sposobne in delavne zdravnike pritegnejo in jim imajo v zameno za trud in marljivost tudi kaj ponuditi.

V času pisanja tega prispevka je IO ZZS potrdil oba *predloga* pravilnikov (o specializacijah in sekundariatu), ki trenutno čakata potrditev na skupščini ZZS ter privolitev MZ. Četudi sta zaradi znanih političnih vzrokov morala nastati v izjemno kratkem času, pa smo v SIZ prepričani, da v *danih okvirih zakonodaje* predstavljata skoraj najboljše, kar se je dalo predlagati; specializantom omogočata seznanjanje z najboljšimi učitelji in oddelki, zavodom možnost širše izbire, obenem pa (še) bolje definirata in zaostrojeta »pravila igre«.

A kot to velja za večino predpisov v naši državi, se zavedajmo, da bo tudi ta zaživel pod samo enim predpogojem: če ga bomo vsi, ki se nas dotika, vzeli za *svojega*, ga videli in uporabili kot *obseg možnega*, predvsem pa sprejete člene *spoštovani, varovali* in *izvajali* zato, ker bo tako *naš* Sistem boljši!

Generične veščine v medicini

Kljub hitremu razvoju medicine in informacijske tehnologije bodo mehke veščine pri delu s pacienti in v zdravstvenih timih vse bolj pomembne, so prepričani **prof. dr. Živa Novak Antolič**, dr. med., spec. gin. in por., **Luka Vitez**, dr. med., specializant interne medicine, **Andrej Martin Vujkovic**, absolvent medicine, **Aleks Šuštar**, dr. med., in **Luka Kovač**, dr. med., specializant gin. in por.

Peterica poleg zdravniškega dela sestavlja ekipo Medicinski trenerji, ki si je po vzoru Kanade zadala cilj – **izboljšati slovenski zdravstveni sistem s pomočjo izkustvenih delavnic generičnih (to je mehkih) veščin**. Nasmejani in zadovoljni obrazi udeležencev njihovih delavnic so bili ključni, da jih je **predsednica dr. Zdenka Čebašek - Travnik povabila, da o tej tematiki spregovorijo na oktoberskem Klubskem pogovornem večeru** v Klubu Domus Medica, kjer se je vnovič razvila zelo odprta debata.

Mehke veščine so tiste, s katerimi krepimo harmonično sobivanje z ljudmi. Če tega ni, pride do konfliktov, izgorelosti v timih, zaradi slabe komunikacije s pacienti in njihovimi svojci pa tudi do vse več tožb. **Royal College of Physicians and Surgeons of Canada je že v devetdesetih letih prejšnjega stoletja oblikoval**



model izobraževanja mehkih veščin za zdravnike. Rezultat je boljša zdravstvena oskrba pacientov. Sistem ključnih kompetenc so poimenovali CanMEDS in je danes eden najbolj razširjenih modelov kompetenc na svetu, so povedali sogovorniki.

Osrednja kompetenca zdravnika kot medicinskega strokovnjaka je po CanMEDS dopolnjena s kompetencami: komunikator, sodelavec, vodja, strokovnjak, zagovornik zdravstva, učitelj in strokovnjak. Medicinski trenerji te kompetence pri udeležencih razvijajo s pomočjo izkustvenih delavnic, sestavljenih iz teorije, prakse, eksperimenti-

ranja in samorefleksije. Tudi udeleženci klubskega pogovornega večera smo preizkusili, kaj to pomeni.

Postavljeni smo bili pred izziv, da na list zapišemo, kaj bi rekli medicinski sestri, ki sredi obravnave pacienta stopi v ordinacijo in začne pospravljati polico. Vsi bi sestri vsak na svoj način povedali, da naj »nas ne moti med jemanjem anamneze«. **Povratna informacija, ki je sestavljena iz treh delov: kaj sem opazil, kako sem se ob tem počutil in kaj bi bilo bolje, da oseba stori prihodnjič, je bolj konstruktivna, so nam povedali Medicinski trenerji**.

Zdravniški ombudsman

Trije izkušeni zdravniki, ki so prevzeli vlogo zdravniškega ombudsmana, so vam za povsem anonimen pogovor po telefonu ali anonimnem osebni pogovor ob kariernih ali osebnih izzivih in stiskah na voljo vsak mesec v treh terminih.

November 2017

Ime	Datum	Čas	Status
Darja	torek, 7. november	16.00–19.00	Že zasedeno
Brane	četrtek, 9. november	15.00–17.00	Še prosto
Urška	četrtek, 30. november	17.00–19.00	Še prosto

Na pogovor po telefonu ali obisk se naročite s klicem na številko: 01 30 72 100 (recepcija zdravniške zbornice) ali po elektronski pošti: zdrom@zss-mcs.si, lahko tudi preko vašega povsem anonimnega elektronskega naslova. Urnik dela zdravniškega ombudsmana si lahko vedno ogledate na: <https://www.zdravniskazbornica.si/zbornica-za-vas/zdravniski-ombudsman>

| Slovesna podelitev licenčnih listin

Za Zdravniško zbornico Slovenije in še posebej za nove specialiste medicine, dentalne medicine in doktorje dentalne medicine ter njihove družine je bil 21. september prav posebno slovesen dan. V Modri dvorani Domus Medica so se na začetku ob kratkem filmu o delu zdravnikov in nagovorih predsednice dr. Zdenke Čebašek - Travnik, podpredsednika prim. asist. Deana Klančiča in asist. dr. Maje Grošelj, predsednice komisije za podiplomsko usposabljanje zobozdravnikov, vsi še enkrat spomnili opravljenega izobraževanja, nato pa ob aplavzu polne dvorane slovesno prejeli licenčne listne in potrdila o opravljenem specialističnem izpitu. Potrdila o opravljenem specialističnem izpitu je prejelo 44 doktorjev medicine in dva doktorja dentalne medicine, licenčne listine s področja dentalne medicine pa je prejelo 13 doktorjev dentalne medicine. Dogodek je zaokrožila glasba Dua harmonik, ki ga sestavljata Miha Debevec na diatonični harmoniki in Dejan Kušer na klasični harmoniki. Najmlajše so razveselile igravke v duhu poklica staršev – medicinski kovčki. Naslednja slovesna podelitev listin bo že 30. novembra 2017.



Iz dela zbornice

Obvestila o razporeditvi za specializante

Iz 449. Biltena, 5. 10. 2017

Obveščamo vas, da **zbornica od oktobra 2017 dalje razporede kroženj specializantov pošilja izključno po elektronski pošti** in ne več po navadni pošti. Razpored kroženja vsakokrat prejmejo: specializant, glavni mentor, delodajalec specializanta in ustanove, v katere je specializant razporejen. Razporedi se pošiljajo na elektronski naslov, zabeležen v registru zdravnikov.

Specializante in glavne mentorje, pa tudi ustanove zato naprošamo, da zbornici sporočijo morebitne spremembe e-naslovov, da bo razpored kroženja zagotovo prispel na pravi naslov.

Zdravniki lahko svoje osebne podatke, zabeležene v registru zdravnikov, preverite na spletni strani zdravniške zbornice (dostop z osebnim uporabniškim imenom in geslom). Na istem mestu lahko sporočite tudi spremembe osebnih podatkov.

Čigava (odločitev) bo obveljala

Uvodnik iz 448. Biltena, 28. 9. 2017

Verjamem, da ste vsi člani Zdravniške zbornice Slovenije seznanjeni z dejstvom, da je državni zbor na svoji seji dne 19. septembra 2017 sprejel novelo Zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZDej). Tisti, ki smo zakonu ves čas nasprotovali in predlagali spremembe, smo bili »poraženi«. Poglejmo si, katere so tiste najbolj proble-

matične spremembe, ki bodo prizadele tako zdravnike kot paciente in zaradi katerih ZZS noveli nasprotuje. Novela zakona:

- uvaja nepotrebne omejitve za ustanavljanje zasebnih ambulant in omejuje poslovanje vseh zasebnih izvajalcev,
- dejansko onemogoča podelitev novih koncesij in podaljšanje obstoječih, ko se bodo iztekle,
- dodatno omejuje zdravnike, zaposlene v javnih zavodih, da bi delali tudi pri drugih izvajalcih ali kot zasebniki,
- omejuje strokovno avtonomijo mladih specialistov,
- uvaja obsežen spisek novih in strogih kazni, ki bodo večinoma zadele ravno zdravnike.

Prepričani smo, da še noben zakon, ki je bil preskušan na referendumu, ni zadeval tako širokega kroga državljanov kot prav ZZDej. Zdravniška zbornica je skozi celoten postopek sprejemanja zakona aktivno opozarjala na neustreznost predlaganih rešitev in na škodljive posledice, ki bi jih imel zakon na delovanje zdravstvenega sistema.

Na splošno zakon omejuje konkurenčnost na vseh ravneh delovanja zdravstvenega sistema; vse s ciljem, da bi država zaščitila poslovanje svojih lastnih podjetij, to je javnih zdravstvenih zavodov. Bolniki so zato zlahka spoznali, da lahko od takšne ureditve pričakujejo zgolj manjši obseg storitev oziroma daljše čakalne dobe. Očitno nam ni uspelo prepričati politikov in poslancev, nam je pa uspelo predstaviti najspornejše rešitve širši javnosti.

Čas je, da se vsi, ki smo ali bomo postali uporabniki zdravstvenih storitev, zavedamo, da ne smemo molčati, ko gre za naš zdravstveni sistem, ki ga bo sprejeta novela ZZDej zanesljivo poslabšala in na kar bo

zbornica argumentirano opozarjala tudi v primeru, če bo prišlo do referendumske kampanje.

Dr. Zdenka Čebašek - Travnik
Predsednica

Za spodbujanje deleža cepljenih

Iz 448. Biltena, 28. 9. 2017

Predsednica Zdravniške zbornice Slovenije dr. Zdenka Čebašek - Travnik se je 22. septembra v Mariboru sestala s predstavnicama Strokovne skupine za primarno pediatrijo Združenja za pediatrijo Špelo Žnidaršič Reljič, dr. med., in Mojco Ivankovič Kacjan, dr. med. Seznanila se je z aktivnostmi primarnih pediatrov v delovni skupini za oblikovanje ukrepov za spodbujanje deleža cepljenih v Republiki Sloveniji, ki deluje na Ministrstvu za zdravje in ji predseduje državna sekretarka Jožica Maučec Zakotnik, dr. med.

Na sestanku so se dogovorili, da bo Zdravniška zbornica Slovenije spremljala in nudila podporo aktivnostim na področju spodbujanja cepljenja tudi v obliki izobraževanj. Za oktober pa je načrtovan še sestanek z Zbornico-Zvezo o dejavnostih na področju spodbujanja deleža cepljenih v Sloveniji.

Bolgarija poti nasilju v zdravstvu

Iz 448. Biltena, 28. 9. 2017

V Sofiji se je z javno okroglo mizo začela velika nacionalna kampanja proti nasilju nad zdravstvenimi delavci. Okroglo mizo je organiziralo Bolgarsko zdravniško združenje, ki ga vodi dr. Ventsislav Grozev. V razpravi so sodelovali visoki predstavniki bolgarske zakonodajne in izvršilne veje oblasti, pred-

stavniki WHO, vodilni predstavniki bolgarskih zdravstvenih ustanov, predstavniki tamkajšnjega Rdečega križa, združenj bolnikov ter tudi številni ugledni zdravniki.

Na povabilo bolgarskega predsednika zdravniškega združenja se je dogodka **udeležila predsednica ZZS dr. Zdenka Čebašek - Travnik**. Kot pobudnica mednarodne resolucije proti nasilju nad zdravniki v okviru združenja zdravniških zbornic osrednje in južne Evrope ZEVA je udeležencem **spregovorila o pripravi, sprejemanju in vsebini resolucije**, ki je bila sprejeta na srečanju zdravniških zbornic 16. septembra v Ljubljani, in s kolegi iz Bolgarije ob tem sklenila dogovor o nadaljnjem sodelovanju.

Obvestilo KZO

Iz 448. Biltena, 28. 9. 2017

Zdravniška zbornica Slovenije je v imenu **Koordinacije zdravniških organizacij (KZO)** vsem direktorjem zdravstvenih domov poslala obvestilo o **prepovedi sočasnega vključevanja izbranih osebnih zdravnikov ob rednem delu v ambulanti v NMP, dežurno službo in mrliško pregledno službo**.

Celotno besedilo dopisa direktorjem je dostopno v 448. Biltenu: <https://www.zdravniskazbornica.si/informacije-publikacije-in-analize/aktualni-bilten/> arhiv-biltena/i/448-bilten

Pet let forenzične psihiatrije v UKC MB

Iz 448. Biltena, 28. 9. 2017

V petek, 22. septembra 2017, je v veliki predavalnici kirurške stolpnice UKC Maribor Združenje psihiatrov pri

Slovenskem zdravniškem društvu v soorganizaciji z Enoto za forenzično psihiatrijo Oddelka za psihiatrijo UKC Maribor pripravilo simpozij s področja forenzične psihiatrije.

Naslov simpozija je bil Pet let enote za forenzično psihiatrijo, o čemer je v uvodu spregovoril asist. mag. Miran Pustoslemšek, dr. med., spec. psihiatrije, ki je vodja te enote. Sledila so še druga predavanja, med drugim, ali so potrebne spremembe zakonskih podlag za dolgoročno obravnavo »forenzičnih«
pacientov s ponovitveno nevarnostjo, tema o sodnih izvedencih in ponovitveni nevarnosti pri forenzičnih pacientih.

Povabilu na simpozij se je odzvala tudi dr. Zdenka Čebašek - Travnik, ki je udeležencem osvetlila zgodovino forenzične psihiatrije v Sloveniji in pri tem uporabila pismo prof. dr. Kobala ter gradivo iz publikacije varuha človekovih pravic. Predstavila je tudi trk konceptov, kako izvajati forenzično psihiatrijo.

Izobraževanje v medicini

Iz 448. Biltena, 28. 9. 2017

Med 18. in 20. septembrom je v Ljubljani potekal **2. Svetovni kongres o prosto dostopnih izobraževalnih virih** (2nd World Open Educational Resources Congress). V okviru tega kongresa je bil tudi »parlament«, v katerem je šest strokovnjakov iz različnih držav in iz različnih organizacij utemeljevalo argumente za in proti, ali naj se t. i. neformalno izobraževanje vključi v sistem akreditiranih in priznanih izobraževalnih programov. **Dr. Zdenka Čebašek - Travnik** je poudarila, da mora v medicini izobraževanje ostati v pristojnosti izobraževalnih ustanov (formalno). Vsaj v medicini si je namreč težko predstavljati, da bi pacienti prihajali k zdravnikom, ki ne bi imeli formalne in primerljive izobrazbe, je poudarila ter

opozorila na vidik odgovornosti in varnosti, ki ga pacientom zagotavlja prav reguliran sistem izobraževanja za poklic zdravnik.

Še bolj zanimiv pa je bil prispevek **asist. Gregorja Prosenca**, ki je ob uporabi sodobnih IT-povezav izpeljal mednarodni projekt o učenju ultrazvoka ter s tem postavil nov mejnik na področju učnih metod za študente, specializante in specialiste medicine.

Konference so se udeležili delegati iz kar 111 držav. Ob zaključku je bil sprejet in predstavljen akcijski načrt: 2017 Ljubljana OER Action Plan.

Pregled prostih delovnih mest

Iz 449. Biltena, 5. 10. 2017

Na spletni strani Zdravniške zbornice Slovenije je na voljo pregled aktualnih prostih delovnih mest za zdravnike (m/ž) in zobozdravnike (m/ž).

Vsa aktualna prosta delovna mesta so objavljena pod: Zbornica za člane, v zavihku Zaposlitveni oglasi in nadomeščanja, kjer nato kliknete povezavo Zaposlitveni oglasi. Stran najdete tudi na: <https://www.zdravniskazbornica.si/zbornica-za-vas/borza-zdravniskega-dela/zaposlitveni-oglas>

Dobre zgodbe z naše zbornice

Uvodnik iz 447. Biltena, 21. 9. 2017

Danes smo na pobudo društva Spominčica organizirali in izvedli novinarsko konferenco ob 21. septembru, ki je svetovni dan Alzheimerjeve bolezni. Zdravniki in zobozdravniki smo tisti, ki se vsakodnevno srečujemo s pacienti in njihovimi bližnjimi. Demenca prizadene tako bolnika kot njegove bližnje, zato je pomembno dvojje – da se vsi naučimo prepoznati zgodnje znake bolezni in da se o

njej znamo pogovarjati. Namesto stigmatizacije, ki jo v zvezi z demenco še vedno prebogosto zaznavamo med zdravstvenimi delavci, je treba spodbujati pravilno komunikacijo z njimi in med njimi. Kajti pomoč potrebujejo oboji, tako bolniki kot tisti, ki živijo z njimi. Veliko potrebnega znanja, predvsem pa čustvene opore lahko prizadeti dobijo v društvih, kot je Spominčica, ali v projektih, kot sta Adam in Demenca aCROsSLO. Vendar je strokovno delo zdravnikov še vedno ključno za pravilno diagnostiko in usmerjanje v terapijo in psihosocialno pomoč. Pri demenci gre vse počasi, bolezen večinoma počasi napreduje, do diagnoze se prihaja postopoma, se pravi počasi. Žal se počasi ali prepočasi izboljšuje tudi medicinska obravnava pacientov, od dostopnosti (spet te čakalne dobe) do diagnostike in načrtov za spremljanje bolezni. Želimo si, da bi se vsaj dostopnost do strokovne pomoči začela odvijati z večjo hitrostjo.

Polna Rantova soba novinarjev, odlično pripravljene prispevke vseh nastopajočih in pozitivno vzdušje sodelovanja, ki smo ga vsi zaznali, nam kažejo smer skupnega delovanja v dobro bolnikov z Alzheimerjevo boleznijo in tistih, ki živijo z njimi. Zbornica bo takšnim dogodkom vedno z veseljem prispevala svoj delež in tako ustvarjala tudi dobre zgodbe.

*Dr. Zdenka Čebašek - Travnik
Predsednica*

Otroška srčna kirurgija

Iz 447. Biltena, 21. 9. 2017

Najvišji predstavniki **Ministrstva za zdravje, UKC Ljubljana in Zdravniške zbornice Slovenije** so se v sredo sestali na prvem skupnem delovnem srečanju o uresničevanju priporočil mednarodnega strokovnega nadzora iz *Poročila o presoji dejavnosti otroške srčne kirurgije v UKC Ljubljana* in se **zavezali k nadalj-**

njemu sodelovanju do dokončne uresničitve vseh priporočil iz mednarodnega nadzora.

Predstavniki vseh treh institucij so sestanek, do katerega je prišlo na pobudo predsednice ZZS dr. Zdenke Čebašek - Travnik, ocenili kot nujen in zelo konstruktiven. Srečanje je 30. avgusta 2017 predlagala in ga s soglasjem izvršilnega odbora zbornice sklicala predsednica **Zdravniške zbornice Slovenije**.

Na sestanku so vodstva MZ, UKC Ljubljana in ZZS pregledala, kaj je vsaka od institucij glede na priporočila mednarodnega nadzora že uresničila in kaj je mogoče v prihodnje še izboljšati.

Obveščanje ZZS o novostih – okrožnice

Iz 447. Biltena, 21. 9. 2017

Nekateri zasebniki s koncesijo opozarjajo, da prejemajo veliko število obvestil in okrožnic ZZS o spremembah, kar jim otežuje preglednost nad novostmi, povzroča dodatno delo in zahteva med letom večkratno prilaganje programske opreme in postopkov dela. Problematiko smo predstavili tudi vodstvu ZZS na delovnem sestanku 11. septembra 2017, ki je na tej podlagi nato pripravilo tudi naslednje pojasnilo za bilten:

ZZS zagotavlja izvajalcem zdravstvenih storitev dva različna sistema obveščanja o spremembah v sistemu obveznega zdravstvenega zavarovanja. Izbira prvega načina obveščanja je povsem prostovoljna, ko uporabnik spleta izpolni na spletni strani ZZS spletni obrazec, na podlagi katerega je vključen v sistem avtomatskega elektronskega obveščanja o vseh novostih v elektronskem založništvu ZZS preko e-pošte. V tem sistemu uporabnik prejme prav vse dokumente ZZS, tudi take, ki

niso namenjeni izvajalcem zdravstvenih storitev, temveč tudi zavarovanim osebam in drugim strankam ZZS. V kolikor je takšen sistem obveščanja zaradi številnih novosti in s tem številnih e-pošt moteč, je smiselno, da se uporabnik odjavi. Navodilo za avtomatsko odjavo je objavljeno na koncu vsake e-pošte.

Po takšni odjavi bo izvajalec zdravstvenih storitev prejel preko e-pošte s strani območne enote ZZS, s katero je sklenil pogodbo, le še obvestila o spremembah v beleženju in obračunavanju, ki se neposredno nanašajo na njegovo poslovanje. Gre za okrožnice, kjer je že uvodoma nedvoumno in podrobneje navedeno, kateremu izvajalcu je dokument namenjen (opredeljena je vrsta ali podvrsta zdravstvene dejavnosti, npr. »Izvajalcem specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti onkologije in ginekologije«). Večina okrožnic je posledica sprememb evidentiranja in fakturiranja ter postopkov pri izvajalcih na podlagi sprememb Splošnega dogovora, o čemer pa je ZZS dolžan seznaniti izvajalce najmanj 45 dni pred njihovo uveljavitvijo. Partnerji v zdravstvu so se v Splošnem dogovoru v preteklosti tudi že dogovorili, da se programska oprema izvajalcev na podlagi okrožnic ZZS spreminja oziroma dopolnjuje največ štirikrat letno, in sicer z datumom uveljavitve 1. 1., 1. 4., 1. 7. in 1. 10.

Ne glede na to, da se izvajalec odjavi od obveščanja o vseh spremembah v sistemu obveznega zdravstvenega zavarovanja, pa je kljub temu dolžan spremljati in upoštevati tudi druge spremembe, ki se nanašajo na njegovo poslovanje (npr. sprememba Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja, sprememba zakonodaje...).

Strinjamo se, da je sprememb med letom res veliko in da bi bilo smiselno Splošni dogovor sprejeti na Vladi RS pravočasno in brez naknadnih dopolnitev z aneksi, saj bi bili tako pogoji poslovanja bolj predvidljivi in stabilni tako za izvajalce kot za ZZS.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije



DOMUS
MEDICA

Program Koncertnih večerov Domus Medica v sezoni 2017/2018

V oktobru smo začeli s programom Koncertnih večerov Domus Medica v sezoni 2017/2018. Do septembra 2018 se bo zvrstilo osem vrhunskih glasbenih večerov.



24. oktobra 2017 je s koncertnim programom Razstavljeni Mozart nastopil godalni kvartet Dissonance v sestavi **Janez Podlesek**, 1. violina, **Matjaž Porovne**, 2. violina, **Oliver Dizdarevič**, viola, in **Klemen Hvala**, violončelo. Koncert je z besedo povezoval **Dejan Pevčević**. Vzdušje je bilo enkratno.

Sledili bodo koncerti:

14. december 2017:

Božično-novoletni koncert zdravniškega orkestra Camerata medica
ob 25-letnici Zdravniške zbornice Slovenije

Januar 2018:

Beseda besed – mama, glasba J. Brahmsa
z **Nuško Drašček Rojko** ter **glasbeniki tria**
Ars musica s hornistom **Jožetom Rošerjem**



Februar 2018:

koncert z **Anjo Bukovec** in **Petro Greblo**,
violina in violončelo

Marec 2018: **koncert Tria Allegria:**

Nina Pirc in **Barbara Rajević**, violini, **Tina Rejc Krošelj**, violončelo

Program: L. Boccherini, A. Borodin, F. Schubert, A. Piazzola

April 2018:
koncert **zdravniškega orkestra**
Camerata medica



Junij 2018: **»Skok v poletje«** z Beethovnovim septetom

Program Koncertnih večerov Domus Medica za sezono 2017/2018 sta pripravila **Zdravniška zbornica Slovenije** in **Slovensko zdravniško društvo**.

Koncert je za člane zbornice in člane zdravniškega društva ter njihove družinske člane in prijatelje brezplačen, potrebna pa je predhodna rezervacija na: Marija.Cimperman@zss-mcs.si ali po telefonu: 01 30 72 155, za kar se vam najlepše zahvaljujemo. Tako bomo lažje poskrbeli za kakovostno izvedbo programa.

Veselimo se naših skupnih srečanj ob vrhunski glasbi v novi sezoni 2017/18.
Vljudno vabljeni!

Pregled nekaterih ključnih novosti v noveli Zakona o zdravstveni dejavnosti in njihovega vpliva na delo zaposlenih in zasebnih zdravnikov

Peter Renčel, univ. dipl. prav., ZZS

Kot je znano, do 6. novembra 2017 pobudnik za razpis referendumu o noveli Zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZDej) Jožef Ivan Ocvirk, predsednik Društva za zdravje naroda, zbira 40.000 podpisov za začetek postopkov za razpis referendumu. Objavljamo pregled nekaterih ključnih novosti v noveli ZZDej.

1. Položaj zdravnikov, zaposlenih v javnih zavodih

Uvedba časovne omejitve opravljanja dela pri drugem izvajalcu

Za zdravnike, ki so v javnem zavodu zaposleni za polni delovni čas, novela uvaja 8-urno tedensko omejitev dela pri drugih izvajalcih ali v lastni zasebni ambulanti. V to časovno omejitev se vštevata tudi dopolnilno delo (torej 20-odstotna zaposlitev pri drugem izvajalcu).

Začetek veljavnosti časovne omejitve je od uveljavitve zakona dalje. Za delo v drugih javnih zavodih začne časovna omejitev veljati 1. 1. 2021.

Že izdana soglasja se morajo s časovno omejitvijo uskladiti v 2 mesecih od uveljavitve zakona.

Vodenje evidenc

Zdravnik bo moral svojemu delodajalcu do 8. v mesecu posredovati podatke o dejanskem mesečnem obsegu ur opravljanja zdravstvenih storitev oz. o dejanskem tedenskem obsegu opravljanja zdravstvenih storitev pri drugem izvajalcu. Zdravnik bo moral podatke posredovati na način, da bodo razvidni dan, ura začetka in konca opravljanja zdravstvenih storitev pri drugem izvajalcu.

Sankcije

Če zdravnik storitve pri drugem izvajalcu opravlja v nasprotju s pogoji in omejitvami, ki jih določa Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej), mu lahko delodajalec poda izredno odpoved pogodbe o zaposlitvi. Zakon uvaja (dodatno) tudi prekršek in globo od 300 EUR do 5.000 EUR za zdravnika, ki opravlja delo pri drugem izvajalcu v nasprotju z zakonom.

»Popoldanski s. p.«

Vsak izvajalec mora imeti dovoljenje ministrstva za zdravje za opravljanje zdravstvene dejavnosti. Med pogoji za pridobitev dovoljenja je določeno, da mora imeti izvajalec prostore in opremo za opravljanje določene vrste zdravstvene dejavnosti.

Pomembno glede prehodnega obdobja

Prehodno obdobje (1. 1. 2021) glede dela zdravnikov v drugih javnih zavodih se nanaša izključno na 8-urno tedensko omejitev. Vse ostale zahteve in omejitve, vključno s sankcijami, veljajo (od uveljavitve zakona) tudi za delo v drugih javnih zavodih.

Odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti

Vsak izvajalec (tudi javni zavod) bo moral zaposliti odgovornega nosilca za vsako vrsto zdravstvene dejavnosti (iz seznama, ki ga bo

sprejelo ministrstvo), ki bo navedena v dovoljenju ministrstva za opravljanje dejavnosti. Pogoj za odgovornega nosilca je, da ima (po zaključeni specializaciji) vsaj 3 leta delovnih izkušenj na primarni ravni in 5 let na sekundarni ali terciarni ravni. Glede prehodnih obdobjev velja enako kot za zasebnike (glej spodaj).

Zakon ne opredeljuje funkcij (pristojnosti) odgovornega nosilca, določa pa, da je odgovoren za organizacijo dela, ustreznost prostorov, opreme, materialov in kadrov za izvajanje posamezne vrste zdravstvene dejavnosti ter za sistemsko vzpostavitev pogojev za strokovno, kakovostno in varno izvajanje posamezne (vrste) zdravstvene dejavnosti. Hkrati s tem je novela dodala daljši seznam novih prekrškov (nekateri so predstavljeni spodaj pri zasebni dejavnosti) in dvignila kazni zanje. Za vsak prekršek se, poleg izvajalca, kaznuje tudi odgovorna oseba (globo zanjo je od 300 EUR do 5.000 EUR). Glede na definicijo odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti bi lahko nanj odpadla odgovornost za velik del prekrškov, čeprav ti izhajajo s področja posloводства izvajalca.

2. Položaj zasebnih zdravnikov – zasebnih izvajalcev zdravstvene dejavnosti

Seznam (vrst) zdravstvenih dejavnosti, ki se lahko izvajajo

Vsak izvajalec (javni zavod ali zasebnik) bo moral izpolnjevati

(enake) pogoje za opravljanje posamezne vrste zdravstvene dejavnosti. Ministrstvo bo v 6 mesecih od uveljavitve zakona sprejelo seznam vseh vrst zdravstvene dejavnosti. Seznam naj bi določal raven (primarna, sekundarna, terciarna) opravljanja dejavnosti in vrsto specializacije (licence), ki se bo zahtevala za posamezno vrsto dejavnosti iz seznama. Izvajalci bodo morali v nadaljnjih 6 mesecih od določitve seznama podatki na ministrstvo vlogo za določitev vrst zdravstvene dejavnosti (iz seznama), ki jih bodo izvajali.

Pogoji glede prostorov in opreme za opravljanje dejavnosti

Ministrstvo naj bi v 6 mesecih od uveljavitve novele zakona predpisalo tudi pogoje glede prostorov in opreme za opravljanje posameznih vrst zdravstvene dejavnosti. Zakon ne predpisuje prehodnega obdobja za prilagoditev izvajalcev tem na novo opredeljenim pogojem, določa pa obveznost, da izvajalci predpisane pogoje izpolnjujejo ves čas opravljanja dejavnosti, sicer jim bo ministrstvo dovoljenje za opravljanje dejavnosti odvzelo.

Pogoji za izdajo dovoljenja za opravljanje posamezne vrste zdravstvene dejavnosti

Za opravljanje posamezne vrste zdravstvene dejavnosti (iz seznama) bo moral izvajalec zaposliti odgovornega nosilca (razen če je zasebnik – fizična oseba sam odgovorni nosilec) za polni delovni čas ali krajši delovni čas, sorazmerno »glede na predviden obseg izvajanja dejavnosti«. Zakon pri tem ne predvideva sprejetja predpisa, ki bi določal razmerje med obsegom opravljanja dejavnosti in obsegom zaposlitve odgovornega nosilca.

Izvajalec bo moral imeti prostore in opremo za opravljanje dejavnosti. Zakon ne zahteva lastništva.

Glede ostalih delavcev zakon določa: »Zdravstvene storitve bodo

opravljali zdravstveni delavci oziroma zdravstveni sodelavci, ki izpolnjujejo pogoje iz tega zakona, zdravniki pa tudi pogoje iz zakona, ki ureja zdravniško službo.« Iz tega sledi, da preostalega osebja (poleg odgovornega nosilca) izvajalcu ni treba zaposliti. Zakon pri tem ne predvideva sprejetja predpisa, ki bi določal, katere strokovne profile zdravstvenih delavcev se zahteva (poleg odgovornega nosilca) za izvajanje posamezne vrste dejavnosti.

Rok za določitev odgovornega nosilca (oz. uskladitve izdanih dovoljenj) pri obstoječih izvajalcih je 3 leta od uveljavitve zakona.

Poslovno sodelovanje z zdravstvenimi delavci, ki so zaposleni v javnih zavodih

Zakon določa, da je prepovedano »omogočanje opravljanja zdravstvenih storitev« zdravstvenemu delavcu (zaposlenemu v javnem zavodu), ki ne izpolnjuje pogojev, določenih s tem zakonom (ki torej nima dovoljenja svojega delodajalca). Zakon izvajalcu izrecno nalaga obveznost, da predhodno preveri, ali zdravstveni delavec (kateremu »omogoča opravljanje dejavnosti«) izpolnjuje predpisane pogoje. Nedovoljeno »omogočanje opravljanja storitev« je opredeljeno kot prekršek, ki se kaznuje z globo od 3.000 EUR do 50.000 EUR (pravna oseba) oz. od 1.000 EUR do 15.000 EUR (zasebni zdravnik) ter dodatno z globo od 300 EUR do 5.000 EUR za odgovorno osebo. Pomembno: prekršek ni omejen na sodelovanje z zdravniki (velja tudi za vse ostale zdravstvene delavce).

Ostali (na novo) določeni prekrški izvajalcev in predpisane globe

Novela prinaša naslednje na novo določene prekrške za izvajalce in njihove odgovorne osebe (v zakonu je predpisanih še več prekrškov, ki pa pri zasebnikih ne pridejo pogosteje v poštev):

- opravljanje dejavnosti brez dovoljenja,
- odgovorni nosilec ni zaposlen

ali če ostale osebe, ki opravljajo storitve pri izvajalcu, ne izpolnjujejo predpisanih pogojev,

- odgovorni nosilec ne izpolnjuje pogojev,
- izvajalec v 15 dneh ne sporoči sprememb, povezanih z izpolnjevanjem pogojev za opravljanje dejavnosti,
- ne vodi zdravstvene dokumentacije v skladu s posebnim zakonom oz. se ne vključi v enoten informacijski sistem,
- zaposli zdravstvene delavce, ki nimajo ustreznega znanja slovenščine, ali v svojih aktivih ni opredelil ustrezne stopnje znanja jezika v skladu z zakonom,
- zaposli ali na drugi podlagi sodeluje z zdravstvenimi delavci, ki ne izpolnjujejo pogojev za samostojno opravljanje dela,
- krši določbe o oglaševanju ali določbe o označbi objekta, v katerem se opravlja zdravstvena dejavnost.

Za vsak prekršek plača izvajalec globo od 3.000 EUR do 50.000 EUR, če je pravna oseba, ter od 1.000 EUR do 15.000 EUR, če je izvajalec zasebnik. Globo od 300 EUR do 5.000 EUR plača za vsak prekršek tudi odgovorna oseba pri izvajalcu.

3. Položaj koncesionarjev

Pogoji za podelitev in podaljšanje koncesije

Koncesija se podeli ali podaljša, če koncedent ugotovi:

- da javni zdravstveni zavod ne more zagotavljati opravljanja zdravstvene dejavnosti v obsegu, kot je določen z mrežo javne zdravstvene službe,
- oz. če javni zdravstveni zavod ne more zagotoviti potrebne dostopnosti do zdravstvenih storitev.

Iz te določbe ni mogoče razbrati, ali sta pogoja določena kumulativno/

alternativno, kateri javni zavod je merodajen pri presoji in kako se bo upošteval kriterij »mreže javne zdravstvene službe«, če ta ni bila (formalno) sprejeta.

Novela je možnost podaljšanja vezala tudi na dodaten pogoj, in sicer na pozitivno mnenje Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) in pristojne zbornice oz. strokovnega združenja. Zaradi načina zapisa določbe v noveli ti organi ne podajajo več nezavezujočega mnenja, kot je do zdaj urejal Zakon o splošnem upravnem postopku, ampak je pozitivno mnenje (ZZZS-ja in zbornice/združenja) zakonsko določen pogoj za podaljšanje koncesije.

Vsi nezaključeni postopki podelitve koncesije (v katerih še ni bila izdana koncesijska odločba) se ustavijo.

Trajanje koncesij

Koncesije se podelijo/podaljšajo za obdobje 15 let. Zakon ne predvideva krajšega obdobja podelitve oz. podaljšanja.

Obstoječe koncesije, podeljene:

1. za nedoločen čas ali
2. za določen čas, pri čemer se čas njihove veljavnosti po 15 letih od uveljavitve novele še ne bi iztekel, se spremenijo v koncesije za določen čas – 15 let, šteto od uveljavitve novele. Po tem obdobju se lahko podaljšajo za 15 let pod pogoji, ki jih določa novela.

Novela ne vpliva na iztek obstoječih koncesij, podeljenih za določen čas, ki bodo prenehale v 15 letih od uveljavitve zakona. Po izteku se lahko podaljšajo pod pogoji, ki jih določa novela.

Pogoji za opravljanje koncesijske dejavnosti

Pogoji so enaki, kot veljajo za izdajo dovoljenja za opravljanje dejavnosti (zaposlen odgovorni nosilec in zagotovljeno delo ostalih zdravstvenih delavcev, potrebnih za izvajanje določenega obsega storitev), ter še: sklenjena pogodba z javnim zavodom glede opravljanja neprekinjenega zdravstvenega varstva,

sklenjeno zavarovanje poklicne odgovornosti, izvajalcu koncesija v zadnjih 5 letih ni bila odvzeta, izvajalec ni v postopku pred zbornico zaradi kršitev v zvezi z opravljanjem poklica in pri izvajalcu ni podanih izključitvenih razlogov po zakonu, ki ureja javno naročanje (predkaznovanost, neplačevanje obveznih dajatev itd.).

Novela določa pogoje, ki jih mora ponudnik izpolnjevati (1) že ob prijavi na razpis, (2) ob sklenitvi koncesijske pogodbe ter (3) ob začetku opravljanja dejavnosti (npr. zaposlitev odgovornega nosilca).

Obstoječi koncesionarji morajo v roku 3 let od uveljavitve zakona izpolniti pogoj glede (1) zaposlitve odgovornega nosilca (razen če je koncesionar zasebni zdravnik – fizična oseba sam odgovorni nosilec) ter v roku 1 leta od uveljavitve zakona pogoje glede (2) zaposlitve (oz. angažiranja na drugi pravni podlagi) ustreznega števila ostalega zdravstvenega osebja (to število pa ni določeno), (3) sklenitve zavarovanja poklicne odgovornosti in (4) pogodbe o sodelovanju glede zagotavljanja neprekinjenega zdravstvenega varstva (zadnja dva pogoja bi moral vsak koncesionar izpolnjevati že po veljavnem Zakonu o zdravniški službi).

Prenos koncesije

Novela izrecno prepoveduje dedovanje, prodajo, prenos ali druge oblike pravnega prometa s koncesijo – pravni posel v nasprotju s to prepovedjo je ničen. S tem novela prepoveduje dosedanja možnost prenosa koncesije (kot javno-zasebnega partnerstva) na drugega izvajalca, ne prepoveduje pa pravnih poslov s poslovnimi deleži ali delnicami gospodarskih družb – koncesionarjev.

Subsidiarna uporaba zakona, ki bo urejal podeljevanje koncesij

Novela pravi, da se za vprašanja, ki po ZZDej niso izrecno drugače urejena, uporablja zakon, ki ureja podeljevanje koncesij. S tem zakonom (še ni sprejet) bo v slovenski pravni red uvedena evropska direktiva, ki

ureja podeljevanje koncesij. Na ta način se bo s subsidiarno uporabo zakona (o podeljevanju koncesij) tudi za koncesije v zdravstvu, z izjemo vprašanj, ki jih ZZDej ureja drugače, na področju zdravstva dejansko uporabljala evropska ureditev s področja koncesij, čeprav je bil osnovni namen zakona ravno nasproten – da se za zdravstvo pravo EU sploh ne uporablja.

Uporaba presežka prihodkov nad odhodki

Namen zakonodajalca, da bi ureditev javnega financiranja zdravstvenih storitev izključil iz področja uporabe evropskega prava, je normativno izražen v novem 3. členu zakona, ki pravi:

- da se zdravstvene storitve opravljajo kot negospodarske storitve splošnega pomena,
- izvajalci te storitve opravljajo na nepridobiten način, tako da se presežek prihodkov na odhodki porabi za opravljanje in razvoj zdravstvene dejavnosti.

Ureditev iz zakona se lahko neposredno aplicira na dejavnost zavodov, pri katerih Zakon o zavodih ureja institut presežka prihodkov nad odhodki. Za druge kategorije izvajalcev (gospodarske družbe, samostojne podjetnike in osebe, ki samostojno opravljajo poklicno dejavnost), ki »presežka prihodkov nad odhodki« ne poznajo, tega pravila ni mogoče neposredno uporabiti, pri čemer zakon ne vsebuje nobene druge rešitve niti napotila na smiselno uporabo drugih predpisov. Zato ni mogoče napovedati, na kakšen način se bo določba v praksi uporabljala, oz. je mogoče ob ustavno skladni razlagi določbe (pravica do zasebne lastnine) priti zgolj do zaključka, da se določba za koncesionarje ne more uporabljati.

Postopek podelitve koncesije

Pri postopku podelitve ni bistvenih novosti v primerjavi s sedanjo ureditvijo (po Zakonu o javno-zasebnem partnerstvu). Novost je obliगतorna izdaja koncesijskega akta, ki

ima sicer tudi drugačno vsebino (funkcijo), kot je (in bo tudi v bodoče) urejena v Zakonu o javno-zasebnem partnerstvu oz. v bodočem krovnem zakonu s področja podeljevanja koncesijskih pogodb.

Zdravniška zbornica v postopku podelitve nima več nobenih pristojnosti, ZZZS pa je pridobil bistveno več pristojnosti kot doslej, in sicer daje soglasje h koncesijskemu aktu (sprejem tega pa je pogoj za podelitev koncesije).

Vsebina koncesijske pogodbe

Novela določa minimalno vsebino koncesijske pogodbe, pri čemer zahteva tudi pogodbeno ureditev nekaterih vprašanj, ki jih do sedaj koncesijske pogodbe niso urejale – recimo določitev pogodbenih kazni v zvezi z opravljanjem koncesijske dejavnosti ter vzpostavitev vseh oblik notranjega nadzora ter sistema kakovosti in varnosti pri koncesionar-

ju. Novela ne določa obveznosti uskladitve obstoječih koncesijskih pogodb s to določbo zakona.

Pomembna novost so t. i. nebitvene spremembe koncesijskega razmerja, ki jih koncedent odobri v obliki spremembe koncesijske odločbe, in sicer: sprememba lokacija opravljanja dejavnosti, zamenjava odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti pri koncesionarju in povečanje/zmanjšanje programa zdravstvenih storitev za 20 odstotkov.

Če koncesionar iz določenih razlogov na njegovi strani (npr. bolezen) več kot šest mesecev ne bi mogel izvajati koncesije, se stranki z aneksom h koncesijski pogodbi dogovorita o »začasnem opravljanju dejavnosti« za obdobje do 2 let. Zakon pri tem ne postavlja okvirov (omejitev) takšnemu dogovarjanju. Za primer prenehanja koncesije novela ureja tudi možnost začasnega prevzema koncesije (za največ eno leto), pri

čemer prevzemnika določi koncedent (če storitev ne more izvajati javni zavod) med drugimi koncesionarji ali (če teh ni) drugimi izvajalci, ki imajo dovoljenje za opravljanje dejavnosti.

Ločeno evidentiranje prihodkov in odhodkov ter sredstev in virov sredstev

Novela predpisuje vodenje ločenih izkazov prihodkov/odhodkov ter sredstev in virov sredstev, ki se nanašajo na koncesijsko dejavnost, od tistih, ki se nanašajo na opravljanje zasebne dejavnosti v skladu s predpisi, ki urejajo to področje. Gre za Zakon o preglednosti finančnih odnosov in ločenem evidentiranju različnih dejavnosti, ki sicer res nalaga določene obveznosti tudi koncesionarjem (imetnikom posebnih ali izključnih pravic), vendar se njihova uporaba aktivira, ko dosežejo prihodkovni prag: 40 milijonov EUR letnih prihodkov.



Zdravnik kot bolnik – rezultati raziskovalne naloge

Daša Bosilj, dr. med., Maribor

Kaja Cankar, dr. med., SB Novo mesto

O vlogi zdravnika kot bolnika je znanega zelo malo. Čeprav zdravnik rešuje življenja, je ravno tako ranljiv in lahko zbolí kot vsak drug človek. V raziskavi, ki je bila izvedena v sklopu raziskovalnih nalog za dekanovo nagrado Medicinske fakultete Univerze v Mariboru pod mentorstvom prof. dr. Matjaža Zwitterja in doc. dr. Ksenije Tušek Bunc, sva želeli odgovoriti na vprašanja, povezana z zdravnikovim zdravjem in boleznijo: kakšen je odnos zdravnika do dejavnikov tveganja za bolezen, sodelovanje v akcijah zgodnjega odkrivanja bolezni ter ravnanje zdravnika v primeru lastne bolezni. Gre za prvo raziskavo na slovenskem prostoru, ki poskuša sistematično osvetliti zdravnika v vlogi bolnika.

