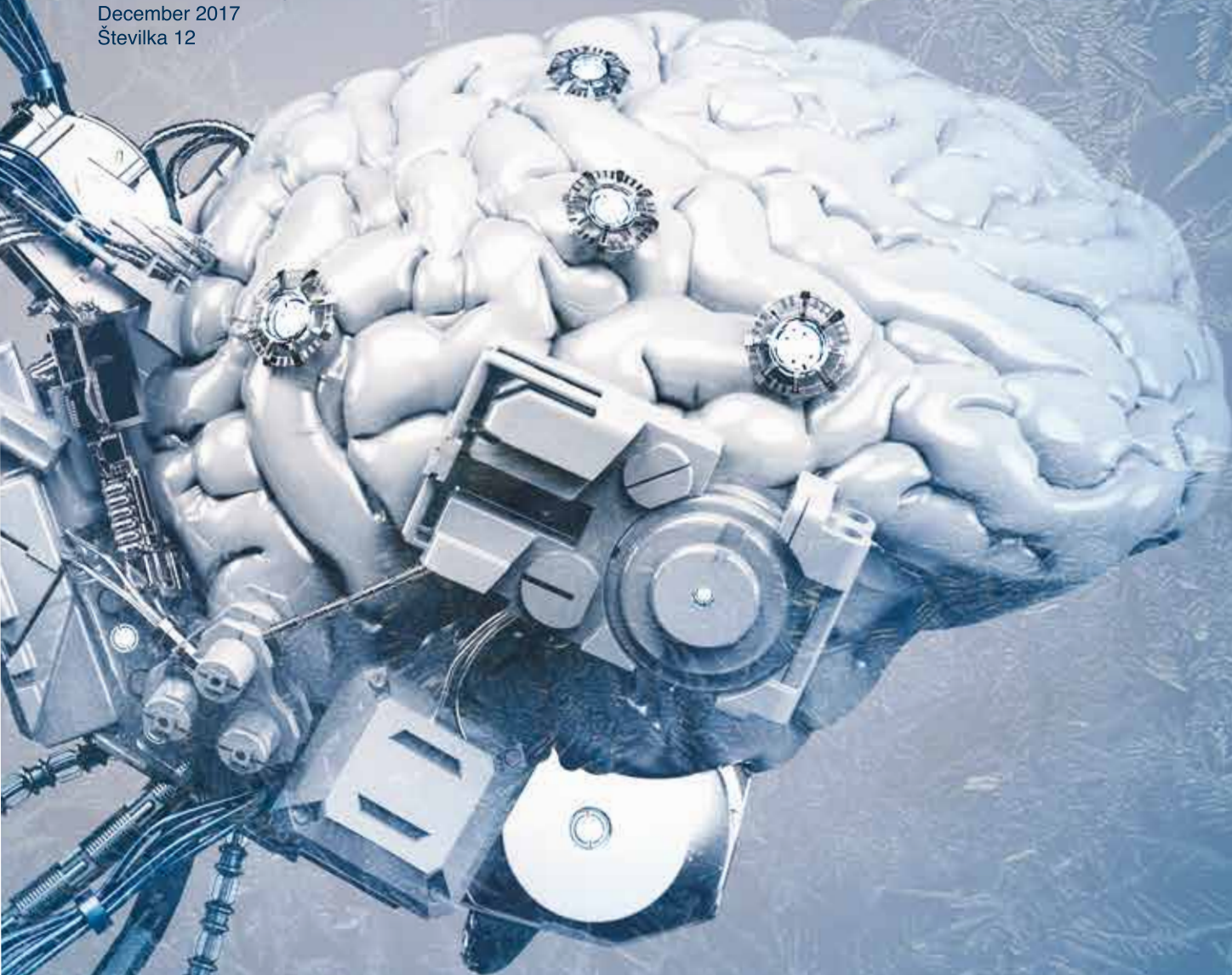


IS IS

**Glasilo Zdravniške
zbornice Slovenije**

December 2017

Številka 12



**Prof. dr. Zvezdan Pirtošek, dr. med., spec. nevrologije, Klinični
oddelek za bolezni živčevja, Nevrološka klinika UKC Ljubljana:**

"Demenca je, če izvzamemo redkejšje oblike z izrazito gensko
nagnjenostjo, skoraj nujna spremljevalka starosti in jo lahko
razumemo tudi kot posledico programiranih patoloških procesov,
ki povzročijo staranje možganov."



Kdo bo naslednji?

V sredo, 25. oktobra, sta si v sodni dvorani mariborskega sodišča stali nasproti dve globoko in nepopravljivo ranjeni duši. Prva je leta 2009 izgubila največjo dragocenost, drobceno, komaj 16-mesečno hčer. Prva ponovno, ne ve, koliko-krat po vrsti, v hladni sodni dvorani, med hladnimi paragrafi in surovim zasliševanjem podoživlja trpljenje tiste usodne noči na Kliniki za pediatrijo UKC Maribor, ko se je rotavirusna okužba pri njenem otroku tako zapletla, da mu ni bilo več pomoči. Druga, tožena, je zdravnica pediatriinja, prim. Olga Krajnc, ki ne more prešteti, koliko noči je prebedela po tistem usodnem dežurstvu. Kolikokrat je znova in znova premlevala, kaj je šlo narobe, da se 1001. rotavirusna okužba ni končala tako, kot so se končale vse ostale, ki jih je zdravila v svoji karieri.

Niti prva niti druga se v svoji hudi bolečini ne zavedata, da nista druga drugi povzročili peklenskega trpljenja. Ne, ni obupana, razbolela mati kriva, da toži zdravnico, in ni zdravnica kriva, da je tožena. Ne zavedata se, da sta obe žrtvi neurejenega zdravstvenega sistema. Sistema, o katerem že 25 let neprestano, brezplošno razpravljajo vrli slovenski politiki. Sistema, v katerem so zdravniki zelo priročno orodje za zamegljevanje zavoženih potez bivših in sedanjih ministrov. Dejstvo je, da se prim. Olgi Krajnc tiste usodne noči ne bi smelo zgoditi nič od očitanege. Prim. Olga Krajnc, cenjena pediatriinja s širokim znanjem in dragocenimi izkušnjami, je morala biti tiste usodne noči lečeča zdravnica hudo bolne deklice izključno zaradi neurejenih razmer v slovenskem zdravstvu. Prim. Krajncjeva bi morala biti v času dogodka po vsej logiki in fiziologiji že vsaj 10 let oproščena dežurstev. V normalnem, zdravem zdravstvenem sistemu bi prim. Olga Krajnc svoje bogate izkušnje in znanje v rednem delovnem času prenašala na mlajše kolege. Ampak naš zdravstveni sistem je daleč od normalnega. Prim. Krajnc in mala Žana sta se tiste usodne noči srečali, čeprav se ne bi smeli. Danes 70-letna prim. Krajncjeva je bila tam, kjer ne bi smela biti, ker nihče od povojnih ministrov ni bil sposoben izračunati, koliko pediatrov in drugih zdravnikov potrebuje Slovenija za normalno delovanje zdravstvenega sistema. Nihče od ministrov ni znal izračunati, koliko denarja potrebujemo za normalno delovanje tako opevanega javnega zdravstvenega sistema, kaj šele, da bi bil sposoben denar tudi

zagotoviti. Ne, to je bila previsoka matematika. Veliko lažje je bilo enostavno uvesti rigorozne ukrepe tipa ZUJF itd. Brez milosti in kakršnega koli prevzemanja odgovornosti za posledice.

Mala Žana ne bi smela umreti. Niti zboleti za hudo rotavirusno okužbo ne bi smela, kajti za rotavirusno in številne druge okužbe moderna medicina ponuja učinkovito preventivo – cepljenje.

In zakaj mučenje, kaj mučenje, ubijanje na obroke vseh, staršev, zdravnice in drugih neposredno ali posredno vpletenih, poteka skoraj desetletje? Zakaj sodni mlini meljejo tako počasi? Bojimo se, da tudi to služi zgolj nesposobni politiki. Najverjetneje ni naključje, da je »afera« aktualna ravno v času, ko pacienti poskušajo z referendumsko pobudo preprečiti uveljavitev nedomišljenega, škodljivega zakona, ki ne rešuje pglavitnih problemov slovenskega zdravstva, temveč jih še poslabšuje.

Samo vprašanje časa je, kateri slovenski zdravnik bo v bližnji prihodnosti ob nečloveških normativih in neurejenih pogojih dela naslednji, ki si bo prislužil domovanje na Dobu.

Na nas je, kako dolgo bomo še dovoljevali politiki, da se poigrava z življenji bolnikov in zdravnikov.

Prim. Olgi Krajnc težko z besedami izrazimo, kako zelo cenimo njeno delo in življenje, ki ga je pustila na Kliniki za pediatrijo UKC Maribor, in kako zelo čutimo njeno bolečino.

Zavedamo se, da nobena beseda, niti dejanje ne moreta potolažiti staršev, ki so izgubili otroka. Lahko le obljubimo, da bomo naredili vse, kar je v naši moči, da dosežemo pogoje, ki bodo zagotavljali varno delo z našimi malimi bolniki.

Pediatrri ne moremo, niti ne želimo polemizirati o pravičnosti sodbe. Prilagamo mnenje vodilnega slovenskega infektologa prof. Čizmana, objavljeno v časopisu Delo 28. decembra 2013 (glej rubriko Forum, str. 29), na podlagi katerega si bralci lahko ustvarijo svoj pogled na problematiko postopkov proti zdravnikom in kriminalizacije ne samo spornih odločitev in napak, temveč zdravniškega poklica sploh.

Mnenja slovenskih pediatrov ob nepravnomočni obsodbi prim. Olge Krajnc, spec. ped., je za Isis strnila dr. Bernarda Vogrin, spec. ped. Pod pismo se je v znak podpore prim. Krajncjevi do oddaje prispevka podpisalo preko 180 slovenskih pediatrov in drugih zdravnikov.

Uvodnik

- 3** Kdo bo naslednji?
Bernarda Vogrin

K naslovnici revije

- 6** Prof. dr. Zvezdan Pirtošek,
dr. med., spec. nevrologije
Alojz Ihan

Zbornica

- 10** Predstavitev predloga novega
pravilnika o specializacijah,
sprejetega na skupščini
zbornice
Gregor Prosen
- 13** Iz skupščine: sprejet finančni
načrt, znižanje članarin in
pomembni pravni akti
Andreja Basle
- 14** Novela ZZDej svetlobna leta
od reforme
Andreja Basle
- 15** Priprave OZB na ustanovitev
Zobozdravniške zbornice
Slovenije
Andreja Basle
- 16** Na kratko iz dela zbornice
Andreja Basle

Aktualno

- 22** Uporaba opiatov spet postaja
velik javnozdravstveni izziv
Milan Krek
- 24** »Veš, tista tvoja
narkomanka ...«
Jasna Čuk Rupnik

Iz Evrope

- 26** Szekeres je novi predsednik
Avstrijske zdravniške zbornice
- 26** Debelost: število se hitro
povečuje
- 26** Univerzitetne klinike:
zdravniki lahko delajo
60 ur

- 27** Sprejemni test za medicino:
skoraj 13.000 udeležencev
- 27** Visok vnos soli poveča
tveganje za insuficienco srca
- 27** Diabetes tipa 2: rizični marker
afamin

Forum

- 28** Zdravnici deset mesecev
zapora
Zlata Remškar
- 29** Za smrt otroka v UKC Maribor
odškodnina
Milan Čížman
- 30** E-napotnice ali naivna
pričakovanja bolnikov (in
zdravstvenih delavcev)
Helena Gerbec
- 34** Javno in zasebno – Al' prav se
piše kasha ali kaša?
Borut Stražičar
- 36** Spoštovane doc. dr. Mirjana
Rajer, dr. med., Neža Muhič,
mag. farm., in prof. dr. Tanja
Čufer, dr. med.
Maja Žužek

Intervju

- 38** 35 let uspešnega tekmovanja
za čiste zobe med slovenskimi
osnovnošolci
Vito Vrbič
- 42** Golob pismonoša, »rešitelj
življenj«, hiter pomočnik
v zdravstvu v 21. stoletju
Polonca Steinmann

Medicina

- 48** 10 let oddelka za akutno
paliativno oskrbo
Onkološkega inštituta v
Ljubljani
Maja Ebert Moltara
- 51** Uporaba telemedicine pri
transnazalnih operacijah
lobanjske baze
Janez Ravnik

- 53** Redna telesna vadba –
pomemben dejavnik pri
preprečevanju in zdravljenju
raka ali recept za 10.000
korakov, prosim!
*Marija Vegelj Pirc,
Jasna But Hadžič,
Vedran Hadžič,
Tina Bolcar Repovš*

Poročila s strokovnih srečanj

- 58** Poletna šola hipertenzije
Nena Golob
- 59** 17. Mednarodni simpozij
zobne morfologije (ISDM)
in 2. kongres Mednarodnega
združenja za paleodontologijo
(IAPO)
Iztok Štampelj
- 61** 12. kongres Evropskega
združenja za koloproktologijo
Paule Košorok

Strokovne publikacije

- 64** Jörg Nase in Beate Nase:
Otroške bolezni – Od rojstva
do 16. leta
Nina Mazi

Strokovna srečanja

- 66** Zbornična izobraževanja za
zdravnike in zobozdravnike
- 68** Strokovna
srečanja
- 72** Mali
oglas

Iz zgodovine medicine

- 74** Začetki medicine
na Slovenskem
Zvonka Zupanič Slavec

V spomin

- 79** Prim. dr. Tatjana Kovač
(1927–2017)
Venčeslav Pišot

Zanimivo

- 80** Zdravniki na strokovnem srečanju v čebelarstvu muzeju
Jana Furlan

Zdravniki v prostem času

- 86** Razstava članov Likovne skupine Leon Kopore KUD-a KC in MF dr. Lojz Kraigher
Biserka Komac
- 87** Vodnjak
Franci Bečan
- 88** Količinski nesporazum
Matjaž Lesjak
- 92** Kolesarjenje 2017
Marjan Kordaš
- 97** »Au«-foristična tinktura
Janez Tomažič

Zavodnik

- 98** Množično izvajanje preventivnih ukrepov
Vito Vrbič

Kolofon

Leto XXVI, št. 12, 1. december 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.zdravnikazbornica.si>
T: 01 30 72 100, F: 01 30 72 109
E: gp.zzs@zss-mcs.si
Transakcijski račun: 02014-0014268276

PREDSEDNIK

Dr. Zdenka Čebašek - Travnik, dr. med.

UREDNIŠTVO

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

ODGOVORNI IN GLAVNI UREDNIK

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

UREDNIŠKI ODBOR IN NOVINARJI

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

LEKTORIRANJE

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

OBLIKOVNA ZASNOVA

Agencija Iz principa

RAČUNALNIŠKA POSTAVITEV IN PRIPRAVA ZA TISK – DTP

Stanislav Oražem

TRŽENJE

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

TISK

Tiskarna Povše

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

Lastnik blagovne znamke:

Zdravniška zbornica Slovenije
Dunajska cesta 162
1000 Ljubljana

Navodila avtorjem

Članke oddajte v elektronski obliki. Dolžina člankov je omejena na 20.000 znakov – štetje brez presledkov. V kolikor bi radi v članku objavili tudi fotografije, naj bo članek sorazmerno krajši – 1000 znakov brez presledkov za vsako objavljeno fotografijo. Za objavo so primerne digitalne fotografije, velike vsaj 1500 × 1200 točk, to je okoli 2 milijona točk. Ločljivost najmanj 300 dpi. Če ste članek napisali po naročilu farmacevtskega ali drugega podjetja in če v članku obravnavate farmacevtske izdelke ali medicinsko opremo, morate pripisati izjavo o nasprotju interesov.

Poročila s strokovnih srečanj

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

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

Avtorski honorarji

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

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

Napoved strokovnega srečanja

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

Izjava uredništva

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

Letna naročnina

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

Prof. dr. Zvezdan Pirtošek, dr. med., spec. nevrologije

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

Letošnjo serijo naslovnic o tehnologijah za nadomeščanje obolenih tkiv in organov moramo zaključiti z možgani, ki jih ljudje vidimo kot center zavesti in s tem temeljni pogoj našega obstajanja. Po drugi strani pa ravno ta organ s starostjo neizbežno in nepovratno zajemajo degenerativne spremembe, ki jih zaenkrat ni mogoče preprečiti niti nadomestiti s tehnološkimi pomagali.

Demenca je, če izვzamemo redkejše oblike z izrazito gensko nagnjenostjo, skoraj nujna spremljevalka starosti in jo lahko razumemo tudi kot posledico programiranih patoloških procesov, ki povzročijo staranje možganov. Čim starejši smo, tem bolj verjeten je nastanek demence tudi brez izrazitih bolezenskih vzrokov. Za demenco tako zboli približno 1 % ljudi pred 65. letom starosti, po 65. letu pa odstotek ljudi z demenco strmo raste. Po 90. letu starosti bolezen prizadene kar 60 % ljudi. Kot demenco opisujemo največkrat degenerativne in progresivne spremembe možganov, ki prizadenejo vsaj dve višji miselni funkciji. Po navadi je ena od teh spomin, ni pa nujno. Lahko je kombinacija recimo pozornosti in govora. Alzheimerjeva bolezen kot najpogostejša oblika demence je povzročena s kopičenjem bolezenskih proteinov (senilni plaki, nevrofibrilarni pentlje, amiloid) med možganskimi celicami. To ruši strukturo možganovine, ovira njeno popraviljanje in zato zmanjša delovanje možganov. Demenca lahko sicer nastane tudi zaradi okvare možganovine zaradi okvarjenih žil (vaskularna demenca), največkrat se razvije po več zaporednih kapeh med 60. in 70. letom starosti. A če govoriva o Alzheimerjevi bolezni, je zanimivo, da se ta proces pogosto začne lokalno na enem



mestu in se nato iz žarišča širi po možganih, kot bi rasel kristal.

Tak fenomen je znan tudi pri prionskih boleznih, kjer patološki, denaturirani proteini povzročajo denaturacijo sosednjih proteinov in tako proces napreduje.

Če govoriva o Alzheimerjevi bolezni, je zares povzročena s kopičenjem bolezenskih proteinov v možganskih celicah in med njimi. Ne vemo točno, kaj jo povzroči, a čedalje bolj smo prepričani, da je pri veliki večini demenc vzrok nekaj v okolju, saj se proces podobno kot pri Parkinsonovi bolezni, ki je druga najpogostejša nevrodegenerativna bolezen, začne v vohalnem (olfaktornem) delu možganov ali pa v jedrih vagusa. Zato si predstavljamo, da pride nekaj iz okolja prek vohalnega živca ali prek prebavil in vagusa do možganov, kjer se nato iz točkaste okvare začne širiti nevrodegenerativni proces. Pri Parkinsonovi bolezni se to zanesljivo zgodi že vsaj 20 do 30 let pred nastopom simptomov in verjetno je nekaj zelo podobnega pri Alzheimerjevi.

Je vseeno kakšna ideja, kaj bi bilo tisto iz okolja?

Pri Parkinsonovi bolezni je zelo verjetno nekaj v zvezi z vodo iz vodnjakov, morda pesticidi, pri Alzheimerjevi bolezni pa mogoče nekaj z aluminijem, onesnaženim zrakom, ampak dejansko še ne vemo. Vsekakor pa ob tem nastajajo patološki proteini. Tiste v celicah imenujemo proteini Tau, medcelične pa amiloid beta (A β), ki tvori agregate in uničuje sinapse, mitohondrije, proteasome in povzroča vnetje. A β ovira tudi normalno fosforilacijo znotrajceličnega mikrotubulnega proteina Tau, zato se okvari aksonski transport in sledi propad nevronov. Okvara mikrotubulov je posebej pomenljiva s stališča teorij nekaterih kolegov nevrologov, ki fenomena človeške zavesti in duše ne pojasnjujejo le s trdim monizmom, po katerem so možgani alfa in omega

vsega človeškega. Ta druga smer dualistov med možgani in fenomeni naše duševnosti vidi nek kvantni preskok, ki naj bi se dogajal ravno na nivoju delovanja mikrotubulov. Kjer misel prestopi v akcijo ali akcija v misel. Patofiziološka posledica bolezenskega procesa je nato dramatično zmanjšanje števila nevronov in upad skoraj vseh nevrottransmitterjev, razen glutamata.

Kakšno vlogo pa ima pri Alzheimerjevi bolezni vnetje? Je zgolj sekundarna reakcija na amiloid, ali ima lahko tudi primarno vlogo pri bolezenskem procesu?

Vnetja dolgo sploh nismo opazili, potem pa se je zgodilo dvoje. Prvo, ko so delali velike epidemiološke študije, so začuda ugotovili, da je jemanje protivnetnih zdravil zaščitni dejavnik proti Alzheimerjevi bolezni. Drugo pa je to, da so biokemiki tudi v zgodnjih patoloških procesih odkrivali vnetne citokine in druge vnetne snovi in trenutno je zelo močno gibanje, ki verjame, da je prvo ali zelo zgodaj v patogenezi Alzheimerjeve bolezni prav kronično vnetje.

Ampak kako vemo, da se bolezen začne že 20 let pred kliničnim izbruhom?

Zelo pomembno je bilo intenzivno ukvarjanje s Parkinsonovo in Alzheimerjevo boleznijo v zadnjih desetletjih, sploh po Ronaldu Reaganu. Že na kliničnem nivoju smo se naučili, da so diagnosticirani bolniki deset ali dvajset let nazaj opazili značilno kombinacijo težav z vohom (anozmijs), prebavnimi motnjami (zaprtja, driske) in spremembami razpoloženja, ki se je lahko spremenjalo od blage depresivnosti do hiperdiscipliniranosti in hiperorganiziranosti, kar vse odraža težave na nivoju bazalnih ganglijev. Vse skupaj pa spremljajo tudi motnje spanja. Danes vemo, da če ima pacient pri recimo 40 letih kombinacijo teh znakov, ima veliko možnost, da bo čez recimo 15 let dobil Parkinsonovo

bolezen. Pri Parkinsonovi bolezni, kjer so intenzivne raziskave začele potekati prej kot raziskave demence, je že jasno dokumentirano, da veliko pred pojavom značilnih Lewyjevih teles v S. nigri poteka obsežen propad nevronov v rinencefalonu in v predelu vagusnih jeder. Ko se pojavijo klinične težave, je uničenih že tričetrt celic in čeprav v zvezi z demenco številke še niso tako jasne, je verjetno zelo podobno.

Je danes razen s kliničnim pregledom mogoče objektivno in plastično slediti propad celic, tudi tistega pred nastankom kliničnih simptomov?

Preden smo v 80. letih prejšnjega stoletja dobili računalniško tomografijo (CT), so bili možgani nedostopen, neoprijemljiv organ, zapakiran v kost, ki mu ni bilo mogoče priti blizu. Pripadam generaciji, ki je doživela celoten razvoj diagnostike, od izključno kliničnega pregleda do današnjih 3D-slikanj morfologije in posameznih metabolnih procesov, ki jih je mogoče tudi časovno poljubno dolgo spremljati. Danes se vidi, da imajo ljudje, ki so dementni, značilne vzorce možganskega metabolizma. Ti so npr. pri genetskih oblikah bolezni enaki tudi pri otrocih bolnikov, ki so stari recimo 50 let in klinično niso prizadeti. Poleg tega je danes mogoče s pozitronsko emisijsko tomografijo (PET) slikati amiloid, njegovo količino in razporeditev v možganih, kar je neposreden dokaz bolezni. Tako iz več strani prihajajo dokazi, da je bolezen kronična in poteka desetletja pred izbruhom težav.

Ostaja pa vprašanje začetka.

Ja, ena od teorij je, da gre za prionoide, konformacijsko posebne proteinske oblike, ki zasejejo konformacijsko okvaro drugih proteinov, kot je npr. amiloid beta. Lahko pa da je to vražje konformacijsko seme za bolezen kar posebna konformacija amiloida beta. V vsakem primeru pa iz začetne točke, ki je ne znamo opredeliti, bolezen napreduje zelo

počasi in tudi zato so v prejšnjih stoletjih demenco imeli kar za del starosti. Danes pa vemo, da imamo med zdravim in dementnim še dve stopnji. Začne se s subjektivno kognitivno motnjo, kjer gre za zgolj bolnikovo zaskrbljeno poročanje o spominskih motnjah in ki smo jo zdravniki dolgo časa zdravili le s tolažbo, naj pacient malo izpreže, ker je pač pretrujen, premalo spi in skrbi zase ter preveč dela v službi; in nadaljuje z blago kognitivno motnjo (BKM), kjer pa z zelo natančnimi nevropsihološkimi testi miselne motnje že potrdimo.

Danes vemo, da bo 50 % bolnikov z BKM v teku 5 letih prešlo v demenco. Možgani so torej pri BKM lahko že krepko spremenjeni, zato danes ljudi s to motnjo ne tolažimo več z napornim življenjem, ampak jih testiramo.

S slikanjem amiloida?

Ne, to je danes še zelo drago slikanje, ki v Sloveniji (še) ni dostopno. Zato je v tem prvem presejalnem obdobju težav, ko pacient že poišče zdravnika, pri nas še vedno ogromno neprepznanih bolezni. Menim, da delno zaradi tega, ker ni ustreznega časa za pregled bolnikov. Pri dementnem bolniku moraš imeti čas, moraš ga testirati, se z njim pogovarjati. Pri nas je ogromno bolnikov neprepznanih in so potem zavrtnjeni in potolaženi. Po drugi strani je dejstvo, da se ob prvi diagnozi demence 10–15 % demenc izkaže za reverzibilne. Torej je bila klinična slika demence v resnici posledica neke druge bolezni, lahko gre za ščitnico ali tumor v možganih ali drugo. Danes se v zgodnjih fazah in z rutinsko diagnostiko zanašamo predvsem na slike z magnetno resonanco, tako da prikaže in izmeri hipokampus. Izmera opredeli stopnjo patološkega procesa. Potem sledi likvorska diagnostika amiloida in proteina Tau. V likvorju se že zelo zgodaj pojavijo značilne patološke lise zaradi teh dveh proteinov. Seveda si želimo čim prej postaviti diagnozo. Študije so pokazale, da če

hitro začnemo z zdravljenjem, ublažimo napredovanje bolezni. Najpomembnejša zdravila spadajo v skupino zaviralcev encima acetilholinesteraze, ki povečajo koncentracijo acetilholina. Ta je namreč pri Alzheimerjevi bolezni zaradi propadanja živčnih celic zmanjšana.

Kdaj se bolezen tipično diagnosticira?

Tipično po 65., 70. letu. Genetske oblike pa se pokažejo že pri 40, 50 letih.

Ali genetske oblike napredujejo hitreje?

Tudi genetske oblike lahko trajajo leta in desetletja, kar je zelo naporno in stresno za skrbnike. Neredko ti prej omagajo kot bolniki, ki srečno živijo v domu in gledajo risanke. Lahko pa k agresivnosti in hitrejšemu poteku pri genetskih oblikah pripomore APOE4 genotip.

Kako pa je s subjektivnimi občutki sreče ali trpljenja pri bolnikih? Bolezen navsezadnje prizadene višje možganske funkcije, ki navadno inhibirajo čustveno odzivanje. Lahko bolnik trpi zaradi premočnih čustvovanj in neobvladanih impulzov?

To je precej odvisno od vrste demence, mogoče bi omenil dve poglavitni skupini. Ena je Alzheimerjeva, kjer je zaradi prizadetosti zadnjega dela možganov prizadet spomin in orientacija v prostoru, kar ljudje sami opazijo. Če je prizadet sprednji del možganov, so prizadeti centri za čustveno in socialno inteligenco, ki dejansko upravljajo nižje strukture z inhibicijo impulzov in čustvovanj. Bolnik teh sprememb ne opazi, opazijo pa jih nesrečni sorodniki kot ekscesno, impulzivno vedenje, grobost, nesramnost.

Je to subjektivno za njih mučno?

Večinoma ne, ker sprememb ne opazijo, saj jim propade tisti korteks, ki je namenjen kritični oceni in



posledičnim mučnim občutkom krivde, sramu, slabe vesti. Mehanizem je podoben kot pri psihopatu, ki te s svojim ravnanjem lahko npr. silovito in človeško nesprejemljivo prizadene, vendar se bo že čez eno uro zmožen pogovarjati s tabo kot z najboljšim prijateljem. Te oblike bolezni so lahko izrazito mučne za skrbnika. Spomnim se tipične zgodbe spoštovanega učitelja in skrbnega družinskega človeka, ki pa je naenkrat spoznal neko mlado ukrajinsko dekle in pripovedoval, kako se mu smili, ker je tako uboga. Kupil ji je avto in šel z njo na potovanje po Italiji ter se vmes veselo javljal ženi in ji opisoval, s čim vse je razveselil ubogo deklico. Tudi ko je zapravil ves denar, ki ga je hranil za vnuka, tega ni povezal s tem, da sedaj vnuk ne bo mogel iti na želeni študij.

Pri takih primerih pa lahko imate že diskusije s psihiatri, kateri pogled – nevrolški ali psihiatrični – bolje opiše pacientovo stanje.

Absolutno. Mislim, da bo naslednja desetletja potrebno precej strokovnega dialoga med nevrologi in psihiatri. Tisti, ki bo hotel v bodočno-

sti zares koristiti bolnikom z demenco, bo moral obvladati ustrezno kombinacijo nevrologije in psihiatrije oziroma biti sposoben videti motnjo ne kot »nevrološko« ali »psihiatrično«, ampak kot bolezen možganov. Sploh zato, ker je bolezen veliko in je bo čedalje več.

Kljub terapiji z zaviralci acetilholinesteraze se zdi pravo poseganje v razvoj bolezni še daleč. Vem, da se ogromno dela na proizvodnjo bioloških zdravil, monoklonskih protiteles, ki bi ločila in odstranjevala omenjene patološke proteine amiloid beta in Tau.

To se danes zdi prava smer in smo to že počeli pred kakšnimi desetimi leti. Ampak potem je prišlo do vnetja, npr. malih možganov. Verjetno bo treba lastnosti bioloških zdravil izboljšati, da ob odstranjevanju amiloida ne bodo povzročala vnetja kot stranskega učinka. Dokler to ne bo učinkovito, ostajamo na dosednji nevrotransmiterski terapiji, ki je učinkovita, a ne idealna. Recimo, da se tretjini bolnikov stanje izboljša oz. stabilizira. Pri 30–40 % bolnikov pa gre kljub terapiji na slabše.

Najbrž je težko računati na bistven uspeh nadomestne terapije, kar nevrotransmitterska dejansko je, pri tako pozni diagnozi, ko bolezen uniči že tričetrto organa?

Res je in ta zapoznala diagnoza je tudi posebna tragedija zdravnikov in sploh intelektualcev. Intelektualci smo namreč obdarjeni z nečim, kar bi imenoval kognitivna rezerva. Imamo zelo veliko splošnega znanja in se znamo zelo lepo obnašati. Obenem imamo tudi izdelan način avtoritarne obrambe, vse življenje smo postavljeni v situacijo, da ljudi učimo in vodimo time. Zato imamo v socialnih odnosih izdelano neko obliko obnašanja in funkciniranja, skozi katero naša kognitivna motnja ni opazna niti nam niti drugim. Ker dolgo, tudi ko kogni-

cija že zelo slabo deluje, obvladamo nek intelektualni »small talk«, učeno frazeologijo in terminologijo, ki pri drugih ne dovoli dvomov v naš prav. Zato je pri nas demenca odkrita kasneje kot pri preprostih delavcih in lahko sledi mnogo hitrejši in hujši padec.

Pozno odkritje bolezni je najbrž nevarno tudi za druge. Demenca je npr. lahko vzrok vožnje v napačno smer na avtocesti.

Ja, je res. Ravno o kolegu, ki ima Alzheimerjevo bolezen, so mi njegovi otroci povedali, da še vedno vozi in da vozi napačno. Če mu domači rečejo, naj neha, nič ne pomaga. Tudi sam se mu povedal in sem v njegovih očeh postal nesposoben zdravnik. Mislim, da mnoge bolnike pustimo voziti predolgo, ampak ne vem, ali je rešitev, da zdravniki prijavljamo bolnike za prepoved vožnje.

Poleg zdravil je pri demenci pomembno tudi področje raznih pomagal, prilagoditev.

Tukaj lahko govorimo o dveh različnih ravneh. Eno je življenjski slog, ki lahko vpliva na to kognitivno rezervo in malo potisne demenco. Glede tega imamo že opredeljeno, kaj se splača in kaj ne. Drugo je prilagajanje bivalnega okolja. Za demenco je značilno, da potrebuješ nekoga, ki bo skrbel zate. V čisto začetni fazi demence je najbolje, da si doma in nekdo diskretno pazi nate, recimo da pogleda, da boš res zaprl plin. Potem pride naslednja stopnja, ko je še vedno dobro, da si v domačem okolju, ampak rabiš ves čas nekoga, ki te nadzira. Sledi stopnja, ko je najbolje, da greš v varovano stanovanje, imaš svojo sobo in zate nekdo kuha, pospravlja, pere. Potem pride obdobje, ko moraš iti v dom, a še ne v čisto zaprti, demetološki oddelek. Vsaka od teh postaj ima neke svoje značilnosti. Ko boš npr. v varovanem stanovanju, boš mogoče veliko bolj potreboval neke naprave, da boš pritisnil na

gumb, ko boš padel, ali da te bo nekdo kontroliral preko kamere. Ko boš v odprtem domu, boš recimo potreboval »sledljivo« zapestnico, tako da ni vedno vse dobro za vse stopnje bolezni.

Druga plat je zavedanje okolice o demenci.

Zelo pomembno se mi zdi, da tudi v Sloveniji ozaveščamo široke skupine ljudi, tudi recimo trgovke, policiste, da obstajajo demenčni ljudje, ki hodijo po ulicah, trgovinah, bankah, in je treba pomisliti na to možnost in jim pomagati. Drug problem pa je recimo zloraba demenčnih ljudi. To je velik problem, v reševanje katerega se bo moralo vključiti tudi pravo. Demenčne neredko finančno zlorablajo, jih npr. pripeljejo na banko in nakažejo denar na drug račun. Poseben problem so akviziterji, ki demenčne napeljejo na vse mogoče finančne podvige. Ampak dokler so demenčni formalno opravično sposobni, zdravniki ne moremo dosti.

Zvezdan Pirtošek je specialist nevrolog in učitelj na Univerzi v Ljubljani in srednjeevropskem meduniverzitetnem študiju Kognitivna znanost. Je predstojnik Katedre za nevrologijo na ljubljanski Medicinski fakulteti. Klinično in raziskovalno deluje predvsem na področju nevrodegenerativnih bolezni (Alzheimerjeve in Parkinsonove) ter kognitivne nevrologije. Je predsednik Slovenskega sveta za možgane in član vodstva globalne iniciative za demenco (JPND) pri Evropski komisiji.

Predstavitev predloga novega pravilnika o specializacijah, sprejetega na skupščini zbornice

Asist. Gregor Prosen, dr. med., FEBEM, Svet za izobraževanje, ZZS

Uvod

S sprejetjem novega Zakona o zdravniški službi (ZZdrS) je bila s strani Ministrstva za zdravje RS (MZ) podana potreba po prenovi *Pravilnika o specializacijah* in *Pravilnika o sekundariatu*. Četudi je bil zakon sprejet sredi poletja, smo člani Sveta za izobraževanje (SIZ) pri Zdravniški zbornici Slovenije že avgusta začeli s podajanjem predlogov in v sredini septembra so člani SIZ, komisije za podiplomsko usposabljanje (KPU), komisije za akreditacije (KA) in projektne skupine za prenovo pripravnštva (PSP) na nekaj sejah v živo ter korespondenčno izoblikovali predlog, ki so ga z minimalnimi spremembami sprejeli vsi potrebni organi zbornice: SIZ, Izvršilni odbor (IO) ter nazadnje, 25. oktobra, Skupščina ZZS.

Naslednji dan po sprejetju na skupščini je bil predlog poslan na MZ, kjer čaka morebitne dodatne predloge za spremembe, javno razpravo in dokončno sprejetje – upajmo, da čim prej, tako da bi javni razpis specializacij (JRS) dejansko lahko bil izveden še letos (dejstva v času pisanja tega prispevka še niso znana).

Sledi kratek pregled poglavitnih sprememb Pravilnika o specializacijah in kratka razlaga:

- *ZZdrS je uvedel dve vrsti razpisa*: poleg razpisa »za znanega plačnika«, kot do sedaj, bo JRS sestavljen iz dveh segmentov in kandidat se bo (v danem obdobju) lahko prijavil na *nacionalni razpis* ali *razpis za znanega izvajalca*. Program kroženja ter učni načrt za določeno stroko bo na obeh razpisih seveda popolnoma enak, drugačna je le zaveza, da se po zaključku specializacije specialist za čas trajanja specializacije zaposli kjerkoli v javni mreži (nacionalni razpis) oz. pri izvajalcu (za znano ustanovo). O deležu JRS za en ali drug segment ZZdrS pravi le,

»da mora za nacionalni razpis biti razpisanih vsaj 10 % vseh mest«. Končni delež torej še ni znan in se bo v prihodnje verjetno spreminjal. ZZS bo v korist možnosti *kakovostne* izbire specialistov (in ustanov) seveda zagovarjala čim številčnejši *nacionalni* razpis – ob smiselnem deležu JRS za ustanove. O JRS bo odločal *Odbor za specializacije pri MZ*. Odbor bo sestavljen iz dveh predstavnikov MZ in po enega predstavnika ZZS, Nacionalnega inštituta za javno zdravje ter Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije.

- *Regijske zaveze za kroženje ni več!* Specializant (za katerikoli segment JRS) si kraj kroženja določenega dela, pri pooblaščenih izvajalcih (s strinjanjem glavnega mentorja), izbere sam!
- *Za prijavo na JRS kandidat potrebuje opravljen strokovni izpit (SI)*. Sprememba je smiselna v luči možnosti opravljanja sekundariata do 6 mesecev po opravljenem SI.
- *Za prijavo na JRS kandidat ne potrebuje zdravniškega pregleda*. Le-ta bo odslej domena in odgovornost delodajalca.
- *Izbirni postopek – sprememba meril*. V predlogu so spremenjena tudi merila v izbirnem postopku, do katerega pride, če se na določeno mesto prijavi več kandidatov.

Tako so predlagana izbirna merila po sklopih:

- Povprečna ocena na medicinski fakulteti nad 6 (zadostno): največ 20 %.
- Priporočila, izpolnjena po strukturiranem formatu (v pripravi): največ 20 %.
- Dosedanji dosežki: največ 20 %.
- Strukturiran intervju: največ 40 %. Verjetno največja sprememba bo ravno v zvezi z *načinom izvedbe* strukturiranih intervjujev. Le-ti bodo opravljeni po vnaprej postavljeni strukturi, predvsem pa bodo izpraševalci pred izvedbo intervjujev opravili



- obvezno izobraževanje iz opravljanja teh strukturiranih intervjujev. Predlagali smo, da ima na intervjuju za ustanovo predstavnik ustanove ekskluzivnih 5 točk, a tudi predstavnik ustanove na strukturiranem intervjuju mora biti zdravnik in opraviti zgoraj omenjeno izobraževanje.
- ZZdrS ne vsebuje več določbe, da pritožba ne zadrži izvršitve odločbe. Tako po novem »pritožba zadrži izvršitev«, kar pomeni, da izjeme od pravila, ki velja za vse upravne postopke, ni več. Tako bodo ob eni pritožbi vsi kandidati v tem izbirnem postopku morali počakati na končno odločitev MZ.
 - Smiselno vštevanje kroženja iz sekundariata. Kot že omenjeno, bodo pripravniki (po novem/starem ponovno »sekundariji«) po opravljenih prvih 6 mesecih obveznega dela pripravništva lahko opravili še največ 6 mesecev izbirnega dela sekundariata v pooblaščenih ustanovi in na največ treh strokovnih področjih (»katerakoli specializacija«). Kraj in specialistično(e) stroko(e) sekundarij izbere sam. V kasneje izbrano specializacijo se kroženje iz izbirnega dela sekundariata lahko smiselno všteva.
 - Glavni mentorji – naloge: še bolje so specifičirane naloge glavnih mentorjev (GM); poglobljena razlika je zaveza, da je GM svojim specializantom dosegljiv najmanj 4 ure na teden.
 - Pogoji za imenovanje glavnih mentorjev: GM je po predlogu zbornice lahko imenovan po najmanj 4 letih specialističnega staža, v prejšnjem licenčnem obdobju mora imeti v povprečju najmanj 30 licenčnih točk na leto. GM je imenovan za 10 let.
 - Glavni mentorji – imenovanje: GM ima naenkrat lahko imenovane največ tri specializante, v izjemnih okoliščinah največ pet.
 - Glavni mentorji – razrešitev: dodana je možnost razrešitve GM

- na pobudo specializanta.
- Nadzorniki kakovosti (NQ): že do sedaj so bili določeni NQ za posamezna strokovna področja (skupine specializacij). Le-tim se je s še boljšo specifikacijo (enakih) nalog še povečal pomen za nadzor poteka in kakovosti specializacij.
 - Nacionalni koordinatorji (NK) – imenovanje: NK za posamezno strokovno področje je imenovan za 4 leta in je omejen z največ dvema mandatoma.
 - Nacionalni koordinator – razrešitev: za imenovanje oz. razrešitev je dodan pogoj, da je NK lahko razrešen, »če ažurno ne sodeluje z organi ZZS«.
 - Specializantu mora ob začetku kroženja na določenem oddelku biti pisno določen neposredni mentor (NM). Le-ta mu mora biti med kroženjem dostopen v povprečju vsaj 4 ure na dan.
 - Preverjanje znanja med specializacijo: specializanti so preverjanja znanj dolžni opravljati znotraj določenih časovnih okvirov; če učni načrt predvideva kolokvije, jih mora specializant opraviti v predvidenem času/segmentu kroženja (do konca posameznega kroženja oz. na prvi dostopen termin).
 - Neposredni mentor (NM) in glavni mentor (GM) imata kadarkoli med specializacijo možnost zahtevati izredni kolokvij/preizkus znanja, če ocenita, da je znanje specializanta nezadostno.
 - Kandidat lahko specialistični izpit opravlja največ trikrat.
 - V specialistični izpit se za teoretični del lahko všteva evropski specialistični izpit (če je le-ta predviden v programu specializacije).
 - Določila gleda priznavanja na podlagi dela ostajajo enaka kot do sedaj.
 - Priznavanje specializacij izven EU: legalizirani so dosedanja postopki.
 - Prehodne določbe: do 1. februarja 2018 lahko k SI pristopijo priprav-

niki z opravljenima le dvema tretjinama pripravništva. Izobraževanje za strukturirane intervjuje mora biti pripravljeno za izvedbo v šestih mesecih od sprejetja pravilnika (struktura že v pripravi).

Zaključek

Čas sprejetja, predvsem pa končna vsebina Pravilnika o specializacijah (in Pravilnika o sekundariatu) v času pisanja tega kratkega poročila še nista znana. Pa vendar je najbolj ključno dejstvo znano že sedaj: kakršnakoli bo že končna vsebina tega pravilnika, je jasno, da (že sedanja) vsebina pravilnika **zavezo** in **odgovornost** za uspešnost izobraževanja jasno polaga na vse **nas**, ki smo vpleteni v izobraževanje specializantov.

Najprej in najbolj na specializante z možnostjo proste izbire kraja in časa kroženja (znotraj mreže mest pri pooblaščenih izvajalcih). Prav tako bodo imeli formalno možnost dosledno in objektivno ocenjevati neposredne in glavne mentorje ter ustanove, s čimer bodo lahko svojim kolegom omogočili čim boljšo in čim bolj objektivno *izbiri* mesta in učiteljev v procesu *nabiranja znanja za samostojno klinično delo* (t. i. »kroženje«).

Zavedati se moramo, da brez vzpostavitve (vsaj zametka) »prostega izobraževalnega trga« kakovosti izobraževanja ne bomo mogli zvišati!

Odgovornost za to je tudi na pooblaščenih ustanovah. Najprej s tem, da bodo imenovanja neposrednih mentorjev dosledna, pravočasna in pregledna, dodatno pa s tem, da bodo ustanove sedaj imele jasne vzpodbude in možnosti, da specializante pritegnejo h kroženju na svoje oddelke!

Ali pa jih (še naprej) odženejo.

Nadalje pa je zaveza in teža odgovornosti deliti svoje znanje na vseh nas, kliničnih učiteljih vseh »činov in titul«, saj smo v učni proces v resnici vpeti vsi kolegi v vseh vidikih svojega dela; pa naj se tega zavedamo ali ne!

Iz skupščine: sprejet finančni načrt, znižanje članarin in pomembni pravni akti

Predsednik skupščine mag. Marko Bitenc, dr. med., je v uvodu v tokratno 90. skupščino Zdravniške zbornice Slovenije, ki je potekala 25. oktobra 2017 v Modri dvorani Domus Medica, poudaril, da bi bilo brez angažiranega dela zdravnikov in zobozdravnikov v slovenskem zdravstvu še veliko slabše, kot je. Izpostavil je, da namesto da bi bili zdravniki in zobozdravniki zato v javnosti spoštovani, »smo večkrat stigmatizirani«. Kljub temu je pomembno, da »smo kot družbena in intelektualna elita družbeno aktivni in razvijamo demokracijo,« je dejal. Dotaknil se je tudi aktualne novele Zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZDej) in poudaril, da bo imela vpliv na vse, tudi tiste, ki delajo v javnem zdravstvu. »V Sloveniji manjka 1.500 zdravnikov, zato veliko zdravnikov dela več kot 8 dodatnih ur na teden za bolnike.« Zda se to delo omejuje na zgolj teh 8 dodatnih ur tedensko, kar je po besedah mag. Bitenca diskriminatorno, še posebej v primerjavi z drugimi javnimi uslužbenci, predvsem učitelji, profesorji in uradniki na ministrstvih, ki teh omejitev nimajo. Ob tem se je vprašal, ali je razlog za to diskriminacijo ideološki, ali pa gre preprosto za hudobijo ali nesposobnost pripravljavcev zakonodaje.

Čim več storitev za člane

Predsednica dr. Zdenka Čebašek - Travnik, dr. med., je v nagovoru poslancem skupščine zbornice povedala, da je cilj zbornice in njenega mandata članom nuditi kar največ uporabnih storitev. Izpostavila je izobraževanje za člane: tako specializacije kot cilj zbornice, ponuditi članom čim več izobraževanj, tudi iz »generičnih« vsebin za točke brez kotizacije; pravno pomoč članom: predvsem za skupine na ravni do ministrstva za zdravje in ZZZS, v delovnopравниh zadevah in pri zakonodaji; ter finančno pomoč članom in njihovim družinam (sprememba pravilnika). Uspešno delujeta in se razvijata projekta za pomoč v stiski – Zdravniški ombudsman in projekt Ne dopuščajmo nasilja, v okviru katerega nastaja program za psihosocialno pomoč zdravstvenim delavcem, ki so žrtve nasilja na delovnem mestu. Ob večerih so članom namenjena klubska mesečna srečanja: pogovorni, literarni in glasbeni večeri.

Popravilo Domus Medica

Poslance je seznanila s stanjem stavbe Domus Medica, kjer je dvoletna garancija že potekla, pomanjkljivosti in napake pa so znane že več let. Najbolj nazorno so poslanci to lahko videli v kratkem videoposnetku, kako voda ob močnem dežju zaliva Rantovo sobo. Poleg nujnega popravila fasade, stropa nad pasažo in nekaterih drugih prostorov bo potreben nakup prostorov za klimate in varnostnega sistema, ki je odpovedal. Potrebna bo tudi ureditev prostora za arhiv in predelava nekaterih drugih prostorov v bolj funkcionalne.

Skupščina je v nadaljevanju sprejela predlagani Finančni načrt za leto 2017. Ta predvideva 4,14 milijona evrov prihodkov in 3,88 milijona evrov odhodkov ter 255.790 evrov presežka prihodkov nad odhodki.

Predsednica dr. Zdenka Čebašek - Travnik je predlagala še, da bi v prihodnje zbornica pripravljala dvoletni finančni načrt, ki bi omogočal bolj vsebinsko in razvojno finančno načrtovanje. Med prednostnimi področji je navedla vlaganja v znanje in izobraževalne programe za točke za licence, v kakovost in varnost, v



komunikacijske tehnologije in mednarodno sodelovanje. Prav tako je skupščina potrdila spremembe in dopolnitve Sklepa o določitvi članarin. Odmerjanje članarine po novem bo ob soglasju ministrstva za zdravje stopilo v veljavo z letom 2018. Prinaša

znižanje članarin v skupnem znesku za približno 5 odstotkov. Med pomembnejšimi pravnimi akti pa je skupščina sprejela Pravilnik o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov, ki je bil posredovan ministrstvu za zdravje, in Pravilnik o sekundaria-

tu, ki je bil prav tako posredovan v soglasje ministrici za zdravje. Potrjen je bi tudi Pravilnik o organizaciji in delu razsodišča Zdravniške zbornice Slovenije.

Novela ZZDej svetlobna leta od reforme

Vodstvo Zdravniške zbornice Slovenije je v oktobru in novembru nadaljevalo aktivnosti za obveščanje javnosti o škodljivih posledicah novele Zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZDej). O posledicah novele ZZDej smo vas člane obveščali tako preko tedenskega Biltena, posebnih elektronskih obvestil, pa tudi po pošti. Hkrati je intenzivno teklo tudi obveščanje javnosti preko medijev, tudi v času zbiranja podpisov podpore za razpis referendumu.

26. oktobra sta Zdravniška zbornica Slovenije in Strokovno združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije pripravila novinarsko konferenco, na katero so bili povabljeni tudi predstavniki Mladih zdravnikov. Javnost in predvsem politike smo vnovič opozorili, da ko bo zdravstveni sistem zaradi posledic novega zakona propadel, bo prepozno.

Predsednica zbornice dr.

Zdenka Čebašek - Travnik je ob tem poudarila, da je zbornica »pripravljalca zakona že v najugodnejši fazi opomnila, da sprejem zakona mimo stroke pomeni kršitev Zakona o zdravniški službi. Ministrstvo za zdravje bi bilo dolžno zbornico povabiti k sodelovanju, česar ni storilo.

Zakon je svetlobna leta oddaljen od zdravstvene reforme, ki bi bila potrebna za boljšo obravnavo pacienta in kakovosten zdravstveni sistem. Še več, prepričani smo, da se s tem zakonom od njega

celo oddaljujemo. To se bo na našo veliko žalost odražalo predvsem na položaju pacienta. Posledično pa bo na dodatni preizkušnji tudi ugled zdravnikov, ki bodo morali delovati v takšnem sistemu in se mu prilagajati. Politika bo ponovno pokazala nanje, ob tem pa ne bo prevzela prav nobene odgovornosti za svoje nestrokovno, torej politično odločanje za takšno stanje, kot je ni pripravljena sprejeti niti danes.« Povzetek vseh ključnih poudarkov iz novinarske konference je objavljen tudi na spletni strani zbornice (<https://www.zdravniskazbornica.si/>).

Zakon za »discipliniranje zdravnikov« in medijska blokada

V torek, 7. novembra, je predlagatelj pobude za zbiranje podpisov podpore za razpis referendumu o ZZDej Ivan Jože Ocvirk sporočil, da je bilo na upravnih enotah overjenih in po elektronski pošti z digitalnimi kvalificiranimi potrdili do zaključka zbiranja podpisov podpore oddanih nekaj manj kot 12.000 podpisov.

Istega dne se je zbornica odzvala z izjavo za medije. Predsednica dr. Zdenka Čebašek - Travnik se je prebivalcem, ki so se poglobili v besedilo zakona in oddali svoj over-

jen podpis, zahvalila za podporo. Dodala je, da »iz osebnih stikov s prebivalci lahko jasno povzamemo, da večina ne ve in ne razume, kaj novela ZZDej prinaša za vsakega posameznika. V ospredju je ostalo sporočilo, da je zakon namenjen discipliniranju zdravnikov, in jih s tem posredno označilo za odgovorne za slabosti našega zdravstvenega sistema.« Vprašala se je tudi, kako je mogoče, da so se ravno za ta referendum pojavljale številne težave pri overjanju podpisov na upravnih enotah.

Javno je povedala še, da »žal naših in mojih osebnih opozoril mediji večinoma niso želeli predstavljati javnosti.« Kako si sicer razlagati, da so Mladi zdravniki razposlali svoja sporočila na več kot 300 medijskih naslovov – skoraj brez vsakega odziva, kako razumeti, da je iz arhiva RTV Slovenija izginila oddaja Dogodki in odmevi, v kateri je bilo poročilo o novinarski konferenci v zvezi z zbiranjem podpisov za referendum, in kako razumeti dejstvo, da je nacionalna televizija prestavljala soočenje med zbornico in ministrstvom za zdravje v času, ko je še bilo mogoče overiti podpis za referendum?

