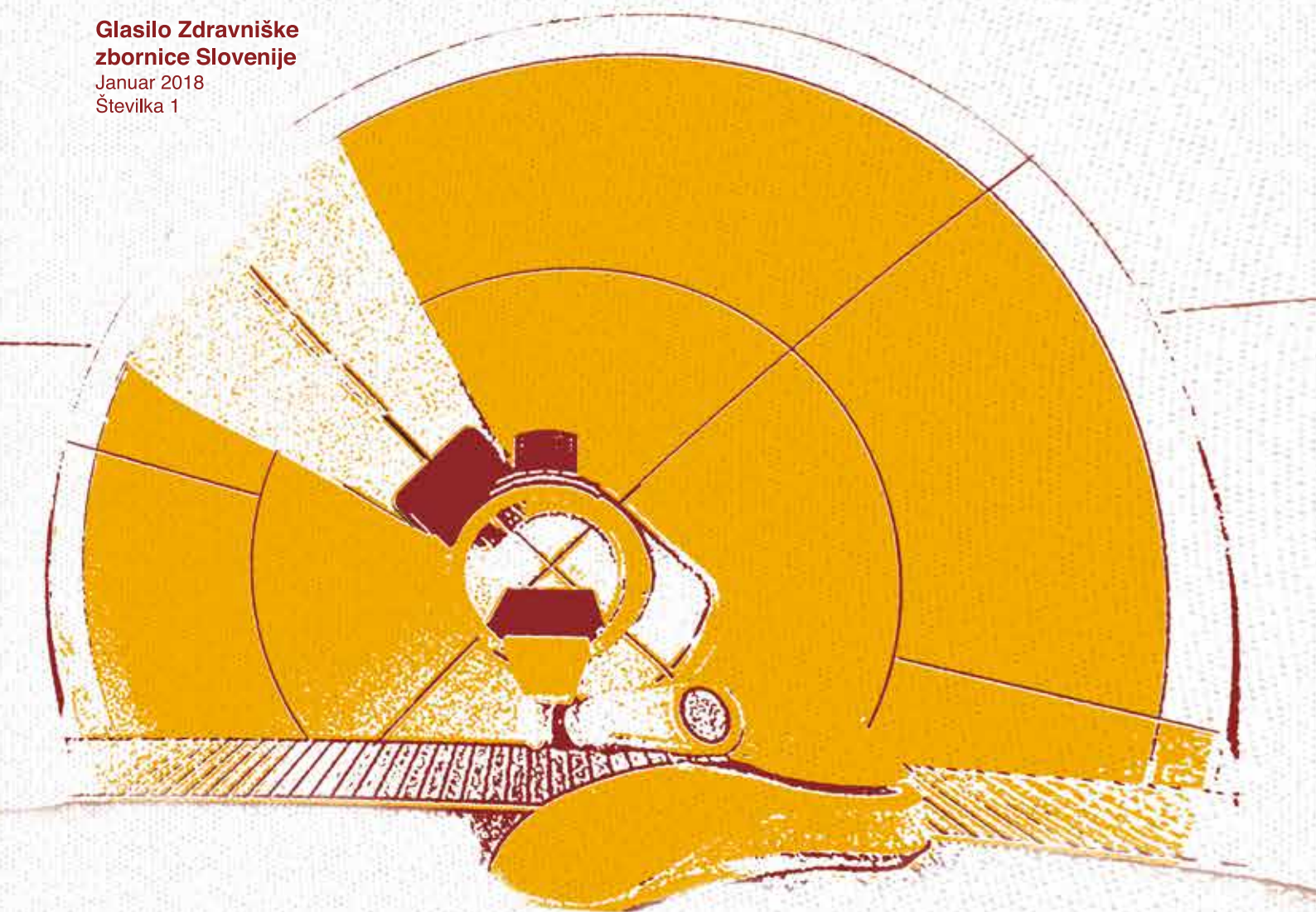


IS IS

Glasilo Zdravniške
zbornice Slovenije

Januar 2018

Številka 1



Prof. dr. Primož Strojani, dr. med., specialist radioterapije in onkologije: "Gre za precej zahtevno gradnjo ustreznega krožnega pospeševalnika, od posebne zgradbe do samega pospeševalnika in linij, ki vodijo proton do pacienta, skupaj z vrsto naprav, ki omogočajo primerno natančnost."

Domus Medica za vas!

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

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

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

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





*Teaching is not a lost art,
but the regard for it is a lost tradition.*

Jacques Barzun

Zdravnik, klinični učitelj

Mag. Dubravka B. Vidmar, dr. med., namestnica predsednika SIZ
Asist. Gregor Prosen, dr. med., FEBEM, predsednik SIZ

Osnovno poslanstvo zdravnika je nedvomno skrbeti za bolnika, od prepoznavanja bolezenskih znakov do postavljanja diagnoze in zdravljenja. Zdravnik osnovno znanje za opravljanje poklica sicer dobi na fakulteti, a vsi vemo, da se prava osamosvojitev zgodi šele po diplomi – skozi pripravništvo in specializacijo, nato pa zdravnik »raste« vse do konca svojega strokovnega veka v neprekinjenem procesu izobraževanja in pridobivanja izkušenj. Veliko truda v ta proces

sicer mora vložiti sam, a ogromno je odvisno od tega, kakšnega učitelja v osebi starejšega kolega ima ob sebi. Ta starejši kolega, ki se znajde v vlogi glavnega ali neposrednega mentorja, odigra torej v življenju mlajšega kolega, svojega učenca neprecenljivo pomembno vlogo. In to je poleg skrbi za bolnika njegovo drugo najpomembnejše poslanstvo.

Člani Sveta za izobraževanje (SIZ), njegovih dveh podkomisij in projektne skupine za pripravništvo smo se minulo jesen intenzivno ukvarjali z novimi pravilniki in poslovniki, ki se nanašajo na pripravništvo in sekundariat, specializacije ter akreditacije ustanov, v katerih poteka podiplomsko izobraževanje zdravnikov. Istočasno smo z veliko pomočjo mladih kolegov opravili ankete tako med mladimi zdravniki, torej »učenci« (pripravniki in specializanti), kot med njihovimi »učitelji« (glavnimi in neposrednimi mentorji), da bi lahko čim bolj objektivno ocenili stanje v realnem času. Razprave so bile temeljite, seje pa temu primerno naporne in podaljševane pozno v noč. Vse z enim samim namenom: da bi ustvarili razmere, v katerih bi lahko postopek podiplomskega izobraževanja zdravnikov potekal čim bolj optimalno.

Vendar pa se zelo dobro zavedamo, da še tako optimalna pravna ureditev ne more opraviti vsega. Pravzaprav ne more opraviti ničesar, če v »učitelju« ni zavedanja o tem, kaj je njegovo dru-

go najpomembnejše poslanstvo. Zdravniki smo tako kot vsi ljudje tudi v odnosu do poučevanja zelo različni med seboj. Nekaterim ta dar sojenice položijo v zibelko, nekateri ga duhovito imenujejo »pedagoški eros«. Posledica tega naravnega dara je, da tisti, ki ga ima, sam čuti potrebo po predajanju znanja, ga naravnost razganja od želje in potrebe pokazati mlajšim kolegom kaj zanimivega, se poglobiti v anatomske, fiziološke, farmakološke in še kakšne teoretične podlage, risati skice in grafe, si sproti shranjevati *power-pointe*, ker se jim v glavi že porajajo ideje za predavanje ... Taki učitelji dejansko ne potrebujejo nikakršnih pravilnikov, ker pedagoški eros kar brizga iz njih. In kar še vsi dobro vemo in kar je objektivno pokazala tudi anketa: med priljubljenostjo takih učiteljev med njihovimi učenci ter njihovim uveljavljenim akademskim statusom ni nikakršne korelacije! Celo nasprotno – prva mesta po oceni učencev zasedajo zdravniki brez akademskih naslovov, kar nedvomno dokazuje, da gre preprosto za naravni dar in ne »podeljeno« vlogo v izobraževalnem sistemu.

V nasprotju s temi imetniki »pedagoškega erosa« obstajajo zdravniki, ki v poučevanju ne vidijo nikakršnega izziva, le dodatno in nepotrebno obremenitev. Tudi tu ne gre za premo sorazmernost z njihovo morebitno visoko strokovnostjo in akademskim statusom. In tudi na te pravilniki zelo verjetno ne bodo imeli pomembnega vpliva.

Obe skupini sta nasprotna pola obeh strani Gaussove krivulje, ki pa vendarle predstavljata manjši del zdravniške populacije. Vmes je velika večina tistih, ki imajo načeloma korekten odnos do poučevanja, zavedajo se, da je to njihova dolžnost, včasih tudi nujno zlo. In ki jim je zelo dobrodošla neka vzpodbuda, kakršno ponujajo urejene razmere za poučevanje. Zato trud, ki smo ga vložili v pravilnike, nikakor ni bil zaman.

Ne glede na to, v katero skupino po svojih naravnih danostih sodi zdravnik, pa je odnos do poučevanja in potreba po prenašanju znanja iz roda v rod nedvomno vezana na diferenciranost njegove osebnosti. Razumevanje pomena te

starodavne vrline, opevane že v antiki skozi čaščenje učiteljev, je neposredno v funkciji njegove intelektualne, moralne in etične drže. Sodobni čas vsekakor ne favorizira teh vrlin, saj je prehiter in prepovršen. Zato je odvisno od posameznika, ali se bo uprl tej površnosti s poglobitvijo vase. In tako postal boljši človek in boljši zdravnik. Ter brez dvoma tudi boljši učitelj.

12 najboljših kliničnih učiteljev za leto 2017

po anketi, opravljeni med specializanti v septembru 2017.

Vojko Berce
Jernej Breclj
Nataša Toplak
Gregor Prosen
Marko Pokorn
Borut Škodlar

Janez Zidar
Gregor Novljan
Peter Poredoš
Marija Iča Dolenšek
Matej Marinšek
Minca Mramor

V anketi je bilo ocenjenih skupno 1.041 mentorjev.

Komu ali čemu služijo licence

Pismo, ki ga je poslal zbornici izkušen zobozdravnik, ki poleg strokovnega dela izkazuje tudi visoke etične vrednote, naj bo za uvod k razpravi o tem, kako bi lahko v prihodnosti uredili preverjanje znanja in kakovostnega dela s pacienti. Zaradi njegove aktualnosti in iskrenosti ga uvrščamo med uvodnike, s katerimi želimo spodbuditi tudi druge člane, da nas opozorijo na »točke preloma«.

Osebna zgodba Borisa Fekonje

Zakaj osebno zgodbo deliti s širno Slovenijo? Zato, ker mi ni vseeno, ker mi je mar za male paciente, ker odgovornim ni mar za opravljeno delo, ker živimo in delamo skriti za maskami, ker nismo vsi enaki, ker smo sposobni čedalje manj empatije, ker nas naprej žene prvenstveno skrb za dobiček, ker se izgublja medčloveški odnosi, ker postaja delo z ljudmi eno samo administriranje, ker se mora nekaj spremeniti, ker se izgublja pravi smisel življenja, ker nismo sposobni pohvaliti, kar je dobro, in pograjati, kar ni, ker bo začel veljati slab ZZDej, ker se nihče noče izpostavljati za dosego sprememb, ker sem se že kot otrok zapisal zdravniškemu

poklicu, ker ... Zato dajem to pismo, nekoliko skrajšano in prirejeno, v branje in razmislek.

Zadeva: Pristop k preizkusu strokovne usposobljenosti

Spodaj podpisani Boris Fekonja, dr. dent. med., želim pristopiti k oceni strokovne usposobljenosti na področju zobozdravstva.

Ocenjevati svoje delo je zelo nevhvaležna stvar. Vendar na terenu vidiš marsikaj, svoje izdelke po petih, desetih, dvajsetih letih, izdelke kolegov iz drugih ambulant. Marsikaj vidiš in se vprašaš, kako lahko nekdo izdela tako packarijo brez slabega občutka. Sam sem bil vzgojen tako, da je samo najboljšo dovolj dobro. Nisem tisti, ki bi sodil, vendar sem videl strokovno popolnoma neustrezne storitve, ki bi potrebovale posebno obravnavo. Tudi kar zadeva licence! Moje mišljenje je, da če ne znaš narediti dobre plombe, ti ne pomaga ne sto seminarjev, ne 750 kreditnih točk. Bolje bi bilo, da bi počel kaj drugega. Medtem pa nekatere kolegice in kolegi pridno zbirajo kreditne točke, vgrajujejo »packarije«, zavarovalnica nekritično plačuje storitve iz enega licenčnega obdobja v naslednje. Znova in znova. Absolutno je potrebno opredeliti kriterije in izdelati kazal-

nike kakovosti. Le kakovostno opravljene storitve ter zadovoljstvo pacientov morajo postati osnovni kriterij pri oceni zdravniškega dela.

Zelo moteče je tudi to, da nikogar od odgovornih ne zanima, kaj, kako in na kakšen način je bilo kaj narejeno. Ne ZZS-ja kot plačnika, ne ministrstva, navsezadnje tudi ZZZS ne. Strokovni nadzor sem imel samo enkrat, in še to pred več kot dvajsetimi leti. Zdi se mi, da smo z leti postali administrativni delavci, da so pomembni samo »papirji«, to, kar damo pacientu v usta, pa resnično nikogar ne zanima. To potrjujejo tudi številni inšpekcijski pregledi, ko pregledujejo tolste fascikle predpripravljenih dokumentov, ki so velikokrat sami sebi namen. Pred kratkim sem imel »strokovni« nadzor s strani ZZZS-ja. Nadzorne zdravnice niti malo niso zanimale opravljene storitve, temveč zgolj, kako in kaj je bilo obračunano in ali je vse zapisano v pravilni vrstici v kartoteki. Absurdno! Zaradi vsega naštetega in še česa sem se zavestno odločil, da preneham zbirati kreditne točke, kar ne pomeni, da sem se nehal izobraževati.

Z leti sem razvil poseben pristop do malih pacientov in njihovih staršev, ki temelji na neposrednosti, odprtosti, empatiji in medsebojnem zaupanju. Veliko veselje je, ko »moji« otroci postanejo starši in tudi iz drugega konca Slovenije pripeljejo svoje

otroke v našo ambulanto. Moja posebnost je pripraviti otroka na sodelovanje. Kar nekaj otrok sem »rešil« pred narkozo in poglobitvijo strahu, saj so starši poizkusili še v naši ambulanti, preden bi z napotnico odšli v Ljubljano. Težavno in težaško delo je to, čas jemajoče, absolutno premalo ali neplačano, na koncu pa ostane dober občutek, da si naredil nekaj dobrega.

Po številnih poklicnih uspehih se je moja zgodba začela spreminjati in

zapletati. Močno so se spremenili moji pogledi na svet, začel sem spoznavati zablude zahodne civilizacije. Preživel sem precej težko življenjsko preizkušnjo in tudi zaradi tega resno razmišljal o odhodu iz Slovenije. Takrat sem prenehal zbirati kreditne točke. Na srečo mi je ostalo delo z malimi pacienti, ki so me polnili z energijo in pomagali prebroditi osebno krizo.

Vse skupaj je napisano precej vehementno in čustveno, vendar bolj

iskreno verjetno ne gre. Tak sem in verjamem, da je to edino, kar šteje v odnosu do kogarkoli in česarkoli.

Nekaj bo treba spremeniti in če bo to na račun moje licence, tudi prav!

Lepo vas pozdravljam,

Boris Fekonja,

Dolenji Leskovec

ZDRAVNIŠKA ZBORNIKA SLOVENIJE

*»Medicina je umetnost, ne obrt;
poklicanost, ne posej;
poklicanost,
v kateri je srce udeleženo
v enaki meri kot razum.«
William Osler*

*Z najboljšimi željami za leto 2018,
vse članice in člane zbornice vabimo na strokovna in družabna srečanja
v Domus Medica in drugje po Sloveniji
Vaša zbornica*

Uvodnik

- 3** Zdravnik, klinični učitelj
*Dubravka B. Vidmar,
Gregor Prosen*
- 4** Komu ali čemu
služijo licence
Boris Fekonja

K naslovnici revije

- 8** Prof. dr. Primož Strojan,
dr. med., specialist
radioterapije
in onkologije
Alojz Ihan

Zbornica

- 11** Ob 25-letnici ZZS podeljena
zdravniška odličja
- 16** Slovesna podelitev
specialističnih in licenčnih
listin
- 16** Klubski pogovorni večer:
Integrativna medicinaa
- 17** Za moderno zobozdravstvo
z natančno določeno
vsebino
Krunoslav Pavlovič
- 18** Delo zbornice na področju
stalnega podiplomskega
izpopolnjevanja – SPI
Mojca Vrečar
- 20** Na kratko
iz dela zbornice
Andreja Basle

Aktualno

- 23** Revizijsko poročilo o izzivih
zdravstvenega varstva v
Republiki Sloveniji
Žiga Novak
- 25** Podaljševanje licenc
Ivana Paradžik
- 30** »Zdravniki družinske
medicine pozivamo vlado
k takojšnjemu in odločnemu
ukrepanju«

Iz Evrope

- 32** Ošpice: še vedno številni
primeri smrti
- 32** Japonska: vlada hoče
preprečiti samomore
- 32** Novi test z genskim
markerjem proti doping
- 33** Senzor meri razgradnjo
maščob v izdihanem zraku
- 33** Salzburg: zaradi zakona se
je zaostriło pomanjkanje
zdravnikov
- 33** Cepljenje proti gripi:
stališče odbora za cepljenje

Mladi zdravniki

- 34** Kako izbrati specializacijo
Barbara Podnar

Forum

- 36** Javno pismo ministrici
za zdravje Milojki Kolar Celarc
Dejan Kupnik
- 38** 18 milijard razlogov za
spremembe
Krištof Zevnik
- 36** Zakaj mi slovenska medicina
dela povzročča vrtoglavico
Joachim Gross
- 42** Kaj nam delajo. Kdo, politika?
Ne, mi sami!
Teodor Pevec

Intervju

- 43** Boj proti KML – od melone do
zrna popra
Sergeja Širca

Medicina

- 47** Operacije ventralnih kil –
ali bo laparoskopska metoda
zamenjala odprto?
Arpad Ivanecz

- 50** Ni vsak okcipitalni glavobol
povezan z obrabo vratne
hrbtenice – Chiarijeva
malformacija
Janez Ravnik

- 52** O psihološki travmi in
psihotravmatologiji
Robert Oravec

Poročila s strokovnih srečanj

- 56** »Budva, evropsko mesto
cepljenja«
*Alenka Trop Skaza,
Bojana Beović*
- 57** Od kritične ishemije do
amputacije in rehabilitacije
pacientov po amputaciji
spodnjega uda
Urška Zupanc
- 58** 47. evropski kongres vedenjske
in kognitivne terapije v
Ljubljani
Anica Gorjanc Vitez
- 59** 11. poletna šola Evropskega
observatorija za spremljanje
zdravstvenih sistemov in
politik v Benetkah
*Andreja Belščak,
Tjaša Pibernik,
Matej Vinko,
Eva Murko*
- 61** Evropski dan darovanja 2017
– tokrat malo drugače
*Jana Šimenc,
Danica Avsec*

Strokovna srečanja

- 64** Zbornična izobraževanja za
zdravnike in zobozdravnike
- 66** Strokovna
srečanja

Obletnica

- 70** Ustanovitev in delo Sekcije
za stomatološko protetiko SZD
v letih 1977–1997
Aleksander Sterger

V spomin

- 74** In memoriam
prof. dr. Borisu Klunu
(1925–2017)

*Alojz Ihan, Marjan Koršič,
Marjan Kordaš,
Janez Primožič*

S knjižne police

- 77** Dolores Vieser: Der Gurnitzer
Marjan Kordaš

Zanimivo

- 80** Zdravnik in inteligenca
Nina Mazi

- 81** Nikola Tesla in njegova dieta
Jurij Kurillo

Zdravniki v prostem času

- 82** Razstava akademske slikarke,
magistrice likovne umetnosti
Tetyane Donets - Savko
Nina Pleterški Puharič

- 83** Izlet v Pomurje
Mojca Kos - Golja

- 86** Moje potovalne bolezni in
boleznine
Ciril Grošelj

- 92** Portugalski Camino s kolesom
Pavle Košorok

- 95** Medigames 2017
Nika Ahačič Srednik

Zavodnik

- 97** Evtanaziji na rob
Boris Klun

Kolofon

Leto XXVII, št. 1, 1. januar 2018
Natisnjeno 10.350 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.
Prof. dr. Vojko Flis, dr. med.
Prim. asist. Jana Govc Eržen, dr. med.
Akad. prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med.
Prof. dr. Črt Marinček, dr. med., v. svet.
Prof. dr. Anton Mesec, dr. med., svet.
Doc. 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 pridruži 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.

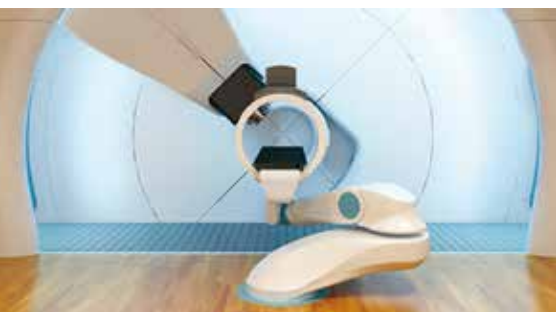
Izjava uredništva

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.

Na naslovnici: stiliziran prikaz ciklotrona
za protonsko terapijo

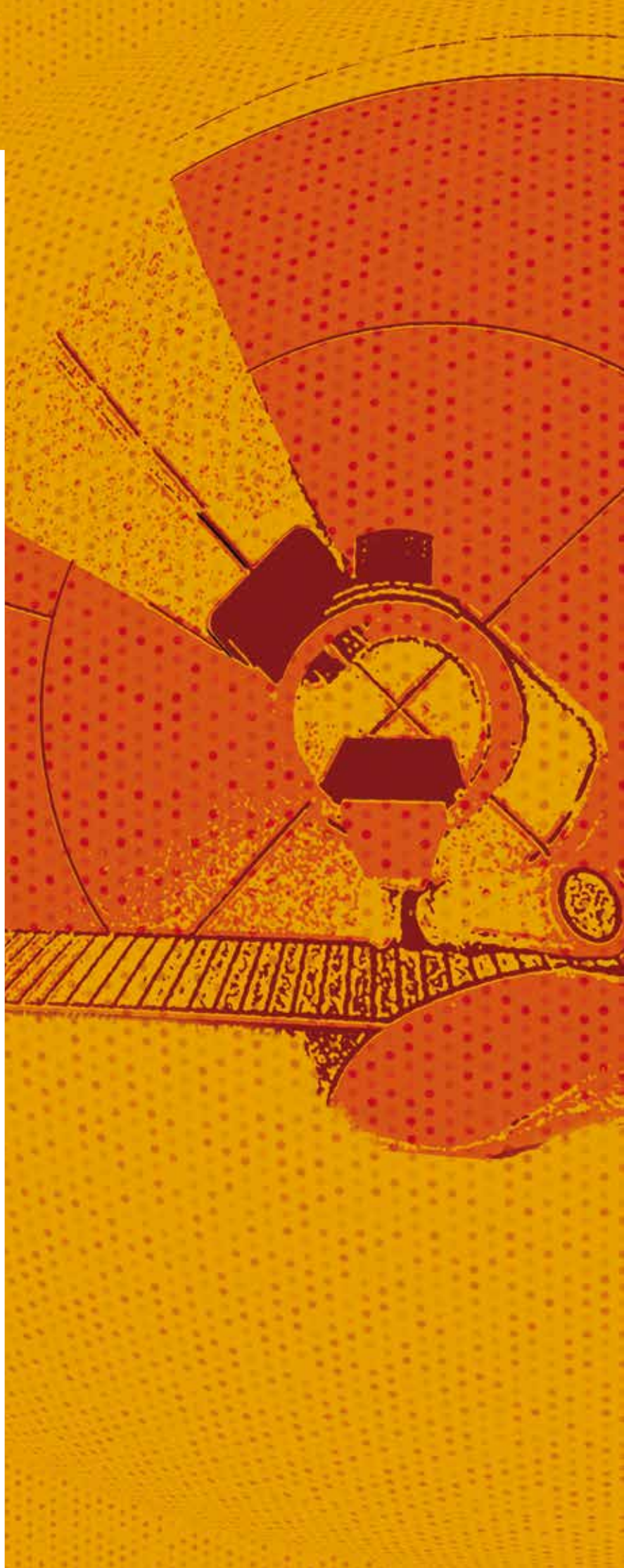


Prof. dr. Primož Strojan, dr. med., specialist radioterapije in onkologije

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

Pri predstavljanju novih, pri nas še manj uveljavljenih terapij začnemo s protonskim zdravljenjem, čeprav bi mu težko nalepili pridevnik novo. Zamisel za zdravljenje raka s protoni se je porodila takoj po 2. svetovni vojni med vzpostavljanjem harvardskega krožnega pospeševalnika (ciklotrona). Od petdesetih let prejšnjega stoletja pa potekajo tudi klinična zdravljenja tumorjev. V čem je prednost te terapije pred klasično radioterapijo?

Že ime pove, da gre za obsevanje s hitrimi protoni, energijsko nabitimi delci, ki se do želene hitrosti pospešijo v ustreznem krožnem pospeševalniku. Posebnost tega obsevanja je, da se praktično vsa oddana energija protonov sprosti, ko se proton ustavi. To lahko uravnavamo prav s hitrostjo delca, kar pomeni, da se proton ustavi v točno določeni globini tkiva. Posledično protonski žarek praktično ne poškoduje tkiva na vstopnem (ali izstopnem) mestu in prav tako izredno naglo zamre po globini, kjer v določeni točki doseže svoj maksimum, kjer odda praktično vso energijo. Braggova krivulja, ki opisuje izgubljanje energije delcev ob prehodu skozi snov, pri ustrezno pospešenih protonih omogoča uničenje tumorskega tkiva v točno določenem globinskem polju, ki ga je mogoče zelo ostro zamejiti, tkivo zunaj tega polja pa ostane praktično nepoškodovano.



Za razliko od fotonov oz. žarkov γ ali x, ki največ energije oddajo pri vstopu v tkivo?

Gostota energijskega toka pri absorpciji fotonov pada eksponentno od površine, zato je v radioterapiji pomembno poznati največjo dozo, ki jo lahko sprejme povrhnje tkivo, saj ga visokoenergetski fotonski žarki izraziteje poškodujejo, preden se absorbirajo v globlje ležečem tumorskem tkivu. Zato je razvoj radioterapije predvsem razvoj znanja o tem, kam in kako je treba žarek usmeriti in oblikovati. S pomočjo računalniškega modeliranja lahko obsevamo s kombiniranjem več vstopnih polj in na ta način koncentriramo učinek v tumorju ob čim manjši oz. še sprejemljivi poškodbi okolnih tkiv. Tudi obliko žarka prilagajamo nepravilnim oblikam tumorjev, s tem pa kar najbolj zmanjšamo neželene učinke na okoliško zdravo tkivo. Na področju raka glave in vratu lahko recimo s sodobnimi obsevalnimi tehnikami v veliko primerih bistveno bolje ohranimo delovanje obušesnih žlez slinavk, kar odločilno prispeva k boljši kakovosti življenja bolnikov po zdravljenju. S starimi obsevalnimi napravami in tehnikami se jim nismo mogli izogniti, zaradi česar so imeli pacienti po zdravljenju velike težave s suhimi usti in še vrsto drugih težav, povezanih s pomanjkanjem sline.

Protonska terapija, ki doseže tumor brez okvare sosednjih tkiv, omogoča precejšen napredek pri številnih indikacijah za obsevalno terapijo?

V Sloveniji zbolijo za rakom letno skoraj 14.000 ljudi in tretjina vseh slovenskih pacientov se že sedaj zdravi tudi z radioterapijo. Glede na mednarodne analize je radioterapija kot del zdravljenja indicirana celo pri polovici onkoloških bolnikov. Ne glede na delež dejansko obsevanih bolnikov, bi nekako petina izmed slednjih imela pomembno korist od protonskega zdravljenja.



Vir: Medicina danes

Zakaj potem protonske terapije še ni v Sloveniji?

Vprašanje izbire zdravljenja tumorja je pri terapiji s hitrimi protoni predvsem vprašanje dostopnosti zaradi stroškov izgradnje in izvedbe same terapije, kar je seveda povezano s financiranjem. Protonska terapija je dražja od rentgenske za najmanj tretjino do nekajkrat. Ampak največji problem je visok začetni vložek. Gre za precej zahtevno gradnjo ustreznega krožnega pospeševalnika, od posebne zgradbe do samega pospeševalnika in linij, ki vodijo proton do pacienta, skupaj z vrsto naprav, ki omogočajo primerno natančnost. Vse skupaj doseže cenovno območje stotih milijonov evrov ali celo več. Dodatne stroške v času obratovanja seveda predstavlja samo obratovanje, kjer je posebej izpostavljena cena energije, nadaljnji razvoj ter vzdrževanje, ki predstavlja okoli 5–6 % vrednosti investicije.

V okvirih, kot se trenutno vlaga v zdravstvo, se zdi stomilijonska naložba precej utopična, čeprav že srednjeročna koristnost in tudi rentabilnost take terapije ne bi bila vprašljiva. A gledano realno je potrebno v naših

razmerah oziroma v okviru obstoječega zdravstvenega sistema za realizacijo ideje, ki je že nekaj časa prisotna v našem prostoru, uporabiti sodobne oblike financiranja. To bi omogočilo postavitve regionalnega referenčnega centra za protonsko terapijo, financiranega s strani zasebnih vlagateljev ali skladov, ob podpori in udeležbi Evropske investicijske banke in zgolj v manjšem deležu tudi države. V tem primeru bi bilo mogoče z ustreznim poslovnim modelom ob obstoječi regulativi doseči, da bi bil center primarno namenjen zdravljenju domačih pacientov, hkrati pa bi bil odprt v širšo regijo, za zdravljenje tujih pacientov.

To me nekoliko spominja na problem otroške srčne kirurgije, ki je ni realno načrtovati samo za slovenske paciente, zato zahteva poslovni model dopolnjevanja s tujimi pacienti, pa čeprav v začetku subvencioniranimi s strani Slovenije.

Na Onkološkem inštitutu smo si v naših okvirnih predstavah zamislili center v obliki javno-zasebnega

partnerstva. Postavitev terapije v okviru javne zdravstvene mreže oziroma z našim sodelovanjem bi bila za naše bolnike zelo koristna, saj so sedaj protonske terapije deležni le maloštevilni, predvsem otroci, ki potrebujejo radioterapijo in jih praviloma pošiljamo v tujino. Ob vzpostavitvi protonske terapije pri nas pa bi se število zdravljenj naših bolnikov v nekaj letih gotovo povečalo, kar bi bolnikom prineslo boljše izhode zdravljenja, se pravi manj stranskih učinkov, manj sekundarnih rakov, hitrejši povratek v normalno življenje. Razliko do polne izkoriščenosti zmogljivosti protonskega centra bi zapolnili z bolniki iz tujine.

Za uspeh takega projekta je več trdnih razlogov. Onkološki inštitut je že danes v strokovnem smislu močno prepoznaven kot regionalni center in referenca na področju radioterapije. Edina zavora, da našega znanja ne tržimo v širši regiji, so naše nesrečne vrste, ki so posledica načrtnega podfinanciranja in omejevanja zdravstva. V teh okvirih protonske terapije nikoli ne bomo imeli in ravno zato bi jo morali vnaprej načrtovati kot ustanovo, strokovno ter organizacij-

sko povezano z Onkološkim inštitutom, ki bi lahko opravljala vlogo širšega regionalnega centra za domače in tuje paciente. Brez tega širšega okvira je našim pacientom ne bomo mogli ponuditi, saj bi bila njena rentabilnost vprašljiva.

A kljub temu si je pri naših načinih financiranja in vodenja projektov take vrste investicijo težko zamisliti, vsaj kratkoročno.

Zato pa moramo razmišljati širše, pogledati tuje modele financiranja takih in podobnih centrov, ne nujno le s področja onkologije, ki delujejo kot širši regionalni centri in delajo z dobičkom. Torej uporabimo le to, kar v naši soseski izvajajo že dlje časa in zato tudi hitreje napredujejo. Če se ne bomo mi naučili delati podobno, naši bolniki pač ne bodo imeli koristi od tovrstne terapije ali drugih modernih in dragih terapij oziroma bodo vedno pogostejše iskali tovrstne storitve v tujini.

Tudi kot stroka bomo objektivno stagnirali in to je, mislim, dovolj velik motiv, da se skušamo naučiti nekaj novega tudi na ravni organizacije,

upravljanja, trženja. Ne nazadnje smo zaradi svojevrstne centralne ureditve onkološke dejavnosti in enotnega zdravstvenega zavarovanja eden največjih radioterapevtskih centrov v EU, naše strokovne zmogljivosti in možnosti raznolikih onkoloških terapij v okviru Onkološkega inštituta pa so izjemne, zato smo lahko tudi izjemno privlačni za investitorje, ki bi se s postavitvijo centra za protonsko terapijo v naši neposredni bližini lahko naslonili na strokovne in terapevtske storitve, ki jih obvladamo in vsakodnevno izvajamo. Hočem reči, da smo tudi mi s svojim znanjem, velikostjo in prepoznavnostjo velika priložnost za sposobne investitorje, da si stomilijonski vložek v protonski center zelo zanesljivo povrnejo, saj bi bili v tem delu EU prvi tak center in bi bila zato perspektiva za rast in razvoj več kot obetavna. Druga bojazen in dejstvo je, da se strokovnjaki premikajo za centri znanja: s pasivnostjo na področju investicij tvegamo, da bodo odlični strokovnjaki zapustili Slovenijo in da se bomo tudi v bodoče na področju zdravstva soočali s še večjim begom možganov kot v bližnji preteklosti.

Onkološki inštitut v Ljubljani je javni zdravstveni zavod, ki izvaja zdravstveno dejavnost na sekundarni in terciarni ravni ter opravlja pedagoško in raziskovalno dejavnost na področju onkologije za celotno Slovenijo. Kot osrednja nacionalna ustanova usmerja programe celostne obravnave rakavih bolezni na področjih preventive raka, zdravljenja, rehabilitacije in paliativne oskrbe bolnikov z rakom in skrbi za uravnotežen razvoj onkologije v državi. Osnovna vizija

Onkološkega inštituta je ostati vodilni zavod na področju onkologije v Sloveniji in se tudi v prihodnje uvrščati med vodilne onkološke centre v regiji oziroma v Evropi.

Prof. dr. Primož Strojani, dr. med., je specialist radioterapije in onkologije, zaposlen na Onkološkem inštitutu v Ljubljani, kjer vodi multidisciplinarni tim za zdravljenje rakov glave in vratu. Je redni profesor na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani in predstojnik Katedre za onkologijo.

Ob 25-letnici ZZS podeljena zdravniška odličja



»V letu 1992, ki je bilo posebej pomembno za našo takrat rosno mlado državo, smo poleg državnega zbora, državnega sveta in zakona o zdravstveni dejavnosti dobili tudi Zdravniško zbornico Slovenije, katere člani smo vsi zdravniki in zobozdravniki, ki delamo v zdravstvenem sistemu. Za nami je 25 let, v katerih smo skupaj s Slovenskim zdravniškim društvom sodelovali pri razvoju medicinske stroke in hkrati prenašali dobre prakse iz tujine – tudi glede delovanja podobnih zbornic,« je v nagovoru na slavnostni akademiji ob 25-letnici zdravniške zbornice pred povsem polno Modro dvorano poudarila predsednica zbornice dr. Zdenka Čebašek - Travnik.

Slavnostne akademije so se udeležili številni visoki tuji in domači gostje. Osrednji govornik je bil predsednik Državnega zbora RS dr. Milan

Brglez. Vrhunec akademije je bila podelitev zdravniških odličij, prejelo jih je 12 zdravnikov in skupina Mladi zdravniki. Program se je zaključil z odličnim koncertom zdravniškega orkestra Camerata medica.

Zahvale so prejeli:

Mladi zdravniki za prispevek pri uveljavljanju poslanstva mladih zdravnikov in zobozdravnikov

Gre za iniciativo mladih zdravnikov, ki so se samoorganizirali in v letu 2017 sodelovali pri večini odmevnih aktivnosti zdravniške zbornice. Njihovi izvoljeni predstavniki so člani Delovne skupine mladih zdravnikov v sestavi: Tina Bregant, Goran Buser, Anita Dobrovec, Brigita Jazbar, Luka Kovač, Tomi Kunej in Valentino



Miljević. Posebej prepoznavno je njihovo delovanje na področju prizadevanj za boljše pogoje dela in izobraževanja za mlade zdravnike. Vključili so se tudi v aktivnosti Koordinacije zdravniških organizacij, kjer so opozarjali na slabosti in pasti na hitro spremenjene zakonodaje. Pripravili so tudi vrsto kratkih filmov, v katerih predstavljajo svoje delo in stališča. Želimo si, da bi dejavnosti mladih zdravnikov v letu 2017 postale zgled za vse naslednje generacije, zato jim za opravljeno delo podeljujemo zahvalo Zdravniške zbornice Slovenije.

Saša Savić, dr. dent. med., za pomemben prispevek pri uveljavljanju pravic zdravnikov in zobozdravnikov v okviru obstoječega zdravstvenega sistema

Saša Savić, dr. dent. med., specialist čeljustne in zobne ortopedije, zaposlen v Dental Design d. o. o., se ob zahtevnem poklicnem delu posveča tudi drugim pomembnim vprašanjem, ki zadevajo vse člane naše zbornice. Je večkratni član regijskih odborov, bil je član nadzornega odbora ter komisij za izobraževanje in zasebno dejavnost. Je tudi član odbora za zobozdravstvo. Da je Saša Savić pogumen človek, ki zna vztrajati in argumentirati svoje poglede, je dokazal tudi s tem, da je leta 2015 zoper ZZZS začel sodni spor

zaradi pogodbenih kazni, ki jih ZZZS arbitrarno izreka na podlagi izvedenih nadzorov. Njegovi zahtevi je najprej pritrdilo Okrožno sodišče v Ljubljani, po pritožbi ZZZS pa še Višje sodišče, tako da je sodba pravomočna. Kolega je uspel z utemeljitvijo, da lahko ZZZS pavšalno pogodbeno kazni uveljavlja le, če je izvajalec s kršitvijo določil splošnega dogovora utrpel kakršno koli škodo. Zahvaljujoč kolegu Sašu Saviću se bodo na to sodbo lahko sklicevali vsi kolegi, ki se bodo znašli v podobnem položaju.

Doc. dr. Vojko Berce, dr. med., za izjemno prizadevno mentorstvo in povečanje ugleda mentorskega dela

Doc. dr. Vojko Berce, dr. med., specialist pediatrije, je zaposlen na Kliniki za pediatrijo UKC Maribor. Od 2004 do 2008 je bil član Odbora za pravno-etična vprašanja in član Prekmurskega regijskega odbora. Od leta 2007 je glavni mentor specializantom, od leta 2013 pa tudi nadzorni zdravnik Zdravniške zbornice Slovenije. Klinično poučevanje je težko samo po sebi, še težje pa v sistemu, ki te vloge ne ceni. Vendar so med nami številni kolegi, ki z veseljem in ponosom opravljajo mentorsko delo. Med njimi so specializanti v anketi, s katero smo septembra 2017 ugotavljali njihovo zadovoljstvo s potekom

specializacije, največ točk dodelili doc. dr. Vojku Bercetu. Zato mu Zdravniška zbornica Slovenije podeljuje zahvalo za prispevek pri uveljavljanju poslanstva stanovske organizacije za mentorsko delo. Ta zahvala je hkrati spodbuda za vse druge mentorje in načrtujemo, da se bomo najboljšim zahvalili ob vsakokratni podelitvi licenc.

Naslov zaslužni član oz. članica so prejeli:
Krištof Zevnik, dr. dent. med., za izjemen prispevek v smeri spremembe zdravstvenega sistema

Krištof Zevnik, dr. dent. med., je zobozdravnik zasebnik, ki je zelo nazorno opozoril na nepravilnosti, nesmisle in slabosti zdravstvenega sistema. Tega ni počel le v pogovorih ali pisnih prispevkih, temveč je sprožil sodni spor zaradi uveljavljanja pravice do povračila stroškov zdravljenja v samoplačniški ambulanti. Na podlagi njegovih prepričljivih argumentov je Delovno in socialno sodišče v Ljubljani letos izdalo zgodovinsko sodbo, v kateri navaja, da se v slovenskem zdravstvenem sistemu kršijo pravice zavarovanih oseb do obravnave iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, v kolikor se jim onemogoča, da bi si prosto izbrale zdravnika tudi zunaj javne zdravstvene mreže in nato prejele



Saša Savić, dr. dent. med.



Doc. dr. Vojko Berce, dr. med.



Krištof Zevnik, dr. dent. med.

povračilo stroškov od ZZZS. Nadalje je sodišče tudi navedlo, da so slovenski ponudniki zdravstvenih storitev postavljeni v neenakopraven položaj do tujcev, saj lahko zavarovane osebe od ZZZS-ja zahtevajo povračilo stroškov storitev, ki so jih plačale v drugi evropski državi, ne pa enakih stroškov samoplačniških storitev, prejetih v Sloveniji. Če bo sodbo potrdilo tudi višje sodišče, bo ta vplivala na zakonodajo v zvezi s financiranjem zdravstvenih storitev. Ne glede na to pa je Krištof Zevnik, dr. dent. med., s svojim trudom, osredotočenostjo in vztrajnostjo prispeval pomemben argument k spremembi zdravstvenega sistema v smeri, ki jo Zdravniška zbornica Slovenije že dlje časa zagovarja, zato mu podeljuje naziv zaslužni član.

Prim. mag. Maja Šeruga, dr. med., za prizadevno klinično delo ter prispevek k slovenski medicini in uveljavljanju zdravniškega poslanstva

Primarijka mag. Maja Šeruga, dr. med., je zaposlena v Splošni bolnišnici Murska Sobota kot specialistka gastroenterologije in glavna mentorica za to področje. Je ena tistih zdravnic, ki so ostale v rodnem Prekmurju. Ves čas si prizadeva dokazati, da je mogoče ustvarjati in nekaj prispevati k slovenski medicini

tudi iz periferne bolnišnice Murska Sobota. Prizadevno je delovala v okvirih Slovenskega zdravniškega društva, zdaj tudi v naši zbornici, kjer je bila od 2012 do 2016 članica Odbora za strokovno-medicinska vprašanja, od leta 2012 je tudi predsednica Pomurskega regijskega odbora. S številnih izobraževanj na različnih koncih sveta je v svoje delovno okolje prinašala novosti in jih uspešno uvajala v klinično delo, zaključuje pa tudi doktorsko disertacijo. Majo Šeruga poleg zavzetega kliničnega dela odlikuje njena predanost paliativni oskrbi in preventivnemu delovanju pri zgodnjem odkrivanju raka na debelem črevesu. Leta 1998 je prejela srebrno plaketo Zveze slovenskih društev za boj proti raku, zdravniška zbornica pa jo v letu 2017 imenuje za zaslužno članico.

Ljubica Kolander Bizjak, dr. med., za dolgoletno predano strokovno delo ter navdušujoče mentorstvo in delo z mladimi

Ljubica Kolander Bizjak, dr. med., specialistka splošne medicine, je zaposlena v Zdravstvenem domu Koper, kjer je tudi strokovni vodja. Od leta 1994 je nadzorna zdravnica Zdravniške zbornice Slovenije, od leta 1999 pa glavna mentorica specializantom. Od 2004 do 2012 je bila članica

Obalno-kraškega regijskega odbora, od 2004 do 2008 Odbora za osnovno zdravstvo, v sedanjem mandatu pa je članica Odbora za pravno-etična vprašanja. Ljubica Kolander Bizjak izžareva pozitivno energijo, s katero zna privabiti mlade zdravnike. Kot regijska koordinatorica za specializacijo iz družinske medicine zna prisluhniti njihovim težavam in jim pri različnih zapletih tudi učinkovito pomagati. Zdravniška zbornica Slovenije ji za njeno dolgoletno in predano delo na področju mentorstva in dela z mladimi podeljuje naziv zaslužna članica.

Gregor Drnovšek, dr. med., za požrtvovalno in plemenito življenjsko delo družinskega zdravnika

Gregor Drnovšek, dr. med., je specialist splošne medicine v Zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca Maribor. V njem lahko prepoznamo požrtvovalno in plemenito življenjsko delo družinskega zdravnika, ki se je z vso predanostjo zapisal pacientom. Svojo poklicno kariero posveča izključno zdravljenju pacientov in za njihovo dobrobit. Čas se mu ustavi v skrbi za njihovo zdravje in pogosto žrtvuje veliko prostega časa, da oskrbi zadnjega pacienta. Njegov moto je, da zdravniku delovni čas določajo zgolj in samo pacienti – začne se s prvim pacientom in konča takrat, ko je



Prim. mag. Maja Šeruga, dr. med.



Ljubica Kolander Bizjak, dr. med.



Gregor Drnovšek, dr. med.

oskrbljen zadnji pacient. Zaradi skromnosti, predanosti in izjemne strokovnosti je leta 2004 prejel priznanje **naj zdravnik leta**. Je zdravnik z največ opredeljenimi pacienti v Zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca Maribor (nekaj manj kot 2000 opredeljenih oz. 3849 glavarinskih količnikov), ki ga neizmerno cenijo in mu popolnoma zaupajo. Njegovo delo in vrednote, ki jih tudi sam živi pri svojem delu, pa ceni tudi Zdravniška zbornica Slovenije in mu podeljuje naziv zaslužni član.

**Naslov častni član
oz. članica so prejeli:**

Prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med., v. svet., za izjemen prispevek pri uveljavljanju zdravništva doma in v tujini ter pri soustvarjanju naše zbornice po meri članstva

Prof. dr. Eldar Gadžijev je izjemen človek in izjemen zdravnik. Čeprav je svoje poklicno delo kirurga zaradi upokojitve opustil, pa ostaja ves čas v stiku z zdravništvom. Njegovi zanimivi zapisi nas vedno znova spominjajo na vrednote našega poklica, pa tudi na obveznosti, ki jih imamo starejši do mlajših članov. Da smo jim dolžni predati svoje znanje v dobro naših pacientov in s svojim ravnanjem pokazati, da biti zdravnik ni le

poklic, temveč poslanstvo. Kot izkušen in moder človek je zaznal, da se je naša zbornica v preteklosti nekoliko oddaljila od pričakovanj članov, in je na to tudi opozarjal. »Potrebujemo močno zbornico, ki jo bodo vsi člani imeli za svojo,« je zapisal v enem od svojih besedil, kjer je tudi opisal, kako naj to naredimo. Prepričani smo, da nam bo dr. Gadžijev tudi kot častni član pomagal oblikovati zbornico po meri članstva.

Prof. dr. Živa Novak Antolič, dr. med., za izjemen prispevek k ugledu zdravništva doma in v tujini ter uvajanje generičnih veščin v zdravniško delo

Prof. dr. Živa Novak Antolič, specialistka porodništva in ginekologije, je hčerka, žena, snaha zdravnika ter mati farmacevta, magistra klinične psihologije, ki dela v bolnišnici, in mati zdravnika. Ne more drugače, kot da živi zdravništvo v najžlahtnejšem pomenu besede. V okviru Zdravniške zbornice Slovenije je bila članica Komisije za podiplomsko izobraževanje, glavna mentorica, nacionalna koordinatorica; trenutno je članica Sveta za izobraževanje. Njene izkušnje 40 let in 8 mesecev dela v Porodnišnici Ljubljana so se povezale s teoretičnim in praktičnim znanjem za dve generaciji mlajših zdravnikov in



Izr. prof. dr. Andrej Robida,
dr. med.

absolventa medicine, tako da skupaj v zavodu Medicinski trenerji predajajo znanje generičnih veščin. Zdravniška zbornica Slovenije ji za njen izjemni prispevek podeljuje naziv častna članica.

Izr. prof. dr. Andrej Robida, dr. med., za prizadevanja na področju kakovosti in varnosti pri zdravniškem delu

Prof. dr. Andrej Robida, specialist pediatrije, je članstvu zdravniške zbornice najbolj poznan kot odličen poznavalec varnosti in kakovosti v zdravstvu. Opravi več zahtevnih strokovnih nadzorov in analiz v okoljih, kjer je prihajalo do odklonov. Njegova prizadevanja za uveljavitev sistemskega ugotavljanja napak so strokovno zelo dobro utemeljena, predstavil jih je v več knjigah in tudi na številnih seminarjih. Žal njegove napredne ideje pri političnih odločevalcih niso bile sprejete oz. uresničene. V tem mandatu je član Odbora za strokovno-medicinska vprašanja, kjer si skupaj z drugimi člani prizadeva za uresničitev drugačnega, bolj objektivnega in humanega obravnavanja napak, ki se dogajajo pri našem delu. Za njegova prizadevanja na področju kakovosti in varnosti pri zdravniškem delu mu podeljujemo naziv častni član.



Prof. dr. Eldar M. Gadžijev,
dr. med., v. svet.



Prof. dr. Živa Novak Antolič,
dr. med.



Prof. dr. Ljubo Marion, dr. dent. med.



Boris Pogačar, dr. med.



Marko Zupan, dr. med.

Hipokratova priznanja so prejeli: Prof. dr. Ljubo Marion, dr. dent. med., za izjemne dosežke, s katerimi je prispeval k ugledu slovenskega zdravništva in zobozdravništva

Prof. dr. Ljubo Marion, dr. dent. med., je specialist stomatološke protetike. Pri odličnem kliniku, kar prof. Marion nedvomno je, je težko ločiti njegovo raziskovalno delo od kliničnega. Je zagovornik interdisciplinarnega pristopa pri obravnavi pacientov in to miselnost je prenesel tudi na svoje mlajše sodelavce. Bil je odličen predavatelj klinične protetike, gnatologije in fiksne protetike, mentor študentom in specializantom, pri magistriranjih in doktoratih. Za svoje izjemno aktivno in zavzeto delo na mnogih področjih je prejel številna priznanja, med njimi Lavričevo priznanje MF za leto 2013 in Puhovo priznanje RS za prenos raziskovalnih dosežkov v prakso za oblikovanje estetskih cirkonijevih zatičkov. Bil je član Zdravstvenega sveta pri Ministrstvu za zdravje in član Glavnega strokovnega sveta Slovenskega zdravniškega društva ter častni član Stomatološke sekcije. Za njegovo izjemno delo, s katerim je prispeval k ugledu stroke, mu Zdravniška zbornica Slovenije podeljuje Hipokratovo odličje.

Boris Pogačar, dr. med., za izjemno stanovsko in organizacijsko

delo ter cenjenost in spoštovanje med kolegi

Boris Pogačar, dr. med., je zaposlen v Splošni bolnišnici v Novem mestu. Že med študijem je vsako poletje volontiral na kirurškem oddelku. Kirurgija je postala njegova poklicna pot, saj je postal specialist kirurgije in urologije ter opravljal vodstvena dela na tem področju. Mlajši zdravniki ga poznajo kot mentorja, ki si je vedno vzel čas za njihova vprašanja in z njimi vzpostavil pravi kolegialni odnos. Med kolegi je znal ustvariti ugodno delovno vzdušje, krepil je zavest o zavezanosti skupnim ciljem. Njegove osebnostne lastnosti, kot so izrazit občutek odgovornosti in sposobnost samonadzora, so v ravnovesju z disciplino in popuščanjem ter tolerantnostjo do drugih. S tem je pomembno prispeval k uveljavljanju vrednot, ki naj bi krasile vsakega zdravnika. Več kot 130-krat je daroval kri. Več mandatov je bil predsednik Zdravniškega društva Novo mesto. S svojim izjemnim stanovskim in organizacijskim delom je bistveno prispeval k ugledu slovenskega zdravništva, zato mu Zdravniška zbornica Slovenije podeljuje Hipokratovo odličje.