Po pregledu domače in tuje literature izbranega področja sva na podlagi podobnih vprašalnikov iz tujine pripravili anonimno spletno anketo. K sodelovanju v raziskavi sva povabili zdravnike, člane Zdravniške zbornice Slovenije. Povabilo k sodelovanju in povezava do ankete sta bila objavljena v biltenu ter glasilu Zdravniške zbornice Slovenije (reviji Isis). Tako naj bi anketa dosegla približno 8.000 zdravnikov in zobozdravnikov, a se je za sodelovanje odločilo le 154 zdravnikov. Vsem sodelujočim se najlepše zahvaljujeva.

Kljub slabši odzivnosti in majhnemu vzorcu sva prišli do nekaterih zanimivih ugotovitev. S statistično analizo rezultatov sva pokazali, da ima večina zdravnikov kljub svojemu medicin-

skemu znanju najmanj enega od dejavnikov večjega tveganja za kronične bolezni, pri tem še posebej izstopa telesna neaktivnost.

Anketirani se preventivnih programov udeležujejo v manjšem obsegu, kot bi pričakovali. Sodelovanje je dobro v programih zgodnjega odkrivanja raka SVIT (84%), preventivnega programa ZORA in DORA se redno udeležuje 65 odstotkov zdravnic, redko pa se anketirani udeležujejo Nacionalnega programa preventive srčno-žilnih bolezni. Kar 78 odstotkov anketiranih se programa ni udeležilo še nikoli. Morda to lahko pripišemo prav podatku, da si dejavnike tveganja določajo sami in se zato ne udeležujejo preventivnih pregledov pri osebnih zdravnikih ali v referenčnih ambulantah.

Presenetil naju je visok odstotek zdravnikov, ki imajo izbranega osebnega zdravnika, in sicer kar 98 odstotkov.

Ta izbira je pogosto le formalnost, kajti v primeru bolezni se glede zdravljenja z družinskim zdravnikom sorazmerno redko posvetujejo. Anketirani kot razlog za napisano navajajo pomanjkanje časa, moti jih tudi, da so njihovi osebni zdravstveni podatki dostopni drugim zdravstvenim delavcem.

Morda lahko zgornjemu pripišemo tudi visoko stopnjo samozdravljenja med anketiranimi zdravniki. Samozdravljenje in samopredpisovanje zdravil priznava kar 92 odstotkov anketira-



Graf 1: Dejavniki tveganja za kronične bolezni med anketiranimi.

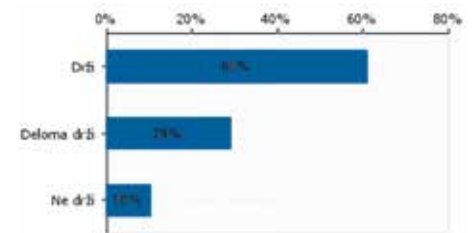


Graf 2: Izbrani osebni zdravnik anketiranih.



Graf 3: Ovire, s katerimi se srečujejo anketirani pri iskanju zdravniške pomoči.

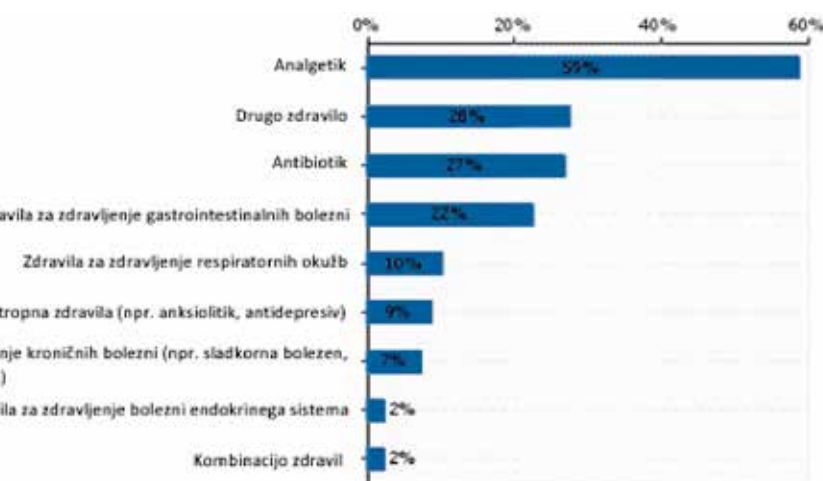
Zdravniki, ki zdravijo svoje kolege, jim pri obravnavi v 61 odstotkih primerov namenijo enako ali celo več časa kot ostalim bolnikom in vsi (99 odstotkov) so bolj skrbni pri diagnostiki in izbiri zdravljenja. Podatek je zelo pozitiven, saj podobne raziskave iz tujine navajajo ravno nasprotno. Pri obravnavi svojih kolegov so pogosto manj skrbni in podajo manj informacij, saj pričakujejo, da zdravniki kljub drugačni specializaciji posedujejo znanje, ki jim omogoča razumevanje svojega zdravstvenega stanja.



Graf 5: Svojemu kolegu pacientu dajem prednost pri sprejemu na diagnostiko ali zdravljenje.

Slovenski »zdravniki bolniki« pa situacijo občutijo drugače. Večina (77 odstotkov) sodelujočih meni, da nimajo prednosti pri sprejemu na diagnostiko in zdravljenje, in kar 48 odstotkov jih meni, da jim zdravniki kolegi namenijo manj časa kot drugim bolnikom.

Tematika, ki sva jo poskušali osvetliti v sklopu raziskovalne naloge, ponuja še veliko priložnosti za nadaljnjo in bolj poglobljeno raziskovanje. S pridobljenimi informacijami bi lahko na slovenskem prostoru oblikovali tudi smernice in priporočila, ki bi bili v pomoč tako zdravnikom pri obravnavi svojih kolegov kot tudi zdravnikom bolnikom pri iskanju zdravniške pomoči. Meniva, da bodo izsledki raziskave zanimivi tudi za širšo strokovno javnost, saj spodbujajo k večji aktivnosti na nekaterih področjih preventive in zgodnje diagnostike, pa tudi pri poglobljeni etični in pravni razpravi o medosebnih odnosih znotraj zdravništva.



Graf 4: Zdravila, ki so jih anketirani jemali ob zadnjem samozdravljenju.

nih; največkrat gre za predpisovanje analgetikov ter antibiotikov, v visokem odstotku pa tudi psihotropna zdravila (9 odstotkov) ter zdravila za kronične bolezni (7 odstotkov).

V povprečju so bili anketirani zdravniki v zadnjih 2 letih na bolni-

škem staležu 9,4 dni, pri isti bolezni bi svojim bolnikom predpisali približno štirikrat več bolniškega dopusta, to je 34,5 dni. Zanimiv je tudi podatek, da anketirani v primeru bolezni raje porabijo star letni dopust.

O privilegijih zdravniškega poklica

Prof. dr. Matjaž Zwitter, dr. med., Ljubljana

Prim. doc. dr. Ksenija Tušek Bunc, dr. med., ZD dr. Adolfa Drolca Maribor

Daša Bosilj in Kaja Cankar sta nam predstavili izsledke ankete, ki sta jo izvedli, ko sta bili še študentki Medicinske fakultete v Mariboru. Kot mentor in somentorica te zanimive raziskave naj dodava nekaj besed o domnevnih privilegijih zdravniškega poklica: o samozdravljenju in o prednosti pri zdravniški obravnavi obolelega kolega.

Anketa je potrdila, da se zdravniki pogosto zatečemo k samozdravljenju. Brez obiska ambulante sebi in svojim bližnjim pogosto predpisujemo zdravila za akutne in tudi za kronične bolezni. Bloka z recepti, ki ga imamo vsi doma, pa nikakor ne smemo razumeti kot poseben zdravniški privilegij ali kot veliko uslugo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). Nič nam ni podarjeno: na boljšem je le ZZZS, ki so mu prihranjeni stroški zdravniških pregledov za

tisoče zdravnikov in za še več njihovih družinskih članov. Hkrati ne smemo spregledati strokovne šibkosti ureditve, ko si zdravnik lahko sam predpiše zdravilo, ne more pa si sam (če ni zdravnik družinske medicine) naročiti preiskav. Vzemimo primer zdravljenja z antibiotiki, ki pogosto ni podprto z ustrežno diagnostiko: z natančnim kliničnim pregledom in s krvnimi in bakteriološkimi preiskavami. Podobno velja za kronične bolezni, kjer je pred odločitvijo o nadaljevanju zdravljenja potrebno natančno spremljanje stanja bolezni ter zelenih in neželenih učinkov zdravljenja. Samozdravljenje je torej navidezna bližnjica, ki pa neredko pomeni odmik od strokovnih standardov. Domnevni privilegij se lahko hitro spremeni v strokovno napako.

Veseli naju, da večina zdravnikov obolelim kolegom še vedno daje

prednost pri obravnavi. Tako je zapisano v vseh etičnih kodeksih od Hipokrata pa do današnjih dni. Res je, prednostna obravnavna obolelega kolega je v nasprotju s slovenskim vse bolj strogo nadzorovanim urejanjem čakalnih list. Kljub temu upava, da bodo na ministrstvu in pri zdravstveni inšpekciji sprevideli, da zadev, ki globoko posegajo v medčloveške odnose, ne moremo in ne smemo reševati na birokratski način. Pa ne gre le za spoštovanje odnosov med kolegi ali odnosov v družini (če gre, vzemimo, za bolezen pri ženi, hčerki, očetu), gre tudi za racionalno delovanje zdravstvenega sistema. Raziskava naših mladih kolegic je namreč razkrila, da si zdravniki vzamejo skoraj štirikrat manj bolniškega dopusta, kot bi ga za isto bolezen odobrili drugim bolnikom. Če bi nas oblastniki kljub vsem etičnim zapovedim prisilili, da opustimo stanovsko solidarnost, potem imamo zdravniki zelo preprost odgovor: enaki bomo v vsem, tudi pri bolniškem dopustu. Zanimivo pa bo videti, kako se bodo v takšnem primeru podaljšale čakalne dobe.

Zdravstvena problematika alkohola v Sloveniji

Prim. asist. dr. Barbara Lovrečič, dr. med., spec., prim. doc. dr. Mercedes Lovrečič, dr. med., spec., Nacionalni inštitut za javno zdravje

Evropska regija Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) se sooča z najvišjo porabo alkohola na svetu in največjim bremenom bolezni in umrljivosti, ki so posledica škodljive rabe

alkohola: 40 odstotkov bolezni in stanj ter prezgodnje umrljivosti povzročajo trije preprečljivi vzroki (dejavniki): kajenje tobaka, škodljiva raba alkohola in

prometne nezgode (pogosto vzrok alkohol) (1).

Evropska regija SZO je že leta 1992 dobila prvi evropski akcijski načrt za področje alkohola. Leta 2012 je sledil nov Akcijski

načrt za zmanjševanje škodljive rabe alkohola 2012–2020, ki ga je podprlo 53¹ evropskih držav članic Evropske regije SZO² (1). Kljub temu, da le polovica svetovnega prebivalstva pije alkohol, slednji predstavlja tretji vodilni vzrok za bolezni in pre zgodnjo umrljivost v svetu, takoj za nizko porodno težo in nezashčitenimi spolnimi odnosi (alkohol predstavlja dejavnik tveganja), in presega breme tobaka (1). Preprečevanje zdravstvenih posledic škodljive rabe alkohola ostaja javnozdravstvena prioriteta v Evropski regiji SZO.

Slovenija še ne razpolaga s strategijo in/ali akcijskim načrtom za zmanjševanje zdravstvenih posledic škodljive rabe, posebej prirejenim specifično in izključno za področje alkohola, za razliko od npr. področja prepovedanih drog, kjer imamo v Sloveniji na voljo že več različnih resolucij (tudi specifičnih) (2–4) in akcijskih planov za področje prepovedanih drog (5, 6). Področje alkohola je deloma vključeno v Resoluciji nacionalnega plana zdravstvenega varstva 2016–2025 (7), pred tem pa v Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva

- 1 Albanija, Andora, Armenija, Avstrija, Azerbajdžan, Belorusija, Belgija, Bosna in Hercegovina, Bolgarija, Hrvaška, Ciper, Češka republika, Danska, Estonija, Finska, Francija, Gruzija, Nemčija, Grčija, Madžarska, Islandija, Irska, Izrael, Italija, Kazahstan, Kirgizija, Latvija, Litva, Luksemburg, Malta, Monako, Črna gora, Nizozemska, Norveška, Poljska, Portugalska, Republika Moldavija, Romunija, Ruska federacija, San Marino, Srbija, Slovaška, Slovenija, Španija, Švedska, Švica, Tadžikistan, nekdanja Jugoslavija, Republika Makedonija, Turčija, Turkmenistan, Ukrajina, Združeno kraljestvo, Uzbekistan.
- 2 Evropska regija SZO vključuje države EU, države kandidatke za članstvo, Norveško in Švico.
- 3 Pri izbranih alkoholih pripisljivih vzrokih smrti so vključeni naslednji vzroki: rak grla in požiralnika, sindrom odvisnosti od alkohola, kronična jetrna bolezen in ciroza, vsi zunanji vzroki.

2008–2013 (8). Slovenija pri mednarodni primerljivosti negativno izstopa zaradi škodljive rabe alkohola.

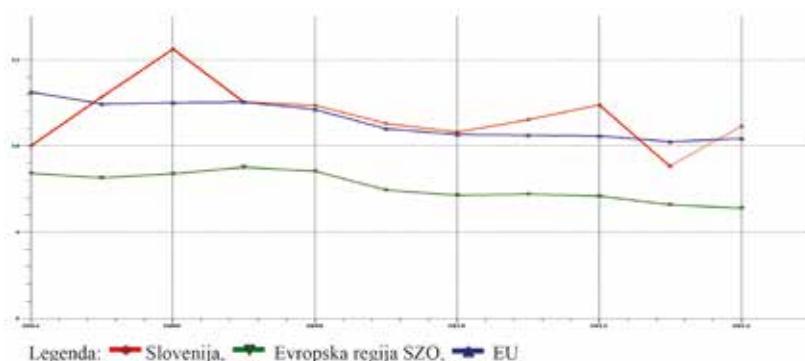
Izpostavljenost alkoholu in poraba alkohola: Slovenija nad povprečjem EU in Evropske regije SZO

Primerjava podatkov SZO glede registrirane porabe alkohola za izbrano obdobje 2004–2014 kaže, da ima Slovenija višjo registrirano porabo alkohola v litrih čistega alkohola na prebivalca, starega 15 let in več, v primerjavi z Evropsko regijo SZO, pa tudi v primerjavi z EU (razen za leti 2004 in 2013) (slika 1). Pri tem je treba upoštevati tudi izredno veliko

dostopnost do alkohola, strpen odnos družbe do alkohola in opijanja v javnosti ter problematične piske navade Slovencev.

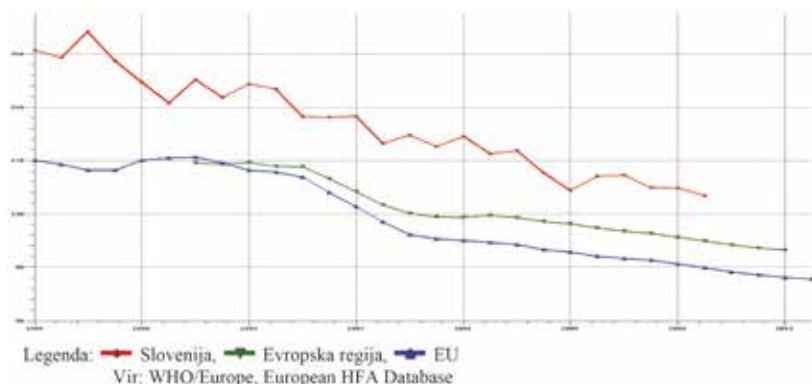
Standardizirana stopnja umrljivosti zaradi izbranih alkoholih pripisljivih vzrokov: Slovenija nad povprečjem EU in Evropske regije SZO, tako pri moških kot pri ženskah

Po podatkih SZO starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi izbranih³ alkoholih pripisljivih vzrokov v svetu, v EU in v Sloveniji v zadnjih desetletjih upada, vendar je v



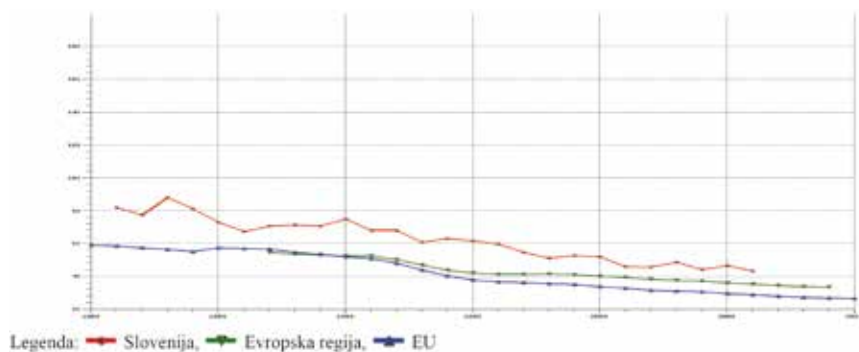
Slika 1. Registrirana poraba alkohola v litrih čistega alkohola na prebivalca, starejšega od 15 let, 2004–2014, Slovenija, Evropska regija SZO in EU (povprečje).

Vir: WHO/Europe, European HFA Database



Slika 2. Starostno standardizirana umrljivost zaradi izbranih alkoholih pripisljivih vzrokov na 100.000 prebivalcev – moški, 1984–2014, Slovenija, Evropska regija SZO in EU (povprečje).

Vir: WHO/Europe, European HFA Database



Slika 3. Starostno standardizirana umrljivost zaradi izbranih alkoholu pripisljivih vzrokov na 100.000 prebivalcev – ženske, 1984–2014, Slovenija, Evropska regija SZO in EU (povprečje).
Vir: WHO/Europe, European HFA Database

Estonijo. Umrljivost zaradi teh izbranih vzrokov smrti je povsod višja med moškimi v primerjavi z ženskami.

Umrljivost zaradi kroničnih bolezni jeter in jetrne ciroze: Slovenija nad povprečjem EU in Evropske regije SZO, tako pri moških kot pri ženskah

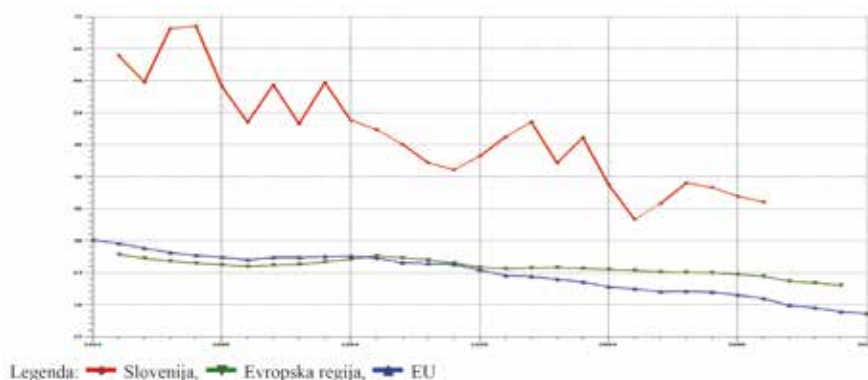
Po podatkih SZO starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi kronične bolezni jeter in jetrne ciroze, ki je v veliki meri posledica škodljive rabe alkohola, v svetu, v EU in v Sloveniji v zadnjih desetletjih upada, vendar je v Sloveniji vseskozi visoko nad povprečjem EU in tudi nad povprečjem Evropske regije SZO (slika 4, slika 5).

Po starostno standardizirani stopnji umrljivosti zaradi kronične jetrne ciroze je Slovenija na 4. mestu za Romunijo, Madžarsko in Litvo.

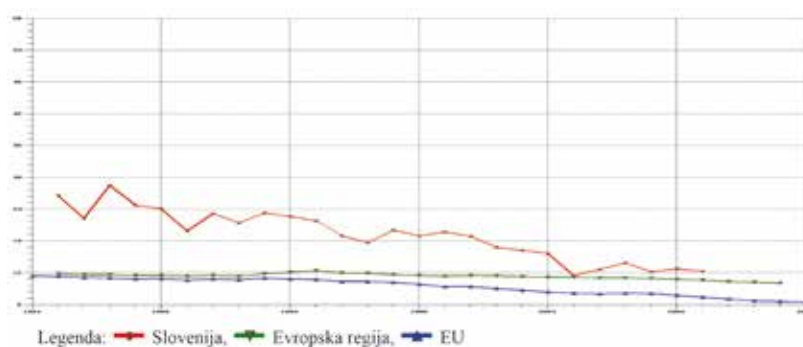
Alkoholna pijača in standardna enota ali merica alkoholne pijače

Alkoholna pijača je v Sloveniji zakonsko definirana v drugem členu Zakona o omejevanju porabe alkohola (ZOPA), kjer je jasno opredeljeno, da je alkoholna pijača vsaka pijača, ki vsebuje več kot 1,2 volumenskih odstotkov alkohola, žgana pijača pa je tista alkoholna pijača, ki vsebuje več kot 15 volumenskih odstotkov alkohola (10). Med alkoholne pijače uvrščamo pivo, vino, žgane pijače, mešane gazirane alkoholne pijače ter mešanice piva in limonade.

Standardne enote alkoholne pijače se v različnih državah razlikujejo in v povprečju najpogosteje vsebujejo med 10 in 12 g čistega alkohola. V nekaterih državah in v nekaterih lokalnih strežajo alkoholne pijače v enotah, ki presegajo standardne enote, zato ne moremo vselej enačiti postrežene



Slika 4. Starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi kronične bolezni jeter in jetrne ciroze na 100.000 prebivalcev – moški, 1984–2014, Slovenija, Evropska regija SZO in EU (povprečje).
Vir: WHO/Europe, European HFA Database



Slika 5. Starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi kronične bolezni jeter in jetrne ciroze na 100.000 prebivalcev – ženske, 1984–2014, Slovenija, Evropska regija SZO in EU (povprečje).
Vir: WHO/Europe, European HFA Database

Sloveniji umrljivost zaradi izbranih alkoholu pripisljivih vzrokov vseskozi visoko nad povprečjem EU in tudi nad povprečjem Evropske regije SZO, kjer je poraba alkohola dvakrat višja od svetovnega povprečja (slika

2, slika 3). Po umrljivosti zaradi izbranih alkoholu pripisljivih vzrokov se Slovenija z 90,95 smrtmi na 100.000 prebivalcev uvršča na 6. mesto med državami EU za Litvo, Latvijo, Madžarsko, Romunijo in

Slika 6. Relativno manj tvegano pitje alkohola (11–13).

Pogostost	Zdrave odrasle ženske, ki niso noseče in ne dojijo, ter zdrave osebe, starejše od 65 let	Zdravi odrasli moški	Otroci, mladostniki, nosečnice, doječe matere in osebe, zdravljene zaradi sindroma odvisnosti od alkohola, druga zdravstvena stanja
Na dan	ne več kot 1 enota	ne več kot 2 enoti	nič
Na teden	ne več kot 7 enot ter vsaj 1–2 dni v tednu povsem brez alkohola	ne več kot 14 enot in vsaj 1–2 dni v tednu povsem brez alkohola	nič
Ob pivski priložnosti	ne več kot 3 enote	ne več kot 5 enot	nič

Viri: povzeto po Židanik in Čebašek - Travnik, 2003; Kolšek, 2007; Anderson in sod., 2006; International Agency for Research on Cancer; Bilban, 2011 in prirejeno.

alkoholne pijače s standardno enoto alkohola (11).

Ena standardna enota ali merica alkoholne pijače je v Sloveniji (po zgledu Evrope) definirana kot tista količina alkoholne pijače, ki vsebuje približno 10 gramov čistega alkohola, kar je v povprečju približno (11–15): 2,5 dcl piva (5 % alkohola) ali 1 dcl vina (12 % alkohola) ali 0,3 dcl žgane pijače (40 % alkohola) ali 3,3 dcl mešane gazirane alkoholne pijače ali 2–2,5 dcl sadjevca (5 % alkohola) ali 0,5 l mešanice piva in limonade ali oranžade (npr. radler) ali 0,7 dcl močnejšega vina (18 % alkohola) ali 0,5 dcl likerja ali aperitiva (25 % alkohola).

Relativno manj tvegano pitje alkohola

Smernice ali priporočila za manj tvegano pitje alkohola so se v Evropi pojavljale že v 80. letih prejšnjega stoletja. Opisi »zdravo pitje«, »razumno«, »zmerno«, »preudarno« ali »odgovorno pitje« se opuščajo in nadomeščajo z »manj tvegano« pitje alkohola (16–18). Izsledki raziskav v zadnjih desetletjih so omogočili boljše razumevanje učinkov alkohola na človeški organizem, ugotovljeno je bilo, da alkohol nedvomno predstavlja dejavnik tveganja za nekatera rakava obolenja. Zdi se tudi, da so bili predhodni zaključki o zaščitnih učinkih alkohola za srce precenjeni, in zdi se,

da tudi v primerih manj tveganega pitja alkohola zmanjšan vnos alkohola prinaša koristi (16–18).

Tudi v Sloveniji je med strokovnjaki več kot desetletje splošno znano, da ko govorimo o mejah relativno manj tveganega pitja alkohola, to ne pomeni, da se tako pitje alkohola priporoča, temveč da meje relativno manj tveganega pitja alkohola pri odraslih zdravih osebah opredeljujejo način in pogostost pitja ter količine alkohola, ki predstavljajo manjšo verjetnost, da se bo pojavila škoda za zdravje pri večini zdravih odraslih ljudi (12, 13). Tveganje za prezgodnjo umrljivost zaradi vzrokov, pripisljivih alkoholu, linearno narašča s celotno v življenju zaužito količino alkohola. Varnih količin alkoholnih pijač ne poznamo. Pri čezmernem pitju alkohola zmanjšanje količin zaužitega alkohola na manj kot 10 g čistega alkohola dnevno zmanjša letno in splošno tveganje za smrt zaradi vzrokov, povezanih z alkoholom (9).

Relativno manj tvegano pitje alkohola je opredeljeno glede na spol, starost, zdravstveno stanje posameznika, na količino zaužitega alkohola na dan in na teden ter na pivsko priložnost in pivske navade. Pri tem je pomembno, da v primeru pitja alkohola med tednom slednjega vsaj dan do dva sploh ne zaužijemo (pozorni smo tudi na količino alkohola ob pivski priložnosti, ki se všteje v dnevno in tedensko količino) (11–13; slika 6). Meje manj tveganega pitja

temeljijo na opredelitvi enote alkohola in so za moške in ženske različne. Ženske so zaradi svojih genetskih in telesnih značilnosti bolj občutljive na učinke in posledice alkohola, v povprečju so manjše kot moški, imajo v primerjavi z moškimi manjša jetra, manj mišične mase, manj vode v organizmu ter manj encima, ki razgrajuje alkohol. Tako je ob zaužitju enakih količin alkohola koncentracija alkohola v krvi žensk višja v primerjavi z moškimi. Posebna previdnost je potrebna tudi pri starejših osebah, saj so tudi zaradi svoje presnove občutljivejše za alkohol, pogosto pa prejemajo tudi zdravila ali imajo druge zdravstvene težave (npr. povišan krvni tlak) (11–14). Meje relativno manj tveganega pitja alkohola ne veljajo za osebe s sindromom odvisnosti od alkohola. V teh primerih je potrebna vzpostavitev in vzdrževanje abstinence. Tudi pri nosečnicah, doječih materah, otrocih in mladostnikih se odsvetuje vsako pitje alkoholnih pijač.

Alkohol je dokazano rakotvoren in uvrščen v 1. skupino snovi, ki so rakotvorne za človeka

Poraba alkohola je tretji vodilni dejavnik tveganja za bolezni in umrljivost v Evropi. Mednarodna agencija

Slika 7.: Primerjava predpisanih zdravstvenih opozoril za rakotvorni snovi alkohol in tobak, Slovenija

Zdravstvena opozorila	Alkohol	Tobak
Pisna	splošna, le ob oglaševanju: »Minister za zdravje opozarja: Uživanje alkohola lahko škoduje zdravju!« ali »Minister za zdravje opozarja: Prekomerno pitje alkohola škoduje zdravju.«	14 specifičnih za posamezna zdravstvena stanja, na embalaži: 1. Kajenje povzroča 9 od 10 primerov pljučnega raka. 2. Kajenje povzroča raka ust in žrela. 3. Kajenje škoduje vašim pljučem. 4. Kajenje povzroča srčni infarkt. 5. Kajenje povzroča možgansko kap in invalidnost. 6. Kajenje maši vaše žile. 7. Kajenje povečuje tveganje za slepoto. 8. Kajenje škoduje vašim zobem in dlesnim. 9. Kajenje lahko ubije vašega še nerojenega otroka. 10. Vaš tobačni dim škoduje vašim otrokom, družini in prijateljem. 11. Otroci kadilcev pogosteje tudi sami začnejo kaditi. 12. Opustite kajenje – ostanite živi za svoje bližnje. 13. Kajenje zmanjšuje plodnost. 14. Kajenje povečuje tveganje za impotenco.
Slikovna	ne	da

Vir: Pravilnik o zdravstvenih opozorilih za tobačne izdelke, 2017; Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstveni ustreznosti živil in izdelkov ter snovi, ki prihajajo v stik z živili, 2002.

za raziskovanje raka⁴ je alkohol⁵ uvrstila v 1. skupino snovi, ki so rakotvorne za človeka, v isto skupino je uvrščen tudi tobak (11). Izpostavljenost alkoholu predstavlja tveganje za nastanek nekaterih vrst rakavih obolenj: raka ustne votline in žrela, grla in požiralnika, raka jeter, debelega črevesa, danke in dojke, ki ga povezujejo predvsem s čezmernim pitjem alkohola. Raziskovalci soglašajo in poudarjajo, da ne poznamo varne količine ali pivske navade, ki bi bila varna z vidika tveganja za nastanek raka, glede na to, da imajo večje tveganje za nastanek raka tudi tisti, ki pijejo alkohol zmerno oz. v mejah manj tveganega pitja alkohola v primerjavi s tistimi, ki alkohola ne pijejo. Tveganje za nastanek raka je povezano s pivskimi navadami in količino zaužitega alkohola. Več alkohola in pogosteje oseba pije alkohol, večje je tveganje za nastanek raka in je podobno za različne vrste alkoholnih pijač (v vseh se nahaja etanol). Po oceni Mednarodne agencije za raziskovanje raka se tveganje za

nastanek raka ustne votline, žrela, grla, požiralnika, jeter, debelega črevesa, danke in dojke povečuje z vsako zaužito alkoholno pijačo. V Evropi se 10 odstotkov vseh primerov raka pri moških in 3 odstotke vseh primerov raka pri ženskah pripisuje alkoholu. Tveganje najbolj zmanjšamo z abstinenco. Zadnje priporočilo Evropskega kodeksa za boj proti raku se glasi: »Če pijete alkohol vseh vrst, omejite vnos. Abstinenca od alkohola je boljša za preprečevanje raka.« (11, 19)

Rakotvoren učinek tobaka in tobačnih izdelkov⁶ je splošno znan, rakotvoren učinek alkohola⁷ pa manj (9, 11). Za področje tobaka in tobačnih izdelkov so v pravilniku (20) opredeljena besedilna zdravstvena opozorila, ki so obvezna na embalaži – tudi glede rakotvornosti – vključno s knjižnico slik, za alkohol pa zakonodaja narekuje zgolj splošno zdravstveno opozorilo le ob oglaševanju

alkoholnih pijač (21) (slika 7). V primeru alkohola se zdi bolj pomembna debata glede informiranja o hranilnih in kaloričnih vrednostih, alkoholne pijače pa imajo v prosti prodaji mesto med ostalimi prehrabnimi izdelki.

Izzivi

Poznamo najmanj 60 kategorij bolezni ali zdravstvenih stanj, ki jih povzroča alkohol, polovica je takih, ki so že po definiciji posledica alkohola. Poleg tega poznamo več kot 200 dodatnih zdravstvenih stanj, kjer je alkohol eden od dejavnikov tveganja (22). Vsaka prezgodnja smrt ali bolezen, kjer je vzrok alkohol, je preprečljiva. Zdravstveno breme zaradi škodljive rabe alkohola v Sloveniji je večje v primerjavi z mednarodnimi povprečji. Izsledki raziskav kažejo, da že z zmanjševanjem vnosa količine alkohola na raven mej manj tveganega pitja alkohola lahko bistveno pripomoremo k preprečevanju obolevnosti in umrljivosti prebivalstva zaradi alkohola. Kljub temu, da so alkoholne pijače del naše kulture in del vsakdanjega življenja, o mejah manj tveganega

4 International Agency for Research on Cancer – IARC.

5 Acetaldehid, etanol in alkoholne pijače.

6 Npr. formaldehid, policiklični aromatski ogljikovodiki, npr. benzo-a-piren, arzen, nikelj, polonij-210, berilij, šestvalentni krom, kadmij, aromatični amini, vključno z 2-naftilaminom in 4-aminobifenilom, 1,3-butadien, benzen, vinilklorid, etilenoksid ipd.

7 Alkohol, etanol, acetaldehid.

pitja alkohola in zdravstvenih posledicah praviloma in v največji meri ozavešča in seznanja zdravstveni sistem, čeprav bi upravičeno lahko pričakovali, da je vsak potrošnik seznanjen tudi glede rakotvornosti.

Nekateri strokovnjaki razmišljajo o možnosti označevanja embalaže alkoholnih pijač v prosti prodaji npr. s standardnimi enotami in deležem, ki ga predstavlja embalaža alkoholne pijače glede na dnevno mejo manj tvegane količine.

Glede na časovni zamik vseh spoznanj o zdravstvenih posledicah alkohola v primerjavi s tobakom je razumljiv tudi časovni razkorak med nekaterimi sistemskimi ukrepi, usmerjenimi v zmanjševanje posledic za zdravje na obeh področjih, a prav zdravstvena problematika, povezana z alkoholom, nudi številna izhodišča za sprejetje sistemskih ukrepov, ki bodo usmerjeni v omejevanje dostopa.

Viri

- WHO Regional Office for Europe. European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020. Copenhagen, 2012.
- Resolucija o nacionalnem programu na področju drog 2004–2009 (ReNPPD). Ur. l. RS, št. 28/2004.
- Resolucija o nacionalnem programu preprečevanja in zatiranja kriminalitete za obdobje 2012 - 2016. Ur. l. RS, št. 83/2012.
- Resolucija o Nacionalnem programu na področju prepovedanih drog 2014–2020. Ur. l. RS, št. 25/14.
- Akcijski načrt na področju prepovedanih drog za obdobje 2015–2016. http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:neqq_1sD-fQJ:www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuplo-ads/javna_razprava_2015/AKCIJSKI_NACRT_za_droge_jan_2015.pdf+&cd=1&hl=sl&ct=clnk&gl=si (dostop 7.8.2017).
- Akcijski načrt na področju prepovedanih drog za obdobje 2017–2018. http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:INiL23FiGOWJ:www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuplo-ads/javne_objave/31052017_Akcijski_nacr_2017-18.doc+&cd=2&hl=sl&ct=clnk&gl=si (dostop 7.8.2017).
- Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja« (ReNPZV16–25). Ur. l. RS, št. 25/2016.
- Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013 »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev« (ReNPZV). Ur. l. RS, št. 72/2008.
- Rehm J, Zatonski W, Taylor B, Anderson P. Epidemiology and alcohol policy in Europe. *Addiction* 2011, 106(Suppl. 1):11–19.
- Zakon o omejevanju porabe alkohola - ZOPA, Ur. l. RS, št. 15/2003.
- International Agency for Research on Cancer, World Health Organization. Evropski kodeks proti raku. <http://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/sl/12-nasvetov/alkohol/4063-koliksna-je-standardna-enota-pijace> (dostop 7.8.2017).
- Kolšek M. Sporočilo v steklenici. Ljubljana: CINDI Slovenija, Zdravstveni dom: Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino: Akademija za likovno umetnost in oblikovanje, Oddelek za oblikovanje, 2007.
- Anderson P, Gual A, Kolšek M. Klinične smernice za zgodnje odkrivanje tvegane- ga in škodljivega pitja in kratki ukrepi: alkohol in osnovno zdravstvo: evropski projekt za obravnavo alkoholne problematike v osnovnem zdravstvu (PHEPA). Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, 2006.
- Bilban M. Opitost v prometu - novosti v zakonodaji. *Delo + varnost*, 2011: 56(4): 11–24.
- Židanik M, Čebašek-Travnik Z. Sindrom odvisnosti od alkohola: priročnik za strokovnjake, ki se ukvarjajo z osebami z odvisnostjo in vse druge bralce, ki jih zanimajo posledice škodljivega uživanja alkohola. Maribor: Dispanzer za zdravljenje alkoholizma in drugih odvisnosti, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca; Ljubljana: Psihiatrična klinika, 2003.
- Scafato E, Silvia G, Lucia G, Claudia G. The implementation in Europe (EU) of the low risk drinking guidelines: results from the RARHA survey. *Addiction Science & Clinical Practice*. 2015; 10(Suppl 2):P17.
- Smyth A. et al. Alcohol consumption and cardiovascular disease, cancer, injury, admission to hospital, and mortality: a prospective cohort study. *The Lancet* 2015, 386(10007): 1945–54.
- Rehm J and Patra J. Different guidelines for different countries? On the scientific basis of low-risk drinking guidelines and their implications. *Drug and Alcohol Review* 2012, 31 (2):156–61.
- Scocciantia C. et al. European Code against Cancer 4th Edition: Alcohol drinking and cancer, *Cancer Epidemiology*, 2016, <http://dx.doi.org/10.1016/j.canep.2016.09.011>
- Pravilnik o zdravstvenih opozorilih za tobačne izdelke. Ur. l. RS, št. 23/2017.
- Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstveni ustreznosti živil in izdelkov ter snovi, ki prihajajo v stik z živili (ZZUZIS-A). Ur. l. RS, št. 42/2002.
- Rehm J. et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease –An overview. *Addiction* 2010; 105(5): 817–43.

Zakaj proizvajalec v Sloveniji ne more postati dobavitelj?

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

»Product rebranding« je uveljavljen izraz, ki ga uporabljajo proizvajalci z namenom segmentacije

trga. V globalni tržni ekonomiji se vedno pojavi konkurenca. Takrat se proizvajalci odločijo za preimenovanja

znamke (*product rebranding*). Z menjavo logotipa, celostne podobe in prodajne strategije proizvajalci pokrijejo določen segment kupcev. Izdelek ostaja z enakimi specifikacijami, vendar z različnimi oblikovnimi lastnostmi logotipa, pakiranja, znamke, poimenovanja. Prodajni kanali so

večinoma popolnoma ločeni od »originalnega proizvoda«. Pa pojdimo kar v Hofer iskat prvi *product rebranding*. Recimo, znamko INOC izdeluje podjetje Rossignol. To sem seveda izvedel »off the record« v svoji ambulanti. Ključni moment je, da je preimenovanje tako popolno in prikrito, da končni uporabnik tega nikoli ne izve. Seveda večina ljudi misli, da so oblačila Rossignol boljše kakovosti. Resnica ne bi mogla biti bolj drugačna. Izdelka sta enaka, iz enake proizvodne linije, z enakimi lastnostmi ...

Kaj pa v medicini? Ali v medicini obstaja *product rebranding*? Seveda obstaja. Čim bolj imamo državnoplansko zdravstvo in zdravniki nimajo neposrednih finančnih vzvodov upravljanja, tem bolj se dobavitelji tepejo, kdo bo prevzel »novo« prodajo enakega izdelka. In v naši tržno – monopolno – regulirani (namerni oksimoron) državi je lahko vsak dobavitelj. Na tej točki si lahko razlagamo, zakaj določeni dobavitelji ukinejo podjetje, ustanovijo novo podjetje, nato pa z »novo« znamko ponovno »zmagajo« na prirejenih razpisih s pomočjo »insajderjev« in vseh zainteresiranih znotraj Sistema. Na tej točki je treba iskati razloge, zakaj vsi govorijo o dobaviteljih, skoraj nobeden, razen Medikonta, pa ne govori o proizvajalcih. Vsaj v Sloveniji.

Potrebujete dokaz za *rebranding*? Pokazal vam bom, kje dobavitelj vidi, ali gre za enak izdelek pod drugo blagovno znamko. Torej:

Medikont skupinsko zbira naročila za izdelke podjetja Triagen. Ksenograte pod znamko Plastbone in Cover, ki jih že vrsto let naročamo in so vrhunske kakovosti. Dejansko pa so to enaki izdelki svetovno znane družbe Bioteck. Dokaz za to so certifikatni listi, ki jih mora imeti vsako podjetje. Znak CE si podeli vsako podjetje samo. Da pa si lahko podeli znak CE in ga nalepi na izdelek, mora zadostiti določenim, v medicini zelo strogim, pogojem. Posebne agencije, ki izdajo certifikatne listine (kot npr.

Allegato al certificato 067 CTP 0482 11 addendum 02 12 <i>(enclosed to certificate 067 CTP 0482 11 addendum 02 12)</i>	
Il presente certificato è da considerarsi riferito all'ai seguente/i prodotto/i: <i>This certificate refers to following product/s:</i>	
Nome prodotto <i>(product name)</i>	Codice <i>(Code)</i>
Osteoplant – Osteoplant Flex, sterile	OXX – YYYZZZ¹
Osteoxenon, sterile	OXX – YYYZZZ¹
Calcitos, sterile	OXX – YYYZZZ¹
Plastbone, sterile	PLB-XXXNNN²

TUV Rheinland), pregledajo proizvodno linijo, aparature, pogoje za izdelavo ksenograftov... Nato na listino uvrstijo vse izdelke, ki izhajajo iz tega »tekočega traka«. Tako listino mora podjetje vsakih nekaj let obnoviti. Če pa želi spremeniti lastnost izdelka ali na novo izdelati popolnoma drugačen ksenograft, utegne biti to zelo drago. Vsako certificiranje lahko nanese več 100.000 evrov. Tako so ksenografti Biotecka in Triagena uvrščeni na en certifikatni list. V dokaz vam prilagam izsek iz certifikatnega lista, kjer so navedeni izdelki Biotecka in Triagena.

Na sliki je viden certifikatni list podjetja Bioteck. V tabeli pa je viden tudi proizvod Plastbone »navideznega podjetja Triagen«.

Kaj torej ostane zdravniku? Naj verjame dobavitelju, da ima za njegovo delo poseben, še boljši izdelek. Naj verjame PubMedu, kjer mrgoli kupljenih kliničnih raziskav z namenom samopromocije in promoviranja določenega izdelka. Naj verjame zdravniškim »mnenjskim voditeljem«, ki so v Sloveniji večinoma nerazkriti in uživajo prikrita sponzorstva dobaviteljev in vseh zainteresiranih v Sistemu.

Dejansko mora verjeti svojemu znanju in slediti informacijam. Ter se odločati po lastni presoji. Žal ni tako, ker v Sloveniji večina zdravnikov ne odloča o ničemer. Kaj šele o dobavi pri proizvajalcu, kaj šele o nakupu *rebrand produkta* ...

P. S.: Medtem ko to bereš, so skozi dobaviteljske kanale ravno izpuhteli milijoni, ki bi jih lahko vsak zdravnik porabil ... hm ... recimo za dvig povprečne cene svoje ure s 15 evrov bruto na ...

Razkritje: članek je objavljen kot pojasnilo na vsa vprašanja, ki jih zastavljajo zdravniki in zobozdravniki na Medikontu. Namen članka je ozavestiti vsakega posameznega zdravnika. Članek je namenoma objavljen pred skupinskim naročilom ksenograftov Bioteck - Triagen v avgustu 2017. Cene ksenograftov so take, kot jih je navedel proizvajalec. Brez kakršnekoli marže Medikonta.



