

IS IS

**Glasilo Zdravniške
zbornice Slovenije**

Marec 2018
Številka 3

A detailed microscopic illustration of a virus and its interaction with cells. On the left, a large, spherical virus particle with a textured, reddish-brown surface and numerous small, dark, protruding spikes is shown. To its right, a large, irregularly shaped cell with a light pink, granular interior is visible. The cell's surface is covered with many small, dark, oval-shaped structures, likely receptors or proteins. Several smaller, similar virus particles are scattered throughout the scene, some appearing to be near the cell's surface. The background is a light, off-white color with a subtle, repeating pattern of small, dark, oval shapes, suggesting a cellular or tissue environment.

**Prof. dr. Janez Tomažič, dr. med., predstojnik Katedre za
infekcijske bolezni in epidemiologijo MF Ljubljana:** “Virusi so tako
globoko integrirani v našo presnovo, da skoraj nimajo šibkih točk, ki bi
jih napadli z zdravili in hkrati ne škodili našim celicam in tkivom. Šele
računalniško modeliranje virusnih molekul je omogočilo načrtovanje
učinkovin, ki poškodujejo virusno, ne pa naše lastne presnove.”



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: dogodki@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!**

| Nadzor(ova)ni zdravniki



Ko sem prevzel predsedstvo Odbora za strokovno-medicinska vprašanja ZZS, so bili nadzori nad strokovnim delom zdravnikov daleč od mojega pogleda. Nadzor nad vsakdanjim delom in nad napakami se mi je zdel dogodek, ki bi ga pri rednem delu srečal le, ko bi zagrešil neko res nedopustno dejanje. Zgodilo se mi je več napak, ki se dogajajo vsakemu, ki dela. Zaradi različnih razlogov. Nekajkrat sem jih zagrešil sam, nekajkrat pa so mojim grehom botrovali bodisi organizacijski zapleti bodisi pomanjkanje komunikacije ali virov informacij.

Zapleti, neljubi dogodki, opozorilni dogodki, v glavnem stvari, ki so se zgodile, pa bi si vsi želeli, da se ne bi, se zgodijo. Vsak dan. Načeloma ne hodimo v službo namenoma delat napak in pacienti ne k nam po napačne odločitve. Naša skupna želja je, da imamo delovno okolje, ki nam te dogodke preprečuje, in da jih naredimo čim manj.

Znanost o preprečevanju neželenih dogodkov je dodelana in temelji na dokazih, kako se iz napak učimo, da se ne ponovijo. Po mojih izkušnjah iz strokovnega dela je doslednega pristopa k napakam premalo. Premalo je prečesavanja opozorilnih dogodkov in učenja iz njih. Premalo je spreminjanja rednih postopkov in uvajanja varovalk. Premalo je časa za konstruktivno komunikacijo, dodatno izobraževanje in učenje iz napak drugih.

Ko pride do dogodka, pri katerem želen izhod zdravljenja ne ustreza bolniku, lahko slednji ugotovi, da se mu je zgodila krivica. V veliko primerih je to res. Bolnik ni prišel v zdravstveno ustanovo po krivo nogo, okužen implantat, napačen recept, napačne informacije ali ponesrečeno operacijo. Vzrok je lahko na njegovi strani, ko na primer ni razumel navodil. Lahko se je napačno odločil zdravnik, lahko je več zdravstvenega osebja delalo na podlagi

napačnih navodil ali informacij. Rezultat je znan. Kdo lahko prinese mir, zadoščenje, popravilo stanja in zagotovilo, da se kaj takega ne bo nikoli več zgodilo? Sestanki v zaprti sobi? Stroga komisija, ki bo pregledala, kateri zdravstveni delavec je naredil napako, in se ga bo javno linčalo? Mastno denarno izplačilo zavarovalnine, potem ko se »pravično« obsodi malomarno in zavrženo dejanje nevestnega zdravnika, ki mu ni mar za paciente!?

Le trezen razmislek, ki upošteva širok nabor dejavnikov, ki sodelujejo v zdravstvenem procesu, in pregled vseh dejstev, ki jih lahko pridobimo s skrbnim pregledom poteka obravnave, lahko prinese mir. Prinese tudi priporočila za preprečevanje podobnih zgodb, priporočila za drugačno obnašanje zdravstvenih delavcev. Proces in zaključki presoje morajo biti zaupni, vsak deležnik mora dobiti svoj del navodil, kaj je treba spremeniti, presojo pa mora voditi moderno izobražena skupina, ki je sposobna širokega pogleda.

Tu ni mesta za policijske zahteve za ugotavljanje krivde malomarnega zdravljenja po kazenskem zakoniku. Tu ni mesta za novinarje, senzacionalna poročanja in širšo javnost. Tu ni mesta za užaljene svojce in paciente, ki se počutijo prikrajšane za denarno odškodnino. Tu je mesto za pomiritev, sprejemanje dejstev, pripravljenost na spremembe in odkrivanje novih poti, ki vodijo v varnost.

To je naša vizija obravnav dogodkov z neželenim izhodom. Želimo si strokovnih presoj, ki vodijo v preprečevanje ponovitev. Želimo si kakovostnih nasvetov, kako biti boljši že naslednji dan. Kako prinesiti najboljšo zdravstveno obravnavo čisto vsakemu, ki pride v našo ambulanto, oddelek ali operacijsko dvorano. Želimo opogumljene zdravnike, ki ponosno povejo, da je bila pri njih komisija za presojo in svetovanje in so njene nasvete sprejeli tako v delovni organizaciji kot zdravnik sam. Da se je nekaj spremenilo. Želimo sodoben način dela predati v roke novi generaciji zdravnikov, ki se uči pri nas.

*Borut Gubina, dr. med.,
predsednik Odbora za strokovno-medicinska
vprašanja ZZS*

Uvodnik

- 3** Nadzor(ova)ni zdravniki
Borut Gubina

K naslovnici revije

- 6** Prof. dr. Janez Tomažič,
dr. med.
Alojz Ihan



Zbornica

- 10** Na kratko iz dela
zbornice
- 13** ZZS in NIJZ na sejmu
MEDICAL
- 13** Klubski literarni večer
z dr. Lunačkom

Aktualno

- 14** Pogled mentorja na
izobraževanje mladih
zdravnikov
Nataša Toplak
- 15** Čakalne dobe in
čakalni sezname
v zobozdravstvu
Matjaž Gorkič
- 17** Zbornična pogajanja v okviru
partnerjev za splošni dogovor
ali boji z mlino na veter
Saša Savić
- 19** Stalne licence
Ivana Paradžik

Iz Evrope

- 22** Preoblikovana Hipokratova
prisega

- 22** Enotno
(»Z enim glasom«)

Zdravstvo

- 23** Pravična kultura obravnave
škodljivih dogodkov v
zdravstvu
Andrej Robida

Forum

- 28** Komentar k zapisom
Marjan Kordaš
- 28** Zločin in kazni »modernih«
centristov
Rade Iljaž
- 30** Majoneza ali ocvirki?
Silvana Popov
- 31** (Pre)napeta regulativa
Nina Mazi

Intervju

- 34** S Schubertom na operacijo in
nazaj na koncertni oder
Igor M. Ravnik

Medicina

- 40** Zobozdravnik vidi bolje
– zato lahko reši življenje
*Diana Terlević Dabić,
Andrej Kanský*
- 43** Hudi neželeni dogodki
v preskrbi s krvjo
*Katja Petruša,
Irena Bricl,
Ivica Marić*

Poročila s strokovnih srečanj

- 48** Poročilo z mednarodnega
simpozija o biološkem
monitoringu
Tihomir Ratkajec

- 49** Optimalna prehranska
oskrba za vse, na vseh ravneh
zdravstvenega sistema

*Nada Rotovnik Kozjek,
Gregor Veninšek,
Katja Povhe Jemec,
Mojca Gabrijelčič,
Dušan Baraga,
Milena Blaž Kovač,
Valerija Palkovec,
Eva Peklaj*

- 53** Šola urgence 2017
in Point of care... Education!
*Damjana Kunej,
Gregor Prosen*



- 54** Šesti simpozij Maribor Spine
Gregor Rečnik
- 55** Metodi naravnega načrtovanja
družine in zdravljenja
neplodnosti
Milena Igličar

Strokovna srečanja

- 57** Zbornična izobraževanja za
zdravnike in zobozdravnike
- 59** Strokovna
srečanja
- 65** Mali
oglas

Iz zgodovine medicine

- 66** Medicinska nuja
– urgencia, kaj je to?
Stojan Jeretin

V spomin

- 69** V spomin prim. prof. dr.
Gorazdu Lešničarju (1947–
2017)
Franc Vindišar

- 70** Anton Kolar Sluga, dr. med.,
spec. spl. med. (1944–2017)
*Zmago Turk,
Vojislav Ivetić*

- 71** Janete Kodrin Pušnik
(26. 12. 1958–11. 12. 2016)
Miroslava Cajnkar Kac

S knjižne police

- 72** Knjigi »Deček s tatujem na
srcu« in »Ljubezen v nevihti«
Jasna Čuk Rupnik

- 73** Nicholas Best: Five days that
shocked the world
Marjan Kordaš

Zdravniki v prostem času

- 75** Žlahtni akvareli bratov
Kovačič in glasba Vokalne
skupine BeJazzy
Ana Vrbič

- 78** Camerata medica – nastopi
v jeseni 2017 in božično-
novoletni koncert
Pavle Košorok

Zavodnik

- 82** Iatrosski v d-molu
Marko Pokorn

Kolofon

Leto XXVII, št. 3, 1. marec 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

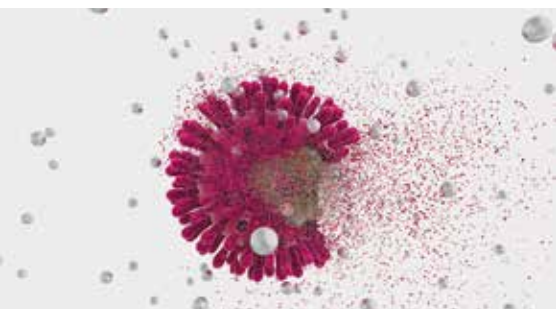
Za objavo dogodka v rubriki Strokovna srečanja
(preglednica) pošljite podatke do 10. v mesecu
na e-naslov isis@zss-mcs.si. Objavljeni bodo
dogodki za največ tri mesece vnaprej.

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.



Prikaz razpada virusa na računalniškem modelu

Prof. dr. Janez Tomažič, dr. med.

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

Protivirusna zdravila še za časa mojega študija sploh niso imela mesta v medicinskih učbenikih, ker jih ni bilo. V nasprotju s protibakterijskimi zdravili, kjer je Aleksandru Flemingu že leta 1928 uspelo odkriti benzilpenicilin kot prvo izmed številnih snovi, s katerimi mikroorganizmi vodijo svoje interne vojne in jih danes ljudje kot antibiotike uspešno uporabljamo za zdravljenje bakterijskih okužb. Pri virusih kakšnega podobnega naravnega pojava, ki bi vodil do naglega odkrivanja protivirusnih učinkovin, nekako ni uspelo najti?

Res je. Kot je že dejal veliki Pasteur: »Naključje se zgodi, ko je duh pripravljen,« ko je po naključju odkril, da oslabei (atenuirani) mikrobi ne ubijejo poskusne živali, ampak jo imunizirajo. Vendar se kaj takega pri virusih žal ni zgodilo, kljub temu, da so virusi zelo prisotni, pravzaprav povsod, kjer so živa bitja. Lahko bi rekli, da virusi spremljajo življenje v vseh oblikah. Največje epidemije v zgodovini človeštva so pogosto povzročali tudi virusi, npr. atensko kugo (4. stol. pr. Kr.: ošpice?) in Antonijevo kugo (2. stol. po Kr.: norice?). Cepljenje je rešilo veliko problemov, tako da so prišli časi, ko smo rekli: »Oh, saj je samo virus« – vendar so ti že davno mimo. To velja za imunsko zdrave osebe (npr. HIV/aids ali virusni hepatitis), posebno pa še za osebe z imunsko motnjo – IM (npr. virusi družine herpes, poliomavirusi). Pojavljajo pa se tudi »novi virusi«, pričakovati je predvsem zoonoze, zlasti od domačih živali. Virus povzroči hude bolezni z veliko stopnjo smrtnosti, zaradi njihove izrazite mutagenosti in posledične odpornosti je nujno potrebno razvijati nove protivirusne učinkovine.

Usmerjen razvoj protivirusnih učinkovin se je začel v 60. letih prejšnjega



stoletja z »zdravljenjem« celičnih kultur, okuženih z virusi, predvsem herpesvirusi. Kulture so »zdravili« s stotinami in tisoči različnih snovi, uspehi pa niso bili zelo impresivni?

Virusne genome sestavljajo zelo različne variante nukleinskih kislin (nikoli ne gre za dvojno vijačno DNK). Virusni življenjski krog je neposredno odvisen od gostiteljevih celičnih presnovnih in signalizacijskih poti, zato je razvoj protivirusnih učinkovin omejen, ker se tovrstna zdravila pogosto vpletajo v življenje naših (gostiteljevih) celic. Vendar pa vsi virusi enkodirajo unikatne proteine in encime, ki so potencialne tarče zdravlil. Cilj izdelave sodobnih protivirusnih zdravlil so učinkovine, ki specifično zavirajo virusne tarče ali pa gostiteljeve celične tarče, ki so ključne pri replikaciji virusov, saj morajo virusi za učinkovito naselitev v naša telesa premagati številne ovire (npr. celično ovojnico z aktinskim korteksom, potovanje skozi gosto citoplazmo itd.).

Zdi se, da je bila resnična vzpodbuda za razvoj protivirusnih zdravlil predvsem pandemija okužbe s HIV, ki je srečno sovpadala tudi z nekaj tehnološkimi preboji, npr. razkritjem virusnega genoma, testi (PCR) za navzočnost virusne nukleinske kisline, računalniškimi modeli proteinov in modeliranjem inhibičnih ligandov zanje.

HIV/aids je in še vedno predstavlja izziv človeštvu nasploh. Poleg ogromnega socialno-psihološkega vpliva na celotno družbo je bolezen pospešila tudi razvoj vseh biotehnoških znanosti. Če se vrnemo malo v zgodovino virusov: kljub številnim uspešnim cepivom nimamo učinkovitih cepiv za mnoge virusne okužbe in človeštvo še vedno izgublja bitko s številnimi virusi. Vztrajajoče epidemije in pandemije ter ponovno pojavlja-



nje različnih virusov, pojavljanje odpornih virusov proti (maloštevilnim) zdravilom povzroča kontinuirano iskanje novih protivirusnih učinkovin. Velik napredek v molekularnobioloških metodah (PCR), posebno pri RNA interferenci, bioinformatiki, slikovnih in strukturalnih bioloških tehnikah (poznavanja molekularne organizacije virusov) so najpomembnejši tehnološki preboji, vendar so virusi izredno fleksibilni in prilagodljivi, kar je posledica napak pri prepisovanju virusnega genoma (razvoj odpornosti). To predstavlja, poleg vpletanja potencialnih zdravlil v presnovne poti gostitelja, največji izziv za razvoj zdravlil.

Pri virusih kot skrajno enostavnih bioloških organizmih se zdravila lahko delijo glede na to, na katere faze v virusnem ciklu delujejo. Pri virusu HIV jim je vse njegove življenjske faze uspelo skoraj v celoti pokriti?

Res je. Na voljo imamo učinkovine, ki delujejo na ključna mesta

življenjskega kroga. Še vedno je zlati standard zdravljenje s tremi zdravili: dva nukleozidna zaviralca reverzne transkriptaze (NRTI) plus tretje zdravilo; kot tretje zdravilo se vse bolj uporablja zaviralec virusnega encima integraze (INSTI), ki so najbolj učinkovita, varna in z najmanj součinkovanj z drugimi zdravili. Eden od problemov je, da je treba zdravila uživati permanentno. Naslednji cilj je ozdravitev! Učinkovitega cepiva ne bo vsaj še 5 do 10 let. Novosti na področju genskega zdravljenja (metoda CRISPR: odstranitev virusov, ki so skriti v spominskih celicah CD4) pa so ponovno oživele zanimanje za ozdravitev – končno utemeljeno upanje na eliminacijo pandemije HIV in stigme/diskriminacije.

Ker je besedilo namenjeno zdravnikom, bi opozoril na občasno »neznosno lahkost diskriminacije« naših varovancev s strani zdravstvenih delavcev. Sicer vse redkeje, a vsaka diskriminacija je odveč in je posledica neznanja. Take zdravstvene delavce bi bilo treba ponovno poslati na medicinsko fakulteto.

Terapevtskim uspehom proti HIV tesno sledijo uspehi proti virusu hepatitisa B in C?

Ne le, da jim sledijo, ampak so jih v primeru hepatitisa C celo izrazito presegli, saj današnje dobo zdravljenja hepatitisa C mirno lahko primerjamo s »Flemingovim obdobjem« zdravljenja bakterijskih okužb. Hepatitis C je namreč prva kronična virusna bolezen, ki je povsem ozdravljiva. Res je, da je pot do tega uspeha tlakovala biotehnologija okužbe s HIV, tako glede razvoja diagnostičnih kot tudi terapevtskih možnosti. Kombinacija zaviralcev virusne proteaze, polimeraze in področja NS5A danes pozdravi praktično vse okužene z virusom hepatitisa C in resne so napovedi Svetovne zdravstvene organizacije o eliminaciji hepatitisa C kot javnozdravstvenega problema – z zdravili, ne s cepivom. Problem trenutno predstavlja aktivno odkrivanje okuženih, saj okužba dolgo poteka nezaznavno. Zdaj je pred nami nov izziv – hepatitis B, ki je trši oreh, saj tako kot HIV do smrti vztraja v celičnem jedru in ga z danes razpoložljivimi učinkovinami lahko dobro obvladujemo, ne pa pozdravimo. V igri so preizkušanja novih tehnologij, ki se deloma zgledujejo po izvirnih zamislih potencialne ozdravitve HIV/aidsa, deloma pa utirajo nove protivirusne in imunomodulatorske poti. Ob tem pa ne pozabimo, da je hepatitis B le še problem določenih »starejših« generacij, saj so rojeni po letu 1992 pred okužbo zaščiteni z učinkovitim cepljenjem, za katerega upamo, da bo »preživelo« najrazličnejše negativno nastrojene civilne iniciative (Matičič, M. Pogovor ob kavi. Februar 2018).

Čeprav so bili herpesvirusi (posebno HSV-1 in 2) na samem začetku razvoja protivirusnih terapij, pa uspehi tovrstnih zdravil še niso taki, da bi bili z njimi zelo zadovoljni. Zakaj?

Za zdravljenje HSV-1 in 2 ter VZV (virus noric) ni veliko novosti. Pri

HSV-1 encefalitisu, ki nas najbolj ogroža, je ključno, da začnemo zdravljenje čim bolj zgodaj. Tudi kakšno novo zdravilo ne bo bistveno uspešnejše, ker HSV-1 hitro povzroči nekrozo temporalnega (frontalnega) režnja in ko je škoda narejena, še tako dobro zdravilo ne bo pomagalo. In še zelo zanimiva novost: herpesvirusi so veliki DNA-virusi, ki poleg direktnega citotoksičnega/citopatskega delovanja lahko modulirajo tudi imunske odzive; npr. HSV-1 lahko sproži anti-NMDAR encefalitis (avtoimunski encefalitis). EBV (virus Epstein-Barr) postaja vse pomembnejši povzročitelj bolezni pri osebah z IM (npr. limfoproliferativna bolezen), kjer protivirusna zdravila niso učinkovita, uporabimo pa biološko zdravilo anti-CD20, ki uničuje limfocite B – okužene z EBV in žal tudi zdrave. Novost je na področju obvladovanja CMV (citomegalovirus) pri osebah z IM. Ganciklovir in valganciklovir delujeta mielosupresivno, foskarnet in cidofovir pa nefrotoksično in zato ta zdravila za številne bolnike niso primerna. Novo zdravilo letermovir je prva učinkovina, ki deluje samo proti CMV in kaže, da je varno in učinkovito. Trenutna indikacija je profilaktično zdravljenje pri osebah po presaditvi krvotvornih matičnih celic (PKMC), potekajo pa raziskave za predbolezensko (*»pre-emptive«*) zdravljenje, zdravljenje razvite CMV-bolezni in zdravljenje večkratno odpornih CMV.

Z razvojem virološke diagnostike, ko lahko med respiratorno okužbo že rutinsko ugotovimo, kateri virus je povzročitelj, postaja vedno bolj aktualna potreba po protivirusnih zdravilih tudi za akutne bolezni, npr. influenco in respiratorne viruse. Kako kaže razvoj zdravil na teh področjih?

Virusi so še vedno nočna mora, tihe in skrite grožnje človeštvu. Veliko nevarnost za javno zdravje (v nekaterih primerih »samo« grozečo) predstavljajo predvsem virusi: HIV,

HBV, HCV, H5N1 in H7N9 (virusa ptičje »aviarne« influence), SARS-CoV, MERS-CoV, virus ebole itd. Na drugi strani pa so bolj »nedolžni« respiratorni virusi, če izvajamo viruse influence, kot so respiratorni sincicijski virusi (RSV), virusi parainfluence (PIV), humani metapneumovirusi (hMPV), rinovirusi, adenovirusi, koronavirusi itd. Povzročajo respiratorne okužbe, ki tudi predstavljajo vsakoleten velik javnozdravstveni problem, vendar proti njim nimamo dobrih orožij. Streptokokna angina je npr. pravi »mačji kašelj« v primerjavi s hudimi virusnimi respiratornimi okužbami, saj nikoli ne vemo, ko nas začne neznosno peči v žrelu, ob belem izcedku iz nosu (ko porumeni, se nam od groze začne »temniti pred očmi«), ob vročini, kihanju in kašlju, za koliko dni oz. tednov smo nenadoma obsojeni na »životarjenje«. Pri angini smo relativno dobri po dveh dneh, pri nedolžnih respiratornih virusih pa pogosto ne velja več pravilo, da »če jih zdravimo, trajajo 7 dni, v nasprotnem primeru pa en teden«; pogosto kar trajajo, trajajo ..., prisotna pa je še stalna nevarnost bakterijske superinfekcije! Že imunsko zdravi se jih bojimo (tudi otroci!), kaj šele osebe z IM, pri katerih zgornji respiratorni okužbi lahko sledi življenjsko ogrožajoča okužba spodnjih dihal (npr. po PKMC, pri prejemnikih pljuč). Dandanes imamo večinoma na voljo le simptomatsko zdravljenje. Imamo sicer ribavirin, ki ga včasih uporabimo pri osebah s hudimi IM (npr. po PKMC) že v obdobju zgornje respiratorne okužbe, povzročene s RSV, PIV in včasih hMPV, vendar zdravilo ni posebno učinkovito, poleg tega uporabo omejuje tudi toksičnost. Toda čisti pesimizem je odveč, nekaj učinkovin je v zaključnih kliničnih raziskavah, nekaj pa se jih obeta v bližnji prihodnosti.

Favipiravir je novo protivirusno zdravilo, ki je močan zaviralec »od RNA odvisne RNA polimeraze« virusa influence, deluje pa tudi proti številnim drugim RNA-virusom, kot

so hantavirusi, virus rumene mrzlice, virus Zahodnega Nila, pikornavirusi (poliovirusi, rinovirusi), RSV, norovirusi itd. (protivirusno zdravilo širokega spektra). RNA-virusi so sicer nagnjeni k veliki variabilnosti in za naš imunski sistem predstavljajo nenehno spremenljivo tarčo.

Favipiravir deluje na vse serotipe virusov influence, tudi na genetske variante, ki so odporne proti zaviralcem nevraminidaze (oseltamivir). Blokira virusno replikacijo in inducira mutagenozo, tako da virusi influence izgubijo infektivnost. Zdravilo je učinkovito predvsem v dihalnih poteh, kjer zmanjša virusno breme do koncentracij, ki niso infekcijske. Rezultati kliničnih raziskav veliko obetajo, dokončne rezultate pa še čakamo. Kaže, da bo najbolj učinkovito kombinirano zdravljenje s favipiravirominom in oseltamivrom, ki delujeta sinergistično in preprečujeta razvoj odpornosti. V ZDA se letna stopnja smrtnosti, povezane z gripo, zelo spreminja in je bila v obdobju od 1976 do 2007 od 1,4 do 16,7 na 100.000 prebivalcev (MMWR 2010;59(33). Če bi te ocene prenesli v naš prostor, pri nas vsako leto umre od 28 do 334 oseb zaradi gripe (!?!).

Nitazoksanid je oralno zdravilo za zdravljenje okužb, ki jih povzročajo paraziti, deluje pa tudi proti številnim respiratornim virusom (npr. virusu influence, RSV), pa tudi proti hepatitisu C, rotavirusom, virusom denge in norovirusom. To je majhna molekula, ki deluje na regulatorne mehanizme gostitelja in se vplete v replikacijske

cikluse številnih virusov. Brincidofovir (predzdravilo cidofovira; oralni lipidni konjugat cidofovira) deluje proti adenovirusom (faza 3). Vapendavir se veže na virusno kapsido in deluje proti rinovirusom (faza 2b). Fludase je sialidaza, ki ločuje sialično kislino od gostiteljevih epitelijskih celic, na katere se morajo vezati virusi influence in PIV; deluje tudi proti hMPV. Najštevilnejša so zdravila, ki so usmerjana proti RSV; veliko obetajo t. i. »protivirusne majhne molekule«, kot sta npr. lumicitabine in presatovir, saj kaže, da sta učinkoviti in sta v zaključnih fazah kliničnih raziskav pri hospitaliziranih odraslih bolnikih in otrocih.

Monoklonska protitelesa so zelo učinkovita za zdravljenje rakavih in imunsko posredovanih bolezni. Omejitveni dejavnik je njihova velikost, ki onemogoča vezavo na številne epitope, in visoka cena izdelave. Trenutno je na voljo samo eno humanizirano monoklonsko protitelo – palivizumab, za preprečevanje RSV-okužb pri nedonošenčkih in otrocih, mlajših od 2 let, s hemodiamsko pomembno srčno napako. Novost so enoverižna protitelesa (*single domain*), ki delujejo proti številnim virusom (HIV, HBV, HCV, RSV, enterovirusom) in so *in vitro* zelo učinkovita, vendar še niso v klinični uporabi.

Številni virusi nas opozarjajo, da se z naravo (npr. ptičja gripa, virusna bolezen ebola) in z »načinom življenja« (npr. HIV/aids, virusna hepatitisa B in C) ne smemo igrati – kar tako radi počnemo.

In kaj sicer počneš?

Medicina, posebno infektologija (na kliniki sem že od leta 1983) mi je zlezla pod kožo, tako da predstavlja tudi del mojega prostega časa. Redko imam povsem prost vikend; tudi tale prispevek sem pisal na smučanju (ponoči). Ves čas sem v pogonu, pri tem pa se držim načela »Ordnung und disziplin«, ki ga izvajam z »Joie de vivre« & »Carpe diem«. Vsako jutro, ko skočim iz postelje, stopim na mino. Ta mina sem jaz – jaz sam. Če v sebi začutim žar, vem, da bom preživel lep dan; zavedam se, da je biti nesrečen izguba časa.

Šport in kultura: šport imam v krvi, predvsem smučanje, tenis, hribolazenje, kolesarjenje in plavanje. Kulturo pa do neke mere, ker se mi je včasih že zdelo, da bom kulturno izgorel. Vse pa se začne in konča pri družini, s katero vse to počnem – imam čudovito družino in prijatelje – brez socialnih omrežij (skušam biti moderen – tole je pa že malo aforistično, *n'es pas*)!

Prof. Janez Tomažič, dr. med., roj. 30. 12. 1954 v Ljubljani. Po diplomu je dve leti delal v ZD Škofja Loka (takrat je bilo obvezno začeti v osnovnem zdravstvu – bilo je zelo koristno!), od leta 1983 je zaposlen na Kliniki za infekcijske bolezni in vročinska stanja, UKCL, kjer je vodja dejavnosti za odrasle oddelke. Od leta 2008 je predstojnik Katedre za infekcijske bolezni in epidemiologijo MF UL in od leta 2015 redni profesor. Izpopolnjeval se je v San Francisco General Hospital in Cleveland Clinic

Foundation, ZDA (1991) ter bil gostujoči zdravnik oz. profesor na Guy's and St Thomas' Hospital, London, VB (1993) in v Ospedale Maggiore, Trst, Italija (2012). Zanima ga vsa infektologija, posebno pa še HIV/aids in okužbe pri imunsko motenih osebah (prejemniki presadkov, na bioloških zdravilih, glukokortikoidih itd.). Objavlja več kot 250 strokovnih/raziskovalnih člankov (med drugim tudi v revijah NEJM, The Lancet in AIDS), skrbi pa tudi za strokovno izobraževanje »laične« javnosti.

Na kratko iz dela zbornice

Javni poziv za imenovanje koordinatorjev

Iz 465. Biltena, 1. februar 2018

Na poziv za imenovanje koordinatorjev specializacij za področje infektologije, internistične onkologije in onkologije z radioterapijo se lahko prijavijo kandidati, ki:

- izpolnjujejo pogoje za imenovanje za glavnega mentorja (od njihovega specialističnega izpita je minilo vsaj 5 let in v letu 2017 so zbrali najmanj 50 kreditnih točk),
- so zaposleni v pooblaščen ustanovi, kjer se lahko opravlja pretežni del specializacije, za katero kandidirajo, in
- so priznani strokovnjaki na svojem strokovnem področju.

Kandidati morajo vlogi priložiti svoj življenjepis in predlog oz. vizijo usposabljanja za specializacijo, za katero kandidirajo. Vloge z dokazili pošljite do 1. 3. 2018 po pošti na naslov: Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162, 1000 Ljubljana, s pripisom: Javni poziv za imenovanje koordinatorjev, ali na elektronski naslov: gp.zzs@zgs-mcs.si

Izbor med prijavljenimi kandidati, ki bodo izpolnjevali pogoje, bo opravila komisija, ki jo sestavljajo predsednik Sveta za izobraževanje zdravnikov, predsednik Komisije za podiplomsko usposabljanje in predsednica Zdravniške zbornice Slovenije.

Postopek imenovanja nacionalnih koordinatorjev

Iz 465. Biltena, 1. februar 2018

Izvršilni odbor je na svoji 23. seji sprejel sklep, ki se glasi: »Ob poteku mandata nacionalnih koordinatorjev ZZS pripravi poziv za imenovanje novih koordinatorjev, dosedanje koordinatorje pa se s pozivom opozori na potek

mandata ter se jih povabi k ponovnemu sodelovanju«.

Sprejet je bil naslednji **postopek imenovanja koordinatorjev**:

1. Ob izteku mandata koordinatorja, njegovem odstopu, razrešitvi ali upokojitvi se na spletni strani zbornice objavi javni razpis za imenovanje koordinatorja za posamezno specialistično področje. V njem se navedejo pogoji, ki jih morajo kandidati izpolnjevati. Kandidati morajo vlogi priložiti svoj življenjepis in obrazložen predlog/vizijo razvoja specializacije.
2. Obenem, z objavo razpisa, zbornica na podlagi podatkov iz registra zdravnikov, ki ga vodi kot javno pooblastilo, preveri, kateri zdravniki izpolnjujejo pogoje za imenovanje, in jim pošlje dopis s povabilom h kandidaturi.
3. Izbor med prijavljenimi kandidati (po posvetu s Komisijo za podiplomsko usposabljanje in Svetom za izobraževanje zdravnikov) opravi predsednik Sveta za izobraževanje zdravnikov, asist. Gregor Prosen, dr. med., predsednik Komisije za podiplomsko usposabljanje, Peter Golob, dr. med., in predsednica zbornice, dr. Zdenka Čebašek - Travnik, dr. med.
4. Za namestnika koordinatorja se razpis ne objavi; izmed kandidatov, ki izpolnjujejo pogoje, si ga izbere koordinator sam.

Sporazumevanje v zdravstvu v osmih jezikih

Iz 465. Biltena, 1. februar 2018

Z dogodkom »Večjezično zdravstvo in zakaj ga v Sloveniji (še) ni?«, ki je 1. februarja 2018 potekal na Filozofski fakulteti UL, se je zaključil projekt »Izdaja slovarja, namenjenega lažji komunikaciji migrantov z zdravstvenim osebjem«.

V projektu, ki je trajal od 2016 do 2018, so sodelovali Filozofska fakulteta (Oddelek za etnologijo in kulturno antropologijo, Oddelek za prevajalstvo), Medicinska fakulteta, Zdravstvena

fakulteta Univerze v Ljubljani ter Nacionalni inštitut za javno zdravje in **Zdravniška zbornica Slovenije**. Financiran je bil iz Sklada za azil, migracije in vključevanje EU ter Ministrstva za notranje zadeve RS.

Rezultat je večjezični priročnik za lažje sporazumevanje v zdravstvu v osmih jezikih (prosto dostopen na: <http://multilingualhealth.ff.uni-lj.si/>) **ter 14 izvedenih usposabljanj za zdravstvene delavce** z naslovom »Pacient ne govori slovensko! Izziv za zdravstvene delavce v Sloveniji«, ki so potekala v različnih krajih Slovenije.

Usposabljanj se je udeležilo več kot 700 oseb, od tega 194 zdravnikov in zdravnic iz vse Slovenije.

Odpiranje vlog za specializacije

Iz 464. Biltena, 25. januar 2018

Na Zdravniški zbornici Slovenije je bilo v torek, 23. januarja 2018, ob 9. uri odpiranje vlog za specializacije, objavljene na javnih razpisih specializacij za področje medicine in dentalne medicine 2017.

Na razpise specializacij za področje medicine (za območje celotne države, znanega izvajalca ter znanega plačnika) je prispelo 148 vlog. Razpisanih je bilo 151 mest. Na razpis za področje dentalne medicine je prispelo 24 vlog za 9 razpisanih mest. Odpiranja se je udeležilo tudi nekaj kandidatov, ki kandidirajo na razpisu. Želeli so se prepričati, ali je njihova vloga popolna.

Podatki o končnem številu prijavljenih kandidatov na posamezno razpisano mesto specializacije so na voljo pri zbornici in na njeni spletni strani od 30. januarja 2018 dalje.

Kandidati lahko preko intranetnih strani (s svojim uporabniškim imenom in geslom) preverijo, ali je njihova vloga/prenos vloge prispel ter ali je vloga popolna.

Zbornica se vključuje v mednarodne projekte

Iz 464. Biltena, 25. januar 2018

Verjamem, da ste si mladi zdravniki, kandidati za specializacije, že pogledali številke, ki govorijo o prijavah na posamezne specializacije. Za vse druge, ki jih ta tema zanima, dodajamo povezavo na spletno stran <https://www.zdravnikazbornica.si/karierni-razvoj/specializacije/razpisi-specializacij>

Videli boste, da so nekatere specializacije ostale nezasedene oz. zanje ni dovolj zanimanja. Spomladi bo nov razpis, takrat bodo pravilniki in pravila bolj jasni in verjamem, da nezasedenih specializacij ne bo toliko kot zdaj – čeprav pričakujemo, da bo razpisanih mest več kot na »jesenskem razpisu«.

Danes želim omeniti, da se zbornica intenzivno vključuje v različne mednarodne projekte pod okriljem Evropske komisije, in vam želim predstaviti letošnje aktivnosti. Tako smo sodelovali pri izboru kazalnikov, s katerimi se bomo primerjali z državami Evropske unije. Naša prisotnost na tem srečanju je bila pomembna tudi zato, ker je podpredsednik zbornice Krunoslav Pavlovič, dr. dent. med., »opazil«, da med kazalniki ni bilo nobenega s področja zobozdravstva, in na to pomanjkljivost tudi opozoril. Udeležili smo se tudi nacionalnega posveta o prioritetah na področju raziskav v zdravstvenem varstvu. Žal na teh dogodkih nismo opazili odločevalcev, kar utegne vključevanje Slovenije v te projekte nekoliko zavreti. Vključili smo se še v projekt SMART, ki je v bistvu ponovitev študije, v kateri smo že sodelovali leta 2013. Zanimive izsledke si lahko ogledate v poročilu, še bolj zanimivo pa bo videti trende iz primerjav med letoma 2013 in 2018 v Sloveniji. Vse zdravnike, ki bodo povabljeni k sodelovanju v tej anketi,

že zdaj prosim, da se odzovejo in tako prispevajo k čim bolj točnemu opisu dejanskega stanja na področju, ki mu pravimo tudi e-zdravje.

Vabim tudi druge članice in člane zbornice, da se vključujejo v mednarodne projekte in da nam o njih poročajo.

Dr. Zdenka Čebašek - Travnik, predsednica

Delo po podjemnih pogodbah

Iz 464. Biltena, 25. januar 2018

Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej), ki je veljal do 16. decembra 2017, je v 53.b členu določal, da zdravstveni delavec, ki je v delovnem razmerju v javnem zdravstvenem zavodu (JZZ), lahko opravlja zdravstvene storitve pri drugem javnem zdravstvenem zavodu oz. pri drugi pravni ali fizični osebi, ki opravlja zdravstveno dejavnost, le na podlagi pisnega soglasja. Navedeno soglasje je v imenu JZZ, katerih ustanovitelj je država, izdajal svet JZZ s predhodnim soglasjem ministra, pristojnega za zdravje, v imenu JZZ, katerih ustanovitelj je občina ali mesto, pa svet JZZ s predhodnim soglasjem župana.

Novela ZZDej, ki je začela veljati 17. decembra 2017, je med drugim posegla tudi v navedeni člen, in sicer na način, da **predhodno soglasje ministra oz. župana ni več potrebno, zdravstveni delavec potrebuje zgolj predhodno soglasje delodajalca, ki ga izda direktor JZZ.**

Specializantom ob tem pojasnjujemo, da lahko na podlagi podjemne pogodbe, izven programa specializacije, v skladu z obveznim navodilom ministrstva za zdravje, opravljajo zgolj delo zdravnika s strokovnim izpitom.

Opozarjamo tudi, da je novela ZZDej prinesla tudi omejitve opravljanja navedenega dela na

maksimalno 8 ur tedensko, pri čemer se lahko časovna omejitev upošteva tudi kot povprečna časovna omejitev v obdobju šestih mesecev. Poleg tega je ZZDej določil tudi, da mora zdravstveni delavec svojemu delodajalcu posredovati določene podatke v zvezi z izvajanjem tega dela, ter predpisal globo od 300 do 5.000 evrov za primer, če zdravstveni delavec opravlja zdravstvene storitve pri drugem izvajalcu zdravstvene dejavnosti, v nasprotju z določilom 53.b člena.

Vpis v sekundariat

Iz 464. Biltena, 25. januar 2018

Ministrstvo za zdravje RS je v petek, 19. januarja 2018, v Uradnem listu RS objavilo nov Pravilnik o vsebini in poteku sekundariata.

Pravilnik je začel veljati naslednji dan po objavi, zato je zbornica prve odločbe o odobritvi (izbirnega dela) sekundariata začeli izdajati 22. januarja 2018. Zaradi velikega interesa mladih zdravnikov je zbornica v prvih dveh tednih vpisovanje v izbirni del sekundariata ali sekundariat v celoti organizirala na podlagi vnaprejšnjega vpisa za sestanek pri referentkah.

Od ponedeljka, 5. februarja, pa je vpis potekal spet po ustaljeni praksi – to je v času uradnih ur. Pri referentki so na vpogled tudi prosta mesta, kjer bo mogoče opravljati sekundariat.

Proces učenja

Iz 463. Biltena, 18. januar 2018

V našem poklicu zdravnika in zobozdravnika proces učenja traja vso delovno dobo, za mnoge tudi po uradni upokojitvi. Medtem ko zobozdravniki lahko začnejo samostojno delati po opravljenem strokovnem izpitu, moramo zdravniki opraviti specializacijo.

Specializacija, ki jo lahko opravljajo tudi zobozdravniki, je intenziv-

no večletno učenje po določenem programu, kurikulumu. Vsaka specializacija mora imeti takšen program, ki ga sprejme Slovensko zdravniško društvo, potrdi pa Zdravniška zbornica Slovenije, ki ima tudi pooblastilo za izvajanje specializacij. Kaj to pomeni? Zbornica mora poskrbeti za seznam akreditiranih zdravstvenih ustanov, ki izpolnjujejo pogoje za šolanje (specializacijo) mladih zdravnikov in zobozdravnikov. Ali ustanova te pogoje izpolnjuje, ugotavlja posebna komisija pri Svetu za izobraževanje. V sam proces učenja pa so vključeni številni neposredni mentorji, torej starejši zdravniki, praviloma specialisti in glavni mentorji, ki skrbijo za proces učenja posameznega specializanta. Poleg njih so tu še koordinatorji, posebej izkušeni specialisti, ki poznajo program specializacije in pogoje ustanov, v katerih se ta izvaja. Vsaka specializacija ima svojega koordinatorja, ta pa namestnika – da si razdelita delo oz. se zamenjujeta. Koordinatorji so praviloma tudi predstavniki zbornice v UEMS-u, krovni organizaciji, ki v Evropi skrbi za razvoj in priznavanje specializacij.

Na prvi pogled zapletena ureditev, brez katere je praktično nemogoče izvajati in nadzorovati kakovost izobraževanja, potrebna tudi za pojasnjevanje in urejanje morebitnih zapletov v učnem procesu. Danes se bomo sestali s koordinatorji specializacij, da bi tudi njih seznanili z novostmi, ki jih je prinesla novela Zakona o zdravniški službi, predvsem pa s tistimi, ki jih je za bolj kakovostno delo na tem področju pripravila zbornica: izobraževanje za izpraševalce na izbirnem postopku, strukturiran obrazec za podajo mnenja o specializantu, dogovor med glavnim mentorjem in specializantom, 360-stopinjsko ocenjevanje specializanta, postopek imenovanja nacionalnih koordinatorjev ...

Kljub nezaupanju, ki ga do zbornice občasno izkazuje regulator (ministrstvo za zdravje), si vodstvo prizadeva, da bodo naše specializacije čim bolj primerljive z mednarodnimi in da bi bili naši mladi specialisti res

pripravljeni za samostojno delo po specialističnem izpitu.

In da ne pozabim: Svet za izobraževanje se je obvezal, da bo ob vsaki podelitvi licenc imenoval tudi »najmentorja« in ga oz. jo zaprosil za mnenje o tem, kako naj učenje poteka.

Tako se bomo učili tudi iz izkušenj izkušenih.