Marko Zupan, dr. med., za izjemno delo, s katerim je prispeval k ugledu slovenskega zdravništva in

zobozdravništva, ter umetniško udejstvovanje

Marko Zupan, dr. med., je specialist nevrologije, zaposlen na nevrološkem oddelku Splošne bolnišnice Celje, kjer je bil od leta 2001 do 2014 predstojnik. V strokovno delo je uvedel številne novosti, hkrati pa sodeloval v društvu Liga proti epilepsiji, kjer je svoje znanje in izkušnje nesebično delil s pacienti in njihovimi družinami ter prispeval k destigmatizaciji te bolezni. Je glavni mentor in nadzorni zdravnik Zdravniške zbornice Slovenije. Marka Zupana pa poleg poslanstva zdravnika odlikuje tudi ljubezen do klasične glasbe. To ljubezen izkazuje z igranjem violine, kot koncertni mojster dolga leta deluje v Celjskem godalnem orkestru, kot solist na violini pa nastopa tudi z zdravniškim orkestrom Camerata medica v Ljubljani. Je tudi član glasbene skupine Pro medico, 30 let je igral v duu s prof. dr. Pavletom Kornhauserjem. V zadnjih dveh letih se je začel ukvarjati tudi s skladateljstvom. Njegovo delovanje na obeh področjih – v medicini in glasbi – je vzor mnogim študentom medicine in mladim zdravnikom, ki so se nam letos predstavili na svojem 13. koncertu. Zdravniška zbornica Slovenije se mu zahvaljuje za njegovo izjemno delo in mu podeljuje Hipokratovo odličje.

Slovesna podelitev specialističnih in licenčnih listin

V novembru je bila Modra dvorana Domus Medica polna do zadnjega kotička navdušenih zdravnikov in zobozdravnikov ter njihovih družin in prijateljev, ki so se zbrali na slavno-

stni podelitvi specialističnih in licenčnih listin. Specialistične listine je tokrat prejelo 99 doktorjev medicine, licenčne listine pa 23 doktorjev dentalne medicine.



Klubski pogovorni večer: Integrativna medicina

Konec novembra smo v povsem polnem Klubu Domus Medica na klubskem pogovornem večeru govorili o integrativni medicini. Predsednica zbornice **dr. Zdenka Čebašek - Travnik** je kot sogovornici tokrat povabila izr. prof. dr. Natašo Samec Berghaus, strokovnjakinjo za medicinsko pravo in od leta 2015 članico delovne skupine na ministrstvu za zdravje, ki pripravlja spremembe zakonodaje na področju izvajanja dopolnilnih in alternativnih metod zdravljenja, in **predsednico Slovenskega homeopatskega društva Ireno Gorišek, dr. med.**

Izr. prof. dr. Nataša Samec Berghaus je predstavila primerjavo pravnih ureditev v primerljivih državah in poudarila, da bi bilo za Slovenijo smiselno, da se zgleduje po ureditvi v Avstriji. Opozorila je tudi na neskladje v slovenskem pravnem

sistemu z vidika nedopustnosti omejevanja terapevtske svobode zdravnika pri uporabi različnih metod zdravljenja, v povezavi z zagotavljanjem varne zdravstvene oskrbe, ki mora temeljiti na spoštovanju med zdravnikom in pacientom in katere temelj je tudi dobra informiranost pacienta o vseh možnih alternativah zdravljenja

Predsednica Slovenskega homeopatskega društva pa je pojasnila, da so redni člani društva le zdravniki in zobozdravniki ter da društvo že od leta 1992 organizira osnovno in nadaljevalno izobraževanje in usposabljanje zdravnikov v skladu s smernicami Evropskega odbora za homeopatijo. Sodelujoča v razpravi je opozorila, da se v praksi dogaja, da si ljudje homeopatska zdravila naročajo

po internetu in brez posveta z zdravnikom homeopatom, kar je lahko nevarno.

Udeleženci – zdravniki so se s svojimi mnenji v drugem delu zelo aktivno vključevali v razpravo in bili navdušeni, da je zbornica tokrat odprla prav to tematiko. Pogovor smo posneli, videoposnetek bo kmalu na voljo.



Termini za pogovor z zdravniškim ombudsmanom v januarju

Ime	Datum	Čas	Status
Brane	Četrtek, 4. januar 2018	15.00–17.00	Prosta dva termina
Darja	Torek, 9. januar 2018	16.00–19.00	Prost termin ob 17.30
Urška	Četrtek, 25. januar 2018	17.00–19.00	Prosta dva termina

Za rezervacijo termina za povsem anonimni pogovor po telefonu ali anonimni osebni pogovor ob kariernih ali osebnih izzivih lahko pokličete na: 01 30 72 100 (recepција zdravniške zbornice) ali pišete na: zdrom@zds-mcs.si, lahko tudi preko vašega povsem anonimnega elektronskega naslova.

Za moderno zobozdravstvo z natančno določeno vsebino

Krunoslav Pavlović, dr. dent. med., predsednik Odbora za zobozdravstvo

Zdravniška zbornica Slovenije je na vsakem koraku sprejemanja najprej novele Zakona o zdravniški službi, sedaj Zakona o zdravstveni dejavnosti in v prihodnosti Zakona o zavarovalništvu želela zaščititi zdravniški poklic na konstruktiven način s številnimi predlogi. Žal so vsi predlogi končali drugje kot v zakonih. Ignoranca Ministrstva za zdravje RS v tem paketu zakonov je bila pričakovana, vsaj s spremljanjem odzivov na predloge. Moram pa priznati, da sem bil osebno začuden nad odzivom nekaterih kolegov ter apatijo, ki prežema naš poklic. Tako velike spremembe sistema se dogajajo enkrat na vsakih 50 let in menim, da bi morali biti kot zdravništvo močno vključeni v njegovo oblikovanje.

V številnih razpravah je bilo zaznati dvom, ali kot poklicna skupina sploh lahko zahtevamo svoj prostor in glas v državi, ali lahko opozorimo državljane na zadnji vlak, ki lahko prepreči zakonodajo? Najbolj zanimivo je to, da se nihče ni spraševal, kaj prinaša zakonodaja za zdravnike, kaj prinaša za njihov status, ampak smo se vsi spraševali, kako bomo lahko po novem oskrbeli vse naše paciente. Seveda, na prvem mestu našega nesebičnega razmišljanja je pacient. Nihče ni pomislil, da bo sam bistveno bolj obremenjen in izpostavljen, ampak je bil zgrožen, ker je uvidel, da bodo pritiski na vrata ambulate še večji in stiske ljudi še hujše. Na finančne posledice zakona za naš vsakdan si nihče ni upal niti pomisliti. Po zakonu seveda ne smemo poslovati z dobičkom, ker zdravimo in delamo v korist ljudi. Verjamemo torej, da nas bodo ljudje (država) za naše dobro

delo nagradili, da bomo lahko dostojno živeli v družbi, kot se za njen najbolj izobražen del spodobi. Ali ministrstvo za zdravje predstavlja državljane, ali Državni zbor RS predstavlja državljane? Ali državljani vedo, kaj so njihovi predstavniki sprejeli, ali vedo, kako država nagradjuje zdravnike?

Če citiram iz pisma kolegice: »Politika deklarira socialno državo, kjer imajo državljani skorajda neomejene pravice iz obveznega in dopolnilnega zavarovanja. Zobozdravniki pa smo postali uradniki v službi zavarovalnice, ki razlagamo pravice pacientom in jih uvrščamo v čakalne vrste.« Socialno državo na koncu z veliko mero improvizacije lahko omogočimo le zdravniki z neomejenim čutom do sočloveka, do trpečega. Politik tega sočutja ne premore, vsaj sodeč po odgovorih na konkretna vprašanja o reorganizacijah. Na koncu poskrbimo za to, da lahko ministrica izjavi, da imamo enega najboljših sistemov v primerjavi z drugimi državami. Sprašujem se, koliko časa bo to naše zdravstvo še delovalo na etični pogon. Če se ponovno vrnem k pismu kolegice, ki pravi: »Čas je, da ljudem nalijemo čistega vina in na zavarovalnico preložimo razlaganje pravic in vso administrativno delo, da se lahko posvetimo svojemu strokovnemu delu. Moramo opredeliti, katere storitve pacient potrebuje in bi bile zanj najustreznejše, oni pa naj določijo, kdo bo to plačal in iz katere denarnice.«

Seveda, kolegi, kdo bo plačal storitev, zdravljenje? Vsako storitev, ki jo opravimo mi, naša ustanova brez sramu ali etičnih zadržkov zaračuna zavarovalnici. To je nekaj povsem

normalnega. Naši sodržavljeni tega miselnega preskoka še niso naredili, ker s seboj nosijo kartico ZZZS, in tudi mi ne. Ali ste se vprašali, kakšna je razlika med dejansko vrednostjo programa, ki ga opravite, in vašimi letnimi prejemki ter kam ponikne ves preostali denar?

Ob vseh teh debatah o plačilih mi je prišla na misel preprosta primerjava. Vsak državljan danes potrebuje npr. elektriko, vodo, bančni račun, če prejema plačo, ipd. To so dobrine, ki jih plačujemo, pa se ni nihče vprašal po etičnosti elektro ali komunalnih podjetij ali po etičnosti bank, ki smo jih dokapitalizirali. Zakaj? Ali ni to nekaj, kar bi nam lahko država z zakonom in davki omogočila brez plačila? Ali so to ti grabežljivi »cehi«, ki so si izborili svoj kos samoumevne pogače v proračunu državljana?

S kolegico zobozdravnico se strinjam, ko v svojem pismu poziva zobozdravnike, da moramo zobozdravniki za zobozdravstvo sami vzpostaviti drugačen sistem od obstoječega. Moderno zobozdravstvo z natančno določeno vsebino, kjer bi vsak vedel, kaj dobi za plačilo svoje zavarovalne premije, in se sam odločal, katerega zobozdravnika si bo izbral. Predvsem pa, da dobi storitev, ko jo potrebuje, ne pa čez nerazumno dolgo časa.

Da, kolegi, z enotnostjo lahko te spremembe dosežemo samo mi. Mi smo edini, ki predstavljamo stroko. Mi se lahko samostojno odločimo, v kakšnih razmerah in na kakšen način želimo živeti in delati v tej družbi. Družba bo morala, kot v zgoraj omenjenem primeru, sprejeti naše strokovne argumente in izkušnje, če bo želela, da bo sistem zares deloval za dobro njenih članov in omogočil kakovostne in sodobne storitve. Vse ostalo so posledice vplivov drugih interesnih skupin na delovanje našega

poklica za posreden ali neposreden dobiček.

Pisma kolegice sem bil vesel, ker tudi odkrito podpira ustanovitev samostojne zobozdravniške zbornice za reševanje tako javnega kot zaseb-

nega zobozdravstvenega sistema. Zavedati se moramo, da lahko skoraj vsak zobozdravnik samostojno preživi in za svoje delo ne potrebuje javne službe. Zobozdravnik je lahko samostojen poklic, ki je lahko stanovsko

reguliran preko odgovorne zobozdravniške zbornice. Le-ta pa lahko zagotovi zobozdravnikom in predvsem državljanom sprejemljiv zobozdravstveni sistem samo kot samostojni pogajalec za svoj stan z državo.

Pregled ureditve zobozdravniških zbornic v drugih evropskih državah.

DRŽAVA	ZOBOZDRAVNIŠKA ZBORNICA	SKUPNA ZBORNICA	ŠTEVILO ČLANOV
ŠVEDSKA	The Swedish Dental Association	/	7.500
FINSKA	The Finnish Dental Association	/	7.000
FRANCIJA	The French Dental Association	/	30.000
ITALIJA	Italian dental association	/	n. p.
NEMČIJA	The German Dental Association	/	93.000
NIZOZEMSKA	The Royal Dutch Dental Association	/	10.000
IRSKA	The Irish Dental Association	/	1.800
LUKSEMBURG	/	Združenje zdravnikov in zobozdravnikov Velikega vojvodstva Luksemburga	n. p.
VELIKA BRITANIJA	British Dental Association	/	n. p.
MALTA	Dental Association of Malta	/	102
AVSTRIJA	The Austrian Dental Chamber; 9 regionalnih zobozdr. zbornic (Landes Zahnärztekammern), ki imajo večinoma avtonomijo (finance, kadri, pogodbe).	/	5.016
BELGIJA	L'ASBL Chambre Syndicale Dentaire	/	8.500
ČEŠKA	Czech Dental Chamber	/	10.555
PORTUGALSKA	Portuguese Dental Association	/	8.147
SLOVAŠKA	Slovak Chamber of Dentists	/	n. p.
ŠPANIJA	Spanish Dental Association	/	n. p.

Opomba: V vseh navedenih državah je članstvo v zbornici obvezno, razen v Belgiji in na Slovaškem, člani pa plačujejo članarino.

Legenda: / = ne obstaja; n. p. = ni javno dostopnega podatka

Delo zbornice na področju stalnega podiplomskega izpopolnjevanja – SPI

Mojca Vrečar, univ. dipl. psih, MBA, vodja dejavnosti SPI

Stalno podiplomsko izpopolnjevanje/stalen strokovni razvoj (SPI/SSR) zdravnikov in zobozdravnikov (v nadaljevanju: zdravnikov) je izredne-

ga pomena za njihovo kakovostno delo. Zbornica se bolj kot strokovnim vsebinam, ki jih zdravnikom predstavlja Slovensko zdravniško društvo ali

drugi organizatorji, posveča mehkejšim temam, kot so komunikacija, medsebojni odnosi, varnost pacientov, kakovostna zdravstvena obravna-

va, etika, prepoznavna in obravnava žrtev nasilja in podobno.

Vsak zdravnik mora v licenčnem obdobju za podaljšanje licence zbrati 75 kreditnih točk, vsaj 5 točk mora biti s področij varnosti pacientov in kakovosti zdravstvene obravnave, etike in komunikacije. Tu se želi zbornica s svojo ponudbo izobraževanj približati svojim članom.

V letih 2016/2017 smo bili vključeni v projekt POND – Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti, v okviru katerega se je brezplačnega izobraževanja udeležilo preko 2000 zdravstvenih delavcev. V obliki dvodnevni izobraževanj, ki so bila za člane zbornice brezplačna, smo predstavili postopke, naloge in pristojnosti zdravstvenega osebja na tem področju.

Zbornica želi tudi v bodoče ponuditi svojim članom kakovostne izobraževalne vsebine, nekatere izmed njih so: Od krepitev timskega dela do izboljšanja delovnega vzdušja, Poslušaj in bodi slišan – delavnica komunikacije in reševanja konfliktov, Kako vodimo sebe – delavnica osebnostnega vodenja, Izgorelost in profesionalizem v medicini, Polepšaj si dan – delavnica kreativnega razmišljanja, Odpredavaj kot se šika – delavnica

javnega nastopanja. Izvajajo jih zdravniki – medicinski trenerji.

Seveda pa izvedba izobraževanj zahteva finančni vložek. Na podlagi pregleda ponujenih izobraževanj za zdravnike v Sloveniji v letu 2017 smo izračunali, da je povprečna tržna cena 1 ure izobraževanja (za enega zdravnika) v Sloveniji 21 evrov. Ker želimo zdravnikom ponuditi dostopna izobraževanja, smo se odločili, da je večina izobraževanj, ki jih ZZS organizira za svoje člane, brezplačna. Pri tem smo si prizadevali za minimalne stroške, povezane z organizacijo takega izobraževanja. **Strošek 1 ure izobraževanja, ki ga organizira ZZS, znaša okoli 16 evrov (za enega zdravnika)**, kar pomeni, da izobraževanja v primerjavi z ostalimi organizatorji izvedemo ceneje. Ob predpostavki, da se zdravniki letno udeležijo vsaj enega tovrstnega izobraževanja (v povprečnem trajanju 5 ur), **tako za vsakega člana letno namenimo 80 evrov za izobraževanje za zgoraj naštetе teme, ki zadevajo prav vsakega zdravnika.**

Poglejmo en uspešen primer, kjer smo pridobili zunanja sredstva.

Izobraževanja v okviru projekta POND se je udeležilo 2000 zdravstve-

nih delavcev. Obsegalo je seminar z delavnico v skupni dolžini 12 ur. Zbornica je za izvedbo projekta POND prejela 200.318,20 evra (Program Norveškega finančnega mehanizma 2009–2014), sama pa je prispevala iz svojih sredstev k izvedbi projekta še 19.533,31 evra. Projekt je obsegal izvedbo ocene stanja, pripravo izobraževalnih vsebin, izvedbo 22 dvodnevni izobraževanj (po 12 ur), izdajo priročnika in promocijske aktivnosti. Izračun pokaže, da je bil strošek izobraževanja v tem projektu manj kot evro na uro izobraževanja za enega zdravnika.

Samo za primerjavo, tržna vrednost podobnega izobraževanja bi bila več kot pol milijona evrov.

Vsekakor pohvalno za vse sodelujoče in spodbudno za še kakšen tak projekt!

Podobno smo preko vključenosti v projekt Migracije in zdravstvo zdravnikom ponudili brezplačna izobraževanja z naslovom Pacient ne govori slovensko – izziv za zdravstvene delavce v Sloveniji.

Verjamemo, da bomo z uspešnim delom na področju izobraževanj nadaljevali tudi v naslednjih letih. Vabimo vas, da s svojimi predlogi aktivno sodelujete pri načrtovanju dela na tem področju!



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

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

Urejanje profila v treh korakih

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

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

Spremeni podatke

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

Na kratko iz dela zbornice

Sekundariat in razpis specializacij

Obveščamo vas, da je Ministrstvo za zdravje RS po enomesečnem proučevanju v javno razpravo posredovalo podzakonske akte, potrebne za izvajanje javnih pooblastil sekundariata in specializacij, in sicer:

- Pravilnik o vrstah, vsebini, trajanju in poteku specializacij je bil v javno razpravo posredovan 24. 11. in je v javni razpravi do 10. 12. 2017. Nato je potrebno nanj pridobiti soglasje ministrice in ga objaviti v Uradnem listu RS, veljati pa začne 15. dan po objavi.
- Pravilnik o sekundariatu je bil v javno razpravo posredovan 28. 11. in je v javni razpravi do 28. 12. 2017. Nato ga je potrebno objaviti v Uradnem listu RS, veljati pa začne naslednji dan po objavi.

Kot kaže, noben od navedenih pravilnikov ne bo začel veljati prej kot v zadnjih dneh letošnjega leta, bolj verjetno pa v začetku prihodnjega. Navedeno pomeni, da se do veljavnosti omenjenih pravilnikov žal ne morete prijaviti na izbirni del sekundariata in da ne more biti objavljen javni razpis specializacij. Ker želimo kljub zapletom vsem vam čim prej omogočiti prijavo na sekundariat, smo na zbornici pripravili vse potrebno, da boste vloge za izbirni del sekundariata lahko začeli vlagati, takoj ko bo pravilnik veljal. Prav tako smo pripravili razpisno besedilo za javne razpise, ki jih bomo objavili, takoj ko nam ministrstvo posreduje število posameznih vrst specializacij za območje celotne države oziroma za posamezne izvajalce zdravstvene dejavnosti in nam naloži objavo razpisa. Skladno s spremembami ZZdrS-F števila razpisanih specializacij ne določa več zbornica, temveč petčlanski odbor pri ministrstvu.

Vodstvo zbornice si prizadeva, da bi mladi zdravniki in zobozdravniki

kljub zamiku razpisov pridobili možnost za nadaljevanje svoje poklicne poti v najkrajšem možnem času.

Pa vendar se premika na bolje

Iz 455. Biltena, 16. 11. 2017

15. novembra 2017 je bilo v prostorih Zdravniške zbornice Slovenije drugo delovno srečanje na temo uresničevanja priporočil iz Poročila mednarodne komisije o presoji dejavnosti otroške srčne kirurgije v UKC Ljubljana za obdobje 2007–2014.

Vodstvo UKC Ljubljana je predstavilo dosedanje aktivnosti na tem področju in izpostavilo ustanovitev in delovanje Centra za obravnavo otrok in odraslih s prirojenimi srčnimi napakami. Center za sedaj deluje v obliki rednih sestankov strokovnjakov z vseh specialističnih področij. O srečanjih vodijo zapisnike, tako da je mogoče spremljati izvajanje sprejetih nalog.

UKC Ljubljana je z Univerzitetno bolnišnico Motol v Pragi sklenil pogodbo o sodelovanju na področju vseh specialnosti, vpletenih v obravnavo otrok s prirojenimi srčnimi napakami, za obdobje šestih mesecev z možnostjo podaljšanja. S to pogodbo je po 10 letih zagotovljena navzočnost otroškega kardiokirurga iz Prage v UKCL vse delovne dni v tednu, podrobno pa so določeni tudi drugi pomembni vidiki sodelovanja, med drugim tudi pomoč pri izobraževanju slovenskih zdravnikov. Tako se je obravnavo otrok s prirojenimi srčnimi napakami dvignila na kakovostno višjo in varnejšo raven.

S tema dvema nalogama je bilo izpolnjeno bistveno priporočilo iz zgoraj omenjenega poročila, o čemer je seznanjeno tudi ministrstvo za zdravje. To se s pripravljenimi programi in pogodbo o sodelovanju strinja. S tem je izpolnjena najpomembnejša točka iz priporočil nadzora. Prihodnje aktivnosti v tej smeri bo načrtoval in izvajal projektni svet, ki bo pripravil vse potrebno za ustanovitev samostojne organizacijske enote – nacionalnega centra.

Cepljenje otrok

Iz 455. Biltena, 16. 11. 2017

Odbor za pravno-etična vprašanja pri ZZS, ki ga vodi **prim. Helena Reberšek Gorišek, dr. med.**, je o cepljenju otrok oblikoval naslednje mnenje: »Cepljenja so eden najpomembnejših ukrepov, s katerimi se obvladuje in preprečuje širjenje nalezljivih bolezni, ki so pogosto zajemale veliko število obolelih in zahtevale veliko smrtnih žrtev. Uspešnost cepljenja je pri nekaterih nalezljivih boleznih dosegla skorajšnjo eliminacijo (otroška paraliza, davica, mumps), nekatere pa celo izkoreninila (črne kože). Številne nalezljive bolezni, za katere smo mislili, da smo jih s cepljenjem že preprečili, se ponovno vračajo (ošpice, oslovski kašelj). Zato je preventivni ukrep cepljenja z zadostno stopnjo precepljenosti in doseganjem kolektivne imunosti izjemno pomemben za korist posameznika in družbe. Z zadostno stopnjo precepljenosti zaščitimo tudi posameznike, ki si še niso pridobili odpornosti (novorojenčki, dojenčki), in osebe, ki se zaradi zdravstvenih razlogov ne morejo cepiti.

Korist, ki jo prinaša cepljenje za posameznika in širšo družbeno skupnost, je večja od morebitnih neželenih učinkov, ki bi nastali v povezavi s cepljenjem. Splošni interes za varovanje zdravja prebivalstva je podlaga, ki upravičuje določitev ukrepa proti določenim nalezljivim boleznim – tako je zapisano že v ustavi. **Odbor za pravno-etična vprašanja pri ZZS iz vseh naštetih razlogov podpira obvezno cepljenje otrok proti nalezljivim boleznim zaradi koristi otroka in celotne družbe.** Pri tem pa poudarja pomembno vlogo zdravnikov pri ozaveščanju državljanov o koristnosti cepljenja, zlasti še pomen pravilno opravljene pojasnilne dolžnosti zdravnika cepitelja staršem ali skrbnikom otrok, da pred izvedbo cepljenja pridobi soglasje staršev ali skrbnikov. **Pojasnilna dolžnost zdravnika, ki izvaja cepljenje, mora vsebovati poleg pojasnila o pričakovani koristnosti cepljenja tudi pojasnilo o vrsti cepljenja, načinu cepljenja ter pojasnilo o možnih tveganjih, neželenih učinkih in možnih negativnih posledicah cepljenja.** V primeru nastale negativne posledice v povezavi z obveznim cepljenjem je odškodninsko odgovorna država.

Novost na področju odgovornosti predstavlja tudi luksemburška sodba (dosegljiva na C-621/15 <http://curia.europa.eu/juris/liste.jsf?num=C-621/15>). Razsodba Evropskega sodišča: proizvajalec cepiva je lahko odgovoren za posledice cepljenja ne glede na to, da medicinske raziskave ne dokazujejo, niti ne izključujejo obstoja vzročne zveze med uporabo cepiva in nastankom bolezni. Nacionalnim sodiščem pa Evropsko sodišče nalaga, da pri odločanju upoštevajo resne ter zanesljive dokaze in ne domnevne ter prisluhneje argumentom vseh vpletenih strani. Sodnemu senatu je predsedoval slovenski sodnik Marko Ilešič.

V primeru nesoglasja staršev, ki živita ločeno ali živita skupaj, a imata

ločeni mnenji in eden ne da soglasja za cepljenje, Odbor za pravno-etična vprašanja podpira starša, ki je dal soglasje za cepljenje, ker v največji meri podpiramo korist otroka. Pri nesoglasju staršev o izvedbi cepljenja podpiramo tudi zdravnika cepitelja, ki lahko pridobi soglasje konzilija ali drugega zdravnika, ki ni bil vključen v zdravljenje otroka. Pri tej presoji se naslanjamo na 35. člen ZPacP.

V letu 2018 dodatno financiranje 53 timov

Iz 455. Biltena, 16. 11. 2017

6. novembra 2017 je bila arbitražna za sprejem Aneksa št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2017. Sprejeta je bila pobuda zdravniške zbornice, da se financirajo nove splošne ambulate ter dispanzerji za otroke in šolarje. Na arbitraži je bil potrjen kompromisni predlog, da se v letu 2018 dodatno financira 43 timov splošne ambulate in 10 timov otroškega in šolskega dispanzerja.

Sodelovanje z Oglaševalsko zbornico Slovenije

Iz 455. Biltena, 16. 11. 2017

Na podlagi sklepa komisije za zasebno dejavnost pri Odboru za zobozdravstvo, da se pripravi smer-nice oglaševanja v zobozdravstvu v skladu s Kodeksom zdravniške etike in protokol komuniciranja z javnostjo, se je zdravniška zbornica v tem tednu že sestala z vodstvom Slovenske oglaševalske zbornice (SOZ) in se dogovorila za vsebinsko sodelovanje.

Za specializante, glavne mentorje in pooblašcene izvajalce

Iz 456. Biltena, 22. 11. 2017

Komisija za podiplomsko usposabljanje je na 9. seji dne 9. 11. 2017 sprejela naslednje: »Komisija za podiplomsko usposabljanje razloga kadrovskega pomanjkanja na oddelku pooblaščenega izvajalca, zaradi česar je specializantu onemogočeno pridobivanje veščin in znanj, predvidenih s specializacijo, ne priznava kot utemeljen razlog za podaljšanje specializacije, če so na voljo pooblašчени izvajalci, kjer je te veščine in znanja mogoče pridobiti. Okoliščine, ko iz razlogov na strani pooblaščenega izvajalca specializant ne more pridobivati veščin in znanj, predvidenih s specializacijo, predstavljajo kršitev dolžnosti pooblaščenega izvajalca iz drugega odstavka 22. člena ZZdrS. O takšnih okoliščinah so specializant, glavni mentor in pooblašчени izvajalec dolžni obvestiti zbornico takoj, ko te nastanejo.«

Ordinacijski časi

Iz 456. Biltena, 22. 11. 2017

Zdravniška zbornica je na Vlado RS podala predlog za ugotovitev ničnosti (dela) določbe 16. točke 36. člena Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2017, ki izvajalcem in Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) nalaga ureditev časa odmora in časa priprave na delo v okviru ordinacijskega oz. delovnega časa ambulant.

Vlada RS je v sporočilu za javnost glede predloga zbornice navedla:

»... Vlada se s predlogom strinja, zato nalaga Ministrstvu za zdravje, da v okviru sprejemanja Aneksa št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2017 drugi stavek 16. točke 36. člena Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2017, ki določa, da 'v pogodbi z Zavodom izvajalec dogovori delovni čas in v tem okviru ordinacijski čas in odmor, ki se lahko določi po eni uri začetka delovnega časa in najpozneje eno uro pred koncem delovnega časa, ter čas (1 ura) za pripravo na delo', črta.«

Sporna določba bo iz splošnega dogovora tudi formalno črtana, ko bo vlada (v okviru odločanja o spornih vprašanjih za sprejem Aneksa št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2017) o tem odločila z ustreznim sklepom.

*Peter Renčel, univ. dipl. prav.,
Zdravniška zbornica Slovenije*

Za prost dostop do javnih stranišč

Iz 456. Biltena, 22. 11. 2017

Akcija Naj javno stranišče 2017 je zaključena. V okviru akcije so organizatorji – Društvo za kronično vnetno črevesno bolezen (KVČB) – obiskali 75 občin in 54 bencinskih servisov ob avtocesti v Sloveniji. Akcijo je letos z izjavo podpore na povabilo društva podprla tudi Zdravniška zbornica Slovenije. Predsednica dr. Zdenka Čebašek - Travnik je v nagovoru na sklepni prireditvi v Rogaški Slatini spomnila, kako malo splošna javnost ve o težavah in stiskah bolnikov s KVČB in uroloških bolnikov, še posebej, ko se ti znajdejo pred zaklenjenimi ali le s kovanci dostopnimi stranišči. Odločno je pozvala vse, ki odločajo o dostopnosti do stranišč, tako občine kot podjetja na avtocestah, da je tovrstno oteževanje dostopa bolnikom nehumano in zato nedopustno.

Prijava vzporednega razpisovanja na več delovišč

Iz 457. Biltena, 30. 11. 2017

Zdravniška zbornica Slovenije na pobudo in v sodelovanju s sindikatom Praktikum objavlja vzorca dopisov, s katerima lahko zdravniki na primarni ravni svoje delodajalce opozarjajo na nedopustnost njihovega vzporednega razpisovanja v dežurno službo, službo nujne medicinske pomoči in mrliško pregledno službo ob rednem ambulantnem delu.

Na voljo sta vzorec dopisa, ki ga zdravnik v lastnem imenu (po predhodnem vnosu konkretnih podatkov) naslovi na delodajalca, ter splošni dopis, ki ga zdravnik na delodajalca lahko naslovi anonimno, brez razkritja svoje identitete.

Oba dopisa omogočata poseganje vanju z namenom prilagajanja konkretnim situacijam (npr. izločitev zapisa, ki se nanaša na mrliško pregledno službo, kjer to ni aktualno).

Prav tako lahko podate anonimno prijavo vašega delodajalca. Vsi ti obrazci so na voljo na spletni strani: <https://www.zdravniskazbornica.si/zbornica-za-vas/prijava-razpisovanja-na-vec-delovisic>

Imate predlog za projekt?

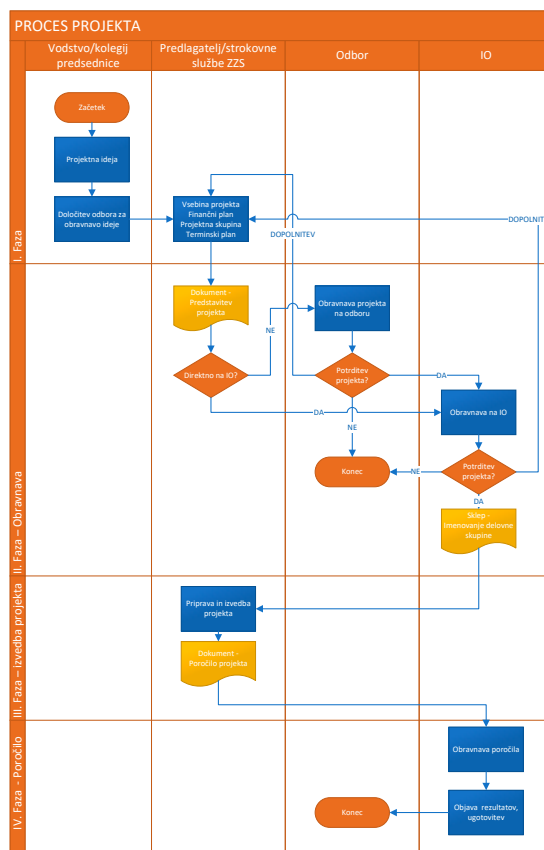
*Iz 457. Biltena,
30. 11. 2017*

V zadnjem času se pojavlja vse več pobud s strani članov in skupin članov za izvedbo projektov v sodelovanju z zbornico.

V ta namen je zbornica oblikovala shemo delovnega procesa za projekte, ki jo je izvršilni odbor (IO) zbornice potrdil na seji 16. novembra, zato izvedba projektov od tega dne dalje poteka po postopku, kot izhaja iz sheme.

Predlagatelj (ali skupina predlagateljev) projekta pošlje vlogo po elektronski pošti na gp@zzs-mcs.si (s pripisom: Izvedba projekta v sodelovanju z zbornico – vloga).

Vse vloge bo obravnaval kolegij predsednice in določil, kateri odbor je pristojen za njihovo obravnavo. Vloge, ki bodo odobrene, bodo šle v potrjevanje na IO. V primeru potrditve bo za izvedbo imenovana delovna skupina, ki bo zadolžena za izvedbo projekta in pripravo poročila.



Revizijsko poročilo o izzivih zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji

Žiga Novak, mag. prav., ZZS

Računsko sodišče Republike Slovenije (v nadaljevanju: RS) je oktobra 2017 objavilo revizijsko poročilo »Organizacijski in kadrovski izzivi zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji«.¹ V danem primeru je RS izvedlo revizijo smotrnosti poslovanja² in v tem okviru podalo opisno mnenje o učinkovitosti Ministrstva za zdravje (v nadaljevanju: ministrstvo) pri urejanju področja sistema zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji. Glavno vprašanje revizije je bilo, ali je bilo ministrstvo v obdobju od 1. 1. 1992 do 1. 6. 2016 učinkovito pri urejanju področja sistema zdravstvenega varstva v delu, ki se nanaša na opravljanje zdravstvene dejavnosti, predvsem na organiziranost zdravstvene dejavnosti in njeno kadrovske pokritost.

RS je presodilo, da ministrstvo na revidiranem področju *ni bilo učinkovito*. V nadaljevanju bom predstavil nekaj ključnih ugotovitev, ki jih je RS očitelo ministrstvu.

Analiza predhodnih revizijskih poročil

Kot prvo je RS analiziralo vseh 46 revizij pravilnosti in smotrnosti poslovanja ministrstva, ki so bile v preteklosti že opravljene. V okviru revizij pravilnosti poslovanja je RS največkrat ugotovilo, da ministrstvo ni korektno izvrševalo določil Zakona o investicijah v javne zdravstvene zavode, katerih ustanovitelj je Republika Slovenija,³ ter zakonodaje o javnih naročilih.⁴ Tudi v primeru revizij smotrnosti poslovanja je RS ugotovilo, da se kljub različnim revizijskim vprašanjem določene ugotovitve in tveganja ponavljajo vedno znova.⁵

Določanje mreže javne zdravstvene službe

Zakon o zdravstveni dejavnosti (v nadaljevanju: ZZDej)⁶ je leta 1992 določil, da se zdravstvena dejavnost opravlja kot javna služba v

okviru mreže javne zdravstvene službe, merila za postavitev le-te pa se določijo s planom zdravstvenega varstva Republike Slovenije. Mrežo javne zdravstvene službe na primarni ravni določa in zagotavlja občina oz. mesto, na sekundarni in terciarni ravni pa jo zagotavlja Republika Slovenija. Dalje je ZZDej leta 1992 določil, da mora javna zdravstvena mreža do sprejetja resolucije delovati največ v obstoječem obsegu, pri tem pa je do sprejema meril prepovedal investicije v nove prostorske zmogljivosti.

Verjetno je po 25-letni praksi že odveč govoriti o stanju na področju vzpostavljanja mreže javne zdravstvene službe na sekundarni in terciarni ravni, vendar je tudi RS ugotovilo, da ministrstvo v zvezi s tem področjem ni izvajalo svojih pristojnosti, saj je bil prvi plan zdravstvenega varstva (oz. resolucija) sprejet šele maja 2000, z veljavnostjo do leta 2004.⁷ Ob upoštevanju zgoraj navedenega je jasno, da se do leta 2000 mreža javne zdravstvene službe ne bi smela širiti, ne bi se smele podeljevati koncesije, niti se ne bi smele spreminjati zdravstvene dejavnosti v javnih zdravstvenih zavodih. Na podlagi pregledane dokumentacije je RS ugotovilo, da so se koncesije podeljevale že pred letom 2000, kar pomeni spremembo javne zdravstvene mreže brez ustrezne pravne in strokovne podlage.⁸ Prav tako je RS ugotovilo, da ministrstvo iz več razlogov ni imelo nadzora nad vrsto zdravstvene dejavnosti, ki jo izvajajo javni zavodi, s tem pa je bilo le-tem dejansko dopuščeno, da sami določajo javno zdravstveno mrežo. RS je ugotovilo, da ministrstvo ne vodi evidence o dejavnostih, ki jih opravljajo bolnišnice, niti nima neposrednega dostopa do evidenc, ki jih vodi Nacionalni inštitut za javno zdravje (v nadaljevanju: NIJZ). Pri tem je posebej izpostavljena evidenca Baza podatkov o izvajalcih zdravstvenih storitev (BPI), ki služi načrtovanju in spremljanju mreže javne zdravstvene službe in je po oceni RS ključna z vidika organizacije zdravstvene dejavnosti v okviru javne zdravstvene mreže. Na podlagi

dejstva, da ministrstvo nima zadostnega pregleda nad vrstami zdravstvenih dejavnosti, ki jih opravljajo bolnišnice, niti nad spreminjanjem dejavnosti, ter dejstva, da ministrstvo nima pregleda nad mrežo javne zdravstvene službe na sekundarni ravni, je RS ugotovilo, da nima ustrezne podlage za podporo vladi pri določanju mreže javne zdravstvene službe.

Nedvomno je omembe vredno, da je lani v zakonodajnem postopku sprejemanja Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravniški službi,⁹ na ugotovitve Zakonodajno-pravne službe Državnega zbora Republike Slovenije, da mreža javne zdravstvene službe ni vzpostavljena, ministrstvo pavšalno odgovarjalo, da »mrežo javne zdravstvene službe predstavljajo javni zdravstveni zavodi ter pravne in fizične osebe, ki zdravstveno dejavnost opravljajo na podlagi koncesije«, vendar pa vzpostavljane mreže javne zdravstvene službe ni tako enostavno, kot želi prikazati ministrstvo.

Zaskrbljujoče število nepravilnosti je razvidno tudi na področju dovoljenj za opravljanje zdravstvene dejavnosti ter koncesij. RS je ugotovilo, da ministrstvo ne razpolaga niti z evidenco, iz katere bi bilo razvidno, koliko koncesij je bilo podeljenih na primarni ravni, niti ne z dokumentacijo, ki bi omogočala vzpostavitev take evidence. Dodatno ni urejena tudi dokumentaci-

ja o podeljenih koncesijah na sekundarni ravni, prav tako pa tudi za sekundarno raven ne obstaja evidenca podeljenih koncesij. Ugotovljene so bile tudi nepravilnosti v samem postopku podeljevanja koncesij na sekundarni ravni, saj podeljevanja ne potekajo transparentno, po vnaprej predpisanih postopkih, stranke v teh postopkih pa niso obravnavane enako. Kot zanimivost je treba izpostaviti, da je RS našlo celo primer, da je ministrstvo sklenilo pogodbo o koncesiji z osebo, ki ji pred tem ni podelilo koncesije. V zvezi z dovoljenji za opravljanje zdravstvene dejavnosti je RS ugotovilo, da ministrstvo nima pregleda nad stanjem na tem področju, prav tako pa nima točne in popolne evidence o podeljenih dovoljenjih.

Financiranje zdravstvene dejavnosti

RS je v tem delu kot ključno izpostavilo vlogo, ki jo ima ministrstvo v procesu sprejemanja splošnega dogovora. Ministrstvo po eni strani v procesu sprejemanja splošnega dogovora nastopa kot enakopraven partner, po drugi strani pa pripravlja gradiva vlade za potrebe arbitražnih postopkov v procesu sprejemanja splošnega dogovora, kar ministrstvo postavlja v neenakopraven položaj v razmerju do ostalih pogodbenih partnerjev. Dalje je v pristojnosti

ministrstva tudi izvajanje nadzora nad zakonitostjo delovanja Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZZS) in namembnostjo rabe sredstev za financiranje zdravstvenih programov in storitev. Navedeno dejansko pomeni, da je ministrstvo pristojno tudi za nadzor nad izvajanjem splošnega dogovora, vendar je RS ugotovilo, da ministrstvo v praksi tega nadzora ne izvaja.

Nadzor nad opravljanjem zdravstvene dejavnosti

Kakor že omenjeno v prejšnjem odstavku, ima ministrstvo tudi pristojnost nadzora nad zakonitostjo delovanja ZZZS, vendar pa od leta 2008, odkar ta pristojnost obstaja, tak nadzor še ni bil izveden. Poleg tega sodi v pristojnost ministrstva nadzor nad nalogami, ki jih zbornice izvajajo kot javno pooblastilo, vendar tudi na tem področju ministrstvo sistematičnih nadzorov ne izvaja. Kot razlog navaja pomanjkanje kadra in manj primerno kadrovsko strukturo zaposlenih ter pomanjkljivo zakonodajo na tem področju, kar ob upoštevanju dejstva, da je Vlada Republike Slovenije eden izmed upravičenih subjektov, ki lahko v Državnem zboru Republike Slovenije predlagajo spremembe zakonodaje, ni opravičljiv argument. Posreden nadzor nad izvajanjem nalog, ki so na zbornice prenesene z javnimi pooblastili, ministrstvo izvaja preko izdajanja splošnih aktov zbornic¹⁰ in mesečnega poročanja o izvajanju javnih pooblastil, kjer je zajeto tudi poročilo o strokovnih nadzorih, ki jih izvede Zdravniška zbornica Slovenije.

Kadrovska pokritost v zdravstveni dejavnosti

RS ugotavlja, da ministrstvo ocenjuje jasno analizo stanja in napovedjo prihodnjih dolgoročnih kadrovskih

1 Celotno besedilo dosegljivo na spletni strani RS: <http://www.rs-rs.si>.

2 V pristojnost RS sodi izvajanje revizij pravilnosti poslovanja ter revizij smotrnosti poslovanja. Izrek mnenja o učinkovitosti spada v revizijo smotrnosti poslovanja.

3 Uradni list RS, št. 90/15; ministrstvo npr. ni korektno nadzorovalo, ali javni zdravstveni zavodi odvajajo del amortizacije javnih zdravstvenih zavodov na poseben račun pri ministrstvu.

4 Ministrstvo ni izbralo ustreznega postopka javnega naročila, določilo prekratek rok za zbiranje ponudb

5 Npr. javna zdravstvena mreža, sistem financiranja zdravstvenega stanja, spremljanje stanja in vodenje evidenc ...

6 Uradni list RS, št. 9/92.

7 Naslednja resolucija je bila sprejeta leta 2008, z veljavnostjo do leta 2013, zadnja pa leta 2016, z veljavnostjo do leta 2025.

8 Pri čemer je treba opozoriti, da zaradi nepopolnosti in neprimerljivosti evidenc ministrstva ni mogoče ugotoviti natančnih podatkov o številu podeljenih koncesij.

9 Uradni list RS, št. 40/17.

10 Navedeno je razvidno pri postopku sprejemanja Pravilnika o vrstah, vsebini, trajanju in poteku specializacij zdravnikov, ki ga je skupščina Zdravniške zbornice Slovenije sprejela na svoji seji 25. 10. 2017, ministrstvo pa je nanj imelo pripombe, ki jim zdravniška zbornica, kot predstavnica stroke, ni želela slediti, zato pravilnik ni bil uveljavljen do datuma, ki ga je določil Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravniški službi (21. 11. 2017).

potreb ni pripravljalo, niti ni te naloge preneslo na katerega izmed drugih deležnikov v sistemu zdravstvenega varstva. Da bi deležniki, ki sodelujejo pri izobraževanju in usposabljanju kadra v zdravstvu, v prihodnjih letih lahko zagotovili dovolj zdravstvenega kadra, RS ocenjuje, da bi ministrstvo moralo poznati kratkoročne in dolgoročne kadrovske potrebe. Na tej podlagi je RS zaključilo, da ministrstvo nima pregleda nad izkoriščeno stjo zdravstvenega kadra.

Končno mnenje RS

Kakor že omenjeno, je RS revizijsko poročilo sklenilo z ugotovitvijo, da ministrstvo ni učinkovito urejalo

področja sistema zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji v delu, ki se nanaša na organiziranost in kadrovske pokritost zdravstvene dejavnosti. RS je prepoznalo, da je ministrstvo sicer že začelo izvajati določene aktivnosti za ustrežnejšo ureditev danega področja, vseeno pa mora ministrstvo v roku 90 dni po prejemu revizijskega poročila (v začetku januarja) predložiti odzivno poročilo, s katerim mora izkazati popravljalne ukrepe za odpravo ugotovljenih nesmotnosti.

Kako naprej?

RS je v času od izdaje revizijskega poročila o organiziranosti zdravstve-

nega varstva v Republiki Sloveniji do danes izdalo tudi revizijsko poročilo o obravnavi problematike raka prostate, v katerem je ministrstvu spet očitalo nekatere težave. Z zaskrbljenostjo pričakujemo tudi revizijsko poročilo o uspešnosti izvajanja projekta eZdravje, v katerem kot revidiranca nastopata ministrstvo in NIJZ. Na Zdravniški zbornici Slovenije upamo, da bo ministrstvo korektno pristopilo k reševanju izpostavljenih težav, korektno predvsem v razmerju do vseh vpletenih deležnikov v sistemu zdravstvenega varstva, tako posameznih zdravstvenih delavcev, koncesionarjev kot tudi zbornic in ostalih deležnikov.

Podaljševanje licenc

Ivana Paradžik, dipl. upr. org., ZZS

Ena izmed nalog, ki jo Zdravniška zbornica Slovenije (v nadaljevanju: zbornica) na podlagi 71. člena Zakona o zdravniški službi opravlja kot javno pooblastilo, je podaljševanje licenc.

Licenca je javna listina, ki se podeli za določen čas, dobo sedmih let, s katero zdravnik oz. zobozdravnik (v nadaljevanju: zdravnik) dokazuje svojo strokovno usposobljenost za samostojno opravljanje zdravniške službe. Brez veljavne licence (in vpisa v register zdravnikov) namreč ni mogoče samostojno opravljati zdravniške službe na posameznem strokovnem področju.

Licenca mnogim zdravnikom ne predstavlja le osnovnega dovoljenja za samostojno opravljanje zdravniške službe, po izkušnjah jim predstavlja veliko več – zaupnico. Razumeti pa je treba, da je postopek podaljšanja licence poleg pravnega dela hkrati tudi postopek, s pomočjo katerega vzdržujemo raven strokovne usposobljenosti slovenskih zdravnikov, zato

ima zdravnik med sodelovanjem v postopku na nek način tudi družbeno odgovornost.

Postopki podaljšanja licenc prispevajo k zagotavljanju varne in strokovne obravnave pacientov pod okriljem le strokovno usposobljenih slovenskih zdravnikov in zobozdravnikov.

Veljavna licenca posameznega zdravnika tako pacientom predstavlja izhodišče zaupanja v zdravnika. Zdravniku licenca daje pravico do samostojnega opravljanja dela in ga hkrati poziva k odgovornosti do svojega poklica – poziva ga k stalnemu strokovnemu izobraževanju, nenehnemu nadgrajevanju svojega znanja in ohranjanju strokovne usposobljenosti na področju, za katerega mu je bila licenca podeljena.

Zbornica vodi postopke podaljšanja licence v

skladu z veljavno zakonodajo (na podlagi določil Zakona o splošnem upravnem postopku) in podzakonskim aktom, kateremu so dali vsebino prav predstavniki zdravnikov (člani zborničnih odborov in poslanci).



Pravna podlaga

Licenca za samostojno opravljanje zdravniške službe je enostranski in oblastni posamični upravni akt, ki nosilcu podeljuje javnopravno upravičenje in spreminja njegov pravni položaj. Z Zakonom o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 58/08, 107/10 – ZPPKZ, 40/12 – ZUJF, 88/16 – ZdZPZD in 40/17 in 64/17 – ZZDej-K, v nadaljevanju: ZZdrS) in Pravilnikom o zdravniških licencah (Uradni list RS, št. 48/15, v nadaljevanju: Pravilnik) je odločanje o njeni izdaji formalno opredeljeno kot upravna zadeva (drugi odstavek 38. člena ZZdrS), ki zahteva vodenje upravnega postopka. V njem se subsidiarno ravna po Zakonu o splošnem upravnem postopku (Uradni list RS, št. 24/06 – uradno prečiščeno besedilo, 105/06 – ZUS-1, 126/07, 65/08, 8/10 in 82/13, v nadaljevanju: ZUP), v kolikor z ZZdrS posamezna postopkovna pravila niso urejena drugače. Pravilnik o zdravniških licencah, ki je stopil v veljavo 18. 7. 2015, določa način in postopek podelitve, podaljšanja in odvzema licence.

Obveščanje zdravnikov o uvedbi postopka podaljšanja licence 2 leti pred njenim iztekom

O postopku podaljšanja licence zbornica pisno obvesti zdravnika 2 leti pred iztekom licence. V skladu s 23. členom Pravilnika ga obvesti o datumu izteka licence, pogojih podaljšanja licence, številu kreditnih točk na dan izdaje obvestila (2 leti pred iztekom) in o tem, da bo 2 meseca pred iztekom licence uvedla postopek podaljšanja licence po uradni dolžnosti. Zbornica ob tem obvesti zdravnika tudi o tem, da bo imel, če ne zbere zadostnega števila kreditnih točk, v postopku podaljšanja licence možnost predložiti manjkajoča dokazila o strokovni usposobljenosti.

Uvedba postopka podaljšanja licence – po uradni dolžnosti

Zbornica v skladu s 24. členom Pravilnika 2 meseca pred iztekom licence po uradni dolžnosti uvede postopek podaljšanja licence za zdravnika, ki je vpisan v register zdravnikov. Ker je postopek uveden po uradni dolžnosti, zdravniku ni treba vložiti vloge za podaljšanje licence.

Pogoji za podaljšanje licence

V skladu z 10. členom Pravilnika mora zdravnik za podaljšanje licence izpolnjevati dva pogoja:

1. Zdravnik mora v iztekajoči dobi sedmih let, kot dokaz strokovne usposobljenosti, za podaljšanje licence zbrati **najmanj 75 kreditnih točk**.

Zdravnik vsaj 50 potrebnih točk pridobi na strokovnem področju, za katerega mu je bila podeljena licence, ter vsaj 5 potrebnih točk s področij varnosti pacientov in kakovosti zdravstvene obravnave, etike in komunikacije. V skladu s 33. členom Pravilnika se ta določba (2. odstavek 10. člena Pravilnika), ki se nanaša na pridobivanje točk s področij varnosti pacientov in kakovosti zdravstvene obravnave, etike in komunikacije, za vsakega posameznega zdravnika začne uporabljati z nastopom njegovega prvega novega sedemletnega licenčnega obdobja po uveljavitvi Pravilnika (od 18. 7. 2015 dalje).

Poklicna odgovornost zdravnikov zahteva stalno in aktivno učenje ves čas njihovega strokovnega delovanja. Ves čas svojega poklicnega dela so dolžni izbirati programe stalnega podiplomskega izpopolnjevanja, ki so skladni z njihovimi poklicnimi potrebami in napredkom stroke.

Namen stalnega podiplomskega izpopolnjevanja je ohranjanje, posodabljanje, poglobljanje in širjenje strokovnega znanja zdravnikov ter izpopolnjevanje in učenje strokovnih

veščin, odnosa do bolnika, do javnosti in do svojega poklica.

2. Poleg zadostnega števila kreditnih točk mora zdravnik izpolnjevati pogoj, da je **v iztekajočem licenčnem obdobju opravljal zdravniško službo na strokovnem področju, za katerega mu je bila podeljena licence, oz. jo je opravljal v vsebini in obsegu, ki zagotavljata njegovo strokovno usposobljenost za delo na tem področju**.

Da zdravnik ohranja svojo strokovno usposobljenost in klinične veščine na visoki ravni, se z njegove strani, poleg stalnega podiplomskega izpopolnjevanja, zahteva tudi delo v praksi oz. vpetost v stroko, kar je moč doseči predvsem z rednim opravljanjem zdravniške službe na področju, za katerega ima zdravnik licenco. Skladno z navedenim je strokovna usposobljenost zdravnika, ob rednem strokovnem izpopolnjevanju, pogojena s kontinuiranim delom na strokovnem področju.

