

IS IS

Glasilo Zdravniške
zbornice Slovenije

Januar 2019
Številka 1



Prof. dr. Marko Noč, dr. med., kardiolog in specialist interne medicine: "Sodelovanje v vrhunskih mednarodnih raziskavah ne pride samo od sebe. Je plod dolgoletnega raziskovalnega dela, ki ga ostale raziskovalne skupine neodvisno potrdijo. Tako si oddelek zgradi mednarodno raziskovalno kredibilnost in pride »on the map«, kot se temu reče. Šele potem pridejo ponudbe za sodelovanje v vrhunskih mednarodnih raziskavah."

Domus Medica za vas!

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

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

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

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



Splošni dogovor – centraliziran planski način upravljanja sistema zdravstvenega varstva

Dean Klančič



Ministrstvo za zdravje, Zdravniška zbornica Slovenije, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Lekarniška zbornica Slovenije, Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč, Skupnost socialnih zavodov Slovenije, Skupnost organizacij za usposabljanje Slovenije in Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) se na podlagi 63. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju vsako leto pogajajo za skupen obseg programov zdravstvenih storitev in potrebnih sredstev za plačilo le-teh na državni ravni.

»Splošni dogovor« naj bi bil rezultat partnerskih pogajanj, ki predstavlja pravno podlago za sklepanje pogodb z državnimi

zdravstvenimi zavodi in zasebnimi izvajalci zdravstvenih storitev.

Če si poskusimo pojasniti izraz »splošni dogovor« kot pravne podlage, si lahko pomagamo npr. takole:

Splošni pravni akt je pravni akt, ki svojih naslovlencev ne imenuje poimensko, ampak jih splošno opiše po njihovih bistvenih značilnostih. Tipični splošni pravni akti so:

- ustava,
- lep del mednarodnega prava, zlasti predpisi EU,
- vsi zakoni,
- splošni podzakonski akti, npr. navodila oz. pravilniki ministrstva,
- splošni akti nosilcev javnih pooblastil.

Zgornji predpisi so – splošni pravni akti obveznega značaja. Sprejmejo jih lahko le državni organi, organi lokalnih skupnosti in nosilci javnih pooblastil. Pomen splošnosti je v tem, da zagotavlja enako obravnavanje vseh, ki so v

bistvenih lastnostih enaki, oz. različno obravnavanje vseh, ki so v bistvenih značilnostih različni (načelo enakopravnosti).

Dogovor pa pomeni sporazum, soglasje glede kakih določil ali obveznosti.

Če bi lahko v imenu akta »Splošni dogovor« prvi besedi tega akta še nekako prikimali, pa drugi zagotovo ne moremo, prav tako pa tudi ne trditvi, da gre za partnerska pogajanja.

Razlike med partnerji vključujeta že dokumenta, ki urejata postopke dogovarjanja. V prvi fazi pogajanj je to »Poslovnik o delu skupine za splošni dogovor«, ki med drugim določa tudi število predstavnikov partnerjev, in to neenakopravno:

– Ministrstvo za zdravje RS	4
– ZZZS	4
– Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije	3
– Lekarniška zbornica Slovenije	2
– Zdravniška zbornica Slovenije	2
– Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč	2
– Skupnost socialnih zavodov Slovenije	1
– Skupnost organizacij za usposabljanje Slovenije	1

V drugi fazi, v kateri se obravnavajo neusklajena sporna vprašanja iz prve faze – arbitraži – se uporabljajo »Pravila za delo arbitraže«, ki o številu arbitrov pravijo:

- največ po pet arbitrov z Ministrstva za zdravje RS in ZZZS,
- in po en arbiter Zdravniške zbornice Slovenije, Lekarniške zbornice Slovenije, Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije, Skupnosti slovenskih naravnih zdravilišč ter Skupnosti socialnih zavodov Slovenije in Skupnosti organizacij za usposabljanje Slovenije, ki imata skupaj enega arbitra.

V tretji fazi vsa neusklajena sporna vprašanja pripravi Ministrstvo za zdravje za obravnavo na Vladi RS, ki dokončno odloča. V tem delu partnerji ne sodelujemo, razen enega – Ministrstvo za zdravje.

Dogovor? Partnerstvo?

Najprej ju onemogoča prisotnost Ministrstva za zdravje kot partnerja. To bi se moralo izločiti iz pogajanj in delovati kot odgovoren odločevalec – arbiter.

Nato ju onemogoča ZZZS, ki s svojim monopolnim položajem, socialističnim planskim financiranjem in uveljavljanjem moči plačnika – tožnika – in sodnika v enem ne dopušča državljanom in izvajalcem bolj prilagojenega načina izvajanja in plačevanja zdravstvenih storitev.

In seveda je tu še naša zakonodaja, ki je v zadnjih štirih letih na področje

zdravstva prilila veliko novih zapletov, vključno z neenakostjo izvajalcev zdravstvenih storitev in centralizacijo vodenja in financiranja sistema.

5. 11. 2018 smo se partnerji prvič srečali za dogovor za pogodbeno leto 2019, za katerega koordinacijo je zadolžena Zdravniška zbornica Slovenije. Najboljši uvod bi bila ugotovitev, da so pogajanja takšna, kakršna so, letos zadnja. In to sem tudi povedal.

Kajti zaključek pogajanj bo spet tak, kot si ga partnerji ne želimo: pod »Splošni dogovor za leto 2019« bomo navedeni vsi partnerji (kot podpisniki),

pa čeprav se s predlaganimi rešitvami spornih vprašanj ne bomo strinjali in se o njih ne bomo dogovorili.

Zato menim, da je treba takšen način dogovarjanja ukiniti.

In za konec še vprašanje: Kdo izmed vas ima polico obveznega zdravstvenega zavarovanja?

Pa ostanite zdravi!

**Prim. asist. Dean Klančič, dr. med.,
podpredsednik Zdravniške zbornice
Slovenije, predsednik odbora
za socialno-ekonomska vprašanja
in vodja pogajalske skupine ZZZS
za Splošni dogovor**

Na zdravje!

Alojz Ihan

V začetku oktobra 2018 smo iz uredništva revije 9.756 članom ZZZS, ki imajo e-naslov, poslali anketo o branosti in vtisih o reviji Isis, in do srede novembra prejeli 898 v celoti izpolnjenih vprašalnikov. Analiza odgovorov je pokazala, da polovica anketirancev redno prebere med četrtino in tremi četrtinami revije, četrtina anketirancev pa manj kot 10 % revije. Najvišje ocene (okoli 80 %) so bile namenjene informativnosti in vizualni podobi revije, vključno z naslovnico, med najbolj branimi rubrikami pa so, poleg koledarja strokovnih srečanj, še uvodnik, intervju, aktualno in zapisi mladih zdravnikov.

Prav mladi zdravniki so, odkar imajo v reviji posebno rubriko, s svojimi problemi v zvezi s specializacijami in s svojimi dilemami in spraševanji ob prehodu iz akademskega v »resnični« zdravstveni sistem postali velik navdih tudi nam starejšim, ki smo že (pre)dolgo navajeni stoično sprejemati stvari, kot so od nekdaj

(ne)urejene. Dokaz: med nami praktično ni kolegov, tudi najstarejših, ki bi se spomnili, kdaj so se v organizaciji zdravstva nazadnje zgodile temeljitejše spremembe, kdaj je naša zdravstvena politika zadnjič kakšno stvar storila prvič, če parafraziram davno pesem Andreja Šifrerja. To je seveda že samo po sebi absurd. Medtem se je obrnil naš politični in ekonomski sistem, zamenjali smo državo, zaradi EU in globalizacije so se v naši okolici povsem spremenili tokovi zdravnikov in pacientov, še bolj pa so na spremenjen potek zdravljenja vplivale vedno nove zdravstvene tehnologije in načini zdravljenja, saj skoraj ni bolezni, ki je ne bi danes zdravili na povsem drugačen način in z neprimerljivo boljšimi uspehi kot pred tremi desetletji.

In v vsej tej dinamičnosti medicine in spremenjenih razmer, v katerih deluje, se organiziranost zdravstva v osnovi še vedno drži davnih, central-nopanskih shem, ki so jih še v dobi socialističnih petletk izumili z idejo, da mora biti zdravstvo predvsem v

službi brezhibnega videza Sistema. Danes se to kaže s tem, da je domet upravljanja zdravstva pri nas še vedno izključno računovodski – seštevanje in obračunavanje vnaprej zacementiranih storitev v famoznem Splošnem dogovoru, kot da je zdravstvo še vedno namenjeno predvsem skrbi za dobro počutje finančnega ministra, in ne za izpolnjevanje zdravstvenih potreb zavarovancev. Ki imajo načeloma pravico do vseh mogočih storitev, v praksi pa so brez zdravstvene police, s katero bi si lahko svoje pravice tudi zares preskrbeli, če ne drugače, prek sodišč.

Iz ankete o reviji Isis smo tudi razbrali, da si bralci v reviji želijo več strokovnih člankov o novih metodah zdravljenja in ostalih novostih v medicini. Za začetek bomo temu izzivu odgovorili tako, da bomo vsak mesec pripravili izbor najkakovostnejših člankov, ki so jih slovenski zdravniki objavili v medicinskih revijah najvišjega ranga (1A1). Izmed njih bomo izbrali enega, o katerem se bomo z avtorjem članka podrobno pogovorili v osrednjem intervjuju. Verjamemo, da bodo pogovori o študijah, ki pomenijo vrhunec spo-



znanj ne le slovenske, ampak tudi svetovne medicine, razširili obzorje mnogim bralcem, hkrati pa se bomo prek tovrstnih pogovorov tudi slovenski zdravniki bolje medsebojno

spoznali in tudi bolj spoštovali svoje dosežke.

Na koncu pa kot urednik zdravniške revije izražam hvaležnost številnim kolegicam in kolegom, ki z veseljem pišejo prispevke in z njimi črno na belem, pa tudi v barvah dokumentirajo bogastva tistega, kar med svojim delom in tudi zunaj njega počnemo zdravniki. Zbornična revija je bila že od svojega začetka zasnovana kot glasilo, v katerem pišejo zdravniki za svoje kolege. Vmes so se sicer občasno pojavljale ideje, da bi revija postala bolj »novinarska«, vendar je vedno znova postalo jasno, da namen revije ni le informiranje članov zbornice o dejavnostih vodstva ZZS. Tisto, kar se zares dogaja z zdravništvom, se dogaja v ambulantah in na oddelkih, kjer ni novinarjev, ampak smo edini očividci – zdravniki. Zato je pomembno, da v stanovsko revijo pišemo zdravniki; samo na ta način naše delo v ambulantah in na oddelkih ne ostane le samotna zgodba posameznika, ampak postane skupinska identifikacija in stanovsko vezivo

zdravništva. To pa potrebujemo vsi, saj se brez jasnega občutka in zavesti o skupnem hitro zgodi, da se zdravniški razpustimo na posameznike, s katerimi bodo svojevoljno upravljale bolj organizirane družbene skupine – od političnih do kapitalskih. Starejši kolegi dobro vedo, kako brezmočen je lahko zdravnik, ko v svojih težavah ostane sam in brez možnosti, da bi ne glede na težo problema izzval družbeno pozornost. Zato je pomembno, da zavestno ostajamo skupaj, v dobrem in slabem, takrat, ko smo upravičeno ponosni na svoje dosežke, in tudi takrat, ko je treba reševati skupne težave. V vsakem primeru smo z zavedanjem o skupni pripadnosti zdravništvu močnejši in uspešnejši v svojem poklicnem poslanstvu.

Vsekakor pa srečno 2019!

Prof. dr. Alojz Ihan, dr. med.,
odgovorni in glavni urednik Isis,
alozjz.ihanj@mf.uni-lj.si



*“Stori vse, za kar misliš ali sanjaš,
da je v tvojih močeh.
V drznosti se skriva genialnost,
moč in čarobnost.”*

Johann Wolfgang von Goethe

*Z najboljšimi željami za leto 2019
vse članice in člane zbornice vabimo na strokovna in družabna srečanja
v Domus Medica in drugje po Sloveniji
Vaša zbornica*



Uvodnik

- 3** Splošni dogovor – centraliziran planski način upravljanja sistema zdravstvenega varstva
Dean Klančič
- 4** Na zdravje!
Alojz Ihan

K naslovnici revije

- 8** Prof. dr. Marko Noč
Alojz Ihan

Zbornica

- 14** Na kratko iz dela zbornice
- 17** Podeljeni nazivi pomurski zdravnik leta 2018

Aktualno

- 20** Vzroki za čakalne vrste na zdravstveno obravnavo in predlogi rešitev
Simon Podnar
- 22** Kako lahko zobozdravnik uspešno opravlja poklic in ohrani svoje zdravje?
Diana Terlevič Dabič

Iz Evrope

- 24** Študij v angleščini – uspešen izvozni izdelek?
Anton Mesec
- 24** »Najmočnejši napovednik za pričakovano življenjsko dobo«
- 25** Sprejemni test za medicinske univerze: delež žensk je večji
- 25** Univerza New York odpravila šolnine za študij medicine

Mladi zdravniki

- 26** Čez planke: Na podoktorski študij na Harvard
Barbara Podnar

- 28** Ali nam grozi izumrtje družinskih zdravnikov?
Tina Bregant

- 30** Trgovina s človeškimi organi
Marko Platnjak, Maruša Esih, Irena Cossuta, Kaja Vilič, Jana But, Katarina Čas, Teodor Trojner, Maruša Martinčič, Kamila Marta Novak, Timotej Vehovar

Forum

- 35** Komentar k zapisom
Marjan Kordaš
- 35** Kam si namenjen/a, slovenski/a zdravnik/ca?
Miro Lasbaheer
- 36** Spoštovani gospod Sušelj
Silvana Popov
- 38** Krivda in odgovornost
Tina Bregant

Medicina

- 40** Podatki o preživetju so lahko zavajajoči
Matjaž Zwitter
- 45** Pomen ustnega zdravja pri osebah z demenco
Marta Križnar Škapin
- 47** Še vedno verjamem v ultrazvok
Dubravka B. Vidmar
- 49** Analiza raziskave COMPASS v luči bolnikov s periferno arterijsko boleznijo
Mišo Šabovič

Poročila s strokovnih srečanj

- 54** Simpozij »Neonatal nutrition and gastroenterology«
Jerneja Peček
- 56** 25. Svetovno srečanje Anonimnih alkoholikov
Jasna Čuk Rupnik
- 57** Zdravnik Digi Robot, boljši zdravnik?
Staša Kocjančič

- 59** Spremljati lastne rezultate po operacijah kil
Andrej Kunstelj

Strokovne publikacije

- 60** Jurij Gorjanc: TAR – Transversus Abdominis Release
Andraž Hubad

Strokovna srečanja

- 61** Zbornična izobraževanja za zdravnike in zobozdravnike
- 63** Strokovna srečanja
- 68** Mali oglasi

V spomin

- 70** Prof. dr. Marjan Prodan dr. med. (1931–2017)
Ciril Kržišnik
- 71** Polonci
Ljubica Žic, Milena Treiber, Mirjana Miksić, Mojca Ivankovič Kacjan, Bernarda Vogrin
- 71** Odhajajo ...
Zdenka Čebašek - Travnik

Zanimivo

- 72** Novi častni član SZD in novi primarij med slovenskimi zobozdravniki
Vesna Banko

Zdravniki v prostem času

- 73** Odprtje razstave Anima Tine Mlinarec, dr. med., spec. orl.
Nina Pleterski Puharič
- 74** Likovna skupina Leon Koporc drugič razstavlja v Galeriji Stara pošta v Kranju
Sava Rant Hafner
- 75** S »tabletkami« na visoko planoto Ukok
Eldar Gadžijev

78 Kolesarjenje 2018

Marjan Kordaš

81 »Au«-foristična tinktura Kratki aforizmi v beli halji z geografskim poreklom

Janez Tomažič

Zavodnik

82 Vork-lajf-belens

Mirjana Rajer

Kolofon

Leto XXVIII, št. 1, 1. januar 2019
Natisnjeno 10.150 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 54,12 EUR. Če je prejemnik glasila v tujini, se dodatno zaračunajo stroški poštnine po veljavnem ceniku Pošte Slovenije. Posamezna številka za nečlane stane 4,92 EUR. 9,5-odstotni davek na dodano vrednost je vračunan v ceni. Poštšina je plačana pri pošti 1102 Ljubljana.



Prof. dr. Marko Noč

Alojz Ihan

V letu 2019 bodo intervjuji »za naslovnico« namenjeni predstavitvi izbranih znanstvenih člankov slovenskih zdravnikov, ki so bili v zadnjem četrtletju objavljeni v osrednjih mednarodnih revijah (1A1). Prejšnji mesec (novembra 2018) je bil v New England Journal of Medicine (NEJM) objavljen članek, v katerem avtorji multicentrične študije dokazujete, da pri razreševanju srčnega infarkta s spremljajočim šokom velja upoštevati pravilo »manj je več« in pri prvem interventnem posegu razširiti samo venčno arterijo, ki je povzročila srčni infarkt, ne pa tudi ostalih, čeprav patološko zoženih.

Gre za skupino bolnikov s srčnim infarktom in kardiogenim šokom, kjer imajo bolniki praviloma



koronarno bolezen ne le na infarktni arteriji, ampak tudi na ostalih koronarnih arterijah. Dosedanje mednarodno priporočilo je bilo, da se ob prvem perkutanem posegu oskrbi vse prizadete in ne le infarktno arterijo. To je izhajalo iz opazovalnih študij in splošne logike. Naša randomizirana raziskava je pokazala, da je za bolnika bolje, smrtnost je manjša in manj je potrebe po hemodializi, če med prvim posegom razširimo le infarktno arterijo in ne tudi ostalih. Tako 30-dnevne kot 1-letne rezultate smo objavili v dveh člankih v New England Journal of Medicine (IF 78) in s tem spreminjamo dosedanja mednarodna priporočila na tem področju.

To je pomembno, ker pri mnogih intervencijah po daljšem času opazovanja pride do manjšanja razlike v preživetju, tu pa ne.

V tej študiji je razlika v primarnem opazovanem dogodku v prid enostavnejšemu posegu nastala v

prvih dneh in vztraja tudi po enem letu. To daje dodatno veljavo pristopu »manj je več« v fazi prve intervencije.

Šlo je za multicentrično študijo, ki jo je vodil prvoimenovani avtor prof. Thiele iz Leipziga?

Tako je. Profesor Holger Thiele je vodilni mednarodni raziskovalec na področju interventnega zdravljenja kardiogenega šoka, sicer pa predstojnik ene največjih evropskih kardioloških klinik v Leipzigu. Sva dolgoletna prijatelja, dodobra pa sva se spoznala kot predavatelja na mednarodnih strokovnih srečanjih. Na podlagi naših mednarodnih objav in kredibilnosti, ki smo si jo skozi leta pridobili, smo se uvrstili v to študijo, ki jo je financirala Evropska unija. Ključen za uspešen potek študije v Kliničnem centru je bil moj sodelavec doc. dr. Tomaž Goslar, izjemno pa se je izkazala tudi interventna kardiološka ekipa pod vodstvom prof. dr. Matjaža Bunca.

Ker sva sošolca, se izpred precej let spomnim tudi neke podobne tvoje študije, ko je šlo za dokazovanje v smislu »manj je več«. Šlo je, mislim, za oživiljanje pri srčnem zastoj in dihanje »usta na usta« v zvezi s tem.

Med letoma 1991 in 1993 sem bil raziskovalec v Chicago Medical School pri enem najboljših strokovnjakov na področju srčnega oživiljanja, prof. Maxu Harryju Weilu. Na enem izmed raziskovalnih sestankov je izpostavil, da je dihanje »usta na usta« v sklopu osnovnega oživiljanja laikov nepotrebno. Temu sem nasprotoval in poslal me je v knjižnico, da najdem znanstvene dokaze in ga s tem prepričam. Po dveh dneh nisem našel nič pameznega in ko sem se potrj vrnil v njegovo pisarno, mi je predlagal poskus na živalih, s katerim bi preveril hipotezo o potrebnosti umetnega dihanja. Tako na modelu podgane kot tudi prašiča nismo uspeli dokazati, da bi umetno dihanje pripomoglo k boljšemu rezultatu oživiljanja. To je bilo tudi moje doktorsko delo, ki je bilo za tisti čas zelo heretično, in kljub

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

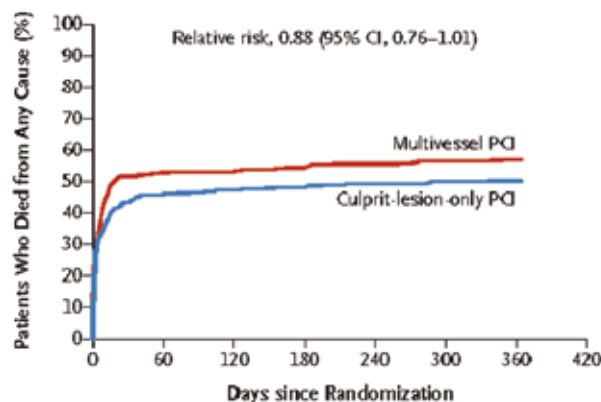
ESTABLISHED IN 1852

NOVEMBER 1, 2018

VOL. 379 NO. 18

One-Year Outcomes after PCI Strategies in Cardiogenic Shock

H. Thiele, I. Akin, M. Sandri, S. de Waha-Thiele, R. Meyer-Saraei, G. Fuernau, I. Eitel, P. Nordbeck, T. Geisler, I. Landmesser, C. Skurk, A. Fach, A. Jobs, H. Lapp, J.J. Piek, M. Noc, T. Goslar, S.B. Felix, L.S. Maier, J. Szepinska, K. Oldroyd, P. Serpyris, G. Montalescot, O. Barthelemy, K. Huber, S. Windecker, L. Hunziker, S. Savonitto, P. Toreriano, C. Vrints, S. Schneider, U. Zeymer, and S. Desch, for the CULPRIT-SHOCK Investigators*



Razlika v smrtnosti bolnikov s srčnim infarktom in kardiogenim šokom, ki so imeli ob prvem posegu razširjeno le infarktno arterijo (modro), v primerjavi z bolniki, ki so imeli poseg tudi na ostalih prizadetih venčnih arterijah (rdeča).



Najprej sem začel s poskusi na podganah (na sliki z mini ventilatorjem, kompresorjem za prsni koš in vstavljenimi kanali), ki so potrdili, da umetno dihanje ne izboljša preživetja. Raziskovalni laboratorij Maxa Harryja Weila, Chicago Medical School, 1991–93.

dvema objavama v priznanih strokovnih revijah (J Resp Crit Care Med in Chest) sem imel pred zagovorom cmok v grlu. No, patofiziologija in rezultati so bili na moji strani. Praktično istočasno so podobne rezultate neodvisno od nas pridobili tudi kolegi iz Arizone in začela se je trnova pot uvajanja v klinično prakso osnovnega oživljanja laikov.

Odrava dihanja »usta na usta« v sklopu laičnega oživljanja ima velik praktični pomen. Raziskave so namreč pokazale, da laiki pogosto ne pristopijo k oživljanju ravno zato, ker jim je neprijetno izvajati umetno dihanje »usta na usta«. Poleg tega umetno dihanje vodi tudi v pogoste prekinitev zunanje kompresije prsne- ga koša, kar zmanjšuje njeno hemodinamsko učinkovitost in s tem perfuzijo vitalnih organov. Torej zaradi intervencije, ki je nepotrebna, se zmanjšuje verjetnost osnovnega oživljanja laikov in tudi učinkovitost le-tega. Ni pa dvoma o tem, da prav pravilni ukrepi in osnovno oživljanje s strani laikov reši največ življenj.