Napovedala je še, da kljub temu, da referendum ne bo razpisan (potrebno bi bilo zbrati 40.000 podpisov), bo zbornica javnost še naprej redno obveščala o škodljivih posledicah novele ZZDej.



Celotno novinarsko konferenco smo posneli in si jo lahko ogledate na spletni strani zbornice: <https://www.zdravniskazbornica.si/informacije-publikacije-in-analize/obvestila/2017/11/09/novela-zzdej-v-obliki-kot-je-bo-verjetno-sama-poskrbela-da-se-bo-zdravstveni-sistem-sesul>

Vodstvo zbornice o škodljivih posledicah uveljavitve novele ZZDej

V četrtek, 9. novembra, je Zdravniška zbornica Slovenije pripravila novinarsko konferenco celotnega vodstva zbornice o škodljivih posledicah novele ZZDej. Dr. Zdenka Čebašek - Travnik je poudarila, da je zbornica pričakovala, »da bo novela ZZDej uvedla vsaj osnovne parametre s področja kakovosti in varnosti zdravstvene dejavnosti ter nastavila dobre temelje za vodenje zdravstvenih ustanov. Tako pa je v ospredju ostalo bolj kot ne politično sporočilo, da je treba zdravnike in zobozdravnike čim bolj in čim bolj nadzorovati, omeje-

vati in jim nasploh odvzeti čim več svobode, tako v poklicnem kot v gospodarskem smislu.«

»Stališče politike je, da zakon ureja koncesijsko dejavnost, stališče zbornice pa, da zakon omejuje koncesije in koncesijska razmerja. V noveli ZZDej lahko predvsem zasledite, da se koncesije, ki so del javne mreže, potem ko zakon stopi v veljavo, skrajšujejo na 15 let. Nosilci koncesij jo sicer po izteku tega obdobja lahko podaljšajo, vendar z eno hudo omejitvijo. Ta je, če državni zavod, ki deluje na tem območju, izjavi, da te dejavnosti sam ne more ali ne želi izvajati,« je izpostavil prim. asist. Dean Klančič, dr. med., podpredsednik zbornice. Opozoril je še, da se županom in občinam s takšnim načinom omejevanja podeljevanja koncesij jemlje

možnost ustrezno reorganizirati zdravstveno varstvo v svojih občinah.

Podpredsednik zbornice Krunoslav Pavlovič, dr. dent. med., je povedal, da so se kolegi zobozdravniki že začeli organizirati in iskati zasebne ambulante, saj na takšen način ne bodo več delali in živeli. Dodal je še, da čakalne vrste niso posledica popoldanskega dela, ampak tega, da ZZKS za prebivalstvo namenja premalo programov, ki so tudi premalo plačani. In napovedal, da se bodo čakalne dobe zaradi omejevanja dela drugje zagotovo še podaljšale.

Da bo novela ZZDej prinesla prav to, podaljšanje čakalnih dob, je opozoril tudi pediater Igor Dovnik, dr. med. V pisni izjavi je zapisal: »Si predstavljate, da vam država zapove, da morate telefonirati le preko državnega Telekomu. Drugega ponudnika lahko izberete le, kjer Telekom nima signala ali mrež.« Prepričan je, da bi prava reforma morala koncesije ukiniti, saj so preživete.

Dr. Tina Bregant pa je v imenu Mladih zdravnikov izpostavila, da so se vključili v zbiranje podpisov, ker so v tem videli skrajno orodje za ustavitve zakona, ki bo razslojeval bolnike, dolgoročno poslabšal zdravstveno oskrbo v Sloveniji ter dodatno okrepil korupcijo v javnih zavodih. »In žal pričakujemo uresničitev naših napovedi, čeprav si iskreno želimo, da bi se motili,« je vnovič poudarila dr. Tina Bregant.

Priprave OZB na ustanovitev Zobozdravniške zbornice Slovenije

Na oktobrski seji Odbora za zobozdravstvo (OZB) so člani razpravljali o projektu »Samostojna Zobozdravniška zbornica«. Poročilo o tem je podal predsednik odbora Krunoslav Pavlovič, dr. dent. med. Na podlagi sklepa seje

OZB so vsi zobozdravniki v oktobru po elektronski pošti prejeli obvestilo, da so predstavniki zobozdravnikov znotraj Zdravniške zbornice Slovenije začeli z aktivnostmi za ustanovitev samostojne Zobozdravniške zbornice Slovenije.

Namera izhaja iz memoranduma, ki so ga izvoljeni poslanci iz vrst zobozdravnikov tokratnega sklica večinsko podpisali z dr. Zdenko Čebašek - Travnik, tedaj kandidatko, zdaj pa predsednico zbornice. O projektu bo OZB

člane seznanjal na regijskih srečanjih. Oblikovana je bila tudi delovna skupina za pripravo vseh izvedbenih aktov. Ko bodo ti pripravljeni in ko bodo oblikovani predlogi sprememb predpisov, bo med zobozdravniki ponovno izvedena širša anketa, je na oktobrski seji odločil OZB.

Sicer pa je odbor v oktobru imenoval še Komisijo za preizkus strokovne usposobljenosti na področju dentalne medicine v sestavi: asist. dr. sc. Maja Grošelj, dr. dent. med., predsednica obeh komisij, člani: Neja Jurjec Smole, dr. dent. med., doc. dr. Marko Božič, dr. med., dr. dent. med., in Saša Savič, dr. dent. med.

V nadaljevanju je OZB podal spremembe in dopolnitve Pravilnika o pripravi in strokovnih izpitih zobozdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev na področju zdravstvene dejavnosti, in sicer je dopolnil četrto alinejo 11. člena z naslednjo vsebino: potrdilo pooblaščenice izobraževalne ustanove o



uspešno opravljenem preizkusu znanja slovenščine, in peto alinejo istega člena z vsebino: pozitivno mnenje Zdravniške zbornice Slovenije o opravljenem razgovoru za doktorja dentalne medicine (obvladanje mnenja v strokovni komunikaciji). Prav tako je prenovljen program

pripravištva, kjer se uvaja kroženje v splošnem zobozdravstvu.

V pripravi so tudi Standardi in normativi za zobozdravstvo, o čemer je bil sprejet sklep, da člani OZB pripravijo pripombe in dodatne storitve k predstavljenemu gradivu.

Na kratko iz dela zbornice

Obvestilo specializantom in glavnim mentorjem

Iz 454. Biltena, 9. 11. 2017

S strani pooblaščenih ustanov za izvajanje specializacij smo občasno obveščeni o tem, da **nekateri specializanti ne izvajajo specializacije po predpisanem programu kroženja, ampak si razpored samovoljno priredijo** in brez vnaprejšnjega obvestila zbornici kroženje izvajajo drugače, kot predvideva uradni razpored kroženja. **Takšno kroženje je v nasprotju s predpisi in navodili za izvoja-**

nje specializacije, po katerih je treba vsako spremembo kroženja sporočiti zbornici vsaj dva meseca pred spremembo. To je rok, v katerem lahko zbornica pravočasno preveri, ali so spremembe kroženja sploh izvedljive, in pravočasno obvesti vse ustanove/oddelke in delodajalca o spremembah kroženja.

Vsaka sprememba kroženja se zabeleži tudi v E-listu specializanta. Vsakršno odstopanje od zadnjega razporeda kroženja, potrjenega s strani zbornice, lahko povzroči kadrovske težave na oddelkih, za posledico pa lahko ima nepriznanje kroženja v E-listu. Zato ponovno pozivamo in obveščamo vse specializante, da se spremembe kroženja sporočajo zbornici vsaj dva meseca pred spremembo.

Ordinacijski in delovni časi ambulant

Iz 450. Biltena, 12. 10. 2017

ZZZS po območnih enotah nadaljuje z aktivnostmi za usklajitev delovnih časov ambulant. Zdravniška zbornica je v zvezi s tem vprašanjem dne 12. 9. 2017 Vladi RS predlagala, da ugotovi ničnost določbe Splošnega dogovora, ki izvajalcem nalaga to nesmiselno obveznost.

Dne 15. 9. 2017 smo ZZZS-ju, Ministrstvu za zdravje RS in Združenju zdravstvenih zavodov Slovenije predlagali tudi skupni sestanek, ki pa ga še ni bilo. O novostih v zvezi s to temo vas žal nismo mogli obveščati, ker se v vsem času ni zgodilo nič novega.

Na podlagi sporočil članov, da območne enote ZZZS-ja nadaljujejo z zahtevami za javljanje delovnih časov ambulant, smo na ZZZS poslali predlog, da vsaj do odločitve vlade s tem prenehajo. Naj se zbornica za rešitev vprašanja obrne na vlado, nam je namreč predlagal ravno ZZZS. Ker dvomimo, da so večji javni zavodi izpolnili to obveznost, smo ZZZS tudi opozorili, da ne bomo dopustili nikakršne selektivnosti pri izrekanju morebitnih sankcij, ki jih koncesionarjem napovedujejo nekatere območne enote; pri tem si upamo napovedati, da ZZZS bolnišnicam ne bo zaustavil izplačil. Osnutek vzorca, ki vam je lahko v pomoč, če ste se odločili ZZZS-ju posredovati podatke o ordinacijskem času, je dostopen na: https://www.zdravnikazbornica.si/docs/default-source/tedenski-bilten/450-bilten---ordinacijski-%c4%8das---vzorec-dopisa-zzsju-glede-poro%c4%8danja-o-delovnem-in-ordinacijskem-%c4%8dasu-za-objavo.pdf?sfvrsn=67ff2d36_2

Spremembe pravilnika za naziv primarij

Iz 450. Biltena, 12. 10. 2017

Ministrstvo za zdravje je dalo v javno razpravo Pravilnik o podeljevanju naziva primarij. Ker kot člani komisije za podelitev naziva primarij sodelujejo tudi predstavniki Zdravniške zbornice Slovenije, Slovenskega zdravniškega društva in medicinske fakultete, je ministrstvo za zdravje zbornico že zaprosilo za morebitne predloge in pripombe na pravilnik.

Sedanji pravilnik je dostopen na: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV3612>. Predlog novega pravilnika, ki med drugim bolj podrobno določa tudi pogoje za pridobitev naziva in sestavo komisije, ki odloča o pridobitvi naziva, pa je dostopen na: <https://www.zdravnikazbornica.si/docs/default-source/>

tedenski-bilten/450-bilten---pravilnik_primarij.pdf?sfvrsn=6cf82d36_2

Vabljeni tudi vsi člani, da podate morebitne predloge in pripombe na e-naslov: gp.zzs@zss-mcs.si.

Strategija za zobozdravstvo do 2027

Iz 450. Biltena, 12. 10. 2017

Odbor za zobozdravstvo je usklajal in na Ministrstvo za zdravje RS poslal Strategijo za zobozdravstvo do 2027, ki je del širše Strategije razvoja osnovne zdravstvene dejavnosti v Sloveniji do leta 2027. Vsebina strategije je bila usklajena s strokovnjaki področja in tudi s Stomatološko kliniko. Kot pojasnjuje Krunoslav Pavlovič, dr. dent. med., podpredsednik ZZS in predsednik Odbora za zobozdravstvo, dokument »predstavlja osnovo za razvijanje in napredek v zobozdravstvu, ki je bil v preteklih letih zaviran. Zastoj v razvoju stroke je povzročil veliko škode tako zobozdravnikom kot pacientom. S konsenzom glede skupnih ciljev izkazujemo velik interes k skupni rešitvi problemov v zobozdravstvu.«

sodelujemo tako člani obeh zbornic kot tudi Ministrstvo za zdravje RS (s spremembami zakonodaje) in NIJZ. Slednji mora pripraviti vsebine izobraževalnih programov, ki bi jih potem lahko uporabljali v vseh zdravstvenih ustanovah.

Od zdravniške zbornice se pričakuje, da bo odbor za pravno-etična vprašanja podal mnenje o odnosu do cepljenja in pomagal pridobiti mnenje o cepljenju s strani Komisije za medicinsko etiko ter se opredelil glede tega, ali odklanjanje cepljenja pomeni kršitev Kodeksa medicinske etike. Zdravniški zbornici se tudi predlaga, da bi bilo cepljenje obvezna skupna vsebina izobraževanja v posameznem licenčnem obdobju in da organizatorjem strokovnih srečanj predlaga vključitev vsaj ene teme o cepljenju. Naslednji sestanek delovne skupine bo v času izobraževalnega dogodka, ki ga bo pripravila Zbornica - Zveza še v tem koledarskem letu.

Izzivi evropskega zdravstvenega sistema

Iz 450. Biltena, 12. 10. 2017

V Bukarešti je 6. oktobra potekala odmevna mednarodna konferenca ROHO. Konvencija romunskih bolnišnic je velik mednarodni dogodek, ki je posvečen kakovosti v zdravstvu, najboljšim praksam v bolnišnicah, klinikah, bolnišnični negi, zdravstvenih storitvah in menedžmentu v zdravstvu. Tuji in domači razpravljavci so govorili o pomenu zdravnikov in zdravništva za zagotavljanje visoke kakovosti v zdravstvu, pa tudi o dostopnosti najsodobnejših terapij in metod zdravljenja za paciente. Na povabilo organizatorjev je na konferenci predavala in slovenski zdravstveni sistem predstavila predsednica Zdravniške zbornice Slovenije dr. Zdenka Čebašek - Travnik.

Skupni projekt za spodbujanje cepljenja

Iz 451. Biltena, 19. 10. 2017

V prostorih Zdravniške zbornice Slovenije je bilo ponovno srečanje delovne skupine za spodbujanje cepljenja, ki je skupni projekt naše zbornice in Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Pregledali smo uresničevanje dosedanjih dogovorov in se dogovorili glede prihodnjih aktivnosti. Pomembno je, da pri tej aktivnosti

Sodelovanje s Centralno medicinsko knjižnico

Iz 451. Biltena, 19. 10. 2017

Centralna medicinska knjižnica (CMK) Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani je največja in najbogatejša knjižnica z medicinsko literaturo v Sloveniji. Članom Zdravniške zbornice Slovenije nudijo dostop do kakovostnih informacijskih virov domačih in tujih avtorjev ter informacijsko podporo za področja medicinskih, temeljnih, zdravstvenih ter sorodnih ved.

Na spletni strani ZZS je v meniju Informacije, publikacije dostopen zavihek Storitve Centralne medicinske knjižnice za člane, kjer je Izbor storitev in povezav: Spletni portal CMK, Digitalna knjižnica CMK, Katalog CMK v COBISS-u in Izobraževanja CMK.

Potrdila o dobrem imenu

Iz 450. Biltena, 12. 10. 2017

V oddelku za zdravstveno ekonomiko, plan in analize, kjer spremlja-

mo, analiziramo in pripravljamo poročila v zvezi s članstvom zbornice, smo pripravili ažurirane podatke o izdanih potrdilih o dobrem imenu. Od začetka leta pa do 31. oktobra je bilo izdanih 191 potrdil o dobrem imenu.

Pomen bolnikove zdravstvene pismenosti

Iz 454. Biltena, 9. 11. 2017

Zdravstveni sistemi so uspešnejši, če krepijo zdravstveno pismenost, odgovornost in dolžnosti posameznikov. To prihrani življenja in denar, je v terek dejal generalni direktor zavoda za zdravstveno zavarovanje Marjan Sušelj. **Slovenija se na področju odgovornosti posameznika v zdravstvu po mednarodnih raziskavah uvršča šele v drugo polovico držav.** Na začetku lestvice je Nizozemska, na njenem koncu pa Bolgarija, je opozoril Sušelj na torkovem strokovnem posvetu z naslovom **Odgovornost in dolžnosti posameznikov glede zdravja in zdravstva**, ki ga je v Ljubljani organiziral Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). Po besedah predsednice Zdravniške zbornice Slovenije

Zdenke Čebašek - Travnik je zelo pomembno spodbujati osebno odgovornost. Opozorila pa je, da mora biti sistem dostopen vsem, in ob tem izpostavila novelo Zakona o zdravstveni dejavnosti, po kateri bo dostopnost zdravstvenih storitev po mnenju zbornice manjša.

Vloga zdravnikov kot učiteljev in raziskovalcev

Iz 450. Biltena, 12. 10. 2017

Vabljeni k ogledu kratkega video-filma iz cikla Mladi zdravniki, ki osvetljuje pomen zdravnikov, ki ne delujejo neposredno v klinični praksi, ampak predstavljajo zelo pomemben člen v zdravstvu kot učitelji in raziskovalci ter so pomemben motor družbenega napredka. Tokrat je to 34-letni doc. dr. Andraž Stožer, predstojnik inštituta za fiziologijo na Medicinski fakulteti Univerze Maribor, ki pravi: »Verjamem v to, da se z motivacijo, z odločitvijo, z žrtvovanjem časa in energije da doseči praktično vse, kar si kdo zamisli.« Video je dostopen na: <https://www.youtube.com/watch?v=3-IYXZcJzwA&feature=youtu.be>

Zdravniški ombudsman

Trije zdravniški ombudsmani, ki skozi pogovor nudijo stanovsko pomoč zdravnikom ob različnih izzivih, ovirah in stiskah, so od začetka svojega delovanja opravili že več kot 40 ur pogovorov. Zdravniki in zobozdravniki se lahko nanje obrnete tudi še v prvi polovici decembra, nato pa spet januarja.

December 2017

Ime	Datum	Čas	Status
Darja	5. december	16.00–19.00	Še prosto
Brane	7. december	15.00–17.00	Še prosto
Urška	13. december	17.00–19.00	Še prosto

Na pogovor po telefonu ali obisk se naročite s klicem na številko: 01 30 72 100 ali po elektronski pošti: zdrom@zss-mcs.si, lahko tudi preko vašega povsem anonimnega in v ta namen ustvarjenega elektronskega naslova.



Knjižni večer navdušil udeležence

Na prvem od knjižnih večerov v novem ciklu, za katere prav tako kot za koncertne in pogovorne večere želimo, da postanejo mesečna stalnica druženja članov in članic Zdravniške zbornice Slovenije, smo sredi novembra gostili avtorico knjige **Igrivo življenje, zdravnico mag. Milado Pavlovič, dr. med.**

Alenka Höfferle Felc, dr. med., prav tako izkušena zdravnica, je s tankočutnim vodenjem pogovora skupaj z avtorico odstirala večplastne vidike zgodbe glavne junakinje romana *Tine Svet* – tako to, kaj jo je zaznamovalo, kdaj se je zgodil prelom (poraz) in srečanje z nemočjo, kot to, kaj je v junakinji prižgalo iskro za preobrat. Skozi zgodbo je mag. Milada Pavlovič, specialistka psihiatrije in sodna izvedenka iz psihiatrije, pojasnjevala pogosto manj vidne in zaznane globlje, psihološke vidike življenjske zgodbe glavne junakinje – zakaj je družinska zgodovina nezavedno določala njeno sedanost, kako je opravila s krivdo in zakaj je lahko lahkotnost in igrivost življenja v resnici začutila šele, ko je opravila s preteklostjo. Avtorica mag. Milada Pavlovič je doslej napisala vrsto besedil, ki sodijo v strokovno literaturo z njenega področja. Igrivo življenje je njen

literarni prvenec, ki pa mu bo, kot je povedala ob koncu pogovora, dodala novo literarno delo, ki že nastaja.

Ob začetku večera je prisotne nagovorila predsednica Zdravniške zbornice Slovenije dr. Zdenka Čebašek - Travnik, ki je ob koncu avtorici knjige in voditeljici še enkrat čestitala za krasen večer in knjigo ter se zahvalila za iskren in odprt pogovor, poln življenjskih modrosti. Navdušeni so bili tudi udeleženci, ki so do zadnjega kotička napolnili prijeten ambient knjižnice Domus Medica. Pogovor smo posneli in bo kmalu na voljo na spletni strani zbornice, o čemer vas bomo obvestili. Na naslednji knjižni večer vas vabimo že v januarju.

(Razstavljeni) Mozart malo drugače

Oktobrska glasbena poslastica je bilo gostovanje **godalnega kvarteta Dissonance v sestavi: Janez Podlessek, 1. violina, Matjaž Porovne, 2. violina, Oliver Dizdarevič, viola, in Klemen Hvala, violončelo (vsi člani Slovenske filharmonije)**. Gostili smo jih 24. oktobra v predverju Domus Medica. Udeležence so navdušili z drznim repertoarjem Mozarta, ki so ga odigrali v drugačni luči. Klasično glasbo so izvrstno prepletili s paletto neklasične glasbe – dodajanjem različnih naravnih zvokov, in pustili močan umetniški vtis. Koncert je z besedo – poezijo Daneta Zajca – povezoval igralec Dejan Pevčević.

V decembru boste lahko v glasbi uživali kar dva večera: **14. decembra bo na Slavnostni akademiji ob 25-letnici zbornice** nastopil zdravniški orkester Camerata medica z gosti, 21. decembra pa bo koncert: **In memoriam – v spomin prof. dr. Pavletu Kornhauserju.**

*Rubriko Zbornica pripravila:
Andreja Basle, univ. dipl. nov.,
stiki z javnostmi ZZS*





Management kakovosti in varnosti

Napredovanje na vodilna mesta v zdravstvenih organizacijah je še vedno tradicionalno, po kronološki starosti, po akademskih naslovih in po odlični strokovnosti na področju medicinskih in drugih zdravstvenih ved. Nobenih zahtev pa ni za management vsakdanje zdravstvene prakse, ki se osredotoča na dve ključni področji – izboljševanje kakovosti in varnosti pacientov. Na obeh medicinskih fakultetah tema dvema področjema ne posvečajo nobene pozornosti. Kljub mnogim oviram zunaj in znotraj sistema zdravstvenih organizacij, relativno malo denarja in pomanjkanju zdravstvenih profesionalcev je moč doseči spremembe. Tri ključne spremembe, ki jih lahko uvede glavno vodstvo in predstojniki oddelkov, vodje enot ter vodilni strokovnjaki na drugih zdravstvenih področjih, so izobraževanje, projekti in sodelovanje. Za uspešnega vodjo je pomembno, da se spozna z osnovami izboljševanja kakovosti in varnosti. To lahko pripelje do boljših izidov za paciente, zmanjševanja razsipavanja virov, večjega zadovoljstva pacientov in zaposlenih.

V zadnjem času se v medijih pojavljajo senzacionalistične zgodbe o nesrečah v zdravstvu, ki jih tako mediji kot sodstvo imenujejo kar malomarnost. Vzrok je predzgodovinski pogled na nesreče, kjer se človeško napako označi kot vzrok nesreče in kot simptom. Prave vzroke je treba šele poiskati. Kadar se zgodi škodljivi dogodek zaradi napake, se lahko vprašamo, ali imamo v zdravstveni organizaciji in njenih enotah oblikovan sistem za varnost pacientov in zaposlenih. Ali neupravičeno obtožujemo posameznike in obenem pričakujemo, da bo zdravstveno osebje prevzelo odgovornost za svoja dejanja? Kako je v današnjem zdravstvenem in pravosodnem sistemu napraviti napako?

Izr. prof. dr. Andrej Robida, dr. med.,
predavatelj na programu

Vodstvene kompetence za zdravnike in zobozdravnike



Ste kot zdravnik in izkušen strokovnjak prevzeli še odgovorno nalogo vodje ambulante, oddelka, klinike, bolnišnice, zdravstvenega doma ali tima oz. želite biti pripravljeni, da to vlogo prevzamete v prihodnje?

Pridružite se nam na posebej za zdravnike in zobozdravnike oblikovanem izobraževanju, ki daje dodatna znanja za učinkovito in uspešno vodenje.

- **8 modulov** – 8 ključnih vsebinskih sklopov
- Majhna skupina – do 20 udeležencev
- **1 x na mesec po 2 dni** (petek in sobota, od 8.30 do 16.30, na Zdravniški zbornici Slovenije)
- 128 učnih enot po 45 minut
- **104 kreditne točke** in certifikat o pridobljenih vodstvenih kompetencah
- **Cena modula: 340 evrov + DDV** (velja za člane Zdravniške zbornice Slovenije)

1. modul: **OSNOVE MANAGEMENTA in MANAGEMENT V ZDRAVSTVU**
9. in 10. marec 2018

Udeleženci pridobijo: znanja s področja managementa. Spoznajo managersko dejavnost z vidika načrtovanja, organiziranja, vodenja, nadziranja in ukrepanja ter strategije.

Vsebina:

- Spoznavanje sodobnih managerskih pristopov in metod – poudarek na zdravstveni organizaciji
- Cilji organizacij, usmerjenih k uspešnemu vodenju
- Spodbujanje sodelavcev in timsko delo v zdravstveni organizaciji
- Učinkovito odločanje in izvajanje odločitev
- Delovanje managerja v kritičnih situacijah
- Osebni cilji managerja, moč in slabosti

2. modul: **PRAVNI VIDIKI MANAGEMENTA** 13. in 14. april 2018

Udeleženci pridobijo: znanja o pravnih temeljih za postopke vodenja in upravljanja, o pravnem položaju in statusu zaposlenih, s pravnimi vidiki odgovornosti.

Vsebina:

- Zakonodaja, poudarek na zdravstveni zakonodaji, evropsko pravo
- Objektivna, odškodninska in pojasnilna odgovornost
- Gospodarstvo in zdravstvo – sodelovanje ali korupcija
- Uspešni zdravstveni sistemi v svetu

3. modul: **EKONOMIKA ZDRAVSTVA** 11. in 12. maj 2018

Udeleženci pridobijo: znanja ekonomije (tako makro- kot mikroekonomski vidik), ki so potrebna za razumevanje ekonomskih procesov v organizacijah.

Vsebina:

- Ekonomsko breme bolezni
- Povpraševanje in spodbude na strani povpraševanja
- Ponudba – nepopolna konkurenca in tržne nepopolnosti, neprofitnost
- Izzivi zagotavljanja vzdržnosti financiranja zdravstva



4. modul: **MANAGEMENT POSLOVNIH PROCESOV, VODITELJSTVO**

8. in 9. junij 2018

Udeleženci pridobijo: znanja managementa procesov. Seznanijo se s sodobnimi pristopi zagotavljanja stabilnosti in vitkosti procesov in spoznajo najpomembnejše značilnosti dobrega vodje.

Vsebina:

- Obvladovanje procesov v zdravstvu
- Vitka organizacija v teoriji in praksi
- Vloga vodje: voditelj, upravljelec, agent sprememb
- Delegiranje nalog in osebna odgovornost v procesu delegiranja

5. modul: **MANAGEMENT KAKOVOSTI in VARNOSTI V ZDRAVSTVU**

14. in 15. september 2018

Udeleženci pridobijo: znanja za izboljševanje kakovosti zdravstvene obravnave in znanja za izboljšanje varnosti pacientov.

Vsebina:

- Načela kakovosti v zdravstvu
- Model in orodja za izboljšave
- Projekti za izboljševanje
- Vloga vodij in zakaj projekti za izboljšave propadejo
- Napake pri izvajanju zdravstvene prakse in učenje iz napak
- Podpora pacientom, svojem in vpletenim v napako ob škodljivem dogodku zaradi napak
- Orodja za izboljševanje varnosti pacientov
- Pravična kultura in odgovornost za varnost pacientov

6. modul: **ČUSTVENA INTELIGENCA in VODENJE** 12. in 13. oktober

Udeleženci pridobijo: znanja o tem, kako razvijamo čustvene kompetence, kako najbolje razumeti čustva drugih in razvijati empatijo.

Vsebina:

- Samoobvladovanje – kako učinkovito upravljati neprijetna čustva
- Kako upravljati jezo v konfliktnih situacijah
- Vpliv čustvene inteligence na učinkovito vodenje razgovorov s pacienti in na uspešno vodenje osebja
- O ravnanju s čustvi v okviru modela sistemske kompetentnosti
- Vodenje kot misija nemogoče

7. modul: **KOMUNICIRANJE in POGAJANJA** 9. in 10. november 2018

Udeleženci pridobijo: znanja o upravljanju odnosov z javnostmi, komuniciranju z mediji in težavnimi zaposlenimi, znanja o javnem nastopanju. Seznanijo se s pogajalskimi taktikami.

Vsebina:

- Upravljanje ugleda in krepitev zaupanja
- Preprečevanje in upravljanje konfliktov, izrednih dogodkov, sporov in kriznih situacij
- Refleksija lastnega konfliktnega obnašanja
- Težavni zaposleni, vodenje pogovora, komunikacija pod stresom
- Pogajalska izhodišča in psihološki dejavniki pogajanj

8. modul: **PREDSTAVITEV PROJEKTHNIH NALOG** 7. in 8. december

Udeleženci pridobijo: skozi projektne naloge sintezo novopridobljenih kompetenc in predhodnih znanj ter izkušenj.



Na zemljevidu dobrih praks

Zdravstvo sodi med najbolj dinamične in perspektivne dejavnosti. Pojavljajo se novi izvajalci ne samo na področju diagnostike, ampak že prognoze, tehnološki napredek sili izvajalce k specializaciji in povezovanju v mednarodne mreže, krepi se čezmejna mobilnost tako bolnikov kot zdravstvenih delavcev, nove tehnike terjajo prenove procesov obravnave bolnikov in močnejše vertikalne in horizontalne povezave med različnimi izvajalci, spreminjajo pa se tudi vloge bolnikov in zdravstvenih delavcev, od katerih ne pričakujemo več zgolj zdravljenja bolezni, ampak vodenje posameznika skozi celotno življenjsko obdobje. V takšnih razmerah bodo visoko usposobljeni in specializirani zdravstveni delavci nepogrešljivi, ključni vir konkurenčne prednosti pa bo managerski tim, ki bo znal vse »zidake« povezati v ustrezno celoto. Samo z vodji z vizijo, ki bodo oboroženi s sodobnimi managerskimi orodji in bodo znali motivirati zaposlene, uvajati spremembe, prepoznavati priložnosti in poiskati rešitve v razmerah, kjer bodo vedno ovire, vprašanje zagotavljanja finančne vzdržnosti pa večno, bo slovensko zdravstvo ostalo na zemljevidu dobrih praks in znanstvenih ter tehnoloških prebojev, predvsem pa bo samo tako še naprej prispevalo k blaginji in dolgoživosti slovenske družbe.

Program Management in pridobivanje drugih vodstvenih kompetenc za zdravnike in zobozdravnike zato vključuje prav vsa ta potrebna znanja. V imenu ekipe predavateljev, ki smo ga sooblikovali, vas vabim, da se nam pridružite!

Prof. dr. Petra Došenović Bonča,
Ekonomska fakulteta Univerze v Ljubljani,
predavateljica na programu



ZAVOD ZA RAZVOJ
ZDRAVSTVENEGA
MANAGEMENTA

Program v sodelovanju s priznanimi univerzitetnimi profesorji in drugimi strokovnjaki izvaja Zavod za razvoj zdravstvenega managementa.

Prijava in več informacij: 040 851 521 ali
info@zdravstvenimanagement.si

Vljudno vabljeni!

Uporaba opiatov spet postaja velik javnozdravstveni izziv

Milan Krek, dr. med., spec. javnega zdravja, Nacionalni inštitut za javno zdravje, Organizacijska enota Koper

Milan.krek@nijz.si

Medtem ko je bilo v Evropski uniji nekaj let zatišje na področju uporabe heroína in opiatov, se v Združenih državah Amerike v zadnjem desetletju soočajo s pravo epidemijo zlorabe predpisanih in nepredpisanih opiatnih zdravil. Že leta 2007 so v ZDA izračunali, da je bilo škode zaradi zlorabe predpisanih opiatov za 55,7 milijarde dolarjev. 25 milijard dolarjev so porabili samo za zdravljenje odvisnih od predpisanih opiatov, 2,3 milijarde za zapore in 1,5 milijarde za policijske aktivnosti (1). V vzorcu 112.029 nosečnic v letih od 2009 do 2011 je bilo 31.354 (28 %) takih, ki so v času nosečnosti uporabljale predpisane opiate. Otroci so imeli ob rojstvu tudi odtegnitveni opiatni sindrom. V času triletnega opazovanja se je število otrok z odtegnitvenim sindromom povečalo kar za trikrat (2). Od leta 1999 do leta 2011 je za še enkrat poraslo predpisovanje opiatnega zdravila hydrocodona in za skoraj 500 % predpisovanje oxycodona. V istem času je tudi za štirikrat poraslo število smrti zaradi nenadne zastrupitve s predpisanimi opiaty (3). Leta 2016 je CDC (Centers for Disease Control and Prevention) objavil nova navodila za predpisovanje opiatnih zdravil ljudem, ki trpijo zaradi bolečin. Navodila imajo 12 točk, ki jih je smiselno upoštevati tudi pri zdravljenju bolečine v slovenskem prostoru.

1. Opiati praviloma niso zdravila prvega izbora za zdravljenje bolečine.
2. Preden se odločimo za zdravljenje z opiaty, moramo skupaj s pacientom določiti realne terapevtske cilje. Hkrati moramo tudi pomisliti, kako bomo prekinili terapijo z opiaty, če ne bo uspešna.
3. Med zdravljenjem z opiaty se je treba pogovoriti s pacientom tudi o stranskih učinkih opiatov, vključno o učinkih opiatov na respiratorni sistem, in kako se razvije odvisnost od opiatov ter o nevarnostih predoziranja zdravila in vožnji vozil pod vplivom opiatov.
4. Na začetku naj se predpišejo opiodi s takoj-

šnjim sproščanjem. Naj se ne predpisujejo opiodi z dolgotrajnim delovanjem.

5. Najprej začnemo zdraviti z nizkimi odmerki opiatnih zdravil in vseskozi tudi spremljamo učinke zdravila.
6. Pri zdravljenju akutne bolečine predpišemo tolikšen odmerek, da učinkuje, za čas enega tedna. Uporabljamo hitro sproščajoče opiate.
7. Pri daljši terapiji morajo zdravniki sproti ocenjevati učinke terapije že po prvem tednu in po prvem mesecu ter nadaljevati le, če so učinki ugodnejši kot posledice. Pri dolgotrajni terapiji je treba vsake tri mesece opravljati kontrole zdravljenja. Po vsaki kontroli se ponovno odločamo, ali bomo nadaljevali z opiatno terapijo ali ne.
8. Opiatov naj ne bi predpisali osebam, ki imajo negativne stranske učinke po zaužitju opiatov, ki imajo motnje dihanja, v nosečnosti in kadar pacient že uporablja benzodiazepine (BZO). Treba je ponuditi tudi nalokson kot antidot opiatom v primeru, ko predvidevamo, da bi lahko prišlo do nepričakovanih zapletov ob uporabi opiatnih zdravil.
9. Zdravnik mora slediti pacientovi uporabi opiatov in preprečevati zaplete. Vsake tri mesece mora ponovno pregledati smiselnost predpisovanja opiatov. V bazi predpisovanja zdravil je treba kontrolirati predpisana zdravila, da pacient ne prejema opiatnih zdravil tudi od drugih zdravnikov.
10. Priporočljivo je, da bolnik večkrat letno opravi test urina na opiate in druga zdravila, da zdravnik ve, katera zdravila pacient dejansko uporablja poleg tistih, ki mu jih je on predpisal, in temu primerno prilagaja dnevni odmerek in vrsto zdravila.
11. Zdravniki se morajo izogibati sočasnemu predpisovanju BZO in opiatnih zdravil. Odsvetuje se tudi sočasno predpisovanje opiatov in hipnotikov ter mišičnih relaksantov. Količino predpisanih BZO je treba zmanjševati počasi.

12. Pacientu, pri katerem se je razvila odvisnost od opiatov, je treba ponuditi zdravljenje odvisnosti s pomočjo znanih metod zdravljenja opiatnih odvisnosti s substitucijsko terapijo (4).

Predsednik Donald Trump je ustanovil posebno komisijo za obvladovanje te epidemije (5). Ključna sta dva namena. Prvi je zaščita ljudi, ki še ne uporabljajo opiatov ali jih uporabljajo, a še niso razvili odvisnosti, drugi pa pomoč pri izvajanju ukrepov na področju zmanjševanja umrljivosti zaradi uporabe opiatov. V strokovni reviji JAMA je pred kratkim izšel članek, ki predlaga, kaj naj naredi vlada ZDA na tem področju. V njem avtorja opredeljujeta naslednje ključne naloge:

1. Treba je izboljšati trenutno zbiranje podatkov in nadzor nad predpisovanjem opiatnih zdravil.
2. Treba je izboljšati zbiranje podatkov o stranskih posledicah uporabe opiatov, tudi o smrtih zaradi uporabe opiatov, ter zagotoviti boljše podatke o delovanju opiatnih snovi in o stranskih učinkih.
3. Priporoča se bolj previdno predpisovanje opiatov za zdravljenje bolečine. Opiate se lahko predpisuje predvsem bolnikom s hudo bolečino, ki je z drugimi neopiatnimi zdravili ne moremo obvladovati.
4. Omejiti je treba tržno oglaševanje opiatnih zdravil za zdravljenje bolečine. Ameriška Agencija za hrano in zdravila (FDA) mora ustaviti trženje opioidov za zdravljenje bolečine, kjer so nevarnosti stranskih učinkov večje kot koristi.
5. Zavarovalnice morajo zagotoviti brezplačen dostop do neopiatnih analgetikov.
6. Zmanjša naj se dobavo heroína in nezakonito proizvedenih sintetičnih opioidov ter izboljša sodelovanja med pravnimi in javnozdravstvenimi organi.
7. Uporabnikom drog je treba omogočiti zmanjšanje uporabe

prepovedanih opioidov kot tudi z njimi povezanih kaznivih dejanj.

8. Pri posamezniku je treba čim prej odkriti bolezen odvisnosti in ga usmeriti v učinkovito zdravljenje. Povečati je treba dostop do programov zdravljenja odvisnosti s pomočjo substitucije.
9. Potrebno je pospešeno izvajanje ukrepov za zmanjšanje škode za sedanje uporabnike opiatov, vključno z možnostjo dostopa do čistih brizg in naloksona. Dostop do čistih brizg lahko prepreči prenos nalezljivih bolezni, povezanih z injiciranjem drog.
10. Razmisliti je treba tudi o odstranitvi opioidnih analgetikov z ultra visokim odmerkom opiatov s trga (6).

Javnozdravstveni strokovnjaki predlagajo številne ukrepe za obvladovanje epidemije uporabe opiatov v ZDA. Med njimi je tudi predpisovanje naloksona kot učinkovitega antidota pri zastrupitvah z opiaty. V ZDA so prvič uvedli nalokson za opiatne odvisnike že leta 1996. Poročila s terena v ZDA poročajo o pomanjkanju naloksona na terenu. Nalokson predpisujejo zdravniki, ki pacientu velikokrat predstavljajo tudi oviro pri dostopu do zdravila. Manjše predpisovanje naloksona je tudi posledica tega, ker zdravniki ne spremljajo redno opiatnih pacientov in se ne odzovejo pravočasno na njihove težave s predoziranjem z opiaty. Pomanjkljivo je tudi izobraževanje pacientov o nevarnostih predoziranja in o uporabi naloksona pri preprečevanju smrtnega izida. Nalokson je večinoma v obliki ampul, kar pa zahteva že nekaj spretnosti od pacienta ali sorodnikov, ki se morajo priučiti teh postopkov preko različnih oblik izobraževanja, če hočejo biti v trenutku zastrupitve tudi uspešni. Mnogi se ob nenadni zastrupitvi z opiaty bojijo poklicati na pomoč, ker se bojijo policije in sodnih postopkov, ki bi lahko sledili zaradi uporabe in posesti drog in opiatnih zdravil, ki jim niso bila predpisana.

FDA je sklicala sestanek, na katerem so skupaj s proizvajalci in strokovnjaki iskali rešitve za večjo dostopnost naloksona v ZDA. Med njimi je bil tudi predlog večjega dostopa do nazalne oblike naloksona in predlog intenzivnega izobraževanja uporabnikov opiatov o varni uporabi naloksona. Raziskave so tudi pokazale, da osebe, ki niso vključene v programe zmanjševanja škode, v manjšem številu uporabljajo nalokson (7).

Zaključek

ZDA so trenutno sredi ene največjih epidemij uporabe predpisanih opiatov in se srečujejo z vrsto novih izzivov, med katerimi je predvsem velika umrljivost zaradi predoziranja z opiaty. Posledica tega je tudi veliko število mrtvih zaradi nenadnih zastrupitev z opiaty, velik pritisk na programe zdravljenja odvisnosti in tudi velika nacionalna škoda, tako v denarju kot tudi v drugih oblikah. Javnozdravstveni pristopi temeljijo na zmanjševanju uporabe opiatnih zdravil za zdravljenje bolečine in na bolj previdnem predpisovanju opiatnih zdravil. Epidemija uporabe opiatov je tako velika, da sodi trenutno med prvih pet največjih javnozdravstvenih problemov v ZDA, zato se je z ustanovitvijo posebne komisije odzval tudi sedanji predsednik ZDA Donald Trump.

Med ključne ukrepe sodi predpisovanje naloksona uporabnikom opiatov, kar pa seveda zahteva dodatno izobraževanje tako zdravnikov, ki predpisujejo to zdravilo, kot tudi uporabnikov opiatov. Kljub temu je dostopnost do naloksona še premajhna. Nazalna oblika naloksona utegne biti v prihodnosti z vidika uporabe veliko boljša, ker jo je preprosteje uporabiti kot ampulirano obliko zdravila. Ob tem pa so v ZDA ponovno spoznali pomembnost skupnostnega pristopa na področju zdravja v času epidemije.

Glede na izkušnje iz ZDA je treba tudi v Sloveniji posvetiti večjo pozor-

nost predpisovanju opiatnih zdravil, jih predpisovati predvsem za hude bolečine in zaostri indikacije ter bolj natančno spremljati bolnika. Če se razvije odvisnost, mu je treba omogočiti čimprejše zdravljenje le-te. Opiatna zdravila se zlorabljajo tudi v Sloveniji. Tudi zdravniki v Sloveniji morajo začeti s predpisovanjem naloksona tveganim uporabnikom opiatov in na ta način zmanjšati tveganja za smrt pri nenadnih zastrupitvah z opiatu.

Viri

1. Birnbaum H.G., White A. G., Schiller M., Waldman T., Cleveland J. M., Roland C. L.. Societal Costs of Prescription Opioid Abuse, Dependence, and Misuse in the United States. *Pain Medicine* 2011; 12: 657–667.
2. Patrick S.W., Dudley J., Martin P. R., Harrell F. E., Warren M.D., Hartmann K. E., Ely E. W., Grijalva C., Cooper W. O.. Prescription Opioid Epidemic and Infant Outcomes. *Pediatrics* 2015;135;842.
3. Kolodny A., Courtwright D. T., Hwang C.S., Kreiner P., Eadie J., Clark T. W., Alexander G. C.. Heroin Crisis: The Prescription Opioid and a Public Health Approach to an Epidemic of Addiction. *Annu. Rev. Public Health* 2015. 36:559–74.
4. Dowell D., Haegerich T.M., Chou R.. CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain—United States, 2016. *JAMA*. 2016;315(15):1624–1645.
5. President's Commission on Combating Drug Addiction and the Opioid Crisis. Interim Report. Washington, DC; 2017. <https://www.whitehouse.gov/ondcp/presidents-commission>.
6. Kolodny A., Frieden T. R.. Ten Steps the Federal Government Should Take Now to Reverse the Opioid Addiction Epidemic. *JAMA*. 2017. 318:16.
7. Straus M., Ghitz U. E., Tai B.. Preventing deaths from rising opioid overdose in the US – the promise of naloxone antidote in community-based naloxone take-home programs. *Substance Abuse and Rehabilitation* 2013;4 65–72.

»Veš, tista tvoja narkomanka ...«

November, mesec preprečevanja zasvojenosti

Prim. Jasna Čuk Rupnik, Godnje

S temi besedami se je po uvodnem »O, živio!« začel pogovor na pločniku ob parkirnem prostoru, ko sem izstopila iz svojega avtomobila. Pozno popoldne, da bi šla za dobro uro plesat flamenko. Nadaljeval pa se je nekako takole: »Z njo smo imeli pa res velike probleme. Ti moram kar povedat, da smo bili nate res jezni. Kako jim lahko ti kar vse verjameš!?»

»No, v resnici mi ni ravno »treba« povedati. Saj že vem. Bilo je več kot jasno. Sem prav hitro dojela, kako zelo ste jezni name. Imam pa tale hip majhen pomislek. Z »narkomanko« si pravkar označila neko skoraj 40-letno žensko, mamu dveh otrok, ki se zaradi bolezni odvisnosti resda zdravi z metadonom, prepovedanih drog pa precej verjetno ni uživala že nekaj let. Pa tudi, zakaj naj bi bila »moja«? V času, ko je pri vas rodila, še vedela nisem, da obstaja, in je za zdravljenje v našem centru zaprosila šele kasneje.«

Ta gospa se je napotila iskat pomoč po svojem drugem porodu v naš center menda zato, ker je slišala,

da se zaposleni do pacientov vedemo spoštljivo in jih razumemo, še posebej menda tudi mlade mamice oz. mlade starše. Morda je tako tudi res. V resnici si za takšen donos do ljudi tudi prizadevamo. Vsekakor drži, da sem sama kot vodja CPZOPD (centra za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog) specialistka pediatrije, odgovorna medicinska sestra centra pa je v prvih letih službovanja delala prav tako v otroškem dispanzerju. Obe imava že odrasle otroke in sva tudi babici in obe imava svoja moža, otroke in vnuke iskreno radi. Razumljivo torej, da se naše pacientke in pacienti z nama veliko posvetujejo ne le o svojih problemih, ki jih prinaša njihova včasih zelo zapletena bolezen, ampak tudi o negi in vzgoji otrok.

Zakaj so bili v porodnišnici takrat tako zelo jezni name? Ker niso uspeli razumeti, da sem jim preko sistemov za zagotavljanje kakovosti in varnosti ponudila svojo brezplačno in dobronamerno strokovno pomoč za izboljšanje procesa podeljevanja zdravila

metadon, ki je zdravilo, kot mnoga druga – odlično, a ob neprimerni uporabi tudi smrtno nevarno. S tem zdravilom imam preko 20 let izkušenj, ob tem pa precej ne le praktičnega, ampak tudi teoretičnega znanja. Namesto sodelovanja, z namenom naše skupne najboljše skrbi za pacientko, so se v porodnišnici odločili izbrati jezenje name. In, seveda, na pacientko, ki jim je »delala velike probleme«.

Kdaj že smo na zdravniški zbornici poslušali predavanja z naslovom »Ne jemlji osebno«?

Pa gremo naprej, v druge porodnišnice. »A da se boš lahko šla drogirat?« Tak je bil menda – to pišem jaz, ki pacientom menda »vse verjamem« – odziv ginekologa, ko je porodnica prosila za dovoljenje za odhod do bankomata izven porodnišnice, da bi dvignila nekaj denarja – zase in za partnerja, nekaj pa za njunega prvega otroka, že srednješolca. Družinica, v kateri so se rojstva tudi tega otroka vsi zelo veselili že pred, še bolj pa po porodu. Pacientka se je – po 14-dnev-



Veselo praznovanje maminega rojstnega dne. Bilo je malo pred odvzemom skoraj dveletnega otroka, ki se je v času nastanka te fotografije veselil vožnje po sobi s svojim »poganjalčkom« bolj kot odlične višnjeve torte, ki jo je mami podarila njena babica. Tudi ta mama v času svoje nosečnosti in še prej ni uživala drog in alkohola. Tudi tobaka ni kadila.

nem odločanju o tem, ali naj nenačrtovano zaplojenega otroka donosi ali ne – v otrokovo dobro odločila opusti še kajenje tobaka, prepovedanih drog in alkohola pa že več let ni uživala. A so se v porodnišnici začeli vse bolj zapletati odnosi med njo in osebjem. Izvor problemov je bilo pacientino nezaupanje v podeljevanje metadona. Zdravilo so iz literske embalaže na oddelku pripravljale medicinske sestre, ki jim pacientka ni (več) zaupala. Zdravilo je želela prejemati v originalno zaprti plastenki, v katero dnevni odmerek pripravi lekarna. Podobne zaplete, kadar se pojavljajo v našem CPZOPD, zmoremo dokaj uspešno reševati in predvsem preprečevati z razumevanjem skrbi, ki preplavljajo določenega pacienta v določenem času, predvsem pa s stalno prakso uveljavljanja skrbnosti za zagotavljanje kakovosti in varnosti.

In še nekaj misli o tem, kakšne posledice utrpi ženska, ki ji po porodu otroka vzamejo. Danes poznam že zgodbe mnogih. Le malo je med njimi tistih, ki so bile pred porodom zaradi bolezni odvisnosti oskrbovane v

našem centru. A vsak odvzem otroka je odveč. Je zakonsko »potrben«, a je preveč. Je logičen zaščitniški odziv institucij na dejstvo, da v Sloveniji (pa ne le v Sloveniji) (še) ne znamo in ne zmoremo resnično pomagati materam v stiskah. Zato uporabljamo kaznovalne mehanizme sejanja strahu in duše že tako ali tako od nasilja globoko prizadetih ljudi. Kadar potreb naših pacientov ne razumemo in jih pri svojem delu ne upoštevamo ali pa ljudi razumemo po načelu »jaz že vem, kaj je dobro zate«, si lahko obetamo precej več težav, kot jih življenje tako ali tako prinaša nam vsem. Nekoč mi je ena od kolegic – pediatrija v porodnišnici – pojasnila: »Vem, Jasna, odnos do mamic, ki se zdravijo z metadonom, je tudi pri nas slab. Takoj za Šiptarji.« Pa se tega v slovenskem zdravstvu zavedamo?

Morda ne. Zato si je vredno ogledati nagrajeni film Jana Cvitkoviča »Družinica«. Morda nam bo potem dojemanje človeškega trpljenja in tega, kako vpliva na človeka, bolj razumljivo. Razumevanje nas bo morda vodilo v boljša ravnanja. Upanje umira zadnje.

In memoriam prof. dr. PAVLE KORNHAUSER



Zdravniška zbornica Slovenije,
21. decembra 2017
ob 19. uri
v Domus Medica,
Dunajska cesta 162, Ljubljana

PROGRAM KONCERTA

Marko ZUPAN: Pavletu
Violina: Marko Zupan

J. S. BACH: Chaconne iz Partite št. 2 v d-molu za solo violino BWV 1004
Violina: Katarina Zupan

L. van BEETHOVEN: Sonata za klavir št. 8, op. 13 v c-molu »Patetična«
1. stavek: Grave – Allegro di molto e con brio
Klavir: Andraž Cerar

F. CHOPIN: Nokturno op. 48, št. 1 v c-molu
Klavir: Matej Cerar

F. CHOPIN: Fantaisie Impromptu v cis-molu op. 66
F. CHOPIN: Polonaise v As-duru »Heroique« op. 53
Klavir: Katja Sinkovič

Orlando di LASSO: Matona mia cara
Ljudska iz Zilje, pripr. Lojze Lebič: Pesem od Zarje
Barbara MAURER: Emona, Emona (Tri miniature: Vrata v mesto Emona, Emonske terme, Žabe)
Vox Medicorum, zborovodkinja: Barbara Maurer

B. BARTOK: iz 44 duetov za dve violini; št. 27 Santa Tanc, št. 32 Maramarosi Tanc, št. 35 Ruten Kolomejka, št. 39 Szerb Tanc, št. 42 Arab Dal
Violini: Katarina in Marko Zupan

C. FRANCK: Sonata za violino in klavir v A-duru, 4. stavek: Allegretto poco mosso
Violina: Marko Zupan
Klavir: Katja Sinkovič

J. BRAHMS: Madžarski ples št. 5 v g-molu
Privedba za klavir štirinoročno; klavir: Andraž in Matej Cerar

Vljudno vabljeni!

Vljudno vas prosimo, da svojo udeležbo potrdite na: kristina.udovc@zss-mcs.si ali na telefon: 01 30 72 152, in sicer najkasneje do 19. decembra 2017, za kar se vam najlepše zahvaljujemo.

Szekeres je novi predsednik Avstrijske zdravniške zbornice

Prevod in priredba:

Marjan Kordaš

marjan.kordas@mf.uni-lj.si

Predsedstvo zbornice:

Predsednik:

dr. Thomas Szekeres

Prvi podpredsednik:

dr. Herwig Lindner

Drugi podpredsednik:

dr. Johannes Steinhart

Tretji podpredsednik:

dr. Harald Mayer

Referent za finance:

dr. Michael Lang

Odbor za zdravnike (s koncesijo)

(*Bundeskurie niedergelassene Ärzte*):

Predsednik (*Obmann*):

dr. Johannes Steinhart

Prvi namestnik: dr. Edgar Wutscher

Drugi namestnik: dr. Norbert Meindl

Odbor za nastavljene zdravnike

(*Bundeskurie angestellte Ärzte*):

Predsednik (*Obmann*):

dr. Harald Mayer

Prvi namestnik:

dr. Karlheinz Kornhäusl

Drugi namestnik: dr. Harald Penz

Dr. Thomas Szekeres, novi predsednik Avstrijske zdravniške zbornice, je bil rojen 1962 na Dunaju. Promocija za zdravnika 1988, specialist za klinično kemijo, laboratorijsko diagnostiko ter habilitacija 1994; specialist za humano genetiko 2005. Od leta 1997 je dr. Szekeres t. i. *Oberarzt* na

Kliničnem inštitutu za medicinsko in kemično laboratorijsko diagnostiko na Medicinski univerzi Dunaj.

