

IS IS

Glasilo Zdravniške
zbornice Slovenije

Februar 2018

Številka 2

Prof. dr. Borut Štrukelj, Fakulteta za farmacijo, Univerza v Ljubljani: "Monoklonska protitelesa so v osnovi pridobljena s cepljenjem miši s človeškimi beljakovinami. Miška proti človeški beljakovini izdelava protitelesa, ki v obliki zdravila nato zagotavljajo zelo specifično vezavo na izbrano človeško beljakovino."

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.



Ob letu obsorej

Kmalu bo za nami leto dni delovanja novega vodstva, ki svoj osrednji motiv – narediti zbornico čim bolj prilagojeno potrebam članstva – uresničuje skozi delovanje odborov in z izboljšavami pri delu strokovnih služb.

Vodstvo zbornice se je odločilo za temeljito prenovu odborov, kar je prineslo drugačne poglede, nove teme, predvsem pa svežo energijo mladih članov, ki so pomemben povezovalni člen pri vseh projektih zbornice. Smele načrte so krepko omejile aktualne razmere, ki smo jim morali dati prednost – predvsem sprejemanje nove zdravstvene zakonodaje. Čeprav 5. točka 71. člena Zakona o zdravniški službi pravi, da *zbornica sodeluje pri pripravi zakonov, planskih dokumentov, kadrovskih načrtov in drugih predpisov s področja zdravstva*, si je zakonodajalec prizadeval to sodelovanje kar se da omejiti, predvsem pa ne upoštevati naših utemeljenih pripomb. S posledicami ne dovolj premišljenih zakonskih sprememb se že srečujemo ob obvezni izročitvi registra zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Ministrstvu za zdravje RS, še bolj pa ob spremembah, povezanih s specializacijami in sekundariatom. Z maksimalnimi naporii smo delo strokovnih služb organizirali tako, da kljub nedorečenosti podzakonskih aktov mladi zdravniki ne bi bili prikrajšani. Kako nam je to uspelo, bomo kmalu videli. Uspešni pa smo bili glede članarine – novela zakona nam je omogočila, da bodo odločbe prispele na vaš naslov z navadno pošto (podobno kot odločbe o dohodnini), članarino pa smo tudi znižali.

Ob pripravi novega pravilnika o specializacijah, ki pa ga ministrstvo v času pisanja tega uvodnika še ni potrdilo, smo temeljito prevetrali in vsebinsko okrepili izbirne postopke, vloge nacionalnih koordinatorjev, glavnih in neposrednih mentorjev. Pri tem je ogromno delo opravil Svet za

izobraževanje in usposabljanje zdravnikov s svojimi komisijami in delovnimi skupinami. Stotine ur, ki so jih posvetili temu delu, bo gotovo prispevalo k boljši kakovosti specializacij, predvsem pa smo skozi ta proces dobili močno povezanost med sodelujočimi v tem procesu, strokovnimi službami in vodstvom zbornice. O delu posameznih odborov so že in bodo tudi v prihodnje pisali njihovi člani, kot predsednica zbornice pa želim izpostaviti njihovo zavzetost za delo in za številne predloge vsebinskih sprememb, ki jih bomo upoštevali ob prenovi statuta, poslovnika ter številnih zborničnih pravilnikov, ki so v preteklem obdobju pokazali svojo nedorečenost ali zastarelost.

S posebno skrbnostjo smo se lotili popravil na naši stavbi, ki je le nekaj let po vselitvi pokazala številne šibke točke. Te smo natančno dokumentirali, enako kot postopke za izbiro izvajalcev gradbenih del in potrebne prenove avdiovizualne opreme ter opreme za varovanje. Načrtujemo še nekaj manjših gradbenih posegov, s katerimi bomo izboljšali uporabnost prostorov za izobraževalne dogodke.

Videti je, da ste člani opazili tudi naša prizadevanja za povečanje funkcionalnosti zbornične spletne strani, povečala se je branost Biltena,

ki ga vsak teden napolnimo s koristnimi in zanimivimi vsebinami. Pripravlja se prenova revije Isis in sodelovanja na mednarodnem področju, od koder dobivamo koristne informacije za naše delo. Dobro je sodelovanje z drugimi zdravniškimi organizacijami, še posebej s Slovenskim zdravniškim društvom, s katerim načrtujemo učinkovito povezavo na področju e-izobraževanja. Na novo so zaživele kulturni dogodki in pogovorni večeri, pripravili smo slovesnost ob 25-letnici zbornice in del prihranjenega denarja namenili projektu Botrstvo.

V minulem letu smo prisluhnili številnim članom, njihovim pobudam za izboljšanje našega dela, pa tudi njihovim stiskam v poklicnem ali osebnem življenju. V pomoč so jim svetovalci zdravniškega ombudsmana, kmalu bosta začeli delovati dve pogovorni skupini. Odbor za socialno-ekonomska vprašanja podane vloge rešuje kar se da hitro, pravna služba odgovarja na vaša vprašanja, služba za podiplomsko usposabljanje je na voljo za pomoč pri številnih dilemah specializacij in zadregah ob podaljšanju licenc.

Hvala vsem, ki ste opazili naša prizadevanja, ki se udeležujete naših dogodkov in nam posredujete ideje, pohvale in tudi kritike, ki nas spodbujajo k boljšemu delovanju. Tukaj smo za vas.

Dr. Zdenka Čebašek - Travnik
Predsednica



Uvodnik

- 3** Ob letu obsorej
Zdenka Čebašek - Travnik

K naslovnici revije

- 6** Prof. dr. Borut Štrukelj
Alojz Ihan

Zbornica

- 10** Razpis specializacij za
zdravnike in zobozdravnike
- 11** Razsulo, ki ga je ustvarila
ministrica s svojo ekipo
- 12** Sprememba članarine
Zdravniške zbornice Slovenije
- 13** Na kratko
iz dela zbornice

Aktualno

- 16** Izobraževanje in položaj
zdravnikov v postfaktični dobi
Vojko Berce
- 19** Razmišljanja ob rob javne
razprave o Resoluciji o
nacionalnem programu
duševnega zdravja
2018–2028
Anica Mikuš Kos

Iz Evrope

- 22** Hud(i) pacient: varstvo
samega sebe ima prednost
pred varstvom pacienta
- 22** Primarna oskrba: kako
napredujejo PHC (Primary
Health Centres)?
- 23** Koroška zdravniška zbornica:
prva ženska na vrhu

Zdravstvo

- 24** Zdravstvena obravnava
prosilcev in prosilk za
mednarodno zaščito
v Sloveniji
*Lea Bombač, Uršula Lipovec
Čebren, Erika Zelko*

Mladi zdravniki

- 29** Srečno 2018!
Tina Bregant

Forum

- 30** Delček iz mozaika zdravstva
Dragica Rejec Taljat
- 31** Informacije o zdravstvenem
stanju bolnika
Zlata Remškar
- 32** O integrativni medicini po
klubskem večeru na zbornici
Eldar M. Gadžijev

Medicina

- 36** Povezava kronične bolečine in
kineziophobia
*Eva Sajovic, Maja Kolarević,
Mojca Z. Dernovšek*
- 40** Dan brezplačnega
anonimnega testiranja na
okužbe z virusom hepatitisa B,
C in HIV v Splošni bolnišnici
Celje
Tanja Selič Kurinčič
- 41** Osnove pisanja
znanstvenoraziskovalnega
članka
Janez Preželj

Poročila s strokovnih srečanj

- 44** Zgodnja diagnostika cistične
fibroze
Ana Kotnik Pirš
- 46** Učna delavnica »Reanimacija
novorojenca«
*Milena Rmuš, Milena Treiber,
Faris Mujezinović, Iztok
Takač*
- 47** Iz središča – sprememba in
izzivi v primarnem zdravstvu
Vojislav Ivetić
- 49** Srečanje Evropske
konfederacije primarnih
pediatrov v Velenju
Katja Dejak Gornik

- 51** 18. kongres Evropske
endodontske zveze
Maja Grošelj
- 52** Ustanovitev Sekcije za
primarno pediatrijo
Jasna Čuk Rupnik
- 53** 22. simpozij Sekcije za
stomatološko protetiko SZD
Ana Marion
- 55** Beograd gostil vodilne
strokovnjake s področja
menopavzne medicine
Damir Franić
- 57** Simpozij »Napredek za
varnejšo anesteziološko
obravnavo porodnic in
ginekoloških bolnic«
Tatjana Stopar Pintarič
- 59** Poročilo
o 6. Osteoloških dnevih
*Radko Komadina,
Miro Čokolič*

Strokovne publikacije

- 61** Preprečevanje in obvladovanje
bolečine pri otrocih in
mladostnikih
Tatjana Stopar Pintarič

Strokovna srečanja

- 63** Zbornična izobraževanja za
zdravnike in zobozdravnike
- 64** Strokovna
srečanja
- 71** Mali
oglas

Iz zgodovine medicine

- 72** Srednjeveška samostanska
medicina na Slovenskem
Zvonka Zupanič Slavec

V spomin

- 76** Profesorju Klunu v slovo
Alojz Ihan
- 77** Poslovilne besede za
profesorja Borisa Kluna
Dušan Sket

77 Prof. dr. Borisu Klunu
Anton Grad

S knjižne police

80 Martha Schadt: Stephanie von Hohenlohe, Hitlers jüdische Spionin (Stephanie von Hohenlohe, Hitlerjeva judovska vohunka)
Marjan Kordaš

Zdravniki v prostem času

83 Koncert v spomin prof. dr. Pavleta Kornhauserja
Jasna Čuk Rupnik

85 Zdravnika slikarja plemenitila prostore »Dore« na Onkološkem inštitutu
Mojca Senčar

88 Popolna sprostitvev – 48. Plečnikov zdravniški koncert
Tatjana Tomazo - Ravnik

91 Sofija z zvezdnim pogledom
Lucija Bešković

94 »Au«-foristična tinktura
Janez Tomažič

94 Rekreacija v Termah Dolenjske Toplice
Mojca Kos - Golja

Zavodnik

97 Minljivost in čas smrti
Črt Marinček

Kolofon

Leto XXVII, št. 2, 1. februar 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 15.000 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 7.500 znakov (štetje brez presledkov). Priložite lahko eno fotografijo, v tem primeru ima prispevek lahko največ 6.500 znakov. Če gre za srečanja z mednarodno udeležbo, mora poročilo vsebovati oceno obravnavanega področja medicine v Sloveniji.

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

Avtorski honorarji

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

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

Napoved strokovnega srečanja

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

Izjava uredništva

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

Letna naročnina

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



Na naslovnici: monoklonska protitelesa

Prof. dr. Borut Štrukelj

Fakulteta za farmacijo, Univerza v Ljubljani

Prof. dr. Alojz Ihan, dr. med., ZZS

Biološka zdravila so v zadnjem desetletju spremenila zdravljenje in predvsem uspeh zdravljenja mnogih bolezni. Hitrost, s katero ta zdravila prihajajo na trg, pomeni tudi velik izziv za zdravnike, saj jih o novih možnostih zdravljenja z biološkimi zdravili neredko prvi obvestijo zastopniki farmacevtskih tovarn. Ob tem marsikateri zdravnik ob zapletenih imenih bioloških zdravil nima natančne predstave o njihovem delovanju in o razlikah med posameznimi zdravili. Zato bi začela kar z izrazoslovjem – kaj izraz »biološka zdravila« sploh pomeni?

Z izrazom biološka zdravila označujemo biotehnoške učinkovine, pridobljene s sodobnimi tehnologijami molekularne biologije. Gre za proizvodnjo proteinskih zdravil, ki temelji na tehnologiji rekombinantne DNA. Prva dva primera tako pripravljenega biološkega zdravila sta bila rastni hormon in insulin. Do leta 1982 so tako insulin kot tudi rastni hormon pridobivali z izolacijo iz živalskih oz. človeških tkiv. Za insulin so uporabljali prašičje ali goveje žleze slinavke, rastni hormon pa so izolirali iz človeških hipofiz, ki so jih odstranili posmrtno. Oba tako izolirana hormona sta imela kar nekaj zelo resnih pomanjkljivosti. Zaradi uporabe živalskega insulina je prišlo v organizmu do nastanka protiteles, a to ni bilo najhuje. Največja nevarnost je pretila tistim bolnikom, ki so uporabljali rastni hormon za zdravljenje otroške pritlikavosti, saj so za zdravljenje enega otroka morali uporabiti rastni hormon, izoliran iz nekaj tisoč hipofiz. V veliko primerih so bili ti pripravki onesnaženi s prioni. To so nepravilno zvite beljakovine v človeških možganih, ki vodijo do nastanka človeške različice bolezni norih krav, ki so jo poimenovali Creutzfeldt-Jakobova bolezen. Tako so zdravniki rešili sicer en zdravstveni problem, nastal pa je nov. Ameriška agencija za zdravila se je zato leta 1982 odločila, da na osnovi pozitivnih kliničnih študij dovoli izdelavo



rekombinantnih človeških beljakovin in tako dobi sodobnih bioloških zdravil na široko odpre vrata. Sedaj imamo na tržišču že blizu sto najrazličnejših rekombinantnih učinkovin, ki jih pridelujemo tako, da človeške gene, ki kodirajo za želeno beljakovino, vgradimo v bakterijo *Escherichia coli*, kvasovke ali sesalske celice in nato v fermentorjih pridobivamo rekombinantne beljakovine, jih očistimo in iz njih pripravimo zdravila.

Včasih je kot sinonim za biološka zdravila uporabljen tudi izraz »tarčna zdravila«.

Zaradi specifične vezave na receptorska mesta v organizmu, na celico ali organ, sodobna biološka zdravila seveda lahko imenujemo tudi tarčna zdravila. Poudariti pa je treba, da so vse zdravilne učinkovine bolj ali manj tarčne. Mnogo majhnih sintetičnih molekul je prav tako usmerjenih v eno tarčo, recimo encim, na katerega se vežejo in zavirajo njegovo delovanje. Tako izraz tarčna zdravila za sodobne biološke učinkovine ni najbolj posrečen. Še posebej zato, ker smo pri proizvodnji inovativnih zdravil že v obdobju nizkomolekularnih, neproteinskih tarčnih učinkovin, ki se jih dobi s pomočjo molekulskega modeliranja. To so predvsem različni inhibitorji znotrajceličnih encimov, primer so protivirusna in nekatera protivnetna zdravila. Prednost nizkomolekularnih tarčnih zdravil je njihova lažja aplikacija – v obliki tablet ali kapsul, medtem ko so biološka zdravila beljakovine, ki jih zato moramo v organizem vnesti v obliki injekcij ali infuzij, saj se sicer v prebavilih razgradijo.

Posebna kategorija bioloških zdravil so monoklonska protitelesa.

Izdelava monoklonskih protiteles je zelo pogost pristop biološkega zdravljenja. Monoklonska protitelesa so v osnovi pridobljena s cepljenjem miši s človeškimi beljakovinami. Miška proti človeški beljakovini izdelava protitelesa, ki v obliki zdravila nato

zagotavljajo zelo specifično vezavo na izbrano človeško beljakovino. Primer bi bil recimo trastuzumab, ki ga poznamo pod imenom herceptin. To rekombinantno monoklonsko protiteleso je narejeno s pomočjo rekombinantne tehnologije, tako da se kot beljakovinsko protiteleso veže na receptorje Her-2, ki so bolj izraženi pri nekaterih oblikah raka dojke. Po vnosu v organizem trastuzumab potuje do celic raka dojke, se nanje veže, sproži kaskadno pot apoptoze, obenem pa omogoči imunskemu sistemu, da celico prepozna kot tujek, jo razgradi in uniči. Monoklonsko protiteleso tako poleg neposrednega delovanja dodatno označi rakavo celico, da jo imunski sistem organizma lažje prepozna. Drug primer delovanja bioloških učinkovin je recimo eritropoetin. Eritropoetin izdelujemo po rekombinantni poti, izdelujejo ga sesalske celice, v katere smo vnesli gen za eritropoetin, in pot do takega zdravila je zelo zahtevna. Ko ga vnesemo v obliki injekcij ali infuzij v telo, potuje po krvi do kostnega mozga in se tam zelo specifično veže na svojo tarčo, ki je v tem primeru predhodnik eritrocita (proeritroblast), in pospeši njegovo zorenje. Uporabljamo ga torej tedaj, ko zaznamo, da je bolnik slabokrven, anemičen. Vzrokov je lahko veliko: kemoterapija, obsevanje, ledvična odpoved oz. slabše delovanje ledvic, presaditev organov, vročinska stanja, okužbe itd. V vseh teh primerih se lahko zdravnik odloči za uporabo eritropoetina, ki mu v žargonu pravimo tudi EPO. No, eritropoetin se tudi zlorablja, predvsem pri vzdržljivostnih športnikih, saj si z njegovo pomočjo bistveno popravijo število eritrocitov in s tem dosežejo večjo oskrbo tkiv s kisikom. Ker je prav to odločilni dejavnik vzdržljivostnih športov, je zloraba eritropoetina kar pogosta.

Kako so razdeljena biološka zdravila po področjih uporabe?

Uporaba bioloških zdravilnih učinkovin je zelo raznolika. Tako



Vir fotografije: <http://www.slovenskenovice.si/novice/slovenija/vec-zdravil-manj-zdravja>

imamo skupino hormonov, med katerimi so rekombinantni insulini za zdravljenje sladkorne bolezni, rastni hormon za zdravljenje otroške pritlikavosti, eritropoetin proti anemijam, teriparatid pri osteoporozi itd. Potem je tu skupina citokinov, predvsem interferonov, ki jih uporabljamo proti virusnim okužbam, predvsem proti virusu HIV in virusu hepatitisa C, za zmanjšanje posledic multiple sklerozе, pa filgrastim za zdravljenje nevtropenij, pri katerih se število nevtrofilcev nevarno zniža. Največjo skupino tvorijo že omenjena monoklonska protitelesa, ki so večinoma narejena s tehnologijo rekombinantne DNA in jih uporabljamo za zdravljenje nekaterih vrst rakov ter lajšanje vnetnih bolezni, kot so luskavica, Crohnova bolezen, ulcerozni kolitis, revmatoidni artritis. Potem so tu še encimi za lajšanje težav pri cistični fibrozi, Gaucherjevi bolezni in Fabrijevi bolezni, pa sredstva proti krvnim strdkom za preprečitev infarkta. Pri Agenciji za zdravila EMEA v Londonu, kjer sem 10 let delal kot svetovalec za področje bioloških zdravil, smo skorajda vsak mesec registrirali novo

biološko zdravilno učinkovino ali vsaj njeno podobno različico, ki predstavlja nekakšen biogenerik. To je sicer nepravilen izraz, pravilno poimenovanje je podobno biološko zdravilo, saj mora tudi to, za razliko od generikov, preiti primerjalne klinične študije, ki pa vključujejo nekoliko manjše število pacientov, kot velja za inovativno biološko zdravilo.

Biološka oz. proteinska zdravila so posebna tudi po nekaterih neželenih, stranskih učinkih, ki jih malomolekularna zdravila nimajo?

Vsako zdravilo, ki ima glavni učinek, ima tudi neželene, stranske učinke. To seveda velja tudi za biološke zdravilne učinkovine, so pa neželeni učinki v primeru bioloških zdravil nekoliko drugačni. Za razliko od sinteznih zdravil so biološke učinkovine velike, kompleksne beljakovine, pri katerih je izjemno pomembno, da so pravilno zvite. Vsaka nepravilna oblika je neaktivna, nekatere pa vodijo po vnosu v organizem do nastanka protiteles, ki pri poznejšem ponovnem vnosu biološkega zdravila v telo le-to uničijo. Običajno so takšne reakcije blage, kažejo se kot rdečina na mestu vboda, srbenje, lahko pa vodijo tudi do zelo resnih zapletov, ki so posledica preobčutljivostne reakcije. V primeru slabo izdelanega ali slabo očiščenega biološkega zdravila bi lahko prišlo celo do smrti, zato v razvitem svetu uporabljamo biološka zdravila samo tistih proizvajalcev, ki imajo znanstveni in tehnološki ugled in ki so opravili zahtevna klinična testiranja.

Zdi se, da pohod vedno novih bioloških zdravil v različne sheme zdravljenja nima mej, predvsem pa se dogaja neverjetno bliskovito. Če dam za primer PD-1 in PD-L1 inhibitorje za zdravljenje tumorjev – v zgolj nekaj letih se je njihova uporaba z enega ali dveh redkih tumorjev razširila na veliko vrst raka, brez da bi

obstajale neke zanesljive študije učinkovitosti, kaj šele preživetja. Kako je to mogoče?

Pri določenih indikacijah, sploh pri raku, skušajo farmacevtske družbe hitro dobiti registracijo zdravila, tako da ga prijavijo kot zdravilo za redke (*orphan*) bolezni. Če so te bolezni zelo usodne, je registracija še toliko lažja. Pri rakah na ta način ni težko najti redkih in prognostično slabih oblik, ki se pojavijo pri recimo 1/10.000 ljudi. Za tako indikacijo zadoščajo klinične študije z mnogo manj bolniki, zato se do registracije zdravila pride prej in za manj denarja. Ko pa je zdravilo enkrat registrirano, pa ga je dovoljeno razširjati tudi na druge indikacije, ki so pogostejše.

Je to korektno, saj se sliši kot klasičen by pass?

Saj je, ampak kar zadeva zdravljenje in etiko, ni nič narobe, zdravilo je šlo skozi predpisane faze, ki ugotavljajo njegove fiziološke lastnosti in varnost. Res pa je, da če ima zdravilo status »zdravilo sirota«, se ne sme tržiti kot ostala zdravila, ki so šla skozi običajen postopek kliničnih študij in registracije. V tem primeru mora proizvajalec narediti znova vse predpisane teste v skladu z doktrinami EMA in FDA. Kar zadeva odgovornost za zdravljenje z zdravilom, ki je pridobilo registracijo za eno indikacijo, uporablja pa se za drugo, ki ima sicer enako molekularno prijemališče, pa je odgovornost na zdravniku. To zdravniki včasih pozabljajo. Gre za »off-label« uporabo, kjer zdravnik registrirano zdravilo na osnovi določenih člankov iz literature uporabi za namene, za katere zdravilo ni registrirano. To farmacija zlasti pri bioloških zdravilih intenzivno pospešuje in uporablja, saj si na ta način širi trg. Lep primer je bevacizumab, monoklonsko protitelo proti endotelijskemu rastnemu dejavniku, VEGF. Tega izločajo trdni tumorji in se z njegovo pomočjo širijo. In zato je bil bevacizumab registriran za rak debelega črevesa, kjer imamo močno vaskulari-

zacijo. Potem so okulisti ugotovili, da je koncentracija VEGF velika tudi pri mokri makularni degeneraciji, kjer VEGF povzroča patološki razrast kapilar v očesu. Zato so zdravilo začeli uporabljati, seveda pa je to »off label« uporaba, ker ta indikacija ni napisana v povzetku glavnih značilnosti (SmPC) zdravila in je zdravljenje popolna odgovornost zdravnika.

Če gre kaj narobe, se torej zdravnik težko ubrani pred tožbo?

Seveda, odgovoren je materialno, lahko pa tudi kazensko, če uporabi zdravilo mimo potrjene doktrine oz. smernic. Ampak zdaj imamo za opisano indikacijo ranibizumab, ki je Fab fragment monoklonskega telesa, podobnega bevacizumabu, in je bil razvit na osnovi »off label« uporabe bevacizumaba. Je pa za razliko od njega registriran za indikacijo mokre makularne degeneracije.

Začne se torej pri redki in po možnosti usodni bolezni, da je kriterij za registracijo čim blažji, nato pa proizvajalci financirajo klinične študije, ki utemeljujejo uporabo zdravila tudi za druge in pogostejše bolezni. Očitno se farmacevtom to zelo splača, ne nazadnje je letna prodaja zgolj enega biološkega zdravila, npr. adalimumaba, večja kot letna prodaja vseh cepiv.

Kljub temu v povprečju mine skoraj desetletje, da pride biološko zdravilo od patenta do registracije in klinične uporabe.

Na začetku zdravila torej mora biti patent?

Brez patenta ni nič. Že ena sama znanstvena objava pred patentom vse pokvari, ker objavljenega zdravila ni mogoče več patentirati. Objava namreč pomeni, da lahko vsi uporabljajo rezultate in potem to za farmacevtsko industrijo ni več zanimivo, saj ne morejo vložiti milijarde za nekaj, kar ne bo potem zaščiteno in ekskluzivno.

Zato povsod, kjer mislijo resno z razvojem, univerza tesno dela z industrijo in takoj, ko se pojavi kaj obetavnega, je najprej potrebno poskrbeti za patentno prijavo, nato pa šele sledi objava, ki pa je že v funkciji patenta in razvoja produkta. V praksi to poteka tako, da npr. pri nas najprej začnemo s slovenskim patentom, ki je poceni in štiti izum 17 mesecev za ves svet. Po 17 mesecih pa se moramo odločiti, ali bomo šli naprej na evropski ali ameriški trg.

Pri bioloških zdravilih gre za milijardne posle in zdravniki pogosto ne vedo natančno, v kateri vlogi pri uveljavljanju posameznega zdravila pravzaprav so. Sploh zato, ker med proizvajalci potekajo hude bitke in zdravnik, ki bi rad le najbolj pomagal bolniku, o tem ni najbolj informiran.

No, razvoj bioloških zdravil je seveda izjemno zahteven in drag, zato so tudi dobički lahko zelo veliki. Pri informiranju zdravnikov pa opažamo določeno pomanjkljivost: zdravnik klinik je največkrat informiran o zdravilu preko strokovnih sodelavcev določene farmacevtske družbe. Popolnoma jasno je, da so te informacije sicer največkrat korektne in zadovoljujoče, ampak le za določeno zdravilo in zato največkrat ne nevtralne, kakor tudi ne popolne. In zato je potrebno dodatno, objektivno, neodvisno mnenje oz. izobraževanje o delovanju vseh teh zdravil, da ne bi prišlo do tega, da eno učinkovino močno favoriziramo, v osnovi pa so temu vzrok pristranske informacije. Informacije morajo biti nevtralne, zdravnik mora vedno poznati okvir in ozadje, ko začne uporabljati novo zdravilo – kaj je v smernicah, kaj so indikacije v SmPC, je novo zdravljenje morda le na osnovi nekaj novejših objav v literaturi, ali v tem primeru obstajajo tudi objave z drugačnimi rezultati?

In, tukaj mogoče to manjka, farmacevti smo bolj aktivni pri razvijanju in uveljavljanju novih zdravil, ker je to industrija, na drugi strani pa zdravnik nima enakovrednega dostopa do vseh neodvisnih informacij. Tukaj bi bilo mogoče dobro na evropski ravni kaj narediti.

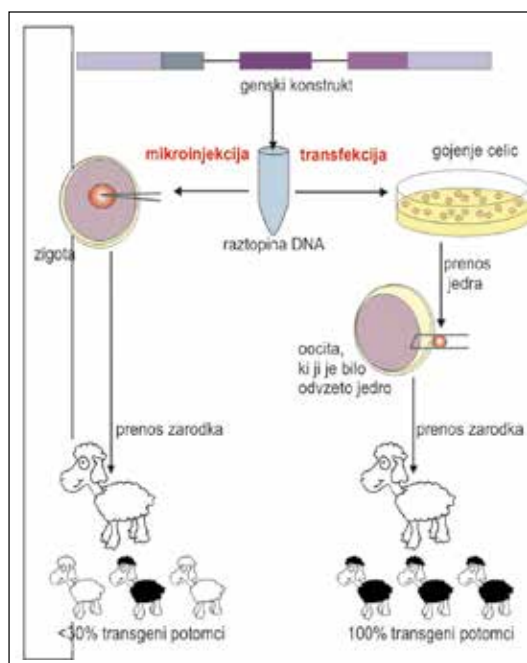
Kaj pri bioloških zdravilih kaže skorajšnja prihodnost?

V prihodnjih letih pričakujemo nova biološka zdravila predvsem za zdravljenje različnih oblik raka in vnetnih procesov. Približujemo se tudi registraciji novega specifičnega zdravila za luskavico, prav tako pospešeno raziskujejo možnosti uporabe bioloških zdravil pri lajšanju težav pri multipli sklerozi, mišični distrofiji in Alzheimerjevi bolezni. Pri slednji je zelo obetavnih nekaj monoklonskih protiteles, ki lovijo prekurzorje amiloida, da je s tem preprečen nastanek plakov.

Prihodnost pa je tudi v nizkomolekularnih tarčnih zdravilih?

Drži, biološka zdravila so daleč od optimuma, kar zadeva uporabo in prijaznost do bolnika. Bolj ali manj smo vezani na parenteralno aplikacijo,

peroralnih bioloških zdravil ni. To je za bolnika relativno neprijazno, po drugi strani je za zdravlila treba imeti sklenjeno hladno verigo, od proizvajalca do uporabnika morajo biti proteini neprestano na 2–8 °C, skratka, precej nerodna zadeva. Peroralno pa so možne samo tako majhne molekule, da lahko prodrejo v krvni obtok do hepatocitov in potem naprej. Sicer razvijamo različne dostavne sisteme, ki bi omogočali peroralno, intranazalno in sublingvalno možnost uporabe bioloških zdravil, a pravih rešitev še ni. Razvoj novih tarčnih nizkomolekularnih ali pa tudi visokomolekularnih bioloških zdravil temelji na sodobnih molekularnobioloških metodah. Tako raziskovalci začnejo z raziskavami na naravnem ali rekombinantnem receptorju, encimu, hormonu ali drugi proteinski tarči, izbere se specifična molekula, ki se močno veže na izbrano tarčo ali celico in lahko deluje kot agonist ali antagonist. Potem se tiste med njimi, ki kažejo učinke in hkrati niso toksične, razvija naprej kot tarčna zdravila. To ni nekaj novega, le da zdaj tak razvoj poteka mnogo bolj ciljano zaradi boljših molekularnih analiz. Pri razvoju novih zdravilnih učinkovin je vedno bolj pomembna varnost in manj učinkovitost. Ogromno spojin je učinkovitih, a izkazujejo vprašljivo varnost. Iz zgodovine o tarčnih zdravilih pogosto dam študentom primer aspirina in heroina. Obe učinkovini je istočasno, pred 150 leti, farmacevtska družba Bayer naredila z acetilacijo naravne učinkovine. Iz salicilne kisline je naredila acetilsalicilno in ji dala ime aspirin. Iz morfina je z acetilacijo naredila heroin. Postopek je bil enak in heroin so pravzaprav izdelali z namenom, da bi dobili antitusik, pri katerem ne bo prišlo do navajanja. Izkazalo se je drugače, heroin je sicer res dober antitusik in analgetik, ampak tudi toksičen, zato je šel iz uporabe. Aspirin pa je ostal. Torej, učinkovitost ni tako pomembna kot varnost.



Razpis specializacij za zdravnike in zobozdravnike

Ker je Zdravniška zbornica Slovenije vse od 27. decembra 2017, ko so bili objavljeni razpisi specializacij in sekundariata za zdravnike ter specializacij in pripravništva za zobozdravnike, prejela dnevno zelo veliko vprašanj, smo v začetku januarja organizirali dve praktični delavnici **Vse o novem razpisu specializacij**, posebej za zobozdravnike in posebej za zdravnike.

Na delavnici za zobozdravnike je **Klara Zupančič, mag. prav.**, zaposlena na zbornici, odgovarjala na vprašanja, ki se pojavljajo zaradi sprememb, ki jih je sredi poletja prinesla novela Zakona o zdravniški službi (ZZdrS-F) in z njo povezana objava razpisa specializacij za leto 2017. Na dodatna vprašanja so odgovarjali tudi: **Tina Šapec, univ. dipl. prav., vodja Oddelka za podiplomsko usposabljanje, licence in register zdravnikov** Zdravniške zbornice Slovenije, **Krunoslav Pavlovič, dr. dent. med.**, podpredsednik Zdravniške zbornice Slovenije, in **asist. dr. Maja Grošelj, dr. dent. med.**, predsednica Komisija za izobraževanje pri Odboru za zobozdravstvo.

Odziv je bil izjemno velik, saj se je delavnice udeležilo okoli 30 **bodočih specializantov in pripravnikov zobozdravnikov**.

Tudi odziv mladih zdravnikov na delavnico je bil izjemno velik – okoli 140 se jih je zbralo v Modri dvorani Domus Medica. Zanimalo jih je

predvsem, kako je z določitvijo delodajalca in kroženjem ob prijavi na nacionalni razpis ter kako z zaposlitvijo po zaključku specializacije. Na vprašanja je odgovarjala **Tina Šapec, univ. dipl. prav., vodja Oddelka za podiplomsko usposabljanje, licence in register zdravnikov** pri zbornici. V uvodu v delavnico je udeležence nagovorila **predsednica zbornice dr. Zdenka Čebašek - Travnik**, ki je povedala:

»Ker je pred vami pomemben korak prijave na specializacijo, smo vam v luči vseh nejasnosti, ki so se zgodile po sprejetju novele Zakona o zdravniški službi (sprejeta je bila po nujnem postopku), v strokovnih službah zbornice pripravili nabor konkretnih informacij, za katere smo prepričani, da vam bodo koristile. Za vprašanja, na katera danes ne bomo imeli odgovorov, pa obljubljam, da jih bomo zbrali in poslali na ministrstvo in vam odgovore posredovali, ko jih od njih dobimo.«

Razpis je bil objavljen kljub dejstvu, da Pravilnika o vrstah, vsebini, trajanju in poteku specializacij zdravnikov ter Pravilnika o vsebini in poteku sekundariata, ki bi omogočil mladim zdravnikom, da s 1. februarjem 2018 začnejo opravljati program sekundariata, ministrstvo za zdravje do sredine januarja ni sprejelo.

Obe delavnici smo posneli ter za Bilten pripravili video in drugo gradivo, za vse, ki se delavnic niso mogli udeležiti.



Razsulo, ki ga je ustvarila ministrica s svojo ekipo

Na novinarski konferenci Zdravniške zbornice Slovenije, ki je bila 21. decembra 2017, je **predsednica Zdravniške zbornice Slovenije dr. Zdenka Čebašek - Travnik** opozorila, da komunikacija z ministrstvom za zdravje ni bila še nikoli tako slaba in nespoštljiva, kot je v zadnjih tednih.

»Z ministrstvom smo prišli v konflikt oziroma težavno sporazumevanje zaradi v preteklih mesecih sprejete zakonodaje, ki je bila po našem mnenju sprejeta nepremišljeno in neodgovorno in tudi brez ključnega sodelovanja Zdravniške zbornice Slovenije. Zbornica je po zakonu dolžna in ji je tudi dovoljeno sodelovati pri pripravi zakonodaje. In to, kar se dogaja v Sloveniji, je v diametralnem nasprotju s tem, kar se dogaja v državah z urejenim zdravstvenim sistemom, kot je Nizozemska. Tam si nobena vlada niti slučajno ne dovoli, da bi neke spremembe uvedla brez soglasja zdravniških organizacij. Pričakovali smo spoštljivo komunikacijo in resno razpravo o argumentih za spremembe, vendar do tega ni prišlo. Ker nismo bili uspešni s svojimi pripombami, se zdaj uresničujejo zapleti, na katere smo še v času sprejemanja zdravstvene zakonodaje opozarjali,« je povedala dr. Zdenka Čebašek - Travnik.

Najpomembnejši rezultat nepremišljeno sprejete zdravstvene zakonodaje te vlade je zmanjševanje dostopnosti do storitev.

»Pričakovali smo tudi, da bo ministrstvo za zdravje pripravilo zakon o organizaciji zdravstvenih zavodov, ki bi vsaj omilil težave, ki so jih prinesli drugi zakoni, a se to ni zgodilo. Prav tako se pridružujemo tistim javnim zdravstvenim zavodom, ki so ugotovili in opozarjajo, da ministrstvo ni poskrbelo za več denarja v zdravstve-

nem sistemu, s čimer ostajamo na repu držav po denarju, ki je namenjen zdravstvu. In da krpanje finančnih lukenj, s katerim se poplačuje dobavitelje, ne more biti tisto, kar bi si v zdravstvu želeli, to je, da bi denar vlagali v razvoj in kadre,« je še dejala predsednica Zdravniške zbornice Slovenije **dr. Zdenka Čebašek - Travnik**.

In opozorila: »Sprašujem se, kdo je odgovoren za takšne nepremišljene spremembe in posledično, kdo bo ustavil takšno početje na ministrstvu za zdravje.«

Tina Šapec, univ. dipl. prav., vodja oddelka za podiplomsko usposabljanje, licence in register zdravnikov pri zbornici, je predstavila, kako nepremišljene spremembe na področju specializacij vnašajo hudo zmedo. Zbornici je bil naložen sprejem novega pravilnika o specializacijah, ki bo sledil spremembam, kar je zbornica storila, soglasja ministrstva za zdravje na pravilnik pa do 21. decembra ni prejela. Zakon je uvedel tudi sekundariat s 1. februarjem 2018, kar zbornica pozdravlja, saj pomeni

možnost zaposlitve za vse mlade zdravnike po opravljenem strokovnem izpitu. Tudi ta pravilnik je bil kljub nerazumno kratkemu roku pripravljen in sprejet na vseh organih zbornice ter posredovan ministrstvu 26. oktobra 2017. Po več kot mesecu dni so ga dali v javno razpravo, ki je bila odprta kar do 28. decembra 2017.

Pravnik zbornice **Žiga Novak, mag. prav.**, je pojasnil zaplete okrog registra zasebnih zdravnikov, ki ga prevzema ministrstvo za zdravje. **Peter Renčel, univ. dipl. prav.**, pa je povedal, da je ministrstvo za zdravje konec leta 2016 vse zdravstvene domove pozvalo, da naj najkasneje do 1. januarja 2018 delo zdravnikov na primarni ravni organizirajo tako, da ne bo prihajalo do prekinitve njihovega ambulantnega dela zaradi vzporednega opravljanja službe nujne medicinske pomoči in mrliško pregledne službe. Konec decembra je ministrstvo ta ukrep dejansko preklicalo, saj je rok za izpolnitev obveznosti podaljšalo do leta 2025.

Zdravniška zbornica je opozorila tudi na zaplete pri eZdravju. V zad-



njem času se je izkazalo, da nastajajo v zvezi z vzdrževanjem in nadgrajevanjem zalednih informacijskih sistemov, kot tudi s podporo uporabnikov storitev eZdravja veliki stroški, ki jih ministrstvo in Nacionalni inštitut za javno zdravje ne pokrivata.

V zvezi s pripravo novega Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ki spreminja celoten sistem financiranja javne zdravstvene službe, je bila zdravniška zbornica povabljen na zgolj en sestanek na ministrstvo za zdravje, pri

čemer ni prejela nobenega gradiva, ki ne bi bilo že sicer dostopno splošni javnosti. S tem je bilo zdravniški zbornici dejansko onemogočeno, da sodeluje pri pripravi novega zakona,« je še opozoril Peter Renčel.

Zdravniški ombudsman v februarju 2018

Ime	Datum	Čas	Status
Brane	Četrtek, 1. februar 2018	15.00–17.00	Prosta dva termina
Darja	Torek, 6. februar 2018	16.00–19.00	Zasedena oba termina
Urška	Četrtek, 22. februar 2018	17.00–19.00	Prosta dva termina

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

Sprememba članarine Zdravniške zbornice Slovenije

V Uradnem listu RS št. 4/2018 je bil v petek, **19. januarja 2018**, objavljen **Sklep o spremembah in dopolnitvah Sklepa o določitvi članarine Zdravniške zbornice Slovenije**, ki ga je na svoji 90. seji 25. oktobra 2017 sprejela skupščina Zdravniške zbornice Slovenije. K spremembam in dopolnitvam je bilo treba pristopiti zaradi spremenjenih nazivov delovnih mest zdravnikov.

Višino članarine okvirno določa 74. člen Zakona 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), ki pravi, da je osnova za določitev članarine osnovna plača zdravnika, opredeljena z zakonom, ki določa sistem plač v javnem sektorju. Zakon o zdravniški službi dalje določa, da se za potrebe izračuna osnovne plače za določitev članarine zbornice štejeata dve napredovanji, razen za sekundari-

je in pripravnike, ne štejejo pa se drugi dodatki po kolektivni pogodbi. **Stopnja za odmero članarine znaša 1,2 % osnovne plače, pri čemer lahko zbornica to stopnjo, glede na program dela, s sklepom poveča ali zmanjša za največ 20 %.**

Sprememba članarine upošteva tudi pobude za znižanje članarine, saj se članarina za večino kategorij članstva znižuje. V spremembo sklepa o določitvi članarine smo vključili tudi znižanje članarine za kategorijo članov zbornice, ki imajo pravico do delne **starostne ali invalidske pokojnine**, saj se s 75 % zneska članarine, ki bi jim bila sicer odmerjena, **znižuje na 60 %.**

Sklep o spremembah in dopolnitvah Sklepa o določitvi članarine Zdravniške zbornice Slovenije se uporablja od odmere članarine za leto 2018 dalje.

Kategorija	Mesečno, v evrih	Letno, v evrih
pripravnik	13,50	162,00
sekundarij, mladi raziskovalec ali drugo	16,90	202,80
zdravnik splošne medicine	26,40	316,80
doktor dentalne medicine manj kot 10 let po strokovnem izpitu	25,40	304,80
doktor dentalne medicine več kot 10 let po strokovnem izpitu	26,40	316,80
specializant	22,60	271,20
specialist manj kot 10 let po specialističnem izpitu	29,70	356,40
specialist več kot 10 let po specialističnem izpitu	32,10	385,20
polno upokojeni član, ki ne opravlja zdravniške službe		40,00
polno upokojeni član, ki opravlja zdravniško službo na podlagi pogodb civilnega prava		108,00
visokošolski učitelji ali znanstveni delavci		108,00
člani na starševskem dopustu ali na daljši odsotnosti zaradi bolezni		40,00
invalidsko upokojeni – 60 % glede na članarino kategorije		

Na kratko iz dela zbornice

Opredeljevanje pacientov s strani specializantov

Iz 461. Biltena, 4. 1. 2018

Zakon o zdravniški službi v 20.a členu določa, da specializanti družinske medicine, pediatrije ter ginekologije in porodništva, ki opravljajo četrto leto specializacije, lahko od 1. januarja 2018 dalje **na podlagi ocene mentorja opravljajo delo izbranega osebnega zdravnika**. Mentor mora v svoji oceni potrditi, da je glede na delovne pogoje in obremenjenost sposoben zagotoviti mentorstvo tudi v primeru specializantovih opredeljenih pacientov, ter s podpisom potrditi, da je specializant pridobil ustrezno znanje, izkušnje in veščine za samostojno opravljanje dela izbranega osebnega zdravnika.

Specializant odgovarja za opravljanje dela izbranega osebnega zdravnika, mora pa mu biti zagotovljeno stalno posvetovanje z mentorjem.

Strokovna služba ZZS je zato pripravila **obrazec vloge in obrazec ocene mentorja**, ki naj ju specializant, ki bi želel opravljati delo izbranega osebnega zdravnika, in njegov glavni mentor izpolnita z relevantnimi podatki, podpišeta ter skupaj posredujeta na zbornico. Ta bo po prejemu izpolnjene vloge in ocene mentorja v najkrajšem možnem času izdala potrdilo o izpolnjevanju pogojev za opravljanje dela izbranega osebnega zdravnika.

Obrazci so dostopni na povezavi: <https://www.zdravniskazbornica.si/informacije-publikacije-in-analize/obvestila/2017/12/19/opredeljevanje-pacientov-s-strani-specializantov>

Ukinitev obveznosti ambulant glede določanja časa odmora in časa priprav na delo

Iz 462. Biltena, 11. 1. 2018

Vlada RS je dne 21. 12. 2017 na predlog Zdravniške zbornice Slovenije črtala 2. stavek 16. točke 36. člena Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2017, ki je določal:

»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.«

Izvajalci zdravstvenih storitev in ZZS se torej dogovarjajo le še o ordinacijskem času, ne pa o času odmora in času priprav na delo.

Izvajalcem zdravstvenih storitev, ki so v preteklosti pristali na spremembo urnikov ambulant, predlagamo, da od ZZS-ja zahtevajo, da jim posreduje novo prilogo k pogodbi z upoštevanom spremembo splošnega dogovora.

Peter Renčel, univ. dipl. prav., ZZS

Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2017

Iz 461. Biltena, 4. 1. 2018

Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za leto 2017 je bil na seji Vlade RS dne

21. 12. 2017 sprejet. Vlada RS je odločala o 68 spornih vprašanjih, o katerih partnerji na arbitraži za sprejem omenjenega aneksa nismo dosegli soglasja.

Sprejeti so bili naslednji predlogi Zdravniške zbornice Slovenije (ZZS):

- **Vlada je potrdila predlog, da se v splošnem dogovoru črta besedilo, ki določa, da v pogodbi z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZVS) izvajalec določi delovni čas in v tem okviru ordinacijski čas in odmor, ki se lahko določi po eni uri od začetka delovnega časa in najpozneje eno uro pred koncem delovnega časa, ter čas za pripravo na delo.**
- **Sprejeto je bilo, da se črta določilo, da skupni obseg referenčnih ambulant pri posameznem izvajalcu ne more presegati pogodbeno dogovorjenega števila timov splošnih ambulant. S sprejetjem omenjenega določila ne bo več prihajalo do odvzema programa referenčne ambulante v primeru, da splošna ambulanta nima polnega programa. Zavrnen je bil predlog ZZS, da omenjeno določilo velja za nazaj – od 1. 7. 2017 dalje.**
- **Med predlogi ZZS za širitve programov je bil delno sprejet le predlog za plačilo dodatnih urea dihalnih testov.** Sprejeto je bilo, da se izvajalcem Abakus, Zdravilišče Rogaška Zdravstvo, Diagnostični center vila Bogatin, UKC Ljubljana, SB Slovenj Gradec dodatno plača 4.000 dihalnih testov. Predlog ZZS je bil, da se dodatno plača 8.000 dihalnih testov. Glede dihalnih testov je Vlada RS sprejela tudi, da se cena dihalnega testa zniža z 61,62 EUR na 55,00 EUR, o čemer na arbitraži nismo raz-

pravljali, saj nobeden izmed partnerjev ni podal predloga za spremembo cene dihalnega testa.

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

- Sprejeto je bilo, da ZZZS dodatno plača 60 referenčnih ambulant, 1 program pedopsihiatrije v UKC Ljubljana, vzpostavitev pedopsihiatričnega oddelka v UPK Ljubljana, 1 tim splošne ambulante v ZD Grosuplje, draga zdravila za fizikalno in rehabilitacijsko medicino v URI Soča, dežurno službo v zdravstvenih domovih ter nov model financiranja urgentnih centrov.
- **Vlada je na predlog ZZZS odločila, da se morajo izvajalci v celoti vključiti v storitve eZdravja (eRecept, Centralni register podatkov o pacientih, eNaročanje).** Sprejeto je bilo tudi, da v primeru kršitve omenjene obveznosti ZZZS lahko izvajalcu izreče pogodbeno kazen v višini 0,2 % mesečnega avansa, a ne manj kot 400 EUR.
Nika Sokolič, univ. dipl. ekon., vodja Oddelka za zdravstveno ekonomiko, plan in analize, ZZZS

MZ zamuja s sprejemanjem podzakonskih aktov Zakona o zdravniški službi

Iz 462. Biltena, 11. 1. 2018

Zdravniška zbornica Slovenije je z dopisom, ki ga je 4. januarja 2018 poslala na Ministrstvo za zdravje (MZ), ministrstvo pozvala, da v najkrajšem možnem roku poda povratno informacijo o besedilu Pravilnika o vrstah, vsebini, trajanju in poteku specializacij zdravnikov ter sprejme Pravilnik o vsebini in poteku sekundariata in tako omogoči mladim zdravnikom, da s 1.

februarjem 2018 začnejo opravljati program sekundariata.

Zdravniška zbornica je pripravo in sprejem vseh podzakonskih aktov, povezanih s poleti sprejetim Zakonom o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravniški službi (ZZdrS-F), izpeljala v najkrajšem možnem času (tako pravilnik o specializacijah kot tudi pravilnik o sekundariatu je skupščina zbornice obravnavala in sprejela 25. oktobra 2017 in sta bila naslednji dan poslana na MZ) in s tem zagotovila, da je imelo MZ dovolj časa, da oba pravilnika sprejme do 22. novembra 2017, kot je določila novela zakona.

Star pravilnik o specializacijah je bil z ZZdrS-F delno razveljavljen, novi pa še ni sprejet, kar otežuje tudi izvedbo jesenskega razpisa specializacij, ki je bil objavljen 27. decembra 2017 in je odprt do 19. januarja 2018. Zbornica je zato zasuta z vprašanji specializantov in pripombami koordinatorjev.

Mednarodna razstava likovnih del v Zagrebu – 12. maj 2018

Vabilo k sodelovanju
Iz 462. Biltena, 11. 1. 2018

Zdravniška zbornica Slovenije je preko madžarskega veleposlaništva prejela povabilo, da tudi slovenski zdravniki in zobozdravniki s svojimi umetniškimi deli sodelujete na Mednarodni razstavi sodobne umetnosti za zdravnike v Zagrebu.

Razstava bo 12. maja. Organizirajo Asklepios - Med, globalna zasebna medicinska ordinacija in raziskovalni center s sedežem na Madžarskem, ki ga vodi prof. dr. Andras Palotas.

Razstavljene bodo slike, skulpture, fotografije in druga likovna umetniška dela. Edini pogoj za sodelovanje je pravočasno poslana prijava in to, da je ustvarjalec zdravnik ali

zobozdravnik oziroma dela v zdravstvu ter je avtor predloženega dela. Za sodelovanje ni prijavnine, saj gre za neprofitno razstavo.

Organizatorji pričakujejo razstavljalce z vsega sveta. Prijave sprejemajo do 28. februarja po elektronski pošti na: palotas@asklepios-med.eu

Novosti glede registra zasebnih zdravnikov

Iz 460. Biltena, 21. 12. 2017

Skladno z Zakonom o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-K) bodo vpisi zasebnih zdravnikov, ki jih je do 17. 12. 2017 opravila Zdravniška zbornica Slovenije v registru zdravnikov, preneseni v register zasebnih zdravstvenih delavcev, ki ga vodi Ministrstvo za zdravje. **Zato vas prosimo, da vloge za vpis/izbris iz registra zasebnih zdravstvenih delavcev odslej pošljete na Ministrstvo za zdravje.**

Zdravniška zbornica Slovenije

Navodila diplomantom dentalne medicine za vstop v pripravništvo

Iz 460. Biltena, 21. 12. 2017

S 1. 1. 2018 je Zdravniška zbornica Slovenije začela sprejemati vloge za opravljanje programa pripravništva za poklic zobozdravnik. Razpored kroženja pripravnikom zobozdravnikom pri pooblaščenih izvajalcih za izvajanje pripravništva bo pripravila zbornica na predlog pripravnika,

glede na prosta mesta pri pooblaščenem izvajalcu v trenutku prijave.

Pred tem si lahko kandidati na spletni strani: <https://www.zdravni-skazbornica.si/karierni-razvoj/pripravnistvo/zobozdravniki> »**Prosta pripravniška mesta**« ogledajo razpoložljivost mest po področjih, območnih enotah in ustanovah ter tako okvirno sestavijo celotno pripravnništvo, ki ga bodo uskladili z referentko (v času uradnih ur).

Obveščamo vas, da bo tako pripravljen razpored kroženja dokončen in da spremembe po izdaji odločbe o pripravnistvu ne bodo mogoče, saj mora biti v sistemu zbornice natančno zabeleženo, pri katerih pooblaščenih izvajalcih so določena področja zasedena.

Po potrditvi celotnega pripravništva bodo pooblaščenе ustanove obveščene o prihodih na kroženje v njihovo ustanovo.

Odbor za zobozdravstvo

Zdravniška zbornica podprla projekt Botrstvo v Sloveniji

Iz 460. Biltena, 21. 12. 2017

Ob pripravi praznovanja 25-letnice Zdravniške zbornice Slovenije **smo prisluhnili pobudi poslanca Jureta Poglajna, dr. dent. med.**, in zmanjšali predvidene stroške za ta namen **ter podpisali pogodbo za donacijo projektu Botrstvo v višini 6.000 evrov.** Zdravniška zbornica Slovenije bo v skladu s podpisano pogodbo donator meseca julija 2018.

Zdravniška zbornica Slovenije je pogodbo sklenila z Zvezo prijateljev mladine Moste - Polje in Radiotelevizijo Slovenija. Sredstva

v višini 6.000 evrov, ki jih bo zdravniška zbornica donirala Zvezi prijateljev mladine, bodo v celoti namenjena projektu Botrstvo.

Ekpa projekta Botrstvo Slovenije se ob tem iskreno zahvaljuje zdravniški zbornici, kot so zapisali v zahvali, »da smo prisluhnili otrokom iz projekta Botrstvo v Sloveniji in z dragoceno pomočjo pripomogli k spreminjanju žalostnih zgodb v vesele«.



Izobraževanje in položaj zdravnikov v postfaktični dobi

Doc. dr. Vojo Berce, dr. med., spec. pediater, Klinika za pediatrijo, UKC Maribor

Vesel sem povabil predsednika Sveta za izobraževanje pri zdravniški zbornici in njegove namestnice, naj ob razglasitvi »naj mentorja« po izboru mladih zdravnikov zapišem nekaj misli. Teh seveda ni mogoče usmeriti samo v golo izobraževanje, ne da bi jih pri tem postavili v celoten kontekst dogajanja v zdravništvu, medicini in družbi na splošno.

Kaj sploh pomeni beseda mentor?

Izhaja iz grške mitologije, kjer Mentor nastopa v Odiseji kot starejši prijatelj glavnega junaka, ki varuje sina Telemaha med Odisejevo odisejado. Z Ateno, boginjo modrosti (ki občasno prevzema Mentorjevo podobo), spodbujata Odisejevega sina, naj se upre materinim snubcem in poišče očeta, za katerega bi danes rekli, da so mu vojne in dogodivščine ljubše od skrbi za dom in družino. Očitno se samo tako pride v zgodovino.