Dr. Zdenka Čebašek - Travnik, predsednica

Zdravniki ne stavkamo

Iz 465. Biltena, 1. februar 2018

Mladi zdravniki bi želeli opozoriti na zavajajoče informacije, ki jih je bilo mogoče v času stavke javnih uslužbencev zaslediti v nekaterih medijih. Zdravniki v stavki javnega sektorja neposredno ne sodelujemo. Zavedamo se, da bo v primeru zaostrovanja stavke ostalih zdravstvenih delavcev naše delo izrazito moteno, saj so vsi zdravstveni delavci nepogrešljivi pri zagotavljanju nemotene in kakovostne oskrbe bolnikov. Uslužbenice javnega sektorja podpiramo pri prizadevanju za ureditev delovnih razmer in pošteno plačilo.

Ob tem bi želeli tudi opozoriti, da se v času stavke močno pretirava v navajanjih dejanskega uspeha zdravniške stavke in višine zdravniških plač. Za redno delo po zdravniški stavki mladi zdravniki mesečno zaslužimo 898 EUR neto (zdravniki pripravniki), 1.216 do 1.608 EUR (specializanti) oz. 1554 do 1833 EUR (specialisti). Večina nas kot največji uspeh zdravniške stavke dojema uveljavitev že sprejetih normativov za kakovostnejše in varnejše delo zdravnikov, ki vodi v neposredno izboljšanje zdravstvene oskrbe vseh bolnikov, ob tem pa opozarjamo, da smo kljub temu majhnemu uspehu še daleč od zelenega stanja, ki bi bilo primerljivo z razvitejšimi državami.

Mladi zdravniki Slovenije

| ZZZS in NIJZ na sejmu MEDICAL

Med 17. in 19. aprilom bo v Gornji Radgoni **potekal 3. mednarodni sejem sodobnega zdravstva – MEDICAL 2018**, ki ga organizira **Pomurski sejem. Zdravniška zbornica Slovenije in Nacionalni inštitut za javno zdravje** bosta 17. aprila pripravila poldnevni **izobraževalni program** za zdravnike z naslovom: **Inovativni pristopi v zdravstvu**. Cilj programa je predstaviti inovativne pristope v zdravstvu tako na ravni procesov, organizacije,

izobraževanja kot tudi inovativne pristope pri zdravljenju in delu s pacienti. Izobraževalni program bo štel za kreditne točke in se bo začel ob 11.30 ter trajal predvidoma do 17.30. Več o programu je na voljo na spletni strani <http://www.pomurski-sejem.si/index.php/sl/medical/medical> in spletni strani Domus Medica. Poleg izobraževalnega programa se bo zbornica na sejmu predstavila tudi z drugimi zanimivimi vsebinami tako za člane kot za širšo javnost. Lani se je

na 7.500 kvadratnih metrih razstavnih površin na sejmu MEDICAL 2017 predstavilo 150 domačih in tujih razstavljalcev iz štirih držav, sejem pa si je ogledalo 6.500 obiskovalcev. Vabljeni, da se udeležite izobraževalnega programa, katere od zanimivih okroglih miz in nas obiščete na razstavnem prostoru. Podrobno vas bomo o programu zbornice in NIJZ ter drugih zanimivih vsebinah sejma MEDICAL 2018 obveščali tudi v tedenskem biltenu.

| Klubski literarni večer z dr. Lunačkom

V knjižnici Domus Medica smo 14. februarja udeleženci **Klubskega literarnega večera** prisluhnili **dr. Matjažu Lunačku**, enemu vodilnih psihoanalitikov pri nas. Tema njegovega tokratnega predavanja in pogovora, ki je sledil, je bila: **Kaj nam odstirajo liki zdravnikov v Jurčičevih romanih**. Jurčič je v svojem zelo bogatem literarnem opusu zdravnike opisoval v štirih delih. V njih nastopa skupno šest zdravnikov, ki jih je dr. Lunaček razdelil v tri skupine. Prvi so neizraziti, ampak dobri zdravniki, ki se v ničemer posebej ne izkažejo, svoje delo pa opravljajo predano. Jurčič pa je upodabljal tudi dve skrajnosti: zdravnike, ki so absolutno idealizirani, in zdravniške figure, ki jih je demoniziral in imajo same nemogoče lastnosti, vse do kriminalnih.

Skozi psihološko analizo je dr. Lunaček spretno prepletal zgodbe Jurčičevih zdravnikov in nanizal številne zanimive vzporednice z razmerami v današnjem, sodobnem času. Občinstvo v knjižnici je tako spodbudil k zanimivi razpravi o vlogi,

položaju v družbi in osebnem razvoju zdravnika kot tudi o tem, kako izboljšati kakovost današnjega strokovnega izobraževanja specializantov, kar se že intenzivno dogaja s prenovo, in profesionalnega razvoja zdravniških timov.



Zdravniški ombudsman v marcu 2018

Ime	Datum	Čas	Status
Darja	Sreda, 7. marec 2018	16.00–19.00	Prost termin ob 17.30
Brane	Četrtek, 8. marec 2018	15.00–17.00	Prosta dva termina
Urška	Četrtek, 29. marec 2018	17.00–19.00	Prosta dva termina

Za rezervacijo termina za povsem anonimen pogovor 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.

Pogled mentorja na izobraževanje mladih zdravnikov

Doc. dr. Nataša Toplak, dr. med., Pediatrična klinika, UKC Ljubljana in
Katedra za pediatrijo, MF UL

V mesecu decembru preteklega leta sem prejela obvestilo, da sem se po izboru specialistov uvrstila med prvih 12 mentorjev, ki so v anketi zbrali največ točk. Anketa med specializanti je bila izvedena v organizaciji Sveta za izobraževanje, ki deluje v okviru Zdravniške zbornice Slovenije. Malokatero sporočilo me tako zelo razveseli, kot so me čestitke za uspešno mentorstvo. Pri mentorskem delu res uživam, zato mi je najbrž uspelo nekaj navdušenja ob reševanju zapletenih diagnostičnih primerov prenesti tudi na moje mlade kolege. Glede na to, da sta oba moja starša profesorja, pa sem verjetno nekaj učiteljskega daru podedovala. Moj pokojni oče biolog prof. dr. Pavel Ličar bi bil moje mentorske uvrstitve še posebno vesel, kajti delo s študenti je bilo zanj izjemnega pomena.

Ko sem prejela povabilo, da napišem svoj pogled na mentorstvo, se mi je sprva zdelo, da bo težko ubesediti vsakdanje delo mentorja, ki se prepleta s številnimi drugimi nalogami. Mentorstvo je namreč povsem vpeto v klinično delo, kajti mladi zdravniki v svojem učnem procesu nujno potrebujejo pridobivanje izkušenj ob postelji bolnika. Izziv sem z veseljem sprejela, ne vem pa, ali mi je uspelo v nadaljevanju povzeti bistvo mentorstva. Presojo prepuščam bralcem, ki se morda ne bodo strinjali z vsem zapisanim.

Kaj so torej kvalitete mentorja, ki pustijo pečat na mladem zdravniku in vplivajo na njegovo nadaljnjo pot? Odgovor ni enostaven in zajema več področij, od komunikacije z bolniki in njihovimi svojci, komunikacije s kolegi in drugimi sodelavci, do pristopa k diagnostiki in terapiji. Komunikacija je še posebno v pediatriji izjemno zahtevna, saj nimamo opravka le z bolnikom, bolnim otrokom, ampak tudi z zaskrbljenimi starši, ki se včasih ne strinjajo z diagnostičnimi postopki in zdravljenjem. V učnem procesu bi se moral mlad zdravnik soočiti tudi s takšnimi problemi. Pomembno je, da poleg medicinskega znanja na mlade kolege prenaša-

mo tudi komunikacijske spretnosti. V današnjem času, ko vsi hitimo, se ta osnovna vrlina na žalost izgublja. Mentorji včasih pozabimo, da se bo mlad zdravnik lahko zgledoval tudi po naših neprimernih reakcijah, ki so največkrat posledica časovne stike ali preobremenjenosti. Seveda pa je potrebno, da tudi mladi zdravniki pokažejo primeren odnos do dela in predvsem spoštljiv odnos do bolnikov in sodelavcev zdravnikov in medicinskih sester. V medicini, še posebno pri delu s težkimi bolniki, smo lahko uspešni le, če delujemo v timu.

Tako kot smo si ljudje na sploh različni, smo si različni tudi zdravniki/mentorji med seboj. Različni smo si tudi v odnosu in pristopu k mladim zdravnikom v učnem procesu. Različni med seboj pa so si seveda tudi mladi zdravniki, ki začenjajo svojo poklicno pot. Pristop, ki bo ustrezal nekaterim, ne bo enako dober za vse. Univerzalnega recepta najbrž ni. Poleg tega pa smo mentorji že ob svojem rednem delu precej obremenjeni in se včasih ne zmoremo še povsem posvetiti mladim zdravnikom. Ko mlad zdravnik začne delo na določenem oddelku ali v ambulanti, pravzaprav vstopi v odnos z mentorjem. Kot v vsakem odnosu, je pomemben že prvi očesni stik, stisk roke, prva prijazna beseda, ki da občutek sprejetosti. Nič ni bolj pomembnega za mladega zdravnika, ki začneja klinično delo, kot občutek, da bo imel pri prvih korakih podporo in da lahko vedno, v vsaki situaciji, potrka na vrata mentorja s problemom, ki ga bosta skupaj reševala.

Na oddelkih in v ambulanti je pomembno učenje ob primerih bolnikov. Iz knjig se lahko mladi kolegi učijo doma. Kljub izrednemu napredku medicine in številnim diagnostičnim pripomočkom še vedno velja, da sta dobra anamneza in klinični pregled v veliki večini primerov že dovolj za postavitev diagnoze, ki jo s preiskavami še dodatno potrdimo. Vsi diagnostični pripomočki pa ne morejo pomagati pri postavitvi diagnoze, če nimamo dovolj znanja in

na določeno diagnozo sploh ne pomislimo. Znanje sicer celo življenje dopolnjujemo, klinične izkušnje pa se z leti kopičijo. Naučiti mladega zdravnika, kako pristopiti k problemu ob določenih simptomih in znakih bolezni ter na katere diagnoze moramo pomisliti, je osnova kliničnega poučevanja. Še danes se spominjam svojih začetnih korakov in mentorjev zdravnikov, ki so bistveno vplivali na moj strokovni razvoj. Najbolj so mi ostali v spominu tisti, ki so me z vprašanji ob reševanju primerov spravljali v konstruktiven stres. Nekatere pravilne rešitve zapletenih primerov so se tako globoko zasidrale v moj spomin, da sem nedavno, več kot 20 let po opravljenem študentskem izpitu iz pediatrije pri prof. Prodanu, uspela pri zapletenem primeru na diagnozo pomisliti ravno zaradi stresa na izpitu, ko pravilnega odgovora nisem vedela. Prof. Prodan, ki se je na žalost poslovil konec

prejšnjega leta, mi je pravilen odgovor izdal in mi na izpitu podaril neprecenljivo izkušnjo, da se v vsaki situaciji lahko še dodatno nekaj naučimo, pa čeprav na izpitu. V mojem spominu bo ostal kot eden najboljših profesorjev. Podobno pozitivno izkušnjo sem imela tudi na specialističnem izpitu iz pediatrije, ko je bil predsednik izpitne komisije prof. Kržišnik.

Torej lahko rečem, da se pri svojem delu poskušam zgledovati po mentorjih, ki so me največ naučili in name tudi kot ljudje naredili največji vtis. Pri svoji mentorski vlogi pa imam sicer včasih občutek, da svoje študente in specializante spravljam v stres s številnimi vprašanji, ki jih prisilijo k razmišljanju, zato me vsakič znova čudi, da me sami ocenjujejo kot dobro mentorico. Vsa »neprijetna« vprašanja, na katera ne znajo vedno odgovoriti, pa me vodijo k cilju, da se mladi zdravniki ob delu na oddelku in v ambulanti res naučijo

vseh spretnosti diferencialnodiagnostičnega pristopa. Morda bo kdo čez mnogo let ravno zaradi tega pomislil na pravo diagnozo ob nejasnem zapletenem primeru.

Vrline poučevanja se morda do neke mere da priučiti, ampak željo za poučevanje moraš enostavno čutiti in potem je vse zelo enostavno. Pozitiven pristop do mladih zdravnikov, interes mentorja za prenos znanja, podpora in pomoč v nejasnih situacijah ali pri komunikacijskih ovirah so po mojem mnenju bistvene vrline mentorja, ki jih mladi zdravniki znajo ceniti. Če pa se mentor z interesom za poučevanje sreča še z zainteresiranim mladim zdravnikom, je uspeh poučevanja zagotovljen.

Uvrstitev med najboljše mentorje je zame velika spodbuda in hkrati obveza za še boljše delo vnaprej, seveda s pomočjo po znanju hlepečih mladih zdravnikov.

Čakalne dobe in čakalni seznam v zobozdravstvu

Matjaž Gorkič, dr. dent. med., Odbor za zobozdravstvo ZZS

Kakor vemo, je Ministrstvo za zdravje RS (MZ) v iztekajočem se letu sprejelo sveženj novih zakonov, ki neposredno vplivajo na naše delo ter pravice in **dolžnosti** pacientov. Zapuščinski opus predlogov in priporočil Zdravniške zbornice Slovenije (ZZS) očitno ni prepričal pripravljavcev zakonov, zato se je Odbor za zobozdravstvo ZZS (OZB) takoj po ustanovitvi in sprejetju zakonov dogovoril o nadaljnjih aktivnostih na tem področju.

V ta namen sva s predsednikom OZB Krunoslavom Pavlovičem, dr. dent. med., organizirala sestanke z vsemi deležniki, predstavniki Zdrav-

stvenega inšpektorata Slovenije (ZIRS), Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) in MZ. Podali smo pripombe na zakone, predstavili pomisleke in težave pri njihovem izvajanju ter se dogovorili o sodelovanju pri pripravi pravilnikov; le-ti so še v pripravi.

Zaradi številnih vprašanj, s katerimi so se naši člani obrnili na OZB in na katera nismo imeli konkretnih odgovorov, smo najprej organizirali sestanek na ZIRS, katerega namen je bil razjasnitev določenih aktivnosti, ki jih morajo v skladu z Zakonom o pacientovih pravicah (ZPacP) izvajati zobozdravniki.

Zaključki, do katerih smo prišli na sestanku s predstavniki ZIRS, so naslednji:

- Način uvrstitve na čakalni seznam (ČS): to pomeni, na kakšen način se je pacient uvrstil na ČS (po telefonu, osebno, e-naročanje ...). Način uvrstitve je treba označiti z veliko tiskano črko, npr. T (telefon), O (osebno) ...
- Pravica pacienta do izbire točno določenega izvajalca zobozdravstvene dejavnosti ne velja za primarno raven, saj gre za izbrane osebne zobozdravnike.
- V primeru, da pacient ne pride na termin in izostanka ne opraviči, se

takšnega pacienta uvrsti na konec ČS z opombo, da je šlo za neopravičeno odsotnost.

- Navedeno ne velja, če zobozdravnik oceni, da bi to poslabšalo stanje pri pacientu. Tudi v takšnem primeru mora v ČS označiti oz. obrazložiti, zakaj je bil uvrščen na konkretni termin.
- Tudi v primeru prenaročila se v ČS zavede, da gre za prenaročilo in zakaj je bil uvrščen na konkretni termin.
- Črtanje s ČS v primeru neopravičene odsotnosti in obveščanje pacienta o tem velja samo za prve preglede (ne za kontrolne).
- Vzpostavitev stika s pacientom, pred izvedbo zobozdravstvene storitve, velja samo za prve preglede in ne za kontrolne.
- ZPacP določa, da se vodi ločen ČS za samoplačniške storitve. Ker se zakon ukvarja samo z javnim zdravstvom, ne vidimo potrebe, da se čakalni seznam vodi tudi za samoplačniške storitve. Kot dokazilo je dovolj čakalna lista, evidenca oz. seznam, kot za Davčni urad RS.
- V primeru samoplačniške storitve, ki jo pokriva tudi ZZZS, pacient podpiše izjavo, da želi, da se storitev opravi samoplačniško. Izjava ni potrebna, ko gre za storitev, ki jo ZZZS ne pokriva.
- Izpostavila sva, da v ZPacP ni opredeljen pojem »neodložljive zobozdravstvene storitve«, kar bo predstavljalo problem pri vodenju ČS, saj bo le-to neenotno, odvisno od posameznega izvajalca.
- Čakalna doba: v zobozdravstvu (konservativno zobozdravstvo) se čakalna doba šteje od novonastalega problema pri pacientu do obravnave oz. izvedbe zobozdravstvene storitve.
- Na sekundarni ravni, kjer se pacienta uvrsti na ČS na podlagi napotnice, pa se čakalna doba šteje od dneva vpisa na ČS do obravnave oz. izvedbe zobozdravstvene storitve.

Naslednji sestanek smo imeli s predstavniki ZZZS in MZ. Opozorili smo jih, da čeprav se je ZPacP spremenil z namenom, da bi se »naredil red« in bi se zagotovila pravičnost pri dostopu do zdravstvenih storitev, je s svojimi določili in tudi s pravilnikom povzročil povečanje obsega administrativnega dela, večjo oddaljenost od potreb pacientov in slabšo učinkovitost že tako slabo delujočega zdravstva.

Pravilnik velja na primarni ravni enako kot na sekundarni in terciarni, kar je v osnovi zgrešeno. Tudi smisel pravilnika, ki je v pripravi, je le prazno administriranje – podrobno popisno evidentiranje stanja čakalnih dob v nespremenjeni organizaciji nudenja zdravstvenih storitev za ceno nadaljnjega povečanja obsega administrativnega dela zdravstvenih delavcev. To bo ob slabi uporabni funkcionalnosti celotnega e-sistema zdravstva vodilo samo do tega, da bodo imeli zdravstveni delavci še manj časa za bolnika, kot ga imajo. Že zdaj imajo zdravstveni delavci premalo časa za bolnike zaradi preobilice administrativnega dela in nerealizacije standardov in normativov.

Pozvali smo predstavnika MZ, da splošne zobozdravnike vključi med izvajalce, pri katerih se ne vodi čakalnih seznamov. V pravilnik se, posebej za zobozdravnike, doda nov člen, ki bo med izvajalce zdravstvene dejavnosti, ki so izzeti iz vodenja čakalnih seznamov, vključil tudi splošne zobozdravnike, saj zaradi posebnosti zobozdravniškega dela v zobozdravstveni ordinaciji ni mogoče voditi čakalnih seznamov, kot to velja za druge zdravstvene dejavnosti.

Ker smo v pogovoru zaznali, da se definicije čakalnih dob za konservativno zobozdravstvo in protetiko tako s strani MZ kakor tudi ZZZS in ZIRS razlikujejo, smo od slednjih zahtevali, da se poenotijo in izdajo skupno definicijo, ki bo veljala kot določilo za določanje čakalne dobe v bodoče.

Sporna točka so bile tudi neodložljive zdravstvene storitve. Navedeno bo v praksi predstavljalo problem pri

vodenju ČS, saj bo le-to neenotno, odvisno od posameznega izvajalca, kot smo že opozorili ZIRS. Pojem »neodložljive zdravstvene storitve« je sicer definiran in ima podlago v drugem odstavku 103. člena Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja, vendar omenjeni člen ne definira neodložljivih zdravstvenih storitev na način, da bi bilo mogoče razbrati, katere pridejo v poštev za področje zobozdravstva. Zato smo se dogovorili, da bodo člani OZB podali pripombe na 103. člen Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki bodo v javni razpravi v začetku prihajajočega leta. V kolikor zgoraj navedeno ne bo upoštevano in 103. člen Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja ne bo ustrezno prilagojen specifikam neodložljivih zdravstvenih stanj v zobozdravstvu, zobozdravniki ne bodo mogli delovati skladno s pravilnikom.

Podali smo tudi pripombo na peti odstavek 4. člena pravilnika, ki določa, da osebno naročanje poteka neposredno pri izvajalcu med ordinacijskim časom, tako da se čakalni čas že naročenih pacientov ne podaljšuje na račun osebnega naročanja drugih pacientov. Ker menimo, da je omenjena ureditev preveč idealizirana in v praksi skorajda neizvedljiva (v resnici namreč ni administratorja), smo predlagali, da se člen črta.

Ponovno smo jih opozorili, da je vzpostavljjanje stika s pacientom pred izvedbo storitve v zobozdravstvu praktično nemogoče tako s časovnega kakor tudi finančnega vidika. Z MZ smo dobili zagotovilo, da bo Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) preko posebnega programa prevzel obveščanje pacientov in tako finančno razbremenil zobozdravnike. Prav tako smo se dogovorili, da bo obveščanje potekalo samo za prvi pregled. Prišli pa smo tudi do istega zaključka kakor z ZIRS glede črtanja pacienta s seznama zaradi neopravičene odsotnosti.

Predlagali smo tudi spremembo 5. člena pravilnika na način, da bo določba, da mora izvajalec, ki je izdal napotno listino, elektronsko naročiti pacienta v primeru, ko zaradi objek-

tivnih okoliščin pacient potrebuje pomoč, izjema in ne pravilo. Pacienti naj se naročajo pri specialistih sami. V kolikor pa ZZZS meni, da bo to za njihove zavarovance predstavljalo problem, naj organizirajo in vzpostavijo informacijske točke, kjer bodo to lahko uredili s pomočjo njihovega referenta, kajti zobozdravniki ne pristajamo več na vlogo zavarovalnega agenta.

Pri čakalnih dobah smo MZ opozorili, da je Razširjen strokovni kolegij (RSK) za stomatologijo že leta 2011 sprejel strokovne kriterije za razvrščanje zobozdravstvenih storitev v posamezne stopnje nujnosti, s katerimi je večkrat seznanil MZ. V kriterijih je jasno navedeno, da se za področje konservativnega zobozdravstva ne vodi čakalnih seznamov, v kolikor je prvi pregled opravljen prej kot v treh mesecih. MZ tega stališča RSK za stomatologijo, torej najvišjega

strokovnega organa na področju zobozdravstva, pri snovanju izhodišč ni v ničemer upoštevalo.

Predlagali smo, da se čakalna doba v zobozdravstvu (konservativno zobozdravstvo) šteje od novonastalega problema pri pacientu do obravnave oz. izvedbe zobozdravstvene storitve. Na sekundarni ravni, kjer se pacienta uvrsti na čakalni seznam na podlagi napotnice, pa se čakalna doba šteje od dneva vpisa na čakalni seznam do obravnave oz. izvedbe zobozdravstvene storitve.

Čakalna doba za protetiko pa se šteje od dneva zaključenega zdravljenja (ko se odda predlog zobnoprotetične rehabilitacije) do izvedbe.

Pri specialistih, kjer je najdaljša predvidena čakalna doba po pravilniku šest mesecev, smo pojasnili, da v kolikor bo ta rok obveljal, imajo pacienti, zaradi daljše čakalne dobe,

pravico do zdravljenja v tujini, kar bo pomenilo izjemen strošek za ZZZS in ponovno odliv denarja za storitve, ki bi jih lahko izvedli slovenski izvajalci, v tujino. Obenem smo pojasnili, da je krivec za čakalne dobe ZZZS s tem, ko je zmanjšal delež konservativnega zobozdravstva s 60 % na 40 %. Po drugi strani pa je tudi nedopustno in unikum, da povzroča čakalne dobe tudi v protetiki, ki jo financira le v 10 %.

Poslanstvo zobozdravnikov je skrb za oralno zdravje njihovih pacientov! Dragocen čas, ki bi ga lahko kakovostno in strokovno posvetili pacientom, nam krade obilica administrativnega dela in pojasnjevanje pravic. Skrajni čas je že, da pristojne institucije prevzamejo administrativno delo in odgovornost nase, nam pa pustijo, da opravljamo svoj poklic strokovno in profesionalno, v dobrobit pacientov.

Zbornična pogajanja v okviru partnerjev za splošni dogovor ali boji z mlini na veter

Saša Savić, dr. dent. med., spec., Odbor za zobozdravstvo ZZZS

V novem Odboru za zobozdravstvo (OZB) me je predsednik Krunoslav Pavlovič povabil k sodelovanju pri pogajanjih za splošni dogovor kot predstavnika zobozdravnikov v kvoti predstavnikov Zdravniške zbornice Slovenije. Kot zobozdravnik koncesionar z 19 leti izkušenj v delu z zavarovalnico sem se počutil precej kompetentnega v zagovarjanju zobozdravniških stališč v odnosu do zavarovalnice. Priznam, da sem menil, da je s pametnimi obrazložitvami in ob minimalnih stroških mogoče izboljšati sistem tako v korist

pacientov kot zobozdravnikov. Glavni zbornični pogajalec in podpredsednik zbornice mag. Dean Klančič je na našem prvem sestanku ob debati o zborničnih predlogih podal tudi smernice, po katerih teče omenjeni dogovor. V splošnem dogovoru sodelujejo kot partnerji Ministrstvo za zdravje RS, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), Zdravniška zbornica Slovenije, Združenje zdravstvenih zavodov, Lekarniška zbornica, Skupnost socialnih zavodov, Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč ter Skupnost za usposa-

bljanje oseb s posebnimi potrebami. Pogajanja potekajo tako, da pred začetkom vsak od partnerjev pripravi predlog za debato s podrobno obrazložitvijo ter finančno konstrukcijo. Predlogi se pred obravnavo razpošljejo v ogled vsem partnerjem. Vsi predlogi se obravnavajo po vrstnem redu, glede na člene splošnega dogovora, na katere se nanašajo. V kolikor predlog vsi partnerji podprejo, se ga sprejme in posledično tudi izpelje. Nesprejete predloge lahko predlagatelji še določeno obdobje usklajujejo med partnerji, ki jih

prvotno niso podprli, ter se na drugem sestanku, ki mu pravijo arbitraža, o njih ponovno odloča. Potem se neusklajeni predlogi prepustijo v odločanje Vladi RS.

Sistem na prvi pogled sicer deluje enakopravno (partnersko), a je resnica žal nekoliko drugačna. Na sestankih partnerjev, ki sem se jih udeležil kot predstavnik zobozdravnikov, se je ZZZS že uvodoma odklonilno opredelil do vseh predlogov, ki bi imeli finančne posledice za zdravstveno blagajno. Potem smo seveda obravnavali vsak predlog posebej in velika večina predlogov je bila zavrnjena zgolj s strani ZZZS, bodisi zaradi slabe obrazložitve ali zaradi slabo opredeljenih finančnih posledic, najpogosteje pa kar tako, brez razlage glede na uvodno opredelitev ZZZS.

Med odmori sem v pogovorih s predstavniki ZZZS poskušal dobiti razlago za tako odklonilen odnos, tudi do predlogov, ki so nedvomno koristni in bi dolgoročno izboljšali zdravje pacientov ter s tem privarčevali denar v blagajni. Razložili so mi, da so potrebne nadaljnje študije ali da se po njihovih izračunih projekt finančno ne izide ipd. Konkretno sva imela z gospo Slađano Jelisavčič različno mnenje o povišanju ortodontskega normativa za 15 %, pri čemer bi se s strani ZZZS priznalo povišanje stroškov za zdravljenja v ortodontiji za zgolj 5 %. Ob tem naj bi se v koledarskem letu v zdravljenje vključilo vsaj 69 oseb (do sedaj je bilo 60) in na obravnavo klicalo najmanj 92 čakajočih oseb (do sedaj 80). Podlaga takega povišanja tiči v statističnih izračunih ZZZS-ja, da je ortodonte mogoče bolj obremeniti. Po njihovi razlagi bi se s tem bistveno skrajšale čakalne vrste v ortodontiji. Glede predloga sem izrazil resen dvom ter prosil za razmislek in ponovni sestanek z Slovenskim ortodontskim društvom.

Kot enega od možnih scenarijev njihovega ukrepa sem navedel možnost, da bi se pri posameznih izvajalcih morda lahko zgodilo, da bi bile določene lahke nepravilnosti ocenjene kot srednje težke (pacienti z lahкими

nepravilnostmi namreč nimajo pravice do ortodontske obravnave na račun zdravstvene blagajne). S tem bi se povečalo število obravnav srednje težkih nepravilnosti, pri čemer bi težke nepravilnosti, ki so tudi najdlje v obravnavi, izvajalci na terenu pošiljali v obravnavo na terciarno raven izključno zato, da bi lažje zadostili zahtevam ZZZS po povečanju števila novih obravnav na leto. Pri tem bi se res povečalo število obravnavanih pacientov, a skupno število pacientov, potrebnih obravnav, bi bilo seveda večje in s tem tudi čakalne vrste daljše. Po drugi strani pa bi se bili najhuje prizadeti otroci prisiljeni iz odročnih krajev voziti v Ljubljano, kar nedvomno podraži zdravstveno obravnavo in celoten zdravstveni sistem tako posredno kot tudi neposredno. Gospa Jelisavčič kljub mojim dvomom ni menila, da bi si bilo smiselno vzeti čas za pogovor z ortodonti in razmislek, tako da je predlog ZZZS prepuščen vladi v odločanje glede na statistične izračune ZZZS.

Priznati moram, da ZZZS nima odklonilnega odnosa zgolj do predlogov naše zbornice, ampak smo partnerji, bi se reklo, kar enakopravno zavrnjeni s strani ZZZS. Tako je gospod Jaka Bizjak iz Skupnosti socialnih zavodov predlagal, da se skupnost izbriše kot partnerja v dogovorih, ker je zapis o dogovoru med partnerji zavajanje. Ostali partnerji namreč dejansko nimajo vpliva na kakršnekoli enostranske odločitve ZZZS, ki jih Vlada RS v končni fazi tako ali drugače večinoma podpre. Seveda je bil tudi ta predlog s strani ZZZS zavrnjen.

Kot precedenčni primer lahko omenim še zadnjo arbitražo z dne 21. 12. 2017, kjer je gostitelj arbitraže (pogajanja za SD za leto 2018 vodi Združenje zdravstvenih zavodov) podal zgolj en predlog za dogovor, in sicer za povišanje cen zdravstvenih storitev za 8,34 %. Ker so predstavniki ZZZS in ministrstva še pred začetkom obravnave posameznih predlogov povedali, da nimajo mandata, da bi

podprli omenjeni predlog, so predstavniki združenja odgovorili, da zavračajo vse ostale predloge partnerjev za arbitražo in s tem arbitražo zaključujejo. Tako se je arbitraža, ki naj bi po predvidevanjih trajala 4–5 ur, zaključila v pičlih 45 minutah.

Spoštovane kolegice, cenjeni kolegi, na teh pogajanjih močno pogrešam občutke, da smo vsi skupaj na isti ladji in da se skupaj borimo za slovenske paciente. Medtem ko se slovenske zdravnice in zdravniki ter zobozdravnice in zobozdravniki borimo in smo odgovorni za zdravljenje vsakega posameznika, se ZZZS bori zgolj za obstoj in vzdržnost zdravstvenega sistema in zanj (po moji presoji) pacient ni na prvem mestu.

Priznam, da velikokrat dvomim v smiselnost vztrajanja pri dogovorih, ki niso dogovori. Ko pravila, ki jih sprejememo partnerji (pa jih ne), ne sledijo potrebam bolnikov, niti smericam stroke, ampak so zgolj in izključno namenjena obstoju sistema, ki ni dober.

Priznam tudi, da se dostikrat spoznam v vlogi Cervantesovega Don Kihota, ki s Sančem napada mline na veter. A vredno se mi zdi vztrajati v upanju, da bo morda nekoč le prevladal razum nad statističnimi izračuni.

Stalne licence

Ivana Paradžik, dipl. upr. org., ZZS

Kljub temu, da Zdravniška zbornica Slovenije (v nadaljevanju: zbornica) stalnih licenc že dolgo ne podeljuje več, niti se nam ne obetajo v prihodnosti, smo s strani naših članov še vedno deležni vprašanj in zanimanj o tej temi. Za trenutek se vrnimo v preteklost in preverimo zakonodajno podlago ter pogoje za tedanje pridobitev stalne licence.

Prve zdravniške licence v slovenskem prostoru je zbornica začela podeljevati leta 1995, pod tedaj veljavnim Pravilnikom o izdaji, podaljšanju in odvzemu licence (Uradni list RS, št. 56/94, v nadaljevanju: prvi pravilnik), sprejetim leta 1994. V času veljave prvega pravilnika je zbornica, ob izpolnjevanju pogojev, podeljevala tudi stalne licence – dovoljenje za samostojno opravljanje zdravniške službe brez omejitve trajanja. Stalne licence je zbornica podeljevala izključno v času veljave

prvega pravilnika – od leta 1995 do 31. 12. 1999.

Prvi pravilnik je bil sprejet na podlagi 71. člena in 2. točke 85. člena tedaj veljavnega Zakona o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 9/92) ter 4. in 26. člena tedaj veljavne statuta zbornice. Nasledil ga je Pravilnik o zdravniških licencah (Uradni list RS, št. 109/99, v nadaljevanju: drugi pravilnik), ta pa je podeljevanje stalnih licenc s 1. 1. 2000 ukinil, v prehodnih in končnih določbah pa določil, da zdravniki in zobozdravniki (v nadaljevanju: zdravniki), ki so že pridobili stalno licenco na podlagi prvega pravilnika, to obdržijo.

Na dan sprejema prvega pravilnika je veljala presumpcija, da vsi zdravniki, ki delajo samostojno, izpolnjujejo pogoje za pridobitev licence. Skladno z navedenim je leta 1995 svojo prvo licenco prejelo kar 4.214 zdravnikov.

Trajanje licenčnega obdobja v času veljave prvega pravilnika

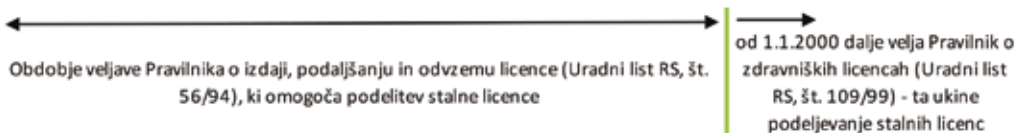
- **Ob podelitvi licence:** trajanje prvega licenčnega obdobja določa 21. člen prvega pravilnika s tako imenovano shemo preverjanja usposobljenosti za samostojno delo (v nadaljevanju: shema preverjanja). Leto preverjanja usposobljenosti je bilo hkrati tudi leto, ko se je zdravniku licenca iztekla in jo je moral podaljšati. Leto izteka prvega licenčnega

Sistem licenciranja po prvem pravilniku



SHEMA PREVERJANJA:

21. člen Pravilnika o izdaji, podaljšanju in odvzemu licence (Uradni list RS št. 56/94)



Leto preverjanja	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Leto strokovnega izpita ali specializacije	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971
	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978
	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985
	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992

ZA ZOBOZDRAVNIKE

Leto preverjanja	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Leto strokovnega izpita ali specializacije	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973
	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
	1988	1989	1990	1991	1992		

obdobja pa je bilo, v skladu s shemo preverjanja, odvisno od leta, v katerem je zdravnik opravil strokovni izpit ali specializacijo.

- **Ob podaljšanju licence:** po izteku prvega licenčnega obdobja sledijo podaljšanja licence za obdobje 7 let.

Trajanje licenčnega obdobja ob podelitvi licence torej ni bilo enako za vse zdravnike. Zdravniku, kateremu je bila podeljena licence leta 1995 in je opravil specializacijo npr. leta 1990, je bila licence podeljena za čas od 1995 do 1997 (po shemi preverjanja). V letu izteka njegove licence (v našem primeru leta 1997) je zdravnik, v skladu s 5. in 6. členom prvega pravilnika, za podaljšanje licence moral izkazati svojo strokovno usposobljenost, nato mu je zbornica licence podaljšala za novo 7-letno licenčno obdobje.

Pogoj za podelitev stalne licence

Zdravnik je stalno licence takrat lahko pridobil ob podelitvi ali ob podaljšanju licence pod spodaj navedenim pogojem, vendar le, če sta se podelitev ali podaljšanje licence izvršila v času veljave prvega pravilnika.

Prvi pravilnik je v svojem 5. členu pri podaljševanju licenc določal, da morajo zdravniki za podaljšanje licence vsakih 7 let dokazati svojo strokovno usposobljenost za nadaljnje delo v stroki, pri čemer je bila zgornja starostna meja za predložitev dokazil dopolnjenih 56 let starosti v koledarskem letu, ko zdravniku poteče licence.

Skladno z navedenim se je v letu preverjanja usposobljenosti zdravniku licence podaljšala za 7 let. Zdravniku, ki bi v tem 7-letnem obdobju dosegel

starost 56 let, pa je zbornica podelila stalno licence, brez omejitve trajanja. Nekateri zdravniki so starost 56 let dopolnili že v prvem licenčnem obdobju, ob podelitvi licence, ali pa so bili na dan podelitve licence stari več kot 56 let – tem zdravnikom je zbornica že avtomatično podelila stalno licence.

Zbornica je v času veljave prvega pravilnika (vse do 1. 1. 2000) avtomatično podelila stalno licence vsem zdravnikom, ki so v licenčnem obdobju ob podelitvi licence ali bi v licenčnem obdobju ob podaljšanju licence dopolnili starost 56 let.

Za lažje razumevanje predstavljamo primer dveh zdravnikov (v nadaljevanju: zdravnik A in zdravnik B), katerima je bila licence podeljena leta 1995. Lahko domnevamo tudi, da sta zdravnika enake starosti. Na prvi pogled je videti, da imata zdravnika povsem iste izhodiščne osnove, dejansko pa sta shema preverjanja usposobljenosti in leto izteka licenčnega obdobja (veljavnost prvega pravilnika) tista, ki določata, zakaj je bila enemu zdravniku podeljena stalna licence, drugemu pa ne.

Primer zdravnika A: Zdravniku A je bila podeljena licence leta 1995. Ker je opravil specializacijo v letu 1976 (po shemi preverjanja), mu je prvo licenčno obdobje veljalo od leta 1995 do 1999. Zdravnik leta 1999 dokaže strokovno usposobljenost in licence bi mu lahko podaljšali za 7-letno licenčno obdobje. Ker pa bi zdravnik A v novem sedemletnem obdobju (ob podaljšanju licence) dopolnil 56 let, mu je zbornica leta 1999 podelila stalno licence, saj je prvi pravilnik v letu 1999 še vedno veljal.

Primer zdravnika B: Zdravniku B je bila podeljena licence za obdobje od 1995 do 2000, saj je opravil specializacijo v letu 1977 (po shemi preverjanja). Zdravnik B bi leta 2000 ob podaljšanju licence v sedemletnem licenčnem obdobju prav tako dopolnil 56 let, vendar stalne licence ni dobil, saj je leta 2000 (natančneje od dne 1. 1. 2000 dalje), v letu, ko je licence podaljševal, veljal že drugi pravilnik, ki ni več omogočal podelitve stalnih licenc. Zdravniku B je bila zato licence podaljšana za čas od leta 2000 do leta 2007.

Stalnih licenc ne bo več

Po podatkih registra zdravnikov, ki ga zbornica na podlagi Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 58/08, 107/10 – ZPP-KZ, 40/12 – ZUJF, 88/16 – ZdZPZD, 40/17 in 64/17 – ZZDej-K) vodi kot javno pooblastilo, je zbornica v času veljave prvega pravilnika podelila 1.604 stalne licence.

V januarju 2018 je v register zdravnikov vpisanih še 1.182 zdravnikov, ki so imetniki stalne licence. Od teh je približno 90 % upokojenih.

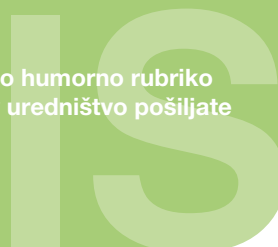
Zdravnikom imetnikom stalnih licenc le-teh ni treba podaljševati, zato jim tudi ni treba dokazovati strokovne usposobljenosti. To jih razlikuje od vseh naslednjih generacij, ki morajo svojo strokovno usposobljenost za delo dokazovati vsakih sedem let. Redno obnavljanje zdravniških in zobozdravniških licenc je obveznost članov zbornice, sam postopek pa je za tiste, ki izpolnjujejo pogoje, preprost in ga v strokovni službi izvedejo samodejno.

HUMORNI PRISPEVKI ZA SISI

Kot je že tradicija, je aprilka 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@zzs-mcs.si

Vabljeni k sodelovanju!





Preoblikovana Hipokratova prisega

Prevod in priredba: Marjan Kordaš, Ljubljana

marjan.kordas@mf.uni-lj.si

Svetovna zveza zdravnikov je objavila preoblikovano Hipokratovo prisego. Ženevska zaprisega (*Genfer Gelöbnis*) v posodobljeni različici zavezuje zdravnice in zdravnike, da svoje medicinsko znanje, ki ga uporabljajo v dobro pacientov ter za spodbujanje zdravstvene oskrbe, delijo tudi s svojimi kolegi. Glede na naraščajoče delovne obremenitve pa tudi

poziva zdravnike, naj skrbijo za svoje zdravje. Le tako bodo zmogli zdravstveno oskrbo na najvišji ravni. Svetovna zveza zdravnikov računa, da bo predelana različica Hipokratove prisega po vsem svetu sprejeta kot etični kodeks za vse zdravnike. Ženevska prisega (*Genfer Gelöbnis*) je bila sprejeta leta 1948. Navedene spremembe je dve leti pripravljala medna-

rodna delovna skupina pod vodstvom nemške Zvezne zdravniške zbornice.

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

Opomba: Na spletu sta (za nemško govorno območje) pod naslovoma *Genfer Gelöbnis 1948* ter *Genfer Gelöbnis 1917* na voljo obe besedili. Menim, da bi bilo zelo primerno obe besedili prevesti in objaviti tudi v naši reviji.

Enotno («Z enim glasom»)

Prevod in priredba: Marjan Kordaš, Ljubljana

marjan.kordas@mf.uni-lj.si

Če poročamo o zdravnicah in zdravnikih na eni ter lekarnarjih na drugi strani, gre pravzaprav vedno za kontroverzno tematiko o zdravniških »hišnih« lekarnah (*Hausapotheke*) proti javnim lekarnam. Dobro in včasih celo intenzivno sodelovanje med zdravniškimi praksami in lekarnami pa se ob tem pogosto zanemarja. (Op. prev.: glej primer spodaj.)

V lekarni so zaskrbljeni. Zavarovalniška zdravnica (*Kassenärztin*), ki ima v bližini svojo ordinacijo, se bo upokojila. Ima sicer naslednika, ki pa želi svojo ordinacijo prenesti drugam – v bližino druge lekarne. S tem se bo prenesel tudi (denarni) promet v prvi lekarni. Se pravi, ne gre le za strokovno, temveč tudi za gospodarsko simbiozo. Zdravnica/zdravnik ter lekarnarica/lekarnar sta svobodna akademska zdravstvena poklica, ki nimata vedno enakega stališča, vendar pa vedno isti cilj: zdravje.