Register zdravnikov – izhodiščna podatkovna baza

Za izvajanje z zakonom določenih nalog zbornica o zdravnikih v Republiki Sloveniji zbira, evidentira, obdeluje, shranjuje, posreduje in uporablja podatke. V skladu s 24. členom Pravilnika o zdravniškem registru (Uradni list RS, št. 35/00, 57/00 – popr., 43/04 in 31/10) mora zdravnik obvestiti zbornico o vsaki spremembi podatkov, navedenih v 6. členu Pravilnika o zdravniškem registru (med katere sodi tudi naziv in naslov zdravniškega delovnega mesta), v 30 dneh po nastopu spremembe.

Register zdravnikov, ki ga zbornica na podlagi ZZdrS vodi kot javno pooblastilo, je izhodiščna podatkovna baza za ugotavljanje izpopolnjevanja pogojev za podaljšanje zdravnikove licence. Dolžnost članov zbornice je, da jo vestno in pravočasno obvestijo o spremembi osebnih podatkih, ki jih

vodi register zdravnikov. Za sam postopek podaljšanja licence pa je ključen podatek o nazivu in naslovu delovnega mesta, kjer je zdravnik zaposlen, oz. kronološki zapis zdravnikove zaposlitve v celem licenčnem obdobju.

Uvedba postopka podaljšanja licence – avtomatično podaljšanje licence ali zaprosilo za predložitev dokazil

Za zdravnika, ki je vpisan v register zdravnikov, zbornica 2 meseca pred iztekom zdravnikove licence uvede postopek podaljšanja licence po uradni dolžnosti.

V skladu z določili 24. člena Pravilnika, zbornica ob uvedbi postopka vpogleda v evidenco zbranih kreditnih točk zdravnika, v podatke o zdravniku v registru zdravnikov ter v ostale podatke o zdravniku, s katerimi razpolaga.

Zdravniku, ki na dan uvedbe postopka izpolnjuje pogoje za podaljšanje licence, določene v 10. členu Pravilnika, zbornica podaljša licenco po uradni dolžnosti. Odločbo o podaljšanju licence zdravniki prejmejo osebno po pošti v skladu z določili Zakona o splošnem upravnem postopku.

Če zbornica ob uvedbi postopka ugotovi, da zdravnik v iztekajočem licenčnem obdobju ni zbral zadostnega števila kreditnih točk (vsaj 75), zdravnika z dopisom zaprosi, naj v postopku predloži morebitna dodatna dokazila o svoji strokovni usposobljenosti (za pridobitev kreditnih točk), oz. ga zaprosi, naj zbornici sporoči, katera dokazila do izteka licence še pričakuje in kdaj jih bo pridobil.

Če zbornica ob uvedbi postopka ugotovi, da iz registra zdravnikov ni razviden podatek o vsebini in obsegu zdravnikovega dela na strokovnem področju, za katerega mu je bila podeljena licenca, ravna v skladu z ZUP (načelo materialne resnice). Ta določa, da

je v postopku treba ugotoviti resnično dejansko stanje in v ta namen ugotoviti vsa dejstva, ki so pomembna za zakonito in pravilno odločbo, tj. ali je zdravnik v iztekajočem licenčnem obdobju opravljal zdravniško službo na strokovnem področju, za katerega mu je bila podeljena licenca, oz. jo je opravljal v vsebini in obsegu, ki zagotavlja njegovo strokovno usposobljenost za delo na tem področju. V tem primeru zbornica zdravnika pisno zaprosi, naj v postopku predloži opis strokovnega dela v iztekajočem sedemletnem licenčnem obdobju, iz katerega naj bo razvidna vsebina in obseg zdravnikovega strokovnega dela na strokovnem področju, na tedenski ali mesečni ravni (potrdilo delodajalca, ki potrjuje vsebino in obseg zdravnikovega dela).

V nadaljevanju predstavljamo nekaj osnovnih primerov, ko iz registra zdravnikov ni jasno razviden podatek o vsebini in obsegu zdravnikovega dela za iztekajoče licenčno obdobje in v katerih bo zdravnik ob uvedbi postopka vabljen k predložitvi zgoraj navedenega dokazila o vsebini in obsegu svojega dela:

- **Zdravniki s statusom upokojenca.** V registru zdravnikov se izpad podatka o zaposlitvi zdravnika zgodi vselej takrat, ko zdravnik pridobi status upokojenca, saj se v tistem trenutku prekine redno delovno razmerje. Upokojeni zdravnik je seveda lahko po podjemni pogodbi še vedno aktiven na svojem strokovnem področju in zdravniško službo nepretrgano opravlja še naprej, v manjšem delovnem obsegu, a register zdravnikov teh podatkov ne beleži. V tem primeru iz registra zdravnikov ni razvidno, ali je zdravnik v iztekajočem licenčnem obdobju opravljal zdravniško službo na strokovnem področju, za katerega mu je bila podeljena licenca, oz. ali jo je opravljal v vsebini in obsegu, ki zagotavlja njegovo strokovno usposobljenost za delo na tem področju.

- **Zdravniki imetniki dveh ali več veljavnih licenc.** Skladno z določilom 12. člena Pravilnika mora zdravnik, v kolikor ima dve ali več licenc, za podaljšanje vsake od njih izpolnjevati pogoje iz 10. člena istega Pravilnika. V primeru, ko ima zdravnik veljavni dve ali več licenc, iz registra zdravnikov ob uvedbi postopka ni razvidno, ali je zdravnik v iztekajočem licenčnem obdobju opravljal zdravniško službo na področju licence, za katero je zbornica uvedla postopek podaljšanja. Register zdravnikov običajno pri posameznem zdravniku navaja le eno, primarno zdravstveno ustanovo, v kateri je zdravnik redno zaposlen, ni pa nedvomno razvidno, na področju katere licence oz. na področju katere stroke je zdravnik v iztekajočem licenčnem obdobju opravljal zdravniško službo ter v kolikšnem obsegu jo je opravljal. Prav tako ni razvidno, ali zdravnik znotraj zdravstvene ustanove, v kateri je zaposlen, opravlja zdravniško službo na obeh področjih, za kateri ima veljavni licenci.
- **Zdravniki, zaposleni v tujini.** Register zdravnikov tudi v tem primeru ne beleži podatka o zdravnikovi zaposlitvi, področju ter obsegu njegovega dela. V postopku zdravnik, skladno z zaprosilom zbornice, predloži dokazila o vsebini in obsegu dela v tujini.
- **Zaposlitev v podjetju ali instituciji, kjer delovno mesto vsebinsko ne sovпада z zdravnikovo stroko ali poklicem zdravnika.** V določenih primerih register zdravnikov pri zdravniku navaja zaposlitev, v okviru katere je jasno, da ta zdravniku ne omogoča opravljanja zdravniške službe na strokovnem področju, za katerega mu je bila podeljena licenca.
- **Izpad podatka o zaposlitvi.** Beležimo tudi primere, ko register zdravnikov enostavno nima

podatka o zdravnikovi aktualni zaposlitvi.

Ker je vodenje postopka podaljšanja licence upravna zadeva, vodi zbornica postopek dosledno v skladu z določili ZUP.

V kolikor predložena dokumentacija zdravnika (opis strokovnega dela v iztekajočem sedemletnem licenčnem obdobju in potrdilo njegovega delodajalca, iz katerega sta razvidna vsebina in obseg zdravnikovega dela na teden oz. mesec), za katero ga je zbornica ob uvedbi postopka zaradi pomanjkljivih oz. nejasnih podatkov iz registra zdravnikov ali nejasne razčlenitve obsega zdravnikovega strokovnega dela predhodno pisno zaprosila, nedvomno izkazuje, da je zdravnik v iztekajočem licenčnem obdobju opravljal zdravniško službo na strokovnem področju, v vsebini in obsegu, ki zagotavlja njegovo strokovno

usposobljenost za delo na tem področju, zbornica zdravniku licenco podaljša. Odločbo o podaljšanju licence zdravniku prejmejo osebno po pošti v skladu z določili ZUP.

V primeru, ko iz predložene zdravnikove dokumentacije ni jasno razvidno dejansko stanje o tem, ali je zdravnik v iztekajočem licenčnem obdobju opravljal zdravniško službo na strokovnem področju, v vsebini in obsegu, ki zagotavlja njegovo strokovno usposobljenost, ter je za presojo tega vprašanja potrebno pridobiti strokovno znanje, s katerim uradna oseba, ki vodi postopek, ne razpolaga, se v skladu s 189. členom ZUP opravi dokaz z izvedenci. Za izvedence se v skladu s 190. členom ZUP določijo osebe, ki imajo strokovno znanje, ki je potrebno za razjasnitev stanja stvari. V postopkih podaljšanja licence so to običajno nacionalni

koordinatorji specializiranih področij. V skladu z določili ZUP zbornica zdravnika pisno obvesti o nameri določitve izvedenca v postopku podaljšanja licence ter zdravniku ponudi možnost, da se izreče o navedenem izvedencu.

V posebnem ugotovitvenem postopku zbornica pridobi pisno izvedensko mnenje strokovnega izvedenca o tem, ali je zdravnik v iztekajočem licenčnem obdobju opravljal zdravniško službo na strokovnem področju v zadostni vsebini in obsegu, ki zagotavlja njegovo strokovno usposobljenost za delo na tem področju. Zdravnik se ima, kot stranka v upravnem postopku, možnosti izreči o vseh dejstvih in okoliščinah, ki so pomembne za razrešitev vprašanja, izreče se tudi o pridobljenem strokovnem izvedenskem mnenju. Če je v postopku ugotovljeno, da

Najpogostejša vprašanja zdravnikov v postopkih podaljšanja licence:

Vprašanje zdravnika: *Licenca se mi izteče decembra 2018. Ali moram do takrat za podaljšanje licence pridobiti tudi 5 kreditnih točk s področja varnosti pacientov in komunikacije?*

Odgovor: Ker se je licenčno obdobje zdravnika začelo v času veljavnosti predhodnega Pravilnika o zdravniških licencah (Uradni list RS, št. 109/99, 107/00, 45/02, 44/04, 136/06 in 25/10), zdravniku v licenčnem obdobju od decembra 2011 do decembra 2018 ni treba pridobiti vsaj 5 potrebnih točk s področij varnosti pacientov in kakovosti zdravstvene obravnave, etike in komunikacije. Bo pa to določilo za zdravnika veljalo v prihodnjem licenčnem obdobju.

V skladu z 10. členom veljavnega Pravilnika (veljavnost od 18. 7. 2015) mora zdravnik za podaljšanje licence zbrati vsaj 75 kreditnih točk. Od 75 kreditnih točk jih vsaj 50 pridobi na strokovnem področju, za katerega mu je bila podeljena licenca, ter vsaj 5 potrebnih točk s področij varnosti pacientov in kakovosti zdravstvene obravnave, etike in komunikacije. Ta določba se, v skladu s 33. členom Pravilnika, za vsakega posameznega zdravnika začne uporabljati z nastopom njegovega prvega novega sedemletnega licenčnega obdobja po uveljavitvi Pravilnika o zdravniških licencah, tj. od 18. 7. 2015 dalje.

Vprašanje zdravnika: *Čez pol leta se mi izteče licenca na strokovnem področju. Ali moram vložiti vlogo za podaljšanje licence?*

Odgovor: Vloge vam ni treba vložiti, saj zbornica za zdravnika, ki je vpisan v register zdravnikov, postopek podaljšanja licence uvede po uradni dolžnosti, in sicer 2 meseca pred njenim iztekom.

Vprašanje zdravnika: *Odhajam v tujino. Ker zdravniškega poklica v Sloveniji vsaj do leta 2025 ne bom opravljal, se želim za čas svoje odsotnosti izbrisati iz registra zdravnikov. Licenco imam podaljšano do 3. 9. 2023. Zanima me, kaj moram storiti, da bom kljub temu deležen postopka podaljšanja moje licence?*

Odgovor: ZZdrS določa, da sme zdravnik samostojno opravljati zdravniško službo, če poleg pogojev, določenih z delovnopravnimi in drugimi predpisi, izpolnjuje tudi posebne pogoje: imeti mora ustrezno izobrazbo in usposobljenost (kvalifikacija), biti vpisan v register zdravnikov, imeti dovoljenje za samostojno opravljanje zdravniške službe na določenem strokovnem področju – licenco. Nadalje Pravilnik v 24. členu določa, da zbornica uvede postopek podaljšanja licence po uradni dolžnosti za zdravnika, ki je vpisan v register.

V kolikor želite kljub odhodu v tujino svojo licenco podaljšati oz. jo ohraniti, se morate nekaj mesecev pred iztekom vaše licence ponovno vpisati v register zdravnikov pri zbornici. Ne glede na kraj, v katerem zdravnik živi, mora zdravnik za podaljšanje licence na strokovnem področju, za katerega mu je bila podeljena licenca v Sloveniji, izpolnjevati pogoje, ki jih določa 10. člen Pravilnika. Po ponovnem vpisu v register zdravnikov zbornici zato predložite tudi dokazila o vaših strokovnih dosežkih, ki ste jih kot dokaz strokovne usposobljenosti prejeli v licenčnem obdobju. Navedene predložene strokovne vsebine bo zbornica ocenila za pridobitev potrebnih kreditnih točk. Glede na to, da v času vašega bivanja in dela v tujini ne bomo razpolagali s podatki o vsebini in obsegu vašega dela na strokovnem področju v času vašega licenčnega obdobja, vas bo zbornica ob uvedbi postopka, 2 meseca pred iztekom licence, zaprosila za predložitev opisa vašega strokovnega dela v iztekajočem sedemletnem licenčnem obdobju, iz katerega naj bo razvidna vsebina in obseg vašega strokovnega dela na strokovnem področju, na tedenski ali mesečni ravni, s predloženim potrdilom delodajalca, ki potrjuje vsebino in obseg zdravnikovega dela.

Vprašanje zdravnika: *Ali moramo tudi upokoje-ni zdravniki izpolnjevati pogoje za podaljšanje licence?*

Odgovor: Da. Zakon o zdravniški službi kot materialni predpis določa pogoje za pridobitev licence ter tudi okvirne pogoje za podaljšanje licence, hkrati pa potem tudi glede podaljšanja licence napotuje na podzakonski

predpis – Pravilnik. Slednji v 10. členu določa pogoje za podaljšanje licence, pri čemer ne navaja kategoriziranih statusov zdravnikov, prav tako kot tudi ne navaja različnih nivojev strokovne usposobljenosti. Ker je smisel podelitve in posledično tudi podaljšanja licence strokovna usposobljenost zdravnika za samostojno opravljanje zdravniške službe, so pogoji za podelitev in posledično tudi za podaljšanje licence enotni.

Vprašanje zdravnika: *Licenca na strokovnem področju se mi izteče dne 8. 8. 2019 in želim vas obvestiti, da licence ne želim podaljševati.*

Odgovor: Zbornica bo vaše obvestilo shranila in o tem naredila uradni zaznamek v svoji evidenci. Ker je postopek podaljšanja licence za zdravnike, ki so vpisani v register zdravnikov, začet po uradni dolžnosti, bo zbornica postopek podaljšanja licence uvedla kljub vašemu pisnemu obvestilu, da licence ne želite podaljšati. Ob uvedbi postopka vam bo omogočeno izkazati, ali boste pri svojem zahtevku vztrajal – v ta namen boste s strani zbornice prejeli dopis. V primeru, da boste pri svojem zahtevku vztrajali, bo zbornica štela, da ne izkazuje interesa po nadaljevanju postopka podaljšanja licence, ter v skladu s četrtem odstavkom 135. člena ZUP postopek podaljšanja vaše licence po uradni dolžnosti s sklepom ustavila.

V kolikor v času uvedbe postopka podaljšanja licence (2 meseca pred iztekom vaše licence) ne boste vpisani v register zdravnikov, zbornica ne bo uvedla postopka podaljšanja vaše licence. Navedeno pomeni, da vaša licenca ne bo podaljšana.

je zdravnik v iztekajočem licenčnem obdobju opravljal zdravniško službo na strokovnem področju v vsebini in obsegu, ki zagotavlja njegovo strokovno usposobljenost za delo na tem področju, mu zbornica licenco podaljša ter izda odločbo o podaljšanju licence.

Preizkus strokovne usposobljenosti

Ko zdravnik ne izpolnjuje pogojev, določenih v 10. členu Pravilnika, za podaljšanje licence na področju, za katerega mu je bila podeljena, mu je v skladu z istim členom Pravilnika omogočeno, da za podaljšanje licence opravi preizkus strokovne usposobljenosti.

Na preizkus strokovne usposobljenosti se zdravnik prijavi tako, da zbornici predloži izpolnjeno prijavnico. Po prejeti prijavnici na preizkus strokovne usposobljenosti zbornica opravljanje preizkusa naloži s sklepom, s katerim določi datum in kraj preizkusa ter tričlansko komisijo.

Komisija o poteku preizkusa strokovne usposobljenosti vodi in zapiše zapisnik, pri čemer navede, da je zdravnik uspešno opravil preizkus in pri njem ni potrebno dodatno strokovno usposabljanje ali da zdravnik ni uspešno opravil preizkusa, zato je pri njem potrebno dodatno strokovno usposabljanje. Pri tem komisija navede področja, na katerih se mora zdravnik dodatno strokovno usposo-

bljati, in trajanje dodatnega strokovnega usposabljanja.

Dodatno strokovno usposabljanje se naloži s sklepom, s katerim se določi trajanje usposabljanja, izvajalca zdravstvene dejavnosti, pri katerem se izvaja usposabljanje, področja usposabljanja, zdravnika, ki bo spremljal in nadzoroval potek usposabljanja, ki mora izpolnjevati pogoje za mentorja specializantom (v nadaljnjem besedilu: mentor), ter datum ponovnega preizkusa. Usposabljanje lahko traja največ 12 mesecev. Po zaključku usposabljanja mentor zbornici predloži poročilo o poteku in opažanjih v času usposabljanja.

Po končanem strokovnem usposabljanju zdravnik ponovno opravlja preizkus strokovne usposobljenosti.

»Zdravniki družinske medicine pozivamo vlado k takojšnjemu in odločnemu ukrepanju«

Izjava koordinativnega telesa družinske medicine za medije in zainteresirano javnost

Koordinativno telo družinske medicine Slovenije poziva politične odločevalce, da nemudoma sprejmejo odločne ukrepe, ki bodo v najkrajšem možnem času zagotovili prebivalcem Slovenije varno in kakovostno oskrbo v družinski medicini. Vlada mora takoj zagotoviti sredstva za financiranje dodatnih timov v družinski medicini in sprejeti interventne ukrepe, ki bodo pripeljali zdravniške družinske medicine v vse kraje Slovenije, kjer jih primanjkuje. Mrežo ambulant družinske medicine za vse občine v Sloveniji je treba takoj objaviti.

V zadnjih tednih je bilo mogoče v javnih občilih zaslediti, da imajo prebivalci Slovenije v nekaterih regijah težave pri izbiri zdravnika družinske medicine. Promocija zdravja, preprečevanje in zgodnje odkrivanje in zdravljenje obolenj, še posebno pa kakovostno vodenje bolnikov s številnimi kroničnimi boleznimi, je mogoče le ob vzpostavitvi zaupanja med bolnikom in zdravnikom ter ob zagotovitvi zadostnega časa za premišljeno in strokovno ustrezno odločanje. Ob trenutnih obremenitvah takšna oskrba čedalje pogosteje postaja neuresničena želja in vir nezadovoljstva za bolnike in za zdravnike družinske medicine. Raziskave pritrjujejo zdravorazumskemu razmišljanju, da ima premalo celovita oskrba zaradi preobsežnega števila opredeljenih bolnikov lahko resne negativne posledice za zdravje. Primerno število družinskih zdravnikov dokazano zniža stroške za zdravstvo, saj se zmanjša število napotitev na sekundarno raven in število hospitalizacij.

Zdravniki družinske medicine že leta opozarjamo, da je kakovostna in varna oskrba bolnikov mogoča samo v

primeru, da ima njihov osebni zdravnik dovolj časa za celovito obravnavo vseh bolnikovih potreb, ki so v domeni zdravnika družinske medicine in njegovega strokovnega tima. Zdravniki družinske medicine v povprečju ne moremo imeti več kot 1200 opredeljenih oseb (kar preračunano pomeni ne več kot 1500 glavarinskih količnikov), če želimo, da bodo bolniki ustrezno oskrbljeni. Ukrepi, s katerimi se želi na različne načine administrativno prisiliti zdravnike, da neprenehoma sprejemajo nove prekomerne obremenitve, predstavljajo neučinkovit način reševanja krize, saj večajo tveganje za prehitre odločitve, ki so za bolnike lahko škodljive, zdravnike pa silijo v takšne delovne pogoje, ki pomembno povečujejo tveganje za nastanek napak pri zdravljenju. V številnih regijah so prisotne celo izrazito sporne prakse, v katerih zdravnike razpisujejo na več delovnih mest hkrati, tudi na takšna, kjer je potrebna brezhibna pozornost ter sprejemanje hipnih odločitev, od katerih je odvisno izboljšanje ali pa poslabšanje zdravstvenega stanja.

Tovrstni državni ukrepi že desetletja fizično onemogočajo spoštovanje veljavne zdravstvene zakonodaje, ki zdravnikom zapoveduje največjo možno strokovno skrb za bolnike. Ker je v skladu z zakonodajo organizacija osnovne ravni zdravstvenega varstva v domeni lokalnih skupnosti, mora vsaka lokalna skupnost imeti zagotovljene vire za vzpostavitev novih timov družinske medicine, ki morajo biti financirani skladno s strokovno veljavnimi normativi. Kakršnikoli izgovori na zakonske ovire ali politična nesoglasja so nesprejemljivi in nikakor ne smejo preprečiti razrešitve tako pomembne problematike, ki povzroča trpljenje številnih bolnikov

in njihovih svojcev po vsej državi. Zato je med drugim treba zagotoviti sprotno takojšnje zaposlovanje mladih specialistov družinske medicine brez birokratskih ovir, ki so vezane na programe, njihovo planiranje ali odobravanje, saj edino povečanje števila zdravnikov družinske medicine lahko zagotovi bolnikom večjo dostopnost in ustrezen čas za kakovostno in varno obravnavo njihovih težav.

Zato koordinativno telo družinske medicine enotno in odločno zahteva, da odločevalci v zdravstvu bolnikom resnično in ne le na papirju zagotovijo ustrezno dostopnost in obravnavo v ambulantah družinske medicine. Na voljo smo jim za strokovno pomoč pri pripravi strateškega in operativnega načrta, kako v najkrajšem možnem času izboljšati pogoje za najbolj ustrezno obravnavo bolnikov v družinski medicini.

V imenu koordinativnega telesa družinske medicine
Združenje zdravnikov družinske medicine, predsednica prim. izr. prof. dr. Danica Rotar Pavlič
Strokovni svet za družinsko medicino, prim. izr. prof. dr. Davorina Petek
Razširjeni strokovni kolegij za družinsko medicino, predsednik asist. dr. Aleksander Stepanović
Sindikata zdravnikov družinske medicine Slovenije PRAKTIK. UM, predsednik mag. Igor Muževič
Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, predstojnik prof. dr. Igor Švab
Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, Univerza v Mariboru, predstojnica izr. prof. dr. Zalika Klemenc Ketiš



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.

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 Rajević**, 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!

Ošpice: še vedno številni primeri smrti

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

Po podatkih SZO je v zadnjih 12 mesecih v Evropi med različnimi izbruhi ošpic umrlo vsega skupaj 35 ljudi. Največ v Romuniji, kar 31. V tej državi je tudi največ ošpic: v obdobju od avgusta 2016 do junija 2017 kar 7.000 primerov te bolezni. Nasprotno pa sta v Italiji umrla le dva

bolnika s to boleznijo, v Nemčiji in na Portugalskem pa le po en bolnik.

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

Japonska: vlada hoče preprečiti samomore

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

Japonska vlada hoče s pravnimi ukrepi proti izkoriščanju v prihodnjih 10 letih za 30 odstotkov zmanjšati velik delež samomorov. Vladni kabinet je tako sprejel ustrezen zakon, s katerim se zmanjša prekomernost nadur ter omejuje šikaniranje podrejenih (uslužbencev) s strani predpostavljenih. V primerjavi z drugimi državami G7 je samomorilnost na Japonskem najvišja. Leta 2016 je zaradi samomora umrlo 21.897 oseb; stopnja samomorilnosti je kar 18,5 samomorov na 100.000 prebivalcev. Leta 2007 je

japonska vlada prvič ukrepala proti samomorilnosti in ta se je v zadnjih letih zelo zmanjšala. Leta 2003 je bilo namreč več kot 34.400 samomorov.

Šele maja letos je ministrstvo za delo v Tokiu prvič objavilo črni seznam več kot 300 podjetij, ki pri svojih uslužbencih zahtevajo nezakonito delo v obliki nadur.

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

Novi test z genskim markerjem proti dopingu

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

Britanski raziskovalci so razvili nov test proti dopingu v športu, ki je mnogo bolj učinkovit kot dosedanji. Tako je v krvi mogoče odkriti genski marker, če športniki uživajo prepovedane snovi, kot npr. anabolike ali EPO. Test je učinkovit še več tednov potem, ko športnik preneha z dopingom. Dr. Yannis Pitsalidis, ki dela na Univerzi

Brighton, je prepričan, da bo ta novi postopek proti dopingu uporabljen že leta 2020 na olimpijskih igrah v Tokiu.

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

Senzor meri razgradnjo maščob v izdihanem zraku

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

Raziskovalci na ETH (Eidgenössische Hochschule) Zürich so razvili plinski senzor iz nanodelcev, ki v izdihanem zraku človeka lahko zazna

posamezne molekule acetona. Raziskovalci so posamezne preiskovance eno uro in pol testirali na cikloergometru. Izkazalo se je, da je produkcija

acetona pri človeku (med naporom) zelo različna. Raziskovalci bodo svojo merilno tehniko še izboljšali in poskusili meriti tudi produkcijo amoniaka.

Vir: Österreichische Ärztezeitung
št. 20, 25. oktober 2017

Salzburg: zaradi zakona se je zaostriло pomanjkanje zdravnikov

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

Anketa, opravljena v deželi Salzburg med približno 740 bolnišničnimi zdravniki, je pokazala, da trenutno skoraj 60 odstotkov zdravnikov dela (seveda po soglasju z njihovo ustanovo) več kot 48 ur na teden. Po letu 2021 to prostovoljno podaljšanje

delovnika v bolnišnicah po zakonu (KA-ÄZG) ne bo več mogoče. Nadalje je anketa pokazala, da več kot dve tretjini zdravnikov odklanja podaljšanje delovnika; nekateri bi želeli delati manj. Na temelju teh števil predsednik salzburske zdravniške zbornice

svari pred grozečim pomanjkanjem zdravnikov. Tudi zato, ker se bo na Salzburškem v prihodnjih letih približno 500 zdravnic in zdravnikov upokojilo.

Vir: Österreichische Ärztezeitung
št. 20, 25. oktober 2017

Cepljenje proti gripi: stališče odbora za cepljenje

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

Nacionalni odbor za cepljenje priporoča vsakoletno cepljenje proti gripi »... za vse, ki se želijo zaščititi«. Tako se glasi stališče ministrstva za

zdravstvo, ki se nanaša tudi na uporabo inaktiviranih štirikratnih cepiv proti gripi. Najboljši čas za cepljenje se začne s koncem oktobra.

Vir: Österreichische Ärztezeitung
št. 20, 25. oktober 2017

Opomba: Celotno stališče je na voljo na spletu pod naslovom www.aerztezeitung.at.

Kako izbrati specializacijo

Barbara Podnar, dr. med., SB Izola

barbara.podnar@gmail.com

Članek je nastal pred nekaj meseci, ko sem se sama morala odločiti, kam naj grem po zaključenem pripravništvu. Ker se mi zdi, da se o tej temi premalo govori (kot da bi bilo za vse kar od nekdanj samoumevno, kaj bomo), sem se odločila strniti svoje misli v kratek zapis. Morda v pomoč tistim, ki so ravno na razpotju, starejšim pa v spomin na burna mlada leta ...

Misli študentk in študentov medicine se med študijem vedno znova vračajo k prihodnosti. Včasih v šali, včasih kot možganske nevihte in plohe med kolegi sošolci, včasih kot neskončni »firbec«¹ tet, stricev in vseh, ki se počutijo, da to so. Včasih polne optimizma in zagnanosti, kdaj tudi nekoliko temačne in negotove. Ko diplomiramo in postanemo mladi zdravniki, se žuborenje umiri (ob sprejeti odločitvi) ali pa misli začnejo še pogostejše, morda že nadležno, trkati na vrata. Kaj bom, ko bom velik/-a?

Naj nanizam nekaj vzorcev razmišljanj ob odločanju za specializacijo (glede na osebne izkušnje in spoznanja kolegic in kolegov):

1. »Moje srce gori za gastroenterologijo (ali karkoli že).«
Ne ravno pogosto stališče. Če sodite v to skupino, potem so vam velike dileme nekaterih o poklicni poti verjetno tuje. Odlična priložnost, da si zgodaj postavite naslednje vprašanje – »Kaj narediti, da dobim želeno specializacijo?«
2. »Ah, kaj bi si postavljaj previsoke (oz. pre-specifične) cilje, ne bi bil rad razočaran.«
Čeprav morda zveni obupano, je lahko realnost. Strah, da ne bi dobili morebitne zelene specializacije, nekaterim vzame upanje in/ali pogum za odločitev. V svoji najkrajši pesmi o tej tematiki razmišlja France Prešeren – morda vam je lahko v spodbudo.²
3. »Vse me zanima.«
Vsak novi predmet na MF je novo razodetje in zaneti nov ogenj zanimanja. Taka naravnost lahko prinaša veliko svobodo (karkoli

izberem, mi je všeč), lahko pa se spremeni v gonjo za iskanjem popolne specializacije (kaj mi je najbolj všeč?).

4. »Vem, česa ne bi.«
Menda najpogostejše stališče. Omeji število možnosti, a ne privede do končne odločitve.
5. »Ne, medicina ni zame.«
Glede na to, da povprečen dijak, ki se odloči za študij medicine, verjetno (še) nima realnih predstav o bodočem poklicu, se kasneje zagotovo najde kakšen, ki ugotovi, da mu zdravniška realnost ne ustreza. (Na zdravniški zbornici in v študentskem referatu MF pravijo, da nimajo podatkov o tem, koliko študentov MF se preusmeri v nemedicinske vode. Osebnost jih nisem srečala prav veliko.)
Seznam zagotovo ni popoln. Sama sem v različnih obdobjih, včasih tudi sočasno, šla skozi večino naštetih skupin razmišljanj. Če se morda ravno sprašujete o tem, kako se odločiti za tisto pravo specializacijo, potem ste v podobni koži kot jaz pred nekaj meseci, pred pol leta ali pred tremi leti.

Vprašanje o izbiri specializacije ni samo vprašanje o izbiri interesnega področja, ampak do neke mere tudi vprašanje o izbiri načina življenja. Če torej ne veste točno, v katere vode bi se radi podali, so vam pri določitvi ožjega izbora zelenih specialnosti morebiti lahko v pomoč spodnja vprašanja.

1. Kraj ali specializacija?
Boste izbirali kraja, kjer bi radi delali, podredili izbiri specializacije, ali obratno?
2. Koliko ambulantne?
Ste radi neprenehoma v ambulantni in uživate v interakciji s pacienti ali bi vam bilo ambulantnega dela 1–2-krat na teden čisto dovolj?
3. »Ročno delo« – ja/ne?
Ste spretni in imate radi ročno delo? Koliko ročnega dela si želite? Kakšnega ročnega dela si želite? Ne pozabite, kirurgija ni edina, obstajajo tudi npr. bolj ali manj ročne veje interne medicine. Delu za računalnikom in s »papirji« se verjetno ne boste nikjer izognili.
4. Življenjski ritem
Ne potrebujete veliko spanja, imate prilagodljiv bioritem, radi ste vedno v »akciji«? Ali pa morda ne?

1. radovednost
2. Sem dolgo upal in se bal,
slovo sem upu, strahu dal;
srce je prazno, srečno ni,
nazaj si up in strah želi.

(F. Prešeren)

5. Ravni zdravstvenega varstva
Delo na vsaki izmed ravni (primarni, sekundarni, terciarni) ima svoje značilnosti – prednosti in slabosti. Kakšno delo vam bolj ustreza?
6. Študij in akademsko udejstvovanje
Bi morda nadaljevali pot z doktorskim študijem? Vas zanima akademska kariera? Vas ob misli na pisanje člankov zasrbijo prsti ali pa si česa dolgočasnejšega ne znate predstavljati?

Da bi odgovorili na taka in podobna vprašanja, je treba:

1. imeti vsaj orientacijsko predstavbo o tem, kakšno je delo zdravnikov v različnih ustanovah in v različnih specialnostih. Imejte oči odprte, zanimajte se, pogovarjajte se. Izkoristite čim več priložnosti in se seznanite s čim več različnimi področji zdravniškega/medicinskega dela;
2. poznati samega sebe. Kakšen sem, za kaj sem, kaj mi ustreza, kaj želim, kaj potrebujem. *Nosce te ipsum*³ je stara modrost ...
Včasih povprašam kakega specialista, ali si je sam izbral področje specializacije, ali pa je morda pristal

tam, kjer so pač takrat nekoga iskali. Kakšen je delež enih in drugih, ne vem, skoraj nobeden pa ne bi zamenjal svoje specialnosti za drugo, čeprav si jo je morda od začetka želel. (Vsaj tako po navadi odgovorijo.) Meni je bil ta podatek v spodbudo in je zmanjšal nelagodnost ob misli na možnost napačne odločitve. Morda bo v pomoč tudi vam.

Za konec pa še – karkoli počnemo, počnimo s srcem in (tudi) za ljudi. Saj smo zdravniki ...

3 Spoznaj samega sebe.



Javno pismo ministrici za zdravje Milojki Kolar Celarc

Nezmožnost vpisovanja pacientov, čakalne dobe v primarnem zdravstvu,
mrliško pregledna služba in naročanje na pregled

Ministrica za zdravje Milojka Kolar Celarc
Državna sekretarka na Ministrstvu za zdravje RS Ana Medved

V vednost

Zdravniška zbornica Slovenije – predsednica Zdenka Čebašek - Travnik, ZZZS – generalni direktor Marjan Sušelj, Odbor za zdravstvo v Državnem zboru RS, varuh bolnikovih pravic in zastopniki pacientovih pravic za regijo Maribor, katedri za družinsko medicino MF v Ljubljani in Mariboru

Spoštovani!

Kolegij zdravnikov družinske medicine Zdravstvenega doma Maribor vam zaradi vaše neodzivnosti na naše predhodne pozive pošilja javno pismo in poziv o nujnosti dokončne in trenutnemu stanju in potrebam prilagojene ureditve primarne ravni zdravstva, kar je prav gotovo ena od pomembnejših osnov kakovostnega urejanja drugih ravni zdravstva. Pisali smo vam že o sodobnem družinskem zdravniku, ki zna in želi delati, za to pa potrebuje ustrezne delovne pogoje. V tem pogledu izstopa nujnost implementacije dogovorjenih standardov in normativov za primarno raven zdravstva, med katerimi je v ospredju 1500 glavarinskih količnikov ali približno 1200 pacientov na zdravnika družinske medicine. Dne 3. 5. 2017 nam je Ministrstvo za zdravje (MZ) z dopisom sporočilo, da lahko izbrani osebni zdravniki prenehajo vpisovati paciente, ko dosežemo 2100 glavarinskih količnikov (okoli 1500 pacientov), če v zavodu še niso izkoriščene vse organizacijsko-kadrovske zmožnosti vpisovanja pacientov. To je bilo nato potrjeno še v Splošnem dogovoru za leto 2017. Niste nam pa povedali, kako boste ob teh omejitvah vpisovanja pacientov, ki jih zdravniki družinske medicine hvaležno sprejemamo in so dobrodošel prvi korak k dogovorjenim 1500 glavarinskim količnikom na zdravnika družinske medicine, zagotovili zdravstveno varstvo za vse ostale presežne paciente, ki sedaj zaradi vašega ukrepa ostajajo brez osebnega zdravnika in za katere moramo poskrbeti. Pričakovali smo namreč, da bo MZ sočasno z izpolnjevanjem zaveze o glavarinski razbremenitvi družinskih zdravnikov poskrbelo tudi za njihovo kadrovske okrepitve, ki je glede na omejitve vpisovanja pacientov na 2100 glavarinskih količnikov sama

po sebi umevna in nujna, in to skoraj izključno zaradi pacientov, ki s tem ostajajo brez osebnega zdravnika. Samo dodatni programi družinske medicine, ki jih pridobimo od ZZZS, zdravstvenim zavodom omogočajo zaposlitve novih družinskih zdravnikov in zdravstveno varstvo za vse tiste paciente, ki ob novih omejitvah vpisovanja ostajajo brez osebnega zdravnika. Teh programov pa ob vaših zadnjih ukrepih ne moremo pridobiti, saj se ZZZS sklicuje na to, da lahko nove programe odobri šele, ko bodo zdravniki paciente vpisali do slovenskega povprečja okoli 2470 glavarinskih količnikov.

V oči torej bode dejstvo, da ste nam najprej dali možnost prenehanja vpisovanja novih pacientov pri 2100 glavarinskih količnikih, obenem pa niste poskrbeli za kadrovske okrepitve. Še več: soočili ste nas z nerazumljivim dejstvom, da moramo za pridobitev novih prodanih programov družinske medicine s strani ZZZS vpisovati še več pacientov, in to vsaj do slovenskega povprečja ali več. Nato ste nam, resda po individualni privolitvi, naložili dodatne tedenske ure dela v želji skrajšati čakalne dobe na sekundarni ravni. Te poteze se nam zdijo neresne in polne nerazumevanja do ene najbolj obremenjenih subpopulacij zdravstvenih delavcev, enako tudi do pacientov, ki ostajajo brez osebnega zdravnika. Družinski zdravniki si želimo le to, da bi za svoje paciente imeli več kakovostnega časa znotraj rednega ordinacijskega časa in da bi zanje izvajali več naprednejših storitev kot doslej, s tem pa tudi razbremenjevali sekundarno raven, to pa bomo dosegli le s celostno glavarinsko razbremenitvijo zdravnikov na primarni ravni in dodatno kadrovske okrepitve, da bodo vsi pacienti imeli dostop do osebnega zdravnika. Iluzorno je pričakovati, da ne bomo kritični 1. do stihijskega in nedodelanega

poseganja v primarno raven zdravstva, 2. do dodatnih ur dela ob nespremenjenih ali celo višjih glavarinskih količnikih, ki jih v želji po novih zaposlitvenih programih moramo kompromisno dosegati na račun naše še večje obremenjenosti, 3. do iškariotovskega poljuba v obliki finančne nagrade za dodatni ordinacijski čas (dodatno delo bi ob normalnih in časovno sprejemljivih pogojih opravili tudi brez tega), 4. do nerazumljive sočasne odtegnitve obljubljenih kadrovskih okrepitev. Obrazložitev, ki jih dobivamo od ZZZS, da so zdravniki še prosti, saj morajo vpisovati vsaj do slovenskega povprečja, so zavajajoče. Če ste v Splošni dogovor zapisali, da lahko zdravnik družinske medicine preneha vpisovati pri 2100 količnikih, bi morali razmisliti tudi o posledicah. In te so, da ljudje sedaj ostajajo brez osebnega zdravnika in da nujno potrebujemo nove zdravnike. Sprašujemo se, kaj bo šele takrat, ko se bo vpisovanje pacientov glede na dogovorjene standarde in normative omejilo na 1200 ljudi (1500 glavarinskih količnikov). Samo v Mariboru bi glede na to potrebovali skoraj 30 novih zdravnikov, kar pa s seboj prinese nov problem: prostorski.

Kdo bo torej vpisoval paciente, ki zaradi zasedenosti trenutnega zdravniškega kadra zaradi vaših ukrepov in nezmožnosti zaposlovanja novih kadrov ne morejo priti do osebnega zdravnika? Zakaj je med interpretacijami glede vpisovanja pacientov takšna razlika med MZ in ZZZS? Katero določilo, ki za zdaj ne obstaja, nam bo omogočilo izpisovanje oziroma prepisovanje pacientov k manj obremenjenim zdravnikom? Paciente zdaj pospešeno vpisujemo za povečanje glavarine in pridobitev novih programov, a kaj bo potem, ko se bodo dogovorjeni standardi in normativi dokončno implementirali? Še vedno je namreč pacientova pravica, da si izbere osebnega zdravnika ne glede na to, da so nekateri zdravniki glavarinsko zelo, nekateri pa manj obremenjeni. Vljudno prosimo za vaša pojasnila.

Čakalne dobe na primarni ravni

Čakalne dobe v ambulantah družinske medicine se podaljšujejo. V 14. točki 36. člena Splošnega dogovora piše, da čakalnih dob za prve preglede v splošnih ambulantah ni. Čakalne dobe za kontrolne in ostale neprve preglede pa na primarni ravni niso opredeljene oziroma regulirane. To pomeni, da je čakalna doba za te preglede odvisna od števila predhodno naročenih kontrol. Ob visokih glavarinskih obremenitvah in ob velikem številu dnevno pregledanih pacientov, med katerimi je 20 do 30 %, ponekod pa tudi do 50 % prvih pregledov, le manjši del ordinacijskega časa ostaja kontrolnim in ostalim neprvim pregledom. Tudi starejši pacienti, ki v naših ambulantah prevladujejo, se na prvi pregled večinoma ne oglasijo zaradi enega, temveč dveh ali več potencialno ogrožajočih bolezenskih stanj, kar obravnavo znatno zavleče. Vse to daje vse manj časa za neprve preglede in čakalne dobe zanje se podaljšujejo. Ni malo ambulant s čakalno dobo dveh do treh tednov za kontrolne in ostale neprve preglede. Posebni vladni projekt nagrajevanja, kjer zdravniki z glavarinskimi količniki nad 1900 oziroma nad 2100 delajo več, nakazuje, da bodo poskusi skrajševanja čakalnih dob na sekundarni ravni obremenili predvsem že izžeto primarno raven, kjer pa se čakalne dobe kljub dodatnemu ordinacijskemu času podaljšujejo. Menimo, da je kadrovska okrepitev primarne ravni nujna in edina pot k strokovno neoporečnemu in varnemu delu.

Mrliška pregledna služba

Seznani ste nas, da mrliška pregledna služba, dežurna služba in NMP ne smejo motiti rednega dela. V tem smo si na primarni ravni enotni, saj je hkratno pokrivanje teh delovišč nevarno in izjemno stresno delo. Pred

leti smo vas prosili za čimprejšnjo posodobitev mrliške pregledne službe, ki jo izvajalci opravljamo na pravno nesprejemljivi podlagi. Vsi tisti, ki izvajamo mrliške preglede, kršimo Pravilnik o opravljanju mrliške pregledne službe, ker to delo opravljamo brez potrdila Inštituta za sodno medicino, Medicinske fakultete in NIJZ o usposobljenosti in s tem za to delo nismo uradno usposobljeni in pooblašeni. To lahko ima za izvajalce mrliške pregledne službe tako strokovne kot pravne posledice, saj pod vprašaj postavlja verodostojnost ugotovitev pri mrliškem pregledu, ki ga opravlja zdravnik brez ustrezne mrliške pregledne izobrazbe. Potrdila o usposobljenosti za opravljanje mrliške pregledne službe pa ne moremo dobiti, ker tovrstnih izobraževanj in izpitov kljub zakonski podlagi pri nas ni. Na MZ žal že leta stoji postopek za prenovo pravilnika o opravljanju mrliške pregledne službe, na voljo nimamo niti uradnega in v RS enotnega Zapisnika o mrliškem pregledu, pri čemer si vsak zase pomagamo z zapisi in obrazci, ki ne ustrezajo zakonsko določenim standardom. V zvezi s slednjim smo v sodelovanju z Oddelkom za patologijo UKC Maribor na Združenje za patologijo in sodno medicino podali predlog Zapisnika v upanju, da se vsaj postopek dogovarjanja o tem čim prej začne.

Zaradi vseh omenjenih nedoslednosti lahko zdravnik mrliško pregledno službo odkloni, saj ne izpolnjuje osnovnih pogojev za to delo. Mrliško pregledno službo dodatno zapleta dejstvo, da lahko družinski zdravnik glede na usmeritve SZO odkloni opravljanje mrliških pregledov za lastne paciente. To pomeni, da moramo znotraj zavodov glede na Pravilnik organizirati skupino zdravnikov, ki bo to dejavnost izvajala izven delovnega časa. Za vsak mrliški ogled zdravnik potrebuje uro do dve nadurnega dela (odvisno od dostopnosti oz. oddaljenosti kraja pregleda in zahtevnosti mrliškega pregleda), v resnejših

primerih, kot so policijski mrliški pregledi, pa celo več. Za slednje vemo, da morajo po Pravilniku biti opravljeni znotraj štirih ur od navede, kar ponovno postavlja vprašanje, kako naj tak mrliški pregled izvede zdravnik, ki iz svoje redne ambulante ne more iti tako hitro, kot zahteva Pravilnik. Usmeritev, koliko zdravnikov bi bilo potrebnih za nemoteno izvajanje mrliške pregledne službe, od NIJZ in od MZ še vedno nismo dobili, kljub temu, da smo zdravstveni zavodi že pred dvema letoma poslali podatke o številu mrliških pregledov na mesečni ravni skupaj s predlogom, koliko mrliških preglednikov bi v posameznem zavodu potrebovali. Sprašujemo se torej, kdaj se bodo začela izobraževanja in pridobivanje potrdil o usposobljenosti za mrliške preglede, kdo je dolžan zagotoviti sredstva za ta izobraževanja in nadurno delo zdravnikov in ali je sedanji način opravljanja mrliških pregledov lahko strokovno sporen in pravno ničen.

Naročanje pacientov

Splošni dogovor v zvezi z naročanjem pacientov na pregled določa, da morajo biti zdravstveni timi za te namene dosegljivi polovico ordinacijskega časa, naročanje pa poteka tako osebno, telefonsko in prek e-pošte. Naše izkušnje kažejo, da morajo biti zdravstveni timi za te namene dosegljivi praktično cel delovnik, ker vseh naročil v štirih urah ob strokovnem delu v ambulanti enostavno ne zmorejo sprejeti. Poleg tega ljudje čas, namenjen naročanju, zlorablajo za druge stvari (pošiljanje izvidov in zahteve po interpretaciji prek e-pošte, diskusije o zdravstvu in zdravstvenih zadevah...). Medicinska sestra, ki skrbi za naročanje, je najprej strokovna delavka, šele nato opravlja administrativna dela. Njena glavna naloga je strokovna podpora zdravniku, šele nato pridejo na vrsto vsa druga opravila, kot so korektno vnašanje storitev v računalniški sistem, priprava in pošiljanje obrazcev v eSistem,

dosegljivost za telefonsko in e-naročanje in številni drugi. Izredno moteč dejavnik je prevelika gneča v naših ambulantah, za katero ne vidimo rešitve, dokler se glavarinski standardi tudi v praksi ne bodo znižali. Posebna dodatna podpora pri naročanju v ambulantah družinske medicine, kjer bi oseba, ki naroča, imela ustrezna triažna znanja, predvsem pa bi poznala paciente določene ambulante, bi bila še kako dobrodošla. Pri tem izpostavljam, da oseba za naročanje ne more biti nekdo brez medicinskih znanj. Dokler omenjene možnosti za naročanje ne bo, ne vidimo možnosti za izboljšanje stanja na področju telefonskega naročanja, še enkrat pa poudarjamo, da so naši timi, še posebej medicinske sestre, zaradi tega zelo obremenjeni.

S spoštovanjem,
*Dejan Kupnik (v imenu kolegijskega
družinskih zdravnikov)*
Zdravstveni dom Maribor
OE Splošno zdravstvo,
predstojnik

18 milijard razlogov za spremembe

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

Povzetek

1. To je prispevek o 1,8 milijarde evrov preplačil, ki smo jih v zadnjih šestih letih Slovenci preplačali slovenskim dobaviteljem medicinskega materiala.
2. To je zgodba tržno utemeljene medicine, ki je v navezi s »Sistemom« zdravstva dopustila, da Slovenec plačuje več namesto manj za zdravstvo.
3. Samo popolna sprememba »Sistema«, razčiščenje znotraj izobraževalnega sistema in reorganizacija združenj so ključni elementi za boljši zdravstveni sistem v Sloveniji.
4. Poti nazaj ni več. Račun je že plačan. Izdajajo pa se vedno novi in novi. Vsak dan. Dan za dnem. V milijonih!

Uvod

Zgodba se začne leta 2011, ko sem skupaj s prijateljem in somišljeniki ustanovil spletno trgovsko skupnost

zdravnikov Medikont. Namen skupnosti je samo eden. Dobava izdelkov neposredno od proizvajalca. Brez posrednikov, brez lokalnih dobaviteljev, brez omejujočih razpisov.

Kako do izračuna?

Zdravnik od celotnega plačila za zdravstveno storitev porabi v povprečju 30 % za nakup medicinskega materiala. Primerjave med cenami proizvajalcev in maržami so pokazale ogromna odstopanja od končne cene medicinskega materiala v Sloveniji. Standardne prodajalske marže se v urejenih sistemih gibljejo od 10 do 30 %. V Sloveniji se razpon dobaviteljskih marž giblje od 25 do 250 % proizvajalčeve cene, odvisno od izdelka in drugih dejavnikov.

Za izračun je bil vzet zobni vsadek z nadgradnjo. Odstopanja od končne cene s 25 % maržo v slovenskem prostoru so bila več kot 200 %! To pomeni, da vsadek z nadgradnjo stane 340 namesto 110 evrov. Razlika znaša

**Razpon marž medicinskega materiala v Sloveniji (25-250%)
v primerjavi z maržami drugih sistemov (10-30%)**



230 evrov ali več kot 200 %. V šestih letih so zdravniki tako preplačali za vsadke 27 milijonov evrov.

Sledilo je preverjanje marž za različne medicinske izdelke pri proizvajalcih. Namen je bil ugotoviti, kolikšna so odstopanja pri drugih medicinskih materialih. Tabela za izračun si lahko pogledaš v dodatnem branju na koncu članka.

V Sloveniji v povprečju za zdravstveni material namesto 25 % marže plačujemo 55 % maržo. Vsaj enkrat več! To v šestih letih znese več kot eno milijardo in 800 milijonov evrov oz. približno 310 milijonov na leto!

Koliko smo v Sloveniji preplačali medicinski material v 6 letih?



Verjamem, da bi ekonomski in matematični strokovnjaki ta odstotek zlahka zvišali, če bi le poznali proizvalčeve cene. Le-te so poslovna skriv-

nost in so odvisne od kupca. Ker država ne priznava zdravnika kot podjetnika, ostane ta podatek in pogajanje o končni ceni dobavitelju in ne zdravniku.

Torej, kje se skrivajo razlogi, da ljudje, posamezniki, ustanove, sprejemajo in tolerirajo tak sistem v slovenskem prostoru? Kako lahko končna cena izdelka, ki vsebuje vse potrebne certifikate, dovoljenja, testiranja na evropskem trgu, niha za 200 in več odstotkov?

Odgovor

Izkazalo se je, da je za nastanek 200 % marž potrebnih več dejavnikov, ki se med seboj dopolnjujejo in ustvarjajo pogoje, pri katerih je mogoč tak razplet dogodkov. Skupek vseh dogodkov lahko opišemo z izrazom tržno utemeljena medicina (TUM, angl. Marketing Based Medicine).

TUM je odgovor medicinske in farmacevtske industrije na z dokazi podprto medicino (angl. Evidence Based Medicine). Z dokazi podprta medicina je bila kot nov model predstavljena v letu 1990 z namenom boljše in učinkovitejše oskrbe pacienta. V naslednjih letih in desetletjih so

se stroški zdravljenja skokovito povzpeli. Industrija se je z učinkom TUM vrnila med zdravnika in pacienta z namenom večje prodaje in večjega zaslužka. Slovenije pri tem ni izjema. Še več. Zaradi namerno nedorečenega in pacientom škodljivega Sistema je tržno utemeljena medicina v Sloveniji postala mnogoglava zver.

Kje je srce zveri?

Bistvo zdravnikovega dela je dvom. Iz dvoma se rodi primerno zdravljenje. TUM daje zdravniku ravno nasproten občutek. Prepričanje, da o določenem izdelku ni več dvoma. Le tako je zdravnik prepričan, da potrebuje samo ta in točno ta izdelek. Seveda po ceni, ki jo določi slovenski dobavitelj, preko javnega razpisa, če je le mogoče ...