Kako si predihoval podgane?

Naredili smo traheotomijo in vstavili v sapnik vensko kanilo. Naš inženir je skonstruiral tudi poseben respirator in napravo za zunanjo kompresijo prsne- ga koša. Poleg tega smo v 400–500-gramsko podgano vtaknili še dve arterijski liniji v karotidno in femoralno arterijo, venski kanal in srčni vzpodbujevalnik, s katerim smo sprožili fibrilacijo prekatov. Med oživljanjem smo merili pritiske, jemali kri za plinsko analizo ... in na koncu defibrilirali ter v primeru uspešnega oživljanja podgane zdravili še nekaj ur. Neverjetno, ko sem prvič videl ta model, nikoli nisem verjel, da bom sam zmožen take preparacije in eksperimentov. No, potem sem v dveh letih naredil več kot 100 poskusov na podganah in kakih 60 na večjem živalskem modelu 40–50-kilskega domačega prašiča.

V trenutnih navodilih za temeljne postopke oživljanja je

še vedno 30 masaž in dva vpiha?

Če sem odkrit, mednarodnih priporočil za oživljanje že dolgo ne berem, saj so do določene mere »politični dokument«, ki ne temelji le na objektivnih znanstvenih podatkih. Na podlagi kasnejših, tudi kliničnih randomiziranih raziskav je jasno, da pravilno ukrepanje laika obsega le tri stvari – takojšnje prepoznavo in klic nujne medicinske pomoči »112«, zunanjo kompresijo prsne- ga koša brez prekinitev in umetnega dihanja »usta na usta« ter čimprejšnjo uporabo zunanjskega avtomatskega defibrilatorja (AED), če je na voljo. Kar je zamujeno s strani laika, ni mogoče nadoknaditi v bolnišnici. Laik je ključni člen v »verigi preživetja«. V okviru SAZU zato trenutno pripravljamo pobudo, da bi znanje o oživljanju, prepoznavi srčnega infarkta in možganske kapi prišlo v obvezne vsakoletne učne programe tako osnovnih (7.–9. razred) kot tudi srednjih šol ter s tem postopoma postalo del splošne izobrazbe posameznika ne glede na poklic.

Kako dobra je naša mreža zunanjih avtomatskih defibrilatorjev (AED)?

AED-ji so zelo pomemben člen »verige preživetja« pri srčnem zastoj, saj laikom omogočajo elektrošok brez prisotnosti urgentnega zdravnika. Vsaka minuta manj zamude do defibrilacije pa pomeni 5–10 % večjo verjetnost preživetja. V Sloveniji imamo verjetno že okoli 400 AED-jev, nimamo pa dobre evidence o številu, lokaciji in izobrazbi okoliških laikov. Zato bi nujno potrebovali skrbnika za AED-mrežo po celotni državi. Lahko bi naredili tudi korak naprej in ob urgentnem klicu »112« bi laik od dispečerja izvedel tudi lokacijo najbližjega AED. Ali pa bi razvili telefonsko aplikacijo, ki bi locirala AED-je v okolici.

Ravno pri ravnanju laikov vidim glavno rezervo za izboljšanje preživetja bolnikov z nenadnim srčnim

zastojem. In res, če na terenu vse deluje, kot je treba, je enoletno preživetje teh bolnikov > 95 % in praktično enako kot preživetje bolnikov s srčnim infarktom brez srčnega zastoja. To sta v nedavno objavljeni raziskavi v reviji Resuscitation (IF 5,8) dokazala moja sodelavca asist. dr. Peter Radšel in dr. Eva Slapnik. Žal je teh bolnikov, ki jih lahko imenujemo »lucky losers«, manj kot 20 %. Pri ostalih pride zaradi daljših zamud do poreanimacijske okvare centralnega živčevja in njihovo preživetje z dobrim nevrološkim izhodom se drastično zniža na 50–55 %. Kljub rutinski uporabi takojšnje koronarografije in širjenja zaprte arterije ter podhlajevanja nam te številke v zadnjih 5 letih ni uspelo izboljšati. Dobra novica pa je, da če preživijo bolnišnično zdravljenje, živijo še dolgo in dobro. To sta z analizo 10-letnega preživetja s pomočjo Kaplan-Meierjeve krivulje na letošnjem Evropskem kardiološkem kongresu predstavili moji sodelavci dr. Špela Kocjančič in dr. Anja Jazbec.

Kot oddelek ste sodelovali tudi v nekaterih drugih pomembnih mednarodnih raziskavah?

Sodelovanje v vrhunskih mednarodnih raziskavah ne pride samo od sebe. Je plod dolgoletnega raziskovalnega dela, ki ga ostale raziskovalne skupine neodvisno potrdijo. Tako si oddelek zgradi mednarodno raziskovalno kredibilnost in pride »on the map«, kot se temu reče. Šele potem pridejo ponudbe za sodelovanje v vrhunskih mednarodnih raziskavah. Od leta 2001, kar sem predstojnik, je Klinični oddelek za intenzivno interno medicino sodeloval pri sedmih takih pomembnih raziskavah. Dobro se spominjam prve o vlogi azitromicina po srčnem infarktu (AZACS), ki jo je vodil naš rojak prof. dr. Bojan Čerček iz Cedars-Sinai Medical Center, Los Angeles. Hipoteza je bila, da nestabilnost koronarnega plaka povzroča okužba s klamidijo in da bo azitromicin zmanjšal ponovne

Prof. dr. Marko Noč, dr. med.

Strokovna izobrazba:

Specialist kardiologije in vaskularne medicine
Specialist intenzivne medicine
Specialist interne medicine
Interventni kardiolog

Akademski naslovi:

Redni profesor interne medicine, MF Ljubljana
Član, Evropska akademija znanosti in umetnosti (2013)
Dopisni član, SAZU (2017)

Delovno mesto:

Predstojnik, Center za intenzivno interno medicino, SPS Interna klinika, Klinični center, Zaloška 7, 1000 Ljubljana
Interventni kardiolog, MC Medicor Izola

Raziskovalna področja:

Nenadni zastoj srca in oživljanje, akutni koronarni sindrom, hemodinamska podpora, intervencijska kardiologija (koronarne arterije, PFO/ASD/LAA/TAVI)

Mednarodna strokovna aktivnost:

116 »peer review« člankov v zbirki »PubMed«
10 poglavij v mednarodnih učbenikih
Vabljen predavatelj na vseh največjih mednarodnih strokovnih srečanjih s področja akutnega koronarnega sindroma, srčnega zastoja in interventne kardiologije (196 do leta 2017)

Pomembni mednarodni certifikati:

European Diploma in Intensive Care Medicine (1991)
ECFMG certificate (nostrifikacija medicine za ZDA) (1996)
Fulbrightov štipendist (1999-2000)
European Cardiology Diploma (2003)

Pomembna članstva v mednarodnih organizacijah:

European Society of Cardiology (od 2002)
Board Member, European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI) (2009-2011)
EUROPCR Program committee member (od 2009)

koronarne dogodke. Študija je bila povsem negativna, a tudi tak rezultat je bil takrat zelo pomemben in članek je bil objavljen v priznani reviji Lancet (IF 53).

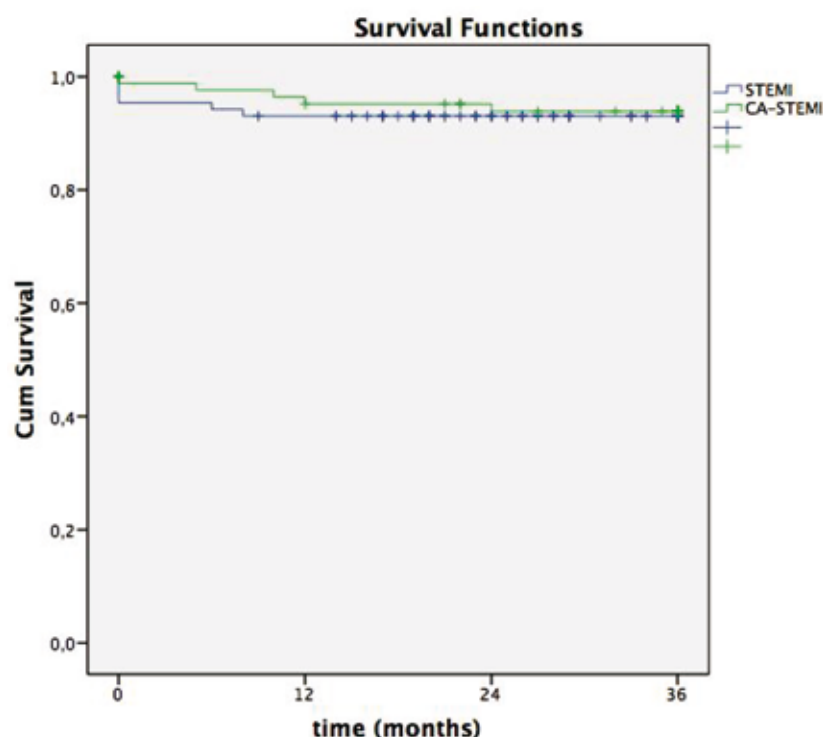
Kaj pa druge vaše študije na področju ohlajevanja in akutnega srčnega infarkta?

Poleg AKH Dunaj smo bili glavni raziskovalci pri »first in man« raziskavi o hitrem podhlajevanju s peritonealno lavožo pri bolnikih po srčnem zastoju (CAMARO). Metoda se je izkazala kot daleč najhitrejša in članek je bil objavljen v Critical Care Medicine (IF 6,6). Žal je to ameriško »start up« podjetje bankrotiralo in koristen koncept je zaenkrat zamrl. Smo pa na podlagi dobrih referenc prišli v raziskavo s podhlajevanjem pri srčnem infarktu brez zastoja srca. Tu naj bi podhlajevanje pred odprtjem infarktne koronarne arterije zmanjšalo obseg srčnega infarkta. Ta raziskava »CHIL MI« je bila mejno pozitivna

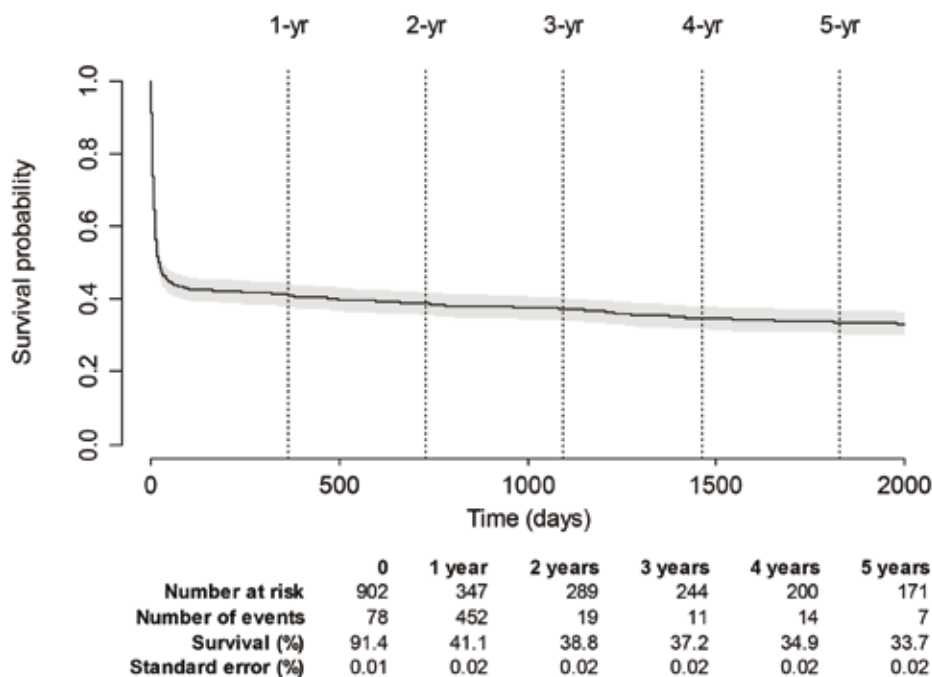
in objavljena v »JACC« (IF 19,9). Nadaljevanje tega koncepta z boljšim katetrom za ohlajevanje je bila COOL AMI Pilot, kjer smo celo imeli vlogo glavnega raziskovalca (PI) in smo rezultate predstavili v »Late breaking clinical trials« na največjem svetovnem interventnem kongresu v Parizu (EuroPCR 2017) in hkrati objavili v »Eurointervention« (IF 5,2). Trenutno sodelujemo še v dveh mednarodnih multicentričnih študijah, katerih rezultati bodo v vsakem primeru zanimivi.

Tvoja raziskovalna strategija je torej vključevanje v aplikativne multicentrične študije?

Moja strategija je bila vedno, da se uvrstimo v najpomembnejše mednarodne multicentrične študije, ki lahko spremenijo klinično prakso. Kot sem omenil, pa je pot do tja večletna in postopna. Res je veliko zadoščenje, če z lastnim raziskovalnim delom lahko vplivaš na klinično prakso. Smo pa z omenjenimi multicentričnimi študijami



Triletno preživetje pri bolnikih z izvenbolnišničnim srčnim zastojem, ki so takoj po vzpostavitvi delovanja srca prišli k zavesti (CA-STEMI), v primerjavi z bolniki s srčnim infarktom brez zastoja srca (Slapnik E, et al. Resuscitation 2018).



Večletno preživetje bolnikov z izvenbolnišničnim srčnim zastojem, ki so po vzpostavitvi delovanja srca ob prihodu v bolnišnico ostali nezvestni («comatose survivors») (Kocjančič Š, et al. Eur Heart J 2018).

mi Kliničnemu centru prisluzili tudi več kot 370.000 EUR. Le 20 % tega zneska je šlo za honorarje sodelavcem, iz česar sem se osebno, zaradi mogočega konflikta interesa, vedno izvil. Ostala sredstva so »poniknila« v loncu brez dna, ki se imenuje skupna bilanca našega oddelka. Zaradi povsem neustreznega vrednotenja naših storitev s strani ZZS imamo namreč vsako leto velik minus in z raziskavami zasluženega denarja nikakor ne morem pridobiti in ga uporabiti za lastne »investigator-initiated« raziskave in nakupe kakšnih aparatov za oddelek. Če bi želel danes kupiti stol ali mizo iz teh sredstev, ga/je zanesljivo ne bi mogel.

Hkrati pa študije na lastnem oddelku najbrž pomenijo tudi zelo dober pregled nad lastno klinično prakso. Kje smo z njo v primerjavi z drugimi?

Sodelovanje v študijah vedno izboljša klinično delo na oddelku, ker si ne prestanemo na »mednarodnem prepihu«. Spoznaš druge raziskovalce, kar vodi v neformalno izmenjavo mnenj in rezultatov, na tekočem pa moraš biti tudi z zadnjo mednarodno literaturo. Sicer pa je vsak bolnik zase svoj raziskovalni problem, ki zahteva hipotezo in metodologijo, ki ni nič drugačna kot pri raziskavah. To znanje zato izboljša analitični pristop do bolnika in analizo lastnih rezulta-

tov, kjer je, tako kot pri raziskovalnem delu, ključna intelektualna poštenost.

Kaj pa rezultati zdravljenja na vašem oddelku?

Preko študij smo na našem oddelku tudi začeli voditi lastne registre zaporednih bolnikov. Tako pri nas recimo natančno vemo, da smo po uvedbi takojšnje koronarne intervencije namesto trombolize zmanjšali smrtnost srčnega infarkta s 16,4 % med 1995 in 1997 na 5,2 % med 2000 in 2004 (Am J Cardiol 2007). Prav tako vemo, da je bilo pred uvedbo agresivnega bolnišničnega zdravljenja srčnih zastojev preživetje z dobrim nevrološkim izidom 27 %, po uvedbi pa 47 % (Resuscitation 2014). Na našem oddelku imamo tudi lasten register za bolnike na izvenbolnišnem krvnem obtoku, ki jih je sedaj že skoraj 200. Tudi rezultate na tem področju moramo čim prej objaviti v mednarodni literaturi, saj le to nekaj šteje in te postavi na evropski zemljevid.

Je kakšna razlika v teh odstotkih, če doživi človek srčni zastoj v ljubljanski ali npr. štajerski regiji?

Tega ne vem, ker štajerskih podatkov ne poznam. Na sploh v Sloveniji nimamo enotnih registrov za najpomembnejšo kardiovaskularno patologijo in zato ne vemo, kako dobri ali slabi smo v primerjavi s tujino.

**Prof. dr. Alojz Ihan, dr. med.,
odgovorni in glavni urednik Isis,
alozj.ihana@mf.uni-lj.si**

Spoštovani avtorji prispevkov,

zaradi nezanesljivosti medmrežja bomo vsako elektronsko pošto potrdili s povratno pošto. V kolikor od nas ne prejmete potrdila o prejeti elektronski pošti, vljudo prosimo, da nas pokličete (01 30 72 152) ali ponovno pošljete prispevek.

Uredništvo



Na kratko iz dela zbornice

Delovni obisk v Zagrebu

Dne 13. 11. 2018 sem se v Zagrebu srečala z vodstvom Hrvaške zdravniške zbornice. Sprejeli so me dr. sc. Krešimir Luetić, dr. med., prvi podpredsednik, sedaj v.d. predsednika, Ada Barić Grgurević, dr. med., podpredsednica, Ivan Raguž, dr. med., predsednik odbora za mednarodno sodelovanje, Ivan Bojčić, vodja osrednjega urada, in Mijo Karaulo, dipl. iur., vodja strokovne službe.

Od številnih tem pogovora je izstopal **Projekt zdravniška kartica** (ZK). Gre za posebno kartico, izdelano v hrvaškem podjetju, ki izdeluje tudi potne liste. Kartica ima značaj identifikacijskega dokumenta (z biometrično fotografijo) in digitalnega certifikata (podpisa). S to kartico člani neposredno komunicirajo z zbornico in urejajo, kar potrebujejo, lahko pa z njo npr. v lekarni brez recepta kupijo zdravila. Register Hrvaške zdravniške zbornice je povezan z registrom prebivalstva, s pokojninskim skladom (zaposlitve) in medicinsko fakulteto. Tako članom ni treba javljati nobenih sprememb. Identifikator je OIB (njihov EMŠO), zdravniki pa dobijo svojo matično številko člana.

Več o vsebinah delovnega sestanka na spletni strani zbornice www.zdravnikazbornica.si (obvestila).

*Dr. Zdenka Čebašek - Travnik
Predsednica*

Na slavnostni seji v Banjaluki

Na povabilo vodstva zdravniške zbornice Republike srbske (Komora doktora medicine RS) sem dva dneva preživela v Banjaluki. Prvi dan smo imeli delovno srečanje z vodstvom njihove zbornice, naslednji dan pa sem bila osrednja govornica na njihovi svečani seji skupščine.

Na delovnem srečanju smo izmenjali izkušnje pri delovanju zbornic, pri čemer je njihova precej manjša in tudi brez pomembnih pooblastil. Kolegi poudarjajo dobro sodelovanje z zdravniki iz Slovenije, radi prihajajo k nam na izpopolnjevanje. Zadovoljni so, da njihovi zdravniki, izšolani na MF Banjaluka in MF v Foči, večinoma ostajajo doma. Vedno bolj se razvija tudi zasebni sektor, na preglede pa prihajajo tudi (samoplačniški) pacienti iz Slovenije.

Na slavnostni seji sem pripravila predstavitev naše zbornice s pomočjo spleta, posamezne aktualne probleme pa sem strnila v tiste točke, ki so zanimive za obe zbornici (prevzemanje kompetenc s strani drugih kadrov v zdravstvu, oglaševanje zdravstvenih storitev, migracije zdravnikov in disciplinski postopki). Mojemu predavanju je sledila podelitev (številnih) priznanj in odlikovanj zbornice, priznanje pa sta dobila tudi najboljša študenta obeh medicinskih fakultet.

Na sprejemu po prireditvi sem se srečala z različnimi zdravniki in zdravnicami, ki so me med drugim prosili, da prenesem pozdrave kolegom, s katerimi so sodelovali ali še sodelujejo. Ob strokovnem napredku, ki ga je zaznali iz njihovih pripovedi, pa tudi iz revije KOD, lahko razberemo, da se vedno bolj približujejo evropski medicini. Gostoljubje pa ostaja enako, kot je bilo vedno – iskreno, domače in prijateljsko. Občutek, ki ga v naših vrstah včasih kar malo pogrešam.

*Dr. Zdenka Čebašek - Travnik
Predsednica*

Stopimo skupaj

Članek novinark Milene Zupanič, objavljen v Delu 22. 11. 2018, z naslovom »Kdo nas bo zdravil, če zbolimo?« bi moral spodbuditi vse odloče-

valce v zdravstvenem sistemu, da začnemo ukrepati. Ukrepati preudarno in odločno. Če res želimo spreminiti trend hudega padanja števila zdravnikov družinske in urgentne medicine, nimamo več časa. Opozorilo, ki so nam ga v obliki nezanimanja za specializacije teh najbolj izpostavljenih medicinskih strok dali mladi zdravniki, nam v resnici postavlja ultimatum: ali se bodo razmere začele urejati, ali pa bomo ostali brez njihove strokovne pomoči.

Seznam razlogov za alarmantno stanje, zapisanih v zgoraj omenjenem članku, je dolg, pa vendar ne takšen, da se ne bi dalo narediti sprememb v relativno kratkem času, recimo do naslednjega javnega razpisa specializacij. Vsi ti ukrepi gredo v eno smer: narediti poklic družinskega in urgentnega zdravnika bolj privlačen. To pa pomeni izboljšanje delovnih pogojev, zmanjšanje administrativnih obremenitev – posebno tistih, ki služijo le nadzoru zdravnikovega dela (na primer naročilne knjige), opustitev groženj in kazni za kršitve nesmiselnih pravil in boljše plačilo tistim, ki so pripravljeni narediti več. Treba bo spremeniti nekaj zakonskih določil, vroči seznam nujno potrebnih sprememb smo iz zbornice že poslali na ministrstvo za zdravje. Mladim zdravnikom (in njihovim mentorjem) bo treba ponovno pojasniti, da nacionalni razpis ni namenjen temu, da bi jih kamorkoli preganjali ali jih iztrgali iz njihovega družinskega okolja, temveč ravno nasprotno: ker zdravnikov družinske medicine primanjkuje povsod, ne bodo več vezani le na regijo, za katero jim je bila specializacija odobrena. Veliko težje pa bo doseči spremembe v delovanju Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, kjer bo moralo bolj odločne poteze narediti ministrstvo za zdravje.

Če sledimo številkam, ki jih je za nas zbrala novinarka Milena Zupanič, bomo vedno težje našli svojega zdrav-

nika. Zato bi kazalo ravno v tem trenutku upoštevati predlog zdravniške zbornice, da se zdravnikom (vsem, ki so opravili strokovni izpit in so člani zdravniške zbornice) vrne pravica do predpisovanja receptov za osebno rabo. Če vzamemo, da lahko vsak od približno enajst tisoč članov zbornice z zdravlili oskrbi sebe in tri svoje družinske člane, da ti ne obremenjujejo osebnih zdravnikov, je to velika pomoč pri razbremenitvi kolegov. Zato bomo še naprej vztrajali, da se omogoči predpisovanje receptov za osebno rabo vsem članom zbornice z opravljenim strokovnim izpitom.