Slavnostna akademija ob 25-letnici Zdravniške zbornice Slovenije

14. december 2017, Domus Medica

**Profesionalni, človeški, povezani,
z vizijo odličnosti zdravstva**

16.00 **Oblikujmo prihodnost**

Sprejem za dobitnike nagrad Zdravniške zbornice Slovenije za leto 2017 pri predsednici zbornice dr. Zdenki Čebašek - Travnik in

pogovor o dosežkih in viziji zbornice za prihodnjih 25 let z dosedanjimi dobitniki nagrad in predsedniki zbornice

17.00 **Oglejmo si**

Odprtje retrospektivne razstave dosedanjih razstavljalcev in predstavitev zbornika Podobe 25

18.00 **Praznujmo in počastimo izjemne dosežke**

Slavnostna akademija ob 25-letnici z nagovori in slovesno podelitvijo nagrad Zdravniške zbornice Slovenije

18.30 **Uživajmo ob glasbi**

Koncert zdravniškega orkestra Camerata medica z gosti

19.30 **Družimo se**

Družabni večer s pogostitvijo

| Opravljeni specialistični izpiti

Mag. Jurij Avramovič Gregorič, dr. med., specialist kardiologije in vaskularne medicine, izpit opravljen s pohvalo 25. 5. 2017

Petre Bakarov, specialist družinske medicine, izpit opravljen 13. 6. 2017

Marcel Berro, dr. med., specialist interne medicine, izpit opravljen 22. 8. 2017

Metka Brađač, dr. med., specialistka radiologije, izpit opravila s pohvalo 13. 7. 2017

Milica Brašanac Ščekić, dr. med., specialistka interne medicine, izpit opravila s pohvalo 14. 6. 2017

Dr. Urška Bregar, dr. med., specialistka kardiologije in vaskularne medicine, izpit opravila s pohvalo 6. 7. 2017

Marjeta Brežnik, dr. med., specialistka radiologije, izpit opravila s pohvalo 19. 4. 2017

Urška Bricelj, dr. med., specialistka anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine, izpit opravila s pohvalo 18. 8. 2017

Petar Bubnjar, dr. med., specialist urgentne medicine, izpit opravljen s pohvalo 29. 8. 2017

Teja Bunderla, dr. med., specialistka otroške in mladostniške psihiatrije, izpit opravila s pohvalo 22. 6. 2017

Iva Cestar, dr. med., specialistka urgentne medicine, izpit opravila s pohvalo, 26. 5. 2017

Danijel Crnčić, dr. med., specialist interne medicine, izpit opravljen s pohvalo 30. 6. 2017

Asist. dr. Miha Čerček, dr. med., specialist kardiologije in vaskularne medicine, izpit opravljen s pohvalo 5. 7. 2017

Asist. dr. Marija Damjanovska, dr. med., specialistka anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine, izpit opravila s pohvalo 1. 6. 2017

Anita Dobrovec, dr. med., specialistka radiologije, izpit opravila 13. 7. 2017

Meri Dodevska, specialistka anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine, izpit opravila 16. 6. 2017

Simon Dolenc, dr. med., specialist anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine, izpit opravljen s pohvalo 16. 6. 2017

Asist. dr. Andraž Dovnik, dr. med., specialist ginekologije in porodništva, izpit opravljen 21. 7. 2017

Jasna Dragičević, dr. med., specialistka klinične mikrobiologije, izpit opravila 27. 1. 2017

Ivan Drobňak, dr. med., specialist splošne kirurgije, izpit opravljen 14. 7. 2017

Sašo Duh, dr. med., specialist družinske medicine, izpit opravljen s pohvalo 13. 6. 2017

Igor Đarmati, dr. med., specialist anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine, izpit opravljen s pohvalo 29. 6. 2017

Nina Emeršič, dr. med., specialistka pediatrije, izpit opravila s pohvalo 15. 5. 2017

Vesna Erak, dr. med., specialistka ginekologije in porodništva, izpit opravila s pohvalo 29. 8. 2017

Nina Erjavc, dr. med., specialistka infektologije, izpit opravila s pohvalo 30. 5. 2017

Asist. dr. Barbara Eržen, dr. med., specialistka kardiologije in vaskularne medicine, izpit opravila s pohvalo 19. 7. 2017

Janez Eržen, dr. med., specialist pediatrije, izpit opravljen 21. 7. 2017

Sabina Frljak, dr. med., specialistka kardiologije in vaskularne medicine, izpit opravila s pohvalo 23. 5. 2017

Maria Gotovska, specialistka interne medicine, izpit opravila s pohvalo 23. 8. 2017

Vesna Homar, dr. med., specialistka urgentne medicine, izpit opravila s pohvalo 6. 6. 2017

Blaž Jelenko, dr. med., specialist otorinolaringologije, izpit opravljen 24. 8. 2017

Monika Jevšenak Peršolja, dr. med., specialistka urgentne medicine, izpit opravila 20. 6. 2017

Nina Jugovar, dr. med., specialistka dermatovenerologije, izpit opravila s pohvalo 29. 8. 2017

Asist. dr. Polonca Kogoj, dr. med., specialistka kardiologije in vaskularne medicine, izpit opravila s pohvalo 30. 5. 2017

Marko Kokalj, dr. med., specialist onkologije z radioterapijo, izpit opravljen s pohvalo 29. 5. 2017

Sandra Kolar, dr. med., specialistka infektologije, izpit opravila 31. 8. 2017

Špela Kordiš, dr. med., specialistka otorinolaringologije, izpit opravila 30. 5. 2017

- Teja Kovačec Hermann, dr. med.**, specialistka fizikalne in rehabilitacijske medicine, izpit opravila s pohvalo 31. 7. 2017
- Žiga Kovačič, dr. dent. med.**, specialist maksilofacialne kirurgije, izpit opravil s pohvalo 11. 7. 2017
- Julija Kržišnik, dr. med.**, specialistka psihiatrije, izpit opravila s pohvalo 30. 8. 2017
- Marjan Kuzmanoski, specialist urologije**, izpit opravil 19. 6. 2017
- Andrej Lapoša, dr. med.**, specialist plastične, rekonstrukcijske in estetske kirurgije, izpit opravil s pohvalo 30. 6. 2017
- Teja Lipovšek Motore, dr. med.**, specialistka družinske medicine, izpit opravila 13. 6. 2017
- Dr. Mojca Lunder, dr. med.**, specialistka interne medicine, izpit opravila s pohvalo 22. 6. 2017
- Blanka Mahne, dr. med.**, specialistka kardiologije in vaskularne medicine, izpit opravila s pohvalo 16. 6. 2017
- Jelena Mitić, specialistka družinske medicine**, izpit opravila s pohvalo 13. 6. 2017
- Alenka Pavlovčič, dr. med.**, specialistka urgentne medicine, izpit opravila s pohvalo 21. 6. 2017
- Blaž Peček, dr. med.**, specialist anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine, izpit opravil 26. 7. 2017
- Sanjanin Perišić, dr. med.**, specialist splošne kirurgije, izpit opravil 15. 6. 2017
- Milica Pjevac, dr. med.**, specialistka psihiatrije, izpit opravila s pohvalo 14. 6. 2017
- Natalija Planinc Strunjaš, dr. med.**, specialistka intenzivne medicine, izpit opravila s pohvalo 20. 6. 2017
- Doc. dr. Gregor Poglajen, dr. med.**, specialist kardiologije in vaskularne medicine, izpit opravil s pohvalo 15. 5. 2017
- Matej Potočan, dr. med.**, specialist psihiatrije, izpit opravil 29. 8. 2017
- Darinka Purg, dr. med.**, specialistka interne medicine, izpit opravila s pohvalo 21. 7. 2017
- Dr. Katarina Sedej, dr. med.**, specialistka pediatrije, izpit opravila s pohvalo 25. 5. 2017
- Ajda Skarlovnik, dr. med.**, specialistka kardiologije in vaskularne medicine, izpit opravila s pohvalo 2. 6. 2017
- Katja Sraka, dr. med.**, specialistka psihiatrije, izpit opravila s pohvalo 29. 8. 2017
- Rok Stopar, dr. med.**, specialist kardiologije in vaskularne medicine, izpit opravil s pohvalo 31. 5. 2017
- Peter Štrafela, dr. med.**, specialist patologije, izpit opravil s pohvalo 29. 8. 2017
- Aleksandar Todorović, dr. med.**, specialist klinične mikrobiologije, izpit opravil 30. 6. 2017
- Alenka Tonkli Peternel, dr. med.**, specialistka psihiatrije, izpit opravila s pohvalo 31. 5. 2017
- Valentina Trpkovska, specialistka ginekologije in porodništva**, izpit opravila 31. 8. 2017
- Milica Vasić, dr. med.**, specialistka urgentne medicine, izpit opravila 11. 8. 2017
- Manja Vivod Godec, dr. med.**, specialistka družinske medicine, izpit opravila s pohvalo 13. 6. 2017
- Asist. dr. Tjaša Vižintin Cuderman, dr. med.**, specialistka kardiologije in vaskularne medicine, izpit opravila s pohvalo 4. 7. 2017
- Jelena Vukadinović, dr. med.**, specialistka anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine, izpit opravila s pohvalo 19. 6. 2017
- Tilen Zamuda, dr. med.**, specialist psihiatrije, izpit opravil 23. 5. 2017

Čestitamo!



IT-podporni kotichek: 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

- Po uspešni prijavi v profil kliknite v desnem zgornjem kotu na gumb »Forum«, ki se nahaja zraven gumba z vašim imenom in priimkom.
- 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.
- Za vsak nadaljnji dostop do foruma morate biti prijavljeni na spletni strani Zdravniške zbornice.



Prof. dr. Ingomar Mutz: Koliko je upravičen strah pred cepljenji, neželenimi učinki cepljenj ter okvarami zaradi cepljenj?

Faktum (št. 2, julij 2017)

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

Strokovni pregled in pripombe: dr. Marko Pokorn

Strah je čisto normalen človeški občutek, biološko krmiljen opozorilni znak glede na subjektivno oceno stanja ogroženosti. Ta pa v telesu izzove alarm. Večina cepiv se injicira (z brizgo) z iglo doslej zdravi osebi in ker so cepljenja usmerjena proti doslej neznanim, prihodnjim, možnim boleznim, pogosto obstoji neko primarno stanje zadržanosti ali zavračanja cepljenja ne le pri pacientih (ki naj bi se cepili), temveč tudi pri zdravnikih.

Ta strah se lahko kaže kot različne fobije: *aichimophobia* (strah pred ostrimi predmeti); *belonophobia* (strah pred iglami); *trypanophobia* (strah pred injekcijami). Slednjo je v zvezi s cepljenji v svoji zanimivi raziskavi obdelal Nir s sodelavci (2005).

Tripanofobija podpira pojav – v bistvu nedolžnih – omedlevic (*syncope*) pri cepljenjih, še posebej pri najstnikih in mladih odraslih. Tako so npr. v Avstraliji po pojavih omedlevic pri cepljenjih proti HPV spremenili izvedbo, tako da so učenke(ce) cepili posamič, v posebnem prostoru ter v sedečem, ne pa stoječem položaju. Pomaga tudi zmanjšanje bolečine s površinsko anestezijo ali z dotikom mesta cepljenja, da se zmanjša strah pred cepljenjem.

O *vakcinofobiji* (strah pred cepljenjem) govorimo, ko gre za strah pred domnevnimi ali umišljenimi stranskimi učinki ali poznimi posledicami.

Tu gre pogosto za določeno predstavo o svetu ali za globoko zakoreninjeno nezaupanje do farmacevtske industrije. Včasih pa gre preprosto za previdnost, ne spustiti se v tveganje, preden tveganja cepljenja ni mogoče natančno primerjati (tehtati) z nevarnostjo bolezni.

Pomanjkanje znanja vodi v negotovost, negotovost pa vodi v strah. Zato se cepljenjem pripisuje, da so vzrok za številne bolezni, npr. nevrodermatitis, karies, hiperaktivnost, tumorje, diabetes, multiplo sklerozo, epilepsijo itn., četudi za to ni nobenih znanstveno utemeljenih dokazov.

Koliko pa je cepljenje resnično nevarno?

Tako kot pri vseh zdravilih, obstojijo tudi pri cepljenjih neželene reakcije (odzivi), t. i. neželeni učinki. Slednji se lahko pojavijo sistemsko (npr. povišana temperatura, izčrpanost ali nemir, raztresenost) ali

lokalno (rdečina, oteklina, bolečina, ki traja nekaj dni).

Pogostnost takšnih reakcij se po klasifikaciji EMA (*European Medicines Agency – Science Medicines Health*) deli na šest kategorij (razpredelnica 1). Za dodatno interpretacijo glej Berry in sod. (2002).

Okvara zaradi cepljenja (po definiciji *Inštituta Paul Ehrlich*) je »Zdravstvena in gospodarska posledica preventivnega cepljenja, ki presega običajno mero okvare zdravja zaradi preventivnega cepljenja; za okvaro zaradi cepljenja gre tudi takrat, ko se cepi s povzročitelji, ki se lahko razmnožujejo, in ko se poškoduje tudi oseba, ki ni bila cepljena.«

WHO definira AEFI (*adverse events following immunisation*) kot kateri koli nezaželeni dogodek po kakem cepljenju, neodvisno od kavalne (vzročne) povezanosti.

Pri nekaterih cepivih, ki so se začela uporabljati med potekom zgodovine, se je lahko okvara nedvomno povezala z uporabljenim cepivom. Tako npr. je bilo leta 1863 pri vojakih konfederacije (*Confederate States of America, CSA* v času ameriške secesijske vojne; *op. pis.*) cepivo okuženo s povzročitelji sifilisa; leta 1930 je cepivo BCG vsebovalo

Razpredelnica 1: Klasifikacija EMA		Laična interpretacija
zelo pogosto	μ 1/10	65 %
pogosto	μ 1/100, vendar < 1/10	45 %
priložnostno	μ 1/1000, vendar < 1/100	18 %
redko	μ 1/10.000, vendar < 1/1000	8 %
zelo reko	< 1/10.000	4 %
ni znano	na temelju dostopnih podatkov ni mogoče oceniti	

Razpredelnica 2: Obolevnost v ozadju ob primeru s peroralnim cepivom rotateq

Rotavirus Efficacy and Safety Trial (REST): Delež v odstotkih znotraj 14 dni; n = 1622
Safety and Efficacy of a Pentavalent Humane-Bovine (WC3) Reassortant Rotavirus
Vaccine (New England Journal of Medicine 2006; 354: 23–33)

Simptom	Cepivo	Placebo
vročina	40,9	43
bruhanje	12,8	13,4
driska	19,7	19,1
kri v blatu	0,6	0,6

M. tuberculosis; leta 1955 je nezadostno inaktivirano cepivo proti otroški paralizi povzročilo 204 primere obolevnosti za poliomielitom tipa 1.

A tudi v novejšem času poznamo cepiva, ki so bila zaradi pomanjkljivosti umaknjena:

- leta 1999 cepivo *rotashield* (oralno cepivo proti rotavirusu) zaradi povečanega tveganja invaginacije;
- leta 2002 cepivo *nasuflu* (z adjuvansom toksinom iz *E. Coli*) zaradi povečanega tveganja okvare obraznega živca;
- leta 2001 cepivo *ticovac* (proti

klopnemu meningoencefalitisu) zaradi vročinskih krčev, ker v cepivu ni bilo več stabilizirajočega humanega albumina.

V posameznih primerih pa kljub obsežnim raziskavam točna razmejitev (posledic cepljenja) od drugih bolezni ni mogoča. Časovno sovpadanje bolezni po cepljenju brez vzročne povezanosti je možno zaradi okužb, ki se pojavijo nepričakovano in bolj pogosto (npr. okužbe z gripo v zimskih mesecih), genetsko pogojenih bolezni, ki se okrepljeno pojavljajo pri določenih starostnih skupinah (npr.

krči BNS oz. Westov sindrom) ali poslabšanja stanja pri boleznih, ki potekajo v zagonih (npr. nevrodermitis, multipla skleroza).

Raziskava, ki jo je o obolevnosti iz ozadja opravil Timo Vesikari s sodelavci (2006), kaže, da se simptomi, kot npr. vročina, bruhanje, driska, kri v blatu, lahko pojavljajo (pri necepljenih osebah) enako pogosto kot pri cepljenih pacientih (razpredelnica 2).

Tudi zmanjšanje primerov SIDS (Sudden Infant Death Syndrome; sindrom nenadne smrti pri dojenčku) v Avstriji dokazuje, da ni povezanosti s cepljenjem (razpredelnica 3).

Neželeni učinki, pridruženi cepljenju v Avstriji

Okvare zaradi cepljenja v smislu zakona (v smislu zveznega zakona iz leta 1973, ki vključuje tudi odškodnine za okvare zaradi cepljenja) so zelo redke, čeprav so v posameznih prime-

Razpredelnica 3: Število primerov SIDS v Avstriji 1987–1999

1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
141	146	131	141	107	107	111	73	57	53	49	44	35

Razpredelnica 3 (nadaljevanje): Število primerov SIDS v Avstriji 2000–2012

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
39	23	32	26	16	31	26	22	22	19	24	15	14

Razpredelnica 3: Priznane poškodbe zaradi cepljenja na Štajerskem 1990–2016

Cepljenje	Število	Okvare zaradi cepljenja	Opomba
davica, tetanus, pertusis	2	absces na mestu injiciranja	posledica pomanjkljive tehnike cepljenja
otročka paraliza	1	huda psihomotorična okvara po cepljenju z oralnim cepivom	oralno cepljenje je v Avstriji nadomeščeno z inaktiviranim cepivom po Salku
MMR (ošpice, mumps, rdečke)	1	akutna trombocitopenija	zaplet bi najverjetneje nastopil tudi z divjim virusom, morda s težjim potekom
FSME (klopni meningoencefalitis)	1	preostanek simptomatike pri stanju po poliradikulonevritisu	
hepatitis B	1	preostanek simptomatike po periferni nevrogeni okvari obeh spodnjih okončin	
tuberkuloza	13		od junija 2000 po avstrijskem načrtu cepljenje ni več priporočljivo
Skupaj	19	Vir: Statistika Zveznega ministrstva za delo, socialo in varstvo potrošnikov, januar 2017	

rih pri prizadeti osebi okvare (zaradi cepljenja) lahko večje kot koristi. Kljub temu pa prevladuje korist (prednost) za splošno populacijo. Da pa bi bile posledice za posameznega prizadetega čim bolj znosne, država povrne škodo, če pride do trajnih posledic zaradi zapletov po cepljenju (razpredelnica 3).

V celoti se število okvar zaradi cepljenja, ki se priznavajo, vse bolj zmanjšuje. Predvsem zaradi izkoreninjenja boleznih, preventivnih ukrepov, preusmeritev z živih na mrtva cepiva ter zaradi nenehnih izboljševanj cepiv.

Kljub temu pa je farmakovigilanca tudi v prihodnje pomembna in nujna.

Opomba I:

Prof. Mutz je dolgoletni primarij na Otroškem oddelku LKH (*Landeskrankenhaus*; Deželna bolnišnica) Leoben ter dolgoletni predsedujoči Odbora za cepljenje Vrhovnega sanitetnega sveta (*Impf Ausschuss des Obersten Sanitätsrates*).

Revijo FAKTUM izdaja Znanstvena akademija za preventivno medicino (*Wissenschaftliche Akademie für Vorsorgemedizin*) v Gradcu, očitno v

sodelovanju s štajersko zdravniško zbornico (*Ärzttekammer Steiermark*) ter deželno administracijo (*Das Land Steiermark*).

Opomba II:

V tej priredbi sem eno izvorno sliko spremenil v bolj pregledno razpredelnico, seveda z istimi podatki. Sicer pa je bilo prevajanje in priredba tega izvrstnega besedila tudi zame izvrstna vaja za iskanje podatkov in širjenje obzorja ne le v zvezi z zgodovino, temveč tudi o mitih o škodljivosti cepljenja ...

Zavarovanje zdravniške odgovornosti: odgovoren je zavarovalniški zastopnik

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

Ker je zdravniška dejavnost povezana z znatnimi tveganji, je ustrezno zavarovanje odgovornosti za zdravnika neogibno. Zdravniki zato pogosto posegajo po storitvah, ki jih ponujajo zavarovalniški zastopniki.

V primeru nekega zdravnika, ki je svojo dejavnost izvajal kot svobodni poklic, njegova odgovornost pa ni bila zadovoljivo krita, je Vrhovno sodišče (*Der Oberste Gerichtshof*) zavarovalniškega zastopnika obsodilo na pokritje škode.

Predzgodovina: Zdravnik se je kot ginekolog s koncesijo (*niedergelassener Gynäkologe*) ukvarjal tudi s prenatalno diagnostiko. Zaradi nezaželenega rojstva pohabljenega otroka (t.i. *wrongful birth case*) so starši (pohabljenega otroka) zdravnika sodno preganjali; bil je obsojen, da nadomesti tako celotne dosedanje kot prihodnje stroške za vzdrževanje pohabljenega otroka. Prek svojega

zavarovalniškega zastopnika je zdravnik že leta 2000 sklenil zavarovanje odgovornosti. Takrat so bili primeri *wrongful birth case* zavarovani z vsoto 400.000 EUR. Zdravniku je bilo znano, da se je možno zavarovati tudi za 1.100.000 EUR. Hudo pohabljeni otrok se je rodil leta 2007.

Tik pred tem, leta 2006, je Vrhovno sodišče svoje stališče pri *wrongful birth case* še zaostriilo. Po tem novem stališču je moral zdravnik staršem nadomestiti ne le dodatne stroške (tj. tiste stroške, ki presegajo stroške za vzdrževanje zdravega otroka), temveč celotno vzdrževanje pohabljenega otroka.

Ta odločitev Vrhovnega sodišča je bila zavarovalniškemu zastopniku znana, vendar tega svoji stranki, zdravniku, ni priporočil. Zdravnik je zato zavarovalniškega zastopnika tožil. Moral bi bil zdravnika obvestiti o povečanem tveganju pri primerih *wrongful birth case*.

Vrhovno sodišče je dalo zdravniku prav ter podalo naslednjo utemeljitev: Glavna naloga zavarovalniškega zastopnika je, da s svojimi znanji in izkušnjami pomaga zdravniku, tako da zagotovi kar najboljše zavarovanje (»Best-Risk-Management«). Ta obveznost obstoji tudi še potem, ko je pogodba o zavarovanju že sklenjena. Ker pa zavarovalniški zastopnik tega ni storil, je odgovoren za škodo, storjeno zdravniku. Se pravi: ko se bo zavarovalna vsota (zdravnika) izčrpala (zaradi izplačil staršem pohabljenega otroka), bo moral nadaljnje izplačevanje zagotoviti ne zdravnik, temveč zavarovalniški zastopnik.

Vir: *Österreichische Ärztezeitung* št. 15/16, 15. avgust 2017

Opomba: Strokovnjak, ki obvladuje pravniško nemščino, bi morda nekatere odlomke prevedel oz. priredil drugače kot jaz (ki vse bolj sovražim tudi pravniško slovenščino). Sem pa prepričan, da kakih večjih napak nisem zagrešil ...



Klinična obravnavna krhkosti

Gregor Veninšek, dr. med.,

Center za geriatrično medicino, UKC Ljubljana

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

gregor.veninsek@kclj.si, branko.gabrovec@nijz.si



Co-funded by
the Health Programme
of the European Union

advantAGE
MANAGING FRAILTY

V Sloveniji se krhkost, ki je zunaj naših meja že dodobra uveljavljen termin, in specialistična obravnava posebej ogroženega dela starejših ljudi le počasi uveljavljata.

Krhkost opredeljujemo kot sindrom, ki je povezan z visokim tveganjem za neugodne zdravstvene izide in predstavlja po eni izmed številnih definicij »zdravstveno stanje, ko so zaradi številnih vzrokov in dejavnikov zmanjšani mišična moč, vzdržljivost in fiziološke funkcije, posledično pa je zvečano tveganje za razvoj oz. povečanje nezmožnosti ali za smrt« (1). Gre za stanje pred nezmožnostjo z neustrezno homeostatsko rezervo zaradi kritično zmanjšanih fizioloških rezerv (2). Četudi se najpogosteje omenja fizična krhkost, je po mnenju mnogih treba upoštevati tudi druge komponente, kot so kognitivno in razpoložensko stanje, socialne in ekonomske okoliščine, življenjsko okolje in življenjski slog, multimorbidnost, nezmožnost in motnje čutil (3).

Splošna prevalenca krhkosti je med 9,9 in 13,6 odstotka in ni omejena zgolj na stare ljudi (4, 5). V starostni skupini od 18 do 34 let je krhke okoli 5 odstotkov populacije, v starosti 85 let pa že kar dobrih 40 odstotkov.

Med starimi ljudmi je krhkost eden najpogostejših vzrokov za smrt in je v zadnjem letu pred smrtjo povezana s hudo persistentno ali napredujočo nezmožnostjo v osnovnih dnevnih aktivnostih, podobno kot pri posameznikih z odpovedovanjem enega organa (6).

Epidemiološke raziskave kažejo, da so krhkost, nezmožnost in komorbidnost jasno ločene danosti, ki pa se med seboj lahko prekrivajo (7). V populaciji krhkih posameznikov jih bo okoli 27 odstotkov zgolj krhkih, sočasno nezmožnih približno 6 odstotkov, krhkih in multimorbidnih slaba polovica in sočasno krhkih, multimorbidnih in nezmožnih približno ena petina. V populaciji multimorbidnih je krhek približno le vsak dvajseti posameznik, v populaciji nezmožnih pa približno vsak tretji. Krhkost se torej povezuje z nezmožnostjo in/ali multimorbidno-

stjo, vendar jih ne gre enačiti. Še več, nezmožnost ali krhkost povečata tveganje za napredovanje, lahko pa tudi nastanek kronične bolezni.

Krhkost je torej stanje visokega tveganja za neugodne zdravstvene izide. Povezana je s staranjem in ni zanemarljivo redka, ni pa niti neizogibna posledica staranja. Stanji krhkosti, predvsem pa predkrhkosti se prepoznata relativno enostavno in sta v določeni meri reverzibilni (8). Lahko ju preprečimo ali njun pojav pomembno prestavimo v prihodnost.

Da bi pravočasno prepoznali posameznika, ki je ogrožen za razvoj krhkosti, moramo sistematično preverjati, ali so prisotne determinante krhkosti (3). Prepoznavanje krhkosti in predvsem predkrhkosti je prvenstveno naloga primarne zdravstvene ravni, ki mora delovati proaktivno. Sistematično spremljanje določenih posameznikovih funkcij in telesne sestave ali vsaj telesne mase je ključno, da lahko prepoznamo upad posameznikove čvrstosti, še preden so izpolnjeni kriteriji, s katerimi potrdimo stanje predkrhkosti ali krhkosti. Formalno diagnosticiramo krhkost na dva načina, in sicer krhkost kot fenotip in krhkost kot akumulacijo deficitov. Model fenotipske krhkosti je npr. opredeljen kot izguba telesne teže, pomanjkanje energije, majhna poraba energije, počasna hoja in zmanjšana moč stiska roke. Dva od petih kriterijev predstavljata stanje predkrhkosti, trije kriteriji pa potrdijo stanje krhkosti (9).

Preprečevanje krhkosti vključuje socialno in psihološko obravnavo posameznika, obravnavo njegovega življenjskega sloga, zgodnje odkrivanje in učinkovito zdravljenje bolezni.

V obdobju predkrhkosti in krhkosti je treba agresivno obravnavati vse razloge, ki vplivajo na razvoj ali napredovanje krhkosti. Za prepoznavanje razlogov, načrtovanje in izvedbo ukrepov uporabljamo pristop, ki ga imenujemo celovita geriatrična ocena (*comprehensive geriatric assessment*). Celovita geriatrična ocena je multidimenzionalen in interdisciplinaren dia-

gnostični postopek, v katerem ugotovljamo medicinske, psihološke in funkcionalne lastnosti posameznika z namenom načrtovanja in izvedbe integrirane in koordinirane obravnave in dolgotrajnega sledenja (10).

Geriatrska obravnava krhkosti in predkrhkosti je lahko izjemno učinkovita. V zelo odmevnem pregledu 22 randomiziranih, kontroliranih študij, v katere je bilo vključenih 10.315 oseb v šestih državah, je Ellis s sodelavci poročal, da celovita geriatrska ocena v primerjavi s standardno medicinsko oskrbo prepreči institucionalizacijo enega bolnika od 13 obravnavanih bolnikov in smrt ali funkcionalni upad enega bolnika od 17 obravnavanih bolnikov (11). Povedna je tudi ugotovitev, da je bila celovita geriatrska ocena učinkovita, če se je izvajala v specializiranih enotah.

Klinična obravnava krhkega posameznika je kakovostna takrat, ko je slednji v središču obravnave. Avtonomija posameznika pri določanju in izvajanju ukrepov je ključnega pomena. Zdravstveni in nezdravstveni strokovnjaki, ki sodelujejo pri obravnavi in oskrbi krhkega posameznika, se morajo tega ves čas zavedati. V obsežni študiji pričakovanj krhkih starejših ljudi in zdravstvenega osebja je Akishita s sodelavci ugotovil, da imajo bolniki in zdravstveno osebje različen vrstni red prioritete ter da sta ključni prioritete krhkih starih ljudi učinkovito zdravljenje simptomov in izboljšanje zmogljivosti ter avtonomije (12). Klinična obravnava krhkega posameznika zato ne more biti hitra in ni

enostavna. Gre za nikoli dokončano iskanje možnosti in sklepanje terapevtskih dogovorov v kontekstu posameznikovih pričakovanj, vrednot in prioritete, psihosocialnih in telesnih zmogljivosti, narave in bremena bolezni ter učinkovitosti, časa nastopa učinka in bremena zdravljenja (13).

Viri

1. Morley JE, Vellas B, van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty Consensus: A Call to Action. *J. Am. Med. Dir. Assoc.* 2013 Jun;14(6):392–7.
2. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet Lond. Engl.* 2013 Mar 2;381(9868):752–62.
3. Gobbens RJJ, van Assen MALM, Luijckx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JMGA. Determinants of frailty. *J. Am. Med. Dir. Assoc.* 2010 Jun;11(5):356–64.
4. Collard RM, Boter H, Schoevers RA, Oude Voshaar RC. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2012 Aug;60(8):1487–92.
5. Kehler DS, Ferguson T, Stammers AN, Bohm C, Arora RC, Duhamel TA, et al. Prevalence of frailty in Canadians 18–79 years old in the Canadian Health Measures Survey. *BMC Geriatr.* 2017 Jan 21;17(1):28.
6. Gill TM, Gahbauer EA, Han L, Allore HG. Trajectories of disability in the last year of life. *N. Engl. J. Med.* 2010 Apr 1;362(13):1173–80.
7. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci.* 2004 Mar;59(3):255–63.
8. Gill TM, Gahbauer EA, Allore HG, Han L. Transitions between frailty states among community-living older persons. *Arch. Intern. Med.* 2006 Feb 27;166(4):418–23.
9. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci.* 2001 Mar;56(3):M146–156.

10. Welsh TJ, Gordon AL, Gladman JR. Comprehensive geriatric assessment – a guide for the non-specialist. *Int. J. Clin. Pract.* 2014 Mar;68(3):290–3.
11. Ellis G, Whitehead MA, O'Neill D, Langhorne P, Robinson D. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. In: *The Cochrane Collaboration, Ellis G, editors. Cochrane Database Syst. Rev.* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2011 [cited 2011 Oct 18]. Available from: <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab006211.html>
12. Akishita M, Ishii S, Kojima T, Kozaki K, Kuzuya M, Arai H, et al. Priorities of health care outcomes for the elderly. *J. Am. Med. Dir. Assoc.* 2013 Jul;14(7):479–84.
13. American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. Patient-centered care for older adults with multiple chronic conditions: a stepwise approach from the American Geriatrics Society: American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2012 Oct;60(10):1957–68.

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.

Novosti na področju preprečevanja stekline pri ljudeh v Sloveniji

Marta Košir, dr. med., Nacionalni inštitut za javno zdravje

Steklina je smrtno nevarna bolezen, ki se prenese z okužene

živali na človeka. Povzročitelj stekline je virus, ki prizadene osrednje

živčevje toplokrvnih živali in človeka.

Poznani sta dve obliki stekline, gozdna (silvatična) in mestna (urbana). Rezervoar silvatične stekline so

mesojede divje živali, predvsem lisice in rakuni, pogosto tudi srnjad, kune, divje svinje in netopirji. **Urbano steklino prenašajo domače živali, predvsem psi in mačke, lahko tudi govedo, konji, ovce, zajci, svinje (1).** Prisotnost virusa pri živalih predstavlja stalno nevarnost za ljudi.

Človek se lahko okuži, če ga ugrizne okužena ali stekla žival, pri stiku poškodovane kože ali sluznice s slino okužene ali stekle živali, preko opraskanine, preko sluznice dihal v votlinah, kjer so številni netopirji, in pri delu z virusi stekline v laboratoriju. Opisani so tudi posamezni primeri, ko je do okužbe prišlo s presajenim tkivom bolnega dajalca (2).

Steklina se praktično vedno konča s smrtjo. Za zdravljenje stekline ni zdravila, zato so vsa prizadevanja usmerjena v preprečevanje.

Epidemiologija

Steklina je, kljub dolgoletnemu zatiranju in možnosti uporabe cepiva, razen v nekaj državah, še vedno zelo razširjena po vsem svetu. Veliko tveganje za okužbo je predvsem v Aziji, Afriki, Južni Ameriki in vzhodni Evropi. Letno zaradi stekline po svetu umre približno 59.000 ljudi, v več kot 95 odstotkih zaradi ugriza steklega psa (3). V Severni Ameriki in v tistih državah Evrope, kjer so v 80. letih prejšnjega stoletja začeli sistematično zatiranje stekline pri divjih živalih, so zabeležili drastično upadanje stekline. Redki smrtni primeri med ljudmi v Evropi so večinoma posledica ugriza steklega psa pri potnikih iz Afrike in Azije.

V Sloveniji je bila urbana steklina izkoreninjena kmalu po drugi svetovni vojni z uvedbo obveznega cepljenja psov proti steklini in drugih veterinarskih ukrepov. Med letoma 1946 in 1950 je za urbano steklino v Sloveniji umrlo 14 oseb, od leta 1950 pa nihče več. Število steklih živali je v Sloveniji začelo upadati z uvedbo cepljenja lisic z vabami, ki vsebujejo oslavljen živ virus, predvsem po letu 1995, ko so

začeli vabe polagati s pomočjo letal. Največ primerov stekline je bilo ugotovljenih pri lisicah, posamezni primeri pa tudi pri drugih divjih in domačih živalih (jazbec, pes, konj, govedo). Zadnji primer stekline pri živalih je bil ugotovljen januarja 2013. Jeseni 2014 je bila ugotovljena steklina pri kuni, katere povzročitelj je bil cepilni sev virusa, ki ga vsebuje vaba za cepljenje lisic proti steklini (1).

Postopki preprečevanja stekline v Sloveniji so se tako izkazali kot učinkoviti in v letu 2016 se je Slovenija proglasila za državo, prosto stekline.

Ukrepi za preprečevanje stekline

Ukrepe za zaščito ljudi pred steklino v skladu s predpisi in strokovno doktrino tudi po razglasitvi države, proste stekline, še naprej v sodelovanju izvajata veterinarska in zdravstvena služba. Med te ukrepe spadajo:

- registracija in cepljenje psov, cepljenje lisic z vabami (v letu 2017 zmanjšan obseg na 50 km pas nad južno mejo), preiskave živali na prisotnost virusa stekline;
- cepljenje izpostavljenih ljudi, ki so pri svojem delu (veterinarji, lovci, gozdarji, laboratorijski delavci) ali pri izobraževanju izpostavljeni virusu stekline, in za potnike po državah, kjer obstaja tveganje za okužbo s steklino;
- takojšnja oskrba rane in napotitev oseb, ki so bile v tveganem stiku za steklino, v antirabično ambulanto na območju enoti Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ).

Prilagojen način obravnave oseb, ki jih poškodujejo živali

Ker se je tveganje za okužbo z virusom stekline v Sloveniji zmanjša-

lo, smo decembra 2016 z NIJZ obvestili zdravstvene ustanove o prilagojenem načinu obravnave oseb, ki jih poškodujejo živali (s stališča zaščite pred steklino).

Da bodo osebe, ki so jih poškodovale živali, ustrezno obravnane, je treba upoštevati naslednje:

Na obravnavo v antirabično ambulanto

JE

potrebno napotiti poškodovano osebo v primeru:

- poškodbe s strani živali v državi, kjer se steklina pojavlja (ob naši meji sta prosti stekline le Avstrija in Italija), ali če je znano, da žival, ki je poškodbo povzročila, izhaja iz države, kjer se steklina pojavlja;
- ugriza domače živali brez razloga (neizzvan ugriz);
- stika z netopirjem ali direktnega stika z netopirjevo slino ali živčnim tkivom;
- stika z vsebino (tekočino) vabe za cepljenje lisic.

Na obravnavo v antirabično ambulanto

NI

potrebno napotiti poškodovane osebe, ki jo je poškodovala domača ali divja žival, ki je sesalec, v primeru:

- izzvanega ugriza domače živali znanega lastnika (ugriz ob tem, ko človek stopi živali na rep, ji jemlje hrano, jo nadleguje, se z njo preneha igrati, stopi na njen teritorij, jo draži ipd.);
- ugriza katerekoli neznane živali v mestu, na vasi, gozdu ali na polju v okoliščinah, ko je ugriz izzval človek (beg preganjane živali, ugriz neznanega psa, s katerim smo se prenehali igrati ali ga božati, ugriz miši, voluharja, podgane, jazbeca).

Obravnava v antirabični ambulanti poteka v skladu z nacionalnimi smernicami (4). Od poškodovanca pridobimo čim več informacij o okoliščinah izpostavitve. Ocenimo, ali je bila oseba v tveganem stiku za steklino.

V primeru, da pri znani živali, ki je povzročila poškodbo, postavimo sum na steklino, zaradi preveritve tega suma obvestimo lastnika živali in veterinarsko inšpekcijo. Žival mora biti pod veterinarskim nadzorom deset (dvajset) dni od poškodbe.

Cepljenje proti steklini pri ljudeh izvedemo glede na oceno, kako tvegan za steklino je bil stik človeka z živaljo ter katera žival in v povezavi s katero državo je povzročila poškodbo.

Tako poškodovano osebo cepimo proti steklini v primeru, ko je potrjena izpostavljenost virusu stekline. Prav tako cepimo osebo, ki jo je poškodovala žival s sumom na steklino, pa veterinarski nadzor te živali ni možen. Cepimo tudi osebo, pri kateri je prišla vsebina (tekočina) vabe za cepljenje lisic v stik s poškodovano kožo ali sluznico in v nekaterih primerih stika osebe z netopirji.

Pričakujemo, da se bo zaradi ugodne epizootiološke situacije oz. razglasitve Slovenije kot države, proste stekline, število obravnav antirabičnih ambulant in s tem tudi število poekspozicijsko cepljenih oseb zmanjšalo. Podatki namreč kažejo, da je bilo v obdobju od leta 1992 do 2016 v antirabičnih ambulantah obravnavanih povprečno kar 3.293 oseb na leto. Odločitev za poekspozicijsko cepljenje proti steklini je bila v povprečju sprejeta pri 755 osebah na leto, humani imunoglobulin proti steklini pa je v povprečju prejelo 6,4 odstotka cepljenih proti steklini (5, 6).

Potrebne spremembe na področju veterinarskih predpisov

Iz antirabičnih ambulant veterinarsko stroko opozarjamo, da je za oceno tveganja in ukrepanje pri poškodbah ljudi s strani živali ob statusu države brez stekline treba spremeniti definicijo suma na steklino. V sedanjem Pravilniku o ukrepih

za ugotavljanje, preprečevanje širjenja in zatiranje stekline (7) je namreč opredeljeno, da je sum na steklino ob vsakem primeru poškodbe človeka s strani lisice ali drugega sesalca. Treba je presoditi obstoječo zahtevo Zakona o zaščiti živali (8) po obveznosti vnosa podatkov o ugrizu v centralni register psov in veterinarskega nadzora zaradi preveritve suma na steklino pri vsakem psu, ki človeka poškoduje v Sloveniji. Sedaj te postopke veterinarja še vedno zahteva, tudi pri ugrizih, ki z epidemiološkega stališča nikakor ne predstavljajo tveganja za steklino.

Vsebina predpisov (9, 10, 11) in nacionalnih smernic (4) s področja humane medicine, ki urejajo preprečevanje stekline pri ljudeh, ustreza epizootiološki situaciji.

Zaključek

Zavedamo se, da zaradi velike migracije ljudi in živali obstaja stalna nevarnost vnosa stekline iz endemskih držav, zato bo v takšnih slučajih nujno ukrepati v skladu s strokovnimi priporočili.

Zaradi neuskkljenosti je nujno potrebna sprememba veterinarskih predpisov. Z razmeram prilagojeno antirabično obravnavo poškodovancev in izvajanjem dokazano učinkovitih preventivnih veterinarskih ukrepov (registracija in obvezno cepljenje psov, cepljenje lisic, opazovanje epidemiološkega vzorca stekline pri živalih, vključno z netopirji) je treba nadaljevati, da bo Slovenija obdržala status države, proste stekline. S tem bomo prispevali k ohranjanju zdravja in življenj tako ljudi kot živali.

Viri

1. Uprava RS za varno hrano, veterinarstvo in varstvo rastlin (UVHVVR). Steklina. Dosegljivo na http://www.uvhvvr.gov.si/si/delovna_podrocja/zdravje_zivali/bolezni/steklina/
2. Videčnik Zorman J. Steklina. In: Tomažič J, Strle F. Infekcijske bolezni. Združenje za infektologijo, Slovensko zdravniško društvo, 2014/2015: 530-31.
3. WHO. Human rabies: 2016 updates and call for data. Dosegljivo na

4. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254622/2/WER9207.pdf?ua=1>
5. NIJZ. Preprečevanje stekline pri ljudeh (nacionalne smernice)
6. http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/alg_preprec_stekl_pri_ljudeh_ver7_17maj17.pdf
7. Košir M, Kraigher A. Postopki preprečevanja stekline v Sloveniji. Zdrav Vestn 2012; 81: 363-71. Dostopno na <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:doc-FPJEMUWX>
8. NIJZ. Analiza izvajanja imunizacijskega programa (za leta od 1992 do 2016). Dosegljivo na <http://www.nijz.si/sl/spremljanje-precepljenosti-deleza-cepljenih>
9. Pravilnik o ukrepih za ugotavljanje, preprečevanje širjenja in zatiranje stekline, (Ur. l. RS št. 98/13, 81/16).
10. Zakon o zaščiti živali – uradno prečiščeno besedilo – ZZZiv-UPB3 (Ur. l. RS, št. 38/13).
11. Zakon o nalezljivih boleznih, (ZNB – UPB1), (Ur. l. RS št. 33/06).
12. Pravilnik o prijavi nalezljivih bolezni in posebnih ukrepih za njihovo preprečevanje in obvladovanje, (Ur. l. RS št. 16/99).
13. NIJZ. Navodila za izvajanje programa cepljenja in zaščite z zdravili za 2017. Dostopno na http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/navodila_za_izvajanje_ip_2017.pdf

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

Vloga mentorjev v specializaciji

Dr. Tina Bregant, dr. med., spec. pediatrije, za Mlade zdravnike

Uvod

Mentor je v starogrški mitologiji ime junaka z Itake, ki v Homerjevi Odiseji odigra pomembno vlogo pri razkritju resnice. Odisej je Mentorju, preden je šel na vojno nad Trojo, zaupal v varstvo dom in družino ter v vzgojo sina Telemaha. Atena je Telemaha obiskala preoblečena v Mentorja. Ohrabrila ga je, da se je uprl in izvedel resnico o svojem očetu – Odiseju.

