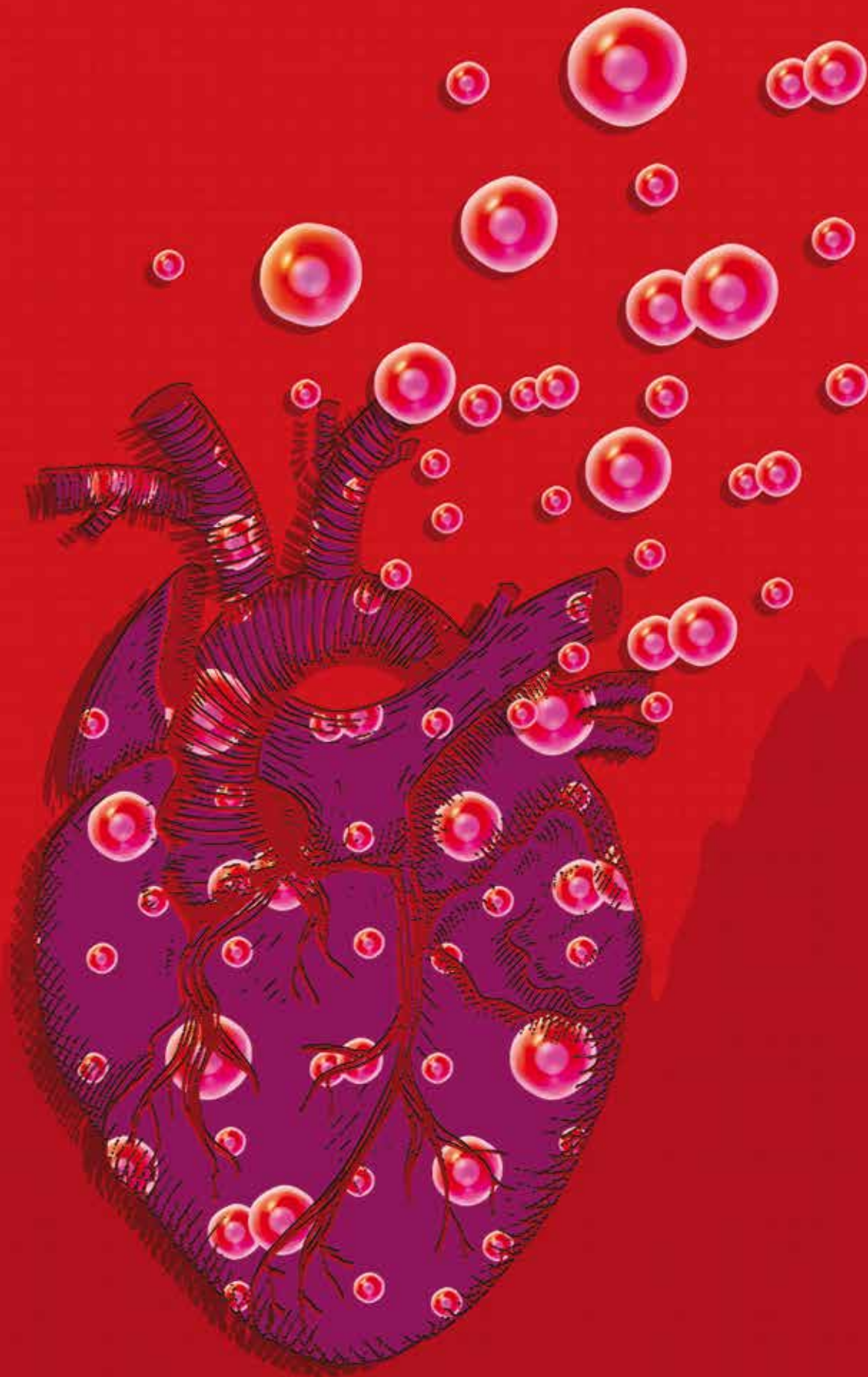


IS IS

Glasilo Zdravniške
zbornice Slovenije
November 2018
Številka 11



Prof. dr. Bojan Vrtovec: "Aplikacija matičnih celic v srčni mišici povzroči nastanek novih endotelnih celic in obnovitev mikrocirkulacije. To je dokazano. Uspeh zdravljenja pa je odvisen od tega, ali je težava z mikrocirkulacijo zares osnovni problem bolezni in ali je obnavljanje mikrocirkulacije v tkivu sploh mogoče glede na obseg brazgotinskih sprememb."

Izobraževanje za doktorje dentalne medicine: **Novosti v dentalni medicini**



Domus Medica, 30. november (16.00–19.00) in 1. december 2018 (8.30–19.00)

Spoštovani doktorji dentalne medicine!

Ideja in želja Odbora za zobozdravstvo je, da v Domus Medica zaživi tudi stalno izobraževanje zobozdravnikov o najnovejših tehnologijah in metodah zdravljenja na področju dentalne medicine. Tako bomo kolegom omogočili večjo dostopnost do izobraževalnih vsebin. S posodobitvijo multimedijskega centra nam Domus Medica omogoča izvajanje tudi tehnično zahtevnejših delavnic in predavanj.

Za prvi seminar smo izbrali teme s področja endodontije, implantologije, kirurgije, ortodontije in periapikalne kirurgije. Predstavljeni bodo posegi, ki jih splošni zobozdravniki lahko opravijo v splošnih ambulantah in nam vsem olajšajo delo. Kolegi bodo slušateljem prikazali primere iz prakse in z njimi delili svoje izkušnje. O določenih terapevtskih odločitvah bodo lahko slušatelji glasovali preko glasovalnih naprav, nato pa v razpravi utemeljili svojo odločitev.

Poleg rednega programa bomo omogočili tudi dodatne termine za razstavljalce, da bodo lahko predstavili aktualne izdelke in novosti, ki se še napovedujejo. V duhu izmenjave znanj in izkušenj bo zagotovljenega tudi dovolj prostega časa za debato med kolegi ter spoznavanje moderne tehnologije na zelo bogato založenih razstavnih prostorih.

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

Delavnice:

- Piezokirurške tehnike
- Šivanje v ustni votlini
- Od digitalnega odtisa, virtualnega načrtovanja do vrhunskega protetičnega nadomestka
– sponzorirana delavnica
- Apikotomija z retrogradno polnitvijo s pomočjo mikroskopa – streaming iz ordinacije
- Delavnica strojnega širjenja koreninskih kanalov: preiskus različnih sistemov
- Uporaba gumijaste opne v sodobnem zobozdravstvu
- Ortodontska ekstruzija zoba in lepljenje breketa

Predavanja:

- Management in etika v zdravstvu
- Zaplet, napaka, malomarnost, kje so meje
- Ortodontska ekstruzija zoba namesto kirurškega podaljšanja krone
- Osnove strojnega širjenja koreninskih kanalov
- Digitalizacija
- Ko ne veš, kje bi začel: Priprava in izvedba kompleksnih rehabilitacij
- Endodontija vs apikotomija
- Strokovni nadzori – kako se pripraviti nanje

Predavanja o aktualnih temah in delavnice.

Dodeljene bodo kreditne točke za strokovne vsebine
ter za etiko in komunikacijo.

Program in prijavnico najdete na: **www.domusmedica.si**.
Število mest je omejeno.

Vljudno vabljeni!

Izbrani

Peter Golob, dr. med., predsednik Komisije za podiplomsko usposabljanje zdravnikov pri SIZ

Na izbirnih postopkih za dodelitev specializacije izbiramo med izbranci postopka sprejema na medicinsko fakulteto. Izbiramo med »overachieverji« generacij gimnazijcev, ki so do sedaj vedeli, kaj morajo storiti, da bodo izbrani, in so to tudi storili. Trud in odrekanje jim ni tuje, pridobivanje točk predobro znano. V čem je potem izbirni postopek za dodelitev specializacije drugačen? Drugačen je predvsem v tem, da verjetnost, da boš izbran, na videz ni odvisna samo od kandidata.

V izbirnih postopkih za dodelitev specializacije kandidate ocenjujemo na podlagi njihovih dosežkov do izbirnega postopka, na podlagi mnenj kolegov, ki so s kandidatom sodelovali, in na podlagi razgovora s kandidati. Sistem nacionalnega razpisa je v eno vrsto postavil vse kandidate za neko specializacijo v državi. Ker se izbirne komisije ne ločujejo več po regijah, je primerjava kandidatov, ki želijo vstopiti v neko specializacijo, lažja in razlike očitnejše. Je izbira zato lažja?

Izbirni kriteriji so določeni z razpisom. Dodi-plomski študij, podiplomsko klinično delo, raziskovalno delo med in po študiju prinašajo predvidljivo število točk. Zadnji popravki sistema točkovanja so v tem delu dali težo trajnejšemu (ne *ad hoc*) kliničnemu in raziskovalnemu delu. Mnenje kolegov, ki so s kandidatom že sodelovali, je pomemben pokazatelj primernosti kandidata za določeno specializacijo. Dosedanja priporočila niso vodila v razlikovanje med kandidati (vsi odlični, vsi nadpovprečni – vedno), zato so jih nadomestila standardizirana mnenja. Standardizirana zato, ker je nabor kategorij za ocenjevanja vnaprej določen, in mnenja zato, ker za opisovanje kandidata v strukturiranem vprašalniku ni na voljo samo ocena odlično. V standardiziranih mnenjih težo pri točkovanju dajeta osebno klinično ali raziskovalno sodelovanje s kandidatom in čas trajanja sodelovanja. Za vse prej opisane kriterije velja, da do uspeha vodita kandidatov razmislek o svoji profesionalni poti ter vložen trud.

Pri razgovoru ne gre toliko za razmislek o profesionalni poti ter vložen trud kandidata. Razgovor je – skupaj s standardiziranim mnenjem – tisti del izbirnega postopka, ki meri ujemanje kandidata s specializacijo. Le dobro

ujemanje kandidata s specializacijo je garancija kandidatu, da bo v specializaciji zadovoljen in uspešen, in specialnosti, da se bo lahko razvijala v dobro pacientov. Razgovor za izbor kandidatov

zato ne more biti omejen na testiranje preteklih dosežkov in iskanje želje kandidata po uspehu, ampak mora oceniti kandidate generične (npr. CanMEDS Framework) in specifične kompetence, pomembne za uspeh v specializaciji. Zaradi poznavanja teh kompetenc je izbirna komisija strokovna, zaradi sposobnosti prepoznavanja in ocenjevanja teh kompetenc pri kandidatu pa je komisija verodostojna. Veliko breme izbirnih komisij je, da kandidati, izbrani ali ne, pridejo skozi postopek izbire dostojanstveno in z občutkom poštene obravnave. Zbornica v teh postopkih ni garant uspeha kandidata, garantira pa pošteno obravnavo. Ker razgovor ne more biti vnaprej rezultatsko predvidljiv (kot npr. točkovanje dodiplomskega uspeha), mora biti predvidljiv v poteku – metodološko. Delno strukturiran vedenjski intervju kot oblika vodenja razgovora, jasna določitev prepovedanih in neprimernih vprašanj ter določitev iskanih generičnih in specifičnih kompetenc za specializacijo so novi temelji metodološke jasnosti razgovora v postopku dodelitve specializacije.

Izbiranje izbrancev je težko, še težje je biti neizbran. Pozunanjenje je najenostavnejši način spopadanja z neizbranostjo, postopek izbire pa očitna tarča. Jasen način dela izbirnih komisij in jasen sistem točkovanja dosežkov tarčo zmanjšujeta. Glede na velik del nezasedenih specializantskih mest na zadnjem razpisu pa ni bojazni, da se za vsakega kandidata ne bi moglo najti primerno, z njim uglašeno specialistično področje za vstop v status: Electi.



Uvodnik

- 3** Izbrani
Peter Golob

K naslovnici revije

- 6** Prof. dr. Bojan Vrtovec
Alojz Ihan

Zbornica

- 10** Na kratko
iz dela zbornice
- 14** Splošna bolnišnica Obrambna
medicina
Iztok Kos
- 15** ZEVA 2018
Zdenka Čebašek - Travnik
- 15** Slovesna podelitev
specialističnih listin

Aktualno

- 18** Zaključki razprave in sprejeta
stališča Odbora za pravno-
etična vprašanja (OPEV)
o evtanaziji in pomoči
zdravniku pri samomoru
*Jelka Helena Reberšek
Gorišek*
- 19** Zakaj bo 35 milijonov
spet darilo dobaviteljem v
zdravstvu?
Krištof Zevnik

Iz Evrope

- 24** Nekaj iz demografije
hrvaškega zdravništva
Anton Mesec
- 24** Novi zakon o primarni oskrbi
- 25** Nobenih dodatnih študijskih
mest na državnih medicinskih
fakultetah
- 25** Zbornica (ÖÄK): Čakalne
dobe so zato, ker je premalo
zavarovalniških zdravnikov
- 25** Nevrogeneza se po 13. letu
starosti ustavi

Forum

- 26** Komentar k zapisom
Marjan Kordaš
- 26** Tatovi in drugi škodljivci
v slovenskem zdravstvu
Iztok Tomazin
- 29** Zdravstvo kot predvolilna
tema
Marjan Fortuna
- 30** Denar naj sledi pacientu –
v javni zavod ali
k zasebniku
Boris Sapač
- 32** Evtanazija – pravno ali
medicinsko vprašanje?
Borut Stražišar
- 35** O »zdravnikovanju«
Zlata Remškar
- 36** Ko te obišče zdravstveni
inšpektor – drugič
Sonja Garmuš Bezek

Medicina

- 38** Antirabične obravnave
*Alenka Trop Skaza, Amadeja
Lemež Jeseničnik, Alenka
Pelko, Ines Kebler*
- 40** Vtisi o delu z gama nožem
v Marseillu
Tadej Strojnik

Poročila s strokovnih srečanj

- 43** Novosti na področju
hematologije
Frosina Krstanoska
- 44** Položaj klinične embriologije
v reproduktivni medicini v
Evropi in Sloveniji
*Borut Kovačič,
Veljko Vlasisavljević*
- 46** 8. raziskovalni dan
Ortopedske bolnišnice
Valdoltra in srečanje
Vertebrološkega združenja
Slovenije
Ingrid Milošev

- 48** 19. evropski ortopedski
kongres EFORT 2018 v
Barceloni
Vesna Levašič

Strokovna srečanja

- 51** Zbornična izobraževanja za
zdravnike in zobozdravnike
- 52** Strokovna
srečanja
- 63** Mali
oglas

V spomin

- 65** Asist. prim. Jerneju Podboju,
dr. med., v slovo
*Lojze Šmid,
Irena Hočevar Boltežar*

S knjižne police

- 66** Kenan Crnkić: 7 skrivnosti
uspeha – Preprost in praktičen
vodnik do uspeha!
Nina Mazi

Zanimivo

- 68** Ljubljansko srečanje
zgodovinarjev medicine
Damjana Furlan Hrabar

Zdravniki v prostem času

- 71** Pema
Damijan Meško
- 72** Kako sem postal
»Werkstudent«
Jurij Kurillo
- 74** Študentsko počitniško delo
leta 1957
Gorazd Kolar
- 76** Zemljevid srca
Lucija Beškovnik
- 76** Štos za dolge jesenske dni
Janez Tomažič
- 76** »Au«-foristična tinktura
Janez Tomažič

77 Kdo bo koga?
Jan Kejžar

78 Kolesarjenje po Pomurju
Pavle Košorok

Zavodnik

81 Umetna inteligenca
in naravna naivnost
Vojko Flis

Kolofon

Leto XXVII, št. 11, 1. november 2018
Natisnjeno 10.220 izvodov
Datum tiska: dan pred izidom
UDK 61(497.12) (060.55)
UDK 06.055:61(497.12)
ISSN 1318-0193 CODEN: ISISF9

IZDAJATELJ IN ZALOŽNIK

Zdravniška zbornica Slovenije
Dunajska cesta 162, p. p. 439
1001 Ljubljana
W: <http://www.zdravniskazbornica.si>
T: 01 30 72 100, F: 01 30 72 109
E: gp.zzs@zgs-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.zdravniskazbornica.si>
Isis online: ISSN 1581-1611
T: 01 30 72 152, F: 01 30 72 109
E: isis@zgs-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.
Doc. dr. Katja Groleger Sršen, 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. Brigita Novak Šarotar, dr. med.
Barbara Podnar, dr. med.
Doc. dr. Marko Pokorn, dr. med.
Doc. dr. Mirjana Rajer, dr. med.
Prim. izr. prof. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med.
Doc. dr. Aleš Rozman, dr. med.
Prof. dr. Vito Vrbič, dr. dent. med., v. svet.

LEKTORIRANJE

Marta Brečko Vrhovnik, univ. dipl. slov.
E: marta.brecko@zgs-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@zgs-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 (razen poročil s strokovnih srečanj in nekrologov) 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.

Nekrologi

Obseg nekrologov je omejen na 3.500 znakov brez presledkov. Besedilo lahko priložite eno fotografijo.

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

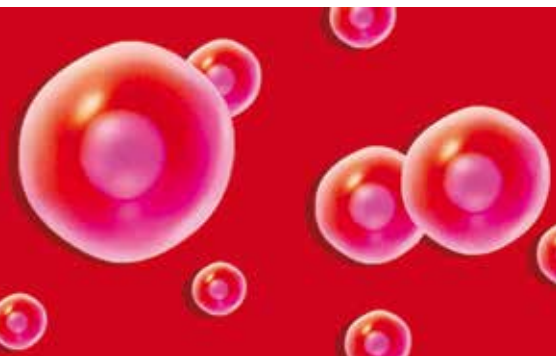
Za objavo dogodka v rubriki Strokovna srečanja (preglednica) pošljite podatke do 10. v mesecu na e-naslov isis@zgs-mcs.si. Objavljeni bodo dogodki za največ tri mesece vnaprej.

Izjava uredništva

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

Letna naročnina

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



Prof. dr. Bojan Vrtovec

Prof. dr. Alojz Ihan

*Znanstvenoraziskovalni svet Javne agencije za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije (ARRS) je nedavno opravil vsakoletni izbor najvidnejših slovenskih znanstvenih dosežkov, ki bi jih bilo vredno predstaviti širši javnosti. Na presojevalce s področja medicine so letos naredile največji vtis kirurške študije – maksilofacialna, oftalmološka in vaša, objavljena v odlični reviji *Circulation research* (IF 15). Čeprav gre za študijo s področja intervencijske kardiologije, pa je izvedbeno tudi to pravzaprav vzorčni primer kirurgije prihodnosti – endoskopsko vstopite v srčne votline, nato z električnim in kinetičnim sondiranjem premerite funkcionalnost in zabrazgotinjenost vsakega delčka srčne mišice, čemur sledi aplikacija matičnih celic v tiste predele srčne mišice, ki še niso nepovratno zabrazgotinjeni in jih je mogoče obnoviti ter s tem bistveno povečati zmogljivost srca.*

Ja, naš pristop je vzbudil veliko pozornost in naklonjenost kolegov iz stroke, saj smo prvi skušali v dobro vodeni in dovolj obsežni študiji odgovoriti na dilemo, ali je po prvi aplikaciji matičnih celic v srčno mišico mogoče dodatno izboljšati regeneracijo srca z novo aplikacijo čez pol leta. Čeprav osnovni terapevtski cilj študije ni bil dosežen – dodatne koristi od ponovne aplikacije torej ni bilo – pa je študija izpostavila nekaj terapevtskih dilem, ki lahko privedejo do izboljšanja zdravljenja kardiomiopatije pri posameznih podskupinah bolnikov. Pred našo študijo so namreč na živalskih študijah pokazali, da se ponavljanje terapije splača, ker se s tem doseže še dodatno rast in regeneracijo srčne mišice. Pri nas pa se je izkazalo, da pri celotni skupini zdravljenih bolnikov dodatna aplikacija matičnih celic ne izboljša srčne zmogljivosti. Pomaga pa na primer podskupini bolnikov, ki se po prvi aplikaciji matičnih celic ni optimalno odzvala. V študiji





Vir: www.google.si

smo tudi dokazali, da je po šestih mesecih varno ponoviti postopek.

Po objavi članka smo dobili od iste revije še povabilo, naj opišemo še širše perspektive našega pristopa za zdravljenje različnih oblik srčnega popuščanja v različnih stadijih te bolezni.

Koliko pa je jasno, da zdravljenje z matičnimi celicami pri srčnem popuščanju zares učinkuje?

Aplikacija matičnih celic CD34, ki jih uporabljamo tudi mi, v srčni mišici povzroči nastanek novih endotelnih celic in obnovitev mikrocirkulacije. To je dokazano. Uspeh zdravljenja je zato odvisen od tega, ali je obnavljanje mikrocirkulacije v tkivu mogoče in ali je to zares osnovni problem bolezni. Imamo ishemično in neishemično etiologijo srčnega popuščanja. Pri ishemičnem srčnem popuščanju je primarni problem koronarnih žil in tkivna aplikacija matičnih celic ne pomaga, če ni rešen osnovni problem zoženih koronark. Pri dilatativni kardiomiopatiji pa ni vzrok propadanja srčne mišice koronarna bolezen, ampak fibrozne poškodbe srčne mišice zaradi preteklih vnetij, najpogosteje virusnih. V tem primeru aplikacija matičnih celic v tkivu

povzroči nastanek novih endotelnih celic, ki izboljšajo tkivno mikrocirkulacijo. To lahko po pol leta povsem objektivno pokažemo s slikanjem cirkulacije s perfuzijsko scintigrafijo, z MRI-merjenjem povečanega volumna srčnomišičnega tkiva in z merjenjem zmogljivosti srca.

Pri ishemičnem in neishemičnem srčnem popuščanju imamo torej problem zabrazgotenjenega tkiva.

Ja, le da so pri ishemičnem popuščanju brazgotine obsežnejše, transmuralne in nimajo zmožnosti za obnovo tkiva, in še ishemijska ne omogoča pogojev za regeneracijo tkiva. Pri neishemičnem popuščanju pa so brazgotine navadno manjše, subendo-

kardne, z dovolj ohranjenega mišičnega tkiva v okolici. Aplikacija matičnih celic v tako tkivo pa povzroči njegovo revaskularizacijo in posledično boljšo prehrano mišičnih vlaken, ki se do določene mere obnovijo.

Matične celice, ki jih endoskopsko aplicirate v tkivo, so avtologne celice CD34, pridobljene iz krvi pacienta po enakem postopku, kot se jih pridobiva za postopek avtologne presaditve krvotvornih matičnih celic za obnavljanje kostnega mozga, na primer po onkoloških terapijah?

Ja, gre za enak postopek stimulacije kostnega mozga in pridobivanja matičnih celic iz krvi pacienta. Pacient

Odlični v znanosti 2018: Najvidnejši raziskovalni dosežki s področja medicine

LUŽNIK, Zala, KOPITAR, Andreja Nataša, LAPAJNE, Luka, PIŽEM, Jože, FERRARI, Stefano, IHAN, Alojz, HAWLINA, Marko, SCHOLLMAYER, Petra. Identification and characterization of dendritic cell subtypes in preserved and cultured cadaveric human corneolimbic tissue on amniotic membrane. Acta ophthalmologica, ISSN 1755-375X, 2018.

Uspeh transplantacije roženice je zelo visok, kadar presadimo dajalčevo roženico v nevneto prejemnikovo roženico. Uspeh močno upade, kadar transplantiramo dajalčevo roženico v vneto in močno vaskularizirano oko prejemnika. Raziskava je analizirala vsebnost različnih podtipov dendritičnih celic (DC) v nativnem roženičnem tkivu in gojenem tkivu za namen presaditve. To je prva objavljena raziskava, ki je identificirala različne tipe plazmacitoidnih DC v gojenem in negojenem človeškem roženično-limbicnem tkivu. Odkritje, ki povezuje tipe DC z zavrnitveno reakcijo, je prispevek k preprečevanju zavrnitvenih reakcij ob presajanju roženic.

VERDENIK, Miha, IHAN HREN, Nataša. Three-dimensional facial changes correlated with sagittal jaw movements in patients with class III skeletal deformities. British journal of oral & maxillofacial surgery, ISSN 0266-4356, 2017, vol. 55, iss. 5, str. 517-523

Študija je poiskala koeficiente sprememb obraznih mehkih tkiv kot posledico premikov obraznih kosti pri dentofacialnih nepravilnostih skeletnega razreda 3. S primerjavo 3-dimenzionalnih posnetkov mehkih tkiv obraza pred in po 3 različnih kirurških korekcijah je opisala spremembe v korelaciji s kostnimi premiki v profilni ravnini. Po obraznih regijah je izračunala spremembe mehkih tkiv glede na kostni premik, ki potekajo v celotnem obrazu, raznoliko in so največji koeficienti šele 50 % spremembe kosti. To vedenje omogoča bolj predvidljivo načrtovanje sprememb obraza po kirurških korekcijah.

VRTOVEC, Bojan, POGLAJEN, Gregor, SEVER, Matjaž, ZEMPLJIČ, Gregor, FRLJAK, Sabina, CERAR, Andraž, CUKJATI, Marko, JAKLIČ, Martina, ČERNELČ, Peter, HADDAD, François, WU, Joseph C. Effects of repetitive transendocardial CD34+ cell transplantation in patients with non-ischemic dilated cardiomyopathy. Circulation research, ISSN 0009-7330, 2018, vol. 123, iss. 3, str. 389-396.

si po standardnem postopku pet dni podkožno injicira neupogen (G-CSF), ki spodbuja izplavljanje matičnih celic iz kostnega mozga v kri. Nato transfuziolog iz krvi pridobijo standardnih 80 milijonov matičnih celic CD34, ki jih navadno razdelimo na 20 endoskopskih aplikacij v izbrana področja srčne mišice, kjer pričakujemo najboljše učinek aplikacije.

Koliko bolnikov ste zdravili na ta način?

Do sedaj 310 in pri njih smo dokazali, da metoda učinkovito izboljša funkcijo srca pri neishemičnem srčnem popuščanju. Te bolnike smo do sedaj zdravili v okviru študij, v bližnji prihodnosti pa bo čas, da to terapijo predlagamo zavarovalnici kot rutinsko zdravljenje, saj rezultati kažejo, da je zdravljenje učinkovito. Študijsko se bomo zdaj posebej usmerili v skupino bolnikov, ki imajo srčno popuščanje z ohranjenim iztisnim deležem. To je približno polovica bolnikov s srčnim popuščanjem, ki ima zadebeljeno srčno steno zaradi povečanega krvnega tlaka, posledica je diastolna disfunkcija, slabo polnjenje srca. Nam se v tem primeru zdi perspektivno, da bi z aplikacijo matičnih celic v zadebeljeno steno popravili njeno mikrocirkulacijo in s tem izboljšali srčno funkcijo.

Aplikacija matičnih celic CD34 ima torej izključni namen povzročiti lokalni razrast novih krvnih žil v srčni mišici, kar je po pol leta scintigrafsko dokazljivo. Vendar si pred aplikacijo matičnih celic izdelate cel zemljevid srčnomišičnih področij, na katerem določite točke za aplikacijo matičnih celic. Kako nastane ta zemljevid?

Matične celice želimo aplicirati v delno okvarjena področja srčne mišice, ki bi se lahko uspešno regenerirala z obnovo mikrocirkulacije po aplikaciji matičnih celic. Zato matičnih celic ne želimo aplicirati v nepovratno zabrazgotinjene predele srčne

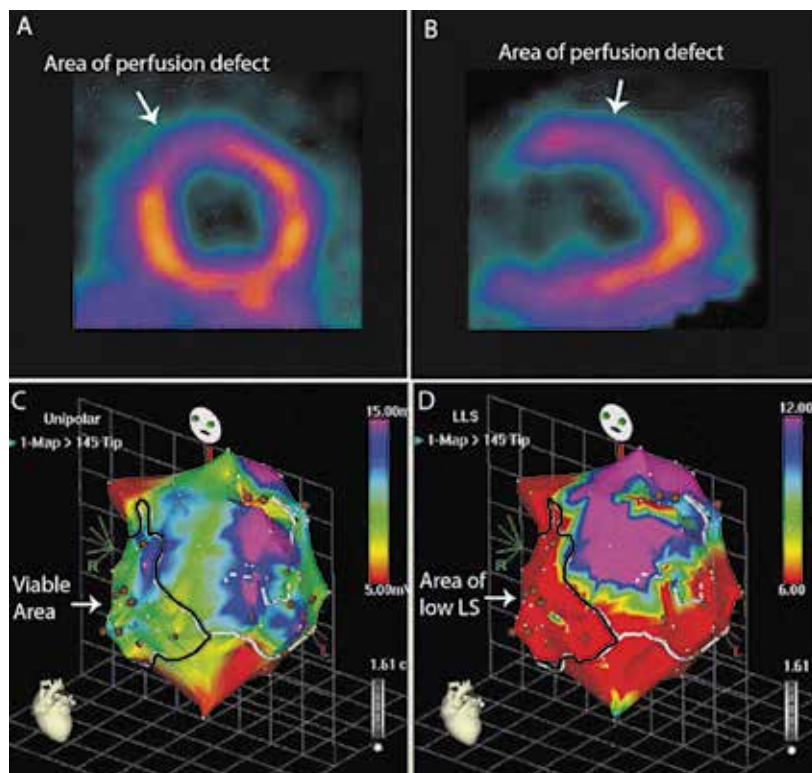
mišice, kjer obnova ni mogoča, niti ne želimo trošiti matičnih celic za aplikacijo v povsem zdrave predele srčne mišice, saj tam ni kaj izboljšati. S katetrom gremo v srce in na srčnih stenah merimo njihovo električno aktivnost in premikanje. Na ta način razločimo povsem zdrava področja (dobra električna aktivnost in premikanje), povsem zabrazgotinjena področja (slabo premikanje in slaba električna aktivnost) in seveda vmesna področja z ohranjeno električno aktivnostjo in slabim premikanjem. To so še živa, vendar slabo aktivna področja, ki bi z aplikacijo matičnih celic izboljšala mikrocirkulacijo in se posledično tudi funkcionalno izboljšala.

Brez izdelave teh zemljevidov bi morali injicirati matične celice na slepo in ne bi bilo rezultatov?

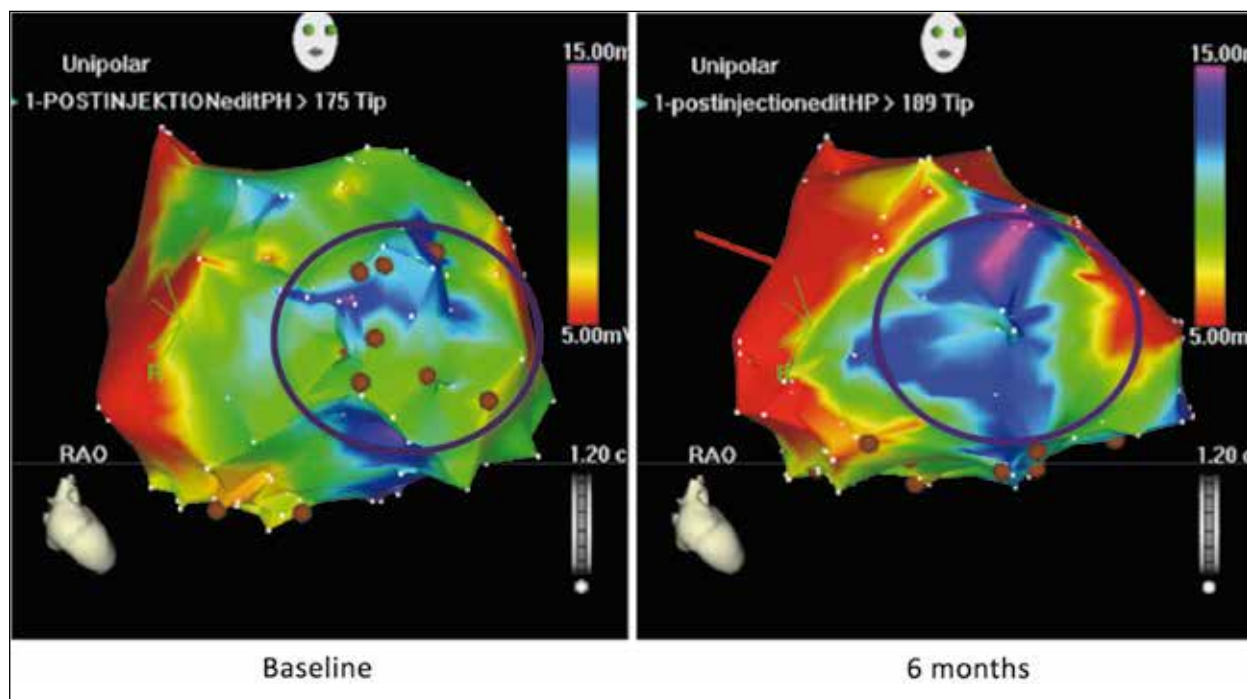
Tako je, pred zdravljenjem vsakega pacienta izdelamo elektroanatom-

ski zemljevid srca. Z jasno postavljenim konceptom zdravljenja, ki merljivo povzroči razrast tkivne mikrocirkulacije na želenih mestih srčne mišice, se lahko specifično lotevamo aplikacije matičnih celic v primerih, kjer bi izboljšanje mikrocirkulacije lahko dalo dober klinični rezultat. Našemu dosedanjemu znanju o srčnem popuščanju le dodajamo novo orodje za zdravljenje v primerih, ko ga je smiselno uporabiti med ostalimi oblikami zdravljenja srčnega popuščanja.

S tako jasnim konceptom bo verjetno mogoče hitro izdelati tudi smernice o tem, kje bo mesto te terapije pri srčnem popuščanju, ki je sicer zelo razširjena bolezen in bo vedno bolj razširjena zaradi podaljševanja življenjske dobe. Verjetno bo terapija smiselna nekje v sredini razvoja bolezni, med zdravili in presaditvijo srca?



Izdelovanje zemljevida področij srčne mišice, ki so primerna za aplikacijo matičnih celic (rdeče točke). Iz: Vrtovec B, et al. Circulation 2013;128:S42-49.



Izboljšanje elektromehaničnih lastnosti srčne mišice po aplikaciji matičnih celic (rdeče točke).

Verjetno, čeprav smo z matičnimi celicami najprej začeli zdraviti ljudi z napredovalo boleznijo, vendar smo kmalu ugotovili, da tam terapija ne more biti več uspešna. Morda pa bi v teh primerih lahko z začasno mehansko podporo srcu in aplikacijo matičnih celic v bolno srce omogočili njegovo regeneracijo do stopnje, ko bi lahko mehansko podporo spet odstranili. O tem se zadnja leta veliko razpravlja. Ena od zanimivih idej je tudi pridobivanje matičnih celic in njihovo zamrzovanje v mladih letih, ko človek brez težav lahko »pridelava« veliko kakovostnih matičnih celic, ki jih bo v starejših letih potreboval za regeneracijo svojih tkiv in organov, od kostnega mozga do srca. To je tehnološko povsem mogoče, je pa seveda povezano s stroški pridobivanja matičnih celic in njihovim zamrzovanjem. Ampak pri veliki uporabnosti teh celic se strošek marsikomu ne bo zdel prevelik.

Iz matičnih celic CD34 se torej mikrocirkulacija dokazljivo regenerira v pol leta. Kako pa je z mišičnim tkivom? Poveča-

nje volumna mišic je verjetno sekundarni fenomen zaradi boljše mikrocirkulacije?

Mišični volumen se poveča nekako v enem letu, potem pa ne napreduje več. Naša študija je z zaporedno aplikacijo matičnih celic želela doseči, da se prirast volumna ne bi ustavil, ampak se je vseeno. Smo pa pokazali, da je uspeh boljši ob večji količini apliciranih celic, zato je ena od možnih smeri napredka v tem, da se pripravlja več celic za aplikacijo.

Kaj pa matične celice, iz katerih bi zrastle nova mišična vlakna?

Obstajajo študije diferenciranih matičnih celic mezenhimijskih in drugih tkiv, ki jih je mogoče razmnoževati in usmerjati v rast srčnomišičnih celic, vendar pri nas tega nikoli nismo načrtovali in nimamo izkušenj s tem pristopom.

Regenerativna terapija pa ima tudi svoje temne plati. Marsikje se ne izvaja s tako jasnimi cilji in merjenjem

rezultatov, ampak zadošča le oglaševanje, da se bo injiciralo v kri nekakšne čudežne matične celice, ki bodo kar same prišle v okvarjeno tkivo in ga pozdravile.

To je zares velik problem. Tudi v Teksasu, kjer se učimo, imajo velike probleme, ker z matičnimi celicami lahko dela skoraj kdorkoli in bolnikom oglašuje, da jim bo vbrizgal v kri nekakšne matične celice ter s tem ozdravil vse njihove bolezni in jih še pomladil za nekaj desetletij. Cela industrija tega zavajanja se odvija na Bahamih. Čisti turizem, združen s pomlajevanjem z matičnimi celicami, mimogrede pa si še pozdraviš vse smrtonosne bolezni. Iz tega nastaja slab sloves za celo področje matičnih celic in resna stroka bo morala najti nek način, da se oddvoji od trgovskega šarlatanstva. Ena pot je v registraciji terapij prek FDA in EMA, vendar je problem, ker se te terapije težko zapakira v registrirane farmacevtske izdelke. Zato farmacevtska industrija na tem področju ne naredi toliko kot na primer na področju zdravilnih učinkovin.

Na kratko iz dela zbornice

Priporočila za vodenje čakalnih seznamov

V tem letu sta stopila v veljavo nov **Zakon o pacientovih pravicah** in **Pravilnik o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah**.

Odbor za zobozdravstvo je na številnih sestankih tako z Ministrstvom za zdravje (MZ) kot Zdravstvenim inšpektoratom RS (ZIRS) izpostavil problem vodenja čakalnih seznamov v zobozdravstvu ter diskriminacijo zobozdravnikov v primerjavi z zdravniki.

Dosegli smo sicer nekatere dogovore, vendar zaenkrat nismo uspeli v tem, da bi se vodenje čakalnih seznamov v zobozdravstvu ukinilo. **Z našimi aktivnostmi v tej smeri bomo nadaljevali tudi v prihodnosti in upamo na uspeh**, do takrat pa vas prosimo za strpnost in dosledno upoštevanje omenjenih aktov.

Matjaž Gorkič, dr. dent. med., podpredsednik OZB

KZO: »To, da nam drugi diktirajo rešitve, ki so škodljive, ni več dopustno«

»Takoj po izvolitvi vlade bomo predlagali predsedniku vlade, da sprejme Koordinacijo zdravniških organizacij. Verjetno bomo sabo vzeli tudi predstavnika Mladih zdravnikov, saj so močna ekipa in na njih stoji prihodnost,« je po seji KZO, ki je bila 11. 9., v izjavi za medije **poudaril Konrad Kuštrin, predsednik Fidesa**. Pojasnil je, da želi KZO predsednika vlade seznaniti s problemi in ponuditi rešitve ter mu povedati, da **od zahtev, kako urediti zdravstvo, zdravništvo ne bo odstopilo**. »To, da nam drugi dikti-

rajo rešitve, ki so škodljive, ni več dopustno,« je dodal.

»Za Zdravniško zbornico Slovenije je najpomembnejše, da bo sodelovanje z ministrstvom in vlado potekalo na tak način, da bi oboji – ministrstvo in vlada – delovali tako, da si bodo pridobili zaupanje ključnih deležnikov. Tega zaupanja v preteklem mandatu ni bilo več. Zaupanje pa minister potrebuje tako s strani zdravnikov, zobozdravnikov kot medicinskih sester, kajti brez tega bo težko izvrševal svoje načrte in obljube,« je izpostavila **predsednica Zdravniške zbornice Slovenije dr. Zdenka Čebašek - Travnik**. In nadaljevala, da je druga stvar, »ki si jo zelo želimo, da bi minister pri uresničevanju imel podporo vlade, kajti jasno nam je, da če te podpore

ne bo dobil, so vse dobre ideje brez realne možnosti za uresničitev.«

Prav tako sta oba pojasnila, da je reševanje problema čakalnih dob s specializanti, ki ga je napovedal Samo Fakin, nerealno, saj so prav specializanti že zdaj med najbolj obremenjenimi.

Video posnetek celotne izjave je na povezavi <https://www.youtube.com/watch?v=Mzbp5-4tMjw&feature=youtu.be>

Stališča KZO so povzeli vsi ključni mediji: TV Slovenija, Radio Slovenija, Delo in STA.

O zalivkah iz glasionomerov in cenah kompozitnih zalivk

V sredo, 19. 9. 2018, je bil sestanek med Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije in predstavniki Zdravniške zbornice Slovenije.

Ključni točki sestanka sta bili: **zalivke iz glasionomernih materialov** (nove storitve) – **določitev normativov in indikacij** (uskladitev časovnih normativov), ter **cena kompozitnih zalivk** (uskladitev časovnih normativov).

Mediatorji pri ZZS

Zdravniška zbornica je na spletnih straneh septembra objavila seznam mediatorjev. To so:

1. Anka Patru, univ. dipl. psih.
2. Saša Stuparški Dobravec, dr. med.
3. Barbara Mazej Poredoš, dr. med.
4. prim. doc. dr. Jernej Završnik, dr. med.
5. Melita Franko, dr. dent. med.
6. Andreja Krašovec, dr. dent. med.
7. Vesna Rečnik Šiško, dipl. org.
8. Milena Šifrar - Kopač, dr. dent. med.
9. Melanija Nikić Gačša, dr. med.
10. Barbara Artnik, dr. dent. med.
11. Katerina Bubnič Sotošek, dr. med.
12. Edith Žižek Sapač, dr. med.
13. Maja Zdolšek, univ. dipl. prav.
14. Simona Repar Bornšek, dr. med.
15. Mirjana Petrovič, dr. dent. med.
16. Matej Praprotnik, dr. dent. med.



Mladi zdravniki sporočili ministru Fakinu

Potem ko je novi minister za zdravje Samo Fakin izjavil, da bi problem čakalnih dob v zdravstvu reševal tudi z vključitvijo dva tisoč specializantov, so se oglasili v združenju Mladi zdravniki Slovenije. Kot pravijo, so začudeni nad izjavami Fakina, da naj bi specializanti rešili težavo čakalnih dob. »Gre za zavažanje javnosti, številni specializanti že zdaj na teden delamo tudi 60 ur in več,« so opozorili.

Aneks št. 2 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2018 – plačilo preseganja programa in avansi

Na 1. seji skupine za pripravo Aneksa št. 2 k Splošnemu dogovoru za leto 2018 je bilo sprejeto, da bo Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) v letu 2018 plačal do 20 % preseganja pogodbenega programa za specialistično zunajbolnišnično ter zobozdravstveno dejavnost.

ZZZS je na novo določal avanse za mesec oktober 2018. Avanse je povečal le tistim koncesionarjem, ki so mu sporočili, da so izvedli povečan program skladno z omenjenim aneksom.

V kolikor boste v letu 2018 izvedli povečan program in želite, da se vam avansi ustrezno povečajo, to čim prej sporočite na vašo območno enoto ZZZS.

Nika Sokolič, univ. dipl. ekon.

Demenca: potrebujemo mrežo spominskih klinik

»Demenca mora biti stvar nas vseh. Dejansko se moramo pripravljati nanjo, bodisi da bomo sami živeli z demenco, da bomo oboleli, ali pa se bo

to zgodilo komu bližnjih. To bi morali učiti v osnovnih šolah, vključiti v obvezni kurikulum, tako kot cepljenje in druge splošne javnozdravstvene probleme,« je 19. 9. 2018 na novinarski konferenci, ki sta jo organizirali Spominčica – Alzheimer Slovenija in zbornica, poudarila **predsednica Zdravniške zbornice Slovenije dr. Zdenka Čebašek - Travnik**.

Dodala je, da je vesela, da je zbornica ponovno v vlogi gostiteljice te novinarske konference in s tem izpolnjuje tudi svojo vizijo odprtih vrat, ne samo za zdravnike oz. člane zbornice, temveč za vse, ki želijo prispevati k izboljšavam v okviru skrbi za osebe, ki imajo zdravstvene težave. Prav tako se je strinjala s **pobudo prof. dr. Zvezdana Pirtoška, da Slovenija potrebuje mrežo spominskih klinik**.

Pogoji za pooblaščenca izvajalce pri novih specializacijah

V luči obravnavanja težav pri nekaterih novih specializacijah, kjer je bilo izjemno težko določiti pooblaščenca izvajalce, pri katerih naj bi se nova specializacija izvajala, je Komisija za podiplomsko usposabljanje na svoji 23. seji dne 13. 9. 2018 sprejela naslednji **Sklep 11/23/2018**:

»Komisija za podiplomsko usposabljanje predlaga, da mora imeti vsaka specialnost ob sprejemanju nove vsebine specializacije definirane tudi pogoje za pooblaščenca izvajalce.«

Peter Golob, dr. med., predsednik Komisije za podiplomsko usposabljanje

Standardizirano mnenje po novem

Več kot 70 bodočih specializantov in zdravnikov piscev mnenj se je v torek, 25. 9., udeležilo predstavitve standardizirane ga mnenja na Zdravniški zbornici Slovenije. Pripravila sta ga Aleš

Fischinger, dr. med., in Boštjan Kersnič, dr. med., člana Komisije za podiplomsko usposabljanje.

Novi Pravilnik o vrstah, vsebini, trajanju in poteku specializacij zdravnikov (Uradni list RS št. 22/18) je namreč prinesel spremembe tudi na področju mnenj in priporočil mentorjev, ki so eno izmed izbirnih meril za izbor kandidatov v postopkih odobrevanja specializacij. Tako bodo na jesenskem javnem razpisu specializacij mentorji lahko podali svoje mnenje o kandidatu le še v standardizirani obliki in na predpisanem obrazcu.

Zdravniška zbornica je pripravila delavnico z namenom, da bi uvedba tega obrazca stekla brez težav in bi mnenja v največji možni meri zadostila pričakovanjem kandidatov.

O različnih skrajnih prehranskih režimih otrok

26. 9. smo na zelo dobro obiskanem klubskem pogovornem večeru govorili o različnih dietnih režimih zdravih otrok. Razprava je bila osredotočena predvsem na primere, **ko se starši odločijo za posebne (alternativne) načine prehrane** (npr. veganstvo, presnojedstvo ...) in želijo, da se otroku v šolskih in predšolskih programih omogočijo ali celo predpišejo tovrstne diete oziroma prehranske posebnosti.

Gostje večera so bili: prof. dr. Rok Orel, dr. med., predstojnik Kliničnega oddelka za gastroenterologijo, hepatologijo in nutricionistiko (pediatrija), **Špela Žnidaršič Rejljč, dr. med.,** spec. pediatrije, Sekcija za primarno pediatrijo Združenja za pediatrijo, ki je bila pobudnica Priporočil za medicinsko indicirane diete za otroke, **prof. dr. Nataša Fidler Mis, univ. dipl. inž.,** znanstvena svetnica, UKC Ljubljana, Pediatrična klinika, KO za gastroenterologijo, hepatologijo in nutricionistiko, ter **mag. Miloš Židanik, dr. med.,** specialist psihiater. Pogovor je vodila **dr. Zdenka Čebašek - Travnik**.

nik, predsednica Zdravniške zbornice Slovenije.