Naštel bom samo ključne akterje, ki so odgovorni za velikanska preplačila.

1. Definicija javnega zdravstva?

Politika in mediji so definicijo zmaličili na neotipljivo besedno zvezo. Javno zdravstvo so storitve, ki si jih lahko državljani privoščimo z vzajemnim vplačevanjem prispevkov v zdravstvene zavarovalnice. Javno zdravstvo niso zdravstveni domovi, bolnišnice, koncesionarji ali zasebniki. Storitve javnega zdravstva opravljajo zdravniki in ostalo osebje, ne glede na to, kje in v kakšni pravni obliki to storitev opravijo v Sloveniji.

2. Sistem

Slovenski zdravstveni »Sistem« je glavni razlog za razrast TUM in s tem povezanih marž. Z nepriznavanjem zdravnika kot podjetnika in pacienta kot neposrednega plačnika storitev je »Sistem« samo še sam sebi namen. Tisoče novih členov in na silo sprejetih zakonov ni rešitev. Bistvo se skriva v preprostosti. Edina rešitev je popolna reorganizacija, ki je kot model že uzakonjena v direktivi EU o prostem

pretoku zdravstvenih storitev. Preprosto povedano – pacient gre z računom na zavarovalnico.

3. Izobraževalni sistem

Dokler bodo v Sistemu uspešni ljudje, ki ne razkrijejo svojih povezav z dobavitelji, proizvajalci, oz. dokler jih cehovska združenja ne izločijo, se za prihodnost TUM ni bati.

V Sloveniji so zdravniški mnenjski ustvarjalci (tako ali drugače plačani »opinion leaderji«) hkrati tudi pedagogi, profesorji, pisci smernic, odborniki, vodje klinik, strokovni... Pri tem pa namerno ne razkrijejo svojih posrednih ali neposrednih povezav z dobavitelji. V takem sistemu ni pričakovati, da bo študent, bodoči zdravnik, znal uporabiti svoje znanje, svoj dvom in se upreti TUM, kaj šele Sistemu. Čeprav mu to nalaga njegova osebna zdravniška odgovornost do pacienta.

Članki, ki so prepleteni s TUM, ne bi smeli biti razlog napredovanja po akademski, klinični in podjetniški lestvici.

4. Zbornica

Negativna selekcija, ki jo vsakokratne papirne volitve še utrdijo, popolna neučinkovitost, odsotnost pooblastil in namerna razdrobljenost ceha na različna društva in sindikate so Zdravniško zbornico Slovenije postavile v nezavidljiv položaj. Edina rešitev so e-volitve in sprememba statuta zbornice, in sicer: zbornico sestavijo samo neposredno izvoljeni člani na e-volitvah. Če to ni izvedljivo, sledi ukinitve obveznega članstva!

5. Pohlep

Ta točka je pač večna. Ko bodo delovale vse zgornje štiri točke, pohlep ne bo izginil, bo pa sistemsko omejen na posameznika. V Sistemu bo ta točka zagotovo obratno sorazmerna s pravilnim delovanjem področij iz zgornjih točk.

Nazaj iz političnega pamfleta v realnost

Slovenija je resnično majhna država. Ravno majhnost in specifičnost pa je v globalnem svetu zaželena in dobrodošla. Dokazano preplačilo 27 milijonov evrov je samo kaplja v morje vseh preplačil (vsaj 1,8 milijarde evrov), ki bi se jim lahko izognili z urejenim zdravstvenim sistemom.

»Sistem« je neurejen in nepopravljivo poškodovan. Osebna odgovornost nalaga vsakemu zdravniku, da se

zoperstavi Sistemu, ne glede na posledice, ki lahko nastopijo.

Čas se izteka.

Razkritje: sem ustanovitelj zdravniške skupnosti Medikont, ki izvaja ne-posredna skupinska naročanja zdravstvenega materiala pri proizvajalcu.

Dodatna branja:

1. J Eval Clin Pract. 2014 Dec;20(6):908-14. doi: 10.1111/jep.12147. Epub 2014 May 12.
2. How evidence-based medicine is failing due to biased trials and selective publication.
3. Every-Palmer S1, Howick J, Spielmanns, G.I. & Parry, P.I. Bioethical Inquiry (2010) 7: 13. <https://doi.org/10.1007/s11673-010-9208-8>
4. Marketing versus evidence-based medicine: Brailon, Alain et al. The Lancet, Volume 380, Issue 9839, 340
5. BDP kazalniki: <http://www.stat.si/StatWeb/Field/Index/1/29>
6. http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/zver_eva_trendi_v_virih_in_izdatkih_za_zdravstvo_v_sloveniji_in_drzavah_eu_o.pdf

Tabela za izračun podatkov.

Št. prebivalcev 2017	2.065.895,00
Delež BDP, ki ga namenjeno za zdravstvo	8,60 %
BDP v Sloveniji na prebivalca	19.576,00
Celotni BDP za Slovenijo	40.441.960.520,00
Koliko Slovenci zberemo prispevkov zdravstvo na leto	3.478.008.604,72
Koliko smo zbrali denarja za zdravstvo v 6 letih?	20.868.051.628,32
Koliko smo plačali za zdravstveni material (30%) v 6 letih?	6.260.415.488,50
Marža dobavitelja v urejenem sistemu (10-30%)	25,00 %
Marža v EUR dobavitelja v urejenem sistemu	1.565.103.872,12
Marža dobavitelja v Sloveniji (25-250%)	55,00 %
Znesek marž v Sloveniji v 6 letih	3.443.228.518,67
Znesek preplačila marž v EUR	1.878.124.646,55
% preplačanih marž v Sloveniji	30,00 %
Cena materiala pri proizvajalcu v obdobju 6 let	2.817.186.969,82

Zakaj mi slovenska medicina dela povzročča vrtočlavico

Joachim Gross, dr. med., spec. MDPŠ, Koper

Pred enim letom sem imel v naši ambulantni strokovni nadzor. Kolegica

in kolega nista bila zadovoljna z mano. Eden izmed razlogov za neza-

dovoljstvo je bil, da v naši ambulanti ne izvajamo pregleda ravnotežja z bipolarnim frekvenčnim vestibulogramom (VTG). To je preiskava vestibularnega aparata, ki se izvaja v speciali-

ziranih otorinolaringoloških oddelkih povsod po svetu kot specialna diagnostika za vrtočlavo. Pri tej preiskavi se ocenijo reakcije, ki jih izzove draženje enega in drugega labirinta z vbrizganjem najprej hladne (30° C) in potem vroče vode (44° C) v sluhovod. Preiskava traja cca 40 do 50 minut in ni prijetna za pacienta, ker ne samo, da povzroča nistagmus, katerega sestra šteje s Frenzllovimi očali, ampak pogosto tudi vrtočlavo, omotičnost in slabost, včasih do bruhanja. Drugi možni stranski učinki preiskave so motnje vida, v redkih primerih pa tudi vnetje sluhovoda, perforacija bobniča, prehodna ali trajna izguba sluha ali šumenje ali piskanje v ušesih in glavi (tinitus). Po pregledu se lahko pojavijo začasne motnje koncentracije ali pozornosti. Zaradi neprijetnosti za preiskovanca in številnih stranskih učinkov v svetu ni v uporabi kot presejalni test, ampak samo kot test za specifična ORL-vprašanja pri pacientih, ki imajo vrtočlavo in ki pri osnovnih kliničnih preiskavah (npr. Unterberger-Fukuda, Romberg) kažejo sum na okvaro vestibularnega aparata.

V Sloveniji je drugače: slovenski Pravilnik o preventivnih zdravstvenih pregledih delavcev v dejavnostih, za katere veljajo posebni predpisi v zvezi z zdravstveno sposobnostjo, po Prilogi I, tabela 1.0, št. 1.4.2., zahteva obvezni preizkus ravnotežja z VTG za delavce, ki opravljajo delo na višini. Prav to sta zahtevala oba kolega na terminu v naši ambulanti in to zapisala v zapišnik nadzora. Ko sem omenil, da ima ta test izrazite stranske učinke in je nevaren, sta mi odgovorila, da je to slovenska zdravniška doktrina, ki prihaja iz jugoslovanskih časov in je še vedno veljavna. Tudi pri pregledu rekreativnega potapljača sta zahtevala prav to preiskavo. Med nadzorom sem pogoltnil in ostal brez besed.

Po nadzoru mi je piskalo v glavi. Svoj specialistični izpit sem opravil v Nemčiji, kjer se VTG ne uporablja za oceno delovne zmožnosti za višino. Pregled »G 41 delo na višini« zahteva podrobno anamnezo (da izključimo

strah pred višino ali epizode vrtočlavo ali negotovosti), EKG (za izključitev aritmije), krvni sladkor (za izključitev diabetesa) in hepatogram (za izključitev alkoholizma) ter skrben klinični pregled, pri katerem se takoj pokaže negotovost, ko pacient zapre oči in je brez vizualne kontrole (Romberg, Unterberger-Fukuda). VTG v nemški literaturi za medicino dela ni niti omenjen. Povprašal sem pri kolegi po drugih državah – v Angliji, Švici in Avstriji, ki so se ob mojem vprašanju držali za glavo. Na Avstralski fakulteti za medicino dela v Sydneyju (Australasian faculty of occupational and environmental medicine – AFOEM), kjer se udeležujem rednega podiplomskega izobraževanja in razprav na področju medicine dela, so povedali, da je taka invazivna metoda pomemben poseg v človekovo celovitost, ki bi moral biti upravičen, in v Avstraliji nikoli ne bi bila odobrena kot presejalni test v vsakdanji uporabi.

Mogoče je še v uporabi v državah bivše Jugoslavije? Povprašal sem na Narodnem inštitutu za medicino dela v Beogradu in odgovor je bil dobesedno, da »takih invazivnih preiskav ne uporabljamo več«. Tudi moji prijatelji v Skopju so mi sporočili, da vestibulogram uporabljajo samo otorinolaringologi v specialni diagnostiki za vrtočlavo.

Opogumljen s temi informacijami sem kolega, ki je izvajal nadzor, po telefonu še enkrat vprašal glede nujnosti uporabe VTG-ja. Še enkrat mi je pojasnil, da je vestibulometrija edina priznana metoda, ki lahko izključi redke kompenzirane motnje vestibularnega aparata, in da RSK (Razširjeni strokovni kolegij za MDPŠ) pristaja na vestibulogram pri delu na višini. Konec razprave.

Našo glavno sestro smo poslali na dvotedensko izobraževanje iz vestibulometrije na kliniko za ORL v UKC Ljubljana. Priključili smo aparat za vestibulometrijo in vse vodovodne priključke. Prvi »pacient« za vestibulogram je prišel. Mlad mojster za strešne ograde iz Bosne, ki ima rad višino, rad gre v gore, zdrav od nog do

glave. Po 20. členu Zakona o pacientovih pravicah ima pacient pravico, da je obveščen o možnih tveganjih, stranskih učinkih, negativnih posledicah in drugih neprijetnostih predlaganega medicinskega posega. Zato mora medicinsko osebje, ki opravlja poseg, pacienta seznanimi o možnih nevarnostih in posledicah ter ga na podlagi 27. člena tega zakona prositi za soglasje za poseg s podpisom na privolitvenem obrazcu. »Mene je strah posega!« je rekel naš mladi mojster. »Sem zdrav! Nikoli se mi ne vrti na višini! Nočem tega preizkusa!« Hotel sem ga prepričati, da vestibulogram ni nič hudega, da je pregled potreben, da so stranski učinki zelo redki, a brez uspeha. Potem je zamrznil: »Če izgubim službo zaradi tega, nimam več denarja za svojo družino v Bosni!« »Moram narediti ta pregled, ampak me je strah, ne smem izgubiti službe, ampak ...« je skakal do pregledne mize. Treslo ga je, bil je dobesedno raztrgan. »No, dajte tukaj podpisat in bomo opravili ta pregled,« sem se slišal reči. V tem trenutku se je vmešala naša sestra: »Doktor, nehajte! A ne vidite, da ga je strah?«

V tistem trenutku sem se zavedel, postalo me je sram kot še nikoli prej v mojem (skoraj 30-letnem) profesionalnem življenju zdravnika. Počutil sem se kot uslužbenec dr. Mengeleja v koncentracijskem taborišču! Ker sem bil poslušen in sem se trudil narediti, kar mi v Sloveniji zapoveduje slovenska zdravniška zakonodaja in doktrina. Pacientu sem se opravičil. Naj gre ta mladi mojster na višino brez vestibulograma! Kolegom, ki jih v kratkem pričakujem na kontrolni nadzor, pa že zdaj povem: vestibulogram kot presejalnega testa za delo na višini ne bom opravljal!

Kaj nam delajo. Kdo, politika? Ne, mi sami!

»Case study«

Prim. Teodor Pevec, dr. med., SB Ptuj, SB Brežice, predsednik Častnega razsodišča SZD

Klinični primer 1:

Zdravnik v UKC pove bolniku: »Operirali so vas po metodi, ki je ne uporabljamo več. Zato je rezultat zdravljenja slab.« Sledijo vsi možni pravni postopki. Ob tem zdravnik v UKC ne pove, da to isto metodo še vedno uporabljajo, s podobnimi zapleti, kot ga je imel bolnik, in da je v ustrezni literaturi primerno podprta.

Klinični primer 2:

V žaru razprave o nedvomno škodljivem zakonu za zdravnike direktor velikega zdravstvenega doma, zdravnik, pomemben funkcionar Slovenskega zdravniškega društva (SZD), okrcra koncesionarje, da ne skrbijo za izvajanje nujne pomoči v deležu kot zdravniki zdravstvenega doma. Koncesionar mu ne ostane dolžen, ampak argumentirano, v pomembnem dnevnem časopisu, ovrže vse njegove trditve.

Klinični primer 3:

Specializant na kroženju v UKC gre popoldne dežurati v matično ustanovo. Svoj namen razkrije odgovornim na oddelku, kjer tisti dan tako in tako nima obveznosti. Med potjo v matično ustanovo ga kliče zdravnik z oddelka in mu pove, da če še kdaj ponovi svoj predčasni izhod z oddelka, bo kroženje v celoti ponavljal.

Klinični primer 4:

Na letni konferenci SZD je v predavalnici 30 ljudi. V glavnem naši starejši upokojeni kolegi in cenjeni gostje ter radovednež, ki ga zanima, kako bo ocenjeno delo Častnega razsodišča v tem letu. Najbolj omenjana beseda je apatija.

V prvih treh primerih gre za konflikt zdravnik proti zdravniku. Za konflikt niso krivi politika, novinarji, javnost.

Če začnem pri zadnjem primeru, apatija v zdravniških vrstah ni pojav, ki se je zgodil sam po sebi. Je posledica celotnega dogajanja med nami vsemi. Številne afere v zdravstvu, ki jih zdravniki pri sebi analiziramo drugače, ker bolje, na srečo, poznamo ozadja, so privedle do splošnega razmišljanja, da je bolje, da vsak poskrbi zase. Kar so posamezniki v naših vrstah tako in tako že naredili. Njih je apatija očitno zajela že prej ali pa so spoznali, da jim vrednote, ki nam jih je neoliberalni svet uspešno predal, prinesejo največ zadovoljstva.

Po enem letu dela v Častnem razsodišču sem vesel, da razsodišče ni obravnavalo več primerov. Ker v vsakem primeru znova in znova vidimo, kako nizko so posamezniki sposobni iti za uresničitev svojih ciljev. Hkrati pa med delom v razsodišču znova in znova vidimo, da se je med nami izoblikoval del nedotakljive elite. In je zato bolje, da jih pustimo na miru.

Navsezadnje je Slovenija tako majhna, da se hitro zgodi, da v kakršnem koli odločanju, strokovnem nadzoru sodelujejo posamezniki, na katere bi morebiti pokazali, če bi želeli prevetriti naše vrste. Zato je za posameznika spet bolje, da se ne izpostavi, ne deluje v zdravniških organizacijah na nacionalni ravni. Nasprotno pa zdravniške organizacije na lokalni ravni običajno dobro delujejo, mesečna srečanja posameznih regijskih društev so večinoma obiskana bolje

kot letna konferenca SZD. Tudi največji zdravniški sindikat na ravni ustanov bolj ali manj deluje, pa smo vseeno spet skoraj popolnoma zavozili pričakovanje zadnje stavke.

Ali obstoji rešitev? Morda bodo v prihodnosti mladi, novi obrazi zamenjali na funkcijah vse nas, ki 20 let ali več postopoma kolobarimo od funkcije do funkcije in imamo za vse, kar se zgodi, vedno zunanjega krivca. Prevetritev bi bila potrebna, da bi mladi kolegi, ki prihajajo, videli, da se izplača aktivnost, ki ni usmerjena samo v graditev združenj, kjer se uresničujejo cilji posameznikov, ampak je usmerjena v izboljšanje pogojev dela.

Politika je po mnogih letih tipanja spoznala, da smo zdravniki nesposobni kakovostnega organiziranja, da je javno mnenje o nas tako slabo, da lahko počne, kar hoče. In kot je približno rekel Dostojevski: če ni boga, je vse dovoljeno. Lahko sprejmeš za zdravstvo, predvsem pa za bolnike škodljiv zakon, pa veš, da ga zdravniki niso sposobni zrušiti. Ker nas javnost vidi kot nas in ker posamezniki med nami vidijo v zakonu neke posamezne koristi.

Zdravništvo čaka veliko dela. Dela, ki lahko postopoma pripelje do spremenjene podobe v javnosti. Ta podoba, ta kulisa pa nato lahko pripelje do izboljšanega odnosa bolnik – zdravnik, ki je v našem poslanstvu, našem poklicu vendarle najbolj pomemben. Šele nato bomo zdravniki in bolniki lahko iskali krivca, zakaj pogoji dela za zdravnike niso primerni in zakaj bolnik ne more koristiti svojih pravic v razumnem času.

Boj proti KML – od melone do zrna popra

Kronična mieloična levkemija (KML) – bolezen, ki je povzročila premik paradigme zdravljenja raka od neselektivnih citotoksičnih zdravil k tarčnemu zdravljenju

Sergeja Širca, univ. dipl. novinarka

Kronična mieloična levkemija je rak krvnih celic in kostnega mozga, ki prizadene okoli 15 % vseh bolnikov z levkemijo. Razvije se v kostnem mozgu, kjer zaradi zamenjave delčkov dveh kromosomov nastaja preveč bolezensko spremenjenih belih krvničk, ki jih imenujemo tudi levkemične celice. Glavni cilj zdravljenja KML je kar najhitreje zmanjšati število levkemičnih celic v telesu na najnižjo mogočo raven. Ob izbruhu jih ima bolnik v sebi toliko, da bi skupaj tvorile gmoto velikosti melone, ko pa doseže stanje globokega molekularnega odgovora, je gmota levkemičnih celic velika kot poprovo zrno.

»Kronična mieloična levkemija (KML) je bolezen, kjer je znanost v boju proti raku v zadnjih petnajstih letih dosegla največji preboj. Pred letom 2001 za kronično mieloično levkemijo ni bilo na voljo učinkovitih zdravil in bolezen je praviloma napredovala. Edini učinkoviti način zdravljenja je bila presaditev krvotvornih matičnih celic. Sodobno zdravljenje z inhibitorji tirozinske kinaze pa uspešno zniža raven levkemičnih celic v bolnikovem telesu. Najnovejše študije potrjujejo, da lahko nekateri odrasli bolniki s KML v kronični fazi po navodilih zdravnika pod določenimi skrbno nadzorovanimi pogoji celo prenehajo jemati zdravila, pa bo bolezen vseeno ostala v remisiji,« so sporočili na novinarski konferenci pred 22. septembrom, svetovnim dnevom kronične mieloične levkemije.

Na novinarski konferenci so sodelovali strokovnjaki Kliničnega oddelka za hematologijo UKC Ljubljana: hematologa doc. dr. Irena Preložnik Zupan, dr. med., in doc. dr. Matjaž Sever, dr. med., ter specialista medicinske genetike izr. prof. dr. Helena Podgornik, univ. dipl. inž. kem. inženiringa ter spec. med. biokemije in lab. med. genetike, iz Enote za citologijo, imunologijo in citogenetiko Specializiranega hematološkega laboratorija in doc. dr. Tadej Pajič, univ. dipl. inž. kem. inženiringa ter spec. med. biokemije in lab. med. genetike, iz Enote za hemostazo in molekularno genetiko.

Doc. dr. Preložnik Zupan, kronično mieloično levkemijo pogosto označimo za zahrbtno bole-

zen, saj so prvi simptomi lahko značilni tudi za kup drugih težav. Kateri pa so simptomi, ki zahtevajo takojšnjo pozornost?

Irena Preložnik Zupan: Zahvaljujem se splošnemu zdravstvu oz. zdravnikom, ki pripomorejo, da tako zgodaj prepoznamo bolezen. Vsaj 50 % bolnikov, ki jih prepoznamo, pride k zdravniku iz povsem drugih razlogov. Recimo, moja znanka je šla pred kratkim k osebemu zdravniku zaradi kožne spremembe. Po pregledu krvne slike je bila napotena k hematologu, kjer smo prepoznali KML. Približno 50 % bolnikov pa ima nespecifične težave, kot so povišana temperatura v popoldanskem času, znojenje, hujšanje, bolečine pod levim rebrnim lokom zaradi povečane vranice, utrujenost zaradi slabokrvnosti ... Poudariti moram, da pri prepoznavanju in zdravljenju te bolezni nič ne zaostajamo za zahodnoevropskimi državami, celo boljši smo. 95 % bolnikov pride v našo specialistično ambulanto prepoznanih s strani osebnih zdravnikov v kroničnem obdobju bolezni, ko imamo na razpolago vse možnosti zdravljenja in možnosti zelo dobrih rezultatov zdravljenja. Samo manj kot 5 % jih pride v ambulanto šele potem, ko je bolezen že napredovala in nimamo tako dobrih možnosti zdravljenja. Prizadevamo si za to, da bomo tudi teh 5 % hitreje prepoznali in uspešno zdravili.

Koliko je v Sloveniji bolnikov s KML in koliko jih vsako leto zbolijo na novo?

Irena Preložnik Zupan: Vsako let odkrije-mo približno 20 novih bolnikov. Odkar imamo

uspešnejše zdravljenje, imamo vsako leto več bolnikov, saj je 5-letno preživetje več kot 90 %, 10-letno pa od 83 do 84 %. Skupno je bolnikov nekaj manj kot 300.

Krvne preiskave na področju hematologije v Sloveniji opravlja specializirani hematološki laboratorij v UKC Ljubljana. Doc. dr. Tadej Pajič, s kakšnimi metodami napovedujete potek KML?

Tadej Pajič: Uspeh zdravljenja KML običajno spremljamo z dvema metodama. S standardno citogenetsko preiskavo, kariotipizacijo celic kostnega mozga ugotavljamo delež levkemičnih celic, ki imajo značilne kromosomske spremembe. Vendar bolniki, ki prejemajo zdravila, zelo dobro odgovorijo na zdravljenje in pričakovano je, da s citogenetsko preiskavo že v treh do šestih mesecih ne najdemo več celic s temi značilnimi kromosomskimi spremembami. Zato v nadaljevanju uporabimo harmonizirano metodo kvantitativne verižne reakcije s polimerazo (PCR) za določanje nastajanja patološkega gena BCR-ABL1, ki je vzrok nastanku KML. Metoda kvantitativne PCR je najpomembnejša metoda za oceno uspeha zdravljenja in oceno napovedi poteka bolezni KML, saj z njo lahko zaznamo

zelo majhno število levkemičnih celic v krvi. Z rednim spremljanjem lahko odkrijemo morebiten porast števila levkemičnih celic v periferni krvi in še pred klinični znaki zaznamo morebitno ponovitev bolezni.

Doc. dr. Sever, glavni cilj zdravljenja KML je kar najhitreje zmanjšati število levkemičnih celic v telesu na najnižjo mogočo raven. Ali sodobna zdravila to omogočajo?

Matjaž Sever: Ko se srečamo z bolnikom, ki ima KML, v krvi najdemo povečano število bolnih celic, ki povzročajo težave tudi na drugih organih, iz česar nastane značilna klinična slika. Naš cilj je bil vedno zmanjšanje oz. odstranitev tumorske mase, a stara zdravila so bila manj učinkovita, niso imela trajnih učinkov. Z odkritjem inhibitorjev tirozinske kinaze, ki so povzročili revolucijo na tem področju zdravljenja, pa res lahko dosežemo hitro in učinkovito zmanjšanje števila bolnih celic. Hitrost manjšanja števila teh celic in globina odgovora na zdravljenje tudi napovedujeta nadaljnji potek bolezni.

Ste v zdravljenju res prišli do tako revolucionarne točke, ko lahko nekateri bolniki ob natančnem spre-

mljanju hematologa prekinejo zdravljenje?

Matjaž Sever: Res je. Odkar imamo na razpolago zelo učinkovita nova zdravila, lahko že zgodaj v zdravljenju, seveda pri določenih pogojih, del bolnikov s terapijo prekine in za določen čas ostane v remisiji. Pri daljšem, 15-letnem spremljanju pa tudi ugotavljamo, da lahko določeno del bolnikov z zdravljenjem dolgoročno prekine. Treba pa je biti zelo previden: vsa nova zdravila so sicer zelo učinkovita, a bolniku lahko prekinemo terapijo le ob upoštevanju določenih pogojev. Naši kolegi v laboratoriju omogočijo zelo natančno diagnosticiranje povratka bolezni, upoštevamo pa tudi lastnosti bolnika in same bolezni, denimo ustrezen odgovor na začetku zdravljenja s prvim inhibitorjem tirozinske kinaze, vsaj dvoleten zares globok in stabilen odgovor na vsaj petletno zdravljenje. Takrat lahko bolniku ob res podrobnem pojasnilu in ob njegovem pristanku prekinemo terapijo. Zaenkrat prekinitev zdravljenja rutinsko ne izvajamo, ampak je domena več kliničnih raziskav po svetu.

Zakaj je možnost opustitve zdravljenja tako pomembna?

Matjaž Sever: Ko zbolimo, še posebno za potencialno usodno boleznijo, nam je zelo pomembno, da ozdravimo. So pa še drugi razlogi, recimo sopojavi in težave z zdravili – če se zdravilom izognemo, se nam kakovost življenja izboljša. Poleg tega je nosečnost v času zdravljenja kontraindikacija. Če pa bolnice ne prejemajo več zdravil, lahko varno načrtujejo nosečnost. Ne nazadnje je ob trenutni ceni teh zdravljenj pomemben tudi ekonomski učinek za zdravstveni sistem. Ko smo namreč KML začeli uspešno zdraviti, je prevalenca začela zelo naraščati. Z možnostjo opustitve zdravljenja se bo to spremenilo.

Prof. dr. Podgornik, pri raziskovanju KML gre za velik uspeh na področju onkologije.



Zdravljenje kronične mieloične levkemije so na novinarski konferenci predstavili (z leve) doc. dr. Matjaž Sever, izr. prof. dr. Helena Podgornik, doc. dr. Tadej Pajič in doc. dr. Irena Preložnik Zupan (foto: Miran Juršič).

Helena Podgornik: Zgodba o KML je zelo navdihujoča. Pri vseh bolnikih najdemo kromosom Philadelphia, ki so ga odkrili konec 50. let prejšnjega stoletja, tri leta zatem, ko so odkrili, koliko kromosomov ima zdrav človek, in le leto po odkritju trisomije 21, Downovega sindroma. Hkrati je bila to prva rakava bolezen, pri kateri so odkrili spremembe v kromosomih. To odkritje je bilo prvi korak v tej navdihujoči znanstveni zgodbi o uspehu. Ključen pa je bil drugi korak, odkritje dr. Rowleyeve, da je kromosom Philadelphia posledica premestitve dela kromosoma 9 na kromosom 22. Nato so ugotovili, da na kromosomu Philadelphia tiči gen, imenovan BCR-ABL1, sledila je ugotovitev, da se ta prepiše v protein, ki je tarča zdravlila. Tarča je vodila k razvoju zdravlila, ki brez prepoznavanja premestitve in razumevanja njenih posledic seveda ne bi bil mogoč.

KML je bolezen, ki je povzročila premik paradigme zdravljenja raka od citotoksičnih zdravil, ki so neselektivna, k tarčnemu zdravljenju, ki je danes tako na področju hematologije kot tudi širše v medicini že precej razširjeno in upamo, da bo v prihodnosti še bolj.

Kakšno vlogo pa ima proučevanje kromosomov – citogenetika – pri obravnavi bolnikov s KML danes?

Helena Podgornik: Sama diagnostika je predpisana, začne se s krvno sliko. Tudi na hematološki kliniki si zelo prizadevamo za izobraževanje laboratorijev v zdravstvenih domovih in bolnišnicah, da zelo dobro obvladajo krvno sliko in prepoznajo krvne celice pod mikroskopom, kar je ključno za postavitev diagnoze. Ugotavljamo pa tudi morebitne druge kromosomske spremembe, ki lahko vplivajo na potek zdravljenja, in potrjujemo odziv na zdravljenje.

Doc. dr. Sever, kakšno vlogo ima pri zdravljenju KML presaditev krvotvornih matičnih celic?

Matjaž Sever: Presaditev je bila pred obdobjem inhibitorjev tirozinske

kinaze edini način za ozdravitev. Takrat smo vse primerne kandidate napotili na presaditev. Bolniki pa morajo biti sposobni za poseg, saj ta vključuje intenzivno kemoterapijo. V primerjavi z drugimi boleznimi, ki smo jih zdravili s presaditvijo, smo beležili najboljše rezultate, a določen delež bolnikov zaradi zapletov posega v določenem obdobju po presaditvi še vedno izgubimo. Zato se danes primarno odločamo za zdravljenje z inhibitorji tirozinske kinaze. Presaditev krvotvornih matičnih celic opravimo izjemoma, ko KML odkrijemo v napredujoči obliki ali če ni odzivna na zdravljenje z zaviralci tirozinske kinaze ali če bolniki pridobijo tako mutacijo, da je bolezen nemogoče nadzorovati. V Sloveniji imamo največ enega do dva taka posega na leto. Nekoč smo jih imeli v Evropi nekaj tisoč, zdaj pa nekaj sto letno.

Doc. dr. Preložnik Zupan, KML je bila še nedolgo tega smrtonosna bolezen. Imate dolgoletne izkušnje z bolniki – kako so jo sprejemali pred pojavom tarčnih zdravil, kako pa danes?

Irena Preložnik Zupan: Pred letom 2000 smo imeli samo klasične citostatike, ki pobijejo ne samo levkemične, ampak tudi vse druge hitro deleče se celice. Razvoj tarčnih zdravil, ki vplivajo samo na levkemične celice, je praktično kvantni preskok

v zdravljenju – bolniki imajo pomembno boljšo kakovost življenja, mnogi niti en dan niso bili na bolniški zaradi te bolezni. Vseeno sta tako fizična kot tudi psihična rehabilitacija izredno pomembni, ko slišiš to stransko diagnozo krvni rak in imaš občutek smrtne obsodbe. Dobro je, da si vzameš nekaj časa zase, za razmislek.

V Sloveniji smo prišli do novih zdravil leta 2002, od leta 2004 dalje pa so vsi bolniki s KML začeli zdravljenje s tarčnimi zdravili. Izredno pomemben je individualni pristop. Danes tudi starejši bolnik dobi tarčna zdravila. Zelo pomemben je izbor pravega zdravlila in odmerka ter spremljanje drugih bolezni. Če je bolnik mlad in brez pridruženih bolezni, lahko začnemo s polnimi odmerki in startamo v nekaj letih na prenehanje zdravljenja, pri starejših pa recimo ne. Vsekakor gre za velik napredek in res krasno zdravljenje – vzameš tabletko in veš, da deluje samo na levkemijo, ne na druge celice.

Zelo poudarjate pomen celostne, tudi psihološke podpore bolnikov – kako je ta organizirana na Kliničnem oddelku za hematologijo v UKC Ljubljana?

Irena Preložnik Zupan: Leta 2014 smo se preselili v nove prostore hematologije v pritličju UKC, za katere smo se borili 10, 15 let in so predpogoj

Tudi v Slovenskem združenju bolnikov z limfomom in levkemijo L&L poudarjajo pomen celostne obravnave in rehabilitacije bolnikov. »To v Sloveniji ni sistemsko urejeno in vsem dostopno. Zato je naše združenje skupaj z Združenjem hematologov Slovenije začelo izvajati pilotni projekt celostne rehabilitacije bolnikov s krvnimi raki *Skupaj na poti do zdravlja*, ki ga sofinancira Ministrstvo za zdravje. Projekt predstavlja novost in pomembno dodano vrednost za bolnike s krvnimi raki. Program smo pripravili v sodelovanju z različnimi slovenskimi strokovnjaki s področja hematologije, onkologije, zdravstvene nege, fizioterapije, kineziologije, psihoterapije in dietetike. Dopolnjuje in nadgrajuje obstoječo zdravstveno obravnavo bolnika s krvnim rakom v javnozdravstvenih ustanovah, je nadgradnja že obstoječega pilotnega spremljanja bolnikov na Kliničnem oddelku za hematologijo UKC Ljubljana ter ozavešča o zdravem načinu življenja in nujni preventivi po zaključku zdravljenja. Po končanem zdravljenju pa bolnika podpre pri kakovostni ponovni vključitvi v socialno, izobraževalno in delovno okolje,« je povedala **Kristina Modic**, izvršna direktorica združenja.

kakovostnega zdravljenja. Potrebuje-
mo dovolj osebja, na čemer še delamo.
Potem lahko začneš z dodatnimi

pomembnimi ukrepi za izboljšanje
kakovosti življenja bolnikov, ki se po
nekaterih podatkih prevedejo tudi v

preživetje. V zadnjih dveh letih se
trudimo za celostno podporo hemato-
loških bolnikov, ki se intenzivno
zdravijo in so na kliniki po več tednov
skupaj: z redno fizioterapijo skrbimo
za ohranjanje njihove mišične mase,
poskrbimo za psihološko podporo, saj
smo zaposlili psihologinjo, in imamo
tudi podporo nutricionista. Z dobro-
delnimi sredstvi smo kupili 12 sobnih
koles. Če dajemo za intenzivno zdrav-
ljenje s presaditvijo sto tisoč in več
evrov, bolnika po zaključenem zdrav-
ljenju ne moremo fizično in psihično
oslabelega prepustiti samega sebi ali
drugim ustanovam. Delati moramo na
vseh področjih, da gre uspešno skozi
zaplete bolezni in zdravljenja in še
naprej živi kakovostno življenje.

Kronična mieloična levkemija

Za razvoj kronične mieloične levkemije je ključna napaka v DNK: zaradi zamenjave delčkov dveh kromosomov (kromosoma številka 22 in 9 – zato je svetovni dan KML 22. 9.) pride do nastanka kromosoma, imenovanega Philadelphia. Ta daje informacije za nastanek beljakovine, ki spodbuja kostni mozeg k nastajanju preveč bolezensko spremenjenih belih krvničk (levkemičnih celic). Zdrave celice kostnega mozga ohranjajo uravnoteženo nastajanje eritrocitov, levkocitov in trombocitov. Pri KML pa povečano število levkemičnih celic izrine zdrave celice in pomanjkanje zdravih celic povzroči bolezenske simptome in znake: utrujenost, bolečine v trebuhu, bolečine v kosteh, bolečine pod levim rebrnim lokom, občutek napihnjenosti, zvišana telesna temperatura, nočno potenje, zadihanost in hujšanje.

40. IATROSSKI

Posvetovanje športne medicine in smučarsko tekmovanje zdravnikov

Kranjska Gora, petek, 2. februar 2018

9.30 TEK

Rateče 4 km

Kategorije za moške in ženske:

- A – do vključno 49 let starosti
- B – nad 50 let
- C – študenti

12.00 VELESLALOM

Smučišče Kranjska Gora
(sedežnica Podles)

Kategorije za moške in ženske:

- A – rojeni 1977 in mlajši
- B – 1976–1956
- C – 1957 in starejši
- D – študenti
- E – deskanje na snegu – moški
- F – deskanje na snegu – ženske

13.00 Drugi tek

15.30 Posvetovanje športne medicine

Hotel Larix – Ramada

17.15 Večerja, razglasitev rezultatov

Kotizacije: tek 30 EUR, vsl. 60 EUR, skupaj tek in vsl. 70 EUR, spremljevalci 20 EUR. Študenti brezplačno.

Kotizacijo nakažite na račun: Zdravniško društvo IATROS, TRR 04750-0001224094

Prijave: v prijavi navedite spol, letnico rojstva, delovno mesto, ustanovo oz. društvo, za katero nastopate. Prijavi dodajte dokazilo o plačani kotizaciji, študenti pa dokazilo o vpisu. Prijave pošljite na e-naslov: melitamakuc@gmail.com.

Kot je zadnja leta v navadi, Fides svojim članom omogoča plačilo kotizacije!

Informacije: prim. Franci Koglot, T: 041 775 705

Za ekipo štejejo trije najbolje točkovani moški in dve ženski ali tri najbolje točkovane ženske in dva moška. Udeleženci tekmujejo na lastno odgovornost! Posebna priznanja za kombinacijo veleslalom + tek. Tekmovanje šteje za izbiro uradne Slovenske zdravniške reprezentance za nastop na svetovnem prvenstvu v Avstriji (Badgastein, 14.–17. 3. 2018).

Startne številke in vozovnice s popustom dobite od 9. ure dalje na blagajni žičnice.

Organizacijski odbor IATROSSKI:
prim Franci Koglot, Nova Gorica
mag. Andrej Bručan, Ljubljana
mag. Tatjana Pintar, Ljubljana
prim. Matej Andoljšek, Jesenice

Operacije ventralnih kil – ali bo laparoskopska metoda zamenjala odprto?

Doc. dr. Arpad Ivanecz, dr. med., UKC Maribor

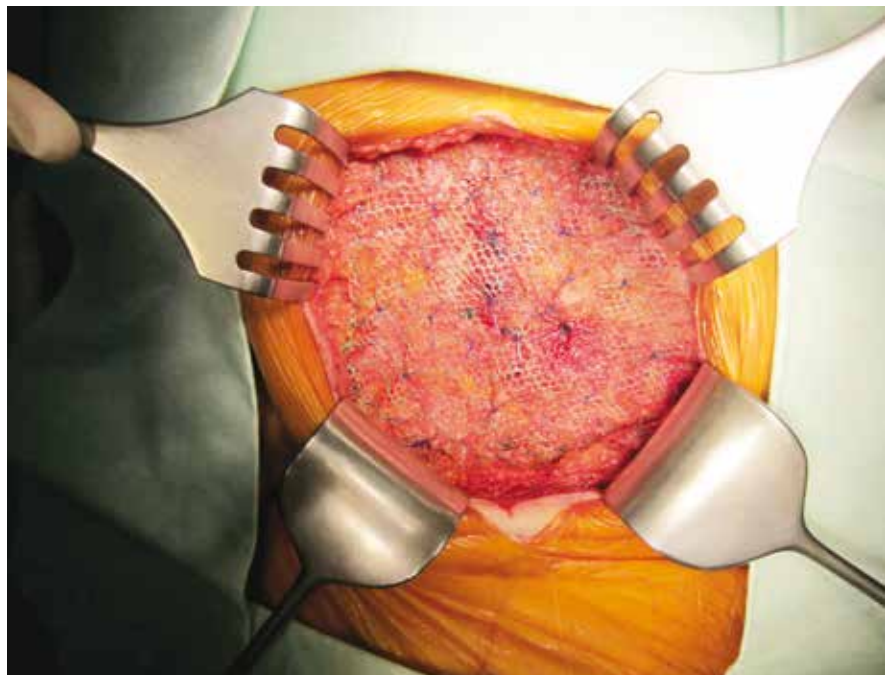
Trebušna stena zdravega človeka je čvrsta. Sestavljena je iz kože, podkožja, vezivnega tkiva in mišic, ki lahko zaradi različnih dejavnikov oslabijo in tako nastane odprtina. Izboklino peritoneja skozi odprtino v trebušni steni imenujemo kila. Bolnik s kilo je lahko življenjsko ogrožen zaradi nevarnosti ukleščenja dela črevesja ali njegovega oporka, ki lahko vodi v zaporo, odmrtje in perforacijo. Nekateri bolniki s kilo sicer nimajo posebnih težav. Četudi bolnik ni v smrtni nevarnosti, kila lahko spremeni kakovost življenja: pojavljajo se bolečine in neugodje, ki vplivajo na zmanjšanje fizičnih aktivnosti. Tako ljudje niso sposobni opravljati svojih vsakodnevnih opravil. Zaposleni so na bolniškem dopustu in breme za družbo je veliko.

Ventralne kile so bodisi primarne ali sekundarne okvare trebušne stene. Med primarnimi sta najpogostejša popkovna in epigastrična kila. Sekundarna je kila, ki nastane v brazgotini po predhodni operaciji. Na žalost je pogosta, po podatkih iz literature se pojavi pri 11–20 odstotkih laparotomij, in tako je hernioplastika ventralne kile eden izmed najpogostejših kirurških posegov. Takšna operacija ima dva cilja: preprečiti ukleščenje notranjih organov in nuditi karseda funkcionalno trebušno steno. Lahko jo naredimo odprto ali laparoskopsko (1).

Laparoskopske operacije so kirurgi začeli izvajati v osemdesetih letih prejšnjega stoletja. Začelo se je z laparoskopsko apendektomijo, sledila je holecistektomija, ki je kaj kmalu postala zlati standard zdravljenja te bolezni. Laparoskopski način operiranja si je potem bolj ali manj uspešno utiral pot tudi na številna druga področja kirurgije. Prvo laparoskopsko hernioplastiko ventralne kile sta naredila LeBlanc in Both leta 1993 (2).

Laparoskopska hernioplastika ventralne kile je minimalno invazivna tehnika zdravljenja. Za uspešno izvedbo takšnih operacij je bila poleg razvoja laparoskopskih tehnik kirurgije potreb-

na tudi izdelava primernih mrežic. V preteklosti so kirurgi kile oskrbeli enostavno tako, da so zašili trebušno steno. Takšna tehnika je bila nezadostna, kile so se velikokrat ponovno pojavile, kajti tkivo je bilo zašito pod napetostjo. Uvedba mrežic je dovoljevala princip operacij brez napetosti in stopnja ponovitev kile je bliskovito upadla. Prednost mrežice razloži LaPlaceov zakon: pritisk trebušne votline je enakomerno porazdeljen na celotno mrežico, ki prekriva odprtino, in ne na samo šivno linijo, s katero bi bila kila oskrbljena brez uporabe mrežice. Osnovno slabost odprte kirurgije predstavlja pravilna namestitev mrežice: zanjo je običajno potrebna obsežna preparacija slojev

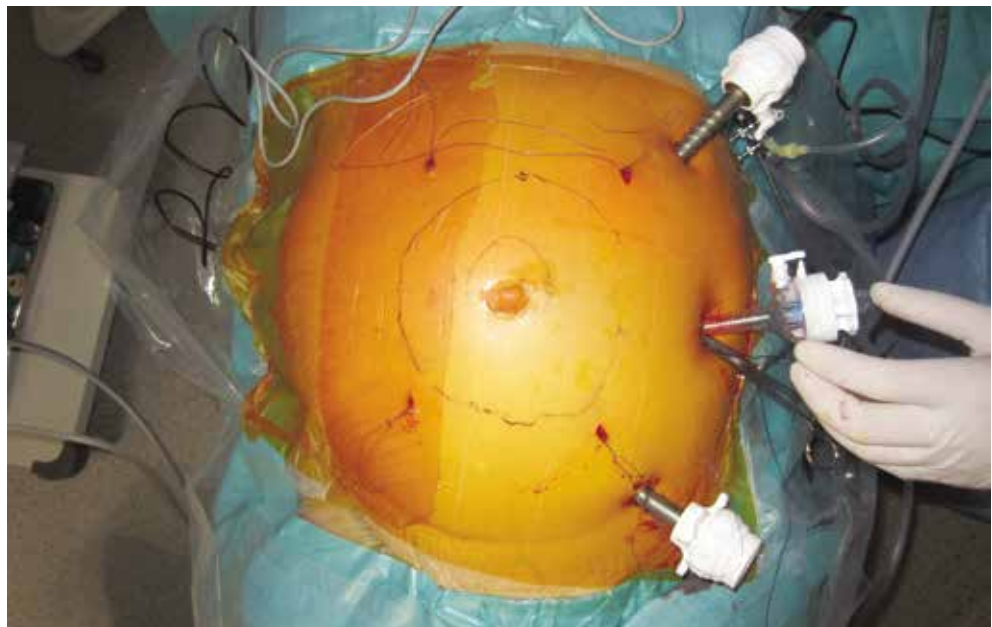


Tradicionalna, odprta kirurgija. Za pravilno namestitev mrežice je potrebna obsežna preparacija slojev trebušne stene, kar predstavlja veliko travmo za človeško telo. Lahko je povezana s številnimi zapleti. Po takšnem posegu pacient zelo dolgo okreva in se le kasno vrne k svojim vsakdanjim opravilom.

trebušne stene, ki je lahko povezana z zapletenim celjenjem rane, bolečino in celo s ponovnim pojavom kile. Okrevanje pacienta je podaljšano, njegova kakovost življenja okrnjena in tako se le pozno vrne k svojim vsakodnevnim aktivnostim. Namen uvedbe laparoskopskih operacij je bil prav ta: premestiti pomanjkljivosti odprte kirurgije.

Izvedbo operacije laparoskopske hernioplastike ventralne kile na splošno sestavljajo naslednji koraki: skozi tri majhne, le 1 cm dolge incizije varno pristopimo v trebušno votlino, jo napolnimo z zrakom, previdno razrešimo predhodne zarastline, vsebino kilne vreče vrnemo v trebušno votlino in kilni defekt na široko oskrbimo z mrežico, ki jo primerno pritrdimo. Bistvena je uporaba t. i. sestavljene, dvoslojne mrežice: en sloj se veže na trebušno steno (adhezijski del), medtem ko je drugi sloj v tesnem stiku s črevesjem oz. ostalimi organi v trebušni votlini (protiadhezijski del). Medtem ko adhezijski del vzpodbuja vraščanje vezivnega tkiva in pomaga pri tvorbi čvrste brazgotine, protiadhezijski del preprečuje nastanek zarastlin s črevesjem. Z napredkom tehnologije so izdelali tudi takšne enoslojne mrežice, ki jih lahko položimo v trebušno votlino (3).

Prednosti laparoskopskega posega lahko razložimo, če izhajamo iz dejstva, da je vsak kirurški poseg kontrolirana poškodba organov, ki jih operiramo. Pri tipični laparoskopski operaciji celoten poseg naredimo skozi tri troakarje, ki jih vstavimo skozi le 1 cm dolge incizije na trebušni steni, in mrežico namestimo od spodaj – v trebušno votlino. Tako se izognemo obsežni poškodbi slojev trebušne stene, ki jo moramo narediti pri odprti operaciji, medtem ko v trebuh vstopimo skozi dolgi rez in sproščamo podkožni režanj okrog in okrog kilnega defekta, da bi tako mrežico na mišično-vezivno tkivo namestili od zgoraj. Tako je jasno, da je okrevanje pacientov po laparoskopskem posegu hitrejša. Bistvena pred-



Laparoskopska hernioplastika ventralne kile, pogled od zunaj. Manjši krog označuje kilo. Večji krog predstavlja minimalno načrtovano površino mrežice, ki jo potrebujemo. Nad in pod njim so šivi, s katerimi mrežico pritrdimo na trebušno steno. Celotno operacijo lahko naredimo le preko treh vstopnih mest v trebušno votlino, ki so dolga zanemarljiv 1 cm. Tako je trebušna stena komajda poškodovana, stres za organizem je občutno manjši kot pri odprti metodi in pacient po posegu bistveno hitreje okreva.

nost laparoskopske tehnike je tudi v drugačnem pogledu: trebušno steno vidimo od znotraj in jo lahko v celoti pregledamo. Tako ugotovimo morebitna nova mesta poznejšega nastanka kil.

Pri sami tehnični izvedbi laparoskopskega posega obstaja nekaj polemik. Za razliko od odprte operacije, kjer kilno vrečo odstranimo, tega pri laparoskopski tehniki ni treba narediti, kajti le-ta se bo po posegu sama skrčila in sčasoma izginila. Več razprav je glede zapiranja oz. šivanja samega kilnega defekta. Argument za izhaja iz predpostavke, da tako zagotovimo popolnoma funkcionalno, dinamično trebušno steno. Argument proti je napetost tkiv, ki jo tako ustvarimo, kar je v nasprotju z moderno nenapetostno hernioplastiko. Tehnika, pri kateri dodatno sprostimo mišično vezivno tkivo okrog kilnega defekta, s čimer zmanjšamo napetost zašitih delov trebušne stene, v literaturi opisana s *components separation*, je sicer že dolgo znana, in to še iz časov pred uvedbo minimalno

invazivne operacije (4). Naredimo jo lahko tudi v sklopu laparoskopskega posega, vendar pri tem grobo vstopamo v sloje trebušne stene zunaj trebušne votline, ki jih razmikamo in povzročamo dodatno poškodbo tkiv. Takšen poseg se razlikuje od tipične laparoskopske hernioplastike. Potencialne prednosti, ki jih sicer nudi minimalno invazivna kirurgija, so tako majhne. Navsezadnje lahko vse to naredimo tudi po klasični – odprti metodi. Laparoskopsko in odprto operacijo lahko celo kombiniramo, postopek se imenuje mešana – hibridna tehnika.

Ali ni zanimivo, koliko vprašanj se še danes poraja glede posega, ki sodi med najbolj pogoste v kirurgiji? Vprašanja, razprave in polemike je treba razjasniti in temu so namenjene smernice, ki temeljijo na trenutnih izkušnjah in dosežkih po svetu (5). Poleg lastnosti kile (velikost, lokacija, širina kilnega defekta) je treba upoštevati tudi ostale dejavnike, ki vplivajo na izvedbo in uspešnost posega: splošno stanje bolnika (sta-

rost, debelost, pridružene bolezni), število predhodnih hernioplastik, lastnosti mrežice, izkušnje kirurga itd. Ker so ventralne kile tako raznolike, obstajajo pri tehnični izvedbi operacije številne variacije. Podrobnejši opis smernic in novosti s kongresov najdemo tudi na uradni spletni strani Herniološkega združenja Slovenije, ki ga že vrsto let uspešno vodi Jurij Gorjanc, dr. med. (6).

Kako je v Sloveniji? Ali je laparoskopna metoda zamenjala odprto? Še zdaleč ne. Prvi prispevek o sodobni minimalno invazivni metodi zdravljenja bolnikov z ventralnimi kilami v Sloveniji so leta 2006 objavili B. Vrbanec in kolegi iz SB Murska Sobota (7). Operirali so 29 bolnikov in predstavili prednosti in pomanjkljivosti metode. Med prednostmi so izpostavili nepotrebnost obsežne preparacije roba kilnega defekta, kar ima za posledico manjšo porabo analgetikov, manj zapletov v operativni rani, hitrejšo okrevanje in končno manj ponovitev kot pri odprti operaciji. Glavna pomanjkljivost metode je njena višja cena. Prav zmanjšanje deleža recidivov opravičuje sodoben pristop in višjo ceno laparoskopskega posega. G. Kunst iz

SB Slovenj Gradec je predstavil lastno serijo 50 bolnikov, ki jih je operiral v obdobju od leta 2011 do 2015 (8). Večjih zapletov ni imel, kot prednosti posega je izpostavil krajši čas bivanja v bolnišnici, manjšo bolečino po operaciji in boljši estetski videz. Opozoril je, da so še vedno prisotna nekatera odprta vprašanja tako pri izbiri minimalno invazivne metode kakor tudi pri njeni tehnični izvedbi. T. Jordan in M. Mušič iz UKC Ljubljana sta predstavila skupino 30 bolnikov, ki so bili v letih 2009–2012 operirani z laparoskopsko tehniko (9). Poudarila sta, da se v Sloveniji velika večina ventralnih kil še vedno operira po odprti metodi.