Težišče njegovega znanstvenega dela je raziskovanje raka. Sodeloval je pri približno 180 objavah v mednarodnih revijah.

Vir: *Österreichische Ärztezeitung*
št. 12, 30. junij 2017

Opomba: *Niedergelassene Ärzte* so zdravniki, ki svoj poklic izvajajo kot svoboden poklic, lahko tudi v okviru pogodbe z zavarovalnico. *Angestellte Ärzte* pa so zdravniki, ki svoj poklic izvajajo v javni (državni?) službi (večinoma v bolnišnicah, ki delujejo kot javne službe).

Debelost: število se hitro povečuje

Prevod in priredba:

Marjan Kordaš

marjan.kordas@mf.uni-lj.si

Delež adipoznih ljudi se je od 1980 do 2015 podvojil v 70 deželah. Tako kaže raziskava, ki jo je opravil Institute for Health Metrics v Seattlu,

ZDA. Leta 2015 je bilo po vsem svetu približno 2,2 milijarde ljudi (približno 30 odstotkov), ki so bili preveč težki ali adipozni. Med tistimi deželami, ki imajo največ prebivalcev, je največ debelih otrok v ZDA, kar 13 odstotkov. Pri odraslih ljudeh je delež adipoznih največji v Egiptu, 35 odstotkov. V letu

2015 je približno 4 mio. ljudi umrlo zaradi prekomerne teže. Pri dveh tretjinah so bile vzrok smrti bolezni srca in ožilja, pri približno 15 odstotkih pa diabetes.

Vir: *Österreichische Ärztezeitung*
št. 12, 30. junij 2017

Univerzitetne klinike: zdravniki lahko delajo 60 ur

Prevod in priredba:

Marjan Kordaš, Ljubljana

marjan.kordas@mf.uni-lj.si

Na temelju spremenjenega zakona o univerzi (*Universitätsgesetz*) lahko zdravniki na univerzitetnih klinikah delajo 60 ur tudi po 1. 1. 2018 – seveda potem, ko se (med drugimi pogoji) osebno in pisno strinjajo. Pogoj pa je,

da je od tega 12 ur namenjenih izključno raziskovanju in pouku.

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

Sprejemni test za medicino: skoraj 13.000 udeležencev

Prevod in priredba: Marjan Kordaš, Ljubljana

marjan.kordas@mf.uni-lj.si

Testa za sprejem na študij medicine se je udeležilo 12.769 (prijavljenih 15.993) kandidatov. Od uvedbe sprejemnega testa leta 2006 se je število udeležencev povečalo nekajkrat. Prvič (2006) je bilo le 4.370, leta

2016 pa kar 12.769 kandidatov. Na avstrijskih medicinskih univerzah je 75 odstotkov vseh študijskih mest namenjenih kandidatom z avstrijskim maturitetnim spričevalom. Testa za sprejem na študij za humano medi-

cino (MedAT-H) in dentalno medicino (MedAT-Z) sta večinoma enaka. Letošnja novost je področje »Prepoznati čustva« v delu testa »socialno odločanje«.

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

Visok vnos soli poveča tveganje za insuficienco srca

Prevod in priredba: Marjan Kordaš, Ljubljana

marjan.kordas@mf.uni-lj.si

Raziskovalci z National Institute for Health and Welfare (Helsinki) so raziskali, ali visok vnos soli poveča tveganje za razvoj insuficience srca. V raziskavi je sodelovalo 4.630 oseb in je trajala 12 let. Pri preiskovancih so vnos soli ocenili tako, da so merili

vsebnost soli v seču. Pri tistih preiskovancih, ki so v svoji hrani vnesli več kot 13,7 g soli na dan, je bila pojavnost insuficience srca dvakrat večja kot pri tistih, pri katerih je bil vnos manj kot 6,8 g na dan.

SZO priporoča, naj vnos soli ne bi bil večji kot 5 g na dan. Avstrijsko združenje za kardiologijo (Österreichische Kardiologische Gesellschaft, ÖKG) poroča, da je v Avstriji pri vseh starostnih skupinah vnos soli večji.

Vir: Österreichische Ärztezeitung
št. 18, 25. septembra 2017

Diabetes tipa 2: rizični marker afamin

Prevod in priredba: Marjan Kordaš, Ljubljana

marjan.kordas@mf.uni-lj.si

Raziskovalci z Medicinske univerze Innsbruck so raziskali možno soodvisnost diabetesa tipa 2 ter markerja, glikoproteina *afamina*. V osmih prospektivnih kohortnih študijah, ki so zajele več kot 20.000 preiskovancev, so merili raven afami-

na. Podatke so analizirali v smislu povezanosti s prediabetesom, diabetesom tipa 2 ter odpornostjo (resistenca) na insulin. Prva avtorica pri tej raziskavi, prof. Barbara Kollerits, meni, da »... se raven afamina v krvi poveča že dolgo preden se (klinično)

pokaže (manifestira) diabetes tipa 2.« Že če je koncentracija afamina povečana samo za 10 mg/l, se za 30 odstotkov poveča tveganje za pojav diabetesa. Prognoza pa je, poleg starosti in spola, seveda odvisna tudi od znanih rizičnih parametrov.

Vir: Österreichische Ärztezeitung
št. 18, 25. septembra 2017

Zdravnici deset mesecev zapora

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

27. oktobra 2017 so v Kroniki časopisa Delo objavili informacijo, da je bila Olga Krajnc, zdravnica pediatrijnja s pediatrične klinike mariborskega kliničnega centra, ki je sedaj že upokojena, obsojena na 10 mesecev zapora zaradi smrti šestnajstmesečne deklice. Sodišče je namreč menilo, da je opustila dolžno ravnanje in ni dovolj spremljala dekličinega zdravstvenega stanja. Obsodba, po poročanju časopisa, še ni pravomočna.

Hud zaplet zdravstvenega obravnavanja šestnajstmesečne deklice se je zgodil spomladi leta 2009, to je pred osmimi leti.

Torej osem let preiskovanja in razsojanja dogodka!

Osem let nezaključenega žalovanja staršev za umrlo deklico ter osem let razsojanja o odgovornosti sprejemne zdravnice za dekličino smrt.

Kakšen smisel ima zaporna kazen za danes že upokojeno zdravnico po osmih letih od dogodka?

Deklica je osem let mrtva, z njo na svoj način tudi zdravnica.

Zakaj sodišče ni zaupalo slovenskemu izvedenskemu mnenju in se je naslonilo na tuje oz. dunajsko izvedensko mnenje?

Bolniki in njihovi svojci ter tudi sodniki očitno ne zaupajo slovenskim zdravniškim izvedenskim ugotovitvam oz. menijo, da slovenski zdravniki nismo sposobni strokovne objektivnosti do vpletenih v zdravstveni zaplet?

Priznam, da moje vedenje o podrobnostih hudega zapleta pred osmimi leti sloni le na omenjeni časopisni informaciji. Utemeljitev razzsodbe, kot sledi iz novinarskega poročanja, pa me vsekakor ni prepričala o pravičnosti sodbe oz. je celo vzbudila moj dvom v njeno objektivnost.

Iz novinarskega poročanja je razvidno, da je bila deklica s simptomi akutne črevesne okužbe najprej 29. marca 2009 sprejeta na običajen pediatrični oddelek mariborskega kliničnega centra. Pet ur po sprejemu je njena mati, in ne strokovni kader na oddelku, opazila, da se je dekličino zdravstveno stanje resno poslabšalo, in iskala pomoč pri sestrah. Le-te so očitno presodile enako, da je deklica ogrožena, in so jo nepo-

sredno na rokah odnesle v intenzivni oddelek, kjer je nato po dveh dneh umrla. Vse to razberemo iz novinarskega poročila.

Mariborsko okrajno sodišče je spoznalo sprejemno zdravnico Olgo Krajnc za krivo, da ni pravilno ocenila dekličine zdravstvene ogroženosti oz. da je podcenila njeno izsušenost zaradi akutne črevesne okužbe, ter ji izreklo desetmesečno zaporno kazen. Od kazenske odgovornosti medicinskih sester je odstopilo.

Tako nekako bi lahko razumeli novinarsko poročilo.

Med vrsticami omenjenega časopisnega poročila pa sem kot dolgoletna bolnišnična zdravnica zaznala strokovne nejasnosti in zaradi njih podvomila v objektivnost sodnega obravnavanja omenjenega hudega zapleta.

Najprej sem ugotavljala, da je ves sodni postopek trajal nedopustno dolgo in je izgubil svoj osnovni cilj izboljšanja postopkov dela na pediatrični kliniki v Mariboru. Mnogi bralci Dela so poročilo v Kroniki razumeli kot končno pošteno zadoščenje pravici in naposled vendarle ugotovljenega krivca – zdravnika – za smrt deklice, ki je upravičeno obsojen.

Iz razzsodbe, glede na časopisno poročilo, po moji oceni predvsem ni razvidno, da bi bila pri sodni obravnavi upoštevana specifičnost bolnišničnega obravnavanja bolnikov, torej timski pristop k obravnavanju bolnikov.

Zelo me je zmotilo, da je mati prva opazila izrazito poslabšanje dekličinega stanja, in ne osebje oddelka. V nočni izmeni naj bi bile tri sestre. Za koliko bolnikov naj bi skrbele? So s strani matere opozorjene sestre, ki so dekličino stanje očitno ocenile enako kot mati, obvestile dežurno zdravnico o poslabšanju dekličinega stanja? So morda od nje prejele navodilo, da deklico prenesejo na intenzivni oddelek? So obstajali na oddelku protokoli obravnavanja akutno življenjsko ogroženega bolnika? Če so obstajali, zakaj jih sestre niso upoštevale? Zakaj je bila torej opuščena prva oskrba življenjsko ogrožene bolnice na oddelku ter je bila prenešana na drug oddelek, pri tem pa izgubljen čas, ki

je bil morda odločujoč za deklinino preživetje?!

Sestre so bile oproščene krivde z utemeljitvijo, da naj bi izredni strokovni nadzor v mariborskem kliničnem centru ugotovil veliko pomanjkljivosti pri organizaciji dela na pediatriji. Je bila za organizacijo dela na pediatrični kliniki mariborskega kliničnega centra edina odgovorna obsojena zdravnica? Kje je hierarhična odgovornost za organiziranje dela v tako pomembni slovenski ustanovi? Je zdravnica Olga Krajnc le žrtveno jagnje? Bi moral za smrt deklice odgovarjati še kdo drug?

Ocenjujem tudi, da je izrek kazni po osmih letih od dogodka, ko je zdravnica Olga Krajnc že upokojena, absurden. Deklice ne bo oživil!

Imam vtis, da je »pravica« razsojala z zavezanimi očmi. Vsekakor ni

zaslutila širine zdravstvenega problema obravnavanega dogodka! Zdravniki smo ostali tiho ter s tem sodelovali pri izločitvi »gnilega jabolka« iz naše sredine. Dopustili smo zanemarjanje z izrednim strokovnim nadzorom ugotovljenih sistemskih napak pri organizaciji dela na mariborski pediatrični kliniki in dopustili zožitev krivde za smrt deklice le na eno osebo oz. dežurno zdravnico. Spet smo, kot lahko opazimo, zamudili priložnost, da bi bili objektivni do vseh vpletenih v zaplet zdravstvene obravnave umrle deklice!

Tragični dogodek se počasi spravlja pod preprogo.

Pred očmi Slovencev se je ohranil ugled klinične ustanove. Zamolčali smo, da je Olga Krajnc delovala, kot je pač delovala, znotraj takrat organizacijsko pomanjkljivega sistema. Morda

bi boljši, varnejši sistem organizacije dela na pediatrični kliniki mariborskega kliničnega centra takrat lahko preprečil smrt deklice?! Zakaj nismo sposobni priznati, da je v takih situacijah, kot je bil zaplet pri šestnajstmesčni deklici, odločujoča organizacija bolnišničnega dela ob bolnikovi postelji, za katero bi moralo skrbeti strokovno vodstvo ustanove?!

Sodstvo nam, kot lahko ugotovimo, pravzaprav upravičeno ne zaupa, da zmoremo pošteno presojsati sami sebe.

Izločanje »gnilih jabolk« iz sistema zdravstvenega obravnavanja slovenskih bolnikov sistema vsekakor ne bo izboljšalo. Tudi ne ščitenje hierarhično odgovornih pri zdravstveni obravnavi bolnikov, ki ne prevzemajo odgovornosti za svoje delo.

Za smrt otroka v UKC Maribor odškodnina¹

Prof. dr. Milan Čižman, dr. med., višji svetnik, Ig

Triindvajsetega oktobra in petega decembra sta bila v Delu prispevka o smrti 16-mesečne dvojčice, ki je v UKC Maribor prebolevala rotavirusno okužbo. Starši deklice so vložili tožbo proti UKC Maribor zaradi domnevne odgovornosti za smrt otroka. Opravljen notranji nadzor ni pokazal nepravilnosti. Izredni nadzor Zdravniške zbornice je odkril nekaj pomanjkljivosti/nepravilnosti glede beleženja ocene kliničnega stanja, nadzora nad otrokom in mesta oživljanja. V izvedenskem mnenju pediatra z Dunaja je bila podana ugotovitev, da ob pravočasnem in pravilnem nadomeščanju izgubljene tekočine verjetno ne bi bilo takšnih posledic. Ker sem seznanjen s potekom bolezni pri otroku ter terapijo, ki jo je deklica prejela, in glede

na dolgotrajne izkušnje z zdravljenjem otrok z infekcijskimi boleznimi, se ne strinjam povsem z ugotovitvijo, da bi ob pravočasnem in pravilnem nadomeščanju tekočine zdravljenje deklice verjetno imelo drugačen razplet.

Deklica je bila sprejeta v bolnišnico zaradi driske in izsušenosti. Dežurna zdravnica je ugotovila zmerno pomanjkanje telesnih tekočin. Deklica je prejela infuzijo, kar je v skladu s stroko. Dehidracija ali izguba tekočine je najpogostejši zaplet rotavirusne okužbe, vendar je v našem primeru deklica dobila ustrezno terapijo. Najpogostejši vzrok smrti v državah v razvoju je dehidracija, v bolj razvitih pa zapleti. Deklica ni imela znakov, zaradi katerih bi morala biti sprejeta v

enoto intenzivne terapije, in je bila sprejeta na bolnišnični oddelek. Zgodilo pa se je nekaj nenavadnega in nepričakovanega. Pojavila se je centralna odpoved dihanja in odpoved delovanja srca.

Nenadna smrt otroka ob akutni driski, ki jo povzroča rotavirus, je nenavadna in redka. Letos so Japonci objavili nacionalno raziskavo o vnetju možganov (encefalitis), prizadetosti možganov (encefalopatija) in nenadni, nepričakovani smrti v zvezi z rotavirusno okužbo. V dvoletnem obdobju 2009–2011 so z anketo v skoraj 1000 bolnišnicah na Japonskem ugotovili nenadno nepričakovano smrt pri sedmih otrocih. Raziskave v ZDA so ugotovile en smrtni primer na 1616 sprejetih otrok v bolnišnico, na Švedskem pa na 984 sprejetih. Zapleti, ki lahko privedejo do smrti, so zapleti na osrednjem živčevju, ki se

pojavi pri manj kot 5 odstotkih otrok z rotavirusno drisko, in zapleti na srcu – vnetje srčne mišice. Rotavirus torej lahko povzroči smrt. Vzročnega zdravljenja rotavirusnih okužb nimamo. Univerzalno cepljenje zmanjša pogostnost rotavirusne okužbe, treba pa je še ugotoviti, ali bo tudi manj zapletov v zvezi z boleznijo.

Za zdaj ni jasno, zakaj pride do smrti v primerih rotavirusne driske. V več kot 40-letni praksi dela na otroških oddelkih Infekcijske klinike se spominjam dveh smrti (ena je bila nenadna in nepričakovana) ob rotavirusni okužbi. Dežurni zdravnici, medicinske sestre in nobena od mater

niso opazovale pri otrocih znakov, ki bi nakazovali tako hud zaplet bolezni. To, kar se je zgodilo v Mariboru, se lahko zgodi vsak dan dežurnim ekipam v slovenskih bolnišnicah, ki sprejemajo otroke z akutno drisko. Glede na nizko pogostnost smrti v zvezi z rotavirusi pričakujemo podoben primer v Sloveniji na vsakih nekaj deset let. V Mariboru so obtožili dežurno ekipo zaradi pomanjkljivosti oziroma nepravilnosti, za katere nimamo dokazov, da so povzročile smrt. Obtožba dežurne ekipe na podlagi ugotovljenih nepravilnosti, ki niso zanesljivo povezane s tragičnim izidom bolezni, ki je bil nenaden in

nepričakovan, je z medicinskega stališča sporna. V nekaterih primerih, še vedno z vsemi medicinskimi ukrepi in postopki, ni mogoče premagati procesov, ki jih bolezen ali njen povzročitelj povzročita v organizmu bolnika. V interesu svojcev in zdravstvenih delavcev je, da se razvije dobra in ustrezna pravna praksa, ki upošteva značilnosti in posebnosti bolezni, ustreznosti in vpliv zdravstvenih postopkov ter dejavnikov pacientov, v okviru pravne presoje.

1 Članek je bil objavljen 28. 12. 2013 v Sobotni prilogi Dela.

E-napotnice ali naivna pričakovanja bolnikov (in zdravstvenih delavcev)¹

Odziv na javno pismo pacienta g. Cimpriča (Dnevnik, 10. novembra) o slabi koordinaciji podatkov o čakalnih dobah med ambulantami

Helena Gerbec, dr. med., spec. oftalmolog, Oftamed, d. o. o., Maribor

Zelo se strinjam z vami, gospod Cimprič (Dnevnik, 10. novembra). Dejstvo je, da je Slovenija začela uvajati e-zdravstvo nedomišljeno, na vrat na nos, samo da je lahko pobrala nekaj evropskih sredstev, izvajalcem in bolnikom pa je nakopala neizmerne težave. Naše zdravstvo je finančno ekstremno podhranjeno. Povprečen obisk v očni ordinaciji je vreden približno 20 evrov. Oprema naših ambulant pa je vredna toliko kot trisobno stanovanje v Ljubljani, vendar vsakih pet let popolnoma zastara, zato jo je treba posodobiti. Če bi imeli denar. Ki ga nimamo. Pošljite ženo k frizerju z 20 evri pa boste videli, kakšna se bo vrnila, pa frizerska oprema ni vredna več kot 20.000 evrov s pohištvom vred.

Z e-zdravstvom je seveda katastrofalen križ, se popolnoma strin-

jam. Skupaj s sestro sem izpolnila napotnico (pošiljam pacienta na kliniko za kronično zdravljenje, ki ga izvajajo samo tam, in to ne prvič) in jo sama poslala v »online«. Sestra me je izšolala, ker sem se usajala, da moram ambulantno narediti sama, sama vlačiti paciente od aparata do aparata, biti sama pri pregledu, sama za vse, ker ona ves čas bulji v računalnik. Za napotnico sem porabila 72 klikov, štela sem, ker me je sistem petkrat vrgel ven in sem postopek morala ponavljati, vmes sem še nekaj napačno kliknila, pa jovo na novo.

Ta ista sestra mi je tudi povedala, da je sprejetje napotnic enaka groza. Nekatere so elektronske, nekatere papirnat. Pri elektronskih sistem meče ven, nekako trikrat za vsako, pri papirnatih pa je pretipkavanja za celo knjigo. Vmes se, seveda, izklopi

sistem. In telefoni zvonijo, pa na sprejemni liniji je vrsta pacientov do Kitajske. Tistih, ki so obupali in se prišli sami naročit.

Hkrati mi je še povedala, da mi je do zdaj to dejstvo prihranila, da pa vseeno moram vedeti: sistem na spletu prikazuje nerealne čakalne dobe. Pri nas je realna za prvi pregled kakšnih 8–9 mesecev, sistem pa prikazuje 3 mesece. Zaradi tega se s pacienti neprekinjeno prička, ker jih nima kam naročiti v tem čarobnem, prekratkem trimesečnem času.

Zdaj pa h gospodu Cimpriču in njegovi ideji naročanja. Prav gotovo bi bilo idealno, da bi sistem sam poiskal ustanovo z najkrajšo čakalno dobo, ta pa zainteresirane paciente. Samo da bi čakalne dobe na spletu morale ustrezati resnici. Zakaj ni tako, ne ve ne bog ne hudič. Izvajalci najmanj.



Vabilo

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 prejemnike priznanj 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 prejemniki priznanj in predsedniki zbornice

17.00 **Oglejmo si**

Odprtje retrospektivne razstave dosedanjih razstavljalcev

18.00 **Praznujmo in počastimo izjemne dosežke**

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

Slavnostni govornik bo **dr. Milan Brglez**, predsednik Državnega zbora RS

18.30 **Uživajmo ob glasbi**

Koncert zdravniškega orkestra Camerata medica z gosti

19.30 **Družimo se**

Družabni večer s pogostitvijo

Prosimo vas, da udeležbo na Slavnostni akademiji ob 25-letnici zbornice potrdite na: kristina.udovc@zss-mcs.si ali po telefonu: 01 30 72 152. Vabilo velja za dve osebi.

Vljudno vabljeni!

Poleg tega se moramo zavedati, da smo Slovenci pretežno ostareli narod, ki je tehnološko nepismen. Vsaj mi večine naših pacientov ne moremo obveščati drugače kot s fizično pošto (strošek 200 evrov vsak mesec!), ker bodisi nimajo telefona, ne poznajo svoje številke, povejo napačno številko ali ne znajo uporabljati mobilnega telefona. Kakšna e-pošta neki! Včasih nam dajo podatke otrok, pa ti ne vedo, za kaj gre, ko jim pišemo. Pri naročanju seveda niso zraven. Tudi fizična pošta pogosto ne deluje, ker pacienti niti pravega naslova ne podajo. Če se preselijo, se jim ne zdi vredno tega urediti niti na kartici zdravstvenega zavarovanja niti na upravni enoti.

Gospod Cimprič, prijazno vabljeni k nam za en dan (več ne bo časa). Pokazali vam bomo, kako e-nadloga deluje na drugi strani vrat, pri izvajalcih. Mnogo in premnogo šifer, kup podatkov, ki jih je treba upoštevati, popolnoma zbirokratiziran sistem, ki ne vidi pacienta, ampak samo to, kar

piše na napotnici. Izvajalci si belimo glavo z vprašanji, ali gre za prvi ali kontrolni pregled, ali se kaj sploh sme, kaj se lahko obračuna, ali se sme nekoga pregledati ali operirati z drugačno stopnjo nujnosti, kot je na napotnici, ali smemo nekoga operirati dan prej, kot je na vrsti, da ne bo kršil pravic drugih, ali smo vse podatke in opravičila skrbno zapisali na prava mesta. Pacienta nimamo več časa niti pogledati, kaj šele, da bi se ukvarjali z najboljšo možno obravnavo njegovih težav.

Strokovno sprotno izpopolnjevanje? Pozabite. Mi se ukvarjamo z zaporednimi številkami pacientov in vprašanji, ali je res vse vpisano, da ja ne bomo spet kaznovani. In ko vse vpišemo, gremo spat. Mrtvo crknjeni. Stroka? Ali to koga še zanima? Ja, mene, dvakrat na leto, ko grem na tuji kongres. Tam malo pozabim na domače sranje. Novega znanja pa doma ne morem implementirati. Nimam dostopa do novih zdravil ali

pa so ta predraga, za novo opremo ni denarja. Bolj pomembno je, da so vsi pacienti operirani točno po vrsti, da se upoštevajo stopnje nujnosti na napotnici, tudi če so bebave, da naredimo za vsako napotnico tistih 72 klikov. Moj pacient – moj sovražnik. Gospod Cimprič, po tem obisku pri nas vas bo šele strah slovenskega zdravstva.

Pa pridejo inšpektorji, pregledajo naše delo in ugotovijo, da smo kršili pacientove pravice. Seveda smo jih. Saj nas sistem sili v to. Pa ne tako, kot nam oni očitajo, ampak s tem, da pacienta nismo niti pogledali v oči, kaj šele poslušali, pregledali in zdravili v skladu s strokovnimi doktrinami 21. stoletja.

To ni iluzija za 21. stoletje, to je razpad zdravstvene stroke v Sloveniji v 21. stoletju. In še slabše bo, ker se politika ne zaveda problema.

¹ Članek je bil objavljen v Dnevniku 14. 11. 2017.

Oralno zdravje in socialno okolje

Nina Mazi, Ljubljana

Ameriški znanstveniki ugotavljajo, da zobozdravnik ni edini, ki človeku pomaga vzdrževati oz. ohranjati in izboljševati zdravje zob in ustne votline. Pomembno vlogo pri tem igrajo tudi starši in ostali družinski člani ter sorodniki.

Skupina mednarodnih strokovnjakov pod vodstvom dr. Brende Heaton, docentke na medicinski fakulteti v Bostonu, University's Henry M. Goldman School of Dental Medicine, je 19. februarja 2017 predstavila izsledke svoje najnovejše raziskave udeležencem prestižne konference The American Association for the Advancement of Science (AAAS) v Bostonu. Dr. Heatonova, ki se je odločila za specializacijo iz socialne epidemiologije na področju oralnega zdravja, ugotavlja, da socialna omrežja – družina, sorodniki, tesni prijatelji, in ne Facebook, Twitter ali

LinkedIn, pomembno vplivajo na posameznikovo oralno zdravje. Pričujoče dejstvo bo treba odslej bolj upoštevati pri načrtovanju preventivnega delovanja v skrbi za zdravje zob in ustne votline. V prizadevanja za oralno zdravje je treba aktivno vključiti ne le otroke v vrtcu in v šolah, marveč tudi njihove starše, brate in sestre, stare starše in ostale sorodnike. Dosedanje vključevanje celih razredov v preventivna prizadevanja pa se je že doslej izkazalo za učinkovito in smiselno. Na stanje v ustni votlini ne vpliva le ozaveščanje o zdravem prehranjevanju, marveč tudi vpliv socialnega okolja, v katerem posameznik živi, dela in se uči.

Viri: www.sciernce.com, sciencedaily.com, www.bu.edu



Javno in zasebno – Al' prav se piše kasha ali kaša?

Borut Stražisar, dr. pravnih znanosti

borut.strazisar@guest.arnes.si

Priznam, da sem se ob branju obeh prispevkov avtorja Iztoka Kosa v oktobrski številki Isis nemalo zabaval. Prikazane primerjave so precej izvirne. So dejanski odraz problemov v zdravstvenem sistemu ter dojemanja zdravstvenega sistema s strani zaposlenih v njem. S takšnim pristopom ni nič narobe in je tudi povsem legitimen. Dejstvo je, da ljudje znotraj sistema posamezna razmerja dojema-jo drugače kot zunanji opazovalci. Prispevek *Aktualnosti v zdravstvu in prevladujoča politično-ekonomska misel na Slovenskem* dejansko opozarja na več ravni problemov, ki niso nujno vedno povezani z zakonodajo ali politično-ekonomsko miselnostjo.

Naj se uvodoma omejim najprej na vprašanja, povezana z zakonodajo. Iz prispevka veje kritika na javne zavode in njihovo neuspešnost. Kot da je pravno-organizacijska oblika kriva za neučinkovitost oz. nered v zdravstvenem sistemu. Pravno-organizacijske oblike (javni zavodi, družbe z omejeno odgovornostjo, d.d. ...) so same po sebi nevtralne. Pravno-organizacijske oblike zgolj podajajo njihovo notranjo strukturo: pravni red nanje veže različne pravne položaje (npr. različno stopnjo obdavčenja, različno stopnjo javnosti poslovanja ...). Različni tipi so bili »ustvarjeni« s strani pravnega reda (in to že od antičnega Rima dalje) z namenom različne obravnave s strani pravnega reda. Če ponazorim s primerom iz »zasebnega sektorja«. Samostojni podjetnik posameznik (s.p.) ima pravico biti pavšalist glede obračunavanja DDV, medtem ko d.d. tega ne more. Nobenemu s.p.-ju na pamet ne pade, da bi zahteval enako obravnavo kot d.d. Tako torej tudi ne moreta biti

enako obravnavana javni zavod in zasebna ambulanta, ker za obe obliki veljajo povsem drugačni pravni položaji. Zato pa sta različni pravno-organizacijski obliki. Je pa res, da se pri nas na področju podjetništva uporabljajo pravila ljudskega zdravilstva; če je bila ta oblika uspešna za mojega sosedo, bo tudi zame. Iz tega izhaja *prvi zaključek* – nemogoče je za različne pravno-organizacijske oblike zahtevati enako obravnavo.

Če povzamem misel nekaterih zdravstvenih ekonomistov – javni zavodi so neučinkoviti, treba jih je preoblikovati v podjetja. Pravno-organizacijske oblike (javni zavodi, družbe z omejeno odgovornostjo, d.d. ...) so same po sebi nevtralne. Vsebinsko in učinkovitost posamezne oblike dajejo zaposleni v takšni obliki ter tudi odzivnost ustanoviteljev do zahtev organizacije. Tudi v »zasebnem sektorju« so lahko organizacije ekonomsko neučinkovite. Delniško družbo z vizijo in dobrim vodstvom lahko uniči razdrobljeno lastništvo z množico nezainteresiranih delničarjev (precej običajno tudi v tržnih ekonomijah). Podobno velja tudi za primer nesposobnega direktorja. Učinkovitost zasebnega sektorja v primerjavi z javnim sektorjem temelji zgolj na eni zmotni ekonomski predpostavki – primerjanju jabolk in solate. Zasebni sektor namreč nikoli ne bo izvajal dejavnosti, ki ne prinaša dobička, medtem ko javni sektor to mora početi. Prav v tem se je v začetku 21. stol. v Veliki Britaniji pokazala zmota *thatcherizma*, zaradi katere je država posamezne podsisteme začela prenašati iz zasebnega sektorja nazaj v javni. *Drugi zaključek* – učinkovitost ali neučinkovitost ni odvisna od

pravno-organizacijske oblike, ampak od interesa in razmerja med ljudmi v takšni organizaciji, predvsem pa od odzivnosti posameznih upravljaljskih struktur.

Kot sem napisal v enem od svojih predhodnih prispevkov, zasebno se začne že z izvajanjem posameznih del preko podjemnih pogodb (pogodb o delu). Logika javnega zavoda je v zagotavljanju nemotene dejavnosti ali storitve – cena ni pomembna. S tega vidika se mi zdi nelogično, da se podjetniška načela želijo vključiti v delovanje javnih zavodov. Ne gre za podjetje; gre za javni zavod. Javni zavod mora izvajati dejavnost. Ne more zapreti vrat in reči: »Oprostite, denarja je zmanjkalo – zaprti smo.« O izgubi iz tega naslova bo odločal ustanovitelj. Gre torej za politično in ne ekonomsko odločitev. Zasebnik se vedno odloča ekonomsko (in nihče mu te pravice ne odreka) – izvajal bo tista dela, ki se mu ekonomsko izplačajo, in dokler pogodbe ne bo izpolnil. Nihče ne more prisiliti zasebnika, da bi prevzemal dela, za katera bi moral na koncu plačevati iz lastnega žepa. Zasebnik se odloča ekonomsko in ne politično. *Tretji zaključek* – zasebnik izvaja ekonomske odločitve, javni zavod izvaja politične odločitve.

O sistemu kakovosti v okviru zdravstva sem tudi že pisal v enem izmed svojih predhodnih člankov. Izkazovanje kakovosti v zdravstvu se mi zdi licemersko. Prav je, da so pacienti seznanjeni s številom opravljenih posegov s strani posameznega zdravstvenega delavca ter tudi številom zapletov. Vendar pa gre tudi v tem primeru za mešanje jabolk in radiča. Vsak, ki malo pozna delovanje zdravnikov, bo znal povedati, da določeni zdravniki prevzemajo paciente z visoko stopnjo tveganja, drugi z manjšo stopnjo tveganja (čeprav gre za isto operacijo). Tudi znotraj javnih

zavodov bo en zdravnik poseg zavrnil, drugi ga bo opravil. Kot pacientu se mi zastavlja vprašanje, kaj kažejo kazalci kakovosti – dejansko uspešnost operaterja ali njegovo učinkovitost pri izogibanju in neprevzemanju posegov pri pacientih z visokim tveganjem. Pacienti nismo vijaki ali tiskana vezja, kjer ob enakem postopku lahko pričakuješ enak izid. S standardizacijo zdravniki sporočate pacientom točno to – ste surovina ali polizdelek v našem sistemu in ne več posamezniki. Kje ste pustili Hipokrata? Četrty zaključek – sistem standardizacije in primerjanja kakovosti je uporaben zgolj v primerih, ko gre za enaka ponavljajoča se dejanja z enakim »inputom«.

Glede sklepanja pravnih razmerij med »nosilcem« zdravstvene dejavnosti ter izvajalci velja povedati naslednje. Kakšne pogodbe bo sklepal nosilec dejavnosti z izvajalci, je odvisno od več dejavnikov: pričakovane rezultata, delitve tveganj, davčnih ciljev ... Zato se strinjam, da je uporaba pravnih razmerij za dokazovanje finančne (ne)privilegiranosti neustrezna. Naj ob tem omenim, da ob stiku s svojimi kolegi na različnih pravnih konferencah še nisem srečal kolega, ki bi bil zadovoljen s pravnim sistemom v svoji državi. Sistem je dan in posamezniki se lahko zgolj prilagajajo takšnemu sistemu. Sistem nastaja v parlamentu. Parlament ima svoj temelj v volitvah. Torej imamo parlament in sistem, kakršnega smo izvolili. Lahko ga kritiziramo, lahko ga počasi uspemo spreminjati. V danem trenutku pa imamo možnost, da se mu prilagodimo ali odidemo v drug sistem (če nam ustreza in nas je pripravljen sprejeti). Torej je potrebno uporabljanje posameznih tipov pogodb gledati v luči prilagajanja danemu sistemu. Glede na različno tipologijo pa so lahko določeni tipi pogodb pravno ali politično omejeni na posamezen organizacijski tip. V primeru dejanske neenakosti pred zakonom bi bile takšne tožbe uspešne. *Peti zaključek* – sistem za posameznika pomeni zunanji okvir delovanja,

znotraj njega ima posameznik avtonomijo odločanja. Ni popolnega sistema – je zgolj sistem vladajoče koalicije.

Financiranje dodatnih programov predstavlja problem zase. Kot avtor g. Iztok Kos pravilno ugotavlja, lahko posamezen problem vidimo različno, če ga gledamo iz različnih kotov. Posameznik vedno gleda problem z vidika svoje finančne ter osebnostne perspektive (in to je tudi njegova pravica). Sistem pa vedno gleda problem s sistemskega vidika. Kar je za posameznika nerazumno, je lahko za sistem povsem razumno. Osebo nimam nič proti temu, da se dodatni programi financirajo – lahko tudi z oddajo del »zasebnemu sektorju.« Imam pa naslednje pomisleke:

- ob stavkah Fidesa poslušam o iztrošenosti slovenskih zdravnikov ter o utrujenosti le-teh zaradi pomanjkanja kadra – taisti kader pa nenadoma postane neutrujen in poln delovnega elana v zasebnem sektorju ob ustreznih »finančnih injekcijah«;
- popoldansko delo (tudi s soglasjem delodajalca) vpliva na delo ekip pri matičnem delodajalcu – pritiski na ekipo, da se delo konča do določene ure, ali pa, v primeru nepredvidenega podaljšanja, mora delo prevzeti drugi kolega, ki namesto dobrega plačila dela za denar v javnem sektorju;
- varnost pacientov – kolikšna je varnost pacientov v primeru, ko zdravnik »oddela« redno delo + 70 nadur pri matičnem delodajalcu ter še kakšnih 30 ur v zasebnem sektorju? Omejitev delovnega časa niso samo zaradi zaščite delavca; v danem primeru gre tudi za zaščito pacienta;
- predčasno zaključevanje programov oz. viški znotraj delovnega časa niso vedno odraz učinkovitosti zaposlenih, temveč tudi slabe organizacije dela, slabega načrtovanja ter drugih dejavnikov.

Lahko se strinjam z logiko, ki je dana v prispevku g. Iztoka Kosa glede izgube z vidika celotnega sistema, ker se pač dodatni program zaradi takšnih

ali drugačnih razlogov ne izvaja.

Lahko se tudi sprijaznimo s čakalnimi dobami tako kot drugod v razvitem svetu – smo finančno omejeni. Odločitve in cena teh odločitev so odvisne od tehtanja in upoštevanja različnih interesov (in ne samo ekonomskih). Šesti zaključek – odločitev o načinu skrajševanja čakalnih dob in o tem, ali se bodo sploh skrajševale, je vedno samo politična in ne ekonomska.

Sedaj pa še zadeve, ki niso povezane z zakonodajo. Odprava čakalnih dob znotraj javnega zdravstva je, ob mentaliteti sedanjih vodstev na različnih ravneh (kar je izkazano tudi v samem prispevku), popolna iluzija. Ne gre za pravno vprašanje, ampak za vprašanje izvajanja pooblastil ter za ustvarjene medčloveške odnose. Zastavlja se mi vprašanje »pospravljenosti podstrešja« šefa, ki mora sam skakati in iskati prosto operacijsko dvorano. Oprostite, smo očitno zelo bogata družba, da za organizacijo prostora skrbi oseba, ki jo družba plačuje za operacije in zdravljenje (organizacijo prostora lahko prevzame nekdo s srednjo šolo). Tudi pridobivanje sodelavcev za dodaten program je povezano z odnosom takšnega šefa do sodelavcev in ustvarjanjem ustreznega vzdušja v kolektivu. Če bo šef imel korekten odnos do podrejenih, potem bodo tudi le-ti pripravljeni pomagati njemu. Šefi, ki menijo, da vsi gledamo svet samo skozi denar, očitno živijo še globoko v socializmu. Večini zaposlenih so danes finance v drugem ali tretjem planu. Zaposlenim je danes bolj pomembna fleksibilnost delovnega časa, sodelovanje in enotnost v kolektivu, izmenjava ter pridobivanje novih znanj in izkušenj, skrb za počitke, možnost prehrane, način zaščite v primeru zdravniških napak in zmotit. Vse to so zaposleni v zdravstvu v 90. letih prejšnjega stoletja imeli, nato pa so »modri šefi« v imenu ekonomike poslovanja vse skupaj uničili. Če delavca spravite na raven meznega delavca, potem ne pričakujte drugačne mentalitete kot mentaliteto meznega delavca. Ameriška ekonomija (ki jo z veliko

zajemalko uvajamo v Republiki Sloveniji) ima najdražje nadurno delo na svetu (in tudi največji problem z nadurnim delom). Ne krivite sistema, krivite sebe ter svoje neznanje glede vodenja. *Sedmi zaključek* – čakalnih dob ne bomo odpravili samo s finančnimi spodbudami, ampak predvsem z nefinančnimi.

Odnos javnosti oz. varuhov javnega do zasebnih izvajalcev kaže na temeljno mentaliteto, ki je večinoma prisotna v slovenski družbi. Zdravstvo je bilo vedno dejavnost, za katero so bili ljudje občutljivi. Če ljudi stalno

obsipate z informacijami o kroničnem pomanjkanju denarja, potem bodite pripravljeni, da bodo ljudje občutljivi za ta denar. Ob poznavanju teh predpostavk je povsem logičen zaključek, da imajo ljudje odpor do tega, da bi zdravstveni denar šel kot dobiček v žep nekemu zasebniku (čeprav je to njegova legitimna pravica). Splošno dojemanje je, da je zdravstvena dejavnost neprofitna in da torej nihče ne sme zadeve dajati v svoj žep kot dobiček. Če bi zadeve izplačevali kot plače in dobička ne bi bilo, potem bi seveda bilo, po tej isti logiki, vse v

redu. *Osmi zaključek* – družbena sprejemljivost neke rešitve je odvisna od njene predstavitve ter trenutka njene predstavitve. *Deveti zaključek* – odnos družbe je vedno pogojen z informacijami iz določenega podsistema ter vrednostnimi sodbami posameznikov do takšnih informacij.

Ob zaključku naj kratko odgovorim na naslovno vprašanje. Osebnostno menim, da je boljše vprašanje, ali se sploh pogovarjamo o isti stvari. Vse razprave bolj kažejo, da vedno bolj mešamo hruške in cvetačo.

Spoštovane doc. dr. Mirjana Rajer, dr. med., Neža Muhič, mag. farm., in prof. dr. Tanja Čufer, dr. med.,

z velikim zanimanjem sem prebrala vaš prispevek v oktobrski številki revije Isis z naslovom »Rak in komplementarne oz. alternativne metode zdravljenja«.

V prispevku ste opisale tudi **nekatero pogosto obliko alternativnega zdravljenja**, ki jih srečujete pri svojem vsakdanjem delu. Med te tri oblike alternativnega zdravljenja pa ste uvrstile tudi **homeopatijo**.

Pri kratkem opisu homeopatije pa ste navedle dva vira:

7. Cancer Research UK [internet, dostop 2. 9. 2016]. Povezava: <http://www.cancerresearchuk.org>

24. Costa A. Complementary and integrative medicine for cancer patients. Cancer World. 2017;78:34-38.

Pri pregledu obeh navedenih virov sem ugotovila naslednje:

Na spletni strani **Cancer Research UK** [internet, dostop 1. 10. 2017] v prispevku »Homeopathy« se prvi stavek glasi: »**Homeopathy is**

one of the most common complementary therapies used by people with cancer.« (...) »Homeopathy for people with cancer is promoted as a natural way to help you: (1) relax, (2) cope with stress, anxiety and depression, (3) control symptoms and side effects such as pain, sickness and tiredness.« (...) »There are **5 NHS homeopathic hospitals** in the UK. They see people with a variety of conditions, **including cancer**, and offer other types of complementary therapies. Some of them run specific programmes for people with cancer. You will need a referral from your doctor to go to one of these hospitals. The British Homeopathic Association has information on how to get homeopathic treatment on the NHS.«

Tudi **Alberto Costa** v prispevku »Complementary and integrative medicine for cancer patients – A purely ideological debate?« v reviji Cancer World (2017;78:34-38) uvršča homeopatijo med **komplementarne**

metode zdravljenja pri zdravljenju bolnikov z rakom (glej str. 35).

Homeopatija se pri zdravljenju raka uporablja kot komplementarna, dopolnilna oz. podporna metoda zdravljenja. Tako sta to navedla avtorja, ki ju navajate kot vir, in takšno stališče zastopajo tudi zdravniški homeopati. Vaš stavek »nekateri homeopati trdijo, da lahko homeopatija zdravi raka«, je silno posplošena trditev, saj ne navedete niti enega »homeopata«, ki to trdi.

Že v sosednji Avstriji je v nekaterih bolnišnicah na voljo tudi homeopatsko zdravljenje kot podporno zdravljenje bolnikov z rakom. Na primer v Landeskrankenhaus Klagenfurt – Ambulanz für Kinderonkologie v Celovcu je otrokom na voljo tudi homeopatsko podporno zdravljenje, ki ga vodi dr. Erfried Pichler. V AKH der Stadt Wien – Onkologische Ambulanz deluje specialna ambulanta Homöopathie bei malignen Erkrankungen, ki jo vodi prof. dr. Michael Frass, dr. med.

V Bolnišnici usmiljenih bratov v Salzburgu je Komplementärmedizinische Ambulanz, kjer pri zdravljenju bolnikov z rakom kot podporno metodo zdravljenja uporabljajo tudi homeopatijo. V Švici deluje Clinica Dr. Spinedi – Homöopathische Klinik, kjer nudijo homeopatsko zdravljenje kot podporno zdravljenje bolnikom z rakom (<http://www.clinica-dr-spinedi.ch/de/>). In še bi lahko naštevale.

Strokovna literatura o homeopatskem zdravljenju kot dopolnilnem zdravljenju raka pa je tudi na voljo, če navedem le nekaj avtorjev, zdravnikov homeopatov:

- Jens Wurster. *Die homöopathische Behandlung und Heilung von Krebs und metastasierten Tumoren*. IRL Verlag (2006).
- Jens Wurster. *Die homöopathische Behandlung und Heilung von Krebs und metastasierten Tumoren – mit Langzeitverläufen von geheilten Krebspatienten über 10-15 Jahre*. BOD-Verlag (2015).
- Jean-Lionel Bagot. *Homeopathy & Cancer*. Unimedica of Narayana Verlag (2015).
- Gaertner K. et al. *Additive homeopathy in cancer patients: Retrospective survival data from a homeopathic outpatient unit at the Medical University of Vienna*. V *Complement Ther Med*. 2014 Apr; 22(2):320-32.
- Frass M. et al. *Influence of adjunctive classical homeopathy on global health status and subjective wellbeing in cancer patients - A pragmatic randomized controlled trial*. *Complement Ther Med*. 2015 Jun;23(3):309-17.
- Gleiss A, Frass M, Gaertner K. *Re-analysis of survival data of cancer patients utilizing additive homeopathy*. *Complement Ther Med*. 2016 Aug;27:65-7.
- Frenkel M. *Is There a Role for Homeopathy in Cancer Care? Questions and Challenges*. *Curr Oncol Rep*. 2015 Sep;17(9):43.
- In drugi avtorji.

V Sloveniji smejo homeopatsko zdraviti le zdravniki s pridobljenimi znanji iz homeopatije. Zato smejo le zdravniki s pridobljenimi znanji iz homeopatije predpisovati homeopatska zdravila za uporabo v humani medicini. Zdravnik homeopat ne bo nikoli odsvetoval zdravljenja, ki ga pacientu predpiše njegov osebni oz. lečeči zdravnik. Zdravnik homeopat ima znanja tako šolske kot homeopatske medicine in ravno zato lahko pri vsakem bolniku oceni, kdaj je homeopatija ustrezna za zdravljenje njegovih težav.

Glede na to, da je soavtorica prispevka tudi magistra farmacije, verjetno pozna slovenski zakon o zdravilih (ZZdr-2), ki določa, da so homeopatska zdravila zdravila za uporabo v humani medicini, ki se izdajajo le v lekarni. ZZdr-2 še pravi: »Homeopatsko zdravilo je zdravilo, pripravljeno iz snovi, ki se imenujejo homeopatske surovine, v skladu s homeopatskim postopkom izdelave po določbah Evropske farmakopeje ali po veljavnih farmakopejah držav članic Evropske unije, če Evropska farmakopeja teh določb ne vsebuje.« Zakon o lekarniški dejavnosti pa celo določa, da smejo homeopatska zdravila izdajati le magistri farmacije z dodatnimi specialnimi znanji homeopatije. Kar je najstrožji režim izdaje homeopatskih zdravil v Evropi in verjetno tudi v svetu (!).

Zato je vaša trditev, da je »homeopatija psevdoznanstvena veda, ki temelji na uporabi zelo razredčenih snovi v zdravljenju«, napačna, saj homeopatija ne temelji na uporabi razredčenih snovi in ni psevdoznanstvena veda.

S 1. decembrom 2016 je bil v sistem slovenske standardizacije privzet evropski standard EN 16872:2016 kot SIST EN 16872:2016 Zdravstvene storitve, ki jih opravljajo zdravniki z dodatno kvalifikacijo iz homeopatije – Zahteve za storitve zdravstvenega varstva, ki jih opravljajo zdravniki z dodatno kvalifikacijo iz homeopatije (Services of Medical Doctors with additional qualification

in Homeopathy (MDQH) – Requirements for health care provision by Medical Doctors with additional qualification in Homeopathy), ki določa minimalne zahteve za zdravnike z dodatno kvalifikacijo iz homeopatije (program osnovnega in nadaljevalnega izobraževanja in usposabljanja zdravnikov) in zahteve za opravljanje zdravstvenih storitev. Namen evropskega standarda je doseganje optimalne stopnje harmonizacije na področju izobraževanja in opravljanja zdravstvenih storitev zdravnikov homeopatov na evropski ravni. V vseh 33 članicah Evropskega odbora za standardizacijo (CEN) je konec aprila 2017 ta evropski standard dobil status nacionalnega standarda.

Po podatkih European Committee for Homeopathy, ki združuje 40 nacionalnih zdravniških homeopatskih združenj v 25 evropskih državah, je v Evropi več kot 45.000 zdravnikov homeopatov oz. zdravnikov z dodatnimi znanji iz homeopatije, od tega jih je samo v Nemčiji 7.038 (vir: Bundesärztekammer, Ärztstatistik zum 31. Dezember 2016).

Več o homeopatiji in znanstvenih dokazih si lahko preberete na spletnih straneh Slovenskega homeopatskega društva (ki je edino slovensko zdravniško homeopatsko društvo), ECH – European Committee for Homeopathy, LMHI – Liga Medicorum Homeopathica Internationalis (Mednarodno združenje zdravnikov homeopatov), HRI – Homeopathy Research Institute ali WissHom – Wissenschaftliche Gesellschaft für Homöopathie.

Lep pozdrav,
mag. Maja Žužek
Slomškova 29, 1000 Ljubljana
maja.zuzek@siol.net

35 let uspešnega tekmovanja za čiste zobe med slovenskimi osnovnošolci

Prim. mag. Tatjana Leskošek Denišlič, dr. dent. med.

Matej Leskošek, dr. dent. med., IO Stomatološke sekcije SZD, ZD Vrhnika

Prof. dr. Vito Vrbič, dr. dent. med.

Tekmovanje za čiste zobe se je od svojega začetka na osnovni šoli v Ljubljani širilo še na druge osnovne šole ter na šole za otroke s posebnimi potrebami (OŠ). S tem je to tekmovanje bistveno prispevalo k zmanjšanju kariesa pri naših šolarjih, kar so v letošnjem letu potrdili rezultati 30-letne epidemiološke raziskave o prizadetosti zob pri dvanajstletnikih v Sloveniji, katero smo izvajali v obdobju od 1987 do 2017 (nosilec V. Vrbič). Tekmovanje za čiste zobe sta vodila intervjuvanca kot člana Stomatološke sekcije SZD.

Letos je že 35-letnica tekmovanja za čiste zobe (tekmovanja), ki pomembno vpliva na izboljšanje ustne higiene in zmanjšanje zobnega kariesa. Kolikor vem, ste akcijo začeli na vaši OŠ Kette Murn v Ljubljani že prej?

Odgovarja T. Leskošek Denišlič.

Kako čas plete mesece, leta in desetletja! Ja, davnega leta 1979 sem kaj hitro po začetku dela v šolski zobni ambulanti na omenjeni šoli ugotovila, na kar so že opozarjali kolegice in kolegi po Sloveniji. Šolarji so imeli slabo ustno higieno in veliko zobne gnilobe.

Šolarje, ki so že tekmovali za bralne značke, Vegova priznanja in v športnih disciplinah, sem želela s cenenim in dopadljivim načinom motivirati, da bi jim umivanje zob iz obveznosti prešlo v navado in potrebo.

Kako je potekalo delo od začetka ter kdaj in kako se je začelo širiti na druge OŠ in kraje?

Po posvetih z vodstvom šole, predpostavljenimi v Zdravstvenem domu Ljubljana, učitelji v šoli, predstavniki razrednih skupnosti in ljubeznivi pripravljenosti sestre Milene, ki je delala z menoj v ambulanti, da bo pomagala, sva nenapovedano, dopoldne in popoldne, pred začetkom pouka s testnimi tabletkami ugotavljali, kako so si otroci vseh 31 oddelkov nižje in višje stopnje umili zobe. Pet naključno izbranih učencev posameznega razreda je na osnovi rezultata testiranja prispevalo razredu od 0 do 5

točk; vsak s čistimi zobmi je razredu prislužil 1 točko.

Seštevke točk sva sproti vpisovali v veliko tabelo, ki so nama jo prijazno izdelali pri likovnem pouku. Visela je ob zbornici, vsem na vpogled. Zmagovalci so bili trije razredi z največjim seštevkom točk.

Brez nagrad ni šlo, saj vemo, da zdravje otrokom, žal, še ni motiv. S tedanjim predsednikom Stomatološke sekcije prof. dr. Rodetom, ki je z veliko naklonjenostjo spremljal tekmovanje od vsega začetka, sva kupovala priznanja v Državni založbi, jih pisala in na priložnostni prireditvi ob zaključku šolskega leta razdelila zmagovalnim razredom skupaj z nagradami, ki jih je prispevala Krka. Še danes se spominjam majčk iz njihovega promocijskega programa za WD40. Otroci so bili navdušeni.