Razprava je bila zelo odprta, saj so tako gostje kot udeleženci predstavili različne prehranske prakse (od vsejede do veganske) in predloge, kako urejati področje. Prav tako so bila nanizana različna medicinska dognanja. S strani pediatrov pa tudi vrsta izkušenj in opozoril. Predstavniki ministrstva za šolstvo pa so opozorili, da ima Slovenija enega boljših sistemov zagotavljanja prehrane, ki pa je zaradi vse večjega števila različnih prehranskih režimov in diet ogrožen, saj ga šole ne zmorejo več zagotavljati, zato želijo strokovno pomoč medicinske stroke.

Posnetek si lahko ogledate na:
<https://youtu.be/thtG1zyjE58>

Splošni dogovor za leto 2019

V ponedeljek, 1. 10. 2018, je bil **prvi sestanek pogajalske skupine zdravniške zbornice za Splošni dogovor za leto 2019**. Na sestanku so bili obravnavani predlogi, ki smo jih prejeli s strani vas članov. Sprejete predloge je v oktobru obravnaval še Odbor za zobozdravstvo in Izvršilni odbor. Potrjeni predlogi bodo nato obravnavani na seji partnerjev za sprejem splošnega dogovora, ki to leto poteka pod vodstvom Zdravniške zbornice Slovenije.

Recepti za osebno uporabo

V ponedeljek, 8. 10. 2018, sta se na pobudo Zdravniške zbornice Slovenije (ZZS) sestali vodstvi zbornice in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) ter predstavnica Mladih zdravnikov. »Zaradi spremembe 210. člena, ki ureja pravico do uporabe receptov za osebno rabo, je bilo v preteklih dneh med zdravniki precej vznemirjenja. Z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije smo želeli izmenjati objektivne podatke in narediti načrt za prihodnost,« je po sestanku povedala pred-

sednica zbornice dr. Zdenka Čebašek - Travnik. Kot je znano, je ZZS na neusklajeno in škodljivo ter tudi s finančnega vidika neracionalno spremembo 210. člena Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (OZZ) opozorila novega ministra za zdravje Sama Fakina kot tudi ZZZS ter pozvala k povrnitvi 210. člena Pravil OZZ v prvotno stanje.

»Sestanek je bil strokoven in zelo konstruktiven. Ugotovili smo, da ZZZS nikakor nima ambicije, da bi kakorkoli zmanjševal kompetence zdravnikov. Nasprotno, iščemo rešitve. Razprava je šla predvsem v smeri, kako bi specializante in tiste, ki opravljajo sekundariat in že imajo strokovna znanja ter strokovne izpite, vključili ne le v zdravljenje pacientov, ampak jim tudi omogočili uporabo receptov za osebno rabo,« je po sestanku povedal Marjan Sušelj, generalni direktor ZZZS.

Pojasnil je še, da si bo zavod prizadeval za povrnitev v prvotno stanje. »Smo se pa z ZZS dogovorili, da bomo to naredili izključno na podlagi zanesljivih podatkov, kdo je specializant, da ne bi prihajalo do anomalij,« je v izjavi za medije po sestanku dejal Sušelj.

Povedal je še, da se ZZZS in ZZS dogovarjata za vzpostavitev t. i. »podatkovnega mosta«. Drugo področje, kjer so na sestanku potekala usklajevanja, pa je bil krog institucij, v katerih delajo zdravniki in imajo znanje in kompetence, da bi se jim prav tako omogočilo, da bi imeli možnost uporabe receptov za osebno uporabo.

»Zdravniška zbornica se je na tem sestanku obvezala, da bo pripravila predlog spremembe 210. člena in v predlogu argumentirala, zakaj določne spremembe predlaga. Se pa strinjamo, da bo nujna povezava v sistemu beleženja z registrom zdravnikov. Današnji sestanek nam daje upanje za naprej in tudi Mladim zdravnikom Slovenije, ki jih je ta sprememba številčno najbolj prizadela. Nakazuje se namreč, da se bomo lahko dogovorili,« je stališče

zbornice povzela dr. Zdenka Čebašek - Travnik. A poudarila, da Zdravniška zbornica Slovenije pričakuje, da se to uredi v največ letu dni.

Celotna izjava za medije je dostopna na: <https://www.youtube.com/watch?v=blIpbYDBYvs&feature=youtu.be>

Strokovni izpiti odslej na zbornici

Strokovni izpiti za poklic zdravnik so se v preteklosti izvajali v UKC Ljubljana. Od letošnje jeseni naprej pa strokovne izpite v skladu z dogovorom in na povabilo Ministrstva za zdravje izvajamo na Zdravniški zbornici Slovenije.

Prvič so se ti strokovni izpiti na zbornici izvajali med 24. in 28. septembrom. K izpitom je pristopilo 31 kandidatov. Strokovni izpiti bodo potekali zadnji »polni« teden v mesecu (cel teden mora biti v istem mesecu). Vabljenje pa bo še naprej izvajalo Ministrstvo za zdravje.

V otroški ortodontiji potrebno 40 dodatnih programov

V petek, 28. 9. 2018, je Odbor za zobozdravstvo pri ZZS pripravil novinarsko konferenco, da bi opozoril na dolge čakalne dobe v otroški ortodontiji, ki so velik problem. Čakalne dobe na prvi redni pregled skoraj povsod presegajo dopustno čakalno dobo – to je 6 mesecev.

»Po naših podatkih so programi, ki so podeljeni, vsako leto v celoti realizirani. **Za srednjeročno odpravo čakalnih vrst** ob isti košarici pravic je zato po naših ocenah **potrebno zagotoviti dodatnih 40 programov**,« je na novinarski konferenci povedal **Saša Savič, dr. dent. med., spec. zobne in čeljustne ortopedije, član Odbora za zobozdravstvo pri ZZS**.

Sanda Lah Kravanja, dr. dent. med., spec. zobne in čeljustne ortopedije, predsednica Sloven-

skega ortodonskega društva, je pojasnila, da je v Sloveniji na razpolago 89,40 programa za ortodontijo v javni mreži, preskrbljenost prebivalstva po regijah pa je zelo različna in neenakomerna. Programe izvajajo ortodonti, zaposleni v zdravstvenih domovih, in

zasebni specialisti koncesionarji z javnim programom. Na razpolago so tudi še kadrovske rezerve, vsaj 10 specialistov ortodontije je samostojnih in niso v sistemu javne mreže. »Večina bi bila pripravljena izvajati javni program na osnovi koncesije, pričeli bi

lahko takoj, če bi za to imeli priložnost, vendar se v zadnjih letih dejavnosti Ministrstva za zdravje s tega področja niso izvajale, vse vloge so na čakanju,« je povedala predsednica Slovenskega ortodonskega društva.

Splošna bolnišnica Obrambna medicina

492. Bilten, 14.–20. september 2018

Julija 2018 je v ZDA izšla raziskava, s katero so skušali oceniti, kako draga je **obrambna medicina** (Michael D. Frakes, Jonathan Gruber: DEFENSIVE MEDICINE: EVIDENCE FROM MILITARY IMMUNITY Working Paper 24846, <http://www.nber.org/papers/w24846>).

Do sedaj so se v strokovni javnosti kresala različna mnenja, in sicer da »defence medicine« oz. defenzivna medicina ali kar obrambna medicina stane od le nekaj manj kot odstotek pa vse do 18 odstotkov. V tej zares izvirni raziskavi so avtorji uprli pogled v vojaški zdravstveni sistem, ki je težak letno 50 milijard dolarjev. Izbira je res genialna iz naslednjega razloga: v tem sistemu so bolniki oz. oskrbovanci že na začetku zdravstvene oskrbe razdeljeni v dve skupini. V prvo skupino spadajo pacienti, ki so zaposleni v oboroženih silah ZDA. Njihova posebnost je v tem, da se nimajo nobene pravice pritoževati zaradi slabe zdravstvene oskrbe. To pomeni, da zdravstveno osebje pri zdravstveni oskrbi teh oseb uživa **imuniteto**. V drugi skupini pa so bolniki, ki lahko zaradi (po njihovem mnenju) malomarnega zdravljenja tožijo zdravnike in drugo osebje. To so vsi ostali državljani ZDA, ki pa ne opravljajo aktivne službe v vojski. Seveda so zdravniki v tem primeru zavarovani preko posebne zavarovalnice, a to ni bistveno. Bistveno je to, da jih »zuna-

nji« lahko tožijo, pa čeprav za zlomljen noht.

Raziskovalci so ugotovili, kot prvo, da zdravniki porabijo **5 % več denarja** za oskrbo oseb, pred katerimi nimajo imunitete, in kot drugo, da se **kakovost** obravnave med obema skupinama bolnikov **ne razlikuje**.

Če stroške tako imenovane **obrambne medicine**, ki, kot smo videli v ZDA, znašajo 5 %, prenesemo na našo državo, kjer znaša vložek v sekundarno in terciarno zdravstvo več kot 1,3 mrd. evrov, lahko izračunamo, da samo iz tega naslova letno izgubimo slabih **70 milijonov evrov**. To pa je že najmanj tretjina, če že ne kar polovica potrebnega denarja za pokritje odpravljanja čakalnih vrst. Tukaj nisem vstel še morebitnih stroškov obrambne medicine v primarnem zdravstvu. Mimogrede še to za primerjavo: Bolnišnica z letnim proračunom 70 milijonov evrov bi bila po velikosti peta bolnišnica v Sloveniji, takoj za obema univerzitetnima kliničnima centroma, Onkološkim inštitutom in SB Celje. To bolnišnico lahko imenujemo kar Splošna bolnišnica Obrambna medicina (SBOM).

Ima pa ta resnica še drugo plat, manj matematično, a zato bolj življenjsko. Uporabil bom kar besede prof. Zwittra, ki pravi nekako takole: Nekdo doma čisti puško, ki se mu po nesreči sproži in ubije sosedu. Trage-

dija, za katero bo neprevidnež dobil 2–3 leta pogojne zaporne kazni. Zdravnik, ki sredi noči skuša rešiti življenje in za to res vse naredi, kar med dežurstvom sploh lahko, na koncu mu pa spodleti in pacient umre ter ga po desetih letih spoznajo za krivega (??), pa dobi lahko tudi do tri leta zapore. Vprašanje za pravno-zakonodajno stroko, za razumnike, za politike in vse ostale: Kje je tu logika? Jaz jo vidim v tem, da je bolje za zdravnike, da sploh ne dežuramo. Je varneje za nas, saj bomo manj po zaporih in bomo zato imeli več časa za bolj varne konjičke, npr. čiščenje orožja. Po mnenju pravne stroke pa bo to varneje tudi za paciente. Saj jim samo škodimo, kajne?

P. S.: V Pravni praksi, časopisu za pravna vprašanja, sem zasledil članek, v katerem piše, da je v Sloveniji uveden nekrivdni odškodninski sistem na področju cepljenja: Primerjalno-pravni pregled nekrivdnih odškodninskih sistemov na področju cepljenja, avtoric Patricije Kržan in Urške Stopar.

Sprašujem se, zakaj ne moremo podobno prenesti tudi na delo zdravstvenih delavcev oz. na področje odškodnin v primeru zdravniških napak. Tudi tu zlahka govorimo o nadomestilu škode, ki je korekcija žrtvovanja individualnega interesa na račun javnega interesa (npr. prihranjenih 70 milijonov evrov na leto). Praksa je znana, želja stroke je ... Kdo je proti? Zavedam se, da je potrebna dolga pot, a ne pozabite: **statistično je dokazano, da je kakovost zdravstvene oskrbe enaka**. Kaj lahko sploh izgubimo?

Iztok Kos, zdravnik

ZEVA 2018

25. simpozij zdravniških zbornic srednje in vzhodne Evrope

V letu 2017 smo srečanje organizirali v Ljubljani in ob tokratnem srečanju v Pragi (21 in 22. september 2018) je bilo prijetno slišati pohvale o tem, kako dobro je bilo vse pripravljeno lansko leto v Ljubljani. Verjemite, da je tudi po letu dni prijetno slišati takšne laskave ocene, saj smo se v zbornici res potrudili za ves program in za vse goste.

V Pragi smo se srečali v starinskem hotelu Esplanade, kjer so ravno v času našega simpozija snemali film. Tako se ni dalo izogniti stalnim srečanjem s filmarji, potrebnim umikanjem in čakanjem, da smo prišli iz Zlate sobe, kjer smo imeli strokovno delo. Prvi dan se nam je pridružil češki minister za zdravje gospod Adam Vojtěch. Zanimivo je bilo, da je ostal z nami ves dopoldan, saj ga je zelo zanimalo, kako imamo urejen dostop do trga dela za zdravniške iz tretjih držav. Na Češkem so to v veliki večini zdravniki iz Ukrajine, v drugih državah pa prav tako zaznavajo migracije zdravnikov, praviloma v obeh smereh – torej v in iz države. Dokler je to v okviru EU, tečejo selitve dokaj predvidljivo, pri zdravnikih iz tretjih držav pa vsaka država išče svoje rešitve – ki pa resnici na ljubo niso vedno v korist pacientov. Zaradi ogromnih razlik smo se odločili sprejeti sicer neobvezujoča priporočila, s katerimi bi v bližnji

prihodnosti nekako izenačili potrebne pogoje (<http://www.medical-chambers.org/2018PragueStatement.html>). To glavno temo je vodil dr. Milan Kubek, predsednik Češke zdravniške zbornice.

Drugo glavno temo je vodil Aleš Buriánek, namestnik vodje pravne službe Češke zdravniške zbornice, in je bila namenjena disciplinskim ukrepom proti zdravnikom. Spet so se pokazale ogromne razlike med zbornicami in tudi nekaj podobnosti, predvsem iz držav, nastalih na ozemlju bivše Jugoslavije. Že pri osnovnem vprašanju, kdo lahko zdravniku ob ugotovitvi hudih kršitev odvzame licenco, je bilo več različnih odgovorov. Ponekod so to zbornice, drugje redna sodišča. Različnost je tudi v tem, ali se v primeru obravnave istega zdravnika na rednih sodiščih postopek na sodišču (razsodišču, častnem razsodišču) ustavi ali se ne glede na razplet tam izpelje do konca.

Raznolikost je bilo zaznati tudi ob tretji temi, ko smo govorili o oglaševanju zdravniških storitev. Zanimivo je, da je razprava kmalu zašla na področje zdravilstva in seveda je sledila ugotovitev, da tudi to področje ni urejeno oz. da so pravne ureditve praktično neprimerljive. Smo pa dosegli neko stopnjo soglasja o tem, da je zdravnikom treba dopustiti možnost, da se ukvarjajo tudi s tradicionalno,

komplementarno in alternativno medicino.

Zadnjo temo je vodil Domen Podnar iz nemške zdravniške zbornice. Govorili smo o t. i. »task shifting«, kakor se poimenuje prizadevanja drugih poklicnih skupin v zdravstvu, da bi prevzemale kompetence zdravnikov. V skoraj vseh državah vzhodne Evrope ugotavljamo, da politika podpira te trende z namenom poceniti zdravstvo in povečati dostop do zdravstvenih storitev. Vse zdravniške zbornice pa opozarjamo, da ta proces poteka brez jasnega prevzemanja odgovornosti. Odločevalcem ni (ali pa noče biti) jasno, da smo le zdravniki (in zobozdravniki) usposobljeni za diagnostiko in odločanje o najbolj primernih oblikah zdravljenja in le naš poklic tudi po zakonski plati prevzema polno (tudi kazensko) odgovornost za morebitne strokovne napake.

Naslednje srečanje ZEVA bo septembra drugo leto v Budimpešti, o izbranih temah pa se bomo dogovorili na kongresu nemške zdravniške zbornice, ki bo naslednjega maja v Münstru. Povedati je treba še, da je nemška zdravniška zbornica pokroviteljica srečanj ZEVA in več zbornicam tudi pomaga pri njihovih začetnih korakih.

*Dr. Zdenka Čebašek - Travnik
Predsednica*

Slovesna podelitev specialističnih listin

V sredo, 19. septembra, je na slovesni podelitvi licenčnih listin in potrdil o opravljenem specialističnem izpitu listine prejelo 43 doktorjev

medicine in 6 doktorjev dentalne medicine.

Prejemnike licenčnih listin in njihove družinske člane ter prijatelje, ki so se udeležili slovesnosti, je nago-

vorila **predsednica dr. Zdenka Čebašek - Travnik**. V nagovoru jih je spodbudila k razmisleku o tem, da jih z novimi odgovornostmi čakajo tudi **večje obremenitve, ki lahko vodijo celo v izgorelost**, zato naj bodo na to še posebej pozorni in naj pravočasno ukrepajo.

Drage kolegice in kolegi, dragi mentorji in nacionalni koordinatorji specializacij, spoštovani starši in



drugi spremljevalci, ki ste se nam pridružili na današnji svečani podelitvi licenc doktorjem dentalne medicine in novim specialistom. Ko pripravljam vsakokratni nagovor, poskušam biti čim bolj aktualna. Te dni se ukvarjam s pojavom, ki bo doletel tudi vas – z vprašanjem obremenjenosti in preobremenjenosti zdravnikov. Poročila o tem so različno motivirana: politika se sprašuje, kako lahko zdravniki toooliko zaslužijo, ali res opravijo toliko dela, kot jim je izplačano. Znani slovenski zdravnik je v intervjuju za časnik Večer izjavil, da je »utrujenost relativna stvar, ki je odvisna od posameznika. Nekdo je utrujen že pri vsakdanjih opravkih, nekdo zmore stvari, ki so komaj predstavljive. Jaz bi dovolil ljudem, da v prostem času počnejo, kar želijo. Delodajalec naj se v to ne meša, še zlasti, če ima delavec kolektivno in ne individualno pogodbo.« Tehtna izjava, do katere se mora opredeliti vsak sam.

Na to temo imam še eno mnenje kolega – z nekoliko drugačnega zornega kota, saj se nanaša na medijsko izpostavljanje zdravniških plač. Takole pravi:

»Top lista plač v javnem sektorju. Glej ga zlomka, izmed prvih 1000 jih je kar 900 iz zdravniških vrst. A če vemo, da moramo študirati 6 let, nato opraviti še specializacijo v trajanju 4–6 let, se vseživljenjsko izobraževati na področju specializacije, ki jo opravljamo vse do upokojitve, moramo pokrivati 24-urna dežurstva v številnih zdravstvenih domovih, bolnišnicah, porodnišnicah ter se v vseh situacijah odločati pravilno, se

pravi nosimo vso odgovornost, se moramo, kolegice in kolegi, vprašati, kdo pravzaprav so tisti redki posamezniki, ki dopolnjujejo listo top tisoč najvišjih plač v javnem sektorju in – niso zdravniki. Kateri deficitarni poklic, ki ni zdravniški, si tudi zasluži tako visoko plačo, je tako zahteven z vidika dolgotrajnega brušenja obrti in hkrati tako odgovoren, da zelo močno vpliva na življenja ljudi. Povem vam, bilo bi sila krivično, če na tej listi ne bi prevladovali zdravniki.«

Tretji, nekoliko mlajši kolega, pa mi je poslal nekaj najnovejših člankov na temo izgorevanja med – ameriškimi – zdravniki. Naj omenim, da je bilo moje znanstvenoraziskovalno delo povezano z izgorelostjo terapevtov, ki zdravijo odvisne od alkohola, med njimi so tudi zdravniki. Zatorej lahko trdim, da razumem, kaj nam razkrivajo ti članki. Iz uvodnika v včerajšnji številki JAME povzemam: Izraz burnout (izgorelost) se uporablja mnogo širše od prvotno zamišljenega ali celo diagnosticiranega pojava. Medicinski poklic je preobrnil samopritoževanje in nezadovoljstvo nad svojim delom v akcijo, ki govori o nacionalni epidemiji izgorelosti, ki je zajela od polovice do dveh tretjin delujočih zdravnikov.

V eni od raziskav so uporabili dve trditvi iz sicer mnogo obsežnejšega vprašalnika (Maslach Burnout Inventory), in sicer:

»Počutim se izgorelega od dela, ki ga opravljam.«

»Odkar sem začel s tem delom, sem postal v odnosu do ljudi bolj hladen, brez čustev, trdega srca.«

Pozitivne odgovore na ti dve trditvi, ki sta znanilki izgorelosti, so dobili od 45 % vprašanih specializantov drugega leta specializacije. Višji delež je bil med specializanti urologije, nevrologije, urgentne medicine, splošne kirurgije, manjši pa med specializanti dermatologije in patologije. Raziskave tudi kažejo, da je stopnja izgorelosti odvisna tako od specialnosti kot od konkretnega delovnega okolja in odnosov med sodelavci.

Dejstvo je, da boste mnogi med vami, ki boste danes prejeli licence, torej postali resnično odgovorni za svoje zdravniško in zobozdravniško delo, občutili znake izgorelosti. Da se boste srečevali s situacijami, ki jih boste sami težko obvladovali, ne le v strokovnem, temveč tudi v osebnem pogledu. Stiske, negotovost, neustreznosti odzivi starejših kolegov ali vrstnikov bodo postali vaši redni spremljevalci. Rešitve, bolj ali manj ugodne, boste večinoma iskali sami.

Za takšne trenutke ali obdobja vam zdravniška zbornica omogoča še eno možnost: anonimni posvet pri svetovalcih zdravniškega ombudsmana. Podatki o njihovih urnikih so objavljeni vsak teden v našem biltenu. Imamo tudi dve skupini, v katerih kolegi in kolegice lahko dobite psihosocialno oporo. Poiščite jo, preden se stvari obrnejo vam v škodo.

Dragi kolegi in kolegice, nočem vas prestrašiti. Le opozoriti vas želim, da smo zelo različni tako po svojih sposobnostih kot po odzivih na strese, ki jih prinaša naš poklic. Da so tisti posamezniki, ki zmorejo delati veliko več, kot dovoljujeta evropska in tudi slovenska zakonodaja, redki in da je tudi njihovo obdobje skrajnih naporov lahko kratko, cena zanje pa previsoka.

Želim vam, da bi na zgoraj omenjeni trditvi lahko tudi po nekaj letih odgovorili, da za vas ne držita in da svoje delo opravljate z zadovoljstvom, kar prepoznajo tako vaši pacienti kot tudi vaši domači, ki so vas podpirali vse doslej, in prepričana sem, da vas bodo tudi v prihodnje. Zato se ob tej priložnosti še posebej zahvaljujem staršem, zakoncem, partnerjem in otrokom, ki se zavedajo vašega poslanstva in so ponosni, da so lahko danes tukaj z vami.

Prejemnike specialističnih listin sta nagovorila tudi primarij Matej Marinšek, eden o 12 »najmentorjev« po anketi, ki je bila izvedena med specializanti v letu 2017, in **Matej Praprotnik, dr. dent. med.**, član odbora za zobozdravstvo in mediator.



Zaključki razprave in sprejeta stališča Odbora za pravno-etična vprašanja (OPEV) o evtanaziji in pomoči zdravnika pri samomoru

V javnosti, zlasti v medijih, se ponovno odpira vprašanje utemeljenosti naše zakonodaje, stališč Komisije za medicinsko etiko Republike Slovenije (KME RS) in Kodeksa zdravniške etike proti evtanaziji oz. pomoči zdravnika pri samomoru. Pri evtanaziji zdravilo izbere in bolniku vbrizga zdravnik, pri samomoru z zdravniško pomočjo bolnik sam izvede dejanje, zdravilo mu predpiše zdravnik. Obe dejanji sta neponovljivi in se zaključita s smrtjo.

Ne samo v Sloveniji, tudi drugod v razvitem svetu se pojavljajo razmišljanja o uzakonitvi evtanazije, etično izredno spornega in družbeno nevarnega, s stališča zdravnika pa povsem nesprejemljivega početja.

Evtanazija in zdravniška pomoč pri samomoru po Ustavi in pravni zakonodaji v Sloveniji nista dovoljeni in njuno izvajanje je kaznivo dejanje. Tudi Odbor za bioetiko pri Svetu Evrope evtanazije ne podpira, podpira in poziva pa vse članice k podpori in učinkoviti organizaciji paliativne oskrbe umirajočih bolnikov. Tem stališčem sledita tudi KME RS in Odbor za pravno-etična vprašanja (OPEV) pri Zdravniški zbornici Slovenije.

Etične presoje se skozi čas in razmere spreminjajo, temeljna stališča zdravniške etike, ki so združena v štirih načelih, ostajajo, dosegajo široko soglasje in so sprejeta ne glede na kulturne in religiozne usmeritve. Ta načela so: pravica pacienta do samoodločbe in medsebojnega spoštovanja, ne škoditi pacientu, dobro delati za pacienta in biti socialno pravičen. To so tudi stališča slovenskih zdravnikov in so v nasprotju z evtanazijo in pomočjo zdravnika pri samomoru.

Zagovorniki evtanazije se opirajo predvsem na etično načelo pacientove avtonomije. Zdravniki spoštujemo uveljavljanje pacientove avtonomije, vendar bi radi opozorili, da veliko hudo bolnih v zadnjem življenjskem obdobju ni zmožnih polnega avtonomnega odločanja, saj fizične, psihične in socialne težave nedvomno

omejujejo njihovo avtonomijo. Obstaja tudi možnost zlorab svojcev zaradi drugačnih interesov in njihovega pritiska na pacientovo odločanje.

Pacient ima pravico do samoodločbe pri zdravstveni obravnavi in ima pravico vnaprej odločati o tem, kakšna naj bosta njegova oskrba in zdravljenje v primeru, ko sam ne bo več sposoben izraziti svoje odločitve. To je vnaprej izražena volja pacienta, ki jo je treba vsakih pet let obnoviti. Verjetno so pomanjkanje vedenja, premalo razmišljanja in sam postopek ključni dejavniki, da vnaprej izraženo voljo zapiše malo ljudi, čeprav bi bila v veliko pomoč zdravnikom pri odločitvah o zdravstveni oskrbi pacienta v vseh njegovih obdobjih. Vendar vnaprej izražena volja pacienta, čeprav bi jo želeli nekateri razlagati drugače, ne vključuje aktivnega skrajševanja bolnikovega življenja na njegovo željo, to je evtanazije ali zdravniške pomoči pri samomoru.

Željo po smrti je treba ločiti od želje po evtanaziji. Prva je lastna mnogim, ki v tempu časa ne najdejo več moči za premagovanje vsakodnevnih težav, drugo morda izražajo tisti, ki jih simptomi napredovale hude bolezni oslabijo do take mere, da jim zmanjka moči za vsakdan. Ko se stvari uredijo, takšne želje pri prvih ni več, tudi če se življenje kmalu izteče.

Večina razprav o uzakonitvi pravice do evtanazije se je v javnosti pojavljala predvsem s stališča hudo bolnih, s hudimi kroničnimi boleznimi in telesnimi okvarami ne glede na starost. Sedaj pa se srečujemo tudi z zahtevami po »pravočasni« in osebno izbrani smrti pri ljudeh zaradi izgube življenjske radosti, zaradi osamljenosti, socialne izolacije, socialne nepravičnosti, slabih ekonomskih razmer, nameščanja v domove starejših iz različnih razlogov, pa tudi zato, ker se čutijo v breme družini in družbi. Zato se je upravičeno bati, da bi uzakonitev evtanazije, poleg možnih zlorab, omogočila prav to: hud

pritisk okolja na ne samo neozdravljivo bolnega pacienta, ampak tudi na človeka, ki zaradi osamljenosti ali socialne nepravilnosti zahteva lastno smrt, da bi s tem dejanjem razbremenil svoje in družbo.

Pomanjkanje socialnih stikov je velik in naraščajoč problem, s katerim se srečujejo ljudje po vsem svetu in prizadene veliko število ljudi ne glede na življenjski slog. Socialna osamitev lahko vodi tudi v številne organske bolezni, tudi v depresijo in željo po evtanaziji. Problem je zelo zaskrbljujoč, ker kaže tudi odnos družbe do soljudi, predvsem do najbolj ranljivih in krhkih skupin.

Tega problema ne moremo rešiti samo zdravniki in drugi zdravstveni sodelavci. Za ustrezne življenjske pogoje in za socialno vključenost, predvsem z načrtnim vzpodbujanjem vzpostavljanja dobrih socialnih vezi, mora poskrbeti družba z vsemi dejavniki in akterji (politik, sociologi, filozofi, pravniki, ekonomisti ...) ter na način, da se bo v družbi vzpostavilo vzdušje, ki bo v čim večji meri zmanjšalo zahteve in želje po samomoru in evtanaziji.

Zdravnikom ne manjka znanja, ne poguma, ne volje in ne zrelosti za razprave in sprejemanje ukrepov za ustrezno obravnavo bolnih, ki zapuščajo ta svet. Veliko poguma, zrelosti, odgovornosti in argumentiranih razprav, ki bodo morale zajeti odgovore celotne družbe, bodo morali pokazati predvsem zagovorniki uzakonitve evtanazije in zdravniške pomoči pri samomoru, saj bodo te odločitve odraz vseh, ki v tej družbi živimo.

Zdravniki pri evtanaziji in aktivni pomoči pri samomoru ne bomo sodelovali in ne bomo dovolili, da nas kdorkoli sili v ta dejanja. Naše poklicno poslanstvo je usmerjeno k ohranjanju življenja, saj se vso svojo poklicno pot za to tudi izobražujemo. Življenja ne bomo skrajševali, ampak se bomo trudili za čim kakovostnejšo zdravstveno oskrbo pacientov v vseh obdobjih življenja in za optimiziranje učinkovitosti paliativne oskrbe. Zato moramo poskrbeti, da se bo znanje o paliativni oskrbi pridobivalo že med dodiplomskim in podiplomskim študijem. Z učinkovito paliativno oskrbo bomo omogočili dostojen konec življenja, predvsem brez trpljenja in bolečin umirajočih in tudi njihovih svojcev.

nja in bolečin umirajočih in tudi njihovih svojcev.

Želja večine bolnih je ljubeča oskrba v domači negi, izpolnitev te želje pa je problem sodobnega načina življenja družine, družbenega okolja in države z načrtovanimi ukrepi na tem področju.

Razprav o evtanaziji in pomoči zdravnika pri samomoru bo še veliko, in sicer tako v strokovnih kot tudi v laičnih okoljih.

Zdravniki bomo sodelovali pri vseh razpravah, s svojim znanjem in empatijo pomagali pri kakovostni zdravstveni oskrbi pacientov v vseh življenjskih obdobjih, umirajočim bolnikom pa zagotavljali dostojanstvo pri zaključevanju življenja. Ne bomo pa evtanazirali ali nudili zdravniške pomoči pri samomoru, saj sta obe dejanji v nasprotju z veljavnim Kodeksom zdravniške etike.

To so zaključki razprave in stališča o evtanaziji in zdravniški pomoči pri samomoru, sprejeta na seji OPEV ZZS dne 27. 6. 2018.

Predsednica Odbora za pravno-etična vprašanja prim. Jelka Helena Reberšek Gorišek, dr. med.

Zakaj bo 35 milijonov spet darilo dobaviteljem v zdravstvu?

Definicija: Državno vs. javno zdravstvo

V Sloveniji so večinoma leve politične stranke skozi leta izkrivljala definicije besedne zveze »javno zdravstvo« utrdele prepričanje, da javno zdravstvo pomeni bolnišnice in zdravstvene domove, v katerih politično izvoljeni direktorji skrbijo, da državljani dobi brezplačne zdravstvene storitve. V ta namen so v zadnjih 25 letih sprejeli toliko predpisov, da jih danes ne znamo niti prešteti. Kaj šele, da bi bili vsi ti

zakoni, podzakonski akti in pravilniki medsebojno usklajeni. Da bo mera polna, pa smo kot zvesti nasledniki »dobro delujočega« jugoslovanskega zdravstvenega sistema dejansko Sistem samo malo preoblikovali (npr. z uvedbo koncesij ...). Ta model zdravstva se imenuje državno zdravstvo. Tako zdravstvo poznajo v danes popularnih levičarskih letoviščih – Venezueli, na Kubi in v Severni Koreji. Pa še nekaj izjemnih držav bi lahko našli. Torej, če se ta model imenuje državno zdravstvo, kaj je potem javno zdravstvo?



Ali sploh obstaja javno zdravstvo?

Seveda obstaja. Uspešne evropske države imajo javno zdravstvo. Državljeni v državah obvezno in/ali prostovoljno vplačujejo in varčujejo pri zdravstveni zavarovalnici. Ko zbolijo, greš k zdravniku po svoji izbiri, na zdravljenje. Zdravniki so po opravljenem zdravljenju posredno ali neposredno plačani s strani zavarovalnice (ali več zavarovalnic).

In še preprostejša definicija: vsak mesec si načrtno odtrgam del denarja od svoje plače in ga zaupam v upravljanje zavarovalnici. Ko zbolim, grem k zdravniku na zdravljenje. Po zdravljenju zavarovalnica poravnava stroške moje oskrbe pri zdravniku.

Ste v zgornjem odstavku slučajno kje opazili omembo zdravstvenega doma, bolnišnice, čakalnih dob, dobaviteljev, korupcije, kraje denarja, izsiljevanja in zdravniške mafije? So vam te besede vseeno znane?

Vse so namerno pomešali, vsi plačujemo davek!

Ko pri nas, predvsem leve stranke, govorijo o javnem zdravstvu, mislijo na državno zdravstvo. Ko stojijo pred kamerami in pred volivci, so jih sama usta javnega zdravstva in so polni skrbi za bolnega državljana. Dejansko lažejo in zavajajo že vsaj 25 let z določenim namenom. Ta namen pa je ohranitev državnega zdravstva. Torej državnega zdravstvenega Sistema, ki ne deluje in nikoli ne bo deloval v korist pacienta. Še več, tako sistem ne deluje nikjer na svetu. Namerno zavajanje politikov ima svoje razloge v globoko razvejani mreži privilegijev dobaviteljev, politično podeljenih (skoraj dednih) funkcij in pooblastil odločujočih zdravnikov, monopolnih združenj, političnih strank in določenih medijev.

Mesečno nam te tvorbe posredno in neposredno ukradejo od 20 do 35 milijonov evrov težko prisluženega denarja, ki si ga vsak slovenski drža-

vljan odtrga od svojih ust. Torej letna kraja znaša vsaj 250 milijonov evrov. To je davek definicije državnega zdravstva!

Ne nekladaj, dokaži, da je to res!

Namerno zapletena hipernormiranost in posledični hiperburokratizem sta v 25 letih še dodatno nenamerno zapletla zdravstvo v Sloveniji. Namesto javnega zdravstva smo dobili slovensko državno zdravstvo.

Poznavalci te ureditve so zaradi zapletenosti sposobni kvečjemu opozoriti samo na posamezni nedelujoč in sprevržen delček te neuspešne zdravstvene zgodbe. Ta zdravstvena nit pa je tako zavozlana, da imamo danes pravi unikatni slovenski zdravstveni gordijski voz – Sistem.

Čeprav imamo v zdravstvu ogromno problemov, jih obstoječa leva vlada ni sposobna rešiti. Pa pojdemo k dejstvu, h koalicijskemu sporazumu leve vlade in rešitvi v zdravstvu za odpravo čakalnih vrst (Koalicijski sporazum, stran 5, 1. ukrep):

Za krajšanje nedopustnih čakalnih dob na razumno raven bomo v projektu skrajševanja čakalnih dob najprej izčrpali vse možnosti in kapacitete v javnih ustanovah, šele nato pa vključili koncesionarje ter zasebnike.

Pa pogledjmo, kaj vam želijo sporočiti s tem stavkom in z dodatnimi 35 milijoni, ki jih bodo v naslednjih tednih nakazali na račune javnih ustanov.

Takole se stavek sporazuma glasi po definiciji državnega zdravstva:

35 milijonov evrov bomo nakazali javnim ustanovam (zdravstveni domovi, bolnišnice). Če tega denarja ne bodo uspeli porabiti (?), bomo tem ustanovam ukazali (?), naj ta denar prenažejo (?) zasebnikom, da bodo še ti poskušali odpraviti čakalne vrste.

Torej, država bo ponovno z nekim predpisom, dekretom, pravilnikom (ali kakorkoli bodo to poimenovali) namenila denar isti javni ustanovi, za katero vsi podatki za naprej in nazaj

kažejo, da je organizacijsko, finančno in strukturno neuspešna, neučinkovita in škodljiva pri porabi in upravljanju z zdravstvenim denarjem.

Nazadnje so te ustanove prejele 136 milijonov našega privarčevanega denarja za poplačilo dobaviteljem. Osnova za tako besedilo v koalicijskem sporazumu je definicija državnega zdravstva.

Žal je ta denar že vnaprej izgubljen. Ta denar bo posrkal Sistem – slovenski zdravstveni gordijski voz – kot puščava kapljico vode. Tako, kot se je zgodilo s poplačilom 136 milijonov evrov dobaviteljem zdravstvenih domov in bolnišnic v času prejšnje leve vlade pod vodstvom stranke SMC, se bo zgodilo tudi s 35 milijoni evrov. Poleg tega bodo dodatno ustanovili (beri, zaposlili) še kakšen oddelek, agencijo, izdelali še kakšno analizo, kjer bodo spremljali čakalne dobe, porabo sredstev, kaznovali bolnike, ki se bodo pozabili odjaviti od posega, ki so ga potrebovali pred 3 leti, kaznovali zdravnike zaradi predpisovanja napotnic, zaslužnili zgarane specializante in mlade specialiste, spremljali čas sedenja pacienta v čakalnici ...

Zgornji tekst je slovenski desničarski pamflet! To ni res! Mi levičarji zagovarjamo javno zdravstvo!

Zdravje ni odvisno od levega ali/in desnega političnega prepričanja. Vendar nisem več prepričan v to. Dokaz za to lahko najde vsak Slovenec v štiriletnem vodenju zdravstvene politike s strani prejšnje vlade (SMC, DeSUS, SD). Nemogoče je razumeti, kako bo lahko drugače z enako miselnostjo (strankami) in definicijo državnega zdravstva v prihodnjih 4 letih. V to zgodbo težko verjame tudi največji lunatik. Levi ali desni. Saj je vseeno.

V podkrepitev trditve bom navedel primerjavo med naročanjem materiala v javnem in državnem zdravstvu.

Konkretni primer razlike državnega in javnega zdravstva, izražen v denarju!

Naveden je primer nakupa šivalne niti, ki se uporablja po vsem svetu. Primerjava je narejena po korakih, na koncu pa je prikazan

dejanski finančni učinek razlike med javnim in državnim zdravstvom.

Oba modela zdravstva sta vzeta iz slovenske stvarnosti. V državnem zdravstvu nit naroči javna ustanova – zdravstveni dom/bolnišnica, v javnem zdravstvu pa zdravnik zasebnik – podjetnik s pogodbo o izvajanju javnih storitev.

Komentar?

Tabela primerjalno prikazuje delovanje in končni učinek pri dobavi materiala v državnem in javnem zdravstvu v Sloveniji. Končni rezultat je osupljiv, vendar pričakovan in znan že vsaj 20 let. Nagrado prejme dobavitelj v Sloveniji. Ta znaša pri konkretni niti 135 % več kot na prostem trgu!

Korak	Državno zdravstvo	Javno zdravstvo
1	Zdravnik sporoči osebju, da je zmanjkalo šivalnih niti s specifikacijo: PGA kožno reverzno rezilno, 19 mm $\frac{3}{8}$ nit.	Zdravnik sporoči osebju, da je zmanjkalo šivalnih niti s specifikacijo: PGA kožno reverzno rezilno, 19 mm $\frac{3}{8}$ nit.
2	Osebjem prenese sporočilo v naročniško službo.	
3	Iz naročniške službe sporočijo, da točno te niti ne morejo naročiti, ker te niti ni na seznamu sklopov materialov in sklenjene pogodbe z dobaviteljem (Zakon o javnih naročilih), ki jo je direktor podpisal pred 1 letom. O tem obvestijo zdravnika. Zdravnik mora izbrati drugo nit.	
4	Zdravnik prosi za seznam materialov, ki jih je »možno« naročiti.	
5	Pravna služba in naročniška služba najdeta seznam sklopov materialov izbranega dobavitelja.	
6	Seznam je dostavljen zdravniku. Na seznamu je nešteto materialov. Temu se terminološko reče – sklopi. Od plenice do žarnic. Zdravnik zelene niti sploh ne najde. Potrebuje namreč, PGA kožno reverzno rezilno, 19 mm $\frac{3}{8}$ nit.	
7	V 167. vrstici seznama materialov najde nit: Vicryl kožna igla. Uporabi Google in ugotovi, da gre za IME in ne specifikacijo niti.	
8	Naročniški službi sporoči IME niti in zraven pripiše specifikacijo.	
9	Naročniška služba sproži naročilo.	Osebjem ali kar zdravnik sam pošlje e-pošto s specifikacijo in prošnjo za predračun na tri dobaviteljske spletne trgovine (dve v Sloveniji, eno v Nemčiji).
10	Dobavitelj sporoči, da te igle trenutno nimajo na zalogi. Trajalo bo 14 dni, da izvršijo naročilo.	V roku ene ure prejme osebo ponudbo po e-pošti. Izbere ustrezno in najugodnejšo.
11	Nit je prispela v ustanovo. Popis dobavljenih materialov naredi oseba. Pri vnosu količine dobavljenih niti se oseba zmoti v prepisu številke iz dobavnice. Namesto 1 niti zabeleži dobavo 10 niti. Naslednjič lahko zdravnik pri naročanju pričakuje dodatne težave.	Nit je prispela v ambulantno.
12	Račun je izstavljen v papirnati obliki. Računovodska služba »ročno« opravi knjiženje.	Račun je izstavljen v e-obliki na e-poštni naslov zdravnika in zunanjega e-računovskega servisa, kjer poteka samodejno knjiženje in popis zalog.
13	Nit je dostavljena na »delovišče« in zdravstveni delavec lahko začne z uporabo.	Zdravnik začne z uporabo niti.
	Čas dostave od naročila: 4 tedne	Čas dostave od naročila: 3 dni
	Čas, ki ga zdravnik porabi za naročanje: 60 min. (brez prigovarjanja in prepričevanja).	Čas, ki ga zdravnik porabi za naročanje: 5 min.
	Cena niti: 4,41 EUR	Cena niti: 1,87 EUR
	Razlika v ceni: + 135 %	

Prejšnja vlada (SMC, SD, DeSUS) je nakazala javnim ustanovam 136 milijonov evrov davkoplačevalskega denarja za poplačilo ogromnih dobaviteljskih marž.

Samo na enem materialu v medicini je prikazano, kakšen grozljiv razkorak je med prilagodljivim javnim zdravstvom in togim državnim zdravstvom. Če bi sešteli vsaj 20.000 ali več materialov in vse preplačane marže, bi zlahka prišli do vsote 250 in več milijonov evrov na leto. Ta izgubljen zdravstveni denar je končni rezultat državnega zdravstva. Ta denar ponikne v dobri desetini dobaviteljskih podjetij v Sloveniji.

Dozdeva se vam lahko tudi, kam bo šlo dodatnih 35 milijonov evrov. Z nekaj obrati tega denarja na papirju, prerazporeditvijo dodatno plačanih storitev ZZZS, se bo pokrivalo izgube, ki so posledica državnega zdravstva. S podporo zvestih medijev bodo neuspeh naprtili zdravnikom, ki so že tako in tako medijsko umorjeni in krivi za težave državnega zdravstva. Samo vprašanje časa je, kdaj bodo zdravniški zaslužkarji spet napolnili naslovnice. Korak do oznake kapitalistična svinja pa je od tu zelo kratek ...

Kdo bo končno prevzel odgovornost in kako je to sploh mogoče!?

Predstavniki državnega zdravstva in predstavniki političnih strank so posredno in neposredno odgovorni za razmetavanje težko prigarane denarja slovenskih davkoplačevalcev.

Vendar odgovornosti ne prevzame nihče. Ni dovolj, da odgovorni izreče besedo: »Prevzemam polno odgovornost,« Namerno sem postavil vejico, ker mora slediti drugi del stavka.

V državah z delujočo zdravstveno ureditvijo bi se stavek glasil takole:

»Prevzemam polno odgovornost, zato odstopam in se bom podredil pravnomočni kazni.« Podjetniki to kazni na prostem trgu plačajo tako, da propadejo. Država pa ne more

propasti. Imamo torej več kot očiten problem.

Koalicijski sporazum in dilema?

Država in oblast vsako leto podari dobaviteljem vsaj 250 milijonov evrov denarja. Le kako lahko ta ista oblast zahteva še višje davke in zmeče še več denarja v to državno zdravstveno brezno brez dna? Kako je mogoče, da lunatične stranke zagovarjajo rešitev, ki je v nasprotju z vsako zdravo pametjo? Vprašanja se kar vrstijo sama od sebe.

Odgovori pa se skrivajo v posameznih vozlih slovenskega zdravstvenega

gordijskega Vozla. Milijonske račune pa preplačujemo vsi državljani trikrat. Z našimi prispevki in nazadnje s svojim zdravjem.

Krištof Zevnik

Zobozdravnik

Zagovornik javnega zdravstva

Ustanovitelj spletne zdravniške

skupnosti Medikont

(www.medikont.si) z neposrednim naročanjem materialov pri proizvajalcu

Izjava avtorja: Prispevek lahko objavi katerakoli oseba ali medij v spletni ali tiskani obliki brez predhodnega dovoljenja avtorja.

Obvestilo Ministrstva za zdravje

Dostop do podatka o zdravljenih za zdravljenje HIV le izbranemu družinskemu zdravniku

Pravilnik o kartici zdravstvenega zavarovanja, profesionalni kartici in pooblastilih za branje in zapisovanje podatkov v zalednem sistemu (Ur. l. št. 57/18 z dne 24. 8. 2018) po novem določa, da ima lahko dostop do podatka o zdravljenih za zdravljenje HIV le izbrani osebni zdravnik.

Sprememba pravilnika je bila opravljena na pobudo nevladnih organizacij in infektološke stroke, po opravljenih posvetovanjih z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Ministrstvom za zdravje, Komisijo za medicinsko etiko in drugimi zainteresiranimi deležniki, ki so bili udeleženi v javni razpravi.

Razlogov za spremembo je več. Osebe s HIV se znotraj zdravstvenega sistema še zmeraj srečujejo s stigmo in diskriminacijo, ravno tako je pogosto kršena njihova pravica do varstva osebnih podatkov. Vse to odvrča še neprepoznane osebe s HIV od testiranja in zdravljenja, kar lahko negativno vpliva na incidenco in prevalenco HIV-okužbe pri nas.

Po mnenju stroke vpogled v ta podatek ne vpliva bistveno na

zdravljenje teh oseb, saj so danes zdravila zelo varna. Tudi strah po součinkovanju različnih zdravil je neupravičen: noben zdravstveni delavec, ki je iz zdravstvene kartice pacienta razbral, da ta jemlje zdravila za zdravljenje HIV, še ni dokumentiral, da bi to vplivalo na izbor zdravljenja.

Vpogled v ta podatek ni pomemben niti za zaščito zdravstvenega delavca pred okužbo s HIV. Zdravstveni delavci se morajo zavedati, da je s HIV lahko okužen vsak pacient, da jim pacient ni dolžan tega brezpogojno zaupati (če to ne vpliva na nadaljnje zdravljenje), predvsem pa, da številne osebe s HIV za svojo okužbo sploh ne vedo. Izjemno pomembno je zato, da vsi zdravstveni delavci dosledno upoštevajo »splošne previdnostne ukrepe«, ki jih ščitijo med drugim tudi pred okužbo s HIV. Pacienta z znano HIV-okužbo pa so skladno z obstoječo zakonodajo dolžni obravnavati spoštljivo in enakopravno, nediskriminatorno in nestigmatizirajoče ter spoštovati njegovo pravico do varstva zasebnosti in varstva osebnih podatkov.