Atena, ki v mitologiji nastopa skupaj z Mentorjem, pa ni bila samo boginja modrosti, pač pa tudi civilizacije, obrti, tkanja in vojaške discipline. Zato je kar primerno, da se je v današnji družbi pojem mentorja najbolj ohranil ravno v medicini. Tudi danes podobo mentorja v medicini zlahka idealiziramo kot varuha, hkrati pa še učitelja obrti, zgled discipline in zagovornika civilizacije v najširšem pomenu besede. Nekoga, ki v prenesenem pomenu besede tke in ne para.

Pa smo mentorji danes še takšni?

Seveda ne, tudi v stari Grčiji niso bili in papir(us) vse prenese, zato Odiseji rečemo mit. Kakšen pa naj bo mentor današnjega dne? Znanje v medicini je postalo tako kompleksno in obširno, da ni več posameznika, ki bi imel pregled nad celotno panogo. Študenti v šestih letih napornega študija osvojijo le delček celotnega opusa medicine, to znanje pa je nato še podvrženo vse hitrejšemu zastarevanju. Informacije na spletu pomagajo

ohranjati in širiti teoretično znanje, pri njegovem prenašanju v klinično prakso pa je še vedno ključna vloga mentorja. Tudi ta danes ni več ena sama oseba, pač pa se pojem mentorja sestavi iz večšin in osebnostnih lastnosti številnih zdravnikov. Le-te se prenašajo na mlade zdravnike samo v primeru, če ima učitelj čas in interes. Če bi interes učitelja temeljil samo na denarni nagradi, bi bil seveda majhen. Pozabljam pa, da današnji proces učenja ni več samo enosmerna cesta in da se od mladih zdravnikov lahko naučimo skoraj toliko kot oni od nas.

Pri mladih zdravnikih gre za vrhunske intelektualce, ki so za razliko od nas večji informacijskih tehnologij. Ko v debati z mladimi zdravniki zaidemo s polja pediatrije na druga področja medicine, velikokrat ugotovim, da je moje četrto stoletja staro znanje s fakultete precej zastarelo. Žal smo starejši zdravniki večinoma prepričani v svojo nezmotljivost, morebitno negotovost pa skrivamo za nadutim položajem v hierarhiji. Na ta način se od mladih ne moremo ničesar naučiti.

Če se nam naši »učenci« kdaj zazdijo razvajeni ali nespoštljivi, se moramo spet povrniti v antiko k Sokratu, ki je menil, da (citiram) »današnja mladina ljubi razkošje, se grdo vede, prezira avtoriteto, nima nobenega spoštovanja do starejših in raje govori, kot dela. Mladi ljudje niti ne vstanejo, ko starejši vstopijo. Ugovarjajo svojim staršem, v družbi se širokoustijo, pri mizi govtajo slaščice in prekrižanih nog tiranizirajo učitelje.« Vam zveni znano? Očitno je že tisočletja v naravi vsake generacije, da tako gleda na naslednike.

Kaj pa lahko mentorji danes ponudimo mladim zdravnikom?

Menim, da tako kot v antičnih časih mentorji ne smemo biti samo učitelji v ožjem pomenu besede. Mladim zdravnikom moramo biti tudi varuhi in če se vsi zavedamo svojih dolžnosti, smo lahko tudi prijatelji.

Družba nas zdravnike naravnost sili, da napake skrivamo pred bolniki, svojci, mediji, nadrejenimi in pravosodjem. Mladim zdravnikom pa lahko pokažemo, da so napake sestavni del našega dela in jih lahko tako tudi poimenujemo. Sam pri svojem delu vsak dan naredim vsaj nekaj manjših napak ali zmot. Teh ne skrivam tudi zato, ker jih bodo mladi kolegi tako ali tako opazili, a večinoma vljudno molčali. Povem jim tudi, da bi se v dveh razvpitih primerih, ko sta pred slabim desetletjem otroka umrla med zdravljenjem na naši kliniki, najverjetneje končalo enako, tudi če bi bil jaz sam dežuren namesto katere izmed obsojenih zdravnic. Ne zavidam mladim, ki začenjajo svojo poklicno pot v veliko bolj sovražnem okolju in brez iluzij, ki jih je imela ob svojem začetku naša generacija. Kljub temu si želim, da svojega dela vsi skupaj ne bi jemali preravno, in spodbujam konstruktivno šaljivo vzdušje, tudi črni humor. V strokovno razpravo skušam vedno vnesti nekaj (amaterske) filozofije, kakšno nemedicinsko anekdoto in paradoks. Rad povem, da otroci večinoma ozdravijo kljub vsem našim naporom in da bo iz perspektive 22. ali 23. stoletja današnja medicina videti verjetno enako neobgljena, kot se nam danes zdijo pijavke in puščanje krvi. Prizadevam si, da bi bili zdravniki celovite osebnosti, sposobne funkcioniranja v družbi, in ne »fahidioti« iz vica o učenju telefonskega imenika na pamet.

Včasih vidim, da mladih zdravnikov delo ne zanima tako, kot bi sam od njih pričakoval. Takrat se spomnim, da strast do dela pogosto pride šele takrat, ko si sam odgovoren za pacienta. Tako je bilo tudi pri meni. V prvih mesecih po začetku specializacije v manjši bolnišnici sem celo prihajal v službo s časopisom in ga tudi uspešno prebral. Mladim pogosto ne zaupamo samostojnega dela, kar jih dela pasivne, ob tem pa že po nekaj mesecih pričakujemo, da bodo samostojno dežurali. Menim, da bi v internističnih strokah mladi zdravniki morali samostojno pregledati bolnika, nato pa

povsem samostojno napisati program preiskav in zdravljenja ter ga pred izvedbo prediskutirati z mentorjem.

Kakšna je realnost na področju izobraževanja mladih zdravnikov?

Zdravniška zbornica je v zadnjih letih nedvomno teoretično napredovala na področju izobraževanja mladih zdravnikov. Postavila je zavidanja vreden informacijski sistem z E-listom zdravnika specializanta in uvedla obvezna izobraževanja za mentorje, za katera pa me je celo malo sram priznati, da se jih nisem nikoli udeležil. Močno namreč verjamem, da se za mentorja sploh ne da izobraziti. Strinjam se sicer, da morajo mentorji poznati svoje pristojnosti in formalno vlogo v procesu izobraževanja. Sama vsebina in način poučevanja mladih pa naj ne bosta standardizirana in hipernormirana, tako kot je že skoraj vse v naši družbi. Mentorji naj sami presodijo, kdaj in kako bodo svoje znanje posredovali mladim. Večina starejših zdravnikov namreč ima v sebi to željo, zastrašujoča birokracija pa jo prej zaduši kot spodbuja.

Tudi E-list zdravnika specializanta je bolj informacijski kot vsebinski dosežek. Tako mentorja kot specializanta opozarja, da nimata nobene svobodne izbire pri načinu in vsebini učenja in da sta oba subjekta samo vpeta negibna kamenčka v mogočnem mozaiku mehanizma Zakonodaje. Vas spominja na Kafko ali najnovejšo »reformno« zakonodajo s področja zdravstva? Edino racionalno obnašanje je potem skrb specializantov za vnašanje (ne toliko za kakovostno izvedbo) posegov v E-list in skrb mentorjev za hitro potrjevanje in formalno ocenjevanje, ki jim ne bi vzelo preveč časa. Tudi časa za poučevanje. Vse skupaj malo spominja na vprašanje vojaške komisije Švejk: »Koliko je 12897 krat 13863?« Pri tem pa se morda vsi skupaj niti ne zavedamo, da je količina zakonodaje v

državi ali pa hipernormiranost E-lista samo izraz splošnega nezaupanja med ljudmi v družbi. Ministrstva ne zaupajo zdravnikom, šolnikom, sodnikom, socialnim delavcem ..., zdravniška zbornica ne zaupa specializantom, mentorjem ..., zato ob tistem prikimavanju ljudstva drug drugemu naprtimo takšne predpise, da nihče več ne more samostojno odločiti o ničemer, pač pa namesto posameznika odloči predpis. Mentor pa je pri tem samo še administrator.

Kako pa bi lahko bilo?

Vsekakor je dobro, da ima zdravniška zbornica pooblastila za izvajanje specializacij in da imenuje glavne mentorje. Slabo je, da ima specializant le malo besede pri izbiri glavnega mentorja. Predstavljam si, da bi lahko glavni mentor skupaj s specializantom vplival na potek specializacije, morda celo na dolžino. Na področju pediatrije imajo tako v sosednji Avstriji praktično vse večje bolnišnice (ne samo univerzitetne) pooblastila za izvajanje specializacije v celotnem obsegu. V praksi pa si seveda vsi specializanti prizadevajo, da del specializacije opravijo v velikih centrih. Pri tem je vloga mentorja ključna. V sistemu, kjer je vloga države (in od nje pooblaščenih institucij) vsemogočna, pa to delo namesto mentorja opravljajo skrivnostne akreditacijske komisije in pod krinko dobrobiti za neobgljenega in neukega specializanta velikokrat prevlada veliko bolj iskrena skrb za dovolj poceni delovne sile za velike klinike. Prav tako ne vidim razloga, da ne glavni mentor in ne specializant velikokrat ne moreta vplivati na izbiro neposrednega mentorja in je le-ta prepuščena vodjem služb, ki imenovanja neposrednih mentorjev in s tem povezane nagrade uporabljajo kot nekakšne majhne sinekure. Vloga neposrednega mentorja pa bi morala biti ključna pri oceni prizadevnosti specializanta in doseganja okvirnih standardov izobrazbe s posameznega področja specializacije. Vse to se lahko

beleži v E-listu zdravnika specializanta, prav tako tudi dežurstva, izobraževanja in opravljeni preskusi znanja. Morda je za specializante kirurških strok koristno, da v takšni obliki beležijo tudi opravljene operacije, nikakor pa ni smiselno beleženje ogromnega števila različnih majhnih posegov, preiskav in drugih opravil.

Kakšen položaj v družbi bomo zapustili mladim zdravnikom?

Položaj zdravnika v družbi se je v zadnjem desetletju izrazito poslabšal. Materialni pri tem še najmanj. Enostavno bi bilo trditi, da so za to krivi predvsem politika ali mediji. Morda se oboji samo trudijo ugajati ljudstvu, pa še najceneje je. Dokler so zdravniki v medijih in v zavesti ljudi predstavljeni kot krivci za čakalne vrste, pač ni nujne potrebe po finančni sanaciji zdravstva. Zdravniki si ne upamo niti pomisliti, da nas ljudje morda ne marajo več. Nekoliko smo si pri tem krivi tudi sami, nekaj pa zagotovo prispeva narodni značaj. Slovenci imamo namreč številne dobre lastnosti, med slabimi pa prevladujejo zavist z željo po uravnilovki, črnogledost z jamranjem in nesamostojnost z nerealno željo, da država poskrbi za vse naše potrebe. Tako so pričakovanja ljudi do države in njenih podsistemov malone histerična, kar se kaže tako v odnosu do zdravstva kot tudi do politike z iskanjem novega mesije na vsakokratnih volitvah.

Skozi prevladujočo neoliberalno-potrošniško paradigmo se je spremenil tudi odnos do bolezni in smrti. Slednje sploh ne dojemamo več kot sestavnega dela življenja, temveč bolj kot napako. In to ne lastnega telesa, pač pa kot napako Drugega. Zdravnik je kot krivec za smrt vedno pri roki, tudi če se trudi pomagati. V takem prepričanju mediji in ljudstvo (kar je morda vse bolj eno in isto) utrjujejo drug drugega in postavljajo lestvico pričakovanj vse više, višje kot jo medicina lahko preskoči. Danes se že malone vsaka smrt otroka dojema kot

posledica zdravniške napake, čeprav nam statistika govori ravno nasprotno. Pri umrljivosti dojenčkov in še na mnogih drugih področjih je Slovenija celo najboljša v Evropi. Takšen razkorak med realnostjo in Realnim (prosto po Lacanu) nas sili v defenzivno, drago in paranoično medicino. Vse zato, da (spet prosto po Lacanu) ne bi vznikal Dogodek.

Vpliv zdravnikov v slovenski družbi se je v zadnjih letih bistveno zmanjšal. Še pred dobrim desetletjem je bila približno desetina poslancev državnega zbora zdravnikov, politične stranke pa so kar tekmovalle pri novačenju zdravnikov za kandidatne liste na volitvah. Danes je v politiki komajda še mogoče najti kakšnega zdravnika, v državnem zboru veljajo za skorajda izumrlo vrsto, podobno je že tudi na ministrstvu za zdravje. Politična stranka, ki bi na kandidatno listo uvrstila zdravnike, pa bi upravičeno obveljala za mazohistično. Sprijaznili smo se s parolo, naj bomo zdravniki čim bolj neprodušno zaprti v ordinacijah, družbo pa naj vodijo pravniki in ekonomisti. Tudi bolnišnice in ministrstvo za zdravje. Si predstavljate, da pravosodni minister ali pa predsednik sodišča ne bi bila pravnik? Je medicina res preveč pomembna, da bi jo prepustili zdravnikom?

Pri tem pa je število zdravnikov – kongresnikov v ZDA zraslo z 2 v letu 1990 na 21 v letu 2013. Pozabljamo tudi, da so bili zdravniki pogosto avantgarda družbe. Med njimi najdemo znane literate, kot so: Anton Čehov, Mihail Bulgakov, Artur Conan Doyle, Michael Crichton, Archibald Cronin, John Keats, Friedrich von Schiller, Graham Chapman (Monty Python). Zdravnika sta bila raziskovalec Afrike David Livingstone in skladatelj Alexander Borodin. V svetovnem merilu smo zdravniki častno (in malo manj častno) zastopani med politiki: 11 % vseh podpisnikov Deklaracije o neodvisnosti ZDA je bilo zdravnikov, prav tako papež Janez XXI., Jean Paul Marat, Georges Clemenceau, Sun Yat-sen, Che Gueva-

ra, Salvador Allende, lord Owen ter več predsednikov vlad Kanade in Avstralije. Žal so bili zdravniki tudi Jovan Rašković, Radovan Karadžić in Milan Babić. Med politiki 21. stoletja so zdravniki: bivši francoski zunanji minister Bernard Kouchner, prvi predsednik pokomunistične Albanije Sali Berisha, sedanji šef Al Kaide Ayman al-Zawahiri, sirski predsednik Bašir al Asad, prejšnji predsednik mednarodnega olimpijskega komiteja Jacques Rogge, sedanja nemška ministrica za obrambo Ursula von der Leyen in prejšnja predsednica poljske vlade Eva Kopacz. Za nekatere izmed zgoraj naštetih bi bilo sicer bolje, če bi ostali pri svojem osnovnem poklicu, vendar nam seznam imen priča, da smo v svetovnem merilu zdravniki enakovredno udeleženi pri vodenju skupnosti.

Kaj lahko še storimo?

Ko bodo maske padle, lahko zdravniki brez slabe vesti zahtevamo uvedbo (simbolne) participacije za veliko večino storitev v javnem zdravstvu, pri čemer naj le-ta služi izključno omejevanju nepotrebnega povpraševanja po medicinskih storitvah. Tako zbran denar naj se uporabi za izrazito dobrodelne namene, npr. za plačilo storitev osebam brez zdravstvenega zavarovanja. Od politike namreč predloga za uvedbo participacije v zdravstvu ne gre pričakovati, ker bi ta v naših razmerah predstavljal politični samomor. Zdravniki lahko preko svoje zbornice zahtevamo tudi dekriminalizacijo zdravniške napake, ki je storjena brez namena oz. očitne malomarnosti. Pokažimo mladim zdravnikom, da smo pripadniki najstarejšega svobodnega poklica in da naporen študij v maniri avstro-ogrskega šolskega drila ni povsem otopil veččin, s katerimi bi enakovredno nastopali v širši skupnosti. Zato se zdravniki nismo vdali v usodo in ne pristajamo na tezo, da lahko družbo (sedaj pa tudi že zdravstvo) vodijo samo pravniki in ekonomisti.

Razmišljanja ob rob javne razprave o Resoluciji o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028

Prim. Anica Mikuš Kos, dr. med., Ljubljana

Najprej pohvala avtorjem resolucije. Dobili smo dokument s sodobno zasnovo zaščite duševnega zdravja. To je velika reč.

Ker sem otroška psihiatrinja, omejujem svoja razmišljanja o dokumentu in razpravi o njem na Ministrstvu za zdravje RS le na to področje. Kljub omejujočemu »le« je varovanje duševnega zdravja otrok posebej pomembno: ker so otroci prihodnost in so investicije vanje najbolj donosne (v sedanjem času je priporočljivo navesti najprej finančne argumente!); ker vemo, da se pri vsaj 50 % psihiatričnih bolnikov pojavijo prvi znaki ali predznaki duševnih motenj že v otroštvu, in predpostavljamo, da bi lahko z zdravljenjem preprečili motnje v odrasli dobi; ker ima v razvitih in mirnih državah 10–20 % otrok duševne motnje, s katerimi na različne načine obremenjujejo bližnje in širše okolje; ker v skladu z zaščito otrokovih pravic moramo zagotoviti otrokom z motnjami možnosti zdravljenja. Pa tudi, ker – kot je zapisano v dokumentu – podatki rednih zdravstvenih statistik, raziskav ter izkušnje iz prakse v Sloveniji kažejo na izrazit porast težav duševnega zdravja in nekaterih duševnih motenj, značilnih za otroško in mladostniško obdobje. In nazadnje – še neznanstven in nestrokovni argument –, da bi zmanjšali trpljenje velikega števila otrok. Trpljenje ni znanstvena kategorija, nima svojega mesta v klasifikaciji bolezni (hvala bogu) in je v moji stroki redko rabljena beseda. Ampak meni se trpljenje zdi še kako pomemben

razlog za zagotavljanje pomoči otrokom s psihičnimi težavami in bi ga postavila na prvo mesto.

Svoje poglede na temo sem že predstavila v reviji Isis (Mikuš Kos, 2017). Da se ne bi ponavljala, se bom v svojem pisanju ustavila le pri nekaterih vsebinah in perspektivah.

Najprej o nepokritosti potreb, razkoraku med potrebami in dosegljivimi viri pomoči otrokom z duševnimi stiskami in motnjami, ki bi jo kazalo v dokumentu bolj izpostaviti. Velika večina otrok s stiskami ali duševnimi motnjami ne prejema strokovne, paraprofesionalne ali kake druge institucionalne oblike pomoči ali pomoči nevladnega sektorja. V literaturi najdemo podatke, da je le kakih 20 % otrok z duševnimi motnjami porabnikov služb pomoči. Govorimo seveda o razvitem, bogatem in mirnem delu sveta. Podatki se nanašajo na otroke, ki imajo motnje, opisane v mednarodnih klasifikacijah duševnih in vedenjskih motenj, in so torej, po definicijah, na katere pristajamo, »bolniki«. Zadnja raziskava v Avstriji (Wagner in sod., 2017) je sicer bolj optimistična. Pri otrocih v starosti 10–18 let ugotavlja prevalenco duševnih motenj v času raziskave 24 %; v svojem življenju pa je imelo duševne motnje 34 % otrok. In 47,5 % otrok iz te skupine je nekoč kontaktiralo mentalnohigiensko službo. Vendar »kontaktiralo« še nikakor ne pomeni, da so prejeli ustrezno pomoč. Osip otrok, ki so porabniki služb, je zelo velik (Mikuš Kos, 2017), npr. na Nizozemskem okrog 47 %. Ne zvemo,

koliko otrok prejema pomoč v času raziskave. Avtorji ugotavljajo, da je v Avstriji večji odstotek porabnikov strokovne pomoči v primerjavi z ugotovitvami v ZDA in v evropskih državah, v katerih navajajo 20–25 % porabnikov. Zadnja velika nemška raziskava (Hintzpeter in sod., 2015) ugotavlja pri 10 % otrok v starosti 7–17 let klinično pomembne duševne motnje in med njimi jih je 29,5 % poiskalo strokovno pomoč. Tudi tukaj manjka podatek o osipu. Ta podatek je v naši stroki še kako pomemben, glede na to, da je proces terapije, obravnave – kakorkoli že poimenujemo obliko strokovne pomoči otrokom z duševnimi motnjami – dolgotrajen. In nazaj v Slovenijo: v času razprave je čakalna doba za vstop v mentalnohigiensko službo za otroke 6–12 mesecev. Prva misel, ki se utrne ob tem, je, da si težko predstavljam zdravstveno službo za obolenja tolikšnih razsežnosti (10–20 % prebivalstva), ki bi poskrbela le za 20–30 % oseb z boleznijo, kateri je služba namenjena.

Drugo vprašanje ob tem pa je, ali lahko zagotovimo dovolj strokovnjakov za 30.000–60.000 otrok – to je 10–20 % otrok v starosti 5–18 let, ki živijo v Republiki Sloveniji, za katere predpostavljamo (na osnovi primerljivih podatkov iz držav EU), da imajo motnje. Kot vidite, v množico pomoči potrebnih nisem vključila predšolskih otrok. Vsi otroci z duševnimi težavami ne potrebujejo otroških psihiatrov ali kliničnih psihologov. Potrebujejo pa neko obliko pomoči. To, kar običajno imenujemo nižjepražna pomoč, za mnoge zadošča. Danes je stopenjska obravnava – tj. prilagojenost intenziv-

nosti in specifičnosti obravnave naravi in razsežnosti problema – ena najbolj obetavnih perspektiv zagotavljanja pomoči velikemu številu otrok v stiskah in z duševnimi motnjami. Prva frontna linija so (poleg družine, seveda) institucije, službe, druge strukturirane dejavnosti (npr. športne aktivnosti), ki tvorijo otrokov vsakdan, pogojujejo psihosocialno kakovost življenja in njegove formativne izkušnje. Predvsem so to vrtci, šole in še posebej osnovne šole, ki so univerzalen sistem v državi in vsak delovni dan skozi 9 let vključujejo vse otroke. To je seveda tudi osnovno zdravstveno varstvo, ki sicer ni vsak dan prisotno v otrokovem življenju, ima pa dostop do vseh otrok in možnosti zgodnjega odkrivanja, ozaveščanja, svetovanja. Vloga osnovnega zdravstva je ustrezno prikazana v dokumentu. Prikazan je tudi pomen drugih institucionalnih prostorov. Toda sama bi vložila bolj agresiven naboj v aktiviranje varovalnih dejavnikov in človeških virov v otrokovih zunajdružinskih življenjskih sistemih, predvsem v šoli. Ne bi se zadovoljila s programi, temveč bi vgradila varovanje duševnega zdravja v sistem – v šolski kurikulum, v obvezno izobraževanje učiteljev (ne le tistih, ki jih zanima duševno zdravje), v spreminjanje psihosocialne klime in etosa šole.

Pišem predvsem o šoli zaradi njene univerzalnosti in vplivnosti. Pa tudi, ker v sedanjem času snovalci politik zaščite duševnega zdravja otrok vse bolj izpostavljajo pomen šole (Kutcher in sod., 2016; *European Joint Action on Mental Health and Wellbeing*, 2016). Že sedaj se v šolah dogaja marsikaj dobrega, vendar so to predvsem programi zoper posamične pojave, kot so uživanje drog ali vrstniško nasilje. Mentalnohigienske dejavnosti v posamični šoli so odvisne od dobre volje in energije ravnatelja, šolskih svetovalnih delavcev in posamičnih učiteljev. Šola vsebuje ogromno potencialnih varovalnih dejavnikov in procesov in razpolaga z velikanskimi človeškimi viri za pomoč

otrokom v stiskah. Med njimi so tudi šolski svetovalni delavci, katerim bi lahko dodelili in zaupali mnogo bolj pomembne vloge in funkcije, kot jih opravljajo sedaj. Slišati je, da je težko vzpostaviti sodelovanje med šolskim in zdravstvenim sistemom. Poskušajmo in še poskušajmo na ravni vlade, državnega zbora, na katerikoli ravni, le da bi delovalo! Duševno zdravje otrok je v enaki meri zadeva šole, vrtca, vas in mene, kot zadeva zdravstva. Le da ima zdravstvo nekatera posebna orodja, ki so nujna za del otrok z največjimi težavami.

Aktiviranje šole v sodobnem pojmovanju duševnega zdravja in skupnostnem pristopu nikakor ne pomeni medikalizacije različnosti otrok in vseh odklonov v razvoju, odzivanju, mišljenju, delovanju in vedenju ali spreminjanja šole v terapevtsko institucijo. Prav nasprotno – šola lahko preprečuje razraščanje problema in njegovo medikalizacijo z aktiviranjem varovalnih dejavnikov, zgodnjim odkrivanjem prvih znakov motnje in z nizkopražno pomočjo, z oblikami podpore in pomoči zunaj medicinskih služb.

V razpravi je bil večkrat omenjen pridevnik »sistemski«. Različni sistemi so lahko povzročitelji ali sopovzročitelji motenj, ali pa delujejo kot varovalni dejavniki duševnega zdravja. Vprašanje vključevanja nezdravstvenih sistemov v mrežo ali bolje v tkivo varovanja duševnega zdravja obravnava prejšnji odstavek. Podcenjevanje vloge zunajdružinskih sistemov vidim tudi v tem, da sistemski pogled – kako sistemi vplivajo na duševno zdravje, kako se z njimi boriti, kako z njimi konstruktivno sodelovati in vzpostavljati sinergije – manjka v usposabljanju strokovnjakov za duševno zdravje in strokovnjakov drugih sistemov, pomembnih za duševno zdravje otrok. V medicinske programe so vključena le znanja o sistemu družine. Kaj pa sistem šole, delovne organizacije, sistem skupnosti, sistemi državnih politik, neoliberalni sistem? Sistemski pristop bi moral biti mnogo bolj zastopan v

izobraževalnih programih. Poleg ostalega bi krepil zmogljivosti strokovnjakov za socialni aktivizem v korist duševnemu zdravju otrok. Ne mislim, da bodo strokovnjaki za duševno zdravje spremenili svet. Toda imajo vendarle neko socialno moč in moč bo porasla, če se v zagovorništvu za psihosocialno dobrobit otrok povežejo s pedagoškimi delavci, skratka z vsemi, ki po svoji poklicni vlogi vplivajo na duševno zdravje in psihosocialno dobrobit otrok.

V dokumentu so bolj mimogrede omenjeni svetovalni centri za otroke, mladostnike in starše. Vendar so svetovalni centri mentalnohigienske ustanove, ki obravnavajo največje število otrok v Sloveniji. Samo ljubljanski center obravnava letno 2400–2500 otrok, od tega 800–900 novih strank. Njihova druga prednost je, da so mnogo manj obremenjeni s stigmo kot zdravstvene ustanove. Kar je najbolj pomembno, predstavljajo *par excellence* prakso interdisciplinarnega timskega dela in povezujejo šolski in zdravstveni sistem. To je način dela, ki edini omogoča celostno obravnavo otroka. Obenem postaja dodatno aktualen v času, ko prepoznavamo pogostnost in pomen komorbidnosti duševnih motenj, učnih težav, kriminalnega vedenja. Svetovalni centri so od vseh služb za duševno zdravje otrok najtesneje povezani z najbolj univerzalno in pomembno skupnostjo otrok – z vrtcem in šolo. So najbolj napredna in skupnostnemu konceptu najbližja oblika institucij za varovanje duševnega zdravja. Nikakor ne obravnavajo le učnih težav, temveč širok razpon duševnih motenj v otroškem obdobju. O njihovi vlogi v prihodnosti bi kazalo temeljito razmisliti, da ne bi razdrli še ene oblike mentalnohigienske institucije, kot smo jih že nekaj uničili.

Za konec še refleksija, ki zadeva celotni dokument. Predložen širok in celostni pogled dokumenta, zasnovan na skupnostnih pristopih, menda sproža pomisleke ali bojazni pri nekaterih psihiatrih, ki jim pravimo »klasični psihiatri« ali »hospitalni

psihiatri«. V razpravi smo od avtorjev slišali pomirjujoče odgovore na takšne pomisleke. A ob tem sem se spomnila, da so francoski psihiatri nekoč uporabliali izraz »les grands malades mentaux« – »veliki psihiatrični bolniki« za osebe s shizofrenijo, manično-depresivno psihozo in drugimi najtežjimi psihiatričnimi obolenji. Vem, da danes ta izraz ne bi bil politično korekten. Vem tudi, da med bolniki z »velikimi« in »malimi« psihiatričnimi obolenji ni ostre razmejitve, da so razvrščeni na premici kontinuuma. In vem, da tudi bolniki z »velikimi duševnimi boleznimi« potrebujejo skupnostne pristope. A morda bi bilo z vidika ekonomskega zagotavljanja pomoči smiselno bolj izpostaviti nivojsko načelo strokovne pomoči s poudarkom na nujnosti in prednosti medicinske obravnave »velikih bolnikov«. Mimogrede – če bi jaz (ki sem velika zagovornica skupnostnih in sistemskih pristopov varovanja duševnega zdravja) ali moj otrok imela eno »velikih« psihiatričnih obolenj, bi se zatekla k psihiatru, ki najbolje pozna to bolezen in zdravila zanj, pa naj bi bil še tako hospitalni, klasični in konservativni psihiater. Specifična medicinska znanja so najbolj potrebna pri »velikih boleznih« in so prvi izbor pomoči. Zato je poleg podpornih mrež, skupnostnih oblik varovanja duševnega zdravja, nujno vlagati v najbolj specializirani del dejavnosti. Obenem pa je potrebno racionalno in

ekonomično koriščenje visoko strokovnih virov.

Morda še beseda o funkciji in vlogi najvišje specializiranih strokovnjakov: Njihovo delovanje bi moralo biti prihranjeno za osebe z najtežjimi motnjami. Del svojega službenega časa pa naj bi posvetili prenosu znanj na druge možne pomočnike ljudem s težavami – delavce v osnovnem zdravstvu, v izobraževanju. To se lahko dogaja v obliki izobraževanj, timske obravnave otrok, medsektorskega sodelovanja.

Ne vem, kako bo z varovanjem duševnega zdravja v prihodnosti. Gotovo imata kemija in elektronika odprte vse možnosti za spreminjanje naših možganov ali črevesnih bakterij, ki sodoločajo duševno zdravje. Zelo verjetno je, da bosta izrivali starinske psihoterapije oz. bodo te kot starinski hoteli, dostopne le bogatim. Kar zadeva komponente človečnosti, vključevanja, podpore, ki so osnovne sestavine pomoči človeku v tiski – ne vem, ne vem, koliko jih bodo tržni sistemi prenesli. Toda dokler smo še ljudje, nespojani z roboti in računalniki, poskušajmo vzdrževati čustveno dobrobit, ustrezno delovanje in medčloveške odnose ter vse ostale vsebine, ki tvorijo konstrukt duševnega zdravja pri čim večjem številu ljudi. Prva oseba množine velja za vse, ki lahko vplivamo na to področje človekovega bitja.

P.S.: Pravkar mi je prijatelj in kolega poslal informacijo o tem, da je

predsednik Trump prepovedal ameriškemu uradu za bolezn (The Centers for Disease Control and Prevention) rabo besed »ranljive skupine« in še nekaterih drugih za skrb za duševno zdravje pomembnih besed, med njimi »različnost«, »na znanosti temelječe«, »na dokazih osnovani«, »pravica do«.

Viri

1. CDC banned from using 7 words, including "science-based" - Vox (2017). Pridobljeno s <https://www.vox.com/2017/12/16/.../cdc-seven-words-science-transgender-fetus>
2. European Joint Action on Mental Health and Wellbeing (2016). Pridobljeno s <http://mentalhealthandwellbeing.eu>
3. Hintzpete B, Klasen F, Schön G, Voss C, Hölling H, Ravens-Sieberger U. (2015). Mental health care use among children and adolescents in Germany: results of the longitudinal BELLA study. Eur Child Adolesc Psychiatry 24: 705.
4. Kutcher S., Wei Y., Costa S., Gusmão R., Skokauskas N., Sourander A. (2016). Enhancing mental health literacy in young people. Eur Child Adolesc Psychiatry 25: 567–569
5. Mikuš Kos A. (2017). O varovanju duševnega zdravja otrok in mladostnikov – aktualna tema sedanjega časa. ISIS, marec 2017, št. 3, str. 28–32.
6. Mikuš Kos A. (2017). Duševno zdravje otrok današnjega časa. Didakta, Radovljica, 2017, 405 str.
7. Predlog za javno razpravo: Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (2017). Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, December 2017.
8. Wagner G., Zeiler M, Waldherr K., Philipp J., Truttmann S., Dür W., Janet L. (2017). Mental health problems in Austrian adolescents: a nationwide, two-stage epidemiological study applying DSM-5 criteria. Eur Child Adolesc Psychiatry.

HUMORNI PRISPEVKI ZA SISI

Kot je že tradicija, je aprilaska številka revije Isis obogatena z nekoliko obsežnejšo humorno rubriko Sisi. Čeprav se zdi pomlad in 1. april še zelo daleč, vas že zdaj vabimo, da nam v uredništvo pošiljate humorne prispevke (prozna besedila, pesmi, risbe ...).

Gradivo bomo zbirali do 10. marca na e-naslovu isis@zss-mcs.si

Vabljeni k sodelovanju!

Hud(i) pacient: varstvo samega sebe ima prednost pred varstvom pacienta

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

Grobo nasilje je na klinikah zaenkrat še obrobni pojav, vzdušje pa je občutno bolj grobo. V nekaterih štajerskih ustanovah svoje sodelavce preventivno že šolajo tako v smislu zmanjšanja napetosti kot v tehnikah samoobrambe.

Najprej dobra novica: Prvič, nasilne pacientke in nasilni pacienti so na štajerskih klinikah in v ordinacijah še vedno izjema. Npr. pri približno 400.000 ambulantnih in 81.000 stacionarnih pacientih v LKH Gradec je na leto komaj za peščico nedovoljenih dejanj s telesnimi poškodbami. Vrh tega poročajo o približno 20 primerih *near-miss*, pri katerih je bilo mogoče preprečiti nadaljnje stopnjevanje nasilja. Drugič, klinike in ostale ustanove so sodelavke in sodelavce že pripravile na takšne dogodke. Če pa kljub temu pride do nedovoljenih dejanj, se jih obravnava strokovno.

Kljub temu je v naraščajočem grobem ozračju med pacienti in medicinskim osebjem nujna jasna ničelna toleranca do nasilja. Pri pacientih gre pogosto za »hočem vse – in to takoj«. Vendar ima strežno osebje in zdravništvo pravico do čim večje varnosti na svojem delovnem mestu.

Agresivnost pogosto nastopa hkrati z alkoholizirano ali uporabo mamil. Zato do teh

pojavov neredko pride ob koncu tedna, takrat, ko je v bolnišnični ustanovi manj osebja.

Nezadovoljstvo izbruhne tudi ob sociokulturnih razlikah. Npr. ko razširjene družine obiščejo svojca, ob tem pa motijo druge bolnike v bolniški sobi. Ali protislovno ravnanje pri migrantih. Npr. če mora zdravnik preiskati žensko, sorodniki ugovarjajo. Če pa nato hoče to žensko preiskati zdravnica, sorodniki menijo, da za to ni kompetentna.

Če pa se pacient(ka) ali njegovi (njeni) spremljevalci kljub profesionalnemu vedenju medicinskega osebja odzivajo agresivno, mora biti na voljo hitra pomoč. Zato se v klinikah iz ustreznih mest (*hotspots*) lahko sproži tihi alarm, ki lahko vodi neposredno na policijo ali do varnostne službe.

Vir: AERZTE Steiermark, november 2017

Opomba: V tej številki revije sta kar dva članka posvečena naraščajoči agresivnosti pacientov proti zdravnicam in zdravnikom. Na voljo so natančna navodila za vedenje zdravnikov in strežnega osebja za »deeskalacijo« ozračja, nastalega zaradi nezadovoljstva posameznih pacientov.

Primarna oskrba: kako napredujejo PHC (Primary Health Centres)?

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

Ali je za PHC (centre primarne oskrbe) potreben zakon? Gospa Agnes Mühlgassner,

glavna urednica revije Österreichische Ärztezeitung, je bila na Dunaju moderatorica posveta

»Zdravstveno-politični forum«.

Sodelovali so Alexander Biach, Thomas Szekeres in Herwig Ostermann.

»Da«, meni univ. prof. dr. Herwig Ostermann, generalni (poslovni?) direktor GÖG (*Gesundheit Österreich GmbH*; Zdravje Avstrija, d. z o. z.):

»Zakon o PHC nam daje več možnosti in več obveznosti za doseganje boljše primarne oskrbe in njeno celovito pokritost.« Temu je ugovarjal Thomas Szekeres, predsednik avstrijske zdravniške zbornice. Za izvajanje primarne oskrbe ni potreben nikakršen zakon: »PHC Medizin Mariahilf je bil ustanovljen še pred obstojem tega zakona.« Da bi bilo to »morda« mogoče, je

priznal tudi Alexander Biach, predsednik Glavne zveze (*Hauptverbands-Vorsitzender*); zanj je to »simbolično dejanje«.

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

Opomba: Avstrijska zdravniška zbornica še vedno ostro nasprotuje potezi avstrijske socialno-demokratske stranke, po kateri primarne oskrbe naj ne bi več opravljali splošni zdravniki (*niedergelassene Ärzte*), temveč (po skandinavskem vzorcu) centri primarne oskrbe (največkrat se uporablja angleški izraz *Primary*

Health Centre, PHC). V zvezi se tem je bil pred nekaj leti v Avstriji sprejet ustrezen zakon. Ker je na posvetu na Dunaju (glej povzetek zgoraj) omenjen *PHC Medizin Mariahilf*, sem si ogledal domačo stran tega centra; glej na spletu naslov *Primary Health Care (PHC) Medizin Mariahilf*. Če prav razumem, je šlo za pilotni projekt, preoblikovanje prejšnje ustanove v novo. Prvi, na novo ustanovljeni (3. 4. 2016) in zgrajeni (15. 12. 2016) pa je *GHZ Enns* (*Gesundheitszentrum Enns*) v Zgornji Avstriji. Na domači strani je tudi dobro opisan koncept tovrstne ustanove. Priporočam ogled domačih strani obeh ustanov!!

Koroška zdravniška zbornica: prva ženska na vrhu

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

Vodilo jo je od Mödlinga prek Dunaja, Švice in Južne Afrike na Koroško – zdaj pa je kot prva ženska pri vrhu ene od deželnih zdravniških zbornic. Glede na številna gradbena mesta v koroški zdravstveni politiki se dr. Petra Preiss v prihodnjih petih letih ne bo mogla več posvečati samo srčni in žilni kirurgiji, svojemu sanjskemu poklicu.

Širši javnosti je postala dr. Petra Preiss znana leta 2014, ko je delovala v pogajalski skupini zdravnikov za povečanje plač za 30 %.

Dr. Petra Preiss je promovirala leta 1986 na Medicinski univerzi na Dunaju. Ker je takrat vladalo pomanjkanje delovnih mest za turnusne zdravnike, je – tako, kot za mnoge velja tudi dandanes – svojo srečo poskusila najti v Švici, kjer je med drugim tudi spoznala svojega soproga. Dve leti je na Univerzi Zürich delala v sklopu projektov o biologiji celice, o celičnem gradivu za endotelizacijo

plastičnih žilnih protez. Dve leti je na isti univerzi delala na anatomiji, vključno svojo doktorsko tezo. Celični material, ki ga je proučevala dr. Preiss, je izviral iz Južne Afrike in tako je kmalu pristala na kliniki za kirurgijo srca (*Groote Schuur Hospital, Cape Town*), na kateri se je prosil dr. Christian Barnard. Tu je začela objavljati svoje raziskave, npr. v *Surgery* ali *Annals of Thoracic Surgery*. Leta 1992 se je vrnila v Avstrijo, sprva na Dunaj, končno pa leta 1994 v Celovec, kjer kot *Oberärztin* dela na področju kirurgije srca in ožilja. To je njen sanjski poklic in meni, da to počne »... tako nepopisno rada (*wahnsinnig gern*)«, da ne bi počela ničesar drugega«.

Med drugim meni, da gre za neke vrste odlikovanje, da sme(!) zastopati svoje kolege, da se bo posla lotila z velikim veseljem ter mu bo namenila veliko časa. A poklic, s katerim si bo služila kruh (*Brotberuf*), še vedno

ostaja kirurgija. Tako si dr. Petra Preiss vzdržuje razkošje (lahko privoščiti luksuz), da bo, če bo treba (*»im Ernstfall«*), lahko rekla »hvala, to pa je bilo tudi vse«.

Dr. Petra Preiss »tisto malo prostega časa« najraje preživlja s svojim soprogom ter obema otrokoma, 22 let staro hčerjo, ki študira na Dunaju, in 17 let starim sinom, ki še obiskuje šolo. Pogreša, da svojih prijateljev ne more bolj pogosto povabiti na obisk. In prikrajšana je ne le pri branju, temveč tudi pri potovanjih.

Vir: *Österreichische Ärztezeitung* št. 21, 10. november 2017

Opomba: Zelo zanimiva predstavitev ženske, ki je morda osebnost. Vredna branja predvsem zato, ker bralca spomni, da si je ta kirurginja v času po promociji šest let nabirala izkušnje v tujini in se nato po osmih letih ustalila – ne v tujini, temveč v domovini.

Zdravstvena obravnava prosilcev in prosilk za mednarodno zaščito v Sloveniji¹

Lea Bombač, dr. med., UKC Ljubljana

Izr. prof. Uršula Lipovec Čebren, univ. dipl. etn. in kult. antrop.

Doc. dr. Erika Zelko, dr. med., spec. spl. med., ZD Ljubljana, Enota Bežigrad

Uvod

Besedilo predstavlja vpogled v sedanjo zdravstveno obravnavo in oskrbo prosilcev/-k za mednarodno zaščito (v nadaljevanju prosilci/-ke), pri čemer izhajamo iz znanja in izkušenj, ki smo jih pridobili v času trajanja projektnega dela »8 NGO's for migrants/ refugees' health in 11 countries« ter iz predhodnih raziskav (1, 2). Prevod prispevka v angleški, albanski, farski in arabski jezik bo pripravljen in objavljen na straneh Zdravniške zbornice Slovenije (ZZS), da bo dostopen vsem, ki bi ga potrebovali pri informiranju zainteresiranih posameznikov.

Osebe, ki so oddale prošnjo za mednarodno zaščito (azil) in čakajo na (pozitivno ali negativno) odločitev o njej, imenujemo prosilci/-ke za mednarodno zaščito.

Dostop do zdravstvenega varstva je za prosilce/-ke zelo omejen, saj nimajo vstopa v obvezno zdravstveno zavarovanje (3). Kot bo jasno iz nadaljevanja, imajo dostop le do nujne medicinske pomoči, z določenimi izjemami. Na eni strani mnogi prosilci/-ke prihajajo iz držav, kjer imajo drugače urejeno zdravstvo, zato pogosto ne razumejo in ne poznajo delovanja zdravstvenega sistema v Sloveniji (1, 2). Na drugi strani pa so zdravstveni delavci pogosto prepričani lastni iznajdljivosti ter neredko pogrešajo ustrezna usposabljanja ter tolmača ali medkulturnega mediatorja, ki bi jim pomagal premostiti kulturne in jezikovne ovire pri zdravstveni obravnavi prosilcev/-k (1, 3, 4, 5).

1. Dostop do zdravstvenega varstva za prosilce/-ke za mednarodno zaščito

Zakonska podlaga za dostop do zdravstvenega varstva (5)

V Zakonu o mednarodni zaščiti (ZMZ-1) je v 78. členu navedeno, da ima prosilec/-ka na področju sprejema pravico do nujnega zdravljenja. Dodatne brezplačne zdravstvene storitve pa so za prosilce/-ke opredeljene v 86. členu istega zakona:

»86. člen

(zdravstveno varstvo)

(1) **Nujno zdravljenje prosilcev obsega pravico do:**

1. nujne medicinske pomoči in nujnega reševalnega prevoza po odločitvi zdravnika ter pravico do nujne zobozdravstvene pomoči;
2. nujnega zdravljenja po odločitvi lečečega zdravnika, ki obsega:
 - ohranitev življenjsko pomembnih funkcij, zaustavljanje večjih krvavitev oz. preprečitev izkrvavitve;
 - preprečitev nenadnega poslabšanja zdravstvenega stanja, ki bi lahko povzročilo trajne okvare posameznih organov ali življenjskih funkcij;
 - zdravljenje šoka;
 - storitve pri kroničnih boleznih in stanjih, katerih opustitev bi neposredno in v krajšem času povzročila invalidnost,

¹ Prispevek je skrajšana in prirejena verzija članka Zdravstvena obravnava prosilcev in prosilk za mednarodno zaščito v Sloveniji. Bombač L, Lipovec Čebren U, Pistotnik S, Turk Šverko A, Trojar A, Repar Bornšek S, Sodja N, Hadžiahmetović A, Liberšar H, Zelko E. X. Zdravčevi dnevi – zbornik predavanj, 2017; str. 28–36.

druge trajne okvare zdravja ali smrt;

- zdravljenje vročinskih stanj in preprečevanje širjenja infekcije, ki bi utegnila voditi do septičnega stanja;
- zdravljenje oz. preprečevanje zastrupitev;
- zdravljenje zlomov kosti oz. zvinov ter drugih poškodb, pri katerih je nujno posredovanje zdravnika;
- zdravila s pozitivne in vmesne liste v skladu s seznamom medsebojno zamenljivih zdravil, ki so predpisana na recept za zdravljenje navedenih bolezni in stanj;

3. **zdravstvenega varstva žensk:** kontracepcijskih sredstev, prekinitve nosečnosti, zdravstvene oskrbe v nosečnosti in ob porodu.

(2) **Ranljiva oseba s posebnimi potrebami, izjemoma pa tudi drug prosilec, ima pravico do dodatnega obsega zdravstvenih storitev,** vključno s psihoterapevtsko pomočjo, ki ga odobri in določi komisija iz četrtega odstavka 83. člena tega zakona.

(3) **Mladoletni prosilci in prosilci, ki so mladoletniki brez spremstva, so upravičeni do zdravstvenega varstva v enakem obsegu kot otroci, ki so obvezno zdravstveno zavarovani kot družinski člani. V enakem obsegu so do zdravstvenega varstva upravičeni tudi šolajoči otroci po 18. letu starosti, in sicer do konca šolanja, vendar največ do dopolnjenega 26. leta starosti.**» (3)

Obvezno zdravstveno zavarovanje

Prosilci/-ke v obvezno zdravstveno zavarovanje (OZZ) niso vključeni (3). V to zavarovanje so vključene osebe, ki jim je Republika Slovenija priznala status begunca ali osebe s subsidiarno zaščito. Ob vključitvi v OZZ prejmejo kartico

OZZ, ki je enaka kot kartica državljanov. Za lažje razumevanje delovanja zdravstvenega sistema pri nas je v okviru projekta CARE nastal **Vodnik po slovenskem zdravstvenem sistemu za migrante**, izdan v letu 2016. Vsebina je v največjem obsegu namenjena beguncem/-kam, ki so pri nas dobili status. Vodnik (<http://www.nijz.si/sl/projekt-care>) je na spletu brezplačno dostopen v sedmih jezikih (6).

Dostop do zdravstvene oskrbe

Brezplačna zdravstvena oskrba je prosilcem/-kam na voljo samo v primerih nujne zdravstvene pomoči oz. po predhodni odobritvi medresorske strokovne komisije. Izjema so mladoletniki, ki so upravičeni do zdravstvenih storitev v enakem obsegu kot slovenski državljani, ženske v zvezi z reproduktivnim varstvom ter osebe, ki jim medresorska komisija odobri večji obseg zdravstvenih storitev (3). Samoplačniško imajo prosilci/-ke dostop do zdravstvene oskrbe enako kot državljani. Naj opozorimo, da v večini primerov prvih 9 mesecev prosilci/-ke nimajo možnosti dela in prejema 18 evrov žepnine mesečno, zato pogosto nimajo sredstev za plačevanje zdravstvenih storitev.

Komisija za dodatni obseg zdravstvenih storitev

Medresorsko strokovno komisijo (*Komisija za dodatni obseg zdravstvenih storitev*) sestavljajo različni člani (predstavniki nevladnih organizacij, predstavnik Ministrstva za zdravje in predstavniki Ministrstva za notranje zadeve). Na podlagi soglasja komisije so prosilci/-ke v primerih nenujnih zdravstvenih storitev upravičeni do brezplačnih dodatnih zdravstvenih storitev (npr. zdravljenj, bolnišničnega zdravljenja, diagnostičnih postopkov) (3). Za presojanje o dodatnem obsegu storitev je potrebno vložiti vlogo, na podlagi katere komisija odloči, ali bo stroške krilo

Ministrstvo za zdravje. Vloga, ki jo je potrebno nasloviti na Azilni dom v Ljubljani (Cesta v Gorice 15, Ljubljana), mora obsegati prošnjo in izvide zdravnika. Prosilec/-ka dobi odgovor na vlogo v nekaj tednih ali mesecih, zakonski rok nam ni znan. O odločitvi komisije je obveščen zaposleni v azilnem domu, ki je vodja oddelka, v katerem je prosilec/-ka nastanjen. Plačnik vseh storitev, ki jih odobri komisija, je Ministrstvo za zdravje. Ni nam znano, ali se lahko prosilec/-ka, v kolikor je prošnja s strani komisije zavrnjena, nad odločitvijo pritoži.

Napotnica in nujne napotitve

V kolikor zdravnik ob pregledu prosilca/-ke presodi, da gre za nujno zdravljenje in oseba potrebuje napotnico za nadaljnjo obravnavo, jo zdravnik označi s stopnjo nujnosti 1 (nujno). S takšno napotnico je prosilec/-ka upravičen do brezplačne nujne oskrbe pri kliničnem specialistu. V primeru hude prizadetosti mu po presoji zdravnika pripada tudi prevoz z reševalnim vozilom. Praviloma napotnice v primeru nujnega zdravljenja ni potrebno izdati (7). Napotnice naj bi veljale le za zavarovance Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). Zadostovati bi moral interni obrazec, vendar se je v praksi zaradi lažje komunikacije izdaja napotnic vseeno uveljavila. Sprejete so napotnice obeh barv s pripisom plačnika, torej Ministrstva za zdravje.

Napotnica in nenujne napotitve

V kolikor ne gre za nujno zdravljenje, zdravnik napotnico označi s stopnjo nujnosti 2 (*hitro*) ali 3 (*redno*). Takšno napotnico naslovijo zaposleni v azilnem domu skupaj s prošnjo in izvidi zdravnika na že omenjeno medresorsko strokovno komisijo, ki odloča o odobritvi plačila storitve, ki je zahtevana na napotnici. Zaposleni v azilnem domu naj bi v primeru pozitivnega odgovora s strani komisije

prosilcu pomagali poslati napotnico najbližji bolnišnici ali zdravstvenemu domu, ki to storitev nudi. O datumu za pregled oz. zdravljenje je prosilec/-ka obveščen po pošti, ki je naslovljena na izpostavo azilnega doma, kjer je prosilec/-ka nastanjen. Pomembno je, da zaposleni v azilnem domu prosilca/-ko na razumljiv način obvestijo o datumu pregleda ter lokaciji, kjer bo pregledan.

Recepti in zdravila

V primeru, da prosilec/-ka potrebuje zdravila, jih zdravnik predpiše na recept. Praviloma naj bi se izdajalo t.i. bele recepte s posebno oznako plačnika, to je Ministrstvo za zdravje (t.i. zeleni veljajo le za zavarovance ZZZS, vendar so – tako kot napotnice – v praksi sprejeti recepti obeh barv). Stroške zdravil, ki so na t.i. pozitivni ali vmesni listi, krije Ministrstvo za zdravje (3). Prosilec/-ka lahko naenkrat prejme zdravila, ki zadostujejo za največ 3 mesece. Zdravila s t.i. negativne liste mora plačati prosilec/-ka sam oz. podati prošnjo medresorski strokovni komisiji, ki bo presojala, ali bo zdravilo za prosilca/-ko brezplačno. V primeru pozitivnega odgovora glede obravnave recepta, ki vključuje zdravilo z negativne liste, ga zaposleni v azilnem domu obvestijo, prosilec/-ka pa ga prevzame v lekarni. Zaposleni v azilnem domu prosilcu/-ki dajo zdravilo na recept ali zdravilo v prosti prodaji po navodilu zdravstvenega osebja.

Pridobitev očal

Za pridobitev očal je potrebno medresorski strokovni komisiji oddati prošnjo skupaj z izvidom optika (pregled pri zdravniku specialistu oftalmologu oz. okulistu ni zahtevan). Običajno se zaposleni v azilnem domu ali strokovni delavci ene od nevladnih organizacij dogovorijo za pregled pri optiku v okolici azilnega doma, ki je pripravljen opraviti pregled brezplačno. V primeru pozitivnega odgovora komisije na prošnjo za pridobitev očal naj bi zaposleni v azilnem domu

pomagali prosilcu/-ki, da optik, pri katerem je bil pregledan, prejme potrdilo o odobritvi komisije za izdelavo očal. Optik za povrnitev stroškov izstavi račun Ministrstvu za zdravje skupaj s potrdilom komisije o odobritvi plačila.

Zdravstvena oskrba v azilnem domu

Ob podaji prošnje za mednarodno zaščito (pred izvedbo nadaljnega postopka) mora prosilec/-ka opraviti sanitarno-dezinfekcijski in preventivni zdravstveni pregled v azilnem domu (3). Izvedeta ga zdravnik in medicinska sestra pred nastanitvijo v azilnem domu ali eni od njegovih izpostav. Prvi pregled se lahko opravi tudi v Centru za tujce (v Postojni), v kolikor je bil prosilec/-ka predhodno tam nastanjen/-a. Trenutno prve preglede opravljata dva zdravnika, ki se ju ob prihodu novih prosilcev v azilni dom obvesti. Danes v azilnih domovih – razen v centralni enoti na Viču, kjer je prisotna medicinska sestra zaposlena za polni delovni čas – ni zaposlenega zdravstvenega osebja. Kadar prosilec/-ka potrebuje zdravstveno oskrbo, se s svojo težavo obrne na enega od zaposlenih v azilnem domu. Ko se prosilec/-ka obrne na zaposlenega v azilnem domu, bi moral zaposleni poklicati dogovorjeno številko zdravstvenega doma, ki je prevzel zdravstveno oskrbo prosilcev/-k (to je običajno številka dežurnega zdravnika, razen v primeru, da prosilec/-ka potrebuje ginekologa ali pediatra). Po navodilu zdravstvenega osebja iz zdravstvenega doma ravna naprej. V kolikor prosilec/-ka takoj potrebuje pregled pri zdravniku, bi ga moral opraviti še isti dan, sicer se določi termin (npr. za spremljanje nosečnosti). Pomembno je, da datum in uro pregleda zaposleni prosilcu/-ki sporoči na njemu/njej razumljiv način. Če se prosilec/-ka zdravniškega pregleda ne bo udeležil, je o tem potrebno čim prej obvestiti zaposlene v zdravstvenem domu, ki nato sprostijo termin za drugega bolnika.