V oktobru 2017 sta se javno sestala predsednika zdravniške in

lekarniške zbornice: Thomas Szeke-
res in Ulrike Mursch-Edlmayer.
»Zdravniki in lekarnarji beležijo
dnevno 700.000 stikov s pacienti.
To ima zagotovo svoj politični
pomen. Hkrati pa kaže na zaupanje
v oba poklica. Zdravniki in lekarnar-
ji uživajo kar največji ugled,« je
povedal Thomas Szeke-
res ter posva-
ril pred težnjami, da bi se ta dva
poklica degradirala v nekakšna
»ponudnika zdravstvenih storitev«,
v najslabšem primeru kot slabo
plačani uslužbenci zdravstvenih
zavarovalnic. »Ljudem moramo
posredovati občutek, da jim z roko v
roki ponujamo optimalno oskrbo,
kar pa lahko dosežemo le, če procese
oskrbe vodimo skupaj.«

Vir: *AERZTE Steiermark*, januar
2018

Opomba I: Vredno je prebrati
ves članek kot zgled, kako se v Avstriji
zdravniki in lekarnarji pogovarjajo ne
o tem, kaj jih razdvaja, temveč o tem,

kaj jih združuje. Sicer pa ima ta
številka revije podnaslov *Gemeinsam
statt einsam*, kar bi lahko prevedel
kot »Skupno namesto posamezno« ali
celo kot »Skupaj namesto osamlje-
no«.

Opomba II: Povedna je uvodna
slika pri članku, na kateri sta dva
moška, med sabo pa imata žensko.
Vsi trije se držijo za roke in veselo
gledajo v fotografa. Končno se izkaže,
da je vitek moški na levi zdravnik,
ženska (lepotica, hm) v sredi lekar-
narka (in hkrati soproga zdravnika na
levi). Debeluhar (ki nekoliko moti
skladnost) na desni pa je tudi zdrav-
nik. Ta moško-ženski trikotnik stoji
pred stavbo, ki – tako se zdi – ima v
pritličju lekarno, v nadstropjih nad
njo pa ordinaciji obeh zdravnikov.
Resnično: dobesedna simbioza
zakonskega, strokovnega in material-
nega blagostanja!! Razen očitne
adipoznosti desne osebe zares vredno
posnemanja!!

Pravična kultura obravnave škodljivih dogodkov v zdravstvu

Izr. prof. dr. Andrej Robida, dr. med., FACC, Center za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave

andrej.robida@prosunt.si

1 Uvod

Pri vzpostavitvi varnosti pacientov ni nič težjega, kot je uravnoteženje sistema neobtoževanja za človeške napake na eni strani in na drugi strani odgovornosti posameznika, zdravstvene organizacije in drugih deležnikov na nacionalni ravni (Wachter, 2013).

»Naša največja zmeta je, da kaznujemo ljudi za napake«

Lucian Leape

Pravična kultura cilja na celoten zdravstveni sistem – zdravstvene organizacije, zdravstvene strokovnjake, paciente, menedžment zdravstvenih organizacij in na pravosodni sistem.

Ko pravosodni sistem človeško napako spremeni v kriminalno dejanje, se ne doseže niti pravice niti se ne izboljša varnost pacientov. Ta se paradoksočno še poslabša.

Neizogibno je, da ljudje delamo napake, v katerikoli dejavnosti. Taki so naši možgani. Ko pride do škodljivega dogodka, ga ne znamo analizirati in tako ne vemo, zakaj je nastal: ali zaradi napake, nezavedne, lahkomišelnosti, naklepne kršitve ali zapleta. Ne zastavljamo si niti vprašanja, ali naj se iz napak česa naučimo za njihovo preprečevanje v prihodnosti ali je bolje, da obtožimo posameznika, največkrat zdravnika ali medicinsko sestro, tistega, ki dela v neposrednem stiku s pacientom.

V letalstvu, kjer so se najprej lotili systemskega pristopa k varnosti ob nesrečah, so na začetku tudi govorili o »pilotovi napaki«, tako kot pri nas govorimo o »zdravniški napaki« ali »strokovni napaki«, in pilote kaznovali z odvzemom licenc in podobno, če so ti nesrečo preživeli ali če se je

nesreča končala brez škode ali če je šlo za skorajšnjo napako. Zato so se piloti začeli posluževati molka, znanega med mafijo kot »omerta«, kar pomeni »kodeks tišine«. To zapre ljudem usta in pomeni tudi nesodelovanje s pristojnimi za analizo dogodka (Dekker, 2007). Se sliši znano za sedanje ravnanje v slovenskem zdravstvu?

Pravične kulture nimamo, imamo pa sprevrženo kulturo obtoževanja in maščevanja, kar vodi v kulturo strahu in v obrambno obnašanje zdravstvenih strokovnjakov – v skrivanje napak, izogibanje težjim postopkom, bežanje na lažja delovna mesta, neupravičeno pripisovanje škodljivih dogodkov zaradi napak ali kršitev zapletom in izvajanje defenzivne medicine. Tako se napake še kar naprej dogajajo in zaradi defenzivne medicine je priložnost za nastajanje napak še večja (Robida, 2012).

2 Kultura varnosti, pravična kultura in kultura strahu

Varnostna kultura je kultura, kjer se vsakdo zaveda, da gredo stvari lahko narobe, in je osnovana na vrednotah posameznika, skupin in njihovih odnosov, zaznavanj, kompetenc ter vzorcev obnašanja, kar določa prizadevanje zdravstvene organizacije za varnost (Fourth International Atomic Energy Agency, 1991; Institute of Medicine, 2000).

Varnostno kulturo sestavljajo kultura učenja, kultura prožnosti, kultura znanja, kultura sporočanja napak in pravična kultura (Reason, 1997). **Pravična kultura** je kultura zaupanja, kjer so ljudje spodbujeni k sporočanju napak in možnih tveganj zanje in kjer vedo, da bo domnevna napaka analizirana po sodobnih načelih znanosti o varnosti. V primeru človeške napake ne bo obtoževanja vpletenih. Pacienti in njihovi svojci bodo dobili opravičilo, zdravstveno in psihološko

pomoč in primerno odškodnino. Vpleteni v dogodek pa bodo deležni kolegalne in psihološke pomoči. Zavestnih kršitev in neprofesionalnega obnašanja se ne bo dopuščalo. Ljudje bodo vnaprej vedeli, kje so meje med sprejemljivim in nesprejemljivim obnašanjem. To ne pomeni, da posameznik ni odgovoren za svoje odločitve. Ne more pa biti odgovoren za pomanjkljivosti v sistemih, kjer je največ vzrokov, da se zgodi človeška napaka (Reaason, 1997; Dekker, 2007).

2.1 Načela pravične kulture

1. Osebe nima strahu niti drugih zadržkov za sporočanje odklonov in napak, tudi lastnih, a je zavezano tudi k profesionalni odgovornosti.
2. Posameznik ni odgovoren za latentne pogoje in napake v sistemu, na katere nima vpliva.
3. Človeške napake predstavljajo interakcijo med ljudmi in sistemi, v katerih delajo.
4. Spremenjena organizacijska kultura v zdravstvu in pravosodju, ki sedaj trdi, da so za vse napake odgovorni posamezniki.
5. Zavestno kršenje in zanemarjanje jasnih tveganj za paciente je dosledno sankcionirano – lahko-miselno ravnanje, ponarejanje zdravstvene dokumentacije, delo pod vplivom alkohola ali prepovedanih substanc, namerno neupravičeno škodovanje pacientom (Marx, 2001).

Ker so **človeške napake nena-merne**, jih posameznik ne more vnaprej preprečiti, lahko pa se v sistemih in procesih ustvarijo varovala, ki napake v prihodnje popolnoma preprečijo ali ublažijo. O tem je kar dosti napisanega v tuji in tudi slovenski literaturi in tudi prosto dostopno na www.prosunt.si. **Človeška napaka je simptom in ne vzrok škodljivemu dogodku.**

Naš pravosodni sistem zagovarja kriminalizacijo napak in za zdrav-

stveno stroko so pomembne »zlasti inkriminacije, v katerih je kot storilec predvidena posebej kvalificirana oseba v svojem opisu prepovedanega ravnanja. Med zakonskimi znaki inkriminacije pogosto navajajo kršitev pravil stroke« (Korošec, 2004).

To enostavno pomeni, da je prepovedano biti nepazljiv in prepo-ved je v 26. členu Kazenskega zakoni-ka: *... storilec ne ravna s potrebno pazljivostjo, s katero po okoliščinah in osebnih lastnostih mora in je zmožen kaj storiti ali opustiti.*

Kazenski zakoniku v svojem 179. členu inkriminira malomarno zdrav-ljenje. (1) *Zdravnik, ki pri opravlja-nju zdravniške dejavnosti iz malo-marnosti ravna v nasprotju s pravili zdravniške znanosti in stroke in tako povzroči, da se komu občutno poslab-ša zdravje, se kaznuje z zaporom do treh let.* (2) *Enako se kaznuje (a) zdravstveni delavec, ki pri svoji zdravstveni dejavnosti ravna v nasprotju s pravili stroke, pa pri tem povzroči, da se komu občutno poslab-ša zdravje ali...* (Kazenski zakonik, 2008).

S pomočjo 26. in 179. člena lahko zapremo vsakega zdravnika, saj sistemski pogoji, zaradi katerih nastajajo človeške napake, pripeljejo do tega, da ne ravna po pravilih stroke.

Pazljivost in nepazljivost sta lastnosti človeških možganov in tako ljudje, ne glede na izobrazbo in kompetence, ne moremo biti stalno pazljivi in tudi ne stalno nepazljivi. Ko se na sodišču obravnava škodljivi dogodek zaradi domnevne napake, se po navadi vpraša, ali je zdravnik ravnal ali ni ravnal po pravilih zdravniške stroke. Zakaj ni prišlo do delo-vanja po pravilih stroke, pa se nihče ne vpraša. **Za nazaj** je največkrat zelo enostavno ugotoviti, kaj bi moralo biti. O ravnanju v nasprotju z »zdrav-niško« stroko lahko odločajo le strokovnjaki z medicinskega ali drugega zdravstvenega področja – medicinski izvedenci. To pomeni, da so izvedenci tisti, katerih mnenje se upošteva ali pa ne pri ugotovitvi, ali je

nek zdravstveni strokovnjak ravnal v skladu s pravili medicinske stroke in znanosti (Korošec, 2009). Sodnik se lahko odloči, da mnenja izvedenca ne upošteva, in potem imenuje dodatne-ga ali drugega izvedenca. Odvetniki, ki zastopajo tožečo stranko, pa hitro ugotovijo, da so vsi slovenski medi-cinski izvedenci »okuženi«, ker so člani Zdravniške zbornice Slovenije. Če to pred sodiščem ne zdrži, ker je članstvo obvezno, hitro ugotovijo, da so izvedenci člani Slovenskega zdrav-niškega društva in so se z obtoženim zdravnikom celo dvakrat srečali na nekem kongresu. Seveda pa so vsi hodili na eno ali drugo fakulteto v Sloveniji. Stvari lahko gredo do absurda in se izvedence menja toliko časa, da se zadosti »praviči«.

Problem pri izvedencih nastopi tudi zaradi tega, ker se malo zdrav-stvenih strokovnjakov in medicinskih izvedencev zaveda, da ravnanje v nasprotju z zdravniško stroko skoraj vedno pomeni, da gre za človeško napako. Pravi vzrok človeške napake pa je neurejen sistem, kjer zdrav-stveno osebe dela. Gre za problem, ki ga znanost o varnosti pacientov imenuje **»pogled za nazaj«**, kar pomeni, da izvedenec ve, kaj se je zgodilo, tisti, ki je bil vpleten v napa-ko, pa tega ne ve. Če bi vedel, bi ravnal drugače. Ko pa gre za zavestno kršitev stroke zaradi lahkomišelnega ali naklepnege dejanja, so kazenske sankcije na mestu.

Končni cilj znanosti o varnosti je **preprečevanje napak in škodljivi-h dogodkov tako zaradi napak, nezavednih in zavednih kršitev ter lahkomišelnih kršitev.** Krivda se pri nas in marsikje drugje v svetu ocenjuje glede na **velikost posledic napake**. Kadar gre za napake s posledico, govori pravo o lažji ali hudi malomarnosti. Glede na to, kar je dokazala znanost o varnosti, se lahko sprašujemo, zakaj sta kazenski zakon in sodna praksa naravnana na kazno-vanje zdravstvenih strokovnjakov, ki se jim tako kot drugim ljudem lahko dogajajo človeške napake, ker imajo človeške možgane in se delovanje

možganov občasno izkaže z nepazljivostjo. Vsako človeško bitje ne more vedno ravnati »s potrebno pazljivostjo« ves čas, kajti na pazljivost deluje mnogo zunanjih dejavnikov, na katere človek, ki je bil vpleten v napako, nima nobenega vpliva. Ta način razmišljanja prava se je začel z industrijsko revolucijo. Pred tem sta bila za kriminalistično preganjanje potrebna dva pogoja: *actus reus* (kriminalno dejanje) in *mens rea* (kriminalna namera). S prihodom potencialno nevarnih strojev, ki lahko zaradi človeških dejanj povzročijo hude poškodbe, kriminalna namera ni bila več potrebna (Reason, 2008). Tako pri temeljni opredelitvi malomarnosti ni več zavestne in voljne sestavine, ampak se **malomarnost opredeljuje kot premajhna stopnja pazljivosti** pri ravnanju posameznika (Selinšek, 2009). Poleg tega se ne obravnava ravnanje, ampak posledice ravnanja.

Kadar gre za **človeško napako**, gre za sistemski problem in za preprečevanje napak je treba izboljšati sistem. Znanost o varnosti govori o tem, da je treba popraviti sistem, ker bistva človeških možganov ne more izboljšati. Znanost je jasno dokazala, da s spremembami v delovnih sistemih in procesih napake in škodljive dogodke zaradi napak in nezavednih kršitev lahko zmanjšamo. Laiki velikokrat očitajo, da gre sedaj za skrivanje zdravstvenih strokovnjakov za zid sistema. Vendar ni tako. Pravna in zdravstvena stroka nimata nobenega problema glede sankcij pri zlonamernih dejanjih in lahkomišelnih zavestnih kršitvah. Velik problem pa je, kadar nastane škoda zaradi človeške napake v zdravstvu.

S kaznovanjem posameznika ali posameznikov, ki so bili vpleteni v napako, dosežemo, da se posamezniki branijo. Ne morejo se braniti s tem, da bodo drugič bolj pazljivi, saj na pazljivost velikokrat nimajo nobenega vpliva. Prav tako ne morejo tisti trenutek, ko se zgodi napaka, tega preprečiti, ker če človek nečesa ne namerava storiti, kako naj tako stvar

prepreči. Tudi nepravilno kaznovanje za človeško napako nima tistega vpliva, ki si ga pravosodje želi, češ kaznovali smo zdravnika in to bo v poduk drugim zdravnikom in zdravstvenemu osebju, da bo bolj pazljivo in ne bo delalo napak. Kako le, saj gre pri človeških napakah za nenamerna dejanja, ki jih nikakor ne moremo enačiti z zlonamernimi dejanji in lahkomišelnimi kršitvami, četudi so kazni za človeške napake milejše. V kazenskih postopkih je sodna praksa pokazala, da so posledice za zdravstvenega strokovnjaka, ki je bil vpleten pri napaki in je šlo za človeško napako (torej z izrazom kazenskega zakonika za malomarnost, kjer storilec ni ravnal s potrebno pazljivostjo), mnogo blažje, kot če gre za zlonamer-no ali lahkomišelnost kršitev. Skoraj vedno pride do pogojnih zapornih kaznih, razen v primerih, kjer se že vnaprej med samim sodnim postopkom zazna s strani nevtralnega opazovalca, da se bo zadeva končala z zaporno kaznijo iz preprostega skrivečenega maščevanja v stilu: zob za zob, oko za oko. Ker so vse stvari na tej zemlji povezane, bi bilo pametno premisliti, kakšne so posledice, če se tako kaznuje enega samega zdravnika ali drugega zdravstvenega strokovnjaka.

Ljudje menijo, da je bilo pravici zadoščeno. Ali je to res? Kaj se dogaja v resničnem življenju, izven sodnih dvoran, izven pravnega sistema? Kaj se zgodi, četudi je takih sodnih primerov malo, če je obsojen en sam zdravnik ali drug zdravstveni strokovnjak?

- Napake se bodo ponavljale, ker nihče ne bo želel sporočiti napak – kultura tišine zaradi kulture strahu. Pogojna kazen ne spremeni ničesar, pač pa stvar poslabša in poveča strah pred posledicami; vpleteni v napako ne morejo narediti čisto ničesar, ker se stvari, ki so narejene ali opuščene nenamerno, ne da preprečiti na podlagi pazljivosti posameznika. Ker napak »ni«, se zdravstvo ničesar ne nauči. V

sisteme in procese se ne uvaja varoval in vse ostane po starem, ko se samo čaka, kdaj bo kakšen drug strokovnjak v enakem nespremenjenem sistemu napravil napako. To je znano tudi vsem v Sloveniji, saj se napake resnično ponavljajo.

- Napake se ne bodo samo ponovile, ampak se bodo povečale, ne samo zaradi tega, ker ne bo učenja iz napak, ne samo zaradi tega, ker se jih pripisuje zapletom zdravstvene obravnave, ampak predvsem zaradi defenzivne, obrambne medicine. Zdravnice in zdravniki že sedaj opravljajo nepotrebne preiskave in postopke, pošiljajo paciente na višjo raven zdravstvene obravnave (podaljšujejo se čakalne dobe in možnost za poslabšanje zdravja posameznikom) in odklanjajo zahtevne posege z enim samim namenom: skušajo se zaščititi v primeru obtožb. Vsak dodaten zdravstveni postopek ima vgrajeno določeno tveganje za zaplete, ki se jih z današnjim znanjem (še) ne da preprečiti, in tudi pri dodatnih postopkih lahko pride do napak. To so razlogi, da se **varnost pacientov poslabšuje**.

2.2 Ovire pri vzpostavljanju pravične kulture

Ovire so družbene, saj mora biti »nekdo kriv« za škodljivi dogodek. Pri tem pa zahtevamo odgovornost »za nazaj«. Odgovornost za »naprej« pomeni na področju varnosti pacientov vzpostavitev celotnega sistema varnosti pacientov. O odgovornosti za »naprej« se nikdar ne pogovarjamo, niti ni določena, saj bi ta lahko doletela vodstvo zdravstvenih organizacij, regulatorje in plačnike zdravstvenih storitev. Vodstva zdravstvenih usta-

nov skoraj brez izjeme dodelijo premalo virov za usposabljanje osebja za področje varnosti pacientov in vzpostavitev celotnega sistema varnosti. Ovira je tudi regulativa in problem nezaščiten dokumentacije, ki jo tisti, ki analizirajo napako, zberejo med analizo. Do nje ima dostop policija. Ko se to zgodi, se lahko poslovimo od vseh naporov za izboljšanje varnosti pacientov. Nekatere države so zaščito dokumentacije zakonsko uredile (Act on Patient Safety, 2003; Patient Safety and Quality Improvement Act, 2005; Danish Health Act, 2016). V naši državi raje »zadostimo pravici«.

Pomembne ovire za vzpostavitev pravične kulture so tudi v nas samih, zdravstvenih strokovnjakih, ker se ne zavedamo ali premalo zavedamo, da nismo samo mi odgovorni za izide zdravstvene oskrbe. Premalo storimo, da bi se usposobili za varnost pacientov in da bi spodbudili vodstva za vzpostavitev celotnega sistema varnosti pacientov ter zahtevali od regulatorjev, da naj sistematično uredijo predpise za izboljševanje varnosti pacientov in zdravstvenih strokovnjakov na osnovi znanstvenih dokazov in ne na osnovi mišljenj nekaterih »eminenc«. Nedavna raziskava o kulturi varnosti pacientov v vseh splošnih bolnišnicah v Sloveniji je pokazala, da ta ni dobra in da se osebje boji sporočati napake (Robida, 2013a 2013b).

Kaj storiti v zdravstvu, je opisano v mnogih člankih v tujini in tudi pri nas, a jih skoraj nihče ne bere. Priporočila Evropske komisije se v tej državi ne upoštevajo, mnenja pacientov glede zakona o kakovosti in varnosti v zdravstvu se dajo v predal, čeprav so bila poslana vsem poslanskim skupinam, v kabinet predsednika vlade, odboru za zdravstvo, na ministrstvo za zdravje in še kam. Tudi prva verzija zakona o kakovosti in varnosti v zdravstvu je obležala nekje. Dobri ureditvi tega področja pa so nekatera ministrstva, ki nimajo pojma, kaj se v resnici dogaja, nasprotovala, ker bi stalo nekaj denarja. Koliko stanejo škodljivi dogodki

zaradi napak, pri nas nihče ne izračuna. V nekaterih velikih državah gredo v milijarde, ne za plačilo odvetnikov in stroškov sodnih postopkov, ampak samo za dodatno zdravljenje, ko se napaka zgodi. Tudi trpljenje pacientov in svojcev ter zdravnikov in drugega osebja, vpletenega v napako, ima negativne posledice.

V pravosodju bi lahko premislili, kako poteka sodna praksa, ki v končni liniji škoduje pacientom zaradi naravnih obrambnih mehanizmov tistih, ki delajo v zdravstvu v prvi liniji, na ostrem koncu zdravstvenih organizacij in ki se jim napake dogajajo. Kaj storiti za oblikovanje pravične kulture za izboljšanje varnosti pacientov? Morda bi pa le prišla v poštev dekriminalizacija človeških napak, zaščita dokumentov, ki nastanejo ob analizi napak, in uvedba nekrivdne odškodnine. Škodljivi dogodek zaradi človeške napake in nezavednih kršitev v zdravstvu naj bi bil prag za kompenzacijo pacienta in ne za kaznovanje vpletenih v dogodek.

3 Zaključek

Odgovornost posameznika je uravnotežena z odgovornostjo sistema. Opredelitev odgovornosti med sistemi in posamezniki ima velik praktični pomen. Če to storimo narobe, lahko izpodkopljemo varnost. Discipliniranje posameznika za človeško napako, ob tem, da je sistem slabo deloval, lahko zakrije globoko patologijo zdravstvene organizacije, kot se je jasno izkazalo v mnogih primerih, kjer sem sodeloval pri analizi smrti zaradi domnevnih napak. Vodstva teh organizacij, ko so dobile poročilo o sistemskih pomanjkljivostih, so se odzvala z javnim diskreditiranjem komisij za analizo dogodka, razen v enem primeru.

Naš sistem obravnavanja napak je kaznovavno naravnan na posameznega zdravstvenega strokovnjaka, ne na zdravstvene organizacije in druge institucije v zdravstvu z neurejenimi sistemi in procesi s polno prikritih napak, v katerih delamo zdravstveni

strokovnjaki. Učenje je prekinjeno, ker je zdravstvene strokovnjake strah zaradi kulture obtoževanja, ki preprečuje razvoj kulture varnosti. Napak se ne sporoča, če pa se, jih ne znamo analizirati, pacienti težko pridejo do upravičenih odškodnin in zdravstvene strokovnjake se kazensko preganja zaradi tega, ker imajo človeške možnosti.

Predlagam, da se nehamo sprenevedati, ko pride do napake. Naučimo se, kako se napake analizirajo in kako se preprečujejo, uvedimo v svoje zdravstvene organizacije pravično kulturo, ki bo potegnila mejo med nenamernimi napakami in nesprejemljivim vedenjem, ter opozarjajmo pravno stroko in medicinske izvedence, nadzorne zdravnike in medicinske sestre, da naj se zavedajo celotnega problema varnosti pacientov. Nobene potrebe pa ni, da bi se odgovornost izgubila, če bi spremenili disciplinski in kazenski sistem. Šlo naj bi za drugačno vrsto odgovornosti, za odgovornost, ko mora posameznik preprečevati svoje in napake drugih z usposabljanjem za varnost pacientov in napake sporočati v sistem za sporočanje napak na lokalni in nacionalni ravni. Če se ne usposabljam za varnost pacientov, če svojih napak in napak drugih ne sporočamo, smo naredili napako z najhujšimi posledicami – vzdrževanje sistema, kjer se misli, da napak ne bo več, ko bomo nekomu zaradi človeške napake odvzeli licenco ali ga proglasili za kriminalca. Tisti, ki bodo vpeljali sistem varnosti s pravično kulturo, bodo pri sebi izboljšali varnost pacientov ter bodo sčasoma pritegnili tudi druge v zdravstvu, regulatorje in zakonodajalce. Tako kot zdravstveni strokovnjaki ne delamo v neki praznini, ampak je naše delo pod vplivom mnogih dejavnikov v delovnem okolju, se bo morala tudi sedanja zakonska ureditev obravnavanja napak prej ali slej opreti na izsledke znanosti o varnosti pacientov. Tega zaenkrat ne moremo početi zaradi kulture strahu pred neupravičenim obtoževanjem.

Zdravstvena politika, zdravstvene organizacije in strokovne javnosti ter pravosodje, vključno s sodstvom, nimajo več nobene druge izbire, kot da se resno vprašajo: »Zakaj se kljub začasnemu odvzemanju licenc in kriminalizaciji napak te še vedno dogajajo?«

Kultura obtoževanja je največja napaka, ki preprečuje izboljševanje varnosti pacientov. Nadomestiti bi jo morala pravična kultura. Pravična kultura nikakor ne izključuje odgovornosti posameznika.

Za slovensko zdravstvo potrebujemo robusten pristop z uravnoteženo kulturo neobtoževanja posameznika na eni strani in odgovornostjo posameznika na drugi. Le tako bomo lahko govorili o pravični kulturi, katere končni cilj je zmanjševanje škodljivih dogodkov zaradi napak in tvegane-ga obnašanja posameznika.

Viri

1. Dekker, S. (2007). Just culture: bsalancing safety and accountability. Brlington: Ashgate Publishing Company.
2. Fourth International Atomic Energy Agency.(1991) Safety culture. International Safety Advisory Group, Safety Series 75-INSAG-4. Vienna: International Atomic Energy Agency.
3. Institute of Medicine (2000). To err is human: building a safer health system. Washington DC: National Academy Press.
4. Kazenski zakonik. Uradni list Republike Slovenije št. 55/2008
5. Korošec D. Medicinsko kazensko pravo. Ljubljana: Cankarjeva založba, 2004.
6. Korošec D. Kazniva napak v zdravstvu- Kazenska odgovornost. V: Etika v belem - 7.
7. Posvet- Napaka v zdravstvu in njena obravnava, 2009 Okt 23–24; Bled: Agencija za
8. management; 2009.
9. Marx, D.J. (2001). Patient safety and the "Just culture": A primer for health care executives. New York:Columbia University.
10. Patient Safety and Quality Improvement Act. Public Law 109-41 109th Congress; 2005.
11. Reason, J. (1997). Managing the risks of organisational accidents. Aldershot: Farnham Publishing, 1997.
12. Reason, J. (2008). The human contribution, unsafe acts, accidents and heroic recoveries. Farnham: Ashgate Publishing.
13. Robida, A. (2012). Kriminalizacija človeških napak v zdravstvu: Rešitev ali poguba za paciente. ISIS, 21 (12):17–23.
14. Robida, A. (2013a). Hospital survey on patient safety culture in Slovenia: a psychometric evaluation. International Journal for Quality in Health Care, 25(4):469–475.
15. Robida, A. (2013b). Perception of patient safety culture in Slovenian acute general hospitals. Zdrav Vestn, 82(10): 648–660.
16. The Danish Act on Patient Safety, Act no. 429 of 10/06/2003.
17. The Danish Health Act no. 1188/24/09/2016
18. Wachter, R.M. (2013.)Personal accountability in healthcare: searching for the right balance. BMJ Qual Saf. 22(2):176–180.



Komentar k zapisom

Isis, februar 2018, št. 2

Marjan Kordaš, Ljubljana
marjan.kordas@mf.uni-lj.si

Že večkrat mi je prišlo na misel, da bi bilo vredno neketere prispevke za Isis komentirati. Zapisati tako, da bi bilo za pol, največ za eno stran besedila, kot za osebno uporabo za osebni arhiv. Pa ne v obliki nekakšne suhoparne recenzije, temveč preprosto povedati, morda celo subjektivno, kaj mi je všeč in zakaj.

Str. 6: Odličen intervju. Premišljuje, kdo od obeh je boljši: prof. Ihan z vprašanji ali prof. Štrukelj z odgovori. Vse skupaj res dobra in pregledna informacija o bioloških zdravilih.

Str. 16: Doc. Berce je pripravil odličen zapis pravzaprav ne le o mentorstvu, temveč tudi o ozadju. V bistvu zapis o empatiji ter obojestranski odgovornosti učitelja in učenca.

Str. 30: Kolegici dr. Rejec Taljat čestitam, prvič, za pogum, da je spregovorila o svojih osebnih stiski, drugič pa čestitam za izvrsten zapis

o birokratskem labirintu, v katerem deluje slovensko zdravstvo. Njen zapis daleč presega tematiko *zdravnik kot bolnik*.

Str. 94: Včasih se mi zdi, da so aforizmi prof. Tomažiča nekakšni prebliski, *highlights* naše revije. Prof. Tomažič, če boste svoje aforizme zbrali v knjigi, se Vam priporočam kot bralec.

Str. 97: Zdi se mi, da se je prof. Marinček svoje tematike lotil »v živo«, po mojem mnenju skoraj literarno. Pač tako, kot izhaja iz osebnih, praviloma bridkih izkušenj. In kot izkušen jadralec (se spominjate njegovega opisa jadriranja mimo otočja Galapagos?) je na koncu(!) svojemu besedilu dodal odlično sliko potopljenega čolna. Hm: čoln je mogoče dvigniti in ga spet usposobiti za plovbo, pri človeku pa je ponovno usposabljanje za plovbo ...

Zločin in kazen »modernih« centristov

Prim. dr. Rade Iljaž, dr. med., Medicina Iljaž, d. o. o.

Ponosen sem na vse dosežke in napredek »terenske« in akademske družinske medicine v teh 20 letih dela v osnovnem zdravstvu. Ponosen sem na svojega mentorja pri doktorskem študiju, ki je aktualni dekan Medicinske fakultete, in na številne druge kolege, ki uspešno predstavljajo našo državo v številnih mednarodnih organizacijah. Nič manj ne občudujem vseh tistih, ki dnevno izgorevajo na prvi bojni črti našega zdravstva, v neposrednem stiku z bolniki v ambulantah in na terenu.

Hkrati sem zelo zaskrbljen zaradi popolne dezorientiranosti in kontinuiranega neetičnega ravnanja najbolj odgovornih nosilcev našega zdravstvenega sistema. Kakšen je dejanski

namen *ad hoc* zakonskih rešitev, pisanih po nareku ozke skupine privilegirancev, in nečloveških oz. nemoralnih določil v samoupravno-socialističnem reliktu s pomenljivim naslovom »Splošni dogovor«? Kaj je resnični cilj in smisel skrajno spornega in neetičnega 18. odstavka 24. člena pred kratkim sprejetega Splošnega dogovora za leto 2018, ki se glasi:

»(18) Če je pristojni RSK za določeno specialnost potrdil kriterije in merila za določanje ustrezne stopnje nujnosti za določene preglede oziroma indikacije za napotitev na pregled, zdravnik pa ob izvedbi pregleda ugotovi, da izdajatelj napotne listine teh kriterijev ni upošte-

val, se strošek pregleda zaračuna izvajalcu, ki je napotno listino izdal. »

Videti je, da gre zgolj za še eden v vrsti birokratskih poskusov metanja peska v oči in delanja razkola med zdravništvom. Pa vendar je tokrat vse skupaj šlo predaleč. Številni kolegi iz osnovnega zdravstva so že izrazili svoje ogorčenje; naj jih citiram le nekaj:

- »Ko berem medije in forum glede kaznovanja ob neustreznem napotovanju, se s cmokom v grlu v ponedeljek, po podaljšanem vikendu vračam na delovno mesto. Od oktobra, ko sem postala specialistka, smo v novo odprti ambulantni registrirali 1650 pacientov (konca še ni videti). Dnevno imam 60–70 obravnav in tudi nekaj nujnih napotnic, vem, da delam defenzivno, vendar ob taki frekvenci in načinu dela ne gre drugače, ne morem več prevzeti odgovornosti, da je samo osteomuskularna bolečina ipd. Predvsem moram, ko pridem domov, še kaj od sebe družini dat in mirno zvečer zaspat, sicer samo premlevam in premlevam, kaj pa če je tisti, ki sem ga tako na hitro pogledala in sem se odločila, da ga vseeno ne napotim, kaj če se mu je kaj hudega zgodilo. Saj vsi, ki delate, poznate ta občutek. Verjetno so tudi to znaki izgorelosti (pa šele začela sem). Ko dobim prvo denarno kazen, rečem hvala za rože in odidem, to ni zame. Mogoče še prej za en dan povabim zdravnika, ki mi je kazen dodelil, kot opazovalca v mojo ambulanto. Stvari nam uhajajo prek vseh razumnih meja.«
- »Udarili so z ZZS, ZZdej, sedaj pa še z ilegalno vnesenim členom SD. Niti centa ne mislim plačati za kakršno koli kazen, sploh pa ne za takšno, katero bo blagoslovil sekundarec ali celo terciarec, ki pojma nima o moji stroki. Jaz si ne drznem utikati se v njegovo

delo in ne bom pustil, da se on v moje delo. Stalno nam za bogate denarje predavajo in pametujejo, sedaj nas bojo pa še kaznovali. RSK za DM naj jasno zavrne kakršne koli predloge glede ustreznosti stopnje nujnosti glede stanj. Ni ga algoritma ali mnenja „profesorjev“, ki bi lahko določil, katera stanja so kako nujna. Vsak zdravnik napotovalec se po lastni presoji in vesti v danem trenutku odloči za najboljši izhod za pacienta. In na to vpliva nešteto dejavnikov. Določitev kriterijev bi pomenilo napovedati vreme za en mesec unaprej – ni ga računalnika, ki to zmore.«

- »Verjetno sem kot posledico na to novico dobil gripo. Specializant družinske medicine še nisem leto dni, pa me iz meseca v mesec pretresajo take vrste ukrepi MZ. Če mi je bila zelo všeč ideja o nižanju GK, sta zadnja dva popravka zakonov in zdaj še ta del splošnega dogovora močno omajala mojo željo o nadaljevanju specializacije. Zdi se mi, da plačujemo z obrestmi, kar smo s stavko lani pridobili. Resnično pod temi pogoji težko vidim svojo prihodnost v DM v Sloveniji.«
 - »Politika je spet uporabila staro pravilo DELI IN VLADAJ. Poskušala spreti primar in sekundar med sabo, mi se prepiramo zaradi brezveznih stvari, oni pa s kamioni odvažajo denar iz zdravstva.«
- Odzivni slovenskih državljanov na forumih vplivnih javnih medijev so še bolj ostri in neposredni, 148 odzivov je bilo 10. februarja 2018 dostopnih na: <http://www.rtvsl.si/zdravje/novice/za-neupraviceno-napotitev-k-specialistu-bo-kaznovan-zdravnik/445607#comments>. Nava-jam le štiri:
- »Haha, kakšne neumnosti. Sedaj se bodo kaznovali med sabo. Ko pa bo kdo umrl, ker ni bil napoten, se bodo pa spet obtoževali med sabo.«
 - »Tipično slovensko: če nekaj ni v redu, je treba nekoga kaznovati.

Da bi odpravili vzroke ali predlagali izboljšave, je pa prezahtevno.«

- »So normalni? Moje stanje enako kot od kolega. Po preiskavi dve diagnozi: jaz vnetje, on rak. In kdo bi odgovarjal za nepotrebno žrtev?«
- Norijam ministrice ni konca. Vsakemu, ki ima kaj pameti v glavi, je jasno, da je bolje kakšen pregled več kot premalo. Le naši ministrici ne. Saj res, kakšne ukrepe pa je sprejela za preprečitev korupcije v zdravstvu?«

Zadnji citat je najbližje bistvu problema; kaj je v resnici storjenega za preglednejšo porabo javnih sredstev in posledično za več denarja za nujno potrebne kadre in opremo? Vrabci že čivkajo o ogromnih zneskih, ki uhajajo preko neurejenih javnih naročil v javnih zavodih.

Le dva banalna primera možnih prihrankov pri javnih oz. centraliziranih naročilih:

1. Razpisi za reševalna vozila preko ministrstva za zdravje. Doslej je bil izveden zgolj en tovrstni razpis, če se ne motim, v letu 2010. Razen visokih prihrankov (najmanj 20.000 evrov na vozilo) je zagotovljen preverjen dobavitelj z zanesljivo in kakovostno servisno podporo.
2. Dve javnozdravstveni ustanovi, katerih upravi sta oddaljeni slabih dvesto metrov, nabavljata isti drobn material po dva- ali večkrat višjih cenah.

Sedanja sestava ministrstva za zdravje je, ob podpori nekaterih svetovalcev iz zdravniških vrst, preizkusila že številne tehnike preusmerjanja pozornosti iz ključnega problema našega zdravstva – skrajno neracionalne in sporne porabe t.i. javnozdravstvenega denarja.

Nisem zagovornik teorij zarot, ampak se resnično sprašujem, ali gre res za čisto naključje, da se z ukrepi najbolj udriha po najbolj učinkovitih in dokazano uspešnih segmentih našega zdravstva – koncesionarjih in

osnovnem zdravstvu? Krivce za razsipno in neučinkovito javno zdravstvo se preko spornih zakonskih določil sedaj poskuša najti med tistimi, ki garamo do onemoglosti, brez večjih stroškov in praviloma za drobiž. V svojih dveh ambulantah imam opredeljenih 2380 zavarovancev (po birokratsko), v povprečju dnevno pregledam 40 naročenih in 15–20 nenaročenih bolnikov. Opravim še cca 40 t.i. obiskov brez pregleda (pisanje receptov, pripomočkov, napotnic ipd.) ter telefonskih in e-posvetov. Opravljam številne male kirurške in urgentne posege, obravnavam odvisnike od prepovedanih in dovoljenih drog, izvajam številne preventivne ukrepe in usmerjeno obravnavo različnih akutnih in kroničnih bolezni. Od pridobitve referenčne ambulante je obravnavo slednjih, tako kot preventivno delo, še bolj kompleksna in poglobljena. V zadnjih mesecih tedensko odklanjam vsaj 10 prošenj za vpis novih bolnikov. Sam ne zmorem več, novih zdravnikov družinske medicine ni mogoče dobiti, glede na plačila ZZS pa tudi ne zaposliti.

Ne dvomim, da nekateri zdravniki primarne ravni pogosteje napotijo bolnike na sekundarno raven, včasih tudi prehitro ali z neustrezno stopnjo nujnosti. Jih je zato treba denarno kaznovati oz. strokovno degradirati? Najboljši učitelji na dveh medicinskih

fakultetah so nas nenehno opozarjali, da se je treba najbolj bati tistih »nezmotljivih« v naših vrstah, resničnih »bogov v belem«. Kakor piše v najbolj brani knjigi vseh časov: »Naj prvi vrže kamen tisti, ki je brez greha ...«

Kaznovanje stanovskih kolegov po presoji posameznih RSK-jev in mimo presoje nadzornih zdravnikov ZZS uvaža v naše zdravstvo princip divjega zahoda. Kliničnim specialistom in specializantom podeljuje šerifske značke, zdravnike na primarni ravni pa enači z glinenimi golobi, na katere je možno streljati z vseh strani. Kaj si mislim o »kolegih«, ki takšne ukrepe podpirajo, bom raje obdržal zase.

Glede na hude kadrovske primanjkljaje bi si najbrž marsikatera klinična stroka z veseljem prigrabila ambiciozne specializante iz vrst družinske medicine, česar nekateri niti ne prikrivajo več. Kdo bo potem opravil obsežno strokovno in administrativno delo zdravnika iz osnovnega zdravstva, ko nas ne bo več na voljo? Koga boste potem denarno kaznovali za človeškost in upoštevanje celostnega pogleda na bolnika in hkrati javno linčali ob strokovnih spodrseljajih? Katera specializacija bo naslednja na vrsti, do končnega samouničenja?

Bistveno bolj od politične nerazsodnosti je zaskrbljujoč molk ali celo deklarativna podpora škodljivim in neetičnim ukrepom politike s strani

posameznih strokovnih vodstev v javnih zavodih. Slednje daje misliti glede soodgovornosti, morale in dejanskih namenov nekaterih naših vplivnih kolegov.

Politiki in njihovi administrativni priskledniki se vsake toliko malo zamenjajo. Brez podpore častihlepnih, samovšečnih ali zgolj materialističnih vplivnežev iz zdravniških vrst politika nikoli ne bi mogla biti tako uspešna pri degradaciji in razgradnji nekoč zglednega zdravstvenega sistema. Skrajni čas je, da tudi krovna stanovalska ustanova, torej razsodišča in odbori Zdravniške zbornice Slovenije (ZZS), prevzamejo del odgovornosti in ponudijo možne rešitve. Ukrepanje je nujno potrebno v obeh smereh:

1. Sistematično zbiranje podatkov o neustreznih napotitvah in neustreznem zdravljenju na vseh ravneh ter izvajanje strokovnih nadzorov pri zaznanih sistematičnih kršitvah in predlaganje ukrepov.
2. Podajanje mnenj s strani organov ZZS glede ravnanja in izjav članov ZZS, ki se vztrajno oklepajo vodilnih položajev v problematičnih javnih zavodih, delajo razkol med zdravništvom in podpihujejo nestrpnost, maščevalnost ali celo sovraštvo do stanovskih kolegov.

S svojo pasivno držo zgolj prispevamo k nadaljnjemu kaosu in razsipništvu v režiji politike.

Majoneza ali ocvirki?