Čas je, da razmislimo, kaj lahko naredi vsak od nas, da bo poklic družinskega ali urgentnega zdravnika postal bolj vabljen za mlade zdravnike. Kajti oba najbolj sežeta v bistvo našega poslanstva – neposredni stik s pacientom in reševanje življenj. Saj smo vendar o tem premišljevali in sanjarili, ko smo se vpisali na medicinsko fakulteto – da bomo kot zdravniki s svojim znanjem, prizadevnostjo in srčnostjo sledili svojim mladostnim predstavam o tem lepem poklicu.

*Dr. Zdenka Čebašek - Travnik
Predsednica*

Sprememba koncesijskih razmerij

Zdravniška zbornica Slovenije nasprotuje usklajevanju koncesijskih razmerij, ki so bila pred uveljavitvijo zadnje novele Zakona o zdravstveni dejavnosti sklenjena za nedoločen čas.

Izbrala je odvetniško pisarno, na katero so se koncesionarji lahko obnili za zastopanje po vnaprej dogovorjeni ceni odvetniških storitev. To je odvetnica Simona Marko iz Maribora.

Pojasnila, kaj določa Zakon o zdravstveni dejavnosti glede usklajevanja koncesij, dovoljen za opravljanje dejavnosti oziroma registracij zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov, so objavljena na spletni strani zbornice www.zdravniskazbornica.si.

Mediacijska pisarna na zbornici

Pri zbornici je začela z delovanjem Mediacijska pisarna, v okviru katere organiziramo in izvajamo: **mediacije, namenjene reševanju medsebojnih nesoglasij med pacienti in zaposlenimi v zdravstvu, različnimi oddelki in vodstvom ter ostalimi vpletenimi v nenasilne sporove v zdravstvu.**

Postopke izpeljejo usposobljeni mediatorji s seznama, objavljenega na spletni strani ZZS.

Več na spletni strani zbornice www.zdravniskazbornica.si (zavihek Zbornica za člane / Mediacija)

bljujoče nizko zanimanje za specializacijo iz družinske medicine in na usklajevanje koncesijskih razmerij, ki pa mu ZZS nasprotuje.

Koordinacija je že pred časom poslala predlog za sestanek predsedniku vlade z namenom, da mu zdravniške organizacije predstavijo razmere v slovenskem zdravstvu in predvsem, kako jih izboljšati. Prvi sestanek je bil preložen, nato pa sta se s predstavnikoma zdravniških organizacij sestala minister za zdravje Samo Fakin in državni sekretar Vojmir Urlep.

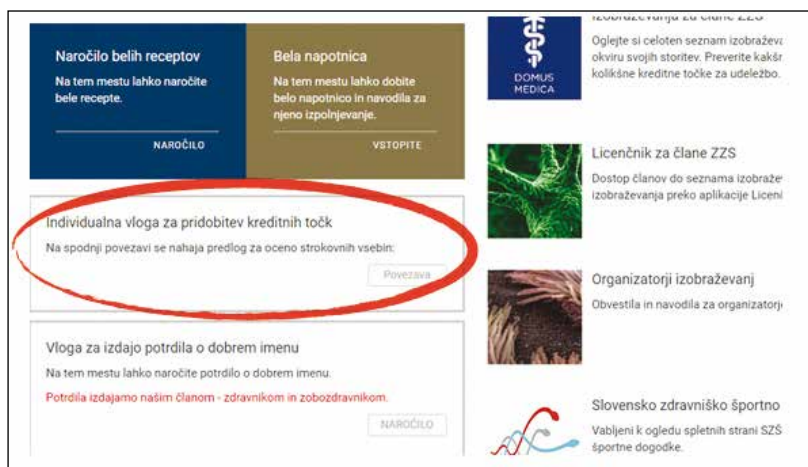
Celoten posnetek je dostopen na https://www.youtube.com/watch?v=wpWtC_b4ffc&feature=youtu.be

Pridobitev kreditnih točk

Na vstopni strani zdravniške zbornice je sedaj članom omogočen hiter dostop do »Individualne vloge za pridobitev kreditnih točk«.

O preventivi v zobozdravstvu

Odbor za zobozdravstvo (OZB) je pripravil **novinarsko konferenco o izzivih v preventivi otrok in odraslih v zobozdravstvu.** »Zaskrbljujoče je, da danes kljub zelo



KZO o težavah v zdravstvu

Predstavniki KZO so v torek, 4. 12., v skupni izjavi za medije vnovič javno **opozorili na težave, ki pestijo slovenski zdravstveni sistem.** Izpostavili so spremembe treh ključnih zakonov, ki že vse od uveljavitve dodatno obremenjujejo delo zdravnikov, opozorili na zaskr-

slabi dostopnosti do zobozdravstvenih storitev ne poznamo preventivnega zobozdravstvenega programa za odraslo populacijo. Ta epidemijsko zbolevala za parodontalno boleznijo, kar dokazujejo tudi študije, ki so bile v manjšem obsegu narejene v Sloveniji«, je opozoril **Krunoslav Pavlovič**, dr. dent. med., predsednik OZB. Prav tako bi bil nujen presejalni program za otroke iz rizičnih skupin, je poudarila **asist. dr. Tanja Toma-**

ževič, dr. dent. med., spec. otroškega in preventivnega zobozdravstva s Stomatološke klinike in članica OZB, saj jih obstoječi načini obravnave ne dosežejo.

Celoten posnetek novinarske konference je dostopen na spletni strani <https://www.youtube.com/watch?v=1lyDv9Nv7nQ>

Večer pred novinarsko konferenco je potekal Klubski pogovorni večer: Aktualni koncepti v preventivi pri otrocih in odraslih. Tema pogovora so bili preventivni ukrepi za ohranjanje ustnega zdravja tako pri otrocih in mladini kot pri odraslih.

Posnetek pogovornega večera je dostopen na povezavi <https://www.youtube.com/watch?v=W97MTE2JSAs>

Prednovoletno srečanje zobozdravnikov

V petek, 30. 11., je Odbor za zobozdravstvo prvič organiziral prednovoletno srečanje zobozdravnic in zobozdravnikov. Srečanje je potekalo v okviru seminarja Novosti v dentalni medicini, ki je bil polno zaseden.

V nagovorih predsednice zbornice, predsednika Fidesa in predsednika SZD je bilo zaznati povezovalnost med zdravniškimi organizacijami, kot tudi vedno večjo vlogo zobozdravnikov v zdravniškem prostoru. Dogodek s seminarjem je vлил dodatno energijo članom odbora za nadaljnje izzive v prihodnosti.

O življenju z epilepsijo

V oktobru smo na Klubskem knjižnem večeru gostili eno najbolj prepoznavnih slovenskih dramatičark **Simono Semenič**, režiserko, ki je za svoj bogat dramski opus doslej prejela kar tri Grumove nagrade.

Avtorica je spregovorila o svojem prvencu *Me slišiš?*, **kjer je odkrito spregovorila o epilepsiji** in vseh vidikih svojega življenja, ki jih je ta bolezen zaznamovala. Pogovor je na voljo na <https://www.youtube.com/watch?v=1XH-IJ17klU&feature=youtu.be>

Podeljene licenčne listine

Zdravniška zbornica Slovenije je 28. 11. že četrtrič pripravila slovesno podelitev potrdil o opravljenem specialističnem izpitu in licenčnih listin. Prejelo jih je 43 zdravnikov in zdravnic ter 19 zobozdravnikov in zobozdravnic.

Prejemnike in njihove družinske člane ter prijatelje, ki so tudi tokrat skoraj povsem napolnili Modro dvorano, so nagovorili **dr. Zdenka Čebašek - Travnik**, prim. asist. Dean Klančič, podpredsednik ZZS, ter Matej Praprotnik, dr. dent. med., član Odbora za zobozdravstvo in Odbora za zasebno dejavnost.

Več informacij www.zdravniskazbornica.si (obvestila)



Zdravniški ombudsman v januarju 2019

V januarju 2019 je Zdravniški ombudsman, ki nudi članom oporo in pomoč v najrazličnejših življenjskih izzivih in stiskah, na voljo v naslednjih terminih:

Ime	Datum	Čas	Status
Brane	Četrtek, 3. januar 2019	15.00–17.00	Prosta oba termina
Darja	Sreda, 9. januar 2019	16.00–19.00	Zasedeni vsi trije termini
Urška	Četrtek, 3. januar 2019	17.00–19.00	Zasedena oba termina

Za rezervacijo termina za povsem anonimen pogovor po telefonu ali anonimen osebni pogovor se naročite preko telefona 01 30 72 100 ali po e-pošti zdrom@zdravniskazbornica.si, lahko tudi preko vašega anonimnega elektronskega naslova.

Podeljeni nazivi pomurski zdravnik leta 2018

21. novembra 2018 so bili v hotelu Radin v Radencih razglašeni prejemniki nazivov **pomurski zdravnik leta** v petih kategorijah in **medicinski dosežek pomurske regije**. Projekt je organiziral tednik Vestnik v sodelovanju z Zdravniško zbornico Slovenije.

Dr. Zdenka Čebašek - Travnik, predsednica Zdravniške zbornice Slovenije, je v uvodnem nagovoru na prireditvi povedala, da se zaveda pomanjkanja zdravnikov na vseh ravneh zdravstvenega sistema: »Posebej so izpostavljene nekatere regije, med katere na žalost spada tudi pomurska. Akcija, ki jo zaključujemo s podelitvijo priznanj pomurski zdravnik leta, je namenjena prav temu: pokazati mladim zdravnikom in širši javnosti, da imate tudi v Pomurju ustanove in posameznike, usposobljene za uporabo sodobnih metod zdravljenja in tudi za raziskovalno delo. Ob rednem dodatnem usposabljanju lokalnim prebivalcem zagotavljajo kakovostne zdravniške storitve, kot bi jih bili deležni tudi v drugih delih Slovenije.«

Zdravniška zbornica Slovenije je v okviru projekta Pomurski zdravnik leta objavila **natečaj za medicinski dosežek leta pomurske regije**. Na razpis smo prejeli sedem prijav in

med temi je strokovna komisija zdravnikov dvema podelila enako število točk. V kategoriji medicinski dosežek leta 2018 sta tako dva zmagovalca:

Medresorsko sodelovanje v izvajanju zobozdravstvene preventive in sanacija zobovja za otroke v splošni anesteziji

– nosilec: Boris Egič, dr. dent. med., spec. otroškega in preventivnega zobozdravstva, ZD Murska Sobota, Specialistična ambulanta za otroško in preventivno zobozdravstvo

Specialistična ambulanta za otroško in preventivno zobozdravstvo je v celotni regiji uspešno povezala vse izvajalce zobozdravstvene preventive in vzgoje ter aktivirala pediatre in patronažno službo s ciljem, da se že otroke v prvem letu starosti napoti na prvi zobozdravstveni pregled. Poleg tega kot tretji v Sloveniji izvajajo sanacijo zobovja v splošni anesteziji, s čimer so skrajšali čakalne dobe. Posebno pozornost posvečajo tudi ranljivi (romski) skupini in madžarski manjšini.

Zgodnje odkrivanje srčnega popuščanja pri prebivalcih mesta Murska Sobota

– nosilca: prof. dr. Mitja Lainščak, dr. med., in doc. dr. Jerneja Farkaš - Lainščak, dr. med.,



Prejemniki nazivov pomurski zdravnik leta 2018 z dr. Zdenko Čebašek - Travnik, predsednico Zdravniške zbornice Slovenije, in Mihom Klančarjem, direktorjem za področje prodaje in marketinga pri tedniku Vestnik.



Kako izboljšati odzivnost na preventivne programe v Pomurju, je bila tema okrogle mize, na kateri so sodelovali: dr. Zdenka Čebašek - Travnik, dr. med., prim. asist. Daniel Grabar, dr. med., strokovni direktor Splošne bolnišnice Murska Sobota, in Tatjana Krajnc Nikolić, dr. med., predstojnica območne enote NIJZ v Murski Soboti.

spec. javnega zdravja, Splošna bolnišnica Murska Sobota, Odsek za kardiologijo internega oddelka in Pedagoška in znanstveno-raziskovalna dejavnost

Kot prvi v Sloveniji so v Splošni bolnišnici Murska Sobota z namenom zgodnjega odkrivanja srčnega popuščanja povabili na presejalni pregled reprezentativni naključni vzorec prebivalcev Murske Sobote, starih 55 let in več. Ugotovili so, da ima na tem območju v tej starostni skupini kar 11,4 % prebivalcev srčno popuščanje – kar je vsaj dvakrat več, kot so pokazale dosedanje raziskave v Evropi. S tovrstnim presejalnim programom bolnike odkrijejo v zgodnji fazi bolezni ter jim uvedejo ustrezno zdravljenje. S tem preprečujejo hospitalizacije ali celo smrt kot prvo manifestacijo srčnega popuščanja.

Na podlagi zahval, ki so jih svojim zdravnikom z glasovanjem izrekli bralci Večera, pa so bili podeljeni tudi nazivi pomurski zdravnik leta v kategorijah: družinski zdravnik,

pediater, ginekolog, zdravnik specialist in zobozdravnik.

Pomurski družinski zdravnik leta 2018 je Dean Köveš, dr. med., specialist splošne medicine. Je zdravnik koncesionar in ustanovitelj zdravstvenega centra Živa v parku, d. o. o., na Tišini. Kot družinski zdravnik ima blizu tri tisoč svojih pacientov, kar je veliko več, kot je slovensko povprečje. Je mentor študentom in specializantom, ki jim z veseljem predaja svoje izkušnje in se hkrati ob njih uči novosti, ki jih prinaša medicina. Pri njegovem delu ga vodita strokovnost in človečnost. Takrat, ko kdo potrebuje pomoč, nikoli ne gleda na uro.

Pomurska ginekologinja leta 2018 je Simona Čopi, dr. med., specialistka ginekologije in porodništva. Po gimnaziji v rojstni Murski Soboti je diplomirala na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Po zaposlitvah v Zdravstvenem domu Murska Sobota in Splošni bolnišnici Murska Sobota je leta 2009 odprla zasebno ginekološko ambulantno s koncesijo, še vedno

pa se pogodbeno vključuje v zagotavljanje neprekinjenega zdravstvenega varstva na ginekološko-porodniškem oddelku Splošne bolnišnice Murska Sobota. Ob delu skrbi za stalno strokovno izpopolnjevanje vseh članov Združenja ginekologov in porodničarjev Pomurja. Največ pa ji v življenju pomenijo mož in tri hčerke, na katere je izjemno ponosna.

Pomurska pediaterinja leta 2018 je Alenka Horvat, dr. med., specialistka pediatrije. Gimnazijsko šolanje je končala v Murski Soboti, nato pa nadaljevala študij medicine na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Študij je zaključila leta 1998. Dvanajst let je bila zaposlena na otroškem oddelku Splošne bolnišnice Murska Sobota. Specialistični izpit iz pediatrije je opravila leta 2011. Po pridobitvi koncesije v letu 2012 je začela delati na primarni ravni v okviru otroške ambulante.



Boris Egić, dr. dent. med., spec. otroškega in preventivnega zobozdravstva iz ZD Murska Sobota, prejema naziv medicinski dosežek pomurske regije 2018 za projekt Medresorsko sodelovanje v izvajanju zobozdravstvene preventive in sanacija zobovja za otroke v splošni anesteziji.

Pomurski zdravnik specialist leta 2018 je dr. Anton Lopert, dr. med., spec. interne medicine. Diplomiral je na Medicinski fakulteti v Ljubljani in se leta 1990 zaposlil v Splošni bolnišnici Murska Sobota na Oddelku za pljučne bolezni. Specialistični izpit iz interne medicine je opravil leta 1995. Pred 15 leti je v Murski Soboti odprl zasebno ambulantno za pljučne bolezni in alergijo. Že 17 let enkrat tedensko dela tudi v Dispanzerju za pljučne bolezni v Zdravstvenem domu Lendava. V letu 2015 je na Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru pridobil naziv doktorja znanosti, istega leta pa je kot prvi Pomurec prejel tudi Levičnikovo nagrado, ki jo podeljuje Združenje pnevmologov Slovenije.

Pomurska zobozdravnica leta 2018 je Milena Grabar Krajnc, dr. dent. med., spec. dentalne medicine, ki je končala študij stomatologije na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Po končanem študiju se je zaposlila v Zdravstvenem domu Murska Sobota v Splošni zobni ambulanti. Po osmih letih dela v javnem zavodu, kjer je opravljala tudi delo vodje splošnega zobozdravstva, se je odločila za zasebno prakso. Kot zobozdravnica koncesionarka s koncesijo za odrasle že leta skrbi za zdravje zob in protetično oskrbo pacientov. Za ohranjanje

strokovnosti se redno izobražuje doma in v tujini. Veliko ji pomeni strokovno oskrbljen, zadovoljen pacient, pa tudi dobri odnosi v timu in s pacienti.

V okviru prireditve je potekala tudi okrogla miza, kjer so dr. Zdenka Čebašek - Travnik, predsednica Zdravniške zbornice Slovenije, Daniel Grabar, strokovni direktor Splošne bolnišnice Murska Sobota, in Tatjana Krajnc Nikolić, predstojnica območne enote Nacionalnega inštituta za javno zdravje v Murski Soboti, spregovorili o preventivnih programih zgodnjega odkrivanja rakastih bolezni v Pomurju. Velik poudarek so dali predvsem vprašanju, zakaj se ljudje nanje odzivajo v tako majhnem številu.

Dogodka se zaradi drugih obveznosti žal ni mogel udeležiti minister za zdravje Samo Fakin, ki pa je v pisni čestitki zapisal: »Vsak zdravnik je vesel strokovnega priznanja, vendar pa ima še posebno težo priznanje, ki mu ga podari pacient. Vzajemna naklonjenost in zaupanje, ki ga v medsebojnem odnosu gradita zdravnik in pacient, je izjemnega pomena za uspešno zdravljenje.

Verjamem, da pri svojem delu opozarjate paciente na pomembnost odzivanja na odlično organizirane in učinkovite presejalne programe ZORA, SVIT in DORA, ki dokazano



Prof. dr. Mitja Lainščak, dr. med., in doc. dr. Jerneja Farkaš - Lainščak, dr. med., iz Splošne bolnišnice Murska Sobota prejemata naziv medicinski dosežek pomurske regije 2018 za projekt Zgodnje odkrivanje srčnega popuščanja pri prebivalcih mesta Murska Sobota.

rešujejo življenja! Vsem zdravnikom in ostalim sodelavcem se zahvaljujem za prizadevno skrb za naše prebivalce, nagrajencem pa iskreno čestitam. Iskrene čestitke tudi organizatorju za uspešno izvedbo prireditve Pomurski zdravnik leta.»

Foto: Nataša Juhnov

Vabimo vas k sodelovanju v raziskavi **UPORABA KOMPLEMENTARNIH IN ALTERNATIVNIH METOD ZDRAVLJENJA V ZDRAVNIŠKI PRAKSI – VABILO K SODELOVANJU V RAZISKAVI**, ki jo izvajamo na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje. Vprašalnik je namenjen **samo zdravnicam in zdravnikom, ki te metode izvajajo** v naši državi.

Anonimno anketo, katere izpolnjevanje traja približno 10 do 15 minut, lahko izpolnite do 31. januarja 2019. Dostop do ankete: <https://www.1ka.si/a/190175>

Vzroki za čakalne vrste na zdravstveno obravnavo in predlogi rešitev

Simon Podnar

Ena od perečih in vse bolj osrednjih tem tega trenutka v slovenskem zdravstvu so čakalne dobe. Te so seveda zelo pomembne, saj predolge čakalne dobe pacientom onemogočajo dostop do načeloma zajamčene zdravstvene obravnave.

paciente izhod v sili. Prav samoplačništvo je tudi glavni razlog, da se čakalne dobe ne daljšajo v nedogled. Drugi razlog je, da zdravniki prenehajo pisati napotnice za obravnave z zelo dolgo čakalno dobo. Ob določeni čakalni dobi se tako

vzpostavi ravno-
vesje, pri katerem
se čakalne dobe
kljub dodatnemu
dotoku pacientov
le minimalno
večajo. Pri kolikšni
čakalni dobi se bo

»Apparent problems are fixed more effectively when they're first understood.«

»Težave lahko rešimo bolj učinkovito, če jih še prej razumemo.«

Margaret McCartney (BMJ 2018;362:k3745 doi: 10.1136/bmj.k3745)

V celotni debati pa pogrešam konkretne poskuse razumevanja vzrokov za čakalne dobe. Z namenom preseči to stanje sem grafično (Slika 1) prikazal svoje videnje odnosa med številom pacientov, napotenih na zdravstveno obravnavo, na vodoravni (x) osi in čakalno dobo na obravnavo na navpični (y) osi. Obe osi sta brez enot, tako da je naklon krivulj poljuben. Prikaz je, kot rečeno, plod mojega razmišljanja in ne temelji na dejanskih podatkih ali modelih.

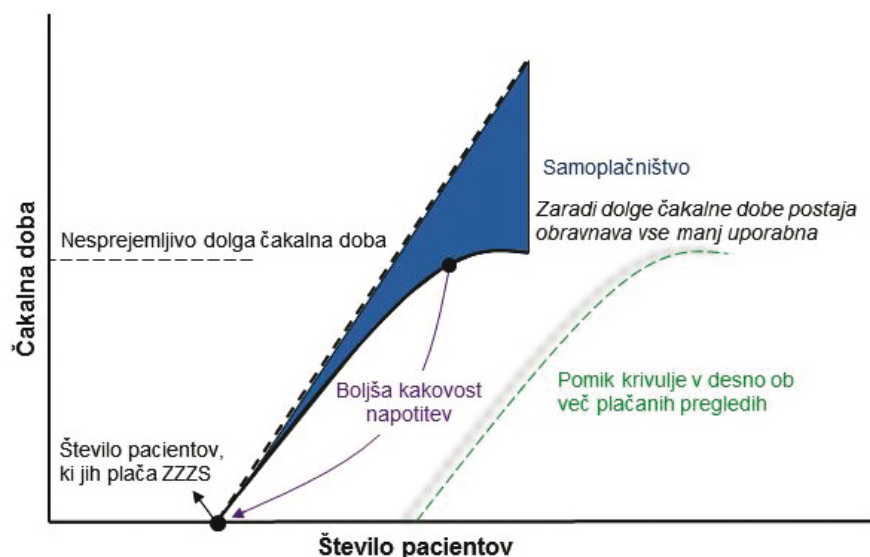
Če krenemo iz izhodišča in se gibljemo v desno, število pacientov, napotenih na obravnavo, narašča, pomembnejše čakalne dobe pa sprva ni. Ta se pojavi šele tedaj, ko se število pacientov, napotenih v določenem obdobju na obravnavo, izenači s številom preiskav, ki jih za to obdobje odobri in plača ZZZZ. Čakalna doba se torej pojavi le v primeru, da število napotitev preseže število plačanih obravnav.

Z večanjem razkoraka med številom napotitev in plačanih storitev se sprva sorazmerno večja tudi čakalna doba. Ta pa z naraščanjem postaja za paciente vse manj sprejemljiva, zaradi česar iščejo druge možnosti obravnave. Vodilna med njimi je plačilo obravnave iz lastnega žepa – samoplačništvo (na sliki prikazano kot modra ploskev). Z daljšanjem čakalne dobe postaja samoplačništvo vse pomembnejše, saj postaja, zaradi slabe dostopnosti do storitve, za mnoge

vzpostavilo to ravnovesje, pa je odvisno od posamezne zdravstvene storitve. Najdaljše čakalne dobe so praviloma za zdravstvene obravnave z visoko ceno ter tiste, na katere pacienti lažje čakajo.