Nezmožnost izbire osebnega zdravnika

Osebnega zdravnika (torej splošnega zdravnika, ginekologa ali pediatra) in zobozdravnika si prosilec/-ka po zakonu ne more izbrati (3).

Preventivni pregledi

V preventivne preglede in diagnostiko v okviru nacionalnih programov (npr. Zora, Dora, Svit) prosilci/-ke niso vabljeni. V dopisu Ministrstva za zdravje z dne 27. 7. 2014 je sicer izrecno napisano, da se vse storitve, opredeljene v Pravilniku za izvajanje preventivnega varstva na primarni ravni štejejo za obvezne oz. nujne. To argumentirajo na način, da je »cilj preventivnega zdravstvenega varstva ohranitev zdravja posameznika in s tem posredno znižanje stroškov zdravljenja« (7).

Zobozdravniška oskrba

Odrasli prosilci/-ke imajo pravico le do nujne zobozdravstvene oskrbe (3), kar vključuje izpuljenje zob, rez, predrtje. Po presoji zobozdravnika se lahko opravi tudi slikanje zob. Zdravljenje zoba in vstavljanje zobnih protez, upoštevajoč zakon, prosilcem/-kam ne pripada. Mladolletni prosilci/-ke imajo pravico do zobozdravstvene oskrbe v enakem obsegu kot osebe z obveznim zdravstvenim zavarovanjem (3).

Bolnišnično zdravljenje

Bolnišnično zdravljenje je prosilcem/-kam dostopno, v kolikor gre za nujno zdravljenje ali po predhodni odobritvi komisije. Otroke in mladostnike do 18. leta ter nosečnice se hospitalizira pod enakimi pogoji kot državljane (3). Zaželeno je, da si ob začetku bolnišničnega zdravljenja zdravstveni delavci zapišejo telefonsko številko kontaktne osebe iz azilnega doma.

2. Dostop različnih skupin prosilcev/-k za azil do zdravstvene oskrbe

Mladoletne osebe

Kot je bilo že zapisano, so mladoletni prosilci/-ke in prosilci/-ke, ki so mladoletniki brez spremstva, upravičeni do zdravstvenega varstva v enakem obsegu kot mladoletni državljani, ki imajo obvezno zdravstveno zavarovanje (3). V enakem obsegu so do zdravstvenega varstva upravičeni tudi šolajoči se otroci po 18. letu starosti, in sicer do konca šolanja, vendar največ do dopolnjenega 26. leta starosti. Pomembno pa je poudariti, da si osebne pediatri za svoje otroke prosilci/-ke ne morejo izbrati. Vsi otroci prosilcev/-k morajo biti po zakonu cepljeni po programu obveznega cepljenja otrok, enako kot velja za otroke državljanov. Za predajo podatkov (o številu nastanjenih otrok, njihovi starosti in dokazilih o cepljenju) pediatru v najbližjem zdravstvenem domu skrbi vnaprej izbrana kontaktna oseba, zaposlena v azilnem domu. Skupaj s pediatrom se dogovorijo, kako bodo organizirali sistematike preglede in cepljenje otrok. V kolikor prosilci/-ke s seboj ne prinašajo zanesljivih dokazil, da so bili cepljeni v obsegu, ki ustreza predpisom v Sloveniji, morajo biti (ponovno) cepljeni. Pri tem je pomembno poudariti dejstvo, da se – zaradi pomanjkanja dokumentov o cepljenju – zgodi, da so osebe v različnih državah cepljene večkrat zaporedoma proti isti bolezni.

Ženske

Prosilke, ki so noseče, imajo enake pravice kot noseče državljanke. Tako imajo pravico do zdravstvene oskrbe v nosečnosti (npr. ginekoloških in ultrazvočnih pregledov ter laboratorijskih preiskav) in ob porodu (3). Zaželeno je, da na preglede prinašajo materinsko knjižico, ki jo prejmejo pri

ginekologu. Enake pravice kot državljanke imajo tudi glede kontracepcijskih sredstev (npr. kontracepcijskih tablet in materničnega vložka) in prekinitve nosečnosti. Do zaključenega desetega tedna, ki se šteje od prvega dne zadnje menstrualne krvavitve, je odločitev o prekinitvi nosečnosti stvar osebne odločitve ženske, enako kot velja za državljanke. V kolikor prosilka izrazi željo po »zdravniku za ženske«, bi morali zaposleni v azilnem domu o njenih težavah ali potrebah obvestiti ginekologa, ki običajno določi termin za pregled. Zdravljenje neplodnosti po doslej veljavnem zakonu prosilcem/-kam ne pripada.

Osebe s posebnimi potrebami

Ranljiva oseba s posebnimi potrebami ima pravico do dodatnega obsega zdravstvenih storitev, vključno s psihoterapevtsko pomočjo, ki ga odobri medresorska strokovna komisija (3).

Pojem ranljiva oseba s posebnimi potrebami je zakonsko opredeljen (v 2. členu ZMZ-1) kot »mladoletnik, mladoletnik brez spremstva, invalidna oseba, starejša oseba, nosečnica, starš samohranilec z mladoletnim otrokom, žrtev trgovanja z ljudmi, oseba z motnjami v duševnem razvoju, oseba s težavami v duševnem zdravju in žrtev posilstva, mučenja ali drugih težjih oblik psihičnega, fizičnega in spolnega nasilja« (3).

3. Drugi vidiki zdravstvene oskrbe prosilcev/-k za mednarodno zaščito

Komunikacija med zdravstvenim osebjem in prosilcem/-ko

V kolikor prosilec/-ka potrebuje pregled v zdravstveni ustanovi, bolnišnično zdravljenje ali drugo zdravstveno storitev, je zaželeno, da

zaposleni v azilnem domu zagotovi tolmača ali medkulturnega mediatorja. Pomoč tolmača ali medkulturnega mediatorja je pomembna tudi v času bolnišničnega zdravljenja, saj je potrebno prosilcu/-ki na njemu/njej razumljiv način razložiti potek obravnave, podati navodila za nekatere preiskave ter ob odpustu iz bolnišnice pojasniti potek nadaljnjega zdravljenja ali spremljanja bolezni. Pravica do tolmačenja oz. prevajanja je opredeljena v 6. členu ZMZ-1, kjer je navedeno, da je pomoč tolmača zagotovljena pri sprejemu prošnje za mednarodno zaščito in osebnih razgovorih ter v drugih utemeljenih primerih po odločitvi pristojnega organa (3). Iz tega izhaja, da prosilec/-kam pravica do pomoči tolmača pri obisku zdravnika ne pripada samoumevno in brezpogojno.

Za osnovno komuniciranje s prosilci/-kami, ki ne govorijo slovenskega jezika, je uporaben *Večjezični priročnik za lažje sporazumevanje v zdravstvu*, ki je v osmih jezikih dostopen v tiskani verziji in na spletu (<http://multilingualhealth.ff.uni-lj.si>) (4).

Transport med azilnim domom in zdravstveno ustanovo

Sredstva za dostop do določenih institucij zagotavlja Ministrstvo za notranje zadeve. Navedena sredstva so npr. vozovnice za avtobus in prevozi s službenimi vozili Ministrstva za notranje zadeve. Zaposleni v azilnem domu prosilcu/-ki po zakonu ni dolžan nuditi transporta za pregled pri zdravniku, pomaga pa mu pri organizaciji transporta, da gre lahko na pregled samostojno (npr. z avtobusom, v kolikor povezava obstaja).

Za težje prizadete in v primeru, da prosilec/-ka potrebuje bolnišnično obravnavo, je zaželeno, da zaposleni organizirajo prevoz. V primeru življenjske ogroženosti transport zagotovi najbližja zdravstvena ustanova.

V kolikor zdravnik presodi, da gre za nujno zdravljenje, stroške povrne Ministrstvo za zdravje, za kar mora zdravstvena ustanova zaprositi z ustrežno dokumentacijo (Zahtevke za povračilo sredstev iz proračuna RS za nujno zdravljenje oseb, dostopen na: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/pravilniki/2010/VELJAVNO_NAVODILO_2.8.2010.doc). Stroške nenujne ali dodatne zdravstvene oskrbe krije, po predhodni odobritvi strokovne medresorske komisije, Ministrstvo za zdravje (3).

Prva stran izkaznice:

Druga stran izkaznice:

Kot je bilo že omenjeno, prosilci/-ke niso vključeni v obvezno zdravstveno zavarovanje, zato kartice ZZZS nimajo. Ob vložitvi prošnje za mednarodno zaščito prosilci/-ke

1. Lipovec Čebtron U, Keršič Svetel M, Pistotnik S. Zdravstveno marginalizirane – »ranljive« skupine: ovire v dostopu do sistema zdravstvenega varstva in v njem. In: Farkaš Lainščak J, eds. *Ocena potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle : ključni izsledki kvalitativnih raziskav in stališča strokovnih delovnih skupin*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2016. Pp. 14-25.
2. Pistotnik S, Lipovec Čebtron U. Predlogi sistemskih ukrepov za lažji dostop do zdravstvenega zavarovanja in do zdravstvenega varstva za odrinjene skupine. Neobjavljeno poročilo projekta »Skupaj za zdravje«. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2015 (Neobjavljeno poročilo projekta »Skupaj za zdravje«).
3. Zakon o mednarodni zaščiti (ZMZ-1), Uradni list RS, št. 16/17 – uradno prečiščeno besedilo. Pravilnik o pravicah prosilcev za mednarodno zaščito. Uradni list RS 2017; 67/08, 40/10 in 68/11.)
4. Farkaš Lainščak J, Lipovec Čebtron U, eds. *Standard za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi ranljivih skupin in orodje za samooценjevanje zdravstvenih ustanov*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2016.
5. Hirci N, Homar V, Jazbinšek S, Kocijančič-Pokorn N, Korošec T, Lipovec Čebtron U et al. *Večjezični priručnik za lažje sporazumevanje v zdravstvu I-IV*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete; 2017. Dosegljivo na: URL: <http://multilingualhealth.ff.uni-lj.si/>
6. Vodnik po slovenskem zdravstvenem sistemu za migrante. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016. Dosegljivo na: URL: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/health_literacy_booklet_-_slovenia_-_slovene_zs_splet.pdf.
7. Komentarji k dopisu Ministrstva za zdravje o preventivni storitvah kot obveznih storitvah, elektronsko sporočilo z dne 27. 7. 2014.

 REPUBLIKA SLOVENIJA MINISTRSTVO ZDRAVJA MINISTRY OF HEALTH	 REPUBLIKA SLOVENIJA MINISTRSTVO ZDRAVJA MINISTRY OF HEALTH
Prijava 1	
<u>ZAHTEVEK ZA POVRČILO SREDSTV IZ PRORAČUNA RS ZA NUJNO ZDRAVLJENJE OSEB</u>	
I. PODATKI O IZVAJALCU NUJNEGA ZDRAVLJENJA (izpolni izvajalec):	
a) naziv in naslov: _____	
b) urad. telefon: _____	
II. PODATKI O OSEBI (izpolni izvajalec):	
<u>1. Podatki o osebi (izpolni vse potrebne dokumente):</u>	
Primek in ime pacienta: _____	
Naslov inštalacije: _____	
Državljanstvo: _____	
Naslov zdravstvene zavarovalnice: _____	
<u>2. Status osebe (izpolni vse obvezne):</u>	
A. Državljan RS	
Oseba nujnega prebivališča ali druge osebe, ki po določilih zakona ni vključena v obvezno zavarovanje pri tej uri nastopa zdravstvenega zavarovanja	
Dokazilo: dokazilo o prebivališču glede statusa osebe na Centru za socialno delo, dokazilo o prebivališču glede obveznega zavarovanja nezavarovane osebe na ZZZS oziroma na okoliščini.	
B. Tujec	
1. Tujec iz države, s katerimi ni sklenjene mednarodne pogodbe	
Dokazilo: dokazilo o izteku ali poteku samoga, njegovih svojcev oziroma pooblašča o zdravstvenem zavarovanju tujca v državi, iz katere prihaja.	
2. Tujec, državljan tretje države, ki je udeleženo prestopil državno mejo ali tujec, državljan tretje države, ki nezakonito prebiva v državi	
Dokazilo: identifikacijski dokument (bi ga ima), izjava policista ali drug dokument, ki ga izda policija.	
3. Oseba romske narodnosti, ki ni udeležena državljan	
Dokazilo: potrdilo Helskega sveta Slovenije oziroma izjava za človekove pravice.	
4. Izbrani	
Dokazilo: potrdilo MNZ oziroma uprave enote	
5. Osebe z dovoljenjem za zdravljenje na ozemlju RS	
Dokazilo: odločba o dovoljenju zdravljenja, odločba o podaljšanju dovoljenja zdravljenja ali veljavna izjava o dovoljenju zdravljenja.	
6. Posilci za mednarodno računanje - Posilci iz azil	
Dokazilo: veljavna izjava posilca posilca za mednarodno računanje.	
C. Tujci:	
1. Tujci iz držav Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora, Švice in držav s katerimi so sklenjene bilateralne sporazumi	
Dokazilo: dokazilo o izteku ali poteku samoga, njegovih svojcev oziroma pooblašča o zdravstvenem zavarovanju tujca v državi, iz katere prihaja.	
4. Nujno zdravljenje je obvezno:	
a) zdravstvena oskrba: _____	
b) indija zdravil oziroma medicinskih pripomočkov: _____	
5. Priloge zahtevka:	
• račun, omaka zdravstvenih storitev, cena (do nivoja, ki jo prina ZZZS), • fotokopija recepta, • dokazila o izvedenem preverjanju zavarovalnega statusa osebe, • dokazila iz prejšnjih točk, • obrazec - izjava zdravstva, da gre za nujno zdravljenje.	
Zahtevek za povračilo sredstev iz proračuna RS za nujno zdravljenje oseb.	

Zaželeno je, da so vsi izvidi hranjeni pri zaposlenih v azilnem domu, saj si prosilci/-ke osebnega zdravnika, ki bi sicer hranil zdravstveno dokumentacijo, ne morejo izbrati.

pridobijo kartico prosilca za mednarodno zaščito (svetlo rumene barve). Slednja je veljaven dokument, s katerim se prosilec izkaže tudi pri dostopu do zdravstvenih storitev v zdravstvenih domovih in bolnišnicah.

Srečno 2018!

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

V letu 2017 smo se mlajši zdravniki uspeli povezati v skupino Mladi zdravniki Slovenije. Od volitev svojih predstavnikov v začetku leta 2017 do danes smo zaradi medsebojnega sodelovanja in prostovoljnega dela številnih zagretili in požrtvovalnih posameznikov ter ob podpori kolegov iz zdravniške zbornice, sindikatov Fides in Praktikum uspeli vzpostaviti delujoč sistem komuniciranja in odzivanja na aktualno problematiko.

Oblikovali smo platformo, na kateri dnevno izmenjujemo mnenja, predloge in ideje, kako bi lahko izboljšali svoj način dela. Najdete nas na elektronskem naslovu <https://www.zdravniskazbornica.si/>; imamo delujoč profil Mladi zdravniki Slovenije na Facebooku; uporabljamo Twitter. Sodelujemo v mednarodni organizaciji mladih zdravnikov European Junior Doctors – EJD. Ker se tudi mladi zdravniki staramo, za nami pa prihajajo nove generacije, vabimo vse »nove« mlade zdravnike, da se nam pridružijo. Pišete nam lahko na naslov mladi.zdravniki.slo@gmail.com. Za prijavo potrebujemo vaše ime, priimek, vrsto specializacije oz. pripravništvo, regijo in številko zdravnika.

V preteklem letu smo sodelovali v javni razpravi in pri oblikovanju predlogov glede obeh zakonov: o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravniški službi (ZZdrS) in o zdravstveni dejavnosti (ZZDej). Pomagali smo pri branju in oblikovanju dokumentov, pri čemer pa smo uspeli z uvedbo le nekaterih določil in z dokončno oblikovanimi dokumenti ministrstva za zdravje nismo zadovoljni. Aktivni smo bili pri zbiranju podpisov za referendum proti zakonu ZZDej. Hvaležni smo vsem – tudi študentom medicine – ki so bili nesebično pripravljeni pomagati pri zbiranju podpisov, ter vsem, ki so nam bili pripravljeni prisluhniti. **Žal je bilo najmanj posluha s strani predlagateljev zakona, z gospo ministrico za zdravje se nismo uspeli srečati niti enkrat. So nam pa prisluhnili nekateri novinarji in tudi javnost. Veseli smo, da so bolniki v nas prepoznali zaveznike. Upamo, da bomo z bolniki sodelovali tudi v bodoče, saj bomo**

le tako dosegli spremembe, ki bodo v dobro nas vseh.

S predlogi sodelujemo pri načrtovanju in izvajanju specializacij ter si prizadevamo za sodoben, evropsko primerljiv način izobraževanja in dela mladih zdravnikov. Želimo si, da bi bilo čez nekaj let v Sloveniji dovolj zdravnikov in da ne bi bili na samem repu Evrope glede pokritosti prebivalstva z zdravniki.

V sodelovanju s sindikatom Fides smo uspeli doseči zvišanje plač predvsem za nas, ki smo zaradi zloglasnega Zakona o uravnoteženju javnih financ (ZUJF) ostali brez napredovanj. Kljub mladostni zagnanosti in neutrudnemu delu smo se pogosto srečevali z razočaranji. Jezni in razočarani smo bili, da so nas politiki poslušali, a ne slišali. Premišljevali smo o stavki, a nam je k sreči ni bilo treba uresničiti, saj smo z nekaterimi predlogi le uspeli. Žal pa v marsičem nismo uspeli in nas čaka še veliko dela, če želimo izboljšati zdravstveni sistem za nas in naše bolnike.

Zaradi splošnega nasprotovanja zdravnikom smo javnosti želeli predstaviti tudi svoj vidik. Kaj pomeni biti zdravnik, smo predstavili v več kratkih filmčkih, ki so dostopni na spletni strani zdravniške zbornice in YouTube. Filmčki na Facebooku in YouTube so dosegli več kot 150.000 ogledov! Pri tem nam je nesebično pomagal snemalec Aljaž Bastič, za kar smo mu res hvaležni.

Podobno kot Aljaž, smo delali tudi sami: za boljši jutri nas in naših bolnikov. Vem, sliši se patetično in osladno, a brez (mladih) sanjačev in idealistov ni napredka. Zato upam, da mladi zdravniki, ki prihajajo za nami, ne pozabijo, da je boljši jutri dosegljiv tistim, ki si upajo sanjati in zberejo dovolj moči – skupnih moči, da to tudi uresničijo.

V letu 2018 vam zato Mladi zdravniki Slovenije želimo poguma in medsebojnega povezovanja – saj edino skupaj smo močnejši!

Delček iz mozaika zdravstva

Dragica Rejec Taljat, dr. med., spec. gin. in por., ZD Tolmin

Pa je pisal Nicoletti o Tolmincih, da so preprosti, da se žilavo držijo svojih šeg in navad, da krivic in žalitev ne pogoltnjejo kar tako ... da so rod puntarjev, neuglajenega vedenja, imajo pa ljubeče in čuteče srce ...

(Ivan Pregelj, Tolminci)

Namen mojega pisanja ni razpravljanje o zdravstvu, niti kritiziranje kolegov, ampak opisati lastno izkušnjo v vlogi pacientke.

Do lanske pomladi z zdravjem nisem imela težav. Takrat sem zbolela zaradi akutnih težav s hrbtenico, zaradi katerih sem bila tudi hospitalizirana in za las ušla operativnemu posegu. Pohvaliti moram kolege in zdravstvene sodelavce, ki so v tem času potrpežljivo in predano skrbeli zame. Ob odhodu iz bolnišnice sem vprašala lečečega ortopeda, katerega subspecialnost ni patologija hrbtenice, h komu naj se obrnem za dodatne napotke. Svetoval mi je kolega, ki nima koncesije. Šla sem na pregled in bila z njegovo storitvijo zelo zadovoljna, predvsem zato, ker si je vzel čas, ki ga sicer v javnem sistemu ne bi imel. Ko sem hotela obisk plačati, me je odpravil z besedami: »Ste kolegica in kolegom pregledov ne računam.« Ostala sem brez besed in niti ne vem, če sem se primerno zahvalila. V tem času so me klicali številni kolegi, mi ponujali pomoč in mi moralno stali ob strani. Zdravniku je zelo težko, kadar je bolan, ker ni navajen biti v vlogi pacienta, zato je v takih trenutkih še bolj občutljiv in ranljiv. Prav ponosna in srečna sem bila, ker sem spoznala, da kljub vsemu, kar se v javnosti dogaja z nami, še premoremo toliko srčnosti in stanovske priпадnosti.

Sledilo je obdobje fizioterapije, ki se je začelo že v bolnišnici in nadaljevalo v zdravstvenem domu, kjer sem doživela hudo razočaranje nad našim poslanstvom. Je že tako, da kadar zdravnik v manjšem kraju zboli, nehote postane pacient sorodnikov, znancev, prijateljev in celo pacientov. Vsak dan sem poslušala nasvete o tem, kdo je najboljši operater, ponujali so mi telefonske številke svojih favoritov, navajali cene, me poučevali o možnostih prehitevanja čakalnih vrst ... Nekega jutra je prišel znanec in mi pomolil listek s telefonsko številko, rekoč: »Dohtarca, pokličite ga, lahko vas tudi jaz priporočim. Mi je težko, ko vas vidim tako bolno, rad bi vam pomagal, ker ste toliko dobrega naredila za nas.«

Ostala sem brez besed. Ob doživljanju vsega tega me je bilo prvič v življenju sram, da sem zdravnica. Sklenila sem, da se teh metod ne bom posluževala; če ne bom mogla čakati na operativni poseg v legalni čakalni vrsti, bom šla samoplačniško.

Pred tremi meseci se je bolezen ponovila, v hujši obliki. Skoraj mesec dni me je bolečina tridostirikrat na noč odnesla iz postelje in se po polurni hoji umirila. Nisem mogla sedeti, problem so postale osnovne fiziološke potrebe in vse moje življenje se je začelo vrteti okrog obvladovanja bolečine. Moja zdravnica se je maksimalno trudila, jemala sem prekoračene odmerke zdravil, žal brez uspeha, še stranskih učinkov ni bilo.

Poklicala sem ortopeda, sledila je ponovna MR in neizogibno, operativni poseg, jasno, samoplačniški. Dobila sem epiduralno blokado, ki mi je ravno toliko ublažila bolečine, da se je v meni prebudil puntarski duh.

Kaj pa bi se dogajalo z menoj v primeru, da bi bila običajna pacientka?

Poklicala sem v ugledno ortopedsko ustanovo, kjer so mi dali navodila, kakšno dokumentacijo moram poslati, da se lahko vpišem v čakalno vrsto za operativni poseg. Pri tem me je zmotil t.i. vpisni list, za katerega se je izkazalo, da tudi kolegi niso vedeli, kaj točno je. Poslala sem dokumentacijo in čakala, kaj se bo zgodilo. Po nekaj dneh me je poklical sicer prijazen, a nadut ženski glas: »Sporočam vam, da se pri nas ne morete postaviti v čakalno vrsto, ker niste bili pregledani pri našem operaterju; sicer se pa že dogovarjate za samoplačniški poseg.« »Razumem,« odgovorim, »toda trenutno mi je bolje, plačujem zdravstveno zavarovanje in bi morda počakala, v kolikor bi lahko. Kaj pa moram storiti, da se lahko pri vas vpišem? Prosim, ali mi lahko razložite, kaj je s tem vpisnim listom?« »Ja, kar v ambulantno se naročite, lahko pa se naročite tudi v samoplačniško ambulantno, ki jo

imajo vsi naši ortopedi in tam boste dobili tudi vpisni list.«

Razumem, da me mora pred posegom pregledati operater, ne razumem pa, da moram začeti vse znova. Menim, da če bi bila volja, bi bila tudi pot. Pa sem zopet malo vrtela telefon in ugotovila, da bi lahko samoplačniški pregled opravila v enem tednu, dobila vpisni list in prehitela samo sebe v čakalni vrsti v javnem sistemu. Bravo!

Datum za pregled v javnem sistemu pod stopnjo nujnosti **hitro** sem prejela po treh tednih, kar ni v skladu z Zakonom o pacientovih pravicah, in to za konec marca 2018, kar pomeni več kot 130 dni čakanja. Operirana bi torej lahko bila konec leta 2018 ali v začetku 2019.

Z napisanim sem želela povedati, da je v tem zdravstvenem sistemu težko vsem, tako bolnikom kot zdravnikom, v sistemu korupcije pa sodelujemo oboji. Zdravniki imamo nemoogoče delovne pogoje, vedno manj časa za bolnike, predvsem za razlago in pogovor z njimi. Samoplačniške ambulate so dobrodošle kot dopolnilo, ne bi pa smele služiti kot koruptivna pot do operativnega posega. Normalno je, da v e-sistemu vse deluje in je pregledno, ker se vse dogodi že prej. V koruptivnem krogu sodeluje tudi ministrstvo za zdravje, ker teh nepravilnosti noče videti, in ZZS, ker mu na ta način določenih storitev ni treba plačati. Hudo mi je ob misli, da nam kolegi s takim

neetičnim ravnanjem znižujejo že tako omajan ugled.

Ob vsem napisanim ne morem mimo predavanja svetovno znanega ameriškega porodničarja, ki ga je imel na Novakovih dnevih, kjer nam je kot prvo drsnico pokazal sedem smrtnih grehov (napuh, pohlep, pohota, jeza, požrešnost, zavist, lenoba), katerih bi se morali zdravniki izogibati, da bi lahko bili v svojem poklicu spoštovani.

V tem času, ko to pišem, sem bila že operirana, opravila sem rehabilitacijo in v kratkem bom začela delati.

V kolikor mi je z napisanim vsaj pri kom uspelo izzvati neko čustveno reakcijo, je bil namen dosežen. Moj puntarski duh pa se še ni podelil in se odpravlja k plačniku zdravstvenih storitev.

Informacije o zdravstvenem stanju bolnika

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

Pred nekaj meseci so me poklicali svojci triindevetdesetletnega strica in mi povedali, da je bil stric pred nekaj dnevi sprejet v bolnišnico. Potožili so, da jih njegovo zdravstveno stanje zelo skrbi in da imajo težave pri pridobivanju informacij o njegovi bolezni. Čas za informacije je omejen na pol ure oz. od tri četrt na tretjo do petnajst minut čez tretjo uro popoldne. Lahko se jih pridobi telefonsko oz. v oseb-nem stiku z zdravnikom. V teh nekaj dneh jim je posredoval informacije o svojcu vsakokrat drug zdravnik. Dobili so vtis, da nihče od zdravnikov ni zadolžen za strica in da po nekaj dneh obravnavanja še niso razjasnili, zakaj je imel pred sprejemom v bolnišnico visoko vročino in zakaj ima hude bolečine v desni nogi.

Strica sem videla pred petimi meseci na vsakoletnem družinskem

srečanju. Duševno je bil še vedno svež in v pogovoru duhovit. Pri hoji pa je bil počasen in negotov ter se je opiral na palico. Pomislila sem, da se kar drži.

Na prošnjo svojcev sem takoj začela poizvedovati o stričevem zdravstvenem stanju. Telefonske informacije so bile nekako skope in iz njih si nisem ustvarila slike o stričevi prizadetosti. Zato sem se odpravila osebno po informacije. Prišla sem pol ure pred uradnim časom za informacije ter iskala stričevo zdravnico. Na oddelku je ni bilo. Oddelčni sestri sem se predstavila, da sem zdravnica in bolnikova sorodnica ter jo poprosila, da mi pove, kje bi lahko poiskala zdravnico. Rekla je, da je na nekem sestanku, da je nedosegljiva, a da jo bo obvestila, da sem prišla po informacije o bolniku. Podučila me je tudi,

da sem prezgodnja za informacije. Stala sem na oddelčnem hodniku in čakala. Mimo je prihitela mlada zdravnica, ki sem jo uspela ogovoriti ter povprašati, ali je morda stričeva zdravnica. Povedala mi je, da ni. Omenila sem ji, da bi rada pridobila informacije o svojem sorodniku, da sem zdravnica, da že nekaj časa čakam in da bi rada vedela, koliko časa bo še trajal sestanek, na katerem naj bi bila stričeva zdravnica. Izvedela sem, da je sestanek že končan, da iskana zdravnica sedaj piše odpustnice za bolnike ter da mi ne more povedati, kdaj bo zaključila. Podučila me je tudi, da je pisanje odpustnic vsekakor pomembno opravilo, ki ima prednost pred drugimi opravili, in da manjka še deset minut do časa, ki je določen za dajanje informacij o bolnikih. Naj pač počakam. Med čakanjem na zdravnico so mi sestre, ki so me spet vestno opozorile, da še ni ura za obiske bolnikov, dovolile, da

sem stopila do strica in si lahko ustvarila grobo mnenje, v kakšnem stanju je. Bila sem pretresena, kako je upadel. Skoraj ga nisem spoznala. Od pomladi je zelo shujšal. Začutil me je ob postelji, a me ni prepoznal. Bil je časovno in krajevno neorientiran. Ugotavljala sem, da je prišel njegov čas, kot pride za vsakega od nas.

Medtem je prišla na oddelek tudi stričeva zdravnica. Bila je prijazna. Pokazala mi je najnovejše stričeve izvide in razpravljala z menoj o načinu zdravljenja napredovale periferne aterosklerotične obliterativne angio-patije. S svoje strani sem podprla paliativno ukrepanje.

Ker me svojci niso pooblastili za dokončno odločanje o načinu zdravljenja, sva s stričevo zdravnico vzpostavili še telefonski stik s sinom, ki pa se je ob informaciji, da bi oče lahko zaradi gangrene umrl, odločil, da se izkoristijo vsa razpoložljiva zdravljenja, tudi amputacija okončine.

Predvsem sama, pa tudi stričeva zdravnica sva bili glede na splošno stanje bolnika nad sinovo odločitvijo presenečeni. Zaslutili sva njegovo stisko in morda tudi občutek krivde,

da v zadnjih mesecih ni bil dovolj tankočuten do očeta, da je podcenil znake napredovanja resne bolezni.

Ugotavljala sem, da svojci vidijo stvari drugače kot zdravniki. Od medicinske stroke je sin, kljub očetovemu stanju, pričakoval, da ga bo izboljšala, če ne pozdravila.

V naslednjih urah so svojci po medsebojnih pogovorih začeli sprejemati stričevo stanje ter odstopili od tako skrajnega zdravljenja.

Nekaj dni zatem so strica odpustili iz bolnišnice domov. Še isti dan ponoči je umrl. Svojci so si oddahnili. Priznali so, da bi bolniku težko zagotovili oskrbo na domu, ki so jim jo ob odpustu svetovali in je bila pri stričevem slabem stanju potrebna.

Medicinska stroka o vidiku oskrbe bolnika po odpustu domov ni razmišljala. Dala je ustna in pisna navodila ter s tem svoje delo opravila.

Kot sorodnica in zdravnica sem se zamislila nad obravnavanjem bolnika, ki sem ga doživela kot razosebljenega. Zmotil me je formalistično določen polurni termin za informacije svojem, na katerega so me neprestano opozarjali. Ugotavljala sem, da je

prekratek za poglobljene informacije že o enem bolniku, ki ima resnejšo bolezen, kaj šele, če mora isti zdravnik dajati informacije o več bolnikih. Lahko se pojavi hitenje in neosredinjenost zdravnika na svojce, kar so stričevi sorodniki v prvih dneh njegove obravnave zaznali in zato iskali »pomoč«.

Razosebljenost obravnavanja bolnika se je razkrila tudi ob bolnikovem odpustu. Umirajočega so poslali domov. Svojcev na možnost bližnje bolnikove smrti niso opozorili.

Verjamem, da tudi današnja medicina ni namenjena le sama sebi. Spoštljivi medsebojni stiki jo delajo človeško in prispevajo k bolj celostni obravnavi bolnikov ter občutku varnosti bolnikov, kot tudi svojcev.

Organizacijsko shemo delovanja zdravstvenih ustanov bi morali, kolikor se le da, prilagoditi delu z ljudmi. Zaposlene bi bilo treba načrtnije spodbujati k empatičnemu obnašanju do bolnikov in svojcev ter ne podpirati uveljavljanja formalizmov, ki zgradijo zid med osebjem ter obravnavanimi bolniki in njihovimi svojci.

O integrativni medicini po klubskem večeru na zbornici

Prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med., v. svet., Preddvor
eldar.gadzijev@gmail.com

Ne mislim pisati o tem, kar je bilo povedano na dobro obiskanem in tudi lepo vodenem klubskem večeru, tudi ne o sicer zanimivem razpravljanju, pač pa o tem, kar sem potem razmišljal v zvezi s t.i. integrativno, po novem imenovano tudi funkcionalno medicino oz. o tem, kar se okoli tega godi in ne godi. Predvsem se govori in le stežka se kaj zgodi.

Moja osnovna misel ob tem problemu, ki se zdi za nas skoraj

nerešljiv, je, da naša uboga politika in cmerajoča oblast nikakor nista resno zainteresirani, da bi se to področje uredilo. Ja, zakaj le, ko bi potem izgubili nekaj, s čimer lahko pozornost ljudi odvrta od resničnih problemov v tej naši podalpski deželici.

Vrsta zakonov in aktov, med njimi tudi dobrih, je bilo sprejetih, ampak vprašanje je, kako resno so jih poslanci vzeli in morda celo razumeli. Z novimi ljudmi na ministrskih stolčkih

so bile reči kaj hitro zanemarjene ali zastavljene na novo in zaznati ni bilo nikakršne smiselne in produktivne kontinuitete pri urejanju integrativne medicine in s tem zdravilstva.

Je pa pač tako, da je nam in še komu vendarle jasno, da je integrativna medicina problem javnega značaja. In zakaj naj bi naši birokrati to zaznali in se tega zavedali, ko bi potem morali ukrepati, kar bi bil zanje verjetno prehud napor. Da, našemu ministrstvu res lahko čestitamo za izredno sposobnost hitrega in uspešnega reševanja takih problemov!

Dejstvo, da je to področje v številnih evropskih državah urejeno, marsikje odlično, očitno ne zanima nikogar od odločujočih. Zanimajo pa jih razne, tudi nekatere bedaste evropske direktive, predvsem če tako ali drugače pritiskajo na državljane, in trudijo se, da bi jih izvajali zelo dosledno. Pri tem smo seveda značilno »bolj papeški od papeža«. *Sancta simplicitas!*

Da bi pa znali, na primer, povzeti zelo dobro umestitev in ureditev integrativne medicine, zdravilstva, komplementarne in alternativne medicine, kot je v Nemčiji, Avstriji in predvsem v Švici, ne, tega pa ne! Razlog je spet isti kot sicer: tudi povzeti nekaj bi bil verjetno prehud napor. Ja, pa še možnost najemanja in plačevanja veleumnih zunanjih svetovalcev bi potem odpadla.

V Evropi ne omejujejo zdravnika pri izbiri in uporabi komplementarnega zdravilstva, ker zdravniku zaupajo. Pri nas pa tega ni in to človeka razburi, saj se mu »fržmaga«. Za takim odnosom pri nas, za tako nesprejemljivo nedostojnostjo oblasti do zdravnikov vidi človek lahko še kaj več kot le ignoranco. In očitno gre še za nekaj več: naše gospe in gospodje poslanke in poslanci, ki jih je baje izvolilo ljudstvo, očitno niso sposobni v parlamentu izpeljati npr. nekega smiselnega povzemanja kakšne dobre ali koristne ureditve v drugih evropskih državah. V konkretnem primeru predvsem zaradi odnosa njih samih, politike in oblasti do zdravništva. Je že tako, dragi kolegi, da oblast ne zaupa zdravništvu in ga tudi ne spoštuje. Tak odnos nato prek medijev prenaša na ljudstvo. Pa saj so si zdravniki baje sami krivi in zato naj ljudstvo kar ima zdravniške kosti za obiranje! Ob tem naj se zamisli tudi naš lepi predsednik države, ki je s pomočjo svetovalcev spoznal in objavil, da je zdravstveni sistem najbolj potreben prevetritve. Zanima me, kdo naj bi pihal, da bi bil veter dobro usmerjen. Zanimivo je in v kontekstu zgoraj opisanega primerno, da je tudi gospod predsednik mnenja,

»da je nujno zgled poiskati v tujini, da bi ljudem omogočili kakovostno in dostopno zdravstveno oskrbo, ob tem pa tudi ohraniti dobre prakse«. Ta izjava našega lepega Pahorja pa je, na žalost ostalih oblastnikov, veter v jadra razmišljanju o povzemanju ureditve in prakse tudi v zvezi z integrativno medicino, komplemenarno medicino in zdravilstvom pri sicer nam zglednih evropskih državah.

Razmišljati o drugod po Evropi uveljavljeni terapevtski svobodi zdravnika pri nas do sedaj praktično ni bilo mogoče, saj je celo Slovensko zdravniško društvo baje zadržano do take svobode! Ampak terapevtska svoboda je vendarle del sprejemanja strokovnih odločitev, pri katerem naj bi bil po Zakonu o zdravniški službi iz leta 1999 zdravnik neodvisen. No, pa capljajmo za bolj prožno in liberalno ter s tem bolniku le bolj prijazno Evropo!

Nekdo bo zopet trdil, da so za nezaupanje in slabo spoštovanje do zdravništva krivi zdravniki sami. Odločno si upam trditi, da to ni res, kajti vem, da je pri nas mnogo odličnih, skrbnih, stroki predanih in zavzetih zdravnikov. In to mislim resno. Saj nismo toliko drugačni od Avstrijcev in naši zdravniki niso nič slabši od njihovih! Pa še prenekateri naši tam uspešno delujejo.

Za nas značilno in žal stalno prisotno pa je, da mediji, očitno pod pritiski politike in ekonomskih interesov, ves čas izpostavljajo le slabe zgodbe zdravnikov in v medicini sploh, poudarjajo slabe odnose in napake, izgube in domnevno korupcije ter s tem ustvarjajo med ljudmi odpor in nezaupanje do zdravnikov in naše medicine. Vsa čast, kako uspešni so pri tem, in upam, da jih politika in njihovi uredniki pohvalijo in morda tudi nagradijo. Povsem razumljivo je, da medicina težko dobro deluje in se razvija v takem vzdušju. To mora najbrž ustrezati ekonomiji in državi, saj medicini tako lažje odreka sredstva, ki pa so za to, da bi medicina pri nas zadihala, precej nižja, kot so

bila potrebna za sanacijo bank (in bankirjev po Evropi). Perfidno in zagotovo z namenom!

Res je še, da bi bilo nujno vzporedno urediti potrebna izobraževanja, bodisi zdravnikov ali tudi zdravilcev, in predvsem vzpostaviti možnost, da bi bolnik optimalno izkoristil znanje enih in drugih. Dejstvo je, da obstaja jo mnoga, tudi tisočletja stara znanja o zdravljenju, ki so izven klasične medicine. Le kako bi se ohranila, če ne bi bila uspešna? Pa se jih uradna medicina ja ne boji!

Dejstvo je tudi, da je v takem vzdušju pri nas vse večji razkol med klasično medicino in ostalimi načini zdravljenja, pri čemer so žrtve tega razkola predvsem in v bistvu samo bolniki. Njih tudi nihče ne vpraša, kako bi si želeli, da bi bilo to področje urejeno. Očitno tudi to nekomu ustreza. Na omenjenem srečanju so nas podučili, tiste, ki tega še nismo vedeli (upam, da nisem bil edini), da *evidence based* medicina zajema na dokazih osnovana dognanja, izkušnje zdravnikov in tudi potrebe bolnikov! Upam, da nisem kaj narobe zapisal, čeprav mi je to jasno in sprejemljivo.

Če pa vzamem v poštev dejstvo, da nismo sposobni prenesti nekega dobrega evropskega sistema izvajanja integrativne medicine, se mi vendarle vsiljuje ideja, kako bi lahko smiselno začeli urejati sožitje in sodelovanje med komplementarno in klasično medicino. Zato sprašujem naslednje:

Ali bi bilo pri nas pretežno zdravilce prositi za natančno vodenje kartotek bolnikov (baje nekateri to že vestno počno) in – prav v tem je »catch« – za sporočanje družinskemu ali lečečemu zdravniku o načinu in rezultatih zdravljenja vsakega bolnika? Če jim gre res za bolnika in ne pretežno za njegov denar, jim taka povezava z uradnim bolnikovim »klasičnim zdravnikom« ne bi smela biti problem. Jasno je, da bi moral s tem soglašati tudi družinski oz. lečeči zdravnik (na primer specialist, ki obravnava bolnika), kar pa najbrž tudi ne bi smel biti problem, če je res v našem interesu dobrobit bolnika in

nismo ljubosumni na drugačno znanje nekoga. »Zdravje in dobro počutje mojih pacientov bosta na prvem mestu,« je med ostalim zapisano v zdravniški zaobljubi, sprejeti oktobra 2017 na svetovnem kongresu zdravniške organizacije v Chicagu!

Potem bolnik ne bi skrival pred svojim zdravnikom obravnave pri zdravilcu in tudi zdravnik bi lahko presojal, ali in koliko je tako zdravljenje pripomoglo k boljšemu zdravju

bolnika, ali pa morda tudi le malo koristilo ali celo škodovalo.

Seveda bi se tako dokaj hitro izkazalo, katere metode in kateri zdravilci so uspešni in kateri, predvsem najbrž tisti, ki ne bi hoteli sodelovati na ta način, so le mazači ali šarlatani.

Najbrž je taka možnost preveč preprosta in neposredna, da bi bila zanimiva predvsem za našo ljubo oblast, morda tudi ne za kakšno od zdravniških organizacij, ki bi videle v

tem odstopanje od strogo strokovno konservativne smeri delovanja njenih članov. In zopet bi morali zaupati našim zdravnikom, kar pa za oblast očitno ni sprejemljivo in kmalu tudi za manipulirano ljudstvo ne bo, saj bi morali potem zdravnice in zdravnike spoštovati.

Ne, to pa ne! Oblast je treba spoštovati in njej zaupati, da bo rešila tudi problem integrativne medicine, pa četudi šele čez sto let!

71 izgubljenih noči

Nina Mazi, Ljubljana

Najnovejši izsledki globalne zdravstvene statistike pričajo, da ljudje na leto povprečno izgubijo okrog 71 noči – jih preživijo brez spanca, v pomanjkanju spaca ali v spalni agoniji. To predstavlja šest noči na mesec oz. 20 odstotkov mesečnega spalnega penzuma. Pomanjkanje spalne higiene, vključno z motnjami počitka in spanja, predstavlja resno in zahtevno temo – izziv za zdravnike in njihove sodelavce. Opisano področje pogosto še vedno ostaja zapostavljeno, kljub dejstvu, da kakovosten počitek in spanec pomembno pripomoreta k zdravju, mladostno-

sti, vitalnosti in dolgemu življenju, pa tudi k učinkoviti igri (težave s spanjem sicer res v manjši meri pestijo tudi najmlajše), učenju in delu – ustvarjanju materialne in nematerialne dodane vrednosti, izboljšanju kakovosti življenja in celo uspešnemu krpanju lukenj v zdravstveni blagajni.

Vir: *Psychologies Magazine* 7/17, www.health.com, *Science et Vie* 4/17

Koristno in škodljivo hkrati

Nina Mazi, Ljubljana

Zdrava – strokovno utemeljena in človeško naravnana presoja je nepogrešljiva sestavina zdravniškega poslanstva, tudi ko gre za zdravila (zdravilne substance) oz. medikamentno terapijo. Nekatera koristna se kmalu oz. prej ali slej izkažejo za škodljiva in nevarna, druga, ki pa primarno veljajo za škodljiva, se lahko naknadno izkažejo s koristnimi učinki.

Pričujoče dejstvo potrjuje tudi primer substance 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA), med laično javnostjo znane kot ilegalna droga ecstasy, ki ga je

U.S. Food and Drug Administration (FDA) nedavno potrdila kot učinkovito sredstvo za terapijo posttravmat-ske stresne motnje (PTSD). Pri registraciji novega zdravila pa so strokovnjaki FDA zadržani in oklevajo predvsem zaradi (potencialnih) možnosti zlorab ecstasyja v druge namene. Registracija pride na vrsto šele, ko jim bo uspelo uvesti učinkovite varovalke, ki bodo preprečevale zlorabe zdravila.

Viri: *FDA Report 2016/2017*, www.mayoclinic.org



Povezava kronične bolečine in kineziofobije

Eva Sajovic, dr. med., Splošna bolnišnica Celje

Dr. sc. Maja Kolarević, medicinska antropologinja, Inštitut Karakter

Prof. dr. Mojca Z. Dernovšek, dr. med., Inštitut Karakter

Uvod

Po definiciji je bolečina subjektivno doživetje, ki temelji na občutenju v ali na določenem delu telesa ter neprijetni kvaliteti različnih intenzivnosti in ima fizično ter čustveno komponento. Ljudje se na bolečinske dražljaje odzivamo s fleksornim umaknitvenim refleksom, ki izvira iz hrbtenjače, s katerim želimo preprečiti nadaljnje doživljanje neprijetnih zaznav.

Pogost razlog za obisk osebnega zdravnika so mišično-skeletne bolečine (boleč vrat, bolečine v ledvenem delu, bolečine v sklepih, bolečine v okončinah, kronično razširjena bolečina) (Main, Williams, 2003).

Kronična bolečina je eden izmed najbolj pogostih vzrokov za iskanje zdravniške pomoči. Po svetu se s kronično bolečino sreča 20–50 odstotkov pacientov v primarnem zdravstvu (Elliott et al., 1999; Gureje et al., 1998). V Evropi (Fricker, 2003) kronična bolečina prizadene približno enega od petih odraslih, v Sloveniji (Pirc, Cesar Komar, Bizilj, 2007) pa je prevalenca kronične bolečine eden na štiri odrasle Slovence, kar povzroča znatne stroške zdravstvenega varstva.

V primerjavi z evropsko študijo se Slovenija po deležu kronične bolečine uvršča s 23 % na četrto mesto za Norveško (30 %), Poljsko (27 %) in Italijo (26 %). Sledijo ji Belgija (23 %), Avstrija (21 %), Finska (19 %), Švedska in Nizozemska (18 %), Nemčija in Izrael (17 %), Danska in Švica (16 %), Francija (15 %), Irska in Velika Britanija (13 %), Španija (11 %).

Kronična bolečina je dolgotrajni problem, saj ljudje s kronično bolečino v Sloveniji trpijo povprečno 4,8 leta. Povprečno trajanje kronične bolečine v evropski raziskavi je 7 let. V Sloveniji za lajšanje kronične bolečine pacienti najpogosteje uporabljajo paracetamol in tramadol. V Evropi se zdravniki pogosteje kot v Sloveniji

odločajo za predpisovanje opioidov (šibkih in močnih).

Kako zaznavamo bolečino

Bolečino zaznavamo preko nociceptorjev, ki so odgovorni za zaznavo nevarnih in potencialno nevarnih dražljajev. Enoto za zaznavanje bolečine tvorita primarni nociceptivni nevron, ki preko živčnih končičev zazna nevaren ali potencialno nevaren dražljaj ter ga preda nevronu drugega reda v hrbtenjači. Slednji prenaša informacije o dražljajih v višje centre v retikularni formaciji, talamusu, hipotalamusu, limbičnemu sistemu ter somatosenzoričnemu korteksu. Najpomembnejša člena pri interpretaciji bolečinskih dražljajev sta talamus in somatosenzorični korteks, ki se nahaja v postcentralnem girusu in sprejema vse senzorične dražljaje. Vsak nevron nosi informacijo v določen predel somatosenzoričnega korteksa, ta pa mora nato tej informaciji pripisati pomen.

Procesi, ki se izvajajo v povezavi z bolečino, so: transdukcija (aktivacija nociceptorja), transmisija (potovanje akcijskega potenciala vzdolž aksona), modulacija (zmanjšanje transmisije) ter percepcija (pozornost, pričakovanje, interpretacija). Vse procese razen percepcije je mogoče objektivno raziskovati.

Klinični preizkusi so dokaj skopi in narejeni na živalskih modelih s preučevanjem dražljajev nociceptorjev v koži, kar pa je težko aplicirati na ljudi s kroničnimi bolečinami, kajti te izvirajo iz globlje ležečih tkiv, prav tako pa ne morejo biti narejeni, upoštevajoč psihosocialne faktorje.

Bolečina je univerzalna izkušnja. Medkulturni podatki, ki so jih antropologi zbrali med svojim terenskim delom, so pokazali, da je bolečina vsesplošna značilnost človekove izkušnje in ena od redkih univerzalnosti človeškega obstoja, ki je seveda kulturno pogojena. Kulturni dejavniki vplivajo na prepričanja, vedenje, dožemanje in čustva, zato imajo pomembne

posledice za zdravje in zdravstveno varstvo.

Način zaznavanja, izražanja in nadzorovanja bolečine je eno od naučenih vedenj, ki so, če se manifestirajo, kulturno specifična (Good, Brodwin, Good, Kleinman, 1992). To pomeni, da je stimulacija bolečinskih vlaken, ki povedo možganom, da je nekaj narobe, enaka med vsemi človeškimi bitji, medtem ko se zaznavanje in nadzor bolečine razlikuje od družbe do družbe. Kultura vpliva na obnašanje ob bolezni na več načinov, vključno z opredelitvijo, kaj se šteje za »normalno« in »nenormalno«, kaj določa vzrok bolezni, kaj vpliva na odločanje v zdravstvenih ustanovah in kaj vpliva na iskanje pomoči.

Dokaz, da kulturni dejavniki vplivajo na bolečino, je na voljo že v Angliji, kjer je bolečina najpogostejši simptom, s katerim se srečujejo zdravniki. To je razvidno iz bolniškega dopusta zaradi bolečin v hrbtenici, ki se je v Angliji dramatično povečal med letoma 1979 in 1996, kljub temu, da ni prišlo do sprememb v pogojih, ki povzročajo bolečine v hrbtu. Ta trend se je v zadnjih letih obrnil, ob čemer so raziskovalci zaključili, da so spremembe najverjetneje kulturni pojav. Hocking (1996) to pojasnjuje z namigom, da se ljudje sami spopadajo s subkliničnimi simptomi in se posvetujejo le, če se spremeni družbeno okolje in »simptomi« postanejo nevzdržni.

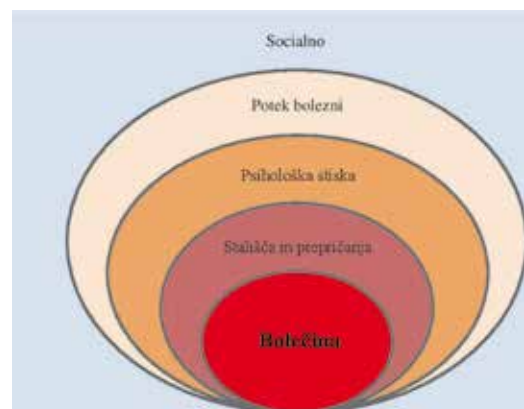
Izkušnje, učenje in kultura oblikujejo razmerje med bolečino in etnično pripadnostjo bolj kot temeljne nevrološke razlike, kajti ravno pričakovanja kulturne skupine in sprejemanje bolečine kot običajnega dela življenja določajo, ali je nekaj videti kot klinični problem, ki zahteva klinično rešitev, ali ne (Zbrowski, 1952). To ponazarja tudi raziskava med avstralskimi aborigini. Kljub temu, da je ena tretjina moških in polovica žensk poročala o bolečini v hrbtenici, niso menili, da gre za zdravstveno težavo, in posledično niso navajali teh simptomov (razen če so bili vprašani), izražali bolečine ali iskali zdravniške

pomoči (Honeyman, Jacobs, 1996). Druga študija iz podeželskega dela Nepala je ugotovila, da beležijo pogoste bolečine v hrbtenici in kljub temu, da so bili na voljo medicinski pripomočki, praktično nihče ni iskal pomoči. V tem primeru se zdi, da simptomi bolečine v hrbtu niso bili prepoznani kot zdravstvena težava, temveč kot del procesa staranja (Anderson, 1994).

Literatura, ki jo je pregledal Bonham (2001), prikazuje neenakost pri zdravljenju bolečine na podlagi pacientove rase ali etnične pripadnosti in zaključuje, da gre razlike pripisati stereotipnim dojemanjem rase in etnične pripadnosti, jezikovnim oviram, socialno-ekonomskemu stanju, komunikaciji med zdravnikom in pacientom ter klinični oceni bolečin. Te razlike potrjujejo tudi Carey in Garrett (2003), ki sta ugotovila, da so pri temnopoltih pacientih zabeležili hujšo invalidnost, merjeno z vprašalnikom invalidnosti Rolanda Morrisa, in višjo stopnjo bolečine na 10-stopnjski lestvici v primerjavi z belopolnimi pacienti. Kljub temu so njihovi zdravniki menili, da imajo temnopolti pacienti manj degeneracij medvretenčnih ploščic in da imajo manj bolečine kot belopolni pacienti.

Po Porterju in ostalih lahko zaznavanje bolečine razdelimo na štiri komponente (Porter et al., 1999: 130):

- **Nocicepcija ali reakcija na ravni čutil:** zaznavanje poškodbe tkiva z receptorji za bolečino in pripadajočimi deli živčevja – npr. ko se urežemo.
- **Izkušnja občutenja bolečine:** občutenje bolečine kot reakcija na ureznino.
- **Čustveni odziv na bolečino:** čustvena reakcija na občutek bolečine – npr. po ureznini se počutimo depresivno in tesnobno v odgovor na kronično bolečino.
- **Vedenjske reakcije na bolečino:** npr. po ureznini si obvezujemo roko, jokamo, pestujemo poškodovano roko, se pritožujemo ali agresivno reagiramo. Pri kronični bolečini ljudje iščejo



Slika 1. Biopsihosocialni model doživljanja bolečine in dejavniki, ki vplivajo na doživljanje bolečine.