Silvana Popov, dr. med., Zasebna splošna ambulanta

Pred kratkim mi je onkološki bolnik (rak želodca) prinesel izvid iz Posvetovalnice za klinično prehrano. Citiram konec izvida: »Svetujem 6–7 majhnih obrokov, ki naj bodo hranilno in energijsko bogati. Hrana se lahko obogati z dodatkom smetane,

majoneze, olja ipd. Poudarek naj bo predvsem na zadostnem vnosu beljakovin (mleko in izdelki, meso in izdelki, jajca, ribe, stročnice, če jih prenaša) in ogljikohidratnih živil (kruh, riž, testenine, krompir). Za pokritje beljakovinskih potreb

priporočam OPD Fresubin protein powder, ki se lahko zmeša v juhe, pudinge ipd. Kontrola čez mesec dni po predhodnem naročilu na telefon ...« V podpisu ime, priimek, dipl. m. s., spec. klinične dietetike. Kaj povedati pacientu, ko prebereš takšen izvid? Bi ga vprašala, katere mesne izdelke mu je spec. dietetike priporočila? Haloško bunko ali

prleško tunko? Hrenovke ali paštete? Ocvirke ali zaseko? Sladko ali kislo smetano? Koliko majoneze dnevno? Bila sem šokirana. Znano je, da mesni izdelki z dodatkom nitritov, emulgatorjev povečajo tveganje za nastanek raka na želodcu. Majoneza je narejena iz sojinega olja (genetsko

spremenjena soja). Sojino olje je eno najbolj škodljivih olj, ker vsebuje veliko transmaščob. Sladkor iz pudinga je hrana za rakave celice in za kandido. Lahko bi še naštevala, kaj vse je škodljivo. Končala bom s citatom iz knjige »Kako najlažje pojesti svoje zdravje« dr. Ane Gifing.

»Nihče nam ni dal v roke cigarete ali slastnega krofa v usta. Naša pravica je, da jemo dobro hrano in da vemo, kaj jemo. Informacije nam nikoli niso bile bolj dostopne. Odprimo oči, izobražujmo se, sprašujmo. Ampak vprašajmo tiste, ki nam bodo znali pravilno svetovati!«

(Pre)napeta regulativa

Nina Mazi, Ljubljana

Koliko regulative prenese stroka?

To vprašanje si zdravniki (in njihovi najožji sodelavci) zastavljamo od trenutka, ko se vključimo v zdravstveni sistem, pa vse do formalnega konca svoje kariere, v belem oz. kar do groba. Sprva si ga zastavljamo potihoma in zadržano, potrpežljivo in malce negotovo, polni strahospoštovanja do tistih, ki pač vedo in znajo oz. bi vsaj morali vedeti in znati, kako se stvarjem streže, kasneje pa vedno bolj glasno in nemirno. Zastavljamo si ga vedno znova, a nanj praviloma ne dobimo odgovora.

»Ker odgovorov na to vprašanje ni oz. jih ponuja regulativa sama,« trdi prijatelj pravnik, prepričan, da vsako novo vprašanje prižge zeleno luč za dodatno regulativo, čeprav je v trenutku slabosti pripravljen tudi priznati, da prekomerna regulacija duši razmišljanje, hromi stroko, omejuje družbo in uničuje odnose.

Sošolec psiholog pa v zvezi s tem zagovarja ključno trditev, da je prekomerna regulacija znak nesposobnosti, neznanja, nemoči, pomanjkanja inovativnosti, iznajdljivosti in ustvarjalnosti, pa tudi strahu, da bi se kaj zgodilo in bi se bilo treba *ad hoc* odzvati, pa ne bi vedli, kako. Zdravniki, vsaj večina izmed nas, to vemo in

zmoremo, saj se pri svojem delu oz. uresničevanju svojega poslanstva nenehno soočamo s situacijami, ki terjajo hiter odziv, sprejemljiv, opravičljiv in ustrezen tako s strokovne kot tudi s človeške plati. Zato je in ostaja prepričanje, da zdravstvo najbolje vodi in upravlja zdravnik, ki premore dovolj intelektualnega potenciala, dodatnega menedžerskega, organizacijskega in finančnega, pa tudi pravnega znanja, splošne razgledanosti in vodstvenih ambicij, več kot relevantno. Poznavalci razmer vedo, da je v naši državi kljub omejenemu bazenu kadrovskih potencialov na voljo dovolj zanesljivih posameznikov, ki so tovrstne naloge sposobni in pripravljeni dobro opravljati. Ali pa zmorejo krotiti svoj ego in se brez nepotrebnih predsodkov obdajo s preverjenimi strokovnjaki, ki te zadeve obvladajo bolje kot oni sami, so jim pripravljeni prisluhniti in jih upoštevati, ne da bi se zato odpovedali dolžnosti in privilegiju razmišljanja z lastno glavo in z njim povezanega samostojnega odločanja. Morda se še najpogosteje zaplete pri človeških lastnostih, potencialnih vodij, ki nemalokrat zabredejo v težave tudi zaradi dejstva, da glavnino ljudi prihod na položaj spremeni (jim stopi v glavo. Tedaj je po mnenju dr. Petra F. Druckerja treba storiti le eno: sestopiti s položaja

in se vrniti med navadne smrtnike. Vse ostalo lahko hitro privede do strokovne degradacije, osebne deterioracije in javne kompromitacije oz. javnega linča) ter iz njih v odločilnih trenutkih potegne neljube, morda celo nezaslišane zadeve, ki bi sicer ostale javnosti skrite.

Koliko regulacije oz. regulative potrebujemo?

Za začetek le in samo toliko, da lahko vzpostavimo temelje ustreznega sistema, ki ne bo temeljil na protislovnih načelih in se ne bo zaradi nezdružljivosti temeljnih ambicij sesul sam vase, še preden bo sploh lahko zaživel v praksi. Nato pa je po potrebi smiselno oblikovati in uveljavljati dodatne regulativne elemente. Pri čemer je treba upoštevati, da je v tem stavku ključna konotacija »po potrebi«. Kar jasno in glasno pove, da regulativa »na zalogo«, »za vsak slučaj«, da bi se izognili potencialnim zapletom, opravičljiva v kontekstu razmišljanja po analogiji in priseganja na inercijo oz. tista, ki naj bi služila kot dokaz, da snovalci zakonodaje obvladajo zaupane naloge, trdo delajo in si zaslužijo svoje privilegije, ni potrebna oz. se prej ali slej izkaže za škodljivo, saj po nepotrebnem slabi in izčrpa drago-

cene materialne in nematerialne potencie.

Zakaj sploh regulativa in čemu je namenjena?

Določena mera regulative je predpogoj in nepogrešljiv temelj urejene demokratične družbene skupnosti. Regulativa naj bi v družbi služila predvsem boljšemu delovanju (učenju, razmišljanju, ustvarjanju) in spodbujanju oz. zagotavljanju višje kakovosti življenja. To je njena primarna naloga, kateri pa ob bok stopa še preprečevanje, obvladovanje in lažje razreševanje zapletov ter učinkovito, čim bolj neboleče odpravljanje njihovih neželenih posledic. Za piko na i pa je regulativa namenjena še vzpostavljanju, uresničevanju, spodbujanju in krepitvi sodelovanja, komunikacije in povezovanja med ljudmi, dinamičnega sožitja med ljudmi in naravo, med posameznikom in nje-

govim družbenim okoljem oz. skrbi za enakopravno, v razumni in sprejemljivi meri tudi konkurenčno in kompetitivno sooblikovanje ter vključevanje v tok življenja v ožji in širši skupnosti. Poslanstvo zdravnika je nepogrešljivo v vseh treh pravkar naštetih funkcionalnih stebrih oz. konceptih, zasnovah in pristojnostih regulative. Zato je nerazumljivo in nesprejemljivo, da zdravniki niso vključeni v pripravo/snovanje in oblikovanje ter uveljavljanje regulative, namenjene zdravstvu in javnemu sektorju na splošno. Ob razmišljanju in upoštevanju vsega naštetega se človek mimogrede zave stranpoti sodobne regulative, ki se danes na številnih področjih (vključno z zdravstvom) uporablja in zlorablja v različne namene.

Stranpoti regulative

Regulativa nikakor ni in ne sme postati oz. biti poligon za merjenje materialnih priložnosti, politične

moči in družbenega vpliva posameznikov in skupin, za krepitev, uveljavljanje in uresničevanje njihovih parcialnih interesov, ki ne zagotavljajo splošnega blagostanja – večje blaginje in višje kakovosti življenja, delovanja in bivanja. Dobri strokovnjaki (zdravniki, pravniki, psihologi, sociologi idr.) se zavedajo, da je regulativa potrebna, a ne vsemogočna. Marsikaj, kar je sicer legalno, ni legitimno in obratno. V odločilnih trenutkih, ko človek postavlja na tehtnico večje in manjše tveganje, nevarnost in zlo, se mora bolj kot na regulativo zanesti sam nase. Na svoj notranji kompas, na lastno osebno integriteto in na svojo vest, zavedajoč se, da številnih zagat v življenju ni mogoče reševati s pomočjo črke zakona, marveč zanje veljajo predvsem ali celo izključno zakoni srca. Pri tem igra notranji občutek oz. glas vesti odločilno vlogo. Vest je namreč vrhovni sodnik in najbolj neizprosni tožnik.

Pregled vseh strokovnih srečanj na enem mestu!

Obiščite našo spletno stran:

www.domusmedica.si

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

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

Tu najdete tudi koledar kulturnih prireditev v Domus Medica.





S Schubertom na operacijo in nazaj na koncertni oder

Pogovor s tenoristom Ambrožem Bajcem Lapajnetom

Igor M. Ravnik, dr. med., Ljubljana

V posebno veselje mi je, da sem vas lahko osebno spoznal, gospod Ambrož Bajec Lapajne. Hvaležen sem vam, tudi v imenu Društva Liga proti epilepsiji, ker ste že pred dvema letoma gostovali – ne sicer osebno, s posnetkom Schumanna – na strokovnem srečanju, ki smo ga v Narodni galeriji v Ljubljani posvetili epilepsiji in umetnosti. Tistega dne se je kar neverjetno ujelo več stvari: mednarodni dan epilepsije in slovenski dan kulture, nekaj dni prej pa še odprtje prenovljene Narodne galerije, kjer zdaj sediva in za katero je bil nekoč zelo zaslužen Rihard Jakopič, prav tako »oseba z epilepsijo«.

Vaša izkušnja z budno kirurgijo, ko ste med operacijo peli Schuberta, snemanje in objava na YouTube zame pomeni posebej dragocen prispevek k humanistični zavesti tega časa. Globoko človeški, saj ste predali svoje zelo osebno sporočilo v izmenjavo dobrega med ljudmi v obdobju, ki ga sicer označuje skrajno, tehnološko olajšano razmnoževanje nepomembnih in lažnih vesti.

V pogovoru bova prepletala osebne, medicinske in glasbene teme. Tem stvarim sva vsak s svoje plati oba prišla blizu, tako da se tudi sam ne bom postavljaj v vlogo nevtralnega novinarja, saj to nisem.

A začniva z glasbo. Ste že v zibelki poslušali samospelve? Se je tudi v vaši družini prepevalo?

V moji ožji družini niti ne, oče je pel v partizanskem pevskem zboru, mama pa v akademskem pevskem zboru. Jaz sem bil v bistvu vse otroštvo plesalec, plesal sem športni ples, tudi tekmoval sem.

Včeraj bi se morala srečati na predavanju, nocoj pa na vašem koncertu. A je virus oboje preprečil. Zanima me, o čem naj bi včeraj tekla beseda v Hubadovi dvorani?

V bistvu ni bilo predavanje, šlo je za pogovor, predstavitev mene kot umetnika.

Nekaj tega lahko opraviva midva. Ste se šele v tujini šolali kot pevec?

Na visokem nivoju ja. Tukaj sem naredil srednjo glasbeno šolo.

Samo petje ali tudi kakšen instrument?

Petje. No, štiri leta sem imel tudi pouk klavirja, ampak tako bolj z dvema prstoma. Ker doma nisem imel instrumenta, nisem imel kje vaditi in sem ostal na amaterski ravni.

Prej pa ste študirali nekaj drugega?

Prej sem študiral hkrati politologijo na fakulteti za družbene vede. Ko sem končal srednjo glasbeno šolo, sem odšel v Amsterdam na avdicio za konservatorij in tam so me sprejeli.

Se pravi, da vas je glasba postopoma vse bolj zanimala od fakultete naprej, če ste prej še plešali. Ali ste takrat že zaključili? Tri stvari obenem ali ena za drugo?

Ja. Gledal sem film, v katerem je imela violinistka neko bolezen in ni mogla več igrati. Zdi se mi, da je imela multiplo sklerozo. Imela je učenca. Njuno izvajanje Bachove skladbe me je čisto fasciniralo. (Op.: Ugotoviva, da je šlo je za Bachov koncert za dve violini v d-molu. Film pa je Duet za dva, Duet for two). Takrat je prevladala odločitev za glasbo. Imel sem 16 let.

Sam nisem razumel, kaj govorijo pevci o tehniki petja, in sem težko povezoval njihove besede s svojimi občutki. Kot bi mi manjkalo nekaj sinaps, da bi to povezal. Pa rad pojem. In sem poskusil. Kot violinist nimam težav z intonacijo, a sem pel na grlo in ga utrujal. Že po dveh učnih urah sem spoznal, da je petje fizično zahtevno, pravi



šport. Terja trening, kondicijo, posebno skrb za organ. Baje je težko najti pravega pedagoga – naj raje rečem trenerja? Ste ga vi kmalu našli?

Ne, žal ne. Sem ga pa našel v zadnjih petih letih v Nemčiji in ta gospa je zdaj med drugim postala moja zelo dobra prijateljica. Prva stvar, ki mi jo je rekla, je: petje je kot šport. Tako da ja, moraš biti tudi kondicijsko in fizično pripravljen. Problem je v tem, da moraš biti sproščen. Kako biti sproščen, če pa roko držim gor? Napete morajo biti prave mišice, tiste, ki jih ne potrebuješ, pa morajo biti sproščene.

Pravijo, da moškega pravilne pevske tehnike lahko uči samo moški. In seveda obratno. Imamo zelo drugačno fiziologijo; o trebušnem dihanju moških in prsnem žensk izvemo že na fiziologiji. In da se tudi pevske tehnike razlikujejo. Drži?

To po moje drži za večino pedagogov, profesorjev. Če pa najdeš nekoga, ki uči tehniko, je za vse pevce, kontratenor, sopran, alt, enako. Vprašanje je potem, ko se začnejo delati razlike v repertoarju in stilu. Mogoče pa najbolj pri izbiri repertoarja.

Si za kondicijo in za krepitev pravih mišic pomagata s kakšnim športom?

Malo se ukvarjam z aikidom, z japonskim borilnim športom, ki ni nasilen. Zanimivo je, ker tam naletim na isto frustracijo kot pri petju. To pomeni, da ko se v nekaj zapičim, naletim na zid. Ne morem preko tega zidu in to onemogoči napredovanje.

Sledi temu tudi meditacija kakšne posebne vrste?

Ja, po svoji duhovnosti sem budist, tako da doma vsak dan meditiram in moj mož tudi. Imava *shrine* (op.: oltarček), kadilo in zvonec. Tako se usedem in sem pol ure v svojem svetu oziroma v nikakršnem svetu. Poleti sem hodil tudi na jogo in tam so iste frustracije. Ampak tam dela vsak sam, pri aikidu se pa vedno dela v paru.

Zanima me, ko sva ravno pri jogi, je to klasična joga ali imate posebne vaje?

Imam posebne dihalne vaje, ki niso iz joge, ampak iz petja. Tudi veliko pihalcev prihaja k meni, da izvejo, kako bi prav dihali s prepono. Gre za kontrolo prepone.

Vas bolj mika koncertno ali operno petje?

Ne bi mogel reči, da eno bolj kot drugo. Koncertno mi je trenutno bliže, ima pa operno svoje izzive.

Na YouTube sem poleg Schuberta v operacijski dvorani našel Schumannov Liederkreis, Faurejevo En sourdine in odlomek iz Honeggerjeve operete Dogodivščine kralja Pausola. Je jezik za vas pomemben pri petju? V katerem jeziku najraje poje?

Ja, zelo mi je pomemben. Nimam najljubšega jezika, ljubši so mi tisti, v katerih več delam. Za koncert sem zdaj pripravil veliko nordijskih skladateljev. Švedščina je izjemno lep jezik in tudi melodičen.

Spremljal sem debato pevcev, češ da italijanščina ni problem, ker da se enako izgovarja pri govoru kot pri petju, pri francoščini pa naj ne bi bilo

tako. Je to res? Nemškega tenorista so hvalili, da preseneča z novimi elementi pete francoščine. Je res taka razlika med postavitvijo glasu, ko ga poješ in ko ga govoriš?

Mogoče se to lahko vidi le pri nosnikih. Nosnika v francoščini ne moreš peti, kot ga izgovarjaš. Tega se izogibamo. Ker ni idealne projekcije glasu in tehnike. Za moje pojme je Domingo fantastičen pevec, v italijanščini je pel famozno. Tudi pri njem pa se vidi, da je jezikovna ovira v nemščini kar velika.

Pa samospevi? V mladosti sem jih poslušal bolj radovedno kot rad. Če nisem razumel, sem želel prevod. Če medtem, ko poslušáš, bereš prevod, te to zmoti. Doživetje pa naj bi bilo celovito. In res zven, fonetična snov besed, je lahko glasbeno enakovreden tako kot spremljevalni instrument ali pa človeški glas brez besed (barva, melodija, višina). V tisti debati je bilo rečeno, da ni pomembno, ali pevec ali poslušalec jezik razume, ampak da ga »uporabita na glasbeni način« in temu sledi tudi razumevanje. To slednje se mi zdi malo za lase privlečeno. Posredovanje vzdušja, dinamike dogajanja, seveda, ne pa pripoved vsebine. K vsakemu vzdušju in dinamiki si lahko zamisliš več različnih zgodb.

Ja, Slovenci smo s tem malo oškodovani, ker je malo glasbene literature napisane v našem jeziku. Če pogledamo samospeve velikih skladateljev, so vsi v nemščini. Če si Nemec in poslušáš nemško glasbo, takoj doživiš to zlitje glasbe, ki ga mi ne bi. Isti problem je z drugimi jeziki. Mislim, da bi moral biti nek univerzalni jezik za glasbo, da bi v nekem samospetu lahko izrazil vzdušje, tudi če nihče ne razume besedila. Nekateri pevci se za kakšno skladbo naučijo jezika samo fonetično, da lahko zapojejo v tujem jeziku, tudi če ne razumejo. Jaz tega ne bi mogel. Če se hočem stvari naučiti na pamet, moram poznati pomen.

Pri aja tuta nana nina, le popevka materina ni težav. Sicer pa bi bilo

bolje povabiti občinstvo, da pride na koncert četrť ure prej in si prebere besedila? Včasih so tudi besedila pomensko in jezikovno lahko dokaj skromna, zlasti glede na izrazno moč glasbe. Recimo tista prelepa Händlova hvalnica platanini senci. *Ombra mai fu ...* Pa je le navaden opis ljubke sence pod drevesom, ki ga glasba povzdigne do popolnosti. Zakaj ste šli na Nizozemsko? Nizozemščina ni ravno zgled melodičnosti. In študirali ste politologijo. Tam se tudi bolj lepo reči kot poje.

Politologijo sem skoraj že končal, vendar sem lovil tudi še zadnji vlak za glasbeno kariero. Najprej sem hotel iti v London. Šel na sem Glasbeno in gledališko akademijo Guildhall in tam je odgovorni za pevski študij rekel, da je v redu in da naj pridem na avdicijo. Ampak takrat Slovenija še ni bila v EU, denarja za šolnino pa ni bilo. Sprva sem želel študirati staro glasbo, ki jo je mogoče študirati šele na magisteriju, in Nizozemska je bila center te stare renesanse.

Se tudi sedaj še veliko posvečate tej glasbi?

Ja. Rad jo pojem z ansamblom v palači v Ferrari, v dvorani Schifanoia (op.: Pregarjalnica dolgočasje). Odlična akustika.

Odlična ideja. Ferrara ni daleč. Če ti je dolgčas, greš tja in zadevo razrešiš renesančno.

Greva lahko zdaj k medicini? Naravnost v srč te zadeve, saj sva se spoznala zaradi vaše operacije. Bolezen se je na odru prvič pojavila z napadom, ki ste ga – domnevam – zaznali samo vi. Lokacija lezije pa je bila takšna, da je nevrokirurg želel pri posegu ohraniti vaše dragocene glasbene zmožnosti. Ste se vi odločili za snemanje operacije ali vam je predlagal vaš kirurg ali mogoče kakšen raziskovalec? Mislim na operacijo v budnosti in dejstvo, da ste jo snemali. Da boste med operacijo sebi in kirurgu v pomoč pri lokalizaciji možganskih funkcij (kartiranje) tako

rekoč diagnostično peli? In to ravno Schubertovo »Lahko noč«?

Tako operacijo je predlagal nevrokirurg. Povedal je, da naredi tudi po tri take operacije na teden. Jaz pa sem želel to posneti. Posneto je tako, da se ne vidi nobene rane.

(Op: na YouTube najdete posnetek Awake craniotomy with singing and talking. O kirurgiji možganov v budnosti si lahko preberete članek A. Vraniča, J. Markovičeve in B. Koritnika, eSinapsa, 2013-6, <https://www.sinapsa.org/eSinapsa/clanki/71/Odstranjevanje-mo%C5%BEGanskih-tumorjev-pri-budnem-bolniku>)

So bile pred operacijo potrebne kakšne posebne priprave? Ste imeli generalko?

Ne, imel sem samo nevropsihološka testiranja in pevske vaje z nevrologom, ki se ukvarja z glasbo. On je snemal, kako pojem, in sem ga naučil, da zazna, če je v času operacije kaj drugače. Potem sva se malo igrala še s sinestezijo.

Sta preverjala sinestezijo tudi med operacijo?

Ne, povedal sem, da sem sinestetik, in potem so seveda hoteli to tudi testirati, a ne med operacijo. (Op: O sinesteziji si lahko preberete v članku Tine Freljih, eSinapsa, 2016-11, https://www.sinapsa.org/eSinapsa/clanki/199/sinestezija_umetnica_ki_ne_zeli_odrastiti)

Faurejev En sourdine, pustil sem ga za konec, tudi vidite v barvah?

Ja, nekako vijolično.

Verlaine omenja rdečo travo in črne hraste. Glasba se meni spontano ne prikazuje v barvah. Lahko asociativno odprem ta register, ki ima svojo temeljno barvo, a preveč čutilnih modalitet naenkrat mi prej zmoti kot poglobi doživljanje. Očitno so se v mojem razvoju povezave med slušnimi in vidnimi strukturami bolj oklestile kot pri vas, ne pa popolnoma. Ali doživljate tone v različnih barvah, medtem ko pojete?

Pri sebi redko, ampak včasih, ko hočem en ton – hočem, da je recimo rdeče barve – naredim tako, da je rdeč. Barve mi lahko zelo pomagajo, skozi pesem vidim razvoj barv. Vaš glas, recimo, vidim modro, sinje.

Jaz pa slišim vaše petje žametno – muževno. Očitno moje sinapse vodijo od zvoka bolj v območje za občutljivost na dotik in še kam. Da pa naredim glas določene barve, bi mogoče šlo. Očitno so te povezave med modalitetami v aferentni in eferentni smeri različne. Še en pogovor in snemanje s funkcijsko magnetno resonanco rabiva, haha, da ne bom preveč spekuliral ...

Vrniva se raje v Utrecht. Se pravi, da tam ni simulacijske operacijske dvorane, kjer bi vas na generalki posebej pripravljali na tak poseg.

Ne vem, mogoče jo imajo, jaz nisem bil v njej. Pogledal sem si veliko stvari na internetu, kako je taka operacija videti, kaj so šumi, kaj se lahko zgodi. In zato, da skupnosti nekaj vrnem, sem svojo operacijo dal na internet.

Kdaj in zakaj ste se odločili za objavo posnetka?

Najprej eno leto posnetka nisem mogel niti pogledati, zaradi premočne travme.

Ta travma je zdaj najbrž že precej za vami. Razumem, da takoj sicer niste gledali posnetka, ste pa vendar začeli delati, nabirati kondicijo, peli ste že kmalu zatem, od vsega začetka.

Potem me je posnetek začel zanimati. Ne čutim več, da bi imel neko vrsto čustvenega odziva na operacijo. Recimo, da zdaj lahko gledam na stvar z bolj nevtralnimi očmi, kot nekdo, ki ta posnetek gleda danes. Pogledal sem ga in si rekel, okej, ta del je zanimiv, dal ga bom na internet.

Se pravi, da ste ga sami zmontirali?

Ja, saj je samo odrezan posnetek, se pravi, tisti del, ko ne morem več peti.



Kakšen je bil vaš namen? Kaj ste želeli s tem sporočiti?

Najprej sem hotel začeti rušiti tabu o možganskem tumorju. Potem o tem, da je za nekatere to obsodba na smrt. Vem, da je rak v slovenski družbi in še marsikje tabu. In povedati, kakšne so možnosti tega nevrokirurškega centra in nevrokirurgije nasploh. Želel sem vrniti tej skupnosti, kar sem pred operacijo gledal na posnetkih, kar so tudi sami medicinski centri objavljali. Če bo kdo v isti situaciji, si bo lahko pomagal. V taki situaciji je bila moja kolegica s konservatorija. Videla je moj posnetek in me prosila za nekaj informacij, potem je bila tudi operirana in s tem živi.

Je bilo kaj odzivov? Predstavljam si, da jih ni bilo malo. Kakšni so bili?

Odzivov je bilo ogromno in v veliki večini so bili pozitivni. Ljudje so bili začudeni, kaj vse lahko danes naredi medicina, in spraševali, ali me je kaj bolelo. Ljudje ne vejo, da možgani sploh nimajo živčnih končičev. Nekateri so tudi dvomili, da je to sploh resnično. Nekdo je opazil na roki osebe v timu prstan in je sklepal, da gre za lažno gradivo, saj je to v operacijskih dvoranh na Nizozemskem prepovedano. No, psihologinji se to izjemo dovolil kirurg, ker ji prstan

ni šel z roke. (Op: Na spletu si lahko sami preberete odzive.)

Tudi v slovenskem prostoru se dogajajo dobre reči. Če ostaneva pri epilepsiji, ki naju je pripeljala skupaj v Narodno galerijo: čezmejno sodelujoči tim v mreži za kirurško zdravljenje otroške epilepsije že 30 let sodeluje z najboljšimi centri Evrope. Pariz, nemški centri, zdaj tudi Praga, Milano. V nevladnem strokovno-humanitarnem društvu smo izpeljali prostovoljsko, s strani klinike podprto in strokovno spremljanje pacientov. Tako deluje tudi program za odrasle. Poslanih je bilo več kot sto otrok, več kot dvesto bolnikov vseh starosti. Periodično so potekali tudi vsakodnevni mednarodni timski stiki in vsakoletna mednarodna strokovna srečanja timov. Program je dobil v mednarodnih krogih lepa priznanja. Naši bolniki so – zaradi majhnosti države – operirani v tujini z denarjem naše zavarovalnice. Medijev to ne zanima. Ker na zdravstvu parazitira politika, je v interesu vzdrževanje kriz in »vlečejo« le škandali.

Zakaj govorim o tem, saj je namen pogovor z vami? Vaša objava je posebej pozitiven in spoštovanja vreden vzor sporočanja osebne, neponarejene novice o težki človeški eksistenčni situaciji. Posnetek je mnoge ganil v

dno duše. V tem času informacijska tehnologija omogoča tudi sporočanje resničnih in pozitivnih novic. Ne le lažnih, zaradi česar se vsakič vprašaš, kaj od povedanega drži in kakšne skrite težnje so zadaj.

Naj bo dober zgled še za koga. Tudi stigma epilepsije še deluje. V Sloveniji sta o njej spregovorila in pišeta dva literarna nagrajenca. Simona Semenič o svoji bolezni, Andrej E. Skubic, ki se je srečal z epilepsijo kot oče, pa je ustvaril dramo o tej temi. Tudi med epileptologi jih je že nekaj, ki so odkrito spregovorili o svojih napadih. Npr. dr. Mary Zupanc, ugledna ameriška nevrologinja slovenskega porekla.

Sam sem tudi z razlogom osebno zelo hvaležen slovenski medicini in konkretnim zdravnikom, zelo od blizu sem spoznal diagnozo rak že pred 21 leti. Tako se ne pogovarjam z vami le kot eden od zdravniških muzikofilov, ki so se nekoč utrujeni po delu in stiskah v službi vračali domov in so zato, da bi zdržali, še bolj pridno vadili violino ...

A vrniva se še h glasbi. Po operaciji ste se takoj lotili dela. Skozi depresijo in stranske učinke pa se človek tudi mora prebiti. Strah, kaj bo, pa vprašanje, pri meni tudi, ali sem po kemo-terapiji še sposoben za kaj hitrega, umsko zahtevnega. Prijatelj kirurg me je pregovoril k študiju novega Čajkovskega ... šlo je veliko bolje, kot sem pričakoval. V enem od intervjujev posebej hvaležno omenjate tudi podporo svojega soproga v času po operaciji. Tudi jaz sem imel to veliko srečo s soprogo. Kako gledate na svojo izkušnjo zdaj?

Meni se zdi izjemna izkušnja. Zelo sem vesel, da ima srečen konec, se pravi, da se ni kaj zgodilo med operacijo ali pa, da bi se bolezen takoj ponovila. Ker značilnost glioblastomov je, da se zelo hitro ponovijo. Čeprav ste zdravniki v podobnih primerih neradi preveč optimistični, mi je moj nevrokirurg enkrat rekel, da če bi prišel nazaj, bi do zdaj že moral, tako da je videti, da so ga ubili.

To je lepo slišati, res. Kako pa branite svoj dragoceni organ pred virusi?

Z vsemi žavbami. Je pa tudi sprememba okolja nekako travmatična za telo. Nizozemska je izjemno vlažna, Slovenija pa dokaj suha. Poleg tega sem imel nahod in vsak dan sem vadil po najmanj štiri ure, ker sem želel, da bi bil koncert čim boljši. Vse skupaj je pripomoglo, da sem se v soboto zbudil z virozom.

In ko potujete? Zrak v letalih je suh in tudi kužen. Kako si pomagate?

Zrak je res zelo suh in to sluznico, ki prekriva glasilke, najbolj prizadene. Če potujem daleč, si kupim masko, ki mi ohranja vlago v ustih in si jo sam pridihavam. Predvsem pa pijem veliko vode, če se le da, na letalu spim in se čim hitreje znebim *jet lega*.

Marsikdo bi vam zavidal, da se ukvarjate z nečim najlepšim. Poslušal sem ruskega baritonista Dmitrija Hvorostovskega, da čuti največje možno zadovoljstvo, ko se sliši peti, da več na svetu človeku ni bilo dano. »Končni užitek«, samozadovoljstvo, katerega moč presega velike sreče ali nesreče v življenju. Del, od koder se med petjem nadzirate, mora biti zelo močan. Se zgodi, da čustvo prevlada? Da srce zadrigne, da zalijejo solze in glas utihne?

Meni se pri lastnem petju to nikoli ni zgodilo, se mi je pa že zgodilo ob poslušanju drugih v živo na opernem ali koncertnem odru. Tako da si dovolim, da se me nekaj zelo dotakne. Kot pevec pa sem si nekako

privzgojil zaporo, do kod grejo moja čustva. Ker jokati mora poslušalec, ne izvajalec.

Kdaj vas bomo naslednjič slišali v Ljubljani?

Vsekakor enkrat v tem letu, ampak še iščemo datum, kdaj točno bo to.

Upajmo, da se takrat ne bo spet pojavil kakšen virus. Imate za bralce še kakšno sporočilo? Vas obravnava nizozemsko zdravstvo, ki ga kar dobro poznamo in smo z njimi tudi veliko sodelovali. Poznate tudi slovensko zdravstvo ali ste vezani le na sedanjo domovino?

Na Nizozemskem sem že 15 let. Sistem je urejen, vsi moramo imeti sklenjeno zdravstveno zavarovanje, ki stane približno 120 evrov na mesec. To je osnovno zavarovanje in na ta način lahko koristimo vse, se pravi osebne zdravnike in bolnišnice.

Moram reči, da skoraj ne vem, kakšno je slovensko zdravstvo. Moj nevrokirurg je recimo rekel, da ima preslikave z resonanco in vidi žilo, za katero ne ve, ali napaja tumor ali zdrave možgane, ter dodal: »Te bomo dali v 7 tesla.« Ko je moja mama to povedala kolegom, so rekli, da oni o tem lahko samo sanjajo. Na svetu je 20 takšnih aparatov in dva sta na Nizozemskem. Ta aparatura z močjo 7 tesla mi je mogoče rešila življenje, ker je nevrokirurg videl točno zgradbo tumorja, možganov, žil in vsega. Vmes so bile namreč tudi žile, ki jih je bilo treba pustiti.

Hvala vam. Blizu sva si po ljubezni do glasbe, pa tudi po tem, da imava dobro izkušnjo z onkologijo. Na srečo zna slovenska medicina zelo veliko dobrega, nekoč tudi zame. Ko sem vprašal francoske onkologe, so dejali, da sem zdravljen enako dobro, kot bi bil pri njih; ameriški pa, da sem bil zdravljen bolje, kot bi bil v večini situacij pri njih ...

Tudi dobre nevrologe, nevrokirurge in nevropsihologe imamo. Pa budno nevrokirurgijo in izvrstne glasbenike med nevrologi. Mednarodno sodelovanje z najbolj razvitimi tudi teče.

Je pa res, da imamo aparaturu z močjo le 3 tesla, in ne 7. Ni pa skrbi, da bi nam zmanjkalo tesel drugod, tudi okrog zdravstvene politike.

Zahvaljujem se vam za pogovor osebno in s spoštovanjem, tudi v imenu bralcev.

K nastanku tele stavbe, v kateri se pogovarjava, Narodne galerije, je prispeval tudi Rihard Jakopič. Vse življenje je imel epilepsijo, pa se to skoraj ne ve.

Hvala glasbi in medicini, pa tudi epilepsiji za tale rendez-vous.

P. S.: Očarala me je vaša interpretacija Faurejevega *En sourdine* na besedilo Paula Verlaina in sem jo prevedel za ta namen. Namesto vašega odpadlega koncerta lahko ponudiva bralkam in bralcem glasbeno poslastico o srečanju para, ki pod otožnimi hrasti v jesenski travi slavi svojo ljubezen.

Koncertni dodatek

Najprej odprite YouTube, skladbo *En sourdine* (Faurejevo, ne Debussyjevo) v izvedbi Ambroža Bajca Lapajneti. Poslušajte, lahko z zaprtimi očmi.

Zdaj si preberite pesem. Po želji: izvirnik, če ste vešč francoščine. Ali samo slovenski prevod, če vam je francoščina zelo tuja. Sicer pa oboje.

Zdaj prisluhnite glasbi še enkrat in spremljajte besedilo.

In zdaj spustite vase spet samo glasbo. Zaprite oči ali pokrijte besedilo, saj zdaj že veste, o čem poje. Ali pa obdržite besedilo pred seboj le kot zemljevid, da se na začetku vsake kitice ujamate in zaveste, kje v tem zvočnem prostoru se nahajate.

Aplavz, gospod Ambrož! Hvala za srečanje. Želim vam dobrega zdravja in še veliko lepe glasbe za vas in za nas.

Tihoma

Paul Verlaine (*Fetes galantes*), glasba G. Faure, prevod Igor M. Ravnik

Mirna v polsenci dne
pod svod visokih vej stopiva
Ljubezen svojo do globin
S tišino prepojiva.

Dušo s srcem zlijva
in čute v ekstazi razžarele
V brezmejno hrepenenje
Ki skoz jagodičevje in bore veje.

Pripri na pol oči
In križem prsi si pokrij
V snu naj srce se
Vseh nakan znebi.

Pregovori naj in zaziblje
Naju milih sapic dih,
Ki ti k nogam kodra
pordelo morje travnih bilk.

In ko se slovesno s hrastov
Spustil bo črn večer,
Najin glas obupa,
Slavček bo zapel.

Calmes dans le demi-jour
Que les branches hautes font
Penetrons bien notre amour
De ce silence profond.

Fondons nos ames, nos cœurs
Et nos sens extasies
Parmi les vagues langueurs
Des pins et des arbousiers.

Ferme te yeux a demi
Croise tes bras sur ton sein
Et de ton cœur endormi
Chasse a jamais ton dessein.

Laissons nous persuader
Au souffle berceur et doux
Qui vient a tes pieds rider
Les ondes de gazon roux.

Et quand, solennel, le soir
Des chenes noirs tombera,
Voix de notre desespoir,
Le rossignol chantera.



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

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

Urejanje profila v treh korakih

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

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

[Spremeni podatke](#)

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

Zobozdravnik vidi bolje – zato lahko reši življenje

Prim. dr. Diana Terlević Dabić, dr. dent. med., vodja projekta

Doc. dr. Andrej Kansky, dr. dent. med., UKC Ljubljana, Klinika za oralno in maksilofacialno kirurgijo

Ste vedeli, da v Sloveniji za ustno zdravje skrbi 1.036 zobozdravnikov? Opravimo kar 3,148.672 pregledov na leto, od tega 2,101.455 zobozdravstvenih pregledov odraslih in 1,047.217 zobozdravstvenih pregledov otrok in mladostnikov. Skupaj 4,914.499 stomatoloških posegov.

Rak ustne votline in žrela je v Sloveniji na 6. mestu, letno odkrijemo 300 novih bolnikov, 60 % bolnikov ima ob odkritju že napredovalo fazo. Po statistiki Kliničnega oddelka za maksilofacialno kirurgijo UKC Ljubljana 80 % rakov ustne votline odkrijemo v zobnih ambulantah.

V letu 2017 smo na Zdravniški zbornici Slovenije pripravili nadaljevanje projekta »Pravočasen pregled ustne votline lahko reši življenje« iz leta 2014. Projekt je bil načrtovan na osnovi priporočil za preprečevanje raka ustne votline in žrela prenovljenega Evropskega kodeksa proti raku, v sodelovanju s Kliničnim oddelkom za maksilofacialno in oralno kirurgijo UKC Ljubljana in Centrom za ustne bolezni in parodontologijo Stomatološke klinike. Častni pokrovitelj projekta je bilo Ministrstvo za zdravje RS.

Rak ustne votline in žrela je najpogostejši maligni tumor v skupini rakov glave in vratu in je po pogostosti v Sloveniji na 6. mestu. Letno odkrijemo več kot 300 novih bolnikov z rakom ustne votline in žrela. 60 % je že v napredovali fazi, kljub temu, da je ustna votlina relativno dobro dostopna za pregled. Po statistiki Kliničnega oddelka za maksilofacialno kirurgijo UKC Ljubljana 80 % rakov ustne votline odkrijemo v zobnih ambulantah.

Cilj projekta je bil izboljšati ozaveščenost prebivalstva o ustnemu raku v Sloveniji in odkriti zgodnje spremembe. Pri preventivnih pregledih odkrijemo do 5 % zgodnjih sprememb, kar je pomembno, saj so rezultati pri zdravljenju

majhnih tumorjev dobri, odstotek ozdravljenja je visok in invalidnost po zdravljenju majhna. Zdravljenje napredovalih tumorjev je veliko zahtevnejše, dražje, rezultati pa so slabši. Namen projekta je bil privabiti na pregled rizično skupino pacientov, zagotoviti brezplačne preglede v zobnih ambulantah in odkriti zgodnje patološke spremembe na ustnih sluznicah in žrelu ter paciente napotiti na zdravljenje.

V projektu je leta 2014 sodelovalo 250 zobozdravnikov, prebivalcem Slovenije smo omogočili okoli 2.000 brezplačnih preventivnih pregledov ustne votline. Od pregledanih pacientov je bilo 125 (6,85 %) napotenih k specialistu. Med napotenimi pacienti so odkrili štiri zgodnje maligne spremembe in pacienti so bili takoj operirani.

V maju 2017 so slovenski zobozdravniki ponovno omogočili brezplačen preventivni pregled ustne votline, s ciljem, da bi odkrili zgodnje maligne spremembe v ustni votlini in ozavestili prebivalstvo o tej hudi bolezni. V projekt se je prijavilo 500 slovenskih zobozdravnikov, kar predstavlja skoraj 50 % vseh aktivnih zobozdravnikov (od tega 50 % zobozdravnikov iz javnih zavodov in 50 % zasebnikov). To kaže, da zobozdravniki želimo izvajati preventivno dejavnost in smo visoko motivirani v skrbi za ustno zdravje svojih pacientov. Skupaj smo prebivalcem Slovenije omogočili okoli 2.500 brezplačnih preventivnih pregledov. Projekt je izpolnil vsa pričakovanja, vrnjen nam je bil 2.401 vprašalnik, od pregledanih pacientov je bilo 158 (6,8 %) napotenih k specialistu. Po podatkih Kliničnega oddelka za oralno in maksilofacialno kirurgijo so med napotenimi pacienti odkrili devet zgodnjih malignih sprememb in pacienti so bili operirani.

Organizirali smo strokovno izobraževanje z naslovom »**Zobozdravnik vidi bolje. Zato lahko reši življenje**«, ki se ga je udeležilo 500 zobozdravnikov. Namen strokovnega srečanja, ki je bil v soboto, 18. marca 2017, je bil obnoviti

znanje o ustnem raku, ker samo dobro usposobljen zobozdravnik lahko značilno pripomore k ozaveščanju bolnikov o dejavnikih tveganja in prepozna zgodnje patološke spremembe. Za vse, ki so aktivno sodelovali v projektu, je bilo izobraževanje brez kotizacije, pridobili smo kreditne točke in izdali zbornik predavanj.

V aprilu 2017 smo začeli medijsko kampanjo. Pritegnili smo vse nacionalne kot tudi lokalne medije, televizijo in radie, da so poročali o raku ustne votline, svojo ciljno javnost obveščali o brezplačnih preventivnih pregledih in izbiri izvajalca ter o seznamu izvajalcev v njihovi regiji.

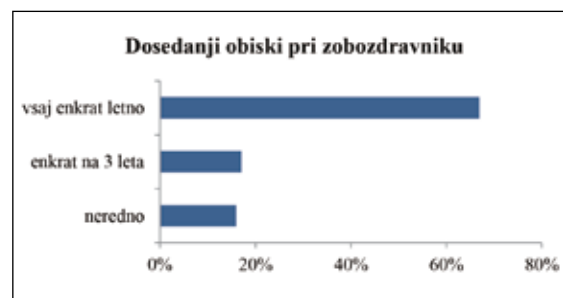
Projekt se je začel v maju 2017. Pacienti so se maja naročali na brezplačni pregled pri zobozdravnikih, ki so se prijavili v projekt. Seznam izvajalcev je bil objavljen na spletni strani ZZS. Pregledanih je bilo 2.454 pacientov, po vsakem pregledu so zobozdravniki izpolnili vprašalnik, pred pregledom pa so svoj vprašalnik izpolnili tudi pacienti z namenom pridobiti informacije o opravljenih pregledih in ustnem zdravju pregledanih pacientov.