Nekaj iz demografije hrvaškega zdravništva

Prevedel in priredil: prof. dr. Anton Mesec, dr. med., svet., Ljubljana
antonmesec@gmail.com

V 170. številki zborničnega glasila so objavili podatke o hrvaških zdravnikih specialistih. Nekaj števil, morda zanimivih tudi za nas. Razmerje med ženskami in moškimi je 60 : 40, povprečno so stari 50,7 leta. Diplomirali so pri 26 letih in specializacijo končali pri 36 letih. Po 65. letu starosti je redno zaposlenih še 5 % zdravnikov. Največ je zdravnikov družinske medicine, pediatrov in ginekologov; sledijo jim anesteziologi, reanimatologi in intenzivisti. Na primarni ravni dela 23 % zdravnikov, na sekundarni 35 % in na terciarni ravni 36 % zdravnikov (predvsem na

račun intenzivistov). Pritožujejo se seveda nad neustrezno regijsko razporejenostjo. Med specializanti se jih je največ odločilo za anesteziologijo, reanimatologijo in intenzivno medicino (11 %), za družinsko medicino pa le 6 %.

Komentar: Primerjava s slovenskimi podatki kaže presentljivo podobnost pri skoraj vseh navedenih kazalcih. Še največ razhajanja je pri specializantih, saj je pri nas trenutno daleč največ specializantov družinske medicine.

Vir: *Liječničke novine št. 170, junij 2018*

Novi zakon o primarni oskrbi

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

Bil je težek porod, a tako lahko že povzamemo nastajanje zakona o primarni oskrbi (*Primärversorgungsgesetz*, PrimVG). Rezultat več mesecev trajajočih pogajanj – deloma ob silovitih ugovorih zdravništva – je zakon, ki zajema 17 členov. Kot je povedano v prvem členu, ta zakon ureja primarno zdravstveno oskrbo v Avstriji.

Primarna oskrba se izvaja v t. i. Enotah primarne oskrbe (*Primärversorgungseinheiten*, PHC, PVE). Zakonodajalec slednje razume kot prvo vhodno mesto v sistem zdravstvene oskrbe, PVE pa ponujajo storitve tako za spodbujanje zdravja kot za obširno obravnavo akutnih in kroničnih bolezni.

Jedro tima (*Kernteam*) PHC sestoji iz splošnih zdravnikov ter pripadnikov višjih služb za zdravstveno nego in nego bolnikov. Po potrebi se lahko vključujejo pripadniki zdravstvenih in socialnih poklicev, kot npr. psihologi in babice. Vrh tega se lahko specialisti za pediatrijo ali mladostnike vključujejo v jedrni tim. Specialistom iz drugih medicinskih disciplin pa ja ta možnost zaprta.

PHC se lahko ustanovi na enem mestu ali kot mreža na več mestih. Navzven pa mora delovati kot ena enota. PHC je lahko sestavljen tudi iz

zdravnikov, ki delajo v obliki svobodnega poklica, iz t. i. skupinskih praks ter iz pripadnikov nezdravniških zdravstvenih poklicev.

Enoto primarne oskrbe se lahko ustanovi le, če obstoji v regionalnem zdravstvenem načrtu. Kje in koliko bo PHC-jev, odločajo posamezne dežele v okviru načrtovanja zdravstvene oskrbe.

Ali bodo PHC postali vstopno mesto v zdravstveno oskrbo, se bo pokazalo šele v prihodnosti. Zakonodajalec vsekakor načrtuje, da bo do leta 2021 v Avstriji ustanovljenih 75 PHC-jev. Pravno gledano so PHC križanec med skupinskimi ordinacijami, zdravstvenimi ustanovami ter zdravniki s koncesijo (*Niedergelassene Ärzte*). Očitno pa brez obsežnih pogodb ne bodo mogli delovati.

Vir: *Ärzte Exclusiv, Österreichs Service-Magazin für Ärzte, 01+02/18*

Opomba: Nova, črno-modra avstrijska vlada bo torej nadaljevala projekt, ki ga je pred leti zasnovala prejšnja, rdeče-črna avstrijska vlada. Očitno bo uveljavljanje zelo »mehko«. In če bodo PHC-ji zaživel, se bo verjetno dosedanje silovito ugovarjanje avstrijskega zdravništva poleglo.

Nobenih dodatnih študijskih mest na državnih medicinskih fakultetah

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

Heinz Faßman (ÖVP), minister za izobraževanje, meni, da povečanje števila študijskih mest na državnih medicinskih univerzah, ki bi premostilo zdravniška ozka grla, »zaenkrat ni predvideno«. Tako se je glasil odgovor na vprašanje v parlamentu.

Avstrija je glede na število zdravnikov ter absolventov medicine trenutno prav pri vrhu držav OECD. Na medicinskih univerzah ter na Univerzi Linz je na voljo vsega skupaj 1650 mest za začetnike študija medicine. Zvezna vlada je v decembru 2017 podelila 9

mio. EUR zasebni Paracelsusovi medicinski univerzi v Salzburgu (PMU), in sicer za 25 študijskih mest za leta od 2018 do 2020. Vrh tega je (vlada) PMU zadolžila, naj več kot polovico svojih absolventov po koncu študija vnese v seznam zdravnikov s sedežem v Salzburgu.

Vir: *Österreichische Ärztezeitung*
št. 4, 25. februar 2018

Zbornica (ÖÄK): Čakalne dobe so zato, ker je premalo zavarovalniških zdravnikov

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

Dolgotrajno čakanje v ordinacijah, kot se dogaja v obdobjih gripe, je pojav, »ki ga ni mogoče naprtiti zdravnikom«. Tako je Johannes Steinhardt, načelnik

zvezne kurije (odbora) za zdravnike s koncesijo, zavrnil trenutno pisanje časopisov. Zato morajo zavarovalniški zdravniki, ki jih je vedno manj, oskrbo-

vati paciente, ki jih je vedno več. »Že leta opozarjamo na grozeče pomanjkanje zdravnikov, kar pa politika ignorira. Vsega skupaj primanjkuje v različnih specializacijah 1300 praks zavarovalniških zdravnikov.«

Vir: *Österreichische Ärztezeitung*
št. 4, 25. februar 2018

Nevrogeneza se po 13. letu starosti ustavi

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

Raziskovalci s kalifornijske univerze (University of California, vodja: Arturo Alvarez-Buylla) so na temelju vzorcev tkiva 59 otrok in

odraslih raziskali, ali pri odraslih v hipokampusu še vedno lahko nastajajo nevroni. Dognali so, da to pri starejših od 18 let ni več mogoče.

Nasprotno pa nevroni na novo nastajajo pri dojenčkih in majhnih otrocih do enega leta starosti. Pri posameznikih pa je bila nevrogeneza ugotovljena do 13. leta starosti.

Vir: *Österreichische Ärztezeitung*
št. 6, 25. marec 2018

Komentar k zapisom

Isis, oktober 2018, št. 10

Akad. prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med., Ljubljana

marjan.kordas@mf.uni-lj.si

Str. 6: Intervju je po eni strani spet sprehod skozi vrhunsko medicino, po drugi strani olajšanje, da ni vse tako, kot trobijo privoščljivi mediji.

Str. 26: Dober intervju, izvrstna informacija, daljnosežno sporočilo. Predvsem za slovensko politiko – če bi vse zapisano prebrala in razumela!

Str. 78: Ob sporočilih s konfekcijske klinike se pa res vedno smejim!

Tatovi in drugi škodljivci v slovenskem zdravstvu*

Prim. dr. Iztok Tomazin, dr. med., specialist družinske in urgentne medicine, direktor Zdravstvenega doma Tržič, zdravnik Gorske reševalne službe in Helikopterske nujne medicinske pomoči

Izrazi so v moškem spolu, čeprav veljajo za oba spola.

Prispevek pišem kot zdravnik z več kot tremi desetletji izkušenj v splošni, družinski in urgentni medicini ter helikopterskem reševanju, in tudi kot dolgoletni direktor zdravstvenega doma. Ne nazadnje tudi kot občasni uporabnik zdravstva. Z žalostjo, skrbjo in včasih jezo spremljam razmere v slovenskem zdravstvu.

Začnimo na vrhu, kjer je najboljši razgled, največji preprič, največja odgovornost in največ priložnosti, da uspeš ali zamočiš. Prva med vrhovnimi škodljivci sta zato prejšnji predsednik vlade in ministrica za zdravje. Med njunim mandatom je slovensko zdravstvo v mnogih pogledih nazadovalo, na nekaterih področjih celo začelo razpadati. Kljub v nebo vpajočim dokazom, kritikam in opozorilom medijev, stroke in bolnikov tega nista preprečila. Med njunimi grehi je nesposobnost in/ali nepripravljenost komuniciranja s stroko, z ljudmi in organizacijami, na katerih temelji zdravstvo. Kot bi ne zmogla videti, začutiti in upoštevati nezadovoljstva, trpljenja, zdravstvenih

in drugih posledic pri bolnikih in zdravstvenih delavcih. Ministrstvo za zdravje (MZ), ki ob izteku mandata pušča zdravstvo v slabšem stanju, kot je bilo na začetku mandata, je škodljivo. Za to odgovorni ljudje so škodljivci – ker so se zaradi njihovega slabega dela, (ne)odločitev in neuspehov drastično podaljšale čakalne vrste, zmanjšala dostopnost do zdravstvenih storitev, poslabšalo poslovanje zdravstvenih zavodov, povečala izdatki za opremo in izgorelost zaposlenih v zdravstvu ... Ob neodgovorni asistenci nekaterih politikov in medijev se je tudi poslabšal odnos javnosti do zdravstvenih delavcev, v prvi vrsti zdravnikov, kar se kaže na različne načine, od obtoževanja, agresivnosti, omalovaževanja, do najhujšega – nasilja in izgubljenega zaupanja med bolniki in tistimi, ki jim želijo pomagati. Pretežen del manipulirane javnosti se premalo zaveda, da se vse to obrača proti ljudem, ki s potrebo po pomoči vstopajo v zdravstveni sistem. In prej ali slej vstopi vsakdo. Izgubljeno zaupanje med bolniki in zdravstvenimi delavci je tragedija in defenzivna medicina, ki je eden od odgovorov na ozračje nezaupanja, obtoževanja, pritiskov in kaznovanja, je ena najslabših in najdražjih medicin.

* Članek je bil 29. 9. 2018 objavljen v prilogi Objektiv časopis Dnevnik.

Vsi, ki s kaznovalno politiko želijo urejati zdravstvo, so škodljivci. Med njimi na prvem mestu Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). Njegova vloga je deloma pozitivna, saj gre za državno zdravstveno blagajno, ki naj bi skrbela za racionalno in korektno razporeditev zbranega denarja. Zaradi nekaterih anomalij pa ZZZS sodi tudi v naslovno kategorijo tatov v slovenskem zdravstvu: če zdravstveni zavod ali zasebni zdravstveni delavec (v nadaljevanju izvajalec) naredi administrativno napako in neko svojo aktivnost pri zdravljenju bolnikov prikaže netočno ali celo zaračuna preveč, potem je prav, da mora vrniti preveč obračunana sredstva. Vendar praviloma dobi tudi dodatno nesorazmerno visoko kazen, kar je kraja denarja, namenjena pacientom tega zdravstvenega doma ali zasebnega zdravnika, saj bosta imela toliko manj denarja za svoje delo. Iz psihopatologije vemo, da so h kaznovanju nagnjeni šibki, frustrirani, osebno nezreli, prikrito ali odkrito agresivni posamezniki. Kaj nam torej aktualna kaznovalna politika v zdravstvu pove o MZ in ZZZS? O tamkaj zaposlenih birokratih, ki producirajo kaznovalne nesmisle in škodljivosti, ki pomenijo tudi nespoštovanje partnerjev, na katerih temelji zdravstvo. Še bolj drastičen primer so grožnje s kaznimi družinskim zdravnikom zaradi »neupravičenih« napotitev. Ena od direktnih, daljnosežnih škodljivosti tega nepremišljenega ukrepa je še večje zmanjšanje zanimanja mladih zdravnikov za delo v družinski medicini, kar ob že aktualnem pomanjkanju družinskih zdravnikov vodi v katastrofo. Brez dobro delujočega primarnega zdravstva, ki temelji predvsem na družinski medicini, je ostalo zdravstvo kot streha brez temeljev.

Menim, da v Sloveniji ni zdravstvenega delavca, ki bi poznal vse umotvore, ki jih neutrudno producirajo in nas z njimi zasipajo birokrati na MZ in ZZZS. Množici administrativnih zahtev, pogojev, omejitev, izjem, prepovedi in še česa je zelo

težko slediti v realnem času, še posebej, če želiš imeti pretežen del zavesti posvečene medicini in bolnikom. Ti birokrati so škodljivci, tatovi pozornosti, energije, časa in še česa, ker vse to jemljejo zdravstvenim delavcem in bolnikom. Zaradi njih se zdravstveni delavci vse manj utegnemo posvečati pacientom, njihovim boleznim, stiskam in težavam, saj je vedno več administriranja, prebijanja skozi pravilnike, zakone in druge akte, buljenja v računalnik namesto očesnega stika s pacientom, tipkanja in klikanja namesto dotika, telefoniranja namesto živega pogovora ...

Pogosto je vtis, da posamezni oddelki na MZ in ZZZS delajo v nasprotju z drugimi oziroma niso sposobni razmišljati o finančnih in drugih posledicah svojih dejanj. Primer: nečloveški normativi za delo v družinskih ambulantah nam za obravnavo posameznega pacienta namenijo mnogo premalo časa. To se zdi racionalno za plačnika (ZZZS), ker za malo denarja dobi veliko dela, a je v resnici drugače že npr. pri bolniškem dopustu. Ker se nimamo časa bolj posvetiti pacientom, imamo nižji prag za odrejanje bolniških dopustov, kar je v škodo gospodarstva in ZZZS (ki plačujeta bolniške). Zaradi pomanjkanja časa za skrbno obravnavo pacientov se vse bolj gremo defenzivno medicino, kar med drugim pomeni, da več pošiljamo na preiskave in na sekundarni nivo, kar povečuje stroške.

Škodljivci in hkrati tatovi so tudi vsi, ki so se na najrazličnejše načine priselili na zdravstveni denar in ki nesorazmerno dobro, v škodo zdravstvenih ustanov in bolnikov, služijo s predrago prodajo ali preprodajo različnih izdelkov in storitev, ki jih zdravstvo potrebuje. Veliko jih je. Manjši del njihovih zgodb je bil že razkrinkan v medijih, na primer ob aferi zaradi operacijskih miz pred leti ali ob preplačanih žilnih opornicah, na kar je pred kratkim opozoril cenjeni kolega prof. Noč – zanimivo, da brez večjega odziva. Žal je primerov brezsrčnega in brezskramnega zaslužkarstva na račun zdravstvenega

denarja še veliko. Na deviantnost sistema kaže tudi dejstvo, da večina firm, ki prodajajo medicinski material in opremo, posluje z dobičkom, za razliko od večine zdravstvenih zavodov, ki se kljub pristranskim, slabo premišljenim občasnim vladnim finančnim injekcijam utapljajo v rdečih številkah. Resda mnoge firme, ki poslujejo z zdravstvom, manjši del dobička vračajo nazaj v zdravstvo, predvsem v izobraževanje zdravstvenih delavcev. A bolj prav bi bilo, da bi več denarja ostajalo zdravstvenim ustanovam, ki bi lahko neodvisno, pregledno in pošteno financirale izobraževanja svojih zaposlenih.

Omenjeni izkoriščevalski posli ne bi bili možni brez sodelovanja nekaterih dovolj vplivnih zaposlenih v zdravstvu. Verjamem, da je odkritega, direktnega podkupovanja malo. Prepričan sem, da v medicini oziroma zdravstvu nasploh dela nadpovprečno veliko dobronamernih, odgovornih in v iskreno pomoč drugim usmerjenih ljudi. A hudič ima mnogo obrazov in nekateri med njimi so na videz lepi. Včasih je na primer težko postaviti mejo med dobronamerno, za razvoj stroke koristno finančno podporo izobraževanju s strani neke firme in med podkupovanjem. A če bi ukinili vso finančno podporo farmacevtskih in drugih firm za izobraževanje slovenskih zdravstvenih delavcev, bi se to izobraževanje drastično zmanjšalo, kar bi imelo strokovne in druge posledice. A tudi za to je kriva »država«, ker tega področja ni sistemsko bolje uredila.

Škodljivci so tudi vsi, ki si zaradi sebičnosti, agresivnosti, brezobzirnosti in drugih v sodobni družbi »cenjenih« lastnosti pridobijo neupravičene privilegije v zdravstvu (preskakovanje čakalnih vrst, neupravičeni bolniški dopusti itd.), in tisti, ki jim to omogočajo. Zelo učinkovit in hiter mehanizem ureditve slovenskega zdravstva bi bila enaka obravnava za vse – od tistih, ki se imajo za nekaj več zaradi svojega položaja, denarja, ega ali česarkoli, do tistih z družbenega obrobja – enako dolge čakalne vrste,

enako težko dostopne zdravstvene storitve, enaka negotovost, enaka (ne)prijaznost ... Če bi se politiki, lobisti in drugi VIP »gospodje in gospe« v živo srečevali z vsemi slabostmi našega zdravstva, če bi enako dolgo zaskrbljeno in trpeče čakali na preiskave ali operacije, kot čaka večina Slovencev, če bi se enako drenjali v prenapolnjenih čakalnicah in soočali s preutrujenimi, izgorelimi zdravstvenimi delavci, sem prepričan, da bi se marsikaj zelo hitro izboljšalo. Vendar enaka obravnava za vse zahteva pri vseh izvajalcih močno hrbtenico in visoke etične standarde, kar je seveda utopično pričakovati. Poleg tega se VIP-ovci s temnimi platni našega javnega zdravstva zelo verjetno ne bodo srečali tudi zaradi svojega denarja, ki jim omogoča samoplačniške obvoze slabosti javnega zdravstva.

Žal je med škodljivimi posledicami hirajočega javnega zdravstva v Sloveniji tudi vzporedni samoplačniški sistem, h kateremu se predvsem zaradi predolgih čakalnih vrst zateka vedno več ljudi in zaradi katerega se družbena neenakost vse bolj pozna tudi pri najboljčutljivejšem področju – zdravju. Nič ni narobe, če se nek premožnejši izogne čakalni vrsti tako, da si zdravstveno storitev zagotovi samoplačniško, brez da bi s tem podaljšal čakalne vrste. Narobe je, če si s svojim vplivom tako storitev zagotovi zastoj, na račun drugih čakajočih. Še bolj narobe je, če v stiski zaradi predolge čakalne dobe samoplačniško storitev plača nekdo z zelo nizko plačo ali pokojnino. Upokojenka z minimalno pokojnino žrtvuje na primer petino, četrtno ali še večji del svoje pokojnine za to, da pride pravočasno na vrsto za neko zelo potrebno preiskavo. Zdravstveno zavarovanje, za katerega je plačevala desetletja svoje delovne dobe, ji tega namreč pogosto ne zagotavlja. Take stiske dnevno srečujem v svoji ambulanti, kar je ena od sramot našega zdravstva.

Pogosto kritizirane »dvoživke« – predvsem zdravniki, ki poleg svojega rednega dela v javnih zavodih v svojem prostem času dodatno delajo pri zasebnikih ali v drugih zavodih, so

škodljivci le v primeru, če se med rednim delom »šparajo« na račun dodatnega dela v prostem času. Prepričan sem, da je takih malo. Večina »dvoživk« veliko in dobro dela v javnih zavodih, med popoldanskim delom pa dodatno izgorevajo v dobro pacientov, sami pa si povečujejo preizkušnje osebne dohodke. Če bi jih takoj ukinili, bi se ob sedanji organizaciji slovenskega zdravstva čakalne dobe in dostopnost do zdravstvenih storitev bistveno poslabšale. In če bi bilo delo v javnem zdravstvu plačano po kakovosti in količini, ne pa po uravnilovki, bi le malokdo razmišljal o dodatnem delu drugje.

Na področju helikopterskega reševanja in nujne medicinske pomoči so škodljivci tisti, ki so jim pomembnejši lastni vrtički (modre, olivnozeleni in drugih barv) kot pa optimalna oskrba bolnikov in ponesrečencev. Med njimi je več birokratov na vsaj treh ministrstvih. Primer iz helikopterskega reševanja: slovenska birokracija na različnih nivojih že desetletja onemogoča različne pobude (fundacije, domače ali tuje uveljavljene organizacije ipd.), ki bi lahko izboljšale to dejavnost ob dejstvu, da državna prevoznika (policija, vojska) kljub dobrim letalskim posadkam zaradi organizacijskih in materialnih težav (premalo številni, zastareli helikopterji ...) ne dosegata mednarodnih standardov. Delna rešitev bi bila že, če bi nekaj patrij »pretopili« v reševalne helikopterje. Ampak ne, v Sloveniji so vozila za sejanje smrti mnogo pomembnejša od vozil za reševanje življenj.

Zakonodajalci so se že mnogokrat izkazali za škodljivce, tudi v zdravstvu – s sprejemanjem slabe, škodljive zakonodaje. Tipičen primer je ZUJF, pa javni razpisi, ki so se mnogokrat sprevrgli v svoje nasprotje, saj kljub veliki porabi časa in energije pogosto dobimo slabšo in/ali dražjo opremo, kot bi jo, če bi kupovali zase osebno. Škodljivo – neučinkovito in drago je, da želijo biti ti razpisi nadomestilo za poštenost in odgovornost direktorjev zdravstvenih zavodov. Primer: če kupu-

jem avto zase, ga bom praviloma dobil hitreje in ceneje, kot bi popolnoma enak avto lahko kupili za zdravstveni dom, ki ga vodim. Kot zasebni kupec pregledam vso ponudbo, izberem najprimernejšega, se pogajam za čim nižjo ceno in vse drugo v maniri dobrega gospodarja. Kot direktor zdravstvenega doma o tem lahko samo sanjam. Ob veliki porabi časa in energije sodelavcev za pripravo javnega razpisa, izbiranju, pritožbah, zavlačevanjih in podobnem se na koncu pogosto zgodi, da sploh ne moremo kupiti najprimernejšega avta ali pa je ta dražji. Mnogi ponudniki se zaradi zbirokratiziranega sistema javnega naročanja niti ne prijavijo. Enako velja za drugo opremo in storitve.

Prostor mi ne dopušča, da bi opisal še druge škodljivce in škodljivosti v slovenskem zdravstvu. Za zaključek velja omeniti nujnost stalne samokritične presoje odločevalcev, zdravstvenih delavcev in uporabnikov zdravstva o potencialni škodljivosti njihovih/naših ravnanj. Pacientom, ki so v stiski, na človeški ravni lahko oprostimo ali vsaj razumemo sebična dejanja, npr. poskuse preskakovanja čakalnih vrst. Tistim, ki imajo možnost izbire v svojih dejanjih brez neposredne škode zase (odločevalci, zdravstveni delavci ...), pa nikakor ne.

In še o novem ministru za zdravje: je eden najbolj izkušenih in najboljših poznavalcev slovenskega zdravstva. Z opusom dosežkov na eni in neizpoljenih obljub na drugi strani. Njegov (ne) uspeh bo odvisen predvsem od politične (ne)podpore, ki je onemogočila ali odnesla že kar nekaj ministrov, tudi kak sposoben in dobronameren je bil med njimi. Odvisen bo tudi od tega, ali bo dajal prednost lobijem in parcialnim interesom ali javnemu dobremu. Odvisen bo od odnosov, ki jih bo zgradil s ključnimi deležniki v sistemu zdravstvenega varstva. Samovšečnost in samozadostnost, premajhne sposobnosti za timsko delo, pomanjkanje vizije, sposobnih sodelavcev, komunikacijskih in drugih veščin so v preteklosti pomembno vplivali na neuspešnost več ministrov za zdravje.

Zdravstvo kot predvolilna tema

Prim. Marjan Fortuna, dr. med., Kranj

Imeti finančno vzdržno zdravstvo ob enakih ali le nekoliko večjih prihodkih, zagotavljati hitro dostopnost, največjo možno kakovost ob tako hitro razvijajočih se novih diagnostičnih in terapevtskih postopkih in še večjo učinkovitost ob omejenem številu izvajalcev – je preprosto utopija.

Nova vlada naj bi izpeljala zdravstveno reformo, ki je nismo v 27 letih? Nič bistvenega se ne more spremeniti (in je bolje, da se ne). Zdravstvo je preveč resna dejavnost, da bi jo urejali tako, malo »projektno«. Upam, da so predstavniki ljudstva toliko razumni, da ne bodo popustili populističnim floskulam. Posledice ne dovolj preiščenih rešitev so praviloma slabe ali celo nevarne, kar vidimo pri najbolj aktualnih problemih.

Na račun zdravstva pogosto slišimo predvsem kritike, malo pa je predlogov za boljše rešitve. Sam sem v zadnjih dveh desetletjih predlagal nešteto ukrepov, ki ne bi v ničemer ogrozili dostopnosti do zdravstvenih storitev, pa nobena vlada ni hotela, znala ali zmogla izvesti povsem konkretnih rešitev. Kako naj dosežemo spremembe, če že vsaka napoved sprememb sproži odpor? Zato je bolje, da ničesar ne spreminjamo, saj zdravstvo v bistvu dobro deluje. Potrebuje le mir, zdravstvene reforme pa pravzaprav sploh ne potrebujemo, če bi se le držali tistega, kar že velja.

V vseh zdravstvenih sistemih so čakalne dobe. Problem so, če so nesprejemljivo dolge, od katerih je neposredno odvisno bolnikovo življenje, hujša trajna invalidnost ali (pre)dolga bolniška odsotnost. Obljubam strank, da se bodo čakalne dobe hitro skrajšale, je težko verjeti, ker je k daljšanju čakalnih dob v znatni meri

pripomogel neverjeten porast napotitev na specialistične preglede (po podatkih iz Bele knjige 1992–2003 kar za okrog 300 %), za kar pa ni nobene racionalne razlage. Delno je to nedvomno posledica večjega števila kroničnih bolnikov, kar je konec koncev tudi posledica dobrega zdravstva. Še vedno pa nimamo izdelanih glavnih prioritet razvoja zdravstva. Jasno je, da moramo skrbeti za skladen razvoj zdravstva, vendar nismo tako bogati, da bi imeli hkrati vse storitve na najvišji možni ravni.

Koliko imamo zdravstvenih zavarovalnic, niti ni pomembno. Še naprej lahko imamo samo eno, v katero vsi plačujemo, ni pa prav, da jo nadzoruje država. To je približno tako, kot če bi država nadzorovala porabo denarja Karitas, Rdečega križa ali prostovoljnih gasilskih društev. Kako lahko politika nadzoruje in omejuje financiranje zdravstva z denarjem, ki je namensko zbran za zdravstvo in nima zveze z državnim proračunom? Možno bi bilo, da ne bi imeli nobene zavarovalnice in bi se zdravstvo financiralo kar iz državnega proračuna. Predpogoj za dobro delovanje zdravstva je, da denar sledi bolniku, ali z drugimi besedami, da dobijo izvajalci plačane storitve po dejanskih stroških. Od kod ta denar prihaja, pa pravzaprav niti ni pomembno.

Pred volitvami so politične stranke kar tekmovali v zavzemanju za javno zdravstvo. Kdo pri zdravi pameti pa se lahko zavzema za drugačno? Problem je, da si to, kaj je javno zdravstvo, vsak predstavlja po svoje in večina enači javno zdravstvo z državnim. Toda ali je kdo res tako naiven in verjame, da lahko vse zagotovljene pravice izvajajo le državni zavodi? Če ne bi bilo zaseb-

nikov s koncesijo in tudi čistih zasebnikov brez koncesije, bi pa res doživeli kolaps zdravstvenega sistema. S stališča bolnika je pomembno samo to, da pride do zdravnika takrat, ko ga potrebuje, in da je deležen čim bolj strokovne obravnave. Prav poniglavo je, da naj bi pri skrajšanju čakalnih dob, kar bi bilo sicer normalno in logično, sodelovali vsi izvajalci, od državnih, zasebnikov s koncesijo in čistih zasebnikov. Ko bi se te skrajšale na razumno raven, pa hvala lepa. Tako si namreč nekateri predstavljajo, kako skrajšati čakalne dobe.

Stalno se izpostavlja dvoživkarstvo zdravnikov, kot da je to eden glavnih problemov našega zdravstva. Pri drugih poklicnih skupinah ni nič spornega, če delajo pri več delodajalcih in imajo kot javni delavci svoja podjetja (celo poslanci!), le pri zdravnikih je to tako velik problem. Nasprotniki in kritiki dela zdravnikov, ki so zaposleni v državnih zavodih, v prostem času pa delajo tudi drugje, sploh nimajo pojma, zakaj je tako. Ker so potrebe po storitvah večje, zdravniki z »dvoživkarstvom« v bistvu pripomorejo, da čakalne dobe ne bi bile še daljše. Tudi sam in moji sodelavci smo veliko delali pri drugih delodajalcih, kar je moja matična ustanova (bolnišnica Golnik) celo podpirala, saj je imela od tega koristi. Bolnike smo pošiljali na preiskave in zdravljenje, s čimer smo ji povečevali prihodke in širili njen ugled. Danes pa je delo pri drugih delodajalcih malodane kriminalno dejanje.

V zdravstvu ni treba odkrivati »tople vode« in iti daleč, da bi videli, kako zdravstvo lahko bolje deluje. Zasebno in državno zdravstvo je mogoče integrirati, tako da se bosta dopolnjevala. Večino ambulantne dejavnosti je mogoče opravljati zasebno, razen urgence in nekaterih subspecialističnih strok.

Populistično poenostavljanje je, da je za razmere v zdravstvu kriv zdravniški »lobi«. Zdravniki nismo »lobi«, ampak neposredni izvajalci

zdravstvene dejavnosti, ki poleg medicinskih sester najbolj čutimo vse slabosti zdravstva. Da vse pomembne odločitve sprejema politika, pa je

menda vsakomur jasno. Ali niso zadnji odmevni dogodki dovolj nazorni?

Denar naj sledi pacientu – v javni zavod ali k zasebniku

Boris Sapač, dr. dent. med., Zobozdravstvena ambulanta Rače

Po podatkih članstva ZZS iz leta 2017 je v Sloveniji zaposlenih 481 splošnih zobozdravnikov v zdravstvenih domovih, 549 je zasebnikov s koncesijo, 209 pa zasebnikov brez koncesije. Torej je v Sloveniji zaposlenih 1.239 zobozdravnikov, vendar pa zaradi omejitev s strani ZZS državljani lahko obiskujejo le 1.030 zobozdravnikov. V kolikor bi se plačalo zobozdravstvene storitve kjerkoli v Sloveniji, bi bilo zavarovanim državljanom na razpolago 20 % več zobozdravnikov, kot jim jih je sedaj.

Zato podpiram spremembe, kjer bi na prvo mesto postavili bolnika in njegovo zdravje.

Medtem ko se je ministrstvo že pred časom preimenovalo iz Ministrstva za zdravstvo v Ministrstvo za zdravje, pa cilji temu niso sledili. Še vedno nadaljujemo pot, kjer se denar državljanov iz zdravstvenega zavarovanja v prvi vrsti porablja za delovanje javnega zdravstva, ne pa za zdravljenje ljudi. Državljanji plačujejo zavarovanje zato, da bodo v trenutku, ko bodo potrebovali zdravljenje, tudi prišli do potrebne oskrbe, ne zato, da bodo nekoč imeli izbiro, ali bo ta denar prelit v javno zdravstvo ali pa lahko pozabijo nanj in si zdravljenje ponovno plačajo sami. Zdravstvo mora biti tukaj za pacienta, ne pacient za financiranje delovanja javnega zdravstva.

Zato je potrebna reforma na način, da bo na prvem mestu bolnikovo zdravje in da bo denar sledil pacientu, ne glede na to, ali se bo ta

odločil zdraviti v javnem zavodu ali pri zasebniku.

Sam vidim ob tem veliko hitro dosegljivih pozitivnih učinkov. Napisal sem že, da bi bilo takoj na razpolago 20 % več zobozdravnikov, kar bi pomenilo večjo dostopnost in zmanjšanje čakalnih vrst, prineslo pa bi tudi večjo kakovost storitev zaradi večje konkurence med izvajalci.

Dodatno povečanje opravljanja storitev pa bi bilo mogoče doseči tudi z odpravo norme v obliki, kot jo poznamo danes. Nesmiselno je, da ZZS predpisuje zgornjo mejo, koliko storitev sme kdo opraviti. To vodi v razmere, ko pacient dopoldne pri zobozdravniku sliši, da je čakalna doba za protetiko eno leto, če se odloči za samoplačniško storitev, pa lahko pri istem zobozdravniku, z isto asistentko, v istih prostorih pride popoldne takoj na vrsto. Torej že danes so zobozdravniki pripravljeni dodatno delati, za dodatno plačilo, vendar je zavarovalnica tista, ki s svojimi omejitvami pacienta sili, da dodatno plača, da celo v javni mreži plačuje za storitve, za katere je zavarovan.

Te omejitve s strani države, tako v številu zobozdravnikov kot v količini opravljenega dela, vodijo v navidezno pomanjkanje, ob katerem najbolj trpijo pacienti. In te omejitve vodijo v razmere, kjer se vzpostavljata dva vzporedna sistema zdravstva: prvo, javno zdravstvo za manj premožno prebivalstvo, ki je prisiljeno z zdravstveno težavo čakati na pomoč, in

drugo, zasebno zdravstvo, kamor lahko gredo premožnejši in dobijo storitve takoj, kljub temu, da so eni in drugi v okviru državne zavarovalnice zavarovani za enake storitve.

Rešitve s sledenjem denarja pacientu že sedaj podpira desno usmerjena politika, bi jih pa logično morala zagovarjati tudi levo usmerjena politika, kajti takšne spremembe bi prinesle bolj socialno obliko zdravstvene oskrbe, ki bi bila manj odvisna od finančnih zmožnosti pacienta. Zato se mi politično soglasje ne zdi prevelika ovira in bi moralo biti prvi korak, da se stvari sploh lahko začne reševati. Kljub enostavni osnovni ideji pa bi bilo treba doreči kar nekaj detajlov, da bi se čim bolj izognili možnim negativnim učinkom takih sprememb.

Prva težava, ki jo vidim, je financiranje. Takojšnja oskrba velikega števila pacientov pomeni tudi takojšnje povišanje stroškov. Osebo sicer mislim, da ZZS ne bi bilo težko izračunati stroškov, glede na to, da ima obsežno bazo podatkov o opravljenih storitvah in številu čakajočih v čakalnih vrstah. Verjamem, da je veliko mogoče narediti pri sami učinkovitosti porabe denarja, sicer pa je smiselno razmišljati tudi o: a) dvigu prispevne stopnje ali b) zmanjšanju pravic. Rešitev je tukaj predvsem stvar debate in lahko bi se ljudi vprašalo na referendumu, ali si želijo bolj socialnega zdravstva oz. zobozdravstva, kjer bodo vsi prispevali več in tudi več dobili, ali pa manj socialnega, kjer bo zagotovljenih manj osnovnih pravic, si bo pa vsak sam

doplačeval tisto, kar ni pravica. To se mi zdi, da ni toliko stvar zdravstva, kolikor je stvar prebivalstva oz. tega, v kakšni ureditvi si želijo živeti. Sam imam občutek, da politika nekako ne upa realno predstaviti problema in ponuditi rešitve, ker bi bilo povišanje prispevkov ali znižanje pravic negativno sprejeto.

Sicer pa mislim, da bi se dalo z večjo učinkovitostjo tudi ob enakih sredstvih nuditi več storitev.

Na primer s preventivo za odrasle. Otrokom danes smemo na stroške ZZZS zalivati fisure, ob polnoletnosti pa to pravico izgubijo. Vsi vemo, da zalitja prej ali slej izpadejo in jih je treba obnoviti.

Nerazumno je, da nekomu, ki mu zalitje na zdravem zobu izpade po polnoletnosti, zoba ne moremo ponovno zaliti v okviru stroškov zavarovanja. S tem pa je izpostavljen večjemu tveganju za karies, večjemu tveganju za nastanek večjih stroškov za zdravstveno blagajno.

Menim, da je tudi večja dostopnost sama po sebi preventiva. Zgodnje odkrivanje kariesa in sanacija sta cenejši kot endodontsko zdravljenje. Majhna plomba bo pomenila tudi daljše preživetje zoba kot velika, ki se je naslednjič ne bo dalo več nadomestiti in bo potrebna bistveno dražja protetična sanacija.

Večja učinkovitost porabe sredstev se lahko doseže tudi pri nabavi materiala. Danes se to poskuša doseči z zakoni in z javnimi razpisi, pri čemer so možne pritožbe in tožbe. Vse to pomeni precej birokratskih ovir in oteževanje delovanja sistema, rezultat pa je pogosto ta, da se dobi najcenejše materiale, ki so lahko slabe kakovosti, po drugi strani pa se jih še zmeraj nabavi po visoki ceni. V zasebnem sektorju te težave že danes ni, saj je vsak zasebnik motiviran, da kupi kakovosten material po ugodni ceni, ker je zaradi prihranka neposredno nagradjen. Ni možnosti korupcije in pritožb, dobi točno tisti material, ki ga potrebuje, po najugodnejši ceni. Možno je tudi nakupovanje neposredno od proizvajalcev, kar stvari dodatno poceni. Torej je možno vzpo-

staviti sistem, kjer bo ob enakih stroških za zdravstveno zavarovalnico zobozdravnik več prihranil, hkrati pa pacient dobil oskrbo s kakovostnejšimi materiali.

Treba pa je dati večjo odgovornost tudi pacientom samim. Poleg pravic morajo imeti tudi dolžnosti oz. motivacijo, da čim boljše skrbijo za svoje zdravje in da se poslužujejo preventive. Tukaj je mogoče slediti vzoru avtomobilskih zavarovanj, kjer z bonusi pridobivaš ali pa izgubljaš popust na zavarovalnino. Na primer nekomu, ki redno hodi na preglede, se poslužuje preventive in s tem omogoča hitrejšo in cenejše odkrivanje ter zdravljenje, se zavarovalna premija zniža. Nekdo, ki se tega ne poslužuje in bo k zobozdravniku prišel šele po mnogih letih zanemarjanja ter bo potreboval obsežno drago rehabilitacijo, naj plača višjo premijo. Enako naj velja za paciente, ki so naročeni in ne pridejo na dogovorjeni termin. Razumljivo je, da kdo kdaj pozabi na termin, sploh v razmerah, ko je termin čez nerazumno dolgo časa. Vendar pa je razlika med tem, da se to kdaj zgodi, in tem, da se to pogosto ponavlja ter tako krati čas za obravnavo drugih pacientov. Takšne osebe je treba motivirati, da se bodo same bolj trudile upoštevati termine, v nasprotnem primeru pa bi prevzemale neko finančno odgovornost.

Prav tako se ne bi smelo dogajati, da se zobozdravnik upokoji, njegov pacient z določeno težavo se hoče vpisati drugam, na vrsto pa lahko najhitreje pride komaj čez pol leta ali še kasneje ter na tak način ne more odpraviti težave na hiter in cenejši način, četudi bi sam želel. Takšni pacienti polnijo dežurne ambulate, kjer se jih reši zgolj bolečine, z dejansko sanacijo pa se ne začne. To pomeni nadaljnje slabšanje stanja, razen če se odločijo za samoplačniško obravnavo.

V glavnem sem za to, da se ljudem da možnost za dobro, hitro in s tem cenejšo oskrbo, hkrati pa morajo biti motivirani, da se tega poslužujejo.

Naj omenim še en primer. V mariborskem zdravstvenem domu

imamo poseben preventivni kabinet za otroke. V primeru pomanjkljive ustne higijene lahko zobozdravniki tja napotimo otroka v spremstvu starša, kjer ga preventivne sestre učijo pravilne ustne higijene, dokler se rezultat ne izboljša. Kolikor mi je znano, tega ne krije ZZZS in ni stalnica po Sloveniji, mariborski zdravstveni dom pa to ljudem omogoča brezplačno. V ordinaciji se soočam s primeri, ko staršem predlagam, da bi z otrokom obiskali ta kabinet, pa staršem ni do tega. Nudi se jim nekaj koristnega, brezplačnega, nekaj, kar bi jim pomagalo rešiti težave, pa se tega na poslužujejo. Takšni otroci potem potrebujejo neprestane sanacije kariesov, ki so ob naslednjih sejah ponovno kariozni. Vlaga se ogromno dela, porablja veliko časa, kar zmanjšuje dostopnost ostalim pacientom, porablja se ogromno denarja s strani zdravstvene zavarovalnice, rezultat pa je na koncu slab. Zato bi bilo treba takšne paciente oz. njihove starše motivirati, da se poslužujejo preventive, tudi na način, da bi se zavarovalna premija povišala, če bi preventivo odklanjali.

Druga težava, ki jo vidim pri »sledenju denarja pacientu«, pa je vprašanje, ali naj sledi tudi v tujino. Načeloma bi ZZZS moralo biti vseeno, kje bo pacient dobil storitev, dokler bo v cenovnem okviru, hkrati bi to dostopnost do zdravstvenih storitev še dodatno povečalo. Po drugi strani bi to lahko pomenilo težavo za slovenske zobozdravnike oz. predstavljam si, da bi nas potem lahko bilo celo preveč. Sam sicer menim, da če bomo uspeli ljudem v Sloveniji zagotoviti dobro dostopnost, naj denar ne odteka iz države. Ne nazadnje se mi zdi že sedaj sporno, da zaradi slabe dostopnosti ljudje odhajajo v tujino.

Tretja težava, ki jo vidim pri spremembah na način sledenja denarja pacientu, pa je potencialni propad javnih (zobo)zdravstvenih ustanov. Mislim, da danes marsikdo v zdravstvenih domovih ostaja predvsem zato, ker ne dobi koncesije, v popolnoma samoplačniško dejavnost

pa si ne upa, ker ne ve, ali bo imel dovolj samoplačniških pacientov, da bo lahko pokril stroške in preživel. V primeru, da bi se pacientu plačevalo storitve pri kateremkoli izvajalcu, bi to tveganje odpadlo, in verjamem, da bi bilo posledično mnogo odhodov iz javnih ustanov v zasebne ambulante.

Vidim pa tudi možno rešitev. Govorilo se je, da so v ljubljanskem zdravstvenem domu celo znotraj obstoječega sistema že bile ideje v tej smeri. Zdravstveni domovi bi lahko svoje prostore in opremo oddajali. Verjamem, da bi marsikateri mlad zobozdravnik, ki si ne more privoščiti odprtja svoje ambulante, najel opremljeno ambulanto, plačeval najemnino, hkrati pa imel proste roke pri izbiri asistentke, zobotehnikov, materialov in drugih stvari, pri čemer bi lahko bil

samostojen in učinkovitejši. Kakovostne ustanove pa bi lahko iz tega ustvarjale tudi dobiček. Verjamem tudi, da bi takšne ustanove lahko kupovale naprave in jih oddajale več zobozdravnikom, ki bi tam delovali, kar bi bilo neprimerno bolj učinkovito, kot če si jo mora vsak zasebnik kupiti sam. Recimo, nekdo bi rad delal z dentalnim laserjem, vendar ga bo relativno malo uporabljal, zato je investicija vprašljiva, bolj tvegana. Na lokaciji, kjer je zbranih več zobozdravnikov, bi lahko ustanova kupila to opremo in jo dajala zobozdravnikom v najem, od česar bi sama imela dobiček, zobozdravniki pa bi tako tudi prišli do boljše opreme za nižje stroške. Rezultat bi bile kakovostnejše storitve za paciente ob istem strošku. Tako bi lahko v prestrukturirani obliki

zdravstvenih domov imeli boljšo opremo kot pa tam, kjer je en zasebnik sam. Mogoče bi bila to dodatna motivacija za zobozdravnike, da bi ostajali v teh ambulantah. Danes pa je ravno obratno – zaradi neučinkovite porabe denarja v javnih zavodih je oprema pogosto slabša kot pri zasebnikih, kljub dejstvu, da si mora danes vsak zasebnik kupiti stvar samo za sebe, četudi jo uporablja le občasno. Skratka, moje mnenje je, da zdravstvenim domovom ob teh spremembah ne bi bilo treba zapreti svojih vrat, ampak bi bila to lahko celo dodatna priložnost za izboljšanje. Mogoče pa so moja predvidevanja tudi zgrešena in večina ne bi odšla v zasebnništvo. To bi se dalo preveriti z anketami zdravniške zbornice in se posledično pripraviti na posledice sprememb.

Evtanazija – pravno ali medicinsko vprašanje?

Borut Stražišar, dr. pravnih znanosti, BB izobraževalni center
borut.strazisar@guest.arnes.si

Prispevek Mihe Oražma, dr. med., v Isis 8–9/2018 sem prebral z zanimanjem. Dobro je, da zdravniki razmišljajo o evtanaziji. Človek se nehoti zave slovenskega puritanstva, populizma ter živosti cankarjevskega pohujšanja v dolini šentflorjanski. Odnos Slovencev do smrti se je jasno pokazal ob pojavu »afere Radan.« Bombastični naslovi v dnevnem časopisu so nekemu slovenskemu zdravniku pripisali sindrom skoraj boga v beli halji. Slovenija pa je končno dobila svojega Kevorkiana. Primer Radan je medijsko ustvarjen – ampak za potrebe doline šentflorjanske je to zadoščalo. Pustimo ob strani, da so posamezne obtožbe zoper Radana, ob pričanju tujih izvedencev, padale kot mrtve muhe.

Škoda je le, da je želja po odkrivanju pohujšanja uničila osebno in poklicno življenje točno določenega človeka. Sodni primer zoper Radana in medijsko poročanje o tem kažeta na zelo zanimiv odnos, ki ga imamo Slovenci do smrti. Na eni strani nam smrt služi kot sredstvo za naslodo v rumenem tisku oz. za voajerstvo ob prometnih in drugih nesrečah. Na drugi strani pa se izogibamo temu, da bi svojci umirali doma – najbolje je, da umrejo v sterilnem okolju bolnišnice ali hospica. Smrt ni več nek naravni pojav, ki so ga opisovali vsi slovenski klasiki. Smrt danes jemljemo kot kugo – bog ne daj, da bi umrl doma, se lahko s smrtjo še kdo okuži. Mogoče je za ta pojav krivo izumiranje kmečkega življa in zdrave kmečke pameti.

In ta dvojni odnos se kaže tudi v razpravah o evtanaziji. S tem prispevkom bi želel opozoriti na nekatera vprašanja, ki jih bo treba predhodno rešiti, če želimo v Republiki Sloveniji dejansko izvesti razpravo o evtanaziji.