Tudi v medicini so mentorji izjemno pomembni v prenosu znanja in veščin. Razumemo jih kot modre osebe, ki delijo svoje znanje in izkušnje z manj izkušenimi kolegi. V luči pripravljajočega se novega pravilnika o vsebini, poteku in vrstah specializacij bi z nekaterimi dodatnimi ukrepi lahko izboljšali izvajanje mentorstva med specializacijo. Na ta način bi izboljšali potek specializacije tako z vidika mentorja kot mentoriranca in pripomogli k oblikovanju okolja, ki vzpodbuja učenje, pripomore pa tudi h kakovostni in varni obravnavi bolnikov.

Trenutno stanje

Predlog novega pravilnika o specializacijah predvideva, da imamo specializanti med specializacijo s strani Zdravniške zbornice Slovenije (ZZS) dodeljenega **glavnega mentorja** ter s strani pooblaščenih izvajalcev dodeljene številne **neposredne mentorje** (ki so s kliničnega vidika dela izjemno pomembni). Sistem mentoriranja naj bi zagotavljal učinkovit, za nas in bolnike varen, neposreden in kolegialen prenos znanja. Izpolnjevanje mentorjevih dolžnosti je zajeto v 23. členu predloga novega pravilnika. Mladi zdravniki si želimo, da bi bilo v pravilniku več pozornosti namenjene določenim področjem:

1. Vloga mentorja

Problematično je, da mentor nima jasno opredeljenih odgovornosti v postopku podiplomskega usposabljanja specializanta ter tudi pri zagotavljanju kakovosti dela s specializantom. Vloga mentorja bi bila lahko bolj jasno oprede-

ljena, podobno kot je opredeljena vloga specializanta.

2. Asimetrija in neregularnost odnosa mentor – mentoriranec

Mentoriranec in mentor sta stanovska kolega – zdravnika, čeprav z različnim naborom izkušenj. Ker mentoriranci že čez nekaj let postanejo tudi sami mentorji, je to obdobje z vidika priučeni učnih in vedenjskih strategij ključno tudi kasneje za bodoče delo in prenos znanja na mlajše kolege. Odnos med mentorirancem in mentorjem je trenutno izrazito nesimetričen, pri čemer je mentoriranec v jasno podrejeni vlogi (tako glede mesta v hierarhiji, plačila kot tudi glede odgovornosti pri poteku izobraževanja). Asimetrija je pričakovana, vendar pa v primeru prevelikih odstopanj hromi kolegialnost in v primeru anomalij ne zaščiti šibkejšega v odnosu – to je brez dvoma mentoriranec. Trenutno je praktično nemogoče, da bi mentoriranec mentorja, ki iz malomarnosti ali načrtno ne izvaja predvidenih nalog iz pravilnika, prijavil ZZS, ne da bi zaradi tega sam imel težave na delovnem mestu. Poleg tega imamo v trenutni ureditvi specializanti preslabe vzvode za ocenjevanje in nagrajevanje dobrih mentorjev.

Nekateri kolegi poročajo, da predvidene mentorje med specializacijo redko vidijo in da jim niso v nobeno pomoč, ko jih za to prosijo. Drugi imajo težave s potrjevanjem posegov ali pa opravijo kroženja, kjer praktičnega prenosa znanja sploh ni in ne pridobijo predvidenih znanj in veščin. V nekaterih primerih se nad specializanti izvaja celo odkrit *mobing*, ko predvsem neposredni mentorji zaradi osebnih zamer ali kaznovanja določenih »*problematičnih specializantov*« ali pa slabega odnosa z njihovimi glavnimi mentorji namenoma onemogočajo specializantom izpolnjevanje njihovega programa. Tako se lahko zgodi, da specializanta kirurgije, namesto da ga razpišejo v operacijsko dvorano, uporabijo za administrativno delo na oddelku. Če to traja predolgo in ne pomeni le izjeme v načinu dela,

tak specializant zelo težko doseže s pravilnikom predpisano število določenih posegov.

3. Nediferenciacija mentorjev – vsi so enako dobri (ali slabi)

Ker nimamo izdelanega sistema nadzora in ocenjevanja mentorjev, je nemogoče presoditi, kdo mentorsko delo opravlja dobro. Pri kakovosti mentoriranja ne gre samo za osebne dejavnike, pač pa tudi za ustrezne pogoje. Nekateri mentorji poročajo, da nimajo pogojev za izvajanje mentorstva: ustreznega časa, prostora, dodatnega izobraževanja in drugih pogojev za uspešno delo z mentoriranci. Ti pogoji izjemno vplivajo na kakovost mentoriranja. Če so mentorji prepuščeni lastni iznajdljivosti in stihiji, postanejo načini mentoriranja izjemno raznoliki, kljub temu, da je specializacija vsebinsko standardizirana in ne dopušča veliko svobode pri izvedbi. Zaradi slabo opredeljenih mentorjevih dolžnosti tudi mentorji sami ne vejo, kaj naj bi le-te predstavljale.

Ker ni sistema ocenjevanja mentorjev, zaenkrat tudi ni razlik v plačilu dobrih in slabih mentorjev – trenutno oboji dobijo enako plačilo, čeprav bi si nekateri mentorji zaslužili precej več. Nekateri mentorji pa so lahko kljub odlični strokovni podkovanosti za mentorstvo manj primerni in bi potrebovali dodatna znanja, zlasti s področja andragogike in mehkih veščin. Poleg tega lahko delovno okolje same institucije mentorju zagotovi (oz. onemogoči) ustrezne pogoje. Slednje bi bilo treba preverjati, podobno kot tudi delo mentorja.

4. Reševanje zapletov med mentorji in mentoriranci

Poznamo zaplete tako s strani problematičnega specializanta kot problematičnega mentorja. Včasih se težave stopnjujejo do te mere, da se rešujejo celo po sodni poti. Vredno bi bilo razmisliti o **vlogi mediacije ali ombudsmana** ter vpeljati drugačne načine reševanja medsebojnih sporov.

Iz različnih razlogov se večina mentorirancev v tovrstnih težavah raje nekoliko umakne; večina se s takim stanjem naposled sprizajni in samo upa, da bo po specialističnem izpitu bolje. Težave pa se povečini nadaljujejo, saj so glavni mentorji večkrat tudi na vodilnih položajih na oddelkih in imajo praviloma velik vpliv na delovanje stroke. Če in ko pride do zapletov, pa težo zapleta, z vsemi finančnimi posledicami prekinitve specializacije ali neopravljenega specialističnega izpita, skoraj vedno nosi samo mentoriraneec.

– Finančne posledice zapletov specializacije

Stroške mentorstva, plačane s strani ZZS oz. države, moramo ob morebitnem zapletu specializacije (prekinitvi specializacije zaradi nedoseganja vseh predvidenih posegov in pregledov, nezadostnega znanja ali po novem predlogu celo na pobudo neposrednega mentorja sklicanem izrednem kolokviju) v celoti vrniti specializanti. To je nesprejemljivo, saj tega denarja specializant ni nikoli prejel. V skladu z osnovnimi načeli pravičnosti bi bilo prav, da ga tisti, ki je denar prejel, tudi vrne. Poleg tega je z vidika specializantske osnovne plače tovrsten mentorski dodatek velik. Med specializacijo so glavni mentorji plačani za svoje delo približno 71,15 evra na mesec na specializanta; neposredni mentor prejme dodatek v višini 177,88 evra na mesec na specializanta (1). Poleg tega mentorji od delodajalca dobijo še 20 odstotkov urne postavke za mentorsko delo (2). Predlagamo, da v kolikor se objektivno krivdo za zaplet pri specializaciji da dokazati, denar vrne tisti, ki je za zaplet odgovoren: bodisi mentor, specializant ali pa pooblaščen izvajalec. V primeru deljene krivde naj se stroški vračila ustrezno porazdelijo med specializanta, mentorja in pooblaščenega izvajalca.

– Predvidene sankcije za specializante – kaj pa za mentorje?

S predlogom novega pravilnika so dolžnosti specializantov in sankcije ob

morebitnem neizpolnjevanju vseh obveznostih ali nedoseganju ustrezne ravni usposobljenosti še precej bolj jasno zapisane, in to kljub temu, da so nekateri programi specializacij stari in v praksi niso uresničljivi. Določenih posegov in preiskav, zapisanih v njih, se ne izvaja več ali jih specializanti zaradi sistemskih težav v času kroženja na določenih oddelkih ne morejo opraviti oz. jim niso omogočeni. Zato prosimo, da se predlagane spremembe programov specializacije sprejme dovolj ažurno in glede na praktično uporabo, da bo specializant tem spremembam lahko sledil.

Ker zaenkrat ni ustreznega nadzora nad mentorji in njihovim delom ter tudi ne nad pooblaščenimi izvajalci, sankcij v primeru neizpolnjevanja njihovih dolžnosti niti ne more biti. Po novem predlogu pravilnika tako niti ne bo več možno odstaviti neposrednega mentorja, v kolikor ne bo izpolnjeval svojih dolžnosti, kot je bilo to mogoče do sedaj. Spreminja se sicer način ocenjevanja glavnih mentorjev, vendar je glede na majhno število mentorirancev na posameznega mentorja (v mnogih primerih le eden ali dva) anonimnost ocenjevanja dejansko nemogoče zagotoviti. Zato je nerealno pričakovati, da bo mentoriraneec tvegala svoj karierni razvoj in negativno ocenil slabega glavnega mentorja ali javno poročal proti njemu.

Predlogi izboljšav

Mladi zdravniki predlagamo:

1. **Jasno definiranje vloge in odgovornosti mentorja ter tudi institucije**, kjer mentor opravlja mentoriranje.
2. **Anonimno ocenjevanje neposrednih mentorjev** – ti imajo opravka z veliko večjim številom mentorirancev, zato so ocene v tem primeru veliko bolj reprezentativne kot ocene pri glavnih mentorjih, kjer je število mentorirancev majhno.
3. **Možnost sprožitve postopka za razrešitev slabo ocenjenih**

mentorjev (glavnih in neposrednih), ki svojega dela ne opravljajo v skladu s pravilnikom ali ga opravljajo slabo. Tako bomo spodbudili meritokratičen pristop pri nagrajevanju mentorjev – dobri mentorji bodo bolje ocenjeni in plačani, slabi pa bodo dobili manjše plačilo oz. ne bodo več smeli opravljati te funkcije. Mentorja lahko razreši tudi drugi mentor, ki lahko objektivno obrazloži razrešitev kolega.

- 4. Mentoriranec dodeli po lastni presoji sredstva mentorjem.** Na koncu vsakega meseca bi želeli sami določiti, komu se dodeli naša mentorska sredstva (delež, ki ga dobita glavni in neposredni mentor). Nekateri oddelki ta način že uporabljajo (npr. KO za radiologijo UKC Ljubljana).
- 5. Možnost lastne izbire,** da si specializanti sami izberejo tako

glavne (ki jih zaenkrat lahko le predlagamo) kot neposredne mentorje (v dogovoru z glavnim mentorjem), če ti še niso izpolnili kvote mentorirancev in se s tem seveda strinjajo. Na ta način bodo imeli specializanti možnost, da se izognejo sodelovanju z mentorji, za katere vedo, da ne izpolnjujejo svojih nalog. Podobno lahko mentor zavrne mentoriranca. Zavedamo pa se, da je možnost lastne izbire v praksi težje (za nekatera področja celo nemogoče) uveljaviti.

- 6. Za reševanje medsebojnih sporov med specializacijo uveljaviti mediacijo ali ombudsmana.**

Zaključek

Dobrega učitelja učenec preraste. S spremembo pravilnika bi si želeli ustvariti boljše sistemske pogoje, da bi več mentorjev lahko za svoje

mentorirance ponosno povedalo: »Odlični so. Boljši od mene!« Sistemski ukrepi bi po eni strani omogočili, po drugi strani pa tudi zahtevali, da bi bili starejši svojim mlajšim kolegom v navdih in vzgled – pravi mentorji. Mentorji, ki svoje mlajše, manj izkušene kolege ohrabrijo in opremijo z znanji in veščinami. Kot Atena Telemaha.

Opomba: problem mentoriranja smo Mladi zdravniki izpostavili tudi v pismu dr. Čebašek - Travnik.

Viri

- Spletna stran javne uprave: http://www.mju.gov.si/fileadmin/mju.gov.si/pageuploads/JAVNA_UPRAVA/DPJS/Dodatki/PREGLED_VISIN_DODATKOV__V_JAVNEM_SEKTOR-JU1.pdf (Dostopano 18. 9. 2017)
- Spletna stran zdravniške zbornice: <https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/speciialicije/financiranje-specializacij/arhiv-letnih-nactov-specializacij/letni-na%C4%8Drt-2008.pdf?sfvrsn=2> (Dostopano 18. 9. 2017)

Fleming 21. stoletja

Nina Mazi, Ljubljana

89 let potem, ko se je sir Alexander Fleming, škotski biolog in farmakolog, raziskovalec, pedagog in avtor, ki se je odlikoval v poznavanju, razumevanju in pomembnih dosežkih na področju bakteriologije, imunologije in kemoterapije, zapisal v zgodovino s svojim legendarnim odkritjem penicilina, svet čaka novega Fleminga. Rastoče število odpornih sevov bakterij in ostalih bolezenskih povzročiteljev strokovnjake skrbi in vznemirja, sodobno prebivalstvo pa ogroža skoraj v enaki meri kot pred letom 1928.

Nastopil je čas nove antibiotične dobe. Žal pa svet še nima genija, ki bi ga lahko odrešil nevarnosti in tveganja, ki ju predstavljajo odporne superbakterije in ostali povzročitelji, zaradi katerih se zdravniki in farmakologi, pa tudi bolniki počutijo vse bolj nemočne. Njegova naloga bo zahtevna, saj bo po predvidevanjih oz. napovedih strokovnjakov moral novo substanco ustvariti iz

nič – na novo. Kombinacija obstoječih, že znanih snovi se naj ne bi obnesla oz. naj ne bi zagotovila želenega učinka.

S sintezo učinkovitih zdravil proti okužbam se ukvarjajo armade raziskovalcev in znanstvenikov na vseh celinah, zato je verjetno le še vprašanje časa, kdaj in komu se bo prvemu uspelo zavihteti na antibiotični piedestal, ki si ga je 28. septembra leta 1928 postavil Fleming in od njegovega slovesa, leta 1955, desetletje po prejemu Nobelove nagrade, čaka na naslednjega genija, ki si bo, zahvaljujoč svojemu znanju, izkušnjam in kompetencam, viziji in drznosti upal stopiti v čevlje genialnega škotskega strokovnjaka in izumitelja. Ali se bo v njih dobro počutil in koliko časa bo v njih zdržal, pa trenutno (še) ne ve nihče.

Vir: www.science.com, *Scientific American* 12/2016

Ali zdravnike še zavezuje Hipokratova prisega?

Prim. Marjan Fortuna, Kranj

Čeprav začetki medicinske etike segajo daleč v preteklost, se Hipokratova prisega (HP) šteje za njen začetek. Z razvojem medicine se je etika spreminjala in etična načela so bila tudi s strani zdravnikov hudo kršena. Morda res nekoliko zastarelo HP je leta 1948 nadomestila Ženevska deklaracija. Povod zanjo so bile hude kršitve zdravniške etike med drugo svetovno vojno. Se pa deklaracija s kasnejšimi spremembami bistveno odmika od HP.

Za ponazoritev, kako nedosledni smo pri svojih ravnanjih, velja omeniti četrto, sedmo in deveto prisego. Četrta se je sprva glasila: »Najpomembnejša mi bo skrb za **zdravje in življenje** mojega pacienta,« v današnji obliki pa je beseda življenje kar izpuščena. Enako velja za deveto: »Absolutno bom spoštoval človeško življenje od **spočetja** naprej,« in nadalje, »ne bom dopustil, da se izkoristi moje medicinsko znanje v nasprotju z zakoni človečnosti.« Leta 1984 so jo spremenili v: »Absolutno bom spoštoval človeško življenje od **začetka** naprej.« Tudi ali pa predvsem zato so, da ne bi definirali, kdaj je začetek življenja, in ker se je najbrž uvidelo, da tudi ta dikcija ni »moderna«, kar izbrisali »od začetka naprej« in sprejeli salomonsko odločitev »absolutno bom spoštoval človeško življenje«. Z medicinskega vidika bi se še poenotili, ne pa pri implementaciji aksioma bistva življenja oz. kdaj je spočeto bitje človek. HP je vedno priročen očitek, kadar ne ravnamo v skladu z njo in jo kršimo; če pa se je dosledno držimo, smo pa spet deležni kritik, češ da smo konservativni, neživljenjski, mračnjaški in podobno.

Zlasti v primeru evtanazije in splava se kaže hipokrizija moderne (ne samo naše) družbe.

V mnogih državah, vključno z našo, sta prisegi o skrbi za življenje bolnika in spoštovanju življenja od začetka naprej kršeni. To moramo pač priznati. Kakšno je moje mnenje, niti ni pomembno, pomembno pa je dejstvo, da pri vprašanih zdravniške etike nismo niti enotni niti dosledni in najbrž tudi nikoli ne bomo.

Tudi kršenja sedme prisega »moji kolegi mi bodo bratje in sestre« bi se pravzaprav morali sramovati, kajti temu, kakšni so naši medsebojni odnosi, smo tako rekoč vsak dan priča, ko eden

drugemu očitamo strokovne napake in kršenje etičnega kodeksa ter se obtožujemo v javnosti. Pri tem sodelujejo še mediji in podžigajo nič kaj »bratske« odnose.

Kjerkoli se srečamo z načeli etičnega kodeksa zdravnikov, povsod pridemo nazadnje na isto: najtežje odločitve ostanejo stvar zdravnikove presoje. Ni jih mogoče predpisati niti predvideti, lahko si samo želimo, da so pravilne in dobre.

Veliko je področij, kjer kodeks medicinske etike zdravnikom ni kaj prida v pomoč: taka področja so npr. zdravljenje proti volji bolnika, poseg v škodo zdravja ene osebe, da bi lahko pomagali drugi, umetna oploditev, sterilizacija, umetna prekinitev nosečnosti in ne nazadnje evtanazija. Pri takih in podobnih vprašanih ni in ne more biti vnaprej pripravljenih navodil, ki bi bila uporabna za vse primere. Vsako pušča zdravnikovi presoji in odločitvi široka mejna področja. Od zdravnikove etične trdnosti, izkušnosti, človeške in strokovne zrelosti in ne nazadnje tudi vzgoje je odvisno, ali se bo odločil prav.

Z razvojem medicine je zdravniku zaupanih toliko orodij in orožij, ki lahko povzročijo dobro ali zlo. Zdravniku, ki je odkril cepiva proti smrtno nevarnim nalezljivim boleznim, ki presaja človeške organe, ki z umetno oploditvijo »daje« ženskam »umetne« otroke in ki z majhnim posegom prekine nosečnost in napravi žensko ali moškega neplodnega, ki zna oživljati klinično mrtve ali na razmeroma enostaven način končati človekovo življenje. Pa zdravniku, ki mu, skromnemu in neopaženemu, tečejo leta življenja v delu z bolniki, ne da bi se zavedal, da je za zdravstvo enako pomemben in potreben kot vrhunski strokovnjak. Zdravniku, ki sam piše etični kodeks kot vodilo pri odgovornih odločitvah, pri katerih mu zakoni ne morejo dosti pomagati. Morda mu je pri tem lahko v oporo in vodilo molitev, ki jo je pred več kot osemsto leti zapisal Maimonides: »Ne daj, da me objame misel, da morem vse!«

Še tako sodobna zakonodaja ne more odvzeti bremena, ki ga nosimo zdravniki zaradi posebnosti našega dela. Mnogokrat smo lahko zgolj tolažniki. Imamo veliko načinov, kako lajšati trpljenje, povsem olajšati ga nismo sposobni, smo ga pa sposobni hitro končati. In na koncu pridemo zopet do bistva. Najtežje odločitve so stvar zdravnikove presoje v upanju, da so pravilne in dobre.

Zmožnosti, vrline in spretnosti

Nina Mazi, Ljubljana

Z globoko hvaležnostjo, spoštovanjem in občudovanjem svojih učiteljev in profesorjev, vzgojiteljev, mentorjev in predstojnikov, pa tudi izjemnih kolegov ugotavljam, da samo znanje za odličnost in kakovost v zdravstvu ne zadostuje. Žal je pri (pre)nekaterih celo znanja premalo oz. je neustrezno in nezadostno. Mnogi, ki se prej ali slej zavejo svojega engramskega primanjkljaja, skušajo vrzeli zapolniti z izkušnjami in graditi predvsem na tem, kar so se naučili pri delu, v praksi. Izkušnje so sicer res (lahko) zanimive, koristne in uporabne – dragocene, nikakor pa ni mogoče med znanjem in izkušnjami postaviti enačaja. Kdor hoče na tem področju operirati z matematičnimi elementi, naj znanje in izkušnje raje poveže z neenačajem.

Za človeka, ki se odloči posvetiti se medicini, je samo po sebi umevno, da se bo učil, izpopolnjeval, izobraževal in usposabljal do zadnjega diha. Eden mojih mentorjev rad poudari, da je zdravnik obsojen na učenje do groba. Ob tej resnici se zdravniki razdelimo na dve kategoriji – na tiste, ki v tej »dosmrtni obsodbi« vidijo predvsem napor, garanje in »potenje« ob knjigah, v predavalnicah ter ob zaslonih – najlažje se poistovetijo z Gregorčičevo »Moj črni plašč«, le da se v tem primeru barva plašča iz črne spremeni v belo. Druga kategorija, ki ji je učenje v veselje, izziv in veliko priložnost, pa navdušeno prebira, posluša, opazuje, razglablja in razmišlja, zavzeto, odgovorno in premišljeno uporablja, nadgrajuje, dopolnjuje in pogloblja svoje znanje, hkrati pa je ponosna in samozavestna – pri srcu ji je Vodnikovo Dramilo s »Čaka te sreča, um ti je dan, našel jo boš, če nisi zaspan...«

Učita se (po sili razmer) sicer obe kategoriji zdravnikov, vprašanje pa je, katera izmed njiju se več nauči in stvari bolje pozna oz. zna, pa tudi, katera lahko bolje služi bolnikom, ki (po večini) sicer res nimajo medicinske izobrazbe, a so kljub temu sposobni razlikovati med obema skupinama in vedo, na koga se morajo (oz. bi se radi)

obrniti v stiski. V prvo kategorijo se nekateri uvrstijo zaradi svoje komodnosti, nonšalantnosti in neresnosti (vse naštetu je mogoče odpraviti ali vsaj omiliti do te mere, da ni več v nebo vpijoče in moteče), pa tudi zaradi pomanjkljivih kognitivnih sposobnosti, čustvenih in vedenjskih zapletov in neustreznosti za zdravniški poklic, ki tudi v 21. stoletju ostaja predvsem poslanstvo. Kar v praksi pomeni, da vedno in povsod terja celega človeka. Ne takega, ki se pri delu – v stiku z bolniki, sodelavci in ostalo »formalno javnostjo« sicer nenehno trudi biti vljuden, prijazen, uglajen in dobrohoten, ko pa sleče svojo belo haljo, postane pravo nasprotje. S kolegom psihologom in nevropsihiatrom ugotavljava, da bi moral človek pred izbiro zdravnika na skrivaj pokukati v njegovo zasebnost in preveriti, kakšen je s svojo družino, med domačimi štirimi stenami, kako ravna s svojimi najbližjimi, z denarjem, časom, znanjem, okoljem in ostalimi dobrinami. Tako bi si o svojem nesojenem zdravniku lahko pravočasno ustvaril najbolj objektivno mnenje in se potem odločil, ali je pripravljen potrpati na vrata nekoga, ki sicer (morda) res velja za vrhunskega strokovnjaka in poznavalca svoje specialnosti, hkrati pa kot človek ne dosega niti povprečja. V

zagato (lahko) bolnika oz. uporabnika zdravstvenih storitev spravijo tudi zdravniki, ki so sicer prijazni, vljudni in uglajeni, a o marsičem, kar bi morali znati in poznati, (žal) nimajo pojma.

O lastnostih, vrlinah in zmožnostih pravih zdravnikov je bilo prelitega že veliko črnila, a se zaradi dejstva, da stvari kljub svoji pomembnosti še niso bile dokončno dorečene, vedno vračamo k tej tematiki. Tokrat sem izbrala 11 vrlin in sposobnosti, s katerimi naj bi se ponašal dober oz. odličen zdravnik.

1. Poštenost in korektnost

Predpogoj za dobro opravljanje zahtevnega poslanstva sta poštenost in korektnost. Zdravnik mora vedeti in znati, kako biti pošten in korekten, hkrati pa tudi želiti, hoteti in si prizadevati, da je njegovo življenje vzor (vsaj) osnovne poštenosti in korektnosti. Začne se pri majhnih, na videz nepomembnih rečeh, ki sčasoma pogosto prerastejo v velike napake in hude zadrege. Pošten, korekten zdravnik, ki zjutraj zamudi v ambulanto, se vsem čakajočim opraviči za zamudo in poskrbi, da se zamujanje ne ponavlja preveč pogosto. Brez nepotrebnih izgovorov in »majhnih laži«, saj bolnikov in sodelavcev (z izjemo šefa) praviloma ne zanima, zakaj je zamudil, pričakujejo pa, da se opraviči (korektnost), nato pa nemudoma zaviha rokave (brez običajnega uvodnega rituala) in poskrbi, da zaradi njegove zamude ni nihče bistveno prikrajšan (poštenost).

2. Pravičnost

Pravičnost je sinonim za obnašanje in ravnanje v skladu z uveljavljenimi moralnimi postulati in vrednotami. Pričujoča kategorija ni ključna le pri delovanju sodnikov, policistov, učiteljev in vzgojiteljev, marveč je

nepogrešljiva tudi za zdravnike. Pravičnost si v praksi vsakdo razlaga po svoje. Nekateri jo povezujejo z neomajnostjo (nihče, niti predsednik ne more na pregled oz. na terapijo preko vrste!) in odločnostjo (kar reče zdravnik, je »sveto« in je nemogoče spremeniti). Pravičnost je veliko več od tega – pojem pravičnosti zaznamuje razmišljanje, govorjenje, obnašanje in delovanje, ki je pogosto logično in samoumevno, včasih pa na videz v popolnem nasprotju s pričakovanim oz. načrtovanim. Zdravnik se mora zavedati in tudi upoštevati, da pravičnost ni vedno pragmatično in vsečno, je pa praviloma koristno in edino pravilno. Stvari se pri iskanju in uveljavljanju pravičnosti v praksi pogosto zalomijo predvsem zato, ker absolutne pravičnosti človek ne more doseči, saj ostaja domena božanskega. Pravičen je človek, ki spoštuje pravice vsakogar in jih vsakomur tudi zagotavlja oz. vsaj skuša zagotoviti. Bolniki pravico iščejo v drobnih, vsakdanjih rečeh, ko se sprašujejo, zakaj soseda vedno dobi dva recepta, jaz pa samo enega, zakaj je bil pacient pred menoj v ambulanti pol ure, jaz pa le deset minut ipd.

3. Položaj, privilegiji in bonitete

Sestop s piedestala je za mnoge zdravnike boleč, morda celo ponižujoč. Tudi in predvsem zaradi dejstva, da tradicija zdravnikom že stoletja pripisuje posebno vlogo in izbran položaj v družbi. Danes pa je tako laični kot tudi strokovni javnosti jasno, da si posameznik izjemnega položaja, privilegijev in bonitet ne pridobi z zdravniškim stanom *eo ipso*, marveč si jih mora prislužiti oz. pridobiti z odličnostjo, kakovostjo in človečnostjo. Ne glede na vsa prizadevanja nekateri visokih standardov, ki jih pred zdravnike postavlja strokovna, pa tudi laična javnost, ne bodo nikoli dosegli, kaj šele preseгли. Pa ne zato, ker tega ne bi hoteli, ampak jim preprosto manjkajo za to potrebne zmožnosti. Kljub temu pa lahko

delujejo skrbno, zavzeto in učinkovito – za dobrobit človeštva. Seveda ne tako, da se brezobzirno prebijajo po hierarhični lestvici oz. se na vse kripnje oklepajo svojega položaja, prepričani, da jih nihče ne more odstaviti, kaj šele odsloviti.

4. Izražanje in sprejemanje kritike

»Dober zdravnik ima oči na pecljih in radarje,« me je že v času pripravništva naučil mentor. »Sliši, česar drugi ne slišijo, vidi, česar ostali ne vidijo, in ve oz. razume tudi tisto, kar se drugim sploh ne sanja.« Zato je zdravnik pogosto kritičen in strog v svoji presoji – tako do sebe kot tudi do drugih. Kdaj, koliko, kje in kaj oz. koga bo kritiziral, pa se odloča sproti, od primera do primera. Pri tem dober zdravnik dosledno upošteva in spoštuje pravilo, da je pohvala stvar javnosti, kritika pa zasebna in osebna zadeva, ki zahteva prisotnost le dveh parov oči in ušes. Ker strele letijo v vrhove, pa je tudi zdravnik nenehno izpostavljen kritiki. Običajno je glasna in neusmiljena. Kako se bo nanjo odzival, kdaj in zakaj, pa je stvar individualne presoje – vsak zdravnik si mora pri tem izoblikovati lastno strategijo, v skladu s svojim prepričanjem in vrednostnim sistemom. Vsekakor pa velja, da se je na utemeljeno kritiko treba odzvati »pohlevno in hvaležno«, neutemeljeno pa zavreči tako, da pri tem ne povzročamo dodatne bolečine, trpljenja in škode.

5. Vzpostavljanje in ohranjanje stikov

Pogovor, ki predstavlja enega od stebrov zdravnikovega dela, je v izobraževanju še precej zanemarjen. Zato se prenekateri zdravnik raje kot za dialog ali polilog odloči za monolog in pri njem vztraja tudi takrat, ko že dolgo ni več primerno oz. potrebno. Dober zdravnik obvlada tako sproščen, neformalen pogovor (*small talk*) kot tudi resen pogovor in formalno debato. Nenehno se zaveda, da ni

pomembno le kaj, marveč tudi in predvsem kako nekaj reče. Pravi zdravnik ve (in v praksi tudi upošteva), kdaj se lahko pošali in deluje lahkotno, kdaj pa se mora zresniti in iti v globino. Raziskave pričajo, da pomanjkanje pogovora ni prisotno le v odnosu med zdravnikom in bolnikom (ko se zdravnik vedno lahko izgovori na pomanjkanje časa), marveč tudi v odnosih s kolegi – sodelavci, podrejenimi in nadrejenimi. Urjenje komunikacijskih sposobnosti vsekakor sodi med pomembne naloge zdravnikov 21. stoletja, pri čemer si zvrhano mero pozornosti zasluži tako verbalna (ustna in pisna), pa tudi neverbalna komunikacija.

6. Princip daj-dam

Da v življenju ni brezplačnega kosila in da življenje praviloma poteka po načelu daj-dam (pri zdravniku pogosteje obratno, dam-daj), se v zdravstvu potrjuje na vsakem koraku. Pri tem je pomembna sposobnost zdrave objektivne presoje, kdaj je treba dajati in kdaj lahko tudi prejema. Velik delež izgorelosti v zdravstvu je povezan prav z nenehnim dajanjem na eni ter z nesposobnostjo prejemanja na drugi strani. Če okolica ne opazi, da človek nekaj potrebuje oz. si nekaj zasluži (nekaterih stvari zdravniku nihče samodejno ne ponudi), je treba za to jasno in glasno prositi oz. vprašati. To pa je mnogim zdravnikom odveč ali celo izpod časti, zato si niso sposobni ali pripravljeni zgotoviti in/ali izboriti, kar jim pripada oz. kar jim je na voljo. V tem primeru je potreben le kanček poguma, odločnosti in lahkotnosti, pa se zadeve (hitro) uredijo.

7. Obljube in zagotovila

Dajanje in sprejemanje obljub in zagotovil je pri delu z ljudmi pomembna zadeva. Človeku v stiski zdravnik pogosto mimogrede omeni ali celo obljubi nekaj, kar se dejansko ne more in se zato tudi nikoli ne uresniči. Bolnik in njegovi najbližji pa

se obljube oprimejo kot rešilne bilke in pogosto pričakujejo, da bo zdravnik naredil nekaj nemogočega oz. da jim bo pričaral čudež. V tovrstnih primerih je modro upoštevati dejstvo, da je človek gospodar svoje besede, dokler je ne izreče, ko jo izusti, pa beseda oz. obljuba postane njegov rabelj, krvnik in sodnik. Prav tako pa dober zdravnik s pravo mero objektivne presoje in distance sprejema in obravnava obljube, ki jih je deležen sam – nanašajo se na učinkovito reorganizacijo, izvajalcem in uporabnikom prijazne zdravstvene reforme, izboljšanje delovnih pogojev, boljše plačilo, napredovanje itd. Kljub temu pa sam ostaja mož beseda, zavedajoč se, da je človek vreden toliko, kolikor velja njegova beseda, in da je omajano ali celo izgubljeno zaupanje težko popraviti.

8. Obnašanje in vedenje

Podobno kot komunikacijskemu znanju, spretnostim in sposobnostim se tudi obnašanju v zdravstvu posveča premalo pozornosti. Podhranjenost tega vitalnega področja se odraža tako v dejstvu, da zdravnik nadere bolnika, zmerja podrejene, javno kritizira kolege in se na glas pritožuje nad nadrejenimi, kot tudi v zdravnikovem pritoževanju nad osebnim dohodkom, delovnimi pogoji, slabo organizacijo dela ipd. Zdravnik mora biti zgled ostalim ne le s svojim ravnanjem, marveč tudi s svojim razmišljanjem, govorjenjem in obnašanjem, zato zasvojenost (kajenje, hrana, opojne snovi), klevetanje in opolzko govorjenje, slaba higiena, neurejen videz in podobne zadeve na sodijo v njegovo domeno. O vljudnosti, uglajenosti, taktosti in dobrohotnosti pa v primeru zdravnika sploh ni treba izgubljati besed.

9. Vztrajnost in potrpežljivost

Vrlini, ki si ju večina zdravnikov pridobi že med študijem, zdravnika

spremljata do groba. Pri tem je izredno pomembna sposobnost razlikovanja med »Hiti počasi« (*Festina lente*) in »Zdaj ali nikoli« (*Now or never*), pa tudi zdrave presoje, kdaj je primerno prvo in kdaj drugo. Vrsta zagat in ovir tako zdravnika kot bolnika vedno znova sooča z dejstvom, da narave ni mogoče preliščiti in da toka dogajanja ne gre prehitovati za vsako ceno. Izsiljene zmage se praviloma izkažejo za Pirove. V primerih, ko se tok dogajanja spremeni in kljub vztrajnosti in potrpežljivosti ni zelenega rezultata, pa tudi ko gre za nepotrpežljivost in nestrpnost, črnogledost in malodušje, je zdravnik tisti, ki mora umiriti in urediti zadeve. In to ne glede na stopnjo njihove brezizhodnosti oz. usodnosti.

10. Napake, spodrseljaj in zmote

Tovrstne neprijetne in neljube zadeve so se dogajale v preteklosti, se dogajajo danes in jim bomo verjetno priče tudi v prihodnosti. Dober zdravnik, ki je sicer pripravljen in sposoben storiti vse, da bi naštete nepravilnosti preprečil, pa se globoko zaveda, da je, kadar se (kljub najboljši volji) primerijo, pomembno predvsem, kako se zdravnik (s svojimi sodelavci) odzove nanje. Torej, kaj reče, komu, kako, kdaj, kje in zakaj ter kaj dejansko stori, da bi popravil stanje in odpravil (ali vsaj zmanjšal) nastalo škodo. Odziv prizadetih je v takih primerih pogosto odvisen predvsem od odziva zdravnika kot povzročitelja. Ključno je, ali zanika in skuša vse prikriti, išče izgovore, iz pete vleče nemogoča opravičila ter ponuja neverodostojne podatke in zavajajoče informacije ter se morda celo zavije v molk in skrije na varno, dokler se duhovi ne pomirijo. Ali pa iskreno in dostojanstveno stopi pred prizadete, prizna svojo napako, spodrseljaj ali zmoto in se zanjo z vidnim obžalovanjem jasno in glasno opraviči, nato pa (na prizadetim razumljiv in sprejemljiv način)

pojasni z njo povezana objektivna dejstva in predstavi okoliščine, ki so ji botrovale. Potem obzirno utihne in se umakne – dovoli prizadetim, da o vsem razmislijo in se posvetujejo s tretjo, neodvisno stranjo, nato pa ponudi roko sprave in s konkretnimi predlogi izrazi svojo pripravljenost za urejanje razmer in odpravo nastale škode. Tovrstno ravnanje je v skladu z večnim Hipokratovim *Nihil nocere*. Vse ostalo – od dodatnih zavarovanj za odškodninsko odgovornost do najemanja najboljših odvetnikov – se sicer res lahko izkaže za učinkovito, nikakor pa ne pripomore k učinkovitosti izboljšanja razmer, saj ni tisto, kar uporabniki in širša javnost upravičeno pričakujejo od zdravnikov. »Ne kar veleva mu stan, kar more, to mož (zdravnik) je storiti dolžan.«

11. Frustracijska toleranca

Vsi poklici, ki se ukvarjajo z ljudmi, z zdravniki na čelu, se pri svojem delu vsakodnevno soočajo z razočaranjem, nerazumevanjem in nasprotovanjem, ovirami in zastoji, frustracijami in stresom. Vsemu naštetemu se ne morejo izogniti, na to ne morejo vplivati. Lahko pa odločajo o svojem odzivanju na zahtevne izzive – vplivajo na svoje reakcije. Zdravnik, ki hoče kljub zahtevnosti svojega poklica in poslanstva varno previhariti viharje, mora razviti visoko stopnjo frustracijske tolerance. Njegov prag stresa mora biti čim višji, kar pomeni, da ga malenkosti (preveč) ne vznemirjajo in ga le najhujše zadeve lahko »vržejo iz tira«. Za to mora vsakdo poskrbeti predvsem sam – načrtno in ciljno. Metod, postopkov in prijemov je veliko, treba je le izbrati tistega, ki je posamezniku pisan na kožo, ter ga redno, zavzeto in disciplinirano izvajati, dokler se ne pokažejo ustrezni rezultati.

Tole je prvih 11 vrlin, zmožnosti, spretnosti in sposobnosti, o ostalih pa kdaj drugič.

Zdravstvo potrebuje muzej

Andrej Rant, dr. dent. med., Ljubljana

Žalostno in izobražencem nepojmljivo dejstvo je, da tako pomembna in najbolj humana dejavnost na Slovenskem nima svojega muzeja, ki bi tako laikom kot medicinsko izobraženim prikazal razvoj medicinske stroke skozi stoletja. Ob tem, da imamo relativno dobro razvito muzejsko dejavnost, ki prek klasičnih in ozko specializiranih muzejev približa ljudem, predvsem mladini, zgodovino razvoja in kulturo na mnogih področjih, je za današnji čas res prava sramota, da nimamo muzeja tako pomembnega področja. Imamo muzeje skoraj vseh področij – prirodoslovni, etnografski, tehnični, lovski, planinski, športni, vojaški, gledališki, šolski, čebelarški, pivovarniški in še kakšen muzej, muzeja zdravstva pa ne. Odlasjanje z večnim izgovorom, da ni denarja, povzroča znanosti, izobrazbi in kulturi veliko škodo. Zdaj večina odsluženih in zastarelih medicinskih aparatov, ki so nekoč predstavljali drage in nepogrešljive pripomočke, konča v smeteh oz. na odpadu, namesto da bi kot eksponati v muzeju služili za prikaz razvoja medicine. Koliko specialnih pripomočkov v kirurgiji, zobozdravstvu, otorinolaringologiji, rentgenologiji, onkologiji ... je že izgubljenih, koliko pa jih bo uničenih v kratkem. **Zato pozivam kolege vseh zdravstvenih ustanov, da zaščitijo našo znanstveno in kulturno dediščino in jo ohranijo za prihodnje rodove.** Vedno se najde kakšen odvečen prostor, kamor naj se naloži in spravi »stara medicinska krama«, ki pa je lahko še kako pomembna za prikaz zgodovine stroke. Hkrati pa moramo doseči preboj v miselnosti in zahtevati od ministrstva za zdravje, da se izvede projekt z imenom Slovenski zdravstveni muzej.

Takšen muzej bo ne le obogatitev muzejske ponudbe in prikaz zgodovine stroke, ampak tudi nepogrešljiva učna baza študentom in zdravnikom. V njem bo prikazano vse tisto, kar je že pozabljeno. Poznavanje zgodovine stroke je temelj poznavanja njene sedanjosti in razvoja v prihodnosti. Muzej naj prikaže zdravstvo v njegovem celotnem obsegu, od zeliščarstva, ljudske medicine, samostanske medicine, lekarništva do babištva, porodništva, kirurgije, interne medicine, patologije in ostalih strok. Poseben poudarek naj bo na nosilcih posameznih dejavnosti ter njihovega poslanstva in izročila. Fotografije, knjige, razglednice, stari recepti, računi, diplome – vse to je premična dediščina, ki jo je treba hraniti v muzeju in najpomembnejše od tega predstaviti. Po posameznih klinikah v Ljubljani imajo nekateri vodilni ta čut za ohranjanje dediščine. Tako lahko vidite stare tipe srčnih zaklopk na srčni kirurgiji v UKC ali v vitrini razstavljene instrumente na hodniku diabetološkega oddelka Interne klinike na Vrazovem trgu. Moj oče, idealist dr. Rant, nekdanji predstojnik Stomatološke klinike, je v šestdesetih letih na Stomatološki kliniki osnoval zbirko starih zobozdravstvenih instrumentov – klešč, dvigal, bradnih opornic, kirurških pripomočkov in živalskega zobovja, od čeljusti rib do številnih živalskih lobanj. Posebno ponosen je bil na lobanjo opice, volka, medveda in kozoroga. Zbral je tudi številne patološke primere čeljusti divjadi, ki so mu jih prinašali lovci iz vse Slovenije. Vse to je v letih po njegovi smrti izginilo neznano kam, zato ker njegovi nasledniki niso znali ali niso hoteli ceniti njegovih prizadevanj.

Na mojo pobudo na simpoziju Prvih deset let Stomatološke klinike,

leta 1988 v Slovenskem zdravniškem društvu, da se ustanovi zobozdravstvena zbirka, je neumorni pokojni prim. Franc Štolfa iz Celja pridobil prostor za depo na železnici v Celju, kamor smo pošiljali eksponate, tudi celotne stare ordinacije in zobotehniko. Z razumevanjem dr. Andreje Rihtar, predstojnice muzeja, je prišlo do postavitve zobozdravstvene zbirke v celjskem muzeju. Za ustanovitev zdravstvenega muzeja si že več kot poldrugo desetletje prizadevata predstojnica Inštituta za zgodovino medicine prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec in Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije. Inštitut ima že zdaj obsežno zbirko za zgodovino medicine zelo pomembnih predmetov, ki pa jih zaradi prostorske stiske ne more razstaviti.

Osnova muzeja je zgradba, prostor za muzejsko dejavnost, tj. razstavni prostori, funkcionalni prostori in prostori za depoje. Zaradi praktičnosti bi moral biti muzej v bližini bolnišnic in Medicinske fakultete v Ljubljani. Od poslopij v bližini bi bili morda najbolj primerni Cukrarna, ki je zelo prostorna, ali pa vojašnica na Poljanski cesti. Župan in mestni svetniki naj dajo izgradnjo muzeja v načrt razvoja Ljubljane, saj bi muzej obogatil njeno kulturno podobo. Mislím, da si slovensko zdravstvo zasluži svoj muzej, slovenski zdravniki, tako tisti, ki so že pozabljeni, kot ti, ki vsak dan izgorevajo v svojem delu, pa si tudi zaslužijo zgodovinski spomin na svoje nesebično poslanstvo.

Prof. dr. Jana Furlan – zdravnica presežnega duha in humanističnih vrednot

Prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec, dr. med., Inštitut za zgodovino medicine MF UL
Duša Fischinger, prof., Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture
Slovenije

zvonka.zupanic-slavec@mf.uni-lj.si, dusa.fischinger@gmail.com

So ljudje, ki se te preprosto dotaknejo s svojo dušo. Ne znaš razložiti, kako in zakaj, ne veš, kaj je v njih, da te s takšno notranjo močjo pritegnejo in prepričajo – so preprosto magnet, ki te priklene nase, da iz njegovega vseživljenjskega znanja neopazno srkaš zglede po življenju, pisanem z veliko začetnico.