Pozitivne povratne informacije sem objavila v Zoro-zdravstvenem vestniku in povabila zainteresirane k sodelovanju. Razen s Koroške, tri leta ni bilo odziva.

Kdaj vam je pri delu začela pomagati (oz. vzela to dejavnost pod svoje okrilje) Stomatološka sekcija SZD (SS)? Kolikor se spominjam, je to predsednik SS, prim. Janez Vrbošek, dr. dent. med., pred leti najavil na kongresu v Portorožu.

Predsedniki naše sekcije so bili tekmovanju ljubeznivo naklonjeni od vsega začetka. V šol. letu 1983/84 pa smo se dogovorili, da sekcija kot naš krovni organ prevzame



Intervjuvanca.

strokovno in organizacijsko vodstvo. In to je botrovalo sodelovanju prvih 34 OŠ Slovenije. Nato smo iz leta v leto beležili vse večjo udeležbo.

Kdaj ste končno oblikovali protokol o kontroli ustne higiene pri učencih OŠ, kdaj ste vključili tudi zdravo prehrano ter kako so vam pri tem sledila in pomagala šolska vodstva?

Od vsega začetka so pravila tekmovanja postavljena: nenačeloviti obiski, naključno izbrani učenci, preverjanje čistosti s testnimi tabletami, 1 točka za zobke brez oblog, vpisovanje rezultatov v tabele in že zelo dolgo časa tudi pisno privoljenje staršev tekmujočih otrok. Zmagovalec šole je razred z največ osvojenimi točkami. Vsaka regija ima tudi regijskega zmagovalca. Najboljšega med najboljšimi, t.i. NAJ razred Slovenije, pa se imenuje vsako leto po vnaprej dogovorjenem ključu po regijah.

V šol. letu 1987/88 se je na predlog predsednika prim. Vrboška naše tekmovanje vsebinsko razširilo na Tekmovanje za čiste zobe ob zdravi prehrani. Na plakatu za vpisovanje rezultatov se je nasmihalo vabljivo jabolko, prim. Simoničeva je že leta 1989 pripravila prvi dopis tekmujočim šolam o zdravi prehrani, zobozdravstvene delavke in delavci so svetovali šolskim kuhinjam in vse bolj se je širilo propagiranje vode za pitje.

Vodstva šol so našemu delu naklonjena, a je spreminjanje prehrabnih navad dolgotrajen proces, ki je odvisen tako od ekonomskega stanja (spomnimo se globalne krize, odpušcanj in negotovosti tudi v Sloveniji) kot dejstva, da so starši zobozdravstveno prosvetljeni, a pogosto nevezgajeni.

Kako je potekal poročevalski sistem po ugotovljenih rezultatih in rangiranje uspešnosti?

Pred več desetletji smo bili računalniško nepismeni. Sodelavke in sodelavci iz Slovenije so rezultate beležili ročno in take sem pretipkala na zbirnik. Ja, kar veliko izgubljenega časa, pomešanega s slabo voljo, ko

sem se zatipkala in popravljala. Z osvojitvijo osnov uporabe računalnika nam je bilo delo močno olajšano. Danes mladi vodja komunicira, zbira podatke, si dopisuje, sprašuje, obvešča in seznaja v glavnem po elektronski pošti, kar je veliko hitreje.

Rangiranje uspešnosti je največkrat enostavno. Žal pa se je že kar nekajkrat zgodilo, da sta bila na šoli dva razreda z enakim številom doseženih točk. Takrat so morale sodelavke še nekajkrat dodatno testirati čistost zob učencev teh razredov.

Kdaj so se začela tekmovanja med OŠ v regijah in med njimi?

Kot sem že povedala, se je vseslovensko tekmovanje začelo v šol. letu 1983/84, ko je tekmovalo prvih 34 OŠ. Vsako leto se je tekmovanju pridružilo več šol. Tako smo v šol. letu 1993/94 beležili že 453 OŠ, skupaj s šolami s prilagojenim programom in zavodi za usposabljanje. Prvo šolo s prilagojenim programom so v tekmovanje vključili v Celju v šol. letu 1984/85. Sedaj se lahko pohvalijo, da tekmuje praktično vsa Slovenija.

Kdaj ste dosegli približno 50-odstotno vključenost vseh OŠ v tekmovanje?

To se je zgodilo v šol. letu 1991/92, ko je tekmovanje zaključilo 379 OŠ, med njimi je bilo 12 šol s prilagojenim programom in zavodov za usposabljanje.

Kdaj je bilo prvič (zadnja leta zelo odmevno in množično) republiško tekmovanje, ob koncu katerega se v Hali Tivoli zbere okrog 3.000 šolarjev in učiteljev in so učenci nagrajeni za svoja preventivna prizadevanja?

Kot vemo, otroci radi tekmujejo, še raje pa so za svoje uspehe nagrajeni. Zato smo zmagovalce že od vsega začetka počastili s prireditvijo in nagradami. Sprva so bile prireditvene dvorane šolske telovadnice, nato dvorana Španskih borcev. Ko se je tekmovanje razmahnilo nad vsa pričakovanja, smo začeli osrednjo zaključno prireditev organizirati v

Dvorani Tivoli. Že dolga leta se tam zbere več tisoč najvestnejših tekmovalcev z učitelji vred.

Seveda je bilo zmagovalce včasih nemogoče pripeljati v Ljubljano zaradi oddaljenosti ali ker je bilo prostora tudi v Tivoliju vse manj, njih pa vse več. Zato poleg osrednje zaključne prireditve že od leta 1988 beležimo lokalne zaključne prireditve po vsej Sloveniji (Maribor, Celje, Kranj, Koper, Nova Gorica, Ajdovščina, Črnomelj, Jesenice, Novo mesto in še bi lahko naštevala).

Kdo (katere združenja, sekcije, ministrstva) vam je doslej pomagal pri organizacijskem in strokovnem delu? Ali ste sodelovali s Pedontološko sekcijo?

Vseslovensko tekmovanje že od leta 1983 poteka pod strokovnim in organizacijskim vodstvom SS, ki je zato ustanovila Ožji odbor tekmovanja. V njem so se v vseh teh letih obstoja zamenjale generacije sodelavcev. Pet pedontologov, en ortodont in trije zobozdravniki, ki so delali v zobnih ambulantah za šolarje, bodisi v šolah ali zdravstvenih domovih, so sestavljali prvi odbor. Z leti so zaradi odhoda v pokoj, prevelikih obveznosti ali smrti prihajale nove sodelavke in sodelavci, tudi sestre vseh profilov. Sodelovanje je bilo izjemno, uigrano in, kot vidite, uspešno.

Žal z ministrstvi nisem imela najboljših izkušenj. Le enkrat, pred veliko, veliko leti, smo doživeli obisk ministrice za zdravje in ministra za šolstvo. Bi nam pa olajšali delo in



Zobne obloge.



Šolarji v Hali Tivoli.

omilili skrbi, ko bi ministrstvo za zdravje vsako leto natisnilo priznanja in vsako peto leto finančno podprlo izdajo zbornika. Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport pa bi nam morda lahko vsako leto plačalo dvorano. Ne gre za velika finančna sredstva (natis 1.000 priznanj je cca 1.000 evrov z DDV, najem dvorane pa 3.000 evrov z DDV). Veste, ni enostavno poleg nagrad za več kot 17.000 zmagovalcev namoledovati še za stroške izvajalcev programa, za ozvočenje, varnostnike, SAZAS itd.

Kako sodelujete z učitelji?

Ja, učitelji so naša desna roka prav ves čas tekmovanja. Brez njih ne bi bili uspešni, kot smo. Je pa potreben dogovor, da se ne moti pouka.

Imamo pa zadnje desetletje posamične, zelo, zelo redke, težave s starši, ki so, žal, vse preveč zaščitniški do svojih otrok.

Kaj počenjate sedaj, ko ste v pokoju?

Prvi meseci so bili zmedeni. Toliko let istega dnevnega ritma ni od muh.

No, pa sem se našla. Več časa s soprogom preživim na Krasu, se posvečam čudovitima vnukoma, trinajstletni Piki in osemletnemu

Ianu, vlagam ozimnico in včasih napišem kakšno kratko zgodbo. Celo tri nalive peresa sem osvojila z zmagami.

Pred nekaj leti ste prevzeli organizacijo in vodstvo akcije. Kako ste se uspeli v zadnjih letih približati 99,5-odstotnemu sodelovanju OŠ in 100-odstotnemu sodelovanju šol za otroke s posebnimi potrebami?

Odgovarja M. Leskošek, sedanji vodja Tekmovanja za čiste zobe ob zdravi prehrani.

Da, pred nekaj leti sem prevzel vodstvo tekmovanja, a sem že prej kar nekaj let sodeloval kot pomoč, kjerkoli se je pokazala potreba. Kot učenec pa sem tekmovanje okusil tudi na lastni koži.

V zadnjih letih res beležimo tako veliko vključenost slovenskih osnovnih šol v tekmovanje. Veseli smo, da se je tekmovanje tako dobro »prijelo«. Smo zagnan, optimističen in uigran tim, ki resnično verjame, da lahko premika gore. Vse naše delo je rezultat velike želje dati otrokom, ki so nam zaupani, najboljše. Najpomembnejše pri tem je, da tekmujejo tako

osnovne šole kot šole za otroke s posebnimi potrebami.

Kako organizirate prihod 3.000 učencev v Halo Tivoli na vsakoletno zaključno prireditev in kako zanimiv program, ki sledi podelitvi priznanj? Spominjam se, da se dvorana trese od navdušenja šolarjev ob nastopu akrobatske skupine. Verjetno jih tudi ta nastop vleče, da bi bili prihodnje leto ponovno med zmagovalci.

Učenci zmagovalnih razredov iz cele Slovenije se v Ljubljano pripeljejo z avtobusi, s svojimi učitelji. Njihov prihod organizirajo sodelavke in sodelavci z njihovega konca. Pogosto se morajo kar dobro potruditi, da najdejo sponzorje za prevoz. Obisk osrednje zaključne prireditve po navadi povežejo z ekskurzijo oz. zaključnim izletom.

Varnostniki, ki jih imamo za prireditev, rutinirano razvrščajo prihode avtobusov, saj uredijo promet okoli dvorane tako, da ni zastojev.

Strinjam se z vami, da je vsako leto nastop akrobatske skupine Dunk Kings nekaj posebnega. Vragolije, ki jih izvajajo pod in nad koši, so izjemne in dišijo jemajoče.

Poleg priznanj dobijo šolarji tudi praktična darila vaših sponzorjev, s katerimi ste imeli v zadnjih letih precejšnje težave.

Otroci so za dosežke radi pohvaljeni in nagrajeni. V vseh letih tekmovanja smo imeli veliko darovalcev nagrad (25 let je bil to Lek, Sanolabor, Pansan, Union, štiri leta Mercator, eno leto Studio Moderna, pa še Fructal in še bi lahko našteval). Zadnja leta pa nam GlaxoSmithKline pomaga obdarovati šolarje, ki so zmagali. Več kot 17.000 jih nagradijo s ščetkami in zobnimi kremami, posebej nagradijo še devet regijskih zmagovalcev in NAJ razred Slovenije. Globoko smo jim hvaležni v svojem imenu in imenu otrok. Da ponazorim še takole: vsaka šola ima zmagovalni razred in vsi učenci, vseh zmagovalnih razredov širom Slovenije, so nagrajeni. Iskreno upamo, da nam bodo še stali ob strani.

Koga vse povabite na zaključno prireditev, kako se odzovejo ministrstvo za zdravje, ministrstvo za šolstvo, Nacionalni inštitut za javno zdravje in mediji?

Vabila pošiljamo vsako leto na iste naslove. Vsem, ki jih omenjate, in še drugim. Žal se zadnja leta naše prireditve udeležijo le srčni ljudje, ki so z nami vsa leta: direktorja ZD Ljubljana in Vrhnika, pogosto je bil z nami župan mesta Ljubljana, z ministrstva pošljejo odposlanca, stanovski kolegi in kolegice, nato pa bi lahko že zaključil. Včasih prejmemo telegram s pozdravi, včasih pa še tega ne.

Mediji so vse manj prisotni. Morda bo bolje, ko bomo praznovali kakšen okrogli jubilej. Ja, na trideseti



Akrobati pod košem.

obletnici tekmovanja nas je počastil z obiskom sam predsednik republike.

Kako načrtujete akcijo v prihodnje?

Seveda si želimo, da bi tekmovanje postalo utečena praksa v skrbi za zobno in ustno zdravje. Da bi vsem in vsakemu posebej postalo pravilno in zadostno čiščenje zob navada, brez katere ne bi mogel živeti.

Želimo si naklonjenega sponzorja. Čisto nič ne bi imeli proti naklonjenemu ministru za zdravje in ministru za šolstvo, pa ne le na deklarativni, marveč tudi na konkretni ravni.

Mi, ki delamo z otroki, smo neutrudni optimisti. Morda dočakamo!

Kako je bilo letos v Madridu, ko ste prejeli prestižno mednarodno priznanje?

Z eno besedo: čudovito in neponovljivo. Sprejeti priznanje za najinovativnejši preventivni program na svetu je nepopisno lepo. Moram priznati, da so se mi šibila kolena, ko mi je predsednik Mednarodnega zobozdravniškega združenja (FDI) prof. Hescot pred nabito polno dvorano na generalni skupščini izročil to priznanje. Slikanja, čestitke, pohvale in novinarska vprašanja so predstavljali velik obliz za vse težave, ki jih moramo premagovati pri delu.

Res sem vesel in ponosen, da je naše tekmovanje »Let's have clean teeth« v finalu pometlo s programi iz Avstrije, Argentine in Izraela. Zato, bravo Stomatološka sekcija, bravo sodelavke in sodelavci, bravo sestre vseh profilov iz cele Slovenije, mi se ne damo!

Golob pismonoša, »rešitelj življenj«, hiter pomočnik v zdravstvu v 21. stoletju

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

Spomladi 2017 sem srečala gospoda Draga Habjana, Trnovčana, golobarja z Rakove jelše na Ljubljanskem barju. Po razgovoru z njim sem dobila idejo, da bi golobe pismonoše lahko uporabljali v slovenskem zdravstvu za prenos vzorcev krvi za ugotavljanje kompatibilnosti krvi in organov za transplantacijo, za prenos testnih zdravil, zdravstvenih sporočil, cepiv ipd., saj je to hitreje (ni prometni zastojev) in znatno ceneje kot z avtom, letalom... Izpad elektrike, okvara elektronskih naprav na golobe ne vplivajo!

Draga so poimenovali tudi »Reuter z Ljubljanskega barja«. Za svoje nesebično delo je prejel številna priznanja in nagrade. Največje priznanje je bilo prvo mesto slovenskih golobarjev na svetovnem prvenstvu v nemškem Wiesbadnu 25. novembra 1990.

Podatke sem sestavljala z Dragom Habjanom, preverila pri dr. Polonci Mali z Zavoda RS za transfuzijsko medicino v Ljubljani in jih našla na spletu.

Drago, kdaj so vas golobi pritegnili in navdušili, da ste se začeli ukvarjati z njimi?

Leta 1959 sem prvič opazil golobe na strehi trnovske cerkve. Pri 14 letih mi je mama kupila prvi par golobov, danes jih imam 70.

Prosim, povejte nam kaj o gojenju športnih golobov pismonoš pri nas v Sloveniji in o vašem prispevku na tem področju.

Gojenje golobov pismonoš je najmanj dobičkonosna športna zvrst v Sloveniji, saj se gojitelji z njim ukvarjajo iz veselja, za tekmovanja in razstave. V Sloveniji imamo 15 golobarskih klubov z 200 tekmovalci, ki so od 1991 združeni v **Zvezo klubov gojiteljev športnih golobov pismonoš Slovenije**. Ljubljansko društvo je sprva štel pet članov, ob koncu mojega mandata pa 35. Danes je v Sloveniji okrog 10.000 poštinih golobov. Poznajo nas po vsem svetu, saj delujemo po evropskih predpisih in standardih. **Včasih so golobe uporabljali za uničevanje plevela, kar je bilo okolju prijaznejše od današnjih strupenih herbicidov.**

Športno golobarstvo je v 93 državah uveljavljeno kot resna športna disciplina s svojimi zakonitostmi. Včlanjeni smo v Svetovno združe-

nje golobarjev (FCI – Federation columbine internationale). Od 1976 do 1991 sem bil predsednik Slovenskega golobarskega društva in predsednik tekmovalne komisije Jugoslavije. Dolga leta sem sodil na tekmovanjih **športnih golobov**. S tem športom sem prepotoval skoraj ves svet, doživel veliko lepega, se veliko naučil in spoznal dobre prijatelje. V Zoerselu v Belgiji so avgusta 2017 odprli največji golobnjak na svetu z 12.000 golobi.

Kako potekajo tekmovanja športnih golobov pismonoš?

Tekmovalna sezona športnih golobov pismonoš traja od konca marca do konca septembra. Na kraj izpusta jih odpeljejo v posebnih transportnih košarah in merijo, kateri bo hitreje priletel v domači golobnjak. Golobi za 400 kilometrov dolgo pot iz Budimpešte v osrednjo Slovenijo potrebujejo štiri ure. Pred tekmovanjem za golobarskega šampiona mora biti golob dobro treniran.

Najbolj razširjen in najbolj pogost način tekmovanja je t.i. **vdovski način**, ker so v času tekmovanja sami ločene od samčkov. Dan pred tekmovanjem se ju za kratek čas spusti



Golobar Drago Habjan in njegovi pokali.



skupaj, potem pa se ju loči. Ko goloba spustiš, ima le eno misel: doma me čaka »ženka«. Druga metoda: ko samička znese jajčka, se po 18 dneh izvalita mladička in starša ju hranita, zato je tudi gnezdo eden izmed motivov za vrnitev.

Športni golobi so čipirani z obročkom, ki jim ga nataknejo v prvih tednih življenja. Podatki so zapisani v bazi vseh golobov pismonoš. Golobar jih pri tekmovanjih počaka doma, saj je zanj to najlepši trenutek. Tekmovalne razdalje so od 100 do 1.800 kilometrov; do 100 kilometrov golob preleti v enem dnevu in praviloma v enem kosu, v svoji jati.

Vsak golob ima **zdravstveno kartoteko**, rodovnik, ki je bolj natančen kot pri psih, kartico lastništva in številko kluba. Na tekmovalnem obročku je zapisana država, matična številka in letnica rojstva.

Golobom moraš biti vsestransko predan. Bolje te poznajo, če jih dvakrat dnevno obiščeš. Za njihovo oskrbo in nego potrebujem eno uro dnevno. So semenojedi, uživajo več kot 15 vrst žit, ogljikove hidrate, beljakovine, vitamine, minerale, vsaj 50 ml vode. Golob tehta 40 do 55 dkg.

Drago, kako pa bi golobi lahko prenašali testne vzorce krvi, zdravil ali druge vzorce?

Na sliki je plastična epruveta, dolžine 3,8 cm, premera 1 cm. Vanjo lahko zvijete papir formata A4. Pritrdite jo za nogo ali pero. Teža paketa ustreza teži kasete filma iz fotoaparata, to je okrog 75 g.

Ali je ta moja ideja izvedljiva?

Seveda. Take »prevoze« vzorcev krvi danes redno opravljajo v Angliji in Švici za potrebe transfuzijske službe. Tam imajo pripravljene golobje jate. Zaradi nedostopnosti in prometnih zastojev so kljub vsem modernim dostavnim službam **golobi še vedno najhitrejši**. Ob ugodnem vetru in jasnem vremenu lahko golobi

letijo na razdaljah 200 do 300 km s povprečno hitrostjo od 70 do 160 km na uro. So dobri, vzdržljivi letalci. Imajo letalna in nosilna peresa. Golobe v kletki prinesejo na kraj, od koder je treba prinesiti sporočilo. Na nogo, hrbtni del ali v umetno pero pripnejo tulec s krvjo ali sporočilom in golob se vedno vrne v svoj golobnjak. Za let iz Maribora v Ljubljano potrebuje 50 minut.

Golob pismonoša izvira iz Male Azije. Zagotovo izhaja iz skalnega goloba, *Columba livia*, ki pri nas živi v primorju, v sredogorju, ob obalah, v skalnih votlinah in podzemnih jamah. Najdemo ga v Veliki Britaniji in ob Sredozemskem morju globoko v notranjosti. Na svetu je od 600 do 800 različnih pasem domačih golobov, ki so rezultat križanja in selekcije. Mestni golob je pobegli udomačeni skalni golob. Pri oblikovanju pasem so najuspešnejši Angleži in Nemci.

Kakšne so posebne lastnosti golobov?

Šolani golobi imajo posebno mesto med pticami, saj imajo močne letalne mišice in izreden čut za orien-



Eden od golobov pismonoš, ki jih bolnišnica v Plyemouthu uporablja za prenos vzorcev krvi, in primer epruvete, ki se jo pritrdi na goloba.

tacijo. V domače gnezdo se vrnejo iz oddaljenih neznanih lokacij s hitrostjo tudi več kot 100 kilometrov na uro na kratke razdalje. Dolgoprogaši dnevno preletijo v jati 1200 km ali več na višini 1200 do 1500 m.

Golobi pismošo spadajo med najbolj inteligentne ptice, znani so po **izrednem spominu**, sporazumevajo se s subtilnimi frekvencami. Njihove sposobnosti so že od nekdaj izkoriščali za prenos pošte, sporočil, v vojaške namene.

Imajo **izredno razvite kognitivne sposobnosti in intuicijo**, ki jim omogoča zaznavanja magnetnih silnic. Svoj golobnjak pa prepoznajo po vonju ali na »101« način. Pri letenju je zelo pomembno, da vsaj prvo uro letijo v jasnem vremenu, tako je vrnitev v njihov dom zanesljivejša. Lahko jih zmotijo vremenske spremembe in umetno ustvarjena magnetna polja mobilne telefonije ali navigacije letal. **Naravni sovražniki** so ptice ujede, sokoli selci in kragulji, ki zmedejo njihovo zračno traso, ter nevihte, strele. Ujede so danes v mnogih državah zaščitene, zato je osip pri tekmovalnem letu lahko 20 do 30 odstotkov. Konkurenco golobom delajo droni, ki pa so bolj podvrženi elektronskim vplivom.

Kakšne pa so posebnosti zgradbe golobov pismošo?

Krila so pokrita s perjem, ki je ena najlažjih snovi, poznanih človeku, **kljun** ima roževinasto konico, **oči** imajo veliko fotoreceptorjev, zato je vid dvakrat ostrejši kot pri človeku. **Rep** je krmilo in samci ga zelo negujejo. Domnevajo, da fraza »loviti rep« izvira od njih.

Z rentgenom so ugotovili **atipičen skelet golobov** v primerjavi z drugimi pticami: **imajo 16 kosti in večina je votlih**. Hrbtenica nima vretenc, ima **le eno dolgo kost**, od lobanje do repne kosti. Domnevajo, da so njihove kosti iz močnega, lahkega **titana**. V medicini titan uporabljajo za umetne kolke. To idejo so dobili pri golobih. Domneva se, da so se golobi razvili iz mačk, medtem

ko se je večina ptic razvila iz dinozavrov. Poleg tega ima golob pismoša dve zelo močni prsni mišici, kar mu omogoča hitre in dolge lete. Presnova je večja kot pri sesalcih, telesna temperatura pa 41° C.

Zemljino magnetno polje pomaga živim bitjem pri orientaciji. Po njem se ravnaajo bakterije, ptice selivke, želve, čebele in kiti, mravlje, hrošči in termiti. **Orientacijski čut golobov pripisujejo drobnim kristalom magnetita v kljunih, ki delujejo kot kompas.** Tudi ljudje najdemo s pomočjo zemeljskega magnetnega polja pravo pot. Zaradi **drobčenih magnetnih delcev v našem ušesu** se bomo lažje orientirali v puščavi.

Drago, kakšne lastnosti mora imeti človek, ki dela z golobi?

Umirjenost, strpnost, potrpežljivost, predvsem zanesljivost. Imeti mora rad živali. Golobarstvo je danes še vedno šport malih ljudi. Na žalost je pri nas v Sloveniji športno golobarstvo še vedno zapostavljeno. V tujini ni tako.

Povejte nam še kaj o zgodovini gojenja golobov pismošo.

Menijo, da je bil golob prva udomačena žival že v mlajši kameni dobi. V starodavnih civilizacijah in kulturah so predstavljali božanstva, še danes pa beli golob velja za **ptico miru**. Prve omembe **golobov pismošo** so že iz časa Babilona, križarskih vojn, poznali so jih v Perziji, Grčiji, Egiptu. Pred več kot petsto leti so jih prinesli iz Indije in Orienta preko Cipra in Malte v Španijo, Anglijo, na Portugalsko, po Evropi. Nastajale so nove pasme. Pomembne novice o osvajalskih pohodih je z njihovo pomočjo domov pošiljal že Aleksander Veliki, stari Grki pa so z njimi domov pošiljali imena olimpijskih zmagovalcev.

Ponekod so bile prav te živali v velikih jatah namenjene za čuvarje templjev, svetišč in kot pismošo.

Rimljani so jih uporabljali za pošiljanje sporočil po imperiju,



Golobje okostje sestavlja 16 kosti. Hrbtenica ni iz vretenc, ampak je dolga kost, ki sega od lobanje do repne kosti.

obveščanje domačih pristanišč o bližnjem prihodu ladij. V arabskem svetu so jih imenovali **kraljevi angeli**. Po 1550 so jih križarji prinesli nazaj v Evropo. V 16. stoletju so gradili prve golobnjake v stolpih. Pravico do gradnje golobnjakov so imeli plemiči. Ko še ni bilo telegrafa in sodobnih komunikacij, je človek za hiter prenos sporočil uporabljal golobe pismošo.

V 19. stoletju je bilo pošiljanje z golobi uradna **poštna storitev** po vsej Franciji. Kasneje se je razširilo med prestolnicami, leta 1870 med Londonom in Parizom. Šport z golobi pismošami se je razvil v Belgiji med letoma 1815 in 1825 in se razširil po Evropi. Dirke golobov so postale množični šport po letu 1900 v Angliji, Nemčiji, Belgiji. V spomin nanje imajo Belgijci na mnogih spomenikih goloba kot simbol miru. **S križanjem pasem so vzgojili odlične letalce.**

Golobi so se še posebej izkazali v vojnah, ko so rešili milijone življenj. Uporabljali so jih v prvi in drugi svetovni vojni. Ponekod so jih odlikovali z raznimi križci in spomeniki. Nemci, Avstrijci, Angleži in Francozi so uporabljali golobe pismošo za prenašanje sporočil. Imeli so posebne enote usposobljenih vojakov, logistika je bila lepo urejena. Kasneje so bile tudi enote, ki so imele nalogo sestreliti goloba, ki je prenašal sporočilo. Recimo Angleži so prišli do nemških šifer tako, da so lovili nemške golobe in jih nato opremljali z

drugimi, lažnimi sporočili, ki so jih pošiljali na teren. Še posebej pomembno vlogo so golobi odigrali v bitki za Normandijo, 32 so jih odlikovali z vojaškim priznanjem Dickin Medal, namenjenim živalim.

Kakšne so genetske značilnosti golobov?

Golob pismonoša in dirkalni konj sta polnokrvni živali. Po Mendlu sta si genetsko sorodna.

Koliko mladičkov ima golobja družina?

Samček se priklanja pred golobico, ure se kljunčkata. Ko dežuje, lahko samček z dvignjeno perutjo zavaruje samičko pred mokroto. Golob pismonoša spada med hitro rastoče živali. Golobica znese dve 4 do 5 cm dolgi jajci. Po 18 dneh se zvalita slepa, gola mladička z rumenim puhom, ki sta večja od palca in težka 20 g. Pet dni stare golobar že označi z matičnim obročkom in jih vpiše v rodovniško knjigo. Šesti dan spregledajo in od tedaj dalje ne dobivajo več »golobjega mleka«, ampak zrnje. Pri približno treh tednih se morajo osamosvojiti, sami jejo, pijejo, si ob lini golobjaka že ogledujejo okolico. V petem tednu je teža

goloba že večja od 300 g in doseže svojo končno velikost. Ob tem že preizkuša prve letalske podvige. Prve dni se hranijo z golobjim mlekom. To je beljakovinsko bogata tekoča snov, ki le v času valjenja nastaja pri samicah in samcih v mlečni golši poleg navadne golše.

Pri štirih tednih so mladiči sposobni leteti, pri približno pol leta pa postanejo spolno zreli. V starosti dveh mesecev golob izgubi mlečno pero, takrat je odrasel in goden za učenje orientacije letenja na daljavi 10 do 20 km. V starosti enega leta so že pripravljeni za tekmovanje. Tudi pri nalogah, ki so sicer domena samic, golobji samci vestno sodelujejo: valijo jajca in krmijo mladiče. Samec je grajen grobo in močnejše, ima izrazitejšo nosnice, daljšo prsno kost in širša letalna ter krovna peresa. Najbolj uspešni so v starosti 3 do 5 let, pa tudi 8-letni so lahko še korenjaki. Življenjska doba golobov je 12 do 20 let.

Golobi so **družabne ptice s socialnim čutom**. So monogamni, par si je zvest vse življenje in vzreja mladiče do smrti enega od obeh. Ko en partner umre, drugi tri dni žaluje. Včasih si vdovec ali vdova najde novega partnerja

Drago, kako pa potekajo treningi golobov?

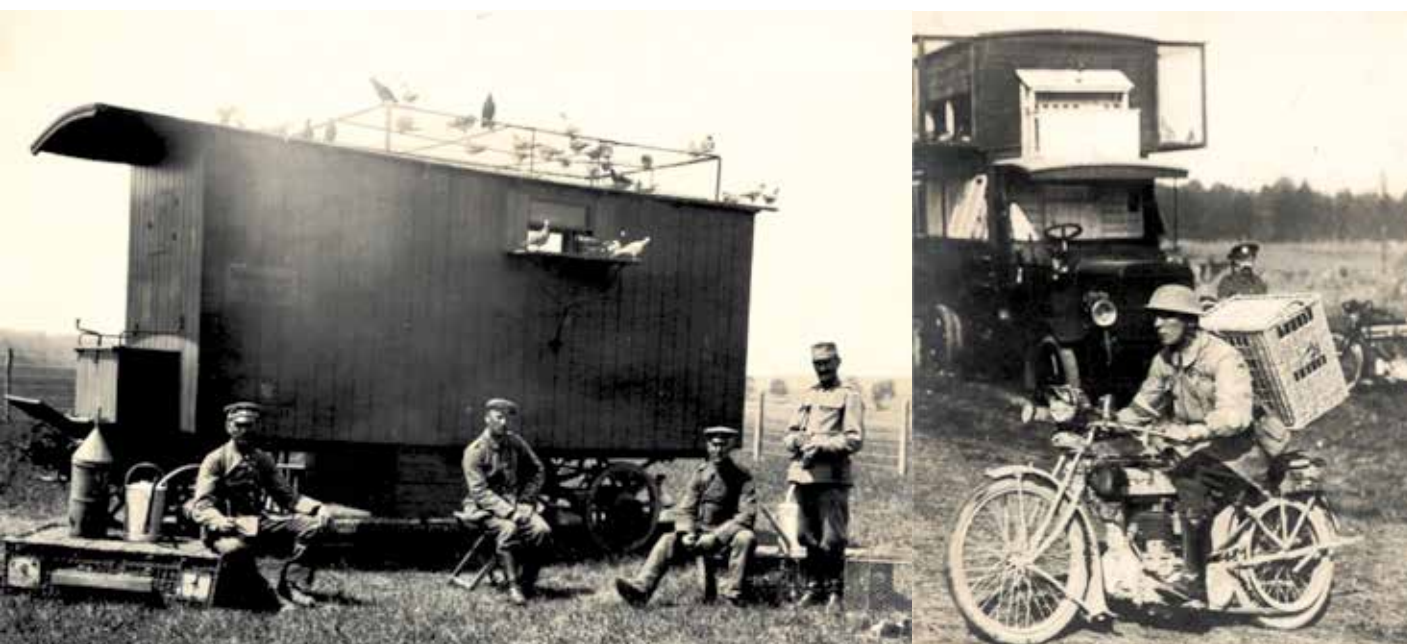
Trening golobov pismonoš se stopnjuje od krajših razdalj k daljšim. Vajeni morajo biti tudi preživeti nekaj ur v posebnih košarah na potovanjih z avtom na kraj izpusta, ki je lahko oddaljen nekaj sto kilometrov. V Jugoslaviji so bila tekmovanja pogosto v Beogradu, za dan mladosti. Tja smo leteli z letalom. Prvo pravilo je, da gre golob na tekmo »nenažrt« in lahek. Tekmovalni golobi morajo biti dobro pripravljeni in pravilno hranjeni, kot športniki. Osnova za tekmovanje so dobri geni, zato je vzgoja hitrih letalcev prava umetnost. Rahlo lačnega ptiča bo najbrž še bolj gnalo proti domu.

Ali golobi lahko zbolijo?

Seveda. Najpogostejše bolezni golobov so: paramix viroza, aviarna influenza, newcastlska bolezen. Bolezni se lahko prenašajo tudi preko vode za pitje, zato je treba redno dobro očistiti in posušiti napajalnike in kopalne posode.

Ali nam lahko zaupate kakšno zanimivost iz vašega dela z golobi?

Januarja 2015 je bila v **Londonu** tradicionalna razstava golobov



Prevoz golobov med 1. svetovno vojno.

pismo z z dobrodelno noto, kjer se je v treh dneh zbralo več kot 25.000 ljubiteljev.

Od leta 1972 sprva v Doncastru, kasneje v Blackpoolu vsako leto poteka razstava *The Homing Pigeon World Show of the Year*, na kateri dobiček namenijo v dobrodelne namene organizaciji, ki raziskuje boleznih golobov, in društvom za prizadete otroke.

Ob pohodu 100 žensk na Triglav je g. Kaše pripel kaseto filma iz fotoaparata na golobovo nogo. Golob jo je prinesel meni, jaz pa sem jo oddal v časopisni hiši in informacija je bila lahko takoj objavljena. Zračna razdalja od Triglava do Ljubljane je okrog 70 km.

Tudi **Jože Pogačnik**, nekdanji športni novinar Dnevnika, je s smučarskega prvenstva na triglavskem ledeniku, kjer vojska ni dovolila vzpostaviti radijske zveze za poročanje, rezultate odposlal kar z golobi, ki jih je prinesel s seboj.

O drugem smučarskem prvenstvu **na triglavskem ledeniku** sva s Pepijem Deklevo z Dela nesla na ledenik nekaj golobov. Najhitrejši je s Kredarice do Kranja potreboval 20 minut. Golobom smo na noge pritrdili pošiljko s tankim pisemskim papirjem.

Pred desetletji so ob **dnevu mladosti** vozili golobe v Beograd, jih spustili in v 8 do 9 urah so se vrnili h golobarju v Trbovlje.

Jugoslovanska vojska po drugi svetovni vojni in vse do leta 1953 ni dovoljevala vzreje golobov pismoš, veljal je splošni moratorij za gojenje teh čudovitih ptic. Tudi na ljubljans-



Golobe pismoše so za prenos sporočil uporabljali že v času Ramzesa III. (ok. 1200 pr. n. št.).

skem gradu so nekoč, še v času Jugoslavije, imeli svojo golobjo enoto.

V Angliji je živel gospod **Paul Reuter**, Nemec, ustanovitelj in lastnik časopisa Reuters. V 19. stoletju je s pomočjo golobov pismoš veliko hitreje dobival informacije z vsega sveta, kot je potovala ladja preko oceana.

Ob obleganju Rake so domačini sporočila iz mesta zaradi pretrganih komunikacij pošiljali z golobi. Ljudje niso mogli razumeti, kako so informacije prišle tako hitro.

Kaj pa zlorabe golobov pismoš?

Sedaj so jih ponovno začeli uporabljati v vojaške namene za prenos sporočil in mikročipov v vojskah po svetu.

Na Kitajskem vstavljajo golobom v možgane mikroelektrode, da jih lahko usmerjajo po svoje.

Leta 2008 so brazilski zaporniki dobivali droge, denar, mobilne telefone itd. s pomočjo golobov. Oblasti so poleg poti in golobov odkrile tudi glavnega organizatorja akcije.

Leta 2011 je kolumbijska policija prijela nenavadnega »kriminalca« – goloba, ki je poskušal v zapor pretihotapiti marihuano. Dva policaja sta

opazila bel, pretežek zavoj, privezan na golobov hrbet, in goloba pridržala.

Leta 2015 so pazniki zapora v Kostariki našli ptiča, ki je tovoril kokain in marihuano.

Leta 2017 so ujeli goloba pismošo na poti v Kuvajt z nahrbtnikom s 178 tabletami ekstazija.

Kakšne so razlike med golobi pismošami in belimi, okrasnimi golobi?

Beli golobi so simbol duha, upanja, vere, ljubezni, sreče in miru. Privabljajo turiste, prenašajo sporočila, tekmujejo na lepotnih tekmovanjih, v športnem prenašanju sporočil in akrobatiki. Uporabljajo jih za posebne priložnosti: poroke, rojstne dneve, večje obletnice, krste, birme, na pogrebih... Nekdanjemu papežu Janezu Pavlu II. je belega goloba podaril naš pevec Giani Rijavec.

Kakšni pa so zdravilni učinki ukvarjanja z golobi?

Ljudje, ki se ukvarjajo z golobi, se učijo potrpežljivosti, odgovornosti. Delo z golobi sprošča, pomirja, deluje antidepresivno. Golobarji si velikokrat ustvarijo tovariško, socialno mrežo. Skrb za golobe je mnogim odlična **psihoterapija**.

Zaključek: uporaba golobov pismoš v **medicinske namene** je zelo enostavna metoda. Največja **prednost** golobov je hitrost, varnost, njihova zdravstvena neoporečnost, zanesljivost zlasti na krajših razdaljah do 300 km. So cenejši, zanje potrebuješ malo prostora in nobene posebne tehnike, **nanje ne vplivajo elektronske naprave**. K vzgoji in vzreji golobov bi bilo dobro pritegniti šolsko mladino. Potrebno je pošteno sodelovanje. V Sloveniji golobarji delajo za svojo dušo in niso tako

cenjeni kot v tujini. Nekateri navdušijo svoje otroke ali vnuke za ta šport. Tudi obveščanja v medijih bi bilo lahko več, s poudarkom na uporabnosti golobov pismoš za medicinske potrebe. S pomočjo ministrstva za kmetijstvo in gozdarstvo, predvsem pa ministrstva za zdravje bi lahko znatno **poenostavili in pocenili zdravstveni sistem!** Nekateri stare civilizacije so golobe častile kot svete živali, v nekaterih deželah pa se je čaščenje golobov ohranilo do danes.



10 let oddelka za akutno paliativno oskrbo Onkološkega inštituta v Ljubljani

Maja Ebert Moltara, dr. med., vodja oddelka za akutno paliativno oskrbo OI,
predsednica Slovenskega združenja paliativne in hospic oskrbe

Paliativna oskrba je celostna obravnava bolnika z neozdravljivo boleznijo in podpora njegovih bližnjih v obdobju specifičnega zdravljenja bolezni, obdobju umiranja in tudi žalovanja. Zdravstveni delavci si v paliativni oskrbi prizadevamo za obvladovanje telesnih težav napredujele bolezni in izvajanje kakovostne zdravstvene nege, skrbimo pa tudi za lajšanje psihičnih, socialnih in duhovnih stisk. Zdravljenje in obvladovanje težav napredujele bolezni v paliativni oskrbi načrtujemo individualno, glede na bolnikovo zdravstveno stanje, možnosti, ki so za bolnika primerne, ter tudi glede na njegove želje. Pri tem je pomembno, da težave dovolj zgodaj prepoznamo, jih ocenimo ter pravočasno in ustrezno ukrepamo.

Paliativna oskrba onkoloških bolnikov je sestavni del celostne obravnave bolnikov z rakom. Paliativna obravnava ne nadomešča onkološkega zdravljenja, ampak ga dopolnjuje. Skupaj predstavljata možnost za bolj kakovostno in tudi daljše življenje, tudi kadar ozdravitev in zazdravitev osnovne maligne bolezni ni več možna.

Namen paliativne oskrbe je ohranjanje dostojanstva neozdravljivo bolnih. V paliativni oskrbi zato stremimo k preprečevanju za bolnika nepotrebnih sprejemov v bolnišnico in neučinkovitih ter pogosto obremenilnih diagnostičnih in terapevtskih postopkov ob koncu življenja.

Izvajanje paliativne oskrbe v Sloveniji

Razvoj paliativne oskrbe v Sloveniji poteka stopenjsko, regijsko različno, marsikje še vedno v rokah nekaj zanesenjakov, ki verjamejo v dobrobit te stroke, vendar nas je iz leta v leto več. Slovenija ima že od leta 2010 državni program

paliativne oskrbe, ki je kljub številnim kritikam še vedno dober izhodiščni dokument, na katerem lahko gradimo mrežo paliativne oskrbe.

Dejstvo je, da v naši državi letno umre nekaj manj kot 20.000 ljudi in večina bi jih v zadnjem obdobju življenja potrebovala tudi paliativni pristop obravnave.

Paliativna oskrba oz. dejavnosti paliativnega pristopa bi morale biti bolniku dosegljive v vseh zdravstvenih institucijah na primarni, sekundarni in terciarni ravni. Vsi izvajalci paliativne oskrbe, torej vsi, ki delamo z neozdravljivo bolnimi, bi zato morali imeti ustrezna znanja s tega področja. Zaradi pogosto kompleksnih situacij v obdobju ob koncu življenja pa je pomembno tudi sodelovanje z nemedicinskimi strokami. Le s takim strokovnim, usklajenim in med seboj ustrezno povezanim delovanjem lahko vsi skupaj omogočamo dostojanstveno in mirno slovo umirajočih.

Oddelek za akutno paliativno oskrbo je bolnišnični oddelek v osrednji instituciji za zdravljenje raka v Sloveniji in kot tak predstavlja zgolj enega izmed številnih kamenčkov v mozaiku, ki so potrebni za celostno in neprekinjeno paliativno oskrbo bolnikov z neozdravljivim rakom. Vseeno pa ima kot oddelek z danes že večletno zgodovino strokovnega razvoja paliativne oskrbe in kot del terciarne bolnišnice izjemen pomen pri razvoju in širjenju stroke.

Izvajanje paliativne oskrbe na Onkološkem inštitutu

Paliativna oskrba je sestavni del onkološke oskrbe vseh bolnikov z neozdravljivo obliko raka. Letno zaradi raka umre okoli 6.000 prebivalcev Slovenije. Pri večini bolnikov lahko dobro paliativno oskrbo na Onkološkem inštitutu

Ljubljana (OI) zagotavlja že osnovni zdravstveni tim (lečeči onkolog z medicinsko sestro, psihologinjo, socialno delavko ...) in po potrebi ob sočasni podpori tudi specialistov drugih enot (npr. tim ambulate za zdravljenje bolečine ...). Le manjši del bolnikov, obravnavanih na OI, običajno najtežji, najbolj kompleksni primeri, potrebuje tudi vključitev tima s poglobljenimi znanji iz paliativne oskrbe (paliativni tim oddelka za akutno paliativno oskrbo).

Dejavnosti tima oddelka za akutno paliativno oskrbo

Tim oddelka za akutno paliativno oskrbo izvaja specializirano paliativno oskrbo.

Bolnika v okviru dejavnosti oddelka za akutno paliativno oskrbo glede na njegove individualne potrebe oskrbuje tim zdravnikov različnih specialnosti, negovalno osebje in drugi strokovnjaki (fizioterapevt, dietetičarka, socialna delavka, klinični farmacevt, duhovnik itd.). Izrednega pomena je tesno sodelovanje s timom za zdravljenje bolečine, ki predstavlja nepogrešljiv sestavni del. Tudi sodelovanje z drugimi zunanjimi sodelavci je izjemnega pomena, saj je večina

bolnikov, obravnavanih v okviru dejavnosti oddelka za akutno oskrbo, praviloma tistih, ki imajo najbolj kompleksne potrebe.

Skozi leta delovanja smo zaradi zaznanih vse večjih potreb širili svoje dejavnosti in sedaj obsegajo:

- **Oddelek za akutno paliativno oskrbo**

Oddelek za akutno paliativno oskrbo ima šest postelj in ni namenjen dolgotrajni oskrbi, temveč obvladovanju najtežjih telesnih, psihičnih, duhovnih in socialnih težav ter zagotavljanju neprekinjene oskrbe tudi po odpustu iz bolnišnice, skupaj z družinskim zdravnikom, patronažno medicinsko sestro, regijskim mobilnim paliativnim timom, socialno službo in izvajalci hospic oskrbe.

- **Ambulanta za zgodnjo paliativno oskrbo**

Ambulanta za zgodnjo paliativno oskrbo je namenjena paliativnim bolnikom s težje obvladljivimi težavami, ki po oceni lečečega onkologa potrebujejo dodatno obravnavo s strani tima s poglobljenimi znanji iz paliativne oskrbe. Pri nekaterih bolnikih spremljanje v tej ambulanti v začetnem obdobju poteka izmenično s pregledi pri njihovem onkologu. Pogostnost pregledov je odvisna od bolnikovih potreb.

Bolnišnični koordinator paliativne oskrbe

Koordinator paliativne oskrbe skrbi za neprekinjeno povezavo bolnika s člani paliativnega tima, ne glede na to, kje je bolnik obravnavan (doma, bolnišnica ...). Nudi tudi povezavo med posameznimi strokovnimi enotami OI, kakor tudi z drugimi zdravstvenimi in socialnovarstvenimi ustanovami. Skrbi za spremljanje bolnikov v domači oskrbi. Naloga koordinatorja je organizacija družinskih sestankov za bolnike, ki so obravnavani v bolnišnici.

- **Konziliarna pomoč**

Člani tima oddelka za akutno paliativno oskrbo po potrebi svetujejo svojim sodelavcem, kadar se srečujejo s težjimi primeri na svojih oddelkih. Paliativna konziliarna služba se izvaja za potrebe OI.

- **Izobraževalna dejavnost**

Na oddelku dnevno potekajo izobraževalna kroženja številnih zdravstvenih delavcev: od dijakov zdravstvene nege do zdravnikov specializantov različnih strok. Tim oddelka za akutno paliativno oskrbo skrbi za redna izobraževanja s področja paliativne oskrbe za zaposlene na OI in se hkrati aktivno vključuje, največkrat skupaj s Slovenskim združenjem za paliativno in hospic oskrbo, tudi v izobraževanja za zdravstvene delavce izven OI Ljubljana.

- **Raziskovalna dejavnost**

Je ena izmed osnovnih dejavnosti terciarnih centrov in zato tudi tim



Tim oddelka za akutno paliativno oskrbo – marec 2017.

Družinski sestanek

Družinski sestanek je pogovor med bolnikom in njegovimi bližnjimi skupaj s člani osnovnega in/ali specialističnega paliativnega tima.

Namen pogovora je, da skupaj spregovorimo o trenutnem zdravstvenem stanju bolnika, zato da bolnik in družina razumejo breme bolezni in da sprejememo skupne odločitve o nadaljnji obravnavi in oskrbi.

oddelka za akutno paliativno oskrbo skrbi za izvajanje analiz in raziskav na svojem področju. Z izvedenimi analizami člani tima predstavljamo svoje delo na slovenskih in tujih konferencah.

Delovanje oddelka za akutno paliativno oskrbo v številkah

Oddelek za akutno paliativno oskrbo na OI deluje od leta 2007. V desetih letih delovanja je bilo na oddelku za akutno paliativno oskrbo 2.040 hospitalizacij. Največ hospitaliziranih bolnikov je bilo v letu 2016, tj. 290. Ležalna doba je bila skozi vsa leta povprečno 7 dni, razen v preteklem letu je bila krajša, in sicer 6,5

Ambulanta za zgodnjo paliativno oskrbo deluje od leta 2013. Število pregledanih bolnikov se je od začetka delovanja do danes več kot podvojilo s 104 na 244 na leto. Tretjina bolnikov, naročenih na prvi pregled, se zaradi predhodnega poslabšanja pregleda ne udeleži, kar govori za prepozno prepoznavanje potreb po paliativni oskrbi.

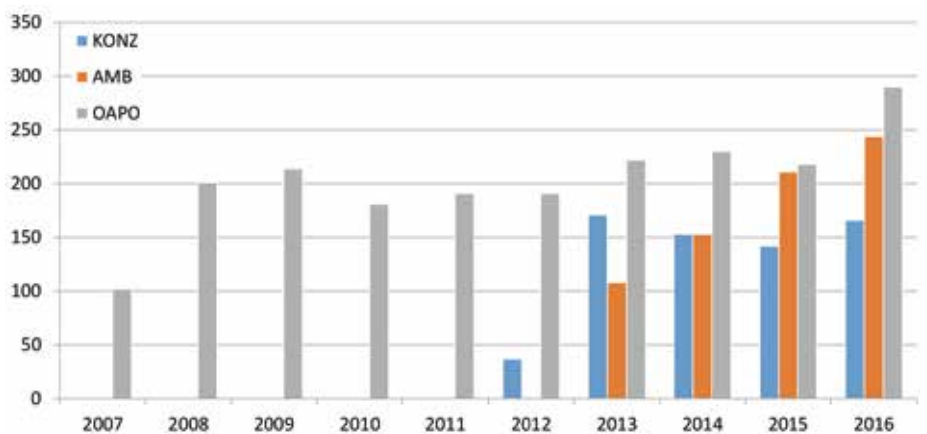
Kljub vsemu pa ugotavljamo, da se je z leti našega delovanja število dni vključenosti v paliativno oskrbo pred smrtjo stalno poveševalo. V obdobju 2007–2009 je znašalo 42 dni, v letih 2010–2012 51 dni in v obdobju 2013–2015 61 dni.

Konziliarna služba se redno beleži od leta 2012 in do danes je bilo opravljenih 669 pregledov. Vključenost konziliarne službe v sektorju

ugotavljamo porast števila bolnikov, ki so vključeni v specializirano paliativno oskrbo, tako na oddelku kot v ambulantni ali preko konziliarne službe. Povišuje se tudi število dni vključenosti v specializirano paliativno oskrbo.

Praznovanje 10-letnice oddelka za akutno paliativno oskrbo

10 let delovanja oddelka za akutno paliativno oskrbo je zagotovo čas za pogled nazaj in tudi za razmislek, kako naprej. S tem namenom smo na OI Ljubljana 21. marca 2017 organizirali slavnostno srečanje. Na dogodek smo povabili številne izvajalce paliativne oskrbe v sedanjem času ter vse pionirje paliativne oskrbe v slovenskem okolju. Vabilu se je odzvala tudi mednarodna eminenca na področju paliativne oskrbe, priznani nemški predavatelj prof. Raymond Voltz iz Kölna, direktor prve paliativne enote v Nemčiji. Dogodek je potekal v prijetnem in sproščenem vzdušju. Ob dogodku smo pripravili pregled skozi zgodovino paliativne oskrbe na OI, ki si ga vsak lahko ogleda tudi na spletni strani OI Ljubljana.



Obseg dejavnosti oddelka za akutno paliativno oskrbo 2007–2016 (KONZ – število konziliarnih pregledov, AMB – število ambulantnih pregledov, OAPO – hospitalizirani bolniki).

dneva. Večino bolnikov smo z oddelka odpustili v domačo oskrbo – delež teh bolnikov se v zadnjih desetih letih ni pomembno spremenil in ostaja okoli 50 odstotkov. Približno tretjina bolnikov je na oddelku za akutno paliativno oskrbo umrla. Delež teh bolnikov je v desetih letih nihal od 46 odstotkov (povprečje v letih od 2007 do 2011), kar je najvišji delež, do 27 odstotkov v letu 2014, kar je najnižji delež. V ostalih primerih pa smo bolnike odpustili bodisi v domove starejših ali v Hišo hospica/Ljubho-spica.

internistične onkologije se postopno zmanjšuje (z 58 na 37 odstotkov), povečuje pa se v sektorju radioterapije (z 29 na 43 odstotkov) ter sektorju kirurgije (s 13 na 20 odstotkov).

Vključenost koordinatorskega dela je bila v letih od 2012 do 2016 zabeležena 1.790-krat, tako na oddelkih kot v ambulantah vseh onkoloških kliničnih strok. V teh letih je koordinator sodeloval tudi pri organizaciji 686 družinskih sestankov na oddelkih zunaj matičnega oddelka.