I. Prvo vprašanje, ki ga bo treba rešiti, je terminološko. Pojem evtanazije je namreč zgodovinsko nevtralen – grško pomeni »dobro smrt«. Torej smrt brez bolečin in trpljenja. Tudi tuja literatura na tem področju uporablja vso plejado različnih izrazov – dobra smrt, pasivna in aktivna evtanazija, zdravniško asistirani samomor itd. Za uspešno razpravo bo treba najprej opredeliti, kaj je predmet razprave. O katerem pojmu bomo razpravljali in kaj je vsebina tega pojma. Ozko pravno gledano je lahko tudi paliativna medicina oz. opustitev aktivnega zdravljenja v svojem jedru protipravna (recimo v primeru, ko se bolnik ne strinja s prenehanjem

aktivnega zdravljenja). Ne nazadnje tudi premestitev terminalnega bolnika iz enote intenzivne terapije (EIT) na klasični oddelek z nižjim standardom nege (in s tem možno hitrejšo smrtjo) lahko pomeni na nek način obliko namerne smrti z namenom skrajšati bolečino in trpljenje. Tudi opredelitev paliativne oskrbe s strani Svetovne zdravstvene organizacije v začetku 90. let 20. stoletja pomeni določen odziv na razprave o dobri smrti. Paliativna oskrba pomeni izboljševanje kakovosti življenja in zmanjševanje trpljenja bolnika in njegove družine, ki se sooča s terminalno boleznijo. Ne gre spre-gledati, da se število razprav o »dobri smrti« večja z napredkom medicine. Za potrebe tega prispevka bom uporabljal pojem smrt na zahtevo oz. ob privolitvi.

II. Drugo vprašanje je vsebinsko. Ali smrt na zahtevo oz. ob privolitvi pomeni zanižanje zdravnikovega poslanstva ali pa »sodobnejšo izvedbo« njegovega poslanstva? Upošteva-joč Hipokratovo prisego je temeljna naloga zdravnika zdravljenje in spoštovanje življenja. Hipokratova prisega prepoveduje tako splav kot tudi pomoč pri smrti. Vendar pa je Hipokratova prisega določala, da bo zdravnik uporabljal terapije z namenom pomoči bolnikom in ne z namenom škodovanja bolniku. Hipokratovi teksti pa ločijo tudi dve nalogi zdrav-nika – zdravljenje in pomoč pri ozdravljenju. Pomoč pri ozdravljenju je v primarni funkciji matere narave. Upoštevati je treba, da so prisega enostransko dane obljube, ki pomeni-jo moralno zavezo. Na zdravstvenem področju se zdravniki dnevno srečuje-jo z odstopanjem moralne prisega od zakonskih obveznosti – predpisovanje slabših zdravil, izpuščanje določenih testiranj, krajšanje časa, namenjenega pacientu, pravica do splava (oz. splav z namenom reševanja življenja mate-re), opuščanje zdravniške pomoči nezavarovanim osebam ... Dejstvo je, da v sodobnem svetu medicina postaja vse bolj tržno blago. Značilnost trga pa je, da se ponudba prilagaja povpraševanju. Prva država, kjer so zakonsko

priznali, da je razmerje med zdravni-kom in bolnikom izključno pogodbe-no in tako del tržnih razmerij, so bile ZDA v začetku 19. stoletja. Iz tega razloga so v ZDA tudi razvili pojem »zdravniška slaba praksa,« ki je bolni-kom oz. njihovim svojem omogočil tožbe proti zdravnikom. Pravzaprav imamo v Republiki Sloveniji srečo, da ta dejavnost ni prepuščena trgu oz. da je v Republiki Sloveniji ne obravnavamo kot tržne dejavnosti. Pod vplivom tržnih zakonov so se začeli izvajati različni posegi, ki na dolgi rok lahko tudi škodujejo zdravju bolnika – po-večevanje prsi, *face lifting* in druge lepotne operacije. Gre za posege, ki niso povezani s telesnim zdravstve-nim stanjem bolnika. Kot opravičilo za takšne posege se velikokrat navaja, da gre tudi v tem primeru za obliko zdravljenja. Pomeni izvajanje pose-gov, ki pomagajo bolnikovi psihi – po-sameznik je osebno prizadet zaradi subjektivno videne »anomali-je.« Ob tem je treba upoštevati, da sprejemljivih standardov prsi, oblike obraza, nosov ipd. ne določa vzgoja in ne estetika, temveč kapitalski stan-dard različnih industrijskih panog (o tem več piše dr. Vesna Vuk Godina). Zastavlja se vprašanje, zakaj nekoga, ki trpi zaradi premajhnih prsi, ne napotijo najprej na psihiatrično obravnavo, ne pa, da ima takoj pravi-co do lepotne operacije. Nekdo, ki trpi in bi si zato želel skrajšati življenje, pa je deležen nujne psihiatrične obravna-ve. Sodobna medicina ustvarja zelo zanimiv paradoks. Omogoča podaljše-vanje človeškega telesnega življenja, ne naredi pa nič na področju podaljše-vanja duševnega življenja. Ljudje z Alzheimerjevo boleznijo, ki bi mogoče pri polni zavesti umrli zaradi srčne kapi ali neke oblike raka, sedaj umira-jo v končnih stadijih Alzheimerjeve bolezni. Na drugi strani so posamez-niki, ki jim telo še dobro služi, prihaja pa do duševnega popuščanja oz. njihove socialne izključenosti iz sodobne družbe. Po zaslugi zdravil jim telo še dobro deluje – niso pa sposob-ni slediti zahtevam in izzivom sodob-ne družbe. Zaradi digitalizacije,

izgubljenih idealov, drugačnih med-človeških odnosov so vse bolj odvisni od drugih oz. jih družba celo vidi kot neke prikazni, ki ne sodijo v sodobni čas. Posamezniki postanejo odveč celo samim sebi – želijo si umreti (naveli-čani so življenja). Življenje jim ne postavlja več nobenega izziva – je le čakalnica na smrt. Želja po smrti je še toliko močnejša, ko se človek zaveda, da je že ali da bo odvisen od pomoči drugega. Običajno svojca, ki je že obremenjen z lastnim življenjem in z zahtevami sodobne družbe. Upošteva-ti je treba družbeno realnost, da tudi v Republiki Sloveniji ni dovolj kapacitet in ne dovolj kadra za kakovostno obravnavo vseh odvisnih posamezni-kov. Premalo je poudarka na posame-znikovem dožemanju kakovosti življenja in preveč vsiljevanja splošne-ga razumevanja kakovosti življenja. Koliko je lahko kakovostno življenje terminalnega bolnika z rakom, ki zaradi uporabe opioidov prespi več kot 70 % dneva? Koliko je lahko kakovostno življenje bolnika v zadnjih stadijih Alzheimerjeve bolezni? Ali je želja po smrti tako bolnih res patološka in jo je nujno treba obravnavati psihiatrično? Ali pa bi bilo tudi v tem primeru možno uporabiti »opraviči-lo« s področja lepotnih operacij – predčasni zaključek življenja kot oblika terapije oz. pomoči posamezni-kom. Lahko bi šli še korak naprej – zakaj ljudem, ki si želijo umreti, sploh predpisovati zdravila za srčno podpo-ro ali neka druga zdravila, ki služijo ohranjanju življenja? Zakaj se zdrav-niki v takšnem primeru ne bi vživeli v drugo vlogo – vlogo pomočnika matere narave? Opredelitev paliativne oskrbe s strani Svetovne zdravstvene organizacije je, poleg načela celovite oskrbe bolnika in deloma svojcev, lajšanje trpljenja, ko zdravljenje postane nekoristno (beri: ko zdravlje-nje začne bolniku povzročati dodatno škodo). Ocena nekoristnosti zdravlje-nja pa je odvisna od vsakokratne ocene leččega zdravnika. Dejstvo je, da ni neke jasne doktrine in standar-dov, ki bi določali jasno mejo, kdaj postane zdravljenje nekoristno. Ob

upoštevanju logike informiranega soglasja (zlasti z vidika aktivnega sodelovanja bolnika pri svojem zdravljenju) bi lahko tudi smrt na zahtevo oz. ob privolitvi jemali kot del postopka zdravljenja.

III. Tretje vprašanje je vprašanje ustavnih pravic. Gre za vprašanje, ali je odločanje o lastni smrti tudi del osebnostnih pravic. Zgodovina človeštva je bila vedno proti samomoru. V srednjem veku so samomorilce pokopali zunaj pokopaliških zidov, njihovo premoženje pa je prešlo na kralja oz. fevdalce. Tudi v sodobni družbi je samomor označen kot nekaj družbeno nesprejemljivega – moralno se obsoja pokojnega, moralno se obsoja družino pokojnega (če samomor uspe). Če samomor ne uspe, potem je samomorilec deležen obvezne psihiatrične obravnave. Zanimivo je, da nihče moralno ne obsoja samomorov v boju in policijsko izzvanih samomorov (ko posameznik zavestno prisili policijo, da uporabi strelno orožje). V čem se samomorilsko dejanje, storjeno v boju proti sovražniku (in izključno s samomorilskim naklepom), razlikuje od klasičnega samomora?

Nikjer v ustavi ni določeno, kako daleč lahko izvajamo svoje osebnostne pravice (izjema je, ko bi z izvajanjem posegli v enake pravice drugih). Pod utemeljitvijo osebnostnih pravic dovoljujemo izvajanje ekstremnih športov, ki lahko ob iskanju skrajnih meja povzročijo smrt posameznika. Gre torej za dejavnosti, kjer se posamezniki zavedajo, da je lahko določeno dejanje dejansko samomorilno (šport to sicer skriva pod pojem nesreča ali celo junaštvo – primer, ko alpinist sam odreže navezno vrv z namenom, da reši ostale v navezi). Gre torej za dvolično obnašanje družbe – enim so samomorilna dejanja dopustna (in jih družba celo poveljuje), drugim pa družba to omejuje (ko je samomorilno dejanje zelo jasno razvidno).

IV. Četrto vprašanje je povezano z vprašanjem razmerja poklicne zbornice do države. Vzpostavlja se vprašanje

razmerja med zakonodajo ter pravili stroke. Pravila stroke so oblika samoregulative, ki jih sprejemajo poklicne zbornice. Ta samoreglativa je bila vzpostavljena z namenom zaščite članov pred zahtevami družbe ter primarno z namenom urejanja razmerja med člani posamezne poklicne zbornice oz. združenja. Doktrina in ostala samoreglativna pravila so torej izraz interesov članov takšne organizacije in ne tudi širše družbe. Povsem legitimno je, da člani organizacij varujejo svoje interese in da jih v družbi ustrezno izražajo. Zato se tudi oblikujejo takšna združenja. Vprašanje legitimnosti pa se vzpostavi v primeru, ko takšna združenja poizkušajo prikazati svoje interese kot interese širšega dela družbe. In takšen primer predstavlja področje zdravstva. Zdravniki naj bi delali v interesu in za dobro bolnika (tako je tudi določeno v področni zakonodaji). Razprave okrog smrti na zahtevo oz. s privolitvijo pa kažejo ravno nasprotno. Doktrina »informiranega soglasja« bolnika pripoznava kot enako-pravnega partnerja v procesu zdravljenja (bolnik naj bi torej polno soodločal o načinih in postopkih svojega zdravljenja in tudi razumel posledice svojih odločitev). V razpravah o smrti na zahtevo oz. s privolitvijo pa ta enakopravnost izgine. Pojavi se stari obrazec paternalizma zdravnika nad bolnikom – zdravnik je tisti, ki ve, kaj je dobro za bolnika. Verjetno pa je odločitev o smrti na zahtevo oz. s privolitvijo na strani bolnika sprejeta veliko bolj avtonomno in se bolnik tudi bolj zaveda posledic svoje odločitve kot v marsikaterem drugem postopku zdravljenja. Tudi informirana zahteva oz. privolitev v smrt je na strani bolnika podpisana manj formalistično kot pa informirano soglasje za kakšne bolj zahtevne medicinske postopke. Glede na navedeno bi v razpravah pričakoval večje zagovarjanje bolnikovih interesov kot pa interesov članstva zbornice. Dokler se bo ob razpravah o smrti na zahtevo oz. s privolitvijo hkrati razpravljalo tudi o možnosti ugovora vesti pri

zdravniku, dotlej so te razprave bolj izraz interesa članstva in ne bolnikov in jih je treba jemati kot povsem enostranske in subjektivne. Za potrebe demokratičnega diskurza bi pričakoval, da bo zbornica jasno povedala, da je to izključno stališče zdravniške stroke in da tukaj interes bolnikov ni in ne more biti upoštevan. Stališča strokovnih organizacij so lahko zgolj prispevek v širši družbeni razpravi o smrti na zahtevo oz. s privolitvijo, ne morejo pa predstavljati temelja takšne razprave. Takšna stališča tudi ne morejo biti prikazana kot izraz širše volje bolnikov. Pravico do smrti na zahtevo oz. s privolitvijo mora opredeliti zakonodaja – zdravniki so nato dolžni spoštovati in izvajati sprejeto zakonodajo znotraj varovanja človekovih pravic in svoboščin.

V. Zadnje vprašanje je povezano z ločitvijo paliativne oskrbe in odločanja o smrti na zahtevo oz. s privolitvijo od postopka zdravljenja. Osebo menim, da sedanji sistem v Republiki Sloveniji, ko je lečeči zdravnik hkrati zdravnik in »homo economicus« (torej izvajalec finančne politike zdravstvene zavarovalnice), povsem shizofren. Bolnik naj bi zdravniku zaupal, da bo zanj izbral najboljše metode zdravljenja in najboljša zdravila, hkrati pa isti zdravnik ščiti interese zdravstvene blagajne nasproti bolniku. Dejstvo je, da se z zdravljenjem terminalnih bolnikov v enotah intenzivne terapije porablja denar, ki bi ga lahko v družbi porabili za zdravljenje perspektivnih bolnikov. Pravno gledano posameznik (bolnik) zlorablja svojo pravico na račun drugega – to še toliko bolj velja v sistemu vzajemnega zavarovanja. Odločitev o nekoristnem zdravljenju bi tako morala biti primarno v rokah zdravstvene zavarovalnice. Bolniki namreč plačujejo zdravstveni zavarovalnici. Slednja je tudi varuh interesov bolnikov nasproti izvajalcem – gre za pogodbeni odnos med zavarovalnico ter izvajalcem zdravstvene dejavnosti. Če je v Republiki Sloveniji zdravstvena dejavnost opredeljena kot javna služba, potem bi morala država zagotavljati enake

pogoje in enake standarde pri vseh izvajalcih znotraj javne mreže. Prepustanje odločanja o nekoristnosti zdravljenja posamezni ustanovi (oz. njeni notranji zdravstveni ekonomiki ali fiktivni konkurenci med izvajalci javne službe) pomeni neenako obravnavo bolnikov v Republiki Sloveniji.

V odločanje o paliativni oskrbi oz. o smrti na zahtevo oz. s privolitvijo tudi ne morejo biti vključeni lečeči zdravniki. Med bolnikom in zdravnikom naj bi bilo vzpostavljeno razmerje zaupanja. Z izbiranjem zdravljenja zdravnik bolniku vzbuja tudi določeno upanje – upanje, da bo bolezen pozdravljena. S trenutkom, ko lečeči zdravnik bolnika seznani, da je aktivno zdravljenje nekoristno in da bo bolnik predan paliativni oskrbi, se takšno zaupanje poruši. Kako naj bolnik še zaupa zdravniku, ki mu je povedal, da mu medicina ne more več pomagati in da bo zagotovo umrl? Bolnik lahko povsem utemeljeno dvomi, da bodo vse naknadne odločitve sprejete bolj v korist sistema kot pa bolnika. Tudi vzpostavljena rutina in pričakovanja bolnika se čez noč porušijo. Bolnik se upravičeno začne spraševati o »dobri smrti.« Ob tem ne

gre spregledati tudi splošnega pojava, da ljudje praviloma slišimo le tisto, kar želimo slišati. Na področju onkologije se velikokrat pojavijo primeri, ko bolniki ali njihovi svojci posamezni poseg ali terapijo razumejo kot obliko aktivnega zdravljenja in ne kot poseg, ki zgolj za krajši čas olajša bolnikovo življenje. S prenašanjem posameznih terminalnih bolnikov na drugega lečečega zdravnika bi tako bolnik kot svojci dobili jasno sporočilo, kdaj je nastopil trenutek paliativne oskrbe in s tem tudi čas za dostojno slovo od svojca.

Ob vzpostavljanju takšnega sistema pa se bo verjetno pojavil nov problem – po veljavni zakonodaji bi morali tudi ob uvedbi paliativne oskrbe pridobiti informirano soglasje. Kaj storiti v primeru, ko bolnik ali svojci takšnega informiranega soglasja ne bodo dali? Kaj storiti v primeru, ko terminalni bolnik ne bo privolil v premestitev iz EIT na klasični oddelek (ob tem, da dejansko še izpolnjuje kriterije za EIT)? Prav zato je treba v te razprave in soodločanje pritegniti tudi zdravstveno zavarovalnico.

Vse ostale razprave o povečevanju števila asistiranih smrti, povečevanju

števila samomorov itd. se mi zdijo brezpredmetne in tudi zakrivanje bistvenih vprašanj oz. zloraba teh podatkov z namenom zaščite interesov določene skupine. Tukaj gre za temeljno pravno-politično in filozofsko vprašanje – do kod segajo moje osebnostne pravice in ali je pravica do smrti del osebnostnih pravic. Družba bo vedno razdeljena na liberalni, konservativni in apatični del. Umiranje papeža Janeza Pavla II. je prikazano kot izraz krščanskega bistva, da zgolj s trpljenjem prislužiš nebesa. Papež sam je pokazal, da je trpljenje ob umiranju del krščanskega življenja in del božjega načrta. Da mora kristjan sprejeti bolezen in trpljenje kot del svojega odrešenja. To pa še ne pomeni, da mora biti k takšni filozofiji zavezana celotna civilizacija. Vera je večinoma opredeljena kot zasebna stvar. Odločitev o načinu umiranja je tudi osebna, intimna odločitev. Hkrati pa je svoboda veroizpovedi temeljna človekova pravica. Na enak način bi morali torej obravnavati tudi pravico do smrti. Torej gre za razprave, ki bi se morale najprej odvijati v politični, in ne strokovni sferi.

O »zdravnikovanju«

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

Spominjam se, da sem v času najaktivnejšega zdravniškega delovanja občasno zaznavala epizode avtoritativnosti v svojem odnosu z bolnikom. Pojavljale so se, ko sem poskušala dvomečega bolnika prepričati v svoj prav in ga pripraviti, da bi sledil moji »medicinski doktrini«. Kasnejša leta so mi odkrila, da se doktrine lahko s časom spreminjajo in da niso absolutne in za vedno veljavne. Obrusila sem se in vse manjkrat vztrajam pri svojem načelnem mne-

nju ter se poskušam bolj približati bolnikovemu miselnemu toku.

V dvomilijonskem slovenskem prostoru v praksi pravzaprav ni pravih pogojev za strokovno konkurenčnost. Sistem temelji na hierarhičnem načelu in strokovno doktrino oblikuje terciarni nivo zdravstvenih strokovnjakov. Njihovo število je omejeno in tudi ni njihove pretočnosti. Ko posamezniki dosežejo strokovni vrh, v večini ostajajo na njem do konca svoje delovne dobe.

Oblikovalci doktrine se dostikrat odmaknejo od neposrednega dela z bolniki in ga prepuščajo mlajšim zdravnikom. Odločanja o konkretni bolnikovi obravnavi se vse bolj prenašajo na različne konzilije. Konzilij oblikuje svoje mnenje na podlagi podatkov, kot jih predstavi neposredni bolnikov zdravnik. Preverjanja predstavljenih podatkov in kliničnega stanja bolnika se ne izvaja. To se lahko večkrat opazi pri rakavih bolnikih, katerim se v praksi ob nadaljnjem onkološkem obravnavanju že dogovorjen način zdravljenja spremeni in se ga ne izvede v obsegu, kot je bil prvotno načrtovan, oz. se

intenzivnost onkološkega zdravljenja včasih zmanjša. Omenjena sprememba načrta zdravljenja za bolnika ni lahka in vpliva na njegovo zaupanje v obravnavo.

Ugotavljam, da bolnikov na splošno ne obravnavamo kot posameznikov, ampak bolj kot zdravstvene primere, z njimi pa začnemo nekako razpolagati. Bolnikom sicer hočemo dobro, a jih ne vključimo v aktivno soodločanje pri obravnavanju njihove bolezni. Razširilo se je hitenje mimo bolnikov, ob njih se nimamo časa zaustavljati, čeprav pogosto poudarjamo, da so središče zdravstvenega obravnavanja, ki pa je čedalje bolj formalizirano.

Za dodatno osvetlitev problematike omenjenega neosebne obravnavanja bolnikov bi izpostavila tudi lastno relativno svežo izkušnjo, ko sem dve bolnici usmerila v terciarno presojo njunega dosedanjega zdravljenja ter želela mnenje glede poskusne uvedbe bioloških zdravil. Obe bolnici v srednjih letih sta imeli podobno diagnozo redkega avtoimunskega obolenja ter bili sinhrono multidisciplinarno spremljani več kot dvajset let. Zaradi dolgoročnih stranskih učinkov kroničnega standardnega zdravljenja sta me spodbudili k razmišljanju o morebitni spremembi dosedanjega zdravljenja oz. poskusni uvedbi zdravljenja z biološkimi zdravili, ki se je glede na tuje izkušnje, pri nekaterih podobnih bolnikih, obneslo. Če bi bilo zdravljenje ocenjeno kot primerno za bolnici, bi morda lahko nadomestilo kronično kortiko-

steroidno zdravljenje in/ali citostatike oz. vsaj znižalo njihove odmerke.

V obeh primerih na terciarni ravni niso videli potrebe po spremembi načina dosedanjega dolgoletnega imunosupresivnega zdravljenja.

Pri prvi od bolnic se je kmalu po konziliju specialist na terciarni ravni, ki je tudi že leta vzporedno spremljal bolnično stanje, odločil – ne glede na konziliarno priporočilo o nadaljevanju standardne terapije – za uvedbo bioloških zdravil. Ta so pri bolnici učinkovito zavrla zagon poslabšanja bolezni in bolezen za sedaj stabilizirala, bolnica pa jih bolje prenaša kot predhodno standardno zdravljenje.

Obe bolnici sta bili razočarani predvsem nad formalističnim pristopom vprašanih konzilijev do njune problematike in zaradi načelne zavrnitve spremembe zdravljenja. Imeli sta občutek, da se ne upošteva njunih subjektivnih argumentov za morebiten poskus spremembe dolgoletnega standardnega zdravljenja. Pri prvi bolnici se je spremenjeno zdravljenje sicer izkazalo za koristno, ni pa rečeno, da bi bilo enako uspešno tudi pri drugi, kasnejši bolnici, na kar je bila vnaprej opozorjena.

Zanimivo je, da tudi sama, ko sem v vlogi bolnika, občasno zaznavam pri obravnavanju nekakšno vzvišenost tistih, ki me obravnavajo. Ne upoštevajo, da sem zdravnica in da imam o problematiki zelo verjetno tudi svoje mnenje.

Dolgoletno delo z bolniki me je naučilo, da je treba bolnika poslušati, mu dati čas, da se izrazi, in se z njim

pogovarjati na primerno prilagojenem strokovnem nivoju.

Malignomskemu bolniku, ki je bil npr. po odpustu z diagnostične obravnave seznanjen, da bo zdravljen kombinirano s kemoterapijo in obsevanjem, pri nadaljnjem onkološkem obravnavanju pa se prvo ali drugo ali celo obe zdravljenji opusti, bi morali podrobno tankočutno razložiti, zakaj se ne upošteva odločitve konzilija in kako bo obravnavan vnaprej. Verjetno bi bila koristna tudi povratna informacija primarnemu konziliju, zakaj se njegovih priporočil pri nadaljnji onkološki obravnavi ni upoštevalo.

Kar zadeva omenjeni bolnici in občasne lastne občutke pri svojem zdravstvenem obravnavanju, pa kažejo na pomanjkanje našega tankočutnega odnosa do bolnikov. Dolgoletni bolnik se z leti spozna s svojo boleznijo ter z dobrimi in slabimi učinki zdravljenja. Treba ga je razumeti, da bi si želel izboljšati zdravstveno stanje. Največkrat ni nezadovoljnež. Morda bi mu bilo treba iti večkrat nasproti. Tako kot tudi zdravniku, kadar se znajde v vlogi bolnika in ne more iz kože zdravnika.

Zdravnikovo poslanstvo ni uveljavljanje svoje moči, ki mu jo daje njegov poklic. Zavedati bi se moral svojih človeških omejitev. Vsak od nas je namreč omejen s hrklostjo živga bitja, staranjem in umrljivostjo.

Tega bi se morali vsakodnevno zavedati in ostati kot zdravniki predvsem zavestno skromni in gojiti svojo empatijo do soljudi.

Ko te obišče zdravstveni inšpektor – drugič

Sonja Garmuš Bezek, dr. med., spec. spl. med., Zasebna splošna ambulanta

V zadnji številki revije Isis sem prebrala članek kolegice Silvine Popov o obisku zdravstvene inšpektorice.

Ker sem se imela pred enim tednom čast srečati z inšpektorico in je spomin še ves svež, sem se odločila, da podelim še svojo izkušnjo, čeprav je bila gospa dokaj razumevajoča in se je spraševala, zakaj organizacije, katerih člani smo, ne poskrbijo, da postanejo zakoni, ki nam jih predpisujejo, bolj človeški, razumski, uporabni, izvedljivi v praksi ...

Ja, na vratih čakalnice nimam napisane telefonske številke, na katero bi me pacient lahko iz čakalnice poklical in vprašal, zakaj hudiča že toliko časa čaka?! Čeprav ne poznam veliko non, ki pridejo k meni v ambulanto in imajo s seboj beležnico in svinčnik ali bi si telefonsko številko poslikale s svojim telefonom. Običajno jim telefonsko številko napišem na seznam stalne terapije, ki ga nosijo s seboj, ali pa na listek, ki ga shranijo v denarnico.

Če pa že pridejo v čakalnico, pridejo še na pregled, če je prosto, ali pa se enostavno naročijo pri sestri, ne da bi jim to morala napisati na papir. Pravzaprav ne poznam nikogar, ki bi bil v dilemi, kako se naročiti pri osebnem zdravniku, ko je že enkrat prišel do vhodnih vrat v ordinacijo.

Na vratih čakalnice in na spletni strani tudi nimam napisano, da se lahko naročiš po pošti. Moj scenarij: Pacient napiše pismo – Spoštovana gospa doktor! Imam 39° vročine in boli me grlo. Kdaj bi se lahko oglasil na pregled? Naslednji dan napišem pismo jaz – Spoštovani gospod tapata! Prosim, če se jutri ob desetih oglasite v ambulantni, ker moram vzeti bris na streptokok. Saj bi ga poklicala na telefon, pa je ravnokar zamenjal številko in mi javlja, da ta številka ne obstaja ...

Titri za ošpice in hepatitis tudi moje gospe niso zanimali, jo je pa zmotilo, da imam ukrepe ob morebitnem vbodu z iglo napisane pavšalno, na splošno, za vse zdravstvene delavce. Ker so, kot kaže, ukrepi različni, če se z okuženo iglo zbudem jaz ali pa če se moja srednja medicinska sestra ali mogoče celo moja referenčna sestra.

Ja, tudi števila opredeljenih pacientov nimam vpisanega na spletni

strani – gospa mi ni znala svetovati, ali naj vpišem opredeljene paciente ali morda količnike in kako pogosto naj spremembe osvežujem. Ali vzamem podatke, ki jih imam v programu, ali mogoče podatke na strani ZZZZ, saj ni nujno, da so enaki???

Potem je prišlo na vrsto naročanje!

1. Zaporedna številka – čemu služi? Ja, tako piše v zakonu. Prvi dve uri ordinacijskega časa sta namenjeni nujnim, nenaročenim pacientom, potem jih naročamo v časovnem zaporedju. In kaj, če potem pride pacient s hudo migreno, ki močno bruha? Oprostite gospod. Nimate zaporedne številke, sploh pa imamo danes že polno ... Ali pa ima bolečine v prsih? Ali ledvične kolike? Ali motnjo ritma? Ali nekdo, ki težko diha? Ali poškodba s sekiro???

2. Ime in priimek – to imam urejeno po zakonu!

3. Pacientove kontaktne podatke – ti so vpisani v osnovnem listu pacienta. Če jih potrebujem, grem na okence s pacientovimi podatki. Da bi ponovno vpisala zahtevane podatke, bi potrebovala dodaten čas – zakaj?

4. Razlog obravnave – če ga pacient že želi povedati po telefonu – recimo pride v ambulanto zaradi angine in ko mu pustim nekaj časa, se izkaže, da je močno depresiven, plane v jok in porabim pol ure, da mogoče pridem do vzroka in se pogovorim, celo uvedem terapijo, se dogovorim za kontrole ...

Ali pa se pacient naroči zaradi poškodbe, ker je padel na pločniku in se poškodoval po glavi. Potem se izkaže, da ima kompletni AV-blok s frekvenco 30/min., kar potegne za sabo kar nekaj zaporednih števil ... In potem me lahko pacient z zaporedno številko 5 toži, ker ni prišel na vrsto takoj za številko 4 in je moral eno uro čakati, da smo pacienta ustrezno oskrbeli, naredili tisto, kar mu pripada, in ga predali urgentni ekipi iz 12 km oddaljene ambulante NMP, ki je bila na srečo tisti hip takoj na voljo.

Ali pa vmes referenčna sestra pripelje pacientko na EKG – med

snemanjem se nesrečno izkaže, da ima motnjo ritma. Kaj zdaj – pacientka sploh ni naročena pri meni, ne osebno, ne po pošti, nima zaporedne številke, ima pa motnjo ritma?

Prvi pregled lahko pomeni kontaktni dermatitis na goleni po stiku s travo, za kar porabim nekaj minut, ali pa bolečino v prsih, ki lahko pomeni marsikaj ali pa tudi ne in za katero lahko porabim tudi eno uro, če je »scenarij« slab.

5. Termin – tudi to imam urejeno po zakonu!!!

6. Navedbo o izvedbi zdravstvene storitve – za to sem potrebovala prevod. In moja razlaga je bila enostavna – če je pacient naveden na seznamu »Dnevnik dela za dan ...«, potem smo ga tisti dan tudi obravnavali. Če pacienta ni na tem seznamu, zelo verjetno ni bil pri nas, torej zdravstvene storitve nismo mogli izvesti. Enostavno, ne?

Jaz v ambulantni tako ali tako samo gledam in pogledujem ... Moja sestra jemlje kri, centrifugira epruvete, dela hemograme na hematološkem analizatorju, nastavlja infuzijo, dela EKG-je, sprejema telefonske klice, opravlja preveze – zdaj pa naj bi vpisovala še cel kup nesmiselnih podatkov, ki jih je nekdo, ki nima pojma, kako je videti dan v splošni ambulantni na periferiji, vpisal v ZPacP???

Verjetno ste se srečali z novimi pravili v zvezi z GDPR?

Pa z vsemi zahtevami, ki jih moramo izpolnjevati, če želimo cepiti svoje paciente?

Pa z vsemi zahtevami, če želim opravljati osnovne laboratorijske preiskave pri pacientu, namesto da jih pošiljam v 12 km oddaljen ZD?

Pa z ...

Pa se kdo zavzame za nas?

Antirabične obravnave

Prim. dr. Alenka Trop Skaza, dr. med., Amadeja Lemež Jeseničnik, sms, dipl. san. inž., Alenka Pelko, sms, dipl. san. inž., Ines Kebler, dr. med., Nacionalni inštitut za javno zdravje, Območna enota Celje

Uvod

Steklina je ena najstarejših zoonoz. Epidemiološko tveganje za zdravje ljudi predstavlja predvsem urbana steklina, ki se širi s pasjimi ugrizi, rezervoar silvatične stekline pa so divje živali (1).

V Sloveniji je bila urbana steklina izkoreninjena kmalu po drugi svetovni vojni. Ukrepi za preprečevanje stekline pri ljudeh so različni in jih v sodelovanju izvajata veterinarska in zdravstvena stroka. Med letoma 1947 in 1950 je zaradi stekline v Sloveniji umrlo 14 oseb; od leta 1950 zaradi stekline ni umrl nihče (2).

V letu 2016 se je Slovenija razglasila za državo, prosto stekline (3). Iz območnih enot Nacionalnega inštituta za javno zdravje (OE NIJZ) smo o tem obvestili vse izvajalce zdravstvene dejavnosti v Sloveniji.

Antirabične obravnave na Celjskem

Celjska antirabična ambulanta NIJZ je po številu antirabičnih obravnav med večjimi v Sloveniji (4). V obdobju od leta 2013 do 2016 smo imeli na leto v povprečju 541 antirabičnih obravnav (Histogram 1).

V tem času smo poekspozicijsko v povprečju na leto proti steklini cepili 158 oseb (Histogram 2). V veliki večini je šlo za ugrize psov, sledili so ugrizi mačk, glodavcev in drugih živali, 29 oseb

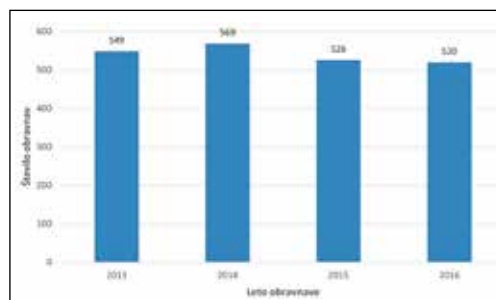
pa je prišlo na antirabično obravnavo zaradi stika z vabo za cepljenje lisic.

V decembru 2016 smo vsem zdravstvenim ustanovam v celjski regiji poslali obvestilo glede antirabičnih obravnav, vezano na samorazglasitev Slovenije kot države, proste stekline (3). V letu 2017 smo zaradi tega imeli več kot prepopolnjeno število obravnav (253), poekspozicijsko pa smo proti steklini cepili 17 oseb. V glavnem so poškodbe povzročili psi, v šestih primerih pa je bil razlog antirabične obravnave stik z vabo za cepljenje lisic. Razlogi za cepljenje proti steklini so bili v 11 primerih poškodbe neznanih psov v državah, kjer je steklina še prisotna (vsi na Hrvaškem), v štirih primerih je šlo za stik z vabo za cepljenje lisic, v enem primeru je osebo ugriznila opica na Baliu, v enem primeru pa je šlo za ugriz netopirja, ki ga je oseba reševala iz mreže.

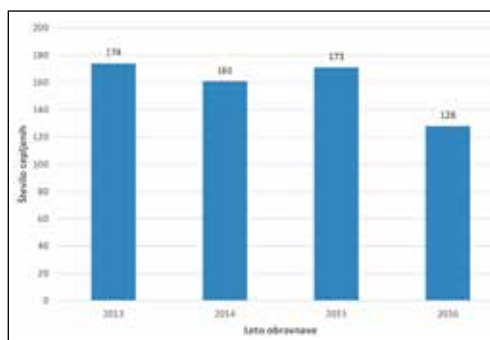
Razprava

Po ocenah na svetu zaradi stekline vsako leto umre 59.000 ljudi. Večina primerov se zgodi v Afriki in Aziji, okoli 40 % pri otrocih, mlajših od 15 let. V 99 % primerov je steklina pri ljudeh posledica ugriza/stika s steklom psom (5).

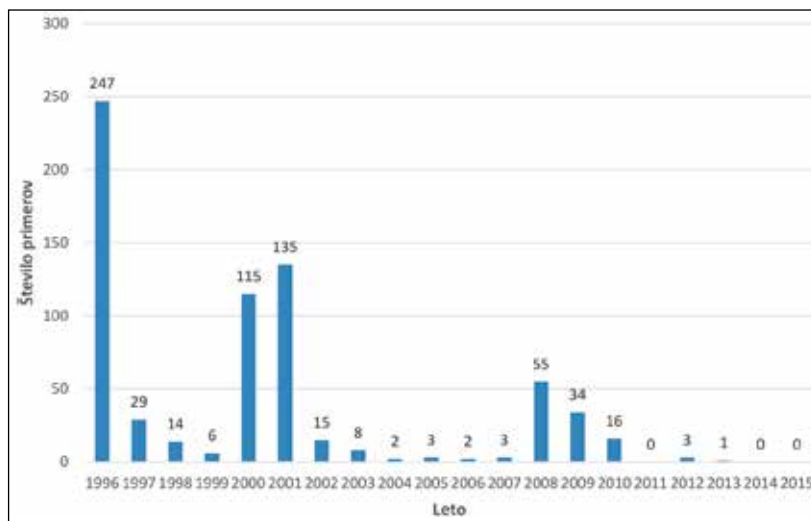
Urbana steklina, ki jo prenašajo psi, je bila v Sloveniji izkoreninjena v 50. letih prejšnjega stoletja zaradi uvedbe obveznega cepljenja psov



Histogram 1: Število antirabičnih obravnav v celjski regiji od 2013 do 2016.



Histogram 2: Število poekspozicijsko cepljenih oseb v celjski regiji od 2013 do 2016.



Histogram 3: Število primerov stekline pri živalih v Sloveniji od 1996 do 2015.

proti steklini v letu 1947 in drugih veterinarskih ukrepov. V sedemdesetih letih se je začela pojavljati silvatična steklina, kjer so rezervoar divje živali, v našem prostoru predvsem lisice. Leta 1988 je steklina zajela vso državo. Zaradi tega so od 1988 do 1994 uvedli ročno polaganje vab, v katerih je oslabljen virus stekline, na najbolj ogrožena območja. Kljub temu so leta 1995 odkrili 1089 primerov stekline pri živalih, kar je 40 % več kot v letu 1989 (647 primerov) (3). Ker ročno polaganje vab ni bilo uspešno, so 1995 začeli z novo strategijo polaganja vab s pomočjo letal. Število primerov stekline pri živalih je izrazito upadlo (Histogram 3). Silvatična



Slika 1. Vabe za cepljenje lisic. Oslabljen virus stekline se nahaja v tekočini v plastičnem omotu. Pridobljeno s spletne strani UVHVVR: http://www.uvhvvr.gov.si/delovna_podrocja/zdravje_zivali/bolezni/steklina/cepljenje_lisic_proti_steklini/

steklina je bila v Sloveniji v različnem obsegu prisotna do leta 2013 (6).

Kot posledica samorazglasitve Slovenije kot države, proste stekline, se je močno zmanjšalo število antirabičnih obravnav (Tabela 1) (4).

Leto	Število obravnavanih	Število cepljenih	Delež cepljenih (%)
2008	2921	728	24,9
2009	2836	750	26,4
2010	2236	592	26,5
2011	2730	757	27,7
2012	2738	806	29,4
2013	2542	742	29,2
2014	2619	737	28,2
2015	2515	768	30,5
2016	2499	704	28,2
2017	1435	189	13,2

Tabela 1: Število obravnavanih in število poekspozicijsko cepljenih oseb proti steklini v Sloveniji od 2008 do 2017.

Na obravnavo v antirabično ambulanto zaradi ogroženosti glede stekline ni treba napotiti poškodovane osebe, ki jo je v Sloveniji poškodovala domača ali divja žival, ki je sesalec in je šlo za izzvan ugriz (npr. ugriz ob tem, ko človek živali stopi na rep, tačko, jo draži, ji jemlje hrano, jo nadleguje, se z njo preneha igrati, vstopi na njen teritorij ipd.). Na obravnavo je treba napotiti osebo oz. zaradi napotitve kontaktirati epidemiologa v primeru poškodbe na tujem, pri ugrizih brez razloga (neizzvani ugrizi), če gre za stik z netopirjem ali za stik s tekočino vabe, ki vsebuje oslabljen virus stekline. Vaba za cepljenje lisic je sestavljena iz zuna-

njega ovoja, ki je namenjen privabljanju lisic; vsebuje ribjo moko, kokosovo maslo, vosek in biomarker (tetraciklin). V kapsuli v notranjosti vabe je cepivo, ki vsebuje oslabljen virus stekline (SAD B19) (Slika 1) (7). Če pride vsebina vabe (tekočina) iz omota v stik s sluznico ali svežo rano, tak stik obravnavamo kot ugriz stekle živali. Če je kapsula nepoškodovana, tveganja za steklino ni.

V praksi opažamo, da je napotitev v antirabično ambulanto velikokrat razlog slabe volje pri pacientih. Ljudje se jezijo, zakaj nič ne storimo, še posebej, če gre za poškodbe s strani neznanih živali na slovenskih tleh. Veliko situacij, pri katerih se zdravnik prvega stika sam ne more odločiti glede napotitve, lahko razreši s posvetom z epidemiologom preko vedno aktivnih telefonskih števil, ki jih imajo izvajalci zdravstvene dejavnosti.

Zaključek

Ker je steklina smrtno nevarna bolezen, je potrebno kontinuirano izvajanje preventivnih ukrepov, ki vključujejo tudi obvezno cepljenje psov, polaganje vab in druge veterinarske ukrepe, ukrepanje ob poškodbah živali in stikih z vabami. Ponekod umanjka odgovorno ravnanje lastnikov psov ter izobraževanje ljudi s poudarkom na spiranju ugrizne rane pod tekočo vodo z uporabo milnice ter preprečevanju stikov z vabami za cepljenje lisic.

Viri

1. Hampson K et. Al. Estimating the global burden of endemic canine rabies. *Trop Dis* 2015; 9(5):e0003786.
2. Košir M, Kraigher A. Postopki preprečevanja stekline pri ljudeh. *Zdrav Vestn* 2012; 81: 363-71.
3. OIE Bulletin. Self-declaration by Slovenia of freedom from rabies; No2016-2:75-81. Pridobljeno 18.9.2018 s spletnega naslova: <https://eurl-rabies.anses.fr/en/minisite/rabies/self-declaration-slovenia-freedom-rabies>
4. Nacionalni inštitut za javno zdravje, Center za nalezljive bolezni. Cepljenje proti steklini in obravnava oseb v antirabičnih ambulantah v letu 2017. Preliminarno poročilo, maj 2018. Pridobljeno 18.9.2018 s spletnega naslova: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/steklina_-_preliminarno_porocilo_2017_3.pdf
5. World Health Organisation. Rabies vaccines: WHO position paper. *Weekly epidemiol rec* 2018; No 16, 93:201-220.
6. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Košir M, Frelj T. Preprečevanje stekline pri ljudeh. Nacionalne smernice. Citirano kot sekundarni vir. Pridobljeno 18.9.2018 s spletnega naslova: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/alg_preprec_stekl_pri_ljudeh_ver6_25jan17.pdf
7. Uprava RS za varno hrano, veterinarstvo in varstvo rastlin. Cepljenje lisic proti steklini. Pridobljeno 18.9.2018 s spletnega naslova: http://www.uvhvr.gov.si/delovna_podrocja/zdravje_zivali/bolezni/steklina/cepljenje_lisic_proti_steklini/

Vtisi o delu z gama nožem v Marseillu

Prof. dr. Tadej Strojnik, dr. med., spec. nevrokirurg

Pred slabim letom sem se odločil nadaljevati svojo poklicno pot v tujini. Zasledil sem oglas za prosto delovno mesto v Marseillu v bolnišnici Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille (AP-HM) na Oddelku za stereotaktično in funkcionalno nevrokirurgijo. Iskali so mlajšega(?) nevrokirurga za delo na področju stereotaktične radiokirurgije, ki me je zelo zanimalo. Že dolgo sem si želel delati z gama nožem, a žal v Sloveniji te možnosti nimamo. Metoda je v zadnjem času vse bolj razširjena in za zdravljenje določenih bolnikov nepogrešljiva. Prijavil sem se na razpis in povedal, da nisem mlad, da ne znam najbolje francosko in da nimam nobenih izkušenj z gama nožem. Poslal pa sem življenjepis, iz katerega je bilo razvidno, da sem delal in objavljaj na področju stereotaksije. Kmalu je odgovoril predstojnik prof. Jean-Marie Régis, ki je tudi predsednik francoskega nevrokirurškega združenja. Povabil me je, naj pridem.

Sprejel sem izziv in kmalu so mi poslali pogodbo z začetkom dela v začetku decembra 2017. Imel sem slaba dva meseca, da zaključim na svojem dotedanjem delovišču v UKC Maribor, utrdim francoščino in se preselim v Marseille. Takoj po prihodu, kar v soboto, 9. decembra 2017, sem začel. Povedali so mi, da se zadnjič pogovarjajo z mano angleško in da se bomo naprej sporazumevali v francoščini. Naslednji teden je potekal mednarodni tečaj stereotaktične radiokirurgije, na srečo v angleščini, ki ga tamkajšnji oddelek prireja vsako leto. Tako sem osvojil nekaj teoretičnih osnov, obenem pa so me takoj polno vključili v delo. Center v Marseillu je eden najbolj obremenjenih in napravijo najverjetneje največ posegov z gama nožem na svetu. Delo poteka na dveh Elektinih napravah Leksell Gamma Knife® hkrati, in sicer najnovejšem Icon™ in nekoliko starejšem Perfexion™. Dnevno se zdravi od 5 do 10 bolnikov, ki prihaja-

jo iz cele Francije, drugih evropskih držav in frankofonske Afrike ter Bližnjega vzhoda.

Razpon patologije je izjemno širok, najštevilnejši so onkološki bolniki z multiplimi metastazami. Prav za zdravljenje slednjih so me v glavnem sprejeli na delo. V Franciji imajo drugačen pristop k zdravljenju omenjenih bolnikov, kot sem ga bil vajen pri nas. V Sloveniji se v glavnem še vedno obseva cele možgane, tu le izjemoma. Tudi pri multiplih metastazah ne, neredko se z gama nožem zdravi bolnike z več kot 20 metastazami v možganih. Radiorezistentne metastaze npr. melanoma ali karcinoma ledvic so zelo primerne za zdravljenje z gama nožem, saj lahko s stereotaktično radiokirurgijo uporabiš večje doze. Tudi zelo velike metastaze, večje od 3 ali celo 4 cm, se lahko v določenih primerih zdravi z gama nožem. Uporabi se stopenjski, t. i. *stage* pristop in se predvideno dozo (npr. 30 Gy) razdeli na tri terapije v enotedenskih razmikih. Bolnike nato spremljajo onkologi. Vsake tri mesece se kontrolira MR in v primeru napredovanja bolezni ali novih metastaz se

zdravljenje ponovi. Nekateri bolniki prihajajo na gama nož več let, na vsakih nekaj mesecev. Tedensko, vsako sredo, poteka videokonferenca, na kateri onkologi predstavijo bolnike in se dogovorijo za zdravljenje. Onkološki bolniki praviloma ne čakajo dolgo na poseg. Ob tem me zaskeli spomin na bolečo izkušnjo, ko sem poskušal poslati mladega bolnika z majhnima metastazama ledvičnega karcinoma na gama nož v tujino. Komisija v Ljubljani in ZZZS sta vloge vztrajno zavračala, dokler se problem odobritve ni razrešil sam po sebi, ko je bolnik po nekaj mesecih umrl. Pa še zdaleč ni osamljen primer.

Z gama nožem se pogosto zdravi tudi nevralgijo trigeminusa in tudi drugih živcev, npr. glossofaringealnega živca. Skoraj tako pogosto kot metastaze se zdravi tudi nevrinome kohlearnega živca. Pri Koos I, II in III načeloma ni dileme, pri Koos IV ali NF II, kjer so multipli tumorji, pa se bolnike obravnava na »oto-nevro« konferenci in se dogovori za najbolj primerno obliko zdravljenja. Ne tako redko se tudi zelo velike nevrinome, ki utesnjujejo možgansko deblo, zdravi samo z gama nožem. Včasih se uporabi kombiniran pristop, ko se tumor kirurško zmanjša ter ostanek zdravi z gama nožem. Nevrinomov kohlearnega živca se tu ne zdravi samo s kirurško odstranitvijo tumorja. Podobno je pri meningiomi baze, zlasti kaverno-znega sinusa, ki se jih praviloma zdravi samo z gama nožem. Neredko se z gama nožem uspešno zdravi tudi ostanke adenomov, ki so kljub predhodni kirurški odstranitvi še aktivni ali pa rastejo.