Profesorica interne medicine, ki s tako prepričljivostjo uči pljučne slušne fenomene, da je vsa predavalnica popolnoma zbrana, pedagog, ki prepriča s svojim znanjem in vero v svoje delo ter plemenitim odnosom do bolnika in srčnim pristopom do svojih študentov: to je bila od nekdanja naša prof. Jana Furlan. Kako smo jo imeli radi na kliničnih vajah, ko je navduševala v osebnih pogovorih, ko si je vedno znala vzeti čas za naša vprašanja in ko je z neutrudnim poučevanjem vzgajala mlade generacije zdravnikov!

Pisanje dveh monografij o bolnišnici (kliniki) Golnik naju je znova zbližalo. Njeni neokrnjeni spomini, jasen miselni tok, ostra percepcija sprememb v stroki, novih spoznanj in njihovega pomena za bolnike z alergijo so mi pomagali izgraditi tudi osebno podobo bolnišnice. Njena strokovna radovednost, nenehna učljivost, zmožnost sledenja najnovejšim odkritjem v znanosti in trezna presoja njihove uporabnosti so velik dar kliničnega zdravnika. Spreminjajoči se svet, prehranska revolucija, internacionalizacija prehranske industrije, uvoz alergenov z vseh vetrov, škoda, ki jo povzročajo pri preobčutljivih, odkrivanje, analiza in končno sinteza: pot od diagnoze do zdravljenja in po možnosti ozdravitve. Iz njenih besed sem velikokrat razumela, da je hrana strup in da je telo narejeno za malo hrane, ki naj bo skromna, preprosta, sveža, lokalna in domača. Kako preprosto se sliši, pa kako težko je to upoštevati v vsakdanjem življenju! Zapeljevanje sodobnega potrošniškega sveta z najrazličnejšo hrano in pijačo, reklamami, skušnjavami, zavajanje z omamnostjo tujega, eksotičnega, drugačnega, luksuznega ... Kar je lepo za oči, lahko na koncu vodi v slabo počutje, najrazličnejšo gastrointestinalno problematiko, kožne, dihalne in druge alergije. Pa se je temu tako preprosto izogniti, pove naša jubilatka Jana. Odrasel organizem potrebuje tako malo za vsakodnevno obnovo, zrelo telo pa skorajda nič. In vse prihaja iz glave, iz človekove notranje moči, da v sebi izoblikuje ta spoznanja in jih spravi v življenje.

Njena vitka postava, njen svež um, sproščen nasmeh, vedno nagajiva in hudomušna iskrica v očeh so tisti, ki govorijo, da je njeno vseživljenjsko delo z bolnikom tudi njena dogma, ki se je dnevno drži in je ob njej sveža in vitalna. Je v nenehnem pogonu, na strokovnih srečanjih, spremlja strokovno in znanstveno periodiko in se klanja novim spoznanjem v molekularni genetiki, ki dajejo odgovore na številne

doslej nerazumljive zdravstvene probleme. Trezna zdravnica, racionalna znanstvenica, predvsem pa človek z veliko začetnico, ki zna nova spoznanja vpeti v zdravljenje oz. preprečevanje bolezni, predvsem prehranskih alergij.

A naša Jana ni le zdravnica, je tudi velika intelektualka, ki se klanja velikanom človeške zgodovine, njihovim presežnim odkritjem, plemenitim dejanjem, človekoljubju, duhovni dimenziji, ki se prazni v evropskem prostoru, filozofiji, ki razkriva nenavadne poti človekovih misli in posledičnih dejanj. Klasična glasba je njena vsakdanja spremljevalka, čopič in pero sta ji enako blizu. Humanistična veličina, ki jo nosi v sebi, se je povezala z izjemno človeško toplino in iskreno zavzetostjo za dobrobit vsakega človeka. Vloga matere, žene in babice jo je ob vsem zapisanem napravila popolno v njenem življenjskem poslanstvu.

Srečna sem, da mi je bilo dano spoznati našo Jano. Hvaležna, da sta se najini poti srečali in me je obogatila s tem, da me je sprejela za prijateljico. Hvala ti, Jana, tvoj svetel lik naj ob tvojem življenjskem jubileju obsije premnoge kolege, ki smo te skozi življenje srečevali. Bog te živi na mnoga leta!

Pobudnica za odkrivanje prehranske alergije in intolerance pri odraslih

Oseбно sva se spoznali, ko je leta 2010 postala predsednica Znanstvenega društva za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije (ZDZZKS), sama pa sem v društvu že nekaj let delala kot prostovoljska tajnica. Rojena pred II. svetovno vojno na Golniku, kjer je bil njen oče, prim. dr. Tomaž Furlan, zaposlen kot ftizolog nekdanjega Sanatorija za jetične bolnike, skozi vse življenje ostaja vezana na Golnik, kjer je delala kot pulmologinja in alergologinja. Že ob najinem prvem srečanju je name naredila izjemen vtis s svojo dobro voljo, duhovitostjo in prijaznostjo. Vsakič posebej se veselim srečanj in pogovorov z njo, saj me polna življenja ob vsakokratnem srečanju nepozabno prevzame s svojo neusahljivo energijo, kot da ji leta ne morejo do živega. Izleti in strokovne ekskurzije so bili stalno na njenem programu. Lani se je udeležila strokovne ekskurzije po Italiji in

v Bergamu tako nesrečno padla, da si je zlomila stegnenico. Odpadlo je vodenje sestankov ZDZZKS, niso pa odpadla najina srečanja, saj sem jo obiskala na domu. In še preden sva začeli s pogovorom, ki naj bi bil intervju za revijo Isis, sem iz utrinkov nepozabnih doživetij iz časov

otročstva in odraslosti, ujetih v fotografijah, ki so popestrile steno kuhinjskega kota, spoznala oba njena otroka, njuna zakonska partnerja in vse štiri vnuke. Fotografije so vendar zato, da jih gledamo, da se spominjamo in podoživljamo lepe trenutke, mi je razložila. Kako odlična domislica!

Kot 10-letna punčka si doživela začetek II. svetovne vojne. Kako se je spominjaš?

Naša družina je bila med vojno izgnana v Srbijo. Oče je sicer delal kot šef zdravnik v sanatoriju na Iriškem vencu pod Fruško goro, kasneje pa se je udeležil bojev na sremski fronti. Teh let se ne spominjam rada, veliko lepši so spomini na konec vojne. Oče je preživel boje na fronti, lahko smo se vrnil nazaj domov. Po vrnitvi je postal šef zdravnik in leta 1948 direktor Zveznega inštituta za tuberkulozo, ki je bil osnovan v nekdanjem Sanatoriju Golnik.

V TV-oddaji o Sanatoriju Golnik si tako slikovito opisala svoje otroštvo in pogovor s pacientko v bolniškem parku. Takrat si imela osem let. Ali si morda spoznala bolnišnico tudi »od znotraj«?

Ja, sem jo, in to še kot najstnica, ko me je oče med poletnimi počitnica-



Prof. Jana Furlan pri pnevmološkem delu s klasično rentgensko sliko pljuč in srca v osemdesetih letih.

mi poslal na delo v našo golniško bolnišnico. To je bilo zelo zanimivo doživetje. Številne bolniške sobe in številni bolniki – vse to mi je bilo nenavadno. Tako sem spoznala očetovo delovno okolje, pa tudi delo sester, strežnic in bolničark. Doživela sem življenjski utrip bolnišnice, ki mi je ostal v nepozabnem spominu. Še danes sem vesela in ponosna hkrati, da sem bila že tako zgodaj del tega bolnišničnega osebja, pa čeprav le kratek čas.

Po tem, kar si povedala, predvidevam, da je bilo to počitniško delo odločilnega pomena, da si se odločila za študij medicine. Najbrž si gimnazijo obiskovala v Kranju?

Ne, motiš se, in to kar dvakrat. Na gimnazijo sem hodila v Ljubljani. Zanimalo me je slikarstvo in razmišljala sem o tem študiju, vendar pa je bila končna odločitev ob očetu zdravniku medicina. Malo je k tej odločitvi prispevala tudi moja prva delovna praksa na Golniku.

Že v času tvojih gimnazijskih let je bilo v Ljubljani več gimnazij. Na katero si hodila?

Uradno na VIII. državno gimnazijo v Ljubljani, ki jo danes poznamo kot bežigrasjsko gimnazijo. In da se še pohvalim, gimnazijo sem naredila z odliko. Maturirala sem leta 1951.

Iskrene čestitke, čeprav malo pozno, za tak maturitetni uspeh na tej elitni gimnaziji. Potem si se vpisala na medicinsko fakulteto in jo, tako sklepam glede na uspeh na maturi, zaključila v prvem možnem roku.

Vpisala sem se na Medicinsko visoko šolo, v sklopu katere je delovala medicinska fakulteta. Študij sem zaključila junija 1957.

Kolikor vem, je bilo po končanem študiju treba stažirati. Kje vse si stažirala? Je bil staž plačan? Koliko časa je trajal?

Staž sem opravljala v Ljubljani, Kopru in Izoli. Stažiranje je bilo le



V ambulanti za alimentarne alergije Diagnostičnega centra Bled okoli leta 2010.

simbolično nagrajeno in je trajalo eno leto.

Kje se je začela in kako je potekala tvoja poklicna pot?

Začela sem kot specializantka pnevmoftizilogije na Golniku leta 1959 ter nato opravila še dvosemestrski podiplomski študij iz pnevmologije in specialistični izpit iz omenjene stroke. Leta 1980 sem obranila doktorat »Preučitev korelacije med količino specifičnih reagentov proti pršici *Dermatophagoides pteronyssinus* in med rezultati provokacijskih bronhialnih in kožnih testov pri astmatikih«. Naslednje leto mi je Jugoslovansko združenje alergologov in imunologov priznalo specializacijo iz alergologije in klinične imunologije. Strokovno sem se izpopolnjevala na Dunaju, v Parizu, Amsterdamu in Londonu. Od leta 1972 dalje sem vodila vaje za študente III. in IV. letnika MF ter predavanja iz propeptike in pnevmologije na Golniku in na pnevmološkem oddelku ljubljanskega UKC. Bila sem članica komisije za specialistične izpite iz interne medicine in iz pnevmologije. V sklopu izobraževanja sem v 80. letih prejšnjega stoletja skupaj s

prof. Bojanom Varlom organizirala enotedenski obisk medicinske fakultete v Amsterdamu, ki se ga udeleženci radi spominjajo in so ga ohranili v lepem spominu. Pomembno za razvoj klinične alergologije pri nas je, da sem že leta 1984 organizirala prvi podiplomski seminar na Golniku za pnevmologe in pediatre, ki so prejeli diplomu o dodatnem znanju iz alergologije. Predavala sem na številnih kongresih doma in v tujini, bila sem predavateljica v okviru magistrskega študija na MF v Ljubljani in na podiplomskem študiju iz klinične alergologije na Golniku, kjer sem bila tudi mentorica pri podiplomskih nalogah tega dvosemestrskega študija. Mentorica sem bila tudi dvema študentoma, ki sta za svojo nalogo dobila Prešernovo nagrado, trem magistrantom in dvema doktorandoma.

Poleg zdravniškega dela si, kot sem videla v Cobissu, napisala 112 znanstvenih in strokovnih člankov ter raziskovalnih poročil.

Tu te moram takoj popraviti. Število napisanih člankov ni točno, pravo število je 167, in oznaka del v seznamu tudi ne. Manjkajo oznake priročniki in knjige, razume se, da

strokovne in znanstvene. Knjiga »Živeti z astmo«, ki sem jo napisala že leta 1986, je bila zelo pomembna za moje številne paciente. Za študente medicine pa sem napisala priročnik »Strokovne smernice«, ki ga je izdal Inštitut za pljučne bolezni in tuberkulozo Golnik in vsebuje terminologijo, klasifikacijo in definicije z razlago pljučnih zvokov.

Sprašujem se, kako si uspela združiti svoje osebno življenje s svojim poklicnim in znanstvenim delom.

Po končanem študiju sem se poročila s kolegom iz letnika, kirurgom Bogom Hrabarjem, in kot zdravnika sva krasno dopolnjevala svoja znanja in razpravljala o strokovnih problemih vsak s svojega vidika. Rodila sta se nama hčerka in sin, žal pa se najin zakon ni obdržal.

Biti dobra mati in biti dobra zdravnica ter prisluhniti znanosti – kako si to zmogla?

Z dobro logistiko in železno voljo se zmore vse. Moram pa odkrito povedati, da mi je mati stala vedno ob strani, posebno v skrbi za oba otroka, ki sta akademsko izobražena.

Na kongresu o nutritivni alergologiji in preventivi, ki je bil organiziran maja 2016 na MF v okviru projekta Gaster Feliks, te je prof. dr. Rok Orel predstavil udeležencem kot prvo v Sloveniji, ki je začela preučevati intoleranco na hrano. Kako si prišla na to idejo, da je običajna hrana lahko škodljiva?

Izhajam iz prednikov, ki so bolehal za alergijo, pa tudi sama že od nekdanj občutim težave ob nepravilni hrani. Tako je moj življenjski moto: raziskati, zakaj hrana škoduje. Ko sem prišla na to misel, ki sem si jo šele po tehtnem premisleku in študiju tuje strokovne literature upala tudi javno povedati leta 1979 na jugoslovanskem kongresu za alergologijo in klinično imunologijo v Hercegovnem v Črni gori, sem naletela na neprijazen odziv med kolegi. Bilo je polno nevernih Tomažev! Vendar sem pri tej ugotovitvi vztrajala in uspela.

Bila si prisotna, ko sem po strokovnem sestanku na prijateljskem družinju pri Štorklji doživela svoj zoprni napad kašlja. Se morda spominjaš tega dogodka?

Seveda se in tudi obeh vprašanj, ki sem ti ju zastavila, ter tvojih odgovo-

rov nanju. Prvo: *Katere protibolečinske tablete pa jemlješ?* Drugo: *Ali so te že alergensko testirali?* Protibolečinske tablete si jemala zaradi nezno- snih bolečin zaradi burzitisa desnega kolka. Alergensko si bila testirana s kožnimi vbodi pred 14 leti in reakcija histaminskega vboda je bila kar 7 mm. Prisotna je bila še majhna reakcija na moko. Ob teh dveh podatkih mi je bilo takoj jasno: histaminska intoleranca na hrano. Svetovala sem ti tudi, katero hrano črtaj iz svoje prehrane in da vsakič zapiši, kaj si jedla in kakšna je bila reakcija po zaužitju hrani.

To sem tudi storila, vestno sem zapisovala, kar sem pojedla in kako je bilo s kašljem. Čez koliko časa se je pojavil, kako močan je bil in kako dolgo je napad kašlja trajal. Strogo sem upoštevala tudi vse tvoje nasvete glede prehrane.

Se pravi, da si iz prehrane črtala šunko, klobase, čevapčiče, ražnjiče, pečenice, krvavice, burek, ribe, školjke, kis s solate, jogurt, banane, pomaranče, avokado, pivo, vino, oreščke, sušeno sadje, kisló zelje in repo, sire, industrijsko pripravljeno hrano ter tudi vso postano hrano ... Ne slišim te več kašljati, torej si discipliniran bolnik.

Že prej sem kot srčni bolnik črtala s seznama jedil hrano, ki je polna holesterola. Sedaj sem jih k seznamu prepovedanih jedi le še nekaj dodala. Ni težko biti discipliniran, če te dieta ozdravi. Zelo dobro znaš ceniti kakovost življenja brez kašlja. Kino in gledališče sta prej odpadla, če sem bila pa slučajno kje v vrsti in doživela napad kašlja, so se ljudje odmikali od mene in njihove oči so govorile: kaj hodiš okoli, okužila nas boš, gotovo imaš jetiko. Bilo je grozno! Mene pa je takrat v Štorklji šokiralo, da si kar tako mimogrede brez moderne instrumentalne diagnostike takoj ugotovila, kaj mi je.

Ni bilo težko. Zdravnik izve diagnozo od pacienta, če ga zna potrpežljivo poslušati in mu prisluhniti. Prijazna in razumevajoča beseda



Prof. Jana Furlan vodi srečanje Znanstvenega društva za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije maja 2016 v UKCL. Ob njej Zvonka Zupanič Slavec (foto: Duša Fischinger).

pa je prvo zdravilo, ki pacientu lajša breme boleznih.

Se pravi, da je pravi zdravnik tisti, ki svoje poslanstvo opravlja tudi takrat, ko ni v beli halji, in ki zna, kot je rekel Mali princ, gledati s srcem.

Ja, točno tako. Zase lahko rečem, da je *medicina moje življenje* in to je moj drugi življenjski moto. Leta 1994 sem se upokojila in še istega leta sprejela honorarno zaposlitev v zasebni kliniki Diagnostični center Bled. Hkrati sem bila v tem času tudi dve leti honorarno zaposlena na Inštitutu za nacionalno zdravje IVZ. V Diagnostičnem centru Bled sem sprva nameravala sodelovati le kakšno leto, toda izredno zanimivo klinično delo me je povsem pritegnilo in sem vztrajala 17 let. Skupaj imam 54 let zdravniške delovne dobe. Ali morda nisem reklamni primer, kako se lahko podaljšuje delovna doba?

V vseh člankih, ki sem jih lahko prebrala ob tvojih najrazličnejših jubilejih, je zapisano, da si bila nosilka več znanstvenoraziskovalnih dejavnosti.

Res je, v letih 1981–1996 sem bila nosilka kar štirih več let trajajočih raziskovalnih nalog pri Raziskovalni skupnosti Slovenije, in sicer »Komplement pri astmatikih«, »Preobču-

tljivost za zaužite gliadine pri astmatikih«, »Vloga levkotrienov v patogenezi astme« ter »Alergijske bolezni in biometeorološki krmilni parametri«. Rezultati teh raziskovalnih projektov so bila nova znanja in spoznanja, da je za uspešno zdravljenje treba imeti tudi imunološki laboratorij ter da je zaradi vse večjega porasta alergij treba ustanoviti tudi oddelek za klinično alergologijo in vpeljati podiplomski študij alergologije. Posledično se je bolnišnica leta 1993 uradno preimenovala v Univerzitetno kliniko za pljučne bolezni in alergijo Golnik. Po upokojitvi sem v Diagnostičnem centru Bled ustanovila tudi prvo alergološko ambulanto za bolezni prebavnega trakta, ki se je razvila v današnjo Ambulanto za prehransko alergijo. S sodelavci Hidrometeorološkega zavoda sem vpeljala in sooblikovala sledenje pelodov v ozračju. Skupaj smo razvili redno spremljanje cvetnega prahu v ozračju Slovenije za obveščanje javnosti.

Prebrala sem tudi, da si bila članica številnih slovenskih in tujih združenj, mnogih tudi predsednica, članica številnih uredništev doma in v tujini, recenzentka. Za vse to svoje tako raznoliko in nadvse uspešno delo si prejela številna priznanja, nagrade in

častna članstva. Preveč jih je, da bi jih vse naštel. Morda bi lahko kot prejemnica povedala, katero priznanje oz. nagrada ti pomeni največ?

Težko bi se odločila. Dve sta mi posebno blizu, in sicer Levičnikova nagrada pnevmoftiziološke sekcije SZD, ki sem jo kot prva dobila leta 1980, in zlati prstan gorenjskega ZD, ki mi je bil podeljen na Bledu leta 2003.

Mene osebno pa je impresionirala tvoja diploma European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI), ki ti je bila podeljena leta 1993.

EAACI mi je to diplomo podelila za aktivno udeležbo na njihovih kongresih.

V enem izmed člankov o tebi in tvojem delu je zapisan tudi stavek, ki te tako krasno označuje: Na poklicni in življenjski poti je bila prof. dr. Jana Furlan »pokončen mož«, ki ni nikdar vpletala političnih pomožnih dejavnikov v boju za obstanek. Prav zaradi tega njena strokovna pot in zorenje nista bila nikdar lahka.

Naša draga predsednica Znanstvenega društva za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije, najlepša hvala za ta intervju in še na mnoga zdrava leta!

Veda brez preteklosti je kot človek brez spomina.

Vladimir Pavšič - Matej Bor



Inštitut za zgodovino medicine Medicinske fakultete v Ljubljani ljubeznivo naproša zdravnike in njihove sodelavce, da darujejo strokovne fotografije, ki ohranjajo spomin na razvoj slovenske medicine, njenih osebnosti, bolnišničnega osebja, timov iz zasebnih praks, negovalnega osebja, posebnih metod dela, instrumentarija, aparaturo, zdravstvenih stavb, zdravstvenih domov in še marsikaj drugega. Ob 100-letnici prve svetovne vojne smo posebej zainteresirani za fotografije iz vojnega časa. Pripravili bi tudi njihovo razstavo. Ustanova slikovno zbirko skrbno arhivira in gradiva uporablja v svojih publikacijah. Z njimi ohranja ob besedi tudi slikovno razvojno pot in njene snovalce.

Prav tako sprejemamo zdravniške arhive pomembnih osebnosti, njihove diplome, indekse, odlikovanja, pomembno korespondenco in podobno. Darovalci bodo v tej vlogi po dogovoru povsod imenovani.

Arhiviranje je akt civilizacije. Udejanjimo ga v medicini!

Redni prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec, Inštitut za zgodovino medicine Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, Zaloška 7a, 1000 Ljubljana, tel.: 041 327 935
E-naslov: zvonka.slavec@gmail.com, skype: [zvonka.slavec](https://www.skype.com/name/zvonka.slavec)
Spletni naslov: www.mf.uni-lj.si/izm

Okulistika v historični luči.

Kompozicija Zvonka Zupanič Slavec iz zbirke Inštituta za zgodovino medicine MF UL, foto: Dragan Arrigler

Gostovanje na Univerzitetni ortopedski kliniki v Helsinkih

Izr. prof. dr. Samo K. Fokter, dr. med., spec. ortoped, UKC Maribor

V marcu 2017 sem kot gostujoči profesor obiskal Univerzitetno ortopedsko kliniko v Helsinkih, ki je največja tovrstna ustanova na Finskem. Za gostovanje v deželi tisočerih jezer sem se odločil, ker naj bi bila pokrajina zaradi nepreglednih gozdov podobna naši, zdravstveni sistem podobno organiziran kot pri nas in je bilo v zadnjem času o finskem zdravstvu povedanih ali napisanih precej novinarskih rac, ki se mi jih je zdelo potrebno preveriti.

Univerzitetna ortopedska klinika Helsinki pokriva območje somest Helsinki, Espoo in Vantaa s skupno 1,4 milijona prebivalcev. Prvih 14 dni sem gostoval na Töölö University Hospital v centru Helsinkov blizu parka s kipom skladatelja Sibeliusa. To je sicer starejša zgradba (1936), ki pa so jo večkrat dogradili in modernizirali, predvsem pa odlično vzdrževali, tako da so prostori še danes popolnoma funkcionalni. Kljub temu načrtujejo skorajšnjo selitev v novo stavbo, ki jo že gradijo v 1 km oddaljenem kompleksu ostalih univerzitetnih bolnišnic. Bolnišnica Töölö je izključno kirurška ustanova, kjer sprejemajo sveže poškodbe in imajo poleg travmatološko-ortopedskega oddelka še oddelke za hrbtenično kirurgijo, nevrokirurgijo in plastično kirurgijo (leta 2016 so kot drugi na svetu uspešno presadili celoten obraz).

Pridružil sem se ekipi 10 hrbteničnih kirurgov, ki oskrbijo tudi vse poškodbe hrbtenice. Elektivni programi zato včasih odpadejo, bolnike z degenerativnimi boleznimi hrbtenice pa prenaročijo. Hrbtenični program poteka vsakodnevno v treh operacijskih dvoranh hkrati. Delo poteka povsem umirjeno, uradni delovni čas je sicer od 7.30 do 15.30, vendar se ekipe zjutraj zbirajo bolj poljubno, saj se programi zaradi zahtevnih in dolgotrajnih operacij pogosto zavlečejo. Celotna ekipa se torej okoli 8.00 zbere ob bolniku v operacijski dvorani. Bolniki so sprejeti zjutraj, večer pred sprejemom si doma sami vbrizgajo prvi odmerek nizkomolekularnega heparina (NMH). Med uvajanjem v anestezijo si operater

ponovno prebere pisno dokumentacijo, slikovno pa naloži na delovno postajo z dvema ekranoma visoke ločljivosti s programsko opremo Centricity Radiology RA 600 Clinical, ki omogoča sočasno obdelavo različnih posnetkov (rentgenskih, CT in MR). Instrumentarke pripravijo spinalno operacijsko mizo (Maquet): grelna blazina na topel zrak, poseben nastavek za glavo v ravnini trupa in z v ogledalu vidnim prostim obrazom, oporne podloge iz silikona, naslonjalo za goleni in manšete za izmenično presurizacijo spodnjih okončin za preprečevanje tromboze predstavljajo standardno opremo. Celotna ekipa nato sodeluje pri nameščanju zdaj že intubiranega bolnika v ustrezen položaj. Operater s posebnim permanentnim flomastrom zariše predvideni rez, označi anatomsko orientacijska mesta in robove operativnega polja, pri čemer si pomaga z iglami in rentgenskim ojačevalcem. Nato gre operater iz dvorane, da si namesti čelno svetilko in si kirurško umije roke (brez krtačenja, tekoče kirurško milo iz avtomatskega dozirnika, avtomatska armatura s curkom, ki ne šprica povsod naokoli, nesterilne papirnate brisače iz avtomatskega podajalnika, alkoholno razkuževanje rok iz avtomatskega dozirnika: neverjetno, vse brezhibno deluje!), instrumentarke pa umijejo in sterilno pokrijejo operativno polje. Zatrjujejo, da so njihove instrumentarke vrhunsko izšolane in lahko takoj dobijo službo povsod v razvitem svetu, kar je verjetno res, saj delo popolnoma obvladajo. Ob eni od operacij sta bili umiti dve instrumentarki: mlajša je popolnoma suvereno instrumentirala večnivojsko zatrditev hrbtenice, pa je bila še študentka na praksi, zato je bila za vsak slučaj umita tudi njena mentorica. Operater si nato sam obleče sterilni plašč, dobi rokavice in pristopi k operacijski mizi, prosi za pozornost ter začne s »checklist« postopkom, povzetim iz letalstva: preveri identiteto bolnika, diagnoze in predvideno operacijo: trajanje, izgubo krvi, potrebne tehnične pripomočke. Operacija se začne, ko se z navedbami operaterja vsi strinjajo in imajo za nemoteni potek predvidenega posega vse pripravljeno. Na obvezno rutinsko izvedbo

tako predpisanega postopka opozarja-
jo letaki na vseh vratih operacijskih
dvoran.

Sam poseg tehnično poteka
podobno kot pri nas. Razlika je le v
tem, da opravijo najprej zelo široko in
natančno dekompresijo in šele v
končni fazi posega postavijo transpe-
dikularne vijake. Tako lahko stalno
nadzirajo medialno steno pediklov in
je manj možnosti za lezijo nevrálnih
struktur. Zanimivo je bilo po dolgem
času spet sodelovati pri operaciji
vstavitve diskalne endoproteze L5/S1
(ProDisc L, DePuy Synthes) pri
mlajšem bolniku z degenerativno
diskalno boleznijo (DDD), za katero
včasih še najdejo indikacijo. Poseg
izvaja le eden od operaterjev za
celotno državo (dr. Kankare), da
ostaja dovolj izurjen (v zadnjih 12
letih jih je skupno vstavil okoli 70).
Rutinsko drenirajo z dvema običajni-
ma drenoma, razen pri mikrofenestraciji,
kjer zaprejo brez drenaže. Ob
odpustu domov (prvi dan po mikrofe-
nestraciji, tretji dan po dekompresiji,
peti do sedmi dan po zatrditvi) ukine-
jo trombotično profilakso z nizkomoleku-
larnim heparinom (NMH). Noben
bolnik ni deležen stacionarne
(balneo)rehabilitacije v zdravilišču.

Vsaka operacijska dvorana je
pokrita s širokokotno TV-kamero, žive
slike se prenašajo v kontrolni kotiček,
tako da lahko nadzorna sestra in/ali
kirurg stalno spremljata dogajanje.
Delo v vsaki operacijski dvorani je
nadzorovano tudi s programskim
paketom Opera, ki je dostopen v
bolnišničnem informacijskem siste-
mu, tako da lahko vsak zaposleni vidi,
v kateri fazi je določen poseg, in
ustrezno prilagaja svoje aktivnosti.
Tako v operacijsko dvorano ni nobe-
nih motečih telefonskih klicev, kaj
šele odpiranja vrat: na izredno nizko
stopnjo pooperativnih okužb so zelo
ponosni. Vsi hrbtenični kirurgi pri
delu uporabljajo zmogljive akumulat-
orske čelne svetilke, da po nepotreb-
nem ne segajo k stropnim lučem, da
bi jih nastavili (dvigovanje rok prav
tako dokazano zvišuje odstotek okužb
operativne rane).

Menjava bolnikov v operacijski
dvorani traja povprečno eno uro, tako
da v posamezni dvorani redko napra-
vijo več kot dve operaciji na dan
(enonivojska zatrditev L4-L5 in
dvonivojska dekompresija npr.
povprečno trajata do 16 ur). Kot
najvišja akademska hrbtenična
ustanova seveda obravnavajo tudi
veliko tumorjev hrbtenice, številne
ostale posege pa opravijo na bolnikih,
ki so bili pred tem že operirani v
drugih ustanovah. Za rutinsko delo so
dovolj dobro opremljeni (za štiri
skeletne operacijske dvorane imajo
npr. šest mobilnih rentgenskih ojače-
valcev, od katerih nobeden ni starejši
od 10 let, in dva operacijska mikro-
skopa), vrhunske opreme (npr.
mobilni CT-aparat) pa nimajo. Potro-
šni material je podoben našemu:
Medtronicov notranji fiksator CD
Horizon Legacy so pravkar zamenje-
vali z novejšo CDH Solero. Dobre
izkušnje imajo tudi s sistemom
Omega 21 proizvajalca Biomet, ki
omogoča medialno postavitev vzdol-
žnih palic. Načeloma so pri zatrditvah
skandinavsko zadržani: večinoma
opravijo izključno posterolateralne
zatrditve, čeprav uporaba titanovih
medvretenčnih kletk narašča. V hiši je
na voljo tudi DePuy-Synthesov sistem
USS z modifikacijami, ki ga uporab-
ljajo za poškodbe hrbtenice. Digitalni
bolnišnični slikovni sistem je Agfin
Impax.

Ob petkih zjutraj imajo za vse
zdravnike organizirana strokovna
predavanja. K sreči je bilo eno od njih
v angleščini, zato sem se ga radove-
dno udeležil. V nabito polni predaval-
nici je doc. dr. Reine Sihvonen (znan
po razvpiti »sham« študiji, s katero
so dokazali, da artroskopska toaleta
meniskov pri artrozi kolena nič ne
koristi – od objave te študije dalje v
nobeni finski javni bolnišnici za
navedeno indikacijo ne izvajajo več
artroskopije in so s tem bistveno
skrajšali čakalne dobe) predstavil
prof. dr. Petra C. Gøtzcha, direktorja
Nordic Cochrane centra iz Københav-
na, ki je kritično orisal zaskrbljujoč
vpliv agresivnega marketinga farma-

cevske industrije na nekritično
predpisovanje zdravil. Tako naj bi bil
v povprečju vsak zdravnik splošne
medicine zaradi neželenih učinkov
zdravil, predvsem nesteroidnih
protivnetnih in protirevmatskih
zdravil (NSAR), odgovoren za smrt
vsaj enega bolnika letno. Poleg tega
so nedvomno dokazali, da antidepre-
sivi (na Finskem jih jemlje več kot pol
milijona ljudi) ne učinkujejo, imajo
pa številne neželene stranske učinke,
ki so lahko predvsem za starejše zelo
škodljivi. Dokazali so tudi, da mamog-
rafija kot presejalna metoda zgo-
dnjega odkrivanja raka dojke ni
učinkovita in poteka le še zato, ker je
programe na nacionalni ravni težko
ustaviti, ko jih države enkrat zažene-
jo. Po predavanju se je razvila živah-
na razprava, v kateri je prof. Gøtzche,
sicer avtor 70 kritičnih člankov v »top
five« (petih najbolj citiranih medicin-
skih revijah) s pronicljivo potrpežli-
vostjo in preverjenimi podatki neko
psihiatrinjo sicer spravil do solza,
večino pa prepričal v pravilnost svojih
tez.

V drugi polovici gostovanja sem se
prestaval v novejšo bolnišnico Peijas,
ki leži 20 km severno od centra
Helsinkov na obrobju mesta Vantaa.
Načrtovana je bila kot lokalna splošna
bolnišnica, vendar so ji po dograditvi
zaradi spremenjenih potreb prebival-
stva spremenili namembnost. Sedaj je
regijski artroplastični center, kjer
letno vstavijo okoli 3000 endoprotez
in so tako za bolnišnico Coxa (del
Univerzitetne bolnišnice Tampere)
drugi največji artroplastični center na
Finskem (in za Endo-kliniko v Ham-
burgu tretji največji v Evropi). Poleg
endoprotetike se v bolnišnici Peijas
pet ortopedov ukvarja s kirurgijo
gležnja in stopala in pet z artroskopijo.

Iz Westenda (Espoo) sem se do
Helsinkov zato zgodaj zjutraj najprej
zapeljal z avtobusom, nato pa prese-
del na brezhibno čist primestni vlak
za Kervo (Vantaa). Načrt potovanja s
časovnico, ki je do minute natančno
ustrezala dejansko porabljenemu času
potovanja od mojega začasnega doma

do glavnega vhoda v bolnišnico, sem si lahko prej izdelal s pomočjo programa na spletni strani mestnega potniškega prometa (HSL Journey Planner). V avli me je pričakal prof. dr. Madanat, ki me je opremil s ključem za garderobno omarico in čipom za odpiranje vseh za nezaposlene zaklenjenih vrat. Pohvalil sem njegovo odlično angleščino, pa je pojasnil, da je z družino eno leto preživel v Bostonu na podoktorskem študiju: poleg znanja angleščine je izplen obsegal (so)avtorstvo pri 10 objavljenih člankih v mednarodnih revijah in dveh poglavjih v knjigah.

Med jutranjim raportom sem se predstavil ekipi 15 v protetiko usmer-

jenih ortopedov. Tim je po starostni strukturi mlajši, med njimi so tudi štiri ortopedinje. Oddelek organizacijsko vodi dr. Mikko Rantasalo, ki je tudi predsednik finskega Združenja za artroplastiko. Vsak dan imajo na voljo devet operacijskih dvoran s celotno ekipo. V vsaki sta vsakodnevno razpisani po dve primarni totalni endoprotezi (TEP) ali ena revizijska operacija, tako da tudi tu ni bilo nobene naglice. Želja vseh operaterjev je sicer vsakodnevno opraviti po tri primarne artroplastike (oz. po eno revizijo in eno primarno protezo), vendar se anesteziologi menda na dajo prepričati v hitrejši obrat bolnikov. Tehnično bi bilo namreč mogoče

tri posege opraviti le, če bi prvo operacijo izvedli v splošni anesteziji, med njo pa bi lahko naslednjega bolnika spinalno blokiral in bi bila menjava hitrejša. Šele po drugi operaciji (sedaj že po prvi) bi sledil predpisan 20-minutni odmor za počitek (in kosilo), pri katerem vztrajajo tako sindikati kakor tudi vodstvo bolnišnice, ki želi na ta način pri svojih članih oz. zaposlenih preprečiti sindrom kronične utrujenosti in zgodnje izgorelosti na delovnem mestu. Vendar pa predstavlja prevodna anestezija za anesteziologe zlati standard anestezije pri starejših bolnikih z načrtovano artroplastiko kolka ali kolena, saj naj bi imeli po posegu bistveno manj bolečin in zapletov ter bi zato hitreje okrevali. Povedal sem jim, da pri nas zadnje čase zaradi zmanjševanja čakalnih dob vstavimo štiri primarne TEP na operacijsko dvorano na dan in jih vprašal, zakaj bolj ne pritisnejo na anesteziologe. »To je svobodna dežela in nihče na nikogar ne pritiska,« sem dobil odgovor. Štejejo namreč le podatki. Prav zato trenutno na oddelku poteka večja prospektivna randomizirana študija pri TEP kolena (TKA), v kateri bo 400 bolnikov razdeljenih v štiri skupine: splošna oz. prevodna anestezija z oz. brez uporabe brezkrvja. Vsem bodo prevlekli pogačico, da bi izločili morebitni vpliv sprednje kolenske bolečine v enoletnem obdobju sledenja. Kake posebne napetosti med ortopedi in anesteziologi ni bilo čutiti, saj se bodo vsi ravnali glede na izsledke opisane študije.

Bolniki so za elektivne operacije sprejeti na dan posega. V operacijski blok pridejo – kadar je to le mogoče – v spremstvu medicinske sestre peš, se pozdravijo z ekipo, slečejo in uležejo na operacijsko mizo (na ta način jih že ob prihodu v bolnišnico ne napravijo »hudo bolne« in pripravijo na dejstvo, da bodo morali že čez dva dni samostojno odkorakati domov). Izberejo si glasbo, ki bi jo morda želeli poslušati med operacijo, in začne se postopek anestezije.

Nousisitko turvallisin mielin lentokoneeseen, janka toimintoja ei ole tarkistettu ennen lähtöä?

Huolehdiathan sinäkin potilaasi turvallisuudesta leikkaussalissa:

KÄYTÄ TARKISTUSLISTOJA!

Lisätietoja intrassa:
Operatiivinen tukeyksikkö -etusivu
/ Hoiton laatu ja potilasturvallisuus
/ Tarkistuslistat

Opomnik na izvajanje kirurške »checklist« – varnostnega postopka, povzetega iz letalstva.

Nameščanje, umivanje in pokrivanje operacijskega polja opravijo izkušene medicinske sestre. Operater, asistent in instrumentarka pri vseh posegih uporabljajo skafandre (operater takšnega s čelno svetilko) kot lastno zaščito, saj študije niso dokazale manjšega števila vnetnih zapletov v primerjavi z oddelki, kjer nošnja skafandrov ni rutinska. Mlajši operaterji si spodnje kirurške rokavice s širokimi lepilnimi trakovi zalepijo na sterilni operacijski plašč, saj je dokazano, da ventilacijski sistem skafandra nesterilne delce kirurgove kože izpihuje na površino rokavov. Bolnik prejme le en odmerek profilaktičnega antibiotika (cefazolin 3 g i.v. 30 do 60 min. pred posegom ne glede na telesno težo – dogovorjeno z bolnišnično infektologinjo, ki tesno sodeluje s hamburško Endo-kliniko). Vsi bolniki prejmejo traneksamično kislino 1 g i.v. 10 min. pred rezom in 1 g p.o. ali i.v. 6 ur po posegu. S tromboprolaktično terapijo (NMH) začnejo 6 ur po posegu in traja 14 dni pri TKA in 28 dni pri totalni artroplastiki kolk (THA). Drenov ne uporabljajo, niti pri revizijah ne. Noben bolnik ne gre na rehabilitacijo v zdravilišče, priporočene vaje po navodilu izvajajo sami doma, skupaj z ostalimi praktičnimi navodili so prikazane na zelo dobro urejeni spletni strani oddelka (žal le v finščini).

Hišni pristop pri THA je posteriorni, zato je bilo na skupnih sestankih z radiologi (ob torkih med 8. in 9. uro) mogoče videti precejšnje število izpahov. »Dual mobility« glavice ne uporabljajo, ker so zaradi številnih zapletov pri slabo preizkušenih novostih zelo previdni pri njihovem uvajanju (»Show me the data first!«). Modularnih debel (Profemur, Wright Medical Technology) pri primarni artroplastiki ne uporabljajo od leta 2012 dalje, poznajo pa slovensko serijo zlomov izmenljivih vratov, ker smo jo objavili v Acti Orthopaedici (Scandinavici). Zlati standard pri starejših je cementna ali hibridna kolčna artroplastika. Za zlome (parci-

alna artroplastika) uporabljajo model Lubinus SP II (Link), za artroze (totalna artroplastika) pa Exeter (Stryker). Odstotek cementiranih in necementiranih THA se sicer spreminja od operaterja do operaterja, v povprečju pa znaša 50 : 50 odstotkov. Ponvice so tipa *press-fit* (pogosto uporabljajo model Continuum TM proizvajalca Zimmer), starejši ortopedi jih še rutinsko privijačijo z dvema vijakoma, mlajši običajno ne. Rutinsko uporabljajo vložke z dvignjenim robom (*elevated liner*). Femoralni kanal (*broaching*) pripravijo brez uporabe pnevmatskih pištol. Necementirano deblo je pogosto TM Primary (Zimmer), ki je v distalnem delu polirano. Artikulacijski stik izbora je keramika na polietilen (CoP), keramičnega vložka (CoC) ne uporabljajo, ker se lahko zlomi, povzroča škripanje, predvsem pa je bistveno dražji od enakovrednega vložka iz prekrizanega polietilena. Glavice so premera od 28 do 36 mm. V preteklosti so veliko uporabljali stik kovina-na-kovino (MoM), zato imajo veliko revizij zaradi problemov z reakcijami mehkih tkiv (*adverse local tissue reaction* – ALTR) ali aseptičnega omajanja cementiranih polietilenskih ponvic s kovinskim vložkom manjšega premera, kjer je reakcija mehkih tkiv sicer zelo redka. Cement odstranjujejo z motoriziranimi frezami (*high-speed burr*) tako, da ga najprej stanjšajo, nato pa odlučijo od kosti. Tako ohranijo veliko kostnine za ponovno varno vstavitve ponvice iz trabekularne kovine (TM Revision Shell, Zimmer). Augmente imajo sicer na voljo, a jih uporabljajo zelo redko, ker si večinoma pomagajo s kostnimi presadki iz kostne banke, ki jo vodijo za celotno regijo Helsinki.

TKA večinoma izvajajo v brezkrvju, vsi pa brez uporabe podpornega stativa, stopalo je med posegom oprto le na valjasto prečno oporo (Maquet). Kadar uporabljajo brezkrvje (Esmarch), iz celotne spodnje okončine najprej iztisnejo kri s sterilnim napihnjem silikonskim obročem in ga do konca posega več ne izpustijo.

Na voljo imajo model Triathlon (Stryker) in NexGen (Zimmer), pri slednjem vedno izvedbo z žrtvovanjem zadnje križne vezi (PS). Redko (< 10 %) vstavijo parcialno endoprotezo (Oxford, Biomet), kar po dogovoru zaradi ohranjanja potrebnih izkušenj izvajata le dva člana tima. Ne uporabljajo necementiranih endoprotez, ker so bistveno dražje in glede na študije nič boljše od cementiranih. V primeru valgusne artroze, ki presega 25°, se hitro odločijo za vstavitve cementirane verzije revizijske TKA s kratkimi intramedularnimi podaljški. Pri cementiranju so zelo natančni: cement skladiščijo pri temperaturi 20° C, ob začetku mešanja pa na velikem zaslonu, ki sicer prikazuje rentgenske posnetke, zaženejo uro štoparico in postopek nanašanja, presurizacije in strjevanja izvajajo dosledno po navodilu proizvajalca ter beležijo v protokol posega. Pogačico vedno robno denervirajo, prevlečejo pa le v 5 do 10 odstotkih primerov. Spirajo s pištolami za pulzno izpiranje, ki sočasno odsesavajo izpiralno tekočino.