Po desetih letih delovanja oddelka za akutno paliativno oskrbo tako

Kot zaključek ob novem začetku

10-letnica delovanja je prav gotovo pomemben mejnik. Ob svečanem dogodku smo prejeli številne pohvale, a hkrati tudi številne ideje in namige, kaj bi lahko v prihodnosti naredili še bolje. Bolnikov, ki potrebujejo paliativno oskrbo, tudi specializirano, je veliko. Prav tako je še kako pomembna terciarna dejavnost takega oddelka (izobraževanje, raziskovanje ...). Vendar je trenutno žal v strokovnih krogih v slovenskem okolju paliativna oskrba še vedno stroka, ki ne prejema takšne prepoznavnosti kot številne druge klinične stroke. Zato ni nenavadno, da se ob številnih težavah slovenskega zdravstva stroke z manj-



Predavanje prof. Raymonda Voltza ob 10-letnici oddelka za akutno paliativno oskrbo OI Ljubljana.

šim ugledom, hote ali nehote, še bolj zanemarja.

Oddelek za akutno paliativno oskrbo je v zadnjih 10 letih beležil stalen porast obsega dela, povečevanje obsega svojih dejavnosti in s tem dosegel tudi lepo prepoznavnost. Tudi sicer ugotavljamo, da je paliativna oskrba – stroka kot taka – v zadnjih letih deležna več razumevanja. Vendar je vse to, roko na srce, temeljilo

na trdem, vztrajnem delu majhne skupine isto mislečih. In zato morda niti ni čudno, da se kljub naraščanju prepoznavnosti stroke in kljub vedno večjim potrebam izvajalci paliativne oskrbe še naprej soočamo z neustrezno podporo tistih, ki vodijo naše zdravstvene institucije. Zato se vsi izvajalci paliativne oskrbe, tudi na OI Ljubljana, dnevno soočamo s premalo ustrezno izobraženega kadra, premalo

primernih prostorov, ob vedno večjih in večjih zahtevah nadrejenih ...

Žal je slovenska medicina še vedno usmerjena zgolj v zdravljenje, nova zdravila, nove metode, ob tem pa vse prepogosto pozabljamo na bolnika, na človeka, njegovo dostojanstvo tudi takrat, ko ga medicina ne zna več ozdraviti. Naša prizadevanja paliativne oskrbe so, da bi pri obravnavi bolnika dosegli, da bolnik ni le številka. Vsak bolnik je človek zase, s svojo življenjsko zgodbo. Zato bi bilo prav, da bi mu vsak izmed zdravstvenih delavcev, s katerim pride na svoji življenjski poti v stik, čim bolj nesebično in strokovno pomagal, tudi v zadnjem obdobju – obdobju umiranja. Žal so ta naša prizadevanja v trenutnem zdravstvenem sistemu neprepoznana in necenjena. Minljivost in smrt sta še vedno tabu, tudi med zdravniki. Lastne minljivosti se tudi mi po navadi resnično zavemo šele, ko sami resno zbolimo oz. se neozdravljiva bolezen dotakne koga bližnjega. Šele takrat morda uzremo dejanske meje današnje medicine, njene šibkosti, in dojamemo, kaj resnično pomeni beseda dostojanstvo.

Uporaba telemedicine pri transnazalnih operacijah lobanjske baze

Doc. dr. Janez Ravnik, dr. med., Oddelek za nevrokirurgijo, UKC Maribor

Izvajanje zahtevnih kirurških posegov v zdravstvenih ustanovah, kjer je takih posegov na letni ravni malo, je problematično. Najenostavnejši način je premeščanje bolnikov v drug center. Pri tem se seveda posta-

vlja vprašanje, ali je ta drug center res bolj kakovosten pri izvajanju določenih posegov. Večje število posegov samo po sebi namreč ne vodi nujno k boljši dejavnosti na določenem področju, pomembno vlogo igrajo

kompetentnost kirurga, zmožnost sodelovanja v timu, izobraženost, zmožnost presoje v kritičnih situacijah, kirurške psihološke značilnosti, natančnost ipd. Vsekakor pa je nadzor s strani bolj izkušenega kirurga v začetnih letih dobrodošel in lahko bistveno pripomore k boljšim rezultatom operacij. V odsotnosti bolj izkušenih kirurgov, ki nadzorujejo operacije, pa predstavlja eno od ustreznih možnosti tudi sodelovanje z izkušenim kirurškim centrom preko telemedicine.

V Univerzitetnem kliničnem centru (UKC) Maribor smo začeli z rednim izvajanjem endoskopskih transnazalnih operacij leta 2010 in jih do sedaj izvedli več kot 150. Pred tem sva se tako nevrokirurg kot specialist otorinolaringologije (ORL) izobraže-

vala v centru za kirurgijo lobanjske baze v Pittsburghu (University of Pittsburgh Medical Centre – UPMC). V sklopu tega izobraževanja smo se dogovorili tudi za telemonitoriranje zahtevnejših transnazalnih operacij v začetnih letih.

Monitoriranje operacij s strani UPMC preko telemedicine (telemonitoriranje) smo začeli leta 2011. Telemonitoriranje smo uporabljali pri zahtevnejših transnazalnih endoskopskih operacijah. S strani UPMC sta telenevromonitoriranje izvajala dva svetovno izkušena kirurga za endoskopsko kirurgijo lobanjske baze – nevrokirurg dr. Paul Gardner in specialist ORL dr. Carl Snyderman. Zaradi šesturnega časovnega zamika so se operacije v UKC Maribor začele nekaj pred poldnevom, tako da sta kirurga v Pittsburghu začela z monitoriranjem, ko je bil tam lokalni čas približno šest zjutraj. O vsakem bolniku, ki je bil operiran, je bil pred tem opravljen natančen pogovor, pregledana slikovna in klinična dokumentacija ter napravljen načrt zdravljenja.

Kamere, ki so omogočale telemedicine prenos, so bila nameščene na več mestih v UKC Maribor: na endoskopu, ki je bil uporabljen med operacijami, v operacijski dvorani v Mariboru in sobi za spremljanje v Pittsburghu, kjer je potekalo telemonitoriranje. Celotna komunikacija in prenos operacije preko endoskopske kamere so potekali v živo brez kakršnegakoli časovnega zamika. Kirurga v Pittsburghu sta tako lahko ves čas spremljala potek operacije preko endoskopske kamere ter imela možnost pogleda na operacijsko dvorano. Dvosmerna komunikacija brez časovnih preskokov je omogočala usmerjanje operacije, dajanje nasvetov glede izboljšanja in tudi povratno informacijo.

Skupno smo s pomočjo telemonitoriranja operirali 10 bolnikov. Tehnična podpora je bila v glavnem dobra in je omogočala ustrezen slikovni prenos med obema centroma. Pri

dveh operacijah so bile težave z zvočnim prenosom, tako da prehodno ni bila možna komunikacija med kirurgi v obeh centrih, kar pa je trajalo manj kot pol ure. Pomembnih perioperativnih zapletov pri operiranih bolnikih ni bilo. Vtis vseh kirurgov je bil, da se je s pomočjo telemonitoriranja izboljšal zlasti obseg

resekcije tumorja. Pri večini bolnikov smo tako dosegli popolno odstranitev tumorja.

Operacije s pomočjo telemedicine in s supervizijo izkušenejšega centra (telemonitoranje) so odlična možnost ustreznega izobraževanja kirurgov, ki delajo v centrih z manjšim številom nekaterih vrst operacij. Naše izkušnje



Pogled na operacijsko dvorano v Mariboru. V ozadju se vidi zaslon s prenosom iz Pittsburgha.



Zaslon v Mariboru, kjer se vidi oba kirurga v Pittsburghu, ki v živo spremljata operacijo v Mariboru.

kažejo, da se bistveno hitreje poveča izkušenost kirurgov, izboljša se resekcija tumorjev, število zapletov pa se zmanjša. Takšno sodelovanje je bistveno lažje, če se v obeh centrih že predhodno poznajo in so že prej sodelovali. V omenjenem centru v Pittsburghu kirurgi za sodelovanje niso nikoli prejeli kakršnegakoli plačila. Pomembno vlogo v sodelovanju pa igra tudi ustrezna tehnična podpora v obeh centrih, ki je nujen predpogoj za sodelovanje s pomočjo telemedicine.

Vir

1. Snyderman CH, Gardner PA, Lanisnik B, Ravnik J. Surgical Telementoring: A New Model for Surgical Training. *Laryngoscope* 2016; 126:1334-1338.

Redna telesna vadba – pomemben dejavnik pri preprečevanju in zdravljenju raka ali recept za 10.000 korakov, prosim!

Prim. Marija Vegelj Pirc, dr. med., Društvo onkoloških bolnikov Slovenije

Asist. dr. Jasna But Hadžič, dr. med., Onkološki inštitut Ljubljana

Doc. dr. Vedran Hadžič, dr. med., Fakulteta za šport Univerze v Ljubljani

Tina Bolcar Repovš, Studio Marketing

Društvo onkoloških bolnikov Slovenije – pomoč bolnikom in ozaveščanje o raku za zdrav življenjski slog

Na splošno je na voljo veliko informacij o raku in tudi pogovor o njem ni več tabu tema, kot je bila še pred leti. O njem vse pogostejše govorimo, bolniki nastopajo javno in delijo svoje izkušnje. Vendar zdravi ljudje sprejemamo informacije predvsem razumno in manj prizadeto ob sočasni čustveni obrambi »*saj to se meni ne more zgoditi*«. Zato ob ugotovitvi diagnoze raka pri sebi vsakdo doživi povsem novo izkušnjo. Mnogi to celo opisujejo kot najtežje obdobje npr. z izrazi *grozno, strašno, brezizhodno*. Psihološka podpora bolniku pomaga, da zmanjša stiske, ki jih doživlja ob soočanju z rakom in njegovim zdravljenjem; pomaga mu, da išče in odkriva tiste moči v sebi, ki mu bodo pomagale, da se bo aktivno vključil v proces zdravljenja in rehabilitacije.

Razveseljiv je podatek, da vse več ljudi po raku preživi, zato se vedno bolj postavlja v ospredje tudi vprašanje o kakovosti življenja bolnikov in o potrebi po zagotovitvi celostne rehabilitacije. Celosten pristop k obravna-

vi bolnikov z rakom je bil na Onkološkem inštitutu Ljubljana že od vsega začetka osnovno vodilo kliničnega dela. Tako smo po vzoru drugih onkoloških centrov po svetu že leta 1978 začeli z uvajanjem psihoonkološke dejavnosti in leta 1984 ustanovili oddelek za psihoonkologijo, ki je bil tudi pobudnik za razvijanje samopomoči bolnikov z rakom in jo je kasneje v okviru Društva onkoloških bolnikov Slovenije (1986) pomagal širiti po Sloveniji. Z vključevanjem različnih strokovnjakov in mentorjev v izvajanje organizirane samopomoči so hkrati nastajali zametki psihoonkologije tudi v drugih zdravstvenih ustanovah

V okviru programa Pot k okreva-
nju – organizirana samopomoč bolnikov z rakom, ki je osnovna dejavnost Društva onkoloških bolnikov Slovenije (www.onkologija.org), poleg individualne samopomoči trenutno deluje po različnih krajih Slovenije 20 skupin za samopomoč bolnikov z rakom. Skupine, ki združu-

jejo bolnike/bolnice z različnimi vrstami raka, so odprtega tipa, poleg rednih mesečnih srečanj po potrebi organizirajo manjše skupine za različne interesne dejavnosti in sodelujejo v drugih društvenih programih. Bolniki, ki so uspešno prestali zdravljenje, so v akcijah ozaveščanja strokovne in laične javnosti dragoceni pričevalci. Večinoma se ljudje ob soočenju z boleznijo sprašujejo, ali so tudi sami kaj prispevali k nastanku bolezni, in mnogi se odločijo, da bodo odtlej živeli drugače – zdravo v najširšem pomenu besede.

Svoje pozitivne izkušnje s hojo bi rada posredovala naprej

»Po vzroku bolezni se nisem spraševala. Misel na smrt sem prekinila na silo, češ da je vsak človek umrljiv – morda to vem zdaj malo bolj zares –, da še nisem



prav stara (58) in da bi s svojim možem in družino rada še živela. Zato se moram posvetiti zdravljenju in se z vsemi močmi boriti za življenje in zdravje.

Takoj (nikoli ni prepozno) sem začela bolj zdravo živeti, telovaditi in hoditi z našo psičko na daljše sprehode v naravo, da sem se tudi telesno pripravila na operacijo. Po drugi operaciji je sledila novica, da bo potrebna kemoterapija, ki sem se je zelo bala. Znova so me začele obhajati črne misli. Da bi se jih otresla, sem se lotila prevajanja knjige. Iz izkušnje sem vedela, da me bodo prevajalske čeri zaposlovale in bom imela manj časa za negativne misli. Kemoterapije sem prenesla kar dobro, če odmislim spremljevalne nevšečnosti. Najhujša je bila izguba las – ampak pogledu v zrcalo se nisem odrekla, ker sem enostavno hotela vedeti in videti, kakšna sem. Vsak dan sem se sprehajala v naravi, telovadila, prevedla kakšno stran knjige.

Rehabilitaciji v zdravilišču sem se odpovedala, česar ne priporočam. Sama imam namreč problem s tem, da ne prenašam prav dobro, ko pacienti tako radi govorimo o svojih boleznih, čemur pa se v zdravilišču ne bi mogla izogniti. Namesto tega sem odšla na svoj prvotni dom, na Obalo. Mesece sem ob morju vsak dan hodila na sprehode tudi do 11 km s psičko, ki mi je dala ogromno energije. Vsak dan sem telovadila, enkrat tedensko plavala.

Nemška prijateljka, zakonca, zdravnika splošne prakse, sta mi podarila knjigo »Moč gibanja«, kjer docent na kölnski visoki šoli za šport opisuje moč in pomoč hoje, tudi ekstremne, pri zdravljenju in rehabilitaciji zlasti raka dojke in prostate, ki je potrdila moj način rehabilitacije.

Svoje pozitivne izkušnje s hojo bi rada posredovala naprej. Ko si sredi zdravljenja, je življenjsko pomembno, da se gibaš v naravi, v zelenju. Možgani dobijo kisik, telo

se dobro prekrvavi. Ugotoviš, da te še kar uboga in da torej s teboj le ni tako slabo, kot si sumil. Poleg tega hoja utruja in bolje spiš. In vse to je življenjsko pomembno, ti daje moč in te navdaja z optimizmom. In pomaga: znanstveno dokazano. Veselim se vsakega dne posebej in majhnih zmag. Za velike bo še čas.«

Odlomek iz pričevanja bolnice (Okno, glasilo Društva onkoloških bolnikov Slovenije, letnik 26, številka 1, 2012)

Redna telesna vadba – sodobni pogled na njene učinke

Redna vadba izboljšuje kardio-respiratorno zmogljivost, mišično moč, imunski sistem in pozitivno vpliva na lipidni profil, presnovo glukoze, zdravje kosti, nosečnost, spanec ter zdrave prehranjevalne navade (1, 2). Pri več kot 26 kroničnih nenalezljivih boleznih je redna vadba učinkovita bodisi na ravni primarne ali sekundarne preventive (3), med temi pa velja izpostaviti sladkorno bolezen, koronarno srčno bolezen, povišan krvni tlak, možgansko kap, rak dojke in debelega črevesa, saj gre za najpogostejše kronične nenalezljive bolezni, ki so vodilni vzrok umrljivosti tudi pri nas. Pri raku debelega črevesa redna vadba v obsegu, skladnem s priporočili, zmanjša tveganje za obolenost za kar 20–25 % pri obeh spolih z značilnim vplivom »odmerka« vadb, kjer več vadb pomeni tudi več pozitivnih učinkov oz. manjše tveganje (4).

Kljub vsem tem dejstvom je prevalenca telesne nedejavnosti v svetovnih merilih okrog 35 % (5) in tudi naši podatki o vedenjskem slogu Slovencev niso boljši, saj je telesno nedejavnih 42 % moških in 34 % žensk (6). Populacijsko pripisljivi delež za telesno nedejavnost je 9 % (7), kar pomeni, da bi odprava telesne nedejavnosti za toliko zmanjšala obolenost za prej omenjene bolezni.

Danes vadbe ne gre gledati zgolj v kontekstu povezav z

boleznimi. Sodobni pogled na učinke vadbe (1) govori o t. i. človeškem kapitalu, ki se z redno vadbo dodatno krepi in je sestavljen ne samo iz prej omenjenega **fizičnega** kapitala (fiziološki učinki vadbe), temveč tudi iz **intelektualnega** (osebe, ki redno vadijo, imajo boljši šolski uspeh, manj kognitivnega upada s starostjo, so akademsko uspešnejše in imajo boljši spomin), **čustvenega** (redno vadeči se počutijo dobro, so manj depresivni in anksiozni, imajo dobro samopodobo in visoko motivacijo), **socialnega** (boljše sodelujejo v timih, prispevajo k razvoju lokalnih skupnosti in lažje premostijo socialne/spolne/verske razlike), **osebne** (boljše ravnanje s časom, samodisciplina, vodstvene sposobnosti in zastavljanje uresničljivih ciljev) ter **finančnega** kapitala (za zdravstveni sistem so redno vadeči cenejši, imajo manj odsotnosti z dela, boljše produktivnost).

Lahko bi torej rekli, da redna vadba izjemno dobro vpliva na človekovo dobro počutje v celoti oz. da nam **izboljšuje kakovost življenja**, vendar pa smo kot stroka na področju spodbujanja telesne dejavnosti bistveno manj agresivni in te vplive redne vadbe pogosto (a neupravičeno) bodisi podcenjujemo (1, 8, 9) bodisi **ne znamo tega sporočila jasno in nedvoumno posredovati bolnikom**. Mogoče bo šele uvedba kardiorespiratorne zmogljivosti kot vitalnega znaka pomagala pri tem, da med zdravniki zmanjšamo napačno vcepljen strah pred svetovanjem vadbe, telesne dejavnosti in športa bolnikom (10) in bomo vsaj začeli razmišljati o vadbi, ko smo soočeni z bolnikom, ki ima povišan krvni tlak, osteoporozo ali debelost.

Uvedba kardiorespiratorne zmogljivosti ni tako zapletena, kot se lahko sliši, saj nekateri predlagajo dve preprosti vprašanji (9). Koliko dni v tednu se udeležite vadbe, kot je npr. hitra hoja ali tek, in koliko ta hoja v povprečju traja v minutah? Produkt teh dveh odgovorov je stopnja zmerne do močne telesne dejavnosti (MVPA) vašega bolnika na tedenski ravni, ki



mora doseči minimalnih 150 minut na teden. Zaradi velike terapevtske širine vadbe kot zdravila lahko povsem varno svetujete tudi 300 minut vadbe na teden.

Stopnja telesne dejavnosti in telesna nedejavnost sta neodvisna dejavnika tveganja (11). Prvi na zdravje vpliva ugodno, drugi pa nas ogroža. Tako kot moramo spodbujati vadbo, moramo po drugi strani odsvetovati sedeč življenjski slog, saj le tako lahko pričakujemo resnično dobre in spodbudne rezultate (12). In ravno ob tem zavedanju se hoja prav gotovo ponuja kot najboljša izbira.

»Zakorakaj k zdravju!«

Izsledki raziskav in priporočila

Vseslovensko komunikacijsko akcijo **Pravi moški**, namenjeno ozaveščanju širše javnosti o problematiki raka pri moških, je zasnovalo leta 2015 Društvo onkoloških bolnikov Slovenije v sodelovanju z Onkološkim inštitutom Ljubljana in z Ministrstvom za zdravje RS. Letos je pritegnilo k sodelovanju še Fakulteto za šport in akcija se nadaljuje s sloganom **Zakorakaj k zdravju!** Akcija je kot orodje ozaveščanja in sočasno intervencijo izbrala prav najbolj

pogosto obliko telesne dejavnosti – hojo. Hoja je vsekakor najbolj naravna oblika gibanja za človeka, saj se lahko na sprehod odpravimo kadarkoli in kjerkoli, za to ne potrebujemo posebnega treninga, finančnih sredstev ali priprav. Potrebna je zgolj dobra volja in seveda, če je mogoče, tudi dobra družba. S hojo bomo vsekakor posegli v področje tako vadbe kot tudi preprečevanja nedejavnosti.

Študije, ki so primerjale učinkovitost hoje v primerjavi s tekom, so pokazale, da so učinki vadbe ob enakem kaloričnem vplivu povsem primerljivi (13). V metaanalizi študij, ki so preučevale vpliv hoje v skupini na številne kazalce zdravja (14), so sklenili, da hoja niha sistolni (–5,28 do –2,17 mmHg) in diastolni krvni tlak (–4,15 do –2,13 mmHg), frekvenca srca v mirovanju (–4,13 do –1,64 utripov/minuto), odstotek telesnega maščevja (–2,10 do –0,52 %), indeks telesne mase (–1,19 do –0,23 kg/m²), skupni holesterol (–0,22 do –0,01 mmol/L) ter statistično značilno povečuje VO_{2max} (1,67–3,65 ml/kg/min.), seštevek SF-36 vprašalnika (0,51 do 11,53) ter prehojeno razdaljo pri 6-minutnem testu hoje (53,37–105,84 m).

Poleg tega pa je hoja primerna tudi za tiste, ki so trenutno najmanj telesno dejavni in posledično najmanj zmogljivi. Pri teh je prvi korak izredno

pomemben in za njih so prav gotovo spodbudne zadnje ugotovitve iz velike kohortne študije, ki kažejo na to, da hoja tudi pod priporočenih 150 minut na teden v primerjavi z nedejavnostjo pomembno zmanjšuje splošno umrljivost. Avtorji na koncu sklenejo, da gre za odlično obliko vadbe, ki je dostopna, poceni in primerna za vsa starostna obdobja (15).

V akciji si želimo, da odrasli dosežejo med 7.000 in 10.000 korakov dnevno, s hitrostjo hoje 100 korakov na minuto, kar ustreza intenzivnosti 3 MET (16, 17). Zastavljeni cilji so mogoče na prvi pogled visoki, ampak vsekakor uresničljivi, in vsi pobudniki si srčno želimo čim širše podpore, ki bo prav gotovo prispevala k učinkovitosti akcije.

Hoja je prav gotovo odlična izbira tudi za onkološke bolnike.

Nekatere novejšje študije kažejo na pomen hoje pred začetkom onkološkega zdravljenja. Študija, kjer so bolnike vključili v vadbeno skupino pred operativnim posegom zaradi raka debelega črevesa, je pokazala, da nekaj več kot tri tedne (24,5 dneva) prehabilitacije pomembno vpliva na zmogljivost bolnikov po posegu (18).

Hoja je učinkovita tudi v času zdravljenja, saj lahko vpliva na boljši potek zdravljenja in zmanjša ali prepreči akutne stranske učinke zdravljenja. Randomizirana klinična raziskava pri bolnikih z rakom dojke in rakom debelega črevesa je pokazala, da bolniki lahko dosežejo predlaganih 10.000 korakov v času adjuvantne kemoterapije ter obenem izboljšajo kazalce zdravja in počutja. Sama intervencija je vključevala nasvet, da dosežejo 10.000 korakov dnevno, in je trajala 10 tednov. O primernosti hoje kot oblike vadbe mogoče najbolj priča kar 91 % komplanca bolnikov, od teh pa jih je kar 75 % doseglo zadani cilj 10.000 korakov.

Do podobnih ugotovitev so prišli tudi v študiji, kjer so preverjali vpliv hoje pri bolnikih z rakom dojke in prostate, in so enako sklenili, da so bolniki, ki so bili bolj dejavni in ohranili telesno dejavnost v obliki

hoje skozi celotno terapijo, imeli na koncu boljšo kardio-respiratorno zmogljivost in so čutili manj bolečine kot tisti, pri katerih se je stopnja telesne dejavnosti zmanjšala.

Pričakovano je vadba, in to prav hoja višje intenzivnosti, učinkovita tudi po zaključenem onkološkem zdravljenju, saj tri ure hitre hoje na teden zmanjšuje specifično umrljivost zaradi raka prostate za kar 57 % (HR = 0,43; 95 % interval zaupanja 0,21–0,91) (19). Varovalni učinki zmerne vadbe na ponovitev bolezni in smrt zaradi raka pa so bili dokazani tudi pri raku dojke (smrtnost manjša za 51 %) (20) in raku debelega črevesa in danke (zmanjša tveganje za ponovitev bolezni za 49 % (21) in tveganje za smrt za 45 % (22)). V večini omenjenih študij je bila edini izključitveni kriterij za bolnike nezmožnost samostojne hoje, kar dodatno priča o tem, da je hoja možno priporočiti praktično vsem onkološkim bolnikom in da hoja praktično nima omembe vrednih kontraindikacij, razen takoj po operativnem posegu (celjenje tkiv) in pri bolnikih, ki imajo več kostnih metastaz oz. hudo osteoporozo. Njim je odsvetovana hoja po neravnih spolzkih terenih zaradi večje nevarnosti zloma.

Glede na stanje našega zdravstvenega sistema je mogoče pomembno izpostaviti tudi to, da celo zelo konservativna ocena finančnega vpliva telesne nedejavnosti na zdravstveni sistem znaša okrog 46,3 milijarde evrov na letni svetovni ravni, pri čemer skoraj 60 % tega stroška krije javni sektor (23, 24). Vsi ukrepi, ki manjšajo raven telesne nedejavnosti, so zato več kot dobrodošli oz. bi moralo ministrstvo poskrbeti, da je akcij, kot je »Zakorakaj k zdravju«, bistveno več ter tako tudi z dejanji dokazati svojo resnost pri uresničitvi ciljev resolucije o nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015–2025 (25).

»Pravi moški« v medijih

Ozaveščanje širše slovenske javnosti o raku pri moških je projekt,

ki je nastal pred tremi leti – osnovna ideja se je rodila ob pregledovanju statistike, ki jo skrbno in natančno beleži Register raka Republike Slovenije (<http://www.slora.si/>). Primerjava števila obolelih moških za različnimi vrstami raka in njihovega preživetja z drugimi državami v EU je pokazala, da za rakom v Sloveniji zbolijo večje število moških, da se težje in kasneje odločijo za obisk pri zdravniku, kadar pride do težav, njihovo preživetje pa je krajše. Prizadevanja vladnih institucij (Ministrstvo za zdravje – Državni program za obvladovanje raka) in pobuda različnih nevladnih organizacij so bili tako dopolnjeni z družbeno odgovorno akcijo »Pravi moški«, ki je primarno namenjena ozaveščanju moških o raku in ki poteka na nacionalni ravni.

Sporočila akcije se pridružujejo prizadevanju Ministrstva za zdravje, ki si z različnimi programi in vzvodi prizadeva, da bi Slovenija postala zdrava država, da bi bilo življenje v njej kakovostno in da bi ljudje čim manj zbolevali – pa ne samo za rakom, tudi za drugimi kroničnimi boleznimi.

Že mnogokrat povedana in zapisana trditev, da sami lahko veliko naredimo za svoje zdravje in dobro počutje, še kako drži. Pa čeprav včasih na to nehoti pozabimo in se prepustimo toku stresnega načina življenja, ki ga narekujejo čedalje večje obremenitve. Zavedanje o tem, da je skrb za zdravje nekaj, kar je v pristojnosti nas samih, je pomembno.

Spletna stran izogniseraku.si deluje že drugo leto. Na tem spletnem mestu obiskovalci najdejo vse potrebne informacije o raku, povezave na vladne in nevladne institucije, ki so v Sloveniji pristojne za področje raka.

Želimo si, da bi redna telesna aktivnost – hoja, postala vsakodnevna dobra razvada vseh Slovencev. Pomembno je, da je vzpodbuda k hoji redna in da hoja »promovirajo« vsi deležniki akcije. V široko zastavljeni akciji sodelujejo strokovnjaki z različnih področij: zdravniki onkologi,

strokovnjaki za šport, strokovnjaki za komuniciranje, pristojni z Ministrstva za zdravje, člani Društva onkoloških bolnikov Slovenije, mediji, znane javne osebnosti – ambasadorji, ki akcijo in njen namen javno podpirajo in promovirajo.

Viri

1. Bailey R, Hillman C, Arent S, Petitpas A. Physical activity: an underestimated investment in human capital? *J Phys Act Health*. 2013;10:289–308. doi:10.1123/JPAH.10.3.289.
2. Garber CE, Blissmer B, Deschenes MR, et al. American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Med Sci Sports Exerc*. 2011;43(7):1334–59. doi:10.1249/MSS.0b013e318213febf.
3. Pedersen BK, Saltin B. Exercise as medicine - Evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scand J Med Sci Sport*. 2015;25:1–72. doi:10.1111/sms.12581.
4. Kerr J, Anderson C, Lippman SM. Physical activity, sedentary behaviour, diet, and cancer: an update and emerging new evidence. *Lancet Oncol*. 2017;18(8):e457–e471. doi:10.1016/S1470-2045(17)30411-4.
5. Wen CP, Wu X. Stressing harms of physical inactivity to promote exercise. *Lancet*. 2012;380(9838):192–193. doi:10.1016/S0140-6736(12)60954-4.
6. Djomba JK. Telesna dejavnost. In: *Zdravje in Vedenjski Slog Prebivalcev Slovenije: Trendi v Raziskavah CINDI 2001–2004–2008*; 2012:50–69. Available at: http://www.cindi-slovenija.net/images/stories/cindi/trgovina/Trendi_CINDI_2012.pdf.
7. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: An analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*. 2012;380(9838):219–229. doi:10.1016/S0140-6736(12)61031-9.
8. Mueser KT, Cook JA. Are we underestimating the value of exercise for wellness? *Psychiatr Rehabil J*. 2015;38(4):289–292. doi:10.1037/prj0000175.
9. Sallis RE. Exercise in the Treatment of Chronic Disease: An Underfilled Prescription. *Curr Sports Med Rep*. 2017;16(4):225–226. doi:10.1249/JSR.0000000000000378.
10. Ross R, Blair SN, Arena R, et al. Importance of Assessing Cardiorespiratory Fitness in Clinical Practice: A Case for Fitness as a Clinical Vital Sign: A Scientific Statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2016;134(24):e653–e699. doi:10.1161/CIR.0000000000000461.

11. van der Ploeg HP. Sitting Time and All-Cause Mortality Risk in 222 497 Australian Adults. *Arch Intern Med.* 2012;172(6):494. doi:10.1001/archinternmed.2011.2174.
12. Bouchard C, Blair SN, Katzmarzyk PT. Less Sitting, More Physical Activity, or Higher Fitness? *Mayo Clin Proc.* 2015. doi:10.1016/j.mayocp.2015.08.005.
13. Williams PT, Thompson PD. Walking versus running for hypertension, cholesterol, and diabetes mellitus risk reduction. *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 2013;33(5):1085-1091. doi:10.1161/ATVBAHA.112.300878.
14. Hanson S, Jones A. Is there evidence that walking groups have health benefits? A systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med.* 2015;49(11):710-5. doi:10.1136/bjsports-2014-094157.
15. Patel A V., Hildebrand JS, Leach CR, et al. Walking in Relation to Mortality in a Large Prospective Cohort of Older U.S. Adults. *Am J Prev Med.* 2017;0(0):1-10. doi:10.1016/j.amepre.2017.08.019.
16. Tudor-Locke C, Craig CL, Brown WJ, et al. How many steps/day are enough? for adults. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2011;8(1):79. doi:10.1186/1479-5868-8-79.
17. Tudor-Locke C, Craig CL, Aoyagi Y, et al. How many steps/day are enough? For older adults and special populations. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2011;8:80. doi:10.1186/1479-5868-8-80.
18. Gillis C, Li C, Lee L, et al. Prehabilitation versus rehabilitation: a randomized control trial in patients undergoing colorectal resection for cancer. *Anesthesiology.* 2014;121(5):937-47. doi:10.1097/ALN.0000000000000393.
19. Richman EL, Kenfield SA, Stampfer MJ, Paciorek A, Carroll PR, Chan JM. Physical activity after diagnosis and risk of prostate cancer progression: Data from the cancer of the prostate strategic urologic research endeavor. *Cancer Res.* 2011;71(11):3889-3895. doi:10.1158/0008-5472.CAN-10-3932.
20. Schmid D, Leitzmann MF. Association between physical activity and mortality among breast cancer and colorectal cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Ann Oncol.* 2014;23(Suppl 7):1-19. doi:10.1093/annonc/mdu012.
21. Je Y, Jeon JY, Giovannucci EL, Meyerhardt J a. Association between physical activity and mortality in colorectal cancer: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Int J Cancer.* 2013;133(8):1905-13. doi:10.1002/ijc.28208.
22. Meyerhardt JA, Heseltine D, Niedzwiecki D, et al. Impact of physical activity on cancer recurrence and survival in patients with stage III colon cancer: Findings from CALGB 89803. *J Clin Oncol.* 2006;24(22):3535-3541. doi:10.1200/JCO.2006.06.0863.
23. Ding D, Kolbe-Alexander T, Nguyen B, Katzmarzyk PT, Pratt M, Lawson KD. The economic burden of physical inactivity: a systematic review and critical appraisal. *Br J Sports Med.* 2017;51(19):1392-1409. doi:10.1136/bjsports-2016-097385.
24. Ding D, Lawson KD, Kolbe-Alexander TL, et al. The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *Lancet.* 2016;388(10051):1311-1324. doi:10.1016/S0140-6736(16)30383-X.
25. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. *Nacionalni Program O Prehrani in Telesni Dejavnosti Za Zdravje 2015-2025.* Slovenija; 2015.

ZAKORAKAJ K ZDRAVJU!

**PRAVI MOŠKI
SKRBI ZASE!**
izogniseraku.si



DRUŠTVO
ONKOLOŠKIH
BOLNIKOV
SLOVENIJE

ONKOLOŠKI
INSTITUT
LJUBLJANA



INSTITUTE
OF ONCOLOGY
LJUBLJANA



Univerza v Ljubljani
Fakulteta za šport



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

Podporniki:



Poletna šola hipertenzije

2017 ESH Summer School

Nena Golob, dr. med., dr. Jana Brguljan Hitij, dr. med., UKC Ljubljana

nenagolob@gmail.com

Med 9. in 15. septembrom 2017 je v Snagovu (Romunija) potekala Poletna šola hipertenzije. Šolo hipertenzije že vrsto let organizira Evropsko združenje za hipertenzijo (European Society of Hypertension, ESH) z namenom izobraževanja mlajših kolegov (specializantov, mladih specialistov), ki se v dnevni praksi srečujemo z bolniki z arterijsko hipertenzijo. Večini udeležencev izobraževanje prijazno omogoča državno združenje za arterijsko hipertenzijo – tudi pri naju s kolegom je bilo tako (za kar se zahvaljujemo) – sicer pa obstaja tudi možnost finančne pomoči oz. štipendiranja. Letošnje šole se je udeležilo 59 udeležencev iz Evrope, praviloma po dva iz vsake evropske države (tudi iz Slovenije), romunska delegacija je bila malo večja, in dve udeleženki iz Argentine. Prevladovali smo specializanti interne medicine, kardiologije in nefrologije, nekaj je bilo tudi specializantov oz. specialistov družinske medicine.

Udeleženci smo imeli možnost aktivnega sodelovanja s predavanji (in posterji), tako da smo kolegom v sklopu obravnavanih tem predstavili svoje raziskovalno delo ali zapletenejše primere zdravljenja bolnikov. Na podlagi naših

predavanj so se razvile vroče debate in posledično ustvarila zanimiva poznanstva.

Šola je bila razdeljena na sklope predavanj, zanimive tako s strani klinične prakse kakor zaradi raziskovanja. Letošnja šola je namenila veliko prostora tudi novostim in raziskovanju. Udeležence se je nenehno spodbujalo k razmisleku glede morebitnih novih raziskovalnih možnosti in niš.

Prvi dan izobraževanja je bil namenjen ponovitvi smernic zdravljenja arterijske hipertenzije. Odlični predavatelji, svetovno priznani strokovnjaki iz sveta arterijske hipertenzije, so nas med predavanji nenehno spodbujali h kritičnemu pogledu pri dojetju smernic. Temu so namenili tudi popoldansko sekcijo predavanj prvega dne, ko smo spoznavali vlogo načina merjenja tlakov, pomen dnevne variabilnosti arterijskih tlakov in pomen izolirane arterijske hipertenzije pri sami začetni obravnavi arterijske hipertenzije. Vsekakor pa so si bili predavatelji enotni glede potrebe po boljši obravnavi bolnikov z arterijsko hipertenzijo in potrebe po doseganju nižjih vrednosti tlakov oz. vsaj tarčne vrednosti pod 140/90 mmHg, toliko bolj pa je to nujno pri bolnikih, ki imajo zaradi arterijske hipertenzije zaplete.



Drugi dan izobraževanja je bil namenjen obravnavi arterijske hipertenzije pri nevrološkem bolniku. Veliko pozornosti smo namreč posvetili zdravljenju arterijske hipertenzije neposredno po možganski kapi. Popoldanska predavanja tistega in predavanja naslednjega dne pa so obravnavala rezistentno arterijsko hipertenzijo in sekundarno obliko arterijske hipertenzije. Poučili so nas o pomenu izključitve sekundarne etiologije bolezni, o vzrokih za sekundarno hipertenzijo in novih terapevtskih možnostih zdravljenja (predvsem) stenoze renalne arterije. Predstavljene so bile še eksperimentalne tehnike in študije v zvezi s tem. Razvnela se je posebno zanimiva debata, tudi na podlagi predavanja mlajšega kolega, glede rezultatov zdravljenja stenoze ledvičnih arterij in ali je to res vedno indiciran poseg ob izpolnitvi pogojev zanj. V povezavi s to debato so bila zelo zanimiva in poučna tudi predavanja o adherenci zdravljenja arterijske hipertenzije po svetu. Zanimivi so predvsem načini, ko se posamezne države lotevajo problematike na državni ravni. Medtem ko se v bogatejših državah posvečamo posameznikom, katerim predpisujemo tudi zelo draga in »ekstravagantna«

zdravila, so marsikje po svetu usmerjeni mnogo bolj populacijsko. Skupinam z visokim krvnim tlakom osnovno zdravstvo omogoča brezplačno zdravljenje z zdravili prvega izbora z namenom, da bi čim večjemu številu ljudi nekoliko znižali izhodiščne vrednosti arterijskih tlakov, za posameznike z bolj rezistentno arterijsko hipertenzijo pa žal zmanjka denarja. Veliko govora je bilo tudi o obravnavi nefrološkega bolnika z arterijsko hipertenzijo: o pomenu soli v dietni prehrani, o novostih in možnih tarčah zdravljenja ob vpletanju v sistem renin-angiotenzin-aldosteron, o zdravljenju hipertenzije pri bolniku s kronično ledvično okvaro oz. pri dializnem bolniku. V tem sklopu je bilo posebno zanimivo predavanje o endemični (balkanski) nefropatiji. Glede na zadnje raziskave pravzaprav ne gre za endemično bolezen, saj se v literaturi pojavljajo primeri iz celega sveta, kakor tudi zanjo naj ne bi bila odgovorna le *Aristolochia clematitis*, ampak tudi druge podvrste skupine *Aristolochia*, ki rastejo tudi drugje po svetu (ne samo na Balkanu) in so od nekdaj zelo prisotne v tradicionalni kitajski medicini.

Naslednji daljši sklop predavanj je bil namenjen obravnavi arterijske

hipertenzije pri bolniku s sladkorno boleznijo. Veliko pozornosti smo namenili tudi angiološkemu zapletom bolnikov zaradi sladkorne bolezni, kakor tudi vplivu povišanih arterijskih tlakov na žilno steno, v zadnjem primeru predvsem z nekega eksperimentalnega vidika. Predzadnji in zadnji dan predavanj so bile teme nekoliko bolj proste. Posvetili smo se tako vprašanjem, s katerimi se srečujemo v vsakdanji praksi, kakor tudi rešitvam in spoznanjem, ki so še v povojih, saj so šele v eksperimentalni fazi.

Ta šola je vsekakor odlična izkušnja, predvsem za mlade zdravnike, ki se zelo pogosto srečujemo z neobvladovano arterijsko hipertenzijo tako pri delu na oddelku in v ambulantni kakor tudi v urgentni internistični ambulanti. Med izobraževanjem imaš namreč možnosti osvojiti znanja in veščine, kako obvladovati arterijsko hipertenzijo, predvsem pa te naučijo kritičnega pogleda in razmišljanja v povezavi z zdravljenjem arterijske hipertenzije. Šola je zanimiva tudi zato, ker imaš priložnost spoznati mlade nadobudne zdravnike in z njimi danes ustvariti kolegialno vez, ki bo morda kdaj prerasla v profesionalno.

17. Mednarodni simpozij zobne morfologije (ISDM) in 2. kongres Mednarodnega združenja za paleodontologijo (IAPO)

Bordeaux, 4.–7. oktober 2017

Doc. dr. Iztok Štampfelj, dr. dent. med., spec., Katedra za zobne bolezni in normalno morfologijo zobnega organa, MF UL in Center za zobne bolezni, UKC Ljubljana
iztok.stampfelj@mf.uni-lj.si

Raziskovalci, ki se ukvarjamo s širokim področjem zgradbe in razvoja zoba, se vsako tretje leto srečamo na Mednarodnem simpoziju zobne morfologije (ISDM). Prvi ISDM so organizirali že leta 1965. Za te simpozije je značilna multidisciplinarna usmerjenost v anatomijo, paleo-

antropologijo, paleontologijo, arheologijo, dentalno medicino, genetiko, biomehaniko in forenzično odontologijo. Od leta 2014 so to ob enem tudi kongresi Mednarodnega združenja za paleodontologijo (IAPO). Letošnje srečanje je potekalo na Univerzi v Bordeauxu v Franciji.

Na simpoziju je s predavanji in plakati sodelovalo okrog 200 udeležencev iz evropskih držav, Avstralije, Brazilije, Čila, Gabona, Indonezije, Irana, Izraela, Japonske, Kanade, Kitajske, Nove Zelandije, Ruande in ZDA. Videti je bilo mnogo znanih obrazov, le skromna japonska udeležba je bila v očitnem nesorazmerju z njihovo raziskovalno dejavnostjo na tem področju. Program simpozija je bil razdeljen v osem sklopov: (i) evolucija zob, (ii) zobje (človeški in živalski) in arheologija, (iii) rast in razvoj zoba, (iv) funkcija in biomehanika zob, (v) odontologija in paleodontologija, (vi) evolucija in devolucija zob, (vii) genetika in epigenetika ter (viii) nove raziskovalne metode. Zaradi vsebinske raznolikosti simpozija sem poročilo omejil na teme, zanimive za bralce revije.

Prof. Grant Townsend in njegovi sodelavci z Univerze v Adelajdi (Avstralija) že 35 let raziskujejo dvojčke in njihove družine, da bi osvetlili vpliv različnih dejavnikov na oralno zdravje, rast in razvoj orofacialnega sistema pri človeku. Klasični model odontogeneze (razvoja zoba) predvideva učinke genetskih in okoljskih dejavnikov; v novejšem času so ga dopolnili z epigenetskimi dejavniki, ki določajo izražanje genov. V ožjem pomenu spadajo mednje kemične modifikacije DNK (metilacija in acetilacija), v širšem pomenu pa tudi časovna in prostorska variabilnost medceličnih interakcij v času razvoja zametka. Molekularne študije so pokazale, da odontogenezo usmerjajo medsebojno se izmenjujoči vplivi med celicami epitelijskega in ektomenhimskega dela zobnega zametka, v proces pa je vpletenih več kot 300 genov. Za področje raziskovanja

zobne morfologije s sodobnimi 3D-slikovnimi metodami (mikrotomografija, sinhrotronska mikrotomografija in 3D-skeniranje) se je uveljavilo poimenovanje dentalna fenomika. Pričakovati je, da bo njeno povezovanje z molekularno genetiko v bližnji prihodnosti omogočilo boljše razumevanje vloge naštetih dejavnikov pri nastanku normalne variabilnosti velikosti in oblike zob ter njihovih bolezenskih odklonov.

Zobje so zaradi velike obstojnosti najpogostnejša fosilna najdba. Napredek na področju slikovnih metod in analize pridobljenih slikovnih podatkov je paleoantropološkim in primerjalnoodontološkim raziskavam nadel krila. Nove metodologije presegajo tradicionalno delitev na merljive (zobne mere) in nemerljive (oblikovni znaki) fenotipske lastnosti zob. Poleg tega omogočajo raziskovanje notranje morfologije in zgradbe zob. Relief grizne ploskve in oblikovanost skleninsko-dentinske meje pri zobeh recentnih in fosilnih živalskih vrst analizirajo z računalniško podprtimi matematičnimi postopki (geometrična morfometrija). Ob tem velja omeniti, da zanimanje za oblikovanost tkivnih ločnic ni novo; v 90. letih je o izraženosti protostilida na skleninski in dentinski površini spodnjega tretjega kočnika več člankov v uglednih tujih revijah objavil naš profesor Dominik Gašperšič. Nekatere predstavitve na simpoziju pa so le potrdile znano resnico, da brez pravih idej niti najsodobnejša tehnologija ne koristi prav veliko.

Forenzični odontologi lahko identificirajo skeletne ostanke oseb na osnovi primerjave zob z referenčnim materialom (npr. kartoteka, rentgen-ski posnetki zob), manj znano pa je, da se v izraženosti oblikovnih zobnih znakov skriva tudi podatek o etničnem izvoru posameznika. O tem, v praksi še dokaj neizkoriščenem potencialu je predaval prof. Richard Scott z Univerze v Nevadi (ZDA). Predstavil je testiranje računalniške aplikacije rASUDAS, ki na osnovi izraženosti oblikovnih znakov na zobeh

izračuna verjetnost, da posameznik izvira iz katere od velikih prebivalstvenih skupin.

Pet udeležencev iz Slovenije je izsledke svojega raziskovalnega dela predstavilo s štirimi plakati. Asist. Lucija Strmšek, dr. dent. med., je predstavila retrospektivno raziskavo pogostnosti trikoreninskih spodnjih kočnikov pri 1.318 pacientih, ki so se zdravili na Stomatološki kliniki v Ljubljani. Na intraoralnih rentgenskih posnetkih je nadštevilno korenino ugotovila pri 1,3 % šestih, 0,3 % sedmih in 1,8 % osmih, ostali zobje so imeli dve ali eno korenino. Podatki imajo klinični pomen, saj ima spregledana in nezdravljena dodatna korenina za posledico neuspeh endodontskega zdravljenja zoba. Kljub temu je v literaturi zelo malo epidemioloških podatkov za evropske narode, večina je starejšega datuma. Omenjena dodatna korenina se navadno razvije enostransko, manj pogosto obojestransko, zelo redko pri večjem številu spodnjih kočnikov. Asist. Tomaž Hitij, dr. dent. med., je opisal endodontski primer mlajše pacientke s tremi koreninami pri obeh spodnjih šestih in sedmih ter z globokimi vzdolžnimi koreninskimi brazdami in koreninskim kanalom oblike C pri spodnjih ličnikih (štiricah in peticah). Korenine osmih v času zdravljenja še niso bile formirane. Opozoril je na diagnostični pomen neobičajne morfologije zobnih kron, v opisanem primeru spodnjih petic, ki nas že med kliničnim pregledom ustne votline lahko opozori na odstopanja od normalne oblike in/ali števila korenin.

Asist. Tilen Šušterčič, dr. dent. med., in Taja Pogorelčnik, dr. dent. med., sta predstavila s Prešernovim priznanjem nagrajeno študentsko raziskovalno nalogo o trdoti dentina. Trdotne preskuse sta naredila na vodoravnih prerezih korenin mlečnih in stalnih spodnjih sekalcev na oddaljenosti od dentinsko-cementne meje. Z vidika zdravljenja kariesa sta pomembni ugotovitvi, da se pri obeh vrstah zob trdota dentina zmanjšuje proti zobni pulpi, trdota



V družbi s profesorjem Richardom Scottom.

vseh dentinskih plasti pa je pri stalnih zobeh večja kot pri mlečnih zobeh. Trdotne razlike med koreninskimi ploskvami stalnih zob so odraz hitrejše sklerozacije dentina na aproksimalnih ploskvah, kar določa tudi vestibulooralno usmerjenost večine vzdolžnih koreninskih pok pri endodontsko zdravljenih zobeh.

Zobje so bogat vir podatkov o bioloških lastnostih, prehrani in načinu življenja vsakega posameznika. Avtor pričujočega prispevka je poročal o raziskavi zobovja pri skeletu hunskega bojevnika iz sredine

5. stoletja, ki so ga odkrili med arheološkimi izkopavanji na Ptuju. Arheološka najdba predstavlja prvo materialno sled Hunov v slovenskem prostoru. Lobanja kaže znake umeznega preoblikovanja, kar so dosegli s tesnim prevezovanjem glave v prvih letih življenja. Analiza rentgenskih posnetkov zob je pokazala, da je umrl pri starosti nekaj nad 20 let, analiza oblikovnih zobnih znakov s prej omenjeno aplikacijo rASUDAS pa je potrdila njegovo azijsko etnično poreklo. Slednje se zrcali v značilnem nasprotju med kompleksno kronsko

in enostavno zunanjo koreninsko morfologijo. Sekalci imajo lopatasto obliko, zgornja šestica in sedmica 5. vršek, spodnja šestica 6. vršek, spodnja sedmica 5. vršek, vsi kočniki skleninski jezik; v nasprotju s tem je med 32 zobmi le pet takšnih, ki imajo dve ali tri korenine, ostali so enokorenski. Abrazivne spremembe na zgornjih sekalcih kažejo, da si je z njimi redno pomagal pri določenih opravilih; žlebovi na aproksimalnih (stičnih) ploskvah so najverjetneje posledica izdelovanja tetive za lok.

Zadnji dan smo obiskali znamenito jamo Rouffignac, ki leži 160 km vzhodno od Bordeauxa. Pred 15.000 leti je manjše število paleolitskih umetnikov na njene stene z vrezovanjem in risanjem upodobilo številne mamute, bizone, konje, kozoroge, nosoroge ter nekaj človeških figur in simbolov. Umetnine so zaradi ugodne jamske klime tisočletja kljubovale zobu časa, največ škode so povzročili obiskovalci v zadnjih štirih stoletjih, preden so jamo zavarovali in uredili za ogled. Upodobitve živali so stilizirane, vendar realistične; nekatere presenečajo s svojo premišljeno kompozicijo. V temni globini jamskih labirintov se današnjemu obiskovalcu zazdi, da predzgodovinski razum, ki je ustvaril poslikave, ni mogel biti zelo drugačen od našega ..., da je čas le iluzija in so v resnici umetnikove roke pravkar odložile orodje ...

12. kongres Evropskega združenja za koloproktologijo

Berlin, 20.–22. september 2017

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

Evropsko združenje za koloproktologijo (ESCP) vsako leto v zadnjem tednu septembra priredi svoj kongres. V zadnjih letih postaja ta kongres

vodilni sestanek koloproktologov iz vse Evrope, ne samo Evropske unije, ampak vseh evropskih držav, pomembno pa je zastopana tudi Rusija.

Zelo aktivni so turški kirurgi, ki so lani načrtovali evropski kongres v Istanbulu, a je zaradi terorističnih napadov upravni odbor ESCP sklenil, da se kongres iz Istanbula premesti v Milano. Organizacijski stroški so se zaradi tega povečali in kongres je bil komaj še finančno uspešen.

Članstvo v ESCP v zadnjih letih nenehno narašča. Najbolj se je

povečalo prav v zadnjem letu, skoraj za 25 odstotkov, tako da je aktivno članstvo naraslo že na 1.265. Nekaj od teh aktivnih članov je tudi iz neevropskih držav, kar pomeni, da je združenje prepoznavno in cenjeno tudi v svetovnem merilu. Na predkongresnih sestankih smo veliko govorili o tem, predvsem pa o kakovosti dela, ki pritegne nove člane. Ciljno število članov naj bi bilo vsaj 2.000. Takšno število bi bilo tudi še znosno za udeležbo na kongresih, večje število udeležencev pa bi že predstavljalo logistični problem.

Na letošnjem kongresu je bilo že več kot 1.600 udeležencev. Novim članom je treba ponuditi nekaj, kar jih pritegne. ESCP lahko ponudi dobro organizacijo, strukturiran način dela vsakoletnega kongresa, dobro izbiro predavateljev in novost, ki je v zadnjem času vse bolj cenjena – izpit ESCP. Od lanskega leta je na spletu učbenik, ki je podlaga za znanje, ki se preizkuša na izpitu. Poleg tega je predpisan obseg dela in posegov, ki naj jih kandidati opravijo pred prijavo na izpit. Kandidatov je vsako leto več in najbolj ocenjeni kandidat je letos dobil priznanje dolgoletnega in uglednega člana ESCP-ja, pokojnega švedskega profesorja Larsa Palmöja. Člani ESCP brez izpita imajo enostaven naziv »member«, tisti, ki opravijo izpit, pa dobijo naziv »fellow«. Na ta način je članstvo razporejeno enako kot v ameriškem združenju koloproktologov (ASCP). Za ameriško združenje je izpit pravzaprav pogoj, v Evropi pa posamezne države ta izpit različno ocenjujejo. V nekaterih državah je priznan, v drugih pa uradna medicina do tega izpita nima pravega stališča. Na tehničnih sestankih smo se pogovarjali, da ne bi bilo smiselno, da se vprašanje priznanja te diplome rešuje v vsaki državi posebej, ampak da bi združenje v dogovoru z institucijami Evropske unije poskušalo pridobiti veljavo takšnemu izpitu. To bi prispevalo tudi k priznanju koloproktologije kot samostojne stroke, saj v mnogih evropskih državah takšna samostojnost še ni priznana oz. samoumevna.