Iz prikazanega tudi izhaja, da zdravniki, ki opravljajo določeno storitev, nimajo neposrednega vpliva na čakalne dobe. S tem, ko opravijo vse v določenem obdobju plačane obravnave, so svojo dolžnost opravili. Prelagati odgovornost za čakalne vrste na izvajalce, je torej očitno nesmiselno in kaže na popolno nerazumevanje vzrokov za čakalne vrste v zdravstvu. To prelaganje odgovornosti je še posebej očitno pri zahtevi, da izvajalci institucijam, ki so dejansko odgovorne za čakalne dobe, pišejo obrazložitve zanje. Je pa res, da bi izvajalci ob ustreznih sistemskih ukrepih, ki so opisani v nadaljevanju, lahko ključno pripomogli k skrajšanju čakalnih vrst.

Na sliki je tudi prikazano, da je čakalne dobe možno skrajšati na dva načina. Prvi je zvečanje števila obravnav, ki jih plača ZZZZ. V tem primeru se celotna krivulja pomakne v desno, v smeri večjega števila obravnavanih primerov. To možnost je prepoznala politika, ki želi čakalne dobe skrajšati z interventnimi finančnimi sredstvi. Ob precejšnjih dodatnih sredstvih je težava tega pristopa tudi nepredvidljivost. Tovrstne »akcije« so namreč plod arbitrarne odločitve in



Slika 1

navadno potekajo v zadnjih mesecih leta. Na tak način je izvajalcem težko zagotoviti zadostne zmogljivosti, da bi pravočasno opravili dodatno delo.

Na sliki pa je prikazan tudi drugi pristop za skrajšanje čakalnih dob, tj. izboljšanje kakovosti napotitev na zdravstveno obravnavo. Pri tem pristopu se število pacientov, ki čakajo na obravnavo, skrči na tiste, ki določeno obravnavo dejansko potrebujejo. Na sliki se to kaže kot pomik števila pacientov vzdolž krivulje v levo, v smeri zmanjšanja števila čakajočih pacientov in sočasnega skrajšanja čakalnih dob. Slaba kakovost namreč ni le posebnost obravnav v urgentnih centrih, kjer je splošno znano, da večina pacientov nujne obravnave sploh ne potrebuje. Slaba kakovost napotitev je splošna značilnost našega zdravstvenega sistema, v katerem nimamo uveljavljenih mehanizmov, ki bi zdravnike spodbujali k racionalnim odločitvam. Pred leti sem tako ugotovil, da polovica preiskovancev, napotenih na elektromiografijo, ni imela kliničnih znakov prizadetosti perifernega živčevja ali mišičja, ki bi upravičevala tovrstno napotitev (Podnar S. Zdrav Vestn 2003; 72 (4): 205-12). Problem slabe kakovosti napotitev so pred kratkim prepoznali tudi na ministrstvu za

zdravje. Žal pa so se ga skušali lotiti s finančnim kaznovanjem napotnih zdravnikov, čemur so se ti odločno uprli.

V času, ko sem bil predstojnik Inštituta za klinično nevrofiziologijo Nevrološke klinike UKC Ljubljana smo kakovost napotitev skušali izboljšati s povratnimi informacijami napotnim zdravnikom. Začeli smo jim pošiljati kopije izvidov z našim mnenjem glede upravičenosti napotitev. Ukrep so napotni zdravniki sicer dobro sprejeli, vendar pa je po prehodnem izboljšanju kakovost napotitev ostala težava.

Z uvedbo e-napotnic se ponuja priložnost uvedbe učinkovitejših sistemskih ukrepov za izboljšanje kakovosti napotitev. E-napotnici bi tako lahko dodali štiri kratka vprašanja, s katerimi bi napotni zdravniki z le štirimi kliki potrdili, da:

1. ima pacient ustrezne simptome, ki so dovolj izraziti in dolgotrajni, da zahtevajo specialistično obravnavo,
2. je imel pacient opravljen klinični pregled, katerega najdbe so združljive s prizadetostjo sistema, ki ga pregled/preiskava obravnava,
3. pacientova simptomatika še ni bila zadovoljivo pojasnjena,

4. bo izvid pregleda/preiskave predvidoma pomembno vplival na odločitve o zdravljenju pacienta.

Napotitev na obravnavo je utemeljena v primeru potrditve vseh štirih trditev. Ob tem bi imeli zdravniki priložnost še enkrat pretehtati upravičenost napotitve. Zmotno je namreč splošno razširjeno mišljenje, da so napotitve pacientu praviloma vedno v korist in da je z napotitvijo zdravnik za svojega pacienta opravil največ, kar je lahko. Nasprotno, napotitve pogosto predstavljajo za pacienta nepotrebno obremenitev, lahko pa so zanj celo škodljive in nevarne (Schiff GD in sod. Ann Intern Med 2018; doi: 10.7326/M18-1468). Takšen primer so lažno pozitivni izvidi nepotrebnih preiskav, ki pogosto vodijo do novih nepotrebnih preiskav in na koncu lahko tudi do nepotrebnega ali celo škodljivega zdravljenja.

Enak vprašalnik kot napotni bi »odkljukal« tudi zdravnik, ki bi opravil zdravstveno obravnavo. Odgovori enega in drugega bi se nato zbirali in primerjali. Pristop zdravnikov z zelo visokim deležem upravičenih napotitev bi lahko služil za zgled. Nasprotno pa bi pristop zdravnikov s pomembno zvečanim številom napotitev, ocenjenih kot »neustrezne«, skušali izboljšati s pomočjo izobraževanja in strokovnega svetovanja.

Dodatna možnost za izboljšanje kakovosti napotitev pa je »triažiranje« e-napotnic. Tudi v tem primeru bi bile potrebne malenkostne dopolnitve sistema e-naročanja. Te bi omogočile, da bi zdravniki, h katerim so bile poslani napotnice, predhodno pregledali klinične podatke na e-napotnici. V primeru, da iz opisa problema ne bi prepoznali indikacije za obravnavo, bi napotnico s klikom in izbiro iz menija komentarjev vrnili napotnemu zdravniku v dopolnitev in razmislek. Slednji bi se nato odločil, ali bo napotnico ustrezno dopolnil ali pa bo od napotitve odstopil. Trenutno sicer obstaja možnost triažiranja napotnic, vendar je tehnična rešitev obtičala nekje v osemdesetih letih prejšnjega stoletja. Če pa bi želeli, da ta proces ob ustre-

zni informacijski podpori dejansko zaživi, bi ga moral ZZSZ tudi ustrezno finančno ovrednotiti. Potencialni prihranki bi bili vsekakor ogromni, saj bi namesto lahko tudi nekaj 100 EUR težke obravnave ZZSZ plačal le npr. 5–10 EUR za e-triažo. Zagotovo pa bi se ob tem skrajšale tudi čakalne vrste.

Prepričan sem, da smiselna uporaba opisanih možnosti ne bi le skrajšala čakalnih vrst in prihranila

gore denarja. Izboljšala bi tudi zadovoljstvo pacientov ter zaposlenih v zdravstvu. Slaba kakovost napotitev je v breme enim in drugim. Obravnava ustrezno napotenih pacientov, ki jim lahko pomagajo, je zdravnikom v veselje in zadoščenje, pacientom pa v korist. Neustrezne napotitve pa so vir frustracij, tako pacientov kot zdravnikov, ter kvarijo kakovost medicine in varnost pacientov.

Dr. Gregorju Omejcu se zahvaljujem za tehnično pomoč pri pripravi slike.

Prof. dr. Simon Podnar, dr. med.,
strokovni direktor, Nevrološka klinika,
Univerzitetni klinični center Ljubljana,
simon.podnar@kclj.si

Kako lahko zobozdravnik uspešno opravlja poklic in ohrani svoje zdravje?

Poklicne bolezni zobozdravnikov in z njihovim delom povezane bolezni – etiopatogeneza, klinična slika, simptomi ter možnosti zdravljenja in preventive

Diana Terlević Dabić

Poklicne bolezni zobozdravnikov in z njihovim delom povezane bolezni so tema številnih strokovnih in znanstvenih člankov, ki izpostavljajo pomembnost te problematike. Zobozdravnik/ca je eden od poklicev z visokim tveganjem za pojav poklicnih bolezni. Podatkov o razširjenosti teh bolezni med slovenskimi zobozdravniki nimamo, kar ne pomeni, da jih ni. Problematika je zelo pomembna in kaže na večjo potrebo po ozaveščanju, izobraževanju in preventivnem delovanju pri zobozdravnikih. To je edina pot, da v zobozdravniški ordinaciji ustvarimo pogoje prijaznega delovnega okolja, ki naj v najmanjši meri vpliva na zdravje zobozdravnikov. Da delo vpliva na zobozdravnika, je normalno, da je vpliv takšen, da zbolimo, pa je nedopustno.

Ozaveščanje o tveganjih pri postopkih dela in na delovnih mestih nam daje priložnost za načrtovanje in izvajanje ukrepov za preprečevanje

poklicnih in drugih bolezni, povezanih z delom.

Po podatkih iz ameriških raziskav je poklic splošnega zobozdravnika, oralnega kirurga in zobozdravstvene asistentke na prvem mestu po izpostavljenosti dejavnikom tveganja, ki ogrožajo zdravje. Vzroki za to so dolgotrajna izpostavljenost za poklic specifičnim snovem, mikroorganizmom oz. okužbam ter prisilni, nefiziološki in za zdravje škodljiv položaj telesa pri opravljanju poklica. Ugotovljajo, da en dolar, vložen v preventivo, vrne šest dolarjev v zdravstveno blagajno (1).

Ali o preventivi ne govorimo zato, ker nič ne stane? Za ugotavljanje diagnoze in zdravljenje zdravstvenih težav pa smo pripravljeni plačati veliko.

Ali se zavedamo stresa na delovnem mestu in da preutrujenost vodi v slabšanje imunskega sistema, poslabšanje kognitivnih zmožnosti, depresijo, diabetes, debelost, rak in ne nazadnje prezgodnjo smrt? Po neka-

terih raziskavah v Angliji imajo zobozdravniki najvišjo stopnjo samomora med zdravstvenimi delavci (2).

Kaj je poklicna bolezen?

Poklicne bolezni so tiste, ki jih nedvomno povzroči delo, vzročna povezava mora biti nedvomno dokazana. Če niso na seznamu poklicnih bolezni, ne morejo biti priznane kot poklicna bolezen, ampak kot bolezen v povezavi z delom.

Po nekaterih raziskavah so med zobozdravniki najpogostejše: poklicna naglušnost, poklicne kožne bolezni, poklicna mišično-kostna obolenja (3).

Naj omenimo samo sindrom karpalnega kanala, najpogostejšo periferno nevropatijo, ki ga ima veliko kolegov zobozdravnikov kot posledico dela v ordinaciji. Dejavniki tveganja za sindrom karpalnega kanala so obremenitev na delovnem mestu (izpostavljenost lokalnim vibracijam več kot 15-krat na minuto pomeni do 5-krat večje tveganje), starost, spol (ženske 3-krat bolj obolevajo), nosečnost, hormonska obolenja. V EU je najpogostejše prijavljena poklicna bolezen sindrom karpalnega kanala,

pri nas pa ni na seznamu poklicnih bolezni.

Kaj je bolezen, povezana z delom?

61. člen Zakona o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1) pravi, da je bolezen, povezana z delom, bolezen, pri kateri ima delovni proces oz. delovno okolje vlogo predisponirajočega (delavec je bolj dovzeten za to bolezen), ne pa vzročnega dejavnika za njen nastanek.

Združenje žensk v zobozdravstvu Slovenije (WDS) v sodelovanju s Sekcijo za preventivno medicino Slovenskega zdravniškega društva bo v mesecu marcu 2019 organiziralo simpozij o poklicnih boleznih zobozdravnikov in boleznih, povezanih z zobozdravniškim delom. Namen simpozija je promocija zdravja pri zobozdravniškem delu. Povabili smo priznane strokovnjake s področja medicine dela, prometa in športa, ortopedije, fizioterapije, kardiologije, infektologije, dermatologije, otorino-

laringologije in okulistike, da nam osvetlijo zdravstvene vidike zobozdravniškega poklica. Govorili bomo tudi o poškodbah med delom v ordinaciji in kako jih preprečiti. Posebno pozornost pa bomo posvetili ergonomiji – ergonomskemu načrtovanju delovnega mesta in postopkov pri delu ter uporabi ergonomskega orodja, kar je najboljša preventiva v zobozdravniškem poklicu.

Izobraževanje je namenjeno tako mladim zobozdravnikom, ki šele stopajo na poklicno pot, da spoznajo dejavnike tveganja svojega poklica, kot kolegom, ki so na tej poti že nekaj časa in morda že imajo zdravstvene težave, povezane z delom, da jih prepoznajo in preprečijo njihovo poslabšanje. Ozaveščanje o dejavnikih tveganja zobozdravniškega poklica je prvi korak, da jih preprečimo in tako ohranimo zdravje, ki je predpogoj za uspešno opravljanje poklica, za katerega smo se odločili.

Simpozij bo ovrednoten s kreditnimi točkami. Podroben program, datum in lokacija simpozija ter prijavnica bodo objavljeni na spletni strani WDS (www.zdruzenjewds.si) in Sekcije za preventivno medicino SZD (www.spm.si).

Čas je denar in pri tem vsak dan bolj šteje čas, ki ga namenjamo sebi.

Viri

1. <https://www.onetonline.org/>
2. Meltzer H, Griffiths C, Brock A, Rooney C, Jenkins R. Patterns of suicide by occupation in England and Wales: 2001-2005. Br J Psychiatry 2008; 193(1):73-6.
3. Marin Vodanović (ur). Profesionalne bolezni i bolezni vezane uz rad stomatologa. Zagreb, Naklada Slap, 2015.

Prim. dr. Diana Terlević Dabić, dr. dent. med., diana.terlevic@siol.net

41. IATROSSKI

Posvetovanje športne medicine in smučarsko tekmovanje zdravnikov

Kranjska Gora, petek, 1. februar 2019

9.30 TEK

Rateče 4 km

Kategorije za moške in ženske:

- A – letnik 1970 in mlajši
- B – letnik 1969 in starejši
- C – študenti

12.00 VELESLALOM

Smučišče Kranjska Gora
(sedežnica Podles)

Kategorije za moške in ženske:

- A – rojeni 1978 in mlajši
- B – 1977–1957
- C – 1956 in starejši
- D – študenti

13.00 Drugi tek

15.15 Posvetovanje športne medicine
Hotel Larix

17.15 Večerja, razglasitev rezultatov

Prijave: V prijavi navedite: spol, letnico rojstva, tek ali vsl. ali kombinacija, ustanovo oz. društvo, za katero nastopate. Prijavi dodajte dokazilo o plačani kotizaciji, študenti pa dokazilo o vpisu.

Prijave pošljite na e-naslov:
klara.mihelic93@gmail.com

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

Informacije:
Tatjana Pintar, dr. med., T: 031 307 922

Za ekipo štejejo trije najbolje točkovani moški in dve ženski ali tri najbolje točkovane ženske in dva moška. Enako za študente. Udeleženci tekmujejo na lastno odgovornost! Posebna priznanja za kombinacijo vsl. + tek.

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

Organizacijski odbor IATROSSKI:
prim. Matej Andoljšek, Jesenice
mag. Tatjana Pintar, Ljubljana
Katarina Turk, dr. med., Logatec

Študij v angleščini – uspešen izvozni izdelek?

Prevod in priredba: Anton Mesec

Šestletni študij medicine v angleščini je bil v Zagrebu uveden že leta 2003, kasneje sta se pridružili še medicinski fakulteti v Splitu in na Reki, v Osijeku pa načrtujejo študij v nemščini. Dekani navedenih ustanov so se razgovorili o svojih dosedanjih izkušnjah in o perspektivah v prihodnje. Letno se skupno vpiše 150 študentov, med njimi je 5–10 % domačih. Praviloma se po končanem študiju vrnejo domov, na Hrvaškem ostanejo le redki – predvsem potomci izseljencev. Podrobneje je predstavljen program v Splitu: sedaj vpisujejo po 60 novincev, šolnina znaša 9.000 EUR letno, od 40 diplomantov jih je polovica nemških (zlasti iz Bavarske). Program je usklajen s hrvaškim, izvajajo ga isti

učitelji (mnogi od njih z izkušnjami na tujih univerzah). Dekan poudarja, da so bili pri zadnji reakreditaciji tuji ocenjevalci navdušeni nad videnim. Hkrati se huđuje na ministrstva, ki s prepovedjo zaposlovanja zavirajo nadaljnji razvoj in pridobivanje še večjega ugleda njihove ustanove. Na Reki so s študijem v angleščini začeli lani; vpisanih je 50 študentov, med njimi 10 domačih. V Osijeku se zgledujejo po Budimpešti in Peču in se – glede na zgodovinsko podobnost – usmerjajo na nemško govorno področje. Razcvet svojega visokošolskega študija vidijo v tesnejši povezavi s tamkajšnjimi univerzami.

Dekani navedenih fakultet enotno zavračajo pobudo oz. prenačljeno ustanavljanje medicinske fakultete v

Puli. Svarijo pred prenizkimi kriteriji (»kot v nekaterih sosednjih državah, ki so še zunaj EU«) in navajajo evropski standard: ena medicinska fakulteta na 1–1,5 milijona prebivalcev.

Vir: *Liječničke novine št. 173,*
oktober 2018

Komentar: Organiziranje študija v tujem jeziku je videti privlačno in donosno. Iz predstavljenega ni razvidno, kako učitelji zmorejo izpeljati celoten podvojen program v svojem in še v tujem jeziku. Seveda tudi ni dosti govora o tem, kaj takšna usmeritev prispeva k izboljšanju domačega zdravstva – vključno z ublažitvijo obstoječega in predvidenega pomanjkanja zdravnikov.

Prof. dr. Anton Mesec, dr. med.,
Ljubljana, antonmesec@gmail.com

»Najmočnejši napovednik za pričakovano življenjsko dobo«

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

Mar šport zmanjša obiske pri zdravniku? »Da, in to je dokazano,« pojasnjuje Josef Niebauer, profesor za športno medicino iz Salzburga. Med *Dnevi za nadaljevanje izobraževanja* v Gradcu (*Grazer Fortbildungstage*) je imel ustrezno predavanje.

»Zaradi telesne neaktivnosti globalno umre toliko ljudi kot zaradi kajenja,« svari Niebauer, specialist za interno in športno medicino ter kardiologijo, ki je hkrati profesor na Inštitutu za preventivno in rehabilitacijsko športno medicino na Paracelsusovi medicinski univerzi Salzburg.

Po mednarodnih študijah je telesna zmogljivost najmočnejši napovednik za pričakovano življenjsko dobo. In ob tem je Niebauer kar črnogled. »Telesna pripravljenost za napore (*Fitness*) pri povprečnem prebivalstvu je trenutno že tako slaba, da se lahko popravi že s hojo ali s telefoniranjem stoje.« V povprečju ljudje na dan prehodijo manj kot en kilometer v enem kosu; več kot tri četrtine prebivalcev Avstrije ne dosega najmanjše mere gibanja, ki jo priporoča SZO. To je – glede na intenzivnost – najmanj tri dni na

teden 30 do 60 minut, vsega skupaj najmanj 150 minut ne teden telesne aktivnosti.

»Tudi zdravniki se premalo ukvarjajo s športom ter premalo priporočajo šport,« opozarja Niebauer svoje kolegice in kolege. Tudi on sam črpa mnogo moči iz vztrajnostnih športov in je hkrati trener taekwondoja. Na dan prekolesari približno 20 km v vsakem vremenu; pri službenih obiskih s kolesom prej tja pokliče in se dogovori za osvežitev.

Niebauer uporablja šport pri svojih pacientkah in pacientih kot terapevtsko sredstvo, zelo pa pazi na

doziranje, kar je posebno pomembno pri novincih. »Sicer pride do frustracij. Tako gre v prvih dveh tednih pacient vsak večer enkrat okoli bloka, nato pa se obrok hoje povečuje.

Sicer se lahko – tudi šport – zlorabi, a o tem govoriti je enako zgrešeno kot npr. zahtevati orožni list za uporabo vilic in noža. Zaskrbljen je le pri tistih, ki se komaj začnejo ukvarjati s športom, takoj potem pa že hočejo teči maraton. Po drugi strani pa za kolesarjenje z električnim kolesom Niebauer meni, da to ni šport. O golfu meni, da

je golfist vsaj na svežem zraku in da mora sam vleči voziček s palicami...

»Zakaj pa pri nas ni mogoče športa predpisati na recept? In kdaj bo na voljo – tako kot pri svetovanju za prehrano – na voljo tudi trener za gibanje (*Bewegungskoach*)?« sprašuje Niebauer.

Centri za preventivo bi morali uvesti šolo gibanja pod zdravniškim nadzorom. Za to pa pacienti ne bi smeli dobiti računa, temveč bonusne točke, ki bi zmanjšale znesek končnega računa rehabilitacije.

Vir: *AERZTE Steiermark*, oktober 2018

Opomba: To je spet ena od številnih pobud v avstrijskih revijah za sistematičen pristop k spodbujanju telesne aktivnosti. Sicer ni nič novega, je pa zelo dober zgled. V članku je tudi nekaj novih predlogov, npr. za ustanavljanje ustrezne infrastrukture pri bolnišničnih ustanovah za operacije srčnih obvodov.

Sprejemni test za medicinske univerze: delež žensk je večji

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

Od skupaj 1680 študijskih mest na treh medicinskih univerzah Dunaj, Gradec, Innsbruck ter na Medicinski fakulteti Univerze Linz so tokrat 57 % mest zasedle ženske: vpisalo se je 961 žensk in 719 moških. Pri sprejemnem testu je sodelovalo 12.574 oseb; 7726

žensk in 4812 moških. Na vseh treh univerzah je bilo razmerje med vsemi ter sprejetimi ženskami približno enako.

Vir: *Österreichische Ärztezeitung*
št. 15/16, 15. avgust 2018

Opomba: Od vsega skupaj 12.574 kandidatov je na študij medicine sprejetih 1680 kandidatov, tj. približno 13 %. Ali nam ta kruta selekcija (skoraj tako kruta kot v »dobrih, starih časih« v 1. letniku na MF Ljubljana) kaj pove?

Univerza New York odpravila šolnine za študij medicine

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

Na zasebni New York University (NYU) se bodo v prihodnje odpovedali šolninam za študij medicine. Tako bo študij medicine omogočen tudi kandidatom iz socialno prikrajšanih družbenih slojev. Po stališču Združenja medicinskih šol v ZDA obstoji namreč zelo veliko tveganje, da se kandidati znajdejo v dolžniški zanki, saj so stroški študija medicine v ZDA

zelo visoki, okoli 202.000 USD na javnih in 300.000 USD na zasebnih medicinskih šolah.

Študentom bo tako med štiriletnim študijem vsako leto na voljo popust (»spregled«) v višini 55.018 USD. To omogočajo velikodušni sponzorji, med njimi nekdanji študenti ter prijatelji NYU. Stroške bivanja in upravljanja, ki znašajo približno

27.000 USD, pa bodo morali še naprej nositi študenti sami.

Vir: *Österreichische Ärztezeitung*
št. 17, 10. september 2018

Akad. prof. dr. Marjan Kordaš,
dr. med., Ljubljana,
marjan.kordas@mf.uni-lj.si

Čez planke: Na podoktorski študij na Harvard

Barbara Podnar

Zala Lužnik je specializantka oftalmologije, ki je trenutno na podoktorskem študiju v Bostonu na Harvard medical school, Schepens Eye Research Institute, Massachusetts eye and ear infirmary, kjer nadaljuje raziskovalno delo na področju transplantacijske imunobiologije roženice. Januarja je v Ljubljani pod mentorstvom prof. dr. Hawline in somentorstvom prof. dr. Ihana zagovarjala doktorsko disertacijo s področja epitelijских matičnih celic roženice.