V naslednjih vrsticah so predstavljeni zbrani in obdelani podatki obeh vprašalnikov, ki so nam jih posredovali slovenski zobozdravniki, ki so

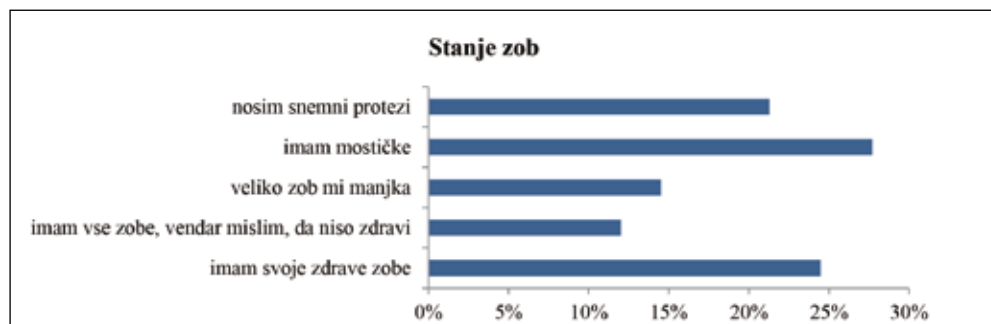
sodelovali v projektu. Grafično bomo predstavili rezultate najbolj zanimivih in pomembnih vprašanj.

Slika 1 prikazuje število pacientov, ki so prišli na preventivni pregled, glede na spol, slika 2 pa povprečno starost udeleženihih pacientov.

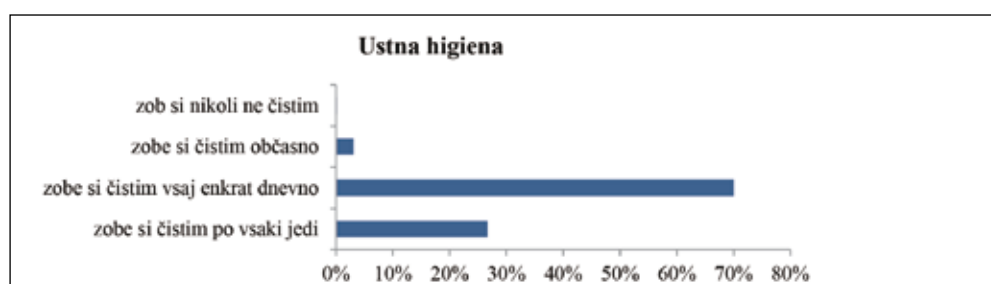
Pacienti so bili naprošeni, da zapišejo glavne diagnoze dosedanjih bolezni, če jih poznajo, kakor tudi, katera zdravila jemljejo.



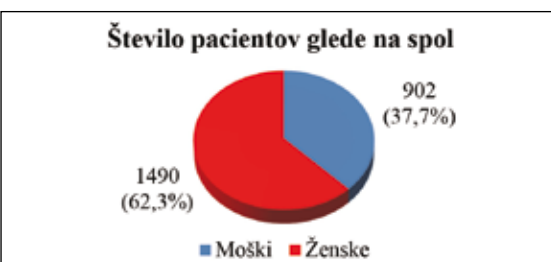
Slika 3. Dosedanji obiski pri zobozdravniku.



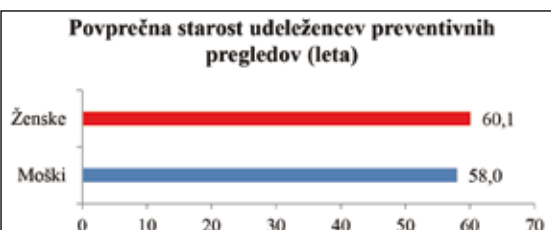
Slika 4. Stanje zob po mnenju pacientov.



Slika 5. Ustna higiena.



Slika 1. Število žensk in moških, ki so se udeležili preventivnega pregleda.



Slika 2. Povprečna starost udeleženihih pacientov.

Na sliki 3 so razvidni odgovori na vprašanje o dosedanjih obiskih pri zobozdravniku. Dobili smo 2.392 odgovorov. **Izjemno pomembno je, da nam je uspelo na preventivni pregled privabiti 792 pacientov (33,11 %), ki že tri leta ali več niso bili pri zobozdravniku.**

Na vprašanje, v kakšnem stanju je zdravje zob po mnenju pregledanih pacientov, smo dobili odgovore, prikazane na sliki 4. 2.390 pacientov je odgovarjalo z zelo različnimi odgovori. Zdrave zobe naj bi imelo 585 pacientov (24,48 %), 287 (12,01 %) jih ima svoje zobe, za katere pa mislijo, da niso zdravi, 348 pacientov (14,52 %) je odgovorilo, da jim veliko zob manjka. Največ pacientov, kar

662 (27,70%), je odgovorilo, da imajo mostičke oz. zobne nadomestke. Snemne proteze nosi 509 pacientov (21,30 %).

Na vprašanje o ustni higieni je odgovorilo 2.382 pacientov (slika 5). Zobe si čisti po vsaki jedi 636 pacientov (26,69 %), največ pacientov, kar 1.669 (70,04 %), si zobe čisti vsaj enkrat dnevno. Občasno si zobe čisti 74 pacientov (3,11 %) in 4 pacienti (0,17 %) si zob nikoli ne čistijo.

Pacienti so odgovarjali tudi na vprašanje, ali so sami opazili kakšne spremembe na ustni sluznici. Pritrdilno je odgovorilo 650 pacientov (27,38 %), medtem ko 1.724 pacientov ni opazilo ničesar (72,62 %).

Na vprašanje, ali si sami pregledujejo ustno votlino, je večina pacientov odgovorila, da to počne le občasno, in sicer je bilo takih 1.342 (56,60 %). Redno si ustno votlino pregleduje 357 pacientov (15,06 %). 672 pacientov (28,34 %) si ustne votline ni nikoli pregledalo.

Paciente, ki kadijo, smo vprašali, kako dolgo kadijo in koliko pokadijo na dan. Med pregledanimi pacienti je bilo 678 kadilcev (27,63 %).

Odgovori o pogostosti uživanja alkohola so prikazani na sliki 6.

Zanimiv je bil tudi odziv pacientov na projekt. **Večina pacientov, kar 2.181 (91,45 %), je odgovorilo, da so prišli, zato da bi opravili preventivni pregled ustne votline.** Zato, da si poiščejo zobozdravnika, je na pregled prišlo 72 pacientov (3,02 %) in 132 pacientov (5,53 %) zato, da si popravijo zobe. To je prav gotovo najbolj spodbuden podatek, ker potrjuje, da je bil namen projekta, brezplačni preventivni pregledi ustne votline, popolnoma izpolnjen (slika 7).

V vprašalniku za zobozdravnike so sledila vprašanja o opravljenem pregledu in zajemala vrsto podatkov, kot so oblika obraza, opazne spremembe na koži, oblika vratu, (ne)tipne bezgavke v regiji od I do VI.

Na vprašanje o ustnih sluznicah smo dobili 2.312 odgovorov. Od tega je bilo pri 1.674 pacientih (72,40 %) videti gladke, blede rožnate sluznice. Pri 391 pacientih (16,91 %) gladke in pordele sluznice. Pri 135 pacientih (5,84 %) je bilo na posameznih sluznicah opaziti bele, rdeče ali druge temne lise. Pri 332 pacientih (14,36 %) je bilo opaziti anatomske posebnosti oz. nesumljive spremembe. Pacientov s sumljivimi spremembami, ki so jih zobozdravniki napotili na specialistični pregled, pa je bilo 56 (2,42 %) (slika 8).

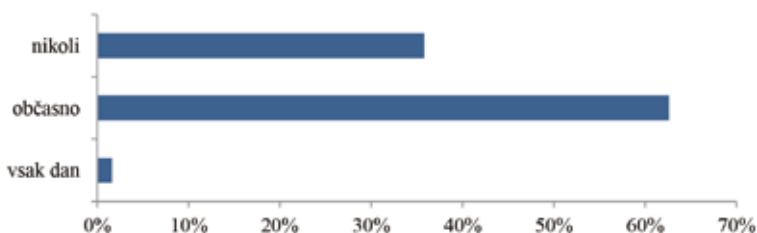
Zobozdravniki so pri pacientih posebej opisovali spremembe na ustnem delu žrela, opisali so stanje zob, kako kariozni in majavi so zobje. Ocenili so tudi kakovost ustne higijene, ki jo izvajajo pacienti. Zobozdravniki so tudi ugotavljali skladnost pacientovih in svojih odgovorov (tabela 1). V 96,03 % so bili pacienti odgovori skladni z zobozdravniškim pregledom.

Tabela 1. Skladnost pacientovih odgovorov z zobozdravniškim pregledom.

Skladnost odgovora pacienta in zobozdravnika	N	%
pacientovi odgovori so skladni z zobozdravniškim pregledom	2.228	96,03
pacientovi odgovori niso skladni z zobozdravniškim pregledom	92	3,97

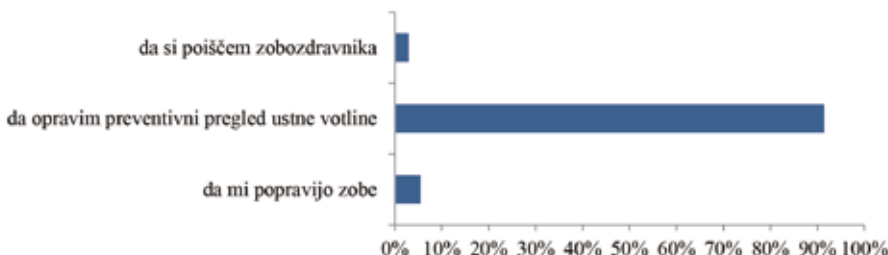
Za zaključek je pomemben podatek, da je bilo od 2.322 pregledanih pacientov k specialistu na nadaljnji pregled poslanih 158 pacientov (6,80 %).

Uživanje alkohola



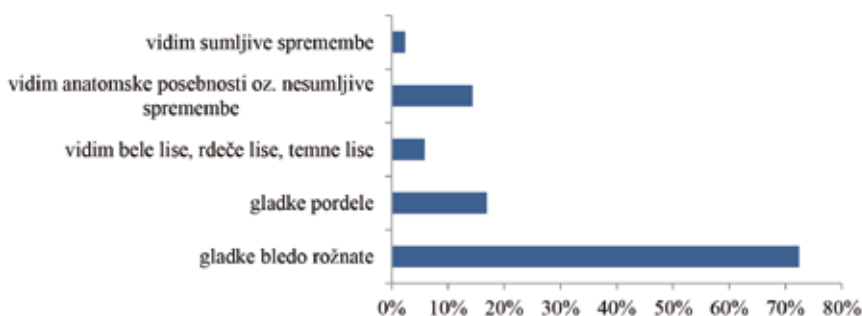
Slika 6. Pogostost uživanja alkohola.

Zakaj ste prišli na brezplačni pregled ustne votline?



Slika 7. Vzrok obiska brezplačnega pregleda ustne votline.

Ustne sluznice: jezik, ustno dno, ustni preddvori



Slika 8. Ustna sluznica.

Zaključek

Pojavnost raka ustne votline narašča. Raka ustne votline lahko dobi kdorkoli med nami, ljudje z zobmi ali brez njih. Vendar pa danes vemo, da je rak ustne votline pogostejši pri moških, ki so starejši od 40 let. Največ primerov raka ustne votline se povezuje z uživanjem alkoholnih in tobačnih izdelkov. Prav zaradi tega je zelo pomembno v anamnezi posvetiti še večjo pozornost pacientom, ki navajajo oba dejavnika tveganja. Raka ustne votline se lahko pravočasno odkrije z rednimi pregledi ustne votline pri zobozdravniku.

Glavna tarča našega projekta so bile prav osebe, ki ne hodijo redno k zobozdravniku ali pa iz kakršnih koli razlogov nimajo svojega izbranega zobozdravnika. **Zato je velik uspeh, da smo na preventivni pregled privabili 792 pacientov (33,11 %),**

ki že 3 leta ali več niso bili pri zobozdravniku!

Tako kot pri drugih rakavih obolenjih, so tudi pri raku ustne votline možnosti ozdravitve veliko večje, če se raka odkrije zgodaj. Žal pa večina pacientov z rakom ustne votline pride k zobozdravniku prepozno.

Po podatkih Kliničnega oddelka za maksilofacialno in oralno kirurgijo UKC Ljubljana so med napotenimi pacienti odkrili devet zgodnjih malignih sprememb. Pacienti so bili takoj operirani.

Projekt je zastavljen kot nacionalni projekt vseh slovenskih zobozdravnikov in samo zaradi njihove izjemne motiviranosti tudi tako zelo uspešen. Sporoča pozitivno zgodbo in gradi naš ugled v javnosti.

Z izvajanjem projekta »Pravočasen pregled ustne votline lahko reši življenje« želimo dvigniti zavest ljudi

o pomenu skrbi za ustno zdravje, s svojim znanjem in veščinami želimo aktivno pomagati ljudem pri preprečevanju boleznih in odpravljanju tegob, povezanih z njimi.

Zahvaljujemo se vsem medijem, ki so se odzvali našemu vabilu in so postali pri obveščanju javnosti ključni partner projekta, ki je temeljil na **pro bono** osnovi. Samo na ta način smo lahko privabili ciljno populacijo, da se je udeležila preventivnih pregledov.

Na koncu bi se radi zahvalili vsem kolegicam in kolegom zobozdravnikom za sodelovanje v projektu, za ves trud in motivacijo, ki ste jo izkazali. Če bolezen odkrijemo dovolj zgodaj, so rezultati zdravljenja dobri, obolelost majhna, rehabilitacija hitra in preprosta, zato so preventivni pregledi in zgodnja diagnostika tako pomembni. Zato zobozdravniki rešujemo življenja!

Hudi neželeni dogodki v preskrbi s krvjo

Katja Petruša, dr. med., prim. Irena Brič, dr. med., Ivica Marić, dr. med.,
Zavod RS za transfuzijsko medicino

Hemovigilanca je skupek nadzornih postopkov celotne transfuzijske dejavnosti, ki zajemajo odvzem krvi, predelavo krvi v krvne komponente in distribucijo ustreznih krvnih komponent prejemnikom, vključno z njihovim spremljanjem. Namen sistema hemovigilance je izboljšanje obstoječih postopkov in povečanje varnosti krvodajalcev in prejemnikov krvi ter izobraževanje oz. ozaveščanje vseh vpletenih v transfuzijski verigi.

Hemovigilanco delimo na tri področja, in sicer spremljanje nežele-

nih reakcij pri krvodajalcih, neželenih reakcij pri prejemnikih krvi in neželenih dogodkov, povezanih z ravnanjem s krvjo. Med neželene dogodke prištevamo vse napake, ki se dogajajo v preskrbi s krvjo – od odvzema krvi krvodajalcu pa do transfuzije krvne komponente bolniku. Pomembno je, da vsi udeleženi v transfuzijski verigi neželene dogodke beležijo in sporočajo Službi za hemovigilanco, ki mora v skladu s Pravilnikom o hemovigilanci (Uradni list RS, št. 9/07) najpozneje v 24 urah vse hude neželene dogodke prijaviti

Javni agenciji za zdravila in medicinske pripomočke (JAZMP) (slika 1). Hudi neželeni dogodki so po definiciji dogodki, povezani z zbiranjem, testiranjem, predelavo, shranjevanjem in razdeljevanjem krvi in komponent krvi, ki bi utegnili povzročiti smrt ali ogroziti življenje ter povzročiti stanje invalidnosti ali nezmožnosti za delo ali pa imajo za posledico hospitalizacijo ali zbolewnost ali podaljšanje hospitalizacije oz. zbolewnosti. V tem prispevku bomo obravnavali le hude neželene dogodke, ki smo jih prijavili JAZMP.

PRILOGA VII
OBVEŠČANJE O HUDIH NEŽELENIH DOGODKIH
DEL A

Obrazec za hitro obveščanje o hudih neželenih dogodkih

Zavod, ki poroča				
Identifikacija poročila				
Datum poročanja (leto, mesec, dan)				
Datum hudega neželenega dogodka (leto, mesec, dan)				
Hudi neželen dogodek, ki lahko vpliva na kakovost in varnost komponente krvi zaradi nepravilnosti pri:	Specifikacija			
	Napaka izdelka	Napaka v opremi	Človeška napaka	Drugo (navedite)
zbiranju polne krvi				
aferezi				
testiranju dajalcev				
predelavi				
skladiščenju				
razdeljevanju				
materialih				
drugo (navedite)				

DEL B

Obrazec za potrjevanje hudih neželenih dogodkov

Zavod, ki poroča	
Identifikacija poročila	
Datum potrditve (leto, mesec, dan)	
Datum hudega neželenega dogodka (leto, mesec, dan)	
Analiza izvornega vzroka (podrobnosti)	
Sprejeti korektivni ukrepi (podrobnosti)	

DEL C

Obrazec za letno obveščanje o hudih neželenih dogodkih

Služba za hemovigilanco					
Obdobje poročanja	od 1. januarja do 31. decembra (leto)				
Skupno število enot predelane krvi in komponent krvi:					
Hud neželen dogodek, ki je vplival na kakovost in varnost komponente krvi zaradi nepravilnosti pri:	Skupno število	Specifikacija			
		Napaka izdelka	Napaka v opremi	Človeška napaka	Drugo (navedite)
zbiranju polne krvi					
aferezi					
testiranju dajalcev					
predelavi					
skladiščenju					
razdeljevanju					
materialih					
drugo (navedite)					

Slika 1: Obrazec za prijavljanje hudih neželenih dogodkov JAZMP.

Hudi neželeni dogodki v obdobju od leta 2013 do leta 2016

V obdobju od leta 2013 do leta 2016 je bilo v Sloveniji opravljenih 354.078 odvzemov polne krvi, ki je bila predelana v krvne komponente, ter 12.761 odvzemov posameznih krvnih komponent s postopkom afereze. Izdanih je bilo 475.412 komponent krvi. V tem obdobju je bilo ugotovljenih 4.306 neželenih dogodkov, od tega je bilo le 107 dogodkov opredeljenih kot hudi neželeni dogodki, ki smo jih prijavili JAZMP (tabeli 1, 2).

V opazovanem obdobju je bil velik delež hudih neželenih dogodkov neopredeljen, kar kaže na slabo opredelitev neželenih dogodkov, ki je določena v veljavnem pravilniku. Z željo po natančnejši opredelitvi neželenih dogodkov je leta 2015 Služba za hemovigilanco to posodobila. Nova in natančnejša klasifikacija je povzeta po angleškem hemovigilancnem sistemu SHOT (Serious Hazards of Transfusion). Neželeni dogodki po tej klasifikaciji razvrščamo v štiri kategorije, in sicer transfuzijsko napako, transfuzijsko komponento, ki ne ustreza specifičnim zahtevam, napako ravnanja s krvjo zunaj transfuzijskega centra in skorajšnje napake (tabela 2). Za večino neželenih dogodkov so vzrok skorajšnje napake, ki se odkrijejo pravočasno, preden bi lahko nastale posledice.

A. Transfundirana napačna komponenta

V skupini A se nahajajo najhujše transfuzijske napake, ki so lahko smrtno nevarne. Kadarkoli pride do transfuzije napačne komponente ali transfuzije napačnemu bolniku, smo lahko zelo zaskrbljeni, saj je prišlo do napake pri osnovnih procesih, kot sta identifikacija bolnika in preverjanje naročila, kar kaže na to, da so bila zanemarjena načela varne transfuzije.

Tabela 1: Stara klasifikacija neželenih dogodkov in število dogodkov v obdobju od leta 2013 do leta 2016.

Hud neželeni dogodek, ki je vplival na kakovost in varnost komponente krvi zaradi nepravilnosti pri:	Skupno število (2013–2016)	Specifikacija			
		Napaka izdelka	Napaka v opremljenosti	Človeška napaka	Drugo
zbiranju polne krvi	2	1	1		
aferezi	0				
testiranju dajalcev	0				
predelavi	1			1	
skladiščenju	1			1	
razdeljevanju	8		1	6	1
materialih	1				1
drugo	94			87	7
skupaj	107	1	2	95	9

Skoraj vedno gre za človeško napako, ki nastane zaradi neupoštevanja navodil ob odvzemu vzorca ali pred začetkom transfuzije. Transfuzija napačnemu bolniku lahko v primeru neskladja ABO že po nekaj mililitrih transfundirane krvi povzroči smrt bolnika.

Upoštevajoč klasifikacijo SHOT je bilo v opazovanem obdobju transfundiranih pet napačnih komponent. Dvakrat smo izdali komponente krvi za bolnike, sicer znane v transfuzijskem informacijskem sistemu DATEK, z enakim imenom in priimkom, a različnim datumom rojstva, kot so bili navedeni na naročilnici. K sreči je bila izdana kri identična v krvnih skupinah ABO, RhD in Kell, neželenih posledic transfuzije ni bilo. Na enem izmed oddelkov z veliko porabo komponent krvi je bila aplicirana transfuzija trombocitov napačni bolnici. Šlo je za neskladje ABO med bolnico in prejeto komponento. Napaka je bila ugotovljena hitro, transfuzija je bila takoj prekinjena, posledic za bolnico ni bilo. V enem primeru je bolnica, pri kateri transfuzija sicer ni bila indicirana, prejela 150 ml transfuzije eritrocitov, namenjenih drugi bolnici. Zaradi neskladnosti v krvni skupini RhD je z namenom preprečitve alosenzibilizacije preventivno prejela zaščito z IgG anti-D. Zaradi napačne določitve krvne skupine RhD je bolnica, ki je

sicer RhD-negativna, prejela transfuzijo RhD-pozitivnih eritrocitov. Pozneje je bilo ugotovljeno, da je pri bolnici prišlo do eritrocitne alosenzibilizacije.

Za preprečevanje tovrstnih napak so ključnega pomena pravilna identifikacija bolnika, preverjanje naročila in obposteljni test, s katerim orientacijsko določimo krvno skupino ABO. Pred aplikacijo transfuzije je treba preveriti bolnikovo identiteto tako, da bolnik sam pove ime, priimek in datum rojstva. Naročilo preverimo tako, da imamo pred seboj temperaturni list bolnika, izvid krvne skupine bolnika, izvid navzkrižnega preizkusa (NP se dela v primeru izdaje eritrocitov, pri izdaji trombocitov ali plazme pa ne) ter izdajnico. Preverimo ujemanje matičnih podatkov (ime, priimek, datum rojstva), krvne skupine, identifikacijske številke krvnih komponent, naročeno število komponent ter vse to potrdimo v zadnjem koraku z izvedbo obpostelnega testa. Vsi podatki se morajo ujemati, sicer transfuzija ni varna in krvi **ne transfundiramo**.

B. Transfundirana komponenta ne ustreza zahtevam

Kadarkoli transfundirana komponenta ne ustreza naročenim zahtevam

ali pa ne izpolnjuje kriterijev kakovosti, govorimo o napakah iz skupine B. Med te spadajo neustrezen status CMV izdane komponente, neobsevanje krvne komponente, če je le-to naročeno, antigensko neustrezne krvne komponente, HLA-neskladne krvne komponente ter stare krvne komponente. V primerjavi s skupino A gre za manj hude transfuzijske napake, vendar še vedno lahko vodijo v zaplete ter posledično v najhujših primerih smrt bolnika.

V opazovanem obdobju v treh primerih transfundirana komponenta ni ustrezala naročenim zahtevam. V dveh primerih komponenta krvi kljub naročilu ni bila obsevana, enkrat pa je bila za bolnico z znanimi eritrocitnimi protitelesi izdana antigensko neskladna enota krvi. Lečeči zdravnik je bil opozorjen na možnost nastanka hemolize in potrebno spremljanje bolnice. Z leti smo sprejeli številne ukrepe, da bi preprečili tovrstne napake.

C. Napačno ravnanje s krvjo zunaj transfuzijske ustanove

V opazovanem obdobju ni bilo prijave hudega neželenega dogodka v zvezi z napačnim ravnanjem s krvjo zunaj transfuzijske ustanove. Verjamemo, da do neželenih dogodkov na tem področju prihaja, vendar se zaradi preobremenjenosti zdravstvenih delavcev in morda slabega poznavanja možnih posledic ne prijavljajo dosledno. Posledično je pregled nad tem, kaj se dogaja s krvnimi komponentami, ko le-te zapustijo transfuzijsko ustanovo, slab.

D. Skorajšnje napake

Skorajšnje napake (*near miss*) so vse napake, ki bi lahko imele hude posledice, če jih ne bi ugotovili, vendar so zaradi varnostnih ukrepov ugotovljene pred transfuzijo krvne komponente. Ugotovljenih hudih skorajšnjih napak je bilo v opazovanem obdobju 99. V večini primerov je šlo za težave z delovanjem informacijskega sistema,

Tabela 2: Klasifikacija neželenih dogodkov SHOT in število dogodkov v obdobju od leta 2013 do leta 2016.

KATEGORIJA NEŽELENIH DOGODKOV	ŠTEVILO DOGODKOV
A. TRANSFUNDIRANA NAPAČNA KOMPONENTA	
Transfundirana kri je bila izdana za drugega pacienta	4
Transfundirana je bila napačna komponenta	
Transfundirana je bila komponenta napačne krvne skupine zaradi poslanega napačnega vzorca	
Transfundirana je bila komponenta napačne krvne skupine zaradi laboratorijske napake	1
Transfundirana je bila komponenta napačne krvne skupine zaradi napake v izdaji	
B. TRANSFUNDIRANA KOMPONENTA NE USTREZA ZAHTEVAM	
Neustrezen CMV-status	
Kri ni bila obsevana	2
Antigensko neustrezna komponenta krvi (bolniki z znanimi protitelesi ...)	1
HLA-inkompatibilnost	
Transfundirana enota je bila stara	
C. NAPAČNO RAVNANJE S KRVJO ZUNAJ TRANSFUZIJSKE USTANOVE	
Prekinjena hladna veriga	
Neustrezno shranjevanje krvi na oddelku	
Predolga transfuzija (> 4 ure)	
Nepravilna identifikacija bolnika pred transfuzijo	
Uporaba napačnega transfuzijskega sistema	
Transfuzija enote, ki je bila pravilno hranjena na oddelku, vendar transfundirana 72 ur po izdaji	
Transfuzija urgentno sproščene o RhD neg. in K neg. krvi, ko je bila v rezervi ustrezna enota z navzkrižnim preizkusom	
Apliciranje zdravil ali drugih tekočin po transfuzijskem sistemu, po katerem teče kri	
D. SKORAJŠNJE NAPAKE – NEAR MISS	
Pomanjkljiva naročilnica/vzorec/administrativna napaka	
Napačno orientacijsko določena krvna skupina	
Napačna kri v epruveti	81
Napaka v laboratoriju	
Izdaja napačne komponente/izvida	5
Kakovost komponente	1
Oprema	6
Napaka v informacijskem sistemu in tehnični opremi	6

ki je pri zagotavljanju ustreznih krvnih komponent zelo pomemben. V ledenici enega izmed centrov za transfuzijsko dejavnost je zaradi dotrajanosti opreme prišlo do izliva vode, del krvnih komponent je bil posledično uničen. Ena od komponent, odvzeta za namen

avtotransfuzije, ni ustrezala zahtevanim kriterijem zaradi prisotnosti koagulov v vrečki. Petkrat je bila izdana napačna komponenta oz. izvid, in sicer je bila za senzibilizirano bolnico izdana antigensko neustrezna komponenta, v enem primeru je bila

izdana A RhD-pozitivna komponenta namesto RhD-negativne, zaradi napačno določenega RhD je bil dvakrat izdan napačen izvid krvne skupine, prav tako je bil izdan napačen izvid zaradi zamenjave vzorcev v laboratoriju. Vse omenjene napake so bile ugotovljene pred transfuzijo krvne komponente, napačni izvidi so bili popravljeni. V 81 primerih je bila odkrita napačna kri v epruveti.

Da bi se izognili skorajšnjim napakam, je treba vsako naročilnico v celoti izpolniti, s spremljajočim vzorcem krvi morata biti označena z enako črtno kodo. Za preprečevanje napačne krvi v epruveti je treba na epruveto podatke o bolniku zapisati ob samem odvzemu krvi, osebne podatke mora bolnik povedati sam, le-te pa je treba primerjati še z njegovo dokumentacijo. Potrebna je tudi dodatna identifikacija bolnika pri odvzemu vzorca krvi, ki jo predstavlja orientacijska določitev krvne skupine. Rezultat je treba vnesti v označeno polje na naročilnici. Če ima bolnik že veljaven izvid krvne skupine, je treba pri naročanju v ustrezno polje naročilnice vpisati številko izvida določitve krvne skupine ter rezultat določitve krvne skupine ABO; ponovna orientacijska določitev ob jemanju vzorca ni potrebna. Pred izvajanjem predtransfuzijskih preiskav se iz vzorca ponovno naredi orientacijska določitev krvne skupine, ki jo primerjamo s krvno skupino, zapisano na naročilnici, in morebitnimi historičnimi podatki v informacijskem sistemu DATEK. V primeru neskladja zaprosimo za ponovno določitev krvne skupine ob samem bolniku in po potrebi za nov vzorec. Zato je pomembno, da je na naročilnici vedno zapisana tudi kontaktna številka osebe, ki je odgovorna za naročilo.

Primerjava z evropskimi državami

Generalni direktorat za zdravje in varnost hrane Evropske komisije vsako leto izda poročilo o hudih neželenih transfuzijskih reakcijah in hudih

neželenih dogodkih (SARE – *serious adverse reactions and events*). Pri pripravi poročila sodeluje 30 držav, 28 članic Evropske unije in Liechtenstein ter Norveška. V letu 2015 je bilo v omenjenih državah izdanih in/ali transfundiranih 31 milijonov enot krvnih komponent. Poročilo o hudih neželenih dogodkih je oddalo 24 držav, prijavljenih je bilo 2.338 hudih neželenih dogodkov, nekaj držav ni imelo niti enega hudega neželenega dogodka. V največji meri je bila vzrok za hude neželene dogodke človeška napaka. Med državami je opazna velika variabilnost, kar gre pripisati slabo urejeni klasifikaciji neželenih dogodkov, ki v primerjavi s klasifikacijo transfuzijskih reakcij med državami ni poenotena. To smo pri spremljanju dogodkov ugotovili tudi mi, zato uporabljamo tudi klasifikacijo neželenih dogodkov SHOT.

Zaključek

V kar 89 odstotkih je nastanku hudega neželenega dogodka botroval

Tabela 3: Hudi neželeni dogodki v državah Evropske unije, na Norveškem in v Liechtensteinu (poročilo SARE za leto 2015).

Hud neželeni dogodek, ki je vplival na kakovost in varnost komponente krvi zaradi nepravilnosti pri:	Število (odstotki)
zbiranju polne krvi	449 (19,2 %)
aferezi	43 (1,8 %)
testiranju dajalcev	149 (6,4 %)
predelavi	124 (5,3 %)
skladiščenju	276 (11,8 %)
razdeljevanju	328 (14 %)
materialih	17 (0,7 %)
drugo	952 (40,7 %)

človeški dejavnik. Človeške napake so neizogibne, vendar lahko na njihovo pojavljanje vplivamo s prepoznavo kritičnih točk v preskrbi s krvjo in izobraževanjem vseh vpletenih v transfuzijsko verigo. Da bi se izognili nastajanju neželenih dogodkov, je treba dosledno upoštevati Pravilnik o transfuzijskih preiskavah in postopkih ob transfuziji (Uradni list RS, št. 9/07). Ugotavlja-

nje in beleženje neželenih dogodkov je izjemnega pomena, saj vsak (hud) neželeni dogodek analiziramo, izsledke analize pa uporabimo za izvedbo korektivnih ukrepov, ki preprečujejo, da bi se neželeni dogodki ponavljali. Popolnoma varnega sistema ni, vendar se lahko z doslednim upoštevanjem pravil varne prakse izognemo marsikateri napaki.



Razpis za nagrado Mojce Novak za leto 2018

Združenje za perinatalno medicino (ZPMS) pri Slovenskem zdravniškem društvu bo na Novakovih dnevih 11. in 12. maja 2018 podelilo nagrado Mojce Novak za najboljšo klinično raziskavo s področja perinatologije. Nagrado, ki je namenjena študentom medicine in babištvu ter specializantom ginekologije in porodništva, anesteziologije in pediatrije ter mladim babicam (do 5 let po diplomi), smo poimenovali po mladi zdravnici in raziskovalki, ki nas je po dolgotrajnem boju z boleznijo prezgodaj zapustila.

Kandidati naj pošljejo svoja dela na naslov martina.peclin@kclj.si do 31. marca 2018. Dela morajo biti pripravljena v pisni obliki (do največ 2000 besed z največ eno sliko ali razpredelnico ali grafom), primerna za objavo v zborniku. Prispevek naj vsebuje ime avtorja in mentorja ter ustanovo le na prvi strani, na naslednjih straneh pa Naslov, Uvod z namenom, Materiale in metode, Rezultate, Razpravo, Zaključek in Literaturo; Izvleček pa pripravite v obliki predstavitev na do 3 straneh za predstavitev na simpoziju.

Ocenila jih bo tričlanska strokovna komisija ZPMS (Darja Trošt, dr. med., dr. Irena Štucin Gantar, dr. med., in doc. dr. Miha Lučovnik, dr. med.). Komisija bo ocenjevala strokovnost, jasnost, klinično uporabnost in odmevnost poslanih del. Najboljše delo bo nagrajeno s financiranjem izobraževanja s področja perinatologije (do 1500 EUR oz. glede na razpoložljiva sredstva) in bo predstavljeno na Novakovih dnevih v obliki predavanja. Vsa poslana dela, ki bodo ustrezala osnovnim kriterijem, bodo objavljena v zborniku.

Poročilo z mednarodnega simpozija o biološkem monitoringu

Dr. Tihomir Ratkajec, dr. med., spec. MDPŠ, Medicina dela Rogaška, d. o. o.,
Rogaška Slatina

V Neaplju je od 1. do 4. oktobra 2017 potekal 10. mednarodni simpozij o biološkem monitoringu v organizaciji Scientific Committee of Occupational Toxicology (SCOT) mednarodne komisije za zdravje pri delu (ICOH) in v sodelovanju z Univerzo Naples Federico II. Udeleženci smo se seznanili z vso kompleksnostjo izvajanja biološkega monitoringa. S tem področjem se ukvarjajo številne strokovne organizacije in pristop k biološkemu monitoringu je nekoliko različen.

Ena od ključnih organizacij je evropska agencija za kemične snovi (ECHA), kjer se izvaja protokol REACH, kot je na primer upravljanje s podatki o kemičnih snoveh in ocena delovanja snovi.

Humani biomonitoring (HBM) ali biološki monitoring, kakor ga poimenujemo v vsakodnevni komunikaciji, lahko izboljša oceno tveganja pri izpostavljenosti splošne populacije in delavcev kemikalijam. Pri posamezniku kaže na neposredni vpliv kemikalije na njegovo zdravje, zato želi European Human Biomonitoring Initiative (HBM4EU) uvesti HBM v industrijo, v sadjarstvo, v proizvodnjo hrane in ga vključiti v zakonodajo, kjer še ni (www.hbm4eu.eu).

HBM je pomemben pri preprečevanju bolezni, povezanih z delom, in poklicnih bolezni. Izveden mora biti v skladu z dobro klinično prakso, interpretirati pa ga mora usposobljen zdravnik specialist medicine dela, ki pozna celostni pristop v medicini. Že na samem začetku izvedbe lahko vzbudi strah pri izvajalcu in pri delavcu, ali ga bomo res upravičeno uporabili in izvedli v skladu s strokovno prakso in z etičnimi načeli. Zato je bistveno pridobiti zaupanje delavcev in jim pojasniti, za kaj potrebujemo njihovo telesno tekočino. Ključno je, da razumejo, kakšen je zdravnikov namen.

Mnoge vladne, nevladne, strokovne organizacije so predlagale mejne vrednosti za posame-

zne snovi v telesnih tekočinah, vendar priznava-jo, da ni jasne meje med nevarno in varno vrednostjo ter da le-te večkrat niso uradno objavljene. Če ni jasnih meja, potem bi lahko vrednosti HBM za posamezno snov, določene v skladu z dobro prakso, uporabili kot vrednosti za spremljanje in ukrepanje.

Na simpoziju so govorili tudi o BLVs ali biološki vrednosti snovi v telesni tekočini. Individualna vrednost lahko preseže BLV brez povečanega tveganja za posameznika. Če pa je presežen BLV za skupino delavcev, je potrebno raziskovanje vzroka in ustrezni ukrepi za zmanjšanje tveganja za zdravje. BVL se najbolj pogosto uporablja pri snoveh, ki se vnašajo v telo z inhalacijo, predvsem če je koncentracija snovi nad mejno vrednostjo poklicne izpostavljenosti (OEL). Morda pri nas še ni dovolj znano, da je znanstveni odbor (SCOEL) predlagal seznam kemičnih snovi, za katere bi se izvajal biološki monitoring. V naši praksi se pogosto srečujemo z nemškimi vrednostmi BAT.

Kemične nesreče

Na Nizozemskem so za kemično varnost organizirali 25 varnostnih regij, v katerih deluje tim strokovnjakov 24 ur 7 dni tedensko, ki strokovno oceni tveganje in podpira javno zdravstveno mrežo. Ocenjuje vrednosti HBM pri izpostavljenosti kemikalijam med nesrečo. Tim, ki ga sestavljajo toksikologi, zdravniki in epidemiologi, je tudi pripravil nacionalno navodilo. V zadnjih treh letih je bil HBM izveden v 12 kemičnih nesrečah. V petih nesrečah niso svetovali HBM, pri ostalih je HBM pomagal razjasniti dogodek. Kljub delovanju tima poudarjajo, da je bila ena od slabosti, da monitoring ni bil izveden dovolj zgodaj.

V Nemčiji posvečajo posebno pozornost HBM pri gasilcih in ekipah prve pomoči ter drugih intervencijskih ekipah. Predvsem pri

gorenju in pirolizi je treba analizirati policiklične aromate (PCA), klorirane substance, dražljivce.

Organizator simpozija je izdal uporaben zbornik nekoliko obsežnejših povzetkov. V marcu 2018 namerava izdati poseben dodatek z raziskovalnimi in strokovnimi prispevki ter jih objaviti v *Toxicology Letters* (IF 3,853).

Zaključek

HBM je v medicini dela bistvenega pomena za oceno tveganja pri izpostavljenosti kemikalijam in je sestavni del preventivnega zdravstvenega pregleda delavcev. Ker se v kratkem pripravlja sprememba Pravilnika o varovanju delavcev pred tveganji zaradi izpostavljenosti

kemičnim snovem, je Razširjeni strokovni kolegij za medicino dela predlagal, da se HBM izvaja pri ožjem naboru nevarnih kemičnih snovi, v ostalih primerih pa izvajanje HBM predlaga izvajalec medicine dela na podlagi ocene tveganja, meritev ekološkega monitoringa in rezultatov zdravstvenega nadzora.

Optimalna prehranska oskrba za vse, na vseh ravneh zdravstvenega sistema

Doc. dr. Nada Rotovnik Kozjek, dr. med., Gregor Veninšek, dr. med., dr. Katja Povhe Jemec, dipl. inž. živil. tehnol., doc. dr. Mojca Gabrijelčič, dr. med., Dušan Baraga, dr. med., asist. dr. Milena Blaž Kovač, dr. med., Valerija Palkovec, DMS, asist. Eva Peklaj, klinični dietetik

Na Bledu je 13.–14. novembra 2017 potekala 4. mednarodna evropska konferenca ONCA (Optimal nutritional care for all, www.onca.com). Naslov smo v Sloveniji prevedli v »Optimalna prehranska oskrba za vse«.

Slaba prehranjenost posameznika je medicinski problem

Z današnjo strokovno terminologijo klinične prehrane pojasnujemo prehransko stanje posameznika s spremembami v sestavi njegove telesne mase (pre- in podhranjenosti) in/ali njihovimi presnovnimi posledicami (1). Pogled na prehransko stanje posameznika skozi prizmo stroke klinične prehrane je v luči novjših presnovno-molekularnih spoznanj fascinantno. Z novjšimi spoznanji metabolomike in njenih

sorodnih vej, kot je proteomika, lahko pogledamo v presnovo in prilagajamo prehranske strategije presnovnemu stanju ali, še bolj medicinsko rečeno, njegovi presnovni diagnozi. Stanje presnove je izredno dinamično, spreminja se glede na to, kaj posameznik počne in kaj se z njegovim zdravjem dogaja. Ko smo zdravi, je npr. izjemno močan modulator presnove in zdravja telesna aktivnost. Podobno je tudi pri bolnikih, pri katerih je še bolj pomembno, da s prehrano podpiramo delovanje organizma. Ko preko teh spoznanj dojamemo spreminjanje presnove in pomen prilagajanja vnosa energije in posameznih hranil, nam je zelo hitro jasno, da diete (razen za zelo specifične medicinske indikacije) v prehrani posameznika in še manj bolnika nimajo več življenjskega prostora. Zato je za optimalno medicinsko obravnavo posameznika ključno, da

razumemo odnose med prehrano in zdravjem na osnovi konceptov, ki so oblikovani na sodobnih znanstvenih spoznanjih.

Klinična prehrana in ukrepi javnega zdravja

Klinična prehrana kot prehranski strokovni koncept tako danes zajema preventivo, diagnostiko in (terapevtsko) obravnavo prehranskih in presnovnih sprememb v povezavi z akutnimi kroničnimi boleznimi ter stanji, ki so povezana s prebitkom ali pomanjkanjem energije oz. posameznih hranil (1). Zato vsak individualen prehranski ukrep, preventiven ali terapevtski, predstavlja klinično prehrano. Prehranski ukrep pri posamezniku je torej, kot del optimalne prehranske oskrbe, medicinski ukrep.

Zdravstveni ukrepi pa so tudi prehranski ukrepi javnega zdravja. Ti ukrepi so populacijsko usmerjeni ter imajo namen, da podpirajo zdravje in zmanjšajo breme kroničnih nenalezljivih bolezni. Ob tem se je treba zavedati populacijske specifičnosti priporočil in poudariti, da »zdrava« prehrana ni enaka za vse.



Udeleženci konference ONCA.