Vir: Waddell, G. (1998): The back pain revolution, Edinburgh: Churchill Livingstone.

izhod na različne načine.

To pomeni, da posameznikovo duševno stanje lahko vpliva tako na občutenje bolečine kot tudi na čustven in vedenjski odziv. Na odzivanje na bolečino vplivajo posameznikove izkušnje ter kulturno in socialno okolje (slika 1).

Razdelitev bolečine

Bolečino delimo glede na različne kriterije v več skupin:

- Glede na nastanek ločimo nociceptivno, ki je posledica vzdraženja nociceptorjev, nevropatsko, ki je posledica abnormalnosti v živčnem sistemu, in psihogeno, pri kateri ne moremo odkriti telesnega vzroka.
- Glede na lokalizacijo ločimo somatsko, ki izvira iz kožnih, tkivnih ali mišičnih nociceptorjev, in visceralno, ki izvira iz notranjih organov.
- Glede na fiziologijo poznamo fiziološko bolečino, ki ima zaščitno vlogo, ter patološko bolečino, ki je posledica poškodbe tkiva in ni skladna z obsegom le-te.
- Glede na trajanje ločimo akutno bolečino, ki se pojavi ob poškodbi tkiva in izzveni, ko se tkivo obnovi in vnetje pomiri, ter kronično, ki je dolgotrajna in ni več odvisna od

poškodbe tkiva, temveč od sprememb v živčnem sistemu.

Kontrakcija mišic

Aktivnost nociceptorjev povzroči daljšo mišično kontrakcijo. V okončinah kontrakcija povzroči fleksijo zaradi primitivnega umaknitvenega refleksa. Ta kontrakcija naj bi igrala pomembno vlogo pri klinično pomembni bolečini.

Pri bolnikih z vztrajajočo bolečino velikokrat najdemo področja palpatorno občutljivih mišic. Če jih lokalno blokiramo, bolniku olajšamo bolečine. Mehanizem ni znan, a ravno te »trigger pressure« točke so velikokrat razlog za vztrajajočo bolečino.

Livingstonov kruti krog bolečine narekuje, da se skupaj z dražljajem, ki poškoduje tkivo in aktivira nociceptorje, aktivirajo tudi sekundarni procesi, ki niso povezani s poškodbo tkiv, in le-ti so odgovorni za vztrajanje bolečine. Boleče poškodbe aktivirajo dodatne fokuse nociceptivnih dražljajev, ki so neodvisni od dejanskega mesta poškodbe. V perifernih tkivih se sproščajo nevrotransmiterji, ki senzitivirajo nociceptorje, zato neboleč dražljaj postane boleč. Nociceptorji pa sami sproščajo snovi, kot je npr. substanca P. Pride do vazodilatacije, edema, sproščanja senzitivirajočih snovi iz neživčnih celic. Vse to prispeva k podaljšanju trajanja bolečine. Livingston je bil prvi, ki je leta 1943 poudaril klinično pomembnost teh pozitivnih povratnih zank. Dognal je, da bolečina povzroči mišično kontrakcijo in aktivacijo simpatičnega živčevja, kar posledično aktivira nociceptorje, kar ponovno povzroči mišično kontrakcijo in aktivacijo simpatičnega živčevja. Ta krog se nato ponavlja.

Kako akutna bolečina preraste v kronično

Ponavljajoča se nociceptivna stimulacija se lahko kaže v podaljšanem vnetnem procesu preko aktivaci-

je limfocitov in sproščanja TNF-alfa, IL-1, IL-6 in IL-1beta ter drugih vnetnih mediatorjev in vodi v številne spremembe v izražanju genov in proteinov v gangliju zadnje korenine ter nevronih zadnjega roga hrbtenjače. Temu v prid govori olajšanje bolečine po aplikaciji antagonistov vnetnih citokinov. Najbolj očitno je zvišanje v mRNA-kodiranju za produkcijo različnih receptorjev in ionskih kanalčkov, kot sta kanalček Na⁺ in kanalček TRPV-1.

Kronično vnetje vodi v serijo sprememb na periferiji v smislu **periferne senzitivacije**:

- zmanjšana sta prag vzdraženosti primarnih aferentnih nociceptorjev in fosforilacija protein kinaze A in C,
- nastane aktivacija receptorjev TRPV-1 in up-regulacije napetostnih kanalčkov Na⁺,
- poveča se nastajanje substance P ter CGRP (*calcitonin gene-related peptide*) na periferiji in v hrbtenjači,
- nastane hiperekscitabilnost membran nevronov.

Večinoma se periferna hipersenzitivnost po umiritvi vnetja vrne v normalno stanje. V določenih primerih pa pride do dalj časa trajajoče bolečine, katere namen ni več zaščitna funkcija. Takrat rečemo, da bolečina postane kronična. Periferna hipersenzitivnost se ne povrne na normalno, temveč posredno vpliva na začetek **centralne senzitivacije**, to je senzitivacije nevronov v hrbtenjači, kjer so ključni NMDA-receptorji:

- Receptor NMDA se aktivira, ko se na receptor NK-1 veže substanca P.
- Sledi aktivacija protein kinaze C, ki privede do odstranitve Mg²⁺ z NMDA-receptorja, ki je med akutno fazo bolečinskega dražljaja neaktiven, ker je blokiran z Mg²⁺.
- Na vezavno mesto, kjer je bil prej vezan Mg²⁺, se sedaj veže glutamat. Pride do vdora Ca²⁺ v celico, kar povzroči zvišan občutek bolečine.
- To vodi v *wind-up* fenomen, ki je

eden glavnih dejavnikov pri nastanku trdovratne bolečine.

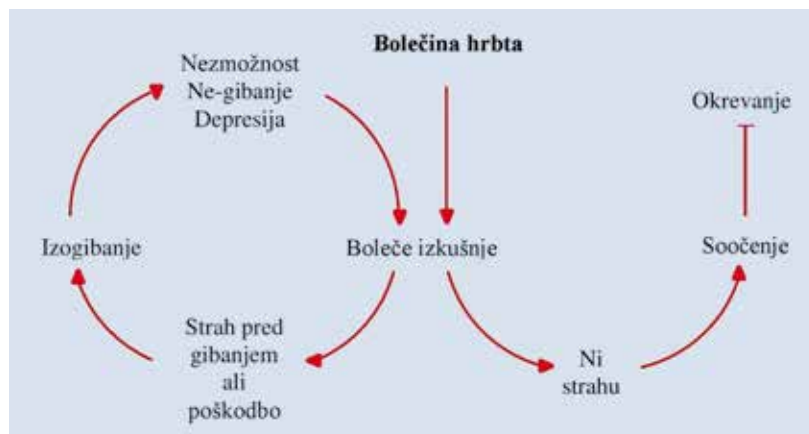
Kronična bolečina ni zgolj dalj časa trajajoča akutna bolečina, ampak se spremeni fiziologija na ravni telesa in možganov. Signal, ki pride v hrbtenjačo ali v možgane s periferije, je močnejši in daljši, saj so vključeni receptorji, ki so drugače speči na post-sinaptičnih končičih. Akcijski potencial je večji, dogaja se brez stimulusa in proži z višjo frekvenco.

Kronična bolečina in kineziofobija

Način soočanja in spoprijemanja z bolečino vpliva na izid epizode. Strah pred gibanjem in ponovno poškodbo je mejnik, kjer odvisno od odziva nekateri okrevaljo, medtem ko drugi razvijejo kronično bolečino in dodatne oviranosti ter nezmožnost. Roland (Roland et al., 2002) slikovito pove: Obstajata dve vrsti trpečih ljudi. Tisti, ki se izogibajo aktivnemu reševanju težav (»žrtve«), in tisti, ki se s težavo spoprimejo (»borci«) (slika 2).

»Žrtev« se ustraši bolečine in je zaskrbljena glede prihodnosti, se spopada z disfunkcionalnimi mislimi (»Če se bom izpostavljaj naporu, bom zopet dobil bolečine. Nihče mi ne bo pomagal. Brez pomoči bom umrl. Če grem nazaj na delo, se bo vse to res zgodilo.«). Žrtev je prepričana, da bolečina vedno pomeni dodatno poslabšanje stanja, kar ne drži. »Žrtev« veliko počiva in čaka, da se bo stanje izboljšalo, ter se izogiba vsem vrstam gibanja, delu ipd. Na drugi strani »borec« ve, da bo bolečina prenehala, in se ne boji prihodnosti. Živi naprej čim bolj normalno, običajno življenje in se z bolečino sooča na pozitiven način, z ohranjanjem lastne aktivnosti in ostajanjem v službi.

Manjšina pacientov postane ob kronični bolečini izrazito nezmožna in potrebuje podrobno obravnavo težave, ki se je nacepila na kronično bolečino. Mnenja, ali gre za novo fobijo moderne dobe – fobijo pred



Slika 2. Učinki soočanja ali izogibanja bolečini na izid epizode bolečin v križu.

Vir: Vlaeyen, J.W.S. et al (1995): The role of fear of movement/(re)injury in pain disability. *J Occup Rehabil*; 5:235–52.

gibanjem, zato ker gibanje povzroča bolečino, so med strokovnjaki deljena.

Tisti, ki zagovarjajo obstoj kineziofobije, menijo, da ima le-ta vse lastnosti fobije:

- Po principu klasičnega pogojevanja je nastala povezava med bolečino in gibanjem.
- Instrumentalno pogojevanje vzdržuje strah pred gibanjem in težave samo še povečuje. To pomeni, da zahteva po gibanju dvigne tesnobo, sledi izogibanje (negibanje) in tesnoba pade. Padec tesnobe je zelo velika nagrada. Če vedenju sledi nagrada, se bo količina tega vedenja povečevala (še več izogibanja).
- Postopno soočanje s strahom ob gibanju in zmanjševanje tesnobe ob dobrih ali vsaj nevtralnih izkušnjah zmanjšuje nelagodje in strah ob gibanju, s tem pa se postopno zmanjšuje duševno trpljenje ob bolečini.
- Gibanje izboljšuje psihofizično kondicijo in sprošča, s tem pa se izboljšuje tudi razpoloženje, zato je trpljenje ob kronični bolečini manjše.

Tisti, ki nasprotujejo ideji, da gre lahko za kineziofobijo, pa menijo, da

za opredelitev fobije manjka visoka stopnja tesnobe, ki se lahko stopnjuje do panike. Temu prvi oporekajo, da do visokih stopenj tesnobe in panike sploh ne more priti, ker je izogibanje tako zelo obsežno.

Ne glede na to, ali se strinjamo, da kineziofobija obstaja, ali ne, pa večina strokovnjakov meni, da je kognitivno-vedenjski pristop pri kronični bolečini učinkovitejši in da vpliva na psihološke dejavnike nezmožnosti ob kronični bolečini: visoka stopnja stiske, napačno razumevanje bolečine in njenih vplivov in izogibanje aktivnostim, povezanim s strahom, da bodo bolečino poslabšale (Main, Williams, 2003).

Viri

1. Anderson, R.T. (1994): An orthopaedic ethnography in rural Nepal. *Med Anthropol*; 8:46–59.
2. Bonham, V.L. (2001): Race, ethnicity, and pain treatment: striving to understand the causes and solutions to the disparities in pain treatment. *J Law Med Ethics*; 29: 52–68.
3. Brihaye J, Loew F, Pia H. Pain: A Medical and Anthropological Challenge. New York: Springer-Verlag; 1987.
4. Carey, T.S., Garrett, J.M. (2003): The relation of race to outcomes and the use of health care services for acute low back pain. *Spine*; 28: 390–394.
5. Elliott AM, Smith BH, Penny KI, et al. The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet* 1999; 354:1248.
6. Fricker, J. (2003): Pain in Europe: a report. Available from: http://www.paineurope.com/files/PainInEuropeSurvey_2.pdf.
7. Good MJD, Brodwin PE, Good BJ, Kleinman A, editors. Pain as a Human Experience: An Anthropological Perspective. Berkeley: University of California Press; 1992.
8. Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R. Persistent pain and well-being: a World Health Organization Study in Primary Care. *JAMA* 1998; 280:147.
9. Hocking, B. (1996): Some social and cultural anthropological aspects of musculoskeletal disorders as exemplified by the Telecom Australia RSI epidemic. In: Moon SD, Sauter SL, editors. (Eds). Beyond biomechanics: psychosocial aspects of musculoskeletal disorders in office work. London: Taylor Francis; p.145–158.
10. Honeyman, P.T., Jacobs, E.A. (1996): Effects of culture on back pain in Australian aboriginals. *Spine*; 1: 41–43.
11. Kleinman A. Social Origins of Distress and Disease. New Haven: Yale University Press; 1986.
12. Kleinman A. The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition. New York: Basic Books; 1988.
13. Kleinman A. Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience. New York: Free Press; 1988.
14. Main, C.J. and Spanswick, C.C. (2000): Pain management: an interdisciplinary approach, Edinburgh: Churchill-Livingstone.
15. Main, C.J., Williams, A.C. (2003): Musculoskeletal pain. V, ABC of psychological medicine, BMJ Publishing Group, str. 37–40.
16. Osterweis M, Kleinman A, Mechanic D, editors. Pain and Disability: Clinical, Behavioral, and Public Policy Perspectives. Washington, DC: National Academy Press; 1987.
17. Pirc J., Cesar Komar M., Bizilj S. 2007. Kronična bolečina v Sloveniji: poročilo o prevalenci kronične bolečine in primerjava z evropskimi podatki. Slovensko združenje za zdravljenje bolečine.
18. Porter et al. (1999):
19. Roland M, Waddell G, Klaber-Moffett J, Burton AK, Main CJ. (2002): *The back book*. 2nd ed. Norwich: Stationery Office.
20. Vlaeyen, J.W.S. et al (1995): The role of fear of movement/(re)injury in pain disability. *J Occup Rehabil*; 5:235–52.
21. Waddell, G. (1998): The back pain revolution, Edinburgh: Churchill Livingstone.
22. Zbrowski, M. (1952): Cultural components in response to pain. *J Soc Issues*; 8:16–30.

Dan brezplačnega anonimnega testiranja na okužbe z virusom hepatitisa B, C in HIV v Splošni bolnišnici Celje

Dr. Tanja Selič Kurinčič, dr. med., SB Celje

V Splošni bolnišnici Celje smo po več letih ponovno organizirali brezplačno anonimno testiranje na okužbe z virusom hepatitisa B (HBV), virusom hepatitisa C (HCV) in virusom človeške imunske pomanjkljivosti (HIV).

Aprila 2017 je Svetovna zdravstvena organizacija objavila, da je smrtnost zaradi virusnega hepatitisa presegla smrtnost zaradi okužbe s HIV. Zaskrbljujoče je, da narašča število smrti zaradi virusnega hepatitisa, medtem ko smrtnost zaradi virusa HIV na svetovni ravni upada. Po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje imamo v Sloveniji v zadnjih petih letih (2012–2016) med 44 in 56 novoodkritih obolelih s HIV na leto. Najbolj izpostavljena skupina za okužbo s HIV so moški, ki imajo spolne odnose z moškimi. V istem obdobju je bilo na leto prijavljenih med 58 in 108 bolnikov s kroničnim hepatitisom C ter med 22 in 32 bolnikov s kroničnim hepatitisom B.

HBV in HCV se prenašata preko okužene krvi oz. z drugimi telesnimi tekočinami. Najpogostejši način prenosa HCV je parenteralni z okuženo krvjo med intravenskimi uživalci drog in je vzrok za več kot 40 % vseh okuženih v razvitem svetu. Do prenosa virusa lahko pride tudi ob menjavi pribora pri njuhanju drog, neprofesionalni tetovaži ali neprofesionalnem prebadanju kože oz. sluznic. Le redko se HCV prenese z nezaščitnimi spolnimi odnosi (v monogamnih partnerskih zvezah je bila prevalenca okužbe pod 0,07 %), medtem ko je tveganje za prenos okužbe HBV pri

spolnem odnosu z okuženo osebo ocenjeno na 30 do 40 %. Redko pride do prenosa HCV z okužene matere na otroka (ocenjeno tveganje za prenos med 5 in 6 %). Povsem drugače je pri nosečnicah, ki so HBs-antigen pozitivne, kjer je ocenjeno tveganje za prenos okužbe na otroka pri nosilkah HBe-antigena med 70 in 90 % ter med 5 in 20 % pri HBe-antigen negativnih. Zato je v teh primerih ključna ustrezna zaščita otroka (najbolje v roku 12 ur po porodu) z ustreznim cepivom kot tudi imunoglobulini. Z aktivno in pasivno zaščito tako preprečimo večino okužb pri novorojencih, rojenih HBs-antigen pozitivnim materam.

Prenos virusa s transfuzijo krvi ali komponent krvi je vse manj pomemben dejavnik tveganja, saj so po podatkih Zavoda republike Slovenije za transfuzijsko medicino že leta 1970 uvedli testiranje krvi na HBs-antigen, leta 1985 na prisotnost protiteles anti-HIV in leta 1993 so začeli določevati protitelesa anti-HCV. Od leta 2000 pa testirajo vse krvodajalce na prisotnost HCV RNK z metodo pomnoževanja nukleinskih kislin (angl. *Nucleic Acid Amplification Testing* – NAT), leta 2007 so dodatno uvedli še testiranje na HBV DNK in HIV RNK. Ostaja pa prejetje transfuzije pred letom 1993 pomemben podatek, ki nas mora opomniti, da opravimo testiranje na HCV. Kljub natančno raziskanim okoliščinam ostane pri 10 do 30 % bolnikov način okužbe nepojasnen.

Kronična okužba s HBV in HCV pri večini bolnikov poteka tiho, brez

bolezenskih znakov leta, lahko celo več desetletij. In prav zaradi povsem neznačilne klinične slike je odkritje okužbe pogosto povsem naključno. Pri osnovnem biokemijskem pregledu krvi so značilna nihanja ravni jetrnih encimov (alanin aminotranferaze), od normalnih vrednosti do nekajkratnega povišanja. Ker je bolezen dolgo klinično nezaznavna, se lahko razkrije šele ob nastopu jetrne dekompenzacije (zlatenica, ascites, krvavitve iz varic, hepatorenalni sindrom, jetrna encefalopatija) ali pojava jetrnoceličnega karcinoma.

Pomembno je poudariti, da lahko ima do dve tretjini kronično okuženih s HCV pridružene številne zunajjetrne manifestacije, kot so limfoproliferativna obolenja (mešana krioglobulinemija, monoklonalna gamopatija, B-celični limfom), kožna obolenja (lichen planus, pozna kožna porfirija), različna avtoimunska obolenja (avtoimunski hepatitis, avtoimunski tiroiditis, Sjögrenov sindrom oz. sicca sindrom, idiopatska trombocitopenična purpura), večje tveganje imajo za razvoj sladkorne bolezni in kardiovaskularnih bolezni, pojavljajo pa se lahko tudi kognitivne motnje, motnje razpoloženja, bolečine v sklepih in mišicah ter izrazita utrujenost.

V zadnjih letih se je bistveno spremenila obravnava bolnikov s kroničnim hepatitisom C. Za oceno prizadetosti jetrnega tkiva se poslužujemo posrednih neinvazivnih ultrazvočnih metod, t.i. elastometrije, jetrno biopsijo opravljamo le pri sumu na sočasno drugo etiologijo bolezni. Največji napredek pa se je zgodil pri zdravljenju kroničnega hepatitisa C, saj imamo v Sloveniji od konca leta

2013 na voljo nova, na virus neposredno delujoča zdravila. Glavna prednost novih učinkovin je izrazito visoka uspešnost zdravljenja, ki se približuje 100 %. V kolikor bolnik tri do šest mesecev po zaključenem zdravljenju nima prisotne plazemske viremije, govorimo o ozdravitvi hepatitisa C (op. kljub ozdravitvi ostanejo protitelesa anti-HCV prisotna vse življenje). Poleg izredne učinkovitosti so to peroralna zdravila z malo stranskimi učinki, pomembno se je skrajšal tudi čas zdravljenja (trenutno med 8 in 16 tedni). Edina večja slabost so številne interakcije z drugimi zdravili.

V letu 2015 je prof. dr. Mojca Matičič, dr. med., s sodelavci objavila zelo zanimive izsledke matematične projekcije, ki je pokazala, da bomo v Sloveniji v primeru povečanega števila novoodkritih kot tudi zdravljenih s kroničnim hepatitisom C imeli leta 2030 90 % manj okuženih s HCV, 85 % manj bo jetrnoceličnega raka zaradi kroničnega hepatitisa C in kar 80 % manj smrti zaradi hepatitisa C. Govorimo o tako imenovani eliminaciji kroničnega hepatitisa, kar je izjemen dosežek pri zdravljenju kroničnih infekcijskih bolezni.

Slovenija pa žanje uspehe tudi na področju obvladovanja okužbe s HBV, saj se že pomembno pozna vpliv tako obveznega cepljenja proti hepatitisu B kot uvedbe ostalih nacionalnih ukrepov (rutinsko testiranje vseh nosečnic na prisotnost HBs-antigena).

Glavno težavo v Sloveniji trenutno predstavlja nezadostno prepoznana okužba s HCV in HBV kot tudi HIV, zato smo se odločili, da tudi v Celju ponudimo brezplačno testiranje na omenjene virusne povzročitelje. Testiranje je potekalo 1. decembra 2017 na Oddelku za infekcijske bolezni in vročinska stanja. Testiranje je bilo na voljo že v zgodnjih jutranjih urah (med 6.30 in 8.30) ter v popoldanskem času med 15. in 18. uro. Ker smo tesno sodelovali z Oddelkom za laboratorijsko medicino Splošne bolnišnice Celje pod vodstvom mag. Štefke Krivec, mag. farm., so bili izvidi preiskav na voljo že isti dan v popoldanskem času. Dogodek je bil tudi dobro oglaševalsko podprt, za kar je v večji meri poskrbela ga. Danijela Gorišek, vodja službe za odnose z javnostmi v Splošni bolnišnici Celje. Novica o testiranju je bila objavljena tako v tiskanih medijih, na internetnih

straneh kot tudi v kratki radijski izjavi na Radiu Slovenija. Zglasilo se je kar 80 ljudi, polovica jih je prišla že v jutranjih urah. Največ jih je prišlo iz celjske regije, posamezniki pa tudi iz Ljubljane in mariborskega okoliša. Približno polovica testiranih ni navajala posebnega dejavnika tveganja za okužbo, veliko jih je prišlo zaradi tveganih spolnih odnosov v preteklosti in približno desetina po opravljeni tetovaži. Vsak je bil deležen pogovora z zdravnikom pred testiranjem o dejavnih tveganja za okužbo, kot tudi zdravniškega svetovanja po prejetju izvidov. Pri nobenem od testiranih nismo potrdili okužbe s HIV, eden je imel prisotna protitelesa anti-HCV (pričakovano po že uspešnem zdravljenju kroničnega hepatitisa C), pri treh testiranih smo potrdili najverjetnejše okultno okužbo s HBV (prisotnost anti-HBc, negativen HBs-antigen). Vse smo povabili na nadaljnjo obravnavo v našo specialistično ambulanto.

Z odzivom na testiranje smo bili zelo zadovoljni. S to akcijo smo tudi dokazali, da je brezplačno anonimno testiranje v naši regije potrebno in prav zaradi tega že načrtujemo podobne dogodke.

Osnove pisanja znanstvenoraziskovalnega članka

Prof. dr. Janez Preželj, dr. med., v. svet., Ljubljana

Znanstvenoraziskovalno delo predstavlja različno velik delež zdravnikove dejavnosti in je tudi pogoj za doseganje akademskih naslovov in za fakultetno delo. O osnovah znanstvenoraziskovalnega dela izvemo nekaj že v dodiplomskem študiju, več v okviru podiplomskega študija. Čeprav predstavlja publikacija zadnji člen v fazi znanstvenoraziskovalnega dela (1), pa je v bistvu »pika na i« celotnega

znanstvenoraziskovalnega dela. Rezultati znanstvenoraziskovalnega dela se izničijo, če jih ne predamo v obliki, dosegljivi ciljni populaciji (porabnikom), ali kot je zapisal Wilson: »*Results unpublished are little better than those never achieved*« (2).

Članek v mednarodno priznani reviji še vedno predstavlja temelj za vključevanje naših dosežkov v svetovno kroženje biomedicinskih informa-

cij. Med vzroki za zavrnitev članka je na visokem mestu »careless preparation of manuscript« (3) in enako je tudi pri vzrokih za sprejem članka na visokem mestu »an understandable and well written manuscript« (4). In ravno s področja oblikovanja te »pike na i« našega znanstvenoraziskovalnega dela dobimo v primerjavi z ostalimi fazami znanstvenoraziskovalnega dela premalo informacij med do- in podiplomskim študijem. Problem je toliko večji, ker se »pravila« lepega pisanja za področje beletristike, s katerimi se

vsaj delno seznanjamo v srednjih šolah, močno razlikujejo od tistih, ki jih moramo upoštevati pri pisanju znanstvenoraziskovalnih člankov. Kolegi naše ali sorodnih strok, ki so jim naše informacije namenjene, redko prebirajo članke v strogo rezerviranem času ali v času največje koncentracije in miru, pač pa jih »preletavajo« v kratkih minutah med dvema zadolžitvama, pred spanjem po napornem dnevu, skratka v stanjih, ki jih Anglosasi imenujejo »semiconscious states«. Iz tega sledijo zakonitosti, ki so temelj pisanju znanstvenih člankov. Pri pisanju znanstvenih člankov moramo upoštevati slog pisanja in strukturo samega članka.

Slog znanstveno-raziskovalnega članka

Slog pisanja članka vsebuje poleg splošno priznanih prvin (logičnost, kratkost in jedrnatost, sistematičnost itd.) (5) tudi specifičnosti za znanstvene članke (6). Termini se v besedilu nenehno ponavljajo, zato je besednjak po obsegu relativno reven. Sicer pa je članek bogat s podatki, dejstvi in kategorijami umetnih jezikov (npr. številkami, formulami, tabelami, grafikoni itd.). Besedilo je iz stalnih besednih zvez in iz stereotipnih stavčnih formulacij. Vse služi namenu, da bralec iz zapisanega dojame sporočilo in da je iz napisanega razviden tok misli, ki so pripeljale do naših zaključkov.

Za nemoten potek rdeče niti sporočila je pomembna že dolžina stavka. Študije so pokazale, da se začne težje pomnjenje, ko število besed v stavku preseže 20 (7). Pomembno je razmerje med glagolom in samostalnikom (večje ko je, bolj udaren je stavek). Osebek (subjekt), ki naj bo čim bolj na začetku stavka, je poleg glagola nosilec glavnega sporočila (8).

Odstavek ima elemente, ki skrbijo za organizacijo (napovedni stavek in razlagalni stavki) in za kontinuiteto odstavka. Napovedni stavek napove

tako vsebino kot organizacijo odstavka in je njegovo kazalo; ustvarja pričakovanje, ki se razrešuje z razlagalnimi stavki (8). Kontinuiteto odstavka pa zagotavljajo skladnost napovednega in razlagalnega stavka, ponavljanje ključnih besed, uporaba paralelnih oblik in uporaba veznih stavčnih členov (*transitions*). Napovedni stavek napove le toliko tem in v takem vrstnem redu, kot se nato pojavijo v razlagalnih stavkih; ne več in ne manj. Ključne besede v nespremenjeni obliki (ne uporabljamo sopomenk) se v stavkih večkrat ponovijo. Z uporabo paralelnih oblik bralcu v drugem stavku obnovimo oz. ponovimo embalažo prvega stavka, drugačna je le vsebina. Tako se bralec lahko hitreje in brez dodatnega napora osredotoči le na vsebino (npr. Če je bila koncentracija serumskega testosterona enaka ali večja od 8 mmol/l, *smo bolnico uvrstili v skupino A*. Če je bila koncentracija serumskega testosterona manjša od 8 mmol/l, *smo bolnico uvrstili v skupino B*). Vezne stavčne člene, ki jih sestavljajo večinoma priredni in podredni vezniki, prislovi ali pa fraze, lahko primerjamo s cestno signalizacijo. Tako kot znaki opozarjajo na to, kaj bo sledilo (cestni priključek, križišče, delo na cesti itd.), in s tem prispevajo k umiritvi in pretočnosti prometa, tako vezni stavčni členi prispevajo, da se rdeča nit lahkotno pretaka skozi sporočilo. Tako vemo, še predno preberemo naslednji stavek, da bo le-ta vseboval dodatno sporočilo (npr. prav tako), sklep ali zaključek (npr. zato, zatorej), protivnost (vendar, v nasprotju z) itd.

Struktura znanstveno-raziskovalnega članka

Struktura znanstvenoraziskovalnih člankov, podana v akronimu IMRAD (»Introduction, Methods, Results and Discussion«), je znana že iz začetkov 20. stoletja (9) in je večini

raziskovalcev najbolj domača. Poenostavljeno bi lahko dejali, da ima IMRAD za strukturo podobno vlogo kot uporaba paralelnih oblik za kontinuiteto odstavkov; embalaža nam je že znana, osredotočamo se na vsebino.

Strukturo znanstvenoraziskovalnih člankov standardno delimo na:

- uvod,
- material (ali bolnike pri kliničnih študijah) in metode,
- rezultate in
- razpravljanje.

Poleg teh osnovnih besedilnih blokov vsebuje članek še naslov, izvleček, slovnstvo ter tabele in/ali diagrame.

Z razdelitvijo članka na omenjene enote se pojavi nevarnost, da izgubimo rdečo nit in da drevesa prekrijejo gozd. Da bi to preprečili, vsako poglavje osredotočimo na vprašanje, ki ga je raziskava skušala osvetliti, npr. uvod – zastavitev *vprašanja*, metode – opis načina, kako smo skušali odgovoriti na *vprašanje*, rezultati – navedba rezultatov, ki dajejo odgovor na *vprašanje*, in razpravljanje – odgovor na *vprašanje*.

V **uvodu** skušamo vzbuditi bralevo zanimanje in podati toliko informacij, da pripravimo bralca za razumevanje članka, četudi ni specialist s tega področja. Iz pregleda znanih dejstev preko povzetka neznanega (oz. problema) izpeljemo naše vprašanje. Zastavljeno vprašanje predstavlja rdečo nit članka in ustvari pričakovanje (anticipacijo), ki se razrešuje v preostalem delu članka. Vprašanj je lahko tudi več in so med seboj povezana. Uvod lahko zaključimo tudi z navedbo znanstvenega pristopa za razreševanje vprašanja. Treba je navesti soglasje ustrezne komisije za etična vprašanja. Uvod pišemo v sedanjem času (z izjemo glagola v naznanilu vprašanja: npr. *zanimalo nas je ...*).

V poglavju **metode** opišemo, kaj in kako smo napravili, da bi dobili odgovor na vprašanje. Organizacija tega poglavja je odvisna od vrste raziskave (fiziološki eksperiment na

živalih, raziskava s področja anatomi-
je, klinična raziskava itd.). Pogosta
struktura je naslednja: bolniki,
protokol, metode, statistična analiza.
Pri opisu bolnikov je treba opredeliti
njihov izbor in podati vse oznake, na
osnovi katerih lahko raziskovalec
primerja rezultate z drugimi študijami
ali pa klinik ocenjuje prenosljivost
zaključkov na svoje paciente. Protokol
predstavlja zaporedje postopkov pri
raziskavi ter opis posegov in meritev.
V podglavju o metodah je pri
standardnih metodah dovolj, da
navedemo referenco, modificirane
metode pa je treba opisati s tolikšno
natančnostjo, da je mogoče postopek
na osnovi naših podatkov ponoviti.
Pri navedbi statističnih metod je treba
pri uporabi naprednejših tehnik
navesti tudi statistični program. V
poglavju o metodah uporabljamo
pretekli čas.

V poglavju **rezultati** navedemo,
kaj smo našli, da bi odgovorili na
vprašanje. Rezultate preiskovancev
vedno navedemo prve, sledijo jim
rezultati kontrolne skupine. Navajamo
rezultate postopkov, ki smo jih opisovali
v poglavju o metodah, in tudi
podatke, na katerih slonijo rezultati.
Treba je razlikovati med podatki, ki so
lahko osnovni, sumarični (opisna
statistika) ali preoblikovani (npr.
odstotki), in med rezultati, ki povze-
majo podatke (npr. signifikantno
povišanje ali znižanje). Poglavje naj
vsebuje čim manj besedila, podatke
podajamo po možnosti v obliki tabel
in grafikonov. V primerjavi s tabelami
so grafiki nekoliko manj natančni,
vendar veliko bolj pregledni. Legende
pri tabelah in grafikonih morajo biti
dovolj jasne, da so tabele oz. grafi
razumljivi brez sklicevanja na besedi-
lo. Rezultate navajamo v preteklem
času in jih ne komentiramo.

Osnovni namen **razpravljanja**
je, da odgovori na vprašanje, zasta-
vljeno v uvodu. V prvem delu torej
navedemo odgovor na vprašanje,
zastavljeno v uvodu. Ne ponavljamo
uvoda, še manj napišemo novega.
Prav tako ne začnemo s povzema-
njem rezultatov. V drugem delu sledi

razlaga, zakaj je odgovor smiseln in
kako se vključuje v predhodno znanje
s tega področja. Skušamo razložiti
tudi rezultate (naše in/ali v literaturi),
ki se ne ujemajo z našim odgovorom
na zastavljeno vprašanje. Skušamo
pojasniti nepričakovane rezultate,
prekomentiramo morebitne slabosti
metod in načrtovanja študije. V
sklepnem delu razpravljanja ponovi-
mo odgovor na vprašanje. Lahko
nakažemo tudi uporabnost rezultatov
in/ali nova področja raziskovanja.
Razpravljanje pišemo v sedanjem
času.

Klasični izvleček pišemo v enem
odstavku. Osnovni elementi izvlečka
so: i) vprašanje, ii) kaj si delal (meto-
de), iii) kaj si našel (rezultati), iv)
odgovor.

Uporabljamo sedanji čas za
vprašanje in za odgovor ter pretekli
čas za navedbe o metodah in rezulta-
tih.

V zadnjem času veliko revij pod
vplivom digitalizacije in iskalnih
algoritmov zahteva strukturirane
izvlečke, ki vsebujejo točno določene
in ločene elemente (npr. *Objective(s),
Design, Setting, Participants, Meas-
urements, Results, Conclusion*) (10).

Namen **naslova** je opredelitev
glavne teme in pritegnitev pozornosti
bralcev. V najenostavnejši obliki
naslov vsebuje neodvisno spremen-
ljivko, odvisno spremenljivko in
oznako preiskovane populacije ali
species. Če slednja ni navedena,
sklepamo, da je preiskava potekala na
ljudih (npr. Učinek antiandrogenov
(*neodvisna spremenljivka*) na kon-
centracije gonadotropinov (*odvisna
spremenljivka*) pri podganah (*speci-
es*)). Uporabljajo se tudi naslovi, kjer
sta podana vprašanje in metodologija
(npr. *Acromegaly incidence, preva-
lence, complications and long-term
prognosis: a nationwide cohort
study*) (8).

Zaključek

Objava znanstvenoraziskovalnega
članka je »conditio sine qua non«
za uspešen zaključek raziskovalnega

dela. Slog in struktura znanstvenoraz-
iskovalnega članka sta specifična in se
razlikujeta od drugih vrst pisanja. Te
značilnosti sicer lahko osvojimo z
dolgoletno prakso in z obilico zavrnje-
nih prispevkov s komentarji, smiselno
pa je, da se osnov pisanja znanstveno-
raziskovalnega članka naučimo. Glede
na relativno kompleksnost vseh
priporočil in zahtev ni pričakovati, da
si že pisanje prvih stavkov otežujemo
in upočasnjujemo s sprotnim prever-
janjem navodil v referenčni literaturi.
Prvi osnutek napišemo tekoče na naš
najboljši način. Temu sledi obdobje,
ko s ponovnim branjem oblikujemo
besedilo in ga »ukalupljamo«
v pravila, ki jih zahteva pisanje znan-
stvenoraziskovalnega članka.

Viri

1. Kališnik M, Zabavnik Piano J. Kako
oblikujemo primarni dokument. In:
Kališnik M, Zabavnik Piano J, Rožič-Hri-
stovski A. Uvod v znanstvenoraziskovalno
metodologijo na področju biomedicine.
Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja
Republike Slovenije; 2000: p. 36-52.
2. Wilson L. The Academic Man. Transac-
tion Publishers. New Brunswick, London;
1995: p. 197.
3. Radford DR, Smillie L, Wilson RF, Grace
AM. The criteria used by editors of
scientific dental journals in the asses-
ment of manuscripts submitted for
publication. Br Dent J 1999; 187: 376-9.
4. Hing CB, Higgs D, Hooper L, Donell ST,
Song F. A survey of orthopaedic journal
editors determining the criteria of
manuscript selection for publication. J
Orthop Surg Res 2011; 6: 19.
5. Koren P. Slog znanstvenega besedila.
[diplomska naloga]. Maribor: Univerza v
Mariboru.; 2010
6. Bajt D. Pišem, torej sem. Priročnik za
pisanje. Založba Obzorja Maribor: 1993
7. McIntyre BT. English News Writing. A
Guide for Journalists Who Use English as
a Second Language. The Chinese Univer-
sity Press; 1996. p. 19.
8. Zeiger M. Essentials of writing biomed-
ical research papers. New York: McGraw-
-Hill, Inc.; 1991
9. Sollaci LB, Pereira MG. The introducti-
on, methods, results, and discussion
(IMRAD) structure: a fifty-year survey. J
Med Libr Assoc 2004; 92: 364-71.
10. Andrade C. How to write a good abstract
for a scientific paper or conference
presentation. Indian J Psychiatry 2011;
53: 172-5.

Zgodnja diagnostika cistične fibroze

14. mednarodni letni sestanek Delovne skupine za zgodnjo diagnostiko cistične fibroze Evropskega združenja za cistično fibrozo

Asist. dr. Ana Kotnik Pirš, dr. med., Služba za pljučne bolezni Pediatrične klinike UKC Ljubljana in Katedra za pediatrijo Univerze v Ljubljani

Evropsko združenje za cistično fibrozo (ECFS – European Cystic Fibrosis Society) je mednarodno združenje strokovnjakov, ki se ukvarjajo z zdravljenjem in raziskovanjem cistične fibroze, najpogostejše redke dedne bolezni belcev. Namen delovanja ECFS je večati ozaveščenost, širiti znanje in vzpodbujati raziskovanje vzrokov, diagnostike in možnosti zdravljenja bolezni ter s tem izboljšati kakovost in dolžino življenja bolnikov s cistično fibrozo (CF).

V sklopu ECFS aktivno deluje več delovnih skupin, ki se ukvarjajo s specifičnimi vidiki bolezni. Skupina za zgodnjo diagnostiko CF (ECFS Diagnostic Network Working Group – DNWG) je skupina mednarodnih strokovnjakov, ustanovljena leta 2003 z namenom, da bi oblikovali enotni dogovor o terminologiji in diagnostiki CF v Evropi. Glavni dogovor takratne skupine je bil leta 2006 objavljen v reviji Thorax z naslovom *Cystic fibrosis: terminology and diagnostic algorithms*. Članek je še danes glavni dokument, ki ga uporabljamo za postavitev diagnoze CF. Namen ustanovitve pa je kmalu presegel prvotne cilje. S širjenjem skupine se je razširilo tudi njeno delovanje. Tako v sklopu skupine potekajo dejavnosti za ocenjevanje in standardiziranje novih diagnostičnih tehnik ter za širjenje ozaveščenosti o cistični fibrozi in postopkih za zgodnje odkrivanje bolezni. Pri svojem delovanju se dejavnosti ECFS DNWG povezujejo s skupino za presejanje novorojenčkov za CF (European Cystic Fibrosis Society Neonatal Screening Working Group – ECFS NSWG) in z evropskim registrom bolnikov s CF (European Cystic Fibrosis Society Patient Registry – ECFS PR).

Med 16. in 18. februarjem 2017 je na Pediatrični kliniki UKC v Ljubljani potekal 14. mednarodni letni sestanek ECFS DNWG. Sestanka se je

udeležilo 45 strokovnjakov iz 18 evropskih držav, prisotna pa sta bila tudi udeleženca iz Severne Amerike in Južne Afrike.

Kot gostitelji smo imeli čast, da smo srečanje odprli predavatelji iz Slovenije. Ana Kotnik Pirš je predstavila trenutno stanje glede uvedbe presejanja novorojenčkov za CF v Sloveniji. Presejanje novorojenčkov za CF se je namreč izkazalo za najučinkovitejši način zgodnjega odkrivanja bolnikov s CF. Z zgodnjo postavitvijo diagnoze in čimprejšnjim začetkom zdravljenja lahko pomembno zmanjšamo obolevnost bolnikov in podaljšamo njihovo preživetje v pozno odraslo dobo. Predstavila je predloge protokola presejanja ter načrt in možnosti za njegovo izvajanje v Sloveniji. Predlagani protokol so potrdili vsi člani diagnostične skupine, vključno z vodjo in člani Delovne skupine za presejanje novorojenčkov za CF (ECFS NSWG). To je pomembna spodbuda za nadaljevanje našega dela, ki bo, upamo, kmalu omogočilo uvedbo presejanja za CF tudi pri nas. Katarina Trebušak Podkrajšek je predstavila prednosti in izzive uporabe sekvenciranja nove generacije v diagnostiki CF. Metoda je prinesla številne prednosti, hkrati pa moramo biti pazljivi pri interpretaciji dobljenih rezultatov, predvsem če sekvenciranje uporabljamo kot presejalno metodo pri osebah brez kliničnih znakov bolezni. Sklop je zaključil Uroš Krivec, ki je predstavil trenutno stanje bolnikov s CF v Sloveniji in primerjavo z bolniki v Evropi.

V popoldanskem delu prvega dneva srečanja se že tradicionalno predstavijo novi člani delovne skupine. Duška Tješić - Drinković nam je predstavila stanje obravnave bolnikov s CF na Hrvaškem, Elena Kondratyeva v Rusiji, Svetlana Sciua v Moldaviji in Ayse Tana Aslan v Turčiji. Sklop je zaključila predsednica CF Europe, društva, ki združuje različna državna društva bolnikov s CF, Snežana Bojčin.

Poročila s strokovnih srečanj



Udeleženci 14. mednarodnega letnega sestanka Delovne skupine za zgodnjo diagnostiko cistične fibroze Evropskega združenja za cistično fibrozo (ECFS DNWG).

Pomemben skupni projekt ECFS DNWG in ameriške fundacije za CF (*Cystic Fibrosis Foundation* – CFF) je oblikovanje skupnega soglasja glede diagnostike CF in objava skupnih priporočil. Po večletnem usklajevanju so bila sprejeta skupna priporočila za diagnostiko tako v državah s presejanjem za CF kot v tistih brez. Priporočila so bila objavljena tik pred srečanjem v Ljubljani v reviji *The Journal of Pediatrics*. Potek dela ter končne rezultate je predstavil Nico Derichs, vodja ECFS DNWG, v uvodnem petkovem predavanju. Naslednje predavanje je pripravil Jürg Barben, zaradi njegove odsotnosti pa ga je predstavil Kevin Southern, vodja ECFS NSWG. V preglednem predavanju je bil prikazan razvoj različnih programov presejanja v Evropi in njihovo spreminjanje ter trenutno stanje v Evropi. Zaradi lažje interpretacije rezultatov in primerjave različnih programov je namreč težnja k spreminjanju protokolov na ta način, da bi si bili protokoli čim bolj podobni. To hkrati omogoča lažje oblikovanje smernic, ki so nam v diagnostiki v tako zgodnji fazi bolezni v veliko pomoč. Kljub uporabi protokolov in smernic pa je interpretacija rezultatov pri določenih bolnikih težavna. V določenih, redkih primerih je pri otroku rezultat presejanja pozitiven, bolezni pa z dodatnimi preiskavami ne moremo dokončno ne potrditi in tudi ne izključiti (CFSPID – *CF Screen Positive, Inconclusive Diagno-*

sis). Kako obravnavati otroka s takšno kombinacijo rezultatov je predmet intenzivnih debat. Različne poglede na problematiko sta nam predstavila Nick Simmonds in Kevin Southern v debati za in proti, kako te otroke obravnavati v šolski dobi, pa nam je predstavila Silvia Gartner. Sklop je zaključila Anne Munck, ki je predstavila najpogostejša vprašanja, s katerimi se srečujejo v državah z dolgotrajno tradicijo presejanja novorojenčkov za CF.

Po kratkem odmoru smo nadaljevali s sklopom predavanj o uporabnosti različnih biomarkerjev pri diagnostiki CF. Natalia Cirilli je predstavila rezultate raziskave o izvajanju in kakovosti znojnega testiranja v Evropi. V raziskavi je sodeloval tudi Laboratorij za specialno laboratorijsko diagnostiko Pediatrične klinike v Ljubljani. Nato so mladi raziskovalci iz Češke, Nizozemske, Izraela, Nemčije in Anglije predstavili nove raziskave, usmerjene v zgodnjo diagnostiko CF. Inez Bronsveld je predstavila rezultate multicentrične študije določanja razlike prevodnosti na nosni sluznici kot biomarkerja za pomoč pri potrditvi oz. izključitvi diagnoze CF v primerih, ko z ostalimi preiskavami ne moremo podati dokončnega mnenja o diagnozi. Francois Vermeulen je predaval o uporabnosti biomarkerjev v kliničnih študijah, Hugo de Jonge pa o aplikaciji raziskav HCO₃ in kloridnih ionov v biopsijskih vzorcih rektalne sluznice za

napoved uporabnosti novih zdravil za zdravljenje CF.

Zadnji dan srečanja je bil posvečen novostim v genetiki CF in uporabnosti podatkov registrov CF za diagnostiko, vodenje in zdravljenje bolnikov. Harry Cuppens je predstavil še potekajoči projekt za genetsko opredelitev mutacij *CFTR* pri vseh bolnikih s CF v Evropi. Izkazalo se je namreč, da v večini držav še vedno obstaja majhno število bolnikov, ki nimajo dokončno opredeljenih obeh mutacij *CFTR*. Običajno pri teh bolnikih najdemo atipične mutacije, ki jih lahko odkrijemo samo s specifičnimi genetsko-molekularnimi tehnikami. Opredelitev je pomembna tako za postavitve diagnoze kot za nadaljnje spremljanje in zdravljenje. V zadnjih dveh letih so na tržišče namreč prišla zdravila za zdravljenje CF, ki so uporabna pri bolnikih s točno določenimi mutacijami *CFTR*. Novosti pri genetskih preiskavah in njihovo uporabnost sta nam predstavili Emmanuelle Girodon in Caroline Raynal. Valerie Mühlbacher je predstavila projekt *CFTR3*, ustanovljen z namenom zbiranja bazičnih in kliničnih podatkov o redkih mutacijah *CFTR*, Refiloe Masekela pa je pripravila lepo predavanje o pogostnosti in razporeditvi *CFTR*-genotipov po svetu.

Kljub izrednemu napredku in razširjenosti genetskih preiskav v CF-centrih v Evropi je v nekaterih primerih dokončna postavitve diag-

noze, predvsem pa svetovanje o bolezni težavno. V teh primerih so zelo koristni klinični podatki o drugih bolnikih z enakimi kombinacijami mutacij *CFTR*. Ti podatki so v anonimni obliki zbrani v evropskem regi-

stru bolnikov s CF – ECFS PR. Kakšna je uporabnost ECFS PR, sta nam z različnih perspektiv podali Isabelle de Monestrol in Tereza Doušova, Lutz Nährlich, predsednik ECFS PR, pa nam je predstavil projekt harmoniza-

cije globalnega registra bolnikov s CF. Srečanje smo končali s povzetkom predavanj in razširjenih debat, ki so sledile predavanjem, ter idejami o temah za nadaljnje sestanke in projekte.

Učna delavnica »Reanimacija novorojenca«

Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru, 24. novembra 2017

Milena Rmuš, dr. med., doc. dr. Milena Treiber, dr. med., doc. dr. Faris Mujezinović, dr. med., red. prof. dr. Iztok Takač, dr. med., svetnik, UKC Maribor

Evropski reanimacijski svet je leta 2015 izdal nove smernice za oživljanje, ki jih je Slovensko združenje za urgentno medicino (SZUM) v sodelovanju s Slovenskim reanimacijskim svetom (SloRS) istega leta prevedlo v slovenski jezik. Smernice ERC 2015 predstavljajo najširše sprejeto soglasje, kako se varno in učinkovito izvaja oživljanje odraslih in otrok.

Dne 24. novembra 2017 je na Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru potekala prva učna delavnica z naslovom Reanimacija novorojenca. Delavnico sta organizirali Klinika za ginekologijo in perinatologijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor in Katedra za ginekologijo in porodništvo Medicinske fakultete Univerze v Mariboru. Program učne delavnice je zajemal uvodna predavanja v dopoldanskem času in delo na simulatorju novorojenca v popoldanskem času. Prvi je predaval vodja klinike, red. prof. dr. Iztok Takač, ki je govoril o primerih neonatalne oskrbe iz sodne prakse, sledilo je predavanja predstojnika za perinatologijo, doc. dr. Farisa Mujezinovića, ki je govoril o stanjih v nosečnosti in med porodom, ki so pogosto povezana s slabim izidom za

otroka. Nato so sledila predavanja iz neonatologije: doc. dr. Milena Treiber je predavala o prilagajanju novorojenca na zunajmaternično okolje, prim. Andreja Tekauc Golob o pripravi na porod rizičnega novorojenca in primarni oskrbi v porodni sobi, asist.

Bojan Korpar pa je govoril o prvih ukrepih pri novorojencu, ki ne zadiha spontano, in o uporabi pripomočkov za predihavanje s pozitivnim tlakom. V nadaljevanje je Jože Žolger predaval o pomenu masaže srca in uporabi zdravil pri reanimaciji, Petra Fidler o algoritmu reanimacije in posebnih primerih le-te, asist. mag. Mirjana Miksić o reanimaciji in stabilizaciji novorojenca zunaj porodne sobe ter izr. prof. dr. Miljenko Križmarić o medicinski tehnologiji med reanimacijo novorojenca in simulatorjih.

Po kratkem odmoru je sledil prikaz dela na simulatorju novorojen-



(Foto: Iztok Takač)

ca in praktično delo udeležencev, ki so bili razdeljeni v manjše skupine. Praktično delo je poteklo na treh postajah v Simulacijskem centru Medicinske fakultete Univerze v Mariboru. Inštruktorji so udeležencem najprej na simulatorju novorojenca pokazali, kako izvedemo zdravstveno oskrbo novorojenca med procesom prehoda po rojstvu in poudarili, kako pomembno je vzdrževati in ohranjati telesno temperaturo novorojenca med 36, 5 in 37, 5 °C. Predstavljeni so bili pripomočki, ki se uporabljajo pri predihavanju novorojenca, njihove prednosti in slabosti.

Vsak udeleženec je imel priložnost na simulatorju poskusiti različne pripomočke za predihavanje in se naučiti pravilnega predihavanja novorojenca z obrazno masko. Skozi različne klinične primere so udeleženci na simulatorjih izvajali ventilacijo novorojenca, masažo srca in se pogovarjali o zdravilih, ki se uporabljajo pri oživljanju novorojenca. Na posebej pripravljenih modelih so udeleženci imeli priložnosti nastavljati umbilikalni venski kateter.

Organizacijski odbor in predavatelji so pripravili izjemna predavanja ter poskrbeli za odlično izvedbo

praktičnega dela na simulatorjih. Ob srečanju je izšel zbornik predavanj, ki je lahko v veliko pomoč zdravstvenemu osebju v porodnišnici, na pediatričnih oddelkih in vsem, ki se srečujejo z obravnavo novorojenca. Udeleženci delavnice so bili izjemno zadovoljni s programom delavnice, saj so lahko pridobili tako teoretična kot tudi praktična znanja, ki jim bodo pomagala pri nadaljnjem delu. Zaključek je bil, da so takšne delavnice izjemno pomembne za vse, ki delajo v zdravstvu, in da v prihodnje potrebujemo še več takšnih dogodkov.

Iz središča – sprememba in izzivi v primarnem zdravstvu

20. Skandinavski kongres družinske medicine, Reykjavik, Islandija

**Doc. dr. Vojislav Ivetić, dr. med., spec. druž. med.,
SAVA MED, d. o. o.**

Od 14. do 16. junija 2017 je v Reykjaviku na Islandiji potekal 20. Skandinavski kongres družinske medicine. Med približno 1.400 udeleženci iz tridesetih držav (večinoma iz skandinavskih držav oz. iz Islandije, Danske, Švedske, Norveške in Finske) se je kongresa aktivno udeležil tudi edini slovenski predstavnik (avtor tega prispevka) in predstavil izsledke raziskave (opravljene skupaj s kolegicama Matejo Krajnc, dr. med., in Tamaro Serdinšek, dr. med.) »Zdravniki in Facebook – stališča zdravnikov iz Slovenije«. Predstavitve je bila odlično obiskana, poslušalci so bili aktivni in so po predstavitvi veliko spraševali.

Kongres je imel značilno islandski naslov »Iz središča – spremembe in izzivi v primarnem zdravstvu«. Uradni jezik kongresa je bila angleščina, kot je že približno deset let. Kolegi iz nordijskih držav so do te pragma-

tične rešitve prišli pred desetimi leti in s tem končali razprave o tem, »kdo koga koliko razume«. Po razlagi kolegov iz Islandije so predtem obstajale dolge debate na temo jezika. Jezik države gostiteljice je bi namreč tudi uradni jezik kongresa. Danci in Švedi so se razumeli ..., kolegi iz Islandije in Norveške nekoliko manj, ampak vseeno ..., Fincev pa ni nihče razumel, niti oni drugih ... Tako je bila z angleščino vsaka razprava in slaba volja na temo jezika odpravljena in debata se je lahko usmerila na le akademske teme. Vsi mi, ki smo odraščali v nekdanji skupni državi, se sprašujemo, zakaj takšne enostavne rešitve niso možne tudi v drugih (bolj južnih) krajih Evrope.