Naslednje veliko področje so vaskularne malformacije, arteriovenske malformacije (AVM), duralne fistule in kavernomi. Za slednje nekako ni soglasja, ali je terapija z gama nožem uspešna ali ne, vendar jih tukaj zdravijo, če so že večkrat zakrvaveli in se nahajajo na težavnem mestu, npr. v možganskem deblu. Tudi pri fistulah in AVM imajo v Marseillu drugačen pristop. Pri nas sem bil viden večkratnih embolizacij,

tukaj pa izkušnje kažejo, da je tveganje krvavitve lahko večje po predhodni embolizaciji. Uspehi tudi pri zelo velikih AVM so impresivni, zlasti če se jih zdravi samo z gama nožem. Treba je zdraviti postopoma in večkrat. Pri obravnavi sodeluje nevro-radiolog, ki s prikazom anatomije olajša odločitev o zdravljenju. Izbira napačnega areala usodne posledice. Postopen pristop skozi več let se je pokazal za zelo varnega in učinkovitega. Če bolnik zakrvavi, se seveda operira in tudi embolizira in šele nato zdravi ostanek nidusa z gama nožem.

Zanimivo je, da se ponovno uporablja tudi lezije. Pri bolnikih z esencialnim tremorjem se pogosto dela lezije VIM-jedra na eni ali obeh straneh. Primerni so starejši bolniki ali tisti s pridruženimi boleznimi, ki niso kandidati za globoko možgansko stimulacijo. Lezije se dela tudi pri parkinsonskih (subtalamično jedro) in pri epilepsiji (cingulotomije, korpus kalozotomije). Zelo zahtevno je tudi zdravljenje hipotalamičnih hamartomov pri otrocih z epilepsijo. Za te razmeroma redke indikacije se zelo skrbno zbira podatke. Potekajo študije o učinkovitosti tega zdravljenja. V ta namen je zaposlenih kar nekaj raziskovalnih sodelavcev, ki izpolnjujejo baze podatkov.

Pri načrtovanju terapije z gama nožem je nujno dobro poznavanje anatomije. Vse anatomske strukture je treba narisati in izračunati dozo, ki jo prejmejo. Dozimetrijo v centru v Marseillu načrtuje nevrokirurg. Tako je radiokirurgija v domeni nevrokirurga, medtem ko radioterapijo – obsevanje večjih arealov – izvaja radioterapevt. V bolnišnici AP-HM v Marseillu terapijo z gama nožem tako izvajajo nevrokirurgi, trije redno zaposleni (prof. Jean-Marie Régis, Anne Balossier, Romain Carron) in pogodbeno zaposlena Christine Delsanti. Sam sem imel operativni dan ob petkih.

Bolniki so na oddelek sprejeti zvečer, dan pred posegom. Z njimi se je treba pogovoriti, napisati terapijo

in dobiti pristanke. To je zadolžitev specializanta oz. tudi moja, kadar je bil odsoten. Bolniki ob 4. uri zjutraj dobijo premedikacijo in jih odpeljejo v operacijsko sobo. Nevrokirurg, ki je tisti dan zadolžen za terapijo, praviloma ob 5.30 začne z nameščanjem okvirjev. Bolniki dobijo lokalno anestezijo in vsem 5 do 10 bolnikom se namesti Leksellov stereotaktični obroč. Nato se jih odpelje na CT in MR, kjer se ob 6.30 začne slikanje z okvirji. Tu sem imel sprva težave, saj pri nas poznamo samo sekvence T1, T2 in FLAIR. V Marseillu običajnih sekvenc ne uporabljajo, ampak uporabljajo sekvence CISS, MPR, TM, VIBE. Ob vsakodnevnem rabi sem se novih sekvenc hitro priučil. Vsakemu bolniku se napravi še meritve vijakov in vnese v aparat pred začetkom zdravljenja. Priprava se zaključi okoli 10. ure in bolniki počakajo v svojih sobah z nameščenim obročem do začetka terapije. Na oddelku nato nevrokirurg, ki ima operativni dan, začne z dozimetrijo. Sam sem to opravljal občasno tudi dva- do trikrat tedensko, tako sem pridobil kar veliko prakse. Dozimetrijo podpiše nevrokirurg, ki jo je izdelal. Vse pregleda še fizik, ki dokončno odobri plan. Bolnika se po odobritvi plana namesti na aparaturo, zdravnik preveri bolnikovo identiteto in stran zdravljenja. Prisoten mora biti ves čas zdravljenja in po končani terapiji odstrani stereotaktični obroč. Bolnika odpeljejo v sobo in naslednji dan ga lečeči nevrokirurg odpusti. Sam sem bolnike odpuščal ob sobotah.

Kot navedeno, prihajajo bolniki iz različnih držav. Kljub dvema napravama in rednemu programu so za nemaligo in nenujno patologijo večmesečne čakalne dobe. Večinoma zdravniki ali kar bolniki sami napišejo pismo, priložijo izvide in CD ter pošljejo na oddelek. Ena od mojih nalog je bila tudi, da sem dodeljena pisma (teh je bilo ogromno) pregledal, odbral reprezentativne slike in pripravil predstavitev z diapozitivi. Praviloma enkrat na mesec sem moral pripravljeno predstaviti profesorju

Régisu, ki je odločil, katere primere se uvrsti na program. Naj omenim, da je priprava programa izključna domena šefa, ki izbere bolnike za zdravljenje in dodeli lečečega nevrokirurga. Vsi nad tem niso navdušeni.

Na novem delovnem mestu so me takoj polno obremenili in tako je ostalo ves čas. Sleherni dan sem začel z delom najkasneje ob 6.30 in vsaj enkrat pa tudi do trikrat na teden, ko sem nameščal okvirje, že ob 5.30. Delo brez prekinitve traja do zaključka zadnje terapije. Odpustiti je treba bolnike, ki so bili zdravljeni prejšnji dan, ter sprejeti nove bolnike in jim predpisati terapijo. Običajno se zavleče do 7. ure zvečer. Ob ponedeljkih sledi še oto-nevro konferenca ali predstavitev primerov. Zaradi takšnega načina dela je tudi razmeroma veliko menjavanje kadrov.

Veliko časa za pohajkovanje po Marseillu mi ni ostalo, v glavnem v soboto popoldne in v nedeljo. Marseille je veliko, drugačno in umazano mesto. Naj razložim, zakaj. Veliko, saj je drugo največje francosko mesto; drugačno, saj se sreča ogromno različnih kultur, predvsem severno-afriških; in umazano, saj je povsod polno smeti, švigajo podgane in

presneto moraš paziti, da ne stopiš na pasji ali kakšen drug iztrebek, ki jih je po ulicah na pretek. Francozi so veliki ljubitelji živali, manj pa pospravljanja iztrebkov. Sicer je staro mesto, zlasti pristanišče Vieux-Port, zelo slikovito, s številnimi malimi simpatičnimi kavarnami in trgovinami, predvsem z mili in začimbami. Nad mestom kraljuje bazilika Notre-Dame de la Garde, ki je zavetnica ribičev in od koder je lep razgled na Marseille in bližnje otoke. Od junija se da tudi kopati. Imajo mestno plažo, ki je lepo urejena in plavanje je užitek. Ob nedeljah je žal gneča. V bližini plaže je tudi park Borély z ribnikom, palačo, številnimi vodometi in razsežnimi zelenimi površinami.

Druga plat Marseilla je žal kriminal in nevarnost terorističnih napadov. Gre za spopade tolpe, ki imajo v rokah trgovino z drogami. To sem spoznal zlasti ob ponedeljkih, ko so bile redne CT-obdukcije. Tako so pripeljali dve ali tri vreče s pokojniki, umrlimi nasilne smrti, s številnimi izstrelki in zlomi. CT-obdukcije (tudi ne najbolj svežih trupel) opravljajo kar na običajnem CT-ju. Tedaj se za nekaj minut prekine redni program, opravi se virtualno obduk-

cijo oz. CT celega telesa, nato pa nadaljuje redni program po bolj ali manj skrbnem brisanju mize. Seveda v določene predele mesta nisem zahajal, tako da v praksi k sreči zaenkrat nisem imel pretirano negativnih izkušenj. Okoli pomembnih mestnih točk, kot so npr. postaja Saint-Charles, bazilika, katedrala, je veliko do zob oboroženih vojakov s prsti na sprožilcu.

Ljudje v bolnišnici in v mestu so, kot pač so. Sicer pomagajo, a čutiti je, da se v Franciji vedno in povsod govori francosko. V zadnjem času vsaj v Marseillu pa tudi arabsko. Če prideš k njim, moraš govoriti francosko. Prebivalci Marseilla so zelo temperamentni, se hitro razburijo in dajo duška svojemu nezadovoljstvu. K sreči se prav tako hitro tudi pomirijo in je ponovno vse »bien«. Vsako stvar tudi izredno zapletejo. Odpreti račun v Franciji, urediti zdravstveno zavarovanje ali najeti stanovanje je kot misija nemogoče. Nujna je zvrhana mera vztrajnosti in potrpljenja. No, tako je minilo to leto v Franciji. Spoznal sem, da se stroki razmeroma hitro privadiš, navadam malo težje, jeziku še težje, samoti in osamljenosti na tujem pa nikoli.

Zdravniški ombudsman – zahvala za strokovno pomoč v življenjski stiski

Pozdravljeni,

znašla sem se v stiski. Večkrat sem se pogovarjala o njej z zdravniškim ombudsmanom. Razumevanje mi je bilo v oporo. Njeni povzetki so mi dali potrditev in usmeritev. Zahvaljujem se ombudsmanki za strokovno pomoč v življenjski stiski.

Lep pozdrav, zdravnica

Zdravniški ombudsman pri Zdravniški zbornici Slovenije deluje skoraj leto in pol. Trije izkušeni zdravniki so članom v oporo in pomoč v najrazličnejših življenjskih izzivih in stiskah. V novembru 2018 je zdravniški ombudsman na voljo v naslednjih terminih:

Ime	Datum	Čas	Status
Brane	Četrtek, 8. november 2018	15.00–17.00	Prosta dva termina
Darja	Sreda, 14. november 2018	16.00–19.00	Zasedeni trije termini
Urška	Četrtek, 29. november 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 (recepcija zdravniške zbornice) ali pišete na: **zdrom@zbs-mcs.si**, lahko tudi preko vašega povsem anonimnega elektronskega naslova.

Novosti na področju hematologije

Mednarodni kongres Evropskega hematološkega združenja, Stockholm, junij 2018

Frosina Krstanoska, dr. med., spec. internist in hematolog, FECSM, SB Slovenj Gradec

V Stockholmu na Švedskem je od 14. do 17. junija 2018 potekal 23. letni kongres Evropskega združenja za hematologijo (EHA), na katerem je bilo 11.000 udeležencev iz Evrope in vsega sveta, med njimi tudi jaz skupaj s kolegi iz Slovenije. Na kongresu se je zvrstilo 200 predavanj in 1300 predstavitev e-posterjev. Sama sem predstavila poster s področja onkoseksologije.

Kongres pokriva široko področje hematologije, od temeljne znanosti, diagnostike, zdravljenja do celotne obravnave pacientov. Cilji so izobraževanje, predstavitev novih raziskav, možnost srečanja v živo in debata s strokovnjaki s tega področja. V sklopih *Topics in Focus* je bil poudarek predvsem na imunoterapiji in hemoglobinopatijah. Združenja bolnikov so imela posebna srečanja, dan pred kongresom pa je bil namenjen satelitskim simpozijem, kjer so farmacevtske družbe predstavile novosti.

Na odprtju kongresa je predsednik Pieter Sonneveld poudaril pomembnost hematologije z

besedami: »Blood sustain our bodies, we as hematologist should sustain the blood.«

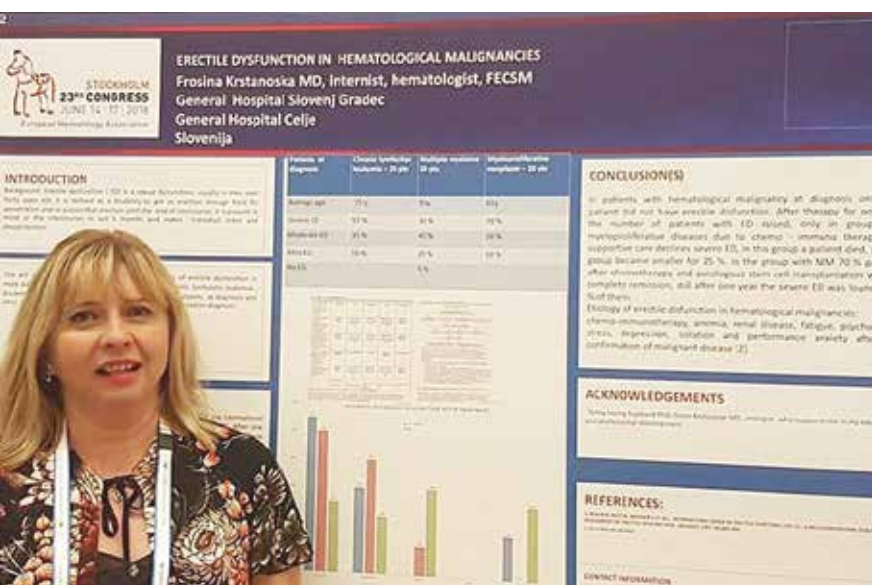
Na področju imunoterapije limfoma je bila predstavljena kot novost CAR-T celična terapija. Uspešna je za refraktarne in relapsirane ne-Hodgkinove limfome, za difuzni velikocelični B-limfom (DLBCL) v 2. fazi raziskav in za akutno limfoblastno levkemijo (ALL).

Primer je bila raziskava JULIET, objavljena 2017 na srečanju Ameriškega združenja za hematologijo (ASH), in prvo zdravilo CTL019 (kymriah®), maja 2018 odobreno s strani ameriškega urada za hrano in zdravila (FDA) za zdravljenje DLBCL, za bolnike, ki so bili prej zdravljeni z dvema linijama terapije, z objektivnim odzivom na zdravljenje (ORR) 53 %, od tega kompletno remisijo (CR) 40 %, po treh mesecih 38 % (CR 32 %) in po 6 mesecih 37 % (30 % CR). Za pripravo so pacienti prejeli premostitveno kemoterapijo. Terapija deluje na CD-19 pozitivne celice (maligne in nemaligne), zato je stranski učinek masivno sproščanje proinflammatoryh citokinov. Pacienti so lahko življenjsko ogroženi. Opisana sta bila en primer srčnega zastoja in en s hemofagocitno limfocitocitozo s smrtnim izhodom. Ne smemo zanemariti tudi nevroloških stranskih učinkov (encefalopatija z edemom, konfuzija, afazija in somnolenca), možnosti priprave in visoke cene zdravljenja.

Drugo zdravilo je axicabtagene ciloleucel (yescarta®) iz raziskave ZUMA 1, v katero je bilo vključenih 111 pacientov z difuznim velikoceličnim B-limfomom.

Celice CAR-T so lahko alogene ali avtogene, pridobiva se jih s pomočjo virusnega vektorja in so zato »živa zdravila«. Prof. Emma Morris (University College, London) je povedala, da je ocenjeni uspeh za relapsirani/refraktarni DLBCL 40–50 % kompletnih remisij, za odrasle bolnike z ALL je 70–80 % in za otroke z ALL 50–80 %.

Zelo velik napredek je na področju zdravljenja kronične limfocitne levkemije brez kemoterape-



pije z novimi tarčnimi zdravili – ibrutinib, idelalisib in venetoclax. O tem je predaval prof. Michael Halek z Univerze v Kölnu, Nemčija, in izpostavil doseganje daljših remisij in minimalno rezidualno bolezen, z negativnim izvidom kostnega mozga, kar je velik dosežek na tem področju.

Vse več je raziskav za molekularno opredelitev plazmocitoma zaradi genetske kompleksnosti bolezni. S slikovnimi preiskavami, molekularno genetiko s pregledom celotnega eksoma v raziskavah ter z uporabo velikih podatkovnih baz projekta Myeloma Genome in raziskave MM research Foundations CoMMpass study je mogoče za vsakega pacienta opredeliti tveganje in pripraviti individualizirani načrt terapije. To je posebej pomembno za nova zdravila in tarčno terapijo z BRAF, inhibitorje Ras pathway in BCL2-inhibitorje, imunoterapijo s CD 38-delujočimi protitelesi in elotuzumab.

O trombozah, povezanih z rakom, in o ugotovitvah velikih študij je predaval Simon Noble z Univerze Cardiff, Wales, Velika Britanija. Povedal je, da so nizkomolekularni heparini (dalteparin) še vedno prva

izbira zdravljenja, neposredna oralna antikoagulantna zdravila (NOAK) imajo nižjo stopnjo ponovitve venske tromboembolije (VTE) za ceno večjih krvavitev, posebej pri gastrointestinalnih in uroloških karcinomih. Ne smemo pozabiti še na interakcije NOAK s kemoterapijo, preference pacientov ter upoštevati nedavne smernice International Society for Thrombosis nad Haemostasis Scientific Sub-Committee (ISTH SSC) for Malignancy and Haemostasis.

Moja objava in predstavitev posterja 15. junija 2018 je bila edina s področja onkoseksologije, novega področja obravnave rakave bolezni, katerega cilj je izboljšati kakovost življenja in celostno obravnavati bolnika. Tema je bila ocena erektilne disfunkcije hematoloških bolnikov, razdeljenih v tri skupine: kronična limfocitna levkemija, multipli mielom in mieloproliferativne neoplazme – ob diagnozi in eno leto po terapiji. Raziskava je potekala leta 2016/17.

Na osnovi raziskave in glede na literaturo je bilo ocenjeno, da je erektilna disfunkcija pri hematoloških malignomih posledica več

dejavnikov, kot so: vrsta malignoma, kemoimunoterapija, anemija, ledvična odpoved, slabost, psihološki stres, depresija, izolacija in strah ali odsotnost partnerja ter negotovost glede preživetja.

Na tem področju sem uporabljala znanja s področja hematologije in seksualne medicine. Leta 2016 sem v Madridu pridobila certifikat FECSM (Fellow of the European Committee of Sexual Medicine), evropsko licenco, ki jo podeli Evropsko združenje za seksualno medicino.

Hematološki onkološki bolniki v Sloveniji imajo na voljo vsa uradno registrirana zdravila. V prihodnosti bi si želela čim več vključitev v mednarodne študije, da bi naši bolniki imeli še več možnosti za preživetje in izboljšanje stanja.

Izjava o nasprotju interesov

Avtorica članka s strani proizvajalcev v članku omenjenih zdravil nisem prejela donacij, honorarjev, sponzorskih sredstev ali drugačne podpore, ki bi vplivala na mojo objektivnost.

Položaj klinične embriologije v reproduktivni medicini v Evropi in Sloveniji

Izr. prof. dr. Borut Kovačič, univ. dipl. biol., Laboratorij za OBMP, UKC Maribor

Prof. dr. Veljko Vlaisavljević, dr. med., Slovensko društvo za reproduktivno medicino

V začetku julija 2018 je v Barceloni potekal kongres Evropskega združenja za humano reprodukcijo in embriologijo (ESHRE). Udeležilo se ga je 12.179 udeležencev, od tega 46 % zdravnikov, 32 % kliničnih embriologov in raziskovalcev ter 22

% ostalih, ki delajo na področju reproduktivne medicine. Med gosti je bila največje pozornosti deležna Luise Brown, ki se je rodila pred 40 leti kot prvi otrok, spočet v laboratorijskih pogojih. 25. julij, ki je njen rojstni dan, velja danes za mednarodni dan

kliničnih embriologov, ki so skupaj z ginekologi v 40 letih prispevali k rojstvu že več kot 6 milijonov otrok, spočetih z metodami oploditve z biomedicinsko pomočjo (OBMP).

Patrick Steptoe, ginekolog, in Robert Edwards, fiziolog in embriolog

ter Nobelov nagrajenec, sta prispevala vsak svoje izkušnje in ustvarila temelje sodobne reproduktivne medicine. Rojstvo Luise Brown in naslednjih 6 milijonov otrok je dosežek zgledega timskega dela ginekologov in kliničnih embriologov, ki že štiri desetletja delajo z roko v roki. Edwards je takšno timsko delo še dodatno vzpodbujal in ustanovil Evropsko združenje za humano reprodukcijo in embriologijo (ESHRE), ki šteje danes skoraj 8000 članov in je največje znanstveno in strokovno združenje na področju reproduktivne medicine in embriologije na svetu. ESHRE izmenično vodi en mandat ginekolog in en mandat klinični embriolog. Tudi v večini delovnih teles in odborov ESHRE je enako. Klinični embriologi predstavljajo v ESHRE največjo interesno skupino in so na letnem kongresu zastopani z največ znanstvenimi prispevki. Ti podatki dokazujejo, kakšen status si je klinična embriologija v 40 letih ustvarila v reproduktivni medicini.

Kako pa je s statusom kliničnih embriologov? Vse od leta 1978, od uvedbe oploditve z biomedicinsko pomočjo (OBMP), temelji reproduktivna medicina na laboratorijskih postopkih pridobivanja, pregledovanja, obdelovanja in shranjevanja človeških spolnih celic, reproduktivnih tkiv in zarodkov. Kljub temu, da je to zadnja v sosedstvu metod zdravljenja neplodnosti, pa je med vsemi terapevtskimi postopki najbolj učinkovita. Njena uspešnost je v veliki meri odvisna od kakovosti laboratorijskih pogojev in ustrezne usposobljenosti laboratorijskega osebja, ki s tehnikami visoke tehnologije omogoča nastanek človeškega zarodka in njegov nadaljnji petdnevni razvoj v pogojih *in vitro*.

Evropski direktorat za kakovost v medicini je že leta 2004 pripravil Evropske direktive (2004/23/ES; 2006/17/ES; 2006/86/ES), ki jih je sprejel Evropski parlament in urejajo kakovost in varnost preskrbe s človeškimi celicami in tkivi. V členu 3 EU-direktive 2006/86/ES so navedene tudi zahteve za akreditacijo,

imenovanje, odobritev ali dodelitev dovoljenja tkivnim ustanovam. Med temi zahtevami je določeno tudi, da mora biti osebje v tkivnih ustanovah ustrezno kvalificirano za naloge, ki jih izvaja. Usposobljenost pa se mora ustrezno vrednotiti v ustreznih časovnih intervalih. Raziskava, opravljena s strani ESHRE, ki jo je vodil klinični embriolog prof. Kovačič (Kovačič in sod., Hum. Reprod. 30:1755-62, 2015), je pokazala, da v Evropi obstaja okoli 1400 laboratorijev za OBMP, v katerih dela okoli 7000 ljudi.

V državah članicah EU se ta določba glede usposobljenosti osebja v laboratorijih OBMP različno uveljavlja. Večje države, kot so Velika Britanija, Nemčija, Španija, Francija in Nizozemska, so vzpostavile svoje nacionalne sisteme za organizirano izobraževanje iz klinične embriologije. Da bi pomagali tudi ostalim evropskim državam, je ESHRE leta 2008 vzpostavil evropski kurikulum in izpit za certificiranje s področja klinične embriologije. Gre za pisno preverjanje teoretičnega znanja, ki bi ga po mnenju ESHRE morali obvladati tisti, ki delajo v laboratoriju za OBMP. Izpit je dvonivojski, z lažjim (za kandidate s t. i. *bachelors*) in ekspertnim izpitom (za embriologe z *masters* in *PhD* stopnjo). ESHRE ga organizira enkrat letno istočasno z letnim kongresom. Letno se ga udeleži okoli 300 kandi-

datov z vsega sveta. Na izpit se lahko prijavijo strokovnjaki s praktičnimi izkušnjami iz klinične embriologije, če imajo ustrezno evropsko validacijo diplome naravoslovne smeri in izpolnjen predpisani dnevnik praktičnega usposabljanja (*log book*). Odbor ESHRE za pripravo izpita, ki ga skupaj z osmimi strokovnjaki vodi prof. Kovačič, pregleda dokumentacijo ter pripravi izpit. Odbor je v lanskem letu uspel pridobiti akreditacijo izpita iz klinične embriologije s strani Evropskega združenja specialistov medicine (UEMS CESMA). V letošnjem letu je uvedel tudi sistem sledenja kontinuiranega profesionalnega izobraževanja (CPD) in izdajo letnega CPD-certifikata za aktivne certificirane klinične embriologe.

Certifikat ESHRE so nekatere evropske države, kot so Švica, Portugalska, Nizozemska, že vključile v svoj nacionalni sistem organiziranega podiplomskega specialističnega izobraževanja iz klinične embriologije, sledijo pa jim tudi ostale države.

V Sloveniji za tako občutljivo področje, kot je klinična reproduktivna embriologija, nimamo predpisane programa organiziranega izobraževanja, preverjanja znanja, nadzora nad usposobljenostjo osebja, ki dela s človeškimi spolnimi celicami in zarodki. Prav tako ni predpisan program pripravništva, niti to, osebe s katero izobrazbo lahko zasedajo ta



delovna mesta. To je neobičajno, saj se številne pomembne odločitve o izbiri tehnik dela s človeškimi gametami, tehnikah osemenitve, izboru zarodkov za prenos v maternico ali shranjevanju (zamrzovanje gamet, zarodkov ali tkiv jajčnika ali moda) sprejemajo prav v laboratoriju za OBMP.

Slovenske embriologe velja pohvaliti, da so se v preteklosti samoiniciativno prijavljali na izpit ESHRE (nižji nivo). Precej jih je ta certifikat (Clinical Embryologist) uspelo pridobiti. Žal pa ta izpit pri nas uradno ni priznan. Embriologom, ki so ga pridobili, se pri napredovanju ne prizna, kar nove generacije embriologov odvrača, da bi se zanj odločale. Certifikat iz ekspertnega nivoja (Senior Clinical Embryologist) imata vodji laboratorijev za OBMP na obeh klinikah. Obe vodji sta tudi habilitirana izredna profesorja za področje biologija celice na MF Ljubljana. Zaradi vsebinsko najbolj sorodnega področja s klinično embriologijo se je v Slovenskem društvu za reproduktivno medicino izoblikoval predlog, da bi bilo treba ustrezno urediti področje izobraževanja s področja reproduktivne embriologije tudi v Sloveniji.

Za izobraževanje bi bilo treba pooblastiti Univerzo v Ljubljani oz. Inštitut za biologijo celice na MF Ljubljana. Menimo, da je treba urediti izobraževanje in status kliničnih embriologov z organizacijo podiplomskega specialističnega programa

izobraževanja iz klinične embriologije po vzoru specializacije iz laboratorijske medicinske genetike.

Ali nista 40 let uspešnega delovanja in 6 milijonov rojenih otrok po OBMP dovolj dobra razloga, da bi se klinična embriologija tudi uradno uveljavila v medicini? V številnih evropskih državah se je že. Se bo tudi v slovenski medicini, ki se v domačem in tujem prostoru ponša z dobrimi kliničnimi rezultati OBMP?

Tudi na področju izobraževanja ginekologov za potrebe reproduktivne medicine ima Slovenija samosvoj način. V državah EU in tudi pri naših sosedih se za delo na področju reproduktivne medicine zahteva triletni subspecialistični študij. Pri nas za to področje še ni zahtevanega specializiranega izobraževanja. To je presenetljivo, saj sta akreditacijo za organizacijo izobraževanja na področju reproduktivne medicine, ki jo podeljuje UEMS/EBCOG/ESHRE, za obdobje 5 let uspeli pridobiti obe kliniki (Maribor drugič in Ljubljana prvič). Pri tem se obvezujeta uskladiti obseg izobraževanja z evropskimi standardi. Obe sta ob podelitvi akreditacije dobili tudi nalogo, da v naslednjem 5-letnem obdobju odpravita pomanjkljivost izobraževanja na področju ginekološke endokrinologije, andrologije, načrtovanja družine, menopavze in temeljnega raziskovalnega dela.

Za tiste evropske države, ki ne uspejo pripraviti lastnega sistema

ustreznega izobraževanja s področja reproduktivne medicine, je ESHRE omogočil sistem izobraževanja in izpit za reproduktivne ginekologe. Tudi tega je mogoče opraviti enkrat letno v času letnega kongresa ESHRE. Doslej se ga ni udeležil še nihče od mladih ginekologov iz Slovenije.

Verjetno bo tudi na področju izobraževanja ginekologov iz reproduktivne medicine treba nekaj ukreniti, če želimo obdržati korak s stroko v evropskem prostoru. Za to ni druge poti kot »Izobraževanje, izobraževanje in le izobraževanje, danes bolj kot kadarkoli« (Andersen in sod. Mol. Hum. Reprod. 24: 426-9, 2018).

Ob koncu še čestitke laboratorijskim kolegom ob mednarodnem dnevu kliničnih embriologov.

Na kongresu je predsednik ESHRE Roy Farquharson posebej izpostavil prispevek prof. Kovačiča. Izr. prof. dr. Borut Kovačič, univ. dipl. biol., je habilitiran za področje biologija celice na MF v Ljubljani, je klinični embriolog s certifikatom ESHRE in vodja Laboratorija za OBMP v UKC Maribor. Prof. Kovačič je tudi član izvršnega odbora ESHRE, vodja odbora ESHRE za certificiranje kliničnih embriologov, koordinator vseh certifikacijskih programov v ESHRE, član odbora ESHRE in inšpektor za certificiranje dobre klinične prakse v evropskih centrih za OBMP.

8. raziskovalni dan Ortopedske bolnišnice Valdoltra in srečanje Vertebrološkega združenja Slovenije

Prof. dr. Ingrid Milošev, univ. dipl. inž., Ortopedska bolnišnica Valdoltra

V Ortopedski bolnišnici Valdoltra (OBV) smo 15. junija 2018 organizirali 8. raziskovalni

dan bolnišnice skupaj s srečanjem Vertebrološkega združenja Slovenije. Na dogodku so bili

predstavljeni strokovni in raziskovalni izsledki sodelavcev OBV in zunanjih strokovnjakov. Predavatelji so predstavili najnovejša spoznanja, smernice in

rezultate kliničnih študij in temeljnih raziskav na področju ortopedije, nevrokirurgije, fizioterapije in ostalih področij, povezanih z ortopedijo. Letošnje srečanje smo organizirali Urban Slokar, dr. med., dr. Janez Mohar, dr. Nikša Hero in prof. dr. Ingrid Milošev. Dogodka se je udeležilo 136 slušateljev in predavateljev. Raziskovalni dan je že tradicionalni dogodek v naši bolnišnici, kjer lahko predstavimo izsledke študij, v katerih so vključeni sodelavci znotraj in zunaj naše bolnišnice.

Predstavljenih je bilo 33 zanimivih prispevkov, 29 predavanj in 4 posterji. Kot že nekaj let zapored, je bil letošnji dogodek razdeljen na dva dela. Prvi del je bil posvečen srečanju Vertebrološkega združenja Slovenije, kjer se je s prispevki predstavilo osem predavateljev, in sicer iz Ortopedske bolnišnice Valdoltra (OBV), Univerzitetnega kliničnega centra (UKC) v Ljubljani, Univerzitetnega kliničnega centra v Mariboru, Splošne bolnišnice Celje (SBC) in MOOR ortotike in protetike. Predstavljenih je bilo nekaj zelo kompleksnih pristopov in načinov zdravljenja obolenj hrbtenice. Sodelavci UKC Ljubljana so primerjali načine oskrbe zloma zoba drugega vratnega vretenca, ki je pri starejših od 65 let najpogostejši zlom vratne hrbtenice in se lahko zdravi konservativno ali operativno. V UKC Maribor in SBC so analizirali klinične rezultate uporabe različnih vsadkov za zatrditev oz. fuzijo pri sprednji vratni discektomiji kot standardnem zdravljenju prolapsov vratnega intervertebralnega diskusa in degenerativnih obolenj hrbtenice. Timsko sodelovanje med zdravniki ortopedi, fizioterapevti, fiziatrji iz OBV in inženirji ortotike in protetike omogoča multidisciplinarno obravnavo in dosega dobre rezultate pri pacientih z idiopatsko skoliozo in tudi z Loeys-Dietzovim sindromom (LDS). LDS je avtosomno dominantno genetsko obolenje vezivnega tkiva, ki povzroča močno deformacijo hrbtenice. Predstavljenih je bilo tudi nekaj

zelo kompleksnih primerov, kot so hordom klivusa, leiomyosarkom hrbtenice, kongenitalna skolioza zaradi motnje formacije vretenca L5, stenoza spinalnega kanala in istmična spondilolisteza.

V drugem delu srečanja je med 24 zanimivimi prispevki, ki so bili predstavljeni zdravnikom z različnih področij, farmacevtom, fizioterapevtom, osebjem zdravstvene nege in drugim zdravstvenim delavcem, največ zanimanja s strani strokovne in laične javnosti pritegnilo predavanje dr. Janje Zupan, mag. farm., s Fakultete za farmacijo Univerze v Ljubljani. Dr. Zupanova je predstavila najnovejše izsledke raziskav s področja klinične uporabe matičnih celic, katerim mnogi, zaradi obetavnih rezultatov temeljnih raziskav na živalih, pripisujejo precej večjo vlogo pri zdravljenju obolenj na sklepih, kot jo dokazujejo trenutne študije. Posebne pozornosti je bilo deležno tudi predavanje dr. Borisa Lestana iz UKC Ljubljana o predpisovanju imunomodulirajočih zdravil med načrtovanimi kirurškimi posegi, kar je izrednega pomena pri bolnikih z revmatoidnim artritisom. Tematike, ki so jih predstavili sodelavci OBV, lahko razdelimo na nekaj glavnih področij.

Na področju endoprotetike (zdravljenje s kolenskimi, kolčnimi, ramenskimi in drugimi vsadki) smo se seznanili z nekaterimi novimi operativnimi pristopi, zlasti na področju sklepov rame, komolca in gležnja. Predstavljeni so rezultati talo-navikularne (TN) artrodeze z dorzalno zaklepno ploščo za zdravljenje končne stopnje obrabe TN-sklepa, kot tudi zdravljenje z zatrditvijo sklepa stopala z interpozicijsko artroplastiko s tkivnim ogrođjem iz polilaktata. Ramenska preplastitvena proteza se je izkazala kot učinkovita metoda zdravljenja omartroze z dobrimi kliničnimi rezultati in majhnim deležem revizijskih posegov. Tudi pri obravnavi kontrakture komolca smo poročali o uspešni uporabi tehnike odprte atrolize. Pri totalnih endoprotezah komolca pa je bila opažena višja

stopnja okužbe kot pri ostalih sklepih, kar je skladno s svetovno literaturo in je verjetno posledica tanjšega mehko tkivnega pokrova ter večjega odstotka pacientov z revmatoidnim artritisom. Pri artroplastiki večjih sklepov, kolka in kolena, smo analizirali dolgoletno preživetje totalnih protez kolena na osnovi svetovnih registrov artroplastike in našega Registra artroplastike Valdoltra. Kumulativno desetletno preživetje je 95–96,5 %. Analizirali smo tudi optimalen položaj tibialne in femoralne komponente pri artroplastiki kolena, kjer nevtralna mehanska os zaenkrat ostaja kirurški cilj. Posebno zanimiva študija se izvaja v sodelovanju z Onkološkim inštitutom v Ljubljani, kjer opazujemo, ali obstaja možnost povečanega tveganja raka pri pacientih z vstavljenjo totalno endoprotezo kolena. Tveganje raka je primerljivo s slovensko populacijo. Nekaj let nazaj smo začeli pri artroplastiki kolka uporabljati neposreden sprednji pristop, ki je sicer tehnično zahteven, ampak omogoča hitrejšo rehabilitacijo in 330 pacientov je zelo zadovoljnih. Pomembnost zgodnje vadbe za moč in senzorično-motorične vadbe je bila izpostavljena kot osnovna za vzpostavitev učinkovitega standardiziranega protokola vadbe po vstavitvi totalne proteze kolka, ki bi lahko bil dostopen vsem pacientom.

Na področju artroskopije je bila predstavljena vrsta novih pristopov in postopkov ter analiza dosedanjih. Primarna rekonstrukcija sprednje križne vezi (ACL) je eden najpogostejših kirurških posegov, katerega uspešnost znaša 77–95 %. Ključnega pomena za dolgoročni uspeh je natančna določitev vzroka poškodbe, za kar je treba opraviti natančno diagnostiko. Uporaba bolniku specifičnih 3D-natisnjenih vodil omogoča varno in natančno izvedbo suprakondilarnih osteotomij stegenice. Pri zdravljenju ramenske bolečine, ki se pojavlja v proksimalnem delu dolge glave bicepsa, se za operativno zdravljenje odločimo, ko je konservativno zdravljenje neuspešno. Operativno



Udeleženci 8. raziskovalnega dneva Ortopedske bolnišnice Valdoltra in srečanja Vertebrološkega združenja Slovenije 15. junija 2018.

lahko izbiramo med tenodezo in tenotomijo. Nova artroskopska tehnika bicepsove tenodeze s šivanjem (ASIIBT) omogoča dobro zdravljenje in ima prednost, da v telo ne vnaša nobenega kovinskega ali plastičnega vsadka. Pri trdovratni

anteriorni ingvinalni bolečini po vstavitvi kolčne endoproteze pa lahko pomagamo z miniinvazivno artroskopsko tehniko za sprostitve tetive iliopsoasne mišice.

Letošnjih 33 prispevkov dokazuje izredno zanimanje za študije in

napredek v stroki. Razvoj in raziskovalni dosežki omogočajo uvajanje teh rezultatov v klinično prakso in spreminjanje kliničnih doktrin v smeri čim boljše obravnave in dobrobiti bolnika.

19. evropski ortopedski kongres EFORT 2018 v Barceloni

Vesna Levašič, dr. med., Ortopedska bolnišnica Valdoltra

Konec meseca maja je za evropsko ortopedsko in travmatološko skupnost pomemben čas. Takrat se namreč odvija najpomembnejši evropski ortopedski in travmatološki kongres EFORT (European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology), ki je letos potekal od 29. maja do 1. junija 2018 v Barceloni, Katalonija, Španija.

Predstavniki iz Ortopedske bolnišnice Valdoltra smo v Barcelono potovali z

letalom iz Benetk. Kot običajno smo se že na letalu dobili z drugimi predstavniki iz Slovenije, saj je zanimanje za kongres EFORT med slovenskimi ortopedi in travmatologi vedno veliko.

Program se je začel v sredo, v hali 8 kongresnega središča Fira de Barcelona, ki se nahaja nekoliko zunaj centra, pod nekdanjo olimpijsko vasjo na gori Montjuic.

Kongresa se je udeležilo preko 6500 udeležencev iz vseh evropskih

držav, pa tudi iz Amerike, Azije in Bližnjega vzhoda. Sodelovalo je 41 nacionalnih ortopedskih in travmatoloških združenj, med drugimi tudi slovensko Združenje ortopedov Slovenskega zdravniškega društva (ZOSZD).

Glavna tema letošnjega EFORT-a so bile inovacije in nove tehnologije, npr. robotika, računalniško podprta kirurgija, trodimenzionalno tiskanje, biomateriali, napredne tehnologije proizvodnje vsadkov, nove diagnostične tehnike, okolje za virtualno učenje ter na pacienta usmerjeno zdravljenje.

Znanstveni program kongresa je vključeval simpozije in učna predavanja priznanih govornikov iz Evrope. Aktivni udeleženci vsako leto predstavijo svoje delo v obliki kratkih ustnih predstavitev, posterjev, delavnic, industrijskih simpozijev. Častni predavanji sta bili v dopoldanskem času. Predavala sta prof. Reinhard Graf iz Hospital Stolzalpe v Avstriji, ki je predstavil učinkovito presejalno metodo ugotavljanja nepravilnosti otroških kolkov z ultrazvokom (»Hip Sonography in Babies: Prevention Is Better Than Operation«), ter prof. Philippe Hernigou iz Surgery Hôpital Henri Mondor – Créteil v Parizu, Francija, ki se je dotaknil vloge zdravljenja s celicami v ortopediji (»Cell Therapy In Orthopedic Surgery: 30 Years Of Experience«).

Slovenski zdravniki in raziskovalci smo bili na 19. EFORT-u prisotni z osemnajstimi prispevki:

1. Tomaž Silvester, Blaž Kacijan: Pre-Operative Patient Education In Total Knee Arthroplasty. Its

Impact On Length Of Stay [predstavitev]

2. Marko Nabergoj, Anže Mihelič, Rihard Trebše: Open Arthrolysis For Contractures Of The Elbow: A Retrospective Study Of 56 Patients [predstavitev]
3. Tanja Kanalec, Kristina Angelini, Saša Baljak, Rene Mihalič: Use Of Fresh-Frozen Bone Allografts Is Not Related To Higher Incidence Of Infection In Revision Total Hip Arthroplasty [predstavitev]
4. Matjaž Sajovic, Domen Stropnik: Long-Term Comparison Of Semitendinosus And Gracilis Tendon Vs. Patellar Tendon Autografts For Anterior Cruciate Ligament Reconstruction. A 17-year Follow-Up Of A Randomized Controlled Trial [predstavitev]
5. Dimitris Giotikas, Lynette Spalding, Nadim Tarazi, Marko Nabergoj, Matija Krkovič: Early Results Of A Modified Induced Membrane Technique In The Management Of Traumatic Bone

Loss In The Lower Limb: A Cohort Study [predstavitev]

6. Rene Mihalič, Rihard Trebše: Reactive Arthritis In Partial Knee Arthroplasty After Campylobacter Jejuni Enterocolitis [predstavitev klinične študije]
7. Ladislav Kovačič: Glenoid Fractures [simpozij]
8. Rihard Trebše: Not All PJI Are Equal – How To Customize Treatment [sekcija EBJIS – The European Bone and Joint Infection Society]
9. Samo Karl Fokter: The Innovation Trap: Modular Neck In Total Hip Arthroplasty [sekcija ESTROT – The European Society Of Tissue Regeneration In Orthopaedics And Trauma]
10. Matevž Krašna: Low Incidence Of Non-Union With Standardized Treatment Protocol For First Metatarsophalangeal Joint Fusion [sekcija FORTE – Federation Of Orthopaedic Trainees In Europe]
11. Klemen Bošnjak, Borut Pompe:





Nekateri udeleženci EFORT-a iz Slovenije. Z leve: Rene Mihalič, Janez Mohar, Tomaž Kovač, Vesna Levašič, Tomaž Silvester in Rihard Trebše.

- Introducing A New Method For Congruence Evaluation In Total Knee Arthroplasty [poster s predstavitevijo]
12. Nora Renz, Rihard Trebše, Doruk Akgün, Carsten Perka, Andrej Trampuž. Unexpectedly High Treatment Success In Enterococcal Periprosthetic Joint Infection [poster]
13. Tomaž Silvester, Blaž Kacijan: Long-Term Results Of The Reconstruction Of The Peadiatric Anterior Cruciate Ligament Injuries [poster]
14. Blaž Mavčič, Matevž Bajuk, Marko Kralj, Marko Špiler, Vane Antolič: Cohort Analysis Of Cementless Femoral Stems With Metaphyseal Fixation EcoFit®-Implantcast: 866 Cases And Up To 8.6-years Of Follow-Up [poster]
15. Blaž Mavčič, Matej Keršič, Drago Dolinar, Marko Kralj, Marko Špiler, Vane Antolič: Increase Of Shear Force In The Femoral Neck Predicts Better Clinical Outcome Of Primary Total Hip Arthroplasty [poster]
16. Vesna Levašič, Urban Slokar, Rihard Trebše, Andrej Cör, Ingrid

- Milošev: Analysis Of Valdoltra Shoulder Arthroplasty Registry From 2000 To 2017. Mean Follow-Up 5.5-years [poster]
 17. Nejc Kurinčič, Kristjan Černeka: The Direct Anterior Approach Total Hip Arthroplasty. Short Term Results After 276 Cases [poster]
 18. Boštjan Kocjančič, Samo Jeverica, Andrej Trampuž, Ladislav Šimnic, Klemen Avsec: PJI Detection With Sonication Of Retrieved Implants [poster]
- Slovenski predstavniki so tudi moderirali več sekcij:
- Doc. dr. Rihard Trebše je moderiral sekcijo iz kategorije mišično-skeletnih okužb – »EBJIS Session: Patient-Specific Approach To Evaluation And Treatment Of Orthopaedic Infection«. Moderiral je tudi sekcijo »Hip Preserving« ter sekcijo »Difficult Adult Primary THA«.
- Asist. dr. Janez Mohar je moderiral sekcijo »CAS and Other Innovative Techniques For Complex Spine Deformity Corretion«, kjer je bilo govora o novih, računalniško podprtih tehnikah operacij na hrbtenici. Poleg tega je bil tudi moderator

»Poster Walk« za kategorijo hrbtenice.

Prof. dr. Matej Cimerman je moderiral sekcijo »Intertrochanteric, Shaft And Periprosthetic Fractures«.

Vrh srečanja je sestanek »General Assembly of EFORT« z nacionalnimi delegati vseh 41 združenj. Iz Slovenije sta se ga udeležila predstavnika asist. dr. Klemen Stražar, sedanjí predsednik ZOSZD, in doc. dr. Rihard Trebše. Slednji je aktiven tudi v združenju EBJIS, sicer neodvisni evropski organizaciji za področje kostnih in sklepnih okužb, kjer ima funkcijo podpredsednika.

Iz napisanega vidimo, da je aktivna udeležba slovenskih raziskovalcev na področju ortopedije in travmatologije zavidljivo visoka. Zavedati se moramo, da na kongresu EFORT predavajo, poleg evropskih, predavatelji z vsega sveta, iz mnogo številnejših narodov, kot je naš, zato ima prispevek slovenskih predavateljev toliko večjo težo.

Zadnji dan sem si uspela utrgati en popoldan za obisk mesta. V Barceloni sem bila že večkrat, vendar sem njeno največjo znamenitost, baziliko Sagrada Familia, videla le od zunaj. No, tokrat se mi je uspelo prebiti tudi v notranjost in ni mi bilo žal. Dih jemajoče igre svetlobe skozi mnoge vitraže, ki se premišljeno prepletajo v notranjosti, in množica detajlov v različnih predelih cerkve so me zaposlili za več ur, ki so minile kot trenutek. In pri tem gradnja te umeznine ni niti še končana. Ponovno jo nameravam obiskati leta 2026, ko obljublajo zaključek gradnje bazilike ob stoletnici smrti njenega snovalca, arhitekta Antonia Gaudija.

Iz Barcelone smo se vrnili z dobrimi vtisi in v mislih že zbirali ideje za prihodnji kongres EFORT, ki bo leta 2019 v Lizboni. Rdeča nit tega kongresa bodo registri artroplastike, kar bo za Slovenijo v letu 2019 pomembna tema, saj se bo s 1. 1. 2019 začel izvajati Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva ZZZP-B, ki uvaja novo zbirko Register endoprotetike.

Zbornična izobraževanja za zdravnike in zobozdravnike

**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 iz prejšnjega srečanja ali teme, ki se vsebinsko povezuje s temo, ki jo na srečanju treniramo. 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 povedo drugi.
- Spreminjanje prepričanj: prepoznati omejitve in jih znati odpraviti.