Ker je strokovna terminologija področja klinične prehrane v medicini še relativno slabo prepoznana, je uvodoma treba tudi dodati, da debelost z različnimi pojavnimi oblikami predstavlja obliko prehranske motnje. Posebno zahtevno presnovno stanje je sarkopenična debelost, pri kateri istočasno obstajata podhranjenost in prehranjenost, kar Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) opredeljuje kot dvojno breme slabe hranjenosti (2). Z debelostjo in njenimi pojavnimi oblikami se zdravstvene politike soočajo že nekaj desetletij ter se s problemom bolj ali manj uspešno spopadajo. Hkrati pa se je v zadnjih desetletjih, ko je pomanjkanje hrane zamenjalo preobilno hranjenje, pri nas izgubila pozornost na preostala slaba prehranska stanja, ki ostajajo strokovno in sistemsko relativno slabo pokrita. Le-ta so v zadnjem času nemalokrat pri posamezniku celo prekrita s plaščem prekomerne prehranjenosti.

V tesni povezavi s prehranskimi motnjami so tudi stanja, ki jih opredelimo kot sarkopenija, kaheksija in krhkost.

Motnje prehranskega stanja so številne in različne

Slabo prehransko stanje je tako dobesečno »vsakodnevni« problem zdravstva, tudi slovenskega. Ker so motnje prehranskega stanja številne,

njihove zdravstvene posledice predstavljajo veliko obremenitev za vse dele zdravstvenega sistema. Da lahko bolezni, ki so pogojene in/ali povezane s prehranskim stanjem, optimalno obvladujemo, je potrebna optimalna prehranska oskrba na vseh ravneh zdravstvenega sistema.

Vzpostavitev ukrepov prehranske oskrbe takrat, ko se razvijajo motnje prehranskih stanj, je torej nujna za njihovo optimalno zdravljenje in je tudi ekonomsko upravičena.

Še bolj pomembno pa je, da motnje prehranskih stanj preprečujemo. Že od najmlajših let in kot del zdravstvene preventive ter še bolj promocije zdravja – tam, kjer ljudje živijo, delajo, se igrajo in se imajo radi. Potrebni so sistemski ukrepi, s katerimi bomo znali prenesti priporočila javnega zdravja do posameznika, obenem pa ustvarjati okolja, v katerih bodo opolnomočeni posamezniki lahko zdravo izbirali. V praksi je v zdravstvenem sistemu in v okviru skupnostnega pristopa potrebno izvajati ukrepe bolj individualno usmerjene prehranske obravnave v primeru prisotnosti dejavnikov tveganja za podhranjenost oz. slabo hranjenost in obenem v zdravstveni sistem vključiti sistematsko presejanje na prehransko ogroženost že na ravni primarnega zdravstva ter jo nadgraditi z ustreznimi algoritmi presajanja in ukrepanja tudi na sekundarni in terciarni ravni.

Cilji ONCA

Ključni cilj ONCA je zmanjševanje pojavnosti in uspešno ukrepanje ob stanjih neustrezne prehranjenosti posameznikov in bolnikov, ki vodijo do razvoja prehranskih motenj (podhranjenost, debelost, kaheksija) in z njimi povezanih stanj, kot sta sarkopenija in krhkost. Slaba prehranjenost predstavlja velik zdravstveni strošek tako neposredno (preko slabšega (in dražjega) poteka in zdravljenja različnih bolezenskih stanj) kot tudi posredno (preko izgube delovne zmožnosti in obremenitve socialnega omrežja posameznika).

Po mednarodnih podatkih je zaradi slabega prehranskega stanja ali podhranjenosti ogrožena desetina splošne populacije. Ta delež se močno poveča pri prehransko bolj občutljivih skupinah prebivalstva, kot so bolniki, starostniki in prebivalci v negovalnih ustanovah. A niso ogroženi samo bolniki, prehranska ogroženost z neustreznimi prehranskimi strategijami (beri »dietami«) načenja zdravje številnih posameznikov. Ta problem se v veliki meri kaže tudi v motnjah prehranjenosti, kot sta mikrohranilna podhranjenost in debelost.

V Sloveniji imamo sicer nekaj podatkov o prehranski ogroženosti različnih populacijskih skupin, celostne analize, koliko nas slaba prehranjenost stane, pa še nimamo. Verjetno pa pri nas ni bistveno drugače kot v

Evropi, kjer je po dostopnih podatkih prehransko ogroženih 33 milijonov odraslih – tako velika razsežnost problema podhranjenosti predstavlja okoli 170 milijard evrov stroškov za evropske zdravstvene sisteme vsako leto (3). Slaba prehranjenost zahteva multidisciplinaren pristop na vseh ravneh zdravstvenega sistema.

Gre torej za relativno urgenten javnozdravstveni in klinični problem, ki ga je treba reševati na vseh ravneh zdravstvenega sistema. Zdravniki, kot nosilci zdravstvene dejavnosti, pa moramo zanj prevzeti strokovno odgovornost in reševanje prehranskih problemov prebivalstva vključiti v vse ravni zdravstvene dejavnosti ter v reševanje problema aktivno pritegniti tudi paciente. Še več, gre za medicinsko gledano multidisciplinarni problem, pri katerem v zdravstvenem sistemu pogrešamo predvsem vključitev ustrezno izobraženih kliničnih dietetikov. Če izhajamo iz strokovnih izhodišč klinične prehrane, ima prehransko svetovanje pri zdravem posamezniku, tako kot pri bolniku, pomemben vpliv na njegovo zdravje. Pri bolniku vplivamo na številne zdravstvene zaplete zaradi slabega prehranskega stanja, pri zdravem posamezniku pa lahko z neustreznimi prehranskimi strategijami (ponovno beri dietami) negativno vplivamo na njegovo zdravstveno stanje. Teh šarlatanskih praks samooklicanih prehranskih strokovnjakov v našem okolju kar mrgoli in uradni zdravstveni sistem rešuje številne zdravstvene posledice nepravilne prehrane. Ustrezno usposobljen dietetik je v

klinični praksi ključen partner zdravnika na področju prehrane.

Sestava slovenske delegacije je bila multidisciplinarna, vodja delegacije pa družinska zdravnica iz ZD Šiška asist. dr. Milena Blaž Kovač, dr. med., predsednica Slovenskega združenja za klinično prehrano (SZKP).

Na konferenci so sodelovali delegati 16 držav, slovenska delegacija je letos sodelovala 4. leto zapored.

Kako ONCA deluje?

Kampanjo ONCA povezuje ENHA (The European Nutrition for Health Alliance), ki predstavlja povezavo združenj strokovnjakov in bolnikov, katerih cilj je udejanjanje priporočil, da bo »...vsak državljan evropskih držav, ki ima slabo prehransko stanje (podhranjenost, prehranjenost) ali je prehransko ogrožen, imel dostop do primerne, dostopne vsem in visoko kakovostne prehranske podpore ...«. Strokovna združenja in združenja bolnikov (tabela 1) skupno z vključenimi državami sodelujejo pri doseganju tega cilja.

Mednarodna konferenca ONCA predstavlja pobudo za izmenjavo strokovnih in organizacijskih izkušenj za uvajanje optimalnih prehranskih strategij na vseh ravneh zdravstvenega varstva. V kampanjo je do sedaj vključenih 16 evropskih držav: Belgija, Češka, Danska, Francija, Velika Britanija, Turčija, Hrvaška, Španija, Nizozemska, Poljska, Izrael, Nemčija, Slovenija, Irska, Švedska in Italija.

Nacionalne delegacije sestavljajo predstavniki različnih strokovnih

organizacij in vladnih struktur ter različnih drugih nevladnih organizacij, vključno s predstavniki pacientov, ki jim je ta iniciativa pravzaprav namenjena. V ONCA sodelujejo tudi predstavniki medicinske prehranske industrije, pod jasno določenimi pravili, da bi se izognili možnim konfliktom interesov.

V profesionalni del delegacije so vključeni predstavniki medicinskih strok, kjer je klinična prehrana še posebej pomembna (gastroenterologi, kirurgi, onkologi, geriatri, pediatri, intenzivisti), in dietetiki oz. nutricionisti. Letos so se pridružili tudi farmacevti. V slovenski delegaciji smo imeli tudi predstavnicu zdravstvene nege, predstavnicu javnega zdravja in predstavnike ministrstva za zdravje. Aktivni udeleženci delegacije so bili tudi predstavniki združenj bolnikov.

Na konferenci države članice predstavljajo različne strategije, kako se spopadajo s problemi optimalne prehranske oskrbe za vse, dodatno možnost sodelovanja ponuja tudi izmenjava praks dobrih kliničnih poti in strateških akcij na spletni platformi ONCA. Na vsakoletni konferenci države tudi ocenjujejo napredek na različnih področjih prehranske oskrbe in ugotavljajo razvoj po posameznih državah ter iščejo morebitne rešitve tudi s pomočjo praks v drugih državah. Zdravstveni programi ONCA so usklajeni z delom pisarne SZO za evropsko regijo ter so vpleteni tudi v politične odločitve Evropskega parlamenta.

Slovenija in ONCA

Ker je bila Slovenija letošnji gostitelj, je bila konferenca ONCA v prvem delu namenjena pregledu stanja v Sloveniji. Skupaj z organizatorji smo pripravili program, ki je pokazal zelo dobro delo v številnih segmentih prehranske oskrbe pri nas. Naj poudarimo, da so aktivnosti v slovenskem prostoru močno prepletene z aktivnostmi ministrstva za zdravje, ki koordinira izvajanje Nacionalnega programa o prehrani in telesni

Tabela 1. Članice ENHA

Association Internationale de la Mutualité (AIM mutual health insurers)
European Association of Homes and Services for the Ageing (EAHSA)
European Federation of the Associations of Dietitians (EFAD)
European Hospital and Healthcare Federation (HOPE)
European Nursing Directors Association (ENDA)
European Society of Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN)
European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS)
International Association Geriatrics and Gerontology (IAGG)
International Longevity Centre - UK
Medical Nutrition International Industry (MNI)
Pharmaceutical Group of the European Union (PGEU Community Pharmacists)

dejavnosti 2015–2025 »Dober tek, Slovenija« (4). Ministrstvo se zaveda pomena promocijskih in preventivnih prehranskih strategij in tudi kurativnih ukrepov klinične prehrane. Velik del teh ukrepov je zajet v programu Dober tek, Slovenija. Izvajanje ukrepov v sedanjem Akcijskem načrtu do leta 2018 podpira delovanje stroke klinične prehrane tudi na ravni primarnega zdravstvenega varstva, z enotno klinično potjo prehranske obravnave, in njeno integracijo s klinično potjo prehranske obravnave na višjih ravneh zdravstvenega varstva. Podpira razvoj izobraževanja na področju klinične prehrane ter še posebej poudarja skrb za prehransko bolj ogrožene posameznike, kot so starostniki, in tudi povezavo z gibanjem. Pomembno je poudariti, da je skrb za vzpostavljanje enakih pogojev za vse, tudi za socialno-ekonomsko bolj ogrožene, torej tudi za zmanjševanje neenakosti v prehranski obravnavi in s tem v zdravju, nujno izvajati tudi v vseh prehranskih ukrepih države in lokalnih skupnosti.

Predstavitev Mojce Gobec, dr. med., direktorice Direktorata za javno zdravje, ki je predstavila aktivnosti ministrstva na tem področju, je prikazala sistemske ukrepe, ki spadajo strokovno med najbolj napredne v evropskem prostoru.

Del teh dejavnosti, ukrep presejanja na prehransko ogroženost in osnovno prehransko obravnavo na ravni primarnega zdravstvenega varstva, je predstavila tudi asist. dr. Milena Blaž Kovač. Ker je daleč največ prehranskih problemov ravno v ambulantni družinski zdravnik, pediatrov in šolskih zdravnikov, bi z uspešnim udejanjanjem klinične poti prehranske obravnave, ki se navezuje na delovanje in ukrepe centrov za krepitev zdravja, lahko učinkovito vzpostavili dobro prehransko oskrbo večine prebivalstva. Naj še enkrat poudarim, da ti ukrepi obsegajo obravnavo prehranskih motenj obeh skrajnosti – od podhranjenosti do tistih, ki so povezane s prekomerno telesno maso in debelostjo.

V Sloveniji smo zadnja leta tudi zelo aktivni na področju izobraževanja. Znanja klinične prehrane uvajamo v izobraževalne programe bodočih zdravnikov, dietetikov in drugih prehranskih strokovnjakov. Z letošnjim letom se začena tudi izvajanje izbirnega predmeta klinične prehrane na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Pomen teh znanj za študente medicine je predstavil prof. dr. Dušan Šuput, nedavni dekan MF UL, ki je s sedanjim dekanom prof. dr. Igorjem Švabom sodeloval pri vzpostavitvi izobraževanj iz klinične prehrane za študente medicine.

Kot dodatno izobraževalno dejavnost smo predstavili tudi Šolo klinične prehrane, ki jo kot obliko podiplomskega izobraževanja v okviru projekta ministrstva za zdravje izvaja Slovensko združenje za klinično prehrano (SZKP).

Predstavili smo tudi naše bodoče načrte. Mlada zdravnica Tajda Božič je s smelim nastopom nakazala nova obzorja, kako bodo naši nasledniki pomagali pri skrbi za prehranske probleme slovenskih državljanov. Njen nastop in doživeti nastop »izkušene« bolnice na parenteralni prehrani na domu Sonje Jamnikar sta bila deležna številnih priznanj. Gospa Jamnikar je odlično prikazala, da imajo bolniki, četudi ne morejo jesti, še vedno »apetit do življenja«. Hrana je le osnova, a če prehranska oskrba ni primerna, je kakovost življenja bistveno slabša. V luči te »borbe za življenje« kljub boleznim so se predstavile tudi organizacije bolnikov (Europa Donna, Združenje bolnikov z limfomom). Pacienti so namreč tisti, kjer se odličnost naše medicinske oskrbe kaže tudi skozi primerno prehransko podporo v zdravju in bolezenskih stanjih.

Da je vpliv prehrane na zdravje optimalen, jo je treba povezati z gibanjem. Zato je Slovenija sodelovala na ONCA tudi s predstavitev naših izkušenj s telesno dejavnostjo starejših. Predstavljena sta bila projekta PANgEA in AHA.SI. V prvem so slovenski raziskovalci skupaj z itali-

janskimi pod strogimi etičnimi pogoji opravili eno redkih študij vplivov dolgotrajnejšega ležanja pri starejših odraslih. Zbrano znanje so preverili z množičnimi meritvami na populaciji zdravih starejših odraslih ter pripravili konkretna priporočila za gibalne parke in prehranske ukrepe v domovih starejših občanov. Pri projektu AHA.SI sta bila telesna dejavnost in obvladovanje krhkosti vključena kot ena od ključnih determinant zdravja in blagostanja v Strategiji dolgožive družbe, ki jo je julija 2017 sprejela Vlada RS (5).

Zaključek

Slovenija se je na Bledu, ki je ponujal izjemno jesensko kuliso, predstavila kot odličen organizator in država, kjer strokovne organizacije, ki skrbijo za optimalno prehransko stanje prebivalstva, v številnih segmentih odlično sodelujejo tudi s sistemskimi deležniki, kot sta ministrstvo za zdravje in izobraževalni sistem. Ravno zato je bil v zadnjih letih na tem področju dosežen velik napredek. Hkrati je konferenca ONCA iniciativo ponovno predstavila kot dodatno možnost, da se izboljšajo prizadevanja na področju prehranske politike in njene implementacije ob hkratnem aktivnem sodelovanju z drugimi evropskimi državami.

Viri

1. Cederholm T, et al., ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition, *Clinical Nutrition*(2016), <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2016.09.004>
2. Dostopno na: <http://www.who.int/nutrition/double-burden-malnutrition/en/>
3. Ljungqvist O, de Man F. Under nutrition: a major health problem in Europe. *Nutr Hosp* 2009;24:369-70.
4. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javno_zdravje_2015/resolucija_preh_gib/DTS_brosura_zgibanka_slo_in_angl/SLO_brosura_web_2016.pdf
5. Dostopno na: http://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/kratke_analize/Strategija_dolgozive_druzbe/Strategija_dolgozive_druzbe.pdf

Šola urgence 2017 in Point of care... Education!

Damjana Kunej, dr. med., UKC Maribor
Asist. Gregor Prosen, dr. med., FEBEM,
OE NMP ZD Maribor

Od 30. novembra do 2. decembra 2017 je potekala že peta Šola urgence. Kot je bilo zastavljeno že ob ustanovitvi dogodka, smo vsako leto proučili kurikulum posameznega letnika specializacije urgentne medicine. Teme so pritegnile tudi udeležence drugih specialnosti, ki se ukvarjajo z urgentnimi stanji. Ob izvedbi Šole urgence 2015 smo prvič priredili tudi t.i. predtečaj (angl. *Precourse*), in sicer Tečaj oskrbe kritično poškodovanega/obolelega s Cliffom Reidom. Dogodek je bil zelo obiskan, prejete povratne informacije so bile več kot pozitivne. Organizatorji smo se zato v naslednjih letih odločili za neobvezne predtečaje, ki so zajemali aktualne, tudi malce eksotične tematike. Da bi bil celoten dogodek Šole urgence karseda interaktiven, smo povabili tudi tuje predavatelje, ki so poželi veliko pohval in zanimanja.

Tako smo se ob 5. letniku Šole urgence odločili za tematiko obposeljenega izobraževanja. Povabili smo strokovnjake na področju izobraževanja iz urgentne medicine iz New Yorka, ZDA. Vabilu so se odzvali Stephanie J. Doniger (specialistka urgentne pediatrične medicine, direktorica programa specializacije pediatrične urgentne medicine), Peter Viccellio (specialist urgentne medicine, dobitnik nagrade ACEP za izredne dosežke v medicini) in William »Billy« Mallon (specialist urgentne medicine, odgovoren za vzpostavitev najbolj priznanega programa speciali-

zacije iz urgentne medicine v ZDA). Predavatelji so temo izobraževanja začeli z orisom kulture izobraževanja, poudarili so namen in moč opazovanja, opomnili tudi na pomen postavitve prostora in izbor učnega materiala. Nadalje smo v debati z njihovo pomočjo ugotavljali, da mora vsak dober učitelj (s)poznati učenca, se učencu predstaviti, se potruditi, da ima njegovo pozornost, in poizvedeti, kakšni so njegovi učni cilji. Ob vsakem nastopu je učitelj vzornik svojim učencem; beseda doktor v latinščini pomeni učitelj. Ob začetku delovnega/učnega dne je pomembno zastaviti smer izobraževanja: primeren uvod, zastaviti učne cilje za ta dan, tudi pravila. Učitelj naj svoja klinična razmišljanja predstavi učečemu. Vsak izmed nas je učitelj, kljub temu, da ne znamo vsega, zato je ob vsaki potezi treba izkazati skrb in zavzetnost.

Vsi predavatelji so goreči zagovorniki t.i. »*Point of care education*« oz. učenja ob bolniku. Predstavili so tudi način t.i. tihega izobraževanja, npr. starejši specializant vodi bolnika skozi obravnavo, nadzorni ga le opazuje in vskoči, če ga specializant potrebuje.

Vse omenjeno seveda lahko pride v poštev le, če učenec na izobraževanje (kroženje) pride z interesom naučiti se.

Gostje so z udeleženci v odprtem tipu predavanj debatirali o prej omenjenih temah in prenesli pomembno sporočilo: kljub različni organizaciji dela, drugi vrsti zdravstve-



Vrhunski William »Billy« Mallon med predavanjem.

nega sistema, zelo različnemu plačilu učiteljev je naloga nas vseh, da lastno znanje na svojstven način predajamo naprej. Ob tem se je seveda pomembno zavedati, da vsi naši »učenci« niso enako dovzetni za posamezen tip učenja, da vsi akademiki niso nujno dobri učitelji, da pa nekdo drug morda je. Ob omenjenih temah je beseda nanesla tudi na »klasičen« modro-zlati tip *power point* predstavitve, oštevilčenje strani predstavitve in ostale cvetke, ki menda ne bi smele več obstajati (op. a.).

Poleg očitnega pa so gostje na udeležence prenesli tudi (za)upanje v prihodnost. Predavatelji so nas skratka navdušili in redkokoga pustili ravnodušnega. Predtečaj smo tako zaključili z obljubo o aktualizaciji in nadgradnji izobraževanja ter ponovnem srečanju.

Šesti simpozij Maribor Spine

Mednarodno hrbtenično srečanje s praktičnimi učnimi delavnicami

Doc. dr. Gregor Rečnik, dr. med., Matjaž Voršič, dr. med., UKC Maribor

V organizaciji oddelkov za nevrokirurgijo, ortopedijo in travmatologijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor je 20. in 21. oktobra 2017 potekalo že šesto mednarodno srečanje Maribor Spine, namenjeno predstavitvam novosti na področju hrbtenične kirurgije na regionalni ravni. Simpozija se je udeležilo okoli 100 slušateljev iz Slovenije in tujine, ki so aktivno sodelovali v zanimivih razpravah po vsakem predavanju.

Po uvodnih nagovorih je v prvem sklopu, posvečenem prsno-ledveni hrbtenici, sledila predstavitev minimalno invazivnih operativnih tehnik na področju degenerativnih obolenj, deformacij in zlomov hrbtenice, ki jo je pripravil dr. Sanfeli iz Valencie. Konceptualno sta temo nadaljevala dr. Rečnik s prispevkom o novem načinu manj invazivne fiksacije vretenc s pomočjo kortikalnih vijakov in dr. Milčič s študijo o zatrditvi ledvene hrbtenice s pomočjo enostransko postavljenih pedikularnih vijakov. O indikacijah in diagnostičnih postopkih za oceno sakroiliakalne bolečine je predaval dr. Valli iz Milana, ki je tudi predstavil minimalno invazivno zatrditev sakroiliakalnega sklepa. Medtem ko je dr. Pen razpravljal o smiselnosti zatrditve segmenta L4-L5

pri veliki centralni herniaciji medvretenčne ploščice in dr. Kuhta o vplivu ohranitve segmentne lordoze na klinične rezultate po zatrditvi hrbtenice, je radiologinja dr. Kljaičeva predstavila pasti MR-preiskave po uporabi inštrumentacije. Po predstavitvi izkušenj z endoskopsko dekompresijo ledvene hrbtenice s strani prof. Bošnjaka je njegov kolega dr. Benedičič prikazal uporabo stimulatorja hrbtenjače pri kronični nevropatski bolečini. Zanimivo primerjalno prospektivno študijo o funkcionalnih rezultatih po mikrodiscektomiji, klasični discektomiji in tubularni discektomiji je predstavil dr. Sajko iz Zagreba. V zvezi s težnjo po skrajšanju ležalne dobe po operaciji hrbtenice je svoje izkušnje delil dr. Gorenšek. Potem ko se je dr. Prlja dotaknil zelo redkih, vendar

potencialno katastrofalnih zapletov pri mikrodiscektomiji, se je dr. Šmigoc ob današnjem znanju o spontani resorpciji hernije medvretenčne ploščice vprašal o smiselnosti zgodnje mikrodiscektomije. Prvi sklop je po aktualnih predavanjih dr. Kocijančiča, dr. Szunyoga in dr. Hera zaključila živahna razprava o uporabnosti nukleoplastike in diskogela pri oskrbi obolenja medvretenčne ploščice.

Drugi sklop o zdravljenju težav z vratno hrbtenico je odprl dr. Savić iz Beograda, ki je predstavil primerjalno študijo zatrditve vratnega segmenta in artroplastike z uporabo umetne proteze diska. Dr. Woiciechowsky iz Berlina je predstavil različne operativne tehnike, potrebne za posteriorno fiksacijo vratne hrbtenice, ter prednosti, ki jih prinaša tehnološki napredek (navigacija, nevromonitoring). Predavanju dr. Želeta o klinični učinkovitosti samostojne košarice v zatrditvi vratnega segmenta je sledila primerjava dr. Voršiča in dr. Samse o stopnji kostnega preraščanja preko diskalnega prostora pri uporabi različnih načinov



fiksacije. O večji zahtevnosti posegov, kjer je potrebna odstranitev celotnega vratnega vretenca, je za zaključek sklopa spregovoril dr. Matos.

Zdravljenju poškodb hrbtenice je bil namenjen tretji sklop. V uvodu je dr. Hartensuer iz Münstra predstavil moderne strategije pri stabilizaciji nestabilnih zlomov ledvene hrbtenice, opirajoč se na prednosti hrbtenične navigacije pri zagotavljanju varnosti posega in zmanjšanju obsevalne izpostavljenosti. Sledila je predstavitev najnovejših smernic za zdravljenje poškodb hrbtenjače, ki jih je lepo povzel dr. Kunej. O oskrbi poškodb vratne hrbtenice v Namibiji z najvišjo normirano stopnjo nesreč z motorjem

je v zelo slikovitem predavanju spregovoril dr. Van der Horst. Sklop je s študijo o klinični uporabi kostnega cementa pri zlomih prsno-ledvene ga prehoda zaokrožil dr. Kalacun.

Zadnji sklop je bil namenjen heterogeni hrbtenični patologiji. Najprej je dr. Ravnik predstavil svojo kirurško serijo metastatskih tumorjev na hrbtenici; v treh primerih je bila potrebna odstranitev treh sosednjih prsnih vretenec. Sledilo je predavanje dr. Juga o kirurškem zdravljenju hrbteničnih zapletov po multiplu mielomu. Po razmišljanju dr. Flisove o uporabnosti akupunkture pri zdravljenju bolečine v križu je dr. Vodičar predstavil najnovejše smernice za zdravljenje

tovrstne bolečine. Dr. Velnar je predstavil *in vitro* opažanja ob aplikaciji iodixanola, ki se uporablja pri disko grafiji, na kulturo celic medvretenčne ploščice. Dan se je zaključil s predavanjem dr. Kurile o dinamični nevro-muskularni stabilizaciji kot načinu rehabilitacije pri težavah s hrbtenico.

Naslednji dan so sledile učne delavnice na kadavrih, kjer so lahko udeleženci nadgradili svoje znanje. Tematsko razdeljene postaje z demonstratorji so omogočale *hands-on* inštrumentacijo s strani vsakega udeleženca posebej, kar se je do sedaj izkazalo za najbolj učinkovit način podajanja znanja in učenja novih kirurških tehnik na hrbtenici.

Metodi naravnega načrtovanja družine in zdravljenja neplodnosti

Srečanje svetovalcev metode FertilityCare in zdravnikov, usposobljenih za zdravljenje neplodnosti po metodi NaPro, na Poljskem

Milena Igličar, dr. med., spec. gin. in por., ZD Škofja Loka

V začetku oktobra je v kraju Stary Sącz na jugu Poljske potekalo srečanje z dodatnim izobraževanjem o naravni metodi načrtovanja družine FertilityCare in metodi zdravljenja neplodnosti NaPro. Izobraževanja sem se udeležila kot zdravnica, usposobljena za zdravljenje po metodi NaPro, skupaj s svetovalkama metode FertilityCare Majo Vovk in Petro Lukan iz Zavoda Iskreni.net.

Ameriški ginekolog Thomas Hilgers je s sodelavci leta 1976 začel modificirati in standardizirati Billingsovo ovulacijsko metodo naravnega načrtovanja družine. Razvili so metodo FertilityCare, po kateri lahko ženska z natančnim opazovanjem sluzi in občutka med brisanjem preko vhoda v nožnico in presredka točno

določi plodne in neplodne dneve v menstrualnem ciklusu. Opazovanja natančno beleži v tabelo. Pri naravnem načrtovanju družine ima par spolne odnose v plodnih dneh, kadar želi zanositi, kadar ne želi, pa samo v neplodnih dneh. Zanesljivost metode FertilityCare je po raziskavah ob pravilni uporabi 99 % (1). Opazovanje ženske so dopolnili z UZ-spremljanjem foliklov (folikulometrija) in preiskavami hormonov. Pri neplodnih ženskah pogosto opazimo slabšo cervikalno sluz, skrajšano ali spremenljivo dolžino poovulacijske faze ciklusa in vmesne krvavitve. Hormonske preiskave kažejo znižan estrogen in še pogosteje progesteron v poovulacijski fazi. Pri folikulometriji ugotovljamo številne nepravilnosti ovulacije. Razvila se je uspešna metoda zdravljenja neplodnosti in drugih

ginekoloških težav (metoda NaPro – Natural Procreative Technology). Naravno pri tej metodi ne pomeni, da se ne uporablja zdravil, ampak da se neplodnosti ne zdravi z umetno oploditvijo. Par se opazuje po metodi naravnega načrtovanja družine, do spočetja pride s spolnim odnosom.

Preiskave hormonov se izvajajo določene dneve v mesecu glede na natančno beleženje opazovanih znakov. Prav tako se zdravi, npr. progesteron v drugem delu ciklusa, dodajajo glede na čas ovulacije. Veliko pozornost posvečajo natančni diagnostiki, zelo natančno laparoskopsko operirajo endometriozo, policistične ovarije (PCO), patologijo maternice in jajcevodov. Z njihovim delom sem se podrobneje seznanila, ko sem se aprila 2016 udeležila 2. dela osnovnega učenja metode na inštitutu v



Omahi v Združenih državah Amerike. Standardiziran model učenja metode za pare in metodo zdravljenja neplodnosti so razširili po vsej Ameriki, Evropi (2) in drugih državah sveta.

Na oktobrskem srečanju na Poljskem se nas je zbralo 22 zdravnikov in 38 svetovalcev. Večinoma smo imeli ločena predavanja. Zdravnikom, usposobljenim za zdravljenje po metodi NaPro, je predavala ginekologinja dr. Christine L Cimo Hemphill iz Pensilvanije. Glavne teme so bile endometrioza, PCO in moška neplodnost.

Pri zdravljenju **endometrioze** neplodnih bolnic je glavni poudarek na zelo natančni laparoskopski operaciji. Dr. Hemphill je pokazala veliko posnetkov svojih operacij. Prevladuje ekscizijska tehnika z natančno peritonizacijo. Na površini ovarijev uporabljajo laser. Pri opazovanju ciklusov žensk z endometrioza opazajo slabšo cervikalno sluz tudi pri tistih, ki imajo sicer s folikulometrijo potrjeno ovulacijo. Za izboljšanje služi dodajajo vitamin B6 in acetilcistein. V poovulacijski fazi ciklusa sta znižana estrogen in progesteron, zato dodajajo nizke odmerke humanega horijevega gonadotropina (HCG). Svetujejo tudi posebno dieto.

Pri diagnostiki **PCO** poleg ostalega določajo tudi inzulinsko rezistenco. Metformin uporabljajo večinoma

samo pri debelejših pacientkah s PCO in potrjeno inzulinsko rezistenco. Dr. Hemphill pri suhih svetuje prehranski dodatek myoinositol. Ostalo zdravljenje je podobno našemu, le da vse temelji na natančnem opazovanju služi, folikulometriji in pregledu hormonov. V poovulacijski fazi je znižan samo progesteron. Tudi v primeru zanositve je v začetku nosečnosti progesteron pogosto znižan. Glede na izmerjene vrednosti dodajajo mikroniziran progesteron.

Ker predvsem iz etičnih razlogov ne izvajajo postopkov oploditve z biomedicinsko pomočjo, se več ukvarjajo z zdravljenjem **moške neplodnosti**. Pri azoospermiji in oligospermiji napravijo tudi preiskavo urina na prisotne semenčice po ejakulaciji. V primeru okluzije semenovodov naredijo operativno anastomozo. Pri oligospermiji predpisujejo clomifen citrat, redkeje tamoxifen, HCG, lisinopril. Pri astenozoospermiji in teratozoospermiji pa svetujejo našemu preferenčnemu podobne preparate. Pri znakih vnetja predpisujejo antibiotike.

Svetovalci metode FertilityCare so se poglobljali v učenje in beleženje natančnega opazovanja bioloških kazalnikov. Glavna tema je bilo beleženje in prepoznavanje znakov plodnosti pri ženskah s stalnim povečanim izcedkom iz nožnice. Tudi pri teh je uporaba metode možna in

zanesljiva. Veliko se posvečajo tudi pomenu medsebojnega odnosa para ob uporabi naravnih metod. Skupaj smo o tej temi poslušali zelo zanimivo predavanje o pomenu čustvene podpore za ohranjanje dobrega medsebojnega odnosa v primeru težav z zanositvijo.

V ginekološki ambulanti Zdravstvenega doma Škofja Loka imam veliko žensk, ki vso rodno dobo zadovoljno uporabljajo naravne metode uravnavanja spočetij. Veliko jih pa naravne metode uporablja površno, brez posebnega znanja, prav zato te metode še vedno veljajo kot nezanesljive. Vesela sem, da jim lahko svetujem, da se natančnega opazovanja in uporabe metod naučijo na tečajih. Metodo FertilityCare učijo na Iskreni.net, metodo Sensiplan usposobljeni svetovalci po vseh slovenskih regijah, Billingsovo metodo pa na Gibanju za življenje in na društvu Center Chiara v Ljubljani.

Mene osebno so v učenje metode FertilityCare in metode NaPro potegnili številni neplodni pari, ki ne želijo zanositi z umetno oploditvijo. Že nekaj let po tej metodi uspešno zdravi dr. Janez Rifel, specialist družinske medicine in docent na Katedri za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani. Dobro sodelujeva z dopolnjevanjem znanja, pacientke folikulometrijo opravijo pri meni in nekaterih drugih ginekologih. Izbrala se je tudi ginekologinja Marija Ocvirk, škoda je le, da smo ginekologi ob polni zaposlitvi preveč obremenjeni z delom v ambulanti.

Viri

1. Creighton Model NaProEducation Technology for avoiding pregnancy: use effectiveness; J Reprod Med 1998; 43: 495-502. http://www.reproductivemedicine.com/toc/auto_abstract.php?id=9549
2. Izsledki raziskave o učinkovitost NaPro zdravljenja v Evropi so bili objavljeni leta 2008 v reviji The Journal of American Board of Family Medicine 21 (5): 375-384 <http://www.jabfm.org/content/21/5/375.full>
3. <http://www.fertilitycare.si>
4. <http://www.fertilitycare.org>
5. <http://www.naprotechnology.com>

Zbornična izobraževanja za zdravnike in zobozdravnike

Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti

predavanja in delavnice: marec (Murska Sobota), maj (Ljubljana)



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: dr. Andreja Lavrič, univ. dipl. ped. in prof. soc., in Elizabeta Vovko, univ. dipl. psih.

Nujna medicinska stanja v zobozdravstveni ambulanti – ŽE ZASEDENO!

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.

Odpredavaj kot se šika! – Delavnica javnega nastopanja

delavnica: marec

V medicini se nenehno srečujemo v situacijah, ko se je treba javno izpostaviti. To se lahko zgodi na jutranjem raportu ali na strokovnem srečanju. Povsod nas lahko hkrati spremlja tudi trema, ki jo moramo znati uporabiti v svojo korist. Na delavnici se bomo naučili, kako pripraviti in izvesti dober javni nastop, kje so skrite zanke in kako se soočiti s tremo. S pomočjo analize posnetkov bo vsak imel priložnosti videti svoj nastop in ga narediti še boljšega.

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

Od krepiteve timskega dela do izboljšanja delovnega vzdušja

delavnica: marec

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

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

Nujna medicinska pomoč za ekipe v zobozdravstvu

delavnica – 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, delovnopравne dileme, E-list in nekaj malega o stresu.

Število udeležencev na posamezni delavnici je omejeno; dosednji udeleženci delavnice zelo priporočajo!

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

Srečanja skupine za osebnostno rast: kako doseči dogovor

delavnice: marec–december

Srečanja se izvajajo vsak mesec, prvo sredo v mesecu, od 16.00 do 19.30 v prostorih Domus Medica. Uvodni del predavanja je vedno posvečen ponovitvi teme s prejšnjega srečanja ali teme, ki se vsebinsko povezuje s temo, ki jo treniramo na srečanju. Cilji:

- Spoznavanje sebe in osebnostna rast.
- Prepoznavanje vzorcev vedenja: svojih in svojih najbližjih sodelavcev ali družinskih članov.
- Reševanje konfliktov.

- Dvig asertivnosti: postaviti se zase – uveljaviti se. Postaviti si jasne meje. In se s samozavestjo in odprtostjo do drugačnosti podati v dialog s soljudmi: dovoliti si, da se dogovarjam – da ni vedno po moje ali tako, kot drugi povedo.
- Spreminjanje prepričanj: prepoznati omejitve in jih znati odpraviti.

Izvajalka: Metka Komar, univ. dipl. ekon.