Kako si se pravzaprav odločila za oftalmologijo?

Hm, tega je sedaj že kar nekaj let ☺. In odločitev je bila zagotovo prava ☺. Kdor me pozna, ve, da odločitev o specializaciji po zaključenem študiju medicine, vsaj zame, ni bila enostavna. Takrat sem se kar nekaj časa iskala. Razlogov za to je bilo več, od tega, da me je zanimalo veliko stvari, do seveda možnosti tedanjih razpisov.

Oftalmologija me je zanimala že v času študija. Fascinirana sem bila nad izjemno natančnimi kirurškimi posegi, še posebej, če sem pomislila, kaj to pomeni za pacienta. Da mu lahko (vsaj v nekaterih primerih) povrneš ali ohraniš vid. Poleg tega je oftalmologija združevala vsa tista področja medicine, ki so mi bila še posebej zanimiva, kot so npr. imunologija,

nevrologija, mikrobiologija... Za povrh, in kar je verjetno tudi dokončno pripomoglo k odločitvi, pa je bila možnost, da sem poleg svojega kliničnega izobraževanja lahko nadaljevala z raziskovalnim delom in se vpisala na doktorski študij. Tukaj ima nedvomno pomembno zaslugo mentor prof. dr. Hawlina.

Po kakšnem ključu si odšla v ZDA? Je bila odločitev težka?

To je zgodba zase. Ob začetku specializacije odhoda v ZDA zagotovo nisem načrtovala. Leta 2013/14 sem pod mentorstvom prof. dr. Hawline in somentorstvom prof. dr. Ihana začela z doktorskim študijem na zelo zanimivem področju izolacije in *ex vivo* gojenja matičnih celic očesne površine in raziskovanja imunobiologije teh *ex*



Zala (skrajno desno) s kolegi na kongresu ARVO 2018.

in vivo vzgojenih presadkov. Lani smo del naših raziskovalnih izsledkov predstavili na največjem raziskovalnem kongresu v oftalmologiji – The Association for Research in Vision and Ophthalmology (ARVO) – v Baltimoru. Predstavili smo različne podtipе antigen prezentirajočih imunskih celic v človeški roženici in kako *ex vivo* gojenje vpliva na njihovo preživetje, kar je pomembno s transplantacijskega vidika. S posterjem smo pritegnili pozornost vodilnih raziskovalcev s tega področja s Harvarda in Tufts. Po predstavitvi posterja sem tako prejela elektronsko pošto direktorja »Cornea center of excellence, Harvard medical school, Department of ophthalmology«, prof. dr. Dana, če bi me zanimal podoktorski študij pri njih. Verjetno si predstavljáš moje navdušenje, ko sem prebrala sporočilo. Povabilo je bilo velika pohvala dotedanjemu raziskovalnemu delu v Sloveniji. Poleg hvaležnosti me je k odločitvi za sprejem ponudbe vodilo zanimanje za novo, nov velik izziv in pot k novemu spoznavanju samega sebe. Sledili so sestanki, prvi še na kongresu, nato po Skypu, prošnja za zamrznitev specializacije za to obdobje, prijava za Fulbrightovo štipendijo... skratka kar veliko dela. Seveda sem izjemno hvaležna vodstvu Očesne klinike in mentorju prof. Hawlini, ki so me podpirali in mi omogočili odhod. Hvaležna sem tudi svoji družini in partnerju Mihi, ki so mi vedno stali ob strani v trenutkih, ko sem začejala praktično iz nič, na novo. Vedno so mi bili v oporo.

Kaj tam delaš (kaj raziskuješ)?

Prejela sem dva večja raziskovalna projekta, ki se nanašata na imunološke vidike zavrntev roženičnih presadkov. Raziskave delam na mišjih modelih, del tudi na človeških roženicah. Dva dneva na teden prisostvujem tudi kliničnemu raziskovalnemu delu in sem z mentorjem na kliniki v njegovi ambulanti. Hodim na številna predavanja, ki jih organizirajo in so izjemno didaktična, imam dostop praktično do vse literature... Skratka,

toliko je predavanj in izobraževanj, da kar težko hodiš na vse, še posebej, kadar delaš eksperimente.

Kako izgleda tvoj delovni dan? Koliko časa traja?

Uradni delovni dan se načeloma začne ob 9.00 in traja do 17.00, vendar je zelo fleksibilen. Pogosto hodim na predavanja, ki potekajo že od 7.00 do 9.00 in nato po 17. uri, tako da na dan običajno delam okoli 10 do 12 ur. Seveda potem še doma berem članke, računam statistiko, pripravljam predstavitev ipd. Pogosto delam tudi sobote in nedelje, ampak to vse prostovoljno – kakor si organiziraš delo.

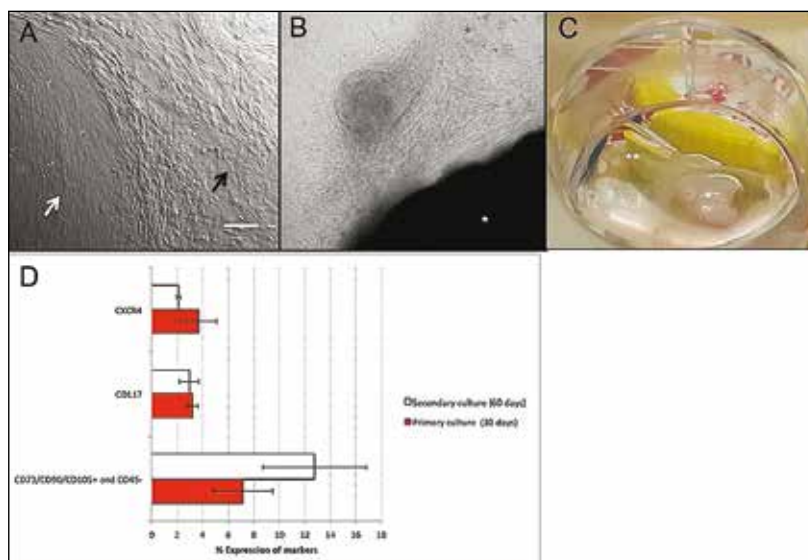
Kaj pa prosti dan? Kaj pomeni prosti dan v Sloveniji v primerjavi s tistim čez lužo?

Hm, verjetno nisem najboljši primer za to, kaj pomeni prosti čas



Miha in Zala marca – v Bostonu še vedno mraz.

doma in tukaj, saj sem v Sloveniji delala hkrati specializacijo in doktorat. Se pravi, redno sem opravljala klinično delo, redno dežurala na kliniki, hkrati pa sem na dopustu in čez vikende pisala članke, ko sem se malo naspala. Tukaj spim bistveno več, več



Slika iz članka dr. Lužnikove in sodelavcev, ki povzema njeno delo (1). Morfološka slika limbalnih eksplantnih kultur, gojenih na plastičnih celičnih gojiščih brez uporabe podpornega fibroblastnega (PF) sloja v nekseogenem mediju. (A) Po 3 tednih gojenja smo opazili celice dveh fenotipov, epiteljski fenotip celic (črna puščica) in fibroblastom podobne celice (bela puščica). Merilo (bela črta) označuje 100 μ m. (B) Opazili smo sferi podobno strukturo (* limbalni eksplant). (C) Po 2 mesecih gojenja smo opazili prozorno strukturo (**), ki je izraščala iz limbalnega eksplanta (*). (D) Rezultat pretočne citometrije konfluentnih primarnih in sekundarnih limbalnih eksplantnih kultur, gojenih na plastičnih celičnih gojiščih brez PF-sloja v mediju z dodanim 10 % humanim serumom. Graf prikazuje povprečni odstotek pozitivnih celic za limbalne mezenhimske matične celice (CD73/90/105+ in CD45-) in limbalne epiteljske matične celice (CD117 in CXCR4) $\pm$ S.E. (Parni Student T test; n = 7) (1).

časa imam zase in za učenje. V prostem času se redno slišim s svojim partnerjem in družino, ki jih seveda pogrešam. A sem spoznala tudi zanimive nove prijatelje iz vsega sveta, s katerimi gremo na krajše izlete, če imamo vsi čas, na pijačo ob koncu dneva ali čez vikende. Zdi se mi, da je dobro razmerje med delom in tudi socialnim druženjem in da spoznavam nove kulture, nove vidike...

Financiranje? Stroški?

Stroški so v Bostonu izjemno visoki, tako da si brez plače ne bi mogla privoščiti niti stanovanja. Za to namenim precej denarja, je pa praktično čez ceno. Uspela sem si pridobiti tudi Fulbrightovo štipendijo, ki jo bom prejela pol leta. Pomembno je tudi, da imaš dobro zdravstveno zavarovanje, saj so urgentne storitve izjemno drage.

Katere razlike v zdravstvenih sistemih (Slovenija vs ZDA) najbolj občutiš na lastni koži?

Tukaj čakalnih vrst praktično ni, pacienti se lahko tudi sami naročijo na pregled k specialistu. Vendar so vse storitve vsaj delno ali v celoti

plačane s strani pacienta (razen redkih izjem, npr. ko bom imela prvi pregled pri osebnih zdravnikih). Enako glede zdravil, npr. za določena zdravila je treba tukaj doplačati tudi več kot 100 dolarjev, če jih zavarovalnica ne krije v celoti. Pacienti se morajo tako pozanimati, ali zdravnik dela za njihovo zavarovalnico. Vedeti moraš, kaj ti krije zavarovalnica in koliko moraš doplačati za posamezne storitve.

V čem se tvoje bivanje v ZDA najbolj razlikuje od bivanja doma, v Sloveniji? Pogrešaš kaj domačega?

Verjetno v tem, da ob sebi nimam dragega, družine in starih prijateljev. Lahko bi rekla, da sem začela nekako znova. Na začetku sem imela ogromno dela s selitvijo, urejanjem papirjev in seveda z vsemi obveznostmi na delu, ki so mi jih takoj dodelili. Veliko je bilo testov, ki sem jih morala rešiti ob prihodu, da sem lahko začela delati v instituciji, z živalmi in na kliniki... To mi je vzelo kar nekaj časa. Potem pa se nekako vse uredi in umiri, spoznaš nove prijatelje, s katerimi začneš preživljati del svojega prostega časa. To je zanimivo, novo, v smislu različ-

nih pogledov, ki jih imamo na svet, družbo in življenje kot takšno. Spoznaš tudi, koliko ti je dala domovina, kako dober sistem osnovnega izobraževanja imamo. Postaneš ponosen in samozavesten, znaš ceniti, kar imaš.

Plani za naprej?

Seveda priti nazaj in končati specializacijo ter znanje in izkušnje, ki jih bom pridobila tukaj, podeliti s kolegi.

Misel za kolege, ki morda razmišljajo o raziskovalnem obisku tujine?

Naj bodo pogumni, gredo preko svojih mej in sledijo srcu, kajti le tako lahko bolje razumemo in spoznavamo sebe in družbo.

Vir

1. Lužnik Z, Hawlina M, Maličev E, Bertolin M, Kopitar AN, Ihan A, et al. Effect of Cryopreserved Amniotic Membrane Orientation on the Expression of Limbal Mesenchymal and Epithelial Stem Cell Markers in Prolonged Limbal Explant Cultures. PLoS One 2016;11(10):e0164408.

Barbara Podnar,
barbara.podnar@gmail.com

Ali nam grozi izumrtje družinskih zdravnikov?

Tina Bregant

Mladi zdravniki Slovenije smo zadnja razpisa specializacij spremljali z zaskrbljenostjo. Glede na zadnja razpisa se namreč zdi, da nam grozi izumrtje družinskih zdravnikov. Tako na predzadnjem kot zadnjem razpisu specializacij so razpisana mesta za družinske zdravnike ostala skoraj prazna; blizu 90 % mest je ostalo nezasedenih.

Mladi zdravniki Slovenije se zavedamo, da če želimo delujoč zdravstveni sistem, potrebujemo močno primarno raven z dobrimi družinskimi zdravniki. Ko sistem šepa, je še toliko bolj pomembno, da primarna raven deluje. Zato smo tudi tisti, ki smo izbrali druge specializacije, zaskrbljeni. Kdo bo pregledoval bolnike v njihovem domačem okolju in jih tam spremljal? Kdo bo napoto-

val k nam? Bomo obsojeni na triažo primarne ravni kar v sekundarnih in terciarnih središčih? V danem primeru je najlažje pokazati na mlade zdravnike. Kot da so preveč egoistični, da bi se žrtvovali za dobro naroda... Pa res, kdo pa se v tej državi žrtvuje za narod? Pro bono politiki morda, ki so sprejeli takšne zakone, ki odvrčajo mlade od najbolj temelj-

ne specializacije, kot je družinska medicina?

Z represivnimi, totalitarnimi načini ljudi seveda lahko prisilimo v delo, ki ga ne želijo. To velja tudi za zdravnike. Lahko pa jih, bolj v skladu z demokratičnimi načeli in spodbudami, opogumimo, da se hitreje in lažje odločijo za določene specialnosti. Zdi se, da je pretekla vlada z novim nacionalnim razpisom praktično ukinila specializacijo iz družinske medicine. Tudi če zatrjujejo, da to ne drži in da so z novim razpisom poskušili doseči izboljšanje stanja, ga tisti, ki bi to »izboljšanje« morali razumeti, ne razumejo tako. Zakonodaja, ki jo uporabniki berejo povsem drugače, kot zatrjuje zakonodajalec, ima očitno precej pomanjkljivosti.

Dejstvo je, da je bila v pretekli vladi sprejeta zakonodaja, ki je izjemno restriktivna in ne deluje spodbudno na tiste, na katere najbolj vpliva. To so predvsem mladi zdravniki, čisto na začetku kariere, ko se šele odločajo za specializacijo. Prav oni, kot uporabniki in tisti, ki bodo posledice zakonov najbolj občutili, so dali vladi jasen signal, da se tega, na novo predpisanega sistema enostavno ne grejo. Moji kolegi namreč povedo, da se ne upajo prijaviti na razpis, saj jih skrbi, da bodo po končani specializaciji prisiljeni sprejeti službo kjerkoli v Sloveniji. S strani ZZS je bilo sicer že nekajkrat objavljeno, da »nihče ne bo nikogar nikamor pošiljal«, ampak razpis se bere nekoliko drugače. Če citiram: (mladi zdravnik – specialist bo) »...sprejel/-a ponudbo s strani izvajalca javne zdravstvene službe v Republiki Sloveniji, in sicer za enkratno časovno obdobje trajanja specializacije.« Hipotetično to pomeni, da nekdo specializira v ZD Izola. Po opravljenem izpitu ZZS sporoči MZ, da obstaja nov specialist družinske medicine. MZ to javi ZD Ravne na Koroškem in oni »ponudijo službo«. Ali greš, kamor te pošljejo (časa za odločitev imaš tri mesece), ali pa plačaš približno 30.000 EUR. Precej logično je, da se nihče ne bo prijavljal na tak razpis. Še posebej, ker obstaja-

jo tožbe proti kolegom, ki so se vrnili v domači kraj.

Sicer drži, da je ideja nacionalnega razpisa v smislu proste menjave delodajalcev med trajanjem specializacije načeloma dobra. Namesto izbire nekaj prostih delovnih mest v regiji imaš sedaj na voljo več mest po vsej Sloveniji. Hipotetično je sicer možno, da dobiš zgolj eno ponudbo za delo, pa še to v drugem delu Slovenije, kot živiš, ni pa zelo verjetno. Lahko se pa zgodi. Drži pa, da se praviloma zatakne pri implementaciji in dejstvu, da je za zavod finančno bolj imeti specializanta kot specialista in da se zaveza o sprejetju ponudbe o zaposlitvi zares bere precej neusmiljeno. Zdi se, da prav ta zaveza, hkrati pa tudi arbitrarna odločitev treh do petih let po specializaciji, ko ne moreš delati samostojno, kljub strokovnim kompetencam, ki si jih pridobil s specialističnim izpitom, odvrča mlade.

Zdi se, da bi z izpustitvijo navedene dikcije in arbitrarne časovne odločitve – torej zgolj z izpustitvijo nekaj besed – dosegli, da bi se mladi prijavili na specializacijo iz družinske medicine in nato po specialističnem izpitu odšli delat tja, od koder prihajajo. Tam je namreč delo družinskega zdravnika najbolj cenjeno. Na te v zakonu napisane alineje smo Mladi zdravniki Slovenije lani večkrat opozarjali, vendar žal brez uspeha. Rezultati so zdaj tu – kot smo napovedovali.

Hkrati pa ne smemo pozabiti, da družinska medicina predstavlja intelektualen, vendar pa precej neprestičen izziv. Nobenih strašnih naprav, vesoljske tehnologije, kot je magnetna resonanca, nobenih herojskih operacij – ob bolniku si sam, brez subspecialista na sosednjem hodniku, s stetoskopom, pisalom, očmi, rokami in srcem. Brez laboratorija, brez opreme, vendar pa z napotnicami, za katere trepetiš, ali si jih pravilno uporabil. Imaš ravno dovolj avtonomije, da si kazensko odgovoren in da te nadzorujejo vsi: od bolnikov, kolegov do ZZS. To res ni zavirljiva situacija. Ni čudno, da se tega mladi

zdravniki bojijo. Tu bi bilo treba doreči nekrivdno in kazensko odgovornost. Zato, ker smo zdravniki samo ljudje; določeni zapleti so pričakovani; bolniki pa si zaslužijo jasen sistem, kjer ni bistvo v tem, da »krivdo plača zdravnik«, pač pa, da do napak in sistemskih nepravilnosti ne prihaja več in se napake popravi.

Poleg turbulentnim časom v zdravstvu je treba nameniti posebno skrb odnosom. Pri tem pa, roko na srce, politika nima kaj dosti. Morda edino to, da so politiki in odločevalci dovolj zviti, da vedo, da če nas sprejo med seboj: mlade in stare, različne specialnosti in različne ravni, bodo lažje ribarili v kalnem. Sicer pa smo za odnose odgovorni mi vsi in tudi vsak od nas posamezno. Z naše strani je nujno okrepiti sodelovanje tako med različnimi specialisti kot tudi med primarno, sekundarno in terciarno ravno. Zato naslednjič, ko kličete kolega, »da mu poveste, kar mu gre!«, vseeno pomislite na to, da ste vljudni, dobronamerni in da si prizadevate za izboljšanje sistema, ne pa za grožnjo kolegu. Če ga kličete, da bi se od vas nekaj naučil, bodite andragoško, ne pa teroristično-maščevalno nastrojene. Navsezadnje ni nihče od nas učen padel na ta svet; pa tudi ves čas se učimo. Vsi.

Res je, da je vseh zdravnikov premalo in da so glede na potrebe prebivalstva neoptimalno razporejeni. Tako je zaradi slabega načrtovanja v preteklosti, pa tudi sedanjega odliva mladih v tujino. Lahko da bomo na naslednjem razpisu dobili več specialistov družinske medicine, saj se lahko en razpis zamakne zaradi novouvedene sekundariata, vsekakor pa to ne more veljati za dva ali tri razpise zapored. Če bo situacija vztrajala, smo v resnih težavah. Vsi, ne le preostali družinski zdravniki. Rešitev pa ni v še eni medicinski fakulteti ali v znižanju standardov za vpis (npr: »Namesto za sestro, pa naj gre za zdravnika!«) ali pa v prilivu zdravnikov od drugod (da, če bi le želeli priti k nam iz Avstrije ali Velike Britanije!). Rešitev je v bistvu zelo preprosta: tisti, ki končajo

medicinsko fakulteto, naj postanejo zdravniki in to tudi ostanejo. Skratka: želja je, da imamo in ohranimo slovenske zdravnike specialiste v Sloveniji in ne v Gradcu, in da ostanejo v medicinski stroki in ne odidejo v farmacijo, politiko, ekonomijo... Za to pa je potrebna stimulacija: pogoji dela, drugačna organizacija, plača, verjetno tudi izstop iz javnega plačnega sistema. Poleg tega je za boljšo stimulacijo treba dati primarni ravni več svobode kot ostalim specialnostim. To verjetno vključuje malo ali celo nobenih zavez za delo v regiji, samo da dela kot zdravnik v Sloveniji, ne glede na to, ali dela kot zasebnik ali kot del državnega sistema. Potrebna bo tudi boljša finančna stimulacija rednega dela (plača) v primerjavi s sekundarno in terciarno ravno, brez

kaznovalne politike, vendar pa s stimulacijo dobrega, rednega dela. Seveda to ne pomeni 100 bolnikov na dan in 100 napotnic, pač pa do 30 bolnikov dnevno, obravnavanih tako, da pri večini nadaljnja obravnava in napotitev na sekundarno ali terciarno raven ni potrebna. Ker je kadrovska podhranjenost težje nadomestiti čez noč, pa za začetek lahko vlada odpravi zgoraj opisane člene v zakonodaji, ki jo je lani tako nepremišljeno sprejela.

Precej bolj modro kot kaznovati je spodbuditi mlade k pridobitvi specializacije iz družinske medicine. Tako da tisti, ki se prijavijo na specializacijo, ne bodo izbirali področij, ki so bolj prestižna (npr. kirurgija), bolje plačana, bolj urejena, manj restriktivna, z večjo možnostjo delitve odgovornosti, ponujajo možnost dela

v tujini ipd., pač pa da bodo zaradi določenih ugodnosti izbirali družinsko medicino. Da bodo izbrali delo družinskega zdravnika zato, ker radi poskrbijo za ljudi v njihovem domačem okolju in ker jim klinično delo predstavlja izziv, ter ob tem ne bodo trepetali pred kaznimi in krivdo, ki jim jo nalaga zakonodajalec, in ne bodo izgoreli pri pregledovanju 80 bolnikov dnevno. Ker večina mladih zdravnikov želi pomagati svojim ljudem, v svojem domačem okolju – in prav to omogoča družinska medicina, ki pa mora imeti humani obraz tako za uporabnika kot izvajalca.

Za Mlade zdravnike Slovenije zapisala
dr. Tina Bregant, dr. med., spec.
pediatrije, spec. FRM

Trgovina s človeškimi organi

Marko Platnjak, Maruša Esih, Irena Cossuta, Kaja Vilič, Jana But, Katarina Čas, Teodor Trojner, Maruša Martinčič, Kamila Marta Novak, Timotej Vehovar

Presaditev delov telesa oz. transplantacija je postopek zdravljenja, ki uporablja darovane organe in tkiva, kadar drugačno zdravljenje primerljive učinkovitosti ni možno. Organe za namene transplantacije v večini primerov pridobimo od mrtvih darovalcev, lahko pa tudi od živih. Za časa našega življenja se lahko odločimo za darovanje tistih delov telesa, ki jih telo ne potrebuje nujno ali pa se lahko obnovijo, lahko pa se odločimo za darovanje organov in tkiv šele po smrti. V času

življenja lahko darujemo ledvico, del jeter, del pljuč ali del črevesa, od tkiv pa kostni mozeg, genetski material in kri. Kljub pospešenemu razvoju dejavnosti, ureditvi z organizacijskega in strokovnega vidika, upoštevanju etičnih zahtev ter izboljšani informiranosti širše populacije so potrebe po organih za namene transplantacije vedno večje od dejanske razpoložljivosti (1). Ena od posledic pomanjkanja organov za presaditev je vse bolj cvetoča trgovina z organi, dobro organizirana

ilegalna dejavnost, v kateri sodelujejo zdravniki in tihotapci, pri nemotenem prehodu meja pa pomagajo tudi policisti in cariniki (2).