Laparoskopske operacije ventralnih kil kirurgi izvajajo tudi v ostalih slovenskih bolnišnicah, vendar svojih izkušenj zaenkrat še niso objavili. Tako ne vemo, kakšen je delež minimalno invazivne kirurgije v primerjavi s tradicionalno, odprto metodo. V UKC Maribor smo s to moderno tehniko šele začeli, letos smo operirali prvih pet bolnikov. Zapletov ni bilo, vendar kakršnakoli poglobljena analiza ob tako majhnem številu bolnikov še ni mogoča. Na žalost smo naleteli na ovire, ki jih kratkoročno

predstavljajo predvsem nekoliko višji stroški takšnih operacij. Natančneje, dražja je mrežica in, za razliko od odprte metode, pri laparoskopski operaciji uporabljamo kilne sponke (*tackerje*) ali tkivna lepila, ki prav tako višajo ceno posega. Vendar, če pravilno upoštevamo vse ostale dejavnike (manj zapletov, krajša hospitalizacija, manjša poraba analgetikov, manj ponovitev kile itd.), je lahko cena minimalno invazivnega zdravljenja občutno nižja. Upati je, da bo kratkoročno razmišljanje nadomestil celosten pogled in da se bo ta bolniku prijazna minimalno invazivna metoda dokončno uveljavila tudi pri nas.

Viri

1. Jin J, Rosen MJ. Laparoscopic versus open ventral hernia repair. *Surg Clin North Am* 2008; 88:1083–1100.
2. LeBlanc KA, Booth WV. Laparoscopic repair of incisional abdominal hernias using expanded polytetrafluoroethylene: preliminary findings. *Surg Laparosc Endosc* 1993; 3:39–41.
3. Vorst AL, Kaoutzanis C, Carbonell AM, Franz MG. Evolution and advances in laparoscopic ventral and incisional hernia repair. *World J Gastrointest Surg* 2015; 7:293–305.
4. Ramirez OM, Ruas E, Dellon AL. »Components separation« method for closure of abdominal wall defects: An anatomic and clinical study. *Plast Reconstr Surg* 1990; 86:519–26.
5. Bittner R, Bingener-Casey J, Dietz U, Fabian M, Ferzeli GS, Fortelny RH et al. Guidelines for laparoscopic treatment of ventral and incisional abdominal wall hernias (International Endohernia Society (IEHS)). *Surg Endosc* 2014; 28:2–29.
6. Uradna spletna stran herniološkega združenja Slovenije <http://www.kile.si/>
7. Vrbanec B, Recek D, Hari P, Kuhar M. Laparoskopna hernioplastika ventralnih kil. *Endoskopska revija* 2006; 25:65–8.
8. Kunst G. Laparoskopske operacije ventralnih kil – lastne izkušnje. In: Ivanec A, Krebs B, editors. *13. kongres endoskopske kirurgije Slovenije. Zbornik predavanj*; 2015 Apr 16–18; Maribor, Slovenia. Maribor: Slovensko združenje za gastroenterologijo in hepatologijo; 2015. p. 131.
9. Jordan T, Mušič M. Laparoskopske hernioplastike ventralnih kil – naše izkušnje. In: Ivanec A, Krebs B, editors. *13. kongres endoskopske kirurgije Slovenije. Zbornik predavanj*; 2015 Apr 16–18; Maribor, Slovenia. Maribor: Slovensko združenje za gastroenterologijo in hepatologijo; 2015. p. 132.



Laparoskopska hernioplastika ventralne kile, pogled znotraj trebušne votline. Mrežico z notranje strani pritrdimo s kilnimi sponkami ali s posebnim tkivnim lepilom. Pritrdimo jo lahko tudi z notranjimi šivi, kar je sicer zelo zamudno.

Ni vsak okcipitalni glavobol povezan z obrabo vratne hrbtenice – Chiarijeva malformacija

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

V zadnjih petih letih na Oddelku za nevrokirurgijo UKC Maribor beležimo porast števila bolnikov, ki jim je bila diagnosticirana Chiarijeva malformacija. Razlog ni povsem jasen, najverjetneje pa je k temu pripomogla bolj pogosta uporaba slikanja glave in vratu z magnetno resonanco (MR). Operacije te malformacije, ki so bile včasih redke, so sedaj postale pogoste in izvajane večkrat letno.

Chiarijeva malformacija je malformacija v kranio-cerebralnem prehodu. Najpogostejše je prirojena, čeprav je lahko tudi pridobljena. Prvi jo je opisal patolog Hans Chiari. Opisanih je več tipov Chiarijeve malformacije, najpogostejša sta tipa I in II. Za tip II se dostikrat uporablja tudi termin Arnold-Chiarijeva malformacija. V nadaljevanju sledi opis zgolj Chiarijeve malformacije tipa I, ki je v klinični praksi daleč najpogostejša.

Pri Chiarijevi I malformaciji gre za herniacijo (descenzus) cerebelarnih tonzil preko foramina magnum v spinalni kanal. Ta herniacija je lahko različno izražena, običajno pa se 5 mm descenzusa navaja kot meja. Treba je opozoriti, da je ta meja povsem arbitrarno določena, herniacija je lahko tudi manjša, pa vseeno povzroča klinične težave. Na MR-slikah je ob tem pogosto viden tudi razširjen spinalni kanal, govorimo o hidromieliji (včasih se uporablja tudi nekoliko napačen izraz siringomielija).

Najpogostejša težava bolnikov s Chiarijevo I malformacijo so zatilni (okcipitalni) glavoboli. Ti se poslabšajo ob izvajanju t.i. Valsalvovega

manevra, npr. ko bolnik z vso močjo pihne skozi zaprti nos. Glavoboli so hujši ob kašljanju, napenjanju ipd. Te vrste glavoboli so lahko izredno moteči in prisotni vsak dan. Pogoste pridružene težave so vrtočevnice in drevenenje v rokah. Ob prisotnosti hidromielije (zlasti, če ta napreduje) se pridruži mišična slabost v rokah in nogah ter slabši občutki za bolečino in dotik v okončinah. Možne so tudi motnje dihanja, zlasti ponoči, napredujoče faze bolezni pa lahko vodijo do popolne negibnosti. Pri otrocih se lahko ob izraziti hidromieliji pojavi tudi napredujoča skolioza.

Preiskava izbora za diagnostično potrditev Chiarijeve I malformacije je MR-glave. Ta pokaže izraženost herniacije, lahko pa tudi prisotnost hidromielije. Ob izraženi hidromieliji se napravi tudi MR spinalnega kanala za opredelitev, kako daleč vzdolž spinalnega kanala sega hidromielija, kar je lahko pomembno za kasnejše spremljanje. Prisotnost skolioze in njeno izraženost opredelimo z rentgenskimi slikami celotne hrbtenice.

Vsakega bolnika s Chiarijevo I malformacijo ni treba operirati. Malformacijo se lahko odkrije povsem naključno, ko nekdo opravi MR glave zaradi drugih vzrokov. V tem primeru govorimo o asimptomatski Chiarijevi I malformaciji. Tudi pri asimptomatski obliki je herniacija tonzil lahko zelo izražena, tako da nekateri priporočajo operacijo tudi ob odsotnosti težav. Pri tem se navaja različne arbitrarne meje, za koliko milimetrov naj bi bile tonzile pomaknjene v spinalni kanal (od 3 do 10 mm), da je operacija potrebna. Po mnenju

mnogih kirurgov pa operacija pri asimptomatski Chiarijevi I malformaciji ni potrebna, temveč zgolj spremljanje. Z leti se izraženost herniacije tonzil namreč lahko večja, malformacija pa postane simptomatska.

Običajno se operira vse bolnike, ki imajo simptome, ob tem pa tudi jasno potrjeno malformacijo na MR-slikanju glave. Ti bolniki trpijo za hudimi in pogostimi okcipitalnimi glavoboli, glavoboli pa so običajno vsakodnevni. Običajno intenzivnost glavobolov tudi napreduje. Operacijo se predlaga tudi večini bolnikov s hidromielijo, saj je pri njih pričakovati napredujoče nevrološke izpade.

Pri operaciji se napravi rez v srednji liniji nad spodnjim delom zatilja, ki sega do začetka vratne hrbtenice. Po deperioziranju kosti sledi



Slika 1. Chiarijeva I malformacija brez hidromielije. Herniacija tonzil je prikazana s puščico.



Slika 2. Chiarijeva I malformacija s hidromielijo (puščica).

odstranitev okcipitalne kosti okrog foramna magnum (t.i. subokcipitalna kraniektomija), nato pa se obojestransko odstrani lamine prvega vratnega vretenca, lahko pa tudi drugega vratnega vretenca (če je herniacija zelo izražena). Odstrani se tudi večji del atlantoaksialne in atlantookcipitalne membrane. V primeru, da se tako doseže zadovoljiva mobilnost tonzil (kar se običajno preveri ultrazvočno), se lahko operacija s tem tudi



Slika 3. Bolnica s slike 2 šest mesecev po operaciji. Videti je stanje po subokcipitalni kraniektomiji (puščica). Hidromielija je bistveno manjša.

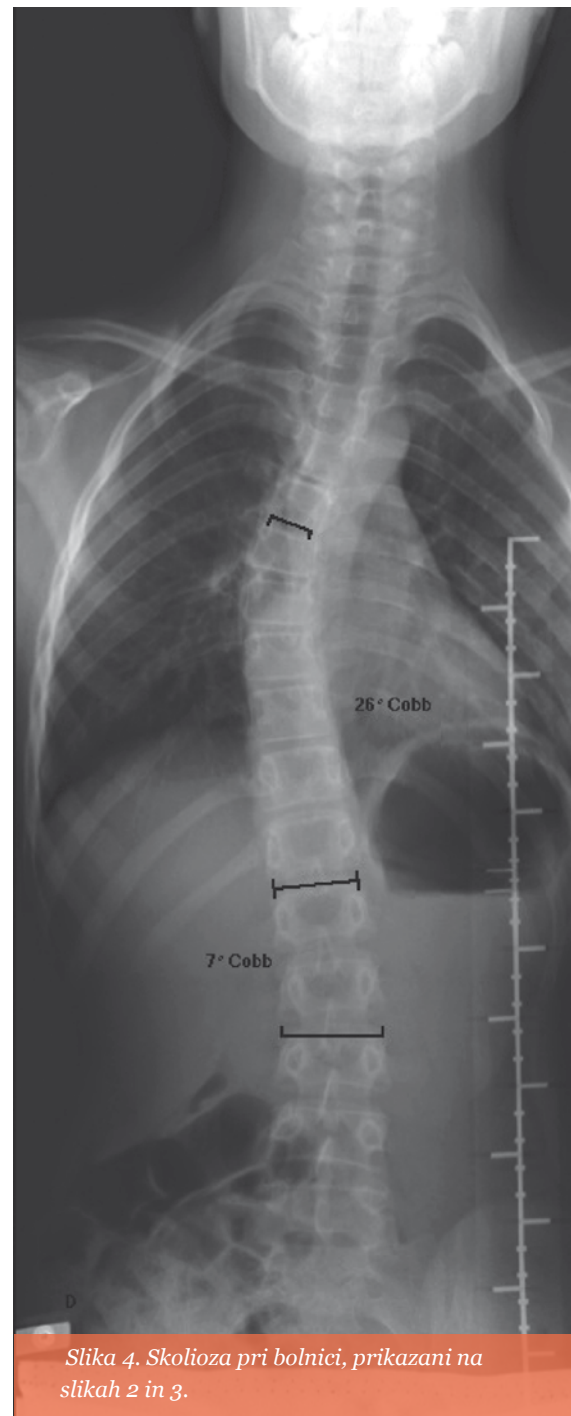
zaključiti. Običajno pa se v nadaljevanju prereže dura subokcipitalno ter nad ekspanziranimi vratnimi segmenti, v nastalo duralno odprtino pa se vstavi ustrezen implantat (lahko avtologen ali iz umetnega materiala). Na ta način se še dodatno razširi področje kraniocervikalnega prehoda. Opisanih je še mnogo dodatnih variant tega posega.

Na oddelku za nevrokirurgijo UKC Maribor smo od 2012 do 2017 operirali 16 bolnikov s Chiarijevo I malformacijo, od tega je bilo pet otrok. Dva otroka sta imela skoliozo. Pri dveh bolnikih je bilo treba napraviti revizijo zaradi iztoka likvorja skozi rano. Vsi bolniki so dobro okrevali, nevrološkega poslabšanja nismo opazili. Pri dveh bolnikih, ki sta imela pred operacijo izražene nevrološke izpade, so se ti nekoliko popravili, vendar ne povsem. Pri dveh bolnikih sta imela Chiarijevo I malformacijo tudi svojca (v obeh primerih je šlo za sestri). Okcipitalni glavoboli so se bistveno ublažili ali izginili pri vseh bolnikih, razen pri eni bolnici, kjer smo napravili revizijsko operacijo ter dodatno sprostitev.

Zaključimo lahko, da je Chiarijeva I malformacija vse pogostejše odkrita. V primeru izraženih težav ali hidromielije je običajno potrebno kirurško zdravljenje. Operacija je varna ter privede k zmanjšanju težav.

Vira

1. Fernandez AA, Guerrero AI, Martinez MI, Vazquez MEA, Fernandez JB, Octavio EC, et al. Malformations of the craniocervical junction (chiari type I and syringomyelia): classification, diagnosis and treatment). BMC Muskuloskelet Disord 2009;10:Suppl 1.
2. <https://bmcmuskuloskeletdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2474-10-S1-S1>.



Slika 4. Skolioza pri bolnici, prikazani na slikah 2 in 3.

O psihološki travmi in psihotraumatologiji

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

Psihološka travma se je vrnila med duševne motnje v drugi polovici 19. stoletja, potem ko se je v bolj razvitih evropskih državah pojavila železnica. Razvoj železnice so spremljala tudi iztirjanja in druge nesreče, ob čemer so se začeli pojavljati ponesrečenci, ki so poročali o bolečinah v hrbtu, ne da bi utrpeli kakšno bolj resno poškodbo. Zdravniki tistega časa so pojav poimenovali »railway spine« (železniška hrbtenica). Industrializacija in vzpon meščanstva sta v drugi polovici 19. stoletja prispevala še k enemu pomembnemu pojavu tistega časa. Mlade deklice, zrele ženske in moški so začeli kazati čudne vzorce vedenja, bizarne napade, odvzetosti delov telesa, slepoto, nezmožnost govorjenja in še veliko drugih, težko razločljivih simptomov, ki so jih zdravniki začeli prepoznavati kot histerijo. K temu množičnemu pojavu so usmerili pozornost evropski psihiatri. V Franciji so najbolj znani psihiatri oz. nevrologi, kot so Charcot, Bernheim in Janet, na osnovi svojih izkušenj s hipnozo začeli spoznavati, da se ti čudni, nerazložljivi pojavi navezujejo na nepredelane, neugodne življenjske izkušnje, predvsem tiste s seksualno konotacijo. Janet je celo vpeljal idejo, da obstaja del naše duševnosti, ki se je ne zavedamo, vseeno pa igra pomembno vlogo pri nadzoru nad našim čustvovanjem in vedenjem. Freud se je med svojim študijskim obiskom v Franciji »okužil« s temi, v viktorijanskih časih bogokletnimi idejami. S Franzem Breuerjem, ki je že tudi sam eksperimentaliziral z besednim zdravljenjem, sta začela razvijati pristop, ki se je kmalu poimenoval psihoanaliza. V svoji prvi

knjigi sta na osnovi uspešno zdravljenjih primerov histerije dala jasno vedeti, da je ta motnja pogojena z neugodnimi, danes bi rekli travmatiskimi izkušnjami. Pri tem sta izpostavila vlogo seksualne travmatizacije.

Nepredstavljivo kruta prva svetovna vojna je z neskončnimi boji v strelskih jarkih, množičnim trpljenjem in stradanjem, izpostavljenostjo tehnološko razvitemu orožju povzročila nov pojav, t. i. »shell shock sindrom.« Sprva so zdravniki mislili, da gre za posledice zračnega udara ob eksplozijah ogromnih topovskih izstrelkov, vendar se je kar hitro pokazalo, da gre pravzaprav za posledice izpostavljenosti hudim psihičnim izkušnjam. Vojaki, ki so zboleli za to motnjo, so kazali znake nekoordiniranih gibov, tresenja, odvzetosti, neodzivnosti. Da ni šlo za simulacijo, priča dejstvo, da je večina teh veteranov do konca življenja kazala znake te bolezenske motnje.

Potem ko je psihoanaliza spoznala, da gre za t. i. vojno nevrozo, se je Sándor Ferenczi, kot eden od zgodnjih protagonistov psihoanalize, pojavil z idejo, da bi povsod po avstro-ogrski monarhiji vzpostavili centre za travmatizirane vojaške veterane, ki bi jih zdravili s pomočjo nekoliko modificirane psihoanalize. Na žalost sta razpad monarhije in posledična huda ekonomska kriza onemogočila uresničitev teh naprednih idej.

Zadnji »žebelj v trugo« zgodnjih psihotraumatskih konceptov je zabil sam Freud, ki je v opisu znamenitega primera »Dora« revidiral svoj odnos do etiološke vloge seksualne travmatizacije in zavzel stališče, da gre pravzaprav le za incestuozno obar-

vane seksualne fantazije odrasčajočih deklet, ki ubesedijo svoje želje kot realna doživetja.

Ferenczi je leta 1932 pripravil referat za psihoanalitični kongres v Wiebadnu, v katerem je opisal koncept motenosti jezika med otrokom in odraslim. Ta teorija govori o tem, da si otrok želi le nežnosti, ljubezni in varnosti, če pa se odrasla oseba na to odzove s seksualnostjo, potem to povzroča hudo psihično stisko, občutke sramu in brezrazložne krivde pri prizadetem otroku. S tem je dal jasno vedeti, da je spolna zloraba realno dogajanje s hudimi posledicami, ki posameznika spremljajo tudi v času odraslosti. Njegovo teorijo je Freud odločno odklonil, potem pa za njim še celotna psihoanalitična skupnost. Leto kasneje je Ferenczi umrl za perniciozno anemijo, kar je preprečilo njegov izgon iz psihoanalitične skupnosti, ki je potem skoraj celo stoletje zavračala idejo o psihološki travmi, kot viru duševnih motenj. Celo po nepredstavljivem stradanju judovskega naroda je ostala nema in nedovzeta, vse do 90. let prejšnjega stoletja.

Abraham Kardiner je v začetku druge svetovne vojne sicer opisal poglobljene značilnosti potratne stresne motnje (PTSM), vendar je ta pojav ponovno končno prodril v zanimanje strokovne javnosti šele v 70. letih, potem ko so se vietnamski veterani vrnili domov množično prizadeti, nezmožni prilagoditve na civilno življenje, s hudimi psihopatološkimi simptomi in vedenjskimi motnjami.

Vietnamska vojna se namreč močno razlikuje od vseh prejšnjih vojn, v katere so bile vpletene ZDA. Vojaki so se vrnili iz Vietnama poraženi iz umazane, gverilske vojne, z veliko civilnih žrtev. Vietnamska vojna je bila tudi prva, v kateri so bili prisotni tudi civilni novinarji in snemalci, ki so se trudili prikazati

ameriške vojake kot zločince, ki se izživljajo nad civilnim prebivalstvom, celo nad otroki. Posnetki z napalnom opečene deklice, brutalno ustreljene-ga vojnega ujetnika ... so prispeli v ameriške medije, še preden so se vojaki vrnili domov. V tem ozračju je bilo nemogoče ubesediti travmatske življenjske izkušnje, tako da so posledično sebe začeli doživljati kot žrtve in komunicirati s svetom preko svojih simptomov in vedenjskih odklonov.

Ameriška vlada je spoznala problem travmatiziranih veteranov in je začela vlagati v raziskovanje potravmatske stresne motnje. Pojavili so se raziskovalci, kot Bessel van der Kolk, Rachel Jehuda, Meichenbaum in številni drugi, ki so začeli postavljati temelje nove, znanstvene in strokovne discipline, ki se je sčasoma poimenovala v psihotravmatologijo. Ker so raziskave tekale na različnih področjih, je ta stroka že od samega začetka inter- in multidisciplinarno zasnovana. Zgodilo se je nepredstavljivo, da so se v istem »corpusu« znanja združili prispevki nevrobioloških, psiholoških, socioloških in drugih znanosti.

Z razvojem feministične psihologije je prišlo tudi do ponovnega ovrednotenja etiološke vloge seksualne travmatizacije otrok in odraslih. Kot pionirka na tem področju se omenja Judith Herman. V svoji knjigi »Trauma and Recovery« je pogumno opisala katastrofalne posledice seksualne travme, doživete v času otroštva. Diana Russell je opravila reprezentativno raziskavo na to temo in ugotovila, da je seksualna travmatizacija še kako pogosta in boleča pojavnost ameriške družbe.

V 80. letih so terapevti v ZDA spoznali pomembnost psihološke travme, vendar so očitno »padli na drugo stran konja«, saj so njihovi pacienti, da bi zadovoljili pričakovanja svojih terapevtov, začeli poročati o travmatskih življenjskih izkušnjah, predvsem satanističnih ritualih. FBI je opravil obsežno poizvedbo, ki ni potrdila obstoja teh dogodkov. Psihotravmatologija se je morala soočiti s

pojavitom lažnih spominov in se naučiti kritičnega odnosa do pripovedovanja svojih pacientov.

90. leta so, z vojno na Balkanu in začetkom družbene tranzicije v srednjeevropskih državah, prispevala k razumevanju družbene travmatizacije in medgeneracijskega prenosa travmatskih vsebin. Psihotravmatologija je razširila svoje znanstveno zanimanje s posameznika na družine, skupnosti in večje etnične enote.

Ferenc Erős je s svojimi sodelavci opravil obsežen študij na populaciji prve, druge in tretje generacije madžarskih Judov, ki so izkusili in preživeli holokavst med drugo svetovno vojno. Na osnovi ogromne populacije beguncev z Balkana so se oblikovale predstave o tem, kako begunstvo vpliva na travmatske izkušnje posameznikov. Ob tem so se razkrili tudi tisti mehanizmi, ki delujejo zdravilno na posameznike in skupnosti.

Po 11. septembru se je družbeni pomen psihične travme popolnoma spremenil. Ameriška družba je bila v celoti pod vplivom »travme«. Vsak Američan si je pridržal pravico, da je travmatiziran, le zaradi spoznanja, da je njegova država ranljiva. PTSM je »prepojila« javne medije. Travma je postala vodilni element v družbenem diskurzu in s tem pravzaprav karikatura same sebe. Ob prenasičenosti družbe s »travmo« je ta beseda že sama po sebi postala semantično preobremenjena, povsem razvrednotena. Lacan bi rekel, da je postala: bla-bla. Beseda, brez vsebine in pomena.

Kljub tem anomalijam se je psihotravmatologija v zadnjih desetletjih razvila v obsežno in verodostojno znanstveno in strokovno disciplino, ki je enakovredno zasidrana v nevrobiološki, psihološki, psihopatološki sociološki in kulturno-antropološki znanosti. Ob tem bi lahko zasledili še prispevek številnih drugih znanstvenih disciplin, saj se ukvarja s pojavnostjo človeškega trpljenja, ki spremlja vso zgodovino človeške civilizacije.

Psihotravmatologija je disciplina, ki se odziva na civilizacijsko spoznanje, da nasilje ni samoumevno in inherentno človeškemu bistvu, ampak grozljiv civilizacijski ostanek iz nekih drugih časov. Ni več samoumevno biti izvajalec nasilja, prav tako ni nujno molče trpeti za posledicami storjenega nasilja. Psihotravmatologija je pravzaprav dosežek civiliziranega sveta, ki prepozna potrebo po razreševanju posledic nasilnih dejanj, storjenih v škodo posameznika, skupnosti ali naroda.

Psihotravmatologija je sodobno udejanjenje judovsko-krščanskega ideala usmiljenosti in altruizma, s tem da se s strokovnim znanjem in psihoterapevtsko zasnovanim odnosom usmeri na trpeče subjekte, ne glede na to, ali so izvajalci ali žrtve dejanj, ki presegajo naše predstave o stvarnosti.

Psihotravmatologija je dosežek civilizacije, obenem pa tudi ideologija spoštovanja in sočustvovanja, ki deluje nad interesi posameznikov, skupin, političnih usmeritev, saj brez vsakršnih predsodkov uresničuje rogersijanska načela brezpogojnega sprejemanja vseh trpečih oseb, ne glede na njihove rasne, etnične ali druge predpostavke.

Odnos do žrtev ni le stvar posameznih entuziastov, ki se posvečajo tej terapevtski praksi, temveč je zrcalo etike posameznikov, skupnosti ali celotnih družb. Danci so na primer med drugo svetovno vojno družno skrili svoje sodržavljane judovske vere in jih potem pod okriljem noči tihotapili na varno v nevtralno Švedsko. Prepričan sem, da je to dejanje ostalo zapisano ne le v danski zgodovini, temveč tudi v srcu vseh Dancev. Drugi srednjeevropski narodi so nesebično nudili pomoč nacistom pri iztrebljanju Judov, kar je še vedno vir antisemitizma in ksenofobije, kot nekakšne reaktivne formacije v zavesti celih narodov.

Vamik Volkan, ciprski Turek, profesor psihiatrije na znameniti ameriški univerzi, je pomemben raziskovalec medetničnega nasilja in medgeneracijskega vpliva družbene

travme na odnose med etničnimi skupnostmi. Posledice nasilja namreč same po sebi ne izginejo. Doživeto nasilje ali storjeno zlo nenehno ustvarja duševno trpljenje, ki se od časa do časa realizira v izbruhu nasilja.

Ko poskušamo razumeti odnos posameznika, skupnosti ali naroda do travme oz. žrtev travmatogenih življenjskih dogodkov, imamo pred očmi dve merili. Eno je občutljivost na travmo, torej sposobnost opaziti, pokazati zanimanje za trpljenje drugega. Drugo merilo pa je toleranca na travmo, sposobnost prisluhniti, poslušati, poistovetiti se, ustvariti empatičen odnos z žrtvijo. Vsak posameznik, skupnost ali narod se lahko umesti v te koordinate, odvisno od preteklih izkušenj in od elaboracije teh izkušenj. Danes že vemo, da travma spreminja nevrobiološki ustroj otrok, kot tudi odraslih. Travmatizirane osebe se lahko razvijejo v brezčutne nasilne osebe ali v molčeče, tesnobne posameznike, ki nikoli ne bodo sposobni uresničiti svojih talentov, predvsem zaradi ponotranjenih sporočil storilcev. Ob primerni senzitivnosti na travmatsko ozadje duševnih motenj kar hitro pridemo do spoznanja, da večina naših bolnikov trpi za posledicami stresne ali travmatske izpostavljenosti v času otroštva. Zaradi prisotnosti t. i. »zrcalnih celic« v naših možganih npr. prizori nasilja med staršema povzročajo enake travmatske posledice kot neposredna izpostavljenost samega otroka.

Lahko zaključimo, da je psihična travma pomemben modulator nevrobiološke matrike, medosebnih odnosov in celo družbeno-kulturnih elementov posamezne skupnosti ali družbe. Če želimo razumeti razraščanje političnega terorizma in drugih oblik radikalizma, se moramo dotakniti nasilnih izkušenj teh oseb.

Slovensko prebivalstvo je bilo v zgodovini velikokrat izpostavljeno nasilnim izkušnjam, kot so vojne, naravne nesreče, podrejenost tujim oblastem. V hribovskih predelih je

bilo življenje vedno zelo težko, pretkano z nasilnimi medosebnimi odnosi. Vinogradniška področja so bila prepojena z alkoholom kot generatorjem nasilja, predvsem znotraj družin. Prva in druga svetovna vojna, množična stradanja in izgube so v veliki meri prispevali k razraščanju družinskega in »gostilniškega« nasilja. Na osnovi pripovedovanj naših pacientov z izkušnjo nasilja pogosto zasledimo navezavo na prednike, ki so bili domnevno travmatizirani veterani ali očitne žrtve prve ali druge svetovne vojne. Na Štajerskem je bilo veliko moških, ki so bili mobilizirani v nemško vojsko. V poveljnih razmerah zagotovo niso imeli veliko možnosti ubesediti svoje nasilne, travmatogene izkušnje. Tradicionalni načini razreševanja teh izkušenj v cerkveni ali posvetni skupnosti so izvenili, novi pa niso nastali, da bi pomagali pri okrevanju ali reintegraciji teh posameznikov v družino ali skupnost. Poseben problem predstavljajo skupnosti, ki so bile v celoti prizadete z nekim vojnim dejstvom.

Zloraba alkohola se ne navezuje le na vinogradniško kulturo, temveč tudi na pomanjkanje ustreznih strategij za razreševanje napetosti in globoko zasidrane agresivnosti. Opažamo, da je zloraba alkohola dominanten dejavnik pri psihični, fizični in spolni zlorabi otrok.

Kljub razumevanju teh mehanizmov smo še vedno osupli nad bestialnostjo pedofilov, ki v nekaj let starih otrocih prepoznavajo odrasle, spolno zrele osebe in se do njih tako tudi vedejo. Kljub dolgoletnemu delu z osebami, ki so postale žrtve penetrativne spolne zlorabe pri treh, štirih letih, še vedno ne moremo razumeti, kaj sili posameznika v takšna grozodejstva, ignoranco do trpljenja in bolečin teh majhnih otrok.

Nekdo bi pomislil, da gre za izredno redek, mogoče celo nekoliko napihnen pojav, vendar izpovedi oseb z duševno motnjo kažejo na to, da je tovrstna oblika nasilja tudi v Sloveniji precej pogosta. Čeprav je težko verjeti, vendar je v nekaterih ruralnih okoljih

spolno izrabljanje deklic in odraščajočih deklet bila, mogoče pa je še vedno, vsakodnevna praksa. Ponekod še danes velja prepričanje, da je deklica, ki si dovoli postati žrtev spolnega nasilja, sama kriva za to, kar se ji zgodi. Takšni vzorci kažejo na seksistične predstave o vlogi žensk v družbi, ki so še vedno bolj plen in ne partner.

Poleg alkohola se nakazuje kot pomemben dejavnik spolnega nasilja v škodo otrok tudi ločitev bioloških staršev, prihod novih partnerjev ter čustveno zanemarjanje otrok, ki potem z lahkoto postanejo žrtve pedofilske naravnanih odraslih.

Neopolnomočenost žensk, predvsem mladih mater na podeželju, ki se še vedno čutijo čustveno in finančno odvisne od svojih, pogosto nasilnih partnerjev, lahko ustvari družinsko klimo, v kateri se storilec čuti varnega in ga ni strah kaznovanja za svoje dejanje.

Psihična travmatizacija, predvsem spolna zloraba v času otroštva, se ne kaže le v obliki potrvamatske stresne motnje, temveč povzroča hude osebnostne spremembe, depresivna stanja, nagnjenost k samouničevalnosti, nasilju. Na splošno lahko rečemo, da te osebe doživljajo močno trpljenje, obenem pa so pogosto nefunkcionalne v svojih družbenih vlogah, kot partnerji/partnerke, roditelji, delavci/delavke ali enostavno kot pripadniki družine in skupnosti. Travmatizirane osebe se v odraslosti pogosto spreminijo iz žrtve v »problem« zaradi neskladnosti vedenja, nepredvidljivosti, čudaških navad in vedenjskih vzorcev. Zadnja leta vedno več raziskav potrjuje, da se za samomorilnostjo pogosto skrivajo izkušnje z nasiljem, poniževanjem.

Na osnovi svojih terapevtskih izkušenj upam trditi, da slovenska družba ni kaj posebej senzitivna in tolerantna do žrtev. Psihijatrija pa še toliko manj. Vsekakor pa se nakazuje trend izboljšanja odnosa do trpečih oseb. Sektor socialnega varstva vedno bolj spoznava realne potrebe žrtev, prepozna potrebo po financiranju

nevladnih organizacij, ki se posvečajo podpori in rehabilitaciji žrtev nasilja, vendar se zdi, da je psihotravmatološka oskrba preveč kompleksna in občutljiva zadeva, da bi se jo prepuščalo negotovo financiranim in slabo usposobljenim delavcem nevladnih organizacij.

Prav tako je opazati pomanjkljivosti na področju kazenske obravnave nasilnih dejanj, storjenih v škodo otrok in ostarelih.

Kazenski zakonik predvideva dvakratno zastaralno dobo za spolno nasilje nad otroki. Razen nekaterih izjemno krutih dejanj je to kvečjemu deset let. V zadnjih letih se je zakonodaja spremenila le v tem, da žrtev lahko sproži kazenski postopek še pet let po polnoletnosti. Na žalost večina mojih pacientov začuti potrebo po razreševanju travmatskih življenjskih izkušenj v starosti po tridesetem letu, tako da kazenski pregon storilcev v večini primerov ni več možen. To vsekakor predstavlja hendikep za osebe, ki se med terapijo spremenijo iz žrtve v »preživivnika« (survivorja), ki v nekem trenutku rehabilitacije prepozna potrebo po kaznovanju storilca.

Pojavlja se tudi problem »bystanderjev«, oseb, ki so seznanjene s spolno zlorabo, vendar ne storijo nič v smislu zaščite žrtve. Njihova vloga je pogosto še bolj obremenilna, saj na nek način potrjuje tiste občutke sramu in krivde v otrocih, ki se nujno pojavijo kot del travmatskega pojava. Ignoranca ali neredko celo aktivno sodelovanje teh oseb za celo življenje zasidra otroka v statusu grešne, moralno oporečne osebe. V Sloveniji ni podatka, da bi kazensko obravnavali kakšno osebo med temi »bystanderji«, čeprav od svojih pacientov pogosto slišim, da je mati, teta ali babica vedela za zlorabo.

S staranjem prebivalstva se stopnjuje tudi nasilje nad starejšimi, pogosto dementnimi osebami. Zaradi upada mentalnih sposobnosti se jih pogosto prikaže kot neverodostojne pri podajanju svojih izjav ali pritožb na nasilno vedenje skrbnikov ali

sorodnikov. Tovrstna kazniva dejanja je izredno težko razkriti, še težje pa primerno sankcionirati.

Psihotravmatologija v Sloveniji

V Sloveniji psihotravmatologija ni prodrla v miselnost večine psihiatrov, psihoterapevtov. Delo s travmatiziranimi osebami zahteva posebno usposobljenost, primerno senzitivnost in toleranco do travme. Konec devetdesetih let smo v Psihiatrični bolnišnici Ormož organizirali nekaj odmevnih simpozijev na temo travme, duševne bolečine in osebnostnih motenj. Ti dogodki bi lahko predstavljali zametek organizirane psihotravmatološko usmerjene oskrbe v sklopu javnega zdravstva, vendar ni bilo pravega posluha s strani vodstva ustanove in posledično je pobuda na žalost zamrla.

Opažam, da smo psihotravmatološko usmerjeni psihiatri, psihoterapevti, psihologi še vedno bolj ali manj izolirani in nepriznani v svoji dejavnosti.

Sodobna psihiatrija je izrazito nozološko usmerjena. V ospredju je potreba po prepoznavanju znakov duševnih motenj ter predpisovanje ustrezne, večinoma farmakološke terapije. Z remedikalizacijo psihiatrije se je potreba po etiološki razlagi motenj precej zmanjšala. Sam interes psihiatrije se je bolj ali manj zožil na bolezenska stanja, za katera obstaja ciljno usmerjena terapija. Osebnostne motnje, kot pogoste dolgoročne klinične manifestacije preteklih travmatskih življenjskih izkušenj, ostanejo izven tega področja. Tradicionalno usmerjene psihiatrične ustanove, sodeč po objavah bolnikov, ne nudijo obravnave, s katero bi bili uporabniki zadovoljni. Te namreč paciente prepoznajo kot osebe s psihozo, depresijo, osebnostno motnjo, motnjo hranjenja, odvisnostjo od nedovoljenih drog. Vedenjske težave, ki se kažejo pri resno travmatiziranih osebah, predstavljajo motnjo v delovanju sistema, zato ustanove postane-

jo odklonilne do teh pacientov, ne da bi se kdo poglobil v etiološko ozadje njihovih problemov. Pogosto opažamo, da se v teh terapijskih sistemih travmatizirane osebe čutijo retravmatizirane in reviktimizirane. S tem se le utrdi njihovo prepričanje, da v sklopu psihiatrije ni prostora za razreševanje njihovih problemov. Na žalost se celo tisti terapevti, ki kažejo občutljivost na travmo, pogosto ne zavedajo, da psihotravmatološka oskrba zahteva posebna znanja in veščine, sicer je obravnava neučinkovita in celo škodljiva za prizadeto osebo.

V bolj razvitih in bolj psihotravmatološko usmerjenih državah obstajajo posebne ustanove za dolgotrajno, stacionarno obliko rehabilitacije resno trpinčenih in zlorabljenih oseb, pri katerih se kažejo znaki kompleksne duševne in vedenjske motenosti. Te ustanove so financirane iz stabilnih, zavarovalniških ali vladnih virov, ki omogočajo dolgoročno, kontinuirano delo in primeren razvoj terapijskega sistema. Takšen projekt se je uveljavil tudi na Madžarskem, v obliki ustanove Thalassa, ki že dolga leta skrbi za rehabilitacijo psihotičnih in resno osebnostno spremenjenih oseb.

Glede na nizko rodnost, staranje prebivalstva in psihotravmatsko obremenjenost slovenskega prebivalstva, je vladna podpora psihotravmatološki dejavnosti nujna, saj ta z relativno nizkimi finančnimi vložki omogoča uspešno rehabilitacijo hudo spremenjenih oseb, ki le s težavo funkcionirajo v svojih družbenih vlogah, ali pa sploh ne. Pri tem zagotovo ne gre le za ustanovitev ustrezne ustanove za rehabilitacijo, temveč tudi za razvoj miselnosti, ki bo sposobna v ozadju klinične simptomatike prepoznati dolgoročne posledice travmatskih življenjskih izkušenj in se na njih primerno, empatično in strokovno odzvati.

»Budva, evropsko mesto cepljenja«

Prim. dr. Alenka Trop Skaza, Nacionalni inštitut za javno zdravje,
Območna enota Celje

Prof. dr. Bojana Beović, UKC Ljubljana,
Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja

V Budvi je od 24. do 27. oktobra 2017 v organizaciji evropskega urada Svetovne zdravstvene organizacije potekalo srečanje predstavnikov nacionalnih cepilnih programov (*National immunization program managers* – PPM), predsednikov nacionalnih posvetovalnih skupin za cepljenje (*Chairs of the National Technical Advisory group* – NITAG) ter članov evropske ekspertne skupine za cepljenje (*European technical advisory group of experts* – ETAGE). Tako je Budva, kot se je izrazil njihov minister za zdravje, postala za kratek čas stičišče strokovnjakov za cepljenje. Srečanja sva se kot slovenski predstavnici udeležili Alenka Trop Skaza (PPM) in Bojana Beović (NITAG), Alenka Kraigher pa kot članica ETAGE.

Evropska zdravstvena regija združuje 53 držav in ima 900 milijonov prebivalcev, od tega 11 milijonov dojenčkov, 55 milijonov otrok, mlajših od 5 let, in 157 milijonov otrok, mlajših od 15 let. V regiji si države na različne načine prizadevamo za ohranitev in vzdrževanje zdravja s cepljenjem, saj nalezljive bolezni ne poznajo meja in pregrad, na kar nas vse leto opozarjajo izbruhi ošpic v Romuniji, Italiji, na Kosovu. Prvi dan srečanja, torek, 24. oktobra, je Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) posvetila otroški paralizi. Predstavljeni so bili mejniki v eliminaciji te bolezni in prizadevanja za ohranitev našega območja kot dela sveta brez otroške paralize. Slovenija je že v letu 2002 pridobila certifikat kot država brez otroške paralize.

Pri programu eliminacije ošpic smo kot regija veliko manj uspešni. V letu 2015 je zaradi ošpic na svetu umrlo 130.000 ljudi, v glavnem otrok, mlajših od 5 let. Aktualni podatki o številu smrti zaradi ošpic, sporočeni na srečanju, so za dobrih 30.000 ohranjenih življenj manjši, a še vedno vsako uro na svetu zaradi ošpic umre več

kot 10 otrok! Vizija evropske zdravstvene regije je postati regija brez nalezljivih bolezni, ki jih lahko preprečimo s cepljenji, da bi vse države imele enako pravičen dostop do cepiv in cepljenja za ljudi v vseh življenjskih obdobjih.

Države se med seboj v tem, kako doseči skupni cilj glede cepljenja proti različnim nalezljivim boleznim, razlikujemo. Zaradi naraščanja pogostnosti bolezni, ki jih lahko preprečimo s cepljenji, sta se v zadnjem času dve državi v Evropi, Italija in Francija, odločili za obvezno cepljenje otrok. Za Slovenijo je zaradi pogostih stikov zaskrbljujoča izredno nizka precepljenost otrok v državah zahodnega Balkana, predvsem v Bosni in Hercegovini, Črni gori in na Kosovu. Čeprav se s tem problemom ukvarja tudi SZO, je edini način zaščite za Slovenijo dobra precepljenost. Kot problem se je v razpravi pokazalo dejstvo, da je cepljenje velikokrat opuščeno zaradi lažnih kontraindikacij. Omenjen je bil tudi



Z leve: Alenka Trop Skaza, Alenka Kraigher, Bojana Beović.

pomen poznavanja razmer glede precepljenosti posameznih skupin, saj je precepljenost lahko v celotni populaciji statistično zadovoljiva, a ker obstajajo žepi slabo precepljenih otrok, ti predstavljajo nevarnost za celotno skupnost. Tako kot v Sloveniji, se tudi drugje srečujejo s problemom proticepilnih gibanj, vplivom socialnih družbenih omrežij in medijev na širjenje »resnic«, da je edino in zdravo samo tisto, kar je »pura natura«. Ob tem premalo poudarjamo, da so cepljenja simulacija naravne okužbe, ki pa jo inducirana humoralna ali pa celično posredovana imunost prav zaradi cepljenja prepreči.

Komunikacija in izobraževanje tako strokovne kot laične javnosti za ohranjanje zdravja v vseh življenjskih obdobjih na principu argumentov in dokazov je pot, ki bi jo zdravniki morali poznati. Žal je racionalen pristop velikokrat, ko trči ob čustvenega nasprotnika s solzami v očeh, obsojen na neuspeh. Včasih je tudi pomanjkanje komunikacijskih veščin razlog, da smo v komunikaciji z

nasprotniki cepljenja neuspešni, čeprav je trdnih dokazov o uspešnosti, varnosti in učinkovitosti cepljenja veliko. Da je področje cepljenja zlasti v primerih, ko cepljenju sledijo dogodki, ki dokazano niso posledica cepljenja, občutljivo področje, kažejo izkušnje iz Danske, ki je imela več kot 80-odstotno precepljenost deklet proti humanemu papilomavirusu (HPV), sedaj pa se le počasi »pobira« zaradi proticepilne kampanje.

Pomembno področje koordiniranih aktivnosti ostaja obvladovanje okužb z virusom hepatitisa B. Po oceni v evropski zdravstveni regiji živi 15 milijonov kroničnih bolnikov, ki so nosilci HBsAg. Sicer je univerzalno cepljenje proti hepatitisu B uvedeno v 49 državah; poleg cepljenja rojstnih kohort so uvedeni presejalni programi nosečnic, skupin z večjim tveganjem za okužbo oz. selektivno cepljenje ranljivih oseb.

Poleg klasičnih cepiv, ki so uvedena v cepilne programe, je 40 držav uvedlo univerzalno cepljenje proti invazivnim pnevmokoknim okužbam,

32 držav proti HPV-okužbam in 18 držav cepljenje dojenčkov proti rotavirusnim okužbam.

Izkušnje, kako cepljenje čim bolj približati, so v iskanju dobrih praks precej podobne. Cepiti tam, kjer so ljudje. Razlog, zakaj je v določenih državah med kroničnimi bolniki in starejšimi tako malo cepljenih proti gripi, je verjetno tudi v dejstvu, da cepljenje ni brezplačno.

Težko je razumeti, da čeprav je cepljenje najbolj rentabilna naložba, kjer se vsak vložen dolar povrne s 16 dolarji (mimogrede: donosnost izobraževalnega dolarja je »samo« 1 : 7), se v Evropi srečujemo s problemom upadanja cepljenja. Na žalost pa je pri nalezljivih boleznih, zlasti če se in ko se tragično končajo, »zvoniti po toči prepozno.« Pred nami je več izzivov. Literature na temo uspešnosti različnih pristopov je veliko, »tehničnim« napotkom pa je poleg znanja, izkušenj, komunikacijskih veščin in politične podpore treba dodati tisti faktor X, ki ga mora vsak odkriti sam.

Od kritične ishemije do amputacije in rehabilitacije pacientov po amputaciji spodnjega uda

Urška Zupanc, dr. med.,
Univerzitetni rehabilitacijski inštitut RS – Soča

6. oktobra 2017 smo člani tima za rehabilitacijo pacientov po amputaciji v Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu RS (URI – Soča) organizirali strokovno srečanje z naslovom **Od kritične ishemije do amputacije in rehabilitacije pacientov po amputaciji spodnjega uda** in s tem povezali različne strokovnjake v želji po še boljšem sodelovanju, ki je

podlaga za kakovostno obravnavo naših pacientov.

Strokovnega srečanja se je udeležilo več kot 50 zdravnikov, medicinskih sester, fizioterapevtov, delovnih terapevtov in inženirjev ortotike in protetike. Udeleženci so bili tako iz slovenskih bolnišnic kot tudi zdravstvenih domov, zlasti patronažne službe, ter domov starejših občanov,

pridružili pa so se nam tudi zdravniki Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Predavatelji so nam predstavili obravnavo pacientov s periferno žilno boleznijo in sladkorno boleznijo, ki sta glavna krivca za amputacijo spodnjega uda. Le-ta pa je lahko tudi posledica poškodbe ali rakavega obolenja. Amputacija je rekonstruktivni poseg, ki zahteva izkušenega kirurga s celotnim timom. Rehabilitacijski proces se pri boleznih začne že pred kirurškim posegom, v primeru poškodbe pa s samo amputacijo in se



nadaljuje v pooperativno in protetično fazo, vse do vključevanja amputirane osebe v družbo. V proces, ki je usmerjen k pacientu, so vključeni zdravniki različnih specialnosti, medicinske sestre, fizioterapevti, delovni terapevti, inženirji ortotike in protetike, socialni delavci in psihologi, v letošnjem letu pa se je rehabilitacijskemu timu pridružila tudi profesorica športne vzgoje. Doseči želimo funkcijsko stanje osebe, kot je bilo pred amputacijo, vendar mora biti rehabilitacija usmerjena v realno postavljene cilje, ki si jih strokovnjaki zastavimo skupaj s pacientom.

47. evropski kongres vedenjske in kognitivne terapije v Ljubljani

Ljubljana, 13.–16. september 2017

Anica Gorjanc Vitez, dr. med., spec. psih.
in skupinska analitičarka, Psihiatrična bolnišnica Idrija

Evropski kongres vedenjske in kognitivne terapije (v nadaljevanju VKT) je organizator, to je turško združenje za kognitivno in vedenjsko terapijo, iz varnostnih razlogov organiziral v Ljubljani namesto v Istanbulu. Kongres je potekal na Gospodarskem razstavišču. Sprememba lokacije je kongres približala številnim slovenskim terapevtom in študentom VKT. Udeležilo se ga je 60 slušateljev iz Slovenije. Kongres je privabil 800 udeležencev z vseh kontinentov. V prispevku je nanizanih nekaj utrinkov iz predavanj in delavnic, ki so jih vodili ugledni predavatelji z vsega sveta.

Prvi dan sem se udeležila delavnice dr. Judith Beck, ameriške profesorice psihologije z Univerze v Pensilvaniji, katere oče Aaron Beck je začetnik

vedenjske in kognitivne terapije. Na celodnevni delavnici je predstavila kognitivni model uravnavanja telesne teže. Približala nam je tehnike spoprijemanja z občutkom lakote in hrepenejem po hrani. Predstavila je motivacijske strategije za znižanje in vzdrževanje znižane telesne teže. Debelost predstavlja resen zdravstveni problem današnjega časa. Diete in telesna aktivnost običajno prinesejo le začasne učinke. Predavateljica je poudarila, da je za dolgotrajne spremembe pomembno, da ljudje spremenijo miselne in vedenjske vzorce; si zastavijo dosegljive cilje in se ob morebitnem zdrsu ponovno vrnejo na zastavljeno pot.

V bogati ponudbi predavanj in delavnic sem se naslednji dan odločila za delavnico angleškega kliničnega psihologa dr. Petra Fisherja z Univerze v Liverpoolu o metakognitivni terapiji (v nadaljevanju MKT) obse-

sivno-kompulzivne motnje. Predavatelj je predstavil prednosti metakognitivnega pristopa pred vedenjsko in kognitivno terapijo. VKT lahko pri posamezniku celo okrepi obsesivne ruminacije, ker se osredotoča na vsebino negativnih avtomatskih misli. MKT pa vsebini misli ne pripisuje velikega pomena. V tem primeru je bolj pomembna reakcija osebe na negativno vsiljeno misel. MKT se fokusira na stil mišljenja in na miselno regulacijo. Metakognitivni pristop posamezniku povrne zavedanje, da svoje misli lahko kontrolira. Posameznik misli opazuje kot oddaljen dogodek in trenira neodzivnost. Vedenjski eksperiment je pomemben del terapije, kjer klient izzove svoje misli in tolerira dvom ter trenira obvladovanje anksioznosti.

Dr. Adrian Wells, profesor klinične psihologije na univerzi v Manchesteru, je začetnik metakognitivne terapije. V svojem predavanju je predstavil metakognitivni model zaskrbljenosti in generalizirane anksiozne motnje (v nadaljevanju

GAM). Zaskrbljenost je normalen ego sinton proces, ki je usmerjen v prihodnost. Pri GAM je oseba prepričana, da je izgubila nadzor nad skrbmi, in goji prepričanje, da so skrbi škodljive in nevarne. S kliničnim psihologom dr. Costasom Papageorgiom sta skozi igro vlog predstavila posamezne korake v terapiji – od konceptualizacije, socializacije, modifikacije prepričanj do vedenjskega preizkusa s sprožilnimi besedami. Poudarila sta pomen povzetkov in domačih nalog v terapiji. Po zaključeni terapiji klient na dodatnih booster seansah ponovi in utrdi svoje znanje, kar omogoči preventivo ponovitve simptomov.

O nezvestobi in njenih posledicah je predaval profesor psihiatrije dr. Mehmet Z. Sungur z Univerze v Istanbulu. Dr. Sungur je tudi predsednik turške zveze za VKT, ki je organizirala letošnji kongres. Na začetku predavanja je izrazil svoje razočaranje, ker so morali na pobudo Evropske zveze VKT kongres iz varnostnih razlogov preseliti iz Turčije v Slovenijo. Predavanje je moderiral dr. Arthur Freeman, profesor klinične psihologije iz ZDA, in je odprlo različna vprašanja: zakaj se zgodi nezvestoba; kaj nas naredi ranljive; kaj po varanju ljudje ostanejo v zvezi ... Nezvestobo je opredelil kot krizno situacijo, ki jo

posamezniki rešujejo na različne načine. Poudaril je, da življenje ne pomeni občutiti le sreče, radosti in ljubezni, temveč pomeni čutiti vse. Zaupanje v partnerskem odnosu pomeni zanesljivost, predvidljivost, poštenost, pripadnost in jasne meje. Odpuščanje je proces, s katerim prevarani spremenijo svojo prihodnost. Odpuščanje pomeni odpis dolga storilcu, ki je naredil napako.

Profesor psihiatrije dr. Robert Leahy je v svojem predavanju predstavil spekter čustev. Poudaril je, da so naša čustva začasna in prehodna. Vsi ljudje imamo prtljago iz preteklosti, a jo različno lahko oz. težko nosimo. Spregovoril je o nesmiselno-

sti merjenja moči in o tem, kateri terapevtski pristop je boljši. Izrazil je prepričanje, da so vse oblike psihoterapije učinkovite, če jih uporabimo aplikativno na problem. Terapevti nismo sovražniki drug drugemu, ampak je naš sovražnik bolezen.

Na kongresu smo s svojimi prispevki aktivno sodelovali tudi terapevti iz Slovenije. Na ločenih simpozijih so svoje delo predstavili terapevti Univerzitetnega rehabilitacijskega inštituta – Soča in terapevti Mladinskega klimatskega zdravilišča Rakična. Svojo 20. obletnico delovanja je na posebnem dogodku v sklopu evropskega kongresa obeležilo tudi Slovensko društvo za VKT.



Slovenske udeleženke v družbi dr. Judith Beck.