Izvajalka: Metka Komar, univ. dipl. ekon.**Podporna skupina:
Zaupno – dostopno
– kolegialno**

delavnice: junij–december

Namen skupine je skupaj razmišljati, kako se odzvati na vse izzive, ki jih sedanjost postavlja pred nas.

Izkušnje kažejo, da zdravniki pogrešajo možnosti, kjer bi se lahko odkrito in sproščeno pogovarjali o zadevah, ki jih doživljajo, nekaterih bolj univerzalnih, drugih zelo specifičnih. Pogrešajo prostor, kjer bi v varnem okolju lahko bili iskreni, razumljeni in kjer bi odkrili svoje želje in potrebe ter dobili dobronamerne nasvete, kako spreminjati svoje vedenje, da bo bolj učinkovito in življenje bolj zadovoljno.

S tem namenom ponujamo srečanja pogovorne skupine, ki bi zaradi zaposlenosti članov zbornice zaenkrat potekala enkrat mesečno uro in pol.

Skupino vodi: prim. Darja Boben Bardutzky, dr. med., psihiatrinja in psihoterapevtka**Delavnica
za specializante**

delavnica: september–december

Vabimo vse specializante, ki ste ali boste v kratkem začeli s specializacijo, da se udeležite ene izmed delavnic za specializante.

Predstavili vam bomo teme o pravicah, obveznostih in odgovornosti specializanta, delovnopravne dileme, E-list in nekaj malega o stresu.

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

Izvajalke: Tina Šapec, Barbara Galuf, Mojca Vrečar, Polona Selič**Obvladovanje stresa
ob kriznih dogodkih
v zdravniški
službi**

delavnica: november

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.**Delavnice
Medicinskih
trenerjev**

delavnice: november, december

- Izgorelost in profesionalizem v medicini
- Slišati in se odzvati – delavnica aktivnega poslušanja in povratne informacije
- Odpredavaj kot se šika! – delavnica javnega nastopanja

Izvajalci: Zavod Medicinski trenerji

Novosti v dentalni medicini

predavanja in delavnice:
november–december

Za prvi seminar smo izbrali teme s področja endodontije, implantologije, kirurgije, ortodontije in periapikalne kirurgije.

Predstavljeni bodo posegi, ki jih splošni zobozdravniki lahko opravijo v splošnih ambulantah in ki vsem olajšajo delo. Predavatelji bodo slušateljem prikazali primere iz prakse in z njimi delili svoje izkušnje. O določenih terapevtskih odločitvah bodo lahko slušatelji glasovali preko glasovalnih naprav, nato pa v razpravi utemeljili svojo odločitev.

Programski odbor: Krunoslav Pavlovič, dr. dent. med., Beti Kruljc Korelc, dr. dent. med.

Informacijska točka

Prijave in programi: www.domusmedica.si

Pregled in urejanje prijav: www.zdravniskazbornica.si (vstop v osebni profil preko »Prijava«, zavihek

»Moje prijave«). Dodatne informacije: Mojca Vrečar, E: mic@zss-mcs.si

NOVEMBER 2018

november–december • PRVA PSIHOTIČNA EPIZODA V SKLOPU SHIZOFRENIJE ALI SHIZOFRENE MOTNJE

kraj: spletno izobraževanje, W: https://si.doctrina.biz/izobrazevanja	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni za uporabnike portala FarmaPro	k. točke: 1
vsebina: Izobraževanje je namenjeno prepoznavanju prve psihične epizode in pomena zgodnje intervencije pri tovrstnih pacientih. Optimalno zdravljenje bolnika v t.i. kritičnem obdobju lahko morda vpliva na ugodnejši potek bolezni v kasnejših fazah.	organizator: Doctrina, izobraževanje, d.o.o.	prijave, informacije: Anja Jurič, T: 041 823 159, E: anja@doctrina.biz , W: https://si.doctrina.biz/zdravniki	

november–december • FARMAKOLOŠKO ZDRAVLJENJE SHIZOFRENIJE

kraj: spletno izobraževanje, W: https://siapp.doctrina.biz/izobrazevanja	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni za uporabnike portala Doctrina.si	k. točke: 1
vsebina: »Slabo sodelovanje v zdravljenju je glavni razlog za suboptimalno korist antipsihotičnih zdravil in ponavljajoče se epizode.« V predavanju dr. Turčinova predstavi pregled antipsihotikov, njihovo delovanje, poti in mehanizme njihovega delovanja ter neželene učinke.	organizator: Doctrina, izobraževanje, d.o.o.	prijave, informacije: Anja Jurič, T: 041 823 159, E: anja@doctrina.biz , W: https://si.doctrina.biz/zdravniki	

november–december • DIAGNOSTICIRANJE SHIZOFRENIJE

kraj: spletno izobraževanje, W: https://siapp.doctrina.biz/izobrazevanja	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni za uporabnike portala Doctrina.si	k. točke: 1,3
vsebina: V izobraževanju se prof. dr. Rok Tavčar posveča procesu diagnosticiranja shizofrenije skozi čas, napakam, ki so se pojavljale, ter smernicam, ki so si sledile. Razložil bo klasifikacije (DSM-5 in MKB-11) ter presečne in longitudinalne kriterije pri sami klasifikaciji ter diagnosticiranje shizofrenije danes.	organizator: Doctrina, izobraževanje, d.o.o.	prijave, informacije: Anja Jurič, T: 041 823 159, E: anja@doctrina.biz , W: https://si.doctrina.biz/zdravniki	

november–december • SHIZOFRENIJA, REZISTENTNA NA ZDRAVLJENJE

kraj: spletno izobraževanje, W: https://siapp.doctrina.biz/izobrazevanja	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni za uporabnike portala Doctrina.si	k. točke: 1
vsebina: Prim. Andrej Žmitek se v predavanju posveča situacijam, ko se simptoma shizofrenije ne odziva na zdravljenje. Predstavi obstoječe definicije rezistence in možne vzroke zanjo. Dotakne se vedenjsko-kognitivne terapije, ki lahko pozitivno vpliva v primerih na zdravljenje rezistentnih psihoz. Da bi bili prepričani v rezistenco, je treba poznati psevdorezistenco in razloge zanjo.	organizator: Doctrina, izobraževanje, d.o.o.	prijave, informacije: Anja Jurič, T: 041 823 159, E: anja@doctrina.biz , W: https://si.doctrina.biz/zdravniki	

november–december • PRODROMI PSIHOTIČNE EPIZODE IN SINDROM PRITAJENE (ATENUIRANE) PSIHOZE

kraj: spletno izobraževanje, W: https://si.doctrina.biz/izobrazevanja	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni za uporabnike portala Doctrina.si	k. točke: 0,8
vsebina: V predavanju prof. dr. Rok Tavčar razloži prodrome psihične epizode in sindrom pritajene psihoze, ki je razmeroma nova danost. Definira duševno motnjo ter nas popelje skozi epizode psihoze. Pomemben člen pri samem diagnosticiranju predstavljajo zgodnji simptom ali skupek simptomov, ki se pojavijo pred začetkom bolezni (prodromi) in so lahko specifični ali nespecifični.	organizator: Doctrina, izobraževanje, d.o.o.	prijave, informacije: Anja Jurič, T: 041 823 159, E: anja@doctrina.biz , W: https://si.doctrina.biz/zdravniki	

november–december • NESODELOVANJE BOLNIKOV PRI ZDRAVLJENJU

kraj: spletno izobraževanje, W: https://siapp.doctrina.biz/izobrazevanja	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni za uporabe portala Doctrina.si	k. točke: 1
vsebina: Dr. Virginija Novak Grubič opisuje težave pri zdravljenju bolnikov s shizofrenijo in pomembnost rednega jemanja zdravil v obdobju remisije, kar dokazano preprečuje ponovne zagone bolezni. Nezadostno sodelovanje prinaša številne neugodne posledice, kot so daljše hospitalizacije ter poslabšanje simptomov.	organizator: Doctrina, izobraževanje, d.o.o.	prijave, informacije: Anja Jurič, T: 041 823 159, E: anja@doctrina.biz , W: https://si.doctrina.biz/zdravniki	

3. ob 9.00 • OSKRBA VITALNO OGROŽENEGA OTROKA

kraj: LJUBLJANA, Simulacijski center, Metelkova 9, 1000 Ljubljana	št. udeležencev: do 20	kotizacija: 150 EUR	k. točke: 7
vsebina: Učna delavnica je namenjena zdravnikom, medicinskim sestram, celotnim zdravstvenim timom, študentom medicine in zdravstvene nege, s ciljem izboljšanja varnosti pacientov in učinkovitosti zaposlenih. Učna delavnica je namenjena še posebej posameznikom, ki so zaposleni na delovnih mestih, kjer obstaja verjetnost oskrbe vitalno ogroženega otroka (medicinske sestre/reševalci in zdravniki v prehospitalu, patronažne medicinske sestre, pediatrične medicinske sestre, pediatri). Pristop k vitalno ogroženemu otroku ob uporabi »barvnega traku« (anaflaksija, septični šok, zastrupitve), reanimacija, sprostitev dihalne poti, umetna ventilacija, aplikacija kisika, i-gel, aspiracija, kateterizacija, nastavitev infuzije, intraosalna pot, timsko delo med reanimacijo.	organizator: Zdravstveni dom Ljubljana, Simulacijski center, Uroš Zafošnik, dipl. zn., mag. soc. del.	prijave, informacije: prijave: E: prijava.sim@zd-lj.si , informacije: tajništvo SIM-centra, Ana Erdelja, T: 01 472 37 83, 031 396 533, E: taj.sim@zd-lj.si	

5. ob 9.00 • OSKRBA VITALNO OGROŽENEGA PACIENTA

kraj: LJUBLJANA, Simulacijski center, Metelkova 9	št. udeležencev: do 20	kotizacija: 150 EUR	k. točke: 5,5
vsebina: Izobraževanje je namenjeno zdravnikom, medicinskim sestram, celotnim zdravstvenim timom, študentom medicine in zdravstvene nege, s ciljem izboljšanja varnosti pacientov in učinkovitosti zaposlenih. Sistematični pregled vitalno ogroženega pacienta, sprostitev dihalne poti, ravnanje z dihalnim balonom, aspiracija, aplikacija kisika, vzpostavitev intravenske poti, nastavitev infuzije, varna defibrilacija.	organizator: Zdravstveni dom Ljubljana, Simulacijski center, Uroš Zafošnik, dipl. zn., mag. soc. del.	prijave, informacije: prijave: E: prijava.sim@zd-lj.si , informacije: tajništvo SIM-centra, Ana Erdelja, T: 01 472 37 83, 031 396 533, E: taj.sim@zd-lj.si	

7. ob 16.00 • SREČANJE SKUPINE ZA OSEBNOSTNO RAST: KAKO DOSEČI DOGOVOR / KO SOGOVORNIK NI PRIPRAVLJEN NA DOGOVOR: KAKO OBVLADAM SOGOVORNIKA, KI MANIPULIRA?

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska c. 162	št. udeležencev: 15	kotizacija: Za člane ZZS ni kotizacije. Če se dogodka ne udeležite in tega zbornici ne sporočite vsaj 3 dni pred dogodkom, ste dolžni plačati 20 EUR.	k. točke: 3
vsebina: Vsebinsko so srečanja posvečena dopolnjevanju veščin komuniciranja. Končni cilj je obvladati dogovor v konfliktnih situacijah tako v službi kot doma. Teoretični del izhaja iz nevrolingvističnega programiranja, asertivnosti in realitetne teorije.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: W: www.domusmedica.si	

7. ob 16.30 • IZGORELOST IN PROFESIONALIZEM V MEDICINI

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska c. 162	št. udeležencev: 20	kotizacija: Za člane ZZS ni kotizacije. Za udeležence, ki niso člani zbornice, je kotizacija 45 EUR. Če se dogodka ne udeležite in tega zbornici ne sporočite vsaj 3 dni pred dogodkom, ste dolžni plačati 30 % kotizacije (tudi člani ZZS)	k. točke: 3
vsebina: Veliko medicinskih fakultet po svetu eksplicitno uči profesionalizem. Medicinski profesionalizem je set vrednot, obnašanja in odnosov, ki poudarja zaupanje javnosti v zdravnike.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: W: www.domusmedica.si	

8.–10. ob 10.00 • 60. TAVČARJEVI DNEVI

kraj: PORTOROŽ, Grand hotel Bernardin	št. udeležencev: 600	kotizacija: 240 EUR + DDV zdravniki, 120 EUR + DDV specializanti, mladi raziskovalci, kotizacije ni za študente 5. in 6. letnika medicinske fakultete, upokojene zdravnike	k. točke: 17
vsebina: Na srečanju bodo vodilni strokovnjaki s posameznih področij predstavili pregledna predavanja, najnovejše smernice in klinične poti, lahko boste zastavili vprašanja in predstavili svoje dileme v okviru pogovorov s strokovnjaki. Prejeli boste izvrsten zbornik prispevkov, ki vsako leto obsega preko 300 strani in vsebuje pregledne prispevke, algoritme in dodatna orodja, ki bodo obogatili vaše znanje in izboljšali obravnavo vaših bolnikov.	organizator: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za interno medicino	prijave, informacije: prijave do 20. 10. 2018, informacije: Bernarda Zver, Katedra za interno medicino, E: interna@mf.uni-lj.si , W: http://tavcarjevi.si/	

9. ob 9.00 • XIV. ORTOPEDSKO SREČANJE »KOLENO V ORTOPEDIJI«

kraj: MARIBOR, Medicinska fakulteta	št. udeležencev: do 250	kotizacija: 150 EUR z DDV	k. točke: ***
vsebina: Strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom ortopedom, travmatologom, zdravnikom družinske in splošne medicine, fiziatrom.		organizator: UKC Maribor, dr. Zmago Krajnc, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: www.ukc-mb.si (strokovna srečanja), informacije: Rebeka Gerlič, univ. dipl. ekon., T: 02 321 28 13

9. ob 9.00 • REANIMACIJA NOVOROJENCA

kraj: MARIBOR, Medicinska fakulteta, Taborska ulica 8, v prostoru: 1N23 in 1N25A	št. udeležencev: 10	kotizacija: 160 EUR (DDV vključen)	k. točke: 8
vsebina: Učna delavnica za zdravnike specialiste in specializante ginekologije in porodništva, pediatrije, zdravnike specialiste in specializante družinske medicine, zdravnike specialiste in specializante urgentne medicine ter zdravnike pripravnike, babice, medicinske sestre in zdravstvene tehnike. Vsebina izobraževanja bo: Stanja v nosečnosti in med porodom, ki so pogosto povezana s slabim izidom otroka.		organizator: Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta	prijave, informacije: Romana Grajner, T: 02 234 58 26, E: romana.grajner@um.si , W: http://www.mf.uni-mb.si/si/oglasna-deska/ucne-delavnice

9.–10. ob 16.00 • DENTAL MEDICINE FOR PRACTITIONERS

kraj: MARIBOR, MF Univerze v Mariboru	št. udeležencev: 20	kotizacija: 190 EUR (DDV vključen)	k. točke: ***
vsebina: dvodnevna učna delavnica	organizator: Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta	prijave, informacije: Romana Grajner, T: 02 234 58 26, E: romana.grajner@um.si , W: http://www.mf.uni-mb.si/si/oglasna-deska/ucne-delavnice	

9.–10. • SLOVENIAN CONGRESS OF TRAUMA SURGERY

kraj: LJUBLJANA, Grand hotel Union Business, Miklošičeva 3	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 250 EUR	k. točke: ***
vsebina: kongres	organizator: UKC Ljubljana, SPS Kirurška klinika, KO za travmatologijo	prijave, informacije: Teja Kučina, T: +386 31 290 660, E: office@slo-trauma-congress.org , W: http://slo-trauma-congress.org	

10. • TRENING URGENTNIH PORODNIŠKIH STANJ (TUPS)

kraj: LJUBLJANA, UKC, simulacijska učilnica	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: specializanti, med. sestre in babice 220 EUR, specialisti 300 EUR	k. točke: 9
vsebina: učna delavnica	organizator: Združenje za perinatalno medicino SZD, Zaloška 11	prijave, informacije: informacije: Lili Steblovnik, E: lili.steblovnik@mf.uni-lj.si	

10. ob 9.00 • 3. ONKO-NEFROLOŠKA ŠOLA

kraj: LJUBLJANA, Onkološki inštitut, predavalnica stavbe C	št. udeležencev: 60	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Podiplomsko izobraževanje je namenjeno družinskim zdravnikom, specializantom različnih strok, vsem zdravnikom, ki se v vsakodnevni praksi srečujejo z onkološkimi bolniki.	organizator: Sekcija internistične onkologije pri SZD, Delovna skupina za onko-nefrologijo, Onkološki inštitut, mag. Tomaž Milanez, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: lkristan@onko-i.si , informacije: Lidija Kristan, T: 01 587 92 82	

10. ob 9.00 • NUJNA STANJA V DRUŽINSKI MEDICINI – PRIPRAVA NA DELO ZA SPECIALIZANTE DRUŽINSKE MEDICINE

kraj: LJUBLJANA, Simulacijski center, Metelkova 9	št. udeležencev: do 20	kotizacija: 150 EUR	k. točke: ***
vsebina: Izobraževanje je namenjeno specializantom družinske medicine. Pristop k vitalno ogroženemu pacientu v ambulantni družinskega zdravnika (anafilaksija, AMI, ICV, intoksikacija, septični šok, dodatni postopki oživljanja), sprostitev dihalne poti, umetna ventilacija, odstranjevanje tujka iz dihalnih poti, aplikacija kisika, i-gel, nastavev infuzije, timsko delo med reanimacijo.		organizator: Zdravstveni dom Ljubljana, Simulacijski center, Uroš Zafošnik, dipl. zn., mag. soc. del.	prijave, informacije: prijave: E: prijava.sim@zd-lj.si , informacije: tajništvo SIM-centra, Ana Erdelja, T: 01 472 37 83, 031 396 533, E: taj.sim@zd-lj.si

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

kraj: LJUBLJANA, UKC, Pediatrična klinika, Bohoričeva 20, Seminar I - P2	št. udeležencev: 10	kotizacija: 244 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.	organizator: UKC Ljubljana	prijave, informacije: Tina Kofler, T: 01 522 90 22, E: tina.kofler@kclj.si	

14. ob 13.00 • AKTUALNO V ZDRAVLJENJU SLADKORNE BOLEZNI

kraj: MARIBOR, UKC	št. udeležencev: do 120	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom internistom.	organizator: UKC Maribor, Miro Čokolič, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: www.ukc-mb.si (strokovna srečanja), informacije: Rebeka Gerlič, univ. dipl. ekon., T: 02 321 28 13	

15. • PREPOZNAVANJE ODVISNOSTI, DUŠEVNIH MOTENJ IN NASILJA V OBPORODNEM OBDOBJU (PROJEKT PODN)

kraj: LIPICA, Maestoso Lipica	št. udeležencev: 40	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: izobraževanje	organizator: Združenje za perinatalno medicino SZD	prijave, informacije: doc. dr. Vislava Globevnik Velikonja, E: vislava.velikonja@guest.arnes.si	

15.–17. ob 8.00 • 5. MARIBORSKI ONKOLOŠKI DAN in 68. REDNI JESENSKI SESTANEK SZGH

kraj: MARIBOR, Hotel Habakuk, Pohorska ulica 59	št. udeležencev: 150 do 200	kotizacija: 100 EUR, za upokojece in študente kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: Prireditelj je namenjena vsem, ki jih zanima problematika bolezni prebavil s posebnim poudarkom na rakavih boleznih v prebavnem traktu.	organizator: Oddelek za abdominalno in splošno kirurgijo, UKC Maribor in Slovensko združenje za gastroenterologijo in hepatologijo, doc. dr. Bojan Krebs, dr. med., doc. dr. Arpad Ivanec, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Oddelek za abdominalno in splošno kirurgijo, UKC Maribor, Ljubljanska ul. 5, 2000 Maribor, E: onkoloskidan@gmail.com , informacije: Silva Škrlec, viš. uprav. del., doc. dr. Bojan Krebs, dr. med., doc. dr. Arpad Ivanec, dr. med., T: +386 2 321 1301, E: onkoloskidan@gmail.com , W: www.onkoloskidan.si	

16. ob 8.45 • TRETJA ŠOLA PLJUČNEGA RAKA

kraj: LJUBLJANA, Onkološki inštitut, predavalnica v stavbi C – pritličje	št. udeležencev: 120	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: Šola je namenjena družinskim zdravnikom, specializantom onkologije.	organizator: Združenje za radioterapijo in onkologijo pri SZD, asist. dr. Karmen Stanič, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: kko-privec@onko-i.si , informacije: Katja Koprivec, T: 01 587 95 50	

16. ob 9.00 • 60 LET ODDELKA ZA PEDIATRIJO V SPLOŠNI BOLNICI SLOVENJ GRADEC

kraj: SLOVENJ GRADEC, Mladinski kulturni center, Ozare 18	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: ni podatka	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje z okroglo mizo o primerih dobre klinične prakse in predstavitev zanimivih kliničnih primerov	organizator: SB Slovenj Gradec, Oddelek za pediatrijo	prijave, informacije: Anita Kušej Jošt, T: 02 882 34 71, anita.kusej@sb-sg.si	

16. ob 9.00 • 1. SLOVENSKI SIMPOZIJ O EPILEPSIJI PRI OTROCIH

kraj: LJUBLJANA, Grand hotel Union, Orhideja, Miklošičeva 1	št. udeležencev: 100	kotizacija: 100 EUR (DDV vključen)	k. točke: 6
vsebina: simpozij	organizator: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo	prijave, informacije: informacije: Branka Kenda, T: 01 522 92 26, 070 864 291, E: branka.kenda@mf.uni-lj.si	

16. ob 14.15 • SISTEMATIČNI PREGLEDI OTROK S POSEBNIMI POTREBAMI IN SODELOVANJE S ŠOLO

kraj: KAMNIK, CIRIUS, Novi trg 43 A	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 4
vsebina: strokovno srečanje	organizator: Sekcija za šolsko, študentsko in adolescentno medicino	prijave, informacije: Marta Orehek, E: marta.orehek@cirius-kamnik.si	

16.–17. ob 9.00 • XLVIII. KIRURŠKI DNEVI – NOVE TEHNOLOGIJE V KIRURGIJI: MINIMALNO INVAZIVNE IN HIBRIDNE METODE (s sočasno volilno skupščino Združenja kirurgov SZD, 16. 11. 2018)

kraj: PORTOROŽ, Kongresni center Grand hotela	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 120 EUR + DDV, referenti: 70 EUR + DDV, specializanti in upokojeni zdravniki: 50 EUR + DDV, za študente MF kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Strokovni sestanek je namenjen specialistom in specializantom operativnih strok, anesteziologom, družinskim zdravnikom, intenzivistom.	organizator: Katedra za kirurgijo MF UL v sodelovanju s Katedro za kirurgijo MF UM in z Združenjem kirurgov SZD, prof. dr. Radko Komadina, dr. med., svetnik	prijave, informacije: prijave: E: sbcdi@guest.arnes.si , informacije: Radko Komadina, E: sbcdi@guest.arnes.si , F: 03 423 38 99	

16.–17. • 68. SREČANJE SLOVENSKEGA DRUŠTVA ZA GASTROENTEROLOGIJO IN HEPATOLOGIJO

kraj: MARIBOR, Hotel Habakuk	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 150 EUR	k. točke: 5
vsebina: Govorili bomo o novih dognanjih v gastroenterologiji in onkološki kirurgiji prebavil, kakor jih doživljate osebni zdravniki, internisti, radiologi, onkologi in kirurgi ter tudi vsi ostali, ki jih ta obsežna tema zanima.	organizator: UKC Maribor, Klinika za kirurgijo, Oddelek za abdominalno in splošno kirurgijo	prijave, informacije: Bojan Krebs, T: 02 321 13 01, 040 425 427, E: bojan.krebs@guest.arnes.si , W: www.onkoloskidan.si	

16.–17. • USPOSABLJANJE IZ VODSTVENIH KOMPETENC ZA ZDRAVNIKE IN ZOBOZDRAVNIKE / 2. MODUL: PRAVNI VIDIKI MANAGEMENTA

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska c. 162	št. udeležencev: 20	kotizacija: Cena posameznega modula (2 dni) je 340 EUR brez DDV, če se udeležite vseh osmih modulov. Pri prijavi samo na 2. modul je kotizacija 390 EUR + DDV.	k. točke: 13
vsebina: Usposabljanje – 8 modulov – 8 ključnih vsebinskih sklopov. Usposabljanje poteka enkrat na mesec po 2 dni (petek in sobota).	organizator: Zavod za razvoj zdravstvenega managementa	prijave, informacije: informacije: Aleksandra Bola Natek, T: 040 851 521, E: info@zdravstvenimanagement.si , W: www.zdravstvenimanagement.si , W: www.zrzm.si	

17. ob 8.00 • 4. JESENSKA PEDIATRIČNA ŠOLA V MARIBORU / PREPREČEVANJE POŠKODB PRI OTROCIH IN MLADOSTNIKI

kraj: MARIBOR, ZD dr. Adolfa Drolca, predavalnica V, VI. nadstropje	št. udeležencev: 50	kotizacija: 100 EUR, na dan strokovnega posveta 120 EUR, za specializante in sekundarije 50 EUR (DDV ni vključen v kotizacijo)	k. točke: ***
vsebina: strokovni posvet	organizator: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor	prijave, informacije: Tatjana Mauko, T: 02 286 35 60, 031 662 800, E: tatjana.mauko@zd-mb.si	

17. ob 8.50 • JESENSKO SREČANJE ALERGOLOŠKE SEKCIJE / 4. STROKOVNO SREČANJE ZDRUŽENJA ZA PRETOČNO CITOMETRIJO: PRETOČNA CITOMETRIJA V ALERGOLOGIJI IN PULMOLOGIJI

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta	št. udeležencev: 100	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Srečanje je namenjeno alergologom, imonologom, pulmologom, dermatologom, pediatrom, zdravnikom družinske medicine, specializantom, študentom medicine (1. sklop: Test aktivacije bazofilcev (BAT) in mastocitov (MAT), 2. sklop: Imunofenotipizacija limfocitov v bronhoalveolarnem izpirku (BAL) in v dihalni poti).	organizator: Alergološka in imunološka sekcija SZD v sodelovanju z Združenjem za pretočno citometrijo, prof. Mitja Košnik, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	

19.–21. • 26. PODIPLOMSKI TEČAJ IZ HOSPITALNE DIABETOLOGIJE

kraj: LJUBLJANA, predavalnica v prostorih diabetoloških ambulant, Vrazov trg 1	št. udeležencev: 20	kotizacija: ni podatka	k. točke: 11,5
vsebina: Tečaj pokriva področja diabetologije, ki so pomembna pri obravnavi bolnika s sladkorno boleznijo v prehospitalsnem in hospitalnem okolju.	organizator: UKC Ljubljana, SPS Interna klinika, KO za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni	prijave, informacije: Nandan Gregorič, 01 522 27 82, E: nadan.gregoric@kclj.si	

19. 11.–18. 12. • HIV/AIDS 2018: NUJEN KLIC ZA AKCIJO

kraj: spletno izobraževanje, W https://si.doctrina.biz/zdravniki/	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: ni podatka	k. točke: v postopku
vsebina: V spletnem izobraževanju boste izvedeli, kaj lahko zdravnik naredi v boju za zajezitev epidemije.	organizator: Doctrina, izobraževanje, d.o.o.	prijave, informacije: Anja Jurič, T: 041 823 159, E: anja@doctrina.biz , W: https://si.doctrina.biz/zdravniki	

20. ob 16.30 • SLIŠATI IN SE ODZVATI – DELAVNICA AKTIVNEGA POSLUŠANJA IN POVRATNE INFORMACIJE

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska c. 162	št. udeležencev: 20	kotizacija: Za člane ZZS ni kotizacije. Za udeležence, ki niso člani zbornice, je kotizacija 45 EUR. Če se dogodka ne udeležite in tega zbornici ne sporočite vsaj 3 dni pred dogodkom, ste dolžni plačati 30 % kotizacije (tudi člani ZZS).	k. točke: 3
vsebina: Velikokrat se zgodi, da se z nekom pogovarjamo, a se šele po nekaj minutah zavemo, da v resnici sploh nismo slišali, kaj nam je sogovornik povedal. Mogoče so nas besede spomnile na kakšen dogodek iz preteklosti in smo začeli razmišljati o tem, mogoče smo si že začeli pripravljati odgovor na rečeno.		organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: W: www.domusmedica.si

20. ob 17.00 • PODPORNIA SKUPINA: ZAUPNO – DOSTOPNO – KOLEGIALNO

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 15	kotizacija: za člane ZZS ni kotizacije	k. točke: 1,5
vsebina: Namen skupine je razmišljati skupaj, kako se odzvati na vse izzive, ki jih trenutek sedanjosti postavlja pred nas.		organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: W: www.domusmedica.si

21. ob 8.30 • 8. IZOBRAŽEVALNI DAN PROGRAMA ZORA

kraj: BRDO PRI KRANJU, Kongresni center, Dvorana Grandis	št. udeležencev: 450	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Srečanje je namenjeno sodelavcem DP ZORA vseh strok (ginekološki timi, citopatologi, patologi, specialisti javnega zdravja, epidemiologi, ki se ukvarjajo s okužbami s HPV, in presejalci). Predstavljene bodo novosti s področja HPV (cepljenje, okužbe, zdravljenje) in strokovne dileme s področja ginekologije.		organizator: Onkološki inštitut Ljubljana, Ministrstvo za zdravje RS, Urška Ivanuš, vodja DP ZORA	prijave, informacije: prijave: E: zora@onko-i.si ali Program in register ZORA, Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, informacije: Mojca Florjančič, E: zora@onko-i.si , T: 01 587 95 76

21. ob 9.00 • POROD

kraj: LJUBLJANA, Simulacijski center, Mislejeva 3, 1000 Ljubljana	št. udeležencev: do 20	kotizacija: 150 EUR	k. točke: 8
vsebina: Ukrepanje ob zapletih pri porodu, reanimacija nosečnice, reanimacija novorojenčka, timsko delo pri izvajanju poroda z zapletom. Učna delavnica je namenjena posameznikom, ki so zaposleni na delovnih mestih, kjer obstaja verjetnost izvajanja poroda na terenu (medicinske sestre/reševalci in zdravniki v prehospitalu, patronažne medicinske sestre...).		organizator: Zdravstveni dom Ljubljana, Simulacijski center, Uroš Zafošnik, dipl. zn., mag. soc. del.	prijave, informacije: prijave: E: prijava.sim@zd-lj.si , informacije: tajništvo SIM-centra, Ana Erdelja, T: 01 472 37 83, 031 396 533, E: taj.sim@zd-lj.si

21. ob 15.30 • DELAVNICA ZA SPECIALIZANTE

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 25	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 3
vsebina: Delavnica je namenjena vsem specializantom. Na delavnici boste izvedeli več o svojih pravicah in odgovornosti, pridobili delovne pravne informacije, se seznanili z E-listom in slišali, kako opraviti specializacijo in ne izgoreti.		organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: W: www.domusmedica.si

22.–23. ob 8.30 • SLIKOVNA DIAGNOSTIKA V OTROŠKEM OBDOBJU/PODIPLOMSKA ŠOLA PEDIATRIČNE RADIOLOGIJE

kraj: LJUBLJANA, Four Points by Sheraton, Hotel Mons	št. udeležencev: 150	kotizacija: 250 EUR	k. točke: 14
vsebina: podiplomska šola	organizator: UKC Ljubljana, SPS Pediatrična klinika	prijave, informacije: informacije: izr. prof. dr. Damjana Ključevšek, dr. med., spec., T: +386 1 522 48 30, +386 40 204070, E: damjana.kljucvsek@gmail.com	

23. ob 8.00 • 7. SREČANJE O KEMIJSKI VARNOSTI: VPLIV KEMIKAJIJ IZ INDUSTRIJE NA OKOLJE IN ZDRAVJE

kraj: LJUBLJANA, Kristalna palača, BTC**št. udeležencev:** 200**kotizacija:** 130 EUR z DDV**k. točke:** ***

vsebina: Srečanje je namenjeno zdravnikom medicine dela, javnega zdravja, družinske medicine, urgentne medicine, interne medicine, pediatrije in onkologije. Teme: pregled onesnaženja z industrijskimi kemikalijami v Sloveniji in vpliv kemikalij na rakave bolezni, plodnost, hormonski sistem, bolezni živčevja ter srca in žilja.

organizator: Sekcija za klinično toksikologijo SZD in Center za klinično toksikologijo in farmakologijo UKCL, doc. dr. Miran Brvar, dr. med.

prijave, informacije: prijave: Sekcija za klinično toksikologijo SZD, Center za zastrupitve, Interna klinika, UKC Ljubljana, Zaloška cesta 7, 1000 Ljubljana, E: miran.brvar@kclj.si, informacije: Miran Brvar, T: 01 522 12 93, F: 01 434 76 46, E: miran.brvar@kclj.si

23. ob 8.00 • 2. MARIBORSKI DAN KVČB

kraj: MARIBOR, Hotel City**št. udeležencev:** 100**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** 8

vsebina: Dogodek je namenjen zdravnikom specialistom in specializantom gastroenterologije, interne medicine in njenih vej, družinske medicine in diplomiranim medicinskim sestram, ki se ukvarjajo s KVČB.

organizator: UKC Maribor, Klinika za interno medicino, Oddelek za gastroenterologijo, Davorin Dajčman, dr. med., Andreja Očepek, dr. med.

prijave, informacije: prijave: W: www.ukc-mb.si (strokovna srečanja), informacije: Tina Škerbinc Muzlovič, univ. dipl. medij. kom., T: 02 321 29 40, E: Tina.skerbincmuzlovic@ukc-mb.si

23.–24. ob 8.00 • 10. MARIBORSKI KONGRES DRUŽINSKE MEDICINE

kraj: MARIBOR, Hotel Habakuk**št. udeležencev:** ni omejeno**kotizacija:** 200 EUR**k. točke:** v postopku

vsebina: Kongres je namenjen strokovni javnosti s področja družinske medicine in je oblikovan s posebnim poudarkom na predstavitvi strokovnih in organizacijskih vsebin, ki so pomembne za delo zdravnika družinske medicine.

organizator: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD

prijave, informacije: Nina Štojs, T: 01 438 69 14, E: nina.stojs@gmail.com, W: <https://www.e-medicina.si/mariborski-kongres>

23.–24. ob 9.00 • 10. BANIČEVI DNEVI: MIKROBIOLOGIJA V JAVNEM ZDRAVSTVU

kraj: POSTOJNA, Hotel Jama**št. udeležencev:** 150**kotizacija:** 150 EUR, kotizacije ni za upokojene, študente in specializante**k. točke:** v postopku

vsebina: Strokovno srečanje je namenjeno vsem zdravnikom, kliničnim mikrobiologom, medicinskim mikrobiologom, mikrobiologom in biologom, ki delajo v javnem zdravstvu. Tema srečanja bo javnozdravstvena mikrobiologija. Udeleženci srečanja bodo seznanjeni z javnozdravstveno vlogo mikrobiologije v Sloveniji in z vpetostjo v evropski javnozdravstveni sistem. Osredotočili se bomo predvsem na povzročitelje, ki predstavljajo grožnjo ne le posamezniku, ampak večjim skupinam, celotni populaciji. Predstavljeni bodo dosežki in izzivi javnozdravstvene mikrobiologije pri boleznih, proti katerim cepimo, pri boleznih, ki vsako leto zajamejo veliko število ljudi in zelo obremenijo zdravstveni sistem, pri boleznih s potencialom povzročanja pandemij, pri porajajočih se boleznih in javnozdravstveni pomen odpornosti na protimikrobna zdravila. Pomembna tema bo predstavitev modernih tehnologij v javnozdravstveni mikrobiologiji, kot je npr. molekularna epidemiologija.

organizator: Sekcija za klinično mikrobiologijo in bolnišnične okužbe, Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano, Oddelek za javnozdravstveno mikrobiologijo Ljubljana, izr. prof. dr. Miroslav Petrovec

prijave, informacije: prijave: Špela Hostnik, NLZOH CMM Ljubljana, Grablovičeva 44, 1000 Ljubljana, E: banicevi@nlzoh.si, F: 01 520 57 04, informacije: Metka Paragi, E: metka.paragi@nlzoh.si, T: 01 520 57 80, Katarina Prosenc Trilar, E: katarina.prosenc@nlzoh.si, T: 01 434 26 13

23.–24. ob 9.00 • OSNOVE KLINIČNE ALERGOLOGIJE IN ASTME

kraj: KRANJSKA GORA, Hotel Kompas**št. udeležencev:** 25**kotizacija:** 250 EUR**k. točke:** *****vsebina:** strokovno srečanje

organizator: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, Golnik 36, 4204 Golnik

prijave, informacije: Irena Dolhar, T: 04 25 69 493, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si

24. • TRENING URGENTNIH PORODNIŠKIH STANJ (TUPS)

kraj: LJUBLJANA, UKC, simulacijska učilnica**št. udeležencev:** ni omejeno**kotizacija:** specializanti, med. sestre in babice 220 EUR, specialisti 300 EUR**k. točke:** 9**vsebina:** izobraževanje

organizator: Združenje za perinatalno medicino SZD

prijave, informacije: Lili Steblovnik, E: lili.steblovnik@mf.uni-lj.si

24. ob 9.00 • XVIII. ČELEŠNIKOVI DNEVI IN 20. STROKOVNI SEMINAR ZMOKS: POŠKODBE ZOB, OBZOBNIH TKIV IN OBRAZNEGA SKELETA

kraj: BRDO PRI KRANJU, Kongresni center	št. udeležencev: 350	kotizacija: 250 EUR do 15. 10. 2018, 300 EUR po 15. 10. 2018	k. točke: 5
vsebina: strokovni seminar	organizator: Združenje za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije	prijave, informacije: informacije: Miha Kočar, dr. dent. med., E: mihako-car@yahoo.com , W: www.zmok.si	

29. • PREDPISOVANJE MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV ZA OSEBE Z OKVARO HRBTENJAČE

kraj: LJUBLJANA, URI Soča	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 60 EUR (DDV vključen)	k. točke: ***
vsebina: Srečanje je namenjeno zdravnikom specialistom in specializantom družinske medicine, fizikalne in rehabilitacijske medicine, ortopedije, travmatologije, nevrologije, imenovanim zdravnikom ZZS, medicinskim in sodnim izvedencem in drugim zdravstvenim delavcem ter ostalim strokovnjakom s tega področja.	organizator: URI Soča	prijave, informacije: Vesna Grabljevec, URI Soča, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, E: vesna.grabljevec@ir-rs.si , T: 01 475 82 43	

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

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska c. 162	št. udeležencev: 25	kotizacija: Za člane ZZS ni kotizacije. Če se dogodka ne udeležite in tega zbornice ne sporočite vsaj 3 dni pred dogodkom, ste dolžni plačati 40 EUR.	k. točke: 7,5
vsebina: Udeleženci bodo spoznali krizne dogodke s poudarkom na dogodkih v zdravstvu. Spoznali bodo faze in vrste odziva na travmatični dogodek ter različne vrste pomoči po tovrstnem dogodku.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: W: www.domusmedica.si	

29. 11.–1. 12. • ŠOLA URGENCE 2018, 1. letnik, in DELAVNICE IZ OSKRBE DIHALNE POTI, INTERPRETACIJE PAAK IN UZ PLJUČ

kraj: LAŠKO, Terme Laško	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: podatki na W: http://www.szum.si/sola-urgence.html	k. točke: 20
vsebina: Šola je namenjena specializantom in specialistom urgentne medicine, vsem ostalim zdravnikom, ki delajo na urgentnih oddelkih bolnišnic in zdravstvenih zavodov, pripravnikom. Šola urgence 2018 (1. letnik) bo po evropskem kurikulumu urgentne medicine zajela teme s področja nujnih stanj v kardiologiji in pulmologiji. Vse lepo vabimo tudi, da se 29. novembra udeležite predseminarja z delavnicami iz oskrbe dihalne poti (RSI, kirurška oskrba dihalne poti, NIV), interpretacije PAAK in UZ pljuč, ki jih bodo vodili priznani slovenski strokovnjaki.	organizator: Slovensko združenje za urgentno medicino	prijave, informacije: prijave od 1. septembra dalje na http://www.szum.si/sola-urgence.html , informacije: E: sola.urgence@gmail.com	

30. • XXVII. STROKOVNO SREČANJE ZDRUŽENJA ZA HIPERTENZIJO: NOVOSTI V OBRAVNAVI IN ZDRAVLJENJU ARTERIJSKE HIPERTENZIJE

kraj: LJUBLJANA, Four Points by Sheraton Ljubljana Mons	št. udeležencev: 200	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Strokovno srečanje je namenjeno družinskim zdravnikom, specialistom interne medicine, kardiologije, nefrologije, specializantom	organizator: Združenje za arterijsko hipertenzijo, dr. Jana Brguljan Hitij, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: tina.mali@hipertenzija.org , informacije: Tina Mali, dr. Jana Brguljan Hitij, dr. med., T: 01 522 55 18 ali 01 522 55 97	

30. ob 8.00 • 90 LET HOSPITALNE GINEKOLOGIJE IN PORODNIŠTVA V MARIBORU

kraj: MARIBOR, Hotel Habakuk	št. udeležencev: 300	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 8
vsebina: Mednarodni znanstveni simpozij je namenjen strokovni javnosti: zdravnikom specialistom, zdravnikom specializantom, upokojevcem, študentom, medicinskim sestram, zdravstvenim tehnikom in drugim zaposlenim v zdravstvu.	organizator: UKC Maribor, Klinika za ginekologijo in perinatologijo, Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru, Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor, prof. dr. Iztok Takač, dr. med., svet.	prijave, informacije: prijave: W: www.ukc-mb.si (strokovna srečanja), informacije: Tina Škerbinc Muzlovič, E: Tina.skerbincmuzlovic@ukc-mb.si , T: 02 321 29 40	

30. ob 9.00 • 14. DAN INTERNISTIČNE ONKOLOGIJE: CELIČNE TARČE V DOBI PERSONALIZIRANE MEDICINE

kraj: LJUBLJANA, Onkološki inštitut, predavalnica stavbe C	št. udeležencev: 80	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 6
vsebina: Podiplomsko izobraževanje je namenjeno družinskim zdravnikom, specializantom različnih strokovnih, vsem zdravnikom, ki se v vsakodnevni praksi srečujejo z onkološkimi bolniki.	organizator: Sekcija internistične onkologije pri SZD, Onkološki inštitut, Katedra za onkologijo, doc. dr. Erika Matos, dr. med.	prijave, informacije: prijave izključno na E: Ikristan@onko-i.si ali preko zdravniške zbornice – licenčnik, informacije: Lidija Kristan, T: 01 587 92 82	

30. ob 9.00 • TPO IN AED ZA TIME V ZOBOZDRAVSTVU

kraj: LJUBLJANA, Simulacijski center, Metelkova 9, 1000 Ljubljana	št. udeležencev: do 20	kotizacija: 150 EUR	k. točke: ***
vsebina: Izobraževanje je namenjeno zobozdravnikom in zobnim asistentom (timom v zobozdravstvu) s ciljem izboljšanja varnosti pacientov in učinkovitosti zaposlenih. Nujna stanja v zobozdravstvu, nove smernice reanimacije, sprostitev dihalne poti, ravnanje z dihalnim balonom, asistenca pri endotrahealni intubaciji, zunanja masaža srca, varna defibrilacija, zdravlila pri reanimaciji, timsko delo pri reanimaciji.		organizator: Zdravstveni dom Ljubljana, Simulacijski center, Uroš Zafošnik, dipl. zn., mag. soc. del.	prijave, informacije: prijave: E: prijava.sim@zd-lj.si , informacije: tajništvo SIM-centra, Ana Erdelja, T: 01 472 37 83, 031 396 533, E: taj.sim@zd-lj.si

30. 11.–1. 12. ob 9.30 • 13. KONGRES ŠPORTA ZA VSE

kraj: LJUBLJANA, Gospodarsko razstavišče, Dunajska cesta 18	št. udeležencev: 100–150	kotizacija: 18,30 EUR (DDV vključen)	k. točke: 8
vsebina: Športna rekreacija invalidov – kongres je namenjen športnim delavcem, medicinskim strokovnjakom in ostalemu strokovnemu osebju, ki se pri svojem delu srečuje z invalidno populacijo.		organizator: Olimpijski komite Slovenije – Združenje športnih zvez, dr. Maja Pajek, dr. Helena Burger	prijave, informacije: E: sportzavse@olympic.si , W: https://web2.meetpoint.si/kongres-sporta-za-vse , informacije: mag. Taja Škorc, Gorazd Cvelbar, T: 01 230 60 06, E: sportzavse@olympic.si

30. 11.–1. 12. • XLV. PODIPLOMSKA ŠOLA ZA ZDRAVNIKE, SLADKORNA BOLEZEN TIPA 2

kraj: LJUBLJANA, UKC, Zaloška c. 7	št. udeležencev: 30	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Podiplomska šola je namenjena družinskim zdravnikom.	organizator: UKC Ljubljana, Interna klinika, KO za endokrinologijo, diabetes in bolezni presnove, prof. dr. Andrej Janež, dr. med.	prijave, informacije: prijave: diabetessola@gmail.com , informacije: Evelina Oltra, T: 01 522 35 64, M: 041 772 702, F: 01 522 93 59	

30. 11.–1. 12. • CELOSTNA OBRAVNAVA IZGORELOSTI NA DELOVNEM MESTU – PRAKTIČNI PRISTOP

kraj: LJUBLJANA, URI Soča	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 110 EUR (z DDV) za prijave do 31. 10., 130 EUR (z DDV) za prijave po 31. 10.	k. točke: ***
vsebina: Seminar je namenjen psihologom, zdravnikom, medicinskim sestram, delovnim terapevtom, fizioterapevtom, socialnim delavcem, študentom, prostovoljcem in ostalim, ki jih zanima preventiva in kurativa izgorelosti na delovnem mestu.		organizator: URI Soča	prijave, informacije: Vesna Grabljevec, URI Soča, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, E: vesna.grabljevec@ir-rs.si , T: 01 475 82 43

30. 11.–1. 12. ob 9.00 • JESENSKO SREČANJE ZDRUŽENJA PNEVMOLOGOV SLOVENIJE

kraj: PORTOROŽ, Kongresni center Bernardin	št. udeležencev: 100	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: Predavanje je namenjeno pulmologom, internistom, specialistom splošne/družinske medicine, specializantom interne medicine, študentom medicine (UZ prsnega koša, Astma in KOPB, Pljučni rak, ERS po ERS, Pljučna hipertenzija. Delavnice: UZ prsnega koša, RTG prsnega koša, Plinska analiza).		organizator: Združenje pnevmologov Slovenije, prof. Mitja Košnik, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: Irena.dolhar@klinika-golnik.si , W: http://www.zps-slo.si/ , informacije: prof. Mitja Košnik, dr. med., E: Mitja.kosnik@klinika-golnik.si , Irena Dolhar, E: Irena.dolhar@klinika-golnik.si