Podroben program in **prijavnico** najdete na spletni strani zbornice: <http://domusmedica.si/dogodki>

Dodatne informacije: Mojca Vrečar, E: mic@zss-mcs.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: ***
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.–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: ***
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.–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: ***
vsebina: KOPB je pogosta bolezen, ki jo lahko preprečimo in 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. 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

2. ob 9.00 • 19. REDNO LETNO PLENARNO ZASEDANJE SLOVENSKEGA FORUMA O PREVENTIVI BOLEZNI SRCA IN ŽILJA TER 4. STROKOVNI SESTANEK SEKCIJE ZA ŠPORTNO KARDIOLOGIJO

kraj: LJUBLJANA, Modra dvorana Domus Medica	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 8,5
vsebina: Osrednja letošnja tema bo namenjena rehabilitaciji srčnega bolnika v Sloveniji ter aktualnim temam in dilemam v preventivni kardiologiji. Forumu je v popoldanskem času tudi letos pridružen letni strokovni sestanek Sekcije za športno kardiologijo Združenja kardiologov Slovenije.		organizator: Združenje kardiologov Slovenije, Delovna skupina za preventivno kardiologijo	prijave, informacije: Saša Radelj, T: 01 43 42 100, E: sasa.radelj@sicardio.org , W: www.sicardio.org

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: 5
vsebina: Povezovanje dveh strokovnih skupin 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: prijave 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 • PREPOZNAVNA 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	

9. ob 8.30 • 14. ŠOLA O MELANOMU

kraj: LJUBLJANA, Onkološki inštitut, predavalnica stavbe C	št. udeležencev: 80	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 8
vsebina: Podiplomsko izobraževanje je namenjeno specializantom internistične onkologije, specialistom in specializantom radioterapije, dermatologije ter vsem, ki jih to področje zanima.	organizator: Sekcija internistične onkologije pri SZD, Onkološki inštitut, Katedra za onkologijo, izr. prof. dr. Janja Ocvirk, dr. med.	prijave, informacije: Lidija Kristan, T: 01 58 79 282, E: ikristan@onko-i.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	

14. ob 19.00 • 8. HIPOKRATOV VEČER: MINEVANJE, ODHAJANJE ...

kraj: CELJE, Dom svetega Jožefa, Plečnikova 29	št. udeležencev: 150	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Okroga miza o dilemah paliativne oskrbe. Namenjena je vsem zdravnikom in ostalim zdravstvenim delavcem.	organizator: Združenje slovenskih katoliških zdravnikov, Peter Šuštar, dr. med.	prijave, informacije: Janez Rifel, Trubarjeva cesta 82, 1000 Ljubljana, E: janez.rifel@mf.uni-lj.si	

15. ob 15.30 • DELAVNICA ZA SPECIALIZANTE

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica	št. udeležencev: 25	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 3
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: 10,5
vsebina: Podiplomsko izobraževanje je namenjeno pediatrom, zdravnikom družinske in splošne medicine, specializantom pediatrije in družinske medicine.		organizator: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta	prijave, informacije: Majda Oštir, E: izobrazevanje.pediatric@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 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	

23.–24. ob 8.30 • OSKRBA DIHALNE POTI 2018

kraj: MARIBOR, Medicinska fakulteta, Taborska ulica 8	št. udeležencev: 30	kotizacija: 240 EUR z vključenim DDV	k. točke: v postopku
vsebina: Učna delavnica je namenjena specializantom anesteziologije, specializantom in specialistom družinske medicine, specialistom in specializantom urgentne medicine.	organizator: UKC Maribor, Oddelek za anesteziologijo, intenzivno terapijo in terapijo bolečin, MF Maribor, katedra za anesteziologijo in katedra za urgentno medicino, Jože Kučič, dr. med., izr. prof. dr. Dušan Mekiš, dr. med.	prijave, informacije: Slavica Keršič, posl. sek., T: +386 2 321 29 40, T: +386 51 420 741, E: www.ukc-mb.si	

23.–24. • 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	

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**5. ob 8.30 • 7. SREČANJE DIAMIND (DIABETES & MIND)****kraj:** LJUBLJANA, Mestni muzej, Gosposka 15**št. udeležencev:** 80**kotizacija:** 50 EUR**k. točke:** ***

vsebina: Hipoglikemija – Psihološki odzivi ljudi s sladkorno boleznijo – Opolnomočenje človeka s sladkorno boleznijo, da spregovori o tej temi. Opolnomočenje zdravstvenih delavcev za delo s pomočjo vedenjske terapije in drugih tehnik. Oblika: izkustvene delavnice. Srečanje je namenjeno zdravnikom, izobraževalcem, medicinskim sestram, psihologom, psihoterapevtom, dietetikom in farmacevtom.

organizator: Društvo za znanost in izobraževanje DRZNI v sodelovanju z Jazindiabetes, specialistična zdravstvena dejavnost, dr. Miha Kos, dr. Karin Kanc

prijave, informacije: prijave: www.diamind.si, informacije: karin.kanc@diamind.si

5.–6. ob 8.00 • SIMPOZIJ KIRURGIJE PREBAVIL 2018 – PROKTOLOGIJA**kraj:** LJUBLJANA, UKC**št. udeležencev:** ni omejeno**kotizacija:** 130 EUR in 100 EUR za specializante**k. točke:** 11

vsebina: Srečanje je namenjeno specialistom in specializantom abdominalne oziroma splošne kirurgije. Vabljeni so tudi specialisti in specializanti gastroenterologije, ginekologije in družinske medicine.

organizator: KO za abdominalno kirurgijo UKC Ljubljana v sodelovanju z MC latros in Slovenskim združenjem za gastroenterologijo in hepatologijo (SZGH)

prijave, informacije: asist. dr. Gregor Norčič, dr. med., E: www.prebavila-ljubljani.si oz. info@prebavila-ljubljana.si

6.–7. ob 9.00 • VENSKA ZGODBA**kraj:** DOLENJSKE TOPLICE, Kinodvorana**št. udeležencev:** 100

kotizacija: 50 EUR, brezplačno za študente, upokojene, radiološke inženirje, medicinske sestre, aktivne udeležence – prve avtorje prispevkov

k. točke: ***

vsebina: Redno letno srečanje združenja za žilne bolezni za vse, ki jih zanima problematika žilnih bolezni.

organizator: Združenje za žilne bolezni, prim. izr. prof. dr. Matija Kozak, dr. med.

prijave, informacije: Mija Šparovec, E: mija.sparovec@kclj.si

6.–7. ob 15.00 • 21. AŽMANOVI DNEVI – SIMPOZIJ URGENTNE IN GORSKE MEDICINE**kraj:** RATEČE – PLANICA, Nordijski center, Hotel Planica**št. udeležencev:** 80**kotizacija:** 130 EUR za prijavo in plačilo do 3. 4. 2018 in 150 EUR za prijavo in plačilo po 3. 4. 2018**k. točke:** ***

vsebina: Simpozij s predavanji in praktičnimi delavnicami na terenu: izbrane teme iz urgentne in gorske medicine (novosti, oskrba urgentnih stanj v zahtevnih okoliščinah, psihološki vidiki dela v urgenci, pristop k agresivnim pacientom, oživljanje, urgentni UZ na terenu ...). Simpozij je namenjen zdravnikom in drugim medicincem, ki jih zanimata urgentna in gorska medicina, prednostno članom GRZS in HNMP ter članom drugih enot NMP.

organizator: Osnovno zdravstvo Gorenjske – ZD Tržič in Gorska reševalna zveza Slovenije, prim. dr. Iztok Tomazin, dr. med. spec.

prijave, informacije: Branka Hrovat, T: 04 598 22 52, Nina Vogelc, T: 04 598 22 27, E: tajnstvo@zd-trzic.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@zbs-mcs.si

11. ob 14.00 • OBRAVNAVA BOLNIKA S PARKINSONOVO BOLEZNIJO**kraj:** MARIBOR, Medicinska fakulteta**št. udeležencev:** 100**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** ***

vsebina: Simpozij, namenjen nevrologom, družinskim zdravnikom, psihiatrom in fiziatrom.

organizator: UKC Maribor, Marija Menih, dr. med.

prijave, informacije: Rebeka Gerlič, univ. dipl. ekon., T: 02 321 28 13, E: www.ukc-mb.si (strokovna srečanja)

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

kraj: KRANJSKA GORA, Hotel Kompas	št. udeležencev: 25	kotizacija: 250 EUR	k. točke: 17
vseбина: 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 8.00 • TOKSIKOLOGIJA 2018: KONOPLJA

kraj: LJUBLJANA, Kristalna palača, BTC	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 130 EUR z DDV	k. točke: 5
vseбина: Na srečanju bomo predstavili konopljo in njeno uporabo nekoč in danes, endokanabinoidni sistem, farmakokinetiko in farmakodinamiko naravnih kanabinoidov, zastrupitve s konopljo, evropski projekt EURO-DEN s pregledom zdravljenj zastrupitve s konopljo v urgentnih ambulantah, vplive konoplje na duševno zdravje, razvoj otrok in mladostnikov ter sposobnost vožnje, nevarnosti konoplje na delovnih mestih, pregled rezultatov kliničnih raziskav uporabe konoplje v medicini, vpliv konoplje na rakave bolezni in njen vpliv na bolezni živčevja. Srečanje je namenjeno vsem zdravnikom, farmacevtom, medicinskim sestram in ostalim strokovnjakom, ki se pri delu srečujejo z uporabniki konoplje.	organizator: Sekcija za klinično toksikologijo SZD in Center za klinično toksikologijo in farmakologijo Interne klinike UKCL	prijave, informacije: prijave: Sekcija za klinično toksikologijo SZD, Center za zastrupitve, Interna klinika, UKC Ljubljana, Zaloška cesta 7, 1000 Ljubljana, doc. dr. Miran Brvar, dr. med., www.ktf.si , informacije: T: 01 522 71 64, F: 01 434 76 46, E: miran.brvar@kclj.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
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	

13. ob 9.00 • OBRAVNAVA BOLNIKA S KAŠLJEM

kraj: MARIBOR, Medicinska fakulteta	št. udeležencev: 30	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vseбина: Predavanja in delavnice so namenjeni splošnim in družinskim zdravnikom, internistom in pulmologom.	organizator: Bolnišnica Topolšica, mag. Lucija Gabršček, dr. med.	prijave, informacije: T: 03 898 77 10, E: lucija.gabrscek@b-topolscica.si , E: tatjana.perko@b-topolscica.si	

13.–14. ob 9.00 • XXVIII. SREČANJE PEDIATROV IN XV. SREČANJE MEDICINSKIH SESTER V PEDIATRIJI

kraj: MARIBOR, Hotel Habakuk	št. udeležencev: 450	kotizacija: 250 EUR za oba dneva	k. točke: ***
vseбина: Mednarodni pediatrični kongres. Namenjen je specialistom pediatrije, psihiatrije, družinske medicine in internistom.	organizator: UKC Maribor, dr. Jernej Dolinšek, dr. med.	prijave, informacije: Rebeka Gerlič, univ. dipl. ekon., T: 02 321 28 13, E: www.ukc-mb.si (strokovna srečanja)	

13.–14. ob 12.00 • REDNI STROKOVNI SESTANEK ZDRUŽENJA HEMATOLOGOV SLOVENIJE SZD

kraj: LAŠKO, Hotel Thermana Park	št. udeležencev: 60	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vseбина: Sekcijski sestanek: limfatične novotvorbe in PKMC, ogled posterjev s predstavitev avtorjev, novosti v zdravljenju limfatičnih novotvorb, novi pristopi v zdravljenju akutne in kronične reakcije presadka proti gostitelju (GVHD), novi pristopi v zdravljenju limfomov. Sestanek je namenjen specialistom in specializantom hematologije, interne medicine, onkologije, pediatrije in transfuzijske medicine.	organizator: Združenje hematologov Slovenije SZD, dr. Matevž Škerget, dr. med.	prijave, informacije: prijava ob registraciji, informacije: dr. Matevž Škerget, dr. med., T: 01 522 13 65	

13.–14. • 13. UČNA DELAVNICA CYRIAXOVE ORTOPEDSKE MEDICINE: KOMOLEC, ZAPESTJE IN ROKA

kraj: MARIBOR, UKC, Inštitut za fizikalno in rehabilitacijsko medicino	št. udeležencev: 25	kotizacija: specializanti 150 EUR, specialisti 200 EUR	k. točke: ***
vseбина: Diagnostika in terapija bolnikov z bolezenskimi in poškodbenimi okvarami komolca, zapestja in roke, s poudarkom na ročni diagnostiki in terapiji. Tečajniki bodo obvladali natančno površinsko in funkcionalno anatomijo tega področja, fizikalno diagnostiko, terapevtske možnosti s poudarkom na prečnofriksijski masaži mehkih tkiv, tridimenzionalni mobilizaciji, manipulaciji, raztezanju in aplikaciji infiltracijskih in intraartikularnih injekcij.	organizator: SZD – Zdravniško društvo Maribor in Inštitut za fizikalno in rehabilitacijsko medicino UKC Maribor	prijave, informacije: Dragan Lonžarič, dr. med., spec. fizikalne in rehabilitacijske medicine, IFRM UKC Maribor, Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor, E: draganlonzari@gmail.com	

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: ***
vseбина: 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:** 7

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:** 3

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@zzs-mcs.si

19. ob 12.00 • 1. KORAK – DEMENCA V KLINIČNI PRAKSI

kraj: MARIBOR, UKC, velika predavalnica Klinike za kirurgijo**št. udeležencev:** 100**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** 2,5

vsebina: Simpozij je namenjen psihiatrom in družinskim zdravnikom.

organizator: UKC Maribor, Jure
Koprivšek, dr. med.**prijave, informacije:** Rebeka Gerlič, univ.
dipl. ekon., T: 02 321 28 13, E: www.ukc-mb.si
(strokovna srečanja)

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

20. ob 8.00 • TRADICIONALNO STROKOVNO SREČANJE Z MEDNARODNO UDELEŽBO »MIGRENA«/»MIGRAINE«

kraj: LJUBLJANA, Modra dvorana
Zdravniške zbornice Slovenije**št. udeležencev:** do 300 in po
predhodni prijavi**kotizacija:** ni podatka**k. točke:** 10

vsebina: Tradicionalno srečanje z mednarodno udeležbo, kjer bodo predstavljena nova spoznanja o migreni in glavobolu ter predlog za nove smernice obravnave bolnikov z migreno. Program bo objavljen na spletni strani www.glavobol.com. Srečanje je namenjeno zdravnikom družinske in splošne medicine, nevrologom, anesteziologom – algologom, psihiatrom, psihologom, farmacevtom in strokovni javnosti, ki jih zanima področje glavobola. Ob srečanju bomo izdali tudi publikacijo – učbenik za zdravnike, zdravstveno osebje in študente medicinske in zdravstvene fakultete.

organizator: strokovni organizator: Sekcija za glavobol – Združenje nevrologov pri SZD, poslovni organizator: Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni ob strokovnem sodelovanju slovenskih in tujih strokovnjakov s področja glavobola in migrene, prof. dr. Bojana Žvan, dr. med., prim., višja svetnica

prijave, informacije: prijave:
E: www.glavobol.com, informacije: T: 040 17 99 05, E: mzb@glavobol.com

Osnovno zdravstvo Gorenjske

OE ZD Škofja Loka

razpisuje prosto delovno mesto za zdravnika specialista – M/Ž za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

Opravljal bo delo zdravnika specialista internista na področju diabetologije, pulmologije, antikoagulantne ter kardiološke ambulate.

Kandidati naj prošnje pošljejo do 16. 3. 2018:

- po pošti na naslov: OZG OE ZD Škofja Loka, Stara cesta 10, 4220 Škofja Loka,
- na e-naslov: tajnistvo@zd-loka.si.

Prošnji naj priložijo:

- diplomu medicinske fakultete,
- potrdilo o opravljenem specialističnem izpitu iz interne medicine,
- veljavno licenco s področja interne medicine.

ODDAMO

Oddam opremljeno zdravniško ordinacijo površine 60 m², z možnostjo povečanja na 150 m², na Dunajski cesti, Stožice, Ljubljana. Informacije: 051 349 811

Medicinska nuja – urgencia, kaj je to?

Dr. Stojan Jeretin, dr. med., Ljubljana

Odgovor na vprašanje je pomemben predvsem ob dejstvu, da v Sloveniji že nekaj časa delujejo **urgentni centri**. Ti so namenjeni nujni, hitri zdravniški pomoči v primerih, ko poškodba ali nenadna bolezen ogrožata človeško življenje in zdravje.

Urgentni centri so torej namenjeni relativno majhnemu številu oseb, ki jih nesreča ali bolezen doletita nepričakovano, nenadoma in ki potrebujejo hitro zdravniško pomoč, da se prepreči hude posledice za življenje in zdravje. Ti poškodovanci in bolniki zaradi nenadnega dogodka ne morejo iskati pomoči pri svojem družinskem zdravniku.

Izkušnje urgentnih centrov in podatki pa kažejo, da približno polovica oseb, ki pridejo po pomoč na urgentni center, ni tako bolna, da bi potrebovala nujno zdravniško pomoč.

Problem ni značilen za Slovenijo. Že pred več kot tridesetimi leti je Wolcott (1) v Journal of the American College of Emergency Physicians (JACEP) ugotavljal, da je odgovor na vprašanje, kaj je urgencia, odvisen od tega, koga vprašamo.

Osebe urgentnega centra, bolniki in družba – vsak ima svojo predstavo o nalogah in delu urgentne medicine.

Zelo pomemben za učinkovito medicinsko ekipo je pozitiven odnos do bolnika. Zloraba institucije »urgencia« pa pri zdravstvenih delavcih vzbuja nejevoljo, prezir do teh oseb, kar negativno vpliva na odnos zdravstvenega osebja do »bolnika«. Zelo pomembni za uspešno delo urgence so tudi zdravniki specialisti urgentne medicine, ki so usposobljeni za upravljanje vseh vidikov urgentne medicinske oskrbe (nujne medicinske pomoči, pediatrične urgence, travmatologije in oživljanja). Medicinska nuja (urgencia, *emergency*, *Notfall*) je nenaden, nepričakovan dogodek (poškodba, bolezenski znak), ki ogroža življenje ali pa zdravje in zahteva takojšnjo medicinsko pomoč.

Razvoj urgentne medicine v ZDA

Prve enote urgentne medicine (*emergency rooms*) v ZDA so se pojavljale v šestdesetih in

sedemdesetih letih prejšnjega stoletja. V tem obdobju se je večji del ameriških zdravnikov že odločal za specializacijo, tako da je v ZDA število specialistov preseglo število splošnih zdravnikov. Tehnološki napredek je omogočal posodabljanje bolnišnic. Zaradi demografskih in socialnih okoliščin so ljudje vedno bolj iskali pomoč v bolnišnicah, kjer pa je bil sistem za nudenje pomoči še nedodelan in strokovno zaostal. Na mnogih področjih medicine so nova odkritja, strokovni in tehnološki razvoj privedli do novih načinov in reorganizacije dela. To pa ni veljalo za tako imenovano »*emergency medicine*«, nujno zdravniško pomoč, ki se je razvijala bolj na zahtevo javnosti, ne pa kot rezultat akademske aktivnosti (2, 3).

Od leta 1961 je zelo naraščalo število zdravnikov nujne medicinske pomoči in leta 1968 so ustanovili »American College of Emergency Physicians« (ACEP). Niso pa imeli statusa specialista. ACEP je jasno definirala nujno medicinsko pomoč (EM) in zdravnika specialista nujne medicinske pomoči (EP) (4).

Leta 1970 je American Medical Association (AMA) pristala, da se dveletni program specializacije ACEP prizna kot dodatek specializaciji iz družinske medicine.

Prvi akademski oddelek za nujno medicinsko pomoč je bil ustanovljen leta 1971 na Univerzi Južne Kalifornije (USC) in je imel certifikat za šolanje specializantov. Temu je sledila Univerza v Chicagu.

Do leta 1975 je že delovalo 31 oddelkov, ki so vzgajali specializante. ACEP je že leta 1970 pripravil program specializacije iz urgentne medicine, vendar je trajalo tri leta, da ga je odobrila AMA. Leta 1979 je specializacijo iz urgentne medicine priznal tudi American Board of Medical Specialties. Tako je bila končno le priznana specializacija za EM, **ki ne obravnava specifičnega organskega obolenja in/ali bolezni, temveč nujno, z ozirom na čas, preiskavo in posredovanje pri akutni fizični in psihični stiski ljudi** (5). Urgentna medicina predstavlja nujno potrebno vez in

kontinuiteto primarne, specialistične in bolnišnične zdravniške oskrbe.

Specialist nujne medicinske pomoči (EP) naj bi predvsem na predbolnišnični ravni nudil nujno medicinsko pomoč prizadetim osebam. Po zakonu so v ZDA zadolžene za reševalno službo okrajne in občinske uprave. Reševalna služba je organizirana večplastno, tako da sega od preprostega prevoza bolnikov do urgentnega posredovanja, ki vključuje tudi zdravnika za nujno zdravniško pomoč.

Nujna medicinska pomoč v Nemčiji

V zgodnjem 19. stoletju so pomoč akutno obolelim in poškodovanim nudile prostovoljne organizacije in Rdeči križ. Industrializacija, predvsem pa naraščajoč promet in številne prometne nesreče so prispevali, da se je nekaj univerzitetnih ustanov okoli leta 1965 odločilo izoblikovati profil zdravnika, ki v primeru nujne pride do bolnika – *Notarzt*.

Dodatno izpopolnjevanje (*Zusatzweiterbildung*) predpisuje za urgentne zdravnike dvoletno šolanje na pooblaščenih oddelkih za intenzivno medicino, anesteziologijo in/ali urgenci. Dodatno pa še 80-urni tečaj splošne in specialne nujne medicinske pomoči pod vodstvom odgovornega urgentnega zdravnika in 50 akcij oz. intervencij v reševalnem vozilu (6).

Notarzt naj bi predvsem na predbolnišnični ravni nudil nujno medicinsko pomoč prizadetim osebam.

Naziv *Notarzt* pa nima enakega pomena kot zdravnik specialist urgentne medicine (*emergency physician*), ki ga želi uvesti »Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall und Akutmedizin« (DGINA). Za omenjeno specializacijo obstaja evropski program, je pa vprašljivo, ali ga bodo uvedli v Nemčiji, saj mu večina strokovnih združenj nasprotuje.

Reševalna veriga v sklopu urgentne medicine je interdisciplinarno

sodelovanje medicinskih strok, v glavnem anesteziologije, kirurgije, interne medicine in nevrologije.

Urgentna medicina v Nemčiji je izključno v okviru bolnišnic in reševalne službe.

Predbolnišnična medicinska pomoč deluje na sistemu *rendez-vous*, kar pomeni, da se reševalno vozilo in vozilo zdravnika srečata na kraju nesreče oz. pri bolniku.

Helikopterska nujna medicinska pomoč pokriva celotno Nemčijo.

Na bolnišnični ravni je medicinska urgencia interdisciplinarna, s tekočimi prehodi med intenzivno medicino, travmatologijo, interno medicino, nevrologijo, psihiatrijo, nevrokirurgijo in pediatrijo. Posamezne klinike imajo še interno ekipo za oživljanje (reanimacijska ekipa), ki posreduje znotraj klinike.

V nekaterih klinikah so urgence za posamezne stroke še ločene, npr. kirurške, internistične itd. (tradicija). Zadnja leta pa je vedno več interdisciplinarnih urgenc, v katerih sodelujejo zdravniki različnih specialnosti. Poseben status pa ima travmatologija, ki potrebuje več prostora. Pri zelo velikem navalu poškodovancev je tudi na bolnišnični ravni potrebna triaža (7).

Ob reševalni službi pa obstaja še dežurna služba »združenja zdravnikov bolniške blagajne«, široko razporedene mreže zdravnikov praktikov, ki v času, ko niso odprte ordinacije, opravljajo obiske bolnikov na domu ob lažjih obolenjih, za katera ni potrebna hospitalizacija, je pa zaželen obisk zdravnika. Slednja ni del reševalne službe, temveč zagotavlja splošno medicinsko oskrbo.

Reševalna služba in nujna medicinska pomoč v Sloveniji

V poznih šestdesetih letih sta se v Kliničnih bolnicah v Ljubljani oblikovali dve enoti za nudenje nujne medicinske pomoči – internistična prva pomoč (IPP) in travmatološka služba. V ostalih slovenskih bolnišni-

cah so delovali dežurni zdravniki. Prevoz, transport bolnikov in poškodovancev pa je izvajala reševalna služba (Rdeči križ).

Leta 1975, ko sta v novem kliničnem centru že delovali interna klinika in kirurška služba s Centralno anestezijsko-reanimacijsko službo (CARS) ter se je pripravljala ureditev urgentnega bloka, se je na sestanku predstojnikov klinik in Medikoinženiringa govorilo o delu in organizaciji urgentnega bloka. Predstojniki interne klinike in kirurgije so odločno nasprotovali enotnemu konceptu interdisciplinarnega urgentnega bloka. Vsaka klinika je hotela imeti svoje urgentne ambulante. Tako je tudi bilo.

V letih, ko je bil status zdravnika nujne medicinske pomoči v zdravstvenem domu že dokončno definiran in je delovalo že 31 oddelkov ter so tudi v Nemčiji, Avstriji in Franciji imeli vpeljšano reševalno verigo, interdisciplinarno sodelovanje predvsem anesteziologije, interne medicine, kirurgije in nevrologije, v Sloveniji še nismo imeli jasnega, realnega koncepta o reševalni službi in urgentni medicini.

CARS KC Ljubljana je v tem času (1971–1980) že imela nekaj izkušenj pri prevozi hudo poškodovanih bolnikov iz drugih slovenskih bolnišnic v center intenzivne terapije. V vozilo reševalne službe so pred transportom namestili dodatno opremo, pridružil se je tudi anesteziolog.

Za notranje potrebe klinik je CARS uvedla ekipo za kardiopulmonalno oživljanje (KPO), ki je imela enotno klicno številko. Izdali so tudi knjižico z navodili, kako priklicati pomoč in pravilno izvajati KPO (8). V tečajih KPO so seznanili 2.859 zdravstvenih delavcev z načeli KPO (9). Poskrbeli so za prevod Laerdalovih navodil za oživljanje v slovenščino.

Za razliko od drugih medicinsko razvitih držav, kjer je ideja o urgentnih centrih prišla iz akademskih medicinskih ustanov, so bili v Sloveniji glavni pobudniki zdravniki zdravstvenih domov. Ti so bili že seznanjeni z razvojem nemške urgentne medic-

ne, ki je bila takrat dobro organizirana. Obstajale so pa bistvene razlike med slovenskim in nemškim zdravstvenim sistemom.

Pri iskanju primerne rešitve za urgentno medicino v Sloveniji je sodelovala tudi slovenska sekcija za anesteziologijo in intenzivno medicino. Anesteziologi v slovenskih bolnišnicah so vsa ta leta aktivno sodelovali pri medicinski obravnavi urgentnih bolnikov (šok, sepsa, KPO, kontrola bolečine, dihalna stiska itn.).

Slovenska sekcija za anesteziologijo je v program 8. srečanja štajerskih in slovenskih anesteziologov vključila razprave o urgentni predbolnišnični medicini (1980) (10). Na tem srečanju je dr. Tone Košir predstavil predlog delovne skupine Sekcije za splošno medicino: dr. Ciril Armeni, dr. Tone Košir, dr. Rudolf Lovrec, dr. Ivan Ratkajec in dr. Jože Vidmar. Slednja je predlagala dodatno izpopolnjevanje znanja, skupaj devet tednov na posameznih klinikah (11).

V Sloveniji so zdravstveni domovi (ZD) s svojimi ambulantami in dežurno službo zagotavljali medicinsko oskrbo na primarni ravni. Zdravniki ZD so opravljali tudi obiske bolnika na domu. Prvotno zamisel, da bi vse akutne bolnike oskrbeli v eni od ambulant ZD, so opustili (12).

Za hitro posredovanje v primeru medicinske nuje pa so morali v reševalno verigo vključiti še reševalno službo s primerno opremljenimi vozili in spremljevalci: medicinskim tehnikom, (paramedik) in urgentnim zdravnikom.

Leta 1989, ko je začel z delom urgentni blok KC Ljubljana, je ZD Ljubljana ukinil dežurstva na petih lokacijah in jih zamenjal za centralno organizirano nujno zdravniško pomoč. Pogodba med ZD Ljubljana in KC je predvidevala, da bo KC šolal in dodatno usposabljal zdravnike NMP, ZD pa bo skrbel za kadre (13).

Po letu 1980 so v Sloveniji zdravstveni domovi uvajali urgentne ambulate – predbolnišnične enote nujne pomoči, ki pa so po letu 2000 delovale kot urgentna dežurna služba

zdravstvenega doma s predbolnišnično enoto v sklopu urgentnih ambulant bolnišnic. Tako so v bolnišnicah nastajali sodobni urgentni centri s hitro dostopnimi vsemi diagnostičnimi postopki in metodami, ki omogočajo čim boljše preživetje urgentnih bolnikov.

V okviru zdravniškega društva se je oblikovalo Slovensko združenje za urgentno medicino (leta 1994) in reanimacijski svet. Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči leta 1996 je postavil temelje nujne medicinske pomoči (NMP). Slovensko zdravniško društvo je zdravniški zbornici predložilo program petletne specializacije iz urgentne medicine. Tega je zdravniška zbornica leta 2006 sprejela.

Slovensko združenje urgentne medicine (SZUM) pa ni pristalo na posebno specializacijo za to dejavnost, ker je v nasprotju s slovenskim stališčem, da »naj znanje MP omogočimo vsakemu zdravniku z rednim in/ali podiplomskim izobraževanjem« (14).

Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči (2008) (15), ki ga je pripravila strokovna skupina za urgentno medicino pri ministrstvu za zdravje, za delo zdravnika v urgentnih centrih ne zahteva statusa specialista urgentne medicine, ampak lahko to delo opravljajo diplomirani zdravniki, ki opravljajo javno zdravstveno službo na primarni ravni. Lahko se pa v službo NMP vključijo tudi bolnišnični zdravniki, ki so usposobljeni za izvajanje NMP.

Organizacija NMP je zelo napredovala. V bodoče bo v Sloveniji delovalo 12 urgentnih centrov pri bolnišnicah in 18 satelitskih urgentnih centrov v večjih krajih, kjer bolnišnic ni.

Delujeta tudi dva centra s helikoptersko NMP – Ljubljana in Maribor.

Viri

1. B. W. Wolcott, JACEP june 1979.
2. B. J. Zink. A brief History of emergency medicine Residency Training. EM Resident 2005.
3. Rosen P. Biology of Emergency Medicine, JACEP, july 1979.
4. Definition of Emergency Medicine and

the Emergency Physician. Nn Emerg. Med. 15: 1240-1241 October 1986.

5. Zink B. J. the Biology of Emergency Medicine: what Have 30 Years Meant for Rosen's original Concepts? Academic Emergency medicine vol 18, 3, March 2011.
6. Mustereiterbildungsordnung der Bundesärztekammer 2000 aktualisiert 2006.
7. Hochspringen M. Christ et al. Triage in der Notaufnahme. Dtsch. Ärzteblatt int. 107 (50) 2010. Epub 2010 Dec. 17.
8. Jeretin, Delak, Hofman. Navodila za oživiljanje, CARS 1976.
9. S. Jeretin, N. Pirc - Delak, M. Ulaga - Petrun, M. Ferluga. Štirideset let ekipe za kardiopulmonalno oživiljanje v novem Kliničnem centru Ljubljana, Zdravstveni vestnik 2015; 84:567-71.
10. S. Jeretin. Naloge anestezije v okviru nujne medicinske pomoči, Zbornik predavanj; 8. sestanek slovenskih in štajerskih anesteziologov 1980.
11. T. Košir, izpopolnjevanje znanja nujne medicinske pomoči za zdravnike osnovne zdravstvene službe, Zbornik predavanj; 8. sestanek slovenskih in štajerskih anesteziologov 1980.
12. C. Armeni, ustno izročilo 1980.
13. C. Armeni. Zdravnik splošne medicine in nujna medicinska dejavnost v Ljubljani. 21 zbornik urgentne medicine 2006.
14. C. Armeni. Idem
15. Uradni list RS, št. 106/08, stran 13970.

Prošnja organizatorjem strokovnih srečanj

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

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

Uredništvo

V spomin prim. prof. dr. Gorazdu Lešničarju (1947–2017)

Asist. mag. Franc Vindišar, dr. med., SB Celje



V nedeljo zvečer, 3. decembra, nas je doletela vest o smrti prim. prof. dr. Gorazda Lešničarja, dr. med., ki je svojo življenjsko pot končal na Nevrološkem oddelku Splošne bolnišnice Celje, ustanove, ki ji je posvetil pomemben del svojega življenja. Novica je bila za številne, ki so ga še pred kratkim srečevali v zdravniški halji v bolnišnici, neverjetna, za posameznike, ki smo vedeli za njegovo nenadno bolezen, pa je pomenila še eno potrditev o minljivosti našega življenja.

Prim. prof. dr. Gorazd Lešničar se je rodil 31. decembra 1947 v Celju, kjer je obiskoval osnovno in srednjo šolo. Svojo strokovno pot je nakazal že v Gimnaziji Celje, kjer je maturo zaključil z nalogo »Virusi in virusna obolenja pri človeku«.

Poleg šolskega dela se je ukvarjal tudi z ostalimi aktivnostmi. Med

drugim je v Glasbeni šoli Celje končal nižjo glasbeno šolo klavirja, večini od nas pa je znana njegova strast do športa, ki je imela osnove že v mladosti, ko se je ukvarjal z lahko atletiko in bil s člansko ekipo Kladivarja leta 1965 tudi državni prvak. Mi si ga bomo na področju športa zapomnili predvsem po skupnih urah igranja košarke kot zagrizenega nasprotnika, ki je tudi mlajšim dokazoval svojo pripadnost športnemu duhu.

Po končani srednji šoli se je vpisal na Medicinsko fakulteto v Ljubljani, ki jo je končal maja 1972 in se 1. avgusta istega leta zaposlil v Splošni bolnišnici Celje kot zdravnik pripravnik. Delo je po nekaj mesecih prekinil zaradi služenja vojaškega roka in se z začetkom leta 1974 ponovno zaposlil, najprej kot zdravnik sekundarij in nato specializant interne medicine na Infekcijskem oddelku. Specialistični izpit iz interne medicine je opravil 23. junija 1978.

Poleg dela specialista internista je nadaljeval raziskovalno delo in januarja 1981 uspešno zagovarjal magistrsko nalogo z naslovom »Spremljanje jetrnega stanja pri nosilcih antigena HBs v obdobju 4 do 7 let«. Predanost delu na področju infektologije je nadgradil s 17. februarja 1987 zaključenim doktorskim študijem na Univerzi v Ljubljani. Naslov njegove doktorske naloge je bil »Prospektivna študija virusnega hepatitisa A in vprašanje kroničnosti«. S to raziskavo je bilo ovrženo mnenje, da hepatitis A povzroča kronično jetrno bolezen. Specialistični izpit iz infektologije je opravil 25. maja 1987 v Ljubljani.

Njegovo delo je bilo prepoznano tudi na izobraževalnem področju, kjer

je bil leta 1988 imenovan za docenta in leta 1993 za izrednega profesorja za predmet infektivne bolezni na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Vključevanje v najširši spekter delovanja na področju medicine mu je bilo leta 1989, s strani Zdravniške zbornice Slovenije, priznано s podelitvijo naslova »primarij«.

Prim. prof. dr. Gorazd Lešničar je avtor 10 in soavtor 28 izvirnih znanstvenih člankov. Kot avtor je napisal šest preglednih in več kot 20 strokovnih člankov. Bil je vabljeni predavatelj na številnih strokovnih srečanjih ter mentor pri magistrskih in doktorskih nalogah.

Zaradi aktivnega prispevka na strokovnem, organizacijskem, pedagoškem in raziskovalnem področju je 7. aprila leta 2000 pridobil strokovni naslov »svetnik«. Leta 2007 je bil imenovan za predstojnika Katedre za infektivne bolezni na novoustanovljeni Medicinski fakulteti v Mariboru.

V Splošni bolnišnici Celje je opravljal številne funkcije. Bil je član Strokovnega sveta, glavni mentor številnim specializantom in gonilna sila skrbi za obvladovanje bolnišničnih okužb. Leta 1989 je bila pod njegovim vodstvom ustanovljena »Komisija za interhospitalne infekcije«, ki se je po kadrovskih okrepitvah leta 1999 preimenovala v »Komisijo za bolnišnične okužbe«. Celotna organizacija je imela pomembno vlogo pri obvladovanju posledic poplav, ki so prizadele Splošno bolnišnico Celje leta 1990, in seveda pri skrbi za celotno bolnišnično higieno.

Za bolnišnico so gotovo med najpomembnejšimi njegova prizadevanja, da bi znanstvenoraziskovalno delo v njej postalo tudi formalno organizirano in načrtovano. Že pod vodstvom njegovega očeta je bil v bolnišnici ustanovljen odbor za znanstvenoraziskovalno delo, sam pa je želel, da bi ustanovili posebno

enoto za raziskovalno delo, ki bi bila tudi formalno registrirana pri takratnem Ministrstvu za znanost in tehnologijo. To ni bilo mogoče, dokler ni s svojim trmastim prizadevanjem dosegel, da so bili leta 1991 v bolnišnici izpolnjeni kadrovski in materialni pogoji, ki jih je postavljalo ministristvo, nakar je bil takratni Zdravstveni center Celje, v sklopu katerega je delovala bolnišnica, tudi formalno vpisan v razvid raziskovalnih organizacij. Takratni člani odbora za raziskovalno delo so za vodjo novoustanovljene Enote za raziskovalno delo izvolili

prof. Lešničarja, ki je to delo nato opravljal do leta 1997.

Prim. prof. dr. Gorazd Lešničar je bil med 1. septembrom 1986 in 16. januarjem 2014, torej skupaj več kot 28 let, predstojnik Oddelka za infekcijske bolezni in vročinska stanja. Tudi po upokojitvi, 31. marca 2014, se je še vse do nedavnega vključeval v specialistično ambulantno delo in neprekinjeno zdravstveno varstvo na oddelku.

Osebnost mi bodo za vedno ostali v spominu sestanki z njim, na katerih je poudarjal pomen infekcijskih bolezni,

skrbi za njihovo obvladovanje in izvajanje ukrepov na področju preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb ter skrbi za racionalno uporabo protimikrobnih zdravil. Na pogovorih je bil trd sogovornik, a je s svojimi argumenti zasadil seme, ki je pri mojem delu povzročilo zavedanje, da ima pri strokovnem vodenju bolnišnice poznavanje njegovega področja delovanja pomembno mesto.

Za njim ostaja praznina, ki nas opominja na njegov prispevek k pomenu ustanove, kot ga ima Splošna bolnišnica Celje danes.

Anton Kolar Sluga, dr. med., spec. spl. med. (1944–2017)

Prim. prof. dr. Zmago Turk, dr. med., Maribor

Doc. dr. Vojislav Ivetič, dr. med., SAVA MED, d. o. o.

V preteklih dneh je mariborske zdravniške vrste zapustil Anton Kolar Sluga, dr. med., specialist splošne medicine. Prebivalci občine Duplek so se poslovili od svojega priljubljenega zdravnika, kolegi pa smo zgubili človeka, ki bi lahko bil vzor dobrih kolegijskih odnosov znotraj slovenskega zdravništva.

Tone Kolar Sluga se je rodil sredi vojne vihre v premožnejši mariborski meščanski družini. Zaradi bombardiranja Maribora so ga starši skrili visoko v Slovenske gorice. Pozneje se je šolal v Mariboru, kjer je po osnovni šoli obiskoval 8-letno klasično gimnazijo. Po enoletnem študiju kemije v Ljubljani se je odločil za študij medicine na Medicinski fakulteti na Reki. Tam se je hitro vključil v delovanje slovenskega društva Bazovica. Skupaj s takratnimi kolegi, študenti medicine, je dal temu društvu posebno kulturno in povezovalno noto. Organizirali so kulturna srečanja Sloven-

cev, vabili znamenite profesorje na predavanja v slovenščini in v Bazovici združevali študente različnih narodnosti. V študentskih časih se je preživljal kot turistični vodič, kar je podaljšalo njegovo študijsko obdobje.

Zasnoval je svojo družino, ki jo je po diplomi pripeljal v Maribor. Vojaški rok je služil v Makedoniji v mestu Kumanovo. To mu je dalo prve zdravniške izkušnje, ki jih je nadaljeval kot stažist v Splošni bolnišnici Maribor. V bolnišnici so hitro spoznali njegovo razgledanost, značaj in poštenost. Dobival je ponudbe za različne specializacije, a se je glede na svojo značilno komunikativnost in empatični odnos do ljudi odločil za splošno oz. družinsko medicino. Že v času specializacije je deloval večinoma v okoliških vaseh Maribora in tako spoznal pristnost štajerskega podeželja. Bil je mrliški oglednik in praktično nadzoroval štiri splošne ambulante v okolici Maribora. Po zaključku specia-

lizacije je svojo pot nadaljeval v zdravstveni postaji Spodnji Duplek. Tam so zelo hitro spoznali odprtost novega zdravnika, začeli so z gradnjo novih ambulant, donirali terenski avto za obiskovanje bolnikov na domu



in leta 2001 postavili novo zdravstveno postajo. Leta 2007 se je odločil za samostojno pot in odprl zasebno ambulanto v Dupleku, ki jo je kasneje preoblikoval v zasebno zdravstveno podjetje Medikus, d. o. o.

Bil je uradni mentor študentom Medicinske fakultete v Ljubljani in glavni mentor številnim specializantom splošne in družinske medicine. Vključil se je tudi v delovanje Zdravniške zbornice Slovenije, bil njen poslanec in član Mariborskega zdravniškega društva. Občina Duplek mu je za vse njegovo delo dodelila veliko čast – postal je njen častni občan.

V svojih odločitvah je ohranil smisel za humor in, obvezno s kan-

čkom cinizma, meščansko kulturo. Bil je velik ljubitelj glasbe, užival je predvsem v džezu. Družil se je z izbranimi prijatelji, ki jih je srečeval na različnih področjih. Bil je ljubitelj umetnosti, leposlovja in zgodovine in v to usmeril tudi svojo hčerko. Ljubil je dobro kulinariko.

Zadnja leta so ga pestile bolezenske težave, zato se je vedno bolj umikal v krog družine. Posvečal se je igranju šaha in prebiranju knjig, česar prej ni utegnil.

V zadnjem obdobju zaradi bolezni ni več zmogel zdravniškega dela, kljub temu pa so ga bolniki iskali na domu in občini. Svojo dobro organizirano ambulanto z okoli 2.300 pacienti je

predal kolegom, ki bodo nadaljevali njegovo delo.

Bolezen ga je odnesla čez noč.

Trenutki, ki smo jih preživeli skupaj, tako v času študija kakor pozneje kot zreli moške, odgovorni zdravniki, empatični do ljudi, bodo ostali večno v našem spominu.

Tone, ki so ga najbližji prijatelji klicali »Čika«, najverjetneje zaradi cigaret, ki se jim ni mogel odreči, je postavil trden temelj splošne in družinske medicine, vezane na podelje in povezavo lokalne skupnosti s prebivalstvom.

Ostal nam bo v dragocenem spominu.

Janete Kodrin Pušnik (26. 12. 1958–11. 12. 2016)

Miroslava Cajnkar Kac, dr. med., spec. šol. med.

Kdor strastno ljubi planine, ni daleč od dobrega, lepega, plemenitega ...

Žalostni zvoki citer ... nežna melodija iz Cvetja v jeseni ... ledeno mrzel veter ... pokopališče »na Barbari« ... Uršlja gora v ozadju, kot mogočen oltar ... množica ljudi ... pretreseni obrazi ... solze na licih ... nad vsemi se riše velik vprašaj ... brez odgovora ... zakaj ... zakaj Janete?

Ljubila si planine in skale ... tvoje poti niso bile samo običajne planinske, bila si tudi alpinistka. Preplezala si neštete stene doma in po svetu. Sorodno dušo si našla v svojem možu. Vajina naveza je bila trajna in trdna ... v skalah in življenju ... obogatila sta jo z dvema otrokoma.

Tudi vsi tisti, ki so kdaj plezali s teboj, pravijo, da si vedno našla prave »grife« ... da si vedno »izplezala« iz še tako nemogoče stene ... da si bila močna, zanesljiva ...

Še kot študentka si nekoč zapisala: »Čopov steber se ne pleza kot privešek izkušenemu kolegu, življenjski vrh znamenitega gornika ni za pripravnika z dvema, tremi vzponi. Več spoštovanja je vreden. Saj, splezaš ga lahko, le doživeti ga ne moreš.«

Tako odgovorno si živela celo svoje življenje ... resnično živela ... srečna, ker si življenje in ljudi imela rada ...

Prave grife si vedno našla tudi kot zdravnica. Specialistka šolske medicine, ki pa je svoje delo vedno sprejemala kot življenjsko poslanstvo. V ambulantni s šolarji, v dežurstvih, v katerikoli ambulanti, kjer so potrebovali pomoč. Ne vem, če si sploh kdaj komu odrekla svojo pomoč, ali ne namenila svojega časa. Taka si pač bila, predana, delavna, pametna, sposobna. Zato je bilo lepo s teboj v navezi tudi kot kolega.

Mineva leto, odkar te je Olševa za vedno objela in vzela v svoje trdo

naročje ... bolečina pa ostaja ... poje-ma počasi ... blede ... najbrž pa ne bo nikoli odšla ... ali pa mogoče ... mogo-če takrat, ko se bomo spet srečali ... na drugem koncu naveze ...



Knjigi »Deček s tatujem na srcu« in »Ljubezen v nevihti«

Prim. Jasna Čuk Rupnik, Dutovlje

Zakaj hkratna predstavitev dveh knjig? Prvo je leta 2016 objavil moški. Potem ko se je med eno od hospitalizacij ovedel svojega najtežjega življenjskega problema in prepoznal, da se z njim mora soočiti. Resnico mora sprejeti in se naučiti z njo živeti, sicer bo prizadejal nepopravljivo škodo ne le sebi, ampak še partnerki, hčeri in sinu. »Resnica je **edino** pravo vodilo do **svobode!** Resnica je **edino** pravo orodje za **ljubezen!** Resnica je **edina** pot do **samosprejemanja!**« Tako o krutih posledicah in dvigu iz neznosnih bolečin spolne zlorabe v otroštvu piše **Simon Mičič**, do zdaj edini moški v Evropi, ki je o tako hudem problemu spregovoril s knjigo in s pravim imenom. »Deček s tatujem na srcu« odločno podira tabuje in odpira bolečo temo, o kateri neradi govorimo in o kateri »ne znamo govoriti«, kot zapiše Simon. Tudi zdravniki ne. Kljub temu, da smo v zadnjih letih bolj kot v preteklosti opozorjeni na nujnost obvladovanja tudi takšne zapletene patologije. Še bolj grozljivo pa se odpira vprašanje, kako naj zdravniki (pa ne samo pediatri) odkrivamo takšne zlorabe že v času, ko se dogajajo – pri vsaki peti deklici in vsakem sedmem dečku! Nujno pa si je zastaviti še vprašanje, kako bi spolne in druge zlorabe uspešno preprečevali. Zdi jo se namreč kot jama brez dna ...

Težkega procesa rehabilitacije sta se s partnerko **Suzano Štravs** lotila resno in odgovorno. S svojim požrtvovalnim delom želita danes pomagati še drugim, glede na slovensko statistiko očitno številnim žrtvam. Zato Suzana v odlični nedavno objavljeni knjigi »Ljubezen v nevihti« opiše svoj del sprejemanja resnice in s tem svoj del zorenja ob prepoznavanju lastne patologije zasvojenosti z odnosi. To dejstvo bralcem predstavi takole: »Pogojevala sem ljubezen, a nisem je delila, temveč sem zgolj čakala, da jo dobim. In verjetno bi čakala in se smilila sama sebi še danes, če ne bi svojega življenja vzela v svoje roke. ... Začela sem spreminjati sebe in ne več njega. Moje največje razsvetljenje je bilo, da je obdelave potrebno moje nezadovoljstvo in ne on – moj moški«.