11. poletna šola Evropskega observatorija za spremljanje zdravstvenih sistemov in politik v Benetkah

Andreja Belščak, dr. med., Tjaša Pibernik, dr. med., Matej Vinko, dr. med., Eva Murko, dr. med.,
Nacionalni inštitut za javno zdravje

Med 23. in 29. julijem letos je – v sodelovanju z Evropsko komisijo,

Svetovno zdravstveno organizacijo (SZO) in italijansko Beneško regijo

– v Benetkah potekala 11. poletna šola Evropskega observatorija za spremljanje zdravstvenih sistemov in politik (Observatorij). Šole, ki je tokrat



Udeleženci (z leve): Andreja Belščak, Tjaša Pibernik, Matej Vinko, Eva Murko.

potekala na temo umeščanja osebe v center zdravstvenega sistema, smo se udeležili štirje specializanti javnega zdravja iz Slovenije. Nastanjeni smo bili na otočku San Servolo pri Benetkah, kjer so potekala tudi vsa predavanja in delavnice. Na tem očarljivem otočku so od 8. stoletja dalje živeli benediktinski menihi, kasneje tudi nune, v 18. stoletju so stavbe na otoku služile kot vojaška bolnišnica, ki pa se je kasneje uporabljala za nego in zdravljenje duševno bolnih oseb. Leta 1978 je zaradi vladnih reform psihiatričnega zdravljenja bolnišnica prenehala delovati, postavljen pa je bil muzej v spomin na trpeče bolnike.

Šole se je udeležilo preko 50 strokovnjakov različnih poklicev iz številnih držav evropske regije SZO; poleg zdravstvenih delavcev so bili prisotni tudi ekonomisti, pravniki,

industrijski inženirji in drugi. Program, ki ga je povezovala priznana strokovnjakinja Ellen Nolte z London-ske šole javnega zdravja in tropske medicine ter sodelavka Observatorija, je potekal na strukturiran način.

V začetku so bile teme namenjene razlikovanju med osredotočenostjo na bolnika (*patient-centredness*) in osredotočenostjo na osebo ali ljudi (*person/people centredness*). Na osebo osredotočen zdravstveni sistem je področje, ki se še razvija in raste. Teoretični okvir, ki zajema večino definicij navedenega koncepta, zajema štiri temeljna načela – na osebo osredotočen zdravstveni sistem:

1. nudi dostojanstvo, sočutje in spoštovanje,
2. omogoča koordinirano nego, oskrbo in zdravljenje,
3. omogoča personalizirano nego, oskrbo in zdravljenje ter
4. spodbuja ljudi k razvoju zmogljivosti, ki jim omogočajo živeti neodvisno in izpolnjuječe življenje (1).

Čeprav se izraza »na osebo osredotočena« ter »na bolnika osredotočena zdravstvena oskrba« pogosto uporabljata kot sopomenki, obstaja pomembna razlika v vsebinskem obsegu izrazov. Medtem ko se na bolnika osredotočena zdravstvena oskrba osredotoča predvsem na odnos in obravnavo bolnika v času, ko je v neposrednem stiku z zdravstvenim sistemom zaradi določenega zdravstvenega stanja, se na osebo osredotočena zdravstvena oskrba osredotoča na osebo ne glede na zdravstveno stanje in ne glede na to, ali je oseba v stiku z zdravstvenim sistemom ali ne (2).

Poudarjene so bile zaveze iz Almatyja ter večkrat tudi načela Ljubljanske listine (3). Besedilo Ljubljanske listine namreč v premišljeni in zgoščeni obliki omenja vsa pomembna načela zdravstvenega varstva, tudi tista, ki so v vsakdanji praksi večinoma spregledana (4). Sprejem Ljubljanske listine leta 1996 kot enega pomembnejših mednarodnih dokumentov za razvoj zdravstvenih sistemov je botroval tudi ustano-

vitvi zgoraj omenjenega Observatorija (5). Eno izmed osnovnih načel Ljubljanske listine je osredotočenost na ljudi – reforme zdravstvenega varstva morajo zagotoviti, da glas in izbira državljanov odločilno vplivata na to, kako so zdravstvene storitve načrtovane in kako se izvajajo (makro nivo). Obenem pa morajo reforme spodbujati sprejemanje skupnih odločitev bolnika in izvajalca zdravstvenih storitev (mikro nivo).

Eno izmed načel za upravljanje sprememb je pripravljenost slišati glas in izbiro državljanov, ki morata imeti enako pomembno vlogo pri preoblikovanju zdravstvenih storitev kot odločitve, sprejete na drugih ravneh strokovnega odločanja (3). Nizozemska je primer države, kjer je glas organizacije pacientov močan. Ob tem je treba povedati, da v Sloveniji obstaja Mreža nevladnih organizacij 25x25, v katero so vključena številna društva bolnikov in ki sodeluje tudi z ministrstvom za zdravje. Na to temo je bil v okviru predavanj poudarjen koncept razvoja zmogljivosti civilne družbe, kjer bi morda lahko rekli, da imamo v Sloveniji še možnosti za izboljšave.

Zelo zanimivo je bilo predavanje, namenjeno zdravstveni pismenosti. Nizka stopnja zdravstvene pismenosti državljanov je povezana s pogostejšimi obiski nujne medicinske pomoči ter s pogostejšo in daljšo hospitalizacijo (6). Prikazan je bil zanimiv, prosto dostopen video o zdravstveni pismenosti, *Health literacy motion-graphic* (dostopen na spletni strani: <https://www.youtube.com/watch?v=fzMA9TIPJUK>).

Na poletni šoli je bilo poudarjeno, da je bolnike treba vključiti tudi pri razvoju meril izidov (*outcome measures*). Poenostavljeno je to povedano z: »Vprašaj bolnike, kaj je njim pomembno, nato pa to meri« s kvalitativnimi in kvantitativnimi metodami. Pri tem se vedno pogosteje merijo ravno izkušnje ter zdravstveni izidi, kot jih doživljajo bolniki sami (*patient-reported experience measures in patient-reported outcome measures*).

Na poti do na osebo osredotočene zdravstvene oskrbe so bile omenjene tudi določene ovire. V zvezi s tem je bila izpostavljena bojazen bolnikov, da bi se jih dojemalo kot težavne oz. zahtevne, kar je odvisno tudi od njihovega kulturnega in socialnega ozadja ter prepričanj. Omenjena je bila možnost, da ne želijo vsi aktivno sodelovati pri odločanju o svoji zdravstveni oskrbi, temveč vse odločitve raje prepustijo zdravstvenemu osebju. Tako je tudi tovrstne dejavnike pomembno upoštevati pri načrtovanju ukrepov in pristopov na tem področju. Izzive pri delovanju na osebo osredotočenega zdravstvenega sistema najdemo tudi v fragmentaciji le-tega, težavni implementaciji novih

tehnologij v zdravstveni sistem ter v težavah pri zagotavljanju koordinacije in kontinuitete zdravstvene oskrbe bolnikov, ko se gibljejo po zdravstvenem sistemu.

Poletno šolo Observatorija bi toplo priporočali vsem zainteresiranim. Naslednja bo potekala julija 2018 na temo merjenja kakovosti zdravstvene oskrbe. Več o tej in predhodnih poletnih šolah Observatorija je na voljo na spletni strani <http://theobservatorysummerschool.org/>.

Viri

1. The health foundation. Person-centred care made simple. What everyone should know about person-centred care. London: The Health Foundation, 2014.
2. Starfield B. Is patient-centred care the same as person-focused care? Perm J, 2011; 15:63-69.
3. Svetovna zdravstvena organizacija. Ljubljanska listina o reformi zdravstvenega varstva v Evropi. Ponatis ob 20. letnici Ljubljanske listine v Ljubljani, 2016.
4. Voljč B. Načela Ljubljanske listine in stališča Svetovne zdravstvene organizacije v zdravstvenem varstvu starejših ljudi. Kakovostna starost. 2007; let. 10, št. 4 (2-8).
5. Ministrstvo za zdravje. 20. obletnica Ljubljanske listine o reformi zdravstvenega varstva v Evropi. Pridobljeno 10.8.2017 s spletne strani: http://www.mz.gov.si/si/medijsko_sredisce/novica/archive/2016/6/select/sporocilo_zajavnost/article/698/7246/
6. Babnik K, Štemberger Kolnik T, Bratuž A. Zdravstvena pismenost: stanje koncepta in nadaljnji razvoj z vključevanjem zdravstvene nege. Obzor Zdrav neg. 2013; 47:62-73.

Evropski dan darovanja 2017 – tokrat malo drugače

Dr. Jana Šimenc, dipl. etnol. in kult. antrop., prim. Danica Avsec, dr. med., Zavod RS za presaditve organov in tkiv Slovenija-transplant

Evropski dan darovanja organov in tkiv države članice Sveta Evrope obeležujemo drugo oktobrsko soboto. V Sloveniji vsakoletni dogodek organizira Zavod RS za presaditve organov in tkiv Slovenija-transplant. Do sedaj so se na ta dan zvrstili dogodki v Ljubljani ali v drugih krajih donorskih bolnišnic v obliki strokovnih srečanj ali javnih športnih prireditev (kot je npr. tek za radost in življenje).

Na Slovenija-transplantu vse od ustanovitve zavoda leta 2002 v skladu z zakonodajnimi določbami ter statutom zavoda veliko pozornosti in aktivnosti namenjamo področju ozaveščanja in izobraževanja javnosti o medicinskih postopkih presajanja organov in tkiv ter o možnostih in odločanju za posmrtno darovanje

organov in tkiv (glej Avsec, Šimenc 2013a; Avsec, Šimenc 2013b; Avsec 2016). Rezultati dela so razvidni tudi v statistikah, saj v letu 2017 beležimo le 18 % stopnjo odklonitve svojcev za darovanje. Poleg tega število opredeljenih za darovanje in vpisanih v register darovalcev po smrti nenehno narašča. V javnosti spodbujamo tudi pogovor v krogu družine, ki je eden od ključnih elementov za pristanek družine za darovanje po smrti. Upamo tudi na skorajšnjo uresničitev možnosti elektronskega vpisa v register, saj del javnosti želi in pričakuje enostavnejši postopek opredelitve.

Zaradi kontinuiranega dela in uspešnih pristopov smo postali prepoznavni tudi v mednarodni strokovni javnosti ter smo vidnejši člani pri

oblikovanju evropskih priporočil in strokovnjaki v evropskih projektih. Med zadnjimi smo zaključili projekt *Facilitating Exchange of Organs Donated in EU Member States* (FOEDUS) (rezultati so zbrani v publikaciji Avsec et al 2016: *Communicating about organ donation and transplantation*). V teku je vodenje delovnega sklopa in v sodelovanju z Ministrstvom za zdravje Republike Hrvaške ozaveščanje javnosti pri projektu EUDONORGAN (glej <http://eudonorgan.eu/>). Na nacionalni ravni pa velja omeniti vključenost v znanstveno-aplikativni projekt Družbeni vidiki darovanja organov in tkiv v Sloveniji: analiza spodbujevalnih in zaviralnih dejavnikov za oblikovanje programov za doseganje vedenjskih sprememb (sofinanciran s strani Agencije RS za raziskovalno dejavnost; 1. januar 2016–31. december 2018). Projekt vodi Center za socialno psihologijo na Fakulteti za družbene vede Univerze v Ljubljani.



Občinstvo med pogovorom na okrogli mizi (foto: Slovenija-transplant).

Številne raziskave in izkušnje potrjujejo, da je predstavljati tematično darovanja organov in tkiv po smrti na način, da doseže javnosti, zahtevna naloga. V digitalni dobi hitrosti, vseprisotne zasičenosti z različnimi, tudi lažnimi informacijami in novicami ter razširjanjem medijskega prostora z družbenimi omrežji so tudi vse bolj zaželeni in sprejeti le kratka sporočila, parole in prodorna gesla. Tako je mogoče zaslediti na spletu, v tradicionalnih in novih medijih, pri nas in drugod, sporočila, kot so na primer: *Ste se že opredelili glede darovanja organov po smrti? Pogovorite se o stališčih s svojci! Ne čakaj, postani darovalec! En darovalec lahko reši 8 življenj! V Evropi je vsako uro uvrščenih 5 novih bolnikov na čakalni seznam za presaditev! Darovanje organov je oblika pomoči sočloveku!* Hkrati opažamo, da s tovrstnim komuniciranjem ni mogoče zaobjeti celovitosti postopkov in kompleksnosti transplantacijske dejavnosti ali močnejše razbiti zmotnih stereotipnih nerazumevanj in predsodkov o transplantacijski medicini.

Ob letošnjem evropskem dnevu darovanja smo zato želeli nekaj več, nekaj drugačnega. Predvsem smo želeli preseči klišeje in stereotipe ter odpreti javni prostor za bolj poglobljene razmisleke. Po prevodu francoske knjige *Pokrpajmo žive* v slovenščino (založba Sanje, 2017) in premieri istoimenskega filma se nam je pokazala priložnost, da se opremo na film in roman, ki kot medija sporočanja ponujata več prostora in sta drugačni orodji za doseganje javnosti.

Na drugo oktobrsko soboto smo v sporočilu za javnost najavili projekcijo filma v novembru v sklopu 28. Ljubljanskega mednarodnega filmskega festivala ter hkrati opozorili, da pri darovanju organov niso ključni le pokojni, ki darujejo, temveč da so v zapletene ter časovno stisnjene postopke vpleteni tudi svojci pokojnih, bolni na čakalnih seznamih ter mnogoštevilne dobro usklajene in visoko profesionalne zdravstvene ekipe. Osrednje povabilo javnosti pa je bilo: Seznanite se s podrobnostmi verige dogodkov, ki se zvrstijo v 24-urnem časovnem obdobju koordinacije, od potrjene možganske smrti,

pogovora s svojci, pridobitve soglasja od svojcev pa do odvzema in presaditve.

Samo obeleženje evropskega dne darovanja pa smo pripravili 15. novembra, ko je bil v Cankarjevem domu premierno predvajan tudi v mednarodni javnosti odmeven in prepoznan že omenjeni francoski film *Pokrpajmo žive*. Posnet je po vrhunskem romanu avtorice Maylis de Kerangal. V obeh gre za zelo neposreden in realističen prikaz tako čustvenih kot medicinskih (na primer v operacijski dvorani) podrobnosti o donorskih in transplantacijskih postopkih. Celotna zgodba se v adrenalinskem tempu odvije v 24 urah. Po nenadni tragični nesreči devetnajstletnika se brez moraliziranja razprejo etična, bivanjska in medicinska vprašanja, ki se pogosto porajajo ob darovanju in presajanju organov. »Situacija je taka, da bi lahko začeli razmišljati o tem, da bi Simon daroval svoje organe«. »Zanima me, ali je vajin sin kdaj izrazil svoje mnenje, ste se kdaj pogovarjali o tem«. »Simonovo telo ni le skladišče organov, ki bi se jih lahko polastili«. In v nadaljevanju

v zvezi s prejemnično zgodbo: »Kako naj bi si jo sploh zamišljala, to Simonovo smrt ...?«. »To pomeni biti bolan, pomeni, da nimaš izbire – srce ji ne pušča nobene izbire več.« To je le nekaj stavkov iz filma in knjige, ki presegajo obrabljeno. Film in knjiga razkrijeta mnogo več o časovnem zaporedju strokovno in čustveno zahtevnih postopkov, kolektivnem naporu in vrhunski usklajenosti zdravstvenega osebja v transplantacijski dejavnosti, vrsti varovalnih mehanizmov, ki preprečujejo napake ali manipulacije, ter o spoštljivosti do umrlega v operacijski dvorani. Navsezadnje odpirata razmisleke o splošnih vprašanjih, kot so naključnost sveta, krhkost življenja in smrti, bolečina ob izgubi, boleče intimne odločitve svojcev pokojnega ter strahovi, bolečine in upanja bolnih na čakalnih seznamih. In vse to odseva in pretresa tudi zdravstveno osebje.

Vse prej omenjeno je prikazano v filmu in je v vseh gledalcih vzbudilo močne občutke. Globok vtis zahtevnosti in kompleksnosti vloge, ki jo imamo zdravstveni delavci v težkih trenutkih, je ostal pri zdravnikih in medicinskih sestrah, ki so že vrsto let vpeti v dejavnost, prav tako pri svojcih pokojnih darovalcev, pri pacientih prejemnikih, naključnih obiskovalcih in drugih med občinstvom. Film se je torej dotaknil prav vsakega in ga pretresel na svojstven način. Pogovor, ki je sledil, je bil zato več kot dobrodošel. Na dvourni okrogli mizi so sodelovali igralka in pisateljica Draga Potočnjak, filozof Jure Capuder, anesteziologinja, specialistka intenzivne medicine in direktorica zavoda prim. Danica Avsec in Tina Belej, ki je pred časom urgentno potrebovala zdravljenje s presaditvijo jeter. Pogovor je umetelno povezovala Tjaša Koprivec. Gostje so odstirali svež pogled na razumevanje transplantacijske dejavnosti in na vse, ki so vpleteni v procese. Med drugim je bilo izrečeno, da so svojci kot brodolomci, ki po smrti bližnjega iščejo trdnjša oprijemališča. Medicinsko osebje v bolnišnicah, ki so pogosto institucije

zadnjega zavetja, pa naj bi bilo tisto, ki vsakokrat, v trenutnih neskončne bolečine in izgube, sočutno izroča bližino. Poudarjena je bila odgovornost in tudi moč posameznega zdravstvenega delavca v ekipi, da postopke za bolnišničnimi zidovi izpelje maksimalno profesionalno ter skladno z etično in medicinsko doktrino. Še posebej v fazi sporočanja slabe novice in spraševanja svojcev za soglasje so izjemno pomembne komunikacijske veščine in znanje (glej Logar Zakrajšek 2016). Zdravstveno osebje ima možnost, da krpa življenja, ki po presaditvi tečejo naprej in so ponovno življenja s povsem vsakdanjimi zgodbami, zapleti in razpleti, kot pri vseh drugih. Ob vseh teh ugotovitvah pa ni odveč omeniti Heideggerjevega pomisleka: morda ni ključno vprašanje, ali obstaja življenje po smrti, temveč ali obstaja življenje pred smrtjo.

Ob letošnjem praznovanju evropskega dneva darovanja nam je torej uspelo usmeriti pozornost na postopke, ki običajno ostajajo prekriti javnosti in celo vsem tistim v zdravstvu, ki se z dejavnostjo ne ukvarjajo neposredno. Po drugi strani pa smo imeli vsi, tudi tisti, ki se ukvarjamo z dejavnostjo presaditev oz. pridobivanja organov in tkiv za namen presaditve, možnost zaznati subtilne trenutke ob sporočanju slabe novice, smrti, slovesu svojcev in zaznati obširnost vloge zdravstvenih delavcev v takih trenutkih. Odziv, ki ga zdravstveni delavci lahko damo, je zelo enostaven in preprost, potrebno je le razumevanje in sočutje. Morda pa sta nam transplantacijska medicina in darovanje organov in tkiv dana tudi zato, da postanemo bolj vešč v komunikaciji in spoštljivi do sočloveka, ki je v stiski.

Viri

1. Avsec D (2016). Ozaveščanje splošnih javnosti: izhodišča in pristopi Slovenija-transplanta. V Avsec D, Zupanič Slavec Z (ur). *Razvoj transplantacijske medicine v Sloveniji*. Ljubljana: Slovenija-transplant: 79-84.
2. Avsec D, Breidenbach T, Lingemann M, Logar Zakrajšek B (ur) (2016). Communicating about Organ Donation and

Transplantation: A Handbook on Theoretical and Practical Aspects. Deutsche Stiftung Organisation, Slovenija-transplant. Dostopno tudi na: www.foedus_ja.eu.

3. Avsec D, Šimenc J (2013a). Donor Programmes and Public Support for Organ Donation in Slovenia: Reflections of Slovenia Transplant. V Randhawa G, Schickanz S (ur). *Public Engagement in Organ Donation and Transplantation*. Pabst Science Publishers: Langerich.
4. Avsec D, Šimenc J (2013b). Mobilising the Public for Deceased Donations in Slovenia: Actions Taken by Slovenija-transplant. *Organs, Tissues, and Cells: The Journal of European Transplant Coordination Organisation*, 16: 183-8.
5. Logar Zakrajšek B (2016). Pregled in perspektive poučevanja komunikacijskih veščin pri sporočanju slabe novice in pogovoru o darovanju. V Avsec D, Zupanič Slavec Z. (ur). *Razvoj transplantacijske medicine v Sloveniji*. Ljubljana: Slovenija-transplant: 93-99.

Prošnja organizatorjem strokovnih srečanj

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

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

Uredništvo

Zbornična izobraževanja za zdravnike in zobozdravnike

Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti

predavanja in delavnice:
januar, marec, maj



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

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

Poudarki iz vsebine:

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

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

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.

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 časa, ohranjanje motivacije in vpeljevanje novih navad.

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

Izgorelost in profesionalizem v medicini

delavnica: 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.

Nujna medicinska stanja v zobozdravstveni ambulanti

seminar: marec

Pri svojem vsakodnevem, zahtevnem delu zobozdravniki obravnavamo paciente, ki zaradi sistemskih boleznih in stanj zahtevajo posebno skrbno zdravljenje in specifično obravnavo.

Nekateri od njih so rizični zaradi svojega splošnega zdravstvenega stanja, drugi pa potencialno »kužni« in zato nevarni za zobozdravniški tim in druge paciente.

Seminar o nujnih medicinskih stanjih v zobozdravniški ordinaciji je namenjen posodobitvi znanj in veščin o nujnih stanjih, kot tudi seznanitvi zobozdravnika s sodobnimi smernicami, ki jih mora poznati pri delu s takimi pacienti.

V predavanjih bodo ugledni strokovnjaki sistematično predstavili vedno aktualne teme, kot so uporaba antibiotikov v stomatologiji, obravnavanje rizičnega (kužnega) pacienta, lokalna anestezija in anafilaktična reakcija, antikoagulacijsko zdravljenje in posegi v stomatologiji, nujna stanja, povezana s kardiovaskularnim sistemom, ter zdravila in oprema za uporabo pri nujnih stanjih.

Programski odbor: izr. prof. dr. Zlatko Fras, dr. med., Krunoslav Pavlovič, dr. dent. 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.

Nujna medicinska pomoč za ekipe v zobozdravstvu

delavnica – marec, april

Namen tečaja je, da osveži in obogati znanje in veščine s področja temeljnih postopkov oživljanja in defibrilacije ter prepoznavanja in pravilnega ukrepanja ob nekaterih nujnih stanjih (tujki v zgornjih dihalih, akutni koronarni sindrom, akutna možganska kap, motnje zavesti, anafilaktična

reakcija). Tečaj je namenjen doktorjem dentalne medicine in njihovim timom.

Tečaj je sestavljen iz teoretičnega in praktičnega dela, ki sta prilagojena posebnostim obravnave nujnih stanj v zobni ambulanti. Praktični del je sestavljen iz vaj na modelih in ravnanja z opremo. Simulacija primerov je pripravljena tako, da predstavimo primer pacienta v zobni ambulanti, zobozdravnik in njegova medicinska sestra pa morata pravilno ukrepati. Ostali opazujejo dogajanje, na koncu sledi analiza ter ocena pravilnosti ukrepanja. Ob zaključku tečaja je preizkus znanja.

Tečaj vodi mag. Mitja Mohor, dr. med., spec. splošne in urgentne medicine, vodja službe NMP ZD Kranj s sodelavci

Delavnica za specializante

delavnica: januar, april

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, delovnopравne 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

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

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/1FAIpQLSfWYAn3iqoQqJAAHBkvdo-sfDMQt-DSSGDj-DKgT7qbH3B5iw/viewform>, informacije: Boni Plut, univ. dipl. psih., GSM: 031 322 207, E: boniplut@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@sicar-dio.org , doc. dr. Katja Ažman Juvan, dr. med., vodja organizacijskega odbora šole, T: 01 522 82 28, E: katja.azman@gmail.com . Namestitve 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 specializantom 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	

16. ob 13.00 • OBRAVNAVA BOLEČINE V RAMI

kraj: NOVA GORICA, Medicinski center Vid	št. udeležencev: 70	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 2
vsebina: strokovno srečanje	organizator: Medicinski center Vid, d.o.o., Ulica Vinka Vodopivca 21	prijave, informacije: Nataša Koglot Jelerčič, T: 031 319 239, E: ambulanta.koglot@gmail.com W: www.ambulanta-koglot-jelercic.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	

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: 7
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, simona.steblaj@kclj.si , https://www.kclj.si/kovnint_mednarodni_simpozij	

19. ob 8.00 • OBRAVNAVA ŽENSKE PRED IN PO PORODU DOMA V GINEKOLOŠKI DISPANZERSKI AMBULANTI**kraj:** MARIBOR, Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru, Avditorij MF, Taborska ulica 8**št. udeležencev:** do 100**kotizacija:** 160 EUR z DDV**k. točke:** 9**vsebina:** Kongres je namenjen zdravnikom specializantom in specialistom ginekologije in porodništva, družinske medicine, urgentne medicine, zdravnikom pripravnikom, medicinskim sestram, medicinskim sestram bobicam, reševalcem in zdravstvenim administratorjem.**organizator:** UKC Maribor, Klinika za ginekologijo in perinatologijo, Oddelek za splošno ginekologijo, Katedra za ginekologijo Medicinske fakultete UM, Zdravniško društvo Maribor, prof. dr. Iztok Takač, dr. med., svet.**prijave, informacije:** prijave: www.ukc-mb.si, informacije: Slavica Keršič, T: 02 321 29 40, GSM: 051 420 741**23. ob 14.00 • X. TRADICIONALNI CELJSKI SESTANEK GINEKOLOGOV, MEDICINSKIH SESTER, PRESEJALCEV, PATOLOGOV IN SPECIALISTOV JAVNEGA ZDRAVJA****kraj:** CELJE, Splošna bolnišnica Celje, predavalnica**št. udeležencev:** neomejeno**kotizacija:** ni podatka **k. točke:** 4**vsebina:** X. tradicionalni celjski sestanek ginekologov, medicinskih sester, presejalcev, patologov in specialistov javnega zdravja**organizator:** Oddelek za patologijo in citologijo, ginekološko-porodniški oddelek Splošne bolnišnice Celje in Nacionalni inštitut za javno zdravje, Območna enota Celje**prijave, informacije:** Janja Robida, E: janja.robida@nijz.si, T: 03 42 51 142, informacije: Uršula Salobir Gajšek, T: 03 423 33 45, GSM: 031 303 329, E: urska.salobir.gajsek@gmail.com**25.–27. ob 10.00 • 8. SLOVENSKI TEČAJ MRMI – UKREPOV ZDRAVSTVA V PRIMERU IZREDNIH DOGODKOV****kraj:** NOVO MESTO, Vojašnica Franca Uršiča v Novem mestu**št. udeležencev:** 90**kotizacija:** 200 EUR**k. točke:** v postopku**vsebina:** Strokovno srečanje je namenjeno specialistom urgentne in družinske medicine, kirurgom, anesteziologom, internistom, travmatologom.**organizator:** Sekcija UZVN/MRMI pri SZD**prijave, informacije:** Simon Herman, E: mrmiszd.si**1.–2. ob 9.00 • OSNOVE KLINIČNE ALERGOLOGIJE IN ASTME****kraj:** KRANJSKA GORA, Hotel Kompas**št. udeležencev:** 25**kotizacija:** 250 EUR**k. točke:** *****vsebina:** strokovno srečanje**organizator:** Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, Golnik 36, 4204 Golnik**prijave, informacije:** Irena Dolhar, T: 04 25 69 493, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si**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:** 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:** 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**9.–10. ob 8.00 • PONOVI TVENI TEČAJ VSEBIN IZ PREHOSPITALNE NUJNE MEDICINSKE POMOČI (NMP)****kraj:** MARIBOR, Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru**št. udeležencev:** 25**kotizacija:** 320 EUR**k. točke:** *****vsebina:** Dvodnevna učna delavnica za zdravnike, ki delajo v NMP in želijo obnoviti znanje iz prehospitalne nujne medicinske pomoči. Tečaj je sestavljen iz petih delavnic in traja dva dni. Število udeležencev je omejeno na 25 (skupina 5 udeležencev/postajo), ki krožijo med posameznimi delavnicami. Minimalno število udeležencev za izvedbo tečaja je 20. Delo na delavnici bo organizirano tako, da bodo udeleženci skupaj z vodjo delavnice reševali različne simulirane scenarije.**organizator:** Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta, Slomškov trg 15, 2000 Maribor**prijave, informacije:** Romana Grajner, T: 02 234 58 26, E: romana.grajner@um.si, W: <http://www.mf.uni-mb.si/si/oglasna-deska/ucne-delavnice>

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	

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

kraj: MORAVSKE TOPLICE	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, Dunajska c. 162, 1000 Ljubljana	prijave, informacije: prijave: Lea Vilman, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p.p. 2218, 1104 Ljubljana, T: 01 43 86 915, F: 01 43 86 910, E: kdrmed@mf.uni-lj.si , informacije: Janez Rifel, E: janez.rifel@mf.uni-lj.si	

10. ob 9.00 • VEŠČINE UČINKOVITE OBRAVNAVE ANKSIOZNIH MOTENJ: PSIHOLOŠKA RANLJIVOST ZA RAZVOJ ANKSIOZNIH MOTENJ IN/ALI DEPRESIJE

kraj: LJUBLJANA, Center za psihološko svetovanje Persona, Prušnikova ul. 55	št. udeležencev: 20	kotizacija: 125 EUR, sprotno plačilo na posamezni delavnici	k. točke: ***
vsebina: 7. 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	

15.–16. ob 8.30 • 29. DNEVI REHABILITACIJSKE MEDICINE: DOLOČANJE CILJEV V REHABILITACIJI

kraj: LJUBLJANA, URI – Soča, Linhartova 51	št. udeležencev: neomejeno	kotizacija: do 15. 2. 2018 za oba dneva 250 EUR, za en dan 200 EUR, za specializante in sekundarije 150 EUR, po 15. 2. 2018 za oba dneva 300 EUR, za en dan 250 EUR, za specializante in sekundarije 200 EUR	k. točke: ***
vsebina: Srečanje je namenjeno zdravnikom specialistom in specializantom družinske medicine, fizikalne in rehabilitacijske medicine, ortopedije, travmatologije, nevrologij, nevrokirurgije in drugim zdravstvenim delavcem (vsem članom rehabilitacijskih timov) ter ostalim strokovnjakom, ki delajo v rehabilitaciji.	organizator: URI – Soča v sodelovanju s Katedro za fizikalno in rehabilitacijsko medicino	prijave, informacije: Ela Loparič, Soča, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, T: 01 47 58 441, E: ela.loparic@ir-rs.si	

22.–24. ob 9.00 • LOWER LIMB DEFORMITY & RECONSTRUCTION COURSE SLOVENIA

kraj: DOLENJSKE TOPLICE	št. udeležencev: 45	kotizacija: 550 EUR, zgodnja registracija do 10. 1. 2018 500 EUR, pozna registracija od 10. 1. 2018 naprej 550 EUR	k. točke: 17
vsebina: strokovno srečanje	organizator: Društvo travmatologov Slovenije, Dunajska cesta 162, 1000 Ljubljana	prijave, informacije: informacije: Iztok Gril, GSM: 031 339 048, E: iztok.gril@kclj.si , W: www.limb-reconstruction.org	

23.–24. • 27. POSVET MEDICINA, PRAVO IN DRUŽBA: SODOBNI MEDICINSKI, PRAVNI IN ETIČNI IZZIVI IN DILEME

kraj: MARIBOR, Univerza v Mariboru, Slomškov trg 15	št. udeležencev: 300	kotizacija: 280 EUR, brezplačna kotizacija za upokojene zdravnike, pravnike in študente medicine in prava Univerze v Mariboru	k. točke: ***
vsebina: Posvet zajema aktualne medicinske, pravne in etične dileme in odzivnost družbe. Namenjen je zdravnikom, pravnikom, sociologom, študentom medicine, prava in zdravstvenih ved ter ostalim, ki jih ta področja zanimajo.	organizator: Pravna in Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru, Zdravniško in Pravniško društvo Maribor	prijave, informacije: prijave: Katja Markač Horvatin, E: katja.horvatin@um.si , informacije: Katja Markač Horvatin, T: 02 250 42 38, Suzana Kraljič, GSM: 040 850 717	

Ustanovitev in delo Sekcije za stomatološko protetiko SZD v letih 1977–1997

Prim. Aleksander Sterger, dr. dent. med., Maribor
aleksander.sterger@triera.net

Uvedba specializacij v stomatologiji v letu 1973 in specialistične dejavnosti v zobozdravstvu pomeni delitev dela po načelu stopenjske diagnostike in terapije in je odraz dosežene stopnje razvoja stomatologije (Sterger, 1982).

Študija katedre za stomatološko protetiko Medicinske fakultete v Ljubljani je s programom razvoja stomatoprotetične službe (Sedej, Sterger, 1975) omogočila razmeroma hiter razvoj specialistične dejavnosti, ki danes zajema praktično celotno območje Slovenije. Želja takratnih specialistov protetikov po ustanovitvi lastne sekcije se je uresničila na ustanovnem občnem zboru sekcije v mesecu novembru 1977. Iz takratnega zapisa občnega zbora izhajajo temeljne naloge sekcije, ki so: razreševanje strokovnih problemov, razvoj strokovne dejavnosti in raziskovalnega dela, postavitve doktrinskih načel stomatološke protetike in reševanje stanskih problemov (Kikl - Berginc, 1978).

Videnje uresničevanja nalog sekcije so opredelili posamezni predsedniki sekcije: *Dolžnost sekcije je, da izbira, razvija in uvaja našim razmeram primerne protetične metode* (Marion, 1978). *Strokovno rast slovenske protetike lahko zagotavlja le kontinuirano poglobljanje znanja, praktičnih izkušenj, spremljanje razvoja in izmenjava znanja doma in na tujem* (Rigler, 1982). *Izkušnje kažejo, da so seminarji najbolj učinkovit način prenosa strokovnih spoznanj med slovenske zobozdravstvene delavce* (Funduk, 1985). *Naloga članov sekcije je, da na strokovnih srečanjih prenašajo dosežke svojih spoznanj in svoje izkušnje v širši slovenski prostor* (Vidmar, 1990).

Sekcija je že 5. oktobra 1979 v Celju izvedla 5. enodnevni monotematski strokovni seminar *Enodelne ulite fiksno protetične konstrukcije* v obliki razprave na »okrogli mizi« z moderatorjem in



Protetični simpozij v Celju leta 1979. »Okrogla miza«: B. Žerovec, prof. dr. R. Sedej, A. Sterger (zakriti: L. Marion, B. Roš, J. Dobrin), V. Muhar in M. Mertük – z leve.

prispevki ob mizi sodelujočih ter tako nadaljevala vsakoletna enodnevna strokovna izpopolnjevanja iz stomatološke protetike pod pokroviteljstvom Zlatarne Celje v letih 1971–1975.

Izvedeni seminarji z enovito temo so dobili značaj simpozijev. Prispevki avtorjev so bili objavljeni v zborniku *Načela za strokovno razpravo*. Enodelne fiksno protetične konstrukcije. Ljubljana, 1979.

V sodelovanju z Lekovo enoto Lek Dental je leta že aprila leta 1982 priskrbelo vabilo za obisk tovarne Ivoclar z učno delavnico v Schaanu, Liechtenstein, in obisk tovarne Cendres & Metaux v Bielu, Švica, z ogledom proizvodnje in uporabe njihovih proizvodov v stomatološki protetiki.

Simpozij *Načela diagnostike, načrtovanja in pripravljalnih postopkov v fiksno protetični rehabilitaciji* ob 5. obletnici obstoja Sekcije za stomatološko protetiko 24. septembra 1982 v Celju je bil namenjen temeljnemu načelu fiksne protetike, ki predstavljajo izhodišče in osnovo vsakemu protetičnemu ustvarjanju.



Ogled proizvodnje in prikaz uporabe kovinskih zlitin in sidrnih elementov – polzil in gredi – v stomatološki protetiki. Udeleženci: A. Sterger, O. Male, E. Jakovac, A. Kikl - Berginc, V. Kostanjšek, M. Pavlin, P. Kristan, A. Rigler in B. Pavlin ter vodja ogleda – z leve.

Povabilu sekcije za udeležbo na simpoziju so se odzvali ugledni predstavniki stomatološke sekcije Hrvaške: prof. dr. Kosovel, prof. dr. Kraljevič in doc. dr. Jerolimov. Prispevki avtorjev so bili objavljeni v zborniku Načela diagnostike, načrtovanja in pripravljanih postopkov v fiksno-protetični rehabilitaciji. Ljubljana, 1982.

Kot uspeh tesnega sodelovanja protetičnih sekcij Slovenije in Hrva-

ške je marca 1983 sledil 1. intersekcij-ski sestanek v Zagrebu. 2. intersekcij-ski sestanek pa že novembra 1984 v Šmarjeških Toplicah s podelitvijo odličij Sekcije za stomatološko protetiko: častno članstvo sekcije prof. dr. Miroslavu Suvinu in prof. dr. Zvonimirju Kosovelu, častno predsedstvo sekcije pa prof. dr. Rajku Sedeju.

Enodnevni protetični seminar Celje '85 pod pokroviteljstvom Zlatar-

ne Celje je 11. oktobra 1985 obravnaval dvoje področij: *Materiali in postopki v laboratorijski fiksni protetiki* in *Fiksno-protetične konstrukcije pri izvedbi parcialne proteze*. Številni udeleženci – tudi izven Slovenije – so se morali zadovoljiti s stojiščem v prepolni dvorani Narodnega doma.

Na 10. obletnici sekcije leta 1987 v Zdravilišču Topolšica je takrat še docent dr. Ljubo Marion predstavil prispevek *Nova okluzijska doktrina in gnatološka oprema*.

Istega leta v oktobru je sekcija za stomatološko protetiko Hrvaške priredila v Zagrebu 3. medrepubliški sestanek slovenske in hrvaške sekcije z mednarodno udeležbo prof. dr. H. Böttgerja in prof. dr. W. M. Murphyja ter prispevkom doc. dr. Ljuba Marijona. Hkrati je na seji predsedstva takratnega Združenja za stomatološko protetiko Jugoslavije prof. dr. Vinko Vidmar sprejel štiriletni mandat predsedstva združenja.

Dvodnevni protetični simpozij 13. in 14. oktobra 1989 *Parcialna proteza*



Stomatoprotetični simpozij v Celju leta 1982: prof. dr. Sedej, prof. dr. Kosovel, prof. dr. Vidmar, prof. dr. Kraljevič, doc. dr. Jerolimov (sedmi) in prim. Rigler (osmi) – z desne.



Predsednik prof. dr. Vinko Vidmar ob odprtju 2. kongresa Združenja stomatoprotetikov Jugoslavije v okviru stomatoloških dni Alpe-Adria, Portorož 1990.

– utemeljitve, načrtovanje, okluzijski vidiki ter fiksno protetična priprava pod pokroviteljstvom tovarne zdravil Krka v Novem mestu je bil ob velikem številu udeležencev posvečen spominu prof. dr. Vladimirja Volovška, prvega učitelja snemne protetike. Simpozij je imel predvsem namen utemeljiti parcialno protezo z ulito bazo kot standardno snemno protetično storitev (A. Sterger, N. Funduk, 1990). Upravni odbor sekcije je zato odobril sofinanciranje posebne številke Zobozdravstvenega vestnika s prispevki s tega simpozija (ZobV, 3, 1990).

Ob razumevanju in pomoči organizacijskega odbora stomatološke sekcije SZD je bil v okviru slovenskih stomatoloških dni v Portorožu maja 1990 uspešno izveden 2. jugoslovanski kongres stomatološke protetike s kongresnima temama *Geroprotetika* in *Okluzija*. Hkrati je bil predan sedež in predsedstvo Združenja stomatoprotetikov Jugoslavije kolegom sekcije za stomatološko protetiko republike Bosne in Hercegovine.

Dvodnevno strokovno srečanje oktobra istega leta v tovarni Polident iz Volčje Drage pri Novi Gorici je bilo namenjeno obravnavi problemov uporabnosti njihovih dentalnih proizvodov in prispevku kolega o konusnih prevlekah. Sočasno je potekal tudi občni zbor sekcije s podelitvijo priznanj ustanovnim članom sekcije za njihovo dolgoletno delo v sekciji.

S slavnostnim obeležjem 15-letnice obstoja sekcije za stomatološko



Udeležba na učni delavnici v tovarni Ivoclar-Vivadent v Liechtensteinu 27. in 28. aprila 1992. Člani sekcije in sodelavci: prva vrsta S. Brkič (vodja učne delavnice), M. Kuliš, E. Jakovac, J. Dobrin (Lek Dental); druga vrsta S. Hieng, A. Sterger, J. Varga, L. Marion, A. Rigler, P. Kristan; zadnja vrsta A. Novak, I. Kopač, B. Brezavšek, M. Smerkolj, F. Svete, B. Pavlin, A. Lovrec (ZD Maribor) in H. Lelić – vsi z leve.

protetiko v sodelovanju z enoto Lek Dental in Kongresno-prireditvenim centrom Bled je od 15. do 17. oktobra 1992 potekal stomatoprotetični simpozij z vodilom *Sodobni dosežki stomatološke protetike: stomatološke konstrukcije na implantatih* – vabljen predavanje J. Neugebauerja (Mannheim) ter *Okluzijska doktrina in gnatološka oprema*. Hkrati je sekcija podelila prof. dr. Rajku Sedeju zahvalno listino in najvišje odličje – veliki zlati znak sekcije – za mentorstvo takratnim 36 specialistom protetike ter za dolgoletno pedagoško,

raziskovalno, publicistično in klinično dejavnost. Prispevki s tega simpozija so bili objavljeni v Zobozdravstvenem vestniku (ZobV, 1–2, 1993).

Pod vodstvom predsednika prof. dr. Funduka je bil na več sejah pripravljen po vzoru nemške in švicarske zdravstvene zavarovalnice predlog za *Nomenklaturo in kodeks stomatoprotetičnih storitev*, ki je bil sprejet na sestanku sekcije 11. oktobra 1993. Hkrati je potekala tudi strokovna predstavitev »Dentaurum v stomatološki protetiki«.

Na sestanku sekcije 1. julija 1994 je bil predstavljen »Sistem Cerec«, na naslednjem sestanku sekcije 16. septembra 1994 pa je bila predstavitev g. Herrmanna iz podjetja Girbach »Uporaba artikulorjev Artex v ordinaciji in laboratoriju«.

Na povabilo podjetja Interdent (g. Zagožna) je septembra 1995 sledil obisk tovarne ESPE z ogledom njihove proizvodnje in seminarjem o uporabnosti njihovih izdelkov.

Monotematski stomatoprotetični seminar *Konusne konstrukcije: utemeljitve in laboratorijska izdelava ter ocena po večletnih izkušnjah*



Učna delavnica Načrtovanje in izdelava konusne prevleke. Festivalna dvorana Bled, 19.–21. oktober 1995.

– vabljeni predavatelj prof. dr. Michael Heners, Akademija za podiplomsko izobraževanje Karlsruhe – je potekal od 19. do 21. oktobra 1995 v Festivalni dvorani na Bledu ob tako številni udeležbi, da je presegla zmogljivosti dvorane. Hkrati je potekala v zgornjem razstavnem prostoru Festivalne dvorane učna delavnica »Načrtovanje in izvedba konusne prevleke« za zobotehniške s praktičnim delom z namenskim orodjem in aparaturami.

Priprave in dogovori za v jeseni predvideni dvodnevni strokovni seminar so potekali že vse od začetka leta 1996, saj je zaradi udeležbe več strokovnjakov iz tujine terjal vsebinsko in organizacijsko polno dejavnost upravnega odbora sekcije.

Junija 1996 je sledil obisk tovarne Vita, kjer je bil razen ogleda proizvodnje in predstavitve uporabe dentalne keramike dogovorjen program udeležbe njihovih strokovnjakov na predvidenem jesenskem seminarju »Stomatoprotetična oskrba s porcelanskimi konstrukcijami«.

Nov dvodnevni strokovni seminar z osnovno temo *Kovinsko-porcelanske in polne porcelanske konstrukcije – teoretične osnove, klinične izkušnje in laboratorijska izvedba* je potekal 20. in 21. septembra 1996 v Festivalni dvorani na Bledu. V program seminarja so bile vključene tudi teme, namenjene zobotehnikom, pa tudi



Volilni občni zbor sekcije na povabilo podjetja Interdent 25. aprila 1997 v Gornjem Gradu: N. Funduk, A. Sterger, M. Kuhar, D. Zatežič, A. Rigler in S. Dominko – z leve.

zobozdravnikom kot koristna informacija. Na tem seminarju je bil prvič sneman in predvajan na veliko platno dvorane prikaz praktične izdelave porcelanske prevleke, ki ga je izvedel V. Jinoian, ZTM, Nemčija.

Proslavi 20. obletnice obstoja Sekcije za stomatološko protetiko SZD je bil namenjen strokovni seminar 11. in 12. oktobra 1997 v Festivalni dvorani na Bledu z glavno temo *Galvanska tehnika – teoretične osnove, laboratorijski postopki in klinični primeri* predavateljev H. Knospa in H. Amanna, Nemčija. Strokovna tema, ki je bila do takrat v slovenskem stomatoprotetičnem prostoru skorajda neznana.

Z volilnim občnim zborom sekcije in strokovnim seminarjem ob dvajse-

tletnici Sekcije za stomatološko protetiko v letu 1997 se je izteklo prvo pionirsko obdobje delovanja sekcije. Mnoga stanovska vprašanja niso bila razrešena. Strokovna raven in stalnost seminarjev je bila priznana kot strokovno izpopolnjevanje za podajanje licenc Zdravniške zbornice Slovenije (Sterger, 1998).

Fotografije v tem prispevku hrani avtor.

Viri

1. Sedej R., Sterger A.: Organizacijski načrt specialistične službe. V Organizacijski načrt razvoja stomatoprotetične službe v SR Sloveniji. Katedra za stomatološko protetiko MF Ljubljana. Ljubljana, januar 1975. 5-24.
2. Kikl - Berginc A.: Sekcija za stomatološko protetiko SZD. ZobV, 1978; 33: 47-8.
3. Marion L.: Vloga in naloge sekcije za stomatološko protetiko SZD v slovenskem zobozdravstvenem varstvu. ZobV, 1978; 33: 10-4.
4. Rigler A.: Sprema beseda. Načela diagnostike, načrtovanja in pripravljalnih postopkov v fiksno-protetični rehabilitaciji. Protetični simpozij, Celje 24.9.1982. Ljubljana 1982; 3-5.
5. Sterger A.: Stomatoprotetična stopenjska diagnostika. Načela diagnostike, načrtovanja in pripravljalnih postopkov v fiksno-protetični rehabilitaciji. Protetični simpozij, Celje 24.9.1982. Ljubljana 1982; 6-10.
6. Funduk N.: Društvene smernice. ZobV, 1985; 40: 14-5.
7. Sterger A., Funduk N.: 8. stomatoprotetični simpozij. ZobV, 1990; 45:50.
8. Vidmar V.: Uvodne misli. ZobV, 1990; 45: 51-2.
9. Sterger A.: 20 let sekcije za stomatološko protetiko SZD 1977– 1997. ZobV, 1998; 53: 31-2.
10. Osebni arhiv avtorja.



Člani sekcije ob obisku znane tovarne dentalnih porcelanov Vita, Bad Säckingen, Nemčija, leta 1996 z ogledom proizvodnje in predstavitve uporabe posameznih materialov.

In memoriam prof. dr. Borisu Klunu (1925–2017)

Profesor dr. Boris Klun je bil član uredništva revije Isis vse od njenega nastanka leta 1992. Ob slovesu na zadnji novembrski dan smo z besedami zahvale številni želeli izraziti odtenke njegove osebnosti, ki smo jih imeli radi. Profesorjeve zgodbe in anekdote, s katerimi se je vsak mesec udeleževal uredniških razprav, so nenehno pričale o modrosti, s katero se je mogoče o vsakem problemu občutljivo, pozorno in nežalljivo pogovoriti in se sporazumeti za najboljšo odločitev. Na

teh straneh objavljamo nekaj zahvalnih prispevkov s pogrebne slovesnosti. V naslednji številki bomo nadaljevali in dali prostor tudi besedam, ki jih je napisal naš dragi sodelavec, prijatelj in učitelj.

Alojz Ihan



Spoštovani gospod profesor, dragi moj učitelj,

mislim, da v tem žalostnem trenutku delim mnenje večine prisotnih, da ste nas prav vi sami danes zbrali z namenom, da se poslovimo. Poslovimo, a ne razidemo!

Gospod profesor, odhajate in vas ne bo več med nami. Še naprej pa boste živeli v našem spominu kot kulturni gospod, ki je delal dobra dela; malo govoril in poslušal, dokler ni slišal; gospod, ki mu časa, ki ga je posvečal drugim, ni omejevala ura, marveč le namen nekomu pomagati.

Svoje moči in premoči nikoli niste zlorabljali, ste pa kazensko in vzgojno dopuščali, da so tisti narcisi, ki so se sami osvetljevali z lučjo, ostali v temi, osamljeni in nezmožni, da bi se imeli česar koli veseliti. Kot odličen pedagog ste nas opozarjali, da ni narobe napredovati počasi – pomembno naj bi nam bilo le, da se v napredovanju ne bi ustavili.

Za vse to ste imeli vedno neverjetno moč in energijo, ki vam je omogočala za mnoge sodelavce že kar motečo delovno vnemo.

Sodelovanje z mojim učiteljem na katerem koli področju je bil pravi užitek, saj nas je v težkih trenutkih znal motivirati na posebno tople način. Nikoli ni pomagal drugim z namenom poveljevanja samega sebe, saj bi s tem spravljal v zadrego tiste, ki so ali smo bili njegove pomoči potrebni. Rad je pohvalil, saj je s tem veliko dal in skladno z reko, da največ dobi tisti, ki daje, tudi sam sebe nagrajeval.

Spoštoval je človekovo dostojanstvo in drugih ni nikoli poniževal.

Vsakomur, ki ga je začutil, je rad vzpodbujal tisto dobro v njem. Tako je tudi v meni vzpodbujal občutke srečnega očetovstva in s pripisom »očkov Sari« poslal barvice moji hčerki, o kateri sva v dolgih urah sodelovanja tudi morda kar preveč govorila. In kako iskreno zadovoljen je v zahvalo sprejel njeno risbo, kjer je dominiral pripis »očkovemu šefu«. S to in podobnimi gestami in delovanjem je osvajal in osrečeval.

Spominjali se vas bomo kot odličnega zdravnika in kirurga, polnega čuta dolžnosti in trde požrtvovalnosti, nikoli pa kot kirurškega obrtnika. Le tako ste znali ogreti srce marsikaterim staršem bolnih otrok.

Na tekočem ste bili z novostmi nevrokirurgije, dovoljevali napredek kolegom in jim omogočali izobraževanja ter jim zaslužene uspehe iskreno privoščili. »Zdraviti bolnika in ne njegovih slik ali izvidov,« je bil tudi vaš moto. Uspešen zdravnik ste bili tudi zato, ker ste bolnika obravnavali celostno. Na takratni Kliniki za nevrokirurgijo ste svoje podrejene skušali oblikovati v popoln klas, a kaj ko eno gnilo seme pokvari vse. Na spontan način ste za veliko bolnikov, sester in administratorov ter veliko ostalega osebja v bolnišnici postali preprosto »naš Boris«.

S svojo izvrstno pedagoško prepričljivostjo ste polnili tudi predavalnice, kjer je bila ob vaših

predavanjih skoraj vedno gneča. Zato ste bili tudi več let najvišje ocenjeni predavatelji na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani.

Kot odgovorni aktivni član Accademia Euroasiana Neurochirurgica ste v dobro te renomirane ustanove bedeli tudi nad tem, kdo bi smel postati njen član.

Kot vaš vdani učenec lahko z odliko ocenjujem vaše večletno vodenje Klinike za nevrokirurgijo in Kirurških služb, kakor glede na vašo poštenost in uspešnost z gnevom ocenjujem moralno gnilstvo in politično podlost kolektivne vodstvene ugasnitve tudi vaših takratnih sodobnikov. Slovesnost ob vaši upokojitvi pa je bila ob prisotnosti vodilnih s strani svetovne zveze nevrokirurgov zaslužen po spremljena s stoječimi aklamacijami o četrti dimenziji.