1. ob 9.00 • OSKRBA VITALNO OGROŽENEGA OTROKA

kraj: LJUBLJANA, Simulacijski center, Metelkova 9, 1000 Ljubljana	št. udeležencev: do 20	kotizacija: 150 EUR	k. točke: 7
vsebina: Učna delavnica je namenjena zdravnikom, medicinskim sestram, celotnim zdravstvenim timom, študentom medicine in zdravstvene nege, s ciljem izboljšanja varnosti pacientov in učinkovitosti zaposlenih. Učna delavnica je namenjena še posebej posameznikom, ki so zaposleni na delovnih mestih, kjer obstaja verjetnost oskrbe vitalno ogroženega otroka (medicinske sestre/reševalci in zdravniki v prehospitalu, patronažne medicinske sestre, pediatrične medicinske sestre, pediatri). Pristop k vitalno ogroženemu otroku ob uporabi »barvnega traku« (anafilaksija, septični šok, zastrupitve), reanimacija, sprostitev dihalne poti, umetna ventilacija, aplikacija kisika, i-gel, aspiracija, kateterizacija, nastavitev infuzije, intraosalna pot, timsko delo med reanimacijo.		organizator: Zdravstveni dom Ljubljana, Simulacijski center, Uroš Zafošnik, dipl. zn., mag. soc. del.	prijave, informacije: prijave: E: prijava.sim@zd-lj.si , informacije: tajništvo SIM-centra, Ana Erdelja, T: 01 472 37 83, 031 396 533, E: taj.sim@zd-lj.si

3. ob 9.00 • OSKRBA VITALNO OGROŽENEGA PACIENTA

kraj: LJUBLJANA, Simulacijski center, Metelkova 9	št. udeležencev: do 20	kotizacija: 150 EUR	k. točke: 5,5
vsebina: Izobraževanje je namenjeno zdravnikom, medicinskim sestram, celotnim zdravstvenim timom, študentom medicine in zdravstvene nege, s ciljem izboljšanja varnosti pacientov in učinkovitosti zaposlenih. Sistematični pregled vitalno ogroženega pacienta, sprostitve dihalne poti, ravnanje z dihalnim balonom, aspiracija, aplikacija kisika, vzpostavitev intravenske poti, nastavitev infuzije, varna defibrilacija.	organizator: Zdravstveni dom Ljubljana, Simulacijski center, Uroš Zafošnik, dipl. zn., mag. soc. del.	prijave, informacije: prijave: E: prijava.sim@zd-lj.si , informacije: tajništvo SIM-centra, Ana Erdelja, T: 01 472 37 83, 031 396 533, E: taj.sim@zd-lj.si	

5. ob 16.00 • SREČANJE SKUPINE ZA OSEBNOSTNO RAST: KAKO DOSEČI DOGOVOR / KONSTRUKTIVNO PODAJANJE KRITIKE

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska c. 162	št. udeležencev: 15	kotizacija: Za člane ZZS ni kotizacije. Če se dogodka ne udeležite in tega zbornici ne sporočite vsaj 3 dni pred dogodkom, ste dolžni plačati 20 EUR.	k. točke: 3
vsebina: Vsebinsko so srečanja posvečena dopolnjevanju veščin komuniciranja. Končni cilj je obvladati dogovor v konfliktnih situacijah tako v službi kot doma. Teoretični del izhaja iz nevrolingvističnega programiranja, asertivnosti in realitetne teorije.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: W: www.domusmedica.si	

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

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska c. 162	št. udeležencev: 20	kotizacija: Za člane ZZS ni kotizacije. Za udeležence, ki niso člani zbornice, je kotizacija 45 EUR. Če se dogodka ne udeležite in tega zbornici ne sporočite vsaj 3 dni pred dogodkom, ste dolžni plačati 30 % kotizacije (tudi člani ZZS)	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: W: www.domusmedica.si	

6. ob 9.00 • DRUGI SIMPOZIJ GASTROENTEROLOŠKE KLINIKE V LJUBLJANI

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska 162	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 30 EUR do 31. 10. 2018, 50 EUR od 1. 11. 2018, kotizacije ni za študente, specializante ter zdravstvene sodelavce	k. točke: ***
vsebina: Srečanje je namenjeno družinskim zdravnikom, specialistom gastroenterologom, specialistom interne medicine, usmerjenim v gastroenterologijo, specialistom gastroenterologije, abdominalne kirurgije.	organizator: UKC Ljubljana, SPS Interna klinika, KO za gastroenterologijo	prijave, informacije: Melita Šušmelj, T: 01 522 26 39, E: melita.susmelj@kclj.si	

7. ob 9.00 • 8. ŠOLA TUMORJEV PREBAVIL (NOVOSTI V ZDRAVLJENJU)

kraj: LJUBLJANA, Onkološki inštitut, predavalnica stavbe C	št. udeležencev: 70	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 9
vsebina: Podiplomsko izobraževanje je namenjeno družinskim zdravnikom, specialistom različnih strok, vsem zdravnikom, ki se v vsakodnevni praksi srečujejo z onkološkimi bolniki.	organizator: Sekcija internistične onkologije pri SZD, Onkološki inštitut, Katedra za onkologijo, izr. prof. dr. Janja Ocvirk, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: Ikristan@onko-i.si , informacije: Lidija Kristan, T: 01 587 92 82	

7. ob 8.00 • TRADICIONALNO STROKOVNO SREČANJE Z MEDNARODNO UDELEŽBO »AKUTNA MOŽGANSKA KAP XII / ACUTE STROKE XII« – UČNA DELAVNICA TELEKAP

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska c. 162	št. udeležencev: do 300 in po predhodni prijavi	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 9
vsebina: Tradicionalno strokovno srečanje, namenjeno širši strokovni javnosti iz Slovenije in tujine, ki želi izpopolniti svoje znanje s področja obravnave bolnikov z akutno možgansko kapjo v luči telemedicine. Program bo objavljen na spletni strani www.mozganska-kap.inf . Namenjeno je zdravnikom nevrologom, internistom, zdravnikom urgentne medicine, družinske in splošne medicine, nevrokirurgom, radiologom v enotah intenzivne terapije in enotah za zdravljenje možganske kapi ter drugemu medicinskemu kadru, ki sodeluje pri obravnavi bolnikov z možgansko kapjo.	organizator: Strokovni organizator je Sekcija za možgansko-žilne bolezni pri SZD, poslovni organizator je Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni ob strokovnem sodelovanju slovenskih in tujih strokovnjakov s področja možgansko-žilnih bolezni, prim. prof. dr. Bojana Žvan, dr. med., v. svet.	prijave, informacije: prijave: W: www.mozganska-kap.info , informacije: Andreja Merčun, T: 040 179 905, E: mzb@mozganska-kap.info	

7. ob 8.30 • 1. MARIBORSKI TEČAJ PSIHO-SOMATIKE V GINEKOLOGIJI IN PORODNIŠTVU

kraj: MARIBOR, UKC, velika predavalnica prim. dr. Zmaga Slokana	št. udeležencev: 100	kotizacija: 160 EUR z DDV	k. točke: 8
vsebina: Tečaj je namenjen zdravnikom specializantom in specialistom ginekologije in porodništva, specializantom in specialistom klinične psihologije, zdravnikom pripravnikom, medicinskim sestram, medicinskim sestram bobicam in zdravstvenim administratorjem.	organizator: UKC Maribor, Klinika za ginekologijo in perinatologijo, Oddelek za psihiatrijo, Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru, Katedra za ginekologijo in porodništvo, Katedra za psihiatrijo, Katedra za klinično psihiatrijo, Slovensko zdravniško društvo, Združenje ginekologov in porodničarjev Slovenije, prof. dr. Iztok Takač, dr. med., svet.	prijave, informacije: prijave: W: www.ukc-mb.si (strokovna srečanja), informacije: Tina Škerbinc Muzlovič, univ. dipl. medij. kom., T: 02 321 29 40, E: Tina.skerbin-cmuzlovic@ukc-mb.si	

7.–8. • 35. UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE

kraj: ZREČE, Terme Zreče	št. udeležencev: 50	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: učna delavnica za mentorje družinske medicine	organizator: Združenje zdravnikov družinske medicine Slovenije, Janez Rifel, dr. med.	prijave, informacije: 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	

12. ob 9.00 • SVITOV DAN 2018

kraj: LJUBLJANA, Austria Trend Hotel, Dunajska c. 154	št. udeležencev: 200	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 5,5
vsebina: Enodnevno strokovno srečanje s področja gastroenterologije, splošne medicine in javnega zdravja. Na letošnjem strokovnem srečanju bomo izpostavili obravnavane patologije in rezultate kolonoskopij ter nekaj besed posvetili elektronski izjavi o sodelovanju, ki bo del prenovljene spletne strani programa. Večjo pozornost bomo namenili psihologiji komuniciranja s poudarkom na ljudeh, ki se v program ne odzovejo, ter v treh delavnicah praktično obravnavali tehnike komuniciranja in motiviranja (asertivno komuniciranje, aktivno poslušanje in izvedba motivacijskega intervjuja). Srečanje je namenjeno zdravnikom specialistom gastroenterologije, patohistologije, družinske medicine, javnega zdravja, abdominalne kirurgije, ostalim zdravstvenim delavcem.	organizator: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Program Svit, Dominika Novak Mlakar	prijave, informacije: prijave: W: https://anketa.nijz.si/a/122839 , informacije: Nuša Kerč, E: Nusa.kerc@nijz.si , Špela Fistrich, E: Spela.fistrich@nijz.si , E: Programsvit@nijz.si	

18. ob 17.00 • PODPORA SKUPINA: ZAUPNO – DOSTOPNO – KOLEGIALNO

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 15	kotizacija: za člane ZZS ni kotizacije	k. točke: 1,5
vsebina: Namen skupine je razmišljati skupaj, kako se odzvati na vse izzive, ki jih trenutek sedanjosti postavlja pred nas.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: W: www.domusmedica.si	

18. ob 15.30 • DELAVNICA ZA SPECIALIZANTE

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 25	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 3
vsebina: Delavnica je namenjena vsem specializantom. Na delavnici boste izvedeli več o svojih pravicah in odgovornosti, pridobili delovnopravne informacije, se seznanili z E-listom in slišali, kako opraviti specializacijo in ne izgoreti.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: W: www.domusmedica.si	

19. ob 9.00 • POROD

kraj: LJUBLJANA, Simulacijski center, Mislejeva 3, 1000 Ljubljana	št. udeležencev: do 20	kotizacija: 150 EUR	k. točke: 8
vsebina: Ukrepanje ob zapletih pri porodu, reanimacija nosečnice, reanimacija novorojenčka, timsko delo pri izvajanju poroda z zapletom. Učna delavnica je namenjena posameznikom, ki so zaposleni na delovnih mestih, kjer obstaja verjetnost izvajanja poroda na terenu (medicinske sestre/reševalci in zdravniki v prehospitalu, patronažne medicinske sestre...).	organizator: Zdravstveni dom Ljubljana, Simulacijski center, Uroš Zafošnik, dipl. zn., mag. soc. del.	prijave, informacije: prijave: E: prijava.sim@zd-lj.si , informacije: tajništvo SIM-centra, Ana Erdelja, T: 01 472 37 83, 031 396 533, E: taj.sim@zd-lj.si	

19. 12. 2018–18. 1. 2019 • HIV/AIDS 2018: NUJEN KLIC ZA AKCIJO

kraj: spletno izobraževanje, W https://si.doctrina.biz/zdravniki/	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: ni podatka	k. točke: ***
vsebina: V spletnem izobraževanju boste izvedeli, kaj lahko zdravnik naredi v boju za zavezitev epidemije.	organizator: Doctrina, izobraževanje, d.o.o.	prijave, informacije: Anja Jurič, T: 041 823 159, E: anja@doctrina.biz , W: https://si.doctrina.biz/zdravniki	

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

Obveščamo vas, da s 1. novembrom 2018 velja nov cenik za objave in oglaševanje v strokovni reviji Isis, ki ureja tudi objave v koledarju strokovnih srečanj.

V koledarju bodo še naprej objavljena vsa izobraževanja vseh organizatorjev, ki so za izobraževanje že pridobili kreditne točke ali so v postopku pridobivanja. Te objave bodo, kot doslej, brezplačne.

Vsebino izobraževanja, objavljenega v koledarju, bo vsak organizator lahko predstavil z do 150

znaki. Podrobnejšo vsebino pa si bo – če jo je organizator seveda navedel – mogoče prebrati na spletni strani www.domusmedica.si.

Od 1. novembra 2018 bo v koledarju izobraževanj mogoče objaviti tudi izobraževanja, ki niso pridobila kreditnih točk in/ali jih ne organizirajo zdravstvene ustanove ali združenja in društva s področja medicine. Te objave bodo plačljive v skladu s sprejetim cenikom.

Več informacij: isis@zszs-mcs.si



HUMANOMED ZENTRUM ALTHOFEN
KUR & REHABILITATION

www.humanomed.at

Center **Humanomed Zentrum Althofen** pod eno streho združuje ortopedsko rehabilitacijo, rehabilitacijo srca in ožilja, rehabilitacijo metabolizma, onkološko rehabilitacijo, rehabilitacijo pljuč, zdravljenje in aktivno zdravstveno varstvo ter dializo.

Za oddelek Rehabilitacija srca in ožilja s 105 posteljami iščemo

zdravnika(co) predstojnika(co)
zdravnika(co) specialista(ko) za interno medicino in/ali kardiologijo

Vaša naloga je samostojna oskrba pacientov za rehabilitacijo, ki so vam dodeljeni, določanje ciljev terapij in predpisovanje terapij v skladu z medicinskim profilom zmogljivosti.

Ponujamo vam

- odgovorno dejavnost v zelo angažiranem timu,
- samostojno oskrbovanje pacientov za rehabilitacijo, vse od začetnega, vmesnega do zaključnega pregleda,
- strukturiran, načrtovan delovni dan z dovolj časa za vaše paciente,
- družini prijazen delovni čas,
- plačano nadaljnje izobraževanje in usposabljanje,
- polna prehrana z minimalnim samoprispevkom,
- spodbujanje zdravja na delovnem mestu,
- podporo pri selitvi in iskanju stanovanja,
- plača: osnovna shema za zaposlene dežele Koroške, z dodatki.

Prijava – Pismo prijavo pošljite na naslov prim. dr. Henry Puff, Humanomed Zentrum Althofen, Moorweg 30, 9330 Althofen, e-naslov: henry.puff@humanomed.at.

Univerzitetni klinični center Maribor

razpisuje naslednja prosta delovna mesta (m/ž):

2 zdravnika specialista splošne kirurgije (za potrebe Oddelka za žilno kirurgijo),

2 zdravnika specialista kardiovaskularne kirurgije,

3 zdravniki specialisti torakalne kirurgije,

3 zdravniki specialisti urologije,

2 zdravnika specialista plastične kirurgije,

2 zdravnika specialista nevrokirurgije,

2 zdravnika specialista interne medicine (za potrebe Oddelka za endokrinologijo in diabetologijo),

2 zdravnika specialista nuklearne medicine,

12 zdravnikov specialistov urgentne medicine,

6 zdravnikov specialistov anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine,

5 zdravnikov specialistov otorinolaringologije,

6 zdravnikov specialistov oftalmologije,

3 zdravniki specialisti nevrologije,

4 zdravniki specialisti patologije.

Pogoji za zasedbo delovnega mesta so:

- opravljen specialistični izpit s področja, ki je predmet razpisa,
- licenca za samostojno delo,
- poznavanje dela z osebnim računalnikom,
- najmanj osnovna raven znanja nemškega ali angleškega jezika.

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas, s štirimesečnim poskusnim delom. Rok za prijavo je 30 dni od dneva objave.

Prijave z dokazili o izpolnjevanju razpisnih pogojev pošljite na naslov: Univerzitetni klinični center Maribor, Kadrovski oddelek, Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor

**AKADEMIJA OB 50-LETNICI
KLINIČNEGA ODDELKA ZA OTROŠKO KIRURGIJO
IN INTENZIVNO TERAPIJO
KIRURŠKE KLINIKE UNIVERZITETNEGA KLINIČNEGA
CENTRA V LJUBLJANI**

prireja
strokovno srečanje za zdravnike in medicinske sestre

**23. novembra 2018
v predavalnici 1, UKC Ljubljana,
pritličje, Zaloška cesta 7, Ljubljana**

Program: https://www.kclj.si/dokumenti/Program_KOOKIT_50_let.pdf

Evidenčna prijava na strokovno srečanje: karmen.boh@kclj.si

Vstop na Akademijo ob 50-letnici Kliničnega oddelka za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo je prost. Strokovni program smo poslali na naslov Zdravniške zbornice Slovenije za odobritev kreditnih točk za podaljšanje zdravniške licence.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

K sodelovanju vabimo

zdravnike/zdravnice na Direkciji ter v območnih enotah Celje, Kranj, Ljubljana, Novo mesto, Ravne na Koroškem za:

- odločanje v postopkih za začasno nezmožnost za delo, zdraviliško zdravljenje in drugih pravicah,
- izvajanje finančno-medicinskih nadzorov in predlaganje ukrepov v primeru odstopanj,
- podajanje izvedenskih mnenj.

Pogoji za zasedbo delovnega mesta poleg splošnih zahtev, določenih z zakonom:

- doktor medicine ali doktor medicine, specialist medicine dela, prometa in športa ali specializacije v zdravstvu druge ustrezne smeri,
- strokovni izpit iz splošnega upravnega postopka (izbrani kandidati, ki ob razpisu tega izpita ne bi imeli opravljenega, ga bodo dolžni opraviti najkasneje do imenovanja na Upravnem odboru ZZZS),
- poznavanje dela z osebnim računalnikom (urejanje besedil in preglednic) in e-pošte ter znanje svetovnega jezika,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije.

Pogodbo o zaposlitvi bomo sklenili za nedoločen čas, s polnim ali krajšim delovnim časom in trimesečnim poskusnim delom.

Za dodatne informacije se lahko obrnete na nas po telefonu: 01 30 77 410.

Svoje pisne prijave, s predstavitvijo dosedanjega dela in navedbo enote, kamor se prijavljate, pošljite do 30. 11. 2018 na naslov:

ZZZS, Direkcija, Miklošičeva 24, 1507 Ljubljana, oz. na e-naslov: zaposlitev@zzzs.si.

Od novih sodelavcev pričakujemo sposobnosti komuniciranja in reševanja problemov, sposobnosti organiziranja in analitičnega razmišljanja, sposobnost timskega dela, sposobnost hitre presoje in sodelovanja, predvsem pa profesionalnost in samoiniciativnost ter pripravljenost za pridobivanje specifičnih znanj s področja zdravstvenega zavarovanja.

Kandidati bodo o izboru obveščeni v zakonsko določenem roku.

MEDI CENTER, d. o. o.

razpisuje prosto delovno mesto

specialist medicine dela, promete in športa (m/ž)

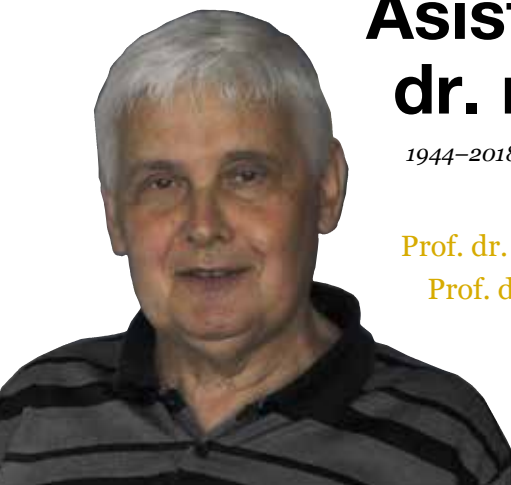
Pogoj za zasedbo prostega delovnega mesta je veljavna licenca in specializacija iz medicine dela, prometa in športa.

Zaposlitev je za nedoločen čas (nadomestitev delavke zaradi upokojitve).

Stimulativno plačilo.

Svoje ponudbe s kratkim življenjepisom pošljite na e-naslov: medi.center@iol.net, ali po pošti: MEDI CENTER, d.o.o., Topniška 4, 1000 Ljubljana.

Informacije: 041 686 216



Asist. prim. Jerneju Podboju, dr. med., v slovo

1944–2018

Prof. dr. Lojze Šmid, dr. med., svet., Ljubljana

Prof. dr. Irena Hočevar Boltežar, dr. med., svet., UKC Ljubljana

Jerneja Podboja je narava ob rojstvu obdarovala s številnimi talenti. Po očetu je podedoval spretnost in ljubezen do obdelave lesa, po materi sposobnost pripravljanja vrhunskih jedi, znal je ustvariti lepe in hkrati duhovite risbe, predvsem pa je bil vrhunski glasbenik. Kot večnega iskalca širokega obzorja ga je na srečo zamikala tudi medicina. Leta 1971 je zaključil študij na Medicinski fakulteti v Ljubljani, leta 1980 pa opravil specialistični izpit iz otorinolaringologije. Do upokojitve je delal na Kliniki za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo UKC Ljubljana.

Po duši umetnik z izjemno ročno spretnostjo se je posvetil predvsem področju zdravljenja nosu in obnosnih votlin, kjer je njegova umetniška žilica še posebej prišla do izraza pri estetskih operacijah. Izpopolnjeval se je v priznanih centrih v Švici in Franciji. Z leti je kot nesporna vodilna avtoriteta na področju rinologije v Sloveniji uvedel številne, pri nas tedaj povsem nove pristope pri obravnavi bolezni nosu in obnosnih votlin. Predvsem je oral ledino na endoskopskem področju, kjer je med drugim uvedel ali izpopolnil funkcionalno endoskopsko kirurgijo obnosnih votlin, transnazalni pristop do hipofize, dekompresijo očnice pri endokrini oftalmopatiji, odstranitev benignih tumorjev iz nosu in obnosnih votlin, transnazalno endoskopsko kirurgijo solzevodov. Med prvimi v svetu je z izključno endoskopskim pristopom uspešno operiral malignome nosu in obnosnih votlin. Leta 1991 je soorganiziral mednarodni tečaj endoskopske kirurgije nosu in obnosnih votlin, na katerem je poleg uveljavljenih evropskih strokovnjakov tudi sam predstavil nove kirurške pristope.

Po naravi je bil perfekcionista – zadovoljen je bil šele tedaj, ko je menil, da je delo zares dobro opravljeno. Bil je odličen in natančen tudi v pisanju strokovnih in raziskovalnih člankov, kjer ni pokazal samo svojega širokega znanja in sistematičnega pristopa, pač pa tudi izreden smisel za slovenski jezik.

Bil je izvrsten učitelj študentom medicine in dentalne medicine, generacijam mlajših kolegov otorinolaringologov pa je predajal svoje bogato znanje rinosinusologije. Na Medicinski fakulteti v Ljubljani je bil za svoje pedagoško delo leta 1997 nagrajen z Lavričevim priznanjem. Njegova predavanja in vaje je odlikovala jasnost, natančnost in vedno tudi kanec humorja, s katerim je pritegnil poslušalce.

Jernej je bil – kot rečemo – res izvenserijski. Kljub vsemu, kar je dosegel v življenju, je ostal skromen ter prijazen do bolnikov in sodelavcev. Rad je bil v dobri družbi, kjer je bil kot prijeten, iskrič in duhovit sogovornik vedno priljubljen družabnik.

Izjemna je bila tudi Jernejeva predanost družini – ženi Ani (zdravnici) ter otrokom, ki so nadaljevali njegove življenjske usmeritve – Martin mu je podaril vnuka, Alenka je glasbenica, Aleš pa končuje študij medicine.

Jernej je torej živel polno življenje, v katerem je imel več ljubezni – družino, glasbo in medicino. Med slednjima je bil predvsem v začetku svoje profesionalne poti močno razpet. Na glasbenem področju se je najbolj uveljavil v letih 1966–1974 kot zelo aktiven član skupine Mladi levi, kjer je igral saksofon in klarinet. Kljub uspehu na glasbenem področju se je po končanem študiju odločil, da se posveti medicini. Za dolga leta je odložil svoji glasbili in se k njima vrnil šele po odhodu v pokoj. Bil je pobudnik ponovne združitve in nastopa Mladih levov novembra 2014 v Siti teatru, ki mu je sledilo še kar nekaj nastopov. Sodeloval je tudi pri dokumentarnem filmu o tej glasbeni skupini z naslovom Polnost časa.

Tako kot je bil dosleden in natančen v medicini, tako se je po upokojitvi strastno predal spet glasbi. Ni ga zadržala niti huda bolezen, s katero se je boril. A vendarle se je tudi njegov življenjski krog sklenil. Med svojimi najdražjimi je utrujen od dolgotrajne bolezni spokojno zaspal.

Pogrešali ga bomo!

Kenan Crnkić: 7 skrivnosti uspeha – Preprost in praktičen vodnik do uspeha!

Založba Mladinska knjiga, 2018

Nina Mazi, Ljubljana



Dr. Kenan Crnkić je po mnenju številnih bralcev in navdušencev »človek za vse čase«. V svojem najnovejšem delu, ki je v prvem letu po izidu doživelo že 10 ponatisov in je bilo doslej prevedeno že v številne jezike, išče in tudi najde odgovor na večno, za mnoge celo retorično vprašanje: »Zakaj so nekateri uspešni, drugi pa capljajo na mestu?« Kaj je tisto, kar loči zmagovalce od poražencev, in iz kakšne snovi so ljudje, ki uspejo uresničiti svoje načrte oz. sanje?

O uspešnici, ki nima oštevilčenih strani – uspeh je, podobno kot življenje samo, pretočen, podoben reki, ki teče vedno naprej in se ne ustavlja ob nepomembnih rečeh, dogodkih in/ali ljudeh – bi vsakdo lahko povedal veliko o sebi, o ljudeh, ki ga obkrožajo, in o zadevah, s katerimi se ukvarja v svojih mislih, besedah in dejanjih.

Knjiga je izjemna tako z vsebinske (v poplavi tovrstne literature je pravi dragulj) kot tudi funkcionalne (zadeve, opisane v njej, bralca kar kličejo k akciji) in oblikovne plati. Prva stran tokrat za spremembo ni posvečena uvodu, v katerem avtor oz. recenzenti razpravljajo o njeni vsebini oz. se pisec zahvaljuje vsem, ki so ga podpirali in spremljali pri ustvarjalnem vihtenju peresa, marveč je opremljena z ogledalom, v katerem bralec zagleda lastno podobo in se dokončno zave, da je za svoj (ne)uspeh pristojen, odgovoren in zaslužen (predvsem ali celo izključno) on sam. Svoje razmišljanje o uspehu pa zaokroži s paradokso in več kot resnično ugotovitvijo, da si sodobni človek želi uspeha in ga ima rad, ne mara pa uspešnih ljudi.

Crnkićeva alegorija uspeha črpa vsebino iz bogatega arzenala življenjskih izkušenj in spo-



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

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

Urejanje profila v treh korakih

1. Po uspešni prijavi v profil kliknite v desnem zgornjem kotu na gumb z vašim imenom in priimkom.
2. Odpre se vam zavihek »Splošni podatki in članstvo«, kjer so zapisani vsi vaši podatki. Za spremembo oz. dodajanje podatkov kliknite na ikono  (klik za spremembo) in popravite oz. dodate 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 	

znanj, citatov, modrih misli, anekdot, ciljnega razmišljanja, imenitnih idej in konkretnih, v praksi uresničljivih nasvetov, napotkov in priporočil. V svoji uspešnici avtor poudarja, da sreča človeku ne pade z neba, mu ne prileti v naročje iz neznanih daljav, marveč jo človek sam prikliče s svojim razmišljanjem, govorjenjem in ravnanjem – sreča je stvar izbire. Vsak človek se sam odloči, ali bo srečen ali ne. Pričujočemu dejstvu je posvetil tudi svojo knjigo »Pazi, katerega volka hraniš.«

Dr. Crnkić, ki se je pisanja lotil bolj intenzivno, potem ko je doživel in preživel srčni infarkt, poudarja, da ima vsakdo izmed nas vsak dan na voljo 86.400 trenutkov oz. možnosti za srečo, uspeh in zadovoljstvo. Zanimiva je tudi njegova domišljajska naravnost – človeka spodbuja, naj si predstavlja, da mu banka vsako jutro nakaže 86.400 evrov, pri čemer se mora brezkompromisno držati dveh pravil. Prvo pravilo – do konca

dneva mora porabiti ves denar, sicer mu zapade in ga ne more prenesti v naslednji dan (tako kot tudi časa iz preteklega dne ne more prenesti v naslednji dan). Drugo pravilo, ki ga je treba upoštevati, pa je, da lahko banka svoje širokogrudno nakazilo prekliče kadarkoli, brez predhodnega opozorila. Vsak človek je komitent takšne banke. Gre za časovno banko, ki človeku vsako jutro ponudi na razpolago 86.400 sekund, od njega samega pa je odvisno, kako jih bo izkoristil. S tem, ko avtor ljudem zaželi 86.400 trenutkov sreče, jim pravzaprav želi, da se vsako jutro znova zavejo resnične vrednosti (svojega) življenja in bivanja. Zanimiv je tudi Crnkićev odnos do življenja – prepričan je, da ima vsak človek dve življenji. Prvo se zaključí, ko posameznik spozna, da živi le enkrat – takrat se prerodi in stopi v svoje drugo življenje.

Sedem skrivnosti uspeha po Crnkiću, doktorju ekonomskih znano-

sti in profesorju na univerzi Webster na Dunaju, ki trenutno velja za najbolj uspešnega avtorja iz BiH, se začne z izbiro in opredelitvijo cilja. Sledi nepogrešljiva ciljna naravnost, priprava načrta, pridobivanje in utrjevanje zmagovalnih navad. Uspešen posameznik zna, zmore in hoče iz sebe ustvariti blagovno znamko, se poveže z okolico (z ljudmi, ki so mu po godu), za piko na i pa mora uspešnejš spoznati in razumeti smisel svojega (ne)delovanja.

Da v svoji uspešnici naniza sedem skrivnosti uspeha, se je Crnkić odločil zato, ker je sedmica zanj srečna številka, ker v nobeni kulturi nima negativnega predznaka, ker je sedem pravilčno število, ki se pojavlja tudi v njegovem rojstnem datumu, numerologija pa sedmico povezuje s skrivnostjo. Za konec pa še pomembna misel iz arzenala dr. Crnkića: »Neuspeh je nepogrešljiva sestavina uspeha, zato se ga ni treba bati.«

**HUMANOMED ZENTRUM ALTHOFEN**

KUR & REHABILITATION

www.humanomed.at

Center **Humanomed Zentrum Althofen** pod eno streho združuje ortopedsko rehabilitacijo, rehabilitacijo srca in ožilja, rehabilitacijo metabolizma, onkološko rehabilitacijo, rehabilitacijo pljuč, zdravljenje in aktivno zdravstveno varstvo ter dializo.

Za oddelek Rehabilitacija pljuč s 54 posteljami iščemo

zdravnika(co) specialista(ko) za pljučne bolezni

ali

zdravnika(co) specialista(ko) za interno medicino

Vaša naloga je samostojna oskrba pacientov za rehabilitacijo, ki so vam dodeljeni, določanje ciljev terapij in predpisovanje terapij v skladu z medicinskim profilom zmogljivosti.

Ponujamo vam

- odgovorno dejavnost v zelo angažiranem timu,
- samostojno oskrbovanje pacientov za rehabilitacijo, vse od začetnega, vmesnega do zaključnega pregleda,
- strukturiran, načrtovan delovni dan z dovolj časa za vaše paciente,
- družini prijazen delovni čas,
- plačano nadaljnje izobraževanje in usposabljanje,
- polna prehrana z minimalnim samoprispevkom,
- spodbujanje zdravja na delovnem mestu,
- podporo pri selitvi in iskanju stanovanja,
- plača: osnovna shema za zaposlene dežele Koroške, z dodatki.

Prijava – Pismo prijavo pošljite na naslov prim. dr. Henry Puff, Humanomed Zentrum Althofen, Moorweg 30, 9330 Althofen, e-naslov: henry.puff@humanomed.at.

Ljubljansko srečanje zgodovinarjev medicine

Od Semeniške knjižnice do Plečnikovega muzeja in cerkve sv. Mihaela

Prof. dr. Damjana Furlan Hrabar, Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije

damjana.furlan.hrabar@masicom.si

Spomini na lepe dogodke ne zbledijo, njihova toplina hrani dušo in polni srce. Udeleženci prijaznih srečanj se po teh doživetjih čutijo bolj povezane in si želijo nadaljnega druženja. Tako moč imajo strokovna srečanja, kjer se kolegi zavzemajo za podobne cilje in gojijo iste ideale. Člani Znanstvenega društva za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije (naprej Znanstveno društvo) z Inštitutom za zgodovino medicine MF UL so v toplem mesecu maju (19. 5. 2018) medse povabili štajerske kolege, da bi skupaj obiskali nekatere lepote narodove kulturne dediščine v Ljubljani in tako po sproščeni jesenski ekskurziji v Mariboru vrnili povabilo. Ogledali so si najimenitnejšo slovensko baročno Semeniško knjižnico pri stolnici, kjer domuje tudi *Bibliotheca Gerbeziana*, obiskali so hišo – muzej arhitekta Jožeta Plečnika v Trnovem in si ogledali njegovo znamenito cerkev sv. Mihaela na Barju. Po skupnem kosilu pri Botaničnem vrtu, ki so si ga nekateri tudi ogledali, so se zadovoljni razšli in si obljubili, da se ponovno srečajo.

Sončno majsko jutro v Ljubljani je štajerske kolege prijazno sprejelo. Na cvetlični tržnici pred Semeniško knjižnico je buhtelo cvetje vseh vrst. Sestra Mateja je zbrane sproščeno sprejela in posedla v prelepo knjižnico. Besedo je prevzela predsednica Znanstvenega društva prof. dr. Damjana Furlan Hrabar in vse prisotne prisrčno pozdravila. Tudi mariborski kolega prof. dr. Elko Borko, predsednik tamkajšnje Medikohistorične sekcije Slovenskega zdravniškega društva, se je pridružil pozdravom, zahvalil za povabilo in z rdečimi nageljni počastil organizatorke. Sledil je zgleden prikaz zgodovine knjižnice, enega najlepših biserov ljubljanske kulturne dediščine. Med drugim je sestra Mateja povedala:

»Semeniška knjižnica je prva javna znanstvena knjižnica na Slovenskem in tudi edina v celoti ohranjena baročna knjižnica v Sloveniji. Leta 1701 so na pobudo članov *Academie operosorum* ljubljanski škof Žiga Krištof Herberstein, stolni prošt Janez Krstnik Prešeren in stolni dekan Janez Anton Dolničar podpisali ustanovno listino javne knjižnice in sklenili, naj po njihovi smrti združijo njihove osebne knjižnice in jih uredijo, da bodo na voljo vsem znanja željnim Ljubljancem in drugim obiskovalcem. Isto leto so akademiki in stolni kanoniki sklenili nadomestiti staro romansko-gotsko stolnico sv. Nikolaja z moderno baročno. Knjige ustanoviteljev knjižnice so shranili v prostoru nad zakristijo nove stolnice, leta 1708 pa

so ob zidavi semenišča v njem določili tudi prostor za knjižnico. Leta 1721 je italijanski slikar Giulio Quaglio strop knjižnice okrasil s čudovito fresko. Leta 1925 je domači mizar in rezbar Jožef Bergant naredil hrastove omare za knjižne police, na katere je prvi knjižničar razporedil knjige in bralci so lahko začeli obiskovati knjižnico. Zlato obdobje delovanja Semeniške knjižnice, takrat imenovane Javna škofijska knjižnica, je bilo v drugi in tretji



Prof. Jana Furlan, prof. Zvonka Z. Slavec, s. Mateja in prof. Elko Borko v Semeniški knjižnici.



Strop Semeniške knjižnice krasi freska italijanskega slikarja Giulia Quaglia.

četrtini 18. stoletja. Konec 18. stoletja je vlogo javne znanstvene knjižnice prevzela državna Licejska knjižnica, Semeniška knjižnica pa je ostala na voljo duhovnikom in bogoslovcem v hiši. Sredi 19. stoletja so bogoslovci sami začutili potrebo po zbiranju slovenskih in slovanskih knjig, to je bil začetek Knjižnice slovenskih bogoslovcev oz. Cirilske knjižnice. Tedanji kulturni delavci (Stanko Vraz, Franc Metelko, Martin Cigale, dr. Janez Bleiweis, Matevž Ravnikar) so to novo knjižnico zelo cenili, zato so ji podarjali tudi svoje knjige.

Najstarejši rokopis v knjižnici je majhno latinsko Sveto pismo s konca 13. stoletja, ki so ga leta 1614 škofu Hrenu podarili grofje Auerspergi. Najstarejša tiskana knjiga pa je *Decretum Gratiani* iz leta 1483. Knjižnica ima več oddelkov; v Stari baročni knjižnici so tiskane knjige od 1483 do 1850 in rokopisi, Duhovna knjižnica skupaj s čitalnico hrani teološko literaturo, Cirilska knjižnica hrani leposlovje in strokovno literaturo z izjemo teologije. V knjižnici je še zbirka slovenskega verskega tiska od Trubarja do danes.¹

Po tej predstavitvi knjižnice je profesorica zgodovine medicine dr. Zvonka Zupanič Slavec predstavila ljubljansko zgodovinskomedicinsko preteklost. Podala jo je zgoščeno, sistematično, z vsemi temeljnimi poudarki, razgibano pa tudi duhovito in *ex abrupto*. Njena gladko tekoča pripoved je pritegnila pozornost vseh

zbranih in sledila so tudi vprašanja. Posebna medicinska dragocenost knjižnice je zbirka knjig dr. Marka Gerbca (1658–1718), simbola slovenske znanstvene medicine. V njej je okoli 500 njegovih knjig. O tem prof. Slavčeva ozavešča tudi svoje študente na ljubljanski medicinski fakulteti in jih vsako leto popelje na ogled. Obiščejo tudi druge ohranjene ljubljanske zgodovinskomedicinske pomnike.

Dobra organizacija ekskurzije je omogočila, da so se v nadaljevanju programa udeleženci srečanja v manjšem ambientu Plečnikovega muzeja tekoče izmenjali in bili deležni vodenj v majhnih skupinah. Vodstva so predstavila ne le znana dejstva o prof. Jožetu Plečniku, ampak tudi kopico zanimivosti. Razgledana publika se je sladokusno veselila teh ozadij in muzej zapuščala duhovno potešena. O Plečnikovem domu smo izvedeli okvirno sledeče:

Gre za sestav hiš na Karunovi ulici v ljubljanski četrti Trnovo. Prvo hišo je leta 1915 kupil Plečnikov brat Andrej. Jože Plečnik se je vanjo preselil leta 1921, ko je postal profesor na oddelku za arhitekturo Tehnične fakultete v Ljubljani in že kmalu načrtoval prenovno trnovske hiše, v kateri bi prebivala tudi oba brata in sestra z družino. Osnovel je ločene bivalne prostore in skupno kuhinjo z jedilnico, a je v hiši večino časa prebival sam. Po Plečnikovi smrti leta 1957 se je v hišo preselil njegov nečak Karel Matkovič in začel urejati obsežno zapuščino načrtov in korespondence, ki je ostala za arhitektom. Mesto Ljubljana je leta 1972 odkupilo posest in jo leta 1974 v okviru Arhitekturnega muzeja odprlo za javnost. Plečnikova hiša z vrtom je od leta 2009 kulturni spomenik državnega pomena. Kompleks je bil v letih 2013–2015 celovito obnovljen. Od leta 2015 obiskovalcem nudi na



Udeleženci v verandi Plečnikove hiše.

1 <http://semenisce.si/semeniska-knjižnica/>

ogled stalno razstavo o življenju in delu Jožeta Plečnika, občasne razstave in študijsko središče za raziskovalce. V domu Jožeta Plečnika so razstavljeni izvirni umetnikovi prostori z opremo, osebni predmeti, glinasti, mavčni in leseni modeli različnih projektov, Plečnikova osebna knjižnica in risarsko orodje. Obiskovalec si lahko ogleda vežo, hodnik, kuhinjo, spalnico s kopalnico, malo sprejemnico, okroglo stopnišče, atelje in zimski vrt.²

Tudi o cerkvi sv. Mihaela, ki s številnimi posebnostmi kaže na roko genialnega ustvarjalca, lahko zapišemo le, da smo jo zbrani ponovno občudovali z neprikritim navdušenjem. Njena lega v neokrnjeni naravi, dihaajoč široko odprt prostor okoli nje in impozantno stopnišče so elementi, ki jih ne pozabiš. Nagovorijo te s prvobitnim čudenjem. Po cerkveni notranjosti nas je popeljal duhovnik Mirko Simončič. O njej je med drugim povedal:

»Cerkve sv. Mihaela v Črni vasi na Ljubljanskem barju pripada rimskokatoliški Cerkvi. Zgrajena je bila po načrtih arhitekta Jožeta Plečnika v letih 1937–1939, na pobudo trnovskega župnika Frana Saleškega Finžgarja in Plečnikovega nečaka, kateheta Karla Matkoviča. Način zidave izdaja, da je bila sprva mišljena kot začasna cerkev. Razen kamnitega vnožja cerkve je namreč vse ostalo izdelano iz lesa. Zaradi močvirnih tal stoji cerkev na pilotih. Značilen je odprt zvonik. Zunanji zidovi so poživljeni z vložki iz opeke, podobno kot stavba NUK-a, prav tako imata podobne elemente v stopnišču. Cerkvena ladja ima vzdolžno os krajšo od prečne in oltar v sredini prostora. Pri zasnovi notranjosti je Plečnik uporabil materiale in oblike okrasja, ki izhajajo iz ljudskega stavbarstva. Ker zidavi ni bilo namenjeno veliko sredstev, je za nekatere podporne stebre uporabil navadne kanalizacijske cevi, večina opreme v cerkvi pa je lesena.«³

2 https://sl.wikipedia.org/wiki/Ple%C4%8Dnikova_hi%C5%A1a,_Ljubljana

3 https://sl.wikipedia.org/wiki/Cerkve_sv._Mihaela_na_Barju



Del udeležencev ekskurzije pred Plečnikovo cerkvijo sv. Mihaela na Barju.

Zaključno kosilo je bilo priložnost za medsebojni pogovor, izraze pripravnosti skupnim ciljem, pa tudi za zadovoljstvo. Ljubljanska članica Znanstvenega društva prof. dr. Tatjana Tomazo Ravnik je prevzela skrb za pripravo domiselnega jedilnika z lečno juho, »letečimi žganci« (ocvrte piščančje krače), svinjsko pečenko in praženim krompirjem oz. sirovimi štruklji ter emonsko rezino. Ob dobri jedači je stekla tudi kapljica in z njo zdravice ter lepe slovenske pesmi. Organizatorki prof. dr. Damjana Furlan Hrabar iz Znanstvenega društva in prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec z Inštituta za zgodovino medicine Medicinske fakultete v Ljubljani sta se zahvalili prof. dr. Elku Borku s sodelavci za dolgoletno predano

vođenje Medikohistorične sekcije v Mariboru in vse člane povabili, da lokalno in regionalno z raziskovanjem, s pisanjem, z objavami in javnimi predstavami ohranjajo zdravstveno kulturo. Mozaik teh drobcev bo namreč slej ko prej predstavljal temelj za sintezo nacionalne zdravstvene in medicinske preteklosti.

Srečanje je ponovno pokazalo, kako pomembno si je vzeti čas za druženje in pogovor, saj to gradi mostove povezovanja. Naj lepi spomini kmalu spodbudijo novo srečanje.

Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije v svojo prijazno sredino vabi nove člane (zgodovina.medicine@gmail.com).

Foto: Duša Fischinger

Pema

Damijan Meško, dr. med., Ljubljana

Tempus dolorem lenit.

I.

To ni zgodba o herojskem osvajanju himalajskih sten. To je skromna, resnična in zelo žalostna zgodba o deklici Pemi, tibetanski pastirici visoko na meji med Nepalom in Tibetom, tik pod himalajskimi vrhovi.

Ko se je v Katmanduju končal teoretični del šole za nepalske gorske vodnike, smo se odpravili za dva tedna na praktični del, na sever, pod himalajske vrhove. Tako smo prišli v Kjančin Gompo, vas na meji s Tibetom. Majhna vas, obkrožena s *karkami* in visokimi hribi za njimi. Karka je planinski pašnik v Nepalu, več kot štiri tisoč metrov visoko. Na karki pasejo jake, zobkije, konje in koze.

Pred vasjo je ravnina, porasla z grmičevjem in travo. Tam sem prvič videl Pemo. Pema je bila lepo dekle, visokorasla, z gostimi dolgimi lasmi, cvetočih lic in s snežno belimi zobmi. V vrsti njenih zob se je bleščal zlat zob, prvi sekalec zgoraj, znamenje, da je doma iz malo bolj premožne družine. Pema je pasla svoje jake, zobkije in konje in bila je ponosna, da ima toliko živali. Ustavili smo se in jo pozdravili, skušali smo se pogovarjati z njo. Bila je nezaupljiva do tujcev in se je oddaljila. Pozneje smo še kdaj srečali Pemo, v vasi, ko smo se vračali z vaj, srečali smo jo, ko je zapustila svoj dom ali se je vračala s svojimi živalmi s paše.

Naslednje leto je bilo nadaljevanje šole za nepalske gorske vodnike spet v Kjančin Gompi. Spet smo srečali Pemo pred vasjo, zagledali smo jo na travi med grmičevjem. Spoznala nas je, smejala se je, zaupala nam je, ni se nas več bala, dala nam je roko v pozdrav, spremljala nas je do vasi. Kakšen večer smo potem sedeli v Pemini hiši ob ognjišču na tleh in Pemina mama nam je kuhala čaj, včasih nam je v *tombe* nalila čang, mlečno belo pijačo, podobno našemu pivu. Spoprijateljili smo se.

Zadnji večer pred odhodom smo spet sedeli ob ognjišču in se pogovarjali, njena mama nam je natočila v *tombe* čang in zgodilo se je, da se mi je razvezal jezik. Začel sem govoriti, postal sem bahat in ošaben, govoril sem o tem, da bi vzeli



Pemo s seboj, v daljno, bogato deželo, v Slovenijo. Imam mladega sina, sem govoril, ki bi vzel Pemo za svojo, imela bosta hišo, avtomobil, potovala bosta po svetu, Pema bo imela lepe obleke in ne bo ji treba pasti jakov, zobkijev in koz na karki. Pema je sedela ob ognjišču in molčala. Vedela je, da se pogovarjamo o njej, v njenih očeh je bilo zaupanje in pričakovanje, uresničevala so se ji svetle, zvezdne sanje.

In potem je prišel dan odhoda. Od Kjančin Gompe do večje vasi, do koder še pripelje po slabi cesti avtobus, je bilo tri dni hoda. Zjutraj sem videl pred njihovo domačijo Peminega



očeta, njeno teto – in Pemo. Pripravljeni so bili, da gredo z nami. Da pospremijo Pemo v svet, v življenje. Kjerkoli smo se na poti ustavili, sem videl Pemo, njenega očeta in njeno teto. Hodili so ves čas z nami, spremljali so nas. V srcu se mi je zbudilo nekaj neskončno bolečega: krivda.

Drugi dan na povratku so nas še vedno spremljali. Toda srečevali smo se vedno manj. Poteze na obrazu njenega očeta so postajale trde, ni me več iskal, da bi govoril z mano, začel se je izogibati srečanja z menoj. V njegovih očeh sem bral razočaranje. Pema pa je bila še vedno vesela in njen zlati zob se je

bleščal, ko se je nasmejala. Tako je minil drugi dan.