Tudi za revizije kolenskih artroplastik imajo na voljo paleto endoprotez proizvajalcev Zimmer (LCKK, Rotating Hinge Knee – RHK) in Stryker (Triathlon TS, ki omogoča 7° rotacije v vsako smer, in Modular Rotating Hinge – MRH). Pri operaciji je kot del operacijske ekipe vedno prisoten predstavnik distributerja ali proizvajalca (produktni specialist). V enem primeru (Stryker MRH) je bila to simpatična fizioterapevtka, ki se je dodatno izšolala za sterilno delo pri operacijski mizi: kirurško umita in v skafandru je pomagala instrumentarki pri kupu specialnih instrumentov, asistiral operaterju, sestavila modularni implantat in na koncu ekipo povabila na malico v bolnišnično kavarno (solatni krožnik in velika skodelica krasne finske kave). To se je vsem zdelo popolnoma običajno in se je ponovilo naslednji dan, ko smo s produktnim specialistom drugega proizvajalca opravili menjavo aseptično omajane kolenske endoproteze pri

bolnici z revmatoidnim artritisom na stalni kortikosteroidni terapiji. Tako sta oba zahtevna posega potekala hitro, brez stresa za osebe in varno za bolnika. Toliko o znameniti finski ničelni toleranci do »korupcije« v zdravstvu.

Vse operacijske dvorane v bolnišnici Peijas so opremljene z navpičnim laminarnim pretokom zraka. Vsa vrata so drsna, odpiranje med posegom ni dovoljeno, zato voziček z vsemi potrebnimi vsadki že pred posegom iz priročnega skladišča pripeljejo v operacijsko dvorano ali predprostor, od koder izbrane komponente zunanja strežna sestra skozi posebno okence izroči notranji strežni sestri. Uporaba mobilnih telefonov v operacijski dvorani je strogo prepovedana, tudi sicer znotraj operacijskega bloka uporabe mobilnih telefonov pri osebju praktično ni opaziti.

Zdravniki so na stroške ustanove upravičeni do dveh strokovnih izobraževanj letno, ki ju morajo načrtovati in najaviti vnaprej. Dobavitelji lahko zdravniku krijejo stroške dodatnega izobraževanja, vendar le (letalsko) vozovnico, kotizacijo in nočitev v hotelu. Stroški za izobraževanje, ki jih je imel zdravnik sam, se mu odštejejo iz dohodninske osnove. Vsi zdravniki lahko v prostem času brez težav delajo pri drugem delodajalcu, vendar tam

ne izvajajo operacijskega programa. Plače so v zasebnem sektorju okoli dvakrat višje kot v javnem, vendar ima večina zdravnikov odhod v zasebni sektor za strokovni samomor, saj tam izvajajo le popolnoma nezahtevne posege. Ortopedske vsadke izbirajo na javnem razpisu, ki ga pripravi vodilna (univerzitetna) bolnišnica v vsaki od petih finskih zdravstvenih regij posebej, s čimer dosežejo nekaj količinskega popusta, čeprav najnižja cena ne pomeni nujno tudi izbora ponudnika. Cene vsadkov so sicer popolnoma primerljive s cenami, ki za enake vsadke veljajo v Sloveniji. Čakalne dobe so po postavitvi indikacije za artroplastiko administrativno omejene na največ šest mesecev, vendar večino elektivnih posegov opravijo že v treh mesecih, saj je v javnem zdravstvenem sistemu na voljo dovolj zdravnikov, operacijskih dvoran in bolniških postelj. Vsi posegi, ki jih bolnišnice opravijo, so plačani.

Lahko povzamem, da je bilo gostovanje na Finskem zame izredno zanimivo in poučno. Slovenija je primerljiva s Finsko, vendar žal le glede stopnje poraščenosti z gozdovi. Javni zdravstveni sistem na Finskem namreč dobro deluje in sledi potrebam bolnikov, v skladu s katerimi ga tudi ustrezno spreminjajo in prilaga-


jajo, zato se tam čakalne dobe krajšajo in ne daljšajo. Gotovo je to tudi odraz splošne družbene blaginje, saj je bruto domači proizvod na Finskem ravno dvakrat višji od slovenskega. Finci znajo zelo dobro poskrbeti tudi za mlade zdravnike in specializante, ki so odlično izšolani, izjemno delovno motivirani in jih starejši zelo hitro, spoštljivo ter enakopravno vključijo v klinično delo. Najverjetneje je to tudi posledica zgodnje samostojnosti in odgovornosti, saj velika večina mladih Fink in Fincev takoj po končani srednji šoli zapusti dom svojih staršev in zaživi sicer skromno, a samostojno življenje. Moja gostiteljica – simpatičen par kolegov, s katerima s soprogo prijateljjujeva že vrsto let in pri katerih sem imel možnost brezplačne nastanitve – sta profesorja na medicinski fakulteti helsinške univerze, zato sem imel poleg spremljanja in vodenja specializantov iz ortopedije možnost podrobneje spoznati tudi dodiplomski študij medicine: vsak študent ob vpisu na fakulteto (brezplačno) prejme iPad s prednaloženimi urniki in celotnim predpisanim študijskim gradivom, e-knjigami, članki itd. za vseh šest let vnaprej, tudi vsa nadaljnja komunikacija s fakulteto, posodabljanje učnega gradiva in priprava na izpite poteka preko omenjene naprave. Investicija v znanje, ki se vsekakor kmalu povrne.






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

- Po uspešni prijavi v profil kliknite v desnem zgornjem kotu na gumb z vašim imenom in priimkom.
- 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.
- Po končanih spremembah obvezno kliknite gumb »Spremeni podatke« na dnu strani, da zaključite in potrdite vnos.

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

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

[Spremeni podatke](#)

36. kongres Evropskega združenja za področje očesne plastične in rekonstruktivne kirurgije

14.–16. september, Stockholm, Švedska

Janez Bregar, dr. med., UKC Ljubljana

Na letnem kongresu Evropskega združenja za področje očesne plastične in rekonstruktivne kirurgije (ESOPRS), ki je potekal v Stockholmu od 14. do 16. septembra letos, je oftalmologinja izr. prof. dr. Brigita Drnovšek Olup, dr. med., višja svetnica, z Očesne klinike UKC Ljubljana, prejela visoko priznanje za delo na področju očesne plastične kirurgije (operacije vek, orbite in solzne aparata).

ESOPRS je bil ustanovljen pred 38 leti z namenom učenja in napredka te subspecializacije oftalmologije. Vsako leto ima združenje kongres v enem izmed evropskih mest. Letošnji, 36. po vrsti, je potekal v Stockholmu na Švedskem in se ga je udeležilo več kot 750 ljudi iz vsega sveta. Poleg strokovnega dela kongresa je posebno priznanje namenjeno posamezniku, ki je v svoji poklicni karieri veliko prispeval k razvoju stroke in področju uvajanja izboljšav obstoječih metod zdravljenja in lastnih inovativnih metod. Kot prva ženska v zgodovini združenja je letos to prestižno priznanje prejela izr. prof. dr. Brigita Drnovšek Olup, dr. med., z Očesne klinike UKC Ljubljana, sicer tudi predsednica ESOPRS med letoma 2011 in 2013. Prof. Drnovšek Olup je uvedla številne inovativne metode, predvsem na področju laserskega zdravljenja, od katerih so nekatere postale zlati standard zdravljenja po Evropi in svetu.

V luči tega visokega priznanja je imela prof. Drnovšek Olup na kongresu 40-minutno častno predavanje, imenovano Mustardejeva lekcija, z naslovom »Trenutni izzivi in razvoj okuloplastične kirurgije v prihodnosti«, za katero je prejela mnoge pohvale. Predavanje nosi ime po enem od ustanoviteljev združenja, oftalmologu in plastičnem kirurgu Johnu Clarku Mustardeju.

Priznanje, katerega v združenju simbolizira srebrni kirurški instrument »Desmaresova kljuka«, ji je podelil predsednik ESOPRS, prof. dr. Geoffrey Rose.

Kongresa smo se udeležili tudi dva specialista in specializant oftalmologije z Očesne klinike v Ljubljani: asist. dr. Gregor Hawlina, dr. med., asist. Levin Vrhovec, dr. med., in Janez Bregar, dr. med., ki se posvečamo oz. se želimo posvetiti temu področju oftalmologije in nam je prof. Drnovšek učiteljica, ki nam nesebično predaja



Prof. dr. Brigita Drnovšek Olup, dr. med.

svoje znanje. Ponosni smo na prepoznavo in priznanje slovenskega medicinskega znanja v svetu.

Na kongresu smo predstavili tudi plakat z naslovom »Long term success rate of laser-assisted

dacryocystorhinostomy (DCR)«, o metodi, ki je bila razvita prav na Očesni kliniki v Ljubljani.

Na kongresu ESOPRS so vsako leto predstavljene izkušnje, novosti in napredki na področju okuloplastične

in rekonstruktivne kirurgije. Menim, da je udeležba na kongresu pomemben del izobraževanja za strokovni razvoj posameznika in posledično tudi stroke v Sloveniji, hkrati pa predstavlja naše delo.

1. Mariborska učna delavnica naprednih laparoskopskih posegov v ginekologiji

Andrej Cokan, dr. med., asist. dr. Maja Pakiž, dr. med., prof.
dr. Iztok Takač, dr. med., svet., UKC Maribor

V laparoskopski kirurgiji je učna krivulja daljša in zahtevnejša od učne krivulje v klasični kirurgiji. V slovenskem prostoru so bile v zadnjih petih letih organizirane številne kakovostne učne delavnice za specialiste in specializante s področja laparoskopskih posegov v ginekologiji, ki pa so večinoma obravnavale osnovne posege v laparoskopski kirurgiji. In tudi takšnih je bilo verjetno premalo, saj bi specializanti po priporočilih EBCOG (European Board of Gynecology and Obstetrics) morali pred delom v operacijski dvorani opraviti nemalo dela na simulatorjih in obvladati osnovne veščine in vaje, ki so objavljene na portalih ESGE (European Society for Gynaecological Endoscopy) in Winners. Ker je lahko dostopnost do simulacijskih centrov za specializante ginekologije in porodništva ponekod okrnjena, je organizacija delavnic pomembna možnost za vajo laparoskopskih veščin v varnem in kontroliranem okolju.

Po dveh predhodnih laparoskopskih delavnicah osnovnih veščin, ki so bile zelo dobro sprejete, smo se v Mariboru odločili organizirati še delavnico naprednih laparoskopskih veščin. 22. in 23. junija 2017 je tako

potekala 1. Mariborska učna delavnica naprednih laparoskopskih posegov v ginekologiji. Delavnico smo pod okriljem ESGO (European Society of Gynaecological Oncology) organizirali na Kliniki za ginekologijo in perinatologijo UKC Maribor v sodelovanju z MF Maribor. Udeležba je bila mednarodna, kot predavatelji in inštruktorji so bili prisotni uveljavljeni strokovnjaki iz Slovenije, Hrvaške, Italije ter Nizozemske. Delavnice se je udeležilo 34 specializantov in specialistov ginekologije in porodništva iz šestih različnih držav (Slovenija, Češka, Hrvaška, Srbija, Bosna in Hercegovina ter Makedonija).

Po zgledu iz tujine smo delavnico zasnovali sodobno in drugače, kot smo bili v našem prostoru navajeni do sedaj. Po uvodnih splošnih predavanjih smo pripravili predavanja v smislu **za** in **proti** s področja tem, ki se v sodobni ginekologiji pojavljajo z uvajanjem novih metod in trenutno intenzivno proučujejo. Nadaljevali smo z videodelavnico, na kateri smo pokazali dejanske filmske posnetke naprednih laparoskopskih posegov iz prakse, ki so jih kirurgi komentirali, občinstvo pa je aktivno sodelovalo v razpravi. Drugi dan je sledil trening

veščin na modelih in predstavitev zanimivih primerov z razpravo v manjši skupini.

Splošna predavanja so predstavili vodja klinike, Iztok Takač, ki je govoril o medicinskopravnih problemih pri laparoskopskih posegih, sledila so predavanja Reneja Verhejenena iz Univerzitetnega medicinskega centra (UMC) Utrecht o novih tehnologijah (Big toys for big boys), Dušana Mekiša iz UKC Maribor o anesteziji pri zahtevnih laparoskopskih posegih, Denija Kareloviča iz kliničnega centra (KBC) v Splitu o kirurških okužbah rane, Nejc Kozar iz UKC Maribor pa je skupaj z ginekološkima operacijskima sestrama Darinko Reisman in Sonjo Ciglar predstavil vlogo operacijske medicinske sestre.

Po kratkem odmoru so uvodnim predavanjem sledili dvoboji **za** in **proti**. Miroslav Kopjar iz Splošne bolnišnice Zabok je zagovarjal operativno, Jure Knez iz UKC Maribor pa medikamentno zdravljenje endometriozе jajčnika. Rajko Fureš iz Splošne bolnišnice Zabok in Vesna Šalamun iz UKC Ljubljana sta predstavila prednosti in slabosti operativnega in medikamentnega zdravljenja globoke pelvične endometriozе, Katja Jakopič iz UKC Ljubljana in Ingrid Marton iz Klinične bolnišnice (KB) Sv. Duh iz Zagreba pa sta debatirali o tem, kdaj in kako operirati intramuralne in subserozne miome. Nato je Vida



Gavrič Lovrec iz UKC Maribor predstavila še laparoskopsko miomektomijo v reproduktivni dobi in na kaj biti v tem obdobju pozoren.

Marko Klarič iz KBC Reka in Špela Smrkolj iz UKC Maribor sta predstavila razloge za in proti laparoskopski postavitvi stadija pri raku jajčnika, Maja Pakiž iz UKC Maribor in Marko Klarič pa sta debatirala o prednostih varovalne bezgavke oz. limfadenektomije pri raku endometrija. Sledili sta še predavanji Paola Zolaja iz Torina o spremljanju po laparoskopski ali robotski operaciji in Reneja Verhejnenena o robotski ginekološki kirurgiji.

Po predavanjih so bile na sporedu videodelavnice, kjer so predavatelji pokazali posnetke svojih operacij, udeleženci delavnic pa so spraševali in sproti s predavatelji razreševali

vprašanja in dileme. Odlična predavanja in posnetke so pripravili Marko Klarič, Paolo Zola, Rene Verhejnen ter Borut Kobal iz UKC Ljubljana, Sebastjan Merlo z Onkološkega inštituta Ljubljana, Urška Salobir Gajšek iz SB Celje ter Dubravko Habek iz KB Sv. Duh.

Prvi dan smo polni vtisov zaključili s prijetnim druženjem v centru Maribora, naslednji dan zjutraj pa smo začeli z vajami na simulatorjih. Vsak inštruktor je svetoval dvema udeležencema, ki sta na mandarini vadila luščenje ciste, na rokavicah laparoskopsko šivanje, na posebej pripravljenih modelih pa še izrezanje endometriotičnega žarišča in šiv črevesa. Udeleženci so bili nad vajami navdušeni, na koncu pa smo izvedli še zabavno tekmovanje.

Nagrada za zmagovalca je bila brezplačna udeležba na katerem koli prihodnjem kongresu ali delavnici v organizaciji Klinike za ginekologijo in perinatologijo UKC Maribor.

Vzporedno z vajami so potekale predstavitve nenavadnih, klinično posebnih ali zahtevnih resničnih primerov z neposredno debato v manjši skupini. V debato sta se odlično vključila gosta iz ESGO, Paolo Zola in Rene Verhejnen, s poudarki na z dokazi podprtih ukrepih pri posameznem primeru.

Organizacijski odbor in predavatelji so pripravili kakovostno izobraževanje, primerno tako za specializante kot za že uveljavljene specialiste s področja ginekologije in perinatologije. Ob srečanju je izšel zbornik predavanj, ki bo služil kot učno gradivo za mlajše zdravnike na začetku specializacije ali pa kot osvežitev znanja za uveljavljene specialiste. Delavnico smo tako zadovoljni in polni novih informacij in znanj zaključili, prejeli pa smo tudi pohvalo predstavnikov ESGO.

Vsem predavateljem bi se radi zahvalili za aktivno sodelovanje. V prihodnjem letu ali dveh želimo ponovno organizirati delavnico, ker menimo, da je v slovenskem prostoru še vedno premalo delavnic, ki bi spodbujale debato in si prizadevale za objektivno in profesionalno razpravo med strokovnjaki iz različnih ustanov ali strok.

Novi terapije medicinske hipnoze

Kranj, Hotel Azul, 2016/17

Prim. Jasna Čuk Rupnik, Ljubljana

V šolskem letu 2016/2017 so znanje in veščine iz medicinske hipnoze pridobili številni novi zdravniki, zobozdravniki, psihologi in drugi

strokovnjaki ter s tem izobraževanjem postali »terapije medicinske hipnoze«. Tako se je močno podaljšal seznam teh strokovnjakov, objavljen

na predstavitvenih straneh Društva za medicinsko hipnozo Slovenije.

Društvo za medicinsko hipnozo Slovenije (DMHS) je bilo ustanovljeno leta 2006 kot nadaljevanje Sekcije za klinično in eksperimentalno hipnozo, ki je začela delovati leta 1979 v okviru Slovenskega zdravniškega društva. Deluje po statutu društva in kodeksu etike, ki je usklajen s kode-



ksom etike Evropskega združenja za hipnozo (ESH). Profesor Marjan Pajntar, ki je hipnozo uvedel v slovensko medicino najprej za lajšanje porodov v Porodnišnici Kranj, je bil v tečaju glavni predavatelj, odlično pa so ga dopolnjevali še Boni Pajntar

Plut, Vladislav Golouh in Mojca Gabrijelčič.

Medicinska hipnoza, ki je komplementarna metoda v medicini, doživlja v svetu ponovno renesanso. V »stoletju možganov« vse več izsledkov kakovostnih raziskav

potrjuje njeno koristnost pri različnih stanjih in obolenjih. DMHS zavzema enako stališče kot Evropsko združenje za hipnozo in Mednarodno združenje za hipnozo, ki zagovarjata in dovoljajeta izvajanje medicinske hipnoze le medicinsko izobraženim strokovnjakom. Tečaj je bil odlično organiziran. Predavatelji so znali prav s hipnozo odlično premagati dejstvo, da smo tečajniki iz vseh koncev Slovenije prihajali na izobraževanje od 16.00 do 21.00 praviloma iz svojih delovišč in že precej utrujeni, študenti pa ravno tako. Odhajali pa prijetno sproščeni, umirjeni ter polni elana in veselja do bodočega odličnega orodja za pomoč ljudem. Pa tudi, ne nazadnje, sebi in svojim bližnjim. Tečaj, v vseh pogledih vreden udeležbe.

Evropski kongres pediatrične nefrologije bo leta 2020 v Ljubljani

Izr. prof. dr. Tanja Kersnik Levart, dr. med., UKC Ljubljana

Evropski pediatri nefrologi smo združeni v Evropsko združenje za pediatrično nefrologijo (ESPN). Združenje vsako leto organizira evropski kongres, ki je obenem tudi najpomembnejši in najprestižnejši dogodek pediatrične nefrologije.

Na letošnjem, 50. kongresu ESPN v Glasgowu se je naš Klinični oddelek za nefrologijo (na sliki pediatri nefrologi) v sodelovanju s Cankarjevim domom, poleg Dublina in Moskve, potegoval za organizacijo kongresa ESPN leta 2020. Zelo smo ponosni in počaščeni, da smo zmagali in da bomo torej ESPN 2020 gostili v Ljubljani. Hvaležni smo prof. dr. Rajku Kendi, dolgoletnemu predstojniku Kliničnega oddelka za nefrologijo ter strokovnemu direktorju Pediatrične klinike, ki je idejni oče tega projekta. Dogodek

bo potekal v Cankarjevem domu, katerega osebje je bilo pri kandidaturi nepogrešljivo in je vsekakor zelo zaslužno pri našem skupnem uspehu.

Prepričani smo, da bo ESPN 2020 v Ljubljani izjemno pomemben za prepoznavnost Slovenije, Ljubljane in po strokovni plati še posebej za razvoj našega Kliničnega oddelka za nefrologijo, saj bo pomembno prispeval k napredku stroke v Sloveniji ter Evropi. In seveda upamo,

da bo prijeten in nepozaben dogodek, ki ga bodo udeleženci za vedno ohranili v lepem spominu.



Doc. dr. Gregor Novljan, izr. prof. dr. Tanja Kersnik Levart, doc. dr. Rina Rus, dr. Nina Battelino, doc. dr. Matjaž Kopač (z leve).

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 Čebtron

Delavnica za specializante

delavnica: 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; dosednji udeleženci delavnice zelo priporočajo!

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

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 okvirov običajnega. Spoznali se bomo z osnovnimi koncepti kreativnosti ter principi ustvarjalnosti, s katerimi si lahko popestrimo vsakdan ter izboljšamo delovni proces.

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

Odpredavaj kot se šika! – Delavnica javnega nastopanja

delavnica: november

V medicini se nenehno srečujemo v situacijah, ko se je treba javno izpostaviti. To se lahko zgodi na jutranjem raportu ali na strokovnem srečanju.

Povsod nas lahko hkrati spremlja tudi trema, ki jo moramo znati uporabiti v svojo korist. Na delavnici se bomo naučili, kako pripraviti in izvesti dober javni nastop, kje so skrite zanke in kako se soočiti s tremo. S pomočjo analize posnetkov bo vsak imel priložnosti videti svoj nastop in ga narediti še boljšega.

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

Učinkovito reševanje konfliktov

seminar: november

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

Seveda je. Največ energije nam poberejo nerazrešeni konflikti! Tisti, ki jih rešimo, so sicer naporni, ko jih razrešujemo, potem pa imamo mir

in čas za druge zadeve. Nerazrešeni konflikti pa ostajajo z nami tudi ponoči in še dneve (tedne in celo mesece) po tistem, ko se je stresna situacija zgodila.

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

Izvajalka: Metka Komar, univ. dipl. ekon.

Prepoznava in obravnava žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti

predavanja in delavnice: 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 Druženomedicinski inštitut ZRC SAZU, Zdravniška zbornica Slovenije, Center za socialno delo Maribor, Zavod Emma.

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

1.–30. • VSEPRISOTNA FARMAKOGENETIKA (spletno izobraževanje)

kraj: spletno izobraževanje Doctrina: https://si.doctrina.biz/zdravniki	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni za uporabnike portala Doctrina.si	k. točke: 0,7
vsebina: Strokovno spletno video izobraževanje je namenjeno vsem zdravnikom. Opisuje projekt, katerega cilj je učinkovita optimizacija zdravljenja za vsakogar. Predstavlja koncept personalizirane medicine in preemptivnega farmakogenomskega testiranja ter pojasnjuje, kako bo uporaben v praksi. Vabljeni k ogledu in komentiranju izobraževanja: https://siapp.doctrina.biz/izobrazevanja .	organizator: Doctrina, izobraževanje, d. o. o., prof. dr. Vita Dolžan, dr. med., vodja laboratorija za farmakogenetiko, Inštitut za biokemijo, MF UL	prijave, informacije: prijave: izobraževanje je dostopno uporabnikom portala Doctrina, več na E: info@si.doctrina.biz in T: 080 5007, informacije: Barbara Matijašič, T: 080 5007, E: barbara.matijasic@doctrina.biz	

1.–30. • HRAMBA GENETSKEGA MATERIALA ZA OHRANJANJE PLODNOSTI PRI ONKOLOŠKIH BOLNIKI (spletno izobraževanje)

kraj: spletno izobraževanje Doctrina: https://si.doctrina.biz/zdravniki	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni za uporabnike portala Doctrina.si	k. točke: 1
vsebina: Doctrina prinaša strokovno spletno video izobraževanje prof. dr. Ede Vrtačnik Bokal, dr. med., o hrambi genetskega materiala za ohranjanje plodnosti pri onkoloških bolnikih. Izobraževanje je namenjeno specialistom ginekologije. Vabljeni k ogledu in komentiranju izobraževanja: https://si.doctrina.biz/zdravniki .	organizator: Doctrina, izobraževanje, d. o. o., prof. dr. Eda Vrtačnik Bokal, dr. med., Ginekološka klinika, predstojnica KO za reprodukcijo	prijave, informacije: prijave: izobraževanje je dostopno uporabnikom portala Doctrina, več na E: info@si.doctrina.biz in T: 080 5007, informacije: Barbara Matijašič, T: 080 5007, E: barbara.matijasic@doctrina.biz	

1.–30. • ZUNAJTELESNA OPLODITEV (spletno izobraževanje)

kraj: spletno izobraževanje Doctrina: https://si.doctrina.biz/zdravniki	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni za uporabnike portala Doctrina.si	k. točke: 0.7
vsebina: Doctrina prinaša strokovno spletno video izobraževanje skupine zdravnikov z oddelka za reproduktivno medicino UKC Maribor pod vodstvom izr. prof. dr. Milana Reljiča o zunajtelesni oploditvi (razvoj postopkov, indikacije, potek postopkov, zapleti in uspešnost). Izobraževanje je namenjeno specialistom ginekologije. Vabljeni k ogledu in komentiranju izobraževanja: https://si.doctrina.biz/zdravniki .	organizator: Doctrina, izobraževanje, d. o. o., izr. prof. dr. Milan Reljič, dr. med., Polona Kores Testen, dr. med., doc. Vilma Kovač, dr. med., Oddelek za reproduktivno medicino UKC Maribor	prijave, informacije: prijave: izobraževanje je dostopno uporabnikom portala Doctrina, več na E: info@si.doctrina.biz in T: 080 5007, informacije: Barbara Matijašič, T: 080 5007, E: barbara.matijasic@doctrina.biz	

1.–30. • SMERNICE OBRAVNAVE BOLNIKOV S KOPB (spletno izobraževanje)

kraj: spletno izobraževanje Doctrina: https://si.doctrina.biz/zdravniki	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni za uporabnike portala Doctrina.si	k. točke: ***
vsebina: Izobraževanje je namenjeno družinskim zdravnikom. KOPB je pogosta bolezen, ki jo lahko tako preprečimo kot učinkovito zdravimo. Uspešna obravnava bolnikov temelji na sodelovanju več strok. V strokovnem spletnem video izobraževanju boste izvedeli, kako pristopiti k diagnostiki ter vodenju bolnika s KOPB na osnovi svetovnih in slovenskih smernic. Izobraževanje si lahko ogledate na: https://siapp.doctrina.biz/izobrazevanja	organizator: Doctrina, izobraževanje, d. o. o.	prijave, informacije: prijave: izobraževanje je dostopno uporabnikom portala Doctrina, več na E: info@si.doctrina.biz in T: 080 5007, informacije: Barbara Matijašič, T: 080 5007, E: barbara.matijasic@doctrina.biz	

8. ob 8.00 • SPOŠTOVANJE BOLNIKOVIH VREDNOT IN CILJEV GLEDE PALIATIVNE OSKRBE

kraj: GOLNIK, Klinika Golnik, Vurnikova predavalnica	št. udeležencev: 100	kotizacija: 61 EUR (DDV vključen)	k. točke: 5
vsebina: Strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom družinske medicine, medicinskim sestram v socialnih zavodih, bolnišnicah, patronažni službi. (Teme: Predstavitev evropskih smernic za vnaprejšnje načrtovanje oskrbe ob koncu življenja, Najnovejši izsledki o učinkih vnaprejšnjega načrtovanja oskrbe ob koncu življenja, Odločanje o vključitvi paliativne oskrbe v obravnavo bolnika in njegovih bližnjih, Pregled podpornih veščin komuniciranja pri vnaprejšnjem načrtovanju oskrbe, Proces priprave načrta za nadaljevanje oskrbe na bolnikovem domu, Vpliv na žalovanje.)	organizator: Klinika Golnik, Urška Lunder, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: www.klinika-golnik.si , informacije: Irena Dolhar, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	

9. ob 9.00 • 2. ŠOLA RAKA DOJK

kraj: MARIBOR, Avditorij Medicinske fakultete	št. udeležencev: 50–100	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: Strokovno srečanje o epidemiologiji, diagnostiki, zdravljenju in rehabilitaciji raka dojke je namenjeno družinskim zdravnikom, ginekologom, specializantom onkoloških strok.	organizator: Onkološki inštitut Ljubljana, Združenje za senologijo pri SZD, dr. Simona Borštnar, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Onkološki inštitut Ljubljana, Enota za raziskovanje in izobraževanje (Zvezdana Vukmirovič), Zaloška 2, 1000 Ljubljana, informacije: Zvezdana Vukmirovič, mag. posl. ved, T: 01 587 94 95, E: zvukmirovic@onko-i.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
vsebina: 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 upokojeanci brez kotizacije	k. točke: 16
vsebina: 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 upokojeance	k. točke: 6
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:** 12**vsebina:** Srečanje je namenjeno kirurgom, pediatrom, družinskim zdravnikom, urgentnim zdravnikom, neonatologom, specializantom kirurgije, pediatrije, družinske medicine, urgentne medicine in vsem, ki se ukvarjajo z otroško kirurško populacijo. Osnove in novosti sodobne kirurgije pri otroku. Vključen je »Tečaj minimalne invazivne otroške kirurgije« (na pelvitrenerjih), 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:** 12**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: sbcrdi@guest.arnes.si

10.–11. ob 13.00 • XIII. DERMATOLOŠKI DNEVI

kraj: MARIBOR, Hotel City Maribor**št. udeležencev:** do 150**kotizacija:** 60 EUR z DDV, kotizacije ni za upokojene zdravnike**k. točke:** 8**vsebina:** Kongres je namenjen vsem dermatologom, zdravnikom družinske medicine.**organizator:** UKC Maribor, Oddelek za kožne in spolne bolezni, Združenje slovenskih dermatovenerologov, asist. mag. Pij Bogomir Marko, dr. med.**prijave, informacije:** prijave: www.ukc-mb.si, informacije: Slavica Keršič, T: 02 321 29 40, GSM: 051 420 741

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

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162**št. udeležencev:** 60 na termin**kotizacija:** 90 EUR, kotizacije ni za upokojence, specializante**k. točke:** 8**vsebina:** Predavanja in popoldanske delavnice so namenjeni specialistom in specializantom ginekologije in porodništva in splošne/družinske medicine.**organizator:** Slovensko menopavzno društvo in Združenje za ambulantno ginekologijo, prim. Lucija Vrabčič Dežman**prijave, informacije:** prijave: E: prijava.sola@gmail.com ali Celzija, d.o.o., Celestinova 1, 1000 Ljubljana, s pripisom »Šola preventive«, informacije: Darja Jovanov, T: 040 42 00 13 ali 01 563 15 91, E: prijava.sola@gmail.com

15. • UČINKOVITO REŠEVANJE KONFLIKTOV

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162**št. udeležencev:** 12**kotizacija:** 120 EUR**k. točke:** 6**vsebina:** Na seminarju boste pridobili orodja, s pomočjo katerih boste bolj učinkoviti pri obvladovanju konfliktnih situacij.**organizator:** Zdravniška zbornica Slovenije**prijave, informacije:** prijave: W: <http://www.domusmedica.si>, informacije: Mojca Vrečar, E: mojca.vrecar@zzs-mcs.si

15. ob 8.00 • PRIROJENE IN PRIDOBLENE OKVARE ROKE V OTROŠKI DOBI

kraj: LJUBLJANA, Univerzitetni rehabilitacijski inštitut – Soča**št. udeležencev:** ni omejeno**kotizacija:** 80 EUR za nečlane SDRR, 60 EUR za člane SDRR, 30 EUR za študente**k. točke:** v postopku**vsebina:** strokovno srečanje**organizator:** Slovensko društvo za rehabilitacijo roke (SDRR)**prijave, informacije:** informacije: Meliha Muratović, T: 01 522 52 82, 070 825 665, E: hand.otpt@gmail.com, W: www.sdr.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, 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: E: ikristan@onko-i.si, informacije: Lidija Kristan, T: 01 587 92 82

17. ob 13.15 • CELOSTNA OBRAVNAVA OTROK Z MIELOMENINGOKELO

kraj: KAMNIK, CIRIUS **št. udeležencev:** ni omejeno **kotizacija:** kotizacije ni **k. točke:** 4,5
vsebina: strokovno srečanje **organizator:** Sekcija za šolsko, študentsko in adolescentno medicino **prijave, informacije:** informacije: Marta Orehek Kirbiš, E: marta.orehek@cirius-kamnik.si

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>

18. ob 8.00 • 3. JESENSKA PEDIATRIČNA ŠOLA: PSIHOLOŠKI RAZVOJ IN ODPANJA PO RAZVOJNIH OBDOBJIH OD OTROKA DO MLADOSTNIKA

kraj: MARIBOR, Hotel Piramida **št. udeležencev:** 90 **kotizacija:** 100 EUR, na dan dogodka 120 EUR (DDV ni vključen) **k. točke:** 5
vsebina: pediatrična šola **organizator:** Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor **prijave, informacije:** informacije: Tatjana Mauko, T: 02 286 35 60, E: tatjana.mauko@zd-mb.si

22. ob 8.30 • OBVLADOVANJE KRHKOSTI DANES ZA JUTRI

kraj: BRDO, Kongresni center **št. udeležencev:** 100 **kotizacija:** kotizacije ni **k. točke:** 3,5
vsebina: konferenca **organizator:** Nacionalni inštitut za javno zdravje **prijave, informacije:** informacije: Špela Selak, T: 01 244 14 66, E: spela.selak@nijz.si

23. • OSKRBA OSEB Z VISOKO OKVARO VRATNE HRBTENJAČE PO ZAKLJUČENI REHABILITACIJI

kraj: LJUBLJANA, URI Soča **št. udeležencev:** ni omejeno **kotizacija:** 60 EUR z DDV **k. točke:** ***
vsebina: Seminar je namenjen specialistom in specializantom fizikalne in rehabilitacijske medicine, družinske medicine, specialistom in specializantom travmatologije, kirurgije in ortopedije, 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

23.–24. • OSNOVE KLINIČNE ALERGOLOGIJE IN ASTME. POUK BOLNIKA Z ASTMO

kraj: KRANJSKA GORA, Hotel Lek **št. udeležencev:** 25 **kotizacija:** 250 EUR **k. točke:** 16,5
vsebina: učna delavnica **organizator:** Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik **prijave, informacije:** informacije: Irena Dolhar, T: 04 256 94 93, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si

24. • 1. MARIBORSKI DAN KRONIČNE VNETHNE ČREVESNE BOLEZNI – KVČB

kraj: MARIBOR, UKC, 16. nadstropje, velika predavalnica **št. udeležencev:** 100 **kotizacija:** ni podatka **k. točke:** ***
vsebina: strokovno srečanje **organizator:** UKC Maribor, Klinika za interno medicino, Oddelek za gastroenterologijo **prijave, informacije:** Slavica Keršič, T: 02 321 29 40, 051 420 741, E: slavica.kersic@ukc-mb.si, W: www.ukc-mb.si

24. • REHABILITACIJA BOLNIKOV S KRONIČNO NERAKAVO BOLEČINO

kraj: MARIBOR, Medicinska fakulteta, Taborska ulica 8, OSCE, vhod 2 in 3 **št. udeležencev:** ni omejeno **kotizacija:** 60 EUR z DDV **k. točke:** ***
vsebina: Delavnica je namenjena zdravnikom, psihologom, medicinskim sestram, delovnim terapevtom, fizioterapevtom, socialnim delavcem in ostalim, ki jih omenjena tematika zanima. **organizator:** URI – Soča **prijave, informacije:** prijave: Vesna Grabljevec, URI – Soča, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, E: vesna.grabljevec@ir-rs.si, T: 01 475 82 43

24. ob 8.00 • 6. SREČANJE O KEMIJSKI VARNOSTI: IZPOSTAVLJENOST KEMIKALIJAM OB INDUSTRIJSKIH POŽARIH

kraj: LJUBLJANA, Kristalna palača, BTC	št. udeležencev: 120	kotizacija: 130 EUR z DDV	k. točke: 5,5
vsebina: Srečanje je namenjeno zdravnikom medicine dela, javnega zdravja, družinske medicine, urgentne medicine, interne medicine, pediatrije in onkologije. Na srečanju bomo predstavili nastajanje toksičnih snovi in zastrupitve, stres ter opekline ob industrijskih požarih. V nadaljevanju bomo opozorili na bolezni, povezane z gašenjem, in posledice izpostavljenosti toksičnim kovinam, dioksinom in furanom, ki se sprostijo ob požarih, ter primer obravnave delavcev, izpostavljenih kemičnim snovem ob požaru. Predstavili bomo vzorčenje in metode za analizo toksičnih snovi, ki nastanejo v požarih, posebnosti gašenja požarov v kemijskih obratih, ukrepanje služb nujne medicinske pomoči ob kemijskih nesrečah z analizo primera ter problematiko ekološke kriminalitete.	organizator: Sekcija za klinično toksikologijo SZD in Center za klinično toksikologijo in farmakologijo UKCL, doc. dr. Miran Brvar, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Sekcija za klinično toksikologijo SZD, Center za zastrupitve, Interna klinika, UKC Ljubljana, Zaloška cesta 7, 1000 Ljubljana, E: miran.brvar@kclj.si , informacije: Miran Brvar, T: 01 522 12 93, E: miran.brvar@kclj.si	

24. ob 8.30 • ŠOLA TORAKALNE PUNKCIJE IN DRENAŽE

kraj: MARIBOR, Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru	št. udeležencev: za praktične vaje do 30, za predavanja do 80	kotizacija: 80 EUR z DDV za predavanja in praktično delavnico, 30 EUR z DDV za predavanja	k. točke: 6
vsebina: Učna delavnica je namenjena vsem kirurgom, pulmologom, intenzivistom, interventnim radiologom, zdravnikom urgentne medicine, onkologom	organizator: UKC Maribor, Klinika za torakalno kirurgijo, Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru, prof. dr. Anton Crnjac, dr. med.	prijave, informacije: prijave: www.ukc-mb.si , informacije: Slavica Keršič, T: 02 321 29 40, GSM: 051 420 741	

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 specializantom družinske medicine, zdravnikom specialistom in specializantom 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. ob 16.00 • TRADICIONALNO JESENSKO STROKOVNO IN STANOVSKO SREČANJE ZDRUŽENJA KARDIOLOGOV SLOVENIJE Z LETNIM OBČNIM ZBOROM

kraj: OTOČEC, Šport hotel, Grajska c. 2	št. udeležencev: 140	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Na strokovni del srečanja (16.00–18.00) so poleg vseh članov Zdrženja kardiologov Slovenije vabljeni tudi vsi ostali zainteresirani zdravniki. Glavna tema: poudarki najnovejših smernic in priporočil – ESC 2017. Udeležba na stanovskem delu (letni, volilni, občni zbor) je omejena na člane združenja.	organizator: Zdrženje kardiologov Slovenije, W: www.sicardio.org	prijave, informacije: Zdrženje kardiologov Slovenije, T: 01 434 21 00, E: sasa.radelj@sicardio.org	

24.–25. • XLIII. PODIPLomsKA ŠOLA ZA ZDRAVNIKE: SLADKORNA BOLEZEN TIPA 2

kraj: LJUBLJANA, UKC Ljubljana, Zaloška c. 7	št. udeležencev: 30	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 13
vsebina: podiplomska šola za družinske zdravnike	organizator: UKC Ljubljana, Interna klinika, KO za endokrinologijo, diabetes in bolezni presnove, prof. dr. Andrej Janež, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: diabetessola@gmail.com , informacije: Evelina Oltra, T: 01 522 35 64, M: 041 772 702, F: 01 522 93 59	

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 Zdrženje 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	

24.–25. ob 9.00 • 9. BANIČEVI DNEVI: OKUŽBE PRI STAROSTNIKI

kraj: LAŠKO, Kongresni center Thermana Park	št. udeležencev: 150	kotizacija: 150 EUR, za upokojene, študente in specializante kotizacije ni	k. točke: 9
vsebina: Strokovno srečanje je namenjeno vsem zdravnikom in kliničnim mikrobiologom. Udeleženci bodo seznanjeni s sodobnimi pristopi, ki se že uporabljajo v diagnostiki okužb pri starostniku, epidemiologiji teh okužb, faktorjih, ki vplivajo na občutljivost za okužbe, kot so spremembe v imunskem sistemu in mikrobiomu, z možnostmi preprečevanja teh okužb s cepivi, s problematiko in posebnostmi večkratno odpornih bakterij v tej populaciji, problematiko okužb sečil, prebavil, dihal in posledicami ter potekom okužb z virusom gripe.	organizator: Sekcija za klinično mikrobiologijo in bolnišnične okužbe, Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano, Oddelek za medicinsko mikrobiologijo Celje, prof. dr. Miroslav Petrovec	prijave, informacije: prijave: Barbara Kovče Ramšak, NLZOH, Oddelek za medicinsko mikrobiologijo Celje, F: 03 425 12 12 ali E: ce.cmm@nlzoh.si , informacije: Barbara Kovče Ramšak, T: 03 425 12 13, Mihaela O. Hrstar, T: 01 543 74 08	

24.–26. • 7. SLOVENSKI KONGRES ANESTEZIOLOGOV Z MEDNARODNO UDELEŽBO

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 350 EUR	k. točke: ***
vsebina: Na kongresu bodo predstavljene novosti s področja anesteziologije, reanimatologije in intenzivne medicine, ki jih bodo predstavili slovenski in tuji strokovnjaki z omenjenih področij.	organizator: Slovensko združenje za anesteziologijo in intenzivno medicino	prijave, informacije: Peter Poredoš, T: 01 522 88 07, 041 252 194, E: info@szaim.org , W: www.szaim.org/anestezija2017	

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: 9
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	

29. ob 8.30 • OSNOVE PSIHOFAKOTERAPIJE

kraj: LJUBLJANA, Psihiatrična klinika, Studenc 48	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 50 EUR	k. točke: 5,5
vsebina: strokovno srečanje	organizator: UPK Ljubljana	prijave, informacije: informacije: Silva Potrato, T: 01 587 24 11, E: silva.potrato@psih-klinika.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. 11.–2. 12. ob 12.30 • REPRODUKTIVNA MEDICINA MED ZNANOSTJO IN KOMERCIALIZACIJO

kraj: LJUBLJANA, Grand hotel Union	št. udeležencev: 120	kotizacija: zgodnja registracija do 30. 10. 2017: člani ESHRE 200 EUR, nečlani ESHRE 350 EUR, študenti člani ESHRE 100 EUR, kasnejša registracija od 31. 10. 2017: člani ESHRE 250 EUR, nečlani ESHRE 400 EUR, študenti člani ESHRE 200 EUR	k. točke: ***
vsebina: Namen delavnice je prikazati standardne korake razvoja in izvajanja novih laboratorijskih in kliničnih metod oploditve z biomedicinsko pomočjo (OBMP) v vsakdanji praksi. Poudarek bo na pomenu spremljanja varnosti in učinkovitosti teh metod in na opozorilih glede možnih napak pri njihovi uporabi. Delavnica je namenjena ginekologom, specialistom reproduktivne medicine, kliničnim embriologom, raziskovalcem, medicinskim sestram, zdravstvenim sodelavcem, laboratorijskim tehnikom in bolnikom. Delavnica bo potekala v angleškem jeziku.	organizator: Evropsko združenje za humano reprodukcijo in embriologijo (ESHRE), soorganizator: Slovensko društvo za reproduktivno medicino, Borut Kovačič, E: borut.kov@ukc-mb.si , E: Veljko Vlaisavljevič, E: veljko.vlaisavljevic@ivf-adria.com	prijave, informacije: prijave: Možna je elektronska registracija do 28. 11. 2017. Za kasnejšo registracijo je potrebno kontaktirati Sarah Vanfersteen (sarah@eshre.eu) in preveriti prosta mesta. Rok za zgodnjo registracijo je 30. 10. 2017	

30. 11.–2. 12. • ŠOLA URGENCE 2017, 5. letnik in precourse POINT OF CARE ... EDUCATION!

kraj: Terme Zreče	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: specialisti / specializanti, SMS, DMS, ZT / pripravniki: ŠUM: 160 / 130 / 100 EUR; precourse: 100 / 80 / 60 EUR	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

1. • XXVI. STROKOVNO SREČANJE ZDRUŽENJA ZA HIPERTENZIJO: NOVOSTI V OBRAVNAVI IN ZDRAVLJENJU ARTERIJSKE HIPERTENZIJE

kraj: LJUBLJANA, Four Points by Sheraton Ljubljana Mons	št. udeležencev: 200	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Srečanje je namenjeno družinskim zdravnikom, specialistom interne medicine, kardiologije, nefrologije, specializantom.	organizator: Združenje za arterijsko hipertenzijo, asist. dr. Jana Brguljan - Hitij, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: tina.mali@hipertenzija.org , informacije: Tina Mali, mag. Jana Brguljan - Hitij, dr. med., T: 01 522 55 18 ali 01 522 55 97, F: 01 522 56 00	

1. ob 8.00 • TRADICIONALNO STROKOVNO SREČANJE Z MEDNARODNO UDELEŽBO »AKUTNA MOŽGANSKA KAP XI«

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska c. 162	št. udeležencev: do 300 in po predhodni prijavi	kotizacija: zdravniki – 100 EUR, medicinsko osebje – 50 EUR, specializanti in študenti MF ali ZF – 40 EUR (DDV vključen), zgoraj navedene cene veljajo za prijave in plačilo do 15. 11. 2017, po tem datumu so 20 % višje. Kotizacije ni za aktivne udeležence (avtorji plenarnih in vabljenih predavanj ter plakatov) in prvih 10 prijavljenih študentov MF ali ZF ter upokojene zdravnike. Vsakemu od teh bomo poklonili izbrano knjigo iz prejšnjih simpozijev o možganski kapi.	k. točke: 8
vsebina: Srečanje je namenjeno zdravnikom družinske in splošne medicine, nevrologom, radiologom, internistom, nevrokirurgom, zdravnikom v urgentnih službah, zdravstvenih domovih, intenzivnih terapijah in enotah za zdravljenje možganske kapi ter drugemu medicinskemu kadru, ki je vpleten v obravnavo bolnikov z možgansko kapjo. Program bo objavljen na spletni strani www.mozganska-kap.info		organizator: strokovni organizator Sekcija za možganskožilne bolezni pri SZD, poslovni organizator Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni ob strokovnem sodelovanju slovenskih in tujih zdravnikov, strokovnjakov s področja možganskožilnih bolezni, prof. dr. Bojana Žvan, dr. med., prim., v. svet.	prijave, informacije: spletna prijava: www.mozganska-kap.info , informacije: Andreja Merčun, E: mzb@mozganska-kap.info , T: 0590 11234

1.–2. ob 8.30 • 34. UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE: UČENJE IN POUČEVANJE O DIAGNOSTIČNI NEGOTOVOSTI V DRUŽINSKI MEDICINI

kraj: ZREČE	št. udeležencev: 50	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 11,5
vsebina: Srečanje je namenjeno sedanjim in bodočim mentorjem študentov in specializantov v družinski medicini. Udeleženci bodo na srečanju prejeli zbornik, ki bo obravnaval omenjene teme.	organizator: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD	prijave, informacije: prijave: Lea Vilman, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p.p. 2218, 1104 Ljubljana, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10, E: kdrmed@mf.uni-lj.si , informacije: Janez Rifel, T: 01 438 69 15, E: janez.rifel@mf.uni-lj.si	

8. ob 8.00 • XII. SPOMINSKI SESTANEK AKAD. PROF. DR. LIDIJE ANDOLŠEK JERAS: VPLIV DEBELOSTI NA ŽENSKO ZDRAVJE V REPRODUKTIVNEM OBDOBJU

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska c. 162	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: od 70 do 120 EUR	k. točke: 5
vsebina: Predavanje je namenjeno specialistom in specializantom ginekologije in porodništva, družinske medicine, internistom, medicinskim sestram in študentom medicine.	organizator: Slovensko društvo za reproduktivno medicino, Klinični oddelek za reprodukcijo Ginekološke klinike v Ljubljani, UKC Ljubljana, prof. dr. Eda Vrtačnik Bokal, dr. med.	prijave, informacije: prijave: UKC Ljubljana, ERIIK, Šlajmerjeva 3, 1000 Ljubljana ali E: martina.peclin@mf.uni-lj.si , informacije: Martina Pečlin, T: 01 522 60 20	

14. ob 9.00 • SVITOV DAN 2017

kraj: LJUBLJANA, Austria Trend Hotel, Dunajska cesta 154	št. udeležencev: 200	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 4,5
vsebina: Strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom specialistom gastroenterologije, patohistologije, družinske medicine, javnega zdravja, abdominalne kirurgije, ostalim zdravstvenim delavcem.	organizator: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Program Svit, Dominika Novak Mlakar	prijave, informacije: prijave: W: http://anketa.nijz.si/a/122316 , informacije: Nuša Kerč, Špela Fistrich, E: Programsvit@nijz.si , E: Nusa.kerc@nijz.si , E: Spela.fistic@nijz.si	

DECEMBER 2017

16. ob 9.00 • VEŠČINE UČINKOVITE OBRAVNAVE ANKSIOZNIH MOTENJ: OBSESIVNO-KOMPULZIVNA MOTNJA – 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:** 4. 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

JANUAR 2018

12.–13. • VII. SLOVENSKA ŠOLA TRANSTORAKALNE EHOKARDIOGRAFIJE (TTE) (1. tečaj)

kraj: ŠMARJEŠKE TOPLICE, Terme**št. udeležencev:** 40**kotizacija:** 250 EUR (z vključenim DDV)**k. točke:** *****vseбина:** Srečanje je namenjeno specializantom in specialistom interne medicine, kardiologije, anesteziologije in pediatrije. Drugi tečaj bo potekal 13.–14. aprila 2018**organizator:** Združenje kardiologov Slovenije, Delovna skupina za slikovne preiskave v kardiologiji**prijave, informacije:** prijave: do 15. 12. 2017 oz. do zapolnitve mest, Združenje kardiologov Slovenije, T: 01 434 21 00, E: sasa.radelj@sicardio.org, doc. dr. Katja Ažman Juvan, dr. med., vodja organizacijskega odbora šole T: 01 522 82 28, E: katja.azman@gmail.com. Namestitvev v hotelu ni vključena v kotizacijo. Informacije in rezervacije: Terme Krka, T: 08 205 03 00, E: booking@terme-krka.si.