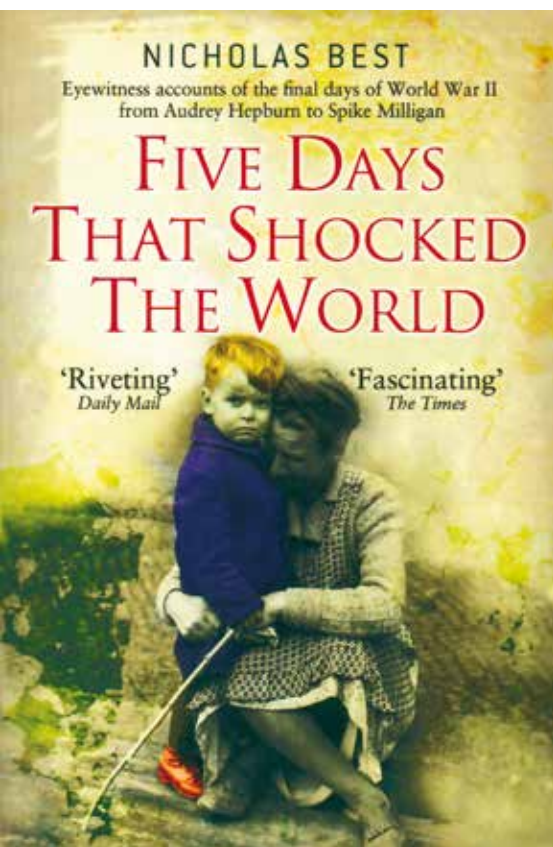
Knjigi sta bili izdani v (samo)založbi **Vsemu si kos**, vseživljenjsko izobraževanje. Odlično in zelo poučno branje za vse, ki imamo pri svojem delu opravka z ljudmi v stiski.



Nicholas Best: Five days that shocked the world

Eyewitness accounts of the final days of World War II from Audrey Hepburn to Spike Milligan. Osprey Publishing 2012, 312 str.

Marjan Kordaš, Ljubljana
marjan.kordas@mf.uni-lj.si



Knjiga je razdeljena na šest delov. Od prvih petih vsak del opisuje dogodke enega dneva. Dokumentiranje se začne v soboto, 28. aprila 1945, z opisom umora (likvidacije) Benita Mussolinija in njegove ljubice Clare Petacci, konča pa se pet dni kasneje, v sredo, 2. maja 1945, s pripravami na brezpogojno kapitulacijo nacistične Nemčije. Zadnji, 6. del, pa je epilog, opis usod posameznih pričevalcev. To so Winston Churchill, Harry Truman, Rachele Mussolini, Joseph Ratzinger, Henry Kissinger, Rudolf Höss, Paula Hitler, Martin Bormann jun., Pierre

Laval, Vidkun Quisling itn. V epilog je vključen tudi nadroben opis eksekucij nacističnih vojnih zločincev leta 1946 v Nürnbergu ter kratek življenjepis tistih, ki so bili obsojeni na zapor, npr. Paul Dönitz, Robert Speer.

Za vzorec, kako avtor gradi svojo pripoved, je spodaj moj prevod dveh odlomkov. Najprej o eksekuciji Mussolinija in njegove ljubice:

Na cesti je nanje čakal avto, črn Fiat limuzina z rimsko registracijsko številko. Ko se je skupina pojavila, se je v bližini sprehajala Rosita Barbarita s svojim psom. Audisio ji je pomahal s svojim orožjem in ukazal, naj gre stran. Rosita je ubogala in se hitro umaknila, da sta se Mussolini in njegova ženska lahko usedla na zadnji sedež avtomobila.

Audisio si je našel sedež na blatniku in avto se je začel premikati. Njegovi tovariši so stali ob stranskih stopnicah z orožjem, pripravljenim na strel. Oba mlada partizana, ki sta čez noč stražila Mussolinija, sta sledila v hitrem drncu, hitela za avtom, ki se je usmeril po gorski cesti proti vasi Mezzegra ter z jezerom za vasjo.

Avto se je premaknil za manj kot sto metrov ter se spet ustavil na cestnem ovinku tako, da ga ni bilo mogoče videti z obeh smeri. Voznik je zavil do vrat vile Villa Belmonte. Mussolini in Clara sta morala izstopiti in se postaviti

ob zid. Clara je z rokama objela svojega ljubimca in nejeverno strmela v Audisio, ki je zamomljal nekaj besed o smrtni obsodbi in pravici za italijansko ljudstvo.

»Saj tega ne morete storiti!« je ugovarjala Clara. »Ne morete ustreliti Mussolinija!«

»Stran od njega,« je odvrnil Audisio. »Pojdi stran, sicer boš umrla tudi ti!«

A Clara ni poslušala. Odklonila je, da bi šla stran od Mussolinija.

Še vedno ga je objemala, še vedno je ugovarjala, ko je Audisio pritisnil na sprožilec (str. 13–14).

Eksekucija Mussolinija ni potekala, kot je bila načrtovana. Ko je Audisio sprožil, je brzostrelka *STEN* zablokirala. Preklinjajoč je zgrabil svojo pištolo, ki pa je tudi zablokirala. Mussolini si je – po pripovedovanju priče – odpel plašč in do kraja zaničljivo gledal naravnost v Audisio. »Ustrelili me v prsi,« je rekel.

Eden od Audisijevih mož mu je hlastno podal svoje orožje. Tokrat ni bilo napak. Clara Petacci je bila zadeta prva in umrla je takoj. Mussolini je padel nazaj proti zidu in zdrsnil na tla, še vedno živ. Audisio se je približal in ustrelil še enkrat prav od blizu. Mussolini je krčevito trznil in potem mirno obležal, s svojim telesom se je rahlo dotikal Clarinega ob zidu (str. 16–17).

Opis, kako je Walter Audisio (s partizanskim imenom *polkovnik Valerio*) likvidiral Mussolinija in njegovo ljubico Claro Petacci, sem doslej v raznih virih prebral že več-

krat, a tokratni opis me je pretresel najbolj.

Ko so ameriški vojaki zasedli koncentracijsko taborišče Dachau, se je zgodilo tole:

Enako kot Britanci v koncentracijskem taborišču Bergen-Belsen, so tudi Američani menili, da so med bojevanjem prek Evrope videli že vse. A to, kar so – medtem ko so se premikali ob vlaku in vstopali v barake SS-ovcev – našli v tovornih vagonih, jih je napolnilo s slepim, razžarjenim besom. Nenadoma so se iz skrivališča pojavili štirje vojaki in se vdali poročniku Billu Walshu, poveljniku 1. čete. A Walsh je odklonil. Razjarjen jim je ukazal oditi v enega od vagonov ter jih takoj nato, enega za drugim, ustrelil s svojo pištolo. Vojak Albert Pruitt se mu je pridružil in jih pokončal s svojo puško, medtem ko so stokajoči možje ležali na tleh. Po tem, kar so videli, Američani niso bili prav nič pri volji za zajemanje ujetnikov. Takoj je med njimi postalo samoumevno, da noben Nemec ne sme priti iz taborišča živ.

Ironično je, da je večina Nemcev, ki so bili odgovorni za grozovitosti, že ušla iz taborišča. Skoraj tisoč jih je zapustilo Dachau že dan poprej; tako so hlastno ustvarili varno razdaljo med seboj in bližajočim se sovražnikom. Ostalo je le nekaj sto ranjenec v bolnišnici, nekaj okrevajočih, ki so pred kratkim prispeli s fronte, drugi pa so bili tako hudo ranjeni, da so morali ostati. Walsh pa ni več razločeval med bojujočimi vojaki SS, nagnetenimi v sosednjih barakah, ter taboriščnimi stražarji, člani SS-Totenkopf. Po šestih mesecih bolj ali manj neprekinjenega bojevanja je pri njem prišlo do

točke preloma. Ko je postreljal SS-ovce, je ponorel, drvel za vsakim Nemcem, ki ga je našel, vihtel svojo pištolo in vpil: »Vi pasji sinovi, pasji sinovi!« Polkovnik Sparks pa ga je pobil na tla in pomagati mu je moralo sedem njegovih mož, da so Walsha ukrotili, da je nehal jokati in da se je ovedel (str. 97).

Medtem ko je vod vojaka Leeja preveril bolnišnico, je Walsh šestdeset SS-ovcev postavil ob zid skladišča za premog. Četudi so bili razoroženi, bi številčno zlahka prekašali Američane, ki so jih živčno stražili. Ko jim je ukazal, naj roke držijo kvišku, je Walsh ukazal vojaku Williamu Curtinu, strojničarju iz čete M, naj strelja, če SS-ovci ne bi mirovali. Curtin je ubogljivo napel svoje orožje, SS-ovci pa, ki so slutili, da se jim piše kar najslabše, so domnevno začeli bežati. Curtin in štirje drugi vojaki so takoj odprli ogenj. A za SS-ovce je bilo že prepozno. Ubitih je bilo sedemnajst, morda namerno umorjenih (str. 98).

Značilno se mi zdi, da je samovoljno – četudi morda pravično – pobijanje SS-ovcev s strani ameriških vojakov avtor v angleščini opredelil, da so bili »deliberately murdered«.

Posebnost knjige (zame) je, da nisem zvedel nič novega. A hkrati je bila zame skoraj vsaka beseda – kot nekakšna osebna izpoved – popolna novost. Naslednja posebnost knjige je nekakšna hkratnost dogajanja. Npr. pripoved o usmrnitvi Mussolinija poteka nekako hkrati s pripovedjo o Mussolinijevi soprogi Rachele Mussolini, ki bere zadnje, ljubezni polno pismo svojega moža. Pripovedi sta protislovni in bralec se vpraša, kaj je res. Ali pa morda ni ene resnice, temveč je resnic več? Ker se osebne izpovedi razlikujejo ali si celo nasprotujejo, je ta knjiga nekakšna doku-

mentarna različica znamenitega filma *Rashomon*.

Povedne so tudi nekatere nadrobnosti. Npr. kako se je po Hitlerjevi smrti Joseph Goebbels, zdaj novi nemški kancler, prek generala Hansa Krebsa poskusil pogajati s sovjetskim generalom Čujkovom za premirje. Ob Mussolinijevi smrti in obešenju njegovega trupla na Piazzale Loretto v Milanu je bil Churchill kar privoščljiv, hkrati pa ogorčen, ker je bila ustreljena tudi Clara Petacci. Da je le naključje rešilo najstnika Josepha Ratzingerja, da ni bil ustreljen kot dezertir iz *Wehrmachta*. Da je do sojenja v Nürnbergu prišlo zato, ker je to izrecno zahteval Harry Truman, predsednik ZDA. Nasprotno pa sta Churchill, predvsem pa Stalin podpisala zamisel o bolj kratkem procesu: vodilne naciste postaviti pred zid in jih postreliti.

Ko sem torej prebral elektronsko različico, mi je Nejka priskrbela fizično različico knjige, ki sem jo prebral dobesedno po dolgem in počez, večkrat.

Ko gre za preteklost, se zdi, da je pogosto težko dognati, kaj se je (sploh) zgodilo. Interpretacija, zakaj (čemu) se je nekaj zgodilo, pa je nekaj docela arbitrarnega. Zato ni čudno, da se zgodovinarji ob rekonstrukciji preteklosti sklicujejo na pisne vire, ki so seveda brezosebni ter brez čustev.

A za človeka, ki ni samo racionalno, temveč tudi iracionalno bitje, pri komur štejejo predvsem čustva, je vse to očitno postranska reč.

Morda je to eden od vzrokov, zaradi katerega se človek iz zgodovine ne more naučiti prav ničesar ...

Žlahtni akvareli bratov Kovačič in glasba Vokalne skupine BeJazzy

Ana Vrbič, Kulturno-umetniško društvo Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher

Ana.vrbic@gmail.com

Razstavišče Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (dalje UKCL) je 7. novembra 2017 ob imenitnih akvarelih

bratov slikarjev, akad. slikarja Janeza Kovačiča, ki je

dolgoletni mentor Likovne skupine Kulturno-umetniškega društva Kliničnega centra in Medicinske fakultete (dalje KUD), in Jožeta Kovačiča v polnosti likovno zaživelo. Razstava akvarelov je prinesla mehko in toplino pejzaža njune domače Rakitne in bližnje okolice, tamkajšnje rastje, kakor tudi pejzaže s hribovskimi motivi in morskimi daljavami. V Taborjevi galeriji je razstavljala umetnica Staša Košak - Blumer, ki ne le slika, ampak tudi pesni, piše, pripoveduje in se na različne načine umetniško izraža. Njena predstavitev je bila umetniška, njeni odgovori jasno izoblikovani in popolnoma nedvoumni. Kolaž likovnih predstavitev pa je ponesla v višine pesem jazzovskega vokalnega sestava kakih 20 pevcev skupine BeJazzy. Preplet moči glasbe, vedrih ritmov, zibanja teles in plesa skupine je polno razstavišče v UKCL skupaj z

bolniki dvignil v višave, kjer umetnost prežene vse skrbi in daje polet duhu.

Za slikarja brata Kovačič je bil to družinski praznik, ki se ga je udeležila širša družina, saj se je v njej na Rakitni rodilo kar osem otrok, ki so medsebojno zelo povezani, ki ne vedo, kaj je prepir, si med seboj nenehno pomagajo in, kot vidimo pri Janezu in Jožetu, so brez vogalov. V sebi nosijo mehko, ki jo iščejo ljudje, da se lahko nanje naslonijo. Zato sta tudi, kot mentor in član Likovne skupine, oba zelo priljubljena, njihova vogelna kamna. Jože tudi skrbi, da je vsak mesec v razstavišču nova razstava, ki jo obesi in pri tem s svojim tehničnim znanjem ter estetskim čutom poskrbi za harmoničnost razstavišča. To je v ponos ljubljanski bolnišnici.

Špela Kovačič je z mehki besedami orisala svojega strica Jožeta: »Predstavlja tipično zgodbo v mladosti talentiranega slikarja, ki je



Brata slikarja Janez in Jože Kovačič v pogovoru z vodjo prireditve prof. dr. Zvonko Zupanič Slavec.

»Prijaznost v besedah ustvarja zaupanje.
Prijaznost misli ustvarja globino.
Prijaznost pri darovanju ustvarja ljubezen.«

Lao-ce

moral svoj izraziti talent odložiti zaradi poklicnih in življenjskih obveznosti. Njegova želja po likovnem ustvarjanju v njem ni nikoli ugasnila, saj je med drugim imela možnost tleti v bližini dveh likovnih ustvarjalcev: brata in svaka. Z bratom je bil veliko v ateljeju, kjer je sodeloval pri izvedbi številnih vitražnih oken. Ob odhodu v pokoj je napolnil trenutek, ko je lahko prisluhnil sebi in začel uresničevati svojo željo po slikanju. Pridružil se je imenovanemu KUD-u, kjer aktivno sodeluje. Je družaben, nikoli samotarski, skupinsko delo je zanj nekaj samoumevnega. Pošteno delo mu je pisano na kožo in ker ima visoka in čvrsta moralna načela, se odziva predvsem daljnim in mogočnim idealom. Vse te vrednote imajo izvor v temeljih njegove kmečke družine na Rakitni, ki mu je vdahnila tudi družinsko naravnost. «

Prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec je s svojim vodenjem in predstavitvijo obeh bratov zaobjela vse tisto, kar oba pomenita v KUD-ovi Likovni skupini. Na odru se je Janezu pridružila njegova zvesta življenjska družica Marjanca z vnukinjo Lano, Jožeta pa so pospremili štirje vnučki. Pokojna žena Dunja je bila prav tako ena izmed nepogrešljivih sodelavk pri postavljanju razstav skozi dolga leta, zato so se je zbrani tudi spomnili in se ji zahvalili. Prof. Slavec je tudi izpostavila, da sta galeriji poimenovani po zdravnikih, ki sta vpeljala redno slikarsko razstavljanje na Medicinski fakulteti in v Kliničnem centru. Osrednja se imenuje po patologu prof. Antonu Dolencu, ustanovitelju KUD-a, manjša pa po profesorju radiologije v ljubljanski bolnišnici, dr. Ludviku Taborju. Njegova vdova, gospa Vera Tabor, ki je bila tudi zaposlena na področju radiologije, spremlja vse KUD-ove prireditve in se, podobno kot sedaj v zrelih letih tudi vdova prof. Marija Dolenc, javlja in daje KUD-u veliko zadoščenje s svojo prisotnostjo.

O akad. slikarju Janezu Kovačiču je prof. Zupanič Slavec zapisala: »Akad. slikar Janez Kovačič s svojim dolgoletnim umetniškim vodenjem

»Likovne skupine Leon Koporc« Kulturno-umetniškega društva Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher (dalje KUD) deluje med njenimi slikarji, med katerimi so tudi hendikepirani umetniki, in jim s svojim vodenjem in likovnim vzgajanjem daje veliko raznovrstnega slikarskega znanja. S svojo pozitivno naravnostjo, lastnim zgledom in trdnim zaupanjem v široko družbeno in kulturno poslanstvo likovne umetnosti jih na vsakem koraku nagovarja k širjenju njihovega dela. Desetletje in pol je umetniški vodja KUD-ove likovne skupine, ki jo *pro bono* vodi in spremlja na različnih likovnih kolonijah, pri izobraževanju, na razstavah in drugod. Tam ne le predano in brez skrivnosti širi svoje znanje in izkušnje ter spodbuja k individualnemu likovnemu izrazu, ampak tudi kreira nove zamisli, društvo povezuje z drugimi društvi, organizira druge kolonije (vsaj 50 kolonij skozi desetletja na različnih krajih) ter vabi člane KUD-a k razstavljanju na različnih koncih Slovenije. Letno vodi na različnih kolonijah doma in v tujini nad 100 slikarjev. S povezovalno močjo in človeško toplino na neposreden in človeško spodbuden način širi ljubiteljsko likovno kulturo med Slovenci. Glede na njegovo široko vpetost v amatersko likovno dejavnost različnih slovenskih likovnih društev, kjer je mentor in organizator, mednje pogosto vabi tudi slikarje KUD-a Kliničnega centra, kar prispeva k temu, da se njihov ustvarjalni duh krepi in prinaša boljše rezultate in povezave.

Janez Kovačič pri sodelovanju z ljubiteljskimi slikarji te povezuje s profesionalnimi umetniki in med njimi briše meje, saj vse vodi k skupnemu cilju – iskanju lepote likovnega izraza. Glede na Kovačičevo delo v ljubiteljski dejavnosti je njegovo poslanstvo predvsem v tem, da v širokem slovenskem prostoru plemeniti likovno ustvarjalnost in na najvišji kakovostni ravni širi kulturno zavest ljudi, jih angažira pri ustvarjalnem

delu in preko številnih razstav in kolonij ter opremljanja prostorov s slikami kultivira narod. Umetniško ustvarjanje namreč na različne načine plemeniti posameznike in družbo, ljudi oddaljuje od vsakdanjih skrbi, jih žlahtni in duhovno bogati ter motivira za povezovanje v likovnem okolju.

V bolnišnični dejavnosti KUD-ova likovna skupina preko svojega mentorja Janeza Kovačiča uresničuje temeljna načela bolnišničnega delovanja, to je humanizacijo medicine in hospitalizacije, prinaša domačnost in toplino v zdravstveno okolje, in to ne le v terapevtskih galerijah klinike, ampak v celotni bolnišnici, saj je veliko umetniških del darovanih, lepšajo bolniške sobe in hodnike ter čakalnice in ambulan-te, kar bolnike spodbuja pri zdravljenju. S tem umetnost opravlja svoje terapevtsko poslanstvo v duhu rekla Umetnost zdravi! Ta zgled preko Kovačičevega dela prehaja v vseslovenski zdravstveni prostor, kjer nastajajo nove terapevtske galerije in zdravstvene likovne skupine. Omembe vredno je tudi slikarjevo povezo-vanje slovenskih slikarjev v tujini: v Torontu in Clevelandu, pa na Dunaju in v Celovcu ter drugod, slikarsko kolonijo pa je organiziral celo v Jordaniji.

Slovenski akademski slikar in humanist Janez Kovačič je na ljubiteljskem področju likovne umetnosti njen pravi ambasador doma in v tujini, ki si zaradi vseživljenjskega prizadevanja za krepitev ljubiteljskega likovnega poslanstva ob 75-letnici življenja zasluži najvišja javna priznanja ter je deležen velike hvaležnosti celotnega Kliničnega centra v Ljubljani. Decembra 2017 bo odprl stalno donatorsko zbirko svojih del na Brezovici pri Ljubljani. «

Staša Košak - Blumer je v Taborjevi galeriji razstavila svoja dela, ki imajo svoj avtorski pečat, avtoričino kreativnost in neposredno nagovarjajo galerijskega obiskovalca. Avtorica se je zbranim predstavila s temi zapisanimi besedami:

Beli menih prisluhni mi
 »ko nas barve izdajo«
 sem zelo ubogljiva:
 vedno ubogam samo sebe
 status
 umetnica – slikarka,
 rojena Ljubljanka
 Staša Košak - Blumer
 s časom zaročena
 glasba mi pomen življenja, medi-
 cina obstoj spoznanja, mitologija
 strast raziskovanja
 delo – risanje:
 dolžnost do vseh –
 posebej mojih dveh otrok –
 sina Blaža in hčerke Diane
 prognoza
 »ko sam sebi gost si krug«

Vokalna skupina BeJazzy

Prireditev je v razgibanih ritmi-
 glasbe in sočasnega gibanja pospremi-
 la mešana družba pevcev, mlajših in
 starejših glasov, ki jih ljubiteljsko, pod
 okriljem Kulturnega društva BeJazzy,
 družijo strast do *a cappella* džezevskega
 petja. Njihov repertoar bogati
 predvsem vokalni džez in zabavna
 glasba v zborovski preobleki. Izvajajo
 svojevrsten, pester program skladb
 slovenskih in tujih skladateljev. Izbor
 pesmi bogatijo tudi z lastnimi



Skupina BeJazzy je s prevzemajočim prepevanjem in plesom prinesla radost med bolniške zidove.

avtorskimi priredbami, obujanjem
 zimzelenih melodij in skladb starih
 mojstrov džeza, prirejenih za mešane
 vokalne skupine.

Polet in temperament Vokalne
 skupine BeJazzy razvija in krepi
 njihova idejna in umetniška vodja,
 zborovodkinja Ksenja Pirc. S svojimi
 nastopi in koncerti se podajajo na
 večje odre in v organizacijo lastnih
 koncertov. V letu 2016 so sodelovali
 tudi na Sozvočenjih, kjer so za nastop
 s pevsko zgodbo Noč nad Ljubljano
 avtorici, Ksenji Pirc, namenili poseb-
 no priznanje. Na koncertih vsako leto
 pripravijo in predstavljajo tudi neka-

tere že pozabljene skladbe, s katerimi
 nastopajo tudi v okviru različnih
 prireditev.

V smeri bogatitve kulturne podo-
 be se dobrodelno predstavljajo tudi
 poslušalcem, ki jim je obisk koncert-
 nih dvoran onemogočen. Na spletnih
 straneh YouTube in SoundCloud
 lahko poslušate njihove izvedbe
 znanih slovenskih popevk in tujih
evergreenov. Skupina prav zdaj
 sprejema v svoje vrste tudi nove
 pevce, zato vabijo vse, ki so željni
 pridobiti novo pevsko izkušnjo.

Zapeli so pesmi: *There's Swing in
 the Air* (G. F. Händel), *It Don't Mean*



Razstavišče so zapolnile vrhunsko naslikane akvarelne slike, polne sveže energije.

a Thing (Duke Ellington), *I Got Rhythm* (George in Ira Gershwin), *Bring Me Little Water, Silvy* (Huddle Ledbetter), *Lollipop* (Julius Edward Dickson in Beverly Ross), *Besame Mucho* (Consuelo Velázquez), *Mandolina* (Vladimir Stiasny), *Šuštarški most* (Jason Crest) in *Zemlja pleše* (Mojmir Sepe).

Sklepni akordi

Ko se je program sklenil v celoto, je v očeh zbranih žarelo veselje. Iskrice sreče so preplavljale prisotne bolnike, avditorij je čutil praznik kulture, ki prinaša domačnost, toplino, spodbudo, upanje in zaupanje tudi v bolnišnico. Prof. Zvonka Zupanič

Slavec pa je za konec zrecitala znamenito Minattijevo pesem »Nekoga moraš imeti rad«. In kako resnične so bile te Minattijeve besede:

»Nekoga moraš imeti rad,
pa čeprav trave, reko, drevo ali kamen,
nekomu moraš nasloniti roko na ramo,
da se, lačna, nasiti bližine,
nekomu moraš, moraš,
to je kot kruh, kot požirek vode,
moraš dati svoje bele oblake,
svoje drzne ptice sanj,
svoje plašne ptice nemoči
– nekje vendar mora biti zanje
gnezdo miru in nežnosti –,«
...

V novembru so potekale še razstave v galeriji Medicinske fakultete, kjer je fotografinja Ajda Zelič, študentka 6. letnika splošne medicine, predstavila fotografije s svojih potovanj, v galeriji Nevrološke klinike je razstavljal Janez Podnar na temo »Hodil po zemlji sem naši«, v avli Kliničnega centra pa so študentje Medicinske fakultete predstavili svoj projekt »V odsevu« pod naslovom »Obrazi droge: Poglej me zdaj«. Razstavo je pripravilo Društvo študentov medicine Slovenije in SloMSIC.

KUD so pri prireditvi podprli njegovi ustanovitelji: UKCL in Medicinska fakulteta Ljubljana ter Javni sklad za kulturne dejavnosti in Mestna občina Ljubljana.

Camerata medica – nastopi v jeseni 2017 in božično-novoletni koncert

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

Poletne počitnice so prekmalu minile in prvi koncert v septembru nas je že povabil k delu.

Na Bledu je drugi teden v septembru potekala mednarodna delavnica za učitelje v družinski medicini, EURACT. V okviru dogodka je organizacijski odbor k sodelovanju povabil orkester Camerata medica.

Cameratovci smo v četrtek, 15. septembra 2017, nastopili v cerkvi Marijinega vnebovzeta na Blejskem otoku. Na otok smo se odpeljali s pletno, kar nam je bilo zaradi dežja še posebej všeč. Z veseljem smo ob prihodu na otok pred koncertom pridno vadili.

Čudovito okolje Blejskega otoka je navdušilo vse, nastopajoče in poslušalce. Izbran je bil zanimiv klasični program z deli Bacha, Vivaldija, Händla. V Vivaldijevem koncertu za dve violončeli in godala

sta nastopila Aleš C. Mihelač in Peter Lange. V zadnjem času so nastopi violončelistov zelo popularni in tako ne čudi, da sta nastopajoča požela navdušen aplavz. Lepi sopran Sanje Zupanič je napolnil prostor baročne cerkvice na otoku z glasbo Bacha (*Bist du bei mir*), Gounoda (*Ave Maria*) in Gomeza (druga verzija *Ave Marije*). Stanko Praprotnik in Peter Jevšnikar sta virtuosno zaigrala koncert za dve trobenti. Tim Skalar v vlogi koncertnega mojstra je kot solist nastopil v skladbi *Adagio* iz opere Xerxes. Polna cerkev poslušalcev nam je po koncertu namenila stoječe ovacije. Dogodek je doživeto povezovala dr. Nena Kopčavar Guček. Poseben čustveni naboj je koncertu dal spomin na profesorja Alberta Dermelja, violinista, čigar učenec je bil tudi naš dirigent Franc Avsenek. Irena Debeljak je o očetu pripravila

doživet govorn in nastopajočim poklonila cvetove.

Profesorja Dermelja se hčerka ni slučajno spomnila z nagovorom. Bil je povezan tako z Bledom kot tudi z medicino. Igral je na več dobrodelnih koncertih. Na dobrodelnem koncertu ob 100-letnici njegovega rojstva, leta 2012, so uspešno zbrali denar za dragoceno medicinsko opremo. Bil je eden redkih Slovencev, ki je igral na dragoceno Amatijevo violino.

»Spoštovani zdravniki in ostali gosti, danes smo se zbrali na koncertu v okviru vašega strokovnega programa v tej prelepi cerkvi na Bledu.

Ponosni smo, da se ob tako pomembnem srečanju spominjamo mojega očeta, prof. Alberta Dermelja.

Medicina in glasba sta vedno tesno povezani, kar je tudi vodilo današnjega dogodka.

Prof. Albert Dermelj je vse svoje življenje posvetil glasbi in violini je bila njegov zaščitni znak. Bil je



Orkester Camerata medica je s koncertom v cerkvi na Blejskem otoku kulturno obogatil mednarodno delavnico za učitelje v družinski medicini.

priznan glasbeni umetnik z bogato glasbeno kariero – kot violinist, violist, koncertni mojster, dirigent in pedagog. Posvetil se je klasični glasbi – orkestralni, komorni: triu, kvartetu, kvintetu, operam in operetam.

Izvajal je tudi filmsko in zabavno glasbo. Iz svoje originalne Amattijeve violine je znal izvabiti čisto poseben zvok, zaradi katerega je bil zelo cenjen in prepoznaven. Njegov opus šteje 1300 javnih koncertov, 2000

oper in več solističnih koncertov, med njimi tudi nekatere skladbe, prvič izvajane doma. Obstaja tudi množica zvočnih radijskih zapisov in izvajanih virtuosnih skladb.

Organiziral in igral je na več dobrodelnih koncertih. Zadnji dobrodelni koncert je bil realiziran ob stoletnici njegovega rojstva l. 2012, kjer smo uspešno zbrali denar za dragoceno medicinsko opremo.

Je nosilec več odlikovanj in priznanj in naslova častni član v slovenskih in prej še jugoslovanskih glasbenih društvih. Je tudi nosilec več odlikovanj, med njimi tudi državnega jugoslovanskega odlikovanja Reda dela z zlatim vencem.

Umetnik izhaja iz pedagoške in glasbene družine, ki je našla lepo priložnost za dolgo počitnikovanje na Bledu vsako leto. Vsi člani širše družine so igrali 2 ali več inštrumentov in so lahko prijetno muzicirali tudi na jezeru v čolnih, imenovanih pletne.

Prof. Dermelj je kmalu že kot študent prepoznal pomen glasbe tudi



Nastop orkestra Camerata medica na slavnostni akademiji ob 25-letnici Zdravniške zbornice Slovenije.



Na 48. Plečnikovem zdravniškem koncertu v Slovenski filharmoniji sta z orkestrom nastopili solistki Nadia Ternifi in Sanja Zupanič (z leve).

za zdravje in dobro počutje turistov, ki jih je pomirjala in bila tudi zdravstveno koristna. Oče je že kot študent igral v letoviškem orkestru in so goste pogosto že pričakali na železniški postaji na Bledu in jih pospreмили v hotele. Kasneje je prof. Dermelj tudi dirigiral letoviškemu orkestru v parku. Bled kot center svetovnega turizma je omogočil glasbenikom številne prijateljske vezi.

Prof. Dermelj je pogosto igral v številnih glasbenih zasedbah, tudi na koncertih in plesnih prireditvah. Ravno tako tudi v Vili Bled kot centru diplomacije na državnih protokolarnih srečanjih.

Oče je bil kot umetnik z močnim čustvenim nabojem, ljubitelj lepote in se je zato celo življenje rad vračal na Bled.

Vzgojil je veliko glasbenikov na Akademiji za glasbo v Ljubljani, ki sedaj nadaljujejo njegovo glasbeno pot in tradicijo. Tudi na današnjem koncertu boste spoznali njegovega študenta, maestra prof. Franka Avseneka, ki dirigira orkestru Camerata medica.

Zadnje besede prof. Dermelja so bile: »Če bi se še enkrat rodil, bi zopet vzel v roke violino in igral, igral ...«

Današnji koncert je njegov poklon vsem vam in Bledu, kjer je našel svoj drugi dom.

Vsem udeležencem vašega posvetovanja želim uspešno delo in prijetno bivanje na Bledu, ostalim pa prijetno poslušanje in hvala, da ste prišli na koncert.«

Irena Debeljak

V Slovenski filharmoniji je 8. decembra 2017 kot zaključek Plečnikovih dni izzvenel že 48. koncert zdravnikov, ki ga vsako leto organizira Kulturno-umetniško društvo Kliničnega centra v sodelovanju z Inštitutom za patologijo, Inštitutom za anatomijo, Inštitutom za histologijo in embriologijo ter Inštitutom za sodno medicino Medicinske fakultete v Ljubljani. Samo še dve leti manjka do okrogle 50-letnice glasbenega ustvarjanja slovenskih zdravnikov, ki jih je spodbudil predstojnik patologije prof. Lenart. Iz slovesnega zaključka Plečnikovih dni se je razvila bogata dejavnost glasbenikov iz medicinske stroke. Prof. Lenarta se zato vsi s hvaležnostjo spominjamo. Program letošnjega koncerta je tako kot vedno glamurozno vodila prof. Zvonka Zupanič Slavec. Nastopili so vokalna skupina Vox medicorum, Godalni

kvartet Pro medico, Kitarski orkester Medicinske fakultete in Andrej Babnik. Kot zadnji je nastopil orkester Camerata medica s *Sonato* Antonija Vivaldija. S skladbo Sergeja Rahmaninova *Ne poj, lepotica* nas je navdušila sopranistka Nadia Ternifi, ki je v Mozartovem duetu še enkrat nastopila skupaj s Sanjo Zupanič.

Kot vedno je po zdravniškem koncertu sprejem, ki ga priredi dekan Medicinske fakultete in kjer nagrajenci, nastopajoči in poslušalci uživajo v druženju in vedno izbrani postrežbi.

Zadnji koncert v letu je že tradicionalno »Božično-novoletni koncert« v Zdravniški zbornici Slovenije. Letos je bil dogodek še posebej slovesen, ker je zbornica pripravila slavnostno akademijo ob 25-letnici delovanja. Že popoldne je bil v zbornici sprejem za vse dosedanje prejemnike odličij ter nekdanje predsednike pri aktualni predsednici zbornice dr. Zdenki Čebašek - Travnik. Sprejem in okroglo mizo je spremljal zvok kvarteta Camerata medica, ki so ga sestavljali Kaja Galič - Lenkič, Mateja Dudek (violini), Boris Krajnik (viola) in Jelka Grafenauer (violončelo).

Ob 18. uri je orkester s skladbo *Zrejšlo je žito* in solistkami Sanjo Zupanič, Nadio Ternifi in Brino Šket odprl koncertni del večera. Dogodek je prijetno popestrila plesna skupina Mojce Horvat.

S svojo prisotnostjo so dogodek počastili predsednik Državnega zbora Republike Slovenije dr. Miran Brglez, predstavniki politike, znanosti, predstavniki drugih stanovskih organizacij, zdravniških in zobozdravniških zbornic iz tujine ter številni drugi gostje. Podeljena so bila odličja Zdravniške zbornice Slovenije dvanajstim zaslužnim zdravnikom in zobozdravnikom ter eno odličje skupini zdravnikov.

Slavnostno akademijo je zaključil koncert zdravniškega orkestra z Vivaldijevo *Sonato*, Vivaldijevim koncertom za dve trobenti s solistoma Stankom Praprotnikom in Petrom Jevšnikarjem. Občinstvo je kot po navadi s svojim zvonečim sopranom



Zdravnik in violinist Andrej Gubenšek je z mehiško uspavanko *Estrelita* zaključil uradni del koncerta na zbornici.

navdušila Sanja Zupanič v Bachovi skladbi *Bist du bei mir* in Siczynskijevo *Wien, Wien, nur du allein*. Bučen aplavz je požela tudi sopranistka Nadia Ternifi s skladbo Sergeja Rahmaninova *Ne poj, lepotica*. Orke-

ster je prijetno vzdušje ustvaril še s Hačaturjanovim *Valčkom* iz baleta *Maškarada* in Fibihovo skladbo *Poem*. V bolj popularnem delu programa je Jasmina Antonič Babnik zapela song iz muzikala *My fair lady*. Barbara Čokl pa skladbo Atija Sossa *Vračam se*. Tudi najboljšim se kdaj zgodi spodrseljaj, občinstvo je to sprejelo z razumevanjem in Barbara je zgrešeni vstop brez težav ponovno odpela.

Naš dolgoletni solist Andrej Gubenšek je z zadnjo skladbo – mehiško uspavanko *Estrelita* v priredbi J. Haifetza in N. Ponceja zaključil uradni del koncerta orkestra. Sledili so dodatki, brez katerih božično-novoletni koncert ni čisto pravi. Najprej je praznično vzdušje pripravil orkester s skladbo *Sveta noč* in solistoma Sanjo Zupanič in Andrejem Gubenškom. S skladbo *Slovenija, od kot lepote tvoje*, pri kateri so se orkestru pridružili tudi poslušalci, smo oživel domoljubna čustva, ki so razvnela poslušalce v dvorani. Orkester je za svoj nastop doživel stoječe ovacije.

Hvaležni smo občinstvu, ki razume, da nismo profesionalci, smo pa resnični ljubitelji glasbe in smo veseli vedno, kadar imamo priložnost, da s svojo glasbo pričaramo slovesno vzdušje in vzbudimo pozitivna čustva.

Zahvaljujemo se vsem podpornikom za obiske in aplavze ter dobro voljo, posebej pa še naši domicilni ustanovi Zdravniški zbornici Slovenije.

Vsem želimo srečno in zdravo novo leto 2018.

Na spodnjih povezavah lahko najdete več fotografij, ki vam bodo prikazale vzdušje ob naših nastopih.

Bled, 14. 9. 2017: <https://cameratamedica.com/2017/09/17/camerata-medica-nastopila-na-blejskem-otoku/>

Plečnik, 8. 12. 2017: <https://cameratamedica.com/2017/12/11/camerata-medica-na-48-koncertu-zdravnikov/>

Zdravniška zbornica: 15. 12. 2017: <https://cameratamedica.com/2017/12/28/bozicno-novoletni-koncert-in-25-obletnica-zdravniske-zbornice/>





Iatrosski v d-molu

Doc. dr. Marko Pokorn, dr. med., UKC Ljubljana,
Klinika za infektivne bolezni in vročinska stanja

Epidemija medicinskih kongresov navadno izbruhne spomladi, letos pa sta mi ne-čakaje-na-maj dva dogodka sovpadla že drugega februarja. Kot Heraklej sem tehtal: ali predavati na 21. seminarju »Kritično bolan in poškodovan otrok« ali oditi na jubilejni 40. Iatrosski, kamor me je vlekel družabno-tekmovalni nagon. Ker sem za tragično koincidenco izvedel šele mesec dni pred dogodkom, sem marljivo odpredaval o vročini in izpuščaju, v mislih pa sem podoživel neopeljeni veleslalom na Dolenčevem rutu. Telo je bilo v UKC, srce pa v Kranjski Gori.

Pa ne da sem se odrekel kolajni ali vidnejši uvrstitvi: v moji generaciji je obilo boljših smučarjev, nekateri med njimi na tekmo pridejo v dresu in po nekaj treningih med koli, ampak grenak priokus neudeležbe je ostal. Izpustil sem priložnost, da vidim kolege, ki jih v službi ne srečujem, da sprostim nekaj zalog adrenalina (kar ga je še ostalo po januarskih RSV & gripa dežurstvih) ter da svoja kolena izpostavim preizkušnjam, ki jih sicer niso deležna. Zagotovo pa pridem prihodnjič, saj je k sreči kariera Iatrosski tekmovalca precej daljša od tiste pod okriljem FIS. Mogoče se z nami lahko kosa edinole Noriaki Kasai, a tudi njegova zvezda počasi zahaja. Pridem, ker dosežek na Iatrosskiju odtehta marsikaj, dober čas na progi (in dejstvo, da naš geš kolege s klinike) je več vreden kot objava v reviji s še tako visokim faktorjem vpliva.

Od telesne k duhovni kulturi – druga prireditve, ki je nikakor ne zamudim, so abonmajski koncerti Slovenske filharmonije. Tudi tam smo zdravniki stalni gostje. Če te že zadene bolezen, zgodi naj se na koncertu Slovenske filharmonije, saj v vsaki vrsti sedi dohtar. Trditev ne velja le za prestolnico, enkrat sva s kolegom na koncertu radovljiškega festivala pomagala omedleli poslušalki. Tudi na premierah v Drami smo dohtarji ubikvitarni (so tudi tam že morali pomagati!).

Ljubezen do umetnosti je pač neločljivo povezana z zdravniškim poklicem. Kar pogledate, v vsaki številki Izide so poročila z zdravniških koncertov, likovnih razstav, kolegij/-ce ustvarjajo

literaturo, naš glavni urednik je *poeta praeclarus*. Slovenski zdravniki v tem nismo nikakršna izjema: leta 2010 so izvedli raziskavo med več kot 1000 aktivnimi norveškimi zdravniki in ugotovili, da jih kar 58 % igra inštrument, 21 % jih igra redno, kar 13 % pa je aktivnih članov orkestra/zbora – več kot drugi primerljivi akademski poklici. Poleg tega norveški zdravniki nadpovprečno berejo leposlovje in obiskujejo kulturne prireditve, omenjena kulturna aktivnost pa je v statistično značilni korelaciji z zadovoljstvom v poklicu in vobče, z lastno pozitivno oceno zdravstvenega stanja in telesno aktivnostjo (1).

Podobno kot v kulturi je situacija v slovenskem zdravstvu vse prej kot rožnata, zdravstveni delavci smo preobremenjeni, delamo v nemogočih razmerah in smo pogosto na meji izgorelosti. Zato predlagam vodstvom slovenskih bolnišnic, da v avlo vsake ustanove namestijo klavir (in morda še kakšen inštrument) ter zaposlenim omogočijo, da se po opravljenem delu lahko sprostijo ob muziciranju. Če ne verjamete, da pomaga, si preberite ganljiv zapis v reviji JAMA Internal Medicine, objavljen nedavno (2). Zadovaljen zdravnik je dober zdravnik. In glasba k temu pripomore.

P. S.: Če tole bere kdo iz Slovenske filharmonije ali Cankarjevega doma, ponižno priporočam: ko pred začetkom koncerta opomnite poslušalce, naj izklopijo prenosne telefone, pošljite jim še dodatni apel, naj se med koncertom vzdržijo sladkarij ali zdravil. Skoraj na vsakem koncertu začne kakšna gospa po navadi v drugem stavku simfonije (in drugi stavki so praviloma *andante* ali *adagio*), v delu, ki je najbolj *pianissimo*, iz tablice ali neznansko šumečega celofana luščiti bonbon ali tableto in to počne moteče *sforzando* in *D.C. al Fine*. Če je že nuja in ste pred koncertom pozabili vzeti zdravilo, počnite to v prvem ali četrtem stavku ali pa med aplavzom.

Viri

1. Nylenna M, Aasland OG. Cultural and musical activity among Norwegian doctors. Tidsskr Nor Laegeforen 2013; 133:1307-10.
2. Fitzgibbons S. Music and medicine: something important. JAMA Intern Med 2017; 177:1721.

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.