Ko smo šli tretji dan na pot, Peme ni bilo več. Ni bilo njenega očeta in njene tete. Iskal sem jih z očmi, ko smo začeli hoditi. Odšli so; kam? Še dane ne vem, kam so se izgubili. So šli pred nami naprej? So zavili po ozki stezi v stransko vas? Kaj so si mislili o bogatih belih ljudeh z veliko denarja, ki lažejo in se iz njih norčujejo? Bilo me je sram. Kje si danes, Pema? Še paseš svoje jake, zobkije, konje in koze na visokih karkah pod Himalajo? O čem premišljuješ, ko sedi na robu karke in gledaš v dolino, kjer so ljudje, tvoji ljubi, kjer je življenje. Se

spominjaš pokvarjenega hribolazca iz daljne dežele?

Cankar je napisal: »Srce je pravičen in nezmotljiv sodnik.« Če bi bilo srce spovednik – dolga in strašna bi bila spoved. Zakaj srce ne pozna malenkosti in tudi ne paragrafov.

II.

Čez dve leti smo bili spet v Nepalu, spet v šoli za nepalske gorske vodnike. Prišli smo v revno vas. Imel sem prijatelja šerpo Da Gombuja. Prosil sem ga, da mi pomaga v tej vasi najti otroka, da bi mu plačal šolanje. Da Gombu je pokimal in odšel. Poznal je ljudi v vasi. Vrnil se je in me odpeljal tja, kjer je bila doma Dawa. Prišla sva v skromno hišo, grajeno iz kamna in lesa. Pričakala naju je suha ženica in okoli nje so bili štirje otroci: tri deklice in deček. Izbral sem Dawo. Bila je drobno dekletce v umazanem krilcu, stara šest let, ostrižena »na balin« in z nekoliko štrlečimi ušesci.

Dogovorili smo se in čez nekaj dni smo deklico Dawo odpeljali. V Katmandu. Tudi njo sta spremljali njena mati in njena teta. V dolgem, okornem, trdem zelenem krilcu, ki ji je segalo do pet, je drobencijala z nami. Samo rjavi prstki in široka stopalca so ji gledali izpod krilca. Tri dni smo hodili skupaj, nikoli ni bila utrujena. Vesela je bila, šla je v svet, v velemesto, v šole. Takrat je bila drobna deklica Dawa stara šest let, njeno šolanje sem prevzel za devet let.

Upam, da sem se tako oddolžil Pemi.

Kako sem postal »Werkstudent«

Jurij Kurillo, dr. med., Kranj

Na ljubljansko medicinsko fakulteto sem se vpisal leta 1951. Po zaključku petega letnika 1956. leta sem dobil »napotnico« za

enomesečno študentsko prakso na univerzitetni interni kliniki v zahodnonemškem mestu Gießen. Potem ko sem dobil poleg našega še

oba druga vizuma, nemškega vstopnega in avstrijskega tranzitnega, sem se v juliju odpravil z vlakom v Zahodno Nemčijo. Še prej pa je bilo treba iti na jeseniškem obmejnem prehodu skozi strogo jugoslovansko carino. Spominim se, kako je carinik ob tej



Pečat starodavne Univerze Justusa von Liebiga v Gießnu.

priložnosti sopotnici v kupeju prebodel ves trikotni sirček, ker naj bi se v njem lahko skrivale kakšne devize.

Že ko smo se pripeljali skozi jeseniški predor v Podrožico, so mi padle v oči pisane svetlobne reklame na trgovinah, ki jih na naših domačih tiste čase še ni bilo. To je bil pravzaprav moj prvi pogled na Zahodno Evropo z njenim zunanjim bliščem v primerjavi z domačo bornostjo! Še bolj so me presenetile bogato založene izložbe nemških trgovin, ki sem jih občudoval, ko sem po dolgih urah vožnje navsezadnje ponoči prispel v vele mesto Frankfurt. Tu sem moral čakati kar nekaj ur, da sem se lahko odpeljal naprej, do končnega cilja. Ko sem tako postopal po mestnih ulicah, so me sem in tja ogovarjale tudi prijazne »prijateljice noči«, ki so me zaradi mojih svetlorjavih hlač očitno zamenjale za »Amija«. Tako so Nemci pravili vojakom ameriške zasedbene cone, v katero je spadal Frankfurt, tako kot Gießen, kamor sem se bil namenil.

To okrog petdeset kilometrov oddaljeno mesto na severu se ponaša s staro univerzo iz leta 1607, imenovano po Justusu von Liebigu (1803–1873), enem najpomembnejših evropskih kemikov. Na njej je v preteklosti delovalo več znanstvenikov, Nobelovih nagrajencev, med drugimi tudi Wilhelm Conrad Röntgen za fiziko (ki je v tem mestu tudi pokopan) in Ilja Mečnikov za medicino. Ustanova obsega najrazličnejše

fakultete od družboslovnih do naravoslovnih in med njimi tudi medicinsko. Ko sem nekoč med prakso na interni kliniki prisostvoval predavanju iz interne, sem bil navdušen nad nazorostjo pouka. Šlo je menda za srčne napake, ker je predavatelj istočasno predvajal in projiciral na ekran zvočne fenomene, srčni ritem in EKG. Pri naših, ljubljanskih predavanjih smo kaj takega zelo pogrešali, saj pri vajah nismo prišli dlje od (nezanesljivega) avskultiranja posameznih bolnikov.

Po prihodu v Gießen sem dobil sobo najprej na interni kliniki, nato pa sem stanoval v študentskem domu. Tam sem prebival skupaj z Alfredom, študentom fizike, ki je prek Berlina pobegnil v Zahodno Nemčijo iz vzhodnega dela svoje domovine. Zelo dobro sva se razumela, pomagal pa mi je tudi z različnimi nasveti. Med drugim mi je povedal, da on med počitnicami, kot večina drugih študentov, opravlja najrazličnejša dela. Tako si nekoliko olajša stroške za drag študij – ki pa je bil pri nas tiste čase še popolnoma brezplačen! Zdi se mi, da je dobival, kot drugi študenti begunci, tudi neko štipendijo.

Mesto je bilo med vojno, leta 1943, močno zbombardirano, tako da je bilo ob mojem obisku sem in tja še vedno videti kakšno popolnoma porušeno stavbo. Kakor mi je zaupal neki Nemec, naj bi bil ta zračni napad maščevanje za ustrelitev ameriških pilotov, ki so jih tam ujeli med vojno.

Na prakso sem hodil vsak delovni dan na tamkajšnjo interno kliniko, kjer sem z drugimi kolegi medicinci v glavnem spremljal jutranjo vizito. Oddelčni zdravniki so odšli opoldne domov, popoldne, okrog petih, pa so spet naredili vizito, vsak na svojem oddelku. Očitno so dežurni zdravniki začeli z delom šele zvečer. Vse strokovne razlage na kliniki so potekale v nemščini, kar zame ni bilo pretežko, saj sem s tem zgolj obogatil svoje znanje tega jezika iz medvojne nemške šole v Kranju. Na kliniki sem se spoprijateljil z dvema tujima medicincema iz Istanbula; Rešad je



Družba medicincev v okolici zahodnonemškega mesta Gießen leta 1956. Od leve proti desni: avtor Jurij Kurillo, Turek Rešad, kolega Janez Zlokarnik, Grk Toma (iz osebnega arhiva).

bil Turek, Toma pa Grk. Slednji mi je nekoč dejal, kako se mu zdi lepo, da pravimo Slovenci temu turškemu mestu Carigrad, saj to ime spominja na davno zgodovinsko obdobje pred osmansko osvojitvijo ... Med tem časom so nas nemški gostitelji nekoč povabili, da smo se odpeljali z domačimi medicinci na jugozahod države, na zelo zanimiv izlet v Schwarzwald, bujno gozdnato in gričevnato pokrajino, ki me je kar malo spominjala na našo Slovenijo. Tam smo obiskali več zdraviliških mest, kot so Baden-Baden, Baden Weiler, Bad Crozingen in druga, že takrat zelo obiskana turistična središča. Povsod so nas malo pogostili, nekje pa smo lahko pokusili tudi znani schwarzwaldski češpljev kolač.

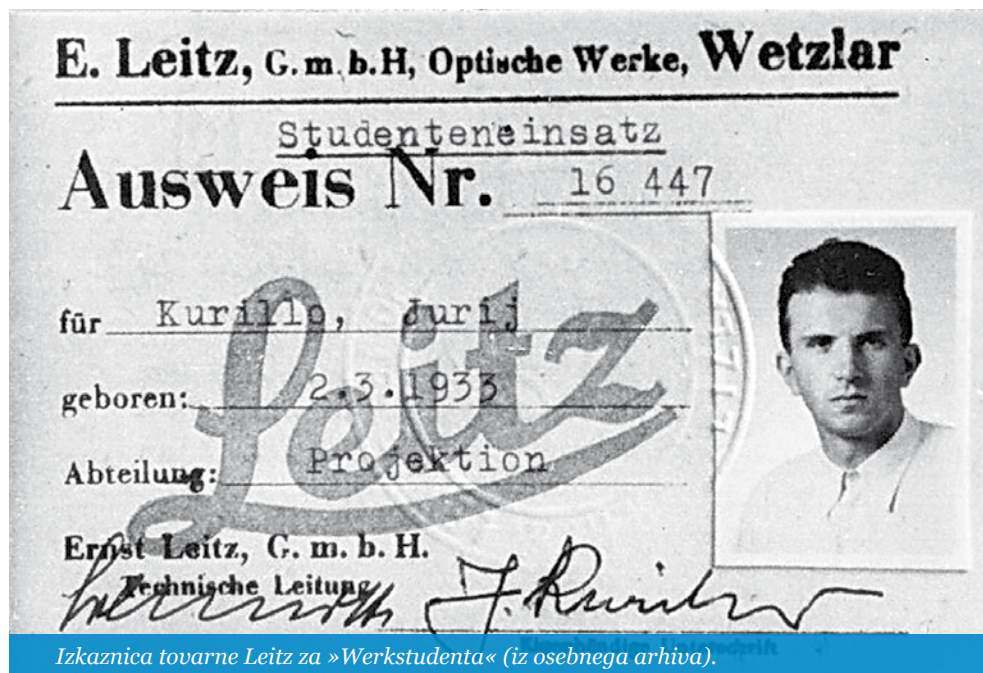
Študentsko delo v tovarni Leitz

Po enem mesecu prakse se še nisem vrnil v domovino, saj sem hotel tudi jaz nekaj zaslužiti, da bi lahko prinesel domov kakšno večje darilo. Spomnim se, da je v Kranju kak študent po takem bivanju v Zahodni Nemčiji pripeljali s seboj celo star avto, saj tak predmet ni bil ocarinjen, če je lastnik predložil potrdilo o tamkajšnjem zaslužku. Sam sem bil

bolj skromen, ker sem hotel pridobiti nekaj dragocenih mark zgolj za nakup modernega radioaparata in ameriškega vojaškega dežnega plašča, saj teh reči pri nas ni bilo nikjer dobiti. Kako smo imeli tiste čase »ljudje socializma« skromne zahteve!

S pomočjo sobnega prijatelja Alfreda sem res dobil zaposlitev kot »Werkstudent« (po naše nekakšen »obratni študent«) v takrat svetovno pomembni tovarni optičnih inštrumentov *Leitz* v bližnjem mestu Wetzlar. Mene so dodelili v obrat za izdelovanje projektorjev za diapozitive, sprva v oddelek za »luksiranje« kovinskih obročev za objektivne. Delo je bilo precej naporno, saj si moral ves čas prenašati težko kovinsko košaro od ene kislinke kopeli do druge. Lažje je bilo pozneje, ko so me premestili na oddelek, kjer so kovinarji rezali in krivili pločevino za projektorje. Pri takem opravlilu sem jim pomagal tudi sam, zraven sem moral pa večkrat popaziti, da se ne bi prikazal mojster, medtem ko je moj sodelavec v delavnici vneto bral popularni »Bildzeitung«. Takrat sem kar malo spremenil splošno mnenje o prislovičnem »pridnih« nemških delavcih! Pozneje so me premestili k lažjemu delu, kjer sem v glavnem barval napise za projektorje in opravljal podobna drobna dela.

Tisti čas je prišel na obisk v to slovečo tovarno *Leitz* tudi indijski predsednik Džavaharlal Nehru. V spomin so mu podarili takrat najboljši fotografski aparat na svetu, leico. Moji



Izkaznica tovarne Leitz za »Werkstudenta« (iz osebnega arhiva).

nemški sodelavci so mi dejali, da bi morali tak fotoaparat podariti meni, ki sem brez denarja, saj bi si ga Nehru lahko kupil sam ... No, do tega dragocenega aparata tudi pozneje nisem nikoli prišel, čeprav me je fotografija, vsaj teoretično, zelo zanimala. Prav zato sem takrat v Kölnu obiskal že v tistem času znameniti velesejem »Photokino«, ki ga Nemci še dandanes prirejajo vsako leto in velja za svetovno ločnico najnovejše tehnologije za upodobitev sveta s fotografijo in sorodnimi postopki.

Ko sem se nameraval vrniti spet domov, so me Nemci svarili, češ da ni varno zaradi madžarske vstaje proti komunistični oblasti. Vseeno sem se

odločil za vrnitev, saj me je do promocije čakala še vrsta izpitov. Doma je bila moja prva pot na kranjsko carino, da bi dvignil v Nemčiji kupljen dragoceni radio Grundig s tipkami in uglaševanjem tonov, kakršnega bi v naših slabo založenih trgovinah zaman iskal. In potem sva z mamo lahko vsak dan poslušala poročila vseh mogočih radijski postaj, od Washigtona prek Londona, Kölna in Trsta do Moskve.

Kako sem čez dve leti še enkrat odšel na medicinsko prakso v svetovno znani študentski Heidelberg (da bi si kupil – kolo!) in postal »Werkstudent« pri ameriški vojski, je pa že druga zgodba ...

Študentsko počitniško delo leta 1957

Prof. dr. Gorazd Kolar, dr. med., Ljubljana

Po uspešno končanem 3. letniku in ko so se meje naše prejšnje države na

Zahod odprle, sva se s kolegom odločila za počitniško študentsko delo v Nemčiji.

Fizičnega dela sem bil vajen od otroških let. Že kot 14-letnik sem bil doma zadolžen za kurjavo. Znal sem razsekati in razžagati metrska polena in jih pripraviti za kurjavo v štedilni-

ku, nosil premog v vedru iz kleti, kuril peči v stanovanju in odnašal pepel.

V šesti gimnaziji smo nekateri dijaki med poletnimi počitnicami za skromno plačilo izkopavali rimske spomenike v Šempetru, v sedmi gimnaziji pa staroslovanske grobove na Bledu. Po 1. in 2. letniku medicine so bile na vrsti delovne akcije: brkinska cesta in hitra cesta Ljubljana–Zagreb.

Tudi za to delo sva se odločila, ker naju je jezilo, da si moral velikokrat prodati listek za večerjo za menzo na Miklošičevi, da si lahko kupil vstopnico za kino. Za takojšnje plačilo si sicer imel možnost študentskega dela na železnici, kjer si za težaško raztovarjanje vagona premoga z lopato (10 ton) dobil res veliko, vendar si v naslednjih treh dneh za potešitev lakote porabil ves zaslužek. Nekateri študenti so se odločili za delo v tovarni Bayer Leverkusenu, drugi za Ford v Kölnu, tretji, a zelo redki, za delo v rudnikih črnega premoga v Porurju. Midva sva se odločila za delo na zraku, pri zidarjih v Bremnu. Spomladi sva uspešno opravila vse izpite in od staršev sem dobil kot nagrado za dobre ocene karto za vlak do Kölna. Kolega je imel denar za vlak le do Münchna, od tam naprej bi pa štopal. Če so Slovenci hodili pred stoletji na božjo pot peš v Kelmorajn, bi morala tudi midva priti tja z vlakom in avtostopom. On kot Mariborčan je znal kolikor toliko dobro nemško, jaz pa nič, le malo angleško in rusko. Doma so mi zabičali, da ruščina in angleščina v povojni Nemčiji nista zaželeni jezika in naj bom čim bolj tiho. S kolegom naj bi se dobila v kölnski katedrali v zadnji vrsti desno, kjer naj bi ga čakal vsak dan ob 11. uri dopoldne. Prvi dan ga še ni bilo, prespal sem na klopi v parku, drugi dan pa je bil točno ob 11.00 v katedrali. Oba sva bila vesela snidenja, štopanje mu je odlično uspelo. Občudovala sva res mogočno katedralo, visoko, od let počrnelo veličastno gotško umetnino človeških rok, okrašeno z nešteti kamnitimi okraski in kipi. Verjetno v premislek bodočim rodovom so po končani

izgubljeni vojni pustili nad glavnim vhomom kip angela, ki mu je drobci letalske bombe odnesel glavo. Napis »kdo je kakor Bog« pa je ostal nepoškodovan.

Po noči, prespani na klopi v parku, sva drugo jutro štopala proti Bremnu na severu, kjer naj bi z lahkoto dobila delo pri zidarjih. Bremen s pristaniščem in kot vojaško pomemben kraj je bil v zavezniških letalskih napadih med vojno skoraj popolnoma porušen. Imela sva srečo, saj naju je na dovozu na avtocesto pobral angleški oficir s porschejem. Avtomobil je imel vojaške tablice. Ponosno nama je prikazoval, kako ta avtomobil vozi po avtocesti tudi 250 km na uro. Ko so nemški vozniki opazili sovražne tablice na avtu, so mu stalno in glasno hupali in žugali z rokami skozi odprta okna, in to 12 let po končani, a izgubljeni vojni. Ugotovili smo – mi trije – da smo bili pravzaprav zavezniki v zadnji vojni, in tudi midva, čeprav med vojno še otroka, sva začela žugati nazaj sovražnim voznikom. To ga je spravilo v tako dobro voljo, da naju je v Hannoveru povabil v restavracijo ob avtocesti na kosilo po želji. Povedal je tudi, da je Škot, midva pa nazaj, da sva korenito in za vse čase spremenila svetovno razširjeno mnenje o Škotih kot znanih skupuhih.

Zvečer smo bili že v Bremnu, oficir je odbrzel dalje, midva pa sva spet prespala v parku.

Naslednji dan sva z lahkoto dobila delo kot pomožna zidarja in si najela podnajemniško sobico. Končno sva prišla do postelje namesto trde klopi v parku. Delala bova v skupini zidarjev, specialistov za visoke dimnike, pri širitvi vinarne ob reki Weser. Zadolžena sva bila za dovoz opeke in malte petim zidarjem, ki so v velikem krogu zidali dimnik. Moje prve besede v nemščini, ki sem se jih naučil, so bili kriki zidarjev »kalk« in »steine«, preden jim je začelo zmanjkovati malte in opek pri zidavi. Pomožna zidarja sva do škripca takoj pripeljala zahtevane samokolnice. Kot so povedali zidarji, je vinarina odlično uspeva-

la. Ladje (tankerji) so iz Južne Afrike pripeljale gosto, sladko rdeče vino, ki so ga prečrpali v velike cisterne vinarne. Po besedah zidarjev so to vino v vinarni močno razredčili z »Weser Wasser« (vodo reke Weser) in ga ustekleničenega z velikim dobičkom prodajali trgovinam.

Zidarji so pili le pivo, in to v velikih količinah. Pomožna zidarja sva morala zjutraj najprej prinesiti iz trgovine zaboj piva, ki so ga pridno praznili ves dan. Opoldne je bil eno uro čas za kosilo, ki smo si ga vsi prinesli s seboj od doma. Vsak zidar je imel svoj motor, s katerim se je vozil na delo, pomožna zidarja pa sva prihajala peš.

Delalo se je pa tako: v ponedeljek skoraj nič, ker so bile od jutra in skoraj ves dan na vrsti zgodbe o njihovih vojnih doživetjih in o srečanjih z nežnim spolom od petka do nedelje zvečer. Zidarji so bili še relativno mladi fantje, ki so srečno preživeli kot vojaki Afriko, vzhodno ali zahodno fronto, Sicilijo in Italijo in ujetniška taborišča pri Rusih ali Angležih. Bili so zagrenjeni, a le veseli, da so ostali živi, izgubljenih iluzij o veliki Nemčiji. Polirja so sovražili in ga zmerjali z Adolfom. Oba pomožna zidarja sva bila zadolžena tudi za opozorila, če bi se bližal polir za kontrolo.

Pravo delo je bilo le v torek, sredo in četrtek, v petek pa se je delo hitro končalo ob več zabojih piva, dočakala plača in seveda kovali novi načrti za konec tedna.

Ko je bil dozidan prvi visoki dimnik in smo cela skupina dobili dodatno denarno nagrado, je celo polir dobil svoje pravo ime. Zelo pijan zidar, ki ga je pri hoji zanašalo, je stavil za zaboj piva, da bo splezal na vrh dimnika in tam stal na eni nogi. Polirja sem prosil v svoji novonaučeni polomljeni nemščini, naj mu prepove plezanje po železnih stopnicah na zunanji steni dimnika, saj je popolnoma pijan in komaj hodi. Smejal se je, da če je zidar prestal rusko fronto in ujetništvo, bo dobil tudi to stavo. In res jo je dobil. Stal je na vrhu, na robu

dimnika na eni nogi, poplesaval ter mahal nam daleč spodaj ob huronskem smehu skupine. Srečno se je vrnil na tla do svoje dobljene stave. Seveda je bilo pivo za vse.

Da bi čim več zaslužila, sva sprejela od polirja tudi ponujene nadure za vsakodnevno pospravljanje gradbišča. Skupaj s plačo je bil to nepredstavljivo

visok zaslužek za revna študenta. Z nekaj petkovimi plačami sva se oblekla od nog do glave, si kupila vsak svoj rabljeni motor in opravila nemški šoferski izpit. Ob sobotah sva hodila lepo obrita in umita in v novih oblekah na ples. Konec septembra sva se srečno pripeljala čez makadamski in strmi Podkoren v Ljubljano, prine-

sla darila staršem in še nama je ostalo nekaj denarja za študentske izdatke naslednjega leta. V dveh mesecih sem se naučil toliko jezika, da sem lahko že počasi bral strokovno literaturo in časopise in nisem več govoril nemško ob prevodu v slovenščino: »Jaz mene žejen biti, prosim, voda piti.«

Zemljevid srca

Lucija Beškovnik, dr. med., NIJZ, OE Celje

Popisan je s hieroglifi zemljevid srca,
znaki kažejo v vse smeri vidnega sveta,
kompasova igla neutrudno sever najti si želi,
vrti se v krogih večnih,
kovinske muke ob tem trpi.

Sprašuje se pesnik,
če cesta ga kdaj pripelje do konca poti,
do konca hrepenenja otroškega,
ki najti varno barko v toplem morju si želi,
da končno kompasov utrip se umiri.

Sprašuje se pesnik,
če taka barka kje obstaja,
če tako morje kje mirno valovi,
spomni se pesnik prerokbe,
ki mu jo je zaupala stara ciganka pred davnimi leti,
da tako barko si lahko ustvarimo sami,
le z zemljevidom srca je treba naučiti se leteti.

Štos za dolge jesenske dni

Maričko, ki je praznovala
100. rojstni dan, so vprašali, kako
kaj življenje.

»Veste, odkar imam otroke v
DSO, je veliko lažje«.

Janez Tomažič

»Au«-foristična tinktura

Kratki aforizmi v beli halji z geografskim poreklom

Prof. dr. Janez Tomažič, dr. med.

Včasih imamo na kliniki toliko bolnikov v slabi koži, da bi jih morali vsaj 1/2 premestiti na dermatologijo.

Baje bi lahko živeli že 120 let. Vendar se spet poraja vprašanje, kaj je bolj važno, tehnika ali dolžina.

Bila je tako občutljive narave, da se je že ob slabi vremenski napovedi prehladila.

Igralke so pustile srce na igrišču! Kako vesel bi bil srčni kirurg Klokočovnik?!

Igralke so na igrišču dale vse od sebe! Kako vesel bi bil srčni kirurg Klokočovnik?!?

Kdo bo koga?

Jan Kejžar, dr. med., Psihiatrična bolnišnica Vojnik

Čudno planeti
zadnjič so stali,
ko v avtih pripeti,
se noro smo žgali.

Sonce pripeka,
kolona stoji,
spustim ni človeka,
se vsem nam mudi.

Tedaj me izsili
nemško plovilo,
dno so izbili,
sledi povračilo.

Hupo pregrejem,
brat me začuti,
besen ga oštejem,
ko z ladje sestopi.

Ni dolžan ostal
mi težkih besed,
vsakdo od naju
surov je poet.

Tak me bo žalil,
japi preklet!
Junaka zapalil
je kmečkih deklet.

Sekiro zalučam,
on ustreli,
novic opoldanskih
že zvezdi bili.

Midva pa slave
nisva užila,
neznane širjave,
kjer se zbudila.

Skoro ponovno
v lase si skočila,
kar je ostalo,
še drugič ubila.

A angel pristopi
in naju loči,
zdaj sva na klopi,
sodnik naj odloči.

*»Le od kod se živina
je znašla v Vicah?
Takim še pekla vročina
je mila pravica.*

*Stvar je pa taka:
glede na dejanje,
odločita, bedaka,
kdo v blagostanje.«*

Zazrem se nerodno
v svoj'ga tožnika,
tud' on je v meni
videl krvnika.

Obstala v tišini,
s težino v duhu,
razklane betice,
z luknjo v trebuhu.

Gizdalin se prvi
je opogumil,
nebroj reči važnih
naj bi izumil.

Mesečno dajal
stotim je jesti
davkov ni utajal,
previden na cesti.

Tu ga prekinem
in mu pojasnim,
kako bil vdan
družini sem krasni.

Delávec marljiv,
do šefa ubogljiv,
redno nedeljskih
se maš deležil.

Tudi v prometu
stalno obziren,
slučajno po spletu
danes nemiren.

Tako je pogovor
tekkel med nama,
dobrote glasnejša
čigava je fama?

Posrednik vtem
se pravljic nasiti,
itak po južni
se paše spočiti.

Zbudi ga poziv –
dobil je kovanec
sodniški naziv –
kateri od naju
bo srečni izbranec?

Cekin rad posodi,
pogoje določi,
naj najini usodi
novčič predoči.

A sunek ga hrabri,
odnese v zrak,
v jarek prepadni,
povleče ga vrag.

Kristalno je jasno,
naju vzel je hudič,
se da še razsodbo,
spremeniti v nič?

Pobožne to želje,
se peklenšček reži,
mu največje veselje,
kdor se na cesti srdi.

Kolesarjenje po Pomurju

Prof. dr. Pavle Košorok, dr. med., spec. krg., Iatros, d. o. o.

Ob številnih kolesarjenjih po tujini smo se odločili, da enkrat poskusimo, kaj je lepega tudi doma. Ker tokrat nismo imeli spremljevalnega avtodoma, smo se organizirali tako, da smo rezervirali nastanitev v nekdanjem salezijanskem zavodu v Veržeu, ki je bil po vojni podržavljen in je bil v njem dolgo časa vzgojni zavod. Sedaj je poleg tega doma nov vzgojni zavod, dom pa je spet preurejen za prvotni namen. Program je zapolnjen z živahnim dogajanjem.

Mi smo se zbrali na soboto proti večeru in po nastanitvi odšli v Beltince na folklorni festival. Beltinška graščina je sicer precej propadla, vendar je v njej kar lepa razstava o zgodovini šolstva. V parku so se ta večer menjavale različne folklorne in pevske skupine. Moram reči, da so nas navdušili gostujoči romski glasbeniki in pevci iz Madžarske. Na različnih stojnicah je bila obilica hrane in pijače, tako da smo že skozi kulinariko doživeli tisto drugačno prijazno vzdušje, ki ga sicer v Ljubljani nismo vajeni. Povratno nočno kolesarjenje ni

bilo noben problem, nas je pa že pripravilo na resnejši naslednji dan.

Po obilnem zajtrku smo preko Banovcev in Krapja prikollesarili do Ljutomera, kjer je pred cerkvijo imeniten spomenik Franu Miklošiču. Ogledali smo si tudi cerkev, ki je bila ravno sredi obnove, in si v njeni senci malo odpočili. Ljutomer je zares lepo mesto. Na svojem trgu se spominja tudi Karla Grossmanna, ki je posnel prve kadre slovenskega filma. Preko Razkrižja, Bistrice in Melincev smo odkolesarili do Otoka ljubezni, ki je priljubljena izletniška točka Pomurcev. Tam smo si privoščili okusne ocvrtke in hladno pivo, ki kolesarjem vedno prija. Ocvrtke imenujejo tako kot na Madžarskem – langoš. Najbolj prijajo vroči, naravnost iz cvrtnika. Ogledali smo si še mlin na Muri in se z brodom zapeljali preko reke. V Banovce smo prišli ravno prav za konjske dirke, saj je tu veliko navdušenih in tudi uspešnih konjerejcev. Nedeljska prireditev je bila pravi praznik, saj so ponujali pečenega vola in obilo druge hrane in pijače. Po

večerji je sledil še kratek izlet s kolesi do Babičevega mlina, ki je skoraj obvezna znamenitost med mlini na Muri, nato pa nas je pot vodila po nasipu proti toku Mure. Ta del poti je že začetni del izgradnje kolesarskih poti Prekmurja.

Naslednji dan nas je malo preganjal dež, vendar smo kljub temu pogumno štartali. V Križevcih smo na kavici pričakali g. Branka, ki je bil ta dan naš vodič. Tudi on nas je spremljal na kolesu. V Ključarovcih smo si ogledali kobilarno Slavič in veliko zelenjavno kmetijo, kjer v velikih količinah pridelujejo sadike zelenjave. Spotoma smo lahko obirali tudi jagode. Vozili smo se po robu Slovenskih goric, Branko nas je opozoril na studenček pod cesto, v katerem sta menda krščevala brata Ciril in Metod, ki sta tod mimo potovala na Moravsko. Malo naprej nas je opozoril tudi na mesto, kjer je bil prvi vseslovenski ljutomerski tabor.

Všeč mi je, da se nas tako mimogrede dotakne tudi zgodovina, na katero bi morali biti ponosni. Gajševsko jezero pri Križevcih je bilo dolga leta preizkusni poligon za testiranje jadrlnih desk, ki so jih tu izdelovali. Spet smo obiskali kobilarno pri Zvonku Ostercu, ki se zelo profesionalno ukvarja s konjerejo in s svojimi konji veliko tekmuje tudi po Evropi. Zanimiv in bogat dan smo končali z bogračem in obaro v gostilni v Križevcih, zvečer pa smo se sprehodili še po Veržeu. Na pokopališču je grob znamenitega Slovenca Jožefa Kereca, ki je bil zelo zavzet misijonar na Kitajskem, z velikim občutkom za arhitekturo. Na žalost se je z zmago kitajske revolucije njegovo plodovito delo končalo. Tri leta je bil zaprt, nato pa leta 1952 izgnan iz Kitajske. Kasneje je živel v Franciji, umret pa se je vseeno vrnil v rodno Pomurje.

Naslednji dan smo poskušali narediti manjšo zanko tudi čez Avstrijo. Tik pred mostom čez Muro v



Z brodom čez Muro, v ozadju mlin.

*Pred nevihto.**Hladno pivo na Hrvaškem – Sveti Martin na Muri.*

Radgoni smo se ustavili na prekmurški gibanici in kavi. V slovenski Radgoni se spominjajo žalostnih dogodkov ob osamosvajanju, ko je izgubil življenje plodovit slovenski psiholog Janez Svetina, ki je padel kot prva žrtev slovenske osamosvojitvene vojne.

Avstrijska Radgona je lepo obnovljeno mesto, od koder smo naredili zanko po lepo urejeni kolesarski poti do mejnega prehoda Gederovci. V Murski Soboti smo si ogledali spomenik sovjetskim osvoboditeljem, škofijsko, protestantsko in katoliško cerkev ter murskosoboški grad. Mimo Rakičana, kjer je murskosoboška bolnišnica, in rakičanskega gradu, kjer se tudi ukvarjajo s konjerejo, smo zanko zaključili spet v Veržeu. Tu je bil za vse goste organiziran piknik. Ob sivem pinotu je čas hitro tekkel, poslovili smo se šele ob 22. uri.

Naslednji dan je bil idealen za kolesarjenje, saj je bila temperatura le 25° C. Preko Dokležovja, Ižakovcev in Beltincev smo prišli do cerkve v Odrancih, ki je delo enega od Plečnikovih učencev. Med zidavo se je zgodila velika nesreča, ogrodje kupole se je porušilo in pokopalo pod seboj osem ljudi. Videti je, da so Prekmurci imeli srečno roko in so pri zidavah in obnovah cerkva angažirali tudi Plečnika, ki je zgradil cerkev v Bogojini. Ta dan smo se vozili po

mešanem etničnem ozemlju. Pot nas je vodila skozi Lendavo, kjer je zelo lep kulturni dom, ki ga je financirala Madžarska.

Lendava je bila mesto, ki so mu velik pečat dali kar številni in uspešni židovski podjetniki. Med vojno so bili skoraj vsi pomorjeni. Po osamosvojitvi je bila njihova sinagoga obnovljena in smo si jo lahko ogledali. V času stare države pa je bila na žalost skladišče trgovine Mercator. Mimo lendavskega gradu smo odkolesarili do stolpa Vinarium v Lendavskih goricah, od koder smo si lahko ogledali vse naše že prevožene poti in tiste, ki smo jih še načrtovali. Preko Dolge vasi smo tik pred hudo nevihto prikolesarili v Dobrovnik. Hudo neurje smo v miru preživeli med ogledom orhidej in tropskega vrta. V Turnišču smo si ogledali znamenito božjepotno cerkev, ob kateri je vzpo- redno sezidana še nova.

Naslednji dan vreme ni bilo nič kaj spodbudno, zato smo se odločili, da ta dan izkoristimo za pot z avtomobili. V termah v Moravskih Toplicah smo si privoščili kopanje in malo naprej skočili do Bogojine ter si ogledali Plečnikovo cerkev. Res je vredna občudovanja, saj je prenovo zasnoval tako, da je zelo lepo vključil celotno staro cerkev, v novi pa je kot okrasje uporabil glinasto posodje

*Naraščaj štorkeļj.*



Bodoči šampion.

lončarjev iz Filovcev. V bližnji restavraciji smo naročili kapučino, ki ga je stari hišni gospodar okrasil s silhueto bogojinske cerkve. Ker smo bili ta dan na poti z avtom, smo si lahko privoščili še skok do Bukovniškega jezera in se sprehodili po energijskih točkah, ki pomagajo za vse vrste bolezni. Zapeljali smo se še do Sela in ravno še ujeli vodiča, ki nam je odprl znamenito rotundo in nam razložil nekaj iz bogate zgodovine tega kraja.

Zadnji dan je bil zares pika na i, saj smo lahko prekolesarili tri države. Preko Cvena, Razkrižja in Gibine smo skočili na Hrvaško. V Svetem Martinu na Muri smo naredili večji postanek. Po prigrizku v restavraciji smo si ogledali lepo obnovljeno gotsko cerkev. Na poti do Murskega Središča

so nas presenečala številna gnezda štokelj z mladiči. V Slovenijo smo se vrnili pri Petišovcih, skozi Lendavo in Dolgo vas pa smo podaljšali pot do Redicsa, kjer smo imeli kosilo v manjši gostilni. Kljub temu, da natakara ni znala skoraj nič slovensko, smo bili vseeno lepo postreženi. Nadaljevali smo z manjšo zanko po Madžarski in se preko Turnišča, Beltincev in Dokležovja vrnili v Veržej še dovolj zgodaj, da smo natovorili kolesa in se odpeljali v Ljubljano.

Kljub temu, da to ni bilo veliko »evropsko kolesarjenje«, smo ga doživeli kot zelo prijeten dogodek, kjer smo bili spet v stiku z bližnjo in daljno zgodovino, predvsem pa smo videli lepe kraje in srečali prijazne ljudi. Mislim, da bi se tako kolesarjenje izplačalo še kdaj ponoviti.

DOMUS  MEDICA



**PREGLED
VSEH
STROKOVNIH
SREČANJ NA
ENEM MESTU!**

WWW.DOMUSMEDICA.SI

**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.



INFORMACIJE:

Andreja Stepišnik

01 30 72 153

andreja.stepisnik@zss-mcs.si

Umetna inteligenca in naravna naivnost

Prof. dr. Vojko Flis, dr. med., UKC Maribor

vojko.flis@ukc-mb.si

Na nedavnem strokovnem srečanju o uporabi robotike v kirurgiji smo se previdno izognili preglobokemu drezanju v vprašanja, povezana z uporabo umetne inteligence. A saj o umetni inteligenci morda sploh ne bi govorili, če je hkrati z roboti ne bi ponujali tržniki izdelovalcev robotov. Ko govorimo o robotih, gre vendar za inteligentne pomočnike. Tudi zdravnikov. Pri sedanjih medicinskih robotih v kirurgiji kajpak še ne gre za avtonomne sisteme. Gre za posege s pomočjo robotov. So zgolj pomočniki. A vsekakor so drugačna orodja, kot smo jih bili vajeni doslej. Niso preprost vmesnik ali zgolj podaljšana roka zdravnika. Delujoča naprava ima na metre dolgo programsko kodo, o kateri ne izvemo nič in nad njo nimamo nikakršnega nadzora. Programska koda je kot prevajalec, ki lahko prevod oblikuje po lastni zamisli in kjer se lahko s prevodom prvotno sporočilo tudi preoblikuje. Pojavil se je celo izraz nadgrajena, oplemenitena, obogatena resničnost. Vsekakor gre za drugačno resničnost, kot jo poznamo v svetu običajnih orodij.

Zdravnik mora verjeti izdelovalcu, da gre hkrati za evolucijo in revolucijo na področju kirurgije. Robot omogoča izjemno natančno operiranje. Po mnenju izdelovalcev stroja je nekajkrat bolj natančen od človeške roke. Ni tresljajev rok. Šele s tovrstnim robotom je pregovor »natančen kot kirurški nož« postal resničnost. Vidimo lahko podrobnosti, ki so prostemu očesu skrite. Prikaže nam jih visokoločljivostna kamera. Svoje delo opravi skozi majhne odprtine na koži, manjše, kot jih zmorejo sedanji kirurški postopki. Okrevanje po posegih je hitro. Izgube krvi skorajda ni. Bistveno je zmanjšana možnost okužb. Bolečin po posegu skorajda ni. Robot se nikoli ne utruje. Ustajene gibe lahko nezmotljivo ničlikokrat ponovi. Zdravniki si vsekakor zapomnijo trditve o posegu, ki bo hiter, izjemno natančen, varen, neboleč in skorajda brez tveganj. Saj bo nad posegom vendarle ves čas budno bdel razumen pomočnik.

Izdelovalec osebnih avtomobilov ponuja svoj zadnji izdelek s tržno trditvijo, da vozilo lahko

vozi samostojno, saj ima zadnjo različico nadgrajene programske opreme in tipal. Ko vozilo vozi v megli, radarji vozila opazujejo okolico v razdalji dvesto petdesetih metrov. Ostala tipala zaznavajo dogajanje in predmete v polnem krogu okoli vozila v bližnjem obsegu nekaj desetih metrov. Programska oprema, ki je inteligenten pomočnik voznika, zna ločiti med vožnjo po avtocesti in lokalni cesti. Razume cestnoprometne znake. Pozna gibanje pešcev in živali. Zaznava okoliška vozila. Zna razločevati med osebnim in tovornim vozilom. Zaznava ovire in se jim zna izogniti. Vožnjo zna prilagoditi visokim hitrostim prehitelnevalnega pasu na avtocesti, a tudi počasni vožnji v koloni. Seveda se zna takšen stroj samostojno stlačiti v še tako majhen parkirni prostor. Kajpak zna tudi samostojno zapeljati v domačo garažo in iz nje. To so vendar znala že vozila preteklih različic. Dejansko ga ni opravila, povezanega z vožnjo, ki ga takšno vozilo ne bi zmoglo samostojno opraviti. Zgolj zaradi pravne varnosti je dodano še opozorilo, da je za vožnjo odgovoren voznik. A tudi nad neodgovornim voznikom bdi razumen pomočnik, sestavljen iz enk in ničel. Če voznik za določen čas odmakne roke z volana, ga pomočnik opozori. Če voznik opozorila ne upošteva, pomočnik vozilo zapelje na prvo parkirišče in ga za določen čas ustavi. Vozniki si vsekakor zapomnijo trditve o tem, da bo vožnja z avtomobilom, ki je zmožen popolne avtonomne vožnje, nekajkrat bolj varna, kot če bi imeli manjvredno vozilo. Končno se umetna inteligenca nikoli ne utruje in vedno budno bdi nad dogajanjem v avtomobilu in zunaj njega.

Teresa Hershey je bila napotena h ginekologu zaradi bolečin v medenici. Po preiskavah ji je zdravnik pojasnil, da bo treba opraviti histerektomijo. S posegom se je strinjala. Predlagal ji je, da ga opravi z robotom. Predlog je bil za žensko srednjih let privlačen. Poseg bo opravljen skozi majhne odprtine na koži. Premer odprtin bo manjši od dveh centimetrov. Brazgotin ne bo. Prav tako ne bo bolečin. Možnost okužb je skrajno majhna. Dan po posegu bo lahko zapustila bolnišnico. Okrevanje po posegu bo trajalo

nekaj dni, pri klasičnem posegu traja nekaj tednov. Seveda je vsak kirurški poseg v telo povezan s tveganji. A umetna inteligenca strojnega pomočnika jih zmanjšuje. Teresi se je razlaga zdela privlačna in podpisala je privolitev v poseg. Dan po posegu je bolnišnico resnično zapustila. Toda že drugi dan so se znova pojavile bolečine, ki jih ni poznala. Ponovno so jo sprejeli v bolnišnico. V sodnem spisu – proces je tekel zoper izdelovalca robotov in ne zoper zdravnika – je zapisano, da so po ponovnem sprejemu potrebovali teden dni za dodatne preiskave, s katerimi so ugotovili, da ima predrto črevo. V naslednjih sedmih letih so pri Teresi opravili deset dodatnih kirurških posegov, s katerimi so skušali popraviti škodo, nastalo pri prvem, robotskem posegu. Primer Terese Hershey ni osamljen, saj je Ameriška agencija za hrano in zdravila (FDA) leta 2013 sprožila preiskavo o domnevno (pre)številnih zapletih pri robotsko asistiranih operacijah, pri čemer so v ospredju okužbe, opekline, pretirane izgube krvi in poškodbe notranjih organov. A to ni zapis o preiskavi.

Voznik avtomobila z zadnjo različico programske opreme, zagotavljačo popolno avtonomnost vozila, se je na ameriški avtocesti zaletel v steber. Ta dogodek je prekinil njegova morebitna razmišljanja o dobrobitih vsakodnevnne uporabe umetne inteligence. Razumen pomočnik ni budno bdel nad njim prav takrat, ko bi bilo najbolj potrebno. Pregled programov po nesreči je pokazal, da voznik v času trka ni imel rok na volanu. Toda ali ni proizvajalec trdil, da bo razumen pomočnik v takšnem primeru ustavil vozilo na prvem možnem parkirnem mestu? In zakaj tipala niso zaznala ovire in jo prepoznala kot betonski steber nadvoza? Zakaj se ni sprožilo samodejno zaviranje? A to ni zapis o razčlenjevanju delovanja tipal in programov.

Zastavlja se več (še neodgovorjenih) vprašanj o odgovornosti v opisanih primerih, a tudi vprašanje o tem, ali se naravoslovno šolan človeški um



obnaša drugače od povprečnega potrošniškega (recimo, da je um zdravnika naravoslovno ukrivljen). Morda lahko razumemo povprečnega voznika, da verjame pretiranim in prenapihnjnim trditvam o čudovitih lastnostih novega vozila, četudi od pamtiveka vemo, da prodajalci praviloma pretiravajo pri opisovanju lastnosti prodajanih predmetov. Končno pregovor o tem, da vsak berač svojo malho hvali, opozarja na to plat človeške narave. A kako je z naravoslovno ukrivljenim človeškim umom? Je dovolj skeptičen pri razčlenjevanju prenapihnjnih trditvev? Ali pa tudi on poklekne pred podobnimi psihološkimi mehanizmi enako kot um povprečnega potrošnika? Ali dovolj dolgo ponavljanje prenapihnjnih zgodb pripelje do tega, da jim verjame celo naravoslovni um? In se z njimi celo postavlja, tako kot morebiti nesrečni lastnik super modernega pametnega vozila? Če si kupiš tako vozilo, se z njim tudi postaviš, ali ne?

V začetku prejšnjega stoletja so ameriški behavioristi začeli raziskovati, kako uporabiti psihologijo za uspešnejše trženje. Kasneje so prišli do pahljače spoznanj, med njimi celo do spoznanja, da je mogoče z zelo

preprostimi prijemi celo vplivati na osebni spomin. Spominjamo se lahko stvari, ki jih nikoli nismo doživeli. Ob uspešnem psihološkem vplivanju na človeški um (a tudi brez zunanjih vplivov) lahko trdno verjamemo v stvari, ne da bi vedeli, zakaj verjame. Žal so ugotovili tudi, da povprečno raziskovalno usmerjen um ni nič bolj odporen na psihološke prijeme tržnikov kot um povprečnega potrošnika. Tudi on začne sčasoma verjeti prenapihnjnosti. S tega zornega kota ni naključje, da smo svojo vrsto poimenovali *Homo sapiens*. In vendarle, ali bi bilo preveč pričakovati, vsaj na področju medicine, da je v naravoslovnem umu večji delež kritičnega in manj potrošniškega?

Klubski koncertni večeri NAPOVEDNIK 2018/19



NOVEMBER - 13. 11. 2018

Elena Hribnik (flavta) s člani orkestra Slovenske filharmonije

Rok Zgonc, violina
Oliver Dizdarevič, viola
Petra Greblo, violončelo

Program: F. Schubert, H. Villa-Lobos, W. A. Mozart

13. 12. 2018 - DECEMBER

**Božično-novoletni koncert zdravniškega orkestra Camerata Medica
in svečana podelitev odličij Zdravniške zbornice Slovenije**



JANUAR - 23. 1. 2019

Anja Bukovec z gosti

»Od klasike do tanga«

12. 3. 2019 - MAREC

Duo Claripiano

»Pomladno prebujenje«

Dušan Sodja, klarinet
Tatjana Kaučič, klavir
Petra Greblo, violončelo

Program: M. Bruch, N. Rota, A. von Zemlinsky



APRIL

Koncert zdravniškega orkestra Camerata Medica

21. 5. 2019 - MAJ

Godalni sekstet članov orkestra Slovenske filharmonije

»Biseri iz zakladnice komorne glasbe«

Program: P. I. Čajkovski: Souvenir de Florence
J. Brahms: Godalni sekstet v G-duru in B-duru

L. Boccherini: Godalni sekstet v Es-duru

A. Schoenberg: Verklärte Nacht, godalni sekstet v enem stavku



slovenska
filharmonija



JUNIJ

Magnolija kvartet z gostom

»Skok v poletje«

Tina Mozetič, violina
Jelena Šarc, violina
Marjetka Šuler Borovšak, viola
Petra Greblo, violončelo

Vljudno vabljeni!