Transplantacija v mejah zakona

Za uspešno izvedbo postopka transplantacije morajo biti zagotovljeni medicinski pogoji, hkrati pa morajo biti v okviru prava izpolnjeni formalni pogoji, da se sam postopek transplantacije lahko izvede. V okviru postopka transplantacije se dejavnost v Sloveniji izvaja pod okriljem javnih zavodov (Slovenija-transplant), ki urejajo in izvajajo postopek od samega začetka.

Vsak vdor v človekovo celovitost povzroča etično dilemo. Pravico do

-
- Zapis je bil pripravljen v sklopu seminarja na Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru pri predmetu Medicinska etika in pravo, mentor: prof. dr. Matjaž Zwitter, dr. med.
 - Za pomoč pri pisanju članka se iskreno zahvaljujemo prim. dr. Danici Avsec, dr. med., svetnici, in Andreju Gadžijevu, dr. med. Največja zahvala pa gre prof. dr. Matjažu Zwitteru, dr. med., za mentorstvo in vso pomoč.

telesne celovitosti varuje Ustava Republike Slovenije, ki jo razume kot nedotakljivost življenja. S posebno zakonodajo štiti človekove pravice, določa pogoje, pod katerimi je dopustno odvzeti del telesa živemu darovalcu, in določa, pod kakšnimi pogoji je to mogoče storiti pri umrlem. S pravno ureditvijo želimo preprečiti morebitne zlorabe, hkrati pa zagotoviti nadaljnji razvoj medicinske stroke na tem področju.

Temeljni zakon v Sloveniji, ki se ukvarja s pravno ureditvijo področja transplantacije, je Zakon o odvzemu in presaditvi delov človeškega telesa zaradi zdravljenja (ZOPDCT), ki je bil prenovljen leta 2015 in je skladen z Evropsko direktivo 2010, ki se osredotoča na urejenost sistemov in tudi na visoke zahteve za kakovost in varnost na področju darovanja in pridobivanja delov človeškega telesa za zdravljenje. Zakon določa, da za organe, ki so namenjeni za transplantacijo, ni dopustno dati ali prejeti kakršnegakoli plačila ali kakšne druge premoženske koristi. Veljavno privolitev za odvzem dela človeškega telesa lahko da samo polnoletna in poslovno popolno sposobna oseba. Privolitev dajalca mora biti zavestna in svobodna. Zavestna je samo takrat, kadar je dajalec pred posegom obveščen o vseh pomembnih okoliščinah, predvsem pa o morebitnih tveganjih in škodljivih posledicah. Dajalec ima tudi pravico do preklica privolitve, dokler mu tkivo ni odvzeto (1). Na podlagi pisne privolitve se lahko umrlemu po smrti odvzame del telesa, potem ko se o tem predhodno obvesti eno od oseb, ki so bile umrlemu blizu, če so te osebe dosegljive (12. člen). Glede na 13. člen ZOPDCT se brez predhodne privolitve umrlemu, ki je državljani Republike Slovenije in ima v Republiki Sloveniji stalno prebivališče, lahko odvzamejo deli telesa zaradi presaditve tudi, kadar umrli ni podal opredelitve o darovanju po smrti v skladu z 11. členom tega zakona (2). Ne glede na prejšnji odstavek se odvzem delov telesa umrlega ne opravi, če oseba, ki je bila umrlemu blizu, odvzemu

nasprotuje. Če so take osebe dosegljive, je vsaj eno od njih treba obvestiti o nameravanem odvzemu in o njihovi pravici, da ga zavrnejo. Tej osebi je treba dati razumen čas, da se odloči. Če oseb, ki so bile umrlemu blizu, ni mogoče dobiti, se odvzema ne sme opraviti (3). Deli telesa umrlega, ki ni državljani Republike Slovenije ali v Republiki Sloveniji nima stalnega prebivališča, se lahko odvzamejo zaradi presaditve, kadar v to izrecno privoli oseba, ki je bila umrlemu blizu, s pisno izjavo, da ji ni znano, da je umrli darovanju nasprotoval.

Črni trg in trgovina z organi

Število transplantacij človeških organov se iz leta v leto povečuje (126.670 transplantacij v letu 2015), prav tako pa se povečuje tudi število ljudi, ki čakajo na transplantat – vsakih 10 minut se ena oseba vpiše na čakalno listo za presaditev enega izmed organov. Število darovanih organov ne sledi trendu naraščanja potreb po presadkih in posledično je prišlo do razvoja trgovine s človeškimi organi, ki premožnejšim omogoča, da »preskočijo« čakalne seznime in prej pridejo do ustreznega presadka. Trgovanje s človeškimi organi je prepovedano v vseh državah sveta, z izjemo Irana, kjer je od leta 1988 možno zakonito prodati lastno ledvico (ledvico je možno prodati izključno državljanu Irana oz. osebi iz iste etnične skupine, kot je darovalec) (9, 10, 11, 12).

Kljub temu, da je trgovina z organi prepovedana, vsako leto okoli 10 % presajenih organov izvira iz trgovine z organi. Global Financial Integrity (GFI) uvršča trgovino z organi med deset najbolj dobičkonosnih vrst kriminalnih dejanj. Po konservativnih ocenah naj bi bil črni trg s petimi najpogostejše prodanimi organi vreden med 840 milijoni in 1,7 milijarde ameriških dolarjev letno. Najpogostejše prodajani organi so ledvice, jetra, srce, pljuča in pankreas, vendar kar 2/3 vseh prodanih organov predsta-

vljajo ledvice, saj je prodaja mogoča v času življenja (12, 13).

Tabela 1: Koliko je na črnem trgu vreden vaš organ v ameriških dolarjih?

Ledvice	262.000 dolarjev
Jetra	157.000 dolarjev
Srce	119.000 dolarjev
Tanko črevo	2.500 dolarjev
Plazma (475 ml)	337 dolarjev
Kostni mozeg	23.000 dolarjev/gram
Jajčece	12.400 dolarjev
Roženica	24.400 dolarjev
Pljuča	272.000 dolarjev
Skelet	6.600 dolarjev
Kosti in ligamenti	4.800 dolarjev

Cene posameznih organov se močno razlikujejo, zelo velike razlike pa so tudi med posameznimi državami. Tako je v Indiji za ledvico treba odšteti 20.000 ameriških dolarjev, v Iranu, edini državi, kjer je prodaja zakonita, cena za zdravo ledvico znaša približno 6.000 dolarjev, v ZDA pa lahko cena za ledvico doseže tudi 300.000 ameriških dolarjev. Zaradi visokih cen organov prihajajo kupci predvsem iz bogatih držav – glavni odjemalci so ZDA, Avstralija, Kanada, Izrael, Japonska, Oman in Savdska Arabija. Na drugi strani pa prodajalci organov prihajajo predvsem iz revnih držav – najpogostejše iz Indije, Pakistana, Kitajske, Indonezije, Moldavije, Romunije, Bolivije, Brazilije in Kolumbije (11, 12, 14, 15).

Prodajalci ledvic so večinoma posamezniki iz najnižjih socialnih krogov, ki v prodaji vidijo izhod iz svoje življenjske situacije. Oglase, da prodajajo ledvico, objavljajo kar na družbenih omrežjih, kot sta Twitter in Facebook, veliko ponudb pa se najde tudi na Darkwebu, ki je nekakšen črni trg interneta. Kljub visokim cenam organov je plačilo, ki ga dobi prodajalec organa, mizerno nizko – v povprečju prejme manj kot 10 % vsote, ki jo plača kupec. Preostali del gre posredniku (oseba, ki kupcu najde prodal-



Kidney Wanted

A kidney is needed for a seriously ill patient. Blood group B+. The patient is living in Italy. If a good-hearted person donates a kidney, s/he will be amply rewarded or offered a job and citizenship in Italy. Contact within three days to Dr. ABM Eyahia, between 10 a.m. and 12 p.m. or 5 p.m. and 8:30 p.m. Telephone: 8116010 (Chamber).

Primer časopisnega oglasa, s katerim se išče ledvica. Vir: Livescience.com

jalca), zdravstveni ekipi (kirurgi, anesteziologi, medicinske sestre itd.) in raznim ustanovam (bolnišnice, transplantacijski centri itd.). Prodajalci se pogosto ne zavedajo posledic, ki jih lahko prinese tak poseg, in se mnogokrat soočijo z različnimi pooperativnimi težavami – od kronične bolečine, socialne izolacije, stigmatizacije do resnih duševnih obolenj. V skrajnih primerih pride tudi smrti. Študije so pokazale, da se ekonomsko stanje prodajalca organa po prodaji le še slabša, saj so pogosto fizično manj zmožni kot prej, hkrati pa jih družba dojema kot invalidne osebe (12, 16, 17).

Postopek prodaje in kako poteka takšna transplantacija?

Črni trg v veliki meri sestavljajo revni in obupani prodajalci, bogati kupci in plenilski posredniki. Večina prodaje poteka v državah v razvoju, kjer se ledvice pogosto kupujejo za ceno televizorja višjega razreda.

Januarja 2008 je policija razbila združbo zunaj New Delhija, ki je domnevno prisilila revne delavce, da odstopijo svoje ledvice bogatim strankam. V Južni Afriki je od leta 2001 do 2003 uspevala še ena združba, črni trgi pa so uspevali v državah, kot so Kitajska, Pakistan in Filipini. Na Kitajskem je bila v prejšnjem desetletju pogosta praksa prodaja organov usmrčenih zapornikov. Kljub ukrepom proti trgovini z organi ilegalni trg ostaja.

Ilegalna trgovina z organi s presaditvami za sabo pušča sledi. Kirurški poseg prodajalcu ledvic pusti od 38 do 50 cm dolgo brazgotino. Za dodatnih 200 dolarjev bi kupci organov lahko plačali manj invaziven postopek (laparoskopsko operacijo, kjer je končna brazgotina velika največ 10 cm), vendar pa jih je le malo pripravljenih plačati za varnost prodajalca organa. Kupci organov so večinoma belci ali pa prebivalci Bližnjega vzhoda. V večini gre za moške prejemnike, ki so starejši od 31 let. Posledice transplantacije v tujini pa ostajajo. Najpogostejše so zloraba, prevara in zavajanje plačnikov organa. Pri raziskavah ledvičnih presaditev so ugotovili, da je pri presaditvah v tujini nižji odstotek preživetja pacienta in presadka, poročajo tudi o pogostih okužbah z virusom HIV in hepatitisom B in C. Zakaj torej ljudje raje potujejo iz ZDA in Evrope, ki imata urejene predpise o darovanju, v manj razvite države, kjer jih lahko čakajo takšni zapleti? Ravno zato, ker v zgoraj omenjenih državah, kjer cveti ilegalna prodaja organov, ni nadzora nad razmerjem darovalec – prejemnik in je presaditev na daleč videti bolj enostavna in lažje dosegljiva (4).

Zakaj pa se ljudje odločajo za prodajo organa? Večina prodajalcev živi v hudi revščini. Ko vidijo časopi-sne oglase, jih večina ne ve, kaj pomeni »ledvica«. Posredniki govorijo v časopisih o »spečih ledvicah«: ena ledvica spi, druga ledvica dela, zato ljudje ne potrebujejo dveh ledvic. Premami jih obljuba nagrade ali

odškodnine, vključno s potovanji v države, kot sta ZDA ali Italija. Pri tem gre za paket prevare, za bitko med upanjem in strahom in za stalno pogajanje. Edini vir pridobivanja informacij za prodajalce sta posrednik ali prejemnik, vendar jih ne želita seznaniti s postopkom in tveganjem.

V primeru prodajanja organov govorimo o transplantacijskem turizmu, ki je odvisen od štirih populacij: obupani bolniki, ki so pripravljene prepotovati velike razdalje in se soočajo s precejšnjo negotovostjo, ali bodo v resnici res prejeli kupljen organ; enako obupani in mobilni prodajalci organov; kirurgi, ki so pripravljene kršiti zakon, predpise in etična določila; ter posredniki organov in drugi posredniki, povezani s ključnimi igralci v senci podzemnega sveta transplantacijskega turizma. V nekaterih državah v razvoju je presaditveni turizem ključnega pomena za zdravstveno gospodarstvo s hitro privatizacijo kliničnih in bolnišničnih storitev, ki se trudijo preživeti. Še temnejša plat prodaje organov pa je povezana s trgovino z ljudmi (5).

Sta »belo blago« in »transplantacijski turizem« ista stvar?

Trgovanje z ljudmi z namenom odstranjevanja organov je kaznivo dejanje v okviru Protokola za preprečevanje, zatiranje in kaznovanje trgovine z ljudmi, zlasti ženskami in otroki, ki dopolnjuje Konvencijo Organizacije združenih narodov proti mednarodnemu organiziranemu kriminalu, sprejeto leta 2003 v New Yorku. »Trgovina z ljudmi« pomeni zaposlovanje, prevoz, premestitev, prikrivanje ali skrivanje oseb s pomočjo grožnje, uporabe sile ali drugih oblik prisile, ugrabitve, goljufije, prevare, zlorabe pooblastil ali položaja ranljivosti ali dajanja oz. prejetja plačil ali ugodnosti za pridobitev soglasja osebe, ki ima nadzor nad drugo osebo, za namen izkoriščanja. Izkoriščanje vključuje prisilno prostitucijo, druge oblike

spolnega izkoriščanja, prisilno delo ali storitve, suženjstvo ali prakse, podobne suženjstvu, služenju ali odstranitvi organov.

Glavna razlika, ki ločuje trgovino z ljudmi od transplantacijskega turizma je, da tukaj žrtve nimajo nobene besede pri odločitvi o odvzemu svojih organov, prav tako pa v procesu ničesar ne prejmejo za svoj organ.

Edini, ki se v tem postopku okoristijo, so preprodajalci, ki nad žrtvami vršijo popoln nadzor. Povprečna žrtev trgovine z ljudmi so osebe, stare okrog 26 let, približno 16 % predstavljajo otroci. Med letoma 2002 in 2016 je potekala velika preiskava, v kateri so ugotovili, da večina žrtv vstopi v trgovino z ljudmi prek iskanja dela v tujini, otroke pa praviloma prodajajo njihove družine. Trgovanje z organi kot kaznivo dejanje pa se razlikuje od drugih oblik trgovine z ljudmi prav zaradi vrste posrednikov, ki tukaj nastopajo zaradi kompleksnosti transplantacijskih transakcij. Velikokrat so poleg kriminalcev iz drugih mrež kriminalnega trgovanja vključeni zdravniki in drugi zdravstveni delavci, reševalci in delavci v mrtvašnici, zdravstveni direktorji presaditvenih enot, bolnišnično in zdravstveno osebje, tehniki v laboratorijih, dvojni kirurški timi, ki delajo v tandemu, potovalni agenti in organizatorji potovanj, potnih listov in vizumov (4).

Resnične zgodbe preživelih ...

Leta 2015 je zapornik, ki je zbežal teroristični skupini ISIS, opisal, kako pripadniki le-te ravna s svojimi zaporniki. Zapornikom je rečeno, da jih čaka zagotova smrt in da bi bilo z njihove strani plemenito, če darujejo svoje organe zvestim pripadnikom. Seveda to ni prošnja. Po opravljeni »daritvi« ohranijo »darovalca« pri življenju, saj še vedno lahko daruje. Tisti, ki niso dovolj zdravi za darovanje, pa so ubiti.

V vojni na Kosovu, ki je potekala od 1999 do 2000 in v kateri so se

albanski uporniki uprli režimu Srbije, je izgubilo življenje skoraj 10.000 ljudi. Osvobodilna vojska Kosova (OVK) je hotela s tega ozemlja »očistiti« srbske prebivalce. Leta 2012 je na sodišču za vojne zločine v Haagu priča, ki je tudi sama sodelovala pri odvzemih organov, izpovedala grozljivo zgodbo. OVK je ugrabila mladega Srba in priči ukazala, da mu mora odvzeti srce. Mladenč je ob rezu s skalpelom zakričal, naj ga ne ubijejo, nato pa omedlel. Po besedah priče so srce odstranili in ga dali v vsebnik za transport.

Sri Rabith je 25-letna Indonezijka, ki je delala kot osebna asistentka neke palestinske ženske. Nenadoma so jo poslali v bolnišnico in jo uspavali, kljub temu, da se je počutila dobro. Kmalu po posegu so jo poslali nazaj v Indonezijo. Ker je imela bolečine na desni strani trebuha, se je odločila za pregled pri zdravniku. Le-ta je ugotovil, da ima le eno ledvico (6).

Kaj je ena ledvica v zameno za več tisoč dolarjev?

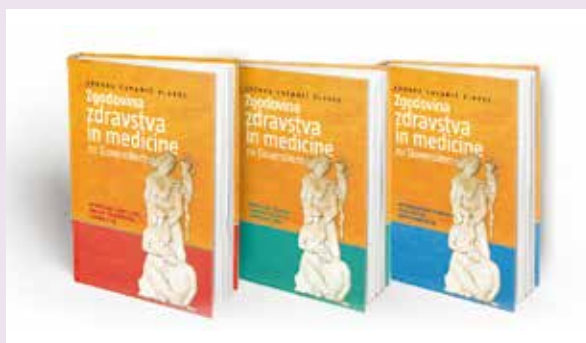
Darovanje organov je altruistično, solidarno dejanje in temelji na nesebični pomoči sočloveku. Ko je za darovanje organa potrebno plačilo, se pojavijo etične dileme. Pojavijo se vprašanja o nedotakljivosti človeškega telesa, o nezmožnosti enakovrednega dostopanja do tovrstnega zdravljenja in o kriminalni dejavnosti, ki v tem vidi zgolj zaslužek. Transplantacija organov bi morala biti dostopna vsem ljudem, ne glede na njihov gmotni položaj, raso ali spol. V kolikor bo trgovina z organi obstajala še naprej, se bodo majali temelji, na katerih so nacionalne transplantacijske mreže gradile nesebično dejavnost pomoči. Da bi ohranili nesebično »poslanstvo« prostovoljnega darovanja organov in tkiv, je strokovna skupina za transplantacijo, ki deluje pod vodstvom Sveta Evrope, pripravila Konvencijo proti trgovanju z organi, ki je v postopku podpisovanja in ratificiranja v številnih evropskih državah, za njen

sprejem in podpis se zavzemamo tudi v Sloveniji. To je zelo pomemben dokument, ki jasno določa, kaj je kriminalno dejanje, in tudi, kdo vse je lahko sodelavec v postopku. Ena ledvica se ne sliši kot velika žrtev, a plemenitost darovanja je dosti večja ob motivu pomoči in ne zaslužka.

Viri

1. Prelesnik, N. (2018). Pravna ureditev ter problemi pri presajanju organov v republiki sloveniji. [Internet] Dk.um.si. [Citirano 11. 4. 2018]. Dostopno na: <https://dk.um.si/IzpisGradiva.php?id=22603>
2. Slovenskenovice.si. (2018). Človeški organi le blago na trgu. [Internet] [Citirano 11. 4. 2018]. Dostopno na: <http://old.slovenskenovice.si/novice/slovenija/cloveški-organi-le-bлаго-na-trgu>
3. Breaking News, Analysis, Politics, Blogs, News Photos, Video, Tech Reviews - TIME.com [Internet]. TIME.com. 2018 [Citirano 11. 4. 2018]. Dostopno na: <http://content.time.com/time/health/article/0,8599,1912880,00.html>
4. [Internet]. Unodc.org. 2018 [Citirano 11. 4. 2018]. Dostopno na: <https://www.unodc.org/documents/human-trafficking/2008/BPO11HumanTrafficking-fortheRemovalofOrgans.pdf>
5. Human trafficking | Migration data portal [Internet]. Migrationdataportal.org. 2018 [Citirano 11. 4. 2018]. Dostopno na: <https://migrationdataportal.org/themes/human-trafficking>
6. Tenpas H. Terrifying true accounts of black market organ theft [Internet]. Ranker. 5. 1. 2017 [Citirano 11. 4. 2018]. Dostopno na: <https://www.ranker.com/list/true-stories-of-people-whose-organs-were-stolen/harrison-tenpas>
7. Parry W. How Poverty, False Promises, Fuel Illegal Organ Trafficking [Internet]. LiveScience. 2012. [Citirano 7.5.2018]. Dostopno na spletnem naslovu: <https://www.livescience.com/19237-illegal-kidney-organ-trade.html>
8. RTVSlo.si. Presaditev organa vsako leto potrebuje sto Slovencev. [Internet]. 2017. [Citirano 15.5.2018]. Dostopno na spletnem naslovu: <https://www.rtvsllo.si/zdravje/novice/presaditev-organa-vsako-leto-potrebuje-sto-slovencev/428710>
9. Major, Rupert WL. Paying Kidney Donors: Time to Follow Iran?. McGill Journal of Medicine : MJM 11.1 (2008): 67–69.
10. Jafar T. Organ Trafficking: Global Solutions for a Global Problem. American Journal of Kidney Diseases. 2009;54(6):1145-1157.
11. Shimazono Y. WHO | The state of the international organ trade: a provisional picture based on integration of available information [Internet]. Who.int. 2018 [cited 8 May 2018]. Available from: <http://www.who.int/bulletin/volu->

- mes/85/12/06-039370/en/
12. May C. Transnational Crime and the Developing World [Internet]. Gfintegrity.org. 2017 [cited 8 May 2018]. Available from: http://www.gfintegrity.org/wp-content/uploads/2017/03/Transnational_Crime-final.pdf
13. Ambagtsheer F, de Jong J, Bramer W, Weimar W. On Patients Who Purchase Organ Transplants Abroad. American Journal of Transplantation. 2016;16(10):2800-2815.
14. Organ Trafficking and Kidney Prices [Internet]. Havocscope. 2018 [cited 8 May 2018]. Available from: <https://www.havocscope.com/black-market-prices/organs-kidneys/>
15. Chugh N, Chugh N. Need a kidney? Inside the world's biggest organ market [Internet]. Aljazeera.com. 2018 [cited 8 May 2018]. Available from: <https://www.aljazeera.com/indepth/features/2015/10/kidney-worlds-biggest-organ-market-151007074725022.html>
16. Bakdash T, Scheper-Hughes N. Is It Ethical for Patients with Renal Disease to Purchase Kidneys from the World's Poor?. PLoS Medicine. 2006;3(10):e349.
17. Hajeer A, Alrogy W, Jawdat D, Alsemari M, Alharbi A, Alasaad A. Organ trade using social networks.
18. Zakon o pridobivanju in presaditvi delov človeškega telesa zaradi zdravljenja (ZPPDČT), Uradni list RS, št. 56/2015 z dne 29. 7. 2015.



Prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec

ZGODOVINA ZDRAVSTVA IN MEDICINE NA SLOVENSKEM

Znanstvena monografija v treh delih,
ok. 1500 strani, ok. 3000 fotografij

PRVA KNJIGA s podnaslovom »Medicina skozi čas, javno zdravstvo, farmacija« prinaša vsebino: od ljudske medicine, prvih medicinskih in farmacevtskih šol, samostanske medicine in karitativnih ustanov, pa vse do sodobne znanstvene medicine. Prikazan je razvoj javnega zdravstva in njegovih spreminjajočih se sistemov ter zakonodaje, nastanek zdravstvenih domov in posameznih bolnišnic (civilnih, vojaških, splošnih in specialnih), zasebnih zdravstvenih domov (sanatorijev), medicine v izrednih razmerah, vojne sanitete v prvi in drugi svetovni vojni, ter posebej lekarništva in farmacevtske industrije.