Dolgo se bomo spominjali vaših zanimivih in tudi hudomušnih prispevkov v reviji Isis, saj ste tako opazno aktivno sodelovali tudi v Zdravniški zbornici Slovenije.

Z osebnostnega vidika mojega učitelja se posebno rad spominjam komentarjev takrat najvišjih svetovnih avtoritet s področja nevrokirurgije, ki so govorili: »Boris is honest.« Da, govorili so o vašem – našem – mojem Borisu.

Seveda ne bom nikoli pozabil tudi tega, kako ste neposredno po operaciji šli povedat operirancu, da vam je med posegom spodletel inštrument in da upate, da zaradi tega po vaši krivdi ne bo imel posledic – vam lastna poštenost.

Kako zanimiva so bila tudi vaša razmišljanja npr. o globini in razsežnostih pojmovanja Siona in reke Jordan, pa npr. o Galvaniju in Volti ter seveda o najbolj sodobnem dogajanju in trendih sodobnega sveta. Prav prese-nečali ste s svojim ažurnim poznavanjem novosti na glasbenem področju, v tehniki in še posebej v športu.

Ob pogovorih o operi in klasični glasbi pa ste kar zažareli. Nič čudnega torej, da vas je ta strast popeljala tudi aktivno na oder Slovenske filharmonije.

Kar čutim do svojega učitelja, se z besedami ne more izraziti. Celotnemu žalnemu zboru pa moram priznati, da sem se mu enkrat pa res izneveril. S stiskom rok sva namreč potrdila dogovor, da mi po dveh slavnostnih nagovorih v njegovo čast to v tretje ne bo več potrebno. A višja sila je bila močnejša in tako sem sedaj ves zbehan in ganjen zadnjič s svojim dragim učiteljem.

Na poseben način sva se spoznala, se drug v drugega živela in mislim, da se nikoli ne bova razšla.

Naj zaključim svoje osebno slovo od meni dragega predstojnika, kolega in v veliki meri skoraj prijatelja z izrazi globokega in iskrenega sožalja gospe soprogi Tatjani in hčerkama pokojnika ter s prošnjo žalnemu zboru, da velikemu gospodu v slovo namenimo nekaj srčnih utripov tihega spomina.

Prof. dr. Marjan Koršič

| **Dragi profesor Klun,**

midva sva sicer iz različnih generacij, a zdi se mi, da lahko povem, da sva delala v istem času. Sprva sva se srečevala, kot pravimo, službeno. In tako sva se spoznala, čeprav se v resnici še nisva. Morda bi lahko rekel, da sva se samo pozdravljala. In že takrat je bilo za Vas, dragi profesor Klun, značilno, da ste se mi ob vsakokratnem pozdravu rahlo nasmehnili. Na temelju teh bolj ali manj naključnih srečanj je kmalu nato med nama prišlo do pravega srečanja. Proti koncu se je prvič zgodilo, da sva sedela drug drugemu nasproti in si gledala v oči. Takrat mi je prvič prišlo na misel, da bi Vam povedal anekdoto o Vas, ki je krožila med nami, še študenti medicine o Vas, že zdravniku nevrokirurgu.

Najino resnično poznanstvo pa se je začelo pozneje. Ker so bila srečanja bolj pogostna, sem si pred vsakim srečanjem pripravil vsaj eno vprašanje. In ko sva se tako bolj spoznala,

sem se domislil, da bi bilo vredno vsa moja vprašanja strniti in z Vami narediti intervju.

Razumljivo, da sem vas najprej vprašal, zakaj ste se odločili za študij medicine, za poklic zdravnika. In v odgovoru ste med drugim povedali tole:

»Zbolel sem za hepatitisom in nekaj časa ležal na interni kliniki. Zadeva me je začela zanimati. Malo pozneje, že med vojno, sem prebral knjigo nekega italijanskega kirurga, v italijanščini, ki je bila naslovljena – tega se spominjam še danes – Tra bisturi e forbici (Med škarjami in pincetami). ... V gimnaziji me je moril študijski sistem, ki je bil določen od dneva do dneva z nalogami. To ni bilo zame. Na medicini sem si pa zbral kup knjig, si rekel, da imam dva meseca časa in v tem času bom zadevo naštudiral. V gimnaziji

sem bil slab dijak, na medicini pa pravzaprav kar dober študent, saj sem skoraj vse izpite opravljal z 9 ali 10, razen tistih prvih, ko smo prišli iz vojske. ... Zelo malo ljudi pa najde v svoji odločitvi zadoščenje in še manj jih je, ki vidijo, da je to natančno tisto, kar so si želeli. ...

V tem intervjuju se seveda nisem mogel – in tudi ne bi znal – z Vami pogovarjati o procesu, kako ste gradili sebe kot nevrokirurga in sebe kot predstojnika Kliničnega oddelka za nevrokirurgijo. Značilno se mi pa zdi, da ste poudarili – pa četudi samo med vrsticami – da ste kot zdravnik začetnik imeli za sebe na voljo samo stol ob mizi – v sobi za bolnike. In jasno ste povedali, da predstojnik pravzaprav ne sme biti šef, mora pa biti zgled. In da upate, da kot predstojnik nikomur na oddelku niste povzročili krivice ...

Se pravi, pogovori z Vami, profesor Klun, so bili zame nekakšna pripoved, kako se lahko iz nič ustvari nekaj velikega in vélikega. In da je ob takih rečeh, ko gre za sodelovanje, temelj vsega tisto, kar že dolgo poimenujemo iz izrazom dialog. Kar ni nič drugega kot le umetnost poslušanja sogovornika. In vse to je seveda posledica

tistega, kar v človeku opredelimo kot osebnost.

Tako ste, profesor Klun, bili zame osebnost s trdnimi, a nikakor trdimi stališči. Pač osebnost, ki ni bila le stroka, temveč tudi – ali predvsem – širina. Ki je poleg znanosti, medicine, zajemala tudi umetnost v najširšem pomenu besede.

Po vsakem pogovoru z Vami, profesor Klun, se mi je vsakokrat jasno pokazalo, kje sem. Kje stojim. Kako stojim.

In tako stojim pred Vami, jaz, tudi zdaj in se Vam zahvaljujem za vse, kar sem prejel od Vas.

Vaš
Marjan Kordaš

| Besede v slovo prof. dr. Borisu Klunu, dr. med.,

danes se, spoštovani profesor Boris Klun, zadnjič poslavljamo od vas, slovenskega zdravnika, nevrokirurga ter izjemnega človeka, pa tudi zadnjega predstavnika generacije velikih slovenskih kirurgov, ki je v zlatem obdobju razvoja slovenske medicine v letih od 1970 do 1980 postavila sodobne strokovne in organizacijske temelje slovenske kirurgije. Nevrokirurgija, ki se ji je v življenju zapisal profesor Klun, je bila ena izmed njih. Čeprav dve desetletji starejši od nas pediaterov, ki smo delovali na Kirurški kliniki, nam je bil zaradi možnosti, ki so se nam vsem tedaj v razvoju medicine na široko odprle, tudi zgleden sodobnik.

Z vselitvijo leta 1972 v tedanji novi Klinični center iz nekdane splošne bolnice ob Zaloški cesti so se odprle, kot rečeno, tudi nove, izjemne možnosti razvoja celotne slovenske, zlasti klinične medicine. Generacija profesorja Kluna je to poslanstvo z velikim poletom in neizčrpnim znanjem zgledno opravila. Nesebično pa je prenašala tudi svoje znanje in velike izkušnje na našo, tedaj mlado generacijo zdravnikov na Kirurški kliniki, in to ne samo kirurgov.

Profesorja Kluna se rad spominjam kot enega prvih direktorjev Kirurške klinike. Prav pregovorna je bila njegova odprtost do drugih strok, ki so se razvijale in delovale ob kirurških ter tudi ustvarjale slovensko medicino. Zlasti to velja za nas pediatre na Kirurški kliniki, ki smo tedaj prvi v tedanji Jugoslaviji začeli z

novi stroko – neonatalno in pediatrično intenzivno terapijo.

Kot direktor Kirurške klinike, s pooblastili, ki jih je imel, je odločilno podprl razvoj neonatalne in pediatrične intenzivne terapije in njeno umešitev prav na Kirurško kliniko. Dobro se je namreč zavedal, da prav ta stroka, delujoča ob kritično bolnem operiranem otroku, omogoča tudi premik nevrokirurških posegov v najbolj zgodnje otroško obdobje, kar do tedaj v Sloveniji in tedanji Jugoslaviji ni bilo mogoče. To velja za prirojene napake osrednjega živčevja, posebej pa še za hude poškodbe glave pri otrocih. Ob tem sta se uspešno srečali dve medicinski stroki, odlična nevrokirurgija profesorja Kluna in pediatrična intenzivna terapija. Preskok v kakovosti obravnave se je kaj hitro pokazal, ne samo na samem preživetju, ampak tudi na izboljšanju kakovosti preživetja, zlasti hudo poškodovanih otrok. O tem smo skupno, odmevno poročali v domačem in tujem medicinskem tisku ter na številnih srečanjih in kongresih.

Na začetku 70. let je profesor tako prevzel za več kot 20 let nevrokirurško obravnavo otrok na tedanjem Pediatričnem oddelku kirurških strok, sedaj Kliničnem oddelku za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo Kirurške klinike Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana. Široko razgledan in izjemno izobražen intelektualac ter že pred tem v tujini delujoč kirurg je bil za to nalogo pravi človek. Lahko rečem, da smo ga kot

strokovnjaka in zdravnika ob bolnem otroku doživljali tudi kot človeka. Skrbnega, velikokrat tudi hudo zaskrbljenega in prizadetega ob usodah otrok, pa tudi zadovoljnega, ko so se po težkih operacijah na možganih otroci prebujali iz globokega sna. Na nek način smo si bili v takšnih trenutkih s profesorjem Klunom tudi človeško zelo blizu.

Ob tem je bil za nas mlajše vedno zgleden in korekten učitelj. Takrat je nastopil čas za sproščen pogovor, ob katerem se je duhovito razživel in znal tudi kot slovenski izobraženec, ki je doživljal svoja dijaška leta pred in v senci druge svetovne vojne, posredovati svoje videnje zgodovine in občutke nam mlajšim. V domisliah vedno izviran, do drugih nikdar žaljiv, pa tudi do sebe primerno šaljivo piker, je bil enkrat, neponovljiv. Vmes nam je rad posredoval, tako mimogrede, še kakšne nasvete za življenje, ki so se ne redko izkazali za zelo koristne, a nismo prišli do tega, da bi mu to povedali ali se mu zanje še posebej zahvalili.

Čas teče. Nove generacije zdravnikov prihajajo. Želeti je, da bi tudi slednje naletele na takšne učitelje in izjemne ljudi, kot je bil za nas nevrokirurg, profesor doktor Boris Klun. Radi smo vas imeli. Počivajte v miru.

Spoštovani gospe, soprogi Tatjani Lesjak - Klun ter obema hčerkama izrekam svoje iskreno in globoko sožalje.

Doc. dr. Janez Primožič

Dolores Viesèr: Der Gurnitzer

Josef Kösel & Friedrich Pustet Verlag, München, 1931, 319 str.

Marjan Kordaš, Ljubljana

marjan.kordas@mf.uni-lj.si

Mojo radovednost je sprožil Stanko Lodrant s svojim komentarjem v knjigi **Meža pa še kr' teče**. Potem ko sem poiskal še nekaj podatkov o koroški pisateljici Dolores Viesèr, sem se malo potrudil ter prek knjigarne Heyn iz Celovca kmalu prejel lepo ohranjen antikvarni izvod iz leta 1931. Neznansko radoveden, zakaj in čemu je bil **Der Gurnitzer** v nemškem kulturnem prostoru prava uspešnica (moj izvod je bil iz naklade med 6.000 do 10.000), sem se takoj lotil branja. Bilo je kar naporno; ne le zaradi tiska v gotici, temveč tudi zato, ker so obsežni deli besedila zapisani ne v knjižni nemščini, temveč v koroškem nemškem narečju. Ko sem roman prebral, sem posamezne odlomke prebral še enkrat, knjigo prelistal in označil več kot 30 strani, na katerih se pojavljajo vrivki, zapisani v latinici v starinski slovenščini oz. fonetično v koroškem slovenskem narečju. Meni, navajenemu knjižne slovenščine, zvenijo zelo nenavadno. Ponekod se zdi, da gre tudi za tipkarske napake oz. napake ob ročnem tiskarskem stavljenju besedila. Tako se npr. ob koncu knjige sredi slovenske božične pesmi znajde spakedranka »mother o« namesto očitnega in smiselnega »notri v« ...

V slovenskih besedah so šumniki dosledno zapisani s strešicami. V imenih, priimkih ali krajevnih imenih so šumniki v latinici, pa četudi je ostanek besede zapisan v gotici! Za pogovorni jezik, ki je drugačen od nemščine, avtorica v romanu večinoma uporablja izraze *windisch*, včasih *slowenisch*, nekajkrat pa tudi *slawisch*. Bralec lahko le ugiba, ali so to za avtorico sinonimi – ali pa ne.

Seveda sem skoraj hkrati z vsem tem odkril, da je bil **Der Gurnitzer** v slovenščino preveden že dvakrat, obakrat pod naslovom **Podkrnoški gospod**. Spomnim se, da sem kot mulc okoli leta 1944 imel prevod iz leta 1941 celo v rokah, da pa se takrat za branje nisem (z)mogel odločiti. In zdaj si nikakor ne znam predstavljati, kako bi se koroško nemško narečje prevedlo v slovenščino. Kot slovensko narečje zagotovo ne ...

Vendar: ko sem prebral nemško besedilo, sem si rekel, da noben slovenski prevod ne more

posredovati tistega, kar zajema nemški izvirnik, ter da si to zagotovo moram zapisati.

Zgodba je postavljena v čas turških vpadov na Koroško (tj. v Podjuno in bližnjo okolico) okoli leta 1478. Če nekoliko poenostavim, dogajanje poteka takole:

Savorja, revno vindišarsko dekle, ima nezakonskega sina Leonharda Savorčiča. Njegov oče je plemič Boštjan iz Žrelca (*Sebastian von Schrelz*). Ker sta se v njegovem uradnem zakonu rodili le dve hčeri, je na postavnega in bistrega – četudi nezakonskega – sina zelo ponosen. A sin Leonhard, nasprotno, se ima za ubogega hudiča, ki ni ne *deutsch* ne *windisch*, ne gospod ne hlapec, na svojega očeta pa gleda postrani, saj je Boštjan zavrgel Savorjo, svojo mladostno ljubezen in Leonhardovo mater. A mati Savorja se vmeša v spor med očetom in sinom, ga zgladi in končno doseže, da oče Boštjan pri koroških deželnih stanovih uredi, da Leonharda imenujejo za laičnega prošta, ki naj upravlja cerkveno posest v Podkrnosu. Kot upravitelj cerkvenega premoženja se Leonhard Savorčič seveda ne sme poročiti.

Nekega dne prošta Leonharda povabijo na svatbo, kjer očitno vsi navzoči govorijo *windisch*. Na višku svatovanja se svatom pridruži častitljiv, gospodovalen starejši moški, kmet Samo s svojo hčerjo Alenko, ki je neobičajna lepota. Ko Leonhard poizveduje o njej, mu opat Virgilij pove, da sta Samo in njegova hči Alenka vindišarska barbara, »... a deklica je lepa. Njeno slovansko obličje seveda nima ničesar klasično popolnega, a njeno postavo bi bilo vredno vklesati v marmor« (str. 111). Tako se Leonhard takoj vname zanjo, pa tudi Alenka je svojemu občudovalcu zelo naklonjena. Zvečer hodi k studentu in z velikimi očmi zre proti Karavankam. »Žalik-žene,« si pojoče šepeta, »ljube žalik-žene, vsak večer vam hočem prinesiti mleka in

rumenega masla in belega kruha – ampak – ko bo spal, naredite tako, da bo moral sanjati o meni.« Ker Alenka ne zna *deutsch*, se z Leonhardom pogovarjata *windisch*. Zaljubljena do ušes se začneta skrivaj sestajati in tako Leonhard zve, da je Alenka pogan-ka, da moli bogove z imeni Belibog, Črnbog in Triglav.

Skoraj hkrati z njuno zaljubljenostjo pa k Samu (ki ga nekateri poimenujejo tudi *kralj Samo*) prihajajo trije poševnooki sli, ki Samu sporočijo, da je kralj Matjaž umrl ter da Janež izpod Triglava sprašuje, kdaj lahko pride po Alenko, da jo vzame za ženo. Ko Alenka to zve ter ko vidi, da jo hoče oče Samo prisiliti v poroko, se upre. In kljub temu, da jo oče prekolne, Alenka zbeži k Leonhardu v njegovo prošnjo v Podkrnosu. Kljub razliki v jeziku, veri in stanu ter kljub govoricam ljudi, da »živita v grehu«, sta v svoji zaljubljenosti presreč-na.

Njuno srečo pa kmalu skali spoznanje, da se ne smeta poročiti (in imeti otrok?). Vrh tega Alenka, ki ne zna *deutsch*, meni, da to moti Leonharda. Leonhard pa, nasprotno, zatrjuje, da je to nepomembno; da vsi, ki znajo *deutsch*, znajo tudi *windisch*.

A vendar se Leonhard začne Alenki vse bolj izmikati. Zato domneva, da je Leonhard ne ljubi več, da mu je njena ljubezen v breme. Tudi prostijski kaplan Rauttinger ji očita, da kot vindišarska poganka in velika grešnica nima kaj iskati pri Leonhardu. In ko gre Leonhard za nekaj dni zdoma, Alenka zbeži nazaj domov k očetu Samu, ki ji – kljub temu, da jo je preklel – dovoli, da odslej biva v svoji kamri.

Čez nekaj mesecev, sredi noči v pozni jeseni, na Koroško vdoro Turki. Med splošnim preplahom Alenka zbeži do starega posušenega macesna in ga zažge, da zagori kot mogočna bakla, ki se pa končno zruši na Alenko. A sij mogočne bakle opazijo po vsej okolici, tako da Leonhard brž prepozna nevarnost in organizira obrambo pred Turki na reki Dravi. Po hudem spopadu se Turki umaknejo, a Leonhard je hudo ranjen. Uspe se mu zavleči v skrivališče, kjer razmišlja o Alenki. Spozna, da je v njunem razmerju imel v ospredju samo sebe. Ko Leonharda najdejo in se v prošnji sreča s kaplanom Rauttingerjem, zve, kako je bilo medtem z Alenko. Hudo opečeno so jo Samovi služabniki našli ob gorečem macesnu, jo odnesli domov in poklicali kaplana Rauttingerja. Preden je Alenka umrla, ji je kaplan ponudil krst, da bi umrla kot kristjanka. Alenka pa je to odklonila, se nekako krstila kar sama ter kaplanu povedala, da je Leonharda zapustila zato, ker ga je ljubila, ker ga ljubi in da ga bo ljubila tudi v onstranstvu. Da upa, da vse to, kar je storila (zanj), ni bilo bo zaman ...

V zgradbi romana je nekaj nejasnosti ter ena Alenkina lastnost, ki je kar preveč romantična. A vse to ni preveč moteče; mnogi bralci tega verjetno sploh ne opazijo. In nočem komentirati dejstva, ali je pisanje v koroškem nemškem narečju prednost ali pomanjkljivost romana.

Med branjem sem se vseskozi spominjal na **Stražne ognje** (France Bevk), **Spomine na deda** (Josip Jurčič) in **Bele menihe** (Ivan Zorec) ter ugotavljal vzporednice, ki so logične posledice nekdanjega enotnega kulturnega prostora, vendar z dvema jezikoma.

Zame (in verjetno za vsakega slovenskega bralca nemškega izvirnika) ima **Der Gurnitzer** značilen prelom pri poglavju z naslovom **Alenka**. Po eni strani zaradi opombe o vindišarskih barbarih ter poševnookih (tj. nekakšnim vzhodnjakom podobnih) slih, po drugi strani pa zaradi zgodovinsko-mitološke zmede, nekakšne godlje o (kralju) Samu, kralju Matjažu in Alenčici. Začelo me je zanimati, ali gre za avtorično neznanje in zato morebitna usmeritev pripovedi v običajno sodobno nemško-nacionalno usmeritev – ali pa ne ...

V nadaljnjem branju ni seveda ničesar takšnega; nobenih običajnih nemško-nacionalnih klišejev, značilnih za (avstrijsko) Koroško v času nastanka romana. Tako ni čudno, da je avtorica založnika poiskala zunaj Koroške ter da so jo v času nacizma poskusili odriniti v pozabo.

Roman **Der Gurnitzer** je nastal v času po koroškem plebiscitu leta 1920. Zgodba pa je postavljena v 15. stoletje. Dolores Vieser je motiv za zgodbo sicer našla v zgodovinskih virih, pa vendar je upravičen dvom o avtentičnosti. Ali lahko človek, ki živi v 20. stoletju, opisuje življenje izmišljenega človeka v 15. stoletju tako, da opis ni mit? Ali z drugo besedo: je naše vedenje o preteklosti res zgodovina – ali le izmišljilja, mit? In prav o pojmih ljubezen, vera, jezik, domovina, ki jih obravnava **Der Gurnitzer** (in njegov dvojnik **Podkrnoški gospod**) je v našem vedenju verjetno več mitologije kot pa resnice. Pač odvisno od bralca, takole:

Za nemškega bralca se **Der Gurnitzer** skoraj samoumevno bere tako, da vsi ljudje iz zgodbe govorijo *deutsch*, vložki *windisch* pa so neka- kšno folklorno okrasje.

Za slovenskega bralca se prevod, **Podkrnoški gospod** skoraj samoumevno bere tako, da vsi ljudje iz zgodbe govorijo slovensko (*windisch*).

Od izobraženosti bralca je torej odvisno, koliko se zmore otresti mitov ter se približati resnici: Da v 15. stoletju pojma »slovensko« sploh

ni bilo, pojem »windisch« pa je bil že kar uveljavljen – da pa sta pojma *deutsch* oz. *windisch* v 15. stoletju pomenila nekaj popolnoma drugega kot dandanes, v 21. stoletju. In samo v izvirniku, v nemščini je mogoče med vrsticami prebrati stališče Dolores Viesèr, da so v 15. stoletju vsi vsaj nekoliko izobraženi ljudje na Koroškem govorili tako *windisch* kot *deutsch*!

Menim, da se je avtorica z zasnovo svoje pripovedi (s slovenskimi vrivki v

nemško besedilo) dobro, če ne že kar elegantno izognila mnogim verskim ter slovenskim in nemškim jezikovnim mitom.

Sporočilo knjige je univerzalno in zajema žensko-moški odnos:

Vindišarsko-poganska Alenka svojega ljubega zapusti, **ker ga ljubi** takšnega, kot je; reši deželo pred Turki in ob tem umre. Leonhard sicer ne umre, a vse življenje bo v sebi nosil zavest o svoji egocentričnosti, zaradi katere je spodletela njegova ljubezen

do Alenke. Ali z drugimi besedami: Alenka in Leonhard v svojem žensko-moškem odnosu nista zmogla ali znala preseči (transcendirati) razlik zaradi vere in stanu.

Jezik pa je bil očitno postranska reč.

Sodobni enojezični bralec, ki zna gledati in videti prek meja svojega obzorja, pa spozna, da je jezik arhetip, ki ga ni mogoče izbrisati.

Kdor to samo poskusi, postane invalid.



Zdravnik in inteligenca

Nina Mazi, Ljubljana

Zdravniki že od nekdaj, najmanj iz antike oz. časa Hipokrata ali celo še prej, veljajo za inteligentna bitja. Glavnina sveta je, tako kot pred skoraj dva tisoč leti, še danes (upam, da upravičeno) prepričana oz. verjame, da so zdravniki najbolj inteligentni oz. bi vsaj morali biti. Pri tem pa pogosto sploh ne upoštevajo, da inteligenca ni enovita, marveč vsebuje kar 12 različnih vrst. Poenostavljeno, enovito pojmovanje inteligence – upoštevanje le linearne, razumske inteligence, botruje tudi dejstvu, da javnost zdravnika, ki se v odločilnem trenutku ne izkaže s svojo popolnostjo, marveč naredi napako oz. vztraja v svoji zmoti, brez pomisleka razglasi za »butca«. Glavnina zdravnikov pa ne sodi ne med genije ne med bedake – z vsem spoštovanjem do prvih in (vsaj kvazi) sočutjem do drugih – oboji namreč obstajajo.

Pri razmišljanju, ugotavljanju in zanikanju – obravnavanju zdravnikove inteligence je treba upoštevati raznolikost pričujočega pojma, ki so ga sprva delili v tri kategorije:

1. Biološka, genotipska, ki je kot temeljna vrsta inteligentnosti prirojena, naravna oblika inteligence, ki temelji na biologiji, biokemiji in genetiki posameznika. Mogoče jo je določiti in meriti.
2. Psihometrična inteligentnost, ki je rezultat številnih dejavnikov – od kulture in omike do vzgoje, nege in izobraževanja. Velja za najbolj natančno in verodostojno merljivo vrsto inteligentnosti, ki jo je najlažje natančno določiti ter objektivno meriti. Vrednoti se s pomočjo inteligenčnih testov – pred sprejemom na MF, marsikje pa tudi pred sprejemom v službo. Inteligenčni testi morajo vsebovati in upoštevati vse dejavnike, ki vplivajo na rezultate testiranja.
3. Socialna in praktična inteligentnost. Musek in Pogačnik jo opredeljujeta kot multicentrično kategorijo, ki temelji na motivaciji, osebnostnih lastnostih, negi, motivaciji, znanju in izkušnjah, vzgoji, socialnih in kulturnih dejavnikih, stresnih reakcijah, navadah in razvadah, vključuje pa tudi psihosocialne in mentalne motnje.

Sternberg in Thorndike sta ob zatonu preteklega stoletja uvedla tristransko pojmovanje in obravnavanje inteligentnosti. Inteligenca sta

razdelila na abstraktno, mehansko in socialno. Svojo teorijo uspešne inteligentnosti pa je Sternberg kasneje utemeljil na inteligenčnem trikotniku, ki vključuje tri procese: analitični, kreativni in praktični.

Sledil je sodobni koncept mnogotere inteligentnosti, ki ga je utemeljil ameriški znanstvenik Howard Gardner. Najprej ga je predstavil kot osmerico ključnih oblik oz. tipov in področij/virov inteligentnosti, v zadnjem času pa je dodal še dve novi vrsti, ki trenutno še nista uradno formalizirani, čeprav jima ni mogoče oporekati objektivnega obstoja.

Koncept Gardnerjeve mnogotere inteligentnosti temelji na naslednjih vrstah inteligence: glasbena, osebna (intrapersonalna), medosebna (interpersonalna), jezikovna, logično-matematična, naravna (naturalistična), prostorska, telesnogibalna, eksistencialna (duhovna) in pedagoška (učno-pedagoška).

Da pojmovanje, kategorizacija in klasifikacija inteligence in inteligentnosti ne bi bili preveč zahtevni in zamudni, Gardner poudarja, da vseh deset vrst inteligentnosti iz njegovega koncepta praviloma deluje urejeno in usklajeno. Dejansko naj bi pričujoča deseterica predstavljala le specifično inačico ene od treh temeljnih inteligentnosti – čustvene, duhovne in razumske, ter z njimi povezanih nevronske sestavov. Pričujoča ugotovitev temelji na humani fiziologiji, saj je vsaka vrsta inteligentnosti iz Gardnerjeve zakladnice desetih povezana z enim od treh temeljnih nevronske sistemov v centralnem živčnem sistemu, natančneje v velikih možganih.

Za zdravnika je pomembnih (dejansko kar nujnih) vseh deset vrst inteligence – posebej kritična pa je nedvomno trojica s področja racionalne/mentalne, socialne in čustvene inteligence.

Če zdravnika nekdo proglasi za bedaka, stvar kljub vsej resnosti torej le ni brezupna, saj prizadetemu običajno manjka le ena oz. kvečjemu par vrst inteligence in ne celotna vsebina Gardnerjeve inteligenčne deseterice. Kljub temu pa se je treba zavedati, da se z inteligenco ni dobro igrati – kolegi zdravniki in ostali sodelavci, pa tudi bolniki in uporabniki so namreč sposobni objektivnega prepoznavanja in razlikovanja med dejansko in kvaziinteligentnostjo.

Nikola Tesla in njegova dieta

Jurij Kurillo, dr. med., Kranj

Nikola Tesla (1856–1943), ki je zase dejal, da je srbskega rodu in hrvaške domovine, je bil doma v Smiljanu pri Gospiću v Liki. Po študiju na graški Politehnik se je kot elektroinženir zaposlil najprej v Budimpešti, nato v Parizu, 1884. leta pa se je odselil v Združene države Amerike, kjer ostal do smrti.

Tam se je sprva povezal z znamenitim izumiteljem Edisonom, ki je pospeševal rabo enosmernega električnega toka, Tesla pa je videl veliko večjo uporabnost v izmeničnem toku. Tako sta postala velika nasprotnika. Zadnji je zmagal, ko so ob Niagarskih slapovih postavili elektrarno za proizvodnjo izmeničnega električnega toka. Tam ima Tesla zdaj tudi svoj spomenik. Sicer pa ima ta izumitelj, ki velja v strokovnih krogih za genialnega in tudi futurističnega, zasluge za razvoj najširšega področja elektrotehnike, od večfaznega indukcijskega elektromotorja, transformatorja, radia, laserja do brezžične komunikacije; ukvarjal se je tudi z rentgenskimi žarki. Patentiral je več kot sedemsto izumov. Po njem je imenovana enota za gostoto magnetnega polja tesla.

Čeprav je predal človeštvu v uporabo obilico svojih odkritij, pa iz tega ni znal ali ni hotel potegniti kakšnih gmotnih koristi – v nasprotju s svojim rojakom Mihajlom Pupinom (1854–1935), ki je prav tako prehodil dolgo pot »od pastirja do izumitelja«.

Srečanje z Milanom Vidmarjem

Dr. Milan Vidmar, ugledni profesor elektrotehnike ter svetovno uveljavljeni šahist kot teoretik in praktik (brat našega politika in književnika Josipa Vidmarja), popisuje v svojem knjižnem delu *Med Evropo in Ameriko* (Ljubljana 1937), kako se je v New

Yorku leta 1936 srečal z Nikolom Teslom. To se je zgodilo v skromnejšem hotelu New Yorker, kamor se je znanstvenik – iz gmotnih razlogov – pred leti preselil iz prestižnega hotela Waldorf Astoria. Družba se je zbrala ob določeni uri v hotelski dvorani, »ko sem nenadoma zagledal ... visokega, ravnega kot sveča. Kot da je v čudovitem prividu zrasel iz naših kraških tal, nekje v Dalmaciji ali Črni Gori. Nikola Tesla.«

Vidmarju se je zdelo, da ima genialni tehniški izumitelj nepokvarjeno, odkrito, malce plaho, a pristrčno zaupljivo dušo, ki se je hrup, pohlep in surova strast Amerike po denarju niso dotaknili. Tesla je potožil, da je veliko pretrpel, saj so mu z dinamitom uničili laboratorij. Zato je imel ogromno škode, pa še dolg je moral odplačevati. Vidmar ga je vprašal, zakaj ni branil svojih pravic do brezžične telegrafije in telefonije, s katerima se je začel šopiriti Italijan Marconi, ki je bil pravzaprav njegov asistent. Tesla je povedal, da svojih idej ni prijavljal, ker sovraži patente. Patenti pomenijo samo izkoriščevalske pravice, on pa daje svoje ideje v korist človeštvu.

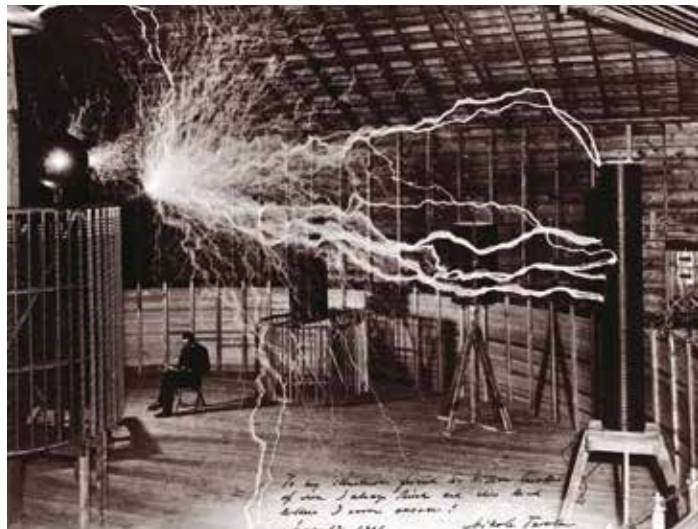
Pripovedoval jim je tudi o svojem izumu brezžičnega prenosa energije kot novovrstne artilerije, ki pa ga ne misli dati v javno uporabo. V pogovoru je obsodil italijanski pohod na Abesinijo, saj se je zmeraj boril za pravice šibkejših in teptanih, kar je izrazil tudi v svojih časopisnih člankih.

Vidmar dalje poroča: *Ko je družba pri mizi začeli kositi, se Tesla ni ničesar dotaknil, nazdravil pa je z mlekom.*

»Veste«, mi je razlagal, »dognal sem, da potrebujem za življenje dnevno 1120 gramov proteina. Zato namečem zjutraj v lonec izbrano zelenjavo v natanko določeni množini in jo kuham točno deset minut. Potem si izcedim sok in ga izpijem. Opoldne spijem liter mleka, zvečer pa drugi liter. Tako zberem potrebnih 1120 gramov proteina. Druge hrane in pijače ne uživam, ker je ne potrebujem.«

Vidmarju se je mož zdel zelo mladosten, brez nepotrebnega grama na telesu, z napeto in svežo kožo na licih. Tudi hrbtnico je imel ravno in je bil svežih misli. Po popiti kavi in vinu je bila vsa družba s Teslom vred dobre volje. Zaupal jim je, da bo zgradil velik laboratorij, za katerega bo dobil ogromna sredstva. Toda Vidmar mu je oporekal, češ da ne zna z denarjem in mu bo ta ušel. Veliki znanstvenik je temu smeje pritrdil: *»Seveda mi bo ušel, kaj pa hoče pri meni. No, sedaj grem pa na delo.«* Stisnili so mu roko, nato pa je izginil v dvigalu.

Nikola Tesla je prerokoval, do bo ob svoji prehrani doživel sto štirideset let, umrl pa je pri sedemdesetih.



Razstava akademske slikarke, magistrice likovne umetnosti Tetyane Donets - Savko

Nina Pleterski Puharič

Zidove svetlih in prijaznih prostorov doma slovenskega zdravništva Domus Medica so v prazničnem decembru obogatile slike akademske slikarke, magistrice likovne umetnosti, Tetyane Donets - Savko. Na odprtju razstave je obiskovalce uvodoma pozdravila zobozdravnica dr. Nada Puharič, ob nežni in romantični glasbeni spremljavi Bacha in Carrja v izvedbi Nikolaja Štante.

Obiskovalci so od povezovalca večera Roka Pleterskega Puhariča zatem izvedeli nekaj zanimivosti, povezanih z rojstnim krajem tokratne razstavljalke, ki se je leta 1972 rodila v Ukrajini, zdaj pa že petnajsto leto živi v Sloveniji. Med drugim sta bila omenjena ustanovitelj prve ruske šole mikrobiologije, imunologije in patologije, svetovno znani zdravnik Ilja Iljič Mečnikov, ki je leta 1908 dobil Nobelovo nagrado za fiziologijo ali medicino, ter likovni umetnik Ilja Jefimovič Repin, ki je med drugim portretiral Tolstoja, Mendeleejeva in Musorgskega, upodobil pa je tudi Ivana Groznega. Na umetniškem ustvarjanju Tetyane Donets - Savko se nedvomno odraža vpliv strnjeno omenjenih bogate kulture in zgodovine. Slednji je slikarki s toplo besedo odkrival njen oče zdravnik, ki je zanimanje za medicinsko stroko intenzivneje prenesel tudi na avtoričino sestro.

Tetyana Donets - Savko je leta 1991 zaključila svoje akademsko izobraževanje na šoli za risbo in slikarstvo ter zatem leta 1996 pridobila naziv magistrice likovne umetnosti na oddelku likovnih umetnosti državnega pedagoškega inštituta Kryviy Rih. Inštitut, na katerem se izvaja univerzitetno poklicno usposabljanje, je bil kot najstarejša pedagoška institucija ustanovljen leta 1930, sedaj pa na osmih oddelkih zaposluje približno tisoč strokovnjakov.

Tetyana Donets - Savko ima bogate izkušnje z razstavljanjem v tujini. Med drugim je svoja dela razstavila v Mestni galeriji Kryviy Rih ter v številnih zasebnih galerijah v Ukrajini. Nadalje jo je ustvarjalna pot zanesla tudi v sosednjo Italijo, kjer je bila članica združenja likovnih umetnikov



v Bergamu, tam pa je tudi razstavljala. Njene slike so bile prodane tudi številnim zasebnim zbirateljicam in zbirateljem, navdušencem nad slikarsko umetnostjo, v Oxfordu v Angliji, v Franciji, v Švici, v Črni gori ter seveda tudi pri nas. V Sloveniji je med drugim razstavljala tudi v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor, pred kratkim pa tudi v Slovanski knjižnici za Bežigradom v Ljubljani.

V Domus Medica je razstavljen prefinjen in raznolik opus slikarkinih del z motivi cvetja, tihožitij in ptic ter nekaj slik naših najlepših mest, Ljubljane, Pirana in Bleda. Slogovno njene slike spominjajo na slog starodavnih nizozemskih mojstrov, npr. Rembrandta, Rubensa, Vermeerja in podobnih, ki so v 17. stoletju

veličastno krasili stene dvorov in palač.

Dragocenost tankočutnega in gracioznega ustvarjanja Tetyane Donets - Savko se kaže predvsem v tem, da njena dela opazovalca zlahka zapeljejo v poglobljeno razmišljanje o preteklem času. Ameriška likovna zgodovinarica in kritičarka Svetlana Alpers je v svojem delu *Umetnost opisovanja* o nizozemski umetnosti med drugim pronicljivo zapisala, da nizozemske podobe »kažejo, da je pomen po svoji naravi shranjen v tistem, kar oko lahko opazi – naj bo to še tako varljivo«.

Zapisano je mogoče navezati tudi na razstavljena dela ob že omenjeni vzporednici slikarskih slogov nizozemskih ustvarjalcev in Tetyane Donets - Savko. Barvitost in anatomsko dovršenost namreč kažeta na slikarkino širino in izurjenost, ki je ne omejujeta današnji čas in prostor. Izrisane podobe, ki jih je slikarka na platno prenesla s fotografsko natančnostjo, nase zlahka pritegnejo izčiščeno pozornost opazovalca, saj prepričljivo in karizmatično izstopajo iz ozadja. Slikarka z izborom ekspresivnih barv bogatega ruskega kolorita naslikanemu prepričljivo

vdahne še izrazitejši lirični vsebinski poudarek.

Obiskovalci so se med razstavljenimi slikami sprehodili z vidnim občudovanjem. Največ pohval je bila deležna avtoričina izjemna natančnost, vsaka njena poteza se zdi skrbno načrtovana in premišljena, upodobljeni snopi svetlobe pa slike dodatno (p)oživljajo.

Vsem, ki si razstave še niste ogledali, toplo priporočam, da si vzamete čas in se prepustite nežnemu nagovoru čudovitih razstavljenih slik ...

Izlet v Pomurje

Ob 55-letnici vpisa na medicinsko fakulteto

Prim. Mojca Kos - Golja, dr. med., Ljubljana

Kolegi, ki smo se vpisali na medicinsko fakulteto leta 1962/63, smo se zadnjo septembrsko soboto spet tradicionalno zbrali in se odpravili na izlet v Pomurje. Sodeč po lepem jutru in dobri vremenski napovedi se je obetal prelep jesenski dan. Že ob

jutranjem zbiranju se nam je »posvetilo«, da je letos minilo 55 let od našega vpisa, da gre torej za častitljivo polovično obletnico. Žal je bilo letos iz različnih razlogov število udeležencev izleta nekoliko manjše kot prejšnja leta. Kot smo se dogovorili lansko

leto, so letošnje druženje in izlet v Pomurje organizirali Štajerci, in sicer mariborski kolega Aleksander (Sašo) s kolegicami. Organizacijo so zaupali turistični agenciji Klas iz Murske Sobote. Vodja agencije ga. Rajka Ficko je sestavila lep in zanimiv program.

Ljubljanačani smo se zbrali na parkirišču Dolgi most, nekateri so se nam pridružili na poti proti Štajerski, v Mariboru pa še glavni organizator Sašo in njegovi pomočnici Truda in



Ogled vinske kleti Marof.



Detajl iz lendavske sinagoge.

Irena. Iz Maribora smo nato nadaljevali prijetno vožnjo in po kratkem vmesnem postanku za kavico prispeli v Mursko Soboto. Tam sta nas pričakali ga. Rajka Ficko in vodnica ga. Sonja Kreslin, ki je bila nato ves dan z nami. Med vožnjo, ko smo zapuščali Mursko Soboto, nam je na kratko opisala zgodovino mesta, ki ima nekaj manj kot dvanajst tisoč prebivalcev. Murska Sobota je stara naselbina, o čemer pričajo prazgodovinska in rimska arheološka najdišča v okolici mesta in rimski nagrobnik, vzidan v steno rimskokatoliške župnijske cerkve sv. Nikolaja iz leta 1297. Mesto je prvič omenjeno leta 1366. Zanimivo je, da je v 11. in v prvi polovici 12. stoletja Murska Sobota spadala pod škofijo v Zagrebu, nato do konca 18. stoletja pod škofijo v Györu in Sombotelu, od leta 1923 je pod jurisdikcijo mariborske škofije.

Protestantizem se je v Murski Soboti in njeni okolici širil od začetka 17. stoletja, prekmurski seniorat je bil ustanovljen leta 1922. V mestu je bil od leta 1929 tudi sedež židovske verske skupnosti, ki je združevala pripadnike židovske vere v Sloveniji. Po prvi svetovni vojni (maja 1919) je bila z balkona današnje restavracije Zvezda razglašena Murska republika, ki pa je obstajala le šest dni. Po ustanovitvi kraljevine SHS je sledila priključitev Sloveniji. Na začetku 2. svetovne vojne pa so mesto spet zasedli Madžari. Mursko Soboto je 3. aprila 1945 osvobodila vojska sovjetske Rdeče armade skupaj z delom Prekmurske partizanske čete. Po drugi

svetovni vojni se je mesto razvilo v upravno, gospodarsko, kulturno in izobraževalno središče Pomurja.

Vodnica ga. Sonja Kreslin nas je seznaniła tudi z nekaj zemljepisnimi pojmi. Pomurje je skupna pokrajina na severovzhodu Slovenije ob reki Muri in njenih pritokih. Leži v glavi »kokoške« in meji na tri države. Prlekija sega od Ljutomera, ki je glavno mesto tega predela, do reke Mure na vzhodu. Pokrajino opredeljuje tudi značilno preleško narečje. Na desnem bregu Mure leži Prekmurje, ki je razdeljeno v tri območja: severno od Murske Sobote se rahlo vzpenja Goričko, ki je od leta 2003 zavarovano kot krajinski park, povezuje se s parkoma na madžarski in avstrijski strani. Na skrajnem severnem delu Goričkega leži najvišji vrh Sotinski breg (prekmurski Triglav), ki je visok 418 m. Vzhodno proti Muri je ravninski del – Ravensko; jugovzhodno od Murske Sobote je Dolinsko, okrog reke Lendave so Lendavske gorice. Pokrajina je zelo raznolika, skoraj vsi predeli so vinorodni. Zelo značilna je lokalna kulinarika, najbolj znan je bograč. V preteklosti so ga kuhali pastirji, ime pa pomeni drugi lonec. Poznani so še bujta repa s kolinami, ajdova in ovsena kaša, bučno olje in ribe iz Mure. Od sladice je znamenita gibanica, njena sestava se od predela do predela nekoliko razlikuje, izvirno naj bi imela 18 plasti.

Ob razlagi o zanimivostih Pomurja smo hitro prispeli do našega naslednjega cilja, v kraj Mačkovci, ki leži v osrčju Goričkega. Tam smo obiskali vinsko klet Marof. Začetki kleti segajo v leto 1905, ko je madžarska družina Szápáry tu postavila lovski dvorec z gospodarskimi poslopji in vinsko kletjo. V celoti obnovljena vinska klet Marof je bila odprta septembra 2009. V njihovih skrbno negovanih vinogradih, ki se razprostirajo po najlepših obronkih Goričkega, rasejo laški rizling, modra frankinja, sauvignon, renski rizling, zeleni silvanec in zweigelt. Iz posebnega prostora za degustacije, ki ima obliko narobe obrnjene ladje, smo občudovali prelep

razgled na prostrane okoliške vinograde in razgibano naravo. Skozi okrogla okna je bila vidna skrbno urejena vinska klet, kjer vina zorijo večinoma v hrastovih sodih, nekaj tudi v cisternah iz nerjavnega jekla. Letno pridelajo do 120.000 steklenic. Vinska klet Marof je za vrhunsko kakovost svojih vin že prejela številna domača in tuja priznanja. Turistično dejavnost še širijo, saj je v bližnjem dvorcu možno prenočiti, imajo kuhinjo z odlično lokalno kulinarično ponudbo. V prijetnem vzdušju in klepetu ter ob razlagi enologa smo okušali pet izvrstnih suhih vin. Z veseljem in občudovanjem smo prisluhnili uspešni zgodbi malega družinskega podjetja v osrčju Goričkega.

Prešerno razpoloženi, tudi zahvaljujoč izvrstni vinski pokušini, smo se odpravili naprej in se napotili proti Lendavi, ki je najvzhodnejše mesto v Sloveniji, tik ob meji z Madžarsko. Kraj ima nekaj manj kot štiri tisoč prebivalcev, vsaka družina naj bi imela vinograd ali vsaj en trs. Prebivalstvo je mešano (četrtnina je madžarske narodnosti), napisi, šolstvo in javne službe so dvojezični. Nad naseljem kraljuje grad Lendava, v katerem so muzej in občasne razstave. Mesto se ponaša z 900 leti meščanske tradicije, je staro tržišče za kmetijske pridelke in vino iz Lendavskih in Dolgovaških goric. Na hitro smo si ogledali lendavsko sinagogo, ki so jo začeli graditi leta 1866. Stoji še danes in je poleg mariborske sinagoge edina v Sloveniji. Kot sakralni objekt je delovala do leta 1944, po izgonu Judov so verske obrede opustili. Po desetletjih propadanja je bila sinagoga v devetdesetih letih prejšnjega stoletja prenovljena in danes služi kot razstavni ter prireditveni prostor.

Sinagoga je bila v letu 2013 razglašena za vseslovenski muzej holokavsta. V Lendavi je delovala tudi judovska šola. Stavbo so leta 1999 podrli in na njenem mestu leta 2004 zgradili Kulturni dom, ki smo si ga tudi na hitro ogledali. Načrte zanj je izdelal priznani madžarski arhitekt



Prijeten klepet ob vznožju stolpa Vinarium Lendava.

Imre Makovecz. Stavba ima zanimivo obliko, na obeh straneh sta dva nenavadna, različno visoka stolpa. Pritličje in galerijo preddverja krasijo kipi domačega likovnega umetnika, akademskega kiparja Ferenc Kőrösi. Preddverje je prijeten prostor za druženje, pogostitve, sprejeme in druge svečanosti ob odprtih razstav. Dvorana z velikim odrom omogoča izvedbo vseh vrst gledaliških, glasbenih, plesnih prireditev, primerna pa je tudi za kongresne in seminarske prireditve. Med kratkim obiskom Lendave nas je vodnica opozorila še na znane okoliške kraje: Terme Lendava z znamenito Panonsko vasjo in Terme 3000 (Moravske Toplice), kjer so termalno vodo odkrili po naključju, ko so iskali nafto. Znani so tudi Filovci z lončarji, Bogojina s Plečnikovo cerkvijo, Tešanovci, kjer ima vsaka hiša svoj vodnjak, Dolga vas z židovskim pokopališčem, Dobrovnik kot zadnja slovenska vas, Kobilje kot najmanjša občina s petsto prebivalci ...

Po omenjenih kratkih ogledih smo zapustili Lendavo in se začeli postopoma vzpenjati proti Dolgovaškim goricam. Naš cilj v tem delu je bil znamenit lendavski razgledni stolp

Vinarium, ki smo ga zagledali že od daleč, saj se dviguje nad goricami in ga ni mogoče zgrešiti. Vodnica ga. Sonja Kreslin nas je seznanila z nastajanjem stolpa. Domačini so na začetku nasprotovali njegovi gradnji, vendar so ga kljub temu zgradili. Z njegovo gradnjo so začeli 13. januarja 2015, končali julija 2015, uradno so ga odprli 2. septembra 2015. Temelji stolpa so zelo pomembni, zato so zelo globoki in močno ojačani. Po izgradnji se je stolp izkazal kot izredno dobra naložba, saj je postal prava znamenitost in je izredno dobro obiskan. Doslej si ga je ogledalo že dvesto tisoč obiskovalcev. Stolp Vinarium, ki ga imenujejo tudi Vinarium Lendava, panonski svetilnik ali pomurski Eifflov stolp, je visok 53,5 metra in je najvišji razgledni stolp v Sloveniji. Na najvišjo razgledno ploščad stolpa so se nekateri kolegi povzpeli z dvigalom, nekateri pa peš po 240 stopnicah. Več kot 50 m nad zemljo smo uživali v prekrasnem razgledu. Ponuja se namreč prekrasen vsestranski pogled na barvito pokrajino, ki sega od Lendavskih goric vse do porečja Mure, na ravnice in gričevja Slovenije, Madžarske, Hrvaške in Avstrije. Kar težko smo se ločili od tega zanimivega

in nenavadnega stolpa ter izjemnega razgleda in se večinoma peš podali na spodnjo ploščad, kjer nas je že čakal avtobus.

Odpravili smo se na eno zadnjih postaj našega izleta, na pozno kosilo na turistično kmetijo Jureš, ki je oddaljena približno tri kilometre od Ljutomeru. Kmetija Jureš domuje v lepi rustikalni stavbi, ki leži na vrhu hriba sredi razgibane pokrajine med vinogradi. Spet smo bili navdušeni nad dih jemajočim razgledom. Vse okrog nas, do koder je segal pogled, se je razprostirala slikovita pokrajina in vzorno obdelani vinogradi, med njimi so se vile poti in vinske ceste. Na kmetiji so nas nadvse prijazno sprejeli in nam za dobrodošlico ponudili različne domače pijače. Na pokriti terasi so nam postregli z okusnim kosilom, z lokalnimi mesnimi in zelenjavnimi jedmi, za posladek pa s skutno gibanico. V tem lepem okolju smo se razživali in uživali v kulinarčnih dobrotah ter dobrem vinu. Kolega Dušan nas je vse slavnostno nagovoril, izrazil veselje, da smo spet skupaj, da se družimo in preživljamo prelep jesenski dan. Spomnil nas je, kako smo skupaj gulili študentske klopi.

Neverjetno je, ker je od vpisa minilo že 55 let, nekaj let manj od končanja študija, vendar se še nismo naveličali skupnih izletov. Še vedno uživamo v druženju in obiskovanju ter spoznavanju različnih krajev naše domovine. Zahvalili smo se kolegu Saši za dobro izbiro turistične agencije in organizacijo izleta ter vodnici ge. Sonji Kreslin, ki je popestrila naš izlet in nas seznanila s posebnostmi področja, ki smo ga obiskali. Nismo se pozabili zahvaliti tudi obema voznikoma avtobusa, ki sta nas varno in brez zapletov vozila naokrog.