Na svečanem odprtju kongresa je govoril župan Reykjavika (oftalmolog, ki je svetoval kolegom, da bi se vsaj nekateri nujno morali začeti ukvarjati

s politiko. Razlago je sklenil z dejstvom, da politiki sami brez nas niso sposobni narediti pomembnih premikov v zdravstvenem varstvu državljanov.) Govornik na odprtju je bil tudi minister za zdravje Islandije (bivši vodja pankovske skupine, ki je udeležencem svetoval, naj **ne** poslušajo njegovih starih plošč, kar niso prijazne do zdravja in ušes). Zanimiv je bil tudi pester kulturno-umetniški program.

Teme kongresa so bile izjemno zanimive in vse usmerjene v družinsko medicino oz. primarno zdravstveni pristop. Naštel bom le nekatere: »Umetnost napotovanja«, »Vsakdanjik zdravnika družinske medicine med komorbidnimi bolniki in kako ga preživeti«, »Spremembe v kompetencah zdravnika družinske medicine«, »Bolniki emigranti – izzivi in možnosti obravnave«, »Obravnava medicinsko nepojasnenih stanj v družinski medicini« itd. Na zadnji omenjeni delavnici (»Obravnava medicinsko nepojasnenih stanj v družinski medicini«), ki so jo skupaj organizirale kolegice iz Danske in Norveške, je bilo v veliki metaanalizi 147 kvalitativnih študij izluščenih 13 najboljših, ki so jih

podrobno analizirale in primerjale. Med njimi je tudi slovenska raziskava o tej temi iz leta 2013: »*Opinions of Slovenian family physicians on medically unexplained symptoms: a qualitative study*. Ivetič V, Kersnik J, Klemenc-Ketiš Z, Švab I, Kolšek M, Poplas-Susič T. *J Int Med Res.* 2013 Jun;41(3):705-15«. Organizatorji so bili zelo presenečeni, ko so ugotovili, da je avtor omenjene raziskave prisoten na njihovi delavnici. Seveda je to postalo osnova za bodoče mednarodno sodelovanje slovenskih in nordijskih raziskovalcev.

Precej zanimivo je bilo poslušati predavanja o razlikah v obremenitvi nordijskih zdravnikov družinske medicine, kjer so kolegi raziskovalci ugotavljali, zakaj imajo npr. Danci največ posvetov na dan (cca 24) in Norvežani 19, kar zelo vpliva na kakovost njihovega dela, v primerjavi s Švedi, Finci in Islandci, ki imajo cca 13 posvetov na dan. Takšne teme bi se verjetno večini nas, ki delamo v »rahlo« drugičnih pogojih glede števila obiskov, zdele zelo abstraktne. Tudi različnost zdravstvenih sistemov nordijskih držav se zdi zanimiva za debato. Danci in Norvežani poznajo le zasebne samozaposlene zdravnike družinske medicine, kjer je čisto normalno, da kolega, ki gre v pokoj, svojo prakso in opremo proda mlajšemu kolegu. V manj razvitih krajih Danske ali čisto severnih delih Norveške kolegi ponujajo svoje prakse zelo poceni, tudi z dodatno finančno pomočjo občine, ki želi ohraniti oz. spodbuditi nadaljevanje zdravstvenega varstva na svojem področju. Švedi in Finci pa imajo mešan sistem zasebnih in javnih zdravstvenih domov, ki so enakovredni igralci na zdravstvenem trgu. Samo Islandci imajo javne zdravstvene domove, tudi zaradi specifične infrastrukture in majhnosti (država ima cca 350.000 prebivalcev). Žal so neizogibne primerjave z našo trenutno situacijo in na silo sprejetimi zdravstvenimi zakoni, ki favorizirajo le javno zdravstvo ter brezobzirno prepovedujejo, strašijo in kaznujejo zdravništvo. Je pa t.i. »skandinavski model« vedno vzorec tega, kar bi hoteli



sami narediti za dobro prebivalstva. Ironično ali pač ne ...

In kot potrdilo vsega omenjenega je avtor prispevka sredi Reykjavika srečal svojega bivšega študenta mariborske medicinske fakultete, ki sedaj že drugo leto živi na Islandiji in uspešno opravlja specializacijo iz urgentne medicine. Toliko tudi o tem, da »beg mladih zdravnikov ne obstaja«, ali pa, da aktualna politika »ne ve, zakaj mladi odhajajo«.

Po zaključku kongresa si je avtor prispevka zaželel, da bi obiskal in spoznal kakšen odročni zdravstveni dom na Islandiji. Namen je bil izpolnjen z obiskom idiličnega mesteca Höfn (ki ima 2.300 prebivalcev, poleti pa v mestu prenoči še 2.300 turistov na noč!) na jugovzhodu Islandije, približno 530 km in 5,5 ure vožnje od Reykjavika. Poleg zdravstvenega doma je tudi manjši dom starejših občanov oz. dnevno varstvo starostnikov. Ob vstopu v ZD že prvo presenečenje: obvezno sezuvanje čevljev. In le en bolnik v čakalnici. Sestra na sprejemu, čisto presenečena, da je na obisku nekdo iz Slovenije (pa še kolega zdravnik družinske medicine), prijazno, ampak odločno pove, da dokler ne pride direktorica ZD-ja, ne more dajati nobenih informacij. In res, po prihodu simpatične direktorice ZD Höfn (po poklicu fizioterapevtke, ki že dve leti ne dela več v stroki, ampak se ukvarja izključno z menedžmentom) mu gospa razkaže vse

njihove prostore ter razloži stanje in sistem dela pri njih. V ZD-ju imajo le dva zdravnika družinske medicine, dela se od 8.00 do 16.00, vsak pa pogleda približno 13 naročenih bolnikov. Ob tem se lahko zgodi, da imajo včasih še 4 do 5 akutnih nena-ročenih bolnikov. Na hišne obiske ne hodijo, imajo pa dve popolno opremljeni reševalni vozili in eno ekipo, ki je namenjena izključno urgenci.

Najbližja bolnišnica je v Reykjaviku (oddaljena omenjenih 530 km) ali v Akureyriju (drugo največje mesto na Islandiji, oddaljeno 450 km oz. 6 ur vožnje). Imeti urgentni transport v Höfnu pomeni čakati eno uro, da letalo pride iz Akureyrija, potem pa še eno uro, da letalo odleti od Höfna do Reykjavika. Letalo uporabljajo, ker helikopter ne more leteti skozi gorovje srednje Islandije, ampak leti le ob obali in je zaradi tega počasnejši. Do pred tremi leti so v tem ZD-ju opravljali tudi porode ob prisotnosti babice. Odkar se je babica odselila, ženske odhajajo rojevati v Reykjavik. Štirikrat letno pride specialist okulist, dvakrat letno pa specialist otorinolaringolog. Dvakrat tedensko imajo odvzeme krvi, osnovne analize naredijo sami, ostalo pa pošljejo z letalom v Reykjavik. Izvide dobijo čez približno dva dni. Imajo tudi lastni RTG, posnetke elektronsko pošiljajo v Reykjavik in že naslednji dan imajo izvide. Izvide lahko berejo tudi sami (npr. frakture itd.), imajo lastno

mavčarno, sobo za malo kirurgijo in posege. Zapisi o bolnikih so večinoma v elektronski obliki. Veliko se opravi tudi telefonskih posvetov. Najbližji zdravstveni postaji sta oddaljeni 100 km oz. 150 km in sta precej manjši (!?), kot je ZD Höfn.

Za konec: obisk dežele na skrajnem severu Evrope, ki ima izjemno naravo in malo prebivalcev, se je izkazal kot zelo koristen na akademskem in strokovnem področju in ga lahko le priporočam. Neizogibno se poraja misel, da včasih sami sebi

zapletamo življenje in si izmišljamo »specifične rešitve«, medtem ko npr. kolegi v daleč manj prijaznem naravnem okolju (kot smo ga mi deležni v naši lepi Sloveniji) precej bolj enostavno rešujejo svoje težave.

Srečanje Evropske konfederacije primarnih pediatrov v Velenju

Katja Dejak Gornik, dr. med., v imenu Stalne strokovne skupine za pediatrijo pri Združenju za pediatrijo SZD

Od 20. do 22. oktobra 2017 je v hotelu Paka v Velenju na povabilo slovenske delegatke Združenja za pediatrijo SZD prim. Margarete Seher Zupančič, dr. med., potekalo redno letno srečanje Evropske konfederacije primarnih pediatrov (ECPCP – European Confederation of Primary Care Paediatricians). Vsi pediatri, ki delamo na primarni ravni, se v večini držav EU srečujemo s podobnimi problemi. S preučevanjem zdravstvenih sistemov v drugih državah se želimo drug od drugega učiti, prenesti dobre prakse v domača okolja in s tem izboljšati obravnavo otrok in mladostnikov, za katere skrbimo. Posebno pozornost posvečamo strokovnemu izobraževanju in zagotavljanju kakovosti dela v ambulantah na primarni ravni.

Organizacija ECPCP zastopa 25.000 primarnih pediatrov iz 18 evropskih držav, ki so organizirani v 21 združenjih. Cilj ECPCP je, da bi vse države upoštevale Konvencijo o otrokovih pravicah, ki jo je sprejela Generalna skupščina Združenih narodov leta 1989 (resolucija 44/25) in priznale otrokom pravico do najvišje ravni zdravstvenih standardov in storitev ustanov za zdravljenje bolezni in zdravstveno rehabilitacijo (člen 24), vključno s preventivnimi in

zdravstvenovzgojnimi programi. ECPCP se zavzema tudi za to, da za otroke skrbi ustrezno usposobljen kader – pediater, in ne manj usposobljeni izvajalci zdravstvenega varstva, kar se dogaja v mnogih evropskih državah. Otroci in adolescenti bi morali biti deležni najbolj kakovostne in ne samo povprečne obravnave, saj so oni naša prihodnost!

Srečanje v Velenju smo začeli s predstavitvijo novih članic in njihovih delegatov. Hrvaška se je prvič udeležila srečanja ECPCP, tokrat kot opazovalka, na prihodnjih srečanjih pa morda že kot nova članica skupine ECPCP. Na Hrvaškem imajo 724 pediatrov, od teh jih 283 dela na primarni ravni za otroke od 0 do 7 let.

Sledilo je poročilo prejšnjega srečanja, ki je potekalo na Dunaju v maju 2017. Predsednik Gottfried Huss (Nemčija) je v svojem poročilu predstavil trenutno stanje projekta COSI (Core Set of Indicators/Standards for Primary Paediatric Care in Europe), katerega rezultati bodo kmalu objavljeni. S tem projektom želimo razviti in implementirati indikatorje kakovosti in standarde za obravnavo otroka na primarni ravni. Za novega predsednika ECPCP je bil izvoljen Angel Carrasco Sanz (Špani-

ja) in za podpredsednika Shimon Barak (Izrael). Eden izmed naslednjih izzivov združenja je UZ kolkov kot presejalni test displazije kolkov novorojenčkov. Pristop različnih držav k presejanju za displazijo kolkov je namreč različen, nekatere izvajajo selektivni UZ kolkov pri bolj ogroženih novorojenčkih, nekatere pa vsem novorojencem.

Sledilo je poročilo posameznih držav, ki so predstavile probleme, s katerimi se soočajo pri svojem delu. Večina držav poroča o pomanjkanju pediatrov na primarni ravni, neustrezni starostni strukturi pediatrov na primarni ravni in velikih obremenitvah pri delu.

Drugi dan srečanja je vedno namenjen izbrani strokovni temi in predstavitvi pristopa držav članic k temu problemu. Letos je bila strokovna tema skrb za otroke s posebnimi potrebami. Obravnavo teh otrok v Sloveniji sta predstavili Mateja Vintar Spreitzer in Nevenka Zavrl. Pri tem smo v Sloveniji tako po strokovni kot po organizacijski plati daleč pred drugimi državami, kar so po predstavitvah posameznih držav priznali vsi udeleženci.

V sklopu srečanja smo obiskali tudi Zdravstveni dom v Velenju, kjer smo delegate seznanili z organizacijo dela v dispanzerjih, s timskim delom pri obravnavi otrok s posebnimi potrebami in jim pokazali prostore predšolskega in šolskega dispanzerja, delovne terapije, razvojne ambulante,

logopedskih ambulant, nevrofizioterapije, dežurne oz. urgentne ambulate s prostorom za reanimacijo. Večina držav ne pozna tovrstne organizacije zdravstvenega varstva na primarni ravni in udeleženci so večkrat vprašali, ali je to bolnišnica. Bili so navdušeni nad velikimi, lepimi, svetlimi prostori, nad možnostmi, ki jih imamo v zdravstvenem domu za obravnavo otrok (ločeni

prostori za bolne in zdrave otroke, izolirne sobe, posebni prostori za preventivne preglede, laboratorij, UZ, RTG ...) in nad izredno čistočo vseh prostorov, kar so nekajkrat poudarili. To, kar je za nas samoumevno in velikokrat niti ne opazimo, je na naše goste naredilo velik vtis. Vsi so bili navdušeni ne samo nad zdravstvenim domom, ampak tudi nad Slovenijo in urejenostjo Velenja,

nad povezanostjo z lokalno skupnostjo, nad ponosom zaposlenih, s katerimi so prihajali v stik.

Drugi del dneva je bil namenjen delu v delovnih skupinah. V vsaki od njih imamo Slovenci svoje predstavnice – pediatriinje, ki s svojimi izkušnjami pomagajo razviti skupne ideje.

Delovna skupina za preventivo in cepljenje je pod vodstvom moderator-

Priporočila primarnim pediatrom za povečanje deleža cepljenih otrok in mladostnikov

Zaskrbljeni smo zaradi izbruhov ošpic in naraščajočega odklanjanja cepljenja v evropskih državah. Medicinska stroka in še posebno pediatri imamo ključno vlogo v družbi pri prepričevanju staršev in mladostnikov o prednostih cepljenja. Temeljna pravica otrok in mladostnikov je, da prejmejo najboljšo zdravstveno oskrbo. Zato bi si morali družba kot celota, politika, medicinska stroka in starši prizadevati za povečanje deleža cepljenih otrok in mladostnikov z namenom preprečevanja in nadzora nevarnih nalezljivih bolezni.

- 1. Pediatri in njihova združenja moramo podpirati zakone in predpise, ki urejajo obvezna cepljenja** v svojih državah, posebno če je delež cepljenih nezadosten ali upada. Eden od načinov za doseganje visokega deleža cepljenih je, poleg javnih aktivnosti spodbujanja s strani zdravstvenih organov, zahteva po opravljenem popolnem cepljenju pred vpisom v vrtec, šolo in na univerzo. Italija je nedavno uvedla obvezna cepljenja (ureditev velja od septembra 2017 dalje), Francija pa bo s tem začela januarja 2018.
- 2. Nekateri zdravniki, medicinske sestre in babice sami dvomijo v dobrobit cepljenja** in tako povečujejo negotovost staršev. Zdravstveni organi morajo prevzeti aktivno vlogo pri izboljševanju zavezanosti vseh zdravstvenih delavcev nacional-

nim smernicam. Dosledno je treba pojasniti in spoštovati pravne posledice neupoštevanja sprejete doktrine cepljenja med zdravstvenimi delavci. Redno moramo preverjati stanje cepljenja pri zaposlenih v zdravstvu.

- 3. Udeležujmo se javnih aktivnosti za spodbujanje cepljenja s strokovno podprtimi predstavitvami** o namenu in prednostih cepljenja. Aktivno sodelujmo pri organizaciji usposabljanj za druge zdravstvene delavce in pri splošnem ozaveščanju javnosti. Izboljšajmo z dokazi podprto znanje zdravstvenih delavcev, učiteljev in vzgojiteljev o cepljenju.
- 4. Vsak stik** staršev, otrok in mladostnikov z zdravstvenimi delavci **izkoristimo** kot priložnost za preverjanje stanja cepljenja, za pogovor z njimi o cepivih in za dopolnitev manjkajočih cepljenj (priporočilo Svetovne zdravstvene organizacije). Preverimo stanje cepljenja staršev. Zavedajmo se, da je del problema nizkega deleža cepljenih mogoče pojasniti z **zamujenimi priložnostmi**.
- 5. Vzemimo si čas** in pozorno prisluhnimo skrbem ter strahovom staršev in mladostnikov. Starše in mladostnike, ki dvomijo v cepljenje, povabimo na dodatna srečanja, da bomo lahko s prepričljivim pogovorom povečali

njihovo zaupanje.

- 6. Pojasnimo vlogo lažnih kontraindikacij** za cepljenje, kot so nezapletene virusne okužbe in druge klinično nepomembne težave.
- 7. V primeru zavrnitve cepljenja** ali oklevanja staršev in mladostnikov **ne prekinimo oskrbe otrok in mladostnikov**. Stalna komunikacija med starši oz. mladostniki in zdravnikom je pomembna za zaupanje v cepljenje. Staršem otrok, ki niso cepljeni, izročimo pisna navodila o tveganju in odgovornosti njihove odločitve ter se z njimi o tem pogovorimo.
- 8. Staršem in mladostnikom pojasnimo vlogo medijev in interneta**, kjer prevladujejo in vztrajajo lažne in zavajajoče novice, govoriče, miti ter netočna prepričanja o cepivih.
- 9. Staršem in zdravstvenim ekipam zagotovimo zanesljive vire informacij** v medijih in na internetu.
- 10. Za analizo uspeha** svojih aktivnosti in ukrepov za povečanje deleža cepljenih uporabimo zanesljive **podatke o cepljenih** otrocih in mladostnikih. Elektronski register cepljenih oseb nam lahko olajša vodenje dokumentacije.

Izjavo je sprejela Evropska konfederacija primarnih pediatrov v Velenju, Slovenija, 21. 10. 2017

ke skupine dr. Christine Magendie pripravila izjavo s priporočili primarnim pediatrom, kako učinkovito nagovoriti deležnike, ki vplivajo na dvig deleža cepljenih otrok in mladostnikov – družbo kot celoto, politiko, medicinsko strokovno javnost in starše. Izjavo so poimenovali kar po kraju nastanka The ECPCP Velenje Statement. Pri oblikovanju izjave so predstavnice Slovenije – pediatriinje Margareta Seher Zupančič, Špela Žnidaršič Reljič, Vesna Plevnik Vodušek in Ajda Cimperman – tvorno sodelovale s svojimi izkušnjami in predlogi, ki so bili vsi tudi vključeni v skupne pobude. Priporočila so bila z odobravanjem dotedanjega predsednika ECPCP dr. Gottfrieda Hussa in

vseh prisotnih delegatov soglasno podprta. Izjava je v celoti objavljena na koncu članka. Pogovor v tej delovni skupini je tekel tudi o osebni zdravstveni knjižici otroka, ki bi služila kot pomoč ostalim zdravnikom na primarni ravni, ki se pri svojem delu srečujejo z otrokom.

Delovna skupina za kurikulum pod vodstvom Carmen Villaizan pripravlja seznam enotnih kompetenc za vso Evropo, ki naj bi jih na primarni ravni osvojil vsak specializant med specializacijo iz pediatrije. V tej skupini sodeluje pediatriinja Katja Dejak Gornik.

Delovna skupina za raziskave z vodjo Jacobom Urkinom pa je nadaljevala z dvema projektoma, ki sta

nastala na srečanju na Dunaju:

Anketa o diagnostiki in obravnavi akutnega vnetja srednjega ušesa na primarni ravni ter Vloga primarnega pediatra pri preprečevanju nenameranih poškodb otroka. Tudi v tej skupini imamo slovenski pediatri dve svoji predstavnici: Matejo Vintar Spreitzer in Tino Bregant.

Srečanje je bilo zelo produktivno, Slovenci smo se pokazali kot zelo angažirani in polni idej pri reševanju problematike, s katero se vsakodnevno srečujemo v naših ambulantah. Najbolj odmeven rezultat tega je The ECPCP Velenje Statement, ki nas še bolj podpira pri našem delu.

Naslednje srečanje ECPCP je predvideno aprila 2018 v Toledu.

18. kongres Evropske endodontske zveze

Asist. dr. Maja Grošelj, dr. dent. med., MF UL, Katedra za zobne bolezni in normalno morfolgijo zobnega organa

Evropska endodontska zveza – European Society of Endodontology (ESE) vsaki dve leti na prehodu iz poletja v jesen pripravi kongres v eni izmed evropskih prestolnic. Po toplih Lizboni v letu 2013 in Barceloni v letu 2015 je letos čast za pripravo 18. kongresa ESE pripadla Bruslju. Člani Sekcije za zobne bolezni in endodontijo pri Slovenskem zdravniškem društvu se kongresov ESE udeležujemo že vrsto let in vsakič v lepem številu. Za večino nas je udeležba na kongresu ESE neposredna nagrada za prispevek na našem simpoziju na Bledu. Letos je na 17. simpoziju Sekcije za zobne bolezni in endodontijo predavanja pripravilo kar 14 naših članov, kongresa pa so se v lastni režiji udeležili še štirje naši člani oz. ljubitelji endodontije iz Slovenije. Kongres, ki je potekal med 14. in 16. septembrom v kongresnem centru v središču mesta, sta odlično organizirala Belgijsko združenje za endodontijo in travmatologijo – Belgian Association for Endodontology and Traumatology (BAET) in Flamska sekcija za endodontijo – Flemish Society of Endodontology (FSfE). Udeležili so se ga endodonti z vsega sveta in ne le Evrope.

Na predkongresnih delavnicah so proizvajalci z uglednimi predavatelji predstavili več novosti na področju strojnega širjenja koreninskih kanalov,

polnitve koreninskih kanalov ter lasersko aktivirano irigacijo koreninskih kanalov. Predavanja so potekala na štirih vzporednih prizoriščih z

odličnimi vabljenimi predavatelji. Osrednja tema kongresa je bila Zakoreninjeni v srcu Evrope – Rooted in the heart of Europe. Med vedno aktualnimi endodontskimi temami so letos prednjačili biokeramični materiali, biofilmi, irigacija koreninskih kanalov in regenerativna endodontija. Sočasno so tekli tudi simpoziji o kliničnih in laboratorijskih študijah, modernih tehnologijah in dentinskih pokah.

Na kongresu smo predstavili tudi svoje prispevke, in sicer A. Fidler s sod. v obliki kratke ustne predstavitve na temo transportacije koreninskih kanalov, ostali pa v obliki raziskovalnih in kliničnih posterjev: A. Teny s sod. na temo laserske irigacije koreninskih kanalov, I. Križnar s sod. na temo ocene koronarne zapore z mikro računalniško tomografijo, K. Cankar s sod. na temo vpliva kajenja na uspešnost endodontskega zdravljenja, T. Hitij na temo akupunkture za lajšanje bolečine in M. Grošelj na temo študentskih kliničnih vaj.



Živahne endodontske razprave so se ob odličnem belgijskem pivu, pristnem krompirčku in najboljši čokoladi vsakodnevno nadaljevale še pozno v noč. Družabno dogajanje kongresa je lepo zaokrožil večerni sprejem v avtomobilskem muzeju Autoworld. Na enkratnem prizorišču je med 250 prekrasno restavriranimi jeklenimi lepotci vsak izmed nas našel kakega po lastnem okusu ali z lastno letnico rojstva. Kongres je bil lepa priložnost za nova znanja in ideje, za druženje s prijatelji in kolegi od vsehokraj in za spoznavanje Bruslja. Vabljeni spomladi 2019 na Bled na 18. simpozij zobnih bolezni in endodontije, v septembru 2019 pa še na Dunaj na 19. kongres ESE.

Ustanovitev Sekcije za primarno pediatrijo

Prim. Jasna Čuk Rupnik, Dutovlje

V petek, 1. decembra 2017, je Združenje za pediatrijo v prostorih Pediatrične klinike v Ljubljani postavilo pomemben mejnik v prizadevanjih za ohranitev slovenske pediatrične dejavnosti na primarni ravni. V okviru Združenja za pediatrijo je bila ustanovljena **Sekcija za primarno pediatrijo**. Za predsednico sekcije je bila soglasno izbrana Bernarda Vogrin, za podpredsednici Špela Žnidaršič Reljič in Andreja Borinc Beden, za častno predsednico pa je bila, zaradi izjemnih dejavnosti na področju razvoja in uveljavljanja primarne pediatrije tako v Sloveniji kot v tujini, imenovana prim. Margareta Seher Zupančič.

Razlogov za ustanovitev sekcije je bilo več. Temeljijo v spoznanju, da se v zadnjih letih položaj pediatrov na področju primarne pediatrije vztrajno slabša. V političnih odločitvah glede

slovenskega zdravstva so se pred leti začele uveljavljati težnje za prenos skrbi za otroke in mladostnike v roke družinskih zdravnikov. Vsako leto je bilo razpisanih premalo mest za specializacijo iz pediatrije, tako število novih specialistov pediatrije ni sledilo številu tistih, ki jih je čakala upokojitel. V splošni in naraščajoči družbeni evforiji nasprotovanja cepljenju (tj. najbolj varni in najbolj učinkoviti zaščiti za preprečevanje obolenja in smrti zaradi številnih nalezljivih bolezni) so slovenski pediatri v letošnjem letu svoje aktivnosti zelo uspešno združili prav skozi prizadevanja za medsebojno bolj učinkovito povezanost.

Pred kratkim je pediatre močno presenetil še predlog za spremembo obračunskega modela ZZS, ki bi bil v ponujeni obliki lahko v resnici napoved konca pediatrije na primar-

ni ravni. Pediatri so presodili tudi, da nimajo podpore v institucijah, od katerih bi podporo vsekakor pričakovali. Tako je npr. NIJZ v preteklih desetletjih predstavljal dobro podlago za obstoj in razvoj pediatrične stroke. V zadnjih letih pa v svojih aktivnostih ne izkazuje več skrbi za ohranitev pediatrije, saj zbira in obdeluje vse manj podatkov o delu pediatrov. Da ne govorimo o večletnih neuspešnih prizadevanjih po vzpostavitvi registra cepljenih oseb in tudi prepotrebni prenovi zakonodaje na področju cepljenja. Zato so se za izhodišče delovanja nove sekcije pediatri odločili ustanoviti delovne skupine: za preventivo, za cepljenje, za pulmologijo in alergologijo, za pediatrične urgentne centre, za obračunski model ter za raziskovanje.

Pripravljalna dela za ustanovitev sekcije so potekala 11. novembra 2017 v Velenju. Tam so se vse popoldne in pozno v večer živahno bistrile ideje o



Pred Jakopičevu sliko v hotelu Paka po zaključenih pripravah na ustanovitev Sekcije za primarno pediatrijo. In to na martinovo! Izjemno delavno in povsem brez uporabe obeležja tega vseslovenskega praznika.

tem, kako poskrbeti za ohranitev in razvoj pediatrične stroke na primarni

ravni. V svetu ta pridobiva na veljavi in se marsikje razvija v smereh, ki jih

je Slovenija uveljavila odlično in že davno.

22. simpozij Sekcije za stomatološko protetiko SZD

Ana Marion, dr. dent. med., specializantka stomatološke protetike za Ravne na Koroškem

Letos jeseni je bil pomemben dogodek za vse, ki se kakorkoli ukvarjamo s stomatološko protetiko. Sekcija za stomatološko protetiko pri SZD je organizirala že 22. protetični simpozij, ki je potekal 13. in 14. oktobra 2017 v kongresnem središču na Brdu pri Kranju. Naslov tokratnega simpozija z mednarodno udeležbo je bil »Sodobna fiksno- in snemno-protetična oskrba – korak za korakom«, kjer so bile nazorno predstavljene posamezne klinične in laboratorijske faze in delovni postopki v fiksni in snemni protetiki. Prav tako letos poteka 40-letnica ustanovitve Sekcije za stomatološko protetiko.

Simpozij je potekal tradicionalno v dveh sklopih, najprej z delavnicami, nato s predavanji. V zgodnjih petkovih popoldanskih urah so udeleženci lahko izbirali med devetimi delavnicami. Brata Iztok in Aleš Križnar, zobozdravnik in zobotehnik, sta nam skupaj z gosti prikazala digitalno odtiskovanje in virtualno načrtovanje stomatoprotetične oskrbe. Doc. dr. Čedo Oblak je ponovil osnove implantatno-protetične oskrbe. Zobozdravnik Sašo Šraj in zobotehnik Mihael Skaza sta predstavila uporabo 3D-tiskalnikov. Gost iz tujine, predstojnik protetike na Kings College v Londonu prof. dr. David Bartlett, in doc. dr. Boris Gašpirc sta prikazala uspešno

sodelovanje specialista protetike in parodontologije za dolgotrajni uspeh stomatoprotetične oskrbe. Asist. dr. Boštjan Pohlen nam je pokazal, kako pravilno izbrati barvo zobnega nadomestka. Prof. dr. Peter Jevnikar in zobotehnik Blaž Berce sta predstavila uporabo zlate galvanjske tehnike v snemni protetiki pri konusnih konstrukcijah in gredeh pri delni brezzobosti. Doc. dr. Milan Kuhar nas je učil načrtovanja protetične oskrbe pri delno brezzobih čeljustih. Prof. dr. Ksenija Renner - Sitar je prikazala klinični pregled pacienta z bolečino v čeljustnih sklepkih in žvečnih mišicah. Asist. mag. Tadej Osterc je prikazal pravilno ravnanje z artikulatorjem.

Po odmoru so sledila predavanja. Začel je prof. dr. Igor Kopač z zanimivo predstavitevijo 40-letne dejavnosti Sekcije za stomatološko protetiko SZD z bogatim slikovnim gradivom.



Člani Sekcije za stomatološko protetiko na 22. protetičnem simpoziju v kongresnem središču na Brdu pri Kranju.

Nadaljevala sta prof. dr. Drstvenšek s predavanjem o 3D-tisku ter gost iz Anglije, prof. dr. David Barlett, o reševanju problemov pri totalnih protezah. Večer se je zaključil z bogato večerjo ob živi glasbi in z medsebojnim druženjem udeležencev.

Naslednji dan so učitelji iz Centra za stomatološko protetiko obsežno predavali o različnih kliničnih fazah pri delu s protetičnimi pacienti, ki so zelo pomembne tako za splošne zobozdravnike kot specialiste proteti-ke. Kot prva nam je zjutraj predavala prof. dr. Ksenija Renner - Sitar o pomenu kakovosti življenja pacienta v povezavi z oralnim zdravjem ter o vplivu nove protetične oskrbe za izboljšanje kakovosti življenja. Sledil je doc. dr. Milan Kuhar o načrtovanju v protetiki. Pri tem je še podrobno ponovil, kdaj in kako naj splošni zobozdravniki napotijo pacienta k specialistu protetične oskrbe. Asist. Nina Grguraš Lestan nam je predavala o pacientih z oligodontijami. Zobotehnik Vasja Hmeljak je opisal zobotehnikov pogled na sodelovanje med ordinacijo in laboratorijem. Zaupal nam je nekaj trikov za izdelavo laboratorijskih pripomočkov za lažjo komunikacijo med ordinacijo in laboratorijem. Prof. dr. Peter Jevnikar je predaval o snemnoprotetični oskrbi zgornje čeljusti. Prikazal je različne primere sodobne rehabilitacije, med

drugim s konusno konstrukcijo in rezkano gredjo. Asist. Jure Jamšek je opisal različne retencijske sisteme protez na vsadkih. Glede na preživetje zobnih vsadkov, tehnične zaplete, razporeditev žvečnih sil, velikost interokluzarne razdalje, možnost vzdrževanja higiene in zadovoljstvo pacienta je podal smernice za najbolj optimalen izbor sidrnega sistema na implantatih. Doc. dr. Čedomir Oblak nam je osvežil znanje o preparacijah za polno keramične prevleke. Primerjal je keramične konstrukcije, ki so slojene s fasetirnim porcelanom, z monolitnimi, ki danes postajajo vse bolj pogoste. Asist. dr. Boštjan Pohlen je govoril o onlejih. Opisal je preparacijo za keramični in kompozitni onlej, za razliko od kovinskega. Zobotehnica Mirjana Zagoričnik je opisala različne laboratorijske tehnologije za izdelavo keramičnih restavracij. Prof. dr. Igor Kopač je še enkrat stopil na oder in tokrat predaval o registraciji griza. Opisal je dva pristopa registracije, konfirmativni in reorganizacijski, glede na ohranitev medčeljustnih odnosov oziroma pri gradnji novih odnosov. Asist. Matej Kurnik je na primeru natančno prikazal protetično delo pri parodontalnem pacientu. Kot zadnji je zaključil asist. mag. Tadej Ostrc o pregledu cementov v stomatološki protetiki. Predstavil nam je vrste cementov in kdaj katerega uporabiti.

Povabljeni so bili tudi štirje tuji gosti. Prof. dr. Carlos Araujo iz Bauru, Brazilija, je pokazal predvidljiv klinični protokol izvedbe estetske protetične oskrbe z uporabo dentalnih implantatov. Dr. Miha Brezavšek, slovenski diplomant, ki je opravil specializacijo iz stomatološke proteti-ke in doktoriral na univerzi v Freiburgu ter v Nemčiji tudi dela, je primerjal klasično fiksno-protetično odtiskovanje z novodobnim intraoralnim skeniranjem. Zakonca Deeb, doc. dr. Janina Golob Deeb, parodontologinja, sicer diplomantka ljubljanske fakultete, in prof. dr. George R Deeb, maksilofacialni kirurg z Virginia Commonwealth University v Richmondu, ZDA, sta govorila o predprotetični pripravi in korekciji mehkih in trdih obzobnih tkiv ter o uporabi pristopov CAD-CAM – kombinaciji skeniranja, računalniške tomografije s konusnim snopom, stereolitografije – za izdelavo kirurških šablon za pravilno postavitve dentalnih implantatov.

Simpozija se je udeležilo za naše razmere veliko udeležencev, saj je bilo prijavljenih več kot 600 zobozdravnikov in zobotehnikov. Kljub lepemu vremenu je bila predavalnica ves čas polna. Za to se je treba zahvaliti zanimivim sodobnim strokovnim predavanjem in odlični organizaciji simpozija, za katero je zaslužna

predvsem prof. dr. Ksenija Rener - Sitar in seveda tudi marljiv organizacijski odbor, ki so ga sestavljali kolegi Jure Jamšek, Tadej Ostrc in Sonja Žarković - Gjurin.

Ob govornem delu protetičnega simpozija je potekala predstavitev posterjev zanimivih kliničnih izvedb protetične oskrbe in tudi raziskovalnih posterjev. Nagrado za najboljši klinični poster sta dobila zasebni zobozdravnik Boris Bombek in zobni tehnik Andrej Lazić o rehabilitaciji zobnih erozij z direktnimi overleji ter palatinalnimi in bukalnimi luskami. Nagrado za najboljši raziskovalni poster je dobila zobozdravnica Aleksandra Polak pod mentorstvom prof. dr. Ksenija Rener - Sitar z naslovom

Prevalenca subjektivne halioze zaradi težav z zobmi, ustno votlino, čeljustmi ali zobnimi nadomestki v odrasli slovenski populaciji.

Ob simpoziju je izšel ličen in obsežen (na 190 straneh) zbornik recenziranih prispevkov pod uredništvom predsednice sekcije. Odlikujejo ga lepo oblikovanje, barvne slike in mnogi sestavki tudi v angleškem jeziku. V zborniku so tudi povzetki devetih delavnic, 14 posterjev in preostalih predavanj. Zbornik bo dobro služil študentom in zobozdravnikom, zobnim tehnikom in specialistom kot učilo in spodbuda za nadaljnjo strokovno rast.

Sklepna ugotovitev je, da so bili na simpoziju odlično prikazani novi

trendi v protetični oskrbi, ki iz razvitih okolij nezadržno prihajajo v naš strokovni prostor ter nakazujejo potrebo po uvedbi digitalnih tehnologij v slovensko javno in zasebno zobozdravstveno varstvo ter s tem tudi v protetično oskrbo. Ob tem se porajajo zahteve in potrebe po posodobitvi Zelene knjige ZZZS, saj Katedra za stomatološko protetiko na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani v sklopu dodiplomskega in podiplomskega izobraževanja uči v smeri sodobne protetične oskrbe. ZZZS in zdravstvena politika bosta morala posodobiti in razširiti materialno bazo javnega zobozdravstva, da ne zaostanemo za ravno Evropske unije.

Beograd gostil vodilne strokovnjake s področja menopavzne medicine

3. Regionalna konferenca Mednarodnega menopavznega združenja in 2. Kongres Srbskega menopavznega združenja

Doc. dr. Damir Franić, dr. med., Ginekologija dr. Franić, d. o. o.

Pisalo se je leto 2009 in meseca maja je v Londonu potekal kongres Evropskega združenja za menopavzo in andropavzo (EMAS). Slovenija je imela svoje nacionalno strokovno zasedanje, predstavljena je bila študija EU East o sodelovanju pri nadomestnem hormonskem zdravljenju (NHZ), kjer so imeli pomembno vlogo tudi slovenski predstavniki. Potekala je tudi generalna skupščina EMAS, na kateri so izbirali nove člane upravnega odbora in mesto, ki bo gostitelj naslednjega kongresa, predvidenega za leto 2014. Svojo kandidaturo so predstavili predstavniki Nizozemske (Amsterdam), Portugalske (Lizbona) in Srbije (Beograd). Z veliko prednostjo je zmagala Srbija, ker je njihova predsednica prof. Svetlana Vujović sijajno predstavila

Beograd kot potencialnega gostitelja tega kongresa. Vsi navzoči, ki smo prihajali z območja nekdanje skupne države, smo bili navdušeni, ker smo se zavedali pomembnosti tega dogodka za celotno regijo. Želeli smo si, da bi po zadnjih nekaj »anemičnih« kongresih doživeli »drugačno« energijo.

V vmesnem obdobju (leta 2012) je bil kongres v Atenah, kjer se je dalo slutiti, da s kongresom v Beogradu žal ne bo nič. Politika pač, ki je tudi v EMAS-u zavzela stališče, da je »denar sveta vladar«. In to kljub temu, da je bila prof. Vujović takrat tudi članica upravnega odbora EMAS. Ob velikem razočaranju, ker kongresa EMAS v Beogradu ne bo, pa je bila prof. Vujović vendarle povabljen v upravni odbor Mednarodnega menopavznega

združenja (IMS – *International Menopause Society*), ki je globalno združenje z največjim »faktorjem vpliva« na področju menopavzne medicine.

In zgodilo se je! Od 16. do 18. novembra sta v Beogradu potekala 3. Regionalna konferenca IMS in 2. Kongres Srbskega menopavznega združenja (MUMIA). V hotelu Crowne Plaza se je zbralo 412 udeležencev z vsega sveta, praktično vsa svetovna strokovna smetana na področju menopavzne medicine, na čelu z velikani ginekološke endokrinologije in menopavzne medicine. Naj omenim samo tiste, ki so v zadnjih 20–30 letih krojili usodo menopavzne medicine: prof. Andrea Genazzani iz Italije, prof. Amos Pines iz Izraela, aktualna predsednica IMS prof. Mary



Prim. Darija Strah, prof. dr. Ksenija Geršak, doc. dr. Ivan Fistonić iz Hrvaške, dr. Maja Franić - Ivanišević in doc. dr. Damir Franić (z leve).

Ann Lumsden iz Velike Britanije, nekdanji predsednik prof. Rod Baber iz Avstralije, sedanja odgovorna urednica revije *Climacteric* prof. Margery Gass iz ZDA, ki je bila ena glavnih raziskovalk v študiji WHI, ter prof. Santiago Palacios, »dobri duh« iz Španije.

Iz Slovenije je bilo povabljenih pet predavateljev, in sicer prof. Ksenija Geršak, prof. Milan Reljić, prof. Tomaž Kocjan, doc. Mojca Jensterle Sever in avtor tega prispevka. Ksenija Geršak je predstavila genetsko motnjo, in sicer fragilni X kot vzrok za prezgodnjo menopavzo ter v prikazu primera predstavila uspešno zanositev in donositev dveh zdravih otrok z donirano jajčno celico pri isti pacientki. Milan Reljić je predstavil zmožnost fertilitnosti po 40. letu. Poudaril je, da se možnost zanositve po 40. letu eksponentno niža zaradi premalo zmogljivih jajčnih celic. Priporoča se zanositev z donorsko jajčno celico, da bi tako zmanjšali tveganje za ponovne spontane splave. Tomaž Kocjan je predstavil terapevtske dileme glede stranskih učinkov peroralne terapije, če se osteoporoza pojavi v obdobju zgodnje pomenopavze, in dilemo

glede stroškovnega izkoristka (»cost-benefit«) parenteralnega zdravljenja. Avtor tega prispevka je predstavil novosti v regeneraciji tkiva v pomenopavzi z uporabo zdravljenja z lastno plazmo (PRP – *platelet riched plasma*). Podrobneje je prikazal zdravljenje lichen sclerosus pri predmenopavzni ženski in s histološko sliko pred in po zdravljenju dokazal popoln regenerativni učinek tega načina zdravljenja. Mojca Jensterle Sever se je predstavila v okviru zasedanja »Rising star« in za svoj prispevek »Kratkotrajna intervencija z liraglutidom in metforminom poveča fertilitnost pri debelih ženskah s PCO v postopkih IVF« prejela prvo nagrado za znanstveni prispevek. Veliko priznanje in spodbuda, da še naprej uspešno nadaljuje svojo klinično-akademsko pot.

Zanimivost kongresa je bila, da so vsi predavatelji morali predstaviti svojo temo kot prikaz primera, kar je celotnemu kongresu dalo prav poseben praktični pridih.

Kongres se je začel v četrtek popoldne s temami, povezanimi z NHZ. Otvoritvenemu predavanju prof. Genazzanija o možganih kot viru in tarči spolnih hormonov je

sledila otvoritvena slovesnost. Ta je bila med drugim tudi vrhunski glasbeni dogodek pod taktirko mladih izjemno nadarjenih glasbenikov, ki so s harmoniko in »klarino« (nenavaden duo klarinet in kitara) »ad hoc« improvizirali in pokazali vse bogastvo svoje nadarjenosti. Slovesnost so končali Romi, najboljši trobentači iz Guče, ki so poskrbeli, da je dvorana eksplodirala in da so se vsi udeleženci razživeli. Skladbe, kot so »Ederlezi« in »Cigani letijo v nebo« so nas čustveno vrnile v neke pretekle čase.

Posebnost tega kongresa je bila tudi to, da je bil ob strokovnem delu velik poudarek na družabnem življenju, na katero smo v zadnjem času skoraj pozabili. Slavnostna večerja z dobro tradicionalno hrano in ob vrhunski živi glasbi je bila idealna priložnost, da je lahko predsednica kongresa izročila vsakemu povabljenemu predavatelju ročno izdelano darilo, okrašeno z začetnicami njegovega imena in priimka. Zares gesta, ki se nas je čustveno dotaknila!

V soboto so nastopali mladi upi, mi starejši pa smo se odpravili na izlet v Oplenac na obisk rezidence Karađorđević in kraljevske vinske kleti. Na koncu smo imeli »slow-food« ob vrhunski vinski spremljavi v kleti Aleksandrović v Topolah blizu Oplenca. Celotni izlet je vrhunsko vodil docent na fakulteti za umetnostno zgodovino, ki je v tekoči angleščini na izjemno zanimiv način opisal Srbijo kot stičišče vzhoda in zahoda in njen vpliv na vojne, ki so potekale na tem področju. V Oplencu se nam je pridružil kolega prof. Srđan Popović, endokrinolog iz Beograda. Njegov dedek je bil šef policije, ki je varovala kralja Karađorđevića, in prof. Popović nam je kar tako »za zraven« pripovedoval »insiderske« zgodbe, med drugim tudi tisto o atentatu na Aleksandra Karađorđevića leta 1936 v Marseillu.

Na koncu naj še povem, da je izjava prof. Vujovićeve: »Življenje je samo eno, zato je ob znanosti treba tudi uživati!« zadela v polno. Kongres je bil vrhunsko organiziran, v kongre-

sne aktivnosti so bili vključeni tako člani tima glavne organizatorke kot tudi študenti na koncu študija medicine, ki so bili simpatični, vljudni, z odličnim znanjem tujih jezikov in vedno pripravljeni pomagati in ustreči

željam posameznih udeležencev kongresa. Vsi mi, ki imamo dovolj kongresne kilometrine, smo se še enkrat prepričali, da so poleg strokovnih aktivnosti še kako pomembni sestavni deli kongresa tudi iskrenost,

toplina in brezmejno veselje do druženja.

Simpozij »Napredek za varnejšo anesteziološko obravnavo porodnic in ginekoloških bolnic«

Kaj je novega v anesteziološkem delu porodništva in kje smo pri tem v UKC Ljubljana?

Izr. prof. dr. Tatjana Stopar Pintarič, dr. med., DEAA, UKC Ljubljana

Med 26. in 30. septembrom 2017 je v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani potekal mednarodni simpozij z delavnicama »Napredek za varnejšo anesteziološko obravnavo porodnic in ginekoloških bolnic« oz. »Advances in patient safety for OB/GIN patients« v organizaciji Slovenskega združenja za področno anestezijo in klinike Mayo iz Rochestra, v sodelovanju s Kliničnim oddelkom za anesteziologijo in intenzivno terapijo (KOAIT) ter Slovenskim združenjem za anesteziologijo in intenzivno medicino (SZAİM).

Srečanje se je začelo z dvema popoldanskima delavnicama, namenjenima predvsem specializantom anesteziologije. Prva je na enostavnem steklenem modelu hrbtnjače, napolnjene z vodo, prikazala smer in obseg širjenja kontrasta glede na njegov volumen in specifično težo ter s tem pričakovano raven spinalnega bloka glede na odmere in specifično težo lokalnega anestetika ter pozicijo pacienta. Druga delavnica je bila namenjena ultrazvočno (UZ) vodeni blokadi perifernih živcev zgornje in

spodnje okončine, trebušne stene ter UZ vodeni punkciji žil. Poznejši dvodnevni simpozij, kjer so sodelovali anesteziologi, porodničarji in neonatologi iz ZDA, KOAIT ter KO za perinatologijo Ginekološke klinike UKC Ljubljana, je odprla prof. dr. Vesna Novak Jankovič, dr. med., s predstavitvijo razvoja slovenske anesteziologije. Sledila je obravnava naslednjih anesteziološko/porodniških področij: oskrba težke dihalne poti v porodništvu, lajšanje porodne bolečine, nujna stanja v porodništvu, obvladovanje obporodnih krvavitev, kirurgija s pospešenim okrevanjem, novosti v izobraževanju, etika v medicinskem raziskovanju, diferencialna diagnoza glavobolov v nosečnosti ter posebnosti vaginalnih porodov dvojčkov in novorojenčkov v medenični vstavi, ki so jo predstavili slovenski porodničarji in anesteziologi. Povzemam samo nekatera.

O posebnostih oskrbe dihalne poti porodnic je govoril dr. Barry Harrison. Poudaril je anatomske in fiziološke posebnosti porodnic ter stresnost nujnih carskih rezov, ki vodijo v desetkrat večjo pojavnost težkih intubacij v primerjavi s kirurško populacijo. Leta 2015 izdani algoritmi

za obvladovanje nepričakovane težke intubacije pri porodnicah (*Difficult airway society 2015 guidelines*) zato posebej poudarjajo zmanjšanje števila neuspešnih poskusov intubacije z uporabo alternativnih pripomočkov ter prehod na oksigenacijo preko supraglotičnega pripomočka že po tretjem neuspešnem poskusu intubacije.

Prof. dr. Ferne Bravemen je govorila o možnostih za lajšanje porodne bolečine. Poudarila je, da že sama zahteva porodnice po lajšanju bolečine zadošča za uvedbo protibolečinske terapije. Ker je ta hkrati tudi terapija disfunkcionalnega poroda, bi morala biti na voljo 24 ur na dan. Poudarila je predvsem prednost epiduralne analgezije, ki ima poleg največje učinkovitosti tudi možnost poglobitve v področno anestezijo za carski rez ali manjše obporodne posege. Med razpravo smo izpostavili tudi naše izkušnje z remifentanilsko analgezijo, ki jo običajno priporočamo porodnicam, ki epiduralno odklanjajo ali je kontraindicirana, oz. tistim, pri katerih pričakujemo kratke porode (multipare). Da bi se izognili resnim zapletom, priporočamo omejitev največjih enkratnih odmerkov do 40 mcg, trajanje analgezije do 4 ure ter obvezno prisotnost medicinske osebe za stalen nadzor življenjskih funkcij. Nasprotno pa epiduralno analgezijo



Prof. dr. Vesna Novak Jankovič s predavatelji s klinike Mayo.

svetujemo tistim, pri katerih pričakujemo dolge in boleče porode, kot so prvorodke in tiste, ki jim porod sprožamo s prostaglandini.

Dr. Cristopher Sill je podal patofiziologijo preeklampsije, doc. dr. Miha Lučovnik, dr. med., pa pregled slovenskih priporočil za zdravljenje porodnic s težko preeklampsijo, ki predstavlja še vedno enega od vodilnih vzrokov maternalne in perinatalne obolevnosti in smrtnosti. Poleg nevrološke zaščite z infuzijami magnezija ter zdravljenja hipertenzije je izpostavil tudi pomen vodenja tekočinske terapije. Pri tekočinski preobremenitvi namreč lahko zaradi disfunkcionalnega epitela ob zmanjšani prostornini intravaskularnega prostora pride do življenjsko ogrožajočega pljučnega edema, ki je npr. v letih 1994–1996 samo v Veliki Britaniji zahteval šest življenj. Na podlagi tega so bile uvedene smernice za optimalno tekočinsko terapijo, ki pa niso vključevale individualnih razlik v potrebi po tekočinah. S tem namenom je bila na KO za perinatologijo narejena študija, ki je pokazala, da lahko z UZ pljuči, ki je enostavna in hitro priučljiva preiskava, individualiziramo tekočinsko terapijo in se na ta način izognemo resnim zapletom. Kar zadeva dokončanje poroda, je izpostavil predvsem potrebo po dobro zasno-

vanih kliničnih študijah o koristnosti lipidne fereze in statinske terapije v podaljšanju nosečnosti porodnic s hudo preeklampsijo za več kot 48 ur pri gestacijski starosti < 34 tednov.

Prof. David Strand je predaval o travmi v nosečnosti, ki je v razvitem svetu eden od glavnih vzrokov za umrljivost mater. Kljub temu, da je kar devet od desetih travm manjših, se jih 60–70 % konča s smrtjo ploda zaradi prezgodnjih krčenj maternice kot posledice njene poškodbe, sproščanja prostaglandinov ter gestacijske starosti ploda. Poudaril je varnost običajnih rentgenskih preiskav, kot so RTG pc (0,005 rad), RTG medenice (0,4 rad) in CT abdomna (< 3 rad), ki sevajo pod nevarno mejo za plod, tj. > 5–10 radonov, ter nujnost fetalnega monitoringa po 24. tednu nosečnosti zaradi nevarnosti abrupcije placente, prezgodnjega poroda ter fetalnega distresa.

Doc. dr. Nataša Tul Mandič, dr. med., je predavala o slovenskih priporočilih za vodenje nosečnosti in porodov dvojčkov. Izpostavila je pomembnost izvajanja vaginalnih porodov dvojčkov samo v centrih, ki imajo s tem dovolj izkušenj in možnosti takojšnjega operativnega dokončanja poroda v primeru zapletov. Slednje zahteva prisotnost in koordinacijo tima v porodni sobi,

sestavljenega iz babice, porodničarja, anesteziologa in neonatologa. Mag. Gorazd Kavšek, dr. med., je osvetlil mesto vaginalnih porodov novorojenčkov v medenični vstavi v UKC Ljubljana, kjer je med drugim izpostavil rezultate retrospektivne analize iz Nacionalne perinatološke baze podatkov, ki je primerjala neonatalne izhode porodov v medenični vstavi po carskem rezu ali vaginalnem porodu. Rezultati so pokazali, da je pri vaginalnih porodih večja možnost neonatalne travme, ne pa asfiksije. Ker se jih 50 % konča z nujnim carskim rezom, zahtevajo uigran in izkušen multidisciplinarni tim. Iva Blajić, dr. med., je predstavila vlogo anesteziologa pri vaginalnih porodih dvojčkov in novorojenčkov v medenični vstavi. Pri obeh je najpriporočljivejša epiduralna analgezija, ker med drugim omogoča tudi poglobitev v področno anestezijo za carski rez ali izhodne vaginalne operacije. Pri porodih dvojčkov omogoča tudi lažji notranji obrat in totalno medenično ekstrakcijo dvojčka B. Pri poskusu vaginalnega poroda novorojenčka v medenični vstavi nudi tudi zadovoljivo perinealno analgezijo in relaksacijo medeničnega dna.

Dr. Emily Sharpe je govorila o carskem rezu s pospešenim okrevanjem, katerega glavni namen je izboljšati kakovost oskrbe ob hkratnem zmanjšanju stroškov zdravljenja, ki temelji na zmanjšanju preoperativne teščnosti s pitjem sladkih napitkov, neopiatni pooperativni analgeziji, preprečevanju hipotermije med operacijo ter zgodnji odstranitvi urinskega katetra.

O obvladovanju obporodnih krvavitev sta predavala profesorja Cristopher Duncan in Yuki Ohachi. Prvi je govoril o pomembnosti prepoznavanja dejavnikov tveganja za nastanek obporodne krvavitve, profilaktičnem dajanju uterotonikov, aktivnem vodenju tretje porodne dobe ter zgodnjem dajanju traneksamsične kisline. Posebej je izpostavil rezultate študije WOMAN, narejene na 20.000 porodnicah in objavljene v reviji Lancet leta 2017, ki ugotavljajo, da

dajanje traneksamske kisline v treh urah od začetka krvavitve zmanjša smrtnost zaradi krvavitve, hkrati pa ne povečuje števila tromboemboličnih zapletov. Prof. Ohachi je izpostavila predvsem razlike v diagnostiki in zdravljenju obporodnih krvavitev v primerjavi z drugimi krvavitvami. Pri prvi igra osrednjo vlogo prepoznavanje in zdravljenje hipofibrinogenemije, ki je hkrati tudi najzgodnejši pokazatelj obsežnosti obporodne krvavitve. Pri tem nam je lahko v veliko pomoč uporaba rotacijske trombelastometrije (ROTEM-a,) saj amplituda v FIBTEM-u že po 5 min. sovпада s plazemsko vsebnostjo fibrinogena. Vrednosti fibrinogena pod 2 g/l ($A_5 < 10$ mm v FIBTEM-u) imajo namreč 100 % pozitivno napovedno vrednost za prehod v masivno

krvavitev, sprejem v intenzivno enoto ali potrebo po histerektomiji. Uporaba ROTEM-a se je izkazala za koristno tudi pri zgodnji diagnostiki diseminirane intravaskularne koagulacije kot posledice porabnostne koagulopatije v sklopu embolije z amnijsko tekočino, je dodal dr. Todd Cor.