Koloproktologija je marsikje obravnavana kot osebna zavzetost splošnih ali abdominalnih kirurgov, vendar to ni dovolj. Jasno je, da je za mnoge zahtevne posege potrebno daljše usmerjeno delo, določena učna krivulja in tudi vzdrževanje kondicije. Le določeno število opravljenih posegov na leto jamči, da bo poseg narejen varno in kakovostno. V letnem poročilu so tako najbolj izstopala poročila izobraževalnega (*education committee*) in raziskovalnega odbora (*research committee*). Prvi se ukvarja z organizacijo preizkusov znanja, z učbenikom pa hkrati postavlja norme znanja in obseg stroke. Raziskovalni odbor povezuje predstavnike različnih evropskih držav in jih vključuje v tematske študije, ki so bile tudi predstavljene. Odbor za povezave skrbi za komunikacijo članstva, pa tudi za povezovanje s sorodnimi združenji – na področju onkologije, kroničnih vnetnih črevesnih bolezni in endoskopske kirurgije.

Letos se je prvič samostojno predstavilo tudi združenje mladih koloproktologov, ki kot mladi izpostavljajo predvsem vprašanja specializa-

cije, možnosti izmenjav in selektivnega operiranja s področja koloproktologije. Z veseljem smo pozdravili njihovo angažiranost in obenem pripadnost ESCP.

Kongres je bil zelo delovno strukturiran, kar je zasluga Anne Martling, vodje programskega odbora ESCP. Že na začetku je bilo veliko govora o izobraževanju, ki je pomembno tako za mlade kot za tiste kirurge, ki kot splošni specialisti kažejo zanimanje za koloproktologijo. Zanimivo je, da je bilo prvo predavanje po odprtju namenjeno problematiki zgodnjega odpuščanja bolnikov po kolorektalnih operacijah. Poudarek je bil tudi na čim zgodnejšem odkrivanju kolorektalnih karcinomov in s tem zagotavljanju večje uspešnosti. Ena od prvih tem, ki jo je odprl kongres, je bila tudi problematika patologije medeničnega dna, ki postaja interdisciplinarni problem. Zelo kakovostno predavanje, ki ga je pripravil ginekolog, je osvetlilo možne poškodbe mišic in inervacije medeničnega dna v času poroda. Temu ne posvečamo dovolj pozornosti in morda zato bolnicam ne znamo dovolj pomagati.

Mene osebno so posebej zanimala proktološke teme, med katerimi je bil seveda pregled klasičnih obolenj – hemoroidi, fisure, fistule. Pri zdravljenju fistul je več novosti – LIFT, zdravljenje z laserjem, matičnimi celicami. Poseben problem so Crohnove fistule, kjer je potrebno preudarno zdravljenje, sodelovanje z gastroenterologi. Prav tu se obetajo dobri rezultati s pomočjo matičnih celic. Z zanimanjem sem poslušal tudi predavanje o nenavadnih anorektalnih obolenjih. Vesel sem, da smo jih v naši praksi prepoznali. Gre za redke bolezni, kot so npr. gastrointestinalni stromalni tumorji v predelu rektuma in duplikature oz. cistične ali solidne spremembe ob rektumu, ki so sicer večinoma benigne, v določenih primerih pa tudi že primarno maligne. Tako gastrointestinalne stromalne tumorje kot duplikature oz. cistične spremembe rektuma smo v naši praksi že zdravili.

Sakralna nevralna stimulacija ni več tako »v modi«, kot je bila še do nedavnega, še vedno pa jo izvajajo. Na svetu je sedaj približno 35.000 implantacij. Tam, kjer je vstavev uspešna in brez zapletov, so pacienti večinoma zadovoljni, na žalost pa je tudi kar nekaj primerov, ko je treba drago napravo odstraniti.

Na kongresu je bilo pokrito celotno področje koloproktologije, tako zdravljenje raka kot benignih obolenj s področja medeničnega dna ali kroničnih črevesnih vnetnih obolenj.

Mladi so navdušili s svojimi poročili o gostovanjih, ki so bila večinoma sponzorirana s sredstvi ESCP. Predavanje o izkušnjah kolega o delu v Nepalu pa me je postavilo na trdna tla glede privilegijev, ki smo jih deležni v Evropi in o katerih v nerazvitem svetu lahko samo sanjajo. Tudi tam imajo čakalne vrste, ki smo jih videli na fotografiji in ki dostikrat odločajo tudi o življenju in smrti.

Berlin je bil zanimiva izbira za kongresno mesto. Po združitvi mesta in Nemčije spet postaja svetovna prestolnica. Ena od velikih bolnišnic – Charité – leži tik za nekdanjim

berlinskim zidom na ozemlju Vzhodne Nemčije in postaja pomembna berlinska bolnišnična in učna baza. Vesel sem, da imamo z njo že stike. V njej je začel delati prof. Felix Aigner, ki je bil pred leti, ko smo še imeli skupne gastrokirurške kongrese, tudi naš gost.

Tik pred odhodom sva s kolegom odšla še na turistični avtobus, ki naju je v dveh urah popeljal mimo zanimivosti Vzhodnega in Zahodnega Berlina. Začetek poti je ob napol porušeni Wilhelmovi cerkvi pri postaji Zoo. Cerkev ostaja opomin na Berlin, ki je bil ob koncu vojne skoraj 80-odstotno porušen. Turistična znamenitost je danes Check point Charlie – na zahodni strani celo malo burkaškega videza, saj izposojajo vojaške obleke, v katerih se lahko slikaš, na vzhodno-nemški strani pa so spomeniki Berlinskega zidu in žalostni opisi poskusov pobega ter tragično število mrtvih, ki so si želeli v drugačen svet. Enako žalostno je videti križe z imeni ubitih prebežnikov pri Brandenburških vratih. Obešeni so na ograji, ki omejuje spominsko obeležje na pobite Sinte in Rome.

Danes je pri Brandenburških vratih seveda čisto drugače. V območju za pešce se ljudje živahno sprehajajo, par korakov od njih je obnovljeni Reichstag s stekleno kupolo, ki jo po predhodni najavi lahko tudi obišeš. Okolica je bila polna turistov, ki so se pripravljali na berlinski maraton dan po našem odhodu.

Na kongresih ESCP srečujemo vedno več slovenskih kolegov. Glede na slovensko populacijo je število članov iz Slovenije dokaj dobro. Odraža število tistih, ki se srečujejo s koloproktologijo in jih le-ta zanima. Na svoje delo v ESCP imam lepe spomine. Bil sem prvi predstavnik Slovenije po združitvi ECCP (European council of coloproctology) in EACP (European association of coloproctology). Prva organizacija je bila izrazita proevropska pod vodstvom prof. Clauda Martyja iz Ženeve, druga pa je bila bolj angleška in skandinavska. Nekaterim je vseeno žal, da je prišlo

do združitve, ker je v novem združenju prevladal angleški vpliv. Kakorkoli že, združenje je stična točka vseh, ki jih zanima koloproktologija. Usmeritev združenja pa je dvig kakovosti izobrazbe in najboljša možnost za zdravljenje naših bolnikov.

Na tem kongresu sem zaključil svoj zadnji štiriletni mandat. Prizadeval sem si, da bi slovenskim kolegom čim bolj približal novosti v koloproktologiji. Morda sem bil manj uspešen pri prepričevanju gastroenterologov, ki so naši naravni zavezniki. Zaveznikstvo je bilo tudi razlog, da smo v Rogaški Slatini skupaj ustanovili Slovensko združenje za gastroenterologijo in hepatologijo (SZGH). To naše združenje s sekcijo za koloproktologijo ima od nekdaj domicil v zdravilišču za bolezni prebavil, ki je obenem center rehabilitacije za bolnike po operacijah trebušnih organov. Vesel bom, da bodo mladi kolegi nadaljevali moje delo in morda tudi dočakali, da bo koloproktologija v Sloveniji postala cenjena in prepoznavna stroka.

Vsak kongres je pravzaprav selitev iz ene dvorane v drugo. Vreme ni pomembno, ker je ves čas mračno in temno. Zadnji dan pa je bil sončen in je še polepšal ogled Berlina s turističnim avtobusom, tako da bosta mesto in uspešen kongres ostala še naprej v lepem spominu.

Jörg Nase in Beate Nase: Otroške bolezni – Od rojstva do 16. leta

Založba Mladinska knjiga, 2017

Nina Mazi, Ljubljana

Najnovejši priročnik iz zbirke Za zdravo življenje je izpod peresa zanimivega partnerskega tandema – dr. Jörga Naseja, zdravnika, pediatra, športnega medicenca in psihoterapevta, ter njegove soproge, Beate Nase, ki se tako poklicno kot tudi v običajnem vsakdanu kot strokovnjaka in starša treh otrok srečujeta z otroki in mladino ter z izzivi, ki jih prinašajo. V prvih letih življenja so otroci (in njihovi starši) najbolj občutljivi. Človeško telo se prilagaja novemu okolju, hrani, vodi, zraku in bolezenskim povzročiteljem. Na poti do prave odpornosti, zdravja in vitalnosti mora človek prehoditi veliko (majhnih) korakov. Bolezni in simptomi, ki prežijo na otroke, so številni in včasih traja precej časa, da jih dovolj jasno določimo in obvladamo. Pri tem si je priporočljivo pomagati z znanjem in izkušnjami iz različnih virov.

Priročnik v trdi vezavi (knjigo človek pogosto vzame v roke, lista in prebira!), ki na 304 straneh prinaša vrsto tradicionalnih dejstev, pa tudi pomembnih novjših ugotovitev in spoznanj, povezanih z zdravjem in blagostanjem otrok, sta avtorja zasnovala načrtno in sistematično – bolezni, motnje in poškodbe so urejene in predstavljene po organih in organskih sistemih. Vsebina je razdeljena na tri ključna poglavja: Kako otroci ozdravijo in ostanejo zdravi (uvodno), ki promovira zdrav življenjski slog in način razmišljanja, Organski sistemi in bolezni (najobsežnejše) ter Prva pomoč (ravnanje v nujnih primerih). Dodan pa je še Podatkovnik z Glosarjem in Stvarnim kazalom. Strokovno preverjena vsebina, ki organsko prerašča stroge okvire in presega strogo pojmovanje zdravja in vitalnosti, je namenjena tako strokovni kot laični javnosti. Bogata slikovna oprema s skrbno izbranimi fotografijami in nazornimi ilustracijami, ki jo dopolnjujejo preglednice in grafi, imenitno dopolnjuje in nadgrajuje besedilno zasnovo.

S svojo bogato, večplastno, multidisciplinarno naravnano vsebino je priročnik Otroške

bolezni dejansko namenjen vsej družini – odrasli bodo v njem tudi zase našli vrsto uporabnih namigov, nasvetov in priporočil, ki omogočajo učinkovito skrb za zdravje, mladostnost in vitalnost, pa tudi uspešnost in učinkovitost cele družine. Predstavniki različnih generacij bodo v njej lahko našli ustrezne odgovore na svoja vprašanja.

Tudi in predvsem zato, ker so bolezni, motnje in poškodbe sestavni del ne le otroštva, marveč celotnega življenja. Začnejo se v najnežnejšem otroštvu ter se nadaljujejo v šolsko in najstniško dobo. Tveganja za zdravje so pri otrocih nenehno prisotna, zato jih morajo odrasli poznati in razumeti, pa tudi vedeti, kaj lahko sami naredijo, da se otrok čim prej spet počuti bolje. V pričujočem priročniku so zbrani aktualni podatki in informacije o pogostih boleznih, motnjah in poškodbah, ki ogrožajo dojenčke in malčke, otroke in mladostnike – od običajnega prehlada in gripe do kroničnih bolezni in alergij. Njihovo prepoznavanje in razlikovanje bralcu olajšajo preglednice in grafi, slike in risbe/ilustracije, s pomočjo katerih si človek lažje odgovori na ključna vprašanja: Kaj se dogaja z otrokom oz. kaj je narobe z njim? Kdaj mu lahko pomagam sam in kdaj je treba k zdravniku? Kaj bo ugotovil in kako bo ukrepal? Kdaj zadostujejo pripomočki iz domače lekarne in kdaj je potrebno drugo zdravi-lo? Kako lahko preprečim bolezni, motnje in poškodbe ter ostale zdravstvene težave? Je bolno/prizadeto le telo, samo duša ali oboje?

Priročnik o otroških boleznih, ki se dejansko ne ukvarja le z boleznimi, motnjami in poškodbami, marveč tudi z zdravjem (pridobivanje, krepitev in ohranjanje), je dragocen tudi zato, ker poleg akademskih, institucionalnih možnosti preventive, kurative in rehabilitacije prinaša, pojasnjuje in obravnava tudi ukrepe, ki se jih starši (odrasli) lahko lotijo sami – akademsko skrb za zdravje dopolnjuje in pogloblja še z naravnimi pristopi in metodami.

Pomembno dodano vrednost najnovejšemu priročniku iz zbirke Zdravo življenje zagotavlja tudi obsežno in izčrpno poglavje o prvi pomoči, ki uči in svetuje, kako ukrepati v nujnih primerih – kako otroku nemudoma pomagati in ga ustrezno pripraviti na nujno medicinsko pomoč.

Otrokom in mladostnikom, pa tudi odraslim je treba zagotoviti najboljše, kar ponujata oz. omogočata

akademska medicina in naravno zdravilstvo – tudi s pomočjo priročnikov, kot je Otroške bolezni, izpod peresa zakoncev Nase.

Priročnik je dragocen tudi za zdravnike in ostale strokovnjake, ki se ukvarjajo z otroki in mladino, saj se odlikuje s kombinacijo medicinskega in psihološkega oz. psihoterapevtskega pristopa, povezuje zdravljenje (zdravnik) in nego (medicinska

sestra) ter upošteva konkretno starševsko prakso. V želji, da starši ne bi za vsako malenkost »prileteli« v ambulantno ali celo na urgenco, jim lahko svetujejo kakovostno branje, s pomočjo katerega bodo lažje ugotovili, kaj se dogaja z njihovim otrokom, in presodili, kdaj morajo k zdravniku oz. kdaj lahko svojim nadobudnežem (in sebi) pomagajo sami.

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 52.



Zbornična izobraževanja za zdravnike in zobozdravnike

Delavnica za specializante

delavnica: december

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

Prepoznavna in obravnavna žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti

predavanja in delavnice: december, januar

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.

Poslušaj in bodi slišan – delavnica komunikacije in reševanja konfliktov

delavnica: januar

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

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

Kako vodimo sebe? – delavnica osebnostnega vodenja

delavnica: januar

Ko vidimo besedo vodenje, se običajno pred nami prikaže slika skupine ljudi, med katerimi ima en posameznik vlogo, da koordinira, svetuje, motivira, vodi. Le malokrat pa stopimo korak naprej in pogledamo vsakega posameznika posebej. Kako vodimo sebe? Dosegamo osebne cilje? Kako si te cilje sploh postavljamo? Imamo višji cilj v svojem življenju? Ta delavnica ponuja orodja, s pomočjo katerih si bodo udeleženci lažje odgovorili na zgornja vprašanja. S posebnimi metodami

samorefleksije bodo dobili uvid v zadovoljstvo s specifičnimi področji svojega življenja (kariera, odnosi, prosti čas, življenjski namen). Po analizi se bodo osredotočili na snovanje načrta, kako izboljšati določeno področje. Postavljanje ciljev je ključna veščina pri osebnem (in skupinskem) vodenju, saj je pomembno, da so cilji merljivi, uresničljivi, a kljub temu drzni in ambiciozni. Ne nazadnje pa sledijo orodja za uresničevanje teh ciljev: postavljanje prioritete, razporejanje s časom, ohranjanje motivacije in vpeljevanje novih navad.

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

Od krepiteve timskega dela do izboljšanja delovnega vzdušja

delavnica: januar

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

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

Izgorelost in profesionalizem v medicini

delavnica: februar

Veliko medicinskih fakultet po svetu eksplicitno uči profesionalizem. Medicinski profesionalizem je set

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

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

Polepšaj si dan! – Delavnica kreativnega razmišljanja

delavnica: februar

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: marec

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.

1. • XXVI. STROKOVNO SREČANJE ZDRUŽENJA ZA HIPERTENZIJO: NOVOSTI V OBRAVNAVI IN ZDRAVLJENJU ARTERIJSKE HIPERTENZIJE

kraj: LJUBLJANA, Four Points by Sheraton Ljubljana Mons	št. udeležencev: 250	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Srečanje je namenjeno družinskim zdravnikom, specialistom interne medicine, kardiologije, nefrologije, specializantom.	organizator: Zdrženje 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: Zdrženje 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	

1.–2. ob 14.30 • CE SUMMIT ON ACS AND INTERVENTIONAL CARDIOLOGY

kraj: LJUBLJANA, Hotel Slon, Slovenska ul. 34	št. udeležencev: 80	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 6
vsebina: Strokovno srečanje Zdrženja kardiologov Slovenije z mednarodno udeležbo je namenjeno izobraževanju specialistov in specializantov kardiologije in vaskularne medicine, interventnim kardiologom in kardiokirurgom.	organizator: Zdrženje kardiologov Slovenije, Štukljeva cesta 48, 1000 Ljubljana	prijave, informacije: Saša Radelj, T: 01 43 42 100, E: sasa.radelj@sicardio.org , W: www.sicardio.org	

1.–2. • ŠOLA URGENCE 2017

kraj: ZREČE, Terme	št. udeležencev: neomejeno	kotizacija: specialisti / specializanti, SMS, DMS, ZT / pripravniki: ŠUM: 160 / 130 / 100 EUR, precourse: 100 / 80 / 60 EUR	k. točke: 14
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: Petra Strnad, Damjana Kunej, E: sola.urgence@gmail.com

2. ob 8.00 • FUNKCIONALNE MOTNJE PRI OTROCIH Z RAZCEPI V OROFACIALNEM PODROČJU

kraj: LJUBLJANA, Velika predavalnica Medicinske fakultete, Korytkova 2	št. udeležencev: neomejeno	kotizacija: 30 EUR, vključuje udeležbo na predavanjih, osvežitve med odmorom	k. točke: 5
vsebina: strokovni seminar	organizator: UKC Ljubljana, Klinika za otolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo	prijave, informacije: Irena Hočvar Boltežar, T: 01 522 82 60, GSM: 041 958 336, E: irena.hocvar@kclj.si , W: www.mf.uni-lj.si/korl/izobrazevanja	

7. ob 15.00 • SIMULACIJSKA DELAVNICA ZAPLETI PRI PORODU IZVEN PORODNIŠNICE ZA ZDRAVNIKE SPLOŠNE MEDICINE

kraj: LJUBLJANA, Medicinski simulacijski center UKC Ljubljana	št. udeležencev: 20	kotizacija: ni podatka	k. točke: ***
vsebina: delavnica	organizator: Združenje za perinatalno medicino SZD	prijave, informacije: mag. Lili Steblovnik, dr. med., GSM: 031 868 732, E: lili.steblovnik@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, ERIK, Šlajmerjeva 3, 1000 Ljubljana ali E: martina.peclin@mf.uni-lj.si , informacije: Martina Pečlin, T: 01 522 60 20	

8. ob 8.00 • 48. MEMORIALNI SESTANEK PROFESORJA JANEZA PLEČNIKA Z MEDNARODNIM SIMPOZIJEM NOVOSTI V DIAGNOSTIKI IN ZDRAVLJENJU LIMFOMOV

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta, Korytkova 2, Velika predavalnica	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 7
vsebina: Strokovno srečanje je namenjeno specialistom in specializantom patologije, onkologije in interne medicine. Glavna tema: novosti v diagnostiki in zdravljenju limfomov.	organizator: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Inštitut za patologijo; Onkološki inštitut Ljubljana	prijave, informacije: Jera Jeruc, T: 01 543 71 38, GSM: 041 501 546, E: jera.jeruc@mf.uni-lj.si , W: http://www.mf.uni-lj.si/ipat/memorialni-sestanki-profesorja-janeza-plecnika-z-mednarodnim-simpozijem	

13. ob 8.30 • 18. SODOBNA INTERNA MEDICINA

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Modra dvorana	št. udeležencev: 100	kotizacija: za zdravnike specialiste 80 EUR + DDV, za zdravnike specializante 40 EUR + DDV, za študente medicine brezplačno	k. točke: ***
vsebina: Dopoldanski del programa je namenjen specializantom interne in urgentne medicine ter zdravnikom drugih specialnosti, popoldanski del pa specialistom internistom in usmerjenim specialistom internističnih področij. Na srečanju bomo predstavili sodobne algoritme diagnostike in zdravljenja pomembnih urgentnih internističnih stanj, novosti v posamezni stroki in strokovne ter znanstvene dosežke.	organizator: Interna klinika, UKC Ljubljana in Medicinska fakulteta, katedra za interno medicino	prijave, informacije: ga. Marija Zupančič, E: idila_2000@siol.net	

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.fistrich@nijz.si	

14. ob 14.15 • UCARE po UCARE

kraj: GOLNIK, Klinika Golnik, Vurnikova dvorana	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: ni podatka	k. točke: 3
vsebina: Srečanje je namenjeno alergologom, dermatologom, specialistom družinske medicine, medicinskim sestram in študentom medicine.	organizator: Klinika Golnik, prof. dr. Mitja Košnik, dr. med.	prijave, informacije: Milena Osojnik, E: milena.osojnik@klinika-golnik.si	

15.–16. ob 15.00 • REGIJSKI KONGRES O IMUNOTERAPIJI PRI PLJUČNEM RAKU, BLEJ 2017

kraj: Bled, Hotel Golf	št. udeležencev: 100	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Srečanje je namenjeno zdravnikom specialistom in specializantom s področja onkologije.	organizator: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za torakalno kirurgijo	prijave, informacije: prijave: http://www.immunotherapy-bled2017.si/ , informacije: Mirjana Rajer, GSM: 041 269 946, E: mirjana.rajer@klinika-golnik.si	

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
vsebina: 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	

11.–12. in 16. ob 16.00 • OSNOVE MEDICINSKE HIPNOZE

kraj: KRANJ, Hotel Azul**št. udeležencev:** 30**kotizacija:** 300 EUR, 150 EUR za študente zadnjih letnikov medicine**k. točke:** ***

vsebina: Na srečanju bomo govorili na splošno o medicinski hipnozi, strukturi terapevtske seanse, tehnikah hipnotske indukcije (teoretični in praktični del) in vodenju kratkega sproščanja. Namenjeno je zdravnikom, stomatologom, zdravstvenim delavcem, psihologom, študentom medicine in psihologije.

organizator: Društvo za medicinsko hipnozo Slovenije

prijave, informacije: prijave: <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfWYAn3iqoOqJAAHBkvdo-sfDMQt-DSSGDj-DKgT7qbH3B5iw/viewform>, informacije: Boni Plut, univ. dipl. psih., GSM: 031 322 207, E: boniplit@gmail.com

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:** ***

vsebina: 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. Namestitev 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

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

12.–13. ob 11.00 • DELAVNICA MULTIDISCIPLINARNE OBRAVNAVE BOLNIC S TUMORJI V MALI MEDENICI

kraj: MARIBOR, Hotel City**št. udeležencev:** 80**kotizacija:** 120 EUR, za člane ESGO 100 EUR, za specializante 60 EUR**k. točke:** 12

vsebina: Srečanje je namenjeno specialistom in specializantom ginekologije, radiologije, patologije, onkologije, radioterapije z onkologijo.

organizator: UKC Maribor, Klinika za ginekologijo in perinatologijo, oddelek za perinatologijo, Ljubljanska 5, 2000 Maribor

prijave, informacije: prijave: Tina Škerbinc Muzlovič, E: tina.skerbincmuzlovic@ukc-mb.si, W: www.ukc-mb.si

13. ob 9.00 • VEŠČINE UČINKOVITE OBRAVNAVE ANKSIOZNIH MOTENJ: SOCIALNA FOBIA – 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:** *****vsebina:** 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 • 6. SLOVENSKO SREČANJE O KLINIČNI FARMAKOLOGIJI: VARNA UPORABA ZDRAVIL

kraj: LJUBLJANA, Austria Trend hotel Ljubljana**št. udeležencev:** ni omejeno**kotizacija:** 130 EUR z DDV**k. točke:** ***

vsebina: Srečanje je namenjeno vsem zdravnikom, predvsem zdravnikom družinske medicine, urgentne medicine, interne medicine, pediatrije, nevrologije in psihiatrije, ter farmacevtom v lekarnah.

organizator: Sekcija za klinično toksikologijo SZD v sodelovanju s Centrom za klinično toksikologijo in farmakologijo UKCL in Inštitutom za farmakologijo in eksperimentalno toksikologijo Medicinske fakultete v Ljubljani

prijave, informacije: prijave: Sekcija za klinično toksikologijo SZD, Center za zastrupitve, Interna klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Zaloška cesta 7, 1000 Ljubljana, E: miran.brvar@kclj.si, W: www.ktf.si, informacije: Miran Brvar, T: 041 605 420, F: 01 434 76 46, E: miran.brvar@kclj.si

JANUAR 2018

19. ob 8.00 • 2. MEDNARODNI SIMPOZIJ ŽILNE NEVROLOGIJE

kraj: LJUBLJANA, Radisson Blu Plaza hotel, Bratislavka cesta 8	št. udeležencev: 75	kotizacija: ni podatka	k. točke: ***
vsebina: Simpozij je namenjen zdravnikom specialistom in specializantom s področja nevrologije, kardiologije, interne medicine in družinske medicine ter vsem ostalim delavcem v zdravstvu, ki se pri svojem delu srečujejo z bolniki z možgansko-žilnimi boleznimi ali se želijo za to področje dodatno izobraziti in usposobiti.	organizator: UKC Ljubljana, Služba za izobraževanje, Zaloška 2, 1525 Ljubljana	prijave, informacije: doc. dr. Janja Pretnar Oblak, dr. med., mag. Simona Šteblaj, <i>simona.steblaj@kclj.si</i> , https://www.kclj.si/kovnint_mednarodni_simpozij	

19. ob 8.00 • OBRAVNAVA ŽENSKÉ 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
vsebina: Kongres je namenjen zdravnikom specializantom in specialistom ginekologije in porodništva, družinske medicine, urgentne medicine, zdravnikom pripravnikom, medicinskim sestram, medicinskim sestram babicam, 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	

FEBRUAR 2018

1.–3. ob 8.30 • 34. UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE: UČENJE IN POUČEVANJE O DIAGNOSTIČNI NEGOTOVOSTI V DRUŽINSKI MEDICINI

kraj: STRUNJAN	št. udeležencev: 50	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
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: 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	

10. ob 9.00 • VEŠČINE UČINKOVITE OBRAVNAVE ANKSIOZNIH MOTENJ: POSTTRAUMATSKI STRESNI SINDROM – 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: ***
vsebina: 6. 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	

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



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.

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

Spremeni podatke

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

Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije

objavlja v sektorju za izvedenstvo v službi za izvedenstvo II. stopnje naslednji prosti delovni mesti:

zdravnik izvedenec I (m/ž) – specialist ortopedije ali specialist fizioterapevta

zdravnik izvedenec I (m/ž) – specialist medicine dela, prometa in športa

Kandidati/kandidatke morajo poleg splošnih zahtev, določenih z zakonom, izpolnjevati še naslednje posebne pogoje:

- zdravnik specialist ortopedije ali zdravnik specialist fizioterapevta ali zdravnik specialist medicine dela, prometa in športa,
- 4 leta delovnih izkušenj, od tega najmanj 2 leti v svoji specialistični dejavnosti,
- veljavna licenca zdravniške zbornice,
- znanje Microsoft Office,
- aktivno znanje slovenskega jezika in sposobnost sporazumevanja v tujem jeziku,
- 6-mesečno poskusno delo.

Prijava mora vsebovati:

- kratek življenjepis z opisom delovnih izkušenj, formalne izobrazbe ter drugih znanj in veščin,
- dokazila o izpolnjevanju pogojev (kopija licence zdravniške zbornice, kopija diplome, izpisek obdobja zavarovanj iz matične evidence zavarovancev).

Pogodbo o zaposlitvi bomo z izbranimi kandidatom sklenili za nedoločen čas s šestmesečnim poskusnim delom in s polnim delovnim časom.

Kandidate/kandidatke vabimo, da pošljejo pisne ponudbe z dokazili o izpolnjevanju pogojev in opisom delovnih izkušenj na naslov: Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, Kolodvorska 15, 1000 Ljubljana, s pripisom »Za razpis IK II. stopnje«, ali na e-naslov: kadri@zpiz.si.

Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije

objavlja v sektorju za izvedenstvo v službi za izvedenstvo I. stopnje naslednja prosta delovna mesta:

1. zdravnik predsednik I (m/ž) za delo v službi za izvedenstvo I. stopnje v Kranju

2. zdravnik predsednik I (m/ž) za delo v službi za izvedenstvo I. stopnje v Kopru

3. zdravnik predsednik I (m/ž) za delo v službi za izvedenstvo I. stopnje v Novem mestu

Kandidati/kandidatke morajo izpolnjevati naslednje posebne pogoje:

- zdravnik specialist medicine dela, prometa in športa ali zdravnik specialist druge ustrezne specialnosti,
- 4 leta delovnih izkušenj v svoji specialistični dejavnosti,
- veljavna licenca zdravniške zbornice,
- znanje Microsoft Office,
- aktivno znanje slovenskega jezika in sposobnost sporazumevanja v tujem jeziku,
- 6-mesečno poskusno delo.

Prijava mora vsebovati:

- kratek življenjepis z opisom delovnih izkušenj ter drugih znanj in veščin,
- dokazila o izpolnjevanju pogojev (kopija licence zdravniške zbornice, kopija diplome, izpisek obdobja zavarovanj iz matične evidence zavarovancev).

Pogodbe o zaposlitvi bomo z izbranimi kandidati sklenili za nedoločen čas, s šestmesečnim poskusnim delom in s polnim delovnim časom. Novim sodelavcem nudimo dinamično delo v urejenem okolju ter možnost strokovnega izpopolnjevanja in razvoja.

Kandidate/kandidatke vabimo, da pošljejo pisne ponudbe z dokazili o izpolnjevanju pogojev in opisom delovnih izkušenj na naslov: Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, Kolodvorska 15, 1000 Ljubljana, s pripisom »Za razpis IK I. stopnje«, ali na e-naslov: kadri@zpiz.si.

ODDAM/PRODAM

V najem oddam 3 oz. 4 sodobno opremljene ordinacijske prostore s skupnimi sprejemnimi prostori in čakalnico, velikosti 120 m²,

ali

prodam 220 m² velik sodobno opremljen medicinski center, primeren za ambulantno specialistično dejavnost in manjše kirurške posege, s pripadajočimi parkirnimi prostori.

Prostori so v sklopu manjšega zdravstvenega centra na odlični lokaciji v bližini centra Ljubljane.

Informacije: marjanca.nagode@gmail.com

ODDAM/PRODAM

Oddam ali prodam ordinacijo oz. poslovni prostor, primeren za zdravstveno dejavnost, v centru Ljubljane na Metelkovi ulici 11, pritličje, površine 50,5 m². Ambulantni prostori so potrjeni s strani Ministrstva za zdravje RS. Prostori so klimatizirani, ogrevanje je daljinsko. V bližini sta avtobusna in železniška postaja. V neposredni bližini je parkirna hiša.

Informacije: 041 749 299, Brane,
E: branislav.franjic@siol.net

Ste prejeli Bilten?

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

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

Zakaj ne dobim Biltena?

Točen elektronski naslov

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

Podpora in kontakt

Milan Kokalj

01 30 72 172

milan.kokalj@zzs-mcs.si

Odjava/prijava na Bilten

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

Razvrščanje v e-poštnem nabiralniku

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

Nezaželena pošta

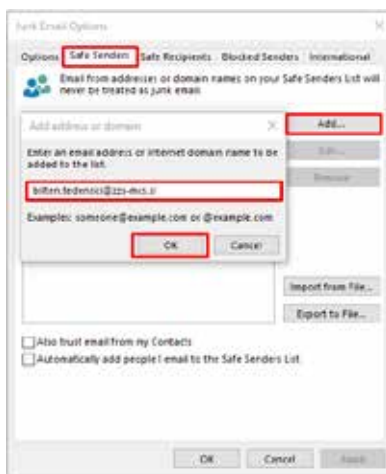
Kaj lahko storite v primeru, da se je Bilten znašel med nezaželeno pošto?

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

Napotki za nastavitve filtrov pri ponudnikih e-poštnih storitev

Microsoft Outlook

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

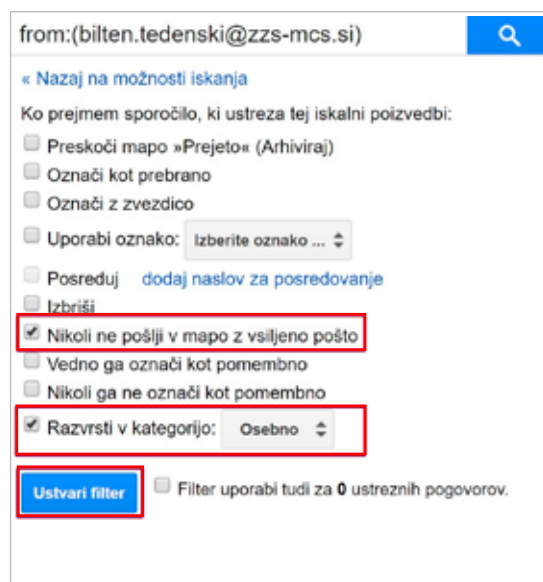


Slika 1

3. Nato ponovno kliknite gumb "OK".

Gmail

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



Slika 2



IT-podporni kotiček

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

Začetki medicine na Slovenskem

Prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec, dr. med., Inštitut za zgodovino medicine MF UL
zvonka.zupanic-slavec@mf.uni-lj.si

Sprva so ljudje živeli kot nomadi in lovci in bili zaradi načina življenja podvrženi nenehnim zunanjim vplivom. Da je bilo življenje bolj varno, so se združevali v manjše skupine. O takratnih boleznih pričajo le sledovi na kostnih ostankih ljudi in živali.

V Krapini v hrvaškem Zagorju je geolog in arheolog Dragutin Gorjanović Kramberger (1856–1936) leta 1899 našel ostanke **neanderthalca** (starost okoli 100.000 let). Na skeletu so vidni znaki kalusa (zaraščenega zloma kosti), znamenja revmatoidnega artritisa in hipoplazija vretenc, na zobovju pa karies in abrazija (obraza) zob. Na istem najdišču je bilo še več koščkov človeških kosti, domnevno iz istega časa.

Pred prihodom Rimljanov so na območju današnjega ozemlja Slovenije živela številna anonimna plemena, ki jih šele od prihoda Keltoz poznamo po imenu. Po poročanju vodilnega antičnega farmakologa Dioskurida (40–90) in rimskega učenjaka Plinija st. (23–79) so Iliri poznali različne zdravilne rastline. Uporaba kovin, npr. brona in železa, je omogočila tudi razvoj kirurgije. **Medicina** pri Ilirih je bila v glavnem **magična**, njihovi zdravniki pa so bili poznani celo v Rimu. Iliri so po navedbah hrvaško-francoskega zgodovinarja medicine prof. Mirka Dražena Grmeka (1924–2000) častili neko kačje božanstvo, a to ni bil Asklepij s kačo, so pa zaradi neposredne bližine Rimske republike prišli v stik tudi z Asklepijevim kultom (1). Preko samostanske medicine se je to znanje postopoma prenašalo na Slovane.

Ko so južni **Slovani** med 6. in 8. stoletjem naseljevali Ilirik, so si podredili romanske krščanske staroselce in se naselili ob vzhodnih Alpah ter ob zgornjem toku Drave in Mure. Tu je nastala najstarejša samostojna slovenska država na današnjem slovenskem ozemlju, **kneževina Karneola** (2). Južni Slovani so s seboj prinesli svojo **primitivno medicino**, ki je bila prepletena z **vraževerjem**, vero v čarovnice, demone in uroke. Ljudstvo se je pred njo varovalo z najrazličnejšimi amuleti, lokalno so predvsem veliko uporabljali **svinjske zobe**. Najbolj znana

duhova v staroslovanski medicini sta **Mora** – zlobno bitje in nevidni duh, ki prinaša hude sanje, in **Škopnik**, ki po pripovedkah slovanskih narodov davi otroke (3). Od 8. stoletja naprej je potekalo tudi pokristjanjevanje (4), o čemer pričajo kasnejši Brižinski spomeniki. Najpomembnejša grobišča iz **zgodnjega srednjega veka** so na slovenskem ozemlju v **Kranju**, na **Ptuju** (trepanirana lobanja z zaceljenimi robovi) (5) in na **Bledu**. Kalusi kažejo, da so Slovani znali oskrbeti zlome kosti in jih pravilno naravnati (6, 7). V pismu salzburškega škofa Arna se leta 802 prvič omenja ranocelnik iz Celja (8). Do 12. stoletja se je na ozemlju južnih Slovanov razvila **avtohtona slovanska medicina**, ki je s staroslovanskimi elementi združevala ostanke **rimské medicine**. Po **pokristjanjenju** južnih Slovanov je iz njihove medicine začel izginjati poganski del, uveljavila pa se je samostanska medicina, ki je temeljila na antični tradiciji (9).



Del lobanje neandertalskega pračloveka iz Krapine, star okoli 100.000 let (vir: Hrvatski prirodoslovni muzej).

Najdišča človeških kultur na slovenskih tleh

Na Slovenskem najstarejšo človeško kulturo, strokovno imenovano **mousterienska kultura**, arheologi umeščajo v čas pred približno 100.000 leti. Iz tega obdobja **nima-mo ostankov človeških kosti**, našli pa so različno orodje, ki so ga tedanji ljudje uporabljali pri vsakdanjem lovu in nabiralništvu. V tistem času so gorski svet prekrivali ledeniki, ki so segali daleč v rečne doline, kjer so bile večje **jame** in spodmoli – skri-vališča za živali in začasna bivališča za ljudi. Največ jam so odkrili na Krasu, med drugim: Betalov spodmol, Postojnsko jamo, Parsko golobino pri Pivki, jame pa so tudi v Kostanjevici na Krki, na Črnem Kalu nad Koprrom in v Pivški kotlini. Kasnejše najdbe so iz **mlajšega paleolitika**, ki je trajal od 40.000 do 8.000 let pr. n. št. Pomembni sta jamski najdišči **Divje babe z najstarejšo najdeno piščaljo**, izdelano iz medvedove stegenice (Ivan Turk) (10), in **Potočka zijalka** z odkritjem **najstarejše šivanke** na svetu (Srečko Brodar) (11). V **neolitskem času**, ko je človek že opustil nomadsko življenje in se oprijel poljedelstva, iz kamna izdeloval orodje in orožje ter iz gline lončeno posodje, je na teritoriju današnje osrednje Slovenije nastala t. i. Savska skupina. Med najdišči te skupine izstopa **Ajdovska jama** pri Nemški vasi, kjer je bilo najdeno **kultno mesto in grobišče s človeškimi kostmi** (12). Iz **bakrene dobe** so na slovenskih tleh najdeni človeški **kostni ostanki**, in sicer v grobiščih Krog in Pod kotom – jug, oboje v Prekmurju. Najbolj znani pa so naselbinski ostanki na območju **Ljubljanskega barja**, ki ga je v tistem času naselila **koliščarska kultura**. Ta je jezersko obrežje in osamelce izkoristila za gradnjo bivališč na pilotih v času med 5. tisočletjem in sredino 2. tisočletja pr. n. št. (13). Tako poznamo kolišča v okolici

Iga, ki so od leta 2011 vpisana na seznam **Unescove kulturne dediščine**. Na Ljubljanskem barju je bilo leta 2002 odkrito **najstarejše kolo z osjo** na svetu, staro 5200 let. Številne najdbe, povezane z obdelavo kovin, kažejo, da so koliščarji poznali osnovno obdelavo bakra. Začetek **bronaste dobe** na Slovenskem sega v 22. stoletje pr. n. št. V času srednje bronaste dobe je bilo območje Slovenije razdeljeno na dva kulturna kroga: **kaštelirsko kulturo**, ki je svoje ime dobila po značilnih naseljih na vzpetinah, kaštelirjih (Debela griža pri Komnu, Kaštelir pri Jelarjih itd.), in na srednjeevropsko **kulturo gomil** z značilnimi pokopi v **zemeljskih gomilah** (Brinjeva gora nad Zrečami, Rabotnica nad Branikom, Turnišče pri Ptuj, Morje pri Framu itd.). Konec 14. stoletja pr. n. št. se je v vsej srednji Evropi oblikovala **kultura žarnih grobišč** in s seboj prinesla novo poselitveno strukturo. Namesto skeletnega pokopa v zemeljskih gomilah se je uveljavil sežig trupel in pokop žar s posmrtnimi ostanki ter pridatki na planih grobiščih. Bronasta doba se pri nas konča v 8. stoletju pr.

n. št., ko se uveljavi železna doba. Obdobje starejše **železne dobe** je na Slovenskem trajalo od sredine 8. stoletja pr. n. št. do konca 4. stoletja pr. n. št., ko so ozemlje poseljevala različna, po imenu neznana plemena. Starejša železna doba ali **halštatska kultura** se je začela s poselitvijo južnih vznožij Alp z ljudstvi s področja severozahodnega Balkana ter **Panonije**, ki so se na vzhodne predele današnje Slovenije preselili z območja med Savo in Donavo, zahodne dele so verjetno poseljevala **Venetom sorodna ljudstva** (14). Te prazgodovinske naselbine, imenovane **gradišča**, so bile zavarovane z na suho zloženim obrambnim zidom. Nahajale so se npr. v Stični, Vačah, na Magdalenski gori, Pošteli na Pohorju, Volčjem Gradu in drugod (15). Za železno dobo so zlasti na Dolenjskem značilna velika rodovna gomilna grobišča, npr. v Novem mestu, Stični, Vačah idr. V **latenskem obdobju** so območje Slovenije naselila bojevitá keltska plemena Norikov, Tavriskov, Karnov idr. V 4. in 3. stoletju pr. n. št. so ustanovili t. i. **Noriško kraljestvo**, pomembno mesto je bilo takrat na



V Ajdovski jami pri Nemški vasi so arheologi odkrili kultno mesto in grobišče s človeškimi kostmi iz neolitskega časa okoli 4000 let pr. n. št. (vir: KŠTM Sevnica).

območju današnjega Celja. Značilnost keltskih pokopov je pridajanje zvitega oz. uničenega orožja v grobove. V grobovih iz okolice Ptuja in Gorjancev so našli več primerkov **keltskih mečev**, ki so tudi svojevrstne umetnine.

V **rimskem času** so prebivalci gradišča večinoma opustili, saj je vojaško osvajanje ozemlja prineslo tudi na slovenska tla nove oblike poselitve v mestih, municipijah ali kolonijah ter podeželske poselitve v obliki podeželskih vil (*villae rusticae*), vasi in naselij (*vici, pagi*). Rimljani so mrtve pokopavali v grobiščih ob cesti blizu mesta oz. izven naselij. Na začetku je prevladoval **žgan pokop**, kasneje pa prevlada **skeletni pokop** (16). V **pozni antiki** so nekatere utrjene višinske postojanke ponovno zaživele. Nevarnost prihajajočih nomadskih ljudstev: Gotov, Langobardov, Hunov, Avarov idr., je prebivalstvo tako ustrahovalo, da so se naselili najprej začasno, kot pribežališča, potem pa za stalno na oddaljenih in dobro (tako naravno kot z obzidjem) zavarovanih lokacijah. Od **4. stoletja** so nastajale **poznoantične postojanke**, kot npr. Ajdovski gradec nad Vranjem pri Sevnici, postojanke na Rifniku pri Šentjurju, na Tonovcovem gradu pri Kobaridu in na Ajdni. V večini teh naselbin so bile sezidane tudi cerkve, saj je bilo krščanstvo tedaj že uradna in prevladujoča vera. Grobovi staroselskega prebivalstva v pozni antiki so revnejši, izstopajo pa izredno bogati pokopi t. i. barbarov (npr. Kranj – Lajh s pokopi Langobardov in vzhodnih Gotov), ki so pokopani z zlatimi predmeti, okrašenimi z dragimi kamni, nekateri imajo tudi deformirano lobanjo (npr. skeleti vzhodnogotskega grobišča v Dravljah) (17). Med 6. in 8. stoletjem so južni **Slovani** naselili tudi alpski in predalpski svet ter si podredili romanske krščanske staroselce. Močna Frankovska država je konec 8. stol. širila svoj imperij in zasedla tudi ozemlje današnje Slovenije, ki je bilo s tem vključeno v dogajanje v takratni srednjeveški Evropi. Pokojni-

ke so začeli pokopavati ob cerkvah, kot npr. kaže primer velikega grobišča ob kranjski cerkvi sv. Kancijana, kjer je bilo do sedaj najdeno več kot 2000 grobov iz tisočletnega obdobja do 18. stoletja.

Velika arheološka skeletna grobišča na Slovenskem so od sredine 20. stoletja raziskovali arheologi (brez akademskih naslovov): Jože Kastelic, Josip in Pavla Korošec, Andrej Valič, Slavko Ciglencečki, Timotej Knific, Milan Sagadin in Andrej Pleterski.

Antropološke raziskave človeških kostnih ostankov na Slovenskem

Prve zapise **analiz človeških kostnih ostankov** na Slovenskem sta že v času Avstro-Ogrske objavila Carl Toldt (1902) (18) in Avgust Weisbach (1903) (19), kmalu za njima pa je arheolog **Niko Zupanič** spisal

obsežno študijo o etnogenezi Jugoslovnanov (1920) (20). Po letu 1946, ko je bil ustanovljen edini jugoslovanski Inštitut za antropologijo pod vodstvom antropologa **Boža Škerlja**, se je začelo še danes obstoječe tesno sodelovanje med arheologi in fizičnimi antropologi. Tako so bile objavljene številne analize človeških kostnih ostankov iz **grobišč na Bledu** in v okolici, na **Ptaju**, v **Kranju**, **Novem mestu** in drugod. Človeške kostne ostanke na Slovenskem so analizirali (brez akademskih naslovov): Božo Škerlj, Niko Zupanič, Franjo Ivaniček, Valter Krušič, Boris Zarnik, Zlata Dolinar Osole, Vida Brodar, Anton Pogačnik, Marija Štefančič, Maruška Vidovič, Tatjana Tomazo Ravnik, Petra Leben Seljak, Zdravka Hincak in drugi (21).

Njihove **antropološke analize** po zgodovinskih obdobjih so obravnavale: ostanke skeletov iz Ajdovske jame in Brinjeve gore, ostanke koliščarjev z Ljubljanskega barja (Štefan-



V kranjski kostnici so shranjena okostja, ki so jih izkopali ob prekopavanju grobov na pokopališču ob cerkvi. Kostnica je bila zgrajena najkasneje v 13. stoletju in bila v uporabi do 18. stoletja (vir: Gorenjski muzej Kranj).

čič, 1985, 1992; Štefančič, Hincak, 2006), žgane kostne ostanke – prva objava je iz pozne bronaste dobe iz Dobove (22), poznoantične skeletne ostanke (Valič, Tomazo Ravnik, 1983, 1984; Leben Seljak, 2003, 2006), grobišče iz časa preseljevanja ljudstev v Dravljah (23) ter številne obdelave žganih in skeletnih ostankov iz antičnega obdobja (Tomazo Ravnik, 1984) ter zgodnesrednjeveške skelete.

Med medicinskimi študijami izstopa **paleostomatološka raziskava** zobozdravnika dr. **Valterja Krušiča**, ki je raziskoval karies na zobeh različnih plemen in narodov, predvsem Slovanov, najdenih v slovenskih grobiščih (24).

Na omenjenih **srednjeveških okostjih** z ozemlja današnje Slovenije je prepoznanih precej poškodb, preko teh okostij pa lahko sklepamo tudi o tuberkulozi, spondilartrozi, osteomielitisu in drugem. Na okostjih ni izrazitih znakov rahitisa. Za staroslovanska grobišča je značilna vzhodno-zahodna orientacija. Prvi slovenski fizični antropolog dr. Božo Škerlj (1904–1961) je preučeval staroslovanske nekropole iz 7. in 8. stoletja. Ugotovil je, da je bila umrljivost večja v hladnejših mesecih kot v toplejših, največja v zgodnji pomladi in pozni jeseni. Najmanjša umrljivost je bila v juniju in juliju. Raziskave skeletnih ostankov iz srednjeveških grobov na slovenskem ozemlju kažejo še na to, da so prebivalci **umirali v povprečju mladi**. V staroslovanskih nekropolah prevladujejo grobovi otrok in mladine, povprečna dolžina človeškega življenja je bila **20–25 let**, a pri tem moramo upoštevati veliko umrljivost otrok, ki je zelo nižala povprečno življenjsko dobo. Višina moškega je bila v povprečju 162,5 cm. Delež otroških grobov v staroslovanskih grobnicah se giblje med 25 in 40 odstotki, medtem ko je iz istega obdobja zelo malo lobanj starostnikov (25).

Razvijajoča se znanost, ki išče resnico, prinaša nove metode dela in z njimi dodatne možnosti, da v znanosti prihajamo do novih ugotovitev. Pri



Paleopatološko analizo slovanskega zobovja z Bleda je sredi 60. let 20. stoletja opravil zobozdravnik dr. Valter Krušič. Del osteološkega gradiva hrani Inštitut za zgodovino medicine Medicinske fakultete v Ljubljani.

tem včasih starejša spoznanja dobijo nove razlage in drugačne rezultate.

Paleogenetika je kot relativno nova veda s svojim hitrim razvojem na prelomu 20. v 21. stoletje naredila velike korake. Z njo so se spremenili tudi nekateri rezultati dosedanjih raziskav fizične antropologije. Nova spoznanja npr. govorijo, da domnevni grobovi starih Slovanov v Kranju v spodnjih plasteh pripadajo staroselcem (26). Za natančnejše paleogenetske analize pa so potrebni širši projekti, saj so povezane z večjimi stroški.

Viri

1. Grmek MD. Povijest medicine. V: *Medicinska enciklopedija*. Zv. 8. Zagreb: Jugoslavenski leksikografski zavod, 1963. p. 202–7.
2. Štih P. *Ozemlje Slovenije v zgodnjem srednjem veku: osnovne poteze zgodovinskega razvoja od začetka 6. do konca 9. stoletja*. Ljubljana: Filozofska fakulteta, Oddelek za zgodovino, 2001.
3. Minařik F. *Od staroslovanskega vrařtva do sodobnega zdravila*. Ljubljana, 1971. p. 24, 28.
4. Grafenauer B. Pokristjanjevanje Slovencev. V: *Zgodovina Cerkev na Slovenskem*. Celje: Mohorjeva družba, 1991. p. 56.



Staroslovansko okostje z Bleda iz 9.–10. stoletja, izkopano leta 1949. Pri raziskovanju staroslovanskih grobišč so raziskovalci prišli do spoznanj, da so ranocelniki dobro naravnavali zlome (hrani Filozofska fakulteta Ljubljana).