Po prijetnem druženju in okusnem kosilu smo se odpeljali nazaj proti Ljutomeru. Ker je bilo pozno in se je že mračilo, ni bilo časa za daljši ogled mesta, ki je bil sicer predviden v programu. Zato smo se na hitro sprehodili do ljutomerskega glavnega trga. Vodnica ga. Sonja Kreslin nam je na kratko predstavila mesto Ljutomer,

ki je središče Prlekije in je znano po svoji bogati naravni in kulturni dediščini. Mestno jedro sestavljajo trije trgi in vsak ima svoje sakralno znamenje. Glavni trg, ki smo si ga ogledali, je Turistična zveza Slovenije leta 2010 razglasila za najlepši trg v Sloveniji. Na njem smo občudovali kip Brezmadežne Marije na visokem stebru iz leta 1729 in klopotec, videli smo tudi hišo znanega ljutomerskega meščana dr. Karola Grossmanna, stavbe Knjižnice Ljutomer, Turistično-informacijskega centra Ljutomer in Mestne hiše. Vodnica nas je seznanila, da je kip Brezmadežne Marije postavljen na mestu, kjer je pred tem stal sramotilni steber s kletko za prestopnike vseh vrst. Omenila je še pomen klopotca. Po verovanju domačinov klopotec vinogradov ne varuje zgolj pred škodljivci, temveč mu pripisujejo tudi magično moč. Z njim je povezan najlepši čas v Prlekiji, jesen, ko je na vrsti trgatve.

V poznih večernih urah smo se odpravili nazaj proti Mariboru in nato proti Ljubljani. Izlet smo zaključili na izhodišču, na ljubljanskem parkirišču Dolgi most. Navdajalo nas je veselje in ponos, da se še vedno srečujemo vsako leto, in to že vrsto let. Kolega Jože je nekaj dni po izletu zapisal: »Prav gotovo smo legende v teh časih.

Po mojem vedenju je letos celo 35 let, kar smo se na pobudo Katje in Štefana prvič sestali kot kolegi/-ce letnika. Dvomim, da se še kakšni kolegi/-ce v takem številu srečujejo že 35 let. Morda se, a le v ožjem prijateljskem krogu«. Podobno je razmišljal kolega Dušan, ki je prav tako nekaj dni po izletu zapisal: »Veste, ko gledam še vedno skoraj vsak dan te slike z našega srečanja, se mi kar »inako« stori. Sam ne vem, zakaj (ali pa si nočem priznati – zakaj). Življenje je čudna zadeva, kot pravijo na jugu: danes jesmo, sutra nismo. Najbrž gre vse moje razmišljanje v to smer. Vendar, vsem prisrčna hvala za lep dan«.

Avtorica teh vrstic menim, da je prav, da je naše druženje zapisano v reviji Isis (kot je bilo tudi pretekli dve leti), saj smo res posebnost v današnjem času, ko je žal vedno več izoliranosti, osamljenosti, odtujenosti, nesoglasij, premalo prijateljskega druženja in povezovanja. Tako kot vsakič doslej, smo tudi na izletu v Pomurju preživeli nepozaben dan, pa še vreme nam je bilo izredno naklonjeno. Ves dan je bilo sončno in prijetno toplo. Ko smo se vračali proti Mariboru in nato proti Ljubljani, smo se med vožnjo dogovorili in določili organizatorja srečanja v letu 2018. Na voljo



Dušan med zaključnim govorom na turistični kmetiji Jureš.

imamo dve možnosti: kolega Ivo se je ponudil, da organizira sedemdnevni izlet v Grčijo. Če ne bo dovolj zanimanja in prijavljenih za Grčijo, kar se utegne zgoditi, pa bo srečanje na Obali. Organizirala ga bosta kolega Vašo in Silvo. Tako smo tudi letos s prijateljskim dogovorom zagotovili, da se bodo naša tradicionalna srečanja nadaljevala, saj nam to jamčijo kolegi, ki so se zavezali k organizaciji srečanja v letu 2018, pa kjerkoli že bo.

Moje potovalne bolezni in boleznine

Ob rob simpozija o potovalni medicini

Dr. Ciril Grošelj, dr. med., Ljubljana

Ko je bil sin Blaž mlad mlad medicinec, je k študentom večkrat prihajala neka strežnica in jih spraševala o *svojim bolestim*. Blaž ji je razložil, da se *bolesti* slovensko pravi boleznina. Od tedaj jim je razlagala o *svojim bolezninama*. Tudi jaz oz. moji spremljevalci smo na poteh včasih

prebolevali bolezni, včasih boleznine in doživljali nezgode.

Sem že bolj v letih in po duši potepuh, zato imam za seboj kar zajetno potovalno zgodovino. Naštel sem, da sem (nekatero v fragmentih) prepotoval 58 držav. Od tega poljubnokrat vse evropske od Nordkappa do

Sicilije (razen Poljske in Baltika). Kanado počez v celoti, ZDA trikrat, enkrat obširno, Mehiko in Gvatemalo dvakrat, Salvador. Argentino in Bolivijo. Ponovno Argentino, Urugvaj, Čile, Bolivijo in Peru. Maroko, Alžir, Tunis in Egipt. Turčijo trikrat, dvakrat celo, počez, Sirijo, Jordanijo, Irak, Perzijo, Afganistan, Pakistan. Indijo dvakrat, Nepal. Vietnam, Kambodžo. Kitajsko, Tibet, Korejo in fragment Japonske. Malavi, Tanzanijo in Zambijo. V celoti sem bil na potovanjih nekaj več kot 2 leti in pol.

Potovati sem začel kot mlad medicinec leta 1970. Sprva po en mesec, najdlje po Severni Ameriki (kot absolvent) osem mesecev, v Indiji (že tik po diplomi) tri mesece in tako naprej, večkrat za mesec in pol. V Tibet sem se odpeljal z vlakom Pe-king–Lhasa mesec dni po odprtju proge (2006). Na Japonskem sem obiskal Fukuoko in ugotovil, da ime obeta preveč. Sedaj sem že bolj starikav, moj letošnji domet je bil teden Romunije in teden Francije.

V mojih študentskih časih je bil avtostop trend. Vsa križišča v Evropi, Severni Ameriki, pa tja do Indije so bila polna avtostoparjev. Potovalo se je hitro. Če nisi bil mamin sinček, si spal ob cesti v spalni vreči. To se je odlično ujemalo z mojimi tedanjimi prihodki – študentskim posojilom in nekaj honorarnega dela. Globalni princip tistega časa je bil: *a \$ a day*. Tako se je, z nekaj dodatka, kar shajalo. Na ta način sem prepotoval vso obiskano Evropo, severno Afriko, Severno Ameriko do Gvatemale, vso pot v Indijo in nazaj. Načeloma sem potoval sam, v Indijo s prijateljico.

Kasneje sem potoval s situacijskim javnim transportom. Še enkrat v Srednjo Ameriko z vso družino, sicer pa vedno z enim ali več svojimi otroki. Vedno v lastni, semikavbojski režiji (se pravi, brez režije). V Malaviju sem preživel v celoti pet tednov v sklopu

humanitarno-medicinske odprave Malavi 2007.

Po mojem mnenju je lokalna hrana s tržnic zelo pomemben del vtisa o nekem narodu. Sam sem se vedno hranil na ta način, seveda ob dosegljivih higienskih ukrepih, pa le enkrat nastradal, kot je opisano v nadaljevanju. Se pa spominjam obkongresnega potovanja po Egiptu, kjer nam je vodič, zaradi svojega udobja, strogo prepovedal pojesti karkoli izven hotela. To se verjetno dogaja na vseh vodenih izletih, kar pa je po mojem mnenju velika škoda.

Pa začnimo z boleznimi in bolezninami.

Ko sva s prijateljem Izakom v Španiji hotela vstopiti na ladjo za Maroko, sva se morala obvezno cepiti »con dosis unica contra el colera«. Zato v Maroku, kljub tamkajšnji epidemiji, za kolero nisva zbolela.

Sicer sem se pa pred vsakim daljšim potovanjem (že pred potjo v Indijo) posvetoval na Zavodu za zdravstveno varstvo in se precepil po njihovem nasvetu.

Po Kanadi sem potoval z avtostopom, v pozni jeseni. Spal sem zunaj, ponoči je bilo večkrat pod ničlo. Že prej sem imel tendenco vnetja mehurja. Med potovanjem po Kanadi sem uspel razviti močan cistitis z močno disurijo. To vnetje mi je kasneje na istem potepanju za silo prešlo, še vedno pa

sem imel zelo pogoste mikcije. Zelo zagatno je šoferju, ki te prijazno vozi s seboj, na pol ure razlagati, da moraš nujno lulat. V toplejših južnih državah mi je ta bolezen le za silo izzvenela.

Po Severni Ameriki sem se z avtostopom potikal več mesecev. Načeloma so avtostoparje pobirali *desperadosi* mojih let, skoraj vsak (1973) je kadil marihuano. Cigareta gre vedno iz ust do ust. Sicer sem se pa na Bližnjem in Srednem vzhodu ves čas srečeval s kadilci hašiša, kasneje v Perziji s kadilci kata (angl. khat), učinek vseh treh je podoben. Problem je bil, da sem bil po vsakem od njih blago depresiven, zato sem vedno blefiral, da vlečem, in dal cigareto naprej. In to me je morda rešilo še kakšne razvade (sem namreč kadilec). Kasneje sem se srečal, v Kabulu, še z opijem in v Boliviji s »čikarji« kokinih listov, pa o tem kasneje. Uživalcev kokaina nisem prepoznal.

Verjetno je ena od večjih nevarnosti na vseh potovanjih možnost prometnih nesreč. Po ZDA sem se dostikrat vozil s povsem pijanim ali od drog zadetim voznikom. Pogosto sem premišljeval, da bi izstopil. Neke noči smo se vozili po Ohio z nekim Raulom, ki je imel nov, tri dni star avto. Sedel sem na zadnjem sedežu. Če šoferju nisem zaupal, sem vožnjo vedno budno spremljal. Naenkrat sem



Kabulsko ulično življenje v njihovih zlatih časih.



Kabulke, najbrž device, iz tistih časov.

zagledal, da ima namen zavijati desno, istočasno pa pred nami betonski nadvoz. Usmerjeni smo bili vanj. Na ves glas sem po slovensko zavpil: Raul, pazi! Odvil je volan in nov avto le grobo podrgnil. Nam ni bilo nič. Sicer sem pa na potovanjih na cesti videl dva mrtva (in v Indiji serijo na tleh ležečih mrtvih nedotakljivih sirot).

Tudi v Indijo sva (1974) s prijateljico Suhljatko potovala z avtostopom. Tja in nazaj sva potovala tri mesece. Higiena bližnjevzhodna. Nikjer vode, nikjer papirja. Na veliko potrebo je šofer hodil v puščavo s flaško vode. Ob povratku je vedno manjkalo 2 centimetra. Pa: Bližnji in Srednji vzhod – za razliko od afriškega Malavija – ves »posran«. Muslimani se po veliki potrebi umijejo z levo roko, jedo z desno (brez žlice). Jedla sva z njimi, zelo pogosto iz skupne skleda, seveda z desno roko. Hrana, ko se enkrat odločiš, da boš jedel (kar ni povsem enostavno), res okusna. Nihče od naju ni nikdar zbolel. (Poanta odsekanja roke tatovom: z isto roko si mora umivati rit in jesti!)

Je pa bilo na tej poti več drugih semimedicinskih zagat. V Babilonu v Iraku sva si ogledovala ruševine domnevnega stolpa. Bilo je peklenko vroče, oblečena sva bila v kratke hlače in majici brez rokavov. Neki fantje najinih let, oblečeni v arabske srajce do tal in z dolgimi rokavi, so naju povabili na teraso neke hiše. Tam smo spili nekaj malega alkohola in se res prijetno pogovarjali, sijal je velik mesec, fantje so peli. Naenkrat je hišo obkolila vojska, naju in gostitelja so odpeljali v vojaškem kamionu v 20 km oddaljeno bolnišnico. Prepričana sva bila, da nas sumijo uživanja mamil. Dežurni zdravnik nam je povedal, da smo obtoženi spolnih orgij. Meni so vzeli uretralni in rektalni, Suhljatki še vaginalni bris, na spermo. Po prejetju izvidov so se sicer milo opravičevali in naju pogostili. Ko sva naslednji dan odšla na jugoslovansko ambasado v Bagdad, nama je ambasador dejal, da je bil razlog, ker hodiva naokrog za njihove

razmere kot naga. Pa da ima tam 80 % (?) fantov, ob njihovi klavzuri deklet, situacijske homoseksualne odnose. Že tam sva se morala preobleči v razpoložljiva nunska oblačila.

Strah pred golaznijo in kačami. Že v južnih državah ZDA, posebno pa v Perziji in Afganistanu sem oz. sva pogosto spala v puščavi v spalnih vrečah. Nikoli se nisem bal ljudi, vedno sem pa imel strah pred kačami in golaznijo. Pogosto sem se zbudil z občutkom, da pod menoj nekaj leze. Še izraziteje v Indiji, kjer sva pogosto spala v ščavju. V Kanadi sem se bal zveri.

Leta 1974 je bil Kabul najbolj romantično mesto, kar sem jih videl. Kot rojeno za poročno potovanje. Vse preprosto, vse skrivnostno v medli večerni svetlobi, ljudje prijazni, ulična hrana res okusna. Vsi samo čepijo in klepetajo. Nastanila sva se v neka-kšnem hotelu – baraki. Tretji večer naju je obiskal fant najinih let (seveda lokalni diler) in s seboj prinesel opij, da naju časti. Pokadila sva ga, občutek močno nenavaden, vendar zelo prijeten. Totalna telesna in psihična alienacija. Naslednji večer se je vse ponovilo. Naslednji dan sva jo v strahu pred grozečo odvisnostjo jadrno popihala naprej. Cena opija je bila zanemarljiva in iz te zgodbe se je tam valjalo zadrogiranih hipijev. Že domov grede naju je v nekem pakistanskem mestu nekdo opozoril, da je v njihovi psihiatrični bolnišnici nek Jugoslovian. Obiskala sva ga. Bil je fant, ki je ob opiju zapadel v psihozo, že za silo urejen. V bolnišnico so ga sprejeli pomotoma, ker je nek Američan zanj jamčil plačilo, nato pa izginil. Sicer bi ostal na ulici kot vrsta drugih sirot. Doma sva o njem obvestila njegove starše.

Zaradi kabulskega opija sem bil na tisti poti deležen še enega tretmaja. Ko sva se s Suhljatko vrnila v Jugoslavijo, me je na meji v Dimitrovgradu carinik vprašal: »Koliko košta kila opija v Kabulu?« Vedel sem ceno in mu jo povedal. »I koliko si uzeo?« Nato je velel, da spustim hlače, naredil mi je rektalni pregled s pr-

stom. Z izvijajem mi je sperkutiral palice nahrbtnika. Sicer je bilo pa vsem potepuhom znano, da te v Perziji za pol kilograma opija ustrelijo. Carinik očitno ni opazil, da sva še živa.

Iz svojih študentskih potepanj bi omenil še dve nemedicinski grozi v Gvatemali. Po navadi sem v vsaki državi obiskal jugoslovansko ambasado, z domačimi sem bil zmenjen, da mi tja sporočijo morebitne novice. Ambasador v Ciudadu de Mexico mi je svetoval, naj bom v teh državah skrajno previden, da sem, kot Jugoslovian, za njih potencialni novi Che Guevara (1973) in da lahko izginem za vedno. Nekega večera, v poznih urah, sem prečkal gvatemalsko mejo in peš prišel v neko obmejno mesto. V mestu sem zagledal patroljo vojakov na vojaškem kamionu, zamaknil sem se med hiše in peš odšel iz mesta spat na neko njivo. Kmalu sta za menoj prišla dva vojaka s puškama. Z baterijama sta osvetljevala okolico. Nista me našla, odšla sta mimo. Srce mi je razbijalo tako glasno, da sem bil prepričan, da ga slišita.

Par dni kasneje sem neko noč spal v neki koruzi. Sijal je mesec. Zbudil me je močan hrup, kot bi peljal tank. Skočil sem pokonci, proti meni sta pridrvela dva divja prašiča, ustrašila sta se me še bolj kot jaz njiju. Zacvilila sta, se obrnila in oddrvela.

Precej let kasneje smo z ženo Zvonko in tedaj še mlajšimi otroki potovali po Srednji Ameriki. Nekega poznega večera smo se z avtobusom pripeljali v San Salvador, glavno mesto Salvadorja. Bilo je soparno in po vtisu 40 stopinj. Peš smo se, čez neko travnato ravnino, odpravili v mesto iskat hotel po Lonely Planetu. Kmalu nas je ustavil star možic in dejal, da je prenevarno, da hodimo sami. Zamahnil sem z roko, šli smo naprej. Čez sto metrov nas je ustavil naslednji mimoidoči in ponovil zgodbo. Stvar smo vzeli zares in poklicali taksi ter mu povedali naslov hotela. Sledila je zgodba, znana večini potnikov. Po Salvadorju in okolici nas je, ker nas je bilo šest, za tarifo in pol

po taksimetru vozil več kot uro. Naslednji dan se je izkazalo, da je bil naš hotel 300 metrov stran.

Znosno govorim špansko. Po poti sva se z voznikom pogovarjala vse mogoče. Potožil mi je, da je skoraj brez dela, ker da ni turistov, kajti pri njih razsaja epidemija denge, umrlo da je že preko 30 otrok. Po telesu mi je zavrela vsa kri. Toliko otrok je pomrlo, midva pa s seboj vlačiva štiri potencialne žrtve! Ko sem zgodbo prevedel ženi, so njej, glede na reakcijo, zavrele vse telesne tekočine, vključno s tisto v mehurju. Kot bi prihajali v Benetke v času kuge! Po dolgi vožnji smo okrog polnoči prispe-li v dejansko povsem prazen, lep kolonialni hotel z res visokimi stropi. Bila je tropska vročina, na stropu pa trop nedosegljivih komarjev. Z ženo – pediatriinjo – sva začela ugibati, kaj je to denga. Oba sva se spomnila

naslova v Bedjaničevi knjigi *Infekcijske bolezni*: Denga in papatači, več od tega pa ne. Splošno dosegljivega interneta tedaj še ni bilo. Glede na jate komarjev sva pravilno sklepala, da so prenašalci bolezni zveri na stropu. Ob enih ponoči sem telefoniral v bolnišnico za informacije. Dežurni zdravnik, očitno jezen, ker ga budim, mi je le jezno potrdil, da je epidemija res huda, da je umrlo že 35 otrok, in odložil slušalko. Noč smo v glavnem prebedeli. Zjutraj smo se prešteli. Vsi še živi smo sklenili, da si za ceno življenja vendar še ogledamo mesto. Med ljudmi in komarji sem v mestu ugledal dolgonogo blondinko, ki je mirno hodila po mestu. Izkazalo se je, da je Švedinja. Povprašal sem jo, kakšna je situacija. Povedala mi je, da živi tam, da je epidemija denge ciklični pojav, da umirajo majhni indijanski otroci, ki jih matere umirajoče prinesejo v bolnišnico. Da pa za odrasle bolezni ni nevarna. Mesto groze je postalo prijazno. Ne glede na jate komarjev smo si ga ogledovali še nekaj dni.

S svojim potikanjem okrog sem uspel s svetom

trajno zastrupiti svoje otroke (žena Zvonka je sicer primarno imuna). 26. decembra 2004 sta bila sin Urh in hčerka Jera s partnerjema v južni Indiji na poti na Šrilanko, le pol dneva oddaljena od obale in cunamija. Doma smo vedeli, da so tam nekje in kam so namenjeni. Pet dni zaradi prezasedenosti telefonskih linij nismo imeli stikov. V črnih mislih smo jih doma pokopavali. Kasneje sva se jim, ponovno oživelim, pridružila še s sinom Blažem. Še mesec in pol smo se potikali po Nepalju in severni Indiji. Blaž je zaradi le zmerne driske v Nepalju na avtobusnih postajah en dan pogosto zadrževal avtobus, ostali smo bili pa ves čas zdravi kot dren.

Ravno pred tem potovanjem sem se posvetoval s prof. Pikljem o potovalnih zdravlilih. Poleg standardnega spiska mi je svetoval primotren 2 x 1 dnevno skozi ves čas potovanja, kot preventivo proti črevesnim okužbam. Na ta način si svoboden v okušanju hrane na vseh lokalnih tržnicah. Ob primotrenu in morda občasnih analgetikah smo bili ves čas zdravi. To potovanje smo zaključili v Kalkuti (po indijskem novo-staroreku Kolkati), od koder smo odleteli v Aman. V Kalkuti (pa kjerkoli v Indiji) bi omenil še roje nedotakljivcev, otrok podkaste Dalitov, bratrancev naših Romov. Prekrasni otroci, da bi jih vzel s seboj. Ves čas



San Salvador, katedrala.



Cesta II. reda v Boliviji.



Potosí in Cerro Rico (Bogati hrib), 4800 m visoko.

žuborijo za teboj, te cukajo za obleko in prosjačijo z mantro: *No mother, no father, give me a rupee*. Na tržnici smo ves čas srečevali suho starko, na videz je imela vsaj 85 let, ki je ves dan ponavljala: *No mother, no father, give me a rupee*. Njej smo edini verjeli, da je res sirota, in ji vedno dali nekaj rupij. Na ulici v Kalkuti smo naleteli na reveža v verjetno obmalaričnem epileptičnem napadu. Lepo oblečen možakar s kravato, star približno 40 let, je ležal na pločniku in tolkel z okrvavljeno glavo ob tla. Nihče se ni zmenil zanj. Taka slika in taka reakcija nanjo sta v Indiji normalni.

Iz Kalkute smo, glede na to, da smo se vračali z Jordan air, odleteli v Aman. Dva od prijateljev pa sta odpotovala naprej v Indokino. S seboj smo jima dali vso zalogo zdravil. Po Jordaniji smo se brez primotrena potikali še en teden. Že drugi dan, v Amanu, je snaha Kristina doživela napad hude driske. Trajala je vso noč. Peti dan smo z najetim avtom prispeli na goro Nebo na jugu Jordanije. To je

gora, na katero je Mojzes pripeljal Izraelce na poti iz egiptovskega suženjstva. Z gore se odpre pogled na ravnino Kanaan – Izrael. Mojzes jim je pokazal obljubljeno deželo in na gori umrl. In jaz sem bil noč po prihodu prepričan, da se bo meni, potem ko sem otrokom pokazal Kanaan, zgodilo isto. Naselili smo se v nekakšnem »hotelu« z veliko spalnico in dovolj ležišči. Vse dovolj čisto. Proti večeru me je zgrabila močna mrzlica, oblekel sem si še bundo in dvojce dolge hlače ter se ulegel v posteljo. Ponoči je nastopila driska. Trajala je vso noč, iz mene je lilo. Problem je bilo stranišče. Med našo spalnico in zelo čistim straniščem je bil nekakšen atrij z velikim kavčem, na njem so, ob prižgani luči, spali oz. bolj sloneli trije moški. Očitno so nam oddali svoje postelje. In vsakič, ko sem šel na stranišče, sem moral stopiti preko nog enega od njih. Papirja ali brisače v stranišču ni bilo, pač pa dovolj čiste vode iz pipe. In sem imel na koncu, po vsakokratnem umivanju, oboje hlače



Rudarji vlečejo voziček. Deveti krog Dantejevega Pekla.



Rudar ob počitku z vrečko kokinih listov.

že tako mokre, da se je v prostoru za menoj vlekla luža. Gostitelji so znali samo arabsko, ves čas smo molčali, vsi trije so bili budni. Nikoli ne bomo vedeli, kaj jim je tedaj rojilo po glavi in ali so svojo spalnico še kdaj oddali turistom. No, proti jutru in sploh tekom dopoldneva sem bil primerno dehidriran, a zdrav.

V eni od zgodb (1998) sva s hčerko Jero potovala z avtobusom iz Buenos Airesa v Bolivijo, v Santa Cruz. Cesta je bila v Boliviji bolj kolovoz, občasno zelo razmočena. Vozili smo se, podobno kot v filmu »Ko to tamo peva«, kakšnih 20 ur. Šofer je imel ob sebi vrečo kokinih listov in bel prah, verjetno sodo bikarbono. Ves čas je basal v usta ob ličnico šop listov s sodo in jih sesal. V nekem blatu se je avtobus prevrnil, k sreči le napol in v breg. Glede na cesto se je prevrnil skoraj pričakovano, vseeno sem pa premišljeval o tistih kokinih listih. Potniki smo ostali zdravi, avtobus smo s skupnimi močmi postavili pokonci in se vozili naprej.

V ponovni južnoameriški sekvenci (2002) smo se z Urhom in Kristino potepali po širšem območju Argentine, prečkali Ande v Čile, se prepeljali čez puščavo Atacamo, prekržarili Bolivijo in Peru. Tu bom omenil tri dogodke. Z avtobusom smo se pripekljali v mesto Potosi na jugu Bolivije, 4067 metrov visoko. Krasno kolonialno mesto, krasno gostišče, čudovito vreme v Andih. 40 let sem kadilec. Vso noč sem se sprehal po dvorišču in za silo lovil zrak. Mesto je slavno zaradi rudnika srebra. Naslednji dan smo se odpeljali v rudnik na Cerro Rico (Bogati hrib), 4800 m visoko. Tu pa nastopi zanimivost in groza tega rudnika. Ogled je voden. Dobiš gumijaste škornje, polivinilno ogrinjalo, čelado, čelno svetilko in Indijanca za vodiča. Šli smo v globino. Rov, nepravilnih robov in premera malo večje mišje luknje. Tla so nepravilna, blatna, ozke tračnice, strop neraven, občasno povsem nizek. Ker zaradi čelne svetilke svetiš v tla, s čelado ves čas butaš ob strop. Pot gre strmo navzdol. Na 10 minut pridrvi navzgor vagonček, katerega z vrvmi vlečeta dva od blata črna, strgana možička v gumijastih škornjih, porivata ga dva enaka črna možička. Kot v deželi škratov. Drvijo, ustavljati se zaradi teže tovora ne smejo. Da te ne povozi, se moraš močno stisniti k vlažni steni. Že v vhodu me je bilo glede na nočno izkušnjo strah, kako bo z zrakom. Vendar pa pod stropom ves čas vodi cev, iz katere piha zrak pod pritiskom. Zraka je bilo za silo dovolj, več kot zunaj. Pot navzdol naj bi trajala kakšno uro. Vendar pa je Urh na sredi poti k sreči doživel močno klavstrofobijo, sam sem ga v strahu za zrak z veseljem podprl, vrnili smo se na površino.

V tem rudniku se dogaja, po mojem, ena od največjih groz človeške ubornosti. Rudnik je zaseben. Vsaka skupina koplje zase in ustvarja svoj kup pred rudnikom. Rudo prodajajo po (ne spomnim se več vsote) vsekakor simbolični ceni. Rudarji so majhni, črni, suhi Indijanci, strgani in umazani, ves dan kot podzemne



Blaž ureja čakalno vrsto pred »ambulanto« v lokalni cerkvi.

miške v blatu drvijo s tistimi vozički. Beda, ki je ne vidiš niti pri indijskih nedotakljivcih. Tam razumeš Che Guevaro – po poklicu zdravnika, da je šel, potem ko sta se s Castrom sprla, delat revolucijo še v Bolivijo.

Ocenjujejo, da je zaradi barbar-skih pogojev v teh rudnikih tekom stoletij umrlo od osem do deset milijonov Indijancev in afriških sužnjev (vir: <https://notesfromcamelidcountry.net/2012/09/03/potosi-the-city-of-silver-and-death/>).

Kasneje smo lezli še na Machu Picchu, vendar je ta nižji in zraka dovolj. V Limi sem se zataknil v stopnico s prtljago v obeh rokah, padel naprej in si zlomil tri rebra in spodnji del prsnice. Potovanje s tako poškodbo pa je, kljub analgetikom, sila naporno (sploh če ti kdo pove šalo).

S sinom Jonom sva (2006) prepotovala Tibet, Kitajsko, Korejo in fragment Japonske. Brez zdravstvenih problemov, v Tibetu je bilo zraka zvrhano dovolj.

Leta 2007 sem bil pet tednov s študentsko medicinsko odpravo v Malaviju v južni Afriki. Celotna skupina (sedem študentov in jaz) je dnevno pregledala 200 bolnikov in »bolnikov«. Če ne bi bilo aidsa, bi bili ti črnici rodu Chewa verjetno srečni,

vsekakor pa so lepi in izredno srčni ljudje. Tam ima aids uradno 20 %, neuradno 30 % ljudi, vzrok je spolna promiskuiteta. Zaradi aidsa ni srednje generacije. So le otroci in, očitno spolno nizkopotentni, starci. Zagotovo je bilo vsaj 50 % ljudi, ki so prihajali na pregled, bolnih ali okuženih s to boleznijo. O aidsu se tam ne govori. Videvali smo vse zaplete bolezni. Ogromno verjetno tuberkuloznih bolnikov in vse zaplete. Res veliko bolnikov z znano malarijo in znano bilhariazo. Ti bolniki ti opišejo, da jim iz nog lezejo črvi (jezero Malavi je močno leglo bilharije – na obrežju so



Vrsta je urejena! Čakalna doba: ves dan. Pa brez problema, kasneje se usedejo in živahno klepetaje sede pomikajo naprej.



Jaz kot črnski zdravnik: Srce ji še utripa!

table, ki odsvetujejo kopanje). Pa za čuda malo kroničnih srčnih in pljučnih bolnikov.

Kasneje (2014) sem s sinovoma Jonom in Blažem ter snaho Darjo potoval po Vietnamu in Kambodži. Ves čas smo bili pokriti proti malariji z doxy 100 v profilaktični dozi. Meni,

kot kadilcu, se je to zdravilo odlično obneslo v obvladovanju bronhitisa. Sicer sem pa ravno te dni prijatelju, obiskovalcu teh krajev, doxy, kot preventivo za malarijo, odsvetoval, ker sta samo dva dnevna obiska po več ur v resnem malaričnem območju (delta Mekonga in Kuala Lumpur).

Verjetnost za malarično okužbo je po moji oceni premajhna, da bi bila potrebna preventiva, in tudi v drugih takih območjih je morda treba oceniti verjetnost te okužbe.

Pa še glede antimalarikov. Na potencialno malarična območja smo od nekdaj nosili s seboj npr. malaron ali lariam. Ta sta plačljiva. Kasneje se je pojavil doxy na recept. Tudi meni se je po povratku antimalarik še vedno valjal doma. Na internetu je znan forum prodaje antimalarikov iz druge roke. Potreba po jemanju antimalarika je verjetno stvar ocene verjetnosti bolezni.

Za zaključek: ena driska in nekaj neprijetnosti v 32 mesecih potovanj, tudi ob bivanju v res bolezensko skrajnem področju (Malavi), kaže, da je svet, ob upoštevanju ustreznih preventivnih ukrepov, varen. Seveda pa se ti, enako kot doma, lahko zgodi karkoli. Tedaj je situacija lahko veliko bolj zapletena kot doma.

Portugalski Camino s kolesom

6.–16. september 2017

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

V zadnjih letih smo s kolesom obdelali Donavo, Dravo, nemško Romantično cesto. Po dolgem usklajevanju smo se ponovno odločili za Iberski polotok in tokrat izbrali traso portugalskega Camina. Logistiko smo prepustili strokovnjakom, tako da je naš spremljevalni avtodom z dolgo prikolico kolesarskega kluba Krka odpeljal posebej vsa naša kolesa in prtljago, mi pa smo samo z ročno prtljago z beneškega letališča poleteli do Lizbone. Trije vozniki avtodoma so potovali pred nami dolge tri dni in srečno prispeli na Portugalsko. Ves

čas smo se malo bali, ker smo imeli od prvega Camina slabo izkušnjo, ko so nam preko noči v Nici pokradli vsa kolesa. Še sreča, da se je to zgodilo na koncu francoskega Camina, ki nam še danes ostaja v lepem spominu.

Letalska skupina je po prihodu na lizbonsko letališče s kombijem odpotovala do Fatime, kjer je običajno začetek portugalskega Camina.

Fatima letos obhaja 100-letnico nenavadnih dogodkov, ki so napovedali konec vojne in oktobrsko revolucijo, zato je ob tako častitljivem jubileju romarsko središče zelo

svečano okrašeno. Posebej zanimiva je nova dvorana z veliko fresko našega umetnika patra Marka Rupnika, ki predstavlja alegorijo iz Razodetja apostola Janeza. Kot je v velikih romarskih svetiščih navada, je bila tudi tukaj procesija z lučkami, ki sem jo gledal od daleč in je na ta način še posebej slikovito doživetje. Zanimiva navada je, da imajo poseben prostor, kjer gorijo sveče. Sem prinašajo voščene odlitke organov, ki jih položijo med sveče in prižgejo. Na tem mestu se znajdejo srca, ledvice, roke, noge, celo odlitek glave. S tem ko darovana prispodoba zgori, naj bi bila premagana tudi bolezen darovalca ali bližnjega, za katerega romarji namenijo tak dar.

Naslednji dan smo se poslovili od Fatime. Pot smo začeli po nacionalni



Figueira da Foz.

cesti z veliko prometa. Naš cilj je bila Figueira da Foz. Kraj je obmorsko turistično mesto, ki slovi nekako tako kot »portugalski Portorož«. Spali smo v štiriposteljnih sobah v hostlu s prijaznim dvoriščem, kjer smo si iz avtodoma prinesli vse potrebno za kuhanje večerje. Navdušeni smo bili nad cenami, ki so nižje od slovenskih. To smo najbolj natančno ocenili pri ceni piva, ki je bilo pol cenejše kot pri nas.

Etapla tretjega dne je bila od Figueira da Foz do Praia de Mira. Kolesariti smo začeli po lepi kolesarski stezi ob obali, preko urejenih peščenih plaž, po lesenih mostovžih smo prikolesarili prav do Atlantika in ga potipali. Sledil je prav zahteven vzpon, ki pa nas je nagradil s lepim razgledom. Skozi evkaliptusove gozdove smo prikolesarili do cilja tega dne in si po večerji, ki smo jo spet skuhali sami, privoščili guinness. Ta del obale je turistično zelo obljuden in ima bogato ponudbo cenovno zelo ugodnih namestitvev.

Četrty dan je bil najbolj zahteven odsek s prihodom v Porto. Prevozili smo 112 kilometrov. To dolžino smo pridelali, ker smo se malo izgubili. V spominu mi ostaja tovarna vetrnic za

pridobivanje električne energije, kjer smo ob odprtem skladišču vozili par kilometrov. Presenetilo me je, da so posamezne lopute vetrnic dolge po 15 metrov. Vmesni postanek s kavico in pivom je bil v Aveiru, ki spominja na portugalske Benetke. Po kanalih prevažajo turiste z okrašenimi gondolami, tako kot v Benetkah. Prihod na cilj smo proslavili z večerjo v hostlu in nazdravili s portovcem, ki je tu doma.

Porto je zelo staro mesto s tradicijo še iz rimskih časov. Ime Porto –

pristanišče – je vredno svojega imena, saj leži v izlivu reke Duero, z znamenito katedralo. Prav Porto je imel najbolj žive stike z angleškim dvorom. Henrik Burgundski je imel sina Alfonza, ki je najbolj zaslužen, da je Portugalska postala samostojno kraljestvo. Mesto leži na dveh bregovih, ki ju povezuje več mostov, od katerih je enega konstruiral Gustave Eiffel. Ker bi bilo pešačenje predolgo, smo se odločili za ogled z motornim tukom. Med uro in pol dolgo



Praznujemo zmago naših košarkarjev.



Na koncu sveta.



Naš kašipot.



Finisterre.



Portugalski petelin.

vožnjo nam je prijazni voznik marsikaj razložil, ponekod tudi ustavil, tako da smo si imeli čas kaj ogledati in se fotografirati.

Nekaj časa smo se lovili in končno le prišli iz mesta ter zavili na pot lokalnega Camina. V eni od starih vasi nas je dobro pretreslo, ker so ceste tlakovane z granitnimi kockami, lokalna cesta pa je bila spet lepo asfaltirana. Dražilo nas je zrelo grozdje, ki pa se ga ni spodobilo poskušati. Začeli smo srečevati prve kostanje, ki so že zreli ležali pod drevesi. Ponujala se je jesen. Trasa tega dne do mesta Barcelos je bila

dolga le 55 kilometrov. V mestu Barcelos se ponovi čudežna zgodba iz španskega Santa Dominga o krivičnem sodniku in petelinu, ki mu je pečen odfrčal s krožnika in dokazal, da je krivično sodil. V tem mestu je petelin upodobljen kot simbol mesta in celotne Portugalske.

Etapla od Barcelosa do Valenca je bila dolga 74 kilometrov in je bila zadnja etapa pred prihodom v Španijo. V kraju Ponte de Lima smo doživeli tržni dan. Kraj velja kot najstarejša tržnica na Portugalskem. Pot nas je vodila na strm prelaz, najbolj smo

uživali ob spustu, kjer smo si na koncu privoščili zasluženo pivo. Prenoišče v Valencii je bilo tik pod staro mestno trdnjavo, ki smo si jo ogledali zvečer, še enkrat pa naslednje jutro, ko smo nadaljevali pot proti Tui. Utrjeno špansko mesto je bilo odgovor na portugalsko trdnjavo v Valencii. Ogledali smo si veličastno katedralo. Začetek dneva je bil deževen, vendar je bil ostanek dneva prav lep. »Gumidefekt« se nam je zgodil prav pred vulkanizersko delavnico, kjer so nam pomagali in napolnili zračnico s kompresorjem. To noč smo imeli imenitno prenočišče v samosta-

nu v Poiu, ki so ga preuredili za turiste. Omogočili so nam ogled samostana, na vrtu pa smo pod kostanjevimi drevesi nabrali kostanj in ga zvečer pekli. Spremljali smo naše košarkarje in se veselili zmage nad Latviji, čemur smo dostojno nazdravili.

Naslednji dan smo na začetku malo zašli, vendar sta nas dva prijazna kolesarja pospremila na pravo pot. V mestu Padron smo si privoščili malico. Zadnji vzpon na kolesa je bil vznemirljiv, saj nam je do Santiaga ostalo le še 23 kilometrov. Na koncu smo zagledali romarje, ki so hodili peš, in se jim pridružili na zadnjih treh kilometrih. Pridružili smo se jim tudi pred katedralo in se tako kot oni veselo slikali in si čestitali. Poiskali smo prenočišče, nato pa odšli na polpo (hobotnico) in vino.

Spodobilo se je, da smo naslednji dan prisostvovali maši ob dvanajstih. Takrat obvestijo zbrane v katedrali o številu romarjev in deželi, od koder prihajajo. Bili smo naštet med mnogimi iz vsega sveta – od Brazilije do Avstralije. Tudi velika kadičnica je poletela in zadišalo je po vsej cerkvi. Osem izurjenih poganjačev jo je prižgalo, dvignilo in zanihalo. Z vlečenjem so pospeševali nihanje, tako da na koncu vseeno malo zajameš sapo od presenečenja. Zvečer smo imeli večerjo v družinski gostilni in gledali košarkarsko tekmo s Španijo. Vneto smo navijali za naše in se veselili zmage. Kljub porazu Špancev smo doživeli nenavadno presenečenje. Lastnik lokala je na internetu poiskal slovensko himno in jo na glas predvajal. Slovesno smo vstali in skupaj peli in se veselili zmage naših

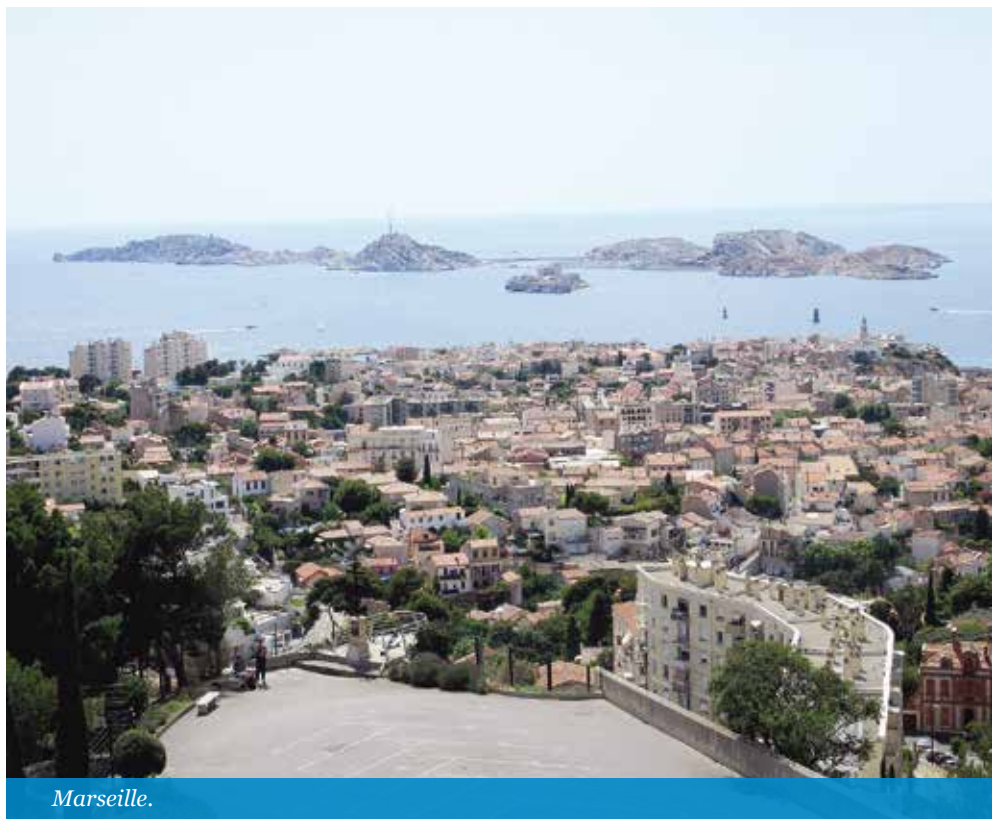
»zlatih«, česar smo se zavedeli šele kasneje, ko smo se vrnili in so naši osvojili zlato.

Zadnji dan smo se odločili za avtobusni izlet in si ogledali še nekaj zanimivih krajev na poti do Finisterra, do koder je skupina naših najbolj vnetih kolesarjev prekolesarila še 95 kilometrov. Finisterre je kraj, do koder so romarji v Compostelo še dodatno pešačili, saj je bilo to pred odkritjem Amerike najbolj zahodno mesto Evrope – konec sveta. Tu so na obali odložili svoje po navadi raztrgane čevlje in oblačila ter jih zažgali. Po dolgotrajnem romanju je bil to obred, ki naj bi pokazal, da je romar ob koncu tako dolge poti postal nov človek. Ob kamnu z oznako o kilometrov smo se tudi mi z veseljem slikali in se veselili, da smo zmogli svoj izbrani Camino.

Medigames 2017

Nika Ahačič Srednik,
dr. med., spec. druž. med.,
ZD Nova Gorica

Tokratne, že 38. svetovne športne igre zdravnikov in zdravstvenih delavcev so se odvijale julija v drugem največjem mestu Francije, Marseille. Udeležba je bila nekoliko bolj zapletena in predvsem dražja kakor leta 2016, ko smo se družili v Mariboru. Prve prijave smo začeli pošiljati že marca, ko smo brez težav dobili tudi namestitve v že vnaprej rezerviranih hotelih, zadnje so kapljale še tik pred zdajci, ko si je bilo treba bivanje zagotoviti sam. Udeležencev je bilo skoraj 2000, prišli so iz 39 držav, in sicer resnično iz vseh koncev sveta. Največ je bilo Evropejcev, tekmovalci pa so bili tudi iz Maroka, Alžirije, Kanade, Japonske, Avstralije, Argentine, Irana – zanimiva mešanica



Marseille.



Na strelišču.



Slovenska ekipa strelcev.



Svečana podelitev medalj.

narodov in priložnost za medsebojno druženje.

Iz Slovenije smo prišli štirje udeleženci, vsi smo se pomerili v streljanju z zračno puško in pištolo in z malokalibrsko puško leže. Žal tokrat ni bilo nekaterih udeležencev, ki so se prejšnjikrat pomerili v drugih športih. Vzrok za odsotnost posameznikov je delno v pomanjkanju časa in denarja, saj sponzorjev ni, delno v sodelovanju na drugih tekmovanjih. V skupinskih športih pa je pomanjka-

nje denarja in časa še bolj izrazit problem, saj so potrebni skupni treningi in praviloma tudi enaka oprema. Slovenska strelska ekipa seveda tudi ni imela sponzorjev in za opremo je poskrbel vsak sam. Udeleženci smo bili Vesna Mele (MDPŠ), Marta Tetičkovič Ranfl (družinska medicina), Branko Košir (družinska medicina) in jaz. Tekme na Medigames so zlasti možnost za druženje, tekmujemo pa najbolj sami s seboj, saj poskušamo izboljšati prejšnje

rezultate. Tako smo pobrali lepo število zlatih medalj v vseh treh disciplinah, vsak v svoji kategoriji. Tudi sama sem zadovoljna z napredkom in tremi zlatimi medaljami. Podelitve so bile takoj po končani tekmi, zvečer pa smo se zbrali na prireditvi, kjer so ponovno razglasili dnevne zmagovalce. Sledilo je fotografiranje, skupinsko in posamično, in nekatere od fotografij so našle pot na družbena omrežja.

Še nekaj besed o tem prijetnem športnem dogodku. Kot rečeno, se je tokrat odvijal v Marseillu. Veliko mesto, gost promet, ne pa veliko turističnih zanimivosti – to so glavne značilnosti tega kraja. Zato pa je toliko bolj zanimiva okolica in bližnja Provansa. Številne sončne plaže brez trohice sence so dobro obiskane, morje je čisto, vendar precej hladno. Kljub drugačnim napovedim so ljudje prijazni in smo se tam dobro počutili. Do tekmovališč smo imeli različno daleč, strelišče je bilo oddaljeno kakih 40 minut vožnje, odvisno od prometa. Ležalo je na griču nad mestom. Ker ni bilo hlajeno, smo se v kombinezonih kar lepo »skuhali«. Zato pa je bilo vzdušje prijetno, gostitelji so se zelo potrudili. Manjše težave so bile le z jezikom, a smo jih prebrodili z dobro voljo.



Zbor udeležencev.

Prvi dan je bila uvodna slovesnost na obsežni plaži blizu sedeža prireditve, kjer nas je pozdravil predstavnik organizatorja in mesta Marseille. V hotelu Golden Tulip, kjer je bil sedež, so potekale večerne prireditve ter predavanja in simpoziji za tiste, ki so se jih lahko udeležili glede na urnik tekmovanj. Sama sem se udeležila predavanj v sredo, ko smo imeli prost dan. V istem hotelu je bila tudi »Gala soiree« za vse udeležence, kakor tudi zaključek dogajanja. Tam so postavili številne panoje, na katerih so objavljali najprej razpored tekem, nato pa dosežke tekmovalcev. Ti prostori so nam postali osrednje mesto za srečanja in proslavljanje uspehov. Kar žal nam je bilo, ko smo se morali posloviti, saj so nam dnevi med tekmami in druženjem hitro minili.

Tokrat sem se športnih iger udeležila drugič in okusila tako nekaj tekmovalnega duha kakor izrazito poudarjeno povezanost in razumevanje med zdravniki in drugimi zdravstvenimi delavci z vsega sveta. Mislim, da so Medigames v tem smislu zelo pomembne, in upam, da se nam bo naslednje leto pridružil še kdo!



Evtanaziji na rob*

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

Ko bo izšla prihodnja številka Izide, bo vsa razprava o evtanaziji že pozabljena in kdo ve katere, drugo- ali tretjerazredne teme bodo takrat »burile duhove«.

Zato se bom omejil na nekaj robnih, kar povprek razmetanih opazk in se ne bom opredeljeval za ali proti. In dodal nekaj vprašanj, na katera nimam odgovorov.

Če priznavamo etične zakone kot nespremenljive in veljavne, lahko razpravljamo o evtanaziji brez haska in kolikor nas je volja.

Vprašanja smrti človeštvo ni sposobno rešiti. Zanimivo, da za evtanazijo samo in celo razpravljanje o njej nekaj tisoč let nismo čutili nobene potrebe, sedaj pa je videti, da postaja priložnost, ki je ne gre zamuditi.

Zdravnik naj bi bil zaprisežen čuvar življenja po svoji vesti, po Hipokratovi prisegi in številnih konvencijah, ki pa jih je mogoče brati tudi z na glavo obrnjenega lista papirja. Že veliko število konvencij je

nekoliko nenavadno, saj bi zadostovala ena, če bi bila popolna.

Zadnjič sem nekje prebral, da se podaljševanje življenjske dobe nadaljuje v nesmrtnosti, in to že v bližnji prihodnosti. To bi bilo resno opozorilo evtanaziji s številnimi možnostmi za *pro et contra*. Sam menim, da bi z nesmrtnostjo lahko še nekoliko počakali, čeprav sem povsem neprizadet opazovalec. Toda če gledam svoja dva vnuka, se mi dozdeva ta obet še nekako sprejemljiv, čeprav v mnogočem kar precej naporen. Predstavljam si na primer nesmrtno taščo.

Pravijo, da se medicina razvija silno hitro in temu je treba slediti tudi z novo moralo. Pa je bil Mojzesov dekalog dve tisočletji kar uporaben in človeštvo je zdržalo brez težav in simpozijev. Če bi se sodilo po fizikalnih in božjih zakonih, bi izdelavo nove morale in etike lahko še nekoliko odložili.

Pravica razpolaganja z lastnim življenjem na eni in biopolitična manipulacija na drugi strani, berem.

Kaže, da se razvijata dve smeri, ki počasi dobivata tudi svoje ime. Tisti, ki evtanazijo zagovarjajo, so napredni, tisti, ki se je bojijo, so nazadnjaški.

Pred desetletji in več nismo ničesar vedeli o paliativni oskrbi in predlaganjem *bypassu* placebo, še manj o evtanaziji, le rustikalno smo pritiskali morfin in kalij, tako kot danes, ne da bi se kdo pretirano razburjal.

Resna, zelo resna vprašanja pa komaj kdo načenja. Kdo bo izvršitelj evtanazije? Zdravnik? Dajmo mu ime. Evtanazik ali evtanazist. Slednje ni najbolj primerno zaradi morebitnih zamenjav z anesteziatom. Kako bi se počutil bolnik na operacijski mizi pred indukcijo, ko zastoj skuša prebrati bedž osebe, ki se sklanja nad njim, in napenja oči, zaščitene z mazilom, kaj stoji pred »ist«.

Ali bi bil izvrševalec lahko tudi nezdravnik? Slednjič, sodnik tudi ne

obeša lastnoročno pravnomočno obsojenega. Ali pa morda kar vsak, ki toliko obvlada tehniko, da mu kalij ne teče pod blazino.

Kakšna je razlika med evtanazijo in smrtno kaznijo? Ali le to, da na slednjo dolgo čakaš, da je dekoracija drugačna, da je morda manj prostovoljna in da imenujemo napake na eni strani zlorabe, na drugi pa sodne zmote?

Če je evtanazija humanizacija medicine, potem je treba poudariti, da ne gre za zaslužek in da denar pokriva le režijske stroške. Zakonodajalec mora zato poskrbeti, da bodo ceniki povsod izobešeni. Nobenega drobnega tiska!

Ali lahko neka klinika zaslovi zaradi števila uspešno opravljenih evtanazij?

Predstavljam si nekoga, ki je bil poškodovan v prometni nesreči in se naslednji dan zbudi iz nezvesti ter v intenzivni terapiji zagleda na nasprotni steni napis »Najuspešnejša klinika za evtanazijo. Interesenti pokličite številko to in to. Brezplačno svetovanje na domu«.

Še eno vprašanje se mi oglašča. Evtanazija je, ali umor ali samomor. Če je slednje, bi morali psihiatri skočiti pokonci kot en mož in narediti vse, kar je v njihovih močeh, da ga preprečijo, pa čeprav samomor ni psihiatrična diagnoza, kot slišim.

In na koncu še vprašanje, tokrat pa povsem resno: Ali obstaja zagotovilo, da se trpljenje ne bo nadaljevalo tudi po evtanaziji?

Vendar je razprava o prednostih in nevšečnostih evtanazije koristna, ker odvrača pozornost od tistih vprašanj, ki so nujna. Naša ministrica se je močno zavzela za čim širšo in poglobljeno razpravo, reforme bodo že počakale. Morda bi pa bil drugi tir vsaj tu hitro sprejemljiva rešitev?

Na koncu bi želel napisati neskončno dolg stavek, ki bi bil, tako kot se spodobi, popolnoma nerazumljiv, pa me pero (bolje tipka) ne uboga.



* V spomin na prof. dr. Borisa Kluna ponovno objavljamo enega od njegovih značilnih, iskrivih zavodnikov (ISIS 4/2015).

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 10.350 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.