DRUGA KNJIGA »Kirurške stroke, ginekologija in porodništvo« prikazuje razvoj operativnih medicinskih strok z najobsežnejšo stroko – kirurgijo (splošno kirurgijo, abdominalno kirurgijo, travmatologijo, kardiovaskularno kirurgijo, nevrokirurgijo, torakalno kirurgijo, plastično, rekonstruktivno in opeklinsko kirurgijo, urologijo, otroško kirurgijo ter maksilofacialno in oralno kirurgijo). Sledijo historiati drugih strok, ki so večinoma tudi kirurške: oftalmologije, otorinolaringologije, ortopedije ter ginekologije in porodništva. Temeljito so popisani še razvojni koraki strok, ki čvrsto podpirajo kirurgijo: anesteziologije, transfuzijske in transplantacijske medicine ter diagnostično-terapevtskih strok – radiologije in nuklearne medicine. Poglavja se razvojno dotikajo tudi dela negovalnega osebja. Knjižno vsebino pa sklene rehabilitacijska medicina.

TRETJA KNJIGA, ki bo predvidoma izšla v letu 2019, prikazuje razvoj neoperativnih medicinskih strok s kraljico medicine – interno medicino in njenimi vejami (kardiologijo, angiologijo, intenzivno interno medicino, pulmologijo, gastroenterologijo, endokrinologijo, nefrologijo, revmatologijo, hematologijo, geriatrico, toksikologijo), pediatrijo, infektologijo, nevrologijo, dermatovenerologijo, onkologijo in psihiatrijo. Predstavljen je tudi razvoj dentalne medicine, nege, laboratorijsko-diagnosticske dejavnosti, mikrobiologije in imunologije, patologije, sodne medicine in drugih predkliničnih strokovnih in raziskovalnih dejavnosti, zdravstvenega delovanja slovenskih zdravilišč, zdravstvenega šolstva, zdravstvenih združenj in njihovih glasil ter drugih, z zdravstvom povezanih ustanov v osrednji Sloveniji.

Več informacij: zgodovina.medicine@gmail.com

Komentar k zapisom

Isis, december 2018, št. 12

Marjan Kordaš

Str. 18: Če se prav spomnim, je to prvi zapis o stiski specializantke, ko se začne učiti tiste plati svojega dela, ki zajema ročno spretnost. Skoraj poziv kolegom in kolegicam, da jo posnemajo...

Str. 33: Zapis o kliniki Mayo sem prebral dvakrat. Izvrstna informacija ne le o stroki, temveč bolj (ali predvsem?) o organizaciji dela. In za primerjavo z nami je vse povedano v razpredelnici.

Str. 63: Tudi ta zapis sem prebral dvakrat. Ni mi bil le tolažba zaradi sodobnega bega (slovenskih) možganov, temveč tudi veselje ob spoznanju, da še vedno vse (ali skoraj vse) temelji na knjigi.

Akad. prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med., Ljubljana,
marjan.kordas@mf.uni-lj.si

Kam si namenjen/a, slovenski/a zdravnik/ca?

Miro Lasbafer

Dve leti po kandidaturi za predsednika zdravniške zbornice se moram ponovno oglasiti. Položaj, v katerem smo se znašli, to vsekakor zahteva! In kaj se je v teh dveh letih zgodilo? Pravzaprav nič omembe vrednega za nas zdravnike. Le naš položaj se slabša in slabša. Kar pa smo tako in tako vedeli. Vsaj nekateri. Tisti, ki pred dvema letoma niste hoteli vedeti, pa upam, da ste to dokončno spoznali. Pravzaprav se bojim, da je vse skupaj že obupno prepozno, a upanje umre zadnje. Zato se mi zdi vredno poizkusiti še enkrat...

V zadnjih mesecih se napad na slovensko zdravništvo stopnjuje. Tako s strani ministrstva in ZZZS-ja na nas letijo vedno nove in nove birokratizirane zahteve, ki iz dneva v dan otežujejo naš položaj in praktično že onemogočajo vsakdanje delo v ordinacijah. V koncesijskih ambulantah je to še posebej očitno, saj imam občutek, da vsem novim zahtevam niti slediti več ne utegnem, kaj šele, da bi jih upošteval in naredil vse, kar vrli birokrati od nas pričakujejo. Zmanjkuje nam časa za strokovno delo, ker ves čas urejamo papirologijo. Dnevne frekvence

obiskov pa se še vedno večajo in večajo. Konkretno: pred 5 leti je bil dnevni obisk v Naši ambulanti pri številki 47, danes pa presega 57 obiskov dnevno. In to kljub temu, da jih je še vsaj 6 do 8 pri diplomirani medicinski sestri v referenčni ambulanti. Kako ob teh številkah zadostiti zahtevam inšpektorjev po e-storitvah (razen recepta), ki nam vzamejo še več časa, kot smo ga prej porabili za »analogne« storitve? Za primarno raven je posebej smešna zahteva po e-čakalni knjigi, ker sploh nimamo čakalnih dob, saj vsakodnevno izpraznimo čakalnico. Niti ne bi uspeli vanjo razvrstiti vseh bolnikov, ki jih na dan pregledamo.

Do 12. aprila 2019 nas čaka obvezna ponovna registracija pri ministrstvu za zdravje, pa nove pogodbe o koncesiji do konca leta... Povrhu pa še ocena tveganja za naša delovna mesta in odvisno od tega tudi zahteve po preventivnih cepljenjih. Mar do sedaj nismo bili dobri in smo vse skupaj počeli kar »šalabajzersko«, ali pa je v ozadju resnično onemogočanje našega samostojnega dela? Oktobra smo zdravniki na primarni ravni dobili še pozdrav ZZZS-ja, ki od nas pričakuje, da

bomo prebavili vse novosti obveznega zdravstvenega zavarovanja in spremembe pravic, ki iz tega izhajajo. Če bi imeli police zdravstvenega zavarovanja, bi jih morali poslati zavarovancem. Ker jih nimajo, smo jih dobili mi! Po prebiranju prvih dveh strani me je minilo, da bi sploh še bil zdravnik. In tako se zaradi vsega naštetega krepko oddaljujemo od cilja, da bi bili svobodni v poklicu. Postajamo sužnji zdravstvenega sistema, ki deluje čedalje slabše. Ker iz njega zaradi vsega zgoraj naštetega (seveda svojestranskega za vsako specialnost posebej – sam sem se omejil predvsem na primarno raven, a podobne težave, le modificirane, imamo praktično vsi zdravniki) izšolani in izkušeni zdravniki bežijo na vse strani. Veliko mladih pa vanj noče več niti stopiti in nam pobegne, preden so v našem sistemu sploh začeli delati.

Za vse težave, ki jih imamo, smo krivi čisto sami. Zadnjih 20 let nismo

uspeli zaustaviti drsenja zdravstva v močvirje, ker se ne moremo dogovoriti, kako bi ustavili politike, ki nam te razmere krojijo. Zadnja uspešna akcija zdravništva je bil štrajk leta 1996, vse kasnejše »gasilske« akcije so težave premaknile le za kak mesec v prihodnost, nato pa so le-te s še večjo silovitostjo udarile po naših plečih. Imam občutek, da samo čakamo, da bo namesto nas kdo drug storil, kar je treba. Naš zdravstveni sistem je postal smrtno nevaren za bolnike in za nas. Ko se bomo z našimi napakami, ki jih povzroča neurejenost zdravstvenega sistema, v čedalje večjem številu soočali po sodiščih, bomo gotovo ostali sami. Nobena zdravniška organizacija nam ne bo krila hrbta. V konkretnih situacijah niti zbornica, niti Fides, Strokovno združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, zdravniško društvo ali Praktik.um ne bodo mogli pomagati. Takrat bomo

vedno sami oz. s svojim odvetnikom! In skrajni čas je, da se povežemo in se na ta način zaščitimo pred popolnim kaosom, ki bo sicer zagotovo zavladal. Politiki sami od sebe ne bodo storili čisto nič, da bi nam olajšali položaj. To bi lahko bilo sedaj že vsem jasno. In kaj nam je storiti? Bomo še naprej sodelovali v tem nevarnem okolju? Bomo usodo končno vzeli v svoje roke? Mislim, da moramo politiki postaviti resen ultimatum s kolektivno odpovedjo. Vsaka odpoved ima svoj odpovedni rok... In to je čas, ki politikom ostane, da se konkretno in pametno lotijo zadeve. Če ne, ostanejo na isti dan brez zdravnikov. Vseh...

Miro Lasbajer, dr. med., Naša ambulantna, Juršinci, član IO Strokovnega združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, nasa.ambulantna@siol.net

| Spoštovani gospod Sušelj

Dne 8. 11. 2018 sem Vam poslala dopis, v katerem sem navedla, da sem tarča nezadovoljnih pacientov zaradi novih pravil glede reševalnih prevozov in potnih stroškov. Svojo jezo in nezadovoljstvo pacienti stresajo name in prav tako na moje kolege. V dopisu sem predlagala, da se potni stroški ukinejo ali da ZZZS prevzame administrativno delo, ker potni stroški nimajo nobene zveze z medicino. Potne stroške odobri ZZZS, zdravniki smo samo administratorji (razlagamo bolniku, komu kaj pripada oz. ne pripada in podpisujemo potrdilo za potne stroške). Ni razloga, da administrativnega dela, kot so potrdila za potne stroške, ne prevzame ZZZS. Če se motim, me prosim popravite.

Imam občutek, da tisti, ki »vlečejo niti« zdravstvene politike, tekmujejo, kdo bo naložil več dolžnosti in admi-

nistracije na hrbet družinskih zdravnikov. Všeč mi je opis moje spoštovane kolegice, da imamo zdravniki že hiperkifo zaradi prekomernega administriranja. Nepotrebna administracija škoduje predvsem pacientom. Pomembno je, da je vse zabeleženo v računalniku, da smo seznanjeni s pravili, ki nam jih pripravlja ZZZS, ker nas ZZZS kontrolira in kaznuje. Zaradi bremena administracije je pacient postavljen na stranski tir. Če nas boste s takšnim tempom »bombardirali« z administracijo, bomo kmalu polovico svojega delovnega časa uporabili za paciente, drugo polovico pa za administracijo. Skoraj vsak dan po elektronski pošti dobivamo novo gradivo od ZZZS! Na naš hrbet prihaja novo administrativno breme, nova pravila oz. jaz bi to imenovala »zmešnjava pravil«.

Kronologija »zmešnjave pravil«

Dne 11. 10. 2018 nam je ZZZS poslal okrožnico, v kateri je navedeno, da je 28. 9. 2018 v Uradnem listu RS objavljen cel kup novih pravil (med drugim nova pravila glede reševalnih prevozov in potnih stroškov). Podpisana je bila mag. Ana Vodičar, direktorica področja za odločanje o pravicah in MTP.

Dne 16. 10. 2018 sem poslala dopis gospe mag. Ani Vodičar. Citi-ram:

»Spoštovani,

Po 54. čl. Pravil so zavarovane osebe upravičene do reševalnega prevoza le do najbližjega izvajalca. Kaj narediti v primeru, ko je pacient iz mariborskega območja začel zdravljenje na Onkološkem inštitutu v Ljub-

ljani? Ali je upravičen do prevoza z reševalnim vozilom do Ljubljane?»

Isti dan sem od gospe Vodičar dobila odgovor. Citiram:

»Spoštovana, glede na zadnje spremembe in dopolnitve Pravil OZZ zavarovane osebe nimajo več pravice do reševalnega prevoza za potovanje k izvajalcu, ki opravlja izključno dejavnost na področju psihiatrije, rehabilitacije, onkologije in ortopedije (npr. za potovanje do Ortop. bolnišnice Valdoltra), v kolikor ta ni najbližji izvajalec. To pravico (prevoz do izvajalca, ki je »izključni izvajalec«, med te sodi tudi Onkološki inštitut) bodo lahko zavarovane osebe uveljavljale le za prevoze, ki bodo opravljeni do konca oktobra 2018. Po tem datumu (torej od 1. 11. 2018 dalje) pa bodo zavarovane osebe upravičene do reševalnega prevoza le do najbližjega izvajalca. Enako velja tudi za potne stroške«.

Dne 6. 11. 2018 pride nova okrožnica iz ZZZS (spet podpisana gospa Vodičar), v kateri je navedeno, da imajo zavarovane osebe pravico do povračila potnih stroškov in do reševalnega prevoza do »izključnega« izvajalca v primerih, če bodo potovale k temu izvajalcu zaradi zaključka zdravljenja, ki je bilo začeto pred uveljavitvijo sprememb, torej pred 31. 10. 2018.

Citiram del odgovora gospe Marjanje Feuš, vodje Oddelka za izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja OE Maribor, z dne 9. 11. 2018.

»V primerih, ko je bilo torej zdravljenje začeto pred 31. 10. 2018 in gre za potovanja zaradi zaključka zdravljenja istega stanja (npr. kontrolni pregledi, operativni posegi), ima zavarovana oseba pravico do povračila potnih stroškov oz. nenujnega reševalnega prevoza. Za nova zdravstvena stanja, ugotovljena od 1. 11. 2018 naprej, imajo zavarovane osebe pravico do povračila potnih stroškov oz. reševalnih prevozov le do najbližjega ustreznega izvajalca.«

Torej, dne 16. 10. 2018 gospa Vodičar navaja, da ima onkološki

bolnik z mariborskega območja pravico do reševalnega prevoza oz. potnih stroškov do Ljubljane samo do 31. 10. 2018, a že 6. 11. 2018 podpisuje okrožnico, da ima isti bolnik pravico do reševalnega prevoza do Ljubljane tudi po 31. 10. 2018, če je bilo zdravljenje začeto pred 31. 10. 2018!

Ali se na ZZZS niste mogli dogovoriti, kaj je prav in kaj ni prav glede novih pravil? Zakaj ste pripravljali pravila »čez noč«? Še huje je, če ste pravila pripravljali dalj časa, pa kljub temu naredili »zmešnjavo pravil«. Zakaj niste določili časa, v katerem bi se onkološki bolniki iz mariborskega območja preusmerili iz Ljubljane na zdravljenje v Maribor, pa šele potem uvedli pravila? Če ste že napisali nova pravila, zakaj ste jih spreminjali z okrožnico v naslednjem mesecu? Ali so spremembe pravil objavljene v Uradnem listu RS? Če niso, potem niso veljavne. Zakaj niste obvestili bolnikov, kaj jih čaka v prihodnosti (mediji, zloženke...)?

Po novih pravilih velja, da če je onkološki bolnik iz Maribora zbolel in začel zdravljenje v Ljubljani konec oktobra, ima pravico do reševalnega prevoza do Ljubljane. Če si iz Maribora in zbolil z isto diagnozo po 1. 11. 2018, takšne pravice ne boš imel več! Če si zbolel za rakom pred desetimi leti in če boš šel na redno letno kontrolo iz Maribora v Ljubljano, boš imel pravico do potnih stroškov. Verjetno velja enako za prevoze in potne stroške za potovanje do Ortopedske bolnišnice Valdoltra. Verjetno je, da ima pacient, ki je bil operiran v Valdoltri npr. leta 2017, pravico dobiti povrnjene potne stroške za kontrolni pregled do Valdoltre, ker je bila operacija pred 31. 10. 2018. Pravila so spet nejasna. Zakaj niste pripravili pravil, ki bi bila jasna bolnikom in zdravnikom? Primer pravil: »Pacient ima pravico do reševalnega prevoza le do najbližjega izvajalca. Izjeme so (naštetih onkoloških bolezni), pri katerih ima pacient pravico do reševalnega prevoza do Onkološkega inštituta v Ljubljani, dokler ima kemoterapijo oz. radioterapijo. Za

kontrolne preglede velja pravilo, da ima pacient pravico do povračila potnih stroškov in mu pravica do reševalnega prevoza pripada samo, če je nepomičen. Pravico do reševalnega prevoza oz. potnih stroškov do Ortopedske bolnišnice Valdoltra imajo pacienti, ki jim je Ortopedska bolnišnica v Valdoltri najbližji izvajalec. Začetek veljavnosti pravil je (datum).«

Ali ni nihče opazil, da je bolnik, ki je zbolel v novembru, diskriminiran? Kdo mu bo razložil, zakaj nima pravice, ki jo ima njegov sosed, ki je zbolel za enako boleznijo v oktobru? Ali nimamo vsi enake pravice? Spet bo plaz nezadovoljstva zasul zdravniške, ne pa krivcev za diskriminatorna pravila.

Ne, na ZZZS ne bo nihče kaznovan zaradi pravil, ki jih je »poteptala« okrožnica dne 6. 11. 2018. Kazni so predvidene samo za zdravnike. V Splošnem dogovoru ni prepovedano, da se bolnik glede svojih pravic pozanima na ZZZS. Kolegom bom predlagala, da paciente pošiljajo na ZZZS, da jih »iz prve roke« seznani s pravicami.

V Splošnem dogovoru je zapisano, da za kršitev, ki nima finančnih posledic, ZZZS izreče izvajalcu pogodbeno kazen in izstavi račun v višini 400 EUR za vsak primer kršitve. Kaj to pomeni? Primer: Ne izdam potrdila za potne stroške. Pacient se pritoži na ZZZS, ki presodi, da sem kriva, in me zaradi potrdila kaznuje s kaznijo v višini 400 EUR?! Primer: Ne sprejem novega pacienta, ker imam že polno ambulantno. Kazen: 400 EUR! Niti pacientu niti meni ne bi bilo prijetno, če bi zaradi njega plačala kazen. Ne naredim škode ZZZS-ju, a le-ta mi vzame 400 EUR. Kje ste to videli? Če ZZZS ne bi imel monopola, nikomur ne bi padlo na pamet, da nekaj takšnega napiše v Splošni dogovor. Sramota je kaznovati zdravnika, ki ni naredil finančne škode ZZZS. Predlagam, da se sramotna določba o kaznovanju zdravnika, ki ni naredil finančne škode, črta iz Splošnega dogovora. Če nihče na ZZZS ne

bo kaznovan zaradi novih pravil, ki diskriminirajo paciente, zakaj bi kaznovali zdravnike, ki ne delajo škode ZZZS? Najprej je treba pomesti pred svojim pragom.

Predlagam, da se potni stroški ukinejo ali da ZZZS prevzame administrativno delo, ker pravice do potnih stroškov nimajo nobene zveze z medicino. In še denar bo ostal ZZZS-ju, ker če pride pacient samo po potrdilo za potne stroške, beležimo

obisk brez pregleda. Predlagam, da čim prej pripravite nova pravila, v katerih ne bo diskriminacije in v katerih bodo imeli vsi bolniki enake pravice. Če bo nekdo, ki je zbolel za rakom po 1. 11. 2018, tožil ZZZS zaradi diskriminacije glede prevoza oz. potnih stroškov, boste izgubili na sodišču. Predlagam, da zdravniki delamo tisto, za kar smo se šolali, in da zaposleni na ZZZS delajo tisto, za kar so plačani.

Prepričana sem, da so zaposleni na ZZZS boljši za administrativne zadeve od zdravnikov.

Lep pozdrav!

Silvana Popov, dr. med., spec. spl. med.

P. S.: Dopis bom poslala zdravnikom iz Sindikata Praktikum in uredništvu strokovne revije Isis.

Krivda in odgovornost

Tina Bregant

V zadnjem času je precej odmevala ponovna nezasedenost razpisanih mest za specializacijo iz družinske medicine. Vzrokov je več, problem je večplasten. Nekateri kolegi so ob teh pogovorih izpostavili nehvaležno vlogo »dežurnih krivcev«, ki jo pogosto prevzamejo prav na mestu družinskega zdravnika. Krivda, ki nas bremeni in teži, nam je naložena predvsem s strani javnosti, zakonodajalcev, naših bolnikov, včasih pa celo kolegov naravnost na naša ramena. Splet je obkrožil dober zapis kolegice Ninne »Kriv je zdravnik!«, s katerim se je marsikdo poistovetil (dostopen na <https://www.vecer.com/kriv-je-zdravnik-6616290>).

Tule bom razmišljala kot človek – ne kot strokovnjak. Tudi zdravniki smo »samo« ljudje. Tega si ne smemo pustiti odvzeti, pa čeprav je odvzem človeškosti zapakiran v belo haljo nezmotljivosti in avreolo »nespornih strokovnjakov«. Ta naša človekost, zmotljivost in nepopolnost je naša pomanjkljivost, ki se včasih za bolnika izjemno kruto pokaže v zdravniški zmoti. A hkrati je lahko tudi naša moč. Moč ranljivosti, moč osebnih kompetenc, moč odnosov, za katere vidimo, da postajajo v visokotehnolo-

ški družbi vedno pomembnejši. Človeškost stika v ambulantni, objem ob uspelem, a izjemno bolečem posegu, brisanje solz, moč presoje – tudi zmotne.

Kultura krivde in kaznovanja odseva v naši zakonodaji. Če je nekdo kriv, ga je treba kaznovati. In take zakone tudi imamo. Žal pa ti zakoni in kazni praviloma ne vodijo k rešitvi problema. Celó več, v laičnem, pa tudi v strokovnem svetu se zapletamo med krivdo in odgovornostjo; pojma se pomešata. Če ilustriram: zdravnikova odgovornost je, da poskrbi za bolnika, ki je v alkoholnem opoju padel in se poškodoval; ni pa zdravnikova krivda, da je ob padcu nastal subduralni hematom. Tudi če bolnikova žena rjove na nas, da smo krivi za ta nesrečni hematom; da smo krivi, ker nimamo na dosegu roke obratujoče naprave za CT glave; da smo krivi, ker ga nismo odvadili pitja alkohola...

Prevzemanje takšne krivde NI naša naloga. Naša naloga je prevzeti odgovornost, ki je v skladu z našimi kompetencami. Hkrati skrivanje za poslušnostjo, kar je na prvi pogled lahko videti brezhbno, zlasti ob natančnem sledenju zakonov in

smernic, še ne pomeni nujno odgovornosti in odgovornega ravnanja. Sami si odgovorite, kdaj v zgodovini človeštva so bili ljudje najbolj poslušni in ubogljivi ter hkrati popolnoma neodgovorni do sočloveka, in do kakšnih razsežnosti je takšno vedenje pripeljalo...

Ko bomo kot družba razumeli, da krivda in odgovornost ne pomeni istega; ko bomo namesto iskanja krivca, uperjanja prsta vanj in iskanja ustrezne kazni iskali rešitve problema – potem bomo čas, denar in energijo namenili konstruktivnemu reševanju problemov in sistemskih napak, ki jih imamo v zdravstvu res obilo. Če bodo mladi zdravniki, zlasti tisti, ki se dnevno srečujejo z bolniki, ki jim želijo »naprtiti krivdo«, razbremenjeni občutka krivde, hkrati pa jim bo podeljena večja avtonomija in odgovornost, v skladu z njihovimi kompetencami, potem se bodo morda lažje odločali za prve bojne linije: družinsko in urgentno medicino.