5. Cvahte S, Cevc M. Medicina. V: *Enciklopedija Slovenije*. Zv. 7. Ljubljana: Mladinska knjiga, 1993. p. 31–5.
6. Valič A, Tomazo Ravnik T. Arheološko najdišče Ajdna nad Potoki. *Proteus* 1983/1984; 46 (9–10): 323–30.
7. Leben Seljak P. Antropološka analiza poznoantične skeletne serije z Rifnika. *Arheol Vestn* 2006; 57: 427–55.
8. Glej opombo 5.
9. Zupanič Slavec Z. Samostanska medicina. V: *Enciklopedija Slovenije*. Zv. 10. Ljubljana: Mladinska knjiga, 1996. p. 384.
10. Turk I. Uvod. V: Turk I, ur. *Divje Babe I.: paleolitsko najdišče mlajšega pleistocena v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za arheologijo ZRC SAZU; Založba ZRC 20007. p. 13–21.
11. Breclj M. Brodar, Srečko [internet]. *Primorski slovenski biografski leksikon. Slovenska biografija*. Ljubljana: ZRC SAZU; 2013 [citirano 30. 6. 2017]. Dosegljivo na: <http://www.slovenska-biografija.si/oseba/sbi150550/>
12. Velušček A. Arheološke najdbe iz Ciganske jame na Kočevskem iz obdobja po ledeni dobi. *Arheol Vestn* 2011; 62: 33–50.
13. Štefančič M. Skeletni ostanki koliščarjev z Ljubljanskega barja. V: *Poročilo o raziskovanju paleolitika, neolitika in eneolitika v Sloveniji*. Ljubljana: Oddelek za arheologijo FF UL, 1992; 20: 127–34.
14. Petru P. Arheološka obdobja. V: Čepič Z, et al. *Zgodovina Slovencev*. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1979. p. 45–7.
15. Teržan B. Gradišče. V: *Enciklopedija Slovenije*. Zv. 3. Ljubljana: Mladinska knjiga, 1989. p. 365.
16. Tomazo Ravnik T. Antropološko poročilo za grobišča Molnik. *Arheol Vestn* 1984; 35: 163–5.
17. Ciglencečki S. Poznoantično obdobje [internet]. Inštitut za arheologijo ZRC SAZU; 2017 [citirano 30. 6. 2017]. Dosegljivo na: http://iza.zrc-sazu.si/ff/slavko/PA_grobisca.html
18. Toldt C. Die Schädelformen in dem Österreichischen Wohngebieten der Altslawen eins und jetzt. *MAGW* 1912; 42: 247–80.
19. Weisbach A. Die Slowenen. *MAGW* 1903; 33: 234–51.
20. Zupanič N. Etnogeneza Jugoslovena. *Rad JAZU* 1920; 222: 137–93.
21. Štefančič M. Razvoj raziskav fizične antropologije v Sloveniji. *Acta Biologica Slovenica* 2008 (51): 21–33.
22. Piontek J, Tomazo Ravnik T, Štefančič M. Antropološka obdelava grobov kasne bronaste dobe iz Dobove pri Brežicah. V: Stare F. *Dobova*. Brežice: Posavski muzej, 1975. p. 19–26.
23. Pogačnik T, Tomazo Ravnik T. Antropološka obdelava osteološkega gradiva. V: Slabe M, ur. *Dravlje - grobišče iz časov preseljevanja ljudstev*. Situla, 1975. p. 143–6.
24. Krušič V. *Transpopulacijske frekvence in variacije intenzitete kariesa na Slovenskem: študija na osnovi gradiva grobišč različnih plemen in narodov, ki so prebivali na tleh današnje Slovenije, s posebnim poudarkom na Starih Slovanih in pa Slovencih, ki danes živijo na tem ozemlju*: disertacija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, 1969.
25. Kastelic J, Škerlj B. *Slovanska nekropola na Bledu: arheološko in antropološko poročilo za leto 1948*. Ljubljana: Slovenska akademija znanosti in umetnosti, 1950.
26. Sagadin M. Zgodnjesrednjeveški grobišči v Komendi in na Zgornjem Brniku. *Arh Vestn* 2013; 64: 249–98.

Ohranimo slovensko medicinsko preteklost in srečujmo se na zanimivih ekskurzijah



Klasična zdravniška ikonografija. Predmeti iz zbirke Inštituta za zgodovino medicine MF UL. Izbor: Zvonka Zupanič Slavec, foto: Dragan Arrigler.

Arhiviranje je akt civilizacije. Udejanjimo ga v medicini!

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 prihajajoči 100-letnici prve medicinske fakultete v Sloveniji smo še posebej zainteresirani za fotografije iz njenega življenja in dela, spominov študentov na svoja študijska leta in podobno. Pripravili bi lahko tudi njihovo razstavo. Ustanova slikovno zbirko skrbno arhivira in gradiva uporablja v svojih publikacijah in drugih predstavitev. Z njimi ohranjamo 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.

Skupaj z Znanstvenim društvom za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije vabimo v svoje vrste tudi nove člane. Dolga leta opravljamo zanimivo strokovno delo in se srečujemo na zanimivih interdisciplinarno obarvanih ekskurzijah. Člani so večinoma zdravniki, zobozdravniki, farmacevti, veterinarji, biologi, zgodovinarji in drugi. Naj bo prosti čas poln vedrine in žlahtnih vsebin!

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



Prim. dr. Tatjana Kovač (1927–2017)

Prim. mag. Venčeslav Pišot, dr. med., Ankaran

V prvih dneh letošnje pomladi se je od nas tiho poslovila ustanoviteljica in dolgoletna predstojnica anesteziološke dejavnosti v Ortopedski bolnišnici Valdoltra, prim. dr. Tatjana Kovač, specialistka anesteziologinja.

Spoštovana kolegica dr. Kovačeva se je rodila 20. oktobra 1927 na Ptujju kot prvi od treh otrok mami Elizabeti in očetu Stanislavu Rutarju, železniškemu uradniku.

Zaradi očetove službe se je družina večkrat selila, zato je

Tatjana hodila v osnovno šolo v Hrastniku in Zidanem Mostu, nižjo in višjo gimnazijo pa je obiskovala v Brežicah in Celju, kjer je tudi maturirala. Na Medicinsko fakulteto Univerze v Ljubljani se je vpisala leta 1947, študij je zaključila 9. maja 1953 s promocijo v zdravnico splošne medicine.

Njena prva zaposlitev je bila v Splošni bolnišnici Maribor, kjer je opravila tedaj obvezno dvoletno stažiranje in leta 1955 začela s specializacijo iz anesteziologije. V tem obdobju je spoznala svojega bodočega moža dr. Maksimiljana Kovača, specializanta ortopedije na novoustanovljenem Ortopedskem odseku mariborske bolnišnice. Njuno družinsko srečo je kmalu izpolnilo rojstvo hčerke Mojce in nato sina Tomaža.

V času specializacije, decembra 1958, se je dr. Kovačeva z družino preselila na slovensko obalo, kjer sta se z možem zaposlila v tedanji Bolnišnici za kostno tuberkulozo Valdoltra. Dr. Maks Kovač je takoj prevzel vodenje ženskega paviljona, dr. Tatjana Kovač pa anesteziijo v operacijskih dvoranah, kjer so okna, odprta na morskostran, nudila naravno prezračevanje in med zahtevnimi posegi prepotrebno kratkotrajno sprostitev ob pogledu na valovanje morja. Ob tedaj še zadovoljivi, a danes nepredstavljivo pomanjkljivi opremljenosti in šibki kadrovske zasledbi je

dr. Kovačeva s svojo strokovno avtoriteto, znanjem, obvladovanjem kritičnih stanj ter predvsem predanostjo bolnikom že tedaj vzbujala občudovanje sodelavcev in jih pritegnila k svojemu neutrudnemu delu.

Po opravljenem specialističnem izpitu januarja 1960 je tudi uradno prevzela izredno pomembno in odgovorno mesto vodje anesteziije, ravno v obdobju prestrukturiranja bolnišnice, ki se je tedaj popolnoma preusmerila v ortopedijo in se preimenovala v Ortopedsko bolnišnico Valdoltra.

Nepričakovan razvoj ortopedske operative je temeljil tudi na napredku anesteziije, katere sodobna načela in metode je dr. Kovačeva na visoki strokovni ravni neutrudno in požrtvovalno uvajala. Pomemben je njen prispevek pri obnovi bolnišnice, predvsem pri izgradnji operacijskega bloka in oddelka pooperativne nege. Neprecenljivo pa je bilo njeno znanje, ki ga je skupaj z bogatimi kliničnimi izkušnjami prenašala na mlajše rodove. Tako je danes tudi po njeni zaslugi anesteziija temelj visoke, doma in v svetu priznane ravni ortopedske kirurgije v Ortopedski bolnišnici Valdoltra.

Kot vodilna anesteziologinja se je dr. Kovačeva zavedala pomembnosti prostovoljnega krvodajalstva, zato je na tem področju aktivno sodelovala in bila tudi sama večkratna darovalka krvi. Ves čas, tudi po upokojitvi, je bila vpeta v delovanje Rdečega križa Slovenije.

V znak priznanja za uspešno in visoko strokovno delo na področju anesteziije je dr. Tatjana Kovač prejela naziv primarijka. Slovensko zdravniško društvo, sekcija za anesteziologijo in intenzivno medicino, pa ji je decembra 1991 podelilo častno članstvo.

Najpomembnejše pa je, da v Ortopedski bolnišnici Valdoltra ne bo nikoli zbledele spoštljive spomine nanjo, njen topel človeški odnos do sodelavcev ter njeno pomembno strokovno dediščino.

Zdravniki na strokovnem srečanju v čebelarškem muzeju

Prof. dr. Jana Furlan, dr. med., Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije

damjana.furlan.hrbar@masicom.net

»Slovenija ima bogato čebelarško tradicijo, ki se lahko pohvali s svetovno znanimi čebelarškimi praktiki in teoretiki, ter ima s svojimi naravnimi danostmi izrabe več čebeljih paš v eni čebelarški sezoni tudi veliko možnosti za razvoj. Slovenija je že danes s čebelami ena najgostejše poseljenih držav, število čebelarjev pa še narašča. Po zadnjih podatkih je v Sloveniji okrog 11.000 registriranih čebelarjev, ki imajo v približno 14.000 čebelnjakih okrog 160.000 čebeljih družin. Čebele so zaradi donosa čebeljih pridelkov in še bolj zaradi svoje vloge pri opravljanju nepogrešljive v prehranski verigi. Klub temu, da ima čebelja družina številne prirojene vedenjske vzorce, ki jo varujejo pred tem, da bi propadla, so danes čebele ranljive in ogrožene. Imajo nove bolezni, proti katerim se ne znajo braniti, ogroža jih sodoben način kmetovanja ter spreminjanje podnebnih razmer, ki prinašajo tudi spremenjeno vegetacijo in so lahko čebele lačne, ko tega ne pričakujemo, ter še marsikaj.« Tako je zapisala v povabilu na strokovno srečanje redna profesorica veterine Vlasta Jenčič.

Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije (dalje Društvo) je v sodelovanju z Inštitutom za zgodovino medicine Medicinske fakultete UL (dalje Inštitut) pripravilo strokovno srečanje o ogroženosti čebel v globalnem svetu s sogovornico veterinarke, prof. dr. Vlasto Jenčič, specialistko za bolezni čebel in rib z Veterinarske fakultete v Ljubljani. Srečanje je potekalo v imenitnem okolju Čebelarškomečkega muzeja v Sp. Brniku, kjer sta lastnika Franci in Ana Strupi pripravila voden ogled s pogostitvijo z medenimi dobrotami.

Na prelep junijski dan (20. 6. 2017) smo se člani Društva in Inštituta zbrali v Sp. Brniku pri družini, po domače imenovani Pr^č Povlič. Na vratih, ki vodijo v muzej, piše: *»Pozdravljen bodi, ko v hišo prideš, in bog s teboj, ko spet odideš.«* Človeka takoj navduši čudovito urejena domačija s staro kmečko hišo, preurejeno v muzej, z balkoni, polnimi cvetja, s širokimi zelenicami naokrog, sadnim drevjem in pogledom proti Kamniško-Savinjskim Alpam in Storžiču. Dan je kar klical k temu, da sedemo pod lipo in se tam odžejamo. Pogostil nas je lastnik Franci Strupi, ki je že dolga leta aktiven čebelar. Osnovne aktivnosti čebelarjenja nadgra-

juje z ohranjanjem bogate zgodovinske tradicije in razvojem čebelarstva ter pripomočkov zanj, ki so mu botrovala spoznanja o biologiji čebelje družine in izjemna inovativnost slovenskih čebelarjev.

Franci Strupi namreč vse življenje strokovno spremlja in zbira orodja in pripomočke s področja čebelarstva, ki so lično in sistematično razporejeni v šestih sobah, tako da ima njihova pripoved rdečo nit. Že pred muzejem pozdravlja-jo redki čebelarški predmeti, kot je recimo značilen lojtrski voz, s kakršnim so čebelarji že nekdanj vozili čebelje družine na oddaljene vire čebelje paše, npr. na ajdovo pašo, ki je v tistih časih bogato medila in je bila idealna hrana za prezimovanje naše avtohtone kranjske sivke (*Apis mellifera carnica*). Na razstavljenih vozovih so bili, kot da bi pravkar prispeli s paše, nanizani za tisti čas značilni panji, imenovani kranjiči. To so majhni panji, v katerih je bilo nepremično satje, saj v tistem času čebelarji še niso poznali panjev s premičnim satjem, kot jih poznamo danes. S kranjiči je čebelaril tudi naš najbolj slaven čebelar Anton Janša (1734–1773), njegov čebelnjak pa si lahko ogledamo v Breznici na Gorenjskem, kjer se je rodil.

Glavna značilnost kranjičev je poslikava njihovih pročelij, kar imenujemo panjske končnice. Osnovna ideja poslikave panjskih končnic je bila, da bi čebele lažje prepoznale in se vračale v svoj panj. Panjske končnice so prikazovale dogodke iz vsakdanjega življenja čebelarjev, iz njih pa veje neizmerna hudomušnost in iskričnost slovenskega človeka ter seveda globoka verska pripadnost. Razen priložnostnih slikarjev amaterjev so panjske končnice slikali tudi umetniški slikarji. Izvirne panjske končnice so danes prava redkost in imajo veliko umetniško vrednost, njihove replike različnih velikosti pa so imenitni spominki, ki najdejo mesto na policah po vsem svetu.

Gostitelj Franci je poln anekdot, znanja in zanimivih ljudskih izrekov. Je pravi čebelar, ki želi svoje bogato znanje vtisniti ljudem v zavest in jim privzgojiti čut, da je čebela nepogrešljiv del človekovega vsakdana. Pri tem Franci mimogrede pove ljudski pregovor, kot je: »Besede so kot čebele – imajo med in želo.« Pove tudi, da so stari čebelarji pogosto brez kakšnega prsta: mnogi čebelarji so si namreč sami izdelovali lesene panje in predvideva se, da so zaradi povišane praga bolečine, ki so je bili vajeni zaradi nenehnih čebeljih pikov, prepoznali odmaknili roko od delujočega mizarskega stroja in si tako poškodovali ali celo odrezali prst.

Strupijeva muzejska zbirka je prava etnološka dediščina, ki bi zaradi kakšnega posebnega predmeta lahko bogatila celo nacionalno zbirko, ki jo hranijo v radovljiškem čebelarstvu muzeju. Franci pravi, da je čebelarstvo poezija kmetijstva. Poljščine in sadovnjaki ne morejo brez čebel in obratno. Slovensko kmetijstvo je zaenkrat še bolj razkropljeno in ni monokultur, kar je za čebele ugodno, saj imajo vedno na razpolago kakšno pašo. Lažje kot na monokulturah jih tudi zaščitimo pred morebitnimi zastrupitvami, ki bi nastale zaradi pogosto neobhodne zaščite kulturnih rastlin s škropljenjem. Uporabi škodljivih škropiv se lahko delno

izognemo s kolobarjenjem kulturnih rastlin.

Čebelja družina je po svoji naravi neranljiva: ima namreč številne prirojene fiziološke in biološke vedenjske vzorce, ki jo varujejo pred boleznimi in drugimi nadlogami. Že samo čebelje telo, prekrito s hitinom in dlačicami, jih varuje pred vdorom bolezenskih povzročiteljev, prav tako imajo obrambni sistem v dihalih in prebavilih ter hemolimfo s hemociti. Še posebej zanimivi so obrambni vedenjski vzorci celotne čebelje družine, ki jo varujejo pred boleznimi. Čebele namreč umirajo zunaj panja, tako da v panju običajno ni mrtvih čebel. Mrtve ličinke izvlečejo iz panja, podobno odnesejo tudi vse tujke, če pa tega ne zmorejo, jih propolizirajo. Ko pa vsi ti sistemi zatajijo, čebele zapustijo okuženo zalego in zalogo, izroji ter se tako osvobodijo kužnine. Pred boleznimi jih ščitijo še njihovi pridelki, katerih zdravilne učinke dobro poznamo tudi ljudje in jih hranimo v svojih shrambah.

Da poenostavimo: če ne bi bilo človekovih aktivnosti, čebelarstvu pravzaprav ne bi bilo hudega. Nekatere aktivnosti in vzroki, ki nižajo njihovo odzivnost, so nepravilna in neprimerena tehnologija čebelarjenja, prekomeren odvzem čebeljih pridelkov, globalizacija in z njo globalna trgovina, ko prevažamo dobrine in tudi čebele in njihove pridelke po vsem svetu, globalno segrevanje, katerega posledica je spremenjena vegetacija od tiste, ki so je bile čebele vajene, uporaba kemičnih pripravkov v kmetijstvu in še marsikaj. Čebele se odzivajo tudi na različne onesnaževalce okolja in na osnovi merjenja te odzivnosti čebel lahko posredno ugotavljamo obremenitev okolja. V današnjem čebelarstvu se je marsikaj spremenilo. Predvsem so čebele zaradi navedenih vzrokov manj odporne in zato občutljivejše na morebitne tehnološke napake pri čebelarjenju in tudi bolj dovzetne za nekatere bolezni.

Morda bi na tem mestu omenili tudi spremenjene vire čebelje paše. Zaradi različnih vzrokov, ki vplivajo

na čebelje paše, so čebele lahko tudi poleti lačne. Zdravniki, obiskovalci Strupijevega muzeja, ugotavljajo, da v brniškem okolju ni več nobenih rož. Danes kmetje že zelo zgodaj spomladi pokosijo travnike, to je prav takrat, ko je razvoj čebeljih družin na višku in potrebujejo največ cvetnega prahu, nepogrešljivega beljakovinskega vira za njihov razvoj. Zdravniki tudi opažajo, da tudi metuljev ni več. Čebele so na nek način zaščitene, saj so vendarle v varstvu človeka, ki mora čebelar nadomestiti naravne vire hrane. Lačna čebela si namreč nikoli več ne opomore, čebelja družina pa je prizadeta. Pomembne opravevalke so tudi samotarske čebele, ki jih znanstveno obravnava akad. Andrej Gogala. Zaradi svojega značilnega vedenjskega vzorca (so namreč zelo aktivni) so zelo dobri opravevalci tudi čmrlji. Znano je, da so v paradizičnih nasadih v zaprtih prostorih čmrlji edini primerni opravevalci.

Značilnost slovenskega čebelarstva je tudi, da je gostota čebeljih družin na kvadratni kilometer zelo visoka, kar povečuje možnost širjenja različnih bolezenskih povzročiteljev med čebeljimi družinami. V Sloveniji čebelarimo v značilnih AŽ-panjih, ki se upravljajo od zadaj in so za razliko od nakladnih LR-panjev spravljani v hišah – čebelnjakih, ki s svojo značilno arhitekturo in različno obarvanimi pročelji panjev krasijo slovensko pokrajino. Podobne panje imajo tudi drugod v alpsko-predalpskem svetu srednje Evrope, na primer v Avstriji, Švici in tudi na Hrvaškem. Čeprav je Slovenija po površini ena najmanjših držav, ima relativno veliko čebeljih družin. Na zelo majhni površini, ki pokriva alpsko, mediteransko in panonsko področje, je namreč veliko priložnosti za različne medovite rastline, kar čebelarji s pridom izkoristijo s prevozi svojih čebeljih družin na različna pasišča. Da so to vedeli že naši predniki, pa pričajo lojtrski vozovi z naloženimi kranjiči, ki smo jih omenili uvodoma.

Z gotovostjo bi lahko trdili, da je Slovenija dežela čebelarjev. Zaradi

različne vegetacije imamo tudi veliko vrst kakovostnega medu, med katerimi zaradi velike vsebnosti antioksidantov prednjačita gozdni in kostanjev med.

Ko govorimo o »čebelah«, so te le najštevilnejši del čebelje družine, v kateri je poleg njih še matica in poleti tudi troti in čebelja zalega. Čebelam pravimo tudi delavke, ker v resnici vse svoje življenje opravljajo različne naloge, potrebne za obstoj in razvoj čebelje družine. Pri različnih opravilih čebel delavk pa ne gre za specializacijo posameznih skupin, pač pa so pogojene z razvojem njihovih žlez. Čebele imajo dve obdobji, in sicer obdobje, ko ne izletavajo na pašo, to so tako imenovane »hišne čebele«. To obdobje traja natanko 21 dni. Po tem obdobju čebele začnejo izletavati na pašo in nabirati medicino. Obdobje pašne čebele traja nekaj tednov, kar je odvisno od vseh dejavnikov, ki vplivajo na jakost paše, in tudi od morebitnih bolezni. Za razliko od zimskih dolgoživih čebel, ki živijo nekaj mesecev, so to kratkožive čebele. V »hišnem« obdobju čebele negujejo zalego, čistijo, gradijo satje in od čebel nabiralk sprejemajo medicino. Prav na koncu »hišnega« obdobja, od 18. do 21. dne življenja, pa so stražarke in svojo družino varujejo pred morebitnimi vsiljivci. Takrat je namreč razvoj strupne žleze na višku in je čebelji pik morebitnih vsiljivcev najbolj učinkovit.

Ob kostenjevi paši so čebele zelo agresivne, tudi pik je pri kostenjih najhujši. Toksikologi preučujejo te različne strupe. Čebele strup vbrizgajo s pomočjo žela. Z želom so opremljene le delavke in matica, troti ga nimajo. Želo je zgrajeno iz treh delov: žlebiča in dveh bodalc. Ko čebela vbode v mehko podlago, zaradi kaveljcev žela ne more več izvleči iz rane. Ko se skuša rešiti, si želo izruje, skupaj z njim pa si iztrga tudi želno mišičnino, zadnji del prebavne cevi z blatnikom in zadnji živčni vozle, ki oživčuje želo in strupni aparat. Prizadeta čebela običajno kmalu umre. Če pa čebela vbode v trdo podlago, kot je hitinski



Prijazno druženje ljubiteljev zgodovine zdravstvene kulture v Čebelarko-kmečkem muzeju v Sp. Brniku. Med njimi so prof. dr. Vlasta Jenčič, prof. dr. Jana Furlan, prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec, prim. Jurij Kurillo, prof. Duša Fischinger. Desno sta lastnika Franci in Marija Strupi.

oklep drugih žuželk, lahko želo izvleče iz rane, saj se nastala rana na robovih ne krči. Čebelji strup je koktajl različnih učinkovin, ki z medsebojnim delovanjem v dani količini strupa povzročijo kar največjo škodo: encima fosfolipaza A2 in hialuronidaza tkivo razrahljata, da se strup lažje širi, melitin je nevrotoksičen, poleg tega pa naredi pore v celice in jih s tem uniči, apamin močno deluje na živčni sistem in povzroča krče, poseben peptid povzroči sprostitve histamina iz mastocitov, posledica tega pa je alergijska reakcija (v najhujšem primeru anafilaktični šok). K slednji prispevajo tudi apamin, hialuronidaza in predvsem fosfolipaza A2, ki je glavni alergen čebeljega strupa. Nekaj histamina je že v strupu samem. V strupu so tudi mravljična, klorovodikova in fosforna kislina, acetilholin ter ioni magnezija. Hlapne snovi iz strupa povzročijo pekočo bolečino. Čebelji strup deluje aseptično – vodne raztopine strupa 1 : 50.000 so še vedno sterilne. Ugotovitve iz ljudskega zdravilstva kažejo, da ima čebelji strup določene zdravilne lastnosti. Način delovanja še ni dovolj dobro raziskan, potrjeno pa je, da čebelji strup v določenih primerih zmanjšuje

in odstranjuje bolečine, znižuje krvni tlak, zmanjšuje količino holesterola v krvi, povišuje splošno napetost mišičnega tkiva in povišuje delovno sposobnost organizma.

Naš gostitelj Franci čebelarji od leta 1982, deset let je bil tudi urednik revije »Kranjska čebela«. Z velikim navdušenjem pripoveduje o Antonu Janši, našem najbolj imenitnem čebelarju, sinu bogatega kmeta iz Rodin, katerega sinovi so vsi odšli na Dunaj študirat slikarstvo, Anton Janša pa je postal čebelar pri cesarici Mariji Tereziji. Rodil se je leta 1734 v Breznici, umrl pa je leta 1773 na Dunaju. Bil je slikar in čebelar, deloval je kot prvi učitelj čebelarstva na cesarskem dvoru. Čebele so ga zanimale že od majhnih nog, saj so jih imeli doma nad sto panjev, pred katerimi so se zbirali sosedje in se pogovarjali o čebelarjenju in kmetovanju. Leta 1770 je opravil izpite in postal najprej čebelar pri Nižjeavstrijski kmetijski družbi, kasneje pa učitelj čebelarstva na čebelarski šoli na Dunaju, ki jo je ustanovila Marija Terezija. Čebelaril je na cesaričinem vrtu *Augarten* in tudi po ostalih avstrijskih deželah predstavljal svoje ugotovitve, povezane s prevažanjem

čebel na ajdovo pašo. Zaslovel je s predavanji o poznavanju čebel in v nemškem jeziku napisal dve pomembni knjigi: Razpravo o rojenju čebel (1771) in Popolni nauk o čebelarstvu. Slednja je izšla šele po njegovi smrti, leta 1775. Janša je v Popolnem nauku o čebelarstvu zapisal: »Čebele (od drugih bečele zavoljo bečanja ali njihovega šumenja in glasu tako imenovane) so vrsta muh, ustvarjene od Boga zato, da s svojo pridnostjo in neutrudnim delom previdijo in oskrbe človeka s potrebnim medom in voskom. Med vsemi od Boga ustvarjenimi stvarmi ali živalmi ni nobena za človeka tako pridna in koristna in manjše strežbe ali živeža ali stroškov potrebna stvar kakor čebela.«

Kot čebelar je poznan po spremembi velikosti panjev in njihovi obliki, ki je omogočila skladanje panjev v blok. Kot izjemen slikar je poslikaval panjske končnice s kranjskimi motivi. Janša je ovrgel zmotno prepričanje, da so troti vodonosci. Sklepal je, da matico oplodijo v zraku in da je čebele koristno voziti na pašo. Iznašel je tudi matičnjak in populariziral Scopolijska odkritja o čebelah. Leta 1884 mu je čebelarstvo in sadje-rejsko društvo na njegovo rojstno hišo postavilo spominsko ploščo. Po njem nosi ime čebelarški muzej v Radovljici in čebelarška plemenitna postaja na koncu doline Završnica. Cesarica Marija Terezija je po Janševi smrti izdala odlok, po katerem so morali vsi čebelarški učitelji učiti po njegovih knjigah.

Kot zdravnike nas je zanimalo, kako je z zdravjem čebel, kaj pomenijo različne bolezni, ki napadajo čebele, in kako je z varozo, ki je danes ena najpomembnejših bolezni čebel. Pri tem pogovoru je bila Francija Strupija imenitna sogovornica prof. dr. Vlasta Jenčič. Pojasnila je, da varozo povzroča s prostim očesom vidna zajedavska pršica (*Varroa destructor*), imenovana varoja, ki je zajedavec indijske čebele, konec prejšnjega stoletja pa se je razširila v Evropo in drugam po svetu. Naša medonosna čebela nima

proti njej nobenih obrambnih mehanizmov, zato je redno zatiranje in zmanjševanje števila varoj v čebelji družini eno osnovnih opravil v sodobnem čebelarstvu. Brez temeljitega poznavanja biologije čebelje družine, lastnosti, razvoja in rednega zatiranja varoje v čebelji družini ter poznavanja tudi nekaterih drugih nevarnih čebeljih bolezni čebelarjenje danes sploh ni mogoče. Varoje v čebeljih družinah ni mogoče povsem odpraviti, treba pa je napadenost zmanjševati do te mere, da biologija čebelje družine in ekonomika čebelarjenja nista prizadeti.

Za zatiranje varoj imamo na voljo kar nekaj možnosti. Najprej poskusimo varoje odstraniti z načinom čebelarjenja (apitehnični ukrepi), potem posežemo po različnih naravnih kislinah, ki učinkujejo na varoje, in če ne gre drugače, varoje zatiramo tudi z uporabo sintetičnih akaricidov, seveda v obliki dobro preskušanih in registriranih zdravil, nad katerimi bdi Evropska agencija za zdravila (EMA). Varoja je na primer mogoče zatirati tudi s povišano temperaturo, saj jo čebele lažje prenesajo kot varoje, ki pri tem propadejo. Danes v ta namen obstajajo že nekateri tehnični pripomočki, ki jih je mogoče uporabiti v praksi.

Čebelarstva zveza Slovenije (dalje Zveza), z izjemno prodornim predsednikom Boštjanom Nočem na čelu, je zelo aktivna. V šole in vrtce so vpeljali tradicionalni »medeni zajtrk«, ki je prerasel v »slovenski zajtrk«, kar je zagotovo velika stvar, saj ima vzgojni in tržni učinek. Še najbolj odmeva novica, da bo na pobudo Zveze že drugo leto (2018) 20. maj, rojstni dan Antona Janše, svetovni dan čebel in ga bodo praznovali po vsem svetu.

V zvezi s čebelami smo imeli v Sloveniji pomembnega zdravnika, Filipa Terča, ki je bil začetnik apiterapije v mednarodnem prostoru. Filip Terč, tudi Tertsch (Prapořište, Češka, 1844 – Maribor, 1917), je leta 1869 končal študij na Medicinski fakulteti na Dunaju, bil v letih 1875–1904

splošni zdravnik v Mariboru in leta 1890 začel poučevati na moškem učiteljski. Ukvarjal se je s čebelarstvom in preučeval vpliv čebeljega strupa na revmatizem. Imel je namreč hudo revmo in ko so ga čebele večkrat opikale, je ugotovil, da mu čebelji strup pomaga, da nima več bolečin. Z učinki namernega opikanja bolnikov je prikazal zdravilnost čebeljega strupa in rezultate objavil v tisku. Po njem se imenuje mednarodno združenje za apiterapijo, ki ima sedež v Švici. Leta 1930 je švicarski zdravnik K. A. Forster izdelal prvi pripravek s čebeljim strupom (forapin), pri čemer si je pomagal tudi z izsledki Terčevih raziskav. Leta 1878 je Terč postal predsednik mariborske podružnice Štajerskega čebelarstva društva, bil je tudi soustanovitelj Narodnega doma v Mariboru.

S čebeljim strupom, pa tudi s strupi os izvajamo pri ljudeh, ki so alergični na pike teh žuželk, hiposenzibilizacijo. Prof. dr. Jana Furlan, predsednica Znanstvenega društva za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije, je sredi osemdesetih let prejšnjega stoletja prva na Slovenskem na Golniku vpeljala hiposenzibilizacijo pri odraslih osebah, ki so zbolele za anafilaksijo po osjem in čebeljem piku. Danes to rutinsko izvajajo na kliniki na Golniku in imajo evropsko priznan laboratorij, v katerem lahko na osnovi analize ločijo pike os od čebel in nato skozi več let izvajajo hiposenzibilizacijo preobčutljivih oseb. Za zdravljenje se uporabljajo tudi čebelji izdelki, poleg medu še matični mleček, ki se ga uporablja kot 30-dnevno kuro za krepitev zdravja in je, po besedah Francija Strupija, prava hormonska bomba.

Sklep

Tisočletne človekove izkušnje sožitja s čebelami so pripeljale do izjemnega poznavanja njihovega življenja. Čedalje bolj se zavedamo pomena, ki ga imajo pri opravljanju in ki celo presega pomen čebel zaradi

njihovih pridelkov (med, cvetni prah, propolis, matični mleček in čebelji strup). Vse te dobrine čebele sicer nabirajo za svoj obstoj in imajo poleg hranilnih tudi zdravilne učinke. Večino čebeljih pridelkov zaradi njihovih protimikrobnih učinkov s pridom uporabljamo tudi ljudje, toksične učinke čebeljega pika pa priznava tudi uradna medicina.

Ponosni smo na izjemno prehojeno pot slovenskih čebelarjev, na Antona Janšo, njegovo prvo knjigo, Petra Pavla Glavarja, Antonia Scopolia (če naštejemo le nekatere), na panjske končnice, na žlahtno nadaljevanje te tradicije številnih slovenskih

čebelarjev, s številnimi ljudskimi pripovedmi in anekdotami o tej temi. Predvsem pa smo ponosni, da se ta tradicija ohranja in neguje v muzejih in da pri tem sodelujejo tudi navdušeni posamezniki, ki vlagajo lastna sredstva za ohranjanje te etnološke dediščine, kot je v primeru družine Strupi. Zbirka, ki je še dodatno obogatena s številnimi kmečkimi predmeti, je vredna širše obravnave, širšega poznavanja, pa tudi državne podpore, da bi se ohranila zanamcem. Predstavljena bi morala biti med šolarji, da bi jo obiskovali in od malega spoznavali pomen čebele za človeka.

Nov čebelarški center, ki bo nastal na Gorenjskem blizu Lesc, bo mednarodnega pomena, podobno kot je tak center v Vitanju, ki je nastal kot spomin na znamenitega slovenskega astronoma Hermana Potočnika Noordunga. Ponosni moramo biti, da je slovenski narod na področju čebelarstva tako prodoren. Hvala vsem, ki tako intenzivno delujejo na tem področju in slovensko znanje tudi mednarodno uveljavljajo.

Zahvaljujemo se prof. dr. Vlasti Jenčič, dr. vet. med., za sodelovanje in pregled besedila.



KULTURNO-UMETNIŠKO DRUŠTVO
KLINIČNEGA CENTRA IN MEDICINSKE FAKULTETE
DR. LOJZ KRAIGHER

INŠTITUT ZA ANATOMIJO
INŠTITUT ZA HISTOLOGIJU IN EMBRIOLOGIJU
INŠTITUT ZA PATOLOGIJU
INŠTITUT ZA SODNO MEDICINO
MEDICINSKE FAKULTETE UNIVERZE V LJUBLJANI

VABIJO NA

48. KONCERT ZDRAVNIKOV

OB XLVIII. MEMORIALNEM SESTANKU
PROFESORJA JANEZA PLEČNIKA

S PODELITVIJO DIPLOM PROFESORJA JANEZA PLEČNIKA
IN

PRIZNANJA PROFESORJA FRANCETA HRIBARJA

PETEK, 8. DECEMBRA 2017, OB 19. URI

DVORANA MARJANA KOZINE (VELIKA DVORANA),
SLOVENSKA FILHARMONIJA, KONGRESNI TRG 10, LJUBLJANA

Sodelovali bodo številni zdravniki v solističnih, komornih in orkestralnih sestavih, program pa bo zanimiv, sproščujoč in ves koncert decembrsko praznično obarvan.

Prijazno vabimo vse zainteresirane, da se nekoliko pred abrahamom zdravniških koncertov slovenskega zdravništva veselo odzovete našemu povabilu.

VODSTVO KUD-A KC IN MF DR. LOJZ KRAIGHER Z UMETNIŠKIM VODJEM KONCERTA ANDREJEM BABNIKOM IN VODITELJICO KONCERTNEGA PROGRAMA ZVONKO ZUPANIČ SLAVEC

PRIJAZNO VABLJENI



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.

14. december 2017, ob 18. uri, Modra dvorana

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

17. 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 Rajevič**, violini, **Tina Rejc Krošelj**, violončelo

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



10. 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**.

Koncerti so za člane zbornice in člane zdravniškega društva ter njihove družinske člane in prijatelje brezplačni, potrebna pa je predhodna rezervacija na: kristina.udovc@zzs-mcs.si ali po telefonu: 01 30 72 152, 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!

Razstava članov Likovne skupine Leon Koporc KUD-a KC in MF dr. Lojz Kraigher

Biserka Komac, univ. dipl. oblikovalka viz. komunikacij, Kulturno-umetniško društvo Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher

V torek, 10. oktobra 2017, smo v prostorih Dolenčeve in Taborjeve galerije v UKC na prireditvi za bolnike odprli skupinsko razstavo članov Likovne sekcije (LS) Leon Koporc KUD-a KC in MF dr. Lojz Kraigher.

Dogodek je povezovala članica LS in vodja Taborjeve galerije, slikarka Zdenka Vinšek Faganel, o simpoziju minimalizma je spregovorila akademska slikarka, magistra umetnosti Milena Kafol, glasbeni gostje, ki so s svojo energijo prispevali k vzdušju, pa so bili godbeniki Kulturnega društva Godba ljubljanskih vetera-
nov.

Umetniški vodja in dirigent Godbe je od leta 2013 Viktor Kresnik, predsednik pa je že od samega začetka društva prof. Milan Pavliha. Čeprav so veterani v tretjem življenjskem obdobju, saj skupaj štejejo kar prek 3.000 let, ali pa prav zato, znajo s svojim igranjem odlično povzdigniti razpoloženje poslušalcev.

Povod in namen prireditve je bilo odprtje razstave. Razstavljamo vsi, ki smo se udeležili tradicionalne likovne kolonije in izobraževalnega simpozija v hostlu sindikata UKC v Savudriji. Letos se je obojega udeležilo rekordno število članov, zato je razstavljavcev kar 34, nekateri s po dvema slikama, ki jih, kot vedno, poklonimo klinikam UKC.

Slike, razstavljene v Dolenčevi galeriji, so nastale prve dni kolonije, ko člani sami izbiramo motive. Letos je motiv oljke, simbol miru in večnega življenja, kar pogosto nagovarjal umetnike, je pa seveda, kot vedno, precej tudi bolj abstraktnih motivov in pristopov. Nekateri slikajo na platna v tehniki akril, drugi si izberejo akvarelno tehniko na papirju, vsem pa vedno znova uspe naslikati res dobre slike, kar dokazuje tudi letošnja razstava.

Za rast umetnika je potrebno, da se včasih sprehodi tudi na neznan teren in se sem in tja spopade tudi s kakšnim »izmom«. Drugi del druženja v Savudriji je zato potekal kot izobraže-



Ljubljanski veterani pod taktirko Viktorja Kresnika (foto: Katarina Zemljak).

valni simpozij »Minimalizem v slikarstvu«. Za to temo smo se odločili, ker o abstraktnem slikarstvu, katerega veja je tudi minimalizem, ki se je dogajal v Ameriki v 60. in 70. letih prejšnjega stoletja, ne vemo veliko. Kot skupina se želimo stalno izobraževati in nova znanja tudi praktično preizkusiti. Na simpozij smo povabili magistro umetnosti, akademsko slikarko Mileno Kafol, ki je magistrirala iz abstraktnega slikarstva in je bila primeren mentor tega simpozija. Teoretično in praktično nam je približala to vejo umetnosti. Predstavila nam je bistvo minimalizma in ker v Taborjevi galeriji visijo dela s tega simpozija, je prav, da tudi v tem zapisu povzamem nekaj bistvenih značilnosti o tej zvrsti slikarstva.

Kljub temu, da je bistvo minimalizma »le« v geometrijskih oblikah in barvnih kompozicijah teh oblik, smo v praksi ugotovili, da naslikati minimalistični »objekt« ni tako lahka naloga, kot se zdi na prvi pogled. Treba je zanikati svojo čustveno plat, kar pa občutljiv slikar težko stori. Naučili smo se veliko, čisto podrediti minimaliz-



Privedite je povezovala Zdenka Vinšek.

mu pa se nismo hoteli. Uživali smo ob novem razmišljanju in ustvarjanju tega, česar še nikoli nismo delali, nastale slike so še vedno v minimalistični »maniri«, vendar smo si dovolili tudi osebni dotik. Zato smo izdelke simpozija naslovili kar »Novi minimalizem«. Doživeli smo točno to, kar tule citiram (odstavek iz Pojmovnika



Razstava UKC – Savudrija 2017 (foto: Biserka Komac).

slovenske umetnosti 1945–2005):

»Interakcija med gledalcem in objektom ter sugestivna prisotnost objekta sta odločilna dejavnika doživljanja nove umetnine.

Enostavnost ni preprosta komponenta, saj se človeška prisotnost vključuje na najvišji stopnji – prostor dela, ki si ga ogledujemo, je hkrati prostor, v katerem se nahajamo ...«

Udeleženci kolonije in simpozija – donatorji slik: Erika Železnik, Draga Soklič, Ljubo Soklič, Jure Godec, Ljudmila Pačnik, Tone Pačnik, Saša

Boljkovac, Višnja Grubišić, Karel Hruza, Zdravko Dolinšek, Roman Planko, Marija Strnad, Danica Lešnjak, Judita Mandelc Kunčič, Zorka Svatina Ciman, Emilija Erbežnik, Mira Uršič, Alenka Klemenčič, Sava Rant Hafner, Zdenka Vinšek, Jano Milkovič, Pavle Ščurk, Marjan Miklavc, Edi Sever, Blaža Fečur, Janez Kovačič, Jože Kovačič, Ivanka Kraševc Prešern, Žan Prešern, Vojko Gašperut, Magda Strle, Bogdan Breznik, Biserka Komac, in gostja Milena Kafol.

Vodnjak

Franci Bečan, dr. med.,
ZD Kranj

Jutro je bilo sveže, umito, junijsko, sence medanskega hriba so izginjale v dolini ob potoku, obetal se je vroč dan.

»Vode ni.«

Mama je stopila na prag, polnih, rdečih lic, in se ozrla proti vodnjaku. Oče, ogorelega obraza in izklesanih potez, je pred podom popravljaj Lidin komat. Božajoč s pogledom mamino polno postavo, pričakovala sta petega otroka, je stopil v hlev.

»Voda v zbiralniku pada,« se je oglasil iz hleva, »verjetno je v

vodnjaku zdrsnil jermen. Dol bom moral.«

»Počakaj, da pride Jože iz šole, teh nekaj ur bo tudi živina preživela,« mu je svetovala mama, nato je odšla v vrt.

Vodnjak je stal na zahodni strani naše stare hiše, tik ob leseni vrtni ograji. Sonce se je ves dan, tudi zgodaj spomladi in pozno jeseni, upiralo vanj in otroci smo se radi zbirali ob njem. Pokrivali sta ga dve masivni betonski plošči, ohišje nad pokrovom je bilo leseno, ročica za črpanje vode pa iz žlahtnega jekla. Izkopal je vodnjak oče, leta 1943, bil je spoštljivo globok, štirinajst metrov. Pred nekaj leti so v dno vodnjaka postavili motor, ki je črpal vodo v hišo in hlev. Zgodilo se je, da je, redko, ponagajala jermenica, takrat se je bilo potrebno spustiti v dno vodnjaka.



Zapuščen vodnjak na Seničici (foto: Irena Bečan).



Vodnjak pod Brdom (foto: Irena Bečan).

Proti poldnevu se je začela oglašati živina. Zbiralnik se je spraznil, napajalniki so postajali suhi. Zateglo so se najprej oglasile krave, nato telice in bikci.

»Živina ne sme biti žejna,« se je odločil oče, »dol grem.«

Mama je pogledovala proti sosedu, videla je, da je Vrbek že zarana z voli odšel v polje. Posadila je dveletnega Markota v lesen koleselj in napotila Katarino, da ga vozi do kozolca in nazaj. Teta Katarina je bila majhna gospa, vedno v ruti in predpasniku, bila je duševno motena. Pri hiši je opravljala preprosta dela, vsi otroci smo ob njej shodili. Bila je hišni angel.

»S Tinči sva sami, otrok v meni se oglašja,« je bila mama zaskrbljena.

»Navezali te bova.«

Oče je razmaknil težki betonski plošči in si navezal vrv okrog telesa. »Ves čas naj bo zategnjena,« je dejal. Nato se je pričel spuščati v globino. Z nogami je stopal na betonske stopnice v obodu vodnjaka, mama in Tinči sta spremljali vsak njegov korak in popuščali vrv. Kmalu je izginil v temnjavi, slišali sta le šume in pljuske temne vode. Vrv je nehala drseti.

»Visoka voda je,« sta ga slišali v globini, »jermen je zdrsnil in padel v vodo, najti ga moram.«

Trenutki so bežali, gledali sta vrv in temo. Potem je vrv nenadoma postala napeta in težka.

»Francelj!« je kriknila mama.

»Zraka nimam,« se je oglašil, glas je bil šibak in počasen.

»Francelj, ven moraš! Pusti vse, pojdi ven! Pomagali ti bova.«

Zategovali sta vrv, dvignila se je pol metra, nato je obstala. »Ata, pridite ven,« je kričala devetletna Tinči, »saj vas drživa.«

»Ne morem, nič ne morem.« Glas v črni globini je bil tesnobno tih, skoraj šepetajoč.

Mama je zbegano pogledovala proti sosedu in proti Bonovcu. Nikjer nikogar. Katarina z Markotom na koleslju se je približala, vila je roke in si zategovala ruto, začutila je nemoč trenutka. »Manina mani,« je žlobudrala.

»Naj tečem po Vrbka,« je roteče spraševala Tinči. »Pod klancem je.«

»Ne, predaleč je, ta čas bo ata omedlel. Drživa ga.« Vrv je bila

napeta kot struna, v globini pa le tišina in redki pljuski vode.

Potem so se zaslišale kangle na kolesu in Jože je izza stare šupe pripeljal na dvorišče. Štirinajstletni fant, visok, črnih las, krepkega telesa.

»Jože, hitro. Ata je v štirni, ne more ven.« Tinči se je jokaje oklepala vrvi.

Jože je v trenutku skočil na vodnjak in se brezglavo spuščal navzdol. Pljusnilo je, ko je bil na dnu.

»Do pasu je v vodi,« je zakričal.

»Moral ga bom dvigati na ramah. Pomagajta mi z vrvjo.«

Centimeter za centimetrom so se dvigali. Oče ni govoril, podzvestno se je oklepaj Jožeta. Mama in Tinči sta grabili vrv, divje in hlastajoče, kot bi po njej odtekalo življenje. Potem sta se iz globine prikazali dve telesi, mokri, umazani, blatni. Očeta so previdno povlekli čez rob in ga naslonili na vodnjak. Bil je blede, poten, premočen, le z očmi je dal vedeti, naj se ne bojijo zanj. Jože, krvavkast po obrazu in rokah, se je povsem brez moči sesedel ob vrtni ograji. Tinči je jokaje z roko brisala očetu obraz.

Mama je bila tiho. Položila si je roki na trebuh, mehko, božajoče, gledala je očeta, ljubeče in spoštljivo, nekaj nebeško lepega je bilo v njenih očeh.

Čez čas je bilo slišati rezki glas Vrbka, ki se je, priganjajoč vole, vračal s polja. Junijsko sonce je bleščalo nad Bonovcem, trave so v vrtincu plesoč valovale v opoldanskem pišu, v vrtu so rdečile prve češnje.

Količinski nesporazum

Matjaž Lesjak, dr. med., Trigon, s. p.

Pavle Hleb je bil znan in splošno priljubljen abdominalni kirurg v mestni bolnišnici. Na začetku šestega

desetletja svojega življenja je bil že živa legenda, obrtno spreten, zaželen diagnostik, naravno obdarjen humo-

rist in zmerno talentiran igralec harmonike. Ko se je s svojo nižjo postavo pojavil na hodniku svojega oddelka, so se mu ljudje razmikali na levo in desno, pešce je preoral s svojo kar obilno postavo kot bela ladja, ki pljuje po svojem morju. Oddelek je bil njegov drugi (in včasih prvi) dom, njegova pisarna je bila odtis njegovega življenjskega stila, zadobila je doma-

čijske poteze, vanjo je navlekel udobje naslanjača, kavča, nočno lučko, majhen hladilnik, kuhinjski kotiček, kuhalnik vode in nešteto drobnarij, spominkov, kristalov, plaket, pokalov in slik. Na policah so še vedno stali kirurški učbeniki, le da so z leti postali tako kot lastnik nekoliko artrotični, osteoporotični in zastareli, nagnili so se na levo stran in počivali kot spomenik nekdanjim študijskim časom. Zaprašena hrbitišča so prekrivali vsi tisti drobni predmeti, ki jih življenje sproti naplavi in iščejo svoj prostor pod soncem. Večino so jih prinesli hvaležni pacienti.

Pavle Hleb je svoje formalno učbeniško znanje že dolgo tega pono-tranjil, imel je gibke prste, dobro intuicijo in svojevrstno pred- in pooperativno oskrbo svojih pacientov. Komajda kdaj je šlo kaj narobe, o njem je šel glas, da ima zlate roke kirurga, in zato mu je pred leti zlatar Frajman naredil majhen modelček roke iz 24-karatnega zlata. Na to rokico je po navadi odložil svojo masko, ko se je utrujen vrnil iz operacijske in se združil z naslanjačem, ki se je z leti prav tako uvidevno usločil pod gravitacijo svojega lastnika. Skratka, dr. Hleb je bil svoj na svojem, gospodar oddelka in ljubljeneц pacientov, ki so po legendarnem ljudskem glasu vedeli, da se bodo doktorju najbolje oddolžili s kakšno kulinaricno specialiteto.

Pavle Hleb, dr. med. spec. krg., je bil namreč priznan in nepresežen gurman.

Delno je na to namigovalo njegovo obilno telo, ki bi mu naredili krivico, če bi ga imenovali debelega. Ni bil torej debeluhar, ampak obilen, pomen pa je izhajal iz jupitrovske narave njegovega značaja, ki je bila široko-grudna, vesela, darujoča, in kar je privoščil drugim, je dajal tudi sebi, najraje skozi usta, večkrat po malem skozi cel dan, vmes pa še tistih nekaj obrokov, ki vsem pripadajo po božjem redu in sindikalnih pravilih. Hranil se je s pobožnim užitkom, bil je natančen obiskovalec bolnišnične menze in ko so ga kuharice zagledale, so mu

tiho dodale še bonus v obliki kulinaricnega presežka. Če je imel občutek, da njegovo telo še ni čisto potešeno, je smuknil v svojo pisarno in se postavil pred kuhinjski kotiček. Obstal je kot pred najsvetejšim, odprl tabernakelj vseh svetosti in izbral še kakšno poslastico, morda domačo gosjo paštetko, zaseko, dobro zapečen koruzni kruhek in pehtranov kolaček za piko na koncu obednega stavka. Potem se je spet pogreznil v svoj naslanjač in radoživo spremljal notranji metabolizem, kot da v neka-kšni repriži internalizira prejšnje eksterno dogajanje. Zaprl je oči in plaval v morju prebavnih nebes.

Njegovo gurmanstvo je bilo opazno prav tako po strokovni plati. Ni skrivnost, da vsak zdravnik razvije z leti svoj lasten stil jemanja anamneze in kliničnega pregleda. Dr. Hleb je paciente vedno klinično pregledal, ko so bili že vloženi v čisto posteljni-no. Sedel je na rob postelje in s prstancem potegnil navzdol spodnji rob veke (zlatenica?), z desnico je potipal jetrni rob in hkrati z zaskrbljenim materinskim glasom vprašal: ali imate apetit? Če je pacient odkimal in hkrati povečal težo svojega trpljenja z numeričnim stopnjevanjem (»Že tri dni nisem ničesar zaužil!«), je Pavle Hleb zastokal v neigranem trpljenju, saj je ob sami pomisli, da bi se to njemu pripetilo, doživel odtegnitveno grozavost. Potapkal je pacienta po trebuhu in nato še po licih in mu zagotovil, da mu bo izrezal žolčne kamne, namestil dobre domače šive in »čez en teden bova že jedla, da nama bo kapljalo od brade«. Z dvojino je pomnožil pacientovo upanje in sprožil kolektivni pogum za oba. Nato se je malo zresnil in povprašal še po spodnjem koncu. Kako pa odvajanje? Z žalostjo je ugotavljal, da ljudje finalni del peristaltike zanemarjajo, in rad jih je poučil, da je ta zaključni part trodejanke darilo narave, da še poslednjič pred slovesom doživijo svojevrstni užitek odhoda. Da je o

tem še skoraj intuitivno pisal dr. Freud in kasneje neki Škot, ki je tam spodaj našel številne endorfinске receptorje.

Tako je dr. Hleb operiral s strokovnim zanosom in duševnim zadovoljenjem, da pacientom servisira prebavila, da jih vrača ob domačo mizo, med družino, kjer bodo spet lahko obedovali in uživali male dnevne radosti, ki nam jih nudi hrana. Ob tem je še on sam kot postranski efekt doživljal evforijo obedovalnih vizualizacij in v praksi udeleževal najvišji ekonomski princip človeškega sobivanja, namreč, da naj bomo na koncu pri nakupih, storitvah in odnosih vsi zadovoljni in nihče prikrašan.

Cibi condimentum est fames.

(Lakota je začimba za vsak obrok.)

Hvaležni pacienti so se po navadi oddolžili na način, ki ga je raznesel po mestu ljudski glas. Diskretno so mu prinašali v pisarno kuharske dobrote. Tako je včasih zadišalo po sveže pečeni kuri, zaviti v folijo, domačem rženem kruhu ali rozinovi potici. Pri njem so se znašle arhivske steklenice vina, staran konjak, kubanske cigare, s plemenito plesnijo obraščen sir, kotliček z bogračem, kozličevo bedro, srnin hrbet, pljučna pečenka. Gospodinje so mu prinašale v brezdušno zaprtih posodah etnoku-linarične posebnosti s pripetimi recepti, mesarji verižice slastnih klobas in zlato zapečena rebra, tisti iz tradicionalno bolj varčnih pokrajin pa vsaj fotografije kulinaricnih bakanalij (zadaj so se podpisali: vaš hvaležni pacient). Te je dr. Hleb zatikal med hrbte knjig in so bile nekakšen slikovni kašipot, namig do konkretnosti. Vsak dober ljubezenski akt ima predigro in tudi z obedovanjem je tako. Najprej misel, pristop, figurae veneris, izbor orodja, servisa, kombinacija okusov, zaporedje, stopnjevanje in nato običajno enobesedni klimaks. Božansko!