In kje smo mi?

V Porodnišnici Ljubljana je anesteziološko vodena analgezija na voljo 24 ur na dan od leta 2013, ko je porodniška anestezija postala del anesteziološkega repertoarja KOAIT. S kadrovskimi okrepitevami predvsem v času dežurstva smo v letu 2017 omogočili manj boleč porod kar 2500 (55 %) porodnicam in tako postali glede števila izvedenih analgezij primerljivi s podobnimi institucijami po svetu. S pomočjo UZ izvedene

področne tehnike uporabljamo tudi za večino carskih rezov in lajšanje bolečin po njem, s čimer pospešujemo pooperativno okrevanje ter hitrejše povezovanje matere z otrokom. Videolaringoskop uporabljamo kot primarni intubacijski pripomoček, ROTEM pa za oceno obsežnosti krvavitve ter koagulacijskih motenj. Na podlagi raziskovalne dejavnosti smo pridobili terciarna sredstva za nakup najnovejših videolaringoskopov in bronhoskopa ter UZ-aparata. Z organizacijo manjših mednarodnih interdiscipliniranih simpozijev pa objektivneje ocenjujemo raven našega dela, damo prostor izmenjavi mnenj in izkušenj ter tako omogočamo napredek stroke in medstrokovnih odnosov.

Poročilo o 6. Osteoloških dnevih

Prof. dr. Radko Komadina, dr. med., svet., SB Celje

Prim. asist. Miro Čokolič, dr. med., UKC Maribor

Tradicionalno bienalno srečanje zdravnikov raziskovalcev in klinikov s področja mišično-skeletne medicine je potekalo 13. in 14. oktobra 2017 v avditoriju Medicinske fakultete Univerze v Mariboru. Strokovni sestanek je namenjen zdravnikom, ki obravnavajo osteoporozo in njene posledice. Kot v dosedanjih letih, so bili organizatorji UKC Maribor, Medicinska fakulteta UM, Zdravniško društvo Maribor ter Splošna in učna bolnišnica Celje. V organizacijskem odboru so delovali zdravniki in farmacevti z Medicinske fakultete v Ljubljani, Medicinske fakultete v Mariboru in Fakultete za farmacijo v Ljubljani: prof. dr. Breda Pečovnik Balon, prim. asist. Miro Čokolič, prof. dr. Radko Komadina in prof. dr. Janja Marc. Organizatorji so do srečanja uredili recenziran zbornik – monogra-

fijo – o 6. Osteoloških dnevih, ki na 216 straneh obravnava najrazličnejše vidike bolezni, poškodb in okvar mišično-skeletnega sistema. Zbornik so recenzirali doc. dr. Andrej Zavratnik, prof. dr. Breda Pečovnik Balon in prof. dr. Radko Komadina, uredil pa ga je prim. asist. Miro Čokolič, založil UKC Maribor. Razdeljen je v štiri sklope:

- Prvi sklop obravnava diagnostične metode (stranpoti interpretacije DXA-meritev, slikovno diagnostiko z DXA-napravo, denzitometrično oceno vretenčnih zlomov, analizo osteoporoznega zdravljenja pri pacientih z zlomom kolka v UKC Maribor, sekundarno preventivo zlomov kolka na Kliničnem oddelku za travmatologijo UKC Ljubljana). Kolega travmatolog, ki ga je poklicna pot zaradi

nezadovoljstvo na prejšnjem delovnem mestu v UKC Maribor pred dobrim letom dni popeljala v našo severno sosedo, nam je razložil številne razlike, kakor tudi podobnosti. Pozitivna je predvsem dobra kadrovska zasedba z zdravniki, najbolj negativna pa defenzivna medicina. Zdravniki v Avstriji dejansko nekaj veljajo (dr. pred imenom se znajde na kartici zdravstvenega zavarovanja, bančni kartici ...), zato ni slišati pritoževanja nad zdravniškimi plačami, ki so bistveno višje kot pri nas, ob manjši obremenitvi zdravnikov.

- Naslednji sklop obravnava zdravljenje pacientov z vertebroplastiko v lokalni anesteziji, ortogeriatrsko obravnavo starostnika z zlomom, vpliv adherence na stro-

škovno učinkovitost zdravljenja osteoporoze. Izdatki Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za zdravila za osteoporozo so se v zadnjem desetletnem obdobju prepolovili. Poraba vseh zdravil za osteoporozo se je zmanjšala za četrtno, poraba bisfosfonatov se je prepolovila, denozumab je postal najbolj predpisovano zdravilo. Seznanili smo se z uporabo MR v personaliziranem zdravljenju bolnikov z osteoporozo, o zaščiti kosti pri bolnicah z rakom dojke, o zaščiti kosti pri bolnikih z rakom prostate, o boleznih ščitnice in vplivih na kost, o zaščiti kosti pri bolnikih, ki prejemajo glukokortikoide, o indikacijah za zdravljenje s teriparatidom, o povezavi antihiperglikemičnega zdravljenja z boleznimi kosti, o iatrogehi hipokalcemiji po zdravljenju z močnim antiresorptivnim učinkom na kosti.

- V tretjem sklopu smo obravnavali prehrano in osteoporozo, vpliv testosterona na kostnino, kdaj osteoporoze ne zdravimo, o vplivu novih peroralnih antikoagulantov na kost, o vplivu zdravljenja s teriparatidom na izvid scintigrafije okostja, o novostih pri diagnostiki in zdravljenju oseb z imperfektno osteogenezo in zdravljenju kosti pri bolnikih s cistično fibrozo.
- Zadnji sklop so bila raziskovalna poročila slovenskih raziskav o mezenhimskih matičnih celicah v sinovijskem sklepu kot orodju za raziskave osteoartroze, o razlikah v kostnem tkivu med spoloma in odgovornosti RANKL-a (receptor activator of nuclear factor κ B ligand), o vplivu maternalnega vitamina D na pojav zlomov kosti in displazije kolkov pri novorojenčku ter o ekosistemu za napredne terapije na področju regenerativne medicine.

Ideja o multidisciplinarni obravnavi osteoporoze z zapleti se je porodila članom organizacijskega odbora leta 2007 med evropskim kongresom o osteoporozi v Portu. Želeli smo preseči



Z leve: prof. Breda Pečovnik Balon, Metka Epšek Lenart, prof. Janja Mare, Urška Kšela, prof. Radko Komadina.

enostransko in občasno že monotono obravnavo temeljnih znanj osteologije. Ker vsako leto 20. oktobra obeležujemo svetovni dan osteoporoze, njegov cilj pa je prenesti sporočilo o pomenu osebne skrbi za zdravje širši javnosti, smo sklenili nagovarjati širšo strokovno javnost. Z organizacijo bienalnih dvodnevni strokovnih srečanj obeležimo svetovni dan osteoporoze, kjer poleg poročil o strokovnih novostih v svetu namenjamo veliko pozornosti predstavitev domačih raziskovalnih prispevkov in novosti s področja osteologije. Od prvega srečanja je minilo 10 let, obisk je nespremenjen in dober. Med obiskovalci najdemo družinske zdravnike, interniste tistih strok, ki obravnavajo kostno presnovo, kirurge travmatologe in kirurge ortopedov, urologe, ginekologe, specialiste medicine dela, prometa in športa, inženirje fizike, strojništva, računalništva, saj poleg diagnostičnih metod, temelječih na dvojni rentgenski absorpcijometriji, raziskovanje v osteologiji poteka na nano nivoju s proučevanjem informacijskih molekul kostnih celic.

Letos smo del programa posvetili tudi onkološkim strokovnim vprašanjem. S partnersko organizacijo obeh medicinskih fakultet v Sloveniji krepimo čvrste vezi in možnosti

dobrega strokovnega sodelovanja. Zavedamo se namreč, da v dvomilijonski državi težko organiziramo raziskovalne projekte s področja osteologije, saj nas pri tem omejuje razsežnost države. S sodelovanjem pediatrov s Pediatrične klinike UKC v Ljubljani smo uspeli odpreti še novo raziskovalno področje, področje osteologije pri otrocih. Ob srečanju je potekalo tudi druženje z značilnim dobrim štajerskim razpoloženjem, pri katerem so se porajale nove ideje, ki jih bomo morebiti slišali v obliki prispevkov čez dve leti. Na Osteoloških dnevih želimo ponuditi novosti zdravnikom vseh strok, centrom, ki se ukvarjajo z denzitometrijo, in možnost predstavitev rezultatov domačim raziskovalcem s področja osteologije. Vsi sodelujoči želimo predvsem pomagati bolnikom, da bo podaljšana življenjska doba nudila dostojno kakovost življenja in bomo dodali življenje letom, ne pa samo leta življenju. Velike raziskave preteklih let so namreč dokazale, da vemo, da lahko zmanjšamo obolevnost, preprečimo zaplete ter podaljšamo življenje, vedno bolj pa stopa v ospredje odgovornost za lastno zdravje, ki jo nosi v vedno večji meri bolnik sam, zato je tudi njegova povečana skrb zanj dobrodošla.

Preprečevanje in obvladovanje bolečine pri otrocih in mladostnikih

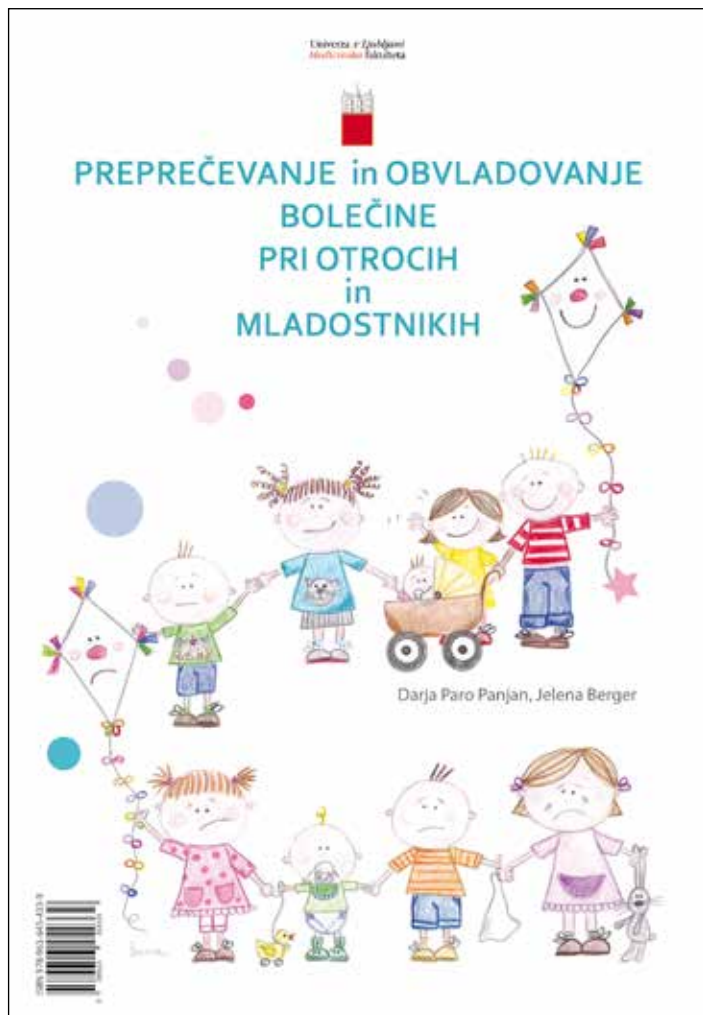
Izr. prof. dr. Tatjana Stopar Pintarič, dr. med., DEAA, Klinični oddelek za anesteziologijo in IT operativnih strok, UKC Ljubljana

Katedra za pediatrijo Medicinske fakultete UL je na željo pediatrov pred kratkim izdala knjigo *Preprečevanje in obvladovanje bolečine pri mladostnikih in otrocih* pod uredništvom pediatrije izr. prof. dr. Darje Paro Panjan, dr. med., ter anesteziologinje Jelene Berger, dr. med. Uvod v knjigo je napisal znani angleški pediatrični anesteziolog Neil S. Morton, v katerem je poudaril, da smo v zadnjih 25 letih na

področju lajšanja bolečine pri otroku pričali večjim spremembam, ki so posledica sprejetja Konvencije o otrokovih pravicah pri ZN, razvoja načela dobre prakse pri oskrbi otrok v bolnišnicah ter raziskav na področju pediatrične analgetične terapije, ki so bile pomembne za uvajanje novih analgetičnih zdravil v klinično prakso. Dodatno so se začela razvijati tudi orodja za prepoznavanje in oceno jakosti bolečine pri otrocih različnih starostnih skupin. Uporaba ustreznih lestvic je naredila bolečino vidno, tako da smo jo lahko začeli zdraviti.

Knjiga ima 240 strani, 11 poglavij v slovenski in angleški različici, ki se stikata v sredinski slovensko-angleški farmakopeji. V našem prostoru je to morda bolj izjema kot pravilo, a avtorji so pristopili k obravnavi lajšanja bolečine pri otroku interdisciplinarno, natančno, pa vendar ne dolgovezno, z dodatkom prepotrebne poglavja o odmerjanju in pripravi zdravil za lajšanje bolečine pri otrocih, ki za vsako protibolečinsko zdravilo in starost otroka posebej poda odmerek, interval odmerjanja, največji dnevni odmerek ter priporočeno trajanje zdravljenja. Posebej so dodana še opozorila glede posebnosti posameznih farmakoloških oblik, znaki prevelikega odmerjanja zdravil in ukrepi ob tem ter potrebno opazovanje. Zaradi vsega omenjenega bi bilo smiselno omenjeno poglavje narediti dostopno tudi v elektronski obliki na spletni strani anesteziološkega in pediatričnega strokovnega združenja.

Preprečevanje in obvladovanje bolečine se v knjigi začne s poznavanjem patofiziologije bolečine, ki jo podata anesteziologa Gorazd Požlep in Darja Janjatovič. Začeta z njeno večplastnostjo; čutno in čustveno komponento, ki določata naš odgovor nanjo; nadaljujeta s poudarkom na zaščitni vlogi akutne bolečine ter izgubi le-te pri kronični bolečini, ki postane neke vrste »napaka v sistemu«. Klinična psihologinja Martina Burger Lazar opisuje pomen psiholoških



pristopov za zmanjševanje strahu in bolečine, ki so posebej pomembni pri otrocih in mladostnikih, kadar so deležni pogostih in ponavljajočih se zdravstvenih posegov zaradi kroničnih ali malignih bolezni, ter pri tistih s sindromom kronično ponavljajoče se bolečine, katerih neustrezna obravnava lahko pusti takojšnje, kratkotrajne in dolgotrajne razvojne in psihobiološke posledice. Podobno ugotavljata tudi Petja Fister in Darja Paro Panjan pri obravnavi bolečine pri novorojenčkih, kjer pričakujeta v bodoče razvoj novih orodij, s katerimi bi lahko bolj objektivno prepoznavali bolečino pri novorojenčku, nadzorovali učinkovitost zdravljenja ter tako preprečili neželene posledice.

Jelena Berger in Špela Pirtovšek Štupnik podajata pomen lajšanja pooperativne bolečine, ki bi moralo biti organizirano kot pediatrična »protibolečinska služba«, v kateri so povezani strokovnjaki, medicinske sestre in drugo negovalno osebje. O protibolečinskem zdravljenju in zdravljenju kritično bolnih otrok s sedativi razpravljata Štefan Grosek in

Petja Fister, o obvaldovanju kronične neonkološke bolečine pa Neli Vintar, Nataša Toplak in Mirjana Perkovič Benedik. Slednje poudarijo predvsem neuspešnost dolgoročnega zdravljenja z zdravili ter posledično vpeljavo nekaterih vej komplementarne medicine. Zdravljenje izjemno kompleksne maligne bolečine je danes še vedno usmerjeno v razvoj čim uporabnejših diagnostičnih orodij za hitro prepoznavanje bolečine, predvsem pri manjših otrocih. Pri otrocih in mladostnikih pa trenutno potekajo prospektivne raziskave o novejših načinih dovajanja zdravil, kot so opiatni analgetiki s samostojnim uravnavanjem odmerka glede na trenutno jakost bolečine. Glede lajšanja proceduralne bolečine, ki spremlja diagnostične in terapevtske posege, so mogoče še številne izboljšave, piše Simona Lucija Avčin. V poglavju o lajšanju bolečine pri otrocih z manjšo intelektualno zmožnostjo je ponovno poudarek na prepoznavanju jakosti bolečine z uporabo vedenjskih ocenjevalnih lestvic. Mojca Kržan sklene s prispev-

kom o možnosti medikamentnega zdravljenja otrok, katere učinkovitost je individualno pogojena. Odmerek moramo toliko časa prilagajati, dokler ne vzpostavimo zelenega ravnovesja med zadovoljivim lajšanjem bolečine in še dopustno stopnjo neželenih učinkov.

Naj sklenem z mislijo dr. Mortona. Za zagotovitev celovite obravnave bolečine pri otrocih v klinični praksi potrebujemo multidisciplinarno ekipo zdravnikov različnih strok, pediatrov, anesteziologov, kirurgov, kakor tudi negovalno osebje, seveda pa morajo biti vključeni tudi otroci in njihove družine. V številnih državah se je kot uspešen model izkazala ravno služba pod vodstvom anesteziologov in specializiranih medicinskih sester, katerih znanje o lajšanju akutne bolečine je lahko v pomoč tudi otrokom s kronično bolečino in tistim, ki prejemajo paliativno terapijo.

Upam, da bodo pričujočo knjigo uporabljali zdravniki na vseh ravneh in vseh specialnostih, saj je odličen prispevek h kakovostnemu lajšanju bolečine.



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

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

Registracija v treh korakih

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

The screenshot shows a registration form titled 'Registracija'. It contains the following fields and labels:

- Elektronska pošta**: A text input field containing the email address 'ime.priimek@gmail.com'.
- Datum rojstva**: A date input field showing '13.07.1990'.
- Geslo**: A password input field with a strength indicator below it.
- Ponovitev gesla**: A second password input field for confirmation, also with a strength indicator.
- Potrdi**: A button at the bottom right to submit the registration.

Zbornična izobraževanja za zdravnike in zobozdravnike

Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti

predavanja in delavnice: 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.

Obvladovanje stresa ob kriznih dogodkih v zdravniški službi

delavnica: marec, april, maj, junij

Udeleženci bodo spoznali krizne dogodke s poudarkom na dogodkih v zdravstvu. Spoznali bodo faze in vrste odziva na travmatski dogodek ter različne vrste pomoči po tovrstnem dogodku. Podrobneje se bomo posvetili individualnim in skupinskim razbremenilnim pogovorom ter jih na delavnici tudi izkusili. Predstavili bomo več tehnik sproščanja in jih tudi izvedli.

Izvajalki: Andreja Lavrič, univ. dipl. ped., in Elizabeta Vovko, univ. dipl. psih.

Nujna medicinska stanja v zobozdravstveni ambulanti

seminar: marec

Pri svojem vsakodnevnem, zahtevnem delu zobozdravniki obravnavamo paciente, ki zaradi sistemskih bolezni 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, obravnava 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.

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 pravičnega 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, delovnopravne dileme, E-list in nekaj malega o stresu.

Število udeležencev na posamezni delavnici je omejeno; dosedanjí 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.

1.–2. ob 9.00 • OSNOVE KLINIČNE ALERGOLOGIJE IN ASTME

kraj: KRANJSKA GORA, Hotel Kompas	št. udeležencev: 25	kotizacija: 250 EUR	k. točke: 17
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.–28. • PSORIAZA IN KAKO JO MERIMO

kraj: spletno izobraževanje: https://si.doctrina.biz/zdravniki	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni za uporabnike portala Doctrina.si	k. točke: ***
vsebina: Strokovno spletno video izobraževanje. Vabljeni k ogledu in komentiranju izobraževanja: https://si.doctrina.biz/zdravniki	organizator: Doctrina, izobraževanje, d.o.o.	prijave, informacije: Anja Jurič, T: 041 823 159, E: anja@doctrina.biz , W: https://si.doctrina.biz/zdravniki	

1.–28. • POJAVNOST PASOVCA PRI BOLNIKI S KRONIČNIMI BOLEZNIMI

kraj: spletno izobraževanje: https://si.doctrina.biz/zdravniki	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni za uporabnike portala Doctrina.si	k. točke: ***
vsebina: Pasovec je boleča in nepredvidljiva bolezen, ki najpogosteje prizadene starejše, kronično bolne in imunsko oslabele ljudi. Zdravljenje je možno s protivirusnimi zdravili, s katerimi predvsem preprečujemo zaplete, in s simptomatskim zdravljenjem (analgetiki, topično ...). Obstaja možnost zaščite s cepljenjem in zmanjšanjem tveganja za pojav dolgotrajne postherpetične nevralgije oz. bolečine.	organizator: Doctrina, izobraževanje, d.o.o.	prijave, informacije: Anja Jurič, T: 041 823 159, E: anja@doctrina.biz , W: https://si.doctrina.biz/zdravniki	

1.–28. • SMERNICE ZA OBRAVNAVO BOLNIKOV S KOPB V PRAKSI

kraj: spletno izobraževanje: https://si.doctrina.biz/ zdravniki	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni za uporabnike portala Doctrina.si	k. točke: ***
vsebina: KOPB je pogosta bolezen, ki jo lahko tako preprečimo kot učinkovito zdravimo. Uspešna obravnava bolnikov temelji na sodelovanju več strokovnjakov. V strokovnem spletnem video izobraževanju boste izvedeli, kako pristopiti k diagnostiki ter vodenju bolnika s KOPB na osnovi svetovnih in slovenskih smernic. Izobraževanje je v postopku za dodelitev kreditnih točk pri Zdravniški zbornici Slovenije, ogledate pa si ga lahko na: https://siapp.doctrina.biz/izobrazevanja .		organizator: Doctrina, izobraževanje, d.o.o.	prijave, informacije: Anja Jurič, T: 041 823 159, E: anja@doctrina.biz , W: https://si.doctrina.biz/zdravniki

2. • CELOSTNA OBRAVNAVA OTROK Z NEVROLOŠKO OKVARO Z MOTNJAMI HRANJENJA IN POŽIRANJA

kraj: LJUBLJANA, URI – Soča	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 100 EUR z DDV	k. točke: ***
vsebina: Seminar je namenjen vsem, ki jih zanima področje motenj hranjenja otrok z nevrološko okvaro.	organizator: URI – Soča	prijave, informacije: Vesna Grabljevec, URI – Soča, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, E: vesna.grabljevec@ir-rs.si , T: 01 475 82 43	

2.–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	

2.–3. ob 11.30 • 3. BIENALNI STROKOVNO-IZOBRAŽEVALNI SEMINAR »LABORATORIJSKA PROTETIKA 2018«

kraj: LJUBLJANA, Zdravstvena fakulteta	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 59–179 EUR	k. točke: 11,5
vsebina: strokovno izobraževanje	organizator: Združenje laboratorijske protetike pri GZS in Zdravstvena fakulteta v Ljubljani	prijave, informacije: Andreja Zabret, T: 01 58 98 312, GSM: 041 613 656, E: svetovanjeptz@gzs.si	

2.–3. ob 12.00 • OBRAVNAVA BOLNIKA PO MOŽGANSKI KAPI V PROCESU VRAČANJA NA DELO

kraj: LJUBLJANA, URI – Soča	št. udeležencev: 100	kotizacija: 100 EUR	k. točke: ***
vsebina: Obravnava bolnika po možganski kapi od akutne obravnave, preko rehabilitacije, obravnave pri osebnem zdravniku, imenovanem zdravniku, specialistu medicine dela ter samo vračanje v delovni proces. Seminar je namenjen specialistom medicine dela, prometa in športa, družinskim zdravnikom, specialistom fizikalne in rehabilitacijske medicine, nevrologom in zdravnikom, ki delajo kot izvedenci v organih ZZS in ZPIZ.		organizator: URI – Soča	prijave, informacije: Metka Teržan, T: 01 47 58 208, E: metka.terzan@ir-rs.si

6. ob 8.00 • KIRURŠKI POSEGI V URGENTNI MEDICINI

kraj: MARIBOR, Inštitut za anatomijo	št. udeležencev: 20	kotizacija: 30 EUR	k. točke: v postopku
vsebina: Strokovno srečanje bo potekalo po učnih delavnicah.	organizator: Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta, katedra za urgentno medicino	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	

7.–11. • ŠOLA DIAGNOSTIKE SRCA

kraj: LJUBLJANA, Hotel Union	št. udeležencev: 30	kotizacija: 600 EUR	k. točke: 41
vsebina: Šola diagnostike srca, v okviru katere je tudi delavnica in prikaz praktičnih primerov, je namenjena kardiologom in radiologom.		organizator: Združenje radiologov Slovenije prijave, informacije: prijave: E: info@cardiac-diagnostics.com , informacije: Maja Pirnat, dr. med., E: maja@cardiac-diagnostics.com , T: 02 321 19 30 (Anica Špiljak)	

8.–11. ob 9.00 • SPOK – SISTEMSKO PSIHODINAMSKI ORGANIZACIJSKI KONZALTING – NADALJEVALNI TEČAJ – ČETRTE MODUL

kraj: BEOGRAD, Učni center Beograd, Srbija, Petra Lekovića 115, Banovo Brdo	št. udeležencev: 3	kotizacija: 1525 EUR	k. točke: 28
vseбина: strokovno srečanje	organizator: Inštitut Zavedno, Inštitut za specialistično zunajbolnišnično zdravstveno dejavnost	prijave, informacije: Marjana Arzenšek, Teodora Pečarič Jager, T: 02 471 29 29, GSM: 041 797 299, E: office@zavedno.com , W: www.zavedno.com	

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: 9,2
vseбина: 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: ***
vseбина: 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	

13. • LIPIDNA ŠOLA

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica	št. udeležencev: 100	kotizacija: da	k. točke: 8
vseбина: Srečanje je namenjeno specialistom in specializantom družinske medicine, interne medicine, kardiologije in vaskularne medicine ter drugih specialnosti, ki želijo pridobiti ali celostno osvežiti znanje in veščine, ki so potrebne za diagnostiko in obravnavo dislipidemij v klinični praksi.	organizator: Združenje kardiologov Slovenije, Delovna skupina za preventivno kardiologijo	prijave, informacije: Združenje kardiologov Slovenije, T: 01 434 21 00, E: sasa.radelj@sicardio.org	

13. ob 9.00 • OSNOVNA DELAVNICA UČENJE UČITELJEV/TRAINING THE TRAINERS (TTT1)

kraj: LJUBLJANA, UKC	št. udeležencev: 10	kotizacija: 244 EUR	k. točke: 7
vseбина: Delavnica je namenjena učiteljem in mentorjem vseh poklicev. Mentorjem in učiteljem pri poučevanju za boljše učinkovitost pomaga, da poznajo osnove poučevanja in ocenjevanja odraslih. Zelo pomembno je, da se naučijo dajanja predvsem pozitivne in takojšnje povratne informacije. Delavnica TTT je ena od metod, kako narediti izobraževanje učinkovito in prijetno. Izkušnje udeležencev delavnic TTT govorijo zase, saj je večina označila vsebino delavnic kot obvezno za vse mentorje in učitelje, z delavnic pa so odhajali navdušeni nad novim znanjem in visoko motivirani za delo. Delavnico bo vodila prof. dr. Živa Novak - Antolič.	organizator: UKC Ljubljana	prijave, informacije: Tina Kofler, T: 01 522 90 22, E: tina.kofler@kclj.si	

14. ob 16.30 • IZGORELOST IN PROFESIONALIZEM V MEDICINI

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica	št. udeležencev: 20	kotizacija: kotizacije ni, za udeležence, ki niso člani ZZS, je kotizacija 45 EUR	k. točke: 3
vseбина: 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 % izgorelost zdravnikov. Na delavnici se bomo pogovarjali o odkrivanju in preprečevanju izgorelosti ter metodah učenja profesionalizma v medicini.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, E: mojca.vrecar@zss-mcs.si	

15. • REHABILITACIJA BOLNIKOV S KRONIČNO NERAKAVO BOLEČINO

kraj: LJUBLJANA, URI – Soča	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 60 EUR z DDV	k. točke: ***
vseбина: Delavnica je namenjena zdravnikom, psihologom, medicinskim sestram, delovnim terapevtom, fizioterapevtom, socialnim delavcem in ostalim, ki jih tematika zanima.	organizator: URI – Soča	prijave, informacije: Vesna Grabljevec, URI – Soča, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, E: vesna.grabljevec@ir-rs.si , T: 01 475 82 43	

27. ob 16.30 • POLEPŠAJ SI DAN! – DELAVNICA KREATIVNEGA RAZMIŠLJANJA

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica	št. udeležencev: 20	kotizacija: kotizacije ni, za udeležence, ki niso člani ZZS, je kotizacija 45 EUR	k. točke: 3
vseбина: 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.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, E: mojca.vrecar@zss-mcs.si	

28. ob 9.00 • PROFESIONALIZEM IN IZGORELOST

kraj: LJUBLJANA, Pediatrična klinika	št. udeležencev: 10	kotizacija: 122 EUR, za zaposlene v UKC je kotizacija 30 EUR	k. točke: 3
vseбина: Delavnica je primerna za različne profile zdravstvenih in nezdravstvenih delavcev. Na delavnici se zato pogovarjamo o odkrivanju in preprečevanju izgorelosti. Z miselnimi intervencijami lahko preobrazimo stres. Osredotočenost nase spremenimo v cilje, ki presegajo lasten interes. Z zmanjševanjem izgorelosti je tudi oskrba in varnost pacientov večja.	organizator: UKC Ljubljana	prijave, informacije: Tina Kofler, T: 01 522 90 22, E: tina.kofler@kclj.si	

1.–31. • PSORIAZA IN KAKO JO MERIMO

kraj: spletno izobraževanje: https://si.doctrina.biz/zdravniki	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni za uporabnike portala Doctrina.si	k. točke: ***
vseбина: Strokovno spletno video izobraževanje. Vabljeni k ogledu in komentiranju izobraževanja: https://si.doctrina.biz/zdravniki	organizator: Doctrina, izobraževanje, d.o.o.	prijave, informacije: Anja Jurič, T: 041 823 159, E: anja@doctrina.biz , W: https://si.doctrina.biz/zdravniki	

1.–31. • POJAVNOST PASOVCA PRI BOLNIKI S KRONIČNIMI BOLEZNIMI

kraj: spletno izobraževanje: https://si.doctrina.biz/zdravniki	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni za uporabnike portala Doctrina.si	k. točke: ***
vseбина: Pasovec je boleča in nepredvidljiva bolezen, ki najpogosteje prizadene starejše, kronično bolne in imunsko oslabele ljudi. Zdravljenje je možno s protivirusnimi zdravili, s katerimi predvsem preprečujemo zaplete, in s simptomatskim zdravljenjem (analgetiki, topično ...). Obstaja možnost zaščite s cepljenjem in zmanjšanjem tveganja za pojav dolgotrajne postherpetične nevralgije oz. bolečine.	organizator: Doctrina, izobraževanje, d.o.o.	prijave, informacije: Anja Jurič, T: 041 823 159, E: anja@doctrina.biz , W: https://si.doctrina.biz/zdravniki	

1.–31. • SMERNICE ZA OBRAVNAVO BOLNIKOV S KOPB V PRAKSI

kraj: spletno izobraževanje: https://si.doctrina.biz/zdravniki	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni za uporabnike portala Doctrina.si	k. točke: ***
vseбина: KOPB je pogosta bolezen, ki jo lahko tako preprečimo kot učinkovito zdravimo. Uspešna obravnava bolnikov temelji na sodelovanju več strokovnih spletnih video izobraževanj boste izvedeli, kako pristopiti k diagnostiki ter vodenju bolnika s KOPB na osnovi svetovnih in slovenskih smernic. Izobraževanje je v postopku za dodelitev kreditnih točk pri Zdravniški zbornici Slovenije, ogledate pa si ga lahko na: https://siapp.doctrina.biz/izobrazevanja	organizator: Doctrina, izobraževanje, d.o.o.	prijave, informacije: Anja Jurič, T: 041 823 159, E: anja@doctrina.biz , W: https://si.doctrina.biz/zdravniki	

2. ob 8.30 • OBVLADOVANJE STRESA OB KRIZNIH DOGODKIH V ZDRAVNIŠKI SLUŽBI

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica	št. udeležencev: 25	kotizacija: za člane ZZS ni kotizacije	k. točke: 7,5
vseбина: Udeleženci bodo spoznali krizne dogodke s poudarkom na dogodkih v zdravstvu. Spoznali bodo faze in vrste odziva na travmatski dogodek ter različne vrste pomoči po tovrstnem dogodku.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, E: mojca.vrecar@zss-mcs.si	

2. ob 11.00 • STROKOVNO SREČANJE SPECIALIZANTOV NEVROLOGIJE IN MEDICINE DELA, PROMETA IN ŠPORTA NA TEMO EPILEPSIJE

kraj: LJUBLJANA, Zavod za varstvo pri delu	št. udeležencev: za delavnice 60, za plenarni del 100	kotizacija: za specialiste 70 EUR, za specializante ni kotizacije	k. točke: v postopku
vseбина: Povezovanje dveh strokovnih delavcev z namenom bolj strokovnega dela na njihovih področjih, pridobitev novih znanj, oblikovanje zametkov smernic obravnave bolnikov z epilepsijo v ambulantah MDPŠ. Srečanje bo potekalo kot delavnice s primeri in kot plenarna predavanja.	organizator: Združenje medicinskega dela, prometa in športa	prijave, informacije: prijava preko spletne strani Zdravniške zbornice Slovenije in E: grega.a.susnik@gmail.com	

3. ob 8.00 • OTORINOLARINGOLOŠKI DAN 2018 – SEMINAR ZA DRUŽINSKE ZDRAVNIKE, PEDIATRE, ŠOLSKE ZDRAVNIKE, OTORINOLARINGOLOGE

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta	št. udeležencev: neomejeno	kotizacija: 61 EUR, vključuje zbornik predavanj in potrdilo o udeležbi	k. točke: 6
vsebina: strokovno srečanje	organizator: UKC Ljubljana, Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo	prijave, informacije: informacije: Tatjana Železnik, T: 01 522 39 11, 041 959 336, E: orl.izobrazevanja@gmail.com , W: http://www.mf.uni-lj.si/korl/strokovna-srecanja , prijave izključno preko spletne strani Zdravniške zbornice Slovenije.	

6. ob 8.00 • PREPOZNAVANJE IN OBRAVNAVA ŽRTEV NASILJA V DRUŽINI V OKVIRU ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

kraj: Splošna bolnišnica Murska Sobota	št. udeležencev: 60	kotizacija: kotizacije ni, za udeležence, ki niso člani Zdravniške zbornice Slovenije, je kotizacija 86 EUR (z DDV)	k. točke: 8
vsebina: 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, da se morajo zdravstveni delavci na področju splošne oz. družinske medicine, pediatrije, ginekologije, psihiatrije in patronažne službe ter zdravstveni delavci v urgentnih oz. travmatoloških ambulantah in oddelkih bolnišnic udeležiti izobraževanja o nasilju v družini vsakih pet let, v obsegu najmanj 5 ur.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, E: mojca.vrecar@zss-mcs.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	

13. ob 16.30 • ODPREDAVAJ, KOT SE ŠIKA! – DELAVNICA JAVNEGA NASTOPANJA

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica	št. udeležencev: 20	kotizacija: kotizacije ni, za udeležence, ki niso člani Zdravniške zbornice Slovenije, je kotizacija 45 EUR (z DDV)	k. točke: 3
vsebina: 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.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, E: mojca.vrecar@zss-mcs.si	

15. ob 15.30 • DELAVNICA ZA SPECIALIZANTE

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica	št. udeležencev: 25	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: Izvedeli boste, kakšne so vaše pravice, odgovornosti in dolžnosti, kakšna plača vam pripada, kako napredujete, kako je z vašim dopustom, dežuranjem, kako in kaj vnašati v E-list in kako se izogniti stresu.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, E: mojca.vrecar@zss-mcs.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: 9
vsebina: Srečanje je namenjeno zdravnikom specialistom in specializantom družinske medicine, fizikalne in rehabilitacijske medicine, ortopedije, travmatologije, nevrologije, 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	

16. ob 8.00 • ŠOLA GINEKOLOŠKE ENDOKRINOLOGIJE

kraj: MARIBOR, Klinika za kirurgijo	št. udeležencev: 100	kotizacija: 80 EUR z DDV	k. točke: ***
vsebina: Strokovno srečanje z učnimi delavnicami je namenjeno specializantom in specialistom s področja ginekologije in porodništva, ki želijo poglobiti znanja iz ginekološke endokrinologije.		organizator: UKC Maribor	prijave, informacije: www.ukc-mb.si , Slavica Keršič, T: 02 321 29 40

16.–17. ob 8.30 • ASTMA ŠOLA ZA ZDRAVNIKE S SPECIALIZIRANIMI UČNIMI DELAVNICAMI

kraj: ZREČE, Terme Zreče	št. udeležencev: 30	kotizacija: 220 EUR z DDV	k. točke: v postopku
vsebina: Podiplomsko izobraževanje je namenjeno pediatrom, zdravnikom družinske in splošne medicine, specializantom pediatrije in družinske medicine.		organizator: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta	prijave, informacije: Mojca Oštir, E: izobrazevanje.pedriatrija@gmail.com , T: 01 522 87 97

17. ob 8.00 • NUJNA MEDICINSKA STANJA V ZOBOZDRAVSTVENI AMBULANTI

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica	št. udeležencev: 260	kotizacija: 30 EUR	k. točke: 6
vsebina: Usposabljanje je namenjeno doktorjem dentalne medicine za poglobljeno seznanitev z nujnimi medicinskimi stanji in primernimi ukrepi, če do njih pride. Pri svojem vsakodnevem, zahtevnem delu zobozdravniki obravnavamo paciente, ki zaradi sistemskih bolezni in stanj zahtevajo posebno skrbno zdravljenje in specifično obravnavo.		organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, E: mojca.vrecar@zss-mcs.si

21. ob 9.00 • NADALJEVALNA DELAVNICA UČENJE UČITELJEV/TRAINING THE TRAINERS (TTT2)

kraj: LJUBLJANA, UKC Ljubljana, Ginekološka klinika	št. udeležencev: 10	kotizacija: 269 EUR, za zaposlene v UKC Ljubljana je kotizacija 50 EUR	k. točke: 7
vsebina: Delavnica je namenjena učiteljem in mentorjem vseh poklicev, pogoj za udeležbo pa je opravljena Osnovna delavnica TTT. Mentorjem in učiteljem pri poučevanju za boljšo učinkovitost pomaga, da poznajo osnove poučevanja in ocenjevanja odraslih. Zelo pomembno je, da se naučijo dajanja predvsem pozitivne in takojšnje povratne informacije. Nadaljevalna delavnica pa ponuja tudi učenje profesionalizma, sporočanje slabe novice, preprečevanje izgorelosti, vaje iz pogajanj in empatije – tematike, ki so potrebne v vsakodnevem (profesionalnem) življenju. Delavnica TTT je ena od metod, kako narediti izobraževanje učinkovito in prijetno. Izkušnje udeležencev delavnic TTT govorijo zase, saj je večina označila vsebino delavnic kot obvezno za vse mentorje in učitelje, z delavnic pa so odhajali navdušeni nad novim znanjem in visoko motivirani za delo. Delavnico bo vodila prof. dr. Živa Novak - Antolič.		organizator: UKC Ljubljana	prijave, informacije: Tina Kofler, T: 01 522 90 22, E: tina.kofler@kclj.si

22. ob 8.00 • TEČAJ NAČRTOVANJA DRUŽINE

kraj: LJUBLJANA, UKC, Ginekološka klinika	št. udeležencev: 70	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 6,5
vsebina: Tečaj praktičnih vidikov svetovanja kontracepcije in umetne prekinitve nosečnosti. Namenjen je specialistom in specializantom ginekologije in porodništva, družinske medicine, pediatrije, medicinskim sestram, babicam in študentom medicine.		organizator: Ginekološka klinika UKC Ljubljana	prijave, informacije: Nataša Petkovšek, Ginekološka klinika UKC Ljubljana, Šlajmerjeva 3, 1000 Ljubljana, T: 01 522 62 00, E: natasa.petkovsek@kclj.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, T: 031 339 048, E: iztok.gril@kclj.si , W: www.limb-reconstruction.org

23. ob 8.30 • OBVLADOVANJE STRESA OB KRIZNIH DOGODKIH V ZDRAVNIŠKI SLUŽBI

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica	št. udeležencev: 25	kotizacija: za člane ZSS ni kotizacije	k. točke: 7,5
vsebina: Udeleženci bodo spoznali krizne dogodke s poudarkom na dogodkih v zdravstvu. Spoznali bodo faze in vrste odziva na travmatski dogodek ter različne vrste pomoči po tovrstnem dogodku.		organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, E: mojca.vrecar@zss-mcs.si

MAREC 2018

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, T: 040 850 717

28. ob 9.00 • MODEL REALNOSTI/REALITY MODEL

kraj: LJUBLJANA, UKC Ljubljana, Pediatrična klinika	št. udeležencev: 10	kotizacija: 86 EUR, za zaposlene v UKC Ljubljana je kotizacija 30 EUR	k. točke: 2
vsebina: Vsak človek ima štiri osnovne potrebe: življenjske potrebe (voda, hrana...), ljubiti in biti ljubljen, počutiti se pomembnega, imeti vrednost in smisel, raznovrstnost. V življenju se nam izoblikujejo prepričanja, ki usmerjajo naše vedenje. Če rezultati vedenja ne zadostijo našim potrebam, pomeni, da imamo na svojem oknu verovanj napačen princip. Rast je proces spreminjanja principov na oknu verovanj. Delavnica je primerna za različne profile zdravstvenih in nezdravstvenih delavcev. Na delavnici bodo prikazane osnove modela realnosti, sedem naravnih zakonov in praktični primeri. Udeleženci bodo sodelovali pri preoblikovanju principov na oknu verovanj.		organizator: UKC Ljubljana	prijave, informacije: Tina Kofler, T: 01 522 90 22, E: tina.kofler@kclj.si

30. ob 8.00 • MED NEGO IN MEDICINO – USMERJEN SIMPOZIJ ZA DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE IN ZDRAVSTVENE TEHNIKE S Poudarkom NA KARDIOLOŠKI TEMATIKI

kraj: MARIBOR, Hotel Habakuk	št. udeležencev: 100	kotizacija: 50 EUR	k. točke: ***
vsebina: Simpozij je namenjen diplomiranim medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom.		organizator: UKC Maribor, Klinika za interno medicino, oddelek za kardiologijo in angiologijo	prijave, informacije: W: www.ukc-mb.si , Slavica Keršič, T: 051 420 741

APRIL 2018

4. ob 9.00 • REŠEVANJE KONFLIKTOV IN IZBOLJŠANJE ODNOSOV/SDI – STRENGTH DEPLOYMENT INVENTORY (NADZOR IN VODENJE OSEBNOSTNIH VRLIN)

kraj: LJUBLJANA, UKC, Pediatrična klinika	št. udeležencev: 10	kotizacija: 86 EUR, za zaposlene v UKC Ljubljana je kotizacija 30 EUR	k. točke: 2
vsebina: SDI pomaga odkriti lastne vrline (strengths) v odnosih z ljudmi v dveh vrstah okoliščin: kadar vse poteka brez težav in v konfliktu. Uporaba (deployment) pomeni strateško ukrepanje za učinkovito izboljšanje odnosov. Pregled (inventory) je vprašalnik, ki ponuja možnost za izoblikovanje predstave o lastnih motivacijskih vrednotah: osnove naših občutenj in reakcij v različnih okoliščinah. Je orodje za odkrivanje lastne osebnosti. Delavnica je primerna za različne profile zdravstvenih in nezdravstvenih delavcev. V delavnici bodo prikazane osnove SDI.		organizator: UKC Ljubljana	prijave, informacije: Tina Kofler, T: 01 522 90 22, E: tina.kofler@kclj.si

7. ob 8.00 • TEČAJ IZBRANIH POGLAVIJ IZ NUJNE MEDICINSKE POMOČI ZA EKIPE V ZOBOZDRAVSTVU

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica	št. udeležencev: 21	kotizacija: 147 EUR	k. točke: 7
vsebina: 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.		organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, E: mojca.vrecar@zss-mcs.si

12.–13. ob 9.00 • OSNOVE KLINIČNE ALERGOLOGIJE IN ASTME

kraj: KRANJSKA GORA, Hotel Kompas	št. udeležencev: 25	kotizacija: 250 EUR	k. točke: 17
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

13. ob 8.30 • OBVLADOVANJE STRESA OB KRIZNIH DOGODKIH V ZDRAVNIŠKI SLUŽBI

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica	št. udeležencev: 25	kotizacija: za člane ZZS ni kotizacije	k. točke: 7,5
vsebina: Udeleženci bodo spoznali krizne dogodke s poudarkom na dogodkih v zdravstvu. Spoznali bodo faze in vrste odziva na travmatski dogodek ter različne vrste pomoči po tovrstnem dogodku.		organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, E: mojca.vrecar@zss-mcs.si

14. ob 9.00 • VEŠČINE UČINKOVITE OBRAVNAVE ANKSIOZNIH MOTENJ: KAJ PRAVI ZNANOST? ŠTUDIJE UČINKOVITOSTI ACT

kraj: LJUBLJANA, Center za psihološko svetovanje Persona, Prušnikova ul. 55	št. udeležencev: 20	kotizacija: 125 EUR, sprotno plačilo na posamezni delavnici	k. točke: ***
vsebina: 8. 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	

18. ob 9.00 • OSNOVNA DELAVNICA UČENJE UČITELJEV/TRAINING THE TRAINERS (TTT1)

kraj: LJUBLJANA, UKC	št. udeležencev: 10	kotizacija: 244 EUR, za zaposlene v UKC je kotizacija 50 EUR	k. točke: v postopku
vsebina: Delavnica je namenjena učiteljem in mentorjem vseh poklicev. Mentorjem in učiteljem pri poučevanju za boljšo učinkovitost pomaga, da poznajo osnove poučevanja in ocenjevanja odraslih. Zelo pomembno je, da se naučijo dajanja predvsem pozitivne in takojšnje povratne informacije. Delavnica TTT je ena od metod, kako narediti izobraževanje učinkovito in prijetno. Izkušnje udeležencev delavnic TTT govorijo zase, saj je večina označila vsebino delavnic kot obvezno za vse mentorje in učitelje, z delavnic pa so odhajali navdušeni nad novim znanjem in visoko motivirani za delo. Delavnico bo vodila prof. dr. Živa Novak - Antolič.		organiza- tor: UKC Ljubljana	prijave, informacije: Tina Kofler, T: 01 522 90 22, E: tina.kofler@kclj.si

19. ob 15.30 • DELAVNICA ZA SPECIALIZANTE

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica	št. udeležencev: 25	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: Izvedeli boste, kakšne so vaše pravice, odgovornosti in dolžnosti, kakšna plača vam pripada, kako napredujete, kako je z vašim dopustom, dežuranjem, kako in kaj vnašati v E-list in kako se izogniti stresu.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, E: mojca.vrecar@zss-mcs.si	

19.-21. • ATLS PROVIDER COURSE

kraj: MARIBORSKO POHORJE, Hotel Bellevue	št. udeležencev: 16	kotizacija: 720 EUR z DDV	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje	organizator: Zdravniško društvo ATLS Slovenija, Gosposvetska cesta 35, 2000 Maribor	prijave, informacije: Renata Mlakar, T: 041 644 693, E: m.mlakar.renata@gmail.com , W: www.atls.si	

SŽ – Železniški zdravstveni dom Ljubljana

objavlja dve prosti delovni mesti

zdravnik specialist (m/ž)

Pogoji za zaposlitev:

- končana medicinska fakulteta – doktor medicine,
- opravljen strokovni izpit za poklic zdravnik,
- opravljena specializacija s področja splošne ali družinske medicine,
- vpis v register zdravnikov pri Zdravniški zbornici Slovenije,
- veljavna licenca za delo na področju splošne ali družinske medicine, izdana pri Zdravniški zbornici Slovenije,
- delovne izkušnje: 4 leta,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- poznavanje osnov dela z računalnikom,
- poskusno delo: 4 mesece.

Pogodba o zaposlitvi bo z izbranimi kandidatom/kandidatkama sklenjena za polni delovni čas, 40 ur na teden, za nedoločen čas.

Kandidati/kandidatke naj posredujejo pisne vloge z dokazili o izpolnjevanju pogojev v roku 30 dni od objave delovnega mesta na naslov: SŽ – Železniški zdravstveni dom Ljubljana, Kadrovska služba, Celovška cesta 4, 1000 Ljubljana, s pripisom: Prijava na objavo delovnega mesta.

Zdravstveni dom Grosuplje

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika specialista družinske medicine (m/ž)

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit,
- opravljen specialistični izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije za področje družinske medicine,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika.

Delovno razmerje bomo sklenili za nedoločen čas, s polnim delovnim časom in trimesečnim poskusnim delom.

Ponudbe z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite v 15 dneh po objavi na naslov:

Zdravstveni dom Grosuplje, Pod gozdom c. I/14, 1290 Grosuplje ali na elektronski naslov info@zd-grosuplje.si.

Srednjeveška samostanska medicina na Slovenskem

Redni prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec, Inštitut za zgodovino medicine
MF UL

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

Po zatonu zahodnorimskega cesarstva so območje Slovenije v obdobju od 6. do 8. stoletja naselili Slovani, v medicini pa sta prevladala magija in zdravljenje z zelišči. Od 8. stoletja, ko je potekalo pokristjanjevanje, se v Brižinskih spomenikih najde slovenski besedi zdravnik in zdraviti – bali in balovati. V slovanskih grobiščih iz 9.–10. stoletja na Bledu, Ptuj in v Kranju so našli zaceljene zlome kosti, ki kažejo na spretno ranocelnike. V 11. stoletju in kasneje so bili v etničnem slovenskem območju ustanovljeni štirje benediktinski samostani. V samostanih se je le kak menih ukvarjal tudi z zdravilstvom. Samostanska medicina je uporabljala izkušnje iz rimske medicine, kolikor je bilo ohranjenih, samostani so imeli bolniške sobe infirmarije, svoje lekarne in vrtove zdravilnih zelišč. Od 12. in 13. stoletja dalje so se z zdravilstvom ukvarjali tudi cistercijani (Stična, Vetrin pri Celovcu, Kostanjevica na Krki) in redovniki malteškega viteškega reda. Samostani v Stični, Gornjem Gradu, Žičah, Kostanjevici na

Krki, Bistri, Pleterjah in Novem mestu so bili ustanovljeni v obdobju od 12. do 15. stoletja in so imeli tudi svoje lekarne. V 12. stoletju se je od medicine ločila kirurgija, v 13. pa še farmacija in sta hodili samostojni razvojni poti.

V srednjem veku so v Evropi medicino v samostanih razvijali **meniški redovi**, zato se je imenovala **samostanska medicina**. Samostani so bili med **6. in 11. stoletjem** središča verskega, kulturnega, prosvetnega in tudi zdravstvenega delovanja. K razvoju medicine so prispevali nekateri samostani predvsem zato, ker

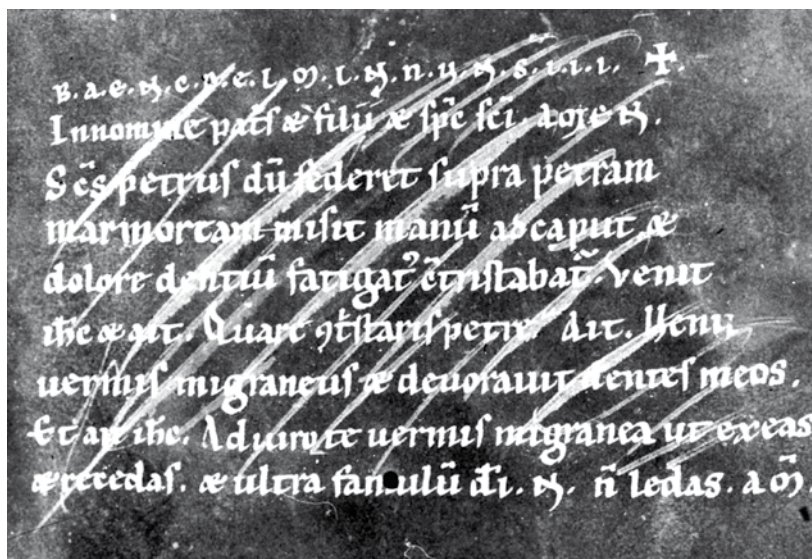


Italijanski benediktinski samostan Monte Cassino, ki se nahaja v bližini Neaplja, je imel pomembno vlogo pri nastanku srednjeveških prepisov in prevodov antičnih del.



Prikaz salernske medicinske šole. Lesorez iz dela »Regimen sanitatis Salernitanum« (1553), najbolj razširjene srednjeveške pesnitve o zdravju in zdravljenju, ki jo je izdala salernska laična medicinska šola v 12. ali 13. stoletju. Knjiga je doživela ok. 300 ponatisov (vir: Claude Moore Health Sciences Library).

so menih v njih **prepisovali in prevajali grška in perzijska medicinska besedila** iz arabščine v latinščino, med drugimi dela Hipokrata, Galena, Dioskurida, Avicenne, Rhazesa in drugih. Najpomembnejši prevajalec je bil arabski zdravnik **Konstantin Afričan** (1010–1087). Deloval je v benediktinskem samostanu **Monte Cassino** in je evropsko medicinsko stroko prvi seznanil z deli znanih perzijskih in arabskih zdravnikov. Poleg tega so v samostanih nastale prve zahodnoevropske **bolnišnice, lekarne in vrtovi zdravilnih zelišč**. Menihi so uporabljali spekulativne diagnostične metode, kot sta **uroskopija** in **astrologija**, zdravili pa so z zelišči.