12.–13. ob 8.30 • 34. UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE: UČENJE IN POUČEVANJE O DIAGNOSTIČNI NEGOTOVOSTI V DRUŽINSKI MEDICINI

kraj: LJUBLJANA, Katedra za družinsko medicino**št. udeležencev:** 50**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** 11,5**vseбина:** Srečanje je namenjeno sedanjim in bodočim mentorjem študentov in specializantov v družinski medicini. Udeleženci bodo na srečanju prejeli zbornik, ki bo obravnaval omenjene teme.**organizator:** Združenje zdravnikov družinske medicine SZD**prijave, informacije:** prijave: Lea Vilman, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p.p. 2218, 1104 Ljubljana, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10, E: kdrmed@mf.uni-lj.si, informacije: Janez Rifel, T: 01 438 69 15, E: janez.rifel@mf.uni-lj.si

12.–13. ob 11.00 • DELAVNICA MULTIDISCIPLINARNE OBRAVNAVE BOLNIC S TUMORJI V MALI MEDENICI

kraj: MARIBOR, Hotel City**št. udeležencev:** ni podatka**kotizacija:** 120 EUR, za člane ESGO 100 EUR, za specializante 60 EUR**k. točke:** v postopku**vseбина:** Srečanje je namenjeno specialistom in specializantom ginekologije, radiologije, patologije, onkologije, radioterapije z onkologijo.**organizator:** Oddelek za ginekološko onkologijo in onkologijo dojk, Klinika za ginekologijo in perinatologijo, UKC Maribor**prijave, informacije:** prijave: E: www.ukc-mb.si/strokovna-srecanja

13. ob 9.00 • VEŠČINE UČINKOVITE OBRAVNAVE ANKSIOZNIH MOTENJ: SOCIALNA FOBIIJA – 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:** 5. 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

19. ob 8.00 • OBRAVNAVA ŽENSKE PRED IN PO PORODU DOMA V GINEKOLOŠKI DISPANZERSKI AMBULANTI

kraj: MARIBOR, Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru, Avditorij MF, Taborska ulica 8**št. udeležencev:** do 100**kotizacija:** 160 EUR z DDV**k. točke:** 9**vseбина:** Kongres je namenjen zdravnikom specializantom in specialistom ginekologije in porodništva, družinske medicine, urgentne medicine, zdravnikom pripravnikom, medicinskim sestram, medicinskim sestram bobicam, reševalcem in zdravstvenim administratorjem.**organizator:** UKC Maribor, Klinika za ginekologijo in perinatologijo, Oddelek za splošno ginekologijo, Katedra za ginekologijo Medicinske fakultete UM, Zdravniško društvo Maribor, prof. dr. Iztok Takač, dr. med., svet.**prijave, informacije:** prijave: www.ukc-mb.si, informacije: Slavica Keršič, T: 02 321 29 40, GSM: 051 420 741

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Vas zanimajo novosti in sistemski pristop na področju zdravstvenega varstva? Bi želeli delati v urejenem in dinamičnem delovnem okolju, ki sodelavcem omogoča strokovno izpopolnjevanje in razvoj? Ponujamo vam delo v prijetnem kolektivu zdravnikov različnih specializacij s stalnim stikom z vsemi novostmi zdravstvenega sistema in možnostjo urejanja obračunskih pravil v dogovoru s partnerji v zdravstvenem sistemu.

K sodelovanju vabimo

zdravnike (m/ž) na Direkciji za delo v oddelku za nadzor, ki obsega področja:

- spremljanja in vrednotenja obračuna izvedenih zdravstvenih storitev na vseh treh ravneh zdravstvenega varstva,
- spremljanja in vrednotenja obračuna predpisanih zdravil, živil in medicinskih pripomočkov,
- izvajanja finančno-medicinskih nadzorov (pregled zdravstvene dokumentacije obračunanih storitev z namenom preverjanja pravilnosti obračuna),
- priprave odgovorov na vprašanja izvajalcev zdravstvenih storitev in glede na najpogostejša vprašanja priprave navodil za obračun zdravstvenih storitev,
- prepoznavanja problematike obračunskih modelov in njihovega vpliva na izvajanje zdravstvenih storitev ter predlaganja sistemskih rešitev.

Poleg splošnih zahtev, določenih z zakonom, pričakujemo, da prijavljeni kandidati izpolnjujejo naslednje pogoje:

- doktor medicine,
- doktor medicine, specialist ali doktor medicine, magister znanosti,
- poznavanje dela z osebnim računalnikom (urejanje besedil in preglednic) in e-pošte ter znanje svetovnega jezika.

Delovno razmerje bomo sklenili za nedoločen čas, s polnim ali krajšim delovnim časom in trimesečnim poskusnim delom.

Za dodatne informacije se lahko obrnete na nas po telefonu: 01 30 77 410.

Svoje pisne prijave, s predstavitvijo dosedanjega dela in navedbo enote, kamor se prijavljate, pošljite do **30. 11. 2017** na naslov: ZZZS, Direkcija, Miklošičeva 24, 1507 Ljubljana oz. na e-naslov: zaposlitev@zzzs.si

Od novih sodelavcev pričakujemo sposobnosti komuniciranja in reševanja problemov, sposobnosti organiziranja in analitičnega razmišljanja, sposobnost timskega dela, sposobnost hitre presoje in sodelovanja, predvsem pa profesionalnost in samoiniciativnost ter pripravljenost za pridobivanje specifičnih znanj s področja zdravstvenega zavarovanja.

Kandidati bodo izbrani na podlagi izbirnega postopka, ki lahko vključuje tudi testiranje.

Kandidati bodo o izboru obveščeni v zakonsko določenem roku.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

vabi k sodelovanju

zdravnike (m/ž) v območnih enotah Celje, Kranj, Krško, Ljubljana, Maribor, Nova Gorica in Novo mesto za:

- odločanje v postopkih za začasno nezmožnost za delo, zdraviliško zdravljenje in drugih pravicah,
- izvajanje finančno-medicinskih nadzorov in predlaganje ukrepov v primeru odstopanj,
- podajanje izvedenskih mnenj.

Poleg splošnih zahtev, določenih z zakonom, pričakujemo, da prijavljeni kandidati izpolnjujejo naslednje pogoje:

- doktor medicine ali doktor medicine, specialist medicine dela, prometa in športa ali specializacije v zdravstvu druge ustrezne smeri,
- strokovni izpit iz splošnega upravnega postopka (izbrani kandidati, ki ob razpisu tega izpita ne bi imeli opravljenega, ga bodo dolžni opraviti najkasneje do imenovanja na Upravnem odboru ZZZS),
- poznavanje dela z osebnim računalnikom (urejanje besedil in preglednic) in e-pošte ter znanje svetovnega jezika,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije.

Pogodbo o zaposlitvi bomo sklenili za nedoločen čas, s polnim ali krajšim delovnim časom in trimesečnim poskusnim delom. K sodelovanju vabimo tudi zdravnike za sodelovanje po pogodbi o delu.

Za dodatne informacije se lahko obrnete na nas po telefonu: 01 30 77 410.

Svoje pisne prijave, s predstavitvijo dosedanjega dela in navedbo enote, kamor se prijavljate, pošljite do **30. 11. 2017** na naslov: ZZZS, Direkcija, Miklošičeva 24, 1507 Ljubljana oz. na e-naslov: zaposlitev@zzzs.si.

Zdravniki, ki želite sodelovanje po pogodbi o delu, nam pošljite svoje pisne prijave s predstavitvijo dosedanjega dela do 20. 11. 2017 na naslov: ZZZS, Direkcija, Miklošičeva 24, 1507 Ljubljana oz. na e-naslov: zaposlitev@zzzs.si.

Od novih sodelavcev pričakujemo sposobnosti komuniciranja in reševanja problemov, sposobnosti organiziranja in analitičnega razmišljanja, sposobnost timskega dela, sposobnost hitre presoje in sodelovanja, predvsem pa profesionalnost in samoiniciativnost ter pripravljenost za pridobivanje specifičnih znanj s področja zdravstvenega zavarovanja.

Kandidati bodo izbrani na podlagi izbirnega postopka, ki lahko vključuje tudi testiranje.

Kandidati bodo o izboru obveščeni v zakonsko določenem roku.

ODDAMO

V najem oddamo **zobozdravniško ordinacijo**.

Opremljene tri ordinacije, recepcija, sterilizacija, čakalnica, pisarna, kopalnica z WC, WC in garderoba. Tehnična infrastruktura v kleti pod ordinacijo. Parkirni prostori zagotovljeni.

Možnost najema s 1. 3. 2018 ali po dogovoru.

Informacije po elektronski pošti: nejce.tominz@gmail.com

Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča

vabi k sodelovanju zdravnika specialista (m/ž) fizikalne in rehabilitacijske medicine, ki želi nadaljevati svojo poklicno kariero **na otroškem oddelku** na delovnem mestu

E018021 ZDRAVNIK SPECIALIST PPD3

Ponujamo vam delovno razmerje za nedoločen čas, s polnim delovnim časom in štirimesečnim poskusnim delom, možnost stalnega strokovnega izpopolnjevanja doma in v tujini, razvojno in raziskovalno delo, delo v sodelovanju s strokovnim timom, možnost sodelovanja pri nacionalnih in mednarodnih razvojnih projektih, enozmensko delo, v dopoldanskem času.

Od vas pričakujemo:

- izobrazbo VIII. stopnje – zdravnik z opravljeno specializacijo iz fizikalne in rehabilitacijske medicine,

- veljavno licenco za delo,
- visoko stopnjo znanja slovenskega jezika,
- znanje enega svetovnega jezika,
- poznavanje osnov računalništva,
- opravljanje dežurstva.

Zaželeno je tudi znanje otroške razvojne nevrologije.

Opis dela:

- diagnosticiranje in vodenje terapije pacientov,
- obravnavanje pacientov v okviru rehabilitacijskih programov,
- uvajanje novih metod dela,
- dajanje izvedeniških mnenj,
- delo z osebami s psihično ali telesno prizadetostjo.

Pisne prijave s predstavitvijo dosedanjega dela in dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite v 30 dneh po objavi na naslov: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana, Linhartova 51 ali na e-naslov: secy.kadri@ir-rs.si

Kandidati bodo o izbiri pisno obveščeni v 8 dneh po sklenitvi pogodbe o zaposlitvi z izbranim kandidatom.

ODDAMO

V najem oddam ordinacijo v Ljubljani v Zeljarski ulici (Trnovo).

Informacije po telefonu: 041 677 205

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.



Ob slovesu od zdravnika Jožeta Debeljaka

(4. 2. 1942–18. 8. 2017),,

Rodil se je staršema Francu in Frančiški 4. februarja 1942 v verni kmečki družini Pr' Žagarju v Hotovlji. Poleg kmetije so imeli doma tudi žago in mlin. Od šestnajstih rojenih otrok jih je preživelo enajst, Jože je bil deveti po vrsti.

V Poljanah je obiskoval le štiri razrede osnovne šole, vse ostalo šolanje pa v Ljubljani: od nižje in višje klasične gimnazije do medicinske fakultete.

Jože je v Ljubljani živel v izredno skromnih razmerah v župnišču Trnovo, kjer je živela domačinka iz njegove rojstne vasi. Pomagal ji je pri raznih delih, obenem pa veliko let opravljal službo ministranta. Med drugim je ministriral tudi duhovniku in pisatelju F. S. Finžgarju ter g. Karlu Matkoviču, nečaku arhitekta Jožeta Plečnika, katerega je Jože tudi osebno dobro poznal.

Mama je menda želela, da bi tudi Jože postal duhovnik, a se je odločil drugače. Večkrat je v šali rekel, da je bil pač poklican za zdravnika, ampak če bi bil dober govorec, bi bilo mogoče drugače.

Po končanem študiju in specializaciji za družinskega zdravnika je do upokojitve leta 2006 služboval v ZD Škofja Loka. Z ženo Majdo sta si ustvarila dom v rojstni vasi, kjer so skupaj s sinom Gašperjem, njegovo ženo Jano in vnučki Hano, Evo in Lovrom pod istim krovom skupaj pluli skozi lepe in težke dni.

Bil je plemenit človek in potrpežljiv poslušalec svojih pacientov, ki se s hvaležnostjo spominjajo njegovega zanimanja najprej za človeka in šele potem za bolezen. Njegovi pogovori z bolniki niso tekli po vzoru lažnih upov, ampak v osvobajajoči resnici, podkrepilni s strokovno umirjenostjo.

Jože je bil vedno zvest samemu sebi, njegovo vodilo je bilo varovanje življenja in človekovega dostojanstva. Predan svojemu poklicu je nalogo v celoti izpolnil. Tudi ko je bil že bolan, je rad pomagal v domu ostarelih v Škofji Loki. Bolečina, bolezen praviloma osami in zapre stik z drugimi; tudi Jožeta je! Rad pa se je pogovarjal in razmišljal o trpljenju – predvsem zakaj nedolžni trpijo. V razglabljanjih pa ni našel ustrezne



rešitve, ker je, opirajoč se zgolj na človeško pamet, ni! Trpljenje je namreč skrivnost.

Neozdravljive posledice bolezni so se vlekale dolgih 14 let, saj je kot zdravnik veliko sam sebe »reševal«. Zadnji mesec je preživel na Infekcijski kliniki UKC v Ljubljani, kjer je 18. avgusta dočkal svoj poslednji dan.

Majda Debeljak, žena

Maylis de Kerangal: Pokrpajmo žive

Roman, Založba Sanje, 2016

Katja Cingerle, samostojna novinarka

Medicinska stroka je v prejšnjem stoletju zelo napredovala in eden izmed najpomembnejših napredkov je prav gotovo transplantacija. Kljub znanju pa sta še vedno odločilna solidarnost in vzajemna pomoč, da bi lahko bolniku rešili ali izboljšali življenje. Zato je darovanje organov po ugotovljeni možganski smrti dejanje nesebične dobrote in ljubezni.

To tematiko obravnava večkrat nagrajeni roman s pomenljivim naslovom Pokrpajmo žive, ki ga je napisala ugledna francoska pisateljica Maylis de Kerangal. Roman je zaživel na odru, po njem pa je bil posnet tudi film, ki bo predvajan na filmskem festivalu Liffé v Ljubljani.

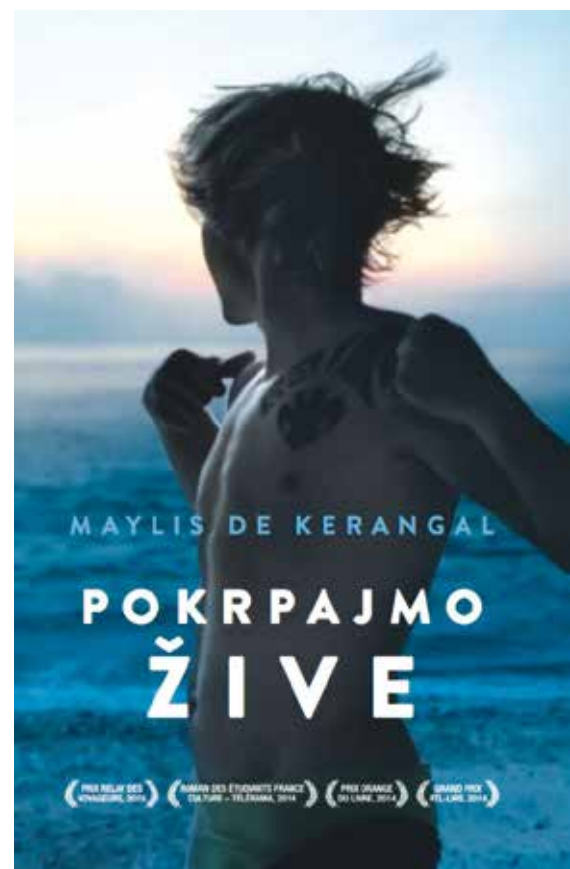
Vse dogajanje se zgodi v le 24 urah, vendar je pisateljica s pripovedno tehniko v enem dihu uspelo zajeti vse od življenja polnega mladeniča, ki je svojo zemeljsko pot končal zaradi prometne nesreče, prek spopadanja njegovih staršev in drugih bližnjih z izgubo, med katero jim v bolnišnici postavijo ključno vprašanje o darovanju organov, do privolitve. Nato spoznamo prejemnico organa in ključne osebe izmed številnega zdravstvenega osebja. Vsak od njih takoj brez oklevanja pusti vse drugo in se vključi v boj za rešitev življenja s transplantacijo srca.

Lahko bi rekli, da prav srce mladega Simona Limbresa poganja zgodbo. Na začetku ga Maylis de Kerangal opiše takole:

Kaj je srce Simona Limbresa, to človeško srce, odkar je v trenutku rojstva zautripalo hitreje, tako kot so v pozdrav dogodku hitreje zautripala srca okoli njega, kaj je to srce, od česa je trepetalo, zastajalo, padalo v hlače, od česa je bilo peresno lahko ali svinčeno težko, od česa je bilo drhtelo – od ljubezni –, kaj je srce Simona Limbresa, kaj se je v njem, tej črni skrinjici dvajsetletnega telesa, precejalo, zapisovalo, shranjevalo, tega pravzaprav ne ve nihče, samo gibljiva podoba ultrazvoka bi lahko podala njegov odsev, pokazala veselje, ki širi, in žalost, ki stiska, samo papirnat elektrokardio-

gram, ki bi se vil od samega začetka, bi lahko nakazal njegovo obliko, opisal njegovo obrabo in naprezanje, deroča čustva, energijo, ki jo porabi, da se skrči stotisočkrat na dan in vsako minuto pošlje po žilah do pet litrov krvi, da, samo ta črta bi lahko povedala njegovo zgodbo, izrisala njegovo življenje, življenje plime in oseke, življenje zaklopka in loput, življenje utripov; ko se bo srce Simona Limbresa, to človeško srce, izvilo aparatom, ne bo mogel nihče trditi, da ga je poznal, in tisto noč brez zvezd, ko je ob rečnem ustju v regiji Caux vladal strupen mraz, ko so se vzdolž pečin valili valovi brez leska, ko se je planota celine umikala in razkrivala svoje geološke plasti, je bilo slišati le enakomerno utripanje organa, ki počiva, mišice, ki se počasi obnavlja – najbrž s pulzom manj kot petdeset utripov na minuto –, ko se je ob vzglavju enojne postelje vključil alarm prenosnega telefona, na katerem so se z bleščečimi paličicami izpisale številke 05:50, in se je naenkrat vse sprožilo.

Takrat je Simon Limbres vstal in odšel s prijatelji loviti valove. Deskanje je bilo njegova strast. Ko se prijatelji utrujeni vračajo, doživijo nesrečo, v kateri je najhuje poškodovan prav Simon. A njegovo srce še bije, ugotavljajo starši, ko ga obiščejo v bolnišnici, kar jim daje upanje, da bo z njunim sinom vse v redu.



Vendar se kmalu poučijo o tem, kaj je možganska smrt – njun sin še diha, srce bije, možgani pa se ne odzivajo. Prave razmere za darovanje organov, s čimer pa morajo starši soglašati. Težka odločitev, ki podari življenje. Na pritrtilen odgovor čaka Clare, ki nujno potrebuje transplantacijo srca, da bi preživela.

Starši, sestra, dekle umrlega in prijatelji niso le žalujoči, temveč skozi njih spoznavamo življenje Simona Limbresa. Prav tako osebe niso le tisto, kar delajo, ampak se pisateljica

ustavi ob njihovem zasebnem življenju in predstavi, kako so prišli do sodelovanja pri transplantaciji. Tako pisateljica bralca postavi v različne perspektive, hkrati pa to odločitev lahko razumemo tudi tako, da smo si vsi podobni, vsi imamo svoja hrepenjenja, a v hipu se lahko vse spremeni. Človek lahko postane čakajoči bolnik, hvaležni prejemnik ali nesebičen darovalec.

Roman sočutno odgovarja na dileme svojcev, se počasi premika k zdravstvenemu osebju, njihovi vnemi,

občudovanju tistih, ki so tlakovali pot transplantaciji, in spoštljivemu ravnanju s telesom. Na drugi strani bolnica čaka na novo srce. Tako se roman zaokroži: začne se z življenjem, nato preide v smrt, iz katere se znova rodi življenje. Zaokroži se tudi čas: na prvi strani Simonovo srce utripa v njegovem spečem telesu, dokler ob 05:50 ne zazvoni budilka, na zadnji strani pa isto srce bije v uspavani Clare, ura je 05:49.

Tehnologija in zdravje

Nina Mazi, Ljubljana

Zdravja, mladostnosti in vitalnosti si danes ni več mogoče predstavljati brez sodobne tehnologije, ki človeštvu nenehno ponuja nove domislice in izume, hkrati pa ga vodi v vse večjo odvisnost. Tehnološka odvisnost pa seveda ni naključna in ni sama sebi namen, marveč (vse prepogosto) služi zlasti interesom kapitala. Vrsta izumov in iznajdb, ki so sicer zanimive in dobrodošle, je predvsem kapitalsko naravnanih. Med tehnološkimi dosežki, ki jih glavnina šteje za neobhodne in so zato postali že nepogrešljivi, je precej takih, brez katerih bi človeštvo lahko dobro shajalo, nekateri izmed njih pa so celo vprašljivi in nepotrebni ali celo škodljivi. Tehnologija, povezana z zdravjem, ki jo ima razviti svet za enkratno, namreč pogosto predstavlja probleme in zaplete, namesto da bi jih reševala. Med zgornje tehnološke dosežke, ki potrjujejo pričujoče dejstvo, na primer sodijo klimatske naprave. Te človeka sicer ohladijo, vendar pa ne odpravljajo ali vsaj zmanjšujejo bistva problema, povezanega s segrevanjem ozračja, marveč z energetske požrešnostjo (poraba elektrike, ki jo v globalnem merilu potrošijo »klime«, bi zadostovala najmanj za pokritje celotnih energetskih potreb stare celine) še povečujejo globalno segrevanje in z njim povezano objektivno tveganje za ekološko katastrofo. Avstralski raziskovalci poudarjajo, da bi bilo sredstva (vsaj del), ki jih trenutno vlagamo v razvoj tehnologije klimatskih naprav, veliko bolj smiselno usmeriti v krepitev odpornosti organizma na vročino in izboljšanje človekove sposobnosti prilagajanja na visoke temperature in temperaturne spremembe – naravna termoregulacija. Drugi tovrsten primer nespodbudnega vpliva tehnologije na zdravje so

zdravila, ki s svojimi neugodnimi/nevarnimi/škodljivimi stranskimi učinki, nezdržljivostjo in s kopičenjem oz. pretiranim uživanjem človeku pogosto povzročijo več škode kot koristi. Prizadevanja za premišljeno, naravno in neškodljivo zagotavljanje, vzpostavljanje in ohranjanje zdravja, mladosti in vitalnosti pa ostajajo v senci farmacevtske tehnologije. Tretji zgovoren primer, ki govori v prid premišljenemu, zadržanemu odnosu do tehnologije, pa sega na področje gibanja. Svet se sooča s poplavo gibalnih pripomočkov, fitnes naprav, športnih dodatkov in spodbujevalcev, vrhunske opreme in ostalih domiselnih izdelkov, ki pa so predvsem kapitalsko naravnani. Ne glede na nesluteni razvoj, razmah in prodornost gibalne tehnologije je več kot polovica prebivalstva visokorazvite zahodne poloble nerazgibana, zasedena, predebela, okorna, gibalno zavrta in prizadeta zaradi pomanjkanja telesne dejavnosti in gibanja. Veliko bolj korektno in koristno bi bilo vsaj del sredstev nameniti spodbujanju, motiviranju in privajanju na naravne oblike in načine gibanja. Že v prazgodovini so ljudje vedeli, da je človek rojen za gibanje. Dejstvo, ki so ga poudarjali in razglašali že antični zdravniki, filozofi in znanstveniki – starorimski »In motu vita«, Heraklitov »Panta rhei« idr.

Tehnologija je na voljo na vsakem koraku, njena uporaba pa je stvar individualne presoje – pri tem pa lahko (bi moral) v dobrem odnosu s svojimi varovanci in uporabniki pomembno vlogo igrati tudi zdravnik.

Viri: Science 5/17, Science et Vie 3/17, www.science-daily.com

Lok človeškega življenja

Jurij Kurillo, dr. med., Kranj

Če se odpravimo iz Tržiča proti podgorski vasi Lom pod Storžičem, bomo malo pred cerkvijo sv. Katarine na levi strani poti zagledali obcestno znamenje, poslikano z zgovornimi podobami poteka človeškega življenja: od dojenčka v zibelki prek vrhunca pri štiridesetih do starca pri stotih, počivajočega na stolu. Pod lokom življenja sta upodobljena ob drevesu z zapeljivo kačo naša prva starša Adam in Eva z usodnim jabolkom spoznanja v roki, ki sta po Svetem pismu zakrivila človekov izgon iz raja in njegovo minljivost.

Kakor domnevajo strokovnjaki, je to slikovito obcestno znamenje kot pomnik življenjske minljivosti nastalo, po upodobljeni noši sodeč, v prvi polovici 20. stoletja. Menda naj bi ga leta 1902 naslikal (ali preslikal) znani kranjski nabožni slikar Matija Bradaška, prej Bradeško (1852–1915), leta 1939 pa obnovil njegov sin Matej Bradaška. Prvotno je stalo nekoliko nižje na več lokacijah, leta 1966 pa je bilo prestavljeno in (slabo ter zelo okorno) prenovljeno. Uvrščeno je v register nepremične kulturne dediščine pri Ministrstvu za kulturo Republike Slovenije.

Objavljamo fotografijo prvotnega znamenja.



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.zdravnikazbornica.si se vam s klikom na gumb »Prijava« v desnem kotu zgoraj odpre prijavni 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
<input type="text" value="ime.priimek@gmail.com"/>
Datum rojstva
<input type="text" value="13.07.1980"/>
Geslo
<input type="password" value="....."/>
Ponovitev gesla
<input type="password" value="....."/>
<input type="button" value="Potrdi"/>

Priklon življenju

Lucija Beškovnik, Nacionalni inštitut za javno zdravje, OE Celje



*Priklon življenju, 2016,
akril na platno, 50 × 40 cm*

Ljubka balerina briše porcelanasta si lica,
krčevito joče,
ihiti kot drobna ptica,
ki v ujetništvu ji težko je.

Kaj tako globoko me boli,
se tisočkrat sprašuje,
takrat krik v grlu zaduši,
seveda, izguba v duši!
Seveda, praznina me tako skeli!

Kako lahko boli praznina,
porcelanasti obraz se vpraša,
kaj pomeni tako velika bolečina,
če nič ni in je to tako pošastna veličina.

Je kdo, ki lahko odgovori,
zakaj me nekaj praznega v prsih tako strahotno žalosti?
Nekaj zemljepisno daljnega in nedolžno otroškega je to,
kar prežema mi telo.

Takrat svetloba bela posije skozi okno,
porcelanasta balerina se prikloni,
skrije v rožnato si krilce svoj obraz,
toplota ji oblije hrbet,
bolečina se počasi izvije iz telesa,
takrat življenje pomisli -
ŽIVLJENJU se priklonim!

Srečanje zdravstvenih delavcev in poglobitev poklicne identitete v luči krščanstva

Janez Dolinar, dr. med., SB Novo mesto

V Ljubljani je v četrtek, 26. septembra 2017, v cerkvi svetega Petra in v sosednji župnijski dvorani potekala sveta maša in akademija na čast svetih Kozme

in Damijana, zavetnikov zdravnikov. Pod geslom *Dobro še izboljšati smo razmišljali o vlogi kristjana v težkem, a lepem poklicu.*

Brata Kozma in Damijan sta kot zdravnika delovala v pozni antiki, nekako v pokrajini, kjer poteka danes meja med nemirnima Turčijo in Sirijo. Brata sta si z vestnim opravljanjem zdravniškega poklica pridobila sloves svetih mož. A tudi njun čas so zaznamovali nemiri in nasilje in brata



Ob prijetni glasbi harfe in petja.



Kulturni del večera.

so usmrtili med enim od preganjanj kristjanov. Ker je njuno življenje zaznamovala močna krščanska vera, so ju na koncu starega veka začeli slaviti kot mučenca in ju postavili za zavetnika zdravniškega poklica. V srednjem veku so ustanavljali zelo priljubljene kozmo-damijanske bratovščine tudi na Kranjskem, kar lahko štejemo za prvo zdravniško združenje na Kranjskem.

Deluje v današnjem času religiozna slovesnost na čast svetih Kozme in Damijana kot anahronizem? Nikakor ne.

Zato se je ob njunem prazniku v cerkvi sv. Petra v Ljubljani zbralo blizu sto zdravnikov in zdravstvenih delavcev. Prišli so se srečat s prijatelji, se odmaknit od vsakodnevnega vrveža v liturgijsko simboliko, predvsem pa razmišljat o smislu zdravniškega poklica, zlasti v luči (krščanske) presežnosti.

Somaševanje je ob g. Miru Šlibarju in p. Danilu Holcu vodil upokojeni mariborski nadškof dr. Marjan Turnšek. Slovesnost so s petjem obogatili pevci kvarteta Bitenc.

Dr. Turnšek je v homiliji poudaril veliko vlogo vseh vernikov, ki delajo v zdravstvu, saj se po njih Bog na

poseben način dotika človeka. Škof je povabil zbrane, naj v bolniku vidijo Božjo podobo, po kateri smo vsi ustvarjeni.

Po maši je sledila kratka akademija. Kolegica Mateja Lasič se je predstavila na klavirju, glasbeni del pa sta zaokrožila kolega Jure Puc, harfa, in Brina Šket, mezzosopran.

Kolega Klemen Aleš Pilih je zbrane pozval, naj ne razmišljajo le o tehnoloških, tehničnih in organizacijskih napredkih, saj je včasih dovolj že majhna sprememba v odnosu do bolnika. »Bodimo uresničevalci Božje volje po medsebojni ljubezni in naj bodo naša delovišča svetišča za vse, ki potrebujejo uteho ob svoji bolezni,« je razmišljanje, kako *Dobro še izboljšati*, sklenil Klemen Aleš Pilih.

Nagovorom in glasbenim točkam je sledilo prijetno druženje, ki ga je letos omogočilo Združenje slovenskih katoliških zdravnikov. Prihodnje leto, 26. septembra 2018, se zagotovo spet srečamo!

Moj Everest

Mag. Tomaž Rotar, dr. dent. med., Zobozdravstvena ordinacija

Za trenutek ustavim globoko izčrpano dihanje, saj je nepretrgan ritem in njegovo bobnenje v ušesih po dolgih štirih neprespanih nočeh in neznansko napornih dneh oglušujoče, skoraj zadušljivo. Poskušam se spomniti svoje telefonske številke in šteti od tisoč nazaj, pa ne gre. Možgani so otopeli, kot zastrupljeni živijo od skopo odmerjenega kisika, stisnjenega v štirikilogramski na pol prazni jeklenki, ki jo nosim na bolečih ramah. Drobnji zamrznjeni delci plešejo med mano in skoraj grozeče veliko luno, ki mi je danes nekaj kilometrov bliže kot po navadi. Hladna svetloba čelne svetilke se ujame med bele cvetove, ki so zrasli na trepalnicah v nekaj sekundah, odkar sem od kože odlepil smučarska očala. Telo je brez rok in brez nog in ko ponovno globoko vdihnem, v konicah prstov močno zaboli. Še sem živ, se zavem, čeprav v okolju, ki

le redkim dovoli živeti. Zapičim cepin in se odločim podhladiti prste, ko slečem prevelike rokavice in s kamero poskušam loviti prvo svetlobo z vzhoda, jo obrnem proti sebi in zabeležim trenutek, ki se najbrž ne bo nikoli več ponovil. Ura je pol petih zjutraj po kitajskem času, 16. maj 2017, kot osemnajsti Slovenec, deseti še živeči, stojim na najvišjem vrhu sveta in sem preveč utrujen, da bi dojel, kaj mi je dano. V zloženo skalno piramidico zatakнем sliko družine, ki je dolgih sedem tednov bledela v žepu višinske obleke, in v žep potisnem droben kamenček, ki sem ga obljubil Rebeki in Karin.

Druega aprila sem se v kratkih rokavih in po nujnih birokratskih zapletih zaradi pretežke prtljage na beneškem letališču za dva meseca poslovil od žene Melite in obeh hčerk. Težko se je posloviti od nečesa, kar imaš rad, za kar skrbiš in živiš, vendar po

navadi v življenju ne gre drugače.

Vedno pa me spremlja topla in že skoraj domača misel na ponovno snidenje, ki bo, upam, vsaj tako lepo, kot je slovo težko. Včasih se zdi, kot da se vse življenje vračamo domov, kar je najlepše, vendar je za to potrebno tudi oditi.

Let preko Istanbula in Delhija do Katmanduja je bil miren, z mislimi, raztrganimi med slovesom od družine in pričakovanim snidenjem z ljudmi, ki jih nisem še nikoli srečal in mi bodo med drugim krojili razpoloženje v naslednjih tednih. Kulturni šok ob prvem pogledu na Katmandu je nepopisen. Talilni lonec kultur, ver, nacij, boleznih in počestne umazanije pri tridesetih stopinjah kipi od vibracij in brezčasnosti. Skozi okno napol uničenega kombija s premalo napolnjenimi zračnicami, ki ga je na letališče poslala družba Makalu Adventures, sem vdihaval gost prah, ki se je dvigal nad mestom, pomešan z vonjem živo rdečih cvetic, zvezanih v ogrlico, v katero me je že na letališču ovil brezzobi in očitno neprespan šofer. Orientalna prijaznost me je pričakala v majhnem hotelčku v starem Katmanduju, ki ga kličejo Thamal. Preveliko število postreščkov, ki se po cele dneve grebejo za napitnine, je tu običajno. Razdalje med revnimi po svoji želji in zaradi verskih prepričanj ali revnimi zaradi sistema in na drugi strani bogatimi lastniki, politiki, uradniki, preprodajalci drog... so nepremostljive že tisoč let in bodo najbrž še toliko, evropska oz. »naprednejša« miselnost pa je v celoti utopija. Odklonil sem povsod prisoten *welcome drink*, saj se nisem želel že prvi dan zastrupiti z bakterijsko eksotiko, kar pa gostitelj ne užali več, saj so se navadili mehkužnežev iz drugega sveta.

Kmalu sem se srečal z vodjem odprave, 170 cm visokim, 65 kg težkim



Podelitev certifikata za osvojen Everest s strani kitajske alpinistične zveze.



Proti North Colu, 6.900 m.

»iron manom«, ki pri svojih sedeminštiridesetih letih pridno brusi sekalce, ko jih stiska med nečloveškimi treningi. Izvaja jih v Dubaju, čeprav je tipičen Anglež, ki se je enostavno naveličal slabega vremena. Kmalu sta prepotena prišla tudi Martin in Mark, šele proti večeru pa tudi Tony. Torej celotna ekipa, vsi s podobnimi izkušnjami iz transporta do Nepala in eno samo željo: gremo na Everest. Za cimra mi je šef določil Martina, visokega Američana, najmlajšega v ekipi, ki mu majice enostavno niso bile dovolj velike, njegova pričeska pa je izdajala vojaško preteklost. Revezu tudi postelja ni bila dovolj velika, kar pa očitno ni bila edina motnja, saj je svoj besednjak pridno polnil s ponavljajočim »fuck« oz. z vsemi možnimi sintaktičnimi izvedenkami na temo. Dodeljena sta si bila tudi Mark in Tony. Prvi je izkušen pustolovec, ki je do dneva novo izbrane pustolovščine že večkrat tekkel čez Aljasko, prečil Grenlandijo in peš tudi Saharo, zelo urejen, pretirano

shuššan in vsaj na prvi pogled zelo razumen in odgovoren Britanec. Drugi je lastnik pogrebnega zavoda, nekoliko manj »napumpnan« osemštiridesetletnik, sicer že z višinskimi izkušnjami s himalajskih vrhov, zelo bogat, prijeten, vendar s slabimi higienskimi navadami. Po njegovem se na takih odpravah nima smisla preoblačiti in tuširati, saj te konec koncev nihče ne gleda, kar se mi je zdela povsem razumna poklicna deformacija.

Po dveh dnevih prilagajanja na novo okolje, kulinarčnih ekskurzijah po prestolnici in nakupih po najbolje založenih trgovinah, kar sem jih izkusil, smo se odpravili na aklimatizacijo v nepalski del Himalaje, v vasico Manang, ki je izhodišče za ture po Anapurnah. Potovanje je bilo, milo rečeno, epsko in ga nihče iz ekipe ni pričakoval. Dva cela dneva, več kot osemštirideset ur, smo trpeli v terenih indijske izdelave, brez zaznavnega vzmetenja, zračenja in z nešteti okvarami, da smo premagali makadamskih 120 km. Ceste so prekinjene z zemeljskimi plazovi, podrtimi drevesi, poginulimi kozami in jaki, več desetmetrskimi slapovi, ki so edini oprali naša prevozna sredstva in namočili kupe opreme na odprtih prtljažnikih. Te so dodatno polnili izgubljeni popotni domačini, ki so kar med vožnjo skočili na avtomobil in izkoristili nepalski Go Opti.

Ožuljene zadnjice in boleče hrbtenice, pobruhani sedeži in polna pljuča tetanusnega cestnega prahu so bili negativna malenkost v primerjavi z doživetjem, nepozabnimi pogledi na prve osemtisočake, v kameno dobo ujete domačine in prvinsko hrano, skuhamo na tisoč let starih ognjiščih. Manang nas je gostil deset nepozabnih spomladanskih dni. Vsak dan smo se povzpeli nekoliko više. Nazadnje do slabih šest tisoč metrov, pod Pisang, nasproti Anapurne II, nad široko dolino, ki je del narodnega parka Anapurna in kjer so mi ukradli nove drage trekking hlače. Spoznali smo osnove budizma, preboleli prve črevesne okužbe in poslušali neverjetne zgodbe domačinov, ki jih najbrž

pripovedujejo že stoletje. Kdo bi jim zameril, saj so dolgih osem zimskih mesecev zaradi zasnežene neprevozne ceste odrezani od sveta in gotovo najbolj osamljeni ljudje na planetu. Družbo jim, razen v kratki poletni alpinistični sezoni, delajo domače živali, ki neredko prezimujejo v istih prostorih kot njihovi lastniki. Nihče se ni veselil vožnje nazaj v Katmandu, med katero smo, mimogrede, izgubili tudi zadnje desno kolo in potem deset ur čakali na »novo« vozilo.