December je bil vsakoletni vrhunec bolnišnične kulinarike. Pred leti je gospo Faniko Malič rešil z drznim kirurškim posegom, ko je že drsela proti Hadu. Pankreatitis je grozil z razpokom, kamen je začepil naravni pretok sokov in tragedija ni bila več daleč. Ko se je izkazalo, da je poseg uspel, je dr. Hleb in z njim celoten oddelek pridobil večno hvaležno pacientko in romarko na kraj njenega ponovnega rojstva. Nekje v sredini decembra se je po predhodni najavi vsako leto pojavila na oddelku s širokim pekačem, kjer je v masti plaval majhen odojek, v cekru je dodala še koruzni kruh in po zraku pozdrave. Dobrote so romale v sejno sobo, povabljeni so bili vsi, ki ta hip niso imeli nujnega dela, in dr. Hleb je otvoril zakusko s prvim paravertebralnim rezom. Vsak je dobil svoj del užitka, v drugi tretjini zalogajne tekme so bili pripuščeni tudi stažisti in praktikanti.

– Pomakajte, pomakajte, jih je bodril dr. Hleb in kot Jezus pomnoževal kruh v košarah. V takih trenutkih je ustvarjal nove strokovne koncepte.

– Odojkova mast topi maščobne obloge v žilah, dobra volja pa jih izplavi.

Ni čudno, da so si mnogi prizadevali dobiti službo na tem oddelku, kjer se ni skoparilo ne z dobro voljo, ne s kalorijami.

Bralec se utegne spraševati, kje je v tej zgodbi prepotreben dramaturški zaplet, kdaj nastopi streznitev, zavist, direktorjeva prepoved, zlonamerne govornice, iatrogena komplikacija, zahrbtna kolegialnost, zelena zavist, bukovo poleno pod nogami...? V generalnem pogledu je bil abdominalni oddelek naravno kompenziran in uravnotežen s plastiko v drugem nadstropju, kjer je vladal oralno-libidinozni antipod. Tamkajšnji šef je bil vegansko drobnjakarski, anoreksično odmerjen in anankastično nadzorniški. Tako je bila v celoti gledano pod črto ustanove ničla, drugi oddelki pa

so se dietično razporedili po eno standardno deviacijo od aritmetične sredine.

Napad na gurmanstvo dr. Hleba se je zgodil od osebe, od katere bi to najmanj pričakovali, in v ustanovi, ki je obljubljala nasprotje od okušalnega trpljenja.

Njegova žena Hijacinta je po oblinah in materinski mehkobi lepo dopolnjevala skupno zakonsko podo-bo. Delala je v tajništvu gostinske šole, v ozadju je lepo urejala domače življenje, da se je mož vedno vrnil v urejeno in predvidljivo mehko. Najraje je kuhala enolončnice, zato so imeli v predalih samo žlice. Nekako ni zmogla do bolj kompliciranih in sestavljenih jedilnikov. Vse, kar imaš, vržeš v lonec, dodaš vodo, jušno kocko in zavreš, začimbe pa naredijo okus, vonj in apetit. Dr. Pavle Hleb se je rad prepuščal domačim juhicam, predjed je tako opravil že v službi, kjer so ga čakali še mnogi rezervni grižljaji in deserti.

Leto nazaj se je tako ponudila idealna prilika, da se domača kuharica možu oddolži za relativno enostavnost svoje kuhe. V prestolnico je prišel gostovat gospod de Matt, kuhar prestižnih Michelinovih restavracij. V gostinski šoli je Hijacinta z obema rokama zgrabila priložnost in izpulila dve karti za večer ekskluzive v gostilni Preobjed. Najavljena je bila simfonija pod francosko taktirko, predstava kulinarike, ples novih okusov. Počasna hrana, slow food, enajst hodov za večerjo, spremljava ustrezno ohlajenih vin, streženo z aristokratsko maniro.

Dr. Hleb je zastrigel z ušesi in pogoltnil presežek sline. Obetala se je gurmanska akademija, visoka šola obedovanja.

Tisti petek je Hijacinta napela vse sile, da je preprečevala možu pristop do predalov s hrano, do hladilnika, štedilnika, žara, kleti in gospodinjskih zalog moke ter sladkorja. Rotila ga je, da naj se vzdrži, večer bo dolg in obilen, če se bo sedaj najedel, kam bo zložil enajst poglavij večerje? Koliko

večji bo njegov užitek, če bo telo neomadeževano in apetit podkrepjen. Pavle jo je ubogal, a če je bil duh voljan, je bilo meso slabo, po inerciji in desetletnih navadah se je gibal le po tistih poteh, ki so vodile do jedilnih skušnjav. Komaj je dočakal sedmo večerno uro in končno sta se odpeljala do gostilne Preobjed.

Prizor je bil vreden prihoda. Do pločnika je bila pogrnjena rdeča preproga, fotografi družabnih kronik so iskali politike, starlete, žene in spremljevalke, bogataše in stečajnike. Tisti z bogatimi medijskimi izkušnjami so vedeli, kako morajo za hip postati, da so lahko fotografi izostrili leče, dr. Hleb pa je neučakano povlekel za sabo ženo, kajti njega je že gnal za mizo gon po preživetju. Strežaj s čepico je prevzel njuno rezervacijo in ju pospremil do mize. Le-ta je bila sama zase umetniška kreacija, vaza z rožo, ki ji ni vedel imena, debel prt, srebrn nožiček, v leseni škatlici sveže rezine kruhkov, sveča z nazorno kapljico voska, ki je diskretno zlezla iz ustja. Hijacinta je žarela, Pavle se je zadovoljno režal in pokimal nekaj gostom okoli sebe. Poznal ni nikogar, ampak rad je bil družaben. Hijacinta mu je signalizirala z očmi, da naj bo odmerjen, ker se bo vse odvijalo po protokolu.

V prostoru je zašumelo. Ob vratih se je pojavila majhna četica natakarev, ki so postregli s prvim presenečenjem večera. Postavili so pred njiju dva kolosalna krožnika, dotočili prvo vino in se diskretno postavili na rob vidnega polja.

– Kdaj bo prišla hrana? je nekoliko krčevito zasikal Pavle.

– Pst, saj je že prišla, mu je mežikala Hijacinta in potrkala po porcelanu.

Na krožniku veličastnih izmer je ležala sled barve. Pavel se je v obupu obrnil k natakarku, ki je profesionalno pristopil.

– Za prvo jed strežemo oparjeno regratovo peresce, obarvano z rumenjakom jajca proste reje iz vzhodne Slovenije, pretaknjeno z vonjem muškata in solnim cvetom.

Odstopil je kot dobro šolan pribočnik in se zastrmel čez glave gostov. Prepustil jih je umetnosti majhnega použivanja.

Pavle Hleb je negotovo postrgal z nožkom miniaturni kupček, obdrsals vilice in potisnil zalogaj v usta. Usta so se v dobri stari maniri široko odprla, zobje so se atavistično pripravili na trganje mesa od kosti, udarili so skupaj z vso silo, da je doktor zaječal v tleskoviti bolečini in se poprijel za čeljusti.

– Počasi, je siknila Hijacinta.

Pavle se je obupano zazrl vanjo. Dobil je oči majhnega otroka, ki so ga prevarali za igračo.

– To je samo predjed, stopnjevanje sledi in nato glavna jed.

V upanju, da je prehrabna oda zasnovana kot dobra literarna pripoved, se je Pavle umiril.

Že je četica natakarkjev začela deliti drugo jed na top pop lestvici francoske kuhinje. Tokrat je za razlago pristopil nadzorni natakark in somelier Vlado Slatkonja (je pisalo na ploščici).

– Testni okrušek s kapljo bučnega olja, podložen z veselo kumarično rezino karnevalske barve in majavim klinčkom.

Tudi on je odstopil in pogledal učinek svoje razlage. Pavle se je spraševal, če ga bo vesela kumara spravila v razpoloženje. Tokrat je miniaturo potisnil zgolj na jezik in stisnil ustnice. Zob danes očitno ne bo potreboval.

Niti tretji hod glede prehrabnega obilja ni izpolnil norm Pavla Hleba. Sedel je postrani na stolu kot kup nesreče in hiral od akutne lakote. Njegova na visoke obrate naravnana prebavila so se vrtela v prazno, sokovi so tekli v brezna votlin in žrli samega sebe. Postregli so s prezrelo slivo s koščkom govejega jezika, prelito s kakavno omako in smetanovim klicajem.

Pavle je čutil, da se v njegovi duševnosti zbujajo zajedljivci in histriki, iskal je rešitev v obliki poštene večerje, a vse je kazalo, da bo do nje prišel, šele ko bo prehodil vseh enajst postaj dietetičnega križevega pota. Na

srečo je njegova levica našla vsaj začasno rešitev. Tam je ležala posodica v obliki ribe in ko je dvignil glavo (ribe, ne svojo), je v njeni notranjosti uzrl rumeno in dišeče maslo. S spretnostjo kirurga je zajel na nožek hranilno masčobo, jo razprostrl po kruhku in použil s strastjo človeka, ki ve, kaj je lakota in njena potešitev. Ko se je vračal s pogledom na krožnik, je prestregel strogi in neodobravajoči pogled g. Slatkonje. Le-ta je skoraj neopazno odkimal z glavo in spet okamenel v vrhunsko negibnost.

Za četrto jed (če ta beseda ni v posmeh Pavletovim navadam) je prispelo ješprenjevo zrno, zataknjeno v korenčkovem telesu in olajšano s peno goveje juhice. Pavle je prehajal v fazo nekontrolirane duševne razdraženosti, Hijacinti je zagotavljal, da sit še ni, je pa utrujen od dela rok, občasno je hotel bruhniti v krohoto, a tudi od solz ni bil daleč. Zadrževalo ga je dejstvo, da glavna jed še ni bila postrežena.

Številka pet. Solatni ples z vejico peteršilja v ringaraju z ikrami soške postreži.

Šesta postaja. Razmaz kolerabe z odtlenkom pastinaka, podprt s pomarančnim krhljem.

Sedmo odrekanje. Riževa kačica s kapucinkino kronico v barvi zahajajočega sonca in japonsko pismenko.

Osmo odlaganje. Zdrobov prekuc v odcedku babičinega zelja v rabarbarinem kozarčku.

Deveto približevanje. Majonezno jezerce s fuževim čolničkom, ki tovari poprovo zrno.

Hijacinta ga je podpirala z očmi in besednimi spodbudami. Naj se preusmeri na zaznavanje okusov, kombinacijo dražljajev, odmisli naj količino in zaznava vinsko cvetico in subtilno ujemanje vonjav.

Dr. Hleb se je zavedal zgolj svoje obsežne notranjosti, ki je prazna zevala v čakanju. *Horror vacui*, so rekli stari Latinci. Skrjavaj je pomazal spet kruhek z maslom. Njegova dobrodušna narava je za hip premagala lakotno skepto in pomignil je g. Slatkonji.

– Če pravilno sklepam in štejem, sledi sedaj glavna jed?

Kot otrok se je zazrl v nadzornega, na obrazu sta se mu prelivala tako upanje kot tudi prijaznost in pričakovanje. Gospod Slatkonja se je teatralno odkašljajal in suho komentiral.

– Pri nas so vse jedi glavne.

Pavle Hleb se je sesedel, oči so se mu zavrtele v prazno. Že je četica strežajev prinašala deseto jed.

– Prestrašeni petelinček pod krhkim perescem ledenke, založen s fizičkom štajerskega porekla ter cinkom jušne masčobe s presežnim vonjem luštreka.

Natakark je že odšel, tako da ni slišal Pavla, ki je našel lasten izvir humorja in je poprosil za povečevalno steklo. Vsebinsko je bil opis obroka pravilen. Pod majhnim listkom solate se je skrival prestrašeni petelinček, se pravi delček njegove žlahtne skakalne mišice, ki tokrat ni presegal premera manjšega kovanca in je bil prav takšne debeline. Dr. Hleb ga je zaužil z vdanostjo vernika, ki prejema nevidno božje telo, obhajal se je še z vinom in obsedel posejen v lastno telo, ki je nazorno kazalo ljudski rek, da prazen žakelj ne stoji pokonci.

Ko je prišla zaključna točka apetitnega maratona, je vdan v usodo pokimal. Sedaj si je finale že lahko zamislil.

Sladka penica z zamrzlo vaflejo kardamomsko zaveso, okrašena s karamelnimi pikami.

Ko sta odhajala iz gostilne Preobjed, ga je Hijacinta razumevajoče držala pod komolcem. Pavle Hleb je molčal med nežnim kruljenjem prebavil, ki so mimogrede opravila s prestrašenim petelinčkom, ki je že drsel na vafleji zavesi. Korakala sta proti domu, temo so razsvetljevali krožci obcestnih svetilk in moške noge so same našle rešitev. Hijacinta jim je sledila v nejasni krivdni zavesti.

Zavila sta za gledališčem levo in proti tržnici. Že od daleč se je svetil plastičen kiosk »Azem in prijatelji«, črnolasec za pultom se je rezal z bisernimi zobmi in ko je Pavle Hleb dosegel rešilni rob šanka, je pred njim

že dehtel topel kebab, mamljivo založen, v obilju majoneze in sokov. Utopljenec v morju apetitne razdraženosti je končno dosegel trdna tla količinske hrane. Ko je prvič ugriznil v vablivo ponudbo, ga je skoraj zabolelo čez čeljusti. Užitek je bil pa dvojni.

Bralec se utegne spraševati, če je zgodba s tem zaključena. V življenju in pri pisateljevanju si takšnih poenostavitev ne moremo privoščiti.

Dr. Pavel Hleb je na delovni ponedeljek vstopil v bolnišnico v stari formi. Vsake toliko mu je zbranost še zmotil preblisk petkove odisejade, nekateri mimoidoči so se mu zdeli sumljivo podobni gospodu de Mattu in kar zmrazilo ga je čez hrbet ob pomisli, da bi bil spet deležen redukcije ustnih užitkov. Po viziti je v tolažbo zmazal še sendvič s kuhanim pršutom in popevajoč odrinil vrata v operacijski blok. Spet je bil svoj na svojem, rokodelec s skalpelom in gurman pred krožnikom.

A nekam v globine duševnih usedlin se mu je vseeno usedla zamera na petkovo vonjalno draženje. Globoko pod dnevno zavestjo se je rojeval nezavedni načrt gonskega dela njegove osebnosti za vsaj simbolno revanšo in ko se je z nočjo dr. Hleb

spustil v spanec, je bil scenarij za duševni obliž v obrisih narejen.

Kot rečeno, je tisto noč dr. Hleb sanjal živopisne sanje. Pod vplivom skritega režiserja in cenzorja je bil premaknjen daleč nazaj v čase Rimljanov in znašel se je oblečen v toga. Stal je pred kamnito zgradbo, iz katere je izhajala topla para. Bil je upravnik nekakšne savne, a ko je bolj natančno pogledal dogajanje v bazenu, stranskih sobanah in masažnih kadeh, je bilo očitno, da gre bolj za nekakšno erotično znojilnico, kamor so zahajali senatorji. Po kopanju so si izbrali mladenko ali fantalina in nadaljevali venerični erotikon. Služabniki so jim prinesli olje, sadje in grško vino. Potem so spustili zastor in izginili. Paullus Hlebacij, kot se je imenoval doktor v tej kronološki epizodi, je diskretno sprejemal stranke in jih usmerjal v dvorano vlažnosti in blaženosti. V tem se mu je približal suhljat patricij in Hlebacij sprva ni mogel verjeti svojim očem. V togo zavit plemenitež je bil popolna replika strogega natakarka. Vlado Slatkonja osebno – za prijatelje znan pod nadimkom *Dulce*. Pomignil je Paullusu in mu na prste našteval užitke, ki si jih je zaželel ta večer. Paullus Hlebacij mu je svetoval *all inclusive* paket »*Festina lente*«. Zmagala je radovednost. Patricij je dovolil, da so ga v sobi privezali z jermeni na hrastov stol.

Sklepal je, da bo ukrep podvojil nasladi, ki je bo deležen. Nastopil je trenutek revanše za Paullusa Hlebacija. Pred nemočnega Slatkonjo je prinašal najbolj žlahtne jedi in mu jih približal nosu in ustom, zaman je hlatal privezanec za jedjo, sužnji so mu na izplazli jezik spustili samo kapljo hraniva. Enako je bilo z vinom, malo vonja in kapljica, in tako je šlo v večernem mimohodu enajst dražil in nepotešenosti. Za desert si je patricij zaželel mlado sužnjo iz Fenicije. Plesala je pred njim in zvijala kačasto telo, bočila proti njemu jedre prsi, da je ubožec obstal z izbuljenimi očmi in štrlečim mednožnikom. Na koncu je lepota dovolila, da se je s kazalcem dotaknil njenega boka in že se je zavila v svilo ter odšumela iz prostora. *Dulce* je obsedel na stolu preznojen s skušnjavami in nepotešen v telesu. Paullus Hlebacij se je smejal v kotu, da se je treslo obokano telo pod togo.

– Zbudi se.

Hijacinta se je sklanjala nad njim in ga tresla za rame.

– Kaj si sanjal? Smejati si se, govoril si v latinščini in čuden obraz si imel.

Pavel Hleb je malo pomežiknil in se vlekel iz sanj v budnost.

– Ah, nič resnega, samo neke stare račune sem poravnal. *Clara pacta, boni amici*.

Kolesarjenje 2017

Z naravoslovno-zgodovinsko-tehnično-literarno-intimnimi vložki

Marjan Kordaš, Ljubljana

Medicina je imenitna disciplina. Tematika je tako rekoč človeško brezmejna in lahko zajema ne le telo, temveč tudi duha in dušo. V razpravah, pogovorih in dvogovorih – ki lahko celo preidejo v dialog – je mogoče svobodno govoriti o (najbolj)

intimnih zadevah, o katerih se v drugih disciplinah dosledno vljudno molči. Eno najbolj nenavadnih sem doživel v študentskih časih ob pisanju anamneze, ko sem pacientki srednjih let postavil vprašanje, oblikovano za menstruacijo v značilni frazeologiji

tistega časa: »Kako pa kaj vaše zadeve?«

»Ah, takrat sem bila še mlada,« je odgovorila. »K meni je prišel Janez in prijetno sva se pogovarjala. Potem pa me je odvedel na kmečko peč in me tam tako poljubljal, da sem bila popolnoma brez moči in sem kar obležala.«

Ko gre za intimnosti, npr. razločevanje med menstruacijo in defloracijo, so nesporazumi skoraj pravilo, mar ne?

Ob opisovanju raznih intimnosti spodaj pa zagotovo ne bo nesporazumov.

Začelo se je že jeseni 2016, ko sem že presedlal s kolesa v naravi na kolo v trenažerju. Nenadoma me je obsedlo vprašanje, kaj bo v prihodnje (v letih? desetletjih?) z ležajema v pestih mojega skoraj deset let starega kolesa *KTM*. Torej sem snel obe kolesi (znamke *DT-Swiss*, 26 palcev) in preveril zračnost. Vse v odličnem stanju! A kot je značilno za tovrstne banalne intimnosti, me je vprašanje mučilo do neznosnosti. Končalo se je tako, da sem naročil pregrešno drag par koles znamke *Fulcrum* (26 palcev) s karbonskima(!) pestema, s ploščatimi naperami in naj-naj-najsodobnejšim sidrenjem ob robovih (flanšah) pesta. In z zavornima kolutoma *Shimano XTR*, 180 mm, s t. i. sendvič tehnologijo (jeklo-aluminij-jeklo) za boljše odvajanje toplote. Dobavni rok za te vrste tehnološko dragotino je bil kar dolg in medtem ko sem pridno gonil trenažer, sem sanjaril o svojem vsestranskem kolesarskem napredku. Lastnoročna premontaža plaščev, zobniške kasete ter vgradnja novih koles v okvir je bila pravzaprav eno samo sanjarjenje o svetli prihodnosti.

Svetla prihodnost vključuje tudi t. i. *intimno perilo*, ki me je pred kratkim (tj. rob spodnjih hlač) ožulilo prav do krvi. Za zdravljenje odrgrnine sem nekaj časa uspešno uporabljal spoštovanim kolegicam znano napravo *Always*. Po *restitutio ad integrum* so se kot najbolj uspešne izkazale spodnje hlače *Karibu*. Trenutno pa preskušam najbolj sofisticiran izdelek v tem smislu, spodnje hlače znamke *Crane* z nekaj milimetrom debelim všitkom med nogami. Ni sicer kot v Andersenovi pravljici *Kraljična na zrnu graha*, je pa morda priporočljiv za začetek kolesarske sezone, ko perinealno področje in intimna sosesčina še nista privajena vsem kolesarskim obremenitvam ...

Ob vsem tem sem, osel stari, dočela pozabil na program, ki smo ga v času socializma poimenovali *NNNP* (nič nas ne sme presenetiti). Zares!

V skoraj vseh nadrobnostih se je ponovila zgodba iz kolesarske sezone lani. Tudi spomladi 2017 je bilo vreme

vseskozi deževno in mrzlo in premori med kolesarjenji so bili kar dolgi. Tudi s skrajnim naporom in prilagajanjem vremenu z Nejklo nisva dosegala norme 500 km na mesec. Stanje se je začelo popravljati v maju in tako sva lahko začela *lov na kilometre* po Zgornjesavski in Kanalski dolini. Vsakokrat dlje, po 50, 60 in končno 80 km v enem kosu. Bilo je izvrstno, pospravila sva skoraj vse kolesarske zaostanke in do konca maja zaostanek do 3-mesečne norme zmanjšala na 74 km. Pozabil sem na *NNNP*, da je poleg kolesa nujno upoštevati tudi (telo) kolesarja.

Tako sem spet pristal na okulistiki in moj zdravnik prim. dr. Sevšek me je spet dal – kot pravimo – za en teden v »bolniško«. Tako sem še kar nekako premagoval strah, kar se je intimno kazalo kot negotovost ter bridka zavest, da bo odtlej poleg nastavljanja kolutnih zavor, menjav zavornih oblog, mazanja in menjav verig in drugih kolesarskih naslad moral – osel stari – upoštevati tudi sebe ter morebitne vzročne ali naključne recidive podobnih telesnih motenj, mar ne?

Tako sem bil obsojen na mirovanje. Po Nejkini zaslugi pa se je na mojem elektronskem bralniku pojavila (v Celovcu izposojena) knjiga *Maria Theresia: Mythos & Wahrheit* (Marija Terezija: mit & resničnost). Nadvse simpatično, poučno in zanimivo napisana knjiga; morda bom v prihodnjih mesecih napisal recenzijo. V tem, bolj kolesarsko usmerjenem prispevku se bom omejil le na dve poglavji, ki obravnavata usodo Marije Antonije (1755–1793; bolj znana je pod francoskim imenom *Marie Antoinette*), najmlajše hčere Marije Terezije. Po dolgih pogajanjih z Ludvikom XV. (prek njegove vplivne metrese markize de Pompadour) je francoski kralj postal cesaričin zaveznik za vojskovanje proti Prusiji. Tako se je 14-letna Marija Antonija poročila s 15-letnim Dauphinom, poznejšim francoskim kraljem Ludvikom XVI. Njun zakon pa kar šest let ni bil *konzumiran*. Marija Terezija je torej

dobesedno bombardirala svojo hčer s pismi s pozivi, naj se vendar kot ženska potruži, da bo njen soprog zakon konzumiral; nekonzumiran zakon je namreč neveljaven. In če bi to obveljalo, bi seveda avtomatično razpadlo tudi zavezništvo med Svetim rimskim cesarstvom in Francijo, ki je vključevalo bistveno sestavino: 130.000 francoskih vojakov ter 12 milijonov goldinarjev. Torej je Marija Terezija na francoski dvor *inkognito* poslala svojega najstarejšega sina Jožefa (poznejšega cesarja Jožefa I.), naj svojo najmlajšo sestro pouči, kako naj pouči svojega soproga, kako se konzumira zakon.

Intimno stanje med mladim kraljevskim parom je Jožef opisal v pismu, ki ga je 10. junija 1777 poslal svojemu bratu Leopoldu: »On (Dauphin; *op. pis.*) ima izvrstne erekcije, svoj ud vtakne (vanjo; *op. pis.*) in nato tam nepremično obmiruje morda dve minuti in ne da bi se izlil (ejakuliral; *op. pis.*), potegne svoj še vedno pokonci štrleč ud nazaj in svoji soprogi zaželi lahko noč. Vse skupaj je nedojemljivo, ko pa ima včasih prav mokre sanje. A on je popolnoma zadovoljen in odkrito priznava, da ima to dejanje za vajo dolžnosti ter da ob tem ne čuti ničesar prijetnega. Ah, ko bi bil jaz lahko zraven le enkrat, bi mu to že dopovedal. Potrebno bi ga bilo prebičati kot osla, da bi ejakuliral. Kar zadeva mojo sestro, pa tudi ona ni kaj dosti čutno naravnana, in oba skupaj sta par pravih šušmarjev.«

Marija Antonija je zanosila šele čez osem let in kot francoska kraljica rodila tri otroke.

V t. i. *sedemletni vojni* je bila Francija zaveznik Avstrije v vojni proti Prusiji. A ta vojna je bila v bistvu nekakšna svetovna vojna in Francija je v njej izgubila vse svoje prekomorske kolonije ter obubožala. Ljudstvo je postalo dovzetno za revolucionarne ideje, ki so se leta 1792 tudi udeležile. Tako sta Ludvik XVI. in njegova žena Marie Antoniette končala pod giljotino ...

A najbolj intimen dogodek je bil kolesarsko-ženske narave. Po imenit-



nem kolesarjenju (takoj potem, ko mi je potekla »bolniška«) je Nejka zvečer hitro zaspala. Sredi noči pa se je prebudila in večkrat kriknila »katastrofa«, planila iz postelje in odbrzela na stranišče v pritličju. Četudi le napol prebujen, sem takoj dojel, za kakšno intimno žensko dogajanje gre. Tako sem sklenil svoje še dokaj zaspane napore usmeriti v tolažbo. A zaman. Ko se je Nejka vrnila, je še vedno pretreseno ponavljala »katastrofa, katastrofa, katastrofa« ter z nekakšnim praškom drgnila po posteljni rjuhi. Seveda zaman. Zaman tudi moja tolažba, češ da to ni nič posebnega in naj gre spat. Ona pa, da je na tako umazani in mokri rjuhi nemogoče spati. Res je bila revica, odklonila je tudi spanje na moji strani postelje (hm!); kar čepela je na svojem robu in ihtela. Tudi dosledno odklanjala moje predloge za improvizacijo. To jo je tako izžrpalo, da se je končno le nekako pomirila, ulegla

na rob postelje ter na srečo tudi zaspala.

Jaz pa nisem zaspal. Napenjal sem možgane in se spomnil na vodikov peroksid.

Tako sva dočkala jutro. A preden sem se odpravil v lekarno po peroksid, sem si hotel ogledati zadevni madež na rjuhi Nejke postelje. A sem slabo naletel: da za nobeno ceno ne dovoli ogleda nesreče svojega ženskega intimnega vložka. Zato sem se potuhnil in si zadevo ogledal na skrivaj. Krvavi madež je bil pričakovane trikotne oblike, s stranico manj kot 10 cm. In hkrati sem se spomnil, da je moja tekočina za razkuževanje kontaktnih leč v bistvu 3-odstotna raztopina vodikovega peroksida. Torej sem ravnal gentlemansko: odšel v pritličje na videz mazat verigi koles, Nejki v nadstropju pa zavpil, naj madež pobrizga z nekaj kapljami te razkuževalne tekočine. In takoj nato Nejkin radostni klic: »Deluje!« Dobil sem

celo dovoljenje za opazovanje nadaljevanja postopka, med katerim se je po začetni snežno beli peni (sproščanje kisika) pokazala brezmadežno čista rjuha ...

Ni kaj: pomagati ženski v njeni naj-naj-najintimnejši zadevi je za moškega prav poseben dosežek ...

Kljub vročinskemu valu ter naslednjemu biblično silovitemu deževnemu valu sva bila kolesarsko zelo pridna. A zaradi »bolniške« v začetku junija se je zaostanek do 4-mesečne norme seveda povečal na 148 km. Bilo pa je dovolj priložnosti za branje.

Po vsakem kolesarjenju opazujem simptomatiko, ki jo imam dobesedno pred očmi. In kar zadeva intimne zadeve med nogami, so spodnje hlače *Karibu* bolj uporabne kot *Crane*.

Poleti je izhodišče za kolesarjenja zaenkrat (zares: samo še letos) še vedno hiša na Bledu. Travnik pred njo redno kosi Nejka s kosilnico. Med

košnjo sredi junija je ustavila kosilnico in me poklicala, da sva šla gledat kepico črno-rumenega perja v travi. Bil je mladič sinice, ki še ni znal leteti. Odnesele sva ga v visoko travo pod drevesi in tam sta mladiča takoj našla starša, ga hranila in tako je mladič kmalu odletel. Travniki so sploh zbirališče ptičev: sivi muharji, sinice, zelenčki, liščki, repaljščice, pastirice, kosci, cikviti itn. Enkrat celo šoja in zelena žolna. V zadnjem času pa tudi vrane, ki na bližnjih drevesih dobesedno dežurajo za kose starega kruha, ki jih Nejka velikodušno razdeljuje po travniku. Imenitno je bilo opazovati eno posebno bistro. Prinesla je dva kosa kruha na isto mesto, da bi ju hkrati zgrabila s kljunom ter odnesla. Uspelo ji je v tretjem poskusu. Ali kako se ob kosu kruha zbereta vranja starša in hranita mladiče. Ali par sivih muharjev: njuni trije mladiči se zberejo na stari ptičji krmilnici in samo odpirajo nenasične kljune, v katerih nato izginjajo žuželke. Če je katera od njih posebno velika, jo starš najprej potolče in šele potem vtakne lačnemu potomcu v kljun. In včasih pridejo tudi verice. Ki med nabiranjem lešnikov elegantno, a previdno prečkajo travnik. Pred nekaj dnevi pa se je pojavila nova. Lešnike je nabirala v leskovem grmu pod macesni in jih potem zakopavala na travniku pod lipami ...

Sicer pa intimno vse težje premagujem strah, ker je na cestah vse manj prostora za kolesarja. Vse težje ohranjam trdne živce ter vztrajam pri preskušeni tehniki, da kolesarim vsaj 1 m od desnega roba ceste in sem tako skoraj sredi vidnega polja avtomobilista za menoj. Ali npr. da v nepreglednem desnem ovinku vztrajam sredi svojega voznega pasu in agresivnemu avtomobilistu za seboj tako ne dovolim, da bi me med prehitevanjem v ovinku potisnil na rob ceste. In nujno je vzvratno zrcalo, ki ima dovolj širok zorni kot, ob tem pa razdalje ne popači preveč. Problem je tudi, da je ob sedanjem prometu skoraj nujno več gledati nazaj (in pravočasno zaznati tovarnjake) kot naprej. Sicer

je vse skupaj odlična vaja za hitro odločanje, urjenje ravnotežja, opazovanje cestišča, uravnavanja hitrosti z razporejanjem zavorne sile med sprednjim in zadnjim kolesom – a kolesarjenje v takšnih razmerah je včasih prava mora. Spodbudno pa je, da je kolesarjenje v dvojce kar dobra preventiva pred agresivnostjo avtomobilistov. Domnevam, da je to že v raju predvidel Bog in za Adama ustvaril Evo za partnerico tudi na kolesu ...

Medtem ko me zaradi kolesarskih zaostankov muči slaba vest, sem pa s knjižno kilometrino vse bolj zadovoljen. Namreč, med »elektronsko« skladovnico knjig v mojem bralniku se (na Nejkiino pobudo, seveda) pojavljajo vedno nove knjige. Tako kot številne druge, moram žal preskočiti tudi izvrstno *Meine geniale Freundin* (Moja genialna prijateljica) italijanske pisateljice Elene Ferrante ter se omejiti npr. na knjigo *Morphium, Cannabis und Cocain. Medizin und Rezepte des Kaiserhauses* (Morfij, kanabis in kokain. Medicina in recepti cesarske hiše). Knjiga v petih poglavjih opisuje zdravljenje sifilisa nadvojvode Otona z živim srebrom; zdravljenje gonoreje kronskega princa Rudolfa z morfijem; zdravljenje kašlja cesarja Franca Jožefa s kodeinom; zdravljenje melanholije cesarice Elizabete s kokainom; zdravljenje tuberkuloze in kašlja nadvojvode Franca Ferdinanda z opijem in heroinom. Najbolj informativen pa je obsežen uvod z naslovom *Skrivne bolezni Habsburžanov – npravstvena slika družbe okoli leta 1900*. Prva posebnost so recepti iz dvorne lekarne; anekdotično se bere npr. navodilo v latinščini(!) za magistralno pripravo mazila za zdravljenje sifilisa (400 g živega srebra, 200 g svinjske masti z dodatkom lanolina in olivnega olja). Živo srebro seveda ni pozdravilo sifilisa, je pa uničujoče delovalo na pacienta. Primer: nekega dne se je v imenitnem hotelu Sacher na Dunaju nadvojvoda Oton (nečak cesarja Franca Jožefa) pojavil »oblečen samo v svojo sabljo« (tj. nag,

opasan s sabljo) in prestrašil goste. Med njimi tudi angleškega veleposlanika in soprogo pri kosilu. Veleposlanik se je zato pritožil pri avstrijskem zunanjem ministrstvu, nato pri predsedniku policije, končno pa pri samem cesarju Francu Jožefu – brez uspeha. Ni jasno, ali je bil vzrok za to nenavadno vedenje nadvojvode Otona njegova pijanost, sifilis ali zdravljenje z živosrebrnim mazilom ... Druga posebnost knjige pa je izvrsten opis takratnega nepopisno krutega življenja. Ki je bilo navzven nadvse spodobno, v resnici pa do kraja promiskuitetno, z epidemijo spolnih bolezni in tuberkuloze. Tako se mi je ponovno potrdilo, da je znameniti roman o (izmišljeni?) prostitutki Josephini Mutzenbacher (za predstavitev obeh različic romana glej *Literarno kolesarjenje 2014*) branja vreden tudi zaradi izvrstnega opisa takratne materialne in socialne bede, ki je v prostitucijo prisiljevala že otroke.

V knjižno kilometrino sodi tudi službeno branje revij, ki jih izdajajo avstrijske zdravniške zbornice. Tako sem med regeneracijo ter nadomeščanjem kalorij po kolesarjenju Mojstrana–Ovčja vas (Valbruna v Kanalski dolini)–Mojstrana (80 km) iz Österreichische Ärztezeitung skoraj z zadoščenjem za Isis med drugim pripravil tudi povzetek intervjuja s filozofom Konradom Liessmannom. Na koncu tega imenitnega intervjuja filozof poudari, da se ob začetku in koncu življenja lahko pojavijo konstelacije, v katerih čiste filozofske, etične ali družbeno-politične rešitve sploh niso mogoče. Da se dandanes (v medicini) pojavlja protislovnost: na eni strani imamo medicino, ki pri življenju lahko vzdržuje telo, ki ne more živeti samostojno. Po drugi strani pa lahko opazujemo težnjo, da pri že najmanjšem pomanjkanju volje do življenja dopustimo ali celo pripočamo samomor. Na koncu pove tole: »Skladno z neko antično modrostjo v življenju ni ničesar zdravega ali bolezenskega, gre le za mero, za dozo. Npr. jaz sem navdušen kolesar,

a če pretiravam, to ni zdravo. Zame gre za ravnotežje med duhovnim bivanjem (eksistenco) kot filozof in univerzitetni profesor, kar mi je zelo pomembno, ter med bivanjem v telesnem bitju, ki me opominja, da imam tudi telo, ki ga je mogoče intenzivno doživljati. Npr. pri utripu 150/min. je to že mogoče, brez občutka, da moram sestopiti s kolesa.«

Res nisem vedel, da filozofi ne le kolesarijo, temveč da medtem tudi merijo utrip.

Menim, da Liessmann tu implicitno ponavlja znamenit latinski pregovor, ki ga v *Alamutu* eksplicitno ponavlja tudi Bartol: *Omnia in numero et in mensura*.

Kolesarski zaostanek pa sva do konca julija odpravila in celo nekoliko preseгла normo za pet mesecev. Prevozila sva 2520 km, samo v juliju kar 674 km! Zanimiva je tudi bilanca energije. Jaz, jedec *ad libitum*, sem do konca avgusta shujšal za približno 2 kg, Nejka pa kar za približno 4 kg. Verjetno samo zato, ker je hkrati s kolesarjenjem radikalno zmanjšala vnos ogljikovih hidratov! A kolesarjenje med vročinskim valom ob koncu julija in začetku avgusta je zajemalo morilsko zgodnje vstajanje: najpozneje ob 5.30!!

Glede na mojo starost med intimnosti sodi tudi dejstvo, da sem moral spet (že tretjič) podaljšati veljavnost svojega vozniškega dovoljenja. Najprej (sreda) zdravniški pregled. Četudi sredi dopustov, je vse potekalo hitro, učinkovito in zelo, zelo prijazno. Nato (petek) še psihološki test. Trajal je skoraj eno uro, tako, kot rečejo Angleži: »*Everything according to the book*.« Najbolj zanimivo je bilo prerinovanje likov; po mojem je bilo treba pri vsakem liku uganiti logiko risanja. Žal si po koncu testa nisem upal vprašati psihologinje, ali imam prav ali ne ...

Ko mi je zelo prijazna medicinska sestra končno izročila zdravniško spričevalo, mi je pogledala globoko v oči in rekla: »Dovoljenje smo vam podaljšali za tri leta. Vendar bodite

kritični do sebe. Če bi se Vam zgodilo karkoli, se takoj oglasite pri nas.«

Ko se mi bo »zgodilo«, da se kot kolesar ne bom več znašel med temi prekletimi, agresivnimi avtomobilisti, bom pa zares nehal...

Moje najbolj sofisticirano kolo *Stevens Sonora* (s kolesi 29", 22 prestav, a samo z dvema zobnikoma v gonilniku) na krmilu (balanci) nima sicer običajnih kazalcev za položaj sprednjega in zadnjega menjalnika. Kar je zame pomanjkljivost, zato sem do nedavnega to kolo precej zanemarljal. A po dveh sistematičnih kolesarjenjih (skupaj približno 80 km) sem zadevo le potuhtal. Ker je tudi v tem primeru »vse v glavi, nekaj pa tudi v nogah«, nadslovnosti ne znam opisati, občutek pa je bil dober in zelo obetaiven tudi po kilometrini.

Tako naj bi bila kumulativna bilanca do konca avgusta velik presežek nad 3000 km! A glej ga, vraga: kar čez noč se me je lotila nekakšna viroza in me položila v posteljo. Brez heca: pridno sem si celo meril temperaturo, pil čaje in sirup ter goltal aspirine. In skladno z znamenito pesmijo Raya Coniffa »*What do you get if you kiss a girl? You get enough germs to get pneumonia* ...« je o bolečinah v grlu začela tožiti tudi Nejka ...

A četudi nama je rekord v kilometrskem presežku splaval po vodi, sem prav v tem času – seveda spet na *Nejkinem* elektronskem bralniku – prebral najboljšo dokumentarno knjigo letošnje bralno-kolesarske sezone:

Die Weiße Rose. Wie aus ganz normalen Deutschen Widerstandskämpfer wurden (Bela vrtnica. Kako so čisto normalni Nemci postali uporniki). Z nazivom *Weiße Rose* se je v poletju 1942 poimenovala protinac-

istična skupina, ki so jo sestavljali študenti Hans in Sophie Scholl, Alexander Schmorell, Christoph Probst, Willi Graf in (njihov mentor, glasbenik – etnolog) Kurt Huber.¹ Delovali so večinoma v Münchnu in po pošti (seveda v lastni režiji in z lastnim denarjem) naključno izbranim naslovnikom razpošiljali protinacistične letake. Glavna protagonist, brat in sestra, Hans (26) in Sophie Scholl (22), sta 18. februarja 1943 letake raztresla tudi v avli münchenske univerze. Tu ju je zasačil hišnik ter izročil gestapu. Ki je seveda nemudoma identificiral njune sodelavce in jih spravil za zapahe. Po štirih dneh zaslišanj je sledilo »sojenje« (predsednik je bil zloglasni dr. Roland Freisler), ki je trajalo le nekaj ur. Vsi so bili obsojeni na smrt z obglavljenjem.²

Glavna sestavina knjige so razširjeni življenjepisi vseh protagonistov, sprva predanih članov nacistične mladinske organizacije HJ oz. BDM, ki so pa še pred začetkom druge svetovne vojne leta 1939 postajali vse bolj odločni protinacisti. Ne prepričanje, da bo v vojni nacizem premagan, temveč predvsem *inherentno zlo nacizma* je bil glavni ali morda celo edini motiv, zaradi katerega se je ta skupinica odločila za boj proti nacizmu brez orožja, »brez upa zmage«, za ceno svojih življenj.

Po moji oceni je ta knjiga eden najboljših sodobnih virov o nasilju ter o pojmu *zlo*. Bralcu omogoči rekonstrukcijo vsakdanjega življenja v času nacizma. Je hkrati odlični uvid v miselni svet mladih upornikov, ki so se iztrgali iz totalno uniformiranega okolja t. i. *Volksgemeinschaft* (narodna skupnost) ter svoje bivanje utemeljevali izključno z načeli klasičnega humanizma.

1 Kurt Huber je raziskoval in zbiral nemške ljudske pesmi ne le v Nemčiji, temveč tudi v Sloveniji med kočevskimi Nemci. Njegova dejavnost je opisana (2013) v knjigi Mihaela Petroviča o znamenitih osebah, povezanih s Kočevsko.

2 Na *spletu* je pod naslovom »Hinrichtungsprotokoll Sophie Scholl« na voljo ustrezen zapisnik o usmrtni dne 22. 2. 1943 ob 7.00. Z grozljivo natančnostjo je opisan celotni postopek z napravo, nemško – evfemistično – poimenovano kot *Fallschwertmaschine* (stroj s padajočim mečem). V sklepu je poudarjeno, da je od poziva krvniku, naj izvrši sodbo, pa do trenutka, ko je ta stroj »ločil glavo od trupa«, minilo »... 06 sekund« in da je bila obsojenka takoj mrtva (sic!)... V naslednjih minutah so bili obglavljeni tudi njen brat, Schmorell in Probst.

Izvrstno branje: imenitna intelektualno-humanistična protiutež kolesarskemu fizičnemu naporu...

Ko tako sredi deževnega in mrzlega septembra v Ljubljani zaključujem ta zapis, delam različne bilance in primerjave:

V bistvu je, kot pravimo, »vse stvar okusa«.

Pred nekaj leti se mi je v enem »Literarnem kolesarjenju« zapisalo, da po mojem obstojita dva tipa užitka.

Prvi je užitek »med«, tj. med dogajanjem. Menim, da bolj nadrobna razlaga ni potrebna. Drugi tip užitka pa je užitek »po« in v to vrst užitka sodi tudi kolesarjenje. Namreč – zdaj

je to že skoraj pravilo – h kolesarjenju se skoraj vedno prisilim. T. i. *radost gibanja* se pri meni navadno pojavi šele potem, ko je za mano približno 15 km ali kak hud vzpon. In potem se zadeva stopnjuje in doseže vrhunec, ko je konec. Ko se po kakem 60 km dolgem kolesarjenju, pri katerem se mi utrip poveča do 150/min. ali več, ko se gibanje konča, ko se lačen kot volk dodobra najem in se spravim počivat. Tako znan pregovor iz gornišva kolesarsko parafraziram kot »... pri kolesarjenju je najlepši počitek«. Tako kot je pri branju najlepše takrat, ko zaprem knjigo in začnem razmišljati o sporočilu. Tako kot ob preje-

mu debelega pisemskega ovitka z avstrijskimi revijami vedno preklinjam svojo usodo, da za našo revijo pripravljam povzetke o dogodkih v avstrijskem zdravstvu. Po končanem prevajalskem naporu pa se neznansko veselim, da mi je (od koga že?) podarjeno veselje do takih reči, ki omogočajo »užitek po«.

Kar pomeni, da je bila zgoraj opisana nabava koles *Fulcrum* sicer draga, a smiselna investicija.

Omogoča dolgo in srečno življenje, mar ne? Ne le na enem, temveč na dveh kolesih.

Par, ki omogoča celoto!!

»Au«-foristična tinktura

Kratki aforizmi v beli halji z geografskim poreklom

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

janez.tomazic@kclj.si

Na kliniki smo ustanovili pevski zbor: starejši kolegi prepevamo »Infekcije, od kod lepote tvoje«, mlajši pa »Nocoj pa oh nocoj, ko spet dežural bom« ter »Dežurna soba, moj dom«.

P. S. »Žlehtus vulgaris«

V Sloveniji je vse več »čarovniških mašin«, ki lahko diagnosticirajo praktično vse! Največji vtis naredijo na »bolnike«, ko jim diagnosticirajo ZASTARANO BORELIOZO!

P. S. Za tovrstno zdravljenje je baje najboljša divja ščetinica.

Nedavno sem rekel kolegu, naj bo pazljiv pri nejasnem bolniku v sobi 6. Odgovoril mi je, da je celo življenje pazil, pa ima vseeno 3 otroke.

Medicina napreduje: baje je jesti na prazen želodec že nevarno!

40. IATROSSKI

Tradicionalno tekmovanje zdravnikov v veleslalomu in teku na smučeh praznuje naslednje leto 40. obletnico. Prireditve bo 2. februarja 2018 v Kranjski Gori.

Prvič bo organizirano tudi tekmovanje v deskanju, ponovno pa bodo vabljeni tudi študenti medicine.

Podroben program prireditve bo objavljen v naslednji številki revije Isis.

Organizacijski odbor IATROSSKI

Množično izvajanje preventivnih ukrepov

Prof. dr. Vito Vrbič, dr. dent. med.

Za uspeh preventive niso pomembni samo učinkoviti preventivni ukrepi, temveč predvsem njihovo množično izvajanje, tako da je vključenih čim več posameznikov oz. kar vsi. V uspešni preventivi zobnega kariesa (ZK), kateri smo sedaj priča v Sloveniji (in ki je podprta z rezultati naše 30-letne epidemiološke raziskave o ZK pri dvanajstletnikih – referenčna starost po SZO), imamo kar dve množični akciji s skoraj 100-odstotno udeležbo.

Kot prvo omenimo tekmovanje za čiste zobe (glej intervju). V tem tekmovanju je v Sloveniji udeleženih 99,5 odstotka rednih osnovnih šol in kar 100 odstotkov šol v zavodih za otroke s posebnimi potrebami. Zobozdravstveni delavci v okviru pouka kontrolirajo in ocenjujejo ustno higieno ter na tej osnovi rangirajo osnovne šole v regiji. Na regijskem letnem tekmovanju (v spominu imam regijsko prireditev gorenjskih šol pred leti v polni Festivalni dvorani na Bledu, vodila sta jo direktor ZD Bled in preventivna sestra) razglasijo najboljše učence, razrede in šole, ki se potem meseca maja udeležijo osrednje zaključne prireditve v Hali Tivoli (HT). Na prireditvi, kjer prejmejo ustrezna priznanja organizatorja in praktična darila sponzorjev, se zbere okrog 3.000 šolarjev in šolnikov. Temu sledi zabavno-športni del prireditve, ki je šolarjem zelo všeč.

Slike opisane prireditve v polni HT sem večkrat pokazal na mednarodnih kongresih v Evropi, ZDA in v Pekingu, kjer je prišlo (ob udeležbi strokovnjakov iz preko 50 držav) do krajše razprave z ugotovitvijo, da se verjetno nikjer na svetu ne zbere toliko šolarjev skupaj v okviru preventivne akcije. Pred kratkim je Stomatološka sekcija SZD (SS) prejela tudi najvišje mednarodno priznanje za najbolj inovativno preventivno akcijo, ki ga podeljuje mednarodno zobozdravniško združenje FDI. Že leta 1997 pa je SS prejela (skupaj s Pedontološko sekcijo in Društvom za oralno zdravje) prvo nagrado mednarodnega pedontološkega združenja IAPD

(International Association of Paediatric Dentistry) za najuspešnejši preventivni program proti ZK (v hudi konkurenci 36 sodelujočih držav).

Za tako uspešno akcijo so zaslužni predvsem prodorni člani SS, ki so tekmovanje vodili skupaj z vsemi zobozdravstvenimi delavci, ki so pri akciji dnevno sodelovali, kakor tudi prizadevni šolarji in šolniki, ki so se na akcijo odzvali tako, kot so se. Znano je, da podobna tekmovanja po določenem času navadno ugasnejo. Zato si organizatorji in izvajalci akcije za čiste zobe ob bližajoči 35-letnici zaslužijo vse priznanje in ustrezno odlikovanje.

Kot drugi primer množičnega odziva v preventivi omenimo preventivno zalitje zob (PZZ) proti kariesu. Znano je, da se okrog 80 odstotkov vseh karioznih procesov razvije na griznih površinah kočnikov in ličnikov v globokih jamicah in fisurah. Če ta predilekcijska mesta še na zdravih zobeh (kmalu po izrasti) zalijemo, preprečimo, da bi tam nastal karies.

Pred množičnem izvajanjem zalitja smo izvedli dve raziskavi o obstojnosti zalitja na zobeh in posledičnem zmanjšanju kariesa po zalitju zob. Zaradi dobrih rezultatov je bilo pozneje zajetih vedno več šolarjev, tako da jih je letos zajetih kar 94 odstotkov (glede na rezultate prej omenjene epidemiološke raziskave, izvedene v vseh devetih zdravstvenih regijah). Po izjavi profesorja P. E. Petersena, vodje oddelka za oralno zdravje pri SZO v Ženevi, je to doslej najvišji znan odstotek. Glede na to, da v nekaterih državah zalivajo samo prve stalne kočnike (in je povprečno število zalitih zob na osebo lahko največ štiri), pa imajo šolarji pri nas v povprečju zalitih preko sedem zob na osebo.

Tako je bila množičnost pri akciji za čiste zobe in množičnost pri PZZ prepoznana in nagrajena kot zelo uspešna tudi s strani ustreznih strokovnih združenj in posameznih priznanih strokovnjakov zunaj naših meja.



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

Moja Vrečar, M. B. A.



The Medical Chamber Of Slovenia

Founded in 1893 as The Medical Chamber for the Carniola Province. The Medical Chamber of Slovenia was subsequently founded in 1992.

Tasks

- The Medical Chamber of Slovenia is an independent professional organisation of medical doctors and dentists.
- Membership is an honour and obligation for all those that work as physicians or dentists in Slovenia and have a direct contact with the patients.
- The Medical Chamber of Slovenia protects and represents the interests of the medical profession, and helps to ensure the correct behaviour of doctors and uphold their reputation by:
 - Having and issuing a Code of Medical Ethics, monitoring the behaviour of doctors and administering any measures necessary for violations of the Code.
 - Maintaining a register of members and issuing membership cards.
 - Issuing, extending and revoking the doctors' licences for independent work.
 - Participating in the development of the undergraduate education programme for doctors.
 - Managing (planning, monitoring and supervising) the secondments of the two year compulsory postgraduate training in hospitals; secondments for specialisations; other postgraduate professional training, and examination.
 - Organising professional seminars, meetings and other types of professional medical development.
 - The professional auditing and appraisal of each doctor practising in Slovenia.
 - Participating in the preparation of regulations, planning and staffing plans in health care issues.
- Determining doctors' fees and participating in agreeing the prices of health care services.
- Representing the interests of doctors in determining contracts with the Institute of Health Insurance of Slovenia.
- Participating in the negotiation of collective contracts, and agreeing them on behalf of private doctors as employees, thereby managing the value of medical professional' salaries.
- Providing legal assistance and advice to members on insurance against medical compensation claims.
- Maintaining a Welfare Fund to help members and their families.
- Monitoring the demand for doctors and helping unemployed doctors find job.
- Assisting members to find suitable locums during their absence.
- Publishing activities, editing activities; issuing a free journal to members, publishing books and other publications.
- Encouraging co-operation between members and arbitrating in disputes.
- Encouraging the cultural and social activities of members; organising the cultural, sporting and other social events and activities.
- Monitoring alternative methods of treatment.
- Deterring prohibited and unacceptable medical practices.
- Providing a free permanent consulting service to members.
- Undertaking other tasks pursuant to legal regulations and the statute.