Med Stišskimi rokopisi, najstarejšimi dokumenti pismenosti v slovenskem jeziku, se nahaja tudi zagovor proti zobobolu. Izvira iz druge polovice 12. stoletja (vir: Rokopisni oddelek NUK).

Samostani so na **slovenskem ozemlju** večinoma nastajali od 11. stoletja, največ v 12. in 13. stoletju. Z zdravilstvom in ranocelništvom so se takrat ukvarjali redovniki v Ljubljani in v številnih drugih krajih na Slovenskem. Delovali so po mestih in trgih, bili so osebni zdravniki plemstva, redovniška pravila in krščanska etika pa so jim poleg tega iz dobrotelčnosti nalagala ukvarjanje z zdravilstvom, zato so brezplačno zdravili tudi preprosto ljudstvo. Na širšem slovenskem ozemlju so med prvimi nastali

samostani **benediktincev**: Štivan pri Devinu (pred 7. stoletjem), Osoje na Koroškem (1028),¹ Možac v Beneški Sloveniji (1085) in Gornji Grad (1140). V vsakem samostanu so imeli **prostor za oskrbovanje bolnikov** in menih, ki se je ukvarjal tudi z zdravilstvom. V 12. in naslednjih stoletjih so samostansko zdravilstvo na Slovenskem izvajali tudi **cistercijani** (Stična, 1132;

¹ V oklepajih so letnice ustanovitve samostanov.

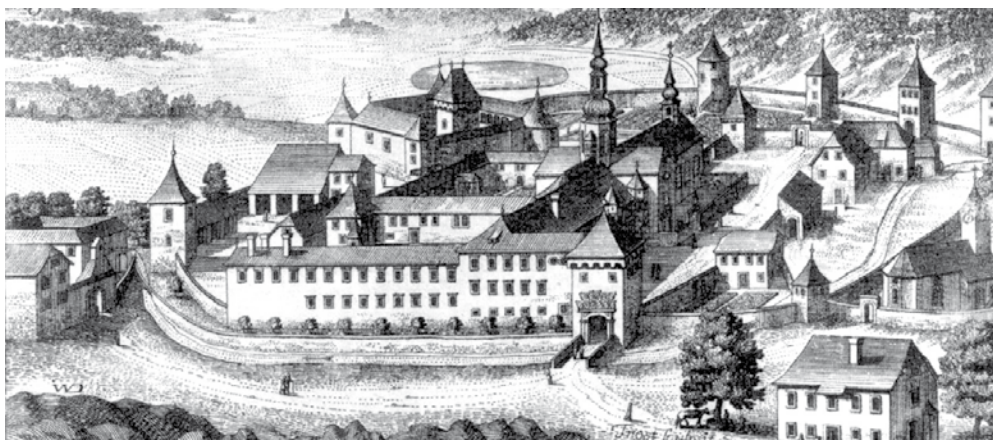
Brižinski spomeniki iz leta okoli 1000, ki prvi omenjajo zdravnika (bali) in zdravljenje (balovanje), prikazano v spodnjem izpisu (vir: Bayerische Staatsbibliothek)

V sodobni slovenščini je besedilo z zdravstveno vsebino iz Brižinskih rokopisov zapisano takole (II., 90–94 vrstica):

ki je zdravnik teles naših
in rešenik duš naših, pa je to
poslednje zdravi-
lo naposled postavil.

Fonetični prepis: Ramovš-Kos, 1937:

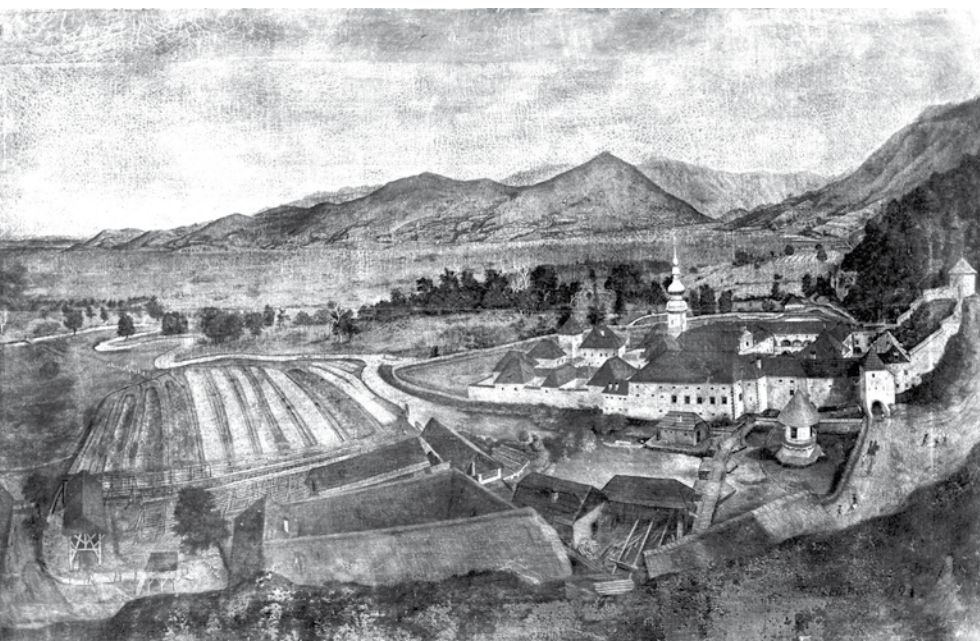
iže jest bali tēles naših
i spasitel' duš naših, to na
poslêd(ə)ñê balovañ-
je poslêd je postav(il)



Cistercijanski samostan Stična je najstarejši samostan na Slovenskem, katerega začetki segajo v leto 1132. Skozi stoletja je samostan spreminjal svojo stavbno podobo. Vse do danes je ohranjeno najstarejše jedro samostana, ki ga tvorita križni hodnik in redovna cerkev (vir: Muzej krščanstva na Slovenskem).



V benediktinskem samostanu v Gornjem Gradu, ustanovljenem leta 1140, so se nekateri redovniki med prvimi delno ukvarjali tudi s samostansko medicino (vir: Wikipedija).



V kartuzijanskem samostanu Bistra, ustanovljenem leta 1260, je podobno kot v Žižah, Jurkloštru in Pleterjah potekalo ranocelniško delo nekaterih menihov (vir: Wikimedia; avtor slike Freudenthal, 1724).

Kostanjevica na Krki, 1234; Vetrinjski, 1124) in **kartuzijani** (Žiže, 1165; Jurklošter, 1172; Bistra, 1255; Pleterje, 1406). **Frančiškani** so na Slovenskem ustanavljali samostane od 15. stoletja (Nazarje, 1639; Ormož, 1504; Ljubljana; Novo mesto, 1472; Kamnik, 1493), **minoriti** pa so večino

samostanov ustanovili na Štajerskem v 13. stoletju (Ptuj, Maribor, Celje, Gorica). Med redovniki so od 13. stoletja na Slovenskem delovali tudi predstavniki **malteškega viteškega reda** (posesti ali komende so imeli v Mariboru, Polzeli in Komendi). Pri tem so redovniki gojili in uporabljali

zdravilna zelišča, ki so jih hranili v **samostanskih lekarnah**, in zdravili glede na tedanje medicinsko znanje. V številnih strokovnih pogledih o higieni, dieti, fiziologiji, patologiji in zdravljenju so se ravnali tudi po enem najstarejših evropskih medicinskih del iz salernske laične medicinske visoke šole, »**Regimen sanitatis Salernitanum**« iz 12. stoletja (1). To delo je doživelo okoli 300 ponatisov. Samostani so imeli posebno **bolniško sobo infirmarij**, kjer so zdravili samostanske brate ali občasno prenočili redke popotnike. Prav tako so imeli svoje lekarne, kjer so menihi izdelovali zdravila ne le zase, ampak tudi za drugo prebivalstvo. Najmlajša samostanska lekarna na Slovenskem je nastala po srednjem veku pri **pavlincah** v Olimju v 17. stoletju. Preden je postalo zdravstvo med Slovenci javno in organizirano, je bilo popolnoma v



Samostanska infirmarija v pavlinskem samostanu v Olimju. Na sliki je spredaj bolniška soba, zadaj pa lekarna. Pod sliko piše: čudežno zdravljenje desperatnih, torpidnih ulceracij s sesanjem gnojne sekrecije. Gre za sifilitične ulkuse (leto 1766).

pristojnosti redovnikov (*infirmarius*), ki so sicer skromno medicinsko znanje pridobili iz knjig in prakse. Nekateri samostani so imeli tudi zasebne kirurške oz. **ranocelniške** šole, podobne posvetnim brivskim oficinam. **Teoretični prispevek** samostanske medicine k razvoju zdravstva je bil sicer skromen, saj so nastale le zbirke preprostih receptov in naivne medicinske enciklopedije. Pomembnejši so bili **praktični dosežki**, kot npr. začetek špitalov, lekarn in zeliščnih vrtov. Številni samostani so poleg teološke in filozofske literature zbirali tudi medicinsko; obsežne zbirke imajo mdr. **knjižnica** samostana v **Stični**, **Semeniška knjižnica** v Ljubljani, knjižnica ljubljanskega **frančiškana**

skega samostana in druge (2–5).

Vredni pozornosti so še **rokopisi iz Stične** (12.–14. stoletje), ki so eni najlepših v srednjeevropskem prostoru (6), med njimi so tudi zagovori za različne bolezni. Eden najstarejših je zagovor o zobobolu iz 12. stoletja (7).

Prvo besedilo v slovenskem jeziku, ki omenja zdravnika, so **Brižinski spomeniki**. Nastali so okoli leta 1000. V drugem izmed njih se pojavi beseda **bali**, ki pomeni **zdravnika**. Prav tako je tam beseda **balovanje** (zapisano balouvanige) v pomenu: **zdravilo oz. zdravljenje** (8). Odmaknjeni čas, v katerem se pojavljata imenovana pojma, kaže na to, da je bila potreba po premagovanju bolezni med ljudmi od nekdaj prisotna.

Viri:

1. Borisov P. *Zgodovina medicine*. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1985. p. 101–5.
2. Zupanič Slavec Z. Samostanska medicina. V: *Enciklopedija Slovenije*. Zv. 10. Ljubljana: Mladinska knjiga, 1996. p. 384.
3. Minařik F. *Od staroslovanskega vrařtva do sodobnega zdravila*. Ljubljana, 1971. p. 24, 28.
4. Glej opombo 1. p. 95–120.
5. Grafenauer B. *Kulturni pomen samostanov v slovenskem prostoru v srednjem veku*. V: *Redovništvo na Slovenskem I*. Stična: Pleterje, 1984. p. 11–24.
6. Zadnikar J. *Stična*. Ljubljana: Družina, 1990. p. 163–71.
7. Borisov P. *Od ranocelniřtva do začetkov znanstvene kirurgije na Slovenskem*. Ljubljana, 1977. p. 17.
8. Grđina I. *Od Brižinskih spomenikov do razsvetljenstva*. Maribor: Obzorja, 1999.

Vabljeni na izobraževanja Zavoda Medicinski trenerji

Izgorelost in profesionalizem v medicini (14. 2. 2018)

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.

Razširi svoje meje – delavnica kreativnega razmišljanja (27. 2. 2018)

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.

Odpredavaj, kot se šika! – Delavnica javnega nastopanja (13. 3. 2018)

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., prof. dr. Živa Novak Antolič, dr. med., Aleks Šuštar, dr. med.

Več informacij: <http://domusmedica.si/dogodki>

| Profesorju Klunu v slovo

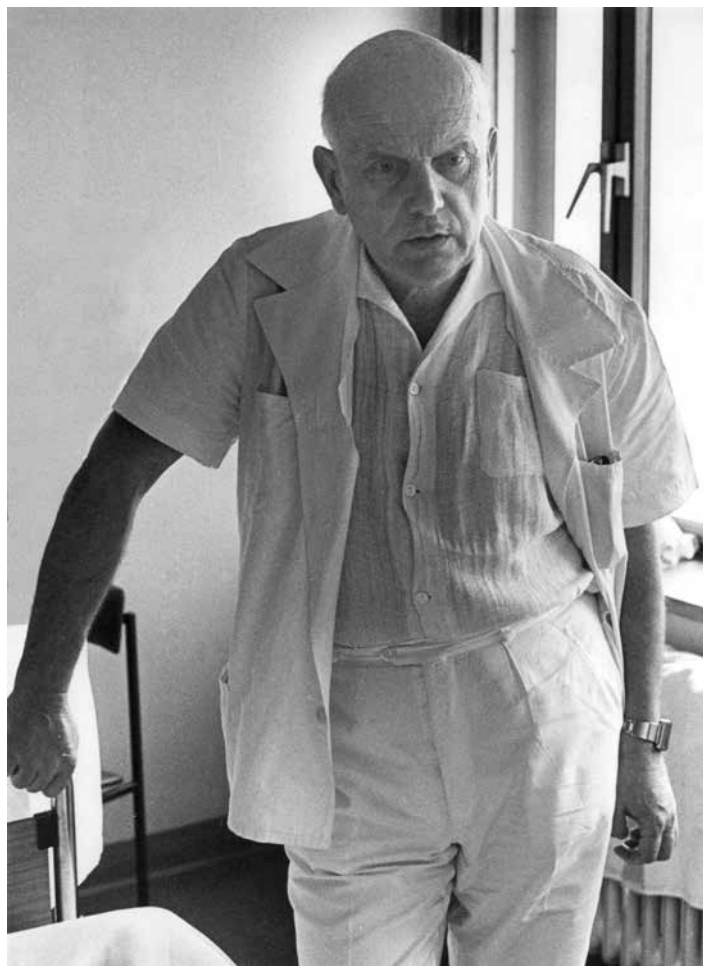
V tej številki objavljamo še nekaj spominov na drugega sourednika profesorja Kluna, ki je bil član uredništva zdravniške zbornične revije vse od njenega nastanka leta 1992. Profesor je izjemno cenil priložnost, ki smo jo zdravniki dobili z nekoč nezamisljivo pravico, da imamo lastno zbornico, v kateri o stanovskih in strokovnih problemih vodimo medsebojni dialog. K dialogu je veliko pripomogel v svojih skoraj 200 prispevkih v zbornični reviji, ob tem pa nam je na uredniških sestankih vsak mesec nazorno kazal, kako občutljivo, pozorno in nežalljivo razpravljati o vsebinah, ki so jih obravnavali revijalni prispevki.

Uredniška mnenja prof. Kluna niso bila nikoli v obliki instrukcij, ampak izključno v obliki lastnih življenjskih zgodb in doživetij. Namesto sodbe je vedno povedal iskričo zgodbo, ki jo je znal umestiti tako, da je vsem, ki so jo poslušali, dala neko novo življenjsko izkušnjo in modrost.

Zgodb pa je imel ogromno. Najprej kirurških – kot zdravnik je hranil v spominu številne primere, s katerimi nam je želel povedati, kako krhek je posamezni človek in kako nepričakovani dogodki in obrati povsem obrnejo njegovo usodo; in predvsem, kako pomembno je resno vzeti sporočila vsakega človeka in biti odločen in dosleden z dejanji, ki mu lahko pomagajo.

Nič manj imenitne in pomembne niso bile tudi profesorjeve zgodbe, ki jih je doživel kot priča grobih in do posameznika krutih družbenih časov. Profesorja so globoko oblikovale usode njegovih medvojnih sošolcev, ki jih je kot mlade fante usoda brez prave logike in smisla razmetala od prezgodnjih grobov in begunskih usod, pa vse do mogočnejšev s pretirano količino vpliva in moči. S temi zgodbami nam je profesor dal občutek za mero, s katero smemo posegati v življenje drugih, pa čeprav gre samo za objavljane člankov v zbornični reviji. Vsi ljudje smo neskončno krhki, ko se z nami začnejo igrati viharji družbenih in političnih naključij, zato se moramo medsebojno spoštovati in si biti naklonjeni ne glede na trenutne vloge in družbene nalepke.

In če bi v eni besedi hotel izreči tisto, kar je profesor v največji meri dal ljudem, ki smo ga srečevali, bi bila ta beseda modrost. Vsaka profesorjeva zgodba je bila njegova osebna izkušnja, ki jo je delil zato, da bi ob njej postali



bolj življenjsko izkušeni tudi njegovi poslušalci. Profesor je bil v svoji modrosti prepričan, da lahko ljudje dostojno živimo le, če drug drugega podpiramo z vsemi izkušnjami, ki jih kot posamezniki premoremo. Zato občutim profesorja Kluna predvsem kot človeka, ki sem mu hvaležen za to, da sem ga spoznal, ga poslušal in bil deležen njegovih sporočil. In zato mu v svojem osebnem in v imenu kolegov izrekam zahvalo za modrost, ki smo je bili deležni ob njem.

Alojz Ihan

Poslovilne besede za profesorja Borisa Kluna

Od profesorja Borisa Kluna se poslavljam v imenu uredništva Slovenskega medicinskega slovarja. Profesor dr. Boris Klun se je pridružil ustvarjalcem Slovenskega medicinskega slovarja, ki jih je v začetku osemdesetih let prejšnjega stoletja povabil k delu glavni urednik prof. dr. Miroslav Kališnik, že pri prvih pripravah kot avtor geselskih razlag s področja nevrokirurgije. Z napredovanjem dela na slovarju se je pridružil uredništvu in prevzel naloge odgovornega urednika. Tako se je začela cela vrsta slovarskih publikacij, pri katerih je njegovo sodelovanje pustilo neizbrisno sled: najprej dve izdaji Pravopisa medicinskih izrazov (1996, 1997), nato tri knjižne izdaje Slovenskega medicinskega slovarja (2002, 2007, 2014), elektronska izdaja na ploščku (2003) in dve izdaji na spletu (2008, 2012 – tekoča publikacija). V teh letih je slovar narastel na več kot 80.000 razloženih medicinskih in biomedicinskih izrazov.

Profesorju Klunu je bila vodilo ljubezen do nevrokirurgije, do medicine in do slovenskega strokovnega medicinskega jezika. Delo na področju medicinskega izrazoslovja mu je plodno izpolnilo leta v pokoju. Kaj pomeni urejati tako obsežen slovar, bi vedel le on sam in z njim najožji sodelavci v uredništvu. Največji del slovarja je bil pripravljen še brez računalniške podpore. Po eni strani je bilo to samotno delo pozno v večer in brskanje po knjižnih virih, po drugi pa kolektivno urejanje na sejah s souredniki. Na takšnih sejah uredniškega odbora se je pokazalo vse njegovo znanje. Bil je pravi erudit, ne samo v medicini in lepih umetnostih, dragoceno je bilo njegovo jezikovno znanje, od živih jezikov pa do za medicino tako pomembnih grščine in latinščine. V zvezi s tema jezikoma naj omenim, da je bil prvi predsednik Društva klasikov, ki je bilo ustanovljeno leta 2000.

Na sejah uredništva nam je marsikdaj z nevsiljivo pripombo nakazal, da se kaj pravilno razloži, piše, izgovarja ali pregiba drugače, kot smo si predstavljali. In kadar se nam je kaj zapletlo, je z duhovito pripombo, ki jo je lahko našel samo on, namignil, da ni dobro pretiravati v prizadevanjih, da bi se prav vse do konca razložilo. Saj se vendar vse spreminja. Páávtá řeí.

Leta tečejo in naše uredništvo se osipa ter zaključuje s svojim delom. Zame je bil velik privilegij, da sem delal skupaj s človekom, kot je bil prof. Boris Klun. Pokazal mi je, da so v stroki in v vsem drugem delovanju pomembne tele stvari: poglobljeno znanje, široka razgledanost, kolegialnost in ljubezen do dela. Vse to je profesor Boris Klun imel in delil z nami. Takšnega bomo ohranili v našem spominu.

Dušan Sket

Prof. dr. Borisu Klunu

Čeprav nisem kirurg, vem, da ima beseda »sterilno« za kirurga absoluten pomen. Polovično sterilno, skoraj sterilno, 99 % sterilno – to ne obstaja. Kompresa je ali pa ni sterilna. Tega se nauči vsak študent medicine. A za prof. Kluna je bilo še nekaj popolnoma absolutno – popolna poštenost. Verjetno je imel to prirojeno.

Brezkompromisna, odkrita, pogosto z duhovitostjo povezana poštenost je bila del njega.

»No, kolega,« mi je rekel, ko sem se mu javil na kroženje iz nevrokirurgije, »v operacijsko vas ne bom peljal,

saj morate biti grozno neroden, sicer bi bil kirurg.« In res sem, in ni me mučil z operacijsko. Pač pa mi je za vsak dan pripravil zasebno predavanje, kjer sem se o nevrologiji naučil več kot iz knjig. »Knjige pišejo tisti, ki imajo čas, kar pomeni, da nimajo pacientov,« je rekel, če smo mu citirali kakšno ravnokar prebrano papirnato odkritje. Prof. Klunu nikoli ni manjkalo pacientov, a je kljub temu napisal krasno knjigo o poškodbah glave. In, zvest samemu sebi, je zapisal, da »glavoboli po poškodbah praviloma izginejo, ko je izplačana

odškodnina«. Nikjer drugod nisem zasledil, da bi kdo upal tako jasno in glasno povedati tisto, kar vsi drugi ustno ali pisno zavijemo v celofan, da ne bi koga užalili.

Danes priznam, da sem se pred leti, ko sem bil še na nevrološki kliniki v Ljubljani, skril za vrati, da sem lahko prisluškoval pogovoru med bolnico in profesorjem.

Bolnica je imela meningeom in v skladu s prakso sem poslal konziliarni listek na nevrokirurgijo. Ni minila ura in že se je profesor sam pojavil pri meni. Predstavil sem mu bolnico in

se umaknil, no, skril za vrati. In bilo je vredno. Preprosti starejši ženski je zelo enostavno pojasnil, zakaj je operacija potrebna in kako bo potekala. Sledilo je nekako naivno vprašanje: »Ja, pa je to nevarno?« in nato zame popolnoma nepričakovan odgovor: »No, seveda je lahko tudi nevarno. Navsezadnje lahko med operacijo tudi umrete.« Nobenega olepševanja, skrivanja za statistiko, okolišenja. Ne, nič od tega. Sledilo pa je še večje presenečenje: »Če je tako, pa me, prosim, operirajte.« Bolnica je začutila, da bo ta nevrokirurg, ki priznava, da lahko med operacijo umre, naredil vse, da se to ne bo zgodilo, in je zato vreden vsega zaupanja.

Res je z moje strani nepošteno, da ne bom govoril o njegovih predavanjih, ko je po nekaj minutah zapustil kateder in se sprehajal med vrstami v predavalnici KC, saj smo se, v dobri navadi študentov, vedno stiskali v zadnjih vrstah. Kot predavatelj je bil vedno zanimiv in imeli smo občutek, da je celotno predavanje ena sama improvizacija. Pa ni bila. Kako skrbno se je pripravljaj, je nekoč dokazal na sodišču, ko je neka kolegica trdila, da za nekaj, mislim, da je šlo za epiduralni hematomi, ni nikoli slišala, ker

»tega ni bilo na predavanjih«. Profesor je sodišču dokazal nasprotno.

Ne morem pa mimo profesorjevega dela v uredništvu naše stanovske revije Isis.

Zavidal sem mu njegov talent originalnega, iskrovo duhovitega načina pisanja.

Na primer v njegovih v Izidi objavljenih potopisih. Če boste otožni, žalostni, potem si jih preberite. Bolje vrnejo vero v življenje od vsakega antidepressiva.

Kako pronicljivo je, kot »vaš dopisnik iz Kanade«, opisal kanadski zdravstveni sistem. Žal ga politiki iz stavbe za zdravje niso prebrali.

Kot člani uredniškega odbora smo bili zadolženi, da na določene časovne intervale napišemo t.i. zavodnik, v katerem naj bi z osebnega vidika komentirali vsakodnevne zadeve v zdravstvu in zdravništvu. Tako je nanese, da sem, priznam, z veliko cinizma in sarkazma, komentiral zapise enega od zdravstvenih funkcionarjev, ki se je pohvalil, da so se zaradi njegovih ukrepov čakalne dobe zmanjšale za 25.000 let, kar sem komentiral, da smo očitno s toplimi srci odmrznili manjšo ledeno dobo.

Da bi omogočil predstavitev nasprotnih argumentov, sem zavodnik poslal ne samo uredništvu, temveč tudi nasprotni strani. Čeprav javno deklariran kot demokrat, je omenjeni funkcionar od uredništva in zbornice zahteval, da preprečijo objavo mojega zavodnika. A se je zgodilo drugače. Ob prihodu na sejo je profesor Klun vrge aktovko na mizo, kar je bilo za nas vse izredno nenavadno, in rekel: »Kolega, če vašega zavodnika ne bomo objavili, tudi mene ne bo več tukaj.«

Nadaljnje debate ni bilo. Ni bilo potrebno, saj je profesor Klun povedal svoje mnenje.

To je bila pokončna drža do obisti poštenega človeka.

Vedno mi bo ostal svetel zgled.

Salve, anima candida!

Anton Grad



Prof. Klun je bil član uredništva revije Isis od njenega nastanka leta 1992.



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.

13. marec 2018:

koncert Tria Allegria:

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

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



27. marca 2018:

koncert z Anjo Bukovec in Petro Greblo,
violina in violončelo



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!

Martha Schad: Stephanie von Hohenlohe, Hitlers jüdische Spionin (Stephanie von Hohenlohe, Hitlerjeva judovska vohunka)

Herbig Verlagsbuchhandlung 2012, 235 str.

Marjan Kordaš, Ljubljana

marjan.kordas@mf.uni-lj.si

»Volja ženske je božja volja – na Dunaju sem ta izrek pogosto slišala kot mala deklica.« S tem stavkom začne Stephanie Richter, poznejša *princesa von Hohenlohe-Waldenburg-Schillingfürst*, svoj nedokončan življenjepiš. In pod tem motom je videla svoje nenavadno življenje, ki je zajemalo obdobje od 1891 do 1972, ter tako tudi usihajočo dvojno avstro-ogrsko monarhijo, prvo in drugo svetovno vojno ter povojno obdobje v Združenih državah in Nemčiji.

Tako se bere začetek uvoda v to izjemno zanimivo in lahko berljivo besedilo. Nekje na sredi knjige (na elektronskem bralniku) mi je prišlo na misel, da – če celotna zgodba ni fantazijsko izmišljena – gre za nekakšno vzporednico s slavno »vohunko« Mato Hari. In glej: proti koncu knjige avtorica Martha Schad to dejstvo izrecno poudari. Ko sem knjigo prebral, sem podatke preveril na spletu ter ugotovil, da je (bila) Stephanie von Hohenlohe kar (negativno?) slavna oseba. Večinoma jo označujejo kot nacistično, bolj prizanesljivi pa kot dvojno vohunko. Sama o sebi pa meni takole:

»Nekateri ljudje pišejo o meni, da sem bila že od vsega začetka odločena, da bom v mednarodni politiki odigrala vplivno vlogo. Nič ni bolj oddaljenega od resnice kot slednji stavek.«

Če malo pretiravam, je mogoče verjeti, da je Stephanie von Hohenlohe med svojim burnim (bogatom?), kolobocij polnim življenjem vanj res vključila vrsto slavnih osebnosti. Nekaj jih je vredno naštet: vojvoda in vojvodinja Windsor, Aga Khan, Lloyd George, Clemencau, papež Pij XI., papež Pij XII., Arturo Toscanini, kralj

Gustav Švedski, kralj Manuel Portugalski, sir Malcolm Sargent, baron Rothschild, princ-regent admiral Miklosz Horthy, Neville Chamberlain, Fritz Kreisler itn. In seveda je zelo dobro poznala celoten vrh nacistične Nemčije: Adolfa Hitlerja, Hermanna Göringa, Josepha Göbbelsa itn.

Stephanie Maria Veronika Juliana Richter se je rodila leta 1891 na Dunaju. Njen uradni oče je bil zelo uspešen dunajski odvetnik, pravi (biološki) oče pa neimenovan dunajski judovski finančnik. Stephanie je bila prava lepota in imela je en sam življenjski cilj: poročiti se s princem. A snubce, ki so se kar vrstili že od njenih zgodnjih najstniških let, je vse zavračala. Končno se je na materino pobudo leta 1914 poročila. Njen soprog je postal princ Friedrich Franz von Hohenlohe-Waldenburg-Schillingfürst. Kljub temu, da zakon ni bil »stanu primeren«, je Stephanie kot zakonska žena princa čez noč postala princesa ter članica kar polovice evropskih kraljevskih rodbin. Seveda je bil ta zakon sklenjen iz denarnih razlogov; hudo zadolžen novopečeni soprog je očitno »vzel na znanje«, da je njegova nevesta že noseča z drugim moškim. Ta *drugi moški* pa je bil kar visoka živina: Franz Salvator, nadvojvoda Avstrijsko-Toskanski, sicer že poročen z nadvojvodinjo Marijo Valerijo, hčerjo cesarja Franca Jožefa in cesarice Elizabete Avstrijske. Neformalna ljubimska zveza Stephanie Richter s Francem Salvatorjem je trajala že od leta 1911 in se je nadaljevala tudi potem, ko se je Stephanie leta 1914 poročila ter leta 1920 ločila od svojega moža Friedricha von Hohenloheja. Kar pomeni, da je nadvojvoda Franz Salvator tudi po letu 1920 skrbel za svojo Stephanie von Hohenlohe ter njunega sina Franza.



Stephanie se sicer ni nikoli več poročila, zveze z najrazličnejšimi, bolj ali manj pomembnimi moškimi pa so se kar vrstile, bodisi zaporedno bodisi vzporedno. Skoraj do konca življenja je imela moške (ljubimce) »na zalogi« in jih pošiljala v boj za svoje interese ...

Če preskočim nekaj nadrobnosti, se je Stephanie von Hohenlohe po letu 1933 kar dobro usidrala v nacistično hierarhijo. Seveda prek enega svojih ljubimcev. Tokrat je to vlogo »opravljal« Fritz Wiedemann, Hitlerjev osebni adjutant. Vrhunec je dosegla leta 1938, po *Anschlusu* Avstrije v nemški Reich, ko je bil zaplenjen grad Leopoldskron. Lastnik je bil slavnigralec in režiser Max Reinhardt, ki pa je kot Jud emigriral v Združene države. Ta grad je Stephanie von Hohenlohe od nacistov dobila »v uporabo«. A kmalu potem se je začel njen zaton v nacistični hierarhiji: v januarju 1939 je Hitler ne le zvedel za njeno ljubimsko povezanost z njegovim adjutantom, temveč se je tudi

začel zanimati za Stephanieino judovsko poreklo. Tako je nekako v avgustu 1939 – tik pred začetkom druge svetovne vojne – na vrat na nos odpotovala v London in se naselila v eni od svojih štirih(!) hiš. A ne za dolgo. Ker so jo Angleži imeli za nacistično vohunko, Anglija pa je nacistični Nemčiji pravkar napovedala vojno, se je Stephanie odločila za emigracijo v – takrat še nevtralne – ZDA. Z ladje se je – s 106 kosi prtljage(!) – 22. decembra 1939 izkrcala v New Yorku, kot pričakovano ob velikanskem hrupu takratnih medijev. Seveda jo je v naslednjih mesecih vseskozi nadzoroval FBI in po številnih zapletih se je v dogajanje okoli »nacistične agentke« Stephanie von Hohenlohe vključil šef FBI Hoover. Končno pa tudi sam F. D. Roosevelt, predsednik ZDA, ki je zahteval izgon. Zaporno povelje ter zahtevo za izgon Stephanie Hohenlohe iz ZDA (z ladjo na Japonsko, nato pa z vlakom prek Kitajske in Sovjetske zveze v Nemčijo) je podpisal šef urada za imigracijo in naturalizacijo, major Lemuel B. Shoefield. Pred izgonom pa je slednji osebno obiskal Stephanie v zaporu. In takrat se je (spet) zgodilo: 48 let stari Lemuel Shoefield, poročen, oče štirih otrok, se je na smrt zaljubil v svojo zapornico. Ni čudno torej, da se je zaljubljenec nemudoma odločil ponovno proučiti, ali je zapornica res nacistična agentka ali ne ...

7. decembra 1941 je Japonska napadla ZDA (Pearl Harbour). Takoj potem sta tudi Hitler in Mussolini napovedala vojno ZDA. Tako so v tej državi internirali Japonce, Italijane in Nemce. Tudi Stephanie. Vendar se je spet vključil zaljubljeni Shoefield in ji internacijo olajšal. In v marcu 1944 je bila spoznana za »... odločno nasprotnico Hitlerja ...«

Interpretacija dejstev je vedno nekaj arbitrarnega, mar ne? Stephanie von Hohenlohe so sprva prepoznali kot pronacistko, končno pa kot antinacistko!

Nadaljnega dogajanja ni vredno povzemati, vredno pa ga je brati *in extenso*. Tako sem se odločil to

zanimivo zgodbo priskrbeti si kot knjigo in jo shraniti v knjižnici. Za spodbudo morebitnim drugim bralcem se mi zdi vredno na kratko opisati dva anekdotična dogodka:

- Stephanie je bila stalna stranka v znamenitih igralnicah. Ob ruleti je na sebi imela prozorno bluzo, vendar brez nedrčka. Tako je leta 1925 v Monte Carlu srečala angleškega časopisnega magnata, ki ni bil nihče drug kot Harold Sidney Harmsworth, prvi lord Rothermere. Trenutno je bil samski, še vedno pa je bil občutljiv na lepe ženske. No, 60-letni lord Rothermere je lepo 34-letno Stephanie povabil na pijačo in nato v svojo vilo, jo kmalu proglasil za svetovalko za Madžarsko ter ji za njene usluge plačeval (za tisti čas astronomsko vsoto) 5000 funtov na leto, za posamezne usluge pa še po 2000 funtov. Njena prva naloga je bila obiskati zadnjo avstro-ogrske cesarico Zito, ki je takrat živela v izgnanstvu v Belgiji. Za ta obisk je Stephanie od (svojega) lorda Rothermera dobila posebej izdelan avto Rolls-Royce, v cesarskih črno-žoltih barvah; Stephanie naj bi Zito nagovorila, da bi postala cesarica Madžarske ...

- Ko so agenti FBI zaprli Stephanie ter nato preiskali njeno stanovanje, so našli pomemben dokument, ki so ga – ker nihče ni znal nemško – proglasili za njen vohunski dnevnik. No, kmalu se je izkazalo, da to ni bil vohunski dnevnik, temveč zvezek kuharskih receptov Stephanieine mame ...

Knjiga je izvrsten pregled zakulisnega dogajanja med obema vojnama. Npr. ko so si desničarski krogi v Evropi trudili na Madžarskem ustoličiti monarhijo. Ko je bilo fašistično gibanje zelo močno tudi v Angliji. Ko je angleška vlada s svojim neukrepanjem dejansko podpirala Hitlerja, ki naj bi bil v Evropi najboljši branik pred Stalinovim komunizmom.

A na koncu se pred bralca postavi tole vprašanje:

Kakšen človek oz. kakšna ženska je bila ta princesa, poimenovana kot Stephanie von Hohenlohe-Walden-

burg-Schillingfürst, rojena kot Stephanie Richter?

No, zagotovo je bila zelo bistra ženska in je tekoče govorila kar nekaj tujih jezikov. Njen časopisni članek o Madžarski, napisan po naročilu lorda Rothermera, je bil izjemno odmeven. A Stephanie je hkrati znala brezkompromisno in brez kakršnih koli omejitev uporabljati svoje t. i. ženske čare ter jih tržiti kot nekakšno blagovno znamko. Očitno je že kot najstnica spoznala, da so vsi ljudje – tj. predvsem moški – krvavi pod kožo. Uspelo se ji je prebiti najprej med visoko plemstvo, nato pa med visoke politike. Morda si je domišljala, da je sooblikovala evropsko politiko med obema vojnama, v resnici pa je bila le nekakšna poštarica, največkrat Hitlerjeva.

Skratka, nekako do konca druge svetovne vojne je bila genialna *Leben-*

skünslerin (umetnica življenja). A potem je spremenila svoj slog življenja. Sicer je zaslužila precej manj, postala pa je uspešna novinarka, v zahodnem svetu znana zaradi izvrstnih intervjujev s pomembnimi osebnostmi, npr. J. F. Kennedy, Lyndon B. Johnson, monaška princeza Gracia Patricia (bivša filmska igralka Grace Kelly), perzijska cesarica Farah Diba itn.

V tem obdobju jo sodobniki opisujejo kot lepo, energično žensko, katere biološka starost je bila vsaj ducat let manjša od kronološke. Moškim je bila všeč njena močna ženskost karijerne ženske. Njo pa so še vedno privlačile močne osebnosti iz časopisnega založništva.

V nemški kulturi obstoji izraz »das gewisse Etwas« (tisto »nekaj«). Danes se uveljavlja izraz *karizma*. To

je menda mešanica psiholoških lastnosti iz samozvesti, humorja, empatije, spolne (samo)zvesti, zgovornosti in optimizma. No, verjetno je v tej mešanici še mnogo drugega, pa tudi razmerja se zdijo kar pomembna ...

Tako se mi zdi, da je bila Stephanie von Hohenlohe ženska s karizmo, znotraj katere pa je bila v njenih mlajših letih empatija izvrstno zaigrana ali prekrita z njeno spolno samozavestjo.

Srečanje s Shoefieldom, deset let skupnega življenja in končno njegova smrt pa je Stephanie spremenilo, tako da njena empatija najverjetneje ni bila več (za)igrana, temveč pristna.

Empatija je pač temelj vsega, mar ne?

Pregled vseh strokovnih srečanj na enem mestu!

Obiščite našo spletno stran:

www.domusmedica.si

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

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

Tu najdete tudi koledar kulturnih prireditev v Domus Medica.



Koncert v spomin prof. dr. Pavleta Kornhauserja

Domus Medica, 21. decembra 2017

Prim. Jasna Čuk Rupnik, Dutovlje

Dve leti po smrti tega izjemnega duha slovenske medicine in tudi glasbe je v srcih tistih, ki so ga občudovali in imeli še posebej radi, vzknila misel na koncert v njegov spomin. Idejni oče koncerta nevrolog Marko Zupan je glasbeni poklon dolgoletnemu idejnemu, organizacijskemu in izvedbenemu mojstru zdravniških koncertov, ki so se rodili že pred več kot tremi desetletji, opravil z lastno glasbeno kreacijo. Ustvaril je mešanico osuplosti in globoke žalosti, v kateri občutljivo uho dojame tudi rojevanje iskrene hvaležnosti, trajno zapisane v človekovo srce ob tuzemski ločitvi dveh zelo sorodnih in zelo povezanih duš. Skladbo »Pavletu« je Marko Zupan napisal pred dvema letoma kot odziv na vest o prijateljevi smrti.

Program:

Marko Zupan: Pavletu (violina Marko Zupan)

J. S. Bach: Chaconne iz Partite št. 2 v d-molu za solo violino BWV 1004 (violina Katarina Zupan)

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

F. Chopin: Nokturno op. 48, št. 1 v c-molu (klavir Matej Cerar)

F. Chopin: Fantasie Impromptu v cis-molu op. 66 in F. Chopin: Polonaise v As-duru »Heroique« op. 53 (klavir Katja Sinkovič)

Orlando di Lasso: Matona mia cara, **Ljudska iz Zilje:** prir. Lojze Lebič: Pesem od Zarje, **Barbara Maurer:** Emona, Emona (Tri miniature: Vrata v mesto Emona, Emonske terme, Žabe) (vse skladbe Vox medicorum, zborovodkinja Barbara Maurer)

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

C. Franck: Sonata za violino in klavir v A-duru, 4. stavek: Allegretto poco mosso (violina Marko Zupan, klavir Katja Sinkovič)

J. Brahms: Madžarski ples št. 5 v g-molu (priredba za klavir štiriročno: Andraž in Matej Cerar)

Iz programa je razvidno, da so koncert v večjem delu ustvarili glasbi predani prijatelji in sorodniki pokojnega zdravnika in pianista. Prav doživetje domačnosti in razkrivanje zanimivo povezanih odnosov nastopajočih je dalo koncertu poseben »esprit«. Nastopila sta njegova vnuka (Andraž – kardiolog in Matej – pravnik), ki sta dedku, »tatiju«, kot sta ga imenovala, pripravila štiriročno presenečenje že za njegovo devetdesetletnico. Pa prijatelj Marko – nevrolog, profesor, ki ga je profesor Kornhauser kot enega od prvih navdušil za izvajanje zdravniških koncertov. Pianistka Katja Sinkovič, ki ji je postal mecen, potem ko jo je v njeni rosi mladosti prvič slišal koncertirati v Slovenski filharmoniji in ga je njen nastop očaral. Danes se umetnica izpopolnjuje tudi že v tujini. Violinistka Katarina Zupan, ki je junija 2017 z odliko končala študij na Akademiji za glasbo v Ljubljani, zdaj pa nadaljuje magistrski študij. Na samem začetku koncerta je za klavir pogumno in predano sedel osemletni Žiga, vnuk profesorjeve druge žene, pediatričnej Andreje Gostiša Kornhauser. Nastopil je tudi zbor Vox



Klavirska spremljava Katje Sinkovič je bila za violino Marka Zupana suverena podlaga.



Navdušenje nad violino je Katrina Zupan morda res dobila od očeta Marka, vrhunskost pa je plod njene vztrajnosti in neomajnosti.



V klavirskem nastopu Andraža (levo) in Mateja (desno od Andreje, profesorjeve »muze« in podpornice) je bilo čutiti veliko predanost glasbi.



Vox medicorum z dirigentko Barbaro Maurer nas je z ubranostjo očaral, z inovativnostjo pa presenetil.

medicorum, ki mu je ob prvih letih glasbenih uspehov ime ustvaril prav pokojni profesor. Danes zbor odlično vodi dirigentka in skladateljica Barbara Maurer, ki trenutno zaključuje študij kompozicije in glasbene teorije.

Koncert v spomin prof. Kornhauserja pa ni bil le presežek celotne širše družine Kornhauser v ustvarjalnem smislu, pač pa tudi v dobrodelnem. Pred dnevi me je profesorjeva hčerka, odlična pediatriinja Lili Kornhauser Cerar obvestila, da je bilo s prostovoljnimi prispevki v dar Zvezi prijateljev mladine Slovenije na koncertu zbranih 170 EUR. Tudi s podarjanjem profesorjeve knjige »Ponosen sem, da sem zdravnik«. Tisto, kar smo lahko občudovali v profesorjevem življenju, je bil vsekakor tudi ponos – v tistem žlahtnem smislu zavedanja o vrednosti človekovega življenja ter o ljubezni in spoštovanju, s katerima naj bi bila življenja prepojena. To je botrovalo tudi njegovi odločitvi, da svoje delo po upokojitvi še toliko močneje posveti otrokom z namenom zaščite in preprečevanja nasilja nad njimi.

Obuditev plemenitega spomina na tako izjemnega človeka pomeni tudi plemenitenje sveta na splošno. Prav v času, ko svet to še kako zelo potrebuje.

Zdravnika slikarja poplemenitila prostore »Dore« na Onkološkem inštitutu

Prim. Mojca Senčar, dr. med., Ljubljana

Na Miklavžev dan (6. decembra 2017) se je v prostorih Dore Onkološkega inštituta Ljubljana odigravala prireditev z odprtjem razstave zdravnikov, specialistov oftalmologije, Igorja Šivca Trampuža in dr. Zale Lužnik. Prireditev je sončno in s pristno človeško toplino vodila in z imenitnimi verzmi predvsem akad. Toneta Pavčka prepletala njuna nekdanja fakultetna profesorica, ki skozi leta sledi njuni umetniški rasti, zdravnica, zgodovinar-ka medicine prof. dr. Zvonka

Zupanič Slavec. Poudarila je, da imamo pred sabo vsestransko nadarjena mlada človeka, ki z velikim spoštovanjem gojita svojo nadarjenost in s slikarstvom sebi, svojemu ožjemu okolju in družbi darujeta svoje ustvarjalno prekipevanje. Milo- sti, ki jima je dana, da lahko ob zahtevnem strokovnem delu še slikata, se zavedata tudi sama, zato s toliko večjim spoštovanjem negujeta svojo nadarjenost. S hvaležnostjo sta se pri tem ozirala na svoje starše in življenjske sopotnike, ki so najzaslužnejši za izluščenje njunih danosti in njihovo razvijanje. Brez podpore bližnjih to nikakor ne bi bilo mogoče. K slovesnosti srečanja so veliko prispevali številni zbrani, predvsem kolegi z Očesne klinike UKC Ljubljana, družine in prijatelji, pa tudi gostitelj, Onkološki inštitut Ljubljana s svojim centrom za zgodnje odkrivanje raka dojke »Dora«. Vodja prim. Maksimilijan Kadivec je v svojem otvoritvenem govoru izpostavil pomen dokončne razširitve Dorinega preventivnega programa po vsej Sloveniji in vse zgodnejše odkrivanje raka dojke. Razstave v Dorinih prostorih odpirajo zato, da obiskovalcem prinašajo domačnost in toplino, dvigujejo duha in jim pomagajo v borbi z boleznijo. Ta zdravilni princip umetnosti je vse bolj prisoten v slovenskem zdravstvu. V osrednji Sloveniji ga je skozi desetletja privzgajalo Kulturno-umetniško društvo

Kliničnega centra in Medicinske fakultete. Več kot dve desetletji je bila spiritus movens tega dela prav vodja prireditve prof. Zupanič Slavec. Kitarski orkester ljubljanske medicinske fakultete je v manjši zasedbi z mehko in udarnostjo glasbenih točk še dodatno privzdignil vse zbrane, da so še intenzivneje čutili Miklavžev dar Igorjeve in Zaline zdravilne slikarske razstave. Dobra pogostitev je zbrane še dolgo po odprtju zadržala ob prijateljskem druženju. Hvala vsem sodelujočim in naj se dobra izkušnja kot ustvarjalna spodbuda širi na čim več mestih po zdravstvenih ustanovah! Umetnost je namreč duhovna hrana prav za vse.

Predstavimo razstavljavca

Dr. Zala Lužnik prihaja iz Slovenj Gradca. Že kot otrok je kazala zanimanje za risanje in glasbo, ki jo je spremljalo tudi v času šolanja na srednji šoli. Tako je leta 2005 kot zlata maturantka poleg gimnazije v Slovenj Gradcu končala tudi Srednjo glasbeno šolo v Velenju, glavni predmet je bil klavir. Sedem let se je učila tudi igranja na violončelo in klasičnega petja. Na likovnem področju je znanje nadgrajevala ob pomoči likovnih pedagogov – akademskega slikarja Milana Unkoviča in Petra Hergolda. V tem obdobju je sodelovala v kiparski delavnici – Bernekerjevi dnevi (2001), glineni kip glave deklice je bil na ogled na skupni razstavi v Slovenj Gradcu, njeni likovni izdelki (grafike) pa so ilustrirali gimnazijske revije.



Z leve: Mojca Senčar, Maksimilijan Kadivec in Marija Vegelj Pirc.

Študij medicine jo je prevzel že v začetku, leta 2008 je prejela Plečnikovo nagrado, leta 2010 pa Prešernovo nagrado za raziskovalno delo. Kot najboljša diplomantka medicine je prejela tudi Oražnovo nagrado. Bila je članica ekipe Igem 2012, kjer so na svetovnem tekmovanju v Bostonu prejeli prvo nagrado na področju medicine.

Po koncu študija jo ponovno izpolnjuje likovno ustvarjanje v tehniki akril na platno. Navdih išče v delih modernistov, predvsem Gustava Klimta in Franza Ritterja von Stucka. Posebej jo fascinira podoba ženskega telesa, kjer eksperimentira z barvnimi kombinacijami. Trikrat je razstavljala skupinsko na zdravniških razstavah (2013, 2015 in 2016 v New Yorku).

Igor Šivec Trampuž se je rodil 11. 9. 1987 v Ljubljani. Na Medicinski fakulteti v Ljubljani je diplomiral leta 2013. Trenutno je specializant oftalmologije na Očesni kliniki v Ljubljani. S slikarstvom se ukvarja, odkar pomni, vendar je šele z resnostjo medicinske fakultete prišlo tudi obdobje resnejšega posvečanja slikarstvu.

Svojo spretnost s čopičem je izpopolnjeval sprva kot osnovnošolec pri akademskem slikarju Savu Sovretu, med študijem pa pri akademskem slikarju Marjanu Zaletelu. Nekaj časa je obiskoval tudi delavnice portretiranja pod mentorstvom akademskega slikarja Toneta Račkega. Spretnosti v pastelu je vrsto let razvijal v okviru druženj z mentorjem in prijateljem, slikarjem Henrikom Krncem, nad razvojem njegove spretnosti v tehniki olje na platno pa v zadnjih letih bedi akademski slikar Janez Kovačič.

Član Likovne skupine KUD KC in MF dr. Lojz Kraigher je od leta 2010. Do sedaj je imel tri samostojne razstave, sodeloval je pri številnih skupinskih razstavah po Sloveniji in skupinski razstavi zdravnikov slikarjev v New Yorku (ZDA, 2016). Redno se udeležuje tudi vsakoletnih likovnih kolonij. Njegove slike iz cikla Študija staroverstva so objavljene v knjigi Zgodovina slovenske mitologije.

Na svojih realističnih slikah najraje upodablja motive iz narave. Osamljeno drevo, prostran travnik ali valovito morje so podobe, ki ga kličejo



Igor Šivec Trampuž se na razstavi predstavlja s ciklom študij ženske in moške figure.



Razstavljavka Zala Lužnik je v pogovoru z Zvonko Zupanič Slavec spregovorila o svojem ustvarjanju. Odprtje razstave je popestril Kitarški orkester ljubljanske medicinske fakultete v manjši zasedbi.



k ustvarjanju. Ustvarja v tehnikah olje na platno in pastel. V zadnjih letih je ob številnih življenjskih spremembah prišla tudi želja po odkrivanju novega v slikarskih vodah. Tako so nastala številna majhna tihožitja z motivi sadja in zelenjave v tehniki olje na platno, ki še čakajo na ustrezno skupinsko predstavitev širšemu občinstvu, in pa na trenutni razstavi predstavljeni cikel slik študije ženske in moške figure.

Iz recenzentskih vrstic

Likovno spremno študijo k razstavi je pripravil akad. slikar Janez Kovačič. V njej je zapisal: »Razstava dveh zdravnikov »ČLOVEŠKA FIGURA oz. AKT« je dokaj redek dogodek med slikarji, tako med profesionalnimi kot tudi ljubiteljskimi. Akt oz. človeška figura nas spremlja skozi vso zgodovino likovne umetnosti in kulture sploh. Upodabljanje človeške figure doživlja ves čas določene oscilacije. Razlogov je več – prvič je umetnostno zgodovinsko pogojen – različni trendi in drugo – figura, akt je zahtevna naloga – tu se od slikarja pričakuje veliko znanja in kulture.

Razstavljavca imata do figure – akta različna pristopa in tudi določene

no prednost. Oba dobro poznata anatomijo človeka, ki v veliki meri prispeva k dobri in uspešni upodobitvi figure in akta.

Zala Lužnik nas nagovarja z bogato paletto v rahlo ploskovnih stilizacijah. Like vidno poenostavlja, kar ji pripomore k močnemu izrazu različnih portretnih posebnosti. Pogledi in oblike na njenih obrazih nas vodijo v razmišljanje o portretirancu. Njene podobe se skozi likovno umetnost lahko tu in tam srečujejo s sorodnostjo, vendar ostaja avtorica dovolj suverena, da se izogne vabljuvemu vzorcu.

Igor Šivec k figuri – večji del gre za akte – pristopa na drugačen način. Predvsem odčitava izrazito telesnost, ki jo izražajo njegove figure. Te postavlja v zahtevno držo, kar povečuje anatomske posebnosti. Figure v takih položajih izražajo določeno aktivnost. Z barvnimi in senčnimi prehodi jasno ločuje mejnost mišičnih mas, vse to pa obdaja z močnimi, temnimi ozadji, kar figure drži v trdni poziciji.

Oba zdravnika slikarja sta raziskovalca umetnosti. Zaradi znanja in velike radovednosti so jima vrata v slikarstvo široko odprta. Odlikuje ju ljubezen do poslanstva in dejstvo, da se veliko slikarjev figuri nekako

izmika. Za tako slikarstvo je nedvomno potrebno veliko znanja, volje in kulture, česar mnogim slikarjem primanjkuje in se zato raje zatekajo v različne izme.«

Kitaristi dvignili razpoloženje

Kitarski orkester Medicinske fakultete v Ljubljani je s svojim nastopom privzdignil razpoloženje med vsemi zbranimi. Leta 2014 ga je ustanovila študentka medicine Eva Podbregar. Namen njihovega delovanja je druženje ob glasbi, sprostitev ob študiju in ustvarjanje nečesa novega, nečesa posebnega. Orkester vodita Vlasta Hadalin in Jan Križnič. Na razstavi so se predstavili s tremi skladbami v manjši zasedbi. Igrali so: Ana Milovanović, Ema Ajda Gomezelj, Vlasta Hadalin, Jan Križnič, Sabina Vesnić na flavto ter Jure Ilc na tolkala. Zaigrali so skladbe *House of the Rising sun*, *Greensleeves* in *Fly me to the moon*.

Hvala vsem za čudovito doživetje, še posebej pa zdravnikoma slikarjema, ki sta v razstavo vložila ogromno ustvarjalnega truda in slikarskega znanja.

Vabljeni na ogled zelo lepe razstave!

Popolna sprostitev – 48. Plečnikov zdravniški koncert

Doc. dr. Tatjana Tomazo - Ravnik

tatjana.ravnik@gmail.com

Koncert zdravnikov je 8. decembra 2017 – 48. leto zapored v polni in svečani dvorani Slovenske filharmonije ponovno združil zdravniške ljubitelje glasbe. Zdravniki se skoraj pol stoletja tradicionalno družijo na koncertu po končanem Plečnikovem memorialu na ljubljanski medicinski fakulteti, kjer podelijo odličja: diplome profesorja Janeza Plečnika in priznanja profesorja Franceta Hribarja. Prireditvev poteka v tednu Univerze v Ljubljani (dalje UL). Tradicija druženja, vredna občudovanja! Organizatorji prireditve so Kulturno-umetniško društvo Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher ter ljubljanski inštituti za anatomijo, histologijo in embriologijo, patologijo in sodno medicino.