Po dveh dneh počitka smo se iz Katmanduja podali v Lhaso, čez Himalajo in prvič, čeprav od daleč, zagledali Everest. V soncu je bil okrašen z nekaj kopastimi oblaki in značilno vetrno kapo, saj v aprilu čezenj še vedno divjajo močni zračni tokovi, ki onemogočajo pristop. Potniki so sneli slušalke, pogovori so zamrli, letalo se je nagnilo na desno, saj so se vsi natepli na tisto stran, ki je bila obrnjena proti boginji matere zemlje Chomolungmi. Pokrajina pod nami se je hitro spremenila iz zelene in relativno dobro poseljene v pusto, poraščeno samo z redko travo, presekanano s hitrimi rekami in neobljudeno. Pristali bomo namreč v Tibetu, na strehi sveta.

Dvomilijonska prestolnica Lhasa nas ni presenetila z višinsko boleznijo, kot večino turistov, saj smo bili že dobro aklimatizirani, pač pa s čistočo, vojaško urejenostjo, odličnimi širokimi in gladkimi cestami, stalnimi videonadzori ter prekrasno nočno podobo starega mesta. Na voljo smo imeli dve noči in tri dni, kar je bilo povsem dovolj za ogled Potale, palače sicer izgnanega dalajlame, za pokušanje lokalne hrane, ki nas je za čuda pustila brez prebavnih motenj, vendar z ožgano ustno sluznico, za pregled tisočerih trgovin z originalnimi kitajskimi ponaredki najdražjih svetovnih znamk in za uživanje v stari Lhasi, napolnjeni z mističnimi vonjavami molitvenih kadil in mrmrajočimi zvoki tisoče let starih molitev.

Čakala nas je dolga pot do baznega tabora, dobro asfaltirana, sicer svetovno znana Cesta svobode,



Jutro na vrhu.

ki povezuje Lhaso in Katmandu. Prvič je bila zasnovana že v času svilnih cest, ko je bil ta del sveta ključnega pomena za trgovino med najbolj razvitimi deli sveta: Kitajsko na eni strani ter Indijo in Bližnjim vzhodom na drugi strani. Takrat, ko so bili najdražji konji na svetu doma v zahodnem Tibetu in najdražje kamele iz puščave Gobi, ki so lahko hodile trideset dni brez vode in hrane čez nepredstavljive prepreke Himalaje in Karakoruma. V času, ko je bila svila plačilno sredstvo in svet še ni bil tako pokvarjen kot danes, ko vojne in usode narodov krojijo imaginarne visoke številke na bančnih terminalih Amerike in Švice. Ko sem gledal popolnoma novo železnico, ki spremlja omenjeno cesto in doseže prelaze preko 5.000 m nad morjem, v katero je bilo vloženi nekaj deset milijard ameriških dolarjev, sicer kitajskih, sem imel občutek, da je bilo zadnjih petdeset let le kratko, žalostno komunistično obdobje v nekaj tisoč let stari kitajski zgodovini, ki nas uči, da bo Kitajska ponovno vstala in si povrnila svoj nekdanji bleščeč sloves prve in najbolj razvite.

Na poti smo prespali v Shigatseju, drugem največjem mestu Tibeta, in kasneje še v precej manjšem in bolj zapuščenem Tingriju. Po štirih dneh smo prispeli v bazni tabor, jaz nekoliko za skupino, saj sem se moral iz

najvišjega, 5200 m visokega prelaza vrniti v Tingri, kjer je bolnišnica za višinsko bolezen. Preživeli smo namreč prometno nesrečo, dobrih pet tisoč metrov nad morjem. Šofer je omedlel zaradi pomanjkanja kisika in zapeljal s ceste, k sreči v pravo smer. Ponudil sem se, da ga pospremim nazaj v bolnišnično oskrbo, in zato prispel v bazni tabor dvanajst ur kasneje, ampak v zameno za vožnjo z vojaškim avtomobilom in s spoštovanjem vojaškega osebja, ki me je iz ljubega brezdelja z veseljem in v z lučkami osvetljenem urgentnem mercedesu peljali v bazni tabor.

Zvoki zadržanosti na šotorih in spalnih vrečah, pokašljevanje zaradi suhega zraka, vonj po prvi kavi in sonce, ki je kar naenkrat ogrelo notranjost šotora – to je to. Vsakemu v ekipi je prvo jutro v bazi blagodejno pozdravilo nočne domotožne misli. »*Oh my God, fuck me, Thomas, wake up Thomas...*« so bile besede mojega cimra Martina, ko se je z napol priprtimi očmi prvič obrnil proti čudovito osvetljeni steni našega cilja. Prva pudža ali molitev s šerpami nas je presenetila s svojo mirnostjo in skrivnostnostjo že takoj po prvem zajtrku. Blagoslovili so našo opremo, brez tega se šerpe odpovejo sodelovanju. V mrzel veter smo ob molitvi lame, ki je bil samo zaradi dogodka pripeljan iz Lhase, vrgli

riževa zrna in se le korak stran od nirvane za trenutek preselili na vrh, kjer živijo demoni, ki so poslušali našo prošnjo, naj nas spustijo blizu.

Že prvi dan smo začeli z lažjimi aklimatizacijami po sosednjih šesttisočakah, kamnitih suhih, mestoma ledenih brezpotjih. Spremljale so nas fazanom podobne neboječe ptice in gorske koze, podobne našim muflonom. Skoraj z vsake točke smo lahko videli Everest, največkrat jasen, po malem oblačen, v jutranji ali večerni svetlobi, malo bolj ali malo manj zasnežen, in gradili odnos do najvišjega, najmočnejšo željo, ki jo prenese raziskovalni duh posameznika, priti kmalu na vrh. V pričakovanju in v enotnih željah ekipe, v zasebnih ali skupinskih šotorih, brez telefonov, internetnih povezav, radia, domače hrane, domačih ljudi, vsakodnevnih domačih problemov, naglice, nestrpnosti so minevali dnevi in prišel je dan, ko smo se prvič odpravili v smeri Everesta, proti t.i. ABC ali višinskemu baznemu taboru, preko vmesnega ali »*jak shit*« tabora, kjer smo na srečo prespali le enkrat. Hodili smo le z osebno opremo, vse ostalo so nosili jaki, majhne dolgodlake in neznansko vzdržljive kravice. Karavana tristoletnih živali in nekaj deset alpinistov, šerp, nosačev, kuharjev, vodičev, spremljevalcev, snemalcev... se je dva dni pomikala preko ledenika, polnega ledenih ošiljenih vrškov, skritih razpok, potokov. Prekrasni pogledi na sosednje vrhove, ledeniška jezera so bili dodatno popestrjeni z izredno hitro spreminjajočim se vremenom, ki se je iz sneženja v desetih minutah lahko spremenilo v topel sončen dan in nazaj.

ABC je na spoštljivih 6.400 m nadmorske višine marsikomu povzročil prve znake višinske bolezni. Dihanje, podobno dihanju osemdesetletnika v intenzivni enoti, bruhanje, driska, glavoboli, malodušje, izguba teka, ozeblina, bolečine... nevzdržljive obrnejo nazaj, nekoliko nižje. Tu ni več radovednežev, ki občasno preplavijo bazni tabor in fotografirajo alpiniste kot deveto čudo. Sem se ne da priti



Pogled z vrha Everesta proti vzhodu.

brez dobre predhodne aklimatizacije in trdne volje. Tu je svet, ki smo ga čakali, ki je po malem strašil vsakega od nas in porajal najbolj pogosto vprašanje: sem sposoben ali ne...

Tabor je relativno dobro opremljen, podobno kot bazni. Pričakali so nas postavljeni šotori. Tudi tu je imel vsak svojega, kar se morda opazovalcu zdi nepomembno, vendar tam gori nekaj zasebnosti in kanček udobja pride zelo prav. Skupinski šotor je bil velik, prav tako kuhinjski. Pogrešali smo nepalskega kuharja iz baze, sicer upokojenega meniha, ki nas je vedno presenečal z novimi indijskimi in nepalskimi okusi. Vsako jutro je bila okolica na novo pobeljena, vendar je vztrajen veter do enajste tabor že lepo pometel.

Po nekaj dneh je sledil vzpon na North Col ali Camp I. Doživetje, ki smo ga tako dolgo čakali, prvič nad sedem tisoč metrov, prvič v višinskih oblačilih. In prvič tako blizu temni piramidi, ki se skoraj dotika devetih kilometrov in ki domačinom predstavlja lestev v nebo ali *kaf*, pojem, ki je skupen številnim religijam na planetu. Spremljalo nas je čudovito vreme. Cilj sem dosegel izredno hitro, prvi med kolegi. Po štirih urah in pol vzpenjanja po zahrbtnem ledeniku sem vdihnil najredkejši zrak do takrat in si prislužil spoštovanje obeh glavnih šerp, ki sta me od tega dne gledala

precej drugače, ter si zaslužil naziv »*super fit doc*«. Naklonjenost šerp je v tem okolju velikega pomena, kar se je izkazalo kasneje, ko je prvi izmed njih, po imenu Prba, trinajstič dosegel vrh skupaj z mano in mi nudil psihološko oporo s svojo prisotnostjo in izkušnjami.

Naslednji trije tedni so bili namenjeni t.i. rotacijam. Po vsakem vzponu, ki je bil nekoliko višji in daljši, smo spali vedno višje in se nato spustili nazaj do baznega tabora. Skupno smo prehodili preko sto kilometrov, katerih najnižja točka je bila višje od Mont Blanca. Do zadnjega vzpona smo nabrali dobrih 20 višinskih kilometrov in si krvno sliko izboljšali na neverjetnih 175 do 180 hemoglobinskih enot ter telesa potisnili do skrajnih meja vzdržljivosti. Kljub vsemu v ožji skupini nismo imeli zapletov v smislu višinske bolezni in nismo bili prisiljeni v prezgodnje jemanje diamoxa ali dexametazona. Vse je kazalo na to, da smo izredno močna in homogena skupina.

12. maja so precej različne vremenske napovedi, ki so bile sicer last dveh bogatih ekspedicijskih družb, ruske Seven summits in švicarske Garry Kogel, za 16. maj napovedovale prvo vremensko okno. Po našem urniku je bil to prvi dan, namenjen končnemu vzpenjanju proti vrhu, v rezervi pa smo jih imeli še štirinajst,

če bi bilo vreme preveč muhasto. Bili smo v ABC, ko je Martin prisopihal do mojega šotora: »*Tomas, boss is calling us...*«. Odločitev je padla, gremo na vrh. Navdušenja ni bilo mogoče skriti. Že tisočkrat pregledana oprema, jeklenke, regulatorji, hrana, rezervne baterije, luči, kamere, telefoni, termosteklenice, cepini, dereze... vse je po šotorih žvenketalo tako znano melodijo dogajanja, pričakovanja, napetosti. Gremo, gremo, gremo...

Prvi dan do North Cola. Zaradi teže opreme sem se vzpenjal najpočasneje, poleg tega sem se hranil za konec, ker bo menda hudo, tam gor nad 8.300 m, kamor sem šel do takrat samo v mislih. Camp I sem dosegel okoli šestih popoldne in začel s standardnimi postopki ohranjanja življenja: taljenje snega, kuhanje juhe, prehranjevanje brez posebnega navdušenja, izločanje urina v merilno flaško in tudi na veliko potrebo je nuja, kar se sliši enostavno, pa ni. V noči na North Colu sem še zadnjič snel čevlje, da sem prezračil noge, perila pa tako ali tako nima smisla menjati.

Čudovito mrzlo jutro je pregnalo neprespano noč, svetloba in sončni žarki vedno zbudijo ponovno upanje in voljo po srkanju redkega kisika, ki ponoči marsikomu zamre. Tako je zaspal tudi naš prijatelj Frank, Avstralec, ki je kljub veličastnosti svoje dežele in veličini koralnega grebena iskal pustolovščino, kot vodič, na tej mrzli gori. Naj ostane tu, smo se odločili, tudi njegovo karmo bomo ponesli proti vrhu. Ob devetih dopoldne smo se začeli vzpenjati proti dvojki, cilju drugega dne na višini 7.900 m. Odločil sem se, da dodatnega kisika še ne začnem trošiti, jeklenko pa sem kljub temu odnesel više, čeprav sta me tam čakali še dve, tisti, ki so ju dostavili šerpe deset dni nazaj. Skoraj deset ur sem si vzel za dobrih osemsto višinskih metrov in, odkrito rečeno, z vso težo na hrbtu ni bilo lahko. Fiksne vrvi so mi precej olajšale delo, varen pa sem bil tudi pred močnimi sunki vetra, ki so me na trenutke hoteli odlepiti od ledene podlage.

Dvojka pomeni dvakratne težave enke. Vsaj tako me je prešinilo, ko sem se tlačil v šotor, ki se je komaj držal neravne in popolnoma neprimerne podlage. Večerni pogledi proti Cho Oyu, 8.300 m visokemu sosedu, in vse bližjemu vrhu so bili božanski, ogreli so dušo, kar nam je prišlo prav, saj je bilo vodo precej natopiti kot niže. Čakala nas je predolga noč, drgetanje šotora, bolečine po celem telesu, ki na ostrih skalah ne počiva, težki pogovori, ko vsako besedo prekinja težak vzdihljaj. Začel sem z jemanjem preventivnega odmerka dexametasona. Zdaj ali nikoli, jutri zvečer gremo na vrh.

Jutro 15. maja je bilo rahlo oblačno, iz smetanaste odeje so bodli le osem tisočaki, nad nami pa jasnina, skoraj črne barve in lahko bi se reklo, da sem videl zvezde pri dnevni svetlobi. Čaka nas območje smrti, svet nad osem tisoč metrov. Pripravil sem si regulator kisika in jeklenko. Zavedal sem se, da moram nalogo opraviti čim hitreje, brez obotavljanja in z vnaprej pripravljenim planom, tudi tistim rezervnim, če ne bo šlo vse dobro, kajti racionalnega odločanja na tej višini ni nihče sposoben. Pobočje proti taboru tri je nagnjeno približno petdeset stopinj, pretežno skalnato in mestoma ledeno. Snega je z višino na severni strani vedno manj, saj orkanskim vetrovom ne kljubuje prav nič. Štiristo višinskih metrov do trojke mi je pobralo precej moči, predvsem zato, ker se je veter skoraj popolnoma umiril, znotraj lunarne obleke pa tako postane precej vroče. Dopustil sem si

dva litra kisika na minuto, pri čemer jeklenka zadostuje za osem ur hoje. Misli so postajale vse bolj tope, čustvenih izlivov, ki bi bili ob ponujenih pogledih v dolini normalni, pa je vedno manj. Možgani začnejo počasi umirati.

Ob dveh popoldne sem skupaj s šefom dosegel trojko na 8.300 m, drugi so bili daleč zadaj. Mali jekleni mož je pokazal svojo resnično moč. Bilo mi je jasno, kaj so izkušnje, izbira trenutka in preudarnost. Šef je pač šef, z razlogom. Zaukazal je počitek do devete ure zvečer, potem pa nočni vzpon na vrh. Dve uri za nama sta prispela tudi Martin in Mark. Prvi je bil vidno utrujen, prav nič vojaški. Z zajčjo frekvenco dihanja je hlatal za zrakom, v vmesnih premorih pa mi je s posameznimi besedami dopovedoval, da potrebuje dodatno jeklenko kisika. Mark pa, miren kot po navadi, se je z britanskim, nekoliko zariplim *hello* sesedel pred šotor in z zmurnjenim nasmeškom dal vedeti, da bo vse v redu.

Šotoru se je počasi približal Prba, nič več tako šerpasto poskočen in dominantno nezaduhan kot po navadi. Sporočil mi je šokantno novico, da je boss prejel žalosten ukaz iz angleške pisarne, da vremensko okno ne bo zdržalo do sredine naslednjega dne in da se moramo zaradi napovedanih orkanskih vetrov vrniti v dolino. Neslabo šalo je pokvaril precej resen, skoraj solzen pogled človeka, ki najbrž v življenju še ni jokal. Bili smo čisto iz sebe in zadržali že tako prerediteljnih vdih nebeškega zraka. Sicer še danes ne vem, kako sem si drznil ugovarjati šefu in enostavno zahropel, da grem na vrh, ostali pa, kot želijo. Kot po navadi, ko imam velik problem, sem se tudi tokrat obrnil na ženo Melito, ki je sicer ves čas vzpona, za domačim računalnikom, skrbno beležila naše premike in vreme, muhasto spremenljivko, ki vedno kroji usodo ljudi na tej gori. V trenutku je razumela našo stisko in kljub časovni neskladnosti poklicala ameriškega specialista za vremenske napovedi na področju Everesta, ki je po božji milosti, seveda proti mastnemu plačilu, podal vremensko napoved. Ta je napovedovala prihod vetrov

približno osem ur kasneje kot angleška napoved. Novico in posledično trdno odločitev, da se bom ne glede na pravne ali kakšne druge posledice podal na vrh, sem sporočil šefu, za katerega sem tiho vedel, da spoštuje mojo voljo in mi tudi zaupa. Ugasnil sem radio in prerezal popkovernico – »sedaj sem sam«.

Počasne misli so se mi počasi uredile, robotsko vedenje, ki smo ga sedem tednov vsak posebej vadili v mislih, je dobilo svoj pravi pomen. Sprožil se je protokol pakiranja, taljenja snega, pregledovanja kisikovih regulatorjev, težkanja jeklenk, hidracije, uriniranja, postavljanja sončnih celic in zadnjega polnjenja baterij za kamero in telefon ter gołtanja tablet. Na koncu še enkrat preverim sliko družine, ki se je tedne mečkala v najbolj varnem žepku višinske obleke. Pustil jo bom na vrhu. Posnel sem še zadnji film in se z njim poslovil od družine. Le rahel vetrič z zahoda, ki je prinašal vonj po domu, je nežno tresel naše zadnje zavetje. Zahajajoče sonce sem čutil na ozkih pasovih obraza, ki niso bili pokriti z očali ali kisikovo masko. Tudi Martin in Mark sta se kljub šefovemu ugovarjanju odločila, da se mi bosta pridružila.

Ob devetih zvečer sta kolega, ki sta začutila mojo obsedenost in odločnost, zaupanje Melitini informaciji o vremenu in karmo, ki nas je povezovala, vedela, da sem pripravljen. Govorili nismo veliko, nakar se je skrajno molčeči Mark odločil: »*Let's see where demons live...*« Kmalu smo, že v trdi temi, prišli do prve stopnje, desetmetrske, precej navpične stene, čez katero je bila napeljana fiksna vrv. Regulator kisika sem odprl do konca. Delo rok in napanjanje celega telesa pobere precej več kisika kot le hoja v klanec. Kolega sta ostala nekoliko zadaj. Sledil sem ozkemu grebenu, ki je bil v močnem luninem siju videti kot ozka potka. Povsod okoli je bila črna tema. Ugasnil sem čelno svetilko, morda bi pa šlo tudi brez. Oči so se mi nekaj trenutkov odvajale od bleščečega, ozkega žarka, ki mi je



Ko je zares težko: spust proti Camp III.

kazal položaj fiksnih vrvi. Nad menoj se je odprl peskovnik najbolj žarečih zvezd, jasno vidna galaksija, kot bi resnično hodil proti nebu. Zadržal sem dih in spoznal, kaj je tišina.

Ne spominjam se več vsakega koraka in pogleda, najbrž hipoksija izbriše nekaj podatkov, vendar druge stopnje ali t.i. kitajske lojtre ni mogoče pozabiti. Čez tri zaporedne, skalne, poledenele in precej strme odseke se prepleta šop otrdelih vrvi, skoraj vseh odprav do sedaj, ki jih veter, ki sicer edini opravlja čistilno nalogo po gori, najbrž ne more potrgati in odpihniti po prostranstvih Himalaje. Zatikanje derez in nahrbtnika ter boleči otrpli prsti marsikoga, na višini 8.650 m, pripravijo do živčnega zloma in obrnejo nazaj. Tu se je skoraj pred stotimi leti zlomil tudi eden največjih, gospod Mallory, na katerega spominja spominska plošča na vstopu v bazni tabor in za katerega se še danes točno ne ve, ali je bil prvi, ki se je dotaknil božjih stopal. Njegovo truplo, zbrušeno od vetrov, skupaj z ostanki nepriemerljivo enostavnejše opreme, kot jo imamo danes, leži nekaj deset metrov

niže. Očitno se je na poti nazaj hotel izogniti problematiki druge stopnje, pa se mu ni izšlo. Družbo mu delajo tisti, ki ga vse od tedaj poskušajo posnemati, sledijo njegovim stopinjam po severnem grebenu Everesta, ki je nekoliko manj priljubljen, tehnično težji, predvsem pa dalj časa izpostavlja alpinista višini nad 8.000 m kot nepalska stran in ga upravičeno imenujemo cona smrti.

Odsevnik na oblekah umrlih na grebenu ali tik pod njim pristopniku kar nekajkrat vrnejo prestrašeno svetlobo svetilk in ga opomnijo, da ni nič večno, le želja, priti na vrh. Več kot tristo okamenelo zamrznjenih alpinistov si tu, najvišje na planetu, šepeta nam znane zgodbe o neustavljivi in premočni želji, ki zamegli um. Po nekaj urah sem spraznil prvo jeklenko, jo najbrž za večno pustil pod skalo na grebenu in odprl sveže štiri litre na minuto. Tretja stopnja je v primerjavi s prvima dvema lažja, vendar ne pusti brez spomina. Približeval sem se cilju, nekaj čez štiri zjutraj po kitajskem času, še vedno je bila tema. Bil sem močnejši, kot sem

si drznil upati večer pred najvišjim jutrom v življenju. Ozrl sem se nazaj in v daljavi na grebenu uzrl čelni svetilki Marka in šefa, ki se nam je kljub vsemu pridružil in tvegala izgubo pogodbe z matičnim podjetjem, saj je ignoriral ukaz iz pisarne. V daljavi, mnogo niže, pa še lučko sopihajočega Martina, po utrujenem občutku oddaljeno stoletje.

Za čuda sem bil skoraj brez čustev, možgani niso bili sposobni procesirati tako zahtevnih funkcij, le dejstva, da mi je uspelo po dolgih sedmih tednih osame, neprespanih noči, s karijem prepojene hrane, solznih spominov na dom in tople noge, brez blagodejnega tuširanja in stranišča, na katerem lahko sedi, brez mehke žimnice, topline ženinega telesa, brez njenih smešnih pripomb, brez objemov hčerk. Snel sem masko in zadnje metre poskusil brez pomoči. Saj jo šlo, le misli so postale še bolj neponovljivo posebne, z rokami bi jih lahko lovil okoli glave, kot da sam nisem več tisto, kar sem. Morda pa je res, saj zrem v najvišjo, z drobno rdečo zastavico označeno točko na planetu.

Ni res, da Toni Nadal nikoli ne pokaže zob!

Dr. Sanja Lucija Pečnik, dr. dent. med., Zobozdravniška ordinacija

Naključje je hotelo, da sem se septembra 1997 kot absolventka stomatologije udeležila študentske prakse v Barceloni. Naključje je tudi hotelo, da smo se takrat na istem mestu in v istem času znašli mladi zobozdravniki, ki smo polni mladostne energije želeli spremeniti svet.

Ker pa leta pač naredijo svoje in smo okusili že marsikatero življenjsko resnico, že dolgo več ne nameravamo spreminjati sveta, vsemu navkljub pa

smo z nekaterimi izmed njih stkali pristna prijateljstva, ki jih negujemo še danes.

Seveda nam najnovejša tehnologija omogoča, da naši odnosi ne zamrejo in da smo lahko precej »na tekočem« s stvarmi, ki se dogajajo vsem nam. Tako npr. izvem, da je eden izmed kolegov pred kratkim zašel v politiko, druga kolegica je izmučena od poklica presedala v slikarstvo, tretji ravnokar jadra okoli sveta, ostali

pa nekako vozimo z dnevno rutino popravljanja zob.

Seveda pa tudi moji španski prijatelji vedo, kako gre meni in moji družini na sončni strani Alp. Vedo, da imam od dela hude težave z vratno hrbtenico, vedo, da ob četrtekih navdušeno tarokiramo, in vedo tudi, da moj sin Mark pridno trenira tenis. Seveda jim je znano, da je navdušen navijač Rafaela Nadala in da je sedaj v klubu, ki nosi njegovo ime. In ker je življenje polno naključij, se je primerilo, da je pri dveh izmed mojih španskih kolegov, ki delujeta skupaj, poiskal zobozdravniško pomoč tudi Toni



Teniški trener Toni Nadal in dr. Sanja Lucija Pečnik s hčerko (vir: osebni arhiv).

Nadal, slavni stric še bolj slavnega teniškega igralca Rafaela Nadala.

Ne bom vam opisovala podrobnosti, je pa dejstvo, da sta kolega zobozdravnika stopila v akcijo, mi pa smo se zelo urno odzvali njenemu povabi-

lu. Tako smo se že v nekaj dneh znašli v Manacorju, majhnem kraju na majhnem otoku Palma de Mallorca, ki je dal svetu dva teniška velikana: Rafaela Nadala in Carlosa Moyo.

Naj povem, da pa od tega trenutka dalje naključij ni bilo več. Moja španska prijateljica sta se nadvse potrudila in nam pripravila srečanje z vso Nadalovo ekipo v njegovi na novo zgrajeni teniški akademiji. In če smo nekoč kot mladi zobozdravniki zgolj želeli spremeniti svet, pa smo ga s tem srečanjem zagotovo spremenili mojemu sinu Marku. Odprtih ust je strmela in vpiljal vsako kretnjo svojega teniškega idola. Nasmeh, ki se mu je razlezel preko ust, pa je bil naravnost nalezljiv. Vtis, ki smo ga dobili ob srečanju, je bil tako prijazen simpatičen, da ga enostavno težko pozabiš.

Seveda je Rafael Nadal eden največjih športnikov današnjega časa in vsi si želijo vsaj delček njegove pozornosti. Res pa je tudi, da je praktično za vsakim uspešnim športnikom tudi nekdo, ki iz ozadja pomaga, da stvari tečejo, tako kot je prav. In uspeh Rafaela je zagotovo v največji možni meri pomagal spisati njegov neizprosni stric Toni. Čeprav je silno resen in je že pregovorno mrk, si je ob našem

snidenju pridobil mojo veliko simpatijo. Bil je zelo prijazen in nadvse odprt. Marku je dal nekaj pomembnih nasvetov, medtem ko ga je gledal, kako vihti svoj teniški loparček.

Priznam, da se mi je s svojo preprostostjo in vedrino močno priljubil. Pokazal se je kot duhovit, morda malce filozofsko naravnani človek. Med klepetom se je Toni »tiran« celo smejal in pokazal sicer nikoli pokazane zobe. In če se lahko malce pošalim, sem s svojo poklicno deformacijo ugotovila, zakaj je morda običajno bolj resnoben ...

Ob slovesu smo si obljubili, da se spomladi zagotovo vrnemo v Manacor. Izvedeli pa smo tudi, da namerava Toni letos v mesecu oktobru obiskati Ljubljano. Upamo, da bo Toni takrat preveril, ali si je Mark zapomnil vse njegove nasvete. In ker tudi mala Tita že pridno udarja po teniški žogici, bo »hudi« stric Toni ocenil tudi njen teniški napredek.

Seveda otroka že sedaj odštevata dneve do vnovičnega snidenja in močno upata, da bo Rafa kmalu ponovno zasedel teniški prestol. O vtisu, ki ga je na vse nas napravil slavni teniški igralec, pa morda v eni izmed naslednjih številki Izide.

Bioofenziva stroja – dejstvo ali moja paranoja?

Zdravko Marič, dr. med., Primarna praksa, d. o. o.,
Videm Dobropolje

Prejšnji teden, na dan, ko je moj stric Branko zaradi podražitve nafte presešel limit na svoji bančni kartici, se mi je v ambulanto skozi zadnja vrata prikradel računalničar Mićo, rekoč: »Ej, dotore, mudi se mi, danes imam še tri ambulante za obdelat, dajte mi pet šest minuta, da ti napra-

vim, razumeš, to nadgradnjo...« V vsej svoji sveti veri v veliko potrebnost Mićotove intervencije sem se pokorno odmaknil s svojega zdravniškega (pre)stola in odstopil sedež rešitelju našega dela. Medtem ko se je Mićo zavihtel nad mojo pisalno mizo in jo osvojil kot prestižnejš igralno konzolo,

sem se odločil, da prisedem in z mojim vsega spoštovanja vrednim, nadvse dragocenim mojstrom Mićotom malo počekam. In sedel sem na stol za paciente, tako imenovani »vroči stol«, na katerega se v času običajnega delavnika za nekaj minut zasidra kar nekaj desetih občanov, bolnikov, pacientov, pomoči potrebnih, zavarovancev ali kakorkoli že hočete.

Na prvi pogled je šlo v bistvu za popolnoma normalno »zamenjavo stolčka«, kot bi rekli v političnem

žargonu, a učinek dejanja se je sprevrgel v nekaj povsem nepričakovanega, nenavadnega in sporočilno visoko intenzivnega. Takoj, ko sem odložil svojo zadnjo plat, porinjeno navzdol s silo svoje teže 730 njutonov, me je namreč prevzel občutek, da sem se sfrknil v mehko gmoto; kaj gmoto, gmotico, tresavi skupek žlindre, ki se je skoraj pogreznila v mehki stolne-ga sedala. Psihološko pomanjšanje, ki me je spremenilo v neke vrste ponižnega nebodigatreba, je povzročilo ogromno razliko do na zdravniškem stolu sedečega *majstora* Mičota, ki se je v mojih očeh tako povečal, da se je v nekaj trenutkih spremenil v avtoriteto, imenovano polbog, če že ne bog. Velikan Guliver Mičo mi je iz moje perspektive akutnega pritlikavca Lilibutanca zmedel misli in v hipu sem pozabil, o čem sem pravzaprav želel govoriti. Zato sem v naglici stresel iz rokava nekaj plehkkih iz možganskega predala *Zaloga vsakdanjiskega čveka* in začel: »A je še zaprta cesta proti Vidmu?« A odgovora ni bilo... šele po nekajsekundni tišini, ki jo je razbijalo le nervozno tapkanje po zaprašeni tipkovnici, mi je polbog Mičo, ponazarjajoč boga zdravnika, odvrnil: »Sam malo, dotore, veste, nekaj me j... nastavitve na računalniku, pa probaj ne govorit ene dve tri minutke ...« Zdrnil sem se v vsej svoji majhnosti, nepotrebnosti in odvečnosti in do konca zapel zadržo čez svoja predrzna usta. Lahko sem zadržal gobec, a vrelih misli, ki so se mi po začetku triminutnega odštevanja faze molka začele plesti po možganih, nikakor nisem mogel zadržati. Njihov začetek je segel v tisto jutro, ko se je začel moj nov, v starem ritmu se odvijajoč delovni dan.

Zjutraj pred službo sem bral strokovni članek o razvoju nove očesne proteze, ki skorajda v polni meri nadomesti človeško oko. Svetlobne signale prenese preko optičnih vlaken v okcipitalni del možganov in ustvari slikovno informacijo. Še več! Najnovejša različica očesne proteze vsebuje tudi dodatno opremo: daljinski upravljalnik, možnost nastavitve

barvnega spektra, učinka sončnih očal ter vgrajene LED-svetilke za nočno kolesarjenje in branje. Skratka, vrhunska aparatura. Prevzet od vtisov, v kakšne nepojmljive razsežnosti pluje razvoj moderne medicine, sem se na hitro oblekel in odpeketal v službo. Še vedno pod vtisom ponosa, ki sem ga čutil kot pripadnik stroke, o razvoju katere sem bral ob jutranjem odvajanju, sem bil nemalo razočaran ob vprašanih, ki so se mi zastavljala ob vsakdanjem delu in ki niso predstavljala niti pol procenta vrhunskih izzivov, ki presevajajo iz globin strokovne medicinske literature. Od prvih petih pacientov sta me namreč dva vprašala, zakaj na trdo odvajata blato, oziroma težko kakata, laično rečeno. Sirup, dietni list proti zaprtju, kontrola p.p. za ev. nadaljnjo diagnostiko... je bil moj odgovor in takoj zatem sem spet zapadel v razmišljanje, kaj vse za dobrobit človeštva zmorejo proteze.

A tokrat sem svoje miselno razpredanje preusmeril v pasti, v katere nas lahko zapelje neustavljiv razvoj protetike in kibernetike. Kaj, če se zgodi, da bo v nekem trenutku očesna proteza začela s svojimi integracijskimi elektrodami preko dendritskih povezav vzpostavljati nadzor nad določenimi deli možganskih centrov, denimo nad deli premotoričnega korteksa in mu začela lansirati različne komande. Predvsem komande, ki so lahko škodljive posamezniku ali skupnosti? Prešnilo me je nekaj takih škodljivih primerov napeljevanja aktivnosti preko premotoričnega korteksa, recimo: »Skuhaj tašči kavo z dodano soljo namesto sladkorja... pojdi po zdravila v to in to lekarno, ker jo finančno podpirajo donatorji iz davčnih oaz... zamenjaj pokrove na kontejnerjih za odpadke, da bo večji smrad in bo manj sprehajalcev po tvoji ulici...« In še in še. Nadalje sem razmišljal, kaj bi bilo, če bi se začele proteze napajati z zdravili, ki jih uživa čedalje več ljudi v čedalje večjih količinah. Potem bi lahko rekli, da vstopamo v dobo neke vrste sodelovanja strojev in substanc, ki so začeli ofenzivo, osvajalski pohod na bioma-

so. Še več, sčasoma bi lahko očesna proteza začela preko aksonskih povezav sodelovati tudi s kolensko protezo. Uh, kar oblilo me je od te futuristične more. Stresel sem z glavo, da se predramim v še svobodno vsakdanjost in se ponovno zavem prizora, ko sedim na vročem stolu pred računalničarjem Mičotom, ki me rešuje, da bo lahko medicina nemoteno nadaljevala svoje delo. A Mičota ni bilo več, ostala so odprta vrata, prižgan računalnik in polna čakalnica.

Nadaljeval sem s svojim delom, a tokrat je bilo obratno: računalnik je po uspešni operaciji *Akcija Mičo 2017* deloval brezhibno, jaz pa sem bil zmeden od razmišljanj, ki so mi v treh minutah zapovedane tišine rojila po glavi. In to kljub temu, da sem sedel na zdravniškem, božjem stolu. Zmedenost, notranja negotovost in strah pred grozečimi dejstvi prihodnosti so povzročili, da sem ostal majhen tudi v svojem zdravniškem (pre)stolu. In tako je tudi prav. Samo na tak način sem lahko prisluhnil slehernim, še



tako vsakdanjim težavam bolnikov, ki jih ne zanimajo čudeži medicine, ampak to, da odidejo iz ambulante v upanju, pomirjenosti in z jasnimi načrtom, kako izboljšati svoje zdravje in počutje. Zdravniki ne smemo zapasti v razmišljanje, da se nam je z ozirom na našo vrhunsko znanstveno razmišljanje izpod časti ukvarjati s stvarmi, kot so zaprtje, napenjanje ali STEIPA (spontana transanalna evakuacija intestinalnih plinov in aerosolov). Ko se bomo popolnoma odmaknili od posluha za osnovne človekove potrebe in težave, se bomo postavili na stran kibernetike, ki lahko v prihodnosti predstavlja potencialno grožnjo človeku kot živemu bitju. Mar nismo že sedaj pregloboko na strani tehnike (medicinskih aparatov) in kemije (medikamentov)? Povežimo nazaj svoje niti razmišljanja in ostanimo v povezavi tako z znanostjo kakor tudi z naravnimi človeškimi potrebami. Razvoj tehnike, tudi v medicini, vsekakor mora iti naprej, saj omogoča marsikateremu bolniku normalizacijo življenja. A ne smemo dopustiti, da to postane prioriteta na račun zmanjšanja preventivnih zdravstvenih ukrepov in osveščanja, saj bo s tem bolnikov, ki bodo potrebovali vgradnjo take

ali drugačne aparature, čedalje več. Situacija bi sčasoma lahko postala neobvladljiva in v neobvladljivih situacijah se dogaja marsikaj.

Naj ostane računalničar Mičo računalničar, mi pa bodimo predvsem zdravniki, računalničarji pa samo toliko, kolikor je potrebno. In to prenašajmo tudi na rodove mlajših zdravnikov in študentov medicine. Pa še na eno okupacijo moramo biti pozorni: na vpliv statistike. To je virtualni dimenzijski agens, ki posega v sfero našega razmišljanja in usmerja naše aktivacijske vzgibe v smer matematičnih pravil in zakonitosti. A če kje, potem se moramo tega procesa kot stoddostno upoštevajočega izogibati v medicini. Statistika predstavlja poleg vseh občudovanja vrednih pozitivnih mehanizmov za napredek večkrat tudi orožje za spopad med tvorci zakonodaje, ki imajo različne poglede na reševanje problemov, zmaga ene strani pa pomeni predvsem uveljavitev njihovega interesa. Statistika je tudi podlaga za plačevanje zdravstvenih storitev in dogaja se, da zaradi težav s pošiljanjem podatkov kdaj izpade dobršen del plačila s strani ZZZS. Torej, kljub učinkovitemu izpolnjevanju medicin-

skega dela se lahko zatakne pri administrativno-tehničnem izpolnjevanju dogovorjenih obveznosti. Posledice so negativne ne le za izvajalca, ampak pretežno za paciente, ki so lahko zaradi zmanjšanih sredstev posredno prikrajšani za izvajanje nadaljnjih zdravstvenih programov. In tudi to je morda že zametek invazije stroja v delo zdravnika pod parolo: *Brez klika ni zdravnika.*

Žal je v medicini tako, da se večina truda, naprežanja, odrekanja in žrtvovanja za bolnike skriva pod vodo kot večinski del ledene gore. Tega dela žal ni mogoče kvantitativno prikazati. A tudi vrh ledene gore, ki predstavlja veliko manjši del zdravnikove obremenitve, preobremenjeni zdravnik le stežka osvetljuje in kontinuirano prikazuje. Zato poudarjam, da je tudi ta moj prispevek odraz moje globoke podpore vsem zdravnikom, ki občutijo breme osamljenosti, izobčenosti iz krdela zdravniških veleumov in so tudi takrat, ko jim je najtežje, pozabljeni od vseh, razen od Boga. A nekako le najdemo rešitev, da svoje poslanstvo peljemo naprej; seveda z bolečimi obrestmi, pa vendar, da le preživimo. Podobno kot danes moj striček Branko, ki je s pokritjem limita pomiril banko.

Au«-foristična tinktura

Kratki aforizmi v beli halji z geografskim poreklom

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

Ne vem, zakaj imajo vsi naši zdravstveni ministri toliko smisla za pridobivanje negativne publicitete.

V naši zdravstveni realnosti je fikcija način preživetja.

Zdravstvene politike ne spremljam, slabe novice te tako in tako dosežejo, kjerkoli že si.

Imamo odlično zdravstvo, samo nekateri ljudje so malo čudni.

Naša ministrica ima baje velik zdravstveno-politično-finančni čut, a je skromna po naravi.

Vsakdanjik je vse bolj »poceni«, zato grem večkrat rad na limonado.

Otroci spijo

*Predgovor k zborniku v tisku »Zmagovalci – Kako sprejeti raka v svojo družino – izkušnje, zgodbe in nasveti za starše«
ur. Bogi Pretnar*

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

*Tiho, da se ne zbudijo otroci,
še bolj tiho, da jim ne osujete sanj;
ne loputajte z vrati, sezujte
si škornje, ne rožljate z bajoneti,
odpeljite na odpad topove;
nič bomb, nič zgodovinskih premikov,
nič škripanja s pohištvom, bodite
tiho, otroci spijo!*

(iz A. Ihan: Srebrnik, 1986)

Kot otroci znamo gledati angele v vsakem bitju. Kot odrasli znamo gledati angele le še v otrocih. Samo pred njimi se počutimo dovolj močne in varne, da odpremo vrata svojih čustev, izbrskamo v njih pozabljene občutke otroške svobode in prostosti, občutke otroka v sebi in skozi njih zremo v otroka pred nami.

Zato imamo do otrok poseben odnos, njihove oči so na tem svetu edina ogledala, ki nam znajo odsevati obrise lastnih angelskih podob, ki jih v odraslem svetu groženj in kompromisov sami pri sebi nismo več zmožni sestaviti. Zato tudi ne prenesemo, da v otroški svet vdre realnost in bolečina.

Vendar resnični otroci, tudi naši lastni, živijo v resničnem svetu, v katerem se lahko mimo vsake logike in kadarkoli zgodijo neprijetna, nepravilna in boleča dejstva. Huda bolezen je eno od takih dejstev, na katera zlasti v povezavi z malimi angeli ne želimo niti pomisliti, ker se nam zdi nemogoče in nedopustno.

A ko se zgodi, je treba v hipu sneti z oči očala, skozi katera v otrocih tako radi prepoznavamo in obujamo lastna, davno pozabljena občutja. Otrok, ki resno zboli, mora v naših očeh v hipu odrasti v to, kar kot človek v resnici je. S pravico do doživljanja lastne usode in odločanja o njej. V soočanju z boleznijo, ki mu ogroža življenje, otrok potrebuje vsak atom lastne volje, moči in poguma. Zato moramo bolnemu otroku priznati odraslost. Ga iz sentimentalnega ogledala, v katerem tako

radi zremo svojo otroško podobo, narediti za človeškega tovariša, zaveznika, svetovalca, soborca v skupnih težavah. Bolnemu otroku moramo priznati upravičenost in zaresnost vseh njegovih težav in strahov, njegova skrb je namreč enako težka kot skrb vsakega človeka, ki si v stiski in nevarnosti nagonsko prizadeva živeti.

Razvoj medicine je na srečo omogočil, da je pri zdravljenju otrok, ki imajo zaradi svoje mladosti v svojih tkivih še ves razvojni in regenerativni potencial, resnično mogoče narediti zelo veliko. Veliko od tega bi še desetletje nazaj obveljalo kot čudež. Hkrati se je v bolnišnicah nabralo že toliko izkušenj o posebnostih, ki jih zahteva obravnava otroških pacientov, da je vsak diagnostični ali terapevtski poseg skrbno načrtovan, da se izvede na način, ki bo pri konkretnem otroku povzročil čim manj strahu, tesnobe, slabosti in, če je le mogoče, nič bolečin. In ne nazadnje je resno bolan otrok izjemna motivacija vsakemu zdravniku, že zaradi misli na lastne otroke, da si skuša pred začetkom zdravljenja iz dostopne literature razjasniti prav vsa vprašanja, ki bi lahko vplivala na bolj ali manj učinkovito zdravljenje.

A na koncu moramo priznati, da ostane resno bolan otrok, tako kot vsak eksistenčno ogrožen človek, sam v soočenju s svojo usodo in ga moramo kot takega, odraslega in samosvoje-ga, tudi upoštevati in spoštovati. Ničesar opustiti, kar bi pomagalo, in nič vsiljevati, kar ni v otrokovo korist.

*Najbolj pretresljiva iznajdba sveta so,
najmočnejša in po malem grozljiva,
kajti ko se oklenejo življenja,
mu hočejo brezpogojno služiti
in mu biti zvesti v še tako okrutni igri,
ki se zahteva od njih.
Z enako spretnostjo se v brazilskih kanalih pomikajo
pred streli pobijalcev
in v samopostrežbi izbiraajo svoj priljubljeni sladoled;
z enako prisebnostjo obljublajo gospodarjem,
da bodo izmesili še več opek iz vroče, nezdrave gline
in se zahvaljujejo očetu za nov kičast
Barbie komplet
in pri tem bi jim lahko pripisali celo malo hinavščine,
če ne bi vedeli, da je vse skupaj le njihova
strašna sla, ki jih dela tako močne,
da jih z nobeno silo ni mogoče odtrgati od sveta,
in to bi jim bil tudi največji očitek,
če ne bi bili edini, in brez njih praznina
kot pred začetkom sveta.*

(iz A. Ihan: Ritem, 1993)

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 10.220 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.

Head of Public Relation Department

Andreja Basle, B. A.

Legal and General Affairs Department

Vesna Habe Pranjič, L. L. B.

Finance and Accounting Department

Nevenka Novak Zalar, B. Sc. Econ., M. Sc.

Health Economics, Planning and Analysis Department

Nika Sokolič, B. Sc. Econ.

Head of 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.