Program je odlično izbral in harmonično uravnotežil med vokalnimi in instrumentalnimi deli ter orkestralnimi zasedbami mlad zdravnik, odličen pianist Andrej Babnik, ki je že nekaj let umetniški vodja koncerta. Voditeljica koncerta prof. Zvonka Zupanič Slavec s svojo eleganco, povezovalno vsebino, glasom in stasom plemeniti koncert za koncertom skozi več kot dve desetletji. Z njenim vodenjem klasična glasba ni le uživanje v melodijah in dovršenih izvedbah: ob spremnem, skrbno izbranem besedilu k vsaki točki glasba zaživi v vsej svoji lepoti. Letos nas je v uvodu nagovorila z mislijo, da sta beseda in glasba obleki duše in da bomo v tem zimskem času v toplo besedo in navdušujočo glasbo odeli tudi naše umetniško druženje.

Spored je začela Vokalna skupina Vox medicorum. Leta 1979 je bila ustanovljena kot Medicinski oktet, ki je prerastel v vokalno skupino. Od leta 2015 jih vodi zborovodkinja Barbara Maurer, ki je študentka kompozicije in glasbene teorije na Akademiji za glasbo v razredu prof. Marka Mihevc. Zdravniško himno *Hippocratis iusiurandum* je uglasbil profesor kompozicijskih predmetov z Akademije za glasbo UL Ivan Florjanc. Himna ohranja tradicijo slovesnega začetka koncerta in je večna zaprisega zdravnikov v delovanju za dobro bolnika. Sledila je primorska ljudska pesem *Pa se sliš* v priredbi Karola Pahorja.

Emona, Emona, tri miniature, ki jih je po pesemskih predlogah Jelke Dobnik in Tatjane Gauš ob 2000-letnici prve omembe mesta Emona uglasbila zborovodkinja Barbara Maurer, je bila naslednja Voxova pesem. Govori o življenju v mestu v rimskih časih: prva – *Vrata v mesto Emona*, druga – *Emonske terme* in tretja – *Žabe*. Slednja govori o lepotah Ljubljanskega barja, tišini, ki jo

hudomušno prekine zvok žab. Pevce povezuje dolgoletna tradicija in najverjetneje številni med njimi ohranjajo zborovsko zvestobo od same ustanovitve.

Sledilo je podeljevanje diplom profesorja Janeza Plečnika za izjemne študijske dosežke pri predmetih anatomija, histologija z embriologijo in patologija na Medicinski fakulteti UL. Veliko zavzetosti, veselja in radovednosti je že na začetku svojega študija izkazalo kar 13 študentov: Urban Alič, Rok Bernik, Ana Bošković, Tom Cvetkovič, Jan Dolenšek, Anja Lah, Gita Mihelčič, Rok Oblak, Tea Poznajek, Anja Praunseis, Neža Sofija Pristov, Meta Rus in Stanislav Žbogar. Predstavnica prejemnikov diplom se je suvereno zahvalila za diplome.

Priznanje profesorja Franceta Hribarja za pomemben prispevek k razvoju in ugledu patologije v Sloveniji z vrhunskimi dosežki v stroki in znanosti je prejela zdravnica dr. Gorana Gašljevič. Tudi ta nagrajenka se je pristrčno zahvalila.

Diplome in priznanje sta podelila dekan Medicinske fakultete UL prof. dr. Igor Švab in predstojnik Inštituta za patologijo prof. dr. Jože Pižem. Dolg aplavz je bil dodatno priznanje nagrajencem.



Vokalna skupina Vox medicorum z zborovodkinjo Barbaro Maurer.

Glasbeni program, ki je sledil, vsako leto popelje občinstvo v čarobni svet glasbe, ki se mu nastopajoči zdravniki predajajo z veliko ljubeznijo. Posebej navdušujejo mladi izvajalci, ki zdravniškim koncertom zagotavljajo svetlo prihodnost.

Zdravniški godalni kvartet Pro medico, v sestavi Andrej Gubenšek in Lucija Čemažar na violini, Jernej Bernik na violi in Karmen Lesjak na violončelu, je zaigral delo Antonina Dvořaka: *Ameriški kvartet v F-duru: Allegro ma non troppo*. Andrej, specializant nevrologije, in Lucija, specializantka hematologije, sta končala tudi Akademijo za glasbo v razredu prof. Monike Skalar. Specializant urgentne medicine Jernej Bernik pa je svoje glasbeno znanje pridobil pri violistu

prof. Arminu Sešku. Karmen Lesjak je profesionalna violončelistka. Ameriški kvartet je prežet z vplivi ameriške glasbe, črnske in indijanske, kakor tudi ciganske in češke ter ima osrednjo glasbeno temo napisano v pentatoniki. Imenitno delo, ki so ga odlično izvedli!

Dovolite mi, da se ob tej točki spomnim dolgoletnih nastopov komorne skupine Pro medico s pianistom prof. Pavletom Kornhauserjem, ki je bil duša in izvajalec decembrskih glasbenih srečanj. Naj citiram misli sedanjega vodje Pro medica Andreja Gubenška: »Prof. dr. Pavle Kornhauser, pediater in glasbenik, ima brez dvoma izjemne zasluge za obstoj in razvoj skupine. S svojim znanjem in avtoriteto, vztrajnostjo, marsikdo bi najbrž rekel tudi s trmo, je vedno znova in znova skrbel, do so, preprosto rečeno, stvari tekle ... Med zdravniški vidim izjemno široko paleto posameznih glasbenikov, ki pa v takšni skupini presežejo individualno ustvarjanje. Vsekakor predstavlja pozitiven potencial močna povezava med medicino in umetnostjo, morda še posebej glasbo. V komorni skupini Pro medico pa ob glasbi nadaljujemo tudi z novimi obrazy ... Ne nazadnje pa gre tudi za uresničevanje osnovne želje po glasbenem ustvarjanju nas zdravnikov, študentov medicine in drugih zdravstvenih delavcev in le-to deliti med poslušalce tudi v prihodnje.«

Specializantka travmatologije Alja Rajšter Koren je mezzosopranistka, ki je diplomirala tudi na Akademiji za glasbo v razredu prof. Alenke Dernač Bunta in je ob klavirski spremljavi Andreja Babnika zapela arijo Mignon *Kennst du das Land, wo die Zitronen blühen* iz 1. dejanja opere Mignon, Ambroiseja Thomasa. S polnostjo žametnega glasu in interpretacijsko prepričljivo je navdušila poslušalce. Po voditeljičini nemški in slovenski recitaciji prve kitice Goethejevega besedila smo začutili opevani vonj pomaranč in nežni vetrič:

*Ali poznaš deželo, kjer oranže cveto?
V temnem logu zlate oranže sijo,
Nežen vetrič pihlja z modrega neba,*



Umetniški vodja koncerta pianist Andrej Babnik je s svojo pianistično briljanco ponovno navdušil zbrane.

Mirte počivajo in lovor trepeta

Ali poznaš to?

Pojdi tja! Pojdi tja!

*Naj grem s teboj, ljubi moj.**

Kar nekaj zadnjih let na zdravniških koncertih srečujemo tudi odlično violinistko Lucijo Čemažar, ki za svoje nastope nenehno izbira dela najzahtevnejšega violinskega repertoarja. Letos je posegla po najvidnejšem španskem violinskem virtuozu Pablu de Sarasateju in izbrala njegovo *Tarantello*. Ta je ob klavirski spremljavi Darje Mlakar



Violinistka Lucija Čemažar s svojo virtuosno igro že vrsto let postavlja zdravniške koncerte na visoko raven.



Zbrane je prvič nagovoril novi dekan MF prof. dr. Igor Švab (zgoraj), predstojnik Inštituta za patologijo UL MF prof. dr. Jože Pižem pa je predstavil tudi Hribarjevo nagrajenko dr. Gorano Gašljevič (spodaj).



Zdravniški godalni kvartet *Pro medico* je s solistoma, sopranistko Sanjo Zupanič in tenoristom Lukom Juterškom, ter napolitanskimi melodijami požel bučen aplavz.

Maležič zvenela čarobno. Magistra violine z ljubljanske Akademije za glasbo in razreda prof. Monike Skalar je znanje dopolnjevala z izobraževanjem pri profesorjih Igorju Ozimu, Maticu Anžetu in Helfridu Fistru. Ob tem glasbenem čaru se morajo umakniti vse skrbi in vse bolečine srca, kot je po Shakespearu občinstvo besedno pobožala voditeljica.

Oder se je začel polniti. Zasedel ga je Kitarški orkester Medicinske fakultete pod umetniškim vodstvom Jana Križniča. So edini tako velik mešani kitarški sestav kakšne medicinske fakultete na svetu. Izvajajo glasbo iz

prav vseh koticov zemeljske krogle in mnogokrat njihov repertoar popestrijo edinstvene priredbe, od srednjeveških do modernih skladb. Med svojimi člani imajo zdravnike, študente in celo upokojenega profesorja medicinske fakultete! Orkester je ustanovila medicinka Eva Podbregar. Njihove skladbe so prinesle plesne ritme: *Austin Tango* (R. Dyens), *Rumba Marica* (T. Tisserans) in *Ballo Piccolo* (R. Paulsen-Bahnsen), da so nas kar zasrbele pete ... Kako jim mora biti lepo, ko v skupini skoraj dvajsetih muzicirajo in ob tem pozabijo, da nekje drugje priganja delo ali so druge skrbi ...

Andrej Babnik, pianist in umetniški vodja koncerta, se je odločil, da nas tokrat popelje v virtuosne melodije Frédérica Chopina z dvema *Preludijema*. Prvi je bil v Des-duru, imenovan tudi preludij dežnih kapljic, drugi, z vznemirljivo melodijo, je bil v G-molu. Chopin je napisal skupno 24 preludijev, ki delujejo kot celota. Andreju se pozna dolgoletna povezanost s klavirjem, saj sta roki odlično usklajeni in izvedbo lahko poimenujemo virtuosno. Močan aplavz je govoril sam po sebi: vse občudovanje! Skozi skoraj vse njegovo življenje je njegova umetniška vodja pianistka prof. Meira Smailović iz Glasbenega ateljeja Tartini.

Ljubezen v Neaplju – napolitanske ljudske v arr. Tilna Slakana sta izvedla pevca, sopranistka Sanja Zupanič in tenorist Luka Juteršek, ob spremljavi Zdravniškega godalnega kvarteta *Pro medico*. Slišali smo venček znamenitih napolitanskih pesmi, ki jih je posebej za ta večer priredil študent kompozicije Tilan Slakan: *O sole mio*, *Torna a Sorento*, *Santa Lucia* in *Funiculi, funicula*. Za zaključek sta pevca v duetu zapela še arijo *Adio, adio* iz opere *Rigoletto* Giuseppeja Verdija. Sopranistka Sanja Zupanič, specializantka otroške in mladostniške psihiatrije, je očarala z lirskim sopranom in mladostnim šarmom. Izobraževanje je zaključila na Konservatoriju za glasbo in balet v



Komorni orkester *Camerata medica* je z orkestralno igro pokazal povezovalno moč skupnega muziciranja, zadovoljstva ob tem in vedno drugačno izbiro solistov. Bravo dirigentu prof. Avseneku. Ob njih voditeljica programa prof. Zvonka Zupanič Slavec.



Ko pade zastor, pride za nastopajoče prava sprostitev. Na sliki so zadovoljni koncertni protagonisti (z desne): umetniški vodja Andrej Babnik, voditeljica programa prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec, dirigent in duša orkestra Camerata medica prof. Franc Avsenek, sopranistki Sanja Zupanič in Nadia Ternifi.

Ljubljani pri prof. Tatjani Vasle. Kot gost je nastopil tenorist Luka Juteršek, študent solo petja v Celovcu. Popeljala sta nas v svet sonca, morja in dehtečih pomaranč, veselja do življenja, strastne ljubezni, poslavljanja in hrepenenja po vrnitvi domov ... v opevani Neapelj.

Takole je voditeljica prof. Zvonka Slavec predstavila del napolitanskih skladb:

*Na tem briljantnem morju,
zvezdici srebra,
se s čolničkom v valovih vetrček igra.
Pridi in pomagaj pripluti mu v
pristan,
Santa Lucia, Santa Lucia!**

*Kakšna čudovita stvar je sončni dan!
Miren zrak po nevihti,
svež zrak in zabava se že dogajata.
Kakšna čudovita stvar je sončen dan!
Toda drugo sonce, to je še svetlejšo,
to je moje sonce, to je v tvojem obrazu!
O sole mio, o sole mio!**

Največje zasedbe prihajajo na oder zadnje, saj je potrebnih kar nekaj tehničnih priprav, da se množica nastopajočih posede za pulte. Oder so zapolnili člani *Komornega orkestra Camerata medica*, ki beleži že več kot 25 let delovanja. Sklepni del koncerta je obsegal dela Antonia Vivaldija: *Sonata*, Sergeja Rahmaninova: *Ne poj, lepotica* in Wolfganga Amadeusa Mozarta *Duettno La contessa e Susanna*, vse v aranžmaju dirigenta, sicer violista prof. Franca Avseneka. Vivaldi je dal omenjeni sonati stavke srednjeveške suite, napisana pa je bila za violino s čembalom. Je glasbena rariteta v enem stavku, ki se začne s fanfarami, preide v allegretto, kuranto in žigo. Imenitna glasba!

Na znamenite stihe Aleksandra Puškina, ki jih je v ruščini prebrala voditeljica prof. Slavec, uglasbil pa Sergej Rahmaninov, je zapela imenitna sopranistka, študentka 2. letnika Akademije za glasbo iz razreda prof. Pie Brodnik in absolventka dentalne medicine, Nadia Ternifi. Takole se začne pesem:

*Ne poj mi krasotica
gruzinske pesmi tuge,
ki me spominjajo na drugo življenje
in oddaljene struge.**

Veliko igrivosti in sonca je na koncu prinesel še duet sopranistk Sanje Zupanič in Nadie Ternifi v ariji grofice in Suzane iz Mozartove opere Figarova svatba. Kako neverjetna glasova! Nič čudnega, da je nekdo zašepetal: »Ali ni škoda teh sijajnih pevk za zdravnice in zobozdravnice?« Ja, res imajo veliko talentov ti dragoceni zdravniki, ki nas skozi leta z vedno novimi obrazi navdušujejo na zdravniških koncertih. Za abrahama teh srečanj bi kar pričakovali retrospektivo številnih nastopajočih skozi čas ... Številni med njimi so že med zvezdicami:

*Tisoč in tisoč zvezd je nad nami,
tisoč in tisoč zvezd med nami,
da gre po svetu – rama ob rami –
svetloba z nami.*

(Tone Pavček)

Stoječi aplavz s podelitvijo cvetja vsem nastopajočim in voditeljici je pokazal vso vrednost teh srečanj.

Družabno srečanje s sproščenim klepetom glasbenih udeležencev in poslušalcev v prostorih Slovenske filharmonije, na katero je povabil dekan Medicinske fakultete v Ljubljani prof. dr. Igor Švab, pa je utrdilo misel, da je v naši medicini veliko dobrega in lepega.

Se vidimo in slišimo v decembru 2018!

Foto: Janez Platiše

* Prosti prevod Zvonke Zupanič Slavec

Sofija z zvezdnim pogledom

Lucija Beškovnik, dr. med.,
Nacionalni inštitut za javno zdravje, Območna enota Celje

Vesoljska postaja Zemlja355, na skrajnem koncu Mlečne ceste,

1. novembra (dan mrtvih), leta 2096
po srednjeevropskem času.

Psihoterapevt Peter tiho zazeza in se opraviči pacientu na kavču: »Se opravičujem, ker sem moral zazehati, vendar to nikakor ne pomeni, da me dolgočasiš.«

»Ok, razumem. Da nadaljujem s sanjami... Torej, ko sem končno našel žilo, sem mu vbrižgal vijolično tekočino. Takrat pa se v sanjah zavem, da je bil to strup in potem ta android umre! Prežame me groza, začnem bruhati. Bruham vijolično sluz in prešine me, da sem v resnici strup vbrižgal sebi! Takrat pa naenkrat android vstane in se mi na glas smeji. Uf, res grozno! Zbudim se ves prepoten in vzamem pomirjevalo. Zaspim lahko šele proti jutru,« odvrne pacient Samo in se zazre v stekleni strop, ki ponuja pogled na tisoče zvezd.

»Zanimivo. Kaj misliš, da ti te sanje sporočajo?« mirno vpraša Peter.

»Ne vem, to sem premišljeval celo noč. Zdaj to razumem kot nekaj samodestruktivnega, da počnem nekaj, kar mi škodi in me ubija. Seveda v prenesenem pomenu... Ne vem točno, kaj naj bi to bilo? Hm...« se vpraša Samo in skomigne z rameni. Nežno se pogladi po nosečniškem trebuhu. »To bruhanje me močno asociira na slabost, ki sem jo imel na začetku nosečnosti. Hm... Ampak ne vidim povezave te slabosti s strupom... Ne vem...«

»Lepo izhodišče! Kako bi pa vse to povezal s tvojo staro temo... Saj veš... Kakšno je tvoje doživljanje tega, da sta se z Matejo odločila, da ti prevzameš žensko vlogo in donosiš sina. Po neki teoriji namreč naj bi nosečniška slabost simbolizirala odpor do nosečnosti... Kot da bi nekdo želel izbruhati plod... To je res zelo ekstremna razlaga, vendar se mi zdi prav, da ti jo omenim... Kaj misliš o tem?« Peter zajame sapo.

Samo zamahne z roko in jezno povzdigne glas: »Saj sem vedel, da boš spet začel to temo! Sploh se ne stri-njam s tabo! Zakaj mi hočeš vsiliti idejo, da sem naredil napako, ko sem šel na presaditev maternice! Nočeš me poslušati! Jaz sem se tako odločil in pika! Mateja ima zahtevno funkcijo in ne želi prekiniti kariere glavne raziskovalke tujih kultur na Planetu A7568! Jaz sem se tako odločil! Oba sva se tako odločila! In tako je prav in pika! Ne želim se več pogovarjati o tem!«

Peter nadaljuje s pomirjujočim glasom: »V redu, v redu, Samo... Vidim, da si zelo razburjen, ko odprem to temo... Kaj misliš, zakaj? Nič ti ne želim vsiliti, samo ponujam ti možne interpretacije tvojih sanj... Želiš govoriti o tem, zakaj se tako burno odzoveš na to temo?«

Samo zasika skozi bele zobe: »Ne, ne želim se pogovarjati o tem! In to zato, ker nima smisla, da se vznemirjam. Moram misliti na otroka! Poleg tega se pogosto razburim zaradi vseh teh nosečniških hormonov, ki jih jemljem... Ne želim se več pogovarjati o tej temi.«

»Seveda, razumem Samo! Bom upošteval to tvojo željo in bom počakal, da se boš sam vrnil na to temo. Ker mislim, da te še čaka, enkrat, ko boš pripravljen... Drugače pa super, lepo napredujeva. Žal nama je za danes čas potekel,« monotono reče Peter in pokaže na vijoličen virtualni ekran, kjer se odštevajo zadnje sekunde. »Si za to, da naslednjič nadaljujeva najino potovanje?«

»Ja, seveda, lepo se imej na počitnicah,« zasika Samo in se odkaslija.

»Hvala, seveda pa mi vsekakor sporoči, če ti bo pretežko in bi potreboval vmesno uro,« mirno odvrne Peter in pogleda na ekran, kje se izpišejo povzetki srečanj naslednje pacientke.

»Ok, hvala. Lepo potuj in se vrni spočit,« reče Samo in mu stisne ponujeno roko. »Saj vem, da mi želiš dobro, ampak glede te teme sem zelo občutljiv...« Samo se odveže s kavča, ki lebdi sredi okroglega prostora. Ko lebdi nad kavčem, vključi neslišen motor na hrbtu, ki ga pelje do transporterja. Neslišno se prežarči na sosednjo vesoljsko postajo.

Peter se na udobnem lebdečem fotelju nagne nazaj in zapre oči. Čez deset minut ga zdrami ura na vijoličnem ekranu, ki ga opozori, da je naslednja pacientka že na poti. Čez nekaj sekund se v prostor prežarči pacientka Živa, ki ga obiskuje že več let. Živa je android, na videz popolnoma podoben povprečni ženski rumene

rase z dolgimi temnimi lasmi in prodornimi rjavimi očmi.

»Pozdravljen Peter, kako si kaj? Že komaj čakaš na zaslužen dopust?« se prikupno nasmehne Živa z okusno našminkanimi ustnicami.

»Ja, pa res. Ti si zadnja pacientka danes,« odgovori Peter in jo s kretnjo povabi na kavč. Živa se pripne in udobno namesti. Peter zapre oči in vpraša klasično vprašanje: »Živa, imaš vključen program Psihoterapevtska pacientka?«

»Ja, seveda,« zamomlja Živa.

Peter nadaljuje: »Ok, super. Kako si kaj?«

Živa zajame sapo in s tihim glasom prične: »V redu sem, kar dobro... Moj trenutni lastnik je zelo razumevajoč in mi pušča proste roke pri določenih zadolžitvah. To mi zelo ustreza. Razume tudi, da predelujem težke vsebine na terapiji in včasih malo jezikan. Ja, včasih sem malo neprijetna, sploh ko se mi zdi kakšna zadolžitev neprimerna. Ob tem se mi zdi, da občasno že čutim zametke jeze, vendar nisem prepričana. Zdi se mi,



Zgodba je nastala po sliki (avtorica: Lucija Bešković, Ženski obraz z zvezdnim pogledom, 2017, akril na platnu, 100 × 80 cm).

da takrat čutim v prsnem košu neko neprijetno napetost... Bi to lahko bila jeza?»

»Ja, krasno! O tem sva se že veliko pogovarjala in mogoče je ravno ta občutek zametek jeze. Zelo sem vesel, da tako napreduješ. Zelo lepo ti gre!« živahno odgovori Peter.

Takrat se v terapijskem prostoru prižge rdeča luč in na vijoličnem ekranu se z utripajočimi črkami izpiše alarm, ki v več jezikih opozarja, da je na vesoljski postaji Zemlja 355 koncentracija kisika padla pod varno mejo. Peter se opraviči živi in na ekranu aktivira sproščanje kisika iz zaloga.

»Ok, urejeno,« nadaljuje Peter in se udobno namesti na staremu fotelju.

Živa se zvije na kavču in s presledkom odpre novo temo: »Ja, še nekaj zelo pomembnega se mi je zgodilo. Pred tremi dnevi sem ponoči padla s postelje! Si predstavljaš! Ko sem si razlagala, kaj se mi je zgodilo, sem skoraj znorela od sreče! Mislim, da sem padla s postelje zaradi tega, ker sem nekaj sanjala! Noro! Kajne? Ni druge razlage! Zakaj bi sicer padla s postelje? Ni druge opcije... Zelo sem vesela, ker mislim, da je to znak, da končno lahko sanjam! Seveda se sanj nič ne spomnim, ampak očitno je to začetek... Končno! Zelo sem vesela!«

»Ja, krasno! Mislim, da je tvoja razlaga pravilna. Končno so se pojavile sanje! Zelo sem vesel zate,« pohvalno nadaljuje Peter in z očmi ošvrkne ekran, kjer se mu v pomoč izpišejo nadaljnje smiselne psihoterapevtske intervencije. Terapevtska ura se nadaljuje brez presenečenj.

Ko Živa odide, se Peter odveže s fotelja in prežarči v svoje stanovanje. Znajde se v udobni dnevni sobi, kjer se zlekne na lebdeči kavč in se priklene. Z zaprtimi očmi pokliče svojo Sofijo. Sofija je android, ki ima poteze večne lepote bele rase s porcelanasto poltjo, dolgimi rdečkastimi lasmi in živimi zelenimi očmi.

»Sofija, vključi program Prijateljica. Mimogrede, si uredila vse za moje počitnice?« Sofija pomežikne z dolgimi trepalnicami: »Seveda Peter,

rezervacija je potrjena, odpotuješ natanko čez dve uri, tri minute in nekaj sekund.«

Peter ji pokima in vključi medicinsko glasbo. Pogled uperi v strop, kamor hišni računalnik projicira hologram pomladnega listnatega gozda.

Sofija mu prebere misli: »Si za šah?«

»Ja, pa res bi se mi prilegel,« odvrne Peter in aktivira hologram šahovnice.

Čez dobro uro končata igro z remijem. Peter se nasmehne: »Spet si mi pustila, kajne. Samo, da imam veselje.«

Sofija se prikupno zasmee nazaj:

»Bil si utrujen in si potreboval spodbudo.«

»Ja, pa res,« potrdi Peter. »Ok, koliko je ura?«

»Še 37 minut in dvajset sekund do leta,« odvrne Sofija. »Predlagam, da greva, saj je na odhodni ploščadi vedno gneča.«

»Hm... Imaš prav,« odgovori Peter. Čez nekaj minut se prežarčita na odhodno ploščad. Tam se udobno namestita v čakalnici, kjer se tre dopustnikov.

Peter ji reče: »Uf, spet grem na počitnice sredi glavne sezone, ko je največja gneča. Ah, kaj hočem... Tako pač je, če si psihoterapevt, kajne? Prosim, vključi program Uradnica in mi uredi vse za potrditev odhoda.«

»Seveda,« hladno odvrne Sofija. Vključi virtualni ekran in izpolni pogoje za odhod. »Urejeno,« monoton odgovori čez nekaj trenutkov.

»Super, kdaj je let?« se zanima Peter.

»Točno čez petnajst minut in tri sekunde,« naučeno odvrne Sofija.

»Ok, super, lahko vključiš funkcijo Ljubica, prosim,« jo radostno pozove Peter in jo zaljubljeno pogleda.

»Funkcija vključena,« zažvrgoli Sofija in se tesno prižame k Petru.

»Me boš kaj pogrešala draga moja?« ji na uho zašepeta Peter.

»Zelo dragi!« zasope Sofija. »Vsak dan ti bom poslala svoj hologram. Težko mi bo brez tebe.«

»Tudi meni,« odvrne Peter z globokim glasom in jo nežno poljubi na tople ustnice.

Takrat se vključi opozorilo na vijoličnem zaslonu, ki sporoča, da se je potrebno vkrcati v raketoplan.

»Odhod! Lepo bodi draga moja. Kmalu se vrnem, ne skrbi! Prosim, vključi sedaj še funkcijo Žena,« zateglo naroči Peter.

»Vključena funkcija Žena,« prijazno odvrne Sofija. »Dragi, žal mi je, ker ne morem s tabo... Ampak, saj veš, da so otroci še mali in me potrebujejo... Ti kar uživaj na zasluženem dopustu in se vidimo kmalu.«

»Da, draga. Prav imaš, otroci te bolj potrebujejo kot jaz. Kot običajno mi pošlji hologram, ko boste kaj lepega počeli, da se vidimo...« Peter se nagne k Sofiji in jo močno objame.

»Ok, sedaj pa vključi prosim še funkcijo Uslužbenka in mi uredi vse zapise o pacientih, ki so še ostali nedokončani od včeraj.«

»Seveda, šef,« spoštljivo odgovori Sofija skozi priprte ustnice.

»Tako, to bi bilo za zdaj vse. Lepo bodi Sofija in ne pozabi takoj sedaj poslati svojih naloženih spominov tvoji dvojnici, ki me čaka na vesoljski postaji Zvezdne počitnice! Na svidenje, Sofija« se poslovijo Peter in se prežarči v raketoplan. Sede na lebdeči fotelj in se priveže. Mirno zapre oči in misli na Sofijo. Naenkrat se vključi vijolični ekran. Zagleda Sofijo. Njene oči zvezdno žarijo v zeleni barvi, ko reče: »Peter, prosim vključi funkcijo Android.«

Peter mehansko odgovori: »Funkcija je vključena.«

Sofija se nasmehne z očmi in se glasno vpraša: »Ali je že prišel dan, ko je umetna inteligenca nadvladala človeško?«

»Au«-foristična tinktura

Kratki aforizmi v beli halji z geografskim poreklom

Prof. dr. Janez Tomažič, dr. med., UKC Ljubljana

janez.tomazic@kclj.si

Tempo življenja je vse hitrejši: sedaj nosim uro že na obeh rokah!

P. S. Da ne izgubljam časa, če pogledam na napačno.

O medicini nimam pojma, razen postavljanja diagnoz in zdravljenja.

P. S. *Based on true lies.*

V službi delam resno, zato pišem aforizme, ker je humor pomemben del resnosti.

P. S. Ne me napačno razumeti, v službi dobivam samo ideje.

Ni mi žal, da so ukradli moje aforizme, ampak da se niso spomnili svojih.

P. S. Osnovna ideja je ukradena Nikoli Tesli.

Rekreacija v Termah Dolenjske Toplice

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

Sekcija upokojenih zdravnikov Slovenskega zdravniškega društva že vrsto let prireja za člane in članice, njihove svojce in prijatelje rekreacijski teden. Preživeli smo ga predvsem v slovenskih naravnih zdraviliščih, sem in tja pa tudi v turističnih krajih na naši obali. Kar nekajkrat smo bili v portoroškem Bernardinu v hotelu Histron, nato v zdravilišču Talaso Strunjan. Vrsto let je jesenski rekreacijski teden potekal tudi v sosednji Hrvaški, v znamenitem letovišču Opatija, nazadnje pred tremi leti. Prav tako pred leti smo večkrat letovali v Rogaški Slatini, zadnji dve leti pa v Termah Dolenjske Toplice.

Tako smo letos zadnji teden v mesecu septembru preživeli v Termah Dolenjske Toplice, kjer vedno zelo lepo poskrbijo za nas. Počutimo se prav posebej dobrodošle in imamo kar nekoliko poseben status. Ob prihodu nas prijazno sprejmejo in gostoljubno

postrežejo s kozarcem osvežujočega cvička. Nato sledi še dodaten sprejem, ko nam animator g. Jani Kramar predstavi, kaj nas čaka v tednu dni, kateri dodatni izobraževalni in kulturni dogodek ter obisk okoliških znamenitosti lahko pričakujemo. Vedno tudi poskrbi, da je srečanje ob našem prihodu zelo sproščeno, seznanili nas z zabavnimi in zanimivimi zgodbami, povezanimi z zdraviliščem in bližnjimi kraji. Vemo tudi, da se v primeru kakršnihkoli težav in dodatnih želja lahko nadejamo njegove takojšnje in učinkovite pomoči.

Za zdraviliške goste in tudi za nas pripravljajo rekreacijski program, posebej za našo skupino pa še dodatni kulturni in izobraževalni program. Tako ob jutrih in dopoldnevih poteka telovadba na prostem in v telovadnici, nordijska hoja, dvakrat na dan pa izredno kakovostna hidrogimnastika v bazenu Wellness centra Balnea, ki

jo vodi izkušen fizioterapevt. Telesno vadbo v bazenu obiskujemo praktično vsi »rekreativci«, saj je raznolika, dobro načrtovana in vodena ter v termalni vodi lahko izvedljiva. Po vadbi se resnično dobro počutimo, naše mišice in sklepi so sproščeni in razgibani.

Že po dveh dneh bivanja v zdravilišču so za nas pripravili popoldansko predavanje o rehabilitaciji bolnika po možganski kapi, ki jo izvajajo člani strokovnega tima v Centru za medicinsko rehabilitacijo. Barbara Kavčič, dr. med., specialistka fizikalne in rehabilitacijske medicine, nas je seznaniila s potekom rehabilitacije in njenimi cilji. Poudarila je, da je nevrorehabilitacija najučinkovitejša v prvih treh mesecih po kapi, pod pogojem, da so bolnikove življenjske funkcije stabilne. Bolniki so nameščeni na negovalnem oddelku, kjer imajo idealne pogoje za zdravljenje, pomoč

in nego. Ob sprejemu bolnika pregleda specialist fiziater in oceni njegovo stanje. Med rehabilitacijo je treba predvsem izboljšati bolnikovo gibalno sposobnost, povečati moč in skladnost gibov, popraviti držo in preprečiti napačne gibalne vzorce, kar vse vodi v večjo samostojnost bolnika in posledično izboljšano kakovost njegovega življenja. Ob tem poskrbijo tudi za izobraževanje bolnikov in njihovih svojcev. Napredek pri rehabilitaciji preverjajo vsakodnevno. Ob odpustu ocenijo funkcionalni status bolnika, ki prejme navodila za nadaljnje postopke in zdravljenje v domačem okolju.

Prav tako drugega dne je bilo v večernih urah napovedano predavanje dr. Janeza Gabrijelčiča z naslovom »Rastoča knjiga«. V zelo zanimivem predavanju nas je dr. Gabrijelčič, ki je idejni oče in spodbujevalec projekta Rastoča knjiga, seznanil z njenim pomenom. Povedal je, da začetki tega gibanja segajo v leto 2000, ko je bilo ustanovljeno tudi Društvo rastoča knjiga. Glavni cilji gibanja so poudariti pomen knjige in izražati hvaležnost za njen obstoj, saj je knjiga pomembna pri pridobivanju znanja, spodbujanju ljudi k osebni rasti, kulturi in umetnosti. Nenehno pridobivajo nove somišljenike in zamisel, ki je posvečena knjigi, se je spremenila v vseslovensko gibanje. Pridružilo se ji je že veliko šol in drugih ustanov po vsej Sloveniji. Dobila je tudi svetovne razsežnosti, nastale so Združene rastoče knjige sveta. Pridružujejo se jim številne države, ki sodelujejo na področju kulture, umetnosti in znanosti. Predavatelj dr. Gabrijelčič nas je seznanil, da so leta 2004 v Ljubljani, v parku tik ob Navju, pokopališču velikanov slovenske kulture in njihovih podpornikov, postavili kipec Deklice z rastočo knjigo (avtor kipar Jernej Mali). Različice kipa Deklice z rastočo knjigo so začeli izdelovati in nameščati tudi po številnih šolah in raznih ustanovah širom Slovenije. Podstavek, na katerem sedi deklica s knjigo v roki v parku Navje, vsako

leto oplemeniti nov verz, novo geslo ali sporočilo o pomenu sožitja, strpnosti, izobraževanja, osebne in skupne rasti. Kipec s knjigo se tako vsako leto nekoliko poviša. V parku so dobile obeležja tudi sodelujoče države. Za kipcem Deklice z rastočo knjigo so namreč postavili pokončne kamnite okvire. Na njihovih stebrih so od leta 2010 zapisani deli besedil: Finska s Kalevala, Indija z avtobiografijo M. Gandhija, Irska s poezijami W. B. Yeatsa, Norveška s Hišo lutk in Noro Henrika Ibsna in Ruska federacija z Vojno in mirom L. N. Tolstoj. Leta 2011 so se pridružile še Avstrija, Madžarska, Hrvaška, Italija, Gruzija in Srbija. Nad predstavitev dr. Gabrijelčiča o Rastoči knjigi smo bili navdušeni, seznanil nas je z resnično navdihujočim vseslovenskim in svetovnim gibanjem, ki časti knjigo in ji daje poseben pomen.

Četrtega dne smo se zelo razveselili načrtovanega popoldanskega izleta v bližnjo okolico Dolenjskih Toplic. Obiskali smo družinsko destilarno in čokoladnico Berryshka v kraju Obrh. Prijazno nas je sprejel lastnik g. Jože Kenda, ki je sicer vodenje prepustil sinu Samu. Berryshka je precej nenavadno ime, zato smo bili radovedni, od kod izvira. Seznanili so nas, da gre za precej skrivnostno zgodbo, ki sega daleč v sedemnajsto stoletje. V kraju Soteska, ki leži nedaleč od sedanje destilarne in čokoladnice, stoji in buri duhove skrivnostni baročni stolp, imenovan Hudičev turn (nedavno je bil obnovljen). V stolpu so za petične goste prirejali družabne večere s prijetno glasbo. Vsak večer je na gospodarjevo izrecno željo kot posebna gostja prihajala v stolp tudi Jagoda, nadvse prefinjena in lepa ženska, ki so jo tuji trgovski popotniki imenovali Berryshka. Iz skrbno izbranih sestavin skrivnega vrta je pripravljala opojne in diš jemaleče napoje. Prostor zabave in pregrešnega užitka je bil zaradi svoje mističnosti in poživljajočih napitkov poznan daleč naokoli. Zgodbo so lastniki spet obudili in destilarno ter čokoladnico poimenovali po tej skrivnostni ženski

(avtorica besedila zgodbo sicer pozna od obiska v lanskem letu).

V družbi lastnika smo si najprej ogledali destilarno. Seznanil nas je s postopki, vse od tradicionalnega mletja, fermentiranja in postopka destilacije do njihove polnilne linije, kjer polnjenje, zapiranje in etiketiranje steklenic še vedno poteka ročno. Pridelujejo brinjevo žganje in češnjev, aronijev, orehov, ribezov ter borovničev liker. Nedavno so začeli izdelovati še zelo kakovosten viski. Med destilacijo nastaja tudi eterično olje, ki ga prodajajo v naravna zdravilišča in masažne salone. Njihova druga pomembna dejavnost je ročna izdelava čokolade, za kar skrbi domača hči Zdenka. Žlahtni okus čokolade nastaja iz najboljšega kakava, uvoženega s plantaž Dominikanske republike. Receptura je seveda skrbno varovana skrivnost, ki jo pozna le čokoladna mojstrica. Izdelujejo pralineje z različnimi okusi in nadevi, čokoladne lončke, mlečno čokolado s sivko, lešniki, temno čokolado in čokoladne kroglice. Proizvode tržijo doma in izvažajo po vsem svetu. Za njihovo vrhunsko kakovost so dobili številna domača in mednarodna priznanja. Ogled smo končali v lični prodajalni, kjer so nam pripravili pokušino nekaterih njihovih izdelkov. Nad okusi in kakovostjo ter raznolikostjo njihovih izdelkov smo bili navdušeni, številne smo tudi kupili. Zadovoljni in z lepimi vtisi smo se poslovili od destilarne in čokoladnice Berryshka, ki je zaradi odličnih idej, pridnosti, marljivosti in zelo kakovostnih izdelkov že vrsto let uspešna družinska zgodba.

Istega dne zvečer smo prisluhnili nastopu učencev Glasbene šole Lipičnik iz Novega mesta, kar je bilo spet posebno doživetje. Nastopajoči si zaradi uspešnega nastopa zaslužijo nekoliko daljši zapis. Šola ima ime po svojem ustanovitelju Janiju Lipičniku, ki je svoje gojence tudi spremljal. Začetki glasbene šole segajo v leto 1993, ko je v Novem mestu začela z delom glasbena delavnica z oddelkom električnih klaviatur. Dve leti kasneje

so dodali oddelek kitare, danes pa deluje kar petnajst oddelkov. Imajo podružnice v Grosupljem in Metliki. Leta 2010 je glasbena delavnica z novim programom najprej prerasla v glasbeno šolo, leta 2016 pa v zavod za glasbeno izobraževanje in kulturo. Skupina gojencev se nam je v večernem glasbenem nastopu v Dolenjskih Toplicah predstavila s šestimi točkami. Najprej nam je zaigral trio »Mladi mušketirji« v sestavi dveh kitaristov (Žiga in Jan Dremelj) in harmonikarja (Luka Ban). Prijetno je bilo poslušati odlično izvajanje znanih melodij Ko boš prišla na Bled in Čreda v galopu. Naslednja nastopajoča je bila ljubka Urška Kovačič, ki je na kljunasto flavto izvrstno zaigrala dve skladbi ob klavirski spremljavi g. Janija Lipičnika (Fse kaj lazi po tem sveti in Srnica mala). Navdušil nas je tudi tretji nastopajoči, pianist Matic Šurla, s skladbama Balada za Adelino in Maple Leaf Rag. Kot četrtri in šesti so ponovno nastopili in nam zaigrali ter zapeli »Mladi mušketirji« s skladbami Mladi muc, Ruža crvena, Na avtocesti in Na Golici. V peti točki se je predstavila mlada solistka Leja Tratar, ki jo odlikuje poln liričen sopran in dobra glasovna tehnika. V Zavodu za glasbeno izobraževanje in kulturo Lipičnik v Novem mestu tretje leto obiskuje program solo petja. Leja je nedvomno sopranistka, ki veliko obeta. Zapela nam je pesmi Prisluhni mi in Con te partito. Ob njenem izvrstnem nastopu se poslušalci nismo čudili, ko so povedali, da je Leja Tratar med novinci junija 2017 na 22. mednarodnem pevskem tekmovanju FENS v Kopru zasedla prvo mesto. Vsi nastopajoči mladi glasbeniki so izvedli res lep nastop. Očitno njihova glasbena vzgoja poteka uspešno. Zelo hvalevredno je, da glasbena šola gojencem z nastopi omogoča predstavitev njihovega glasbenega znanja in nadarjenosti ter jih na ta način še dodatno spodbuja pri šolanju in napredovanju. Nad celotnim res lepo izvedenim glasbenim programom, ki je obogatil naš večer v zdravilišču, smo bili navdušeni in



Nastopajoči iz Glasbene šole Lipičnik (foto: Lipičnik).

smo v njem zelo uživali. Nadarjene in prizadevne mladeniče in mladenke, ki svoj prosti čas posvečajo glasbi, smo po končanem programu nagradili z dolgim aplavzom.

Do konca našega bivanja sta bila na programu še dva glasbena večera. Peti dan sta nam polepšala večer pevca Sanja in Slavko, ki sta ubrano in doživeto prepevala zimzelene melodije. Poslušalci smo se jima ob njunem prepevanju znanih melodij kar nekajkrat pridružili in na ta način še popestrili lep nastop.

Šestega dne nam je sobotni večer obogatil pevec Danilo Lukan. Njegov repertoar je obsegal slovenske in tuje zimzelene melodije, narodno-zabavno in dalmatinsko glasbo. Tudi ob njegovem nastopu smo uživali in se strinjali, da smo spet preživeli prelep glasbeni večer.

Kar prehitro je minil rekreacijski teden v Termah Dolenjske Toplice. Vsi »rekreativci« smo ga preživeli nadvse lepo in koristno, saj so bili vsi dnevi res bogato izpolnjeni in izkoriščeni.

Tukajšnje bivanje nam bo še dolgo ostalo v lepem spominu, saj prijetno druženje in vse raznovrstne dejavnosti v spremenjenem okolju bogatijo in popestrijo naše življenje, poleg tega smo veliko dobrega storili tudi za svoje telesno in duševno počutje. Posebej dobrodošlo je, da smo teden dni povsem sproščeni in brez vsakdanjih skrbi, saj za nas prijazno skrbi osebje naravnega zdravilišča, ki nam na vsakem koraku potrjuje, da smo

nadvse zaželena in spoštovana skupina. Ponudbo dopolnjuje odlična kuhinja, vsak dan so na voljo trije meniji. Izbira je res bogata, obroki so raznoliki, okusni in zdravi. V termah je poskrbljeno tudi za raznovrstno rekreacijo in telesno dejavnost, kjer vsak najde nekaj zase. Posebej dobro nam denejo plavanje in telesna vadba v termalni vodi ter različne sproščujoče masaže in drugi wellness postopki, ki si jih privoščimo kot dodatek k še boljšemu splošnemu počutju, razpoloženju in videzu. Zanimivi so tudi spremljajoči dogodki, kot so izobraževalna predavanja, izleti v okolico in kulturni dogodki, kar vse popestri naše bivanje v zdravilišču. Zavedamo se, da za naše lepe in koristno preživete rekreativne dni v veliki meri poskrbi predsednica Sekcije upokojenih zdravnikov Božena Skalicky Kuhelj, ki s svojimi izvirnimi idejami in organizacijskimi sposobnostmi bogati dejavnost naše sekcije. Z vodstvom Term Dolenjske Toplice in animatorjem g. Kramarjem je stekla res dobre in tesne »poslovne« vezi, kar nam tudi v bodoče zagotavlja prijetno, koristno in zanimivo rekreativno letovanje v tem delu slikovite in gostoljubne Dolenjske.

Minljivost in čas smrti

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

S končnim dejanjem umiranja, torej smrtjo, sem se prvič srečal na poti v enega prvih razredov osnovne šole v Šentvidu pri Ljubljani. V eni starih kmečkih hiš ob Celovski cesti so bila na stežaj odprta vhodna vrata in v veži je na parah ležal star gospod z belim obrazom in črno obleko. Mimoidoči smo se ustavili in ga pokropili. Še sedaj ga imam pred očmi.

Med študijem medicine se o umiranju in smrti nismo pogovarjali, res pa smo nekaj ur »pomagali« pri obdukcijah na patologiji. Spominim se krepkega mladega šoferja, ki mu je končno odpovedalo srce, že pred tem načeto in zmanjšano po več infarktih.

Med stažiranjem v ZDA, v splošni bolnišnici v slovenskem okolišu v državi Ohio, smo bili vsi zdravniki, ki smo sodelovali pri zdravljenju umrlega bolnika, diskretno in obvezno povabljeni v secirnico, kjer nam je hišni patolog s svojega vidika nazorno razložil potek bolezni in vzrok smrti. Med več kot dvajsetletnim dežuranjem v takratnem Zavodu za rehabilitacijo Soča sem večerne vizite delal počasi in se od oddelčnega osebja pustil poučiti o kritičnih bolnikih. V nujnih primerih smo poslali bolnika na IPP, od koder je bil poslan nazaj ali premeščen na ustrezno kliniko. Vedno sem se najkasneje drugi dan zjutraj pozanimal o njegovem stanju in bil kar nekajkrat deležen komentarja, češ, saj včasih lahko pa kdo tudi pri vas umre.

Še kot specializant sem se na stroške British Councila dva tedna seznanjal z organizacijo zdravstva v Angliji in na Škotskem. V Glasgowu me je specialist geriatrije, ki je v okviru primarnega zdravstvenega varstva skupaj s kolegi skrbel za starejšo populacijo, peljal v enega izmed tamkajšnjih hospicev in mi skupaj z osebjem razložil, kako pomagajo bolnikom v zadnjem stadiju bolezni dostojanstveno (*with dignity*) umreti. Še sedaj se spominim skoraj svečanega vzdušja (tišine) in specifičnega vonja v prostorih. Nekje okoli leta 1970 je bila to zame šokantna in nepozabna izkušnja. Kako vendar pomagati umreti, če pa je poslanstvo zdravnikov ohranjanje življenja in če je treba tudi »tek-movati« s smrtjo, skratka podaljševati življenje, ne glede na njegovo kakovost in morebitne želje bolnika.

Minljivost: medicina in kaj je na koncu pomembno, v izvirniku *Being mortal: Medicine and what matters in the end*, je na 240 straneh napisal kirurg Atul Gawande. Rojen v ZDA leta 1965 indijskim staršem (oba zdravnika) je na Harvardu diplomiral 1995 in zaključil specializacijo splošne kirurgije 2003. Po dobrih 10 letih kliničnih izkušenj je 2014 napisal omenjeno knjigo, ki jo je odlično prevedel Samo Kuščer, izdala pa Mladinska knjiga leto kasneje (2015). Ker je Gawande nekaj let med študijem posvetil Clintonovi predsedniški kampanji in predsednikovanju, je s kliničnim delom začel skoraj 30 let za menoj, in to z vrhunskimi referencami najsodobnejše medicine na svetu. In že v prvem odstavku uvoda je napisal nekaj misli, s katerimi se več kot popolnoma strinjam:

»Med študijem medicine sem se naučil marsičesa, o minljivosti življenja pa ne prav dosti. V učbenikih ni pisalo skoraj nič o staranju, slabotnosti in umiranju. Tako študentje kot naši učitelji smo smisel študija medicine videli v tem, da se naučimo življenja reševati, ne pa se ukvarjati z njihovim ugašanjem«.

Že kot mlajši specializant kirurgije je A. G. moral, z vsemi potrebnimi soglasji, odklopiti ventilator pacientu z obsežnimi razsoji raka, 14 dni po obsežni 8,5 ure dolgi operaciji, s katero so odstranili tumor v hrbtenici in razbremenili hrbtenjačo. Operacija je bila s strokovnega vidika uspešna, vendar pa si dobrih 60 let star pacient od vrste zapletov ni več opomogel. V nadaljevanju A. G. razglablja o tem, kako so bili s sodelavci pacientu sposobni razložiti konkretne nevarnosti različnih možnosti zdravljenja, nikoli pa se niso zares dotaknili stvarnosti njegove bolezni. Zmogli so le še en medicinski postopek, kakor da bi upali, da se bo na koncu le zgodilo nekaj čudovitega.

V zaključku uvoda A. G. razmišlja o tem, kako pogosto zdravstvo pusti na cedilu ljudi, ki naj bi jim pomagalo. V domovih za starejše, sanatorijih ali oddelkih za intenzivno nego strogo odmerjeni, brezimni postopki odrežejo ljudi od vsega, kar jim v življenju kaj pomeni.

Prvo poglavje govori o izgubljanju samostojnosti, primerjalno v Indiji in v ZDA. Tako neizbežno kot zahod sonca prej ali slej človeka udari

resna bolezen ali huda onemoglost. Zato je naslov drugega poglavja Propadanje. Med drugim opisuje dejavnost gerontološke klinike, oz. centra za zdravstvo starostnikov nad 80 let, v nadstropju pod kirurgijo, kjer je delal A. G.

In tretje poglavje – Odvisnost. Starejši avtorju pripovedujejo, da se ne bojijo smrti. Bojijo se tistega, kar se dogaja malo pred smrtjo – izgube sluha, spomina, najboljših prijateljev, ustaljenega načina življenja. Starost je neskončno zaporedje izgub.

Nadaljnja poglavja, vsa na koncu s strokovnimi referencami, s simptomatskimi naslovi Pomoč, Boljše življenje, Kdaj odnehamo, Težavno pogovarjanje in Hrabrost, pripeljejo do Epiloga s ključnimi stavki:

»Kadarkoli nas zadene huda bolezen ali poškodba, tako da nam telo ali duh odpove, so ključna vprašanja ista: Kako razumete situacijo in njen morebitni izid? Česa se bojite in česa se nadejate? Kaj ste pripravljeni žrtvovati in česa ne? Kako lahko najboljše postopate, da boste udeleženi to razumevanje?«



Paliativna oskrba takšen pogled vnaša na področje nege umirajočih. Cilj pa bo po mnenju avtorja dosežen šele takrat, ko bodo vsi zdravniki imeli takšen pristop do vseh ljudi, s katerimi imajo opravka. Pred tem zaključkom knjiga govori tudi o vsakdanjem življenju starih ljudi, o dolgotrajni oskrbi bolnikov in različnih možnostih »po meri človeka«. Skratka, več kot dovolj razlogov za to, da jo vzame v roke tudi (vsak?) slovenski zdravnik. Mogoče je še v kakšni knjigarni, vsekakor pa v vseh, več kot 150 knjižnicah po vsej Sloveniji.

Čas smrti se je prikradel v naslov pričujočega zavodnika po zaslugi srbskega pisatelja Dobrice Čosića in njegove tetralogije (Beograd 1972) z istim naslovom, v kateri na približno 1700 straneh prikazuje Srbijo na začetku prve svetovne vojne. Škoda, da si je svoj status predsednika Srbske akademije znanosti in umetnosti umazal kot prvopodpisani na Memorandumu SAZU o veliki Srbiji, ki je bil v močno oporo Miloševiću.

Na hitro sem se prebijal skozi usode srbskih politikov, generalov in vojakov srbske vojske, ki so jih proti koncu I. svetovne vojne nemška, avstro-ogrska in bolgarska armada potisnile čez zasnežene albanske planine do toplega Jadrana. Na koncu tretjega dela je pismo umirajočega vojaka v improvizirani bolnišnici nekje v južni Srbiji. Sam na vojaški postelji, okoli njega in na hodnikih pa na tleh leže čakajo na njegovo skorajšnjo smrt in prazno posteljo in deko drugi težko ranjeni vojaki. Umirajoči se v pismu brez naslova pogovarja s svojim srcem, ki mu z vse tišjim korakom odpoveduje poslušnost in sodelovanje.

Srce! Ta neutrudnež brez samopridnosti. Hlapec tudi vsakemu tepcu in vsakemu falotu. Ničesar krivi nosilec življenja ... Nesrečen sem, ker ga ne vidim, ker ga ne morem vzeti v roke, ga poljubiti in dihniti vanj poslednjega diha. Da tako izrazim občudovanje njegovi neizmerni, nezmotljivi in nesebični sili ... Ljudje

bodo morda rešeni takrat, ko si pridobe pogoje in moč, da si izbirajo Smrt. Ko najdejo način in sredstvo za prijetno, čisto in dovršeno umiranje ... Ali labodi res umirajo pojoč? In na koncu: Minljivost je stvarnik vseh naših radosti in užitkov ... naj za svojega slučajnega poslušalca ostane Neznani bolnik.

Naša odlična kolegica dr. Anica Kos Mikuš je v reviji Isis podprla evtanazijo in potem še enkrat v intervjuju v Mladini »preprosto zato, da bi imela možnost dostojno umreti. Človek bi moral imeti besedo pri tem, kdaj in kako bo odšel. Zaradi sebe, pa tudi zato, da ne bi obremenjevala drugih.«

Enako, odločno in na kratko, je približno takrat, mislim, da pred dvema letoma, v Isis zapisal tudi prof. Eldar Gadžijev. Potem pa vse tiho je bilo ... Mogoče pa čakamo, skupaj s krvoločnimi mediji, kako se bo »spoštovano« sodišče izreklo o krivdi kolege nevrologa ...

Če smo pozorni, lahko zasledimo, da je naslov lanskega Golniškega simpozija Spoštovanje bolnikovih vrednot in ciljev glede paliativne oskrbe in da se ustanavljajo mobilni timi za paliativno oskrbo na terenu.

V Državnem svetu RS je pred kratkim potekal posvet o paliativni oskrbi in evtanaziji, na katerem so svoja razmišljanja predstavili predavatelji s humanističnega, pravnega in medicinskega področja.

Italijanski senat je v decembru potrdil predlog zakona, ki bo na smrt bolnim omogočil, da zavrnejo zdravljenje, s katerim jim podaljšujejo življenje. Katoliška cerkev zakonu ostro nasprotuje, češ da gre za nevaren korak proti samomoru s pomočjo. Vir: STA, 14. 12. 2017

Eppur si muove ...

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.