Dr. Tina Bregant, dr. med., Zdravstveni dom dr. Julija Polca Kamnik in Center za izobraževanje, rehabilitacijo in usposabljanje Kamnik,
tina.bregant@siol.net



Podatki o preživetju so lahko zavajajoči

Matjaž Zwitter

Pričakovano preživetje upravičeno velja za enega od glavnih kazalcev uspešnosti zdravljenja. Naj gre za bolnico z napredovalim rakom, za bolnika s končno odpovedjo ledvic ali za okuženega z virusom HIV – zanjo ali zanj je pomembno le dvoje: da bi živel čim dlje in čim bolje. Kaj naj bolniku z neozdravljivim rakom pomeni začasno zmanjšanje zasevkov, če se ob zdravljenju počuti obupno slabo in če mu zdravljenje ne obeta znatno daljšega življenja? Pričakovano preživetje in kakovost življenja sta torej za bolnika daleč najpomembnejša kazalca, po katerih ocenjuje uspešnost zdravljenja.

Nedavno sem objavil izsledke pregledne raziskave, v kateri sem ocenil kakovost poročanja v objavljenih kliničnih študijah zdravljenja napredovelega pljučnega raka (1). Raziskava je zajela 333 kliničnih študij, ki so bile vključene v PubMed in objavljene v letih 2013–2015. Ker o kakovosti življenja v nadaljevanju tega članka ne bom pisal, naj na kratko povzamem ključne ugotovitve. Le pri 70 (20 %) objavljenih študijah so avtorji med kazalce uspešnosti zdravljenja vključili tudi oceno kakovosti življenja, pa še to pogosto zelo obrobno in brez natančnejših podatkov. Zadovoljive podatke o kakovosti bolnikovega življenja so nam posredovali le pri 46 študijah (14 %). Večina študij si je za glavni cilj opazovanja izbrala objektivni odgovor na zdravljenje (v 38 %) ali pa čas do napredovanja bolezni (v 41 %), torej dva kazalca, ki sta za bolnike z neozdravljivim rakom drugotnega pomena, medtem ko je bilo preživetje glavni cilj opazovanja le pri 15 % študij. To nam jasno kaže, kako odmaknjen od resničnih interesov bolnikov je pogled načrtovalcev kliničnih študij, sponzorjev raziskav in raziskovalcev.

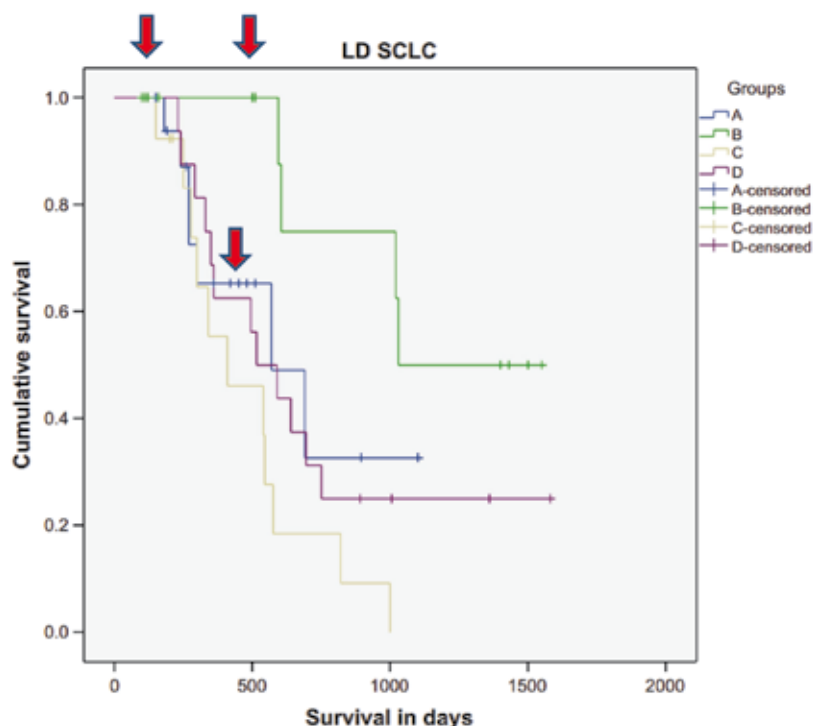
Priznati moramo, da ocenjevanje kakovosti življenja ni preprosto, saj vključuje subjektivno oceno, zahteva posebno znanje in za to delo usposobljeno strokovno pomoč. Preživetje kot drugi ključni kazalec uspešnosti zdravljenja pa je na prvi pogled preprosto, tako da redki pomislijo, da bi lahko bili podatki o preživetju zavajajoči in nehote ali pa namenoma prilagojeni intere-

som raziskovalca ali sponzorja. V podporo tej trditvi bom predstavil primere nepravilnega ali pristranskega prikazovanja preživetja. Konkretno primere bom poiskal na svojem ožjem področju, torej v objavljenih študijah zdravljenja pljučnega raka ali mezotelioma, vendar pa podobne primere nepravilnega ali zavajajočega prikaza preživetja najdemo tudi na drugih področjih onkologije ter pri študijah zdravljenja drugih kroničnih bolezni. Čeprav pri prikazu navajam konkretne klinične študije, namen tega prispevka ni ožigovanje njihovih avtorjev ali sponzorjev, pač pa želim spodbuditi bralca h kritičnosti pri spremljanju znanstvene literature.

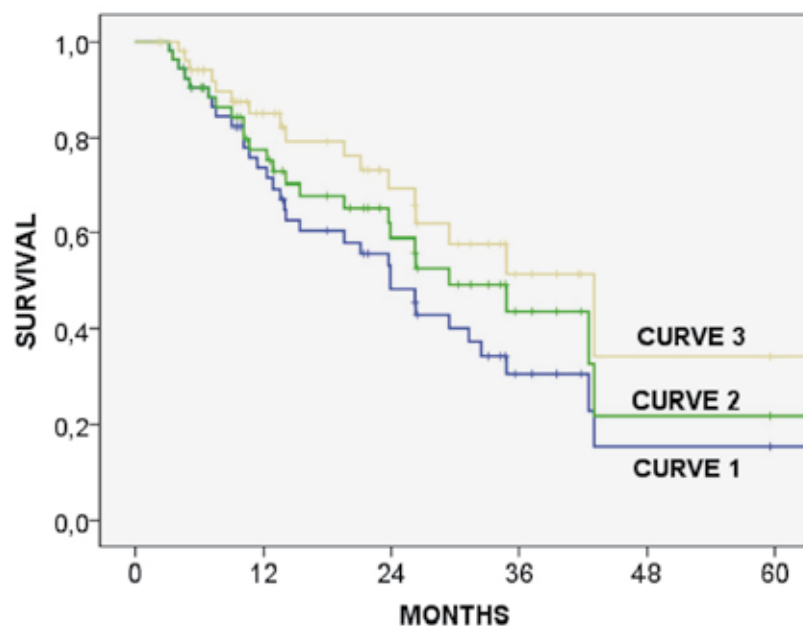
V prvem delu prispevka bom pokazal, kako pomembna je pravilna uporaba statističnih metod in do kako izkrivljenih rezultatov lahko pride, če se raziskovalci in avtorji člankov tega ne držijo. Drugi del pa namenjam prikazu možnih pristranosti pri študijah z naključno izbiro zdravljenja.

Nepravilen prikaz preživetja

Za izračun in prikaz preživetja skoraj brez izjeme vsi uporabljamo Kaplan-Meierjevo metodo (2, 3). Postopek vključuje tudi krnjenje (*censoring*) preživetja za bolnike, ki so na dan analize podatkov še živi. Za korekten prikaz preživetja je ključno, da jasno opredelimo datum zapiranja podatkov (*data cut-off date*) in da imamo za ta datum kar najbolj popolne podatke o vitalnem statusu bolnikov. Korekten postopek je torej tak: odločim se, da bom na dan 15. avgusta 2018 zaprl podatke in s poizvedbami preverim vitalni status vseh bolnikov na ta dan. Za vse bolnike, ki so na ta dan živi, njihovo preživetje krnim. Ko mesec ali dva kasneje poročilo o študiji zaključujem, podatkov o preživetju ne spreminjam. Krnjenje na dan 15. avgusta ostaja nespremenjeno tako za bolnico, za katero vem, da je v oktobru 2018 še živa, kot tudi za bolnika, za katerega sem izvedel, da je 20. septembra 2018 umrl.



Slika 1. Primer nepravilnega krnjenja (4). S puščicami so označeni bolniki, ki so jih izgubili iz kontrole že v prvem ali drugem letu. Pri sorazmerno majhni študiji z 62 bolniki je nedopustno, da avtorji za pomemben del bolnikov niso preverili vitalnega statusa, pač pa so jih krnili na dan zadnjega obiska. Za podrobnejše pojasnilo glej tekst.



Slika 2. Preživetje, odvisno od pravilnega ali nepravilnega krnjenja, na podatkih naše klinične študije (6). Curve 1 je pravilna krivulja: za vse bolnike smo na dan zapiranja podatkov preverili vitalni status. Curve 2 in curve 3 pa prikazujeta preživetje, če smo za četrtno (curve 2) ali polovico (curve 3) umrlih bolnikov v bazo podatkov namesto pravega datuma smrti vnesli dan zadnje kontrole in bolnike na ta dan krnili. Srednje preživetje se je pri tem s 23,9 meseca dvignilo na 29,5 meseca in na 43,1 meseca.

Žal se mnogi avtorji ne držijo tega pravila: kar pri 70 % od zgoraj omenjenih 333 študij avtor ni navedel datuma zapiranja podatkov. Brez te navedbe je seveda celoten postopek prikaza preživetja vprašljiv. Poleg tega je v mnogih primerih zelo očitno, da so pomemben delež bolnikov že dolgo pred zapiranjem podatkov izgubili iz kontrole in so podatke zanje krnili na dan zadnje kontrole. Na sliki 1 prikazujemo primer takšnega nedopustnega krnjenja: s puščicami označene navpične črtice na krivuljah preživetja kažejo krnjenje bolnikov, ki so bili izgubljeni iz kontrole že v prvem ali drugem letu zdravljenja, pa čeprav so avtorji članek objavili šele pet let potem, ko je bil zadnji bolnik vključen v študijo (3).

Zgodi se, da avtor kljub vsem prizadevanjem v klinični študiji z več sto bolniki za posameznega bolnika ne more priti do podatka o vitalnem statusu na dan zapiranja podatkov, vendar mora biti to redka izjema, ki jo v članku tudi prikaže, običajno v CONSORT diagramu (4). Kadar pa to ni redka izjema, lahko nepravilno krnjenje vodi do pomembnega izkrivljenja podatkov o preživetju. Na sliki 2 vidimo, kako pravilno ali nepravilno krnjenje vpliva na krivuljo preživetja. Za ta prikaz sem vzel podatke naše nedavno objavljene študije zdravljenja napredovalega pljučnega raka z izmeničnim zdravljenjem s kemoterapijo in z inhibitorjem tirozin kinaze (5). Spodnja krivulja je pravilen prikaz preživetja: od skupaj 53 bolnikov je bilo na dan zapiranja podatkov živih 21 in te bolnike smo na ta dan krnili, za 32 umrlih pa smo vnesli datum smrti. Srednje preživetje je bilo 23,9 meseca. Nato sem izvedel navidezni poskus, kjer sem za žive bolnike vnesel enake podatke kot pri pravilni predstavitvi, spreminjal pa sem podatke o umrlih bolnikih. Najprej sem med umrlimi naključno izbral četrtno, torej 8 bolnikov, in zanje nisem vnesel datuma smrti, pač pa sem jih krnil na dan zadnjega obiska na Onkološkem inštitutu. Srednje preživetje se je dvignilo na 29,5

meseca. Ko sem takšen postopek naredil za polovico umrlih bolnikov, se je srednje preživetje dvignilo na 43,1 meseca.

Pri branju rezultatov preživetja klinične študije moramo biti torej pozorni na datum zapiranja podatkov in na pravilno krnjenje bolnikov. Kadar avtorji ne navajajo datuma zapiranja podatkov ali kadar na krivulji preživetja vidimo krnjenje posameznih primerov zgodaj v poteku študije, so podatki o preživetju vprašljivi.

Pristranost v študijah z naključno izbiro zdravljenja

Randomizirane študije, torej takšne z naključno izbiro zdravljenja, so ključna pot pri uvajanju novih načinov zdravljenja. Večina teh študij je povezana s komercialnimi sponzorji: v zgoraj navedenem pregledu objavljenih študij zdravljenja napredovalega pljučnega raka je imelo 87 % randomiziranih študij komercialnega sponzorja. Vnaprejšnji očitek o pristranosti sponzorjev seveda ni upravičen, vendar pa moramo biti pozorni in rezultatov, predvsem pa ponujenih zaključkov ne smemo brez premisleka sprejeti. Kot bomo videli, lahko pristranost odkrijemo v načrtovanju študije, v njeni izvedbi in pri interpretaciji rezultatov.

Načrtovanje randomizirane študije

Glavna in žal pogosta pristranost je pri izbiri zdravljenja za kontrolno skupino bolnikov. Po vseh etičnih merilih bi morali bolniki v kontrolni skupini prejeti najboljše odobreno standardno zdravljenje. V želji, da bi bilo novo zdravljenje uspešnejše, pa načrtovalci za primerjalno skupino bolnikov neredko izberejo zdravljenje, ki je očitno slabše od optimalnega standardnega zdravljenja. Poglejmo si to pri študijah druge linije zdravljenja pljučnega raka in na

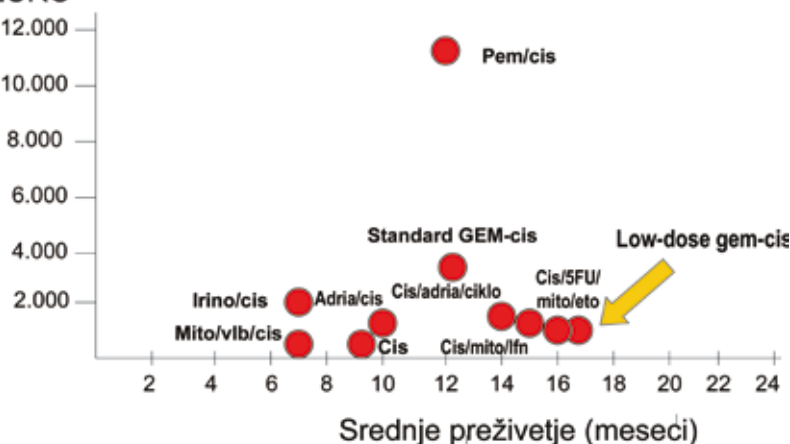
študiji prve linije zdravljenja malignega mezotelioma.

V mojem že opisanem pregledu je 27 randomiziranih študij preučevalo nova zdravila za drugo linijo zdravljenja napredovalega pljučnega raka. Prav vse študije so za primerjavo vzele monoterapijo z docetakselom (za nedrobnocelični pljučni rak) ali s topotekanom (za drobnocelični pljučni rak). Ti dve zdravili sta res registrirani za drugo linijo zdravljenja, vendar se zelo redko uporabljata v obliki monoterapije. Zbirni podatki za vse bolnike iz omenjenih kontrolnih skupin namreč kažejo na zelo neugodno razmerje med učinkovitostjo (le 7,5 % bolnikov je imelo po zdravljenju kratkotrajno delno remisijo bolezni) in med sopojava zdravljenja (kar 59,5 % bolnikov je imelo vsaj en zaplet 3. ali višje stopnje). Zdravljenje, kakršno je bilo dodeljeno študijskim kontrolnim skupinam, v redni onkološki praksi ne priporočamo: če je bolnik res v dobri splošni kondiciji (kar je veljalo za večino študijskih bolnikov), bi mu priporočili učinkovitejšo in manj toksično zdravljenje z

gemcitabinom in karboplatinom (za nedrobnocelični pljučni rak) ali kombinacijo s ciklofosfamidom, doxorubicinom in vinkristinom (za drobnocelično obliko pljučnega raka).

Zelo očiten primer šibke kontrolne skupine vidimo tudi pri študiji, ki je vodila do registracije pemetrekseda za zdravljenje malignega mezotelioma (7). V letih, ko je stekla študija s pemetreksedom, je bilo najpogostejše standardno zdravljenje mezotelioma kombinacija gemcitabina s cisplatinom, ki je po zbirnih podatkih za 8 objavljenih študij vodila do zadovoljivega odstotka remisij s srednjim preživetjem 12,2 meseca. Raziskovalci in sponzorji pa so se odločili, da novo zdravilo pemetreksed v kombinaciji s cisplatinom primerjajo z monoterapijo s samim cisplatinom, torej z zdravljenjem, ki ga nihče ni uporabljal. V študiji je bilo srednje preživetje z novo kombinacijo 12,1 meseca, kar je bilo značilno boljše od srednjega preživetja 9,3 meseca pri kontrolni skupini. Na osnovi etično zelo sporne primerjave s šibko kontrolno skupino je bil pemetreksed registriran za zdravljenje

Stroški za 12 tednov EURO



Slika 3. Maligni mezoteliom: razmerje med srednjim preživetjem in stroški za zdravila v času 12-tedenskega zdravljenja. Z rumeno puščico je označena naša študija zdravljenja mezotelioma z nizkim odmerkom gemcitabina in s cisplatinom. Okrajšave: 5-FU – 5-fluorouracil; ciklo – ciklofosfamid; cis – cisplatin; doxo – doksorubicin; eto – etoposid; ifn – interferon; irino – irinotekan; LD – nizkodozni gemcitabin; mito – mitomicin; pem – pemetreksed; vlb – vinblastin.

malignega mezotelioma. Na tem mestu naj omenimo, da smo v naši klinični študiji zdravljenja mezotelioma z nizkim odmerkom gemcitabina v kombinaciji s cisplatinom dosegli srednje preživetje 17 mesecev, pri čemer so bili stroški za zdravlila kar dvajsetkrat nižji od stroškov zdravljenja s pemetreksedom (8). Slika 3 povzema podatke o preživetju bolnikov z mezoteliomom v razmerju do stroškov zdravljenja. Čeprav gre pri posameznih kliničnih študijah za razlike v napovednih dejavnikih in jih brez zadržkov ne smemo primerjati, je vendarle očitno, da najdražje zdravljenje še zdaleč ni najbolj učinkovito.

Poigravanje s cilji opazovanja

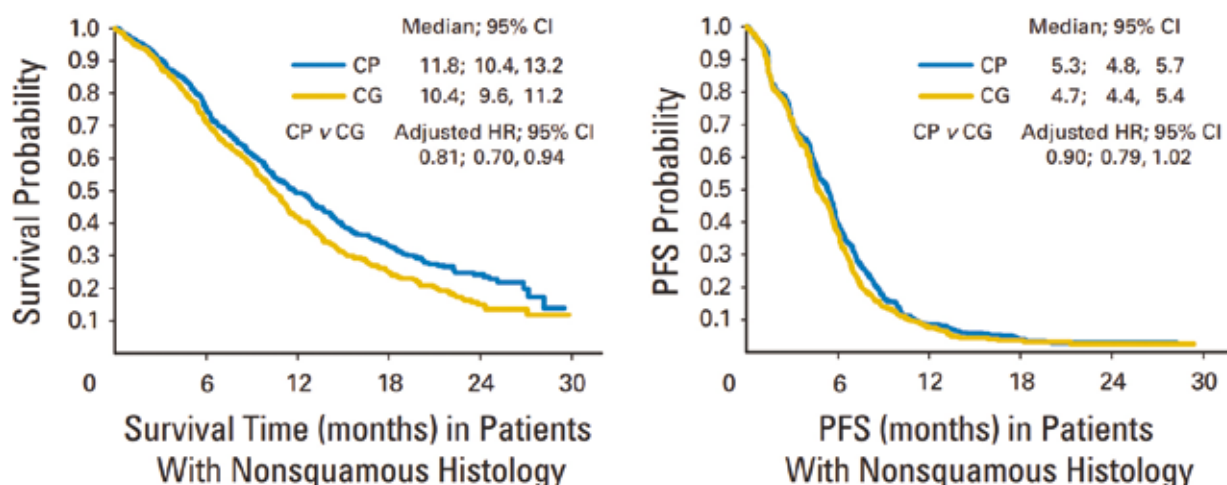
Uspešnost zdravljenja ocenjujemo s tremi kazalci: z odstotkom bolnikov, pri katerih potrdimo objektivno izboljšanje (remisijo) bolezni, s časom do napredovanja bolezni ter s preživetjem. Kadar vsi trije kazalci kažejo v isto smer, je to prepričljiv dokaz, da je eno zdravljenje boljše od drugega: značilno več je bolnikov z remisijo, čas do napredovanja bolezni je daljši in daljše je tudi srednje preživetje. Pri nekaterih boleznih z dolгим potekom se razumljivo ne moremo nasloniti na vse tri kazalce, saj bi morali za zrele

podatke o preživetju čakati predolgo. Napredovali pljučni rak pa je bolezen s sorazmerno kratkim srednjim preživetjem okrog enega leta, tako da ni pravega razloga, da v oceno uspešnosti zdravljenja ne bi vključili vseh treh kazalcev. Kot bomo videli, raziskovalci in sponzorji pri objavi rezultatov pogosto predstavijo le tiste kazalce, ki kažejo na prednost izbranega, običajno novega zdravljenja.

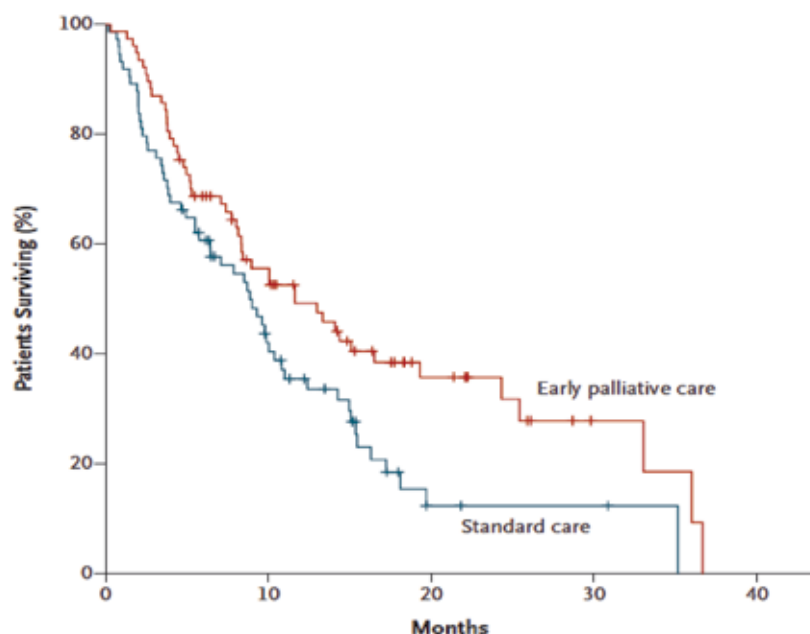
V obsežni študiji s 1.725 bolniki z nedrobnoceličnim pljučnim rakom so pemetreksed primerjali z gemcitabinom, bolniki v obeh skupinah pa so prejeli tudi cisplatin (9). Na celotni populaciji se učinkovitost obeh možnosti zdravljenja ni razlikovala, v podskupini bolnikov z žleznim ali velikoceličnim tipom pljučnega raka pa je pemetreksed podaljšal preživetje za 2 meseca. Na tej osnovi so pemetreksed registrirali za prvo linijo zdravljenja žleznega in velikoceličnega pljučnega raka. Za večne dvomljivce, kakršen sem tudi jaz, pa ostaja vprašanje prednosti mnogo dražjega pemetrekseda odprto. Pri obeh skupinah zdravljenja so namreč poročali o natančno enakem odstotku remisij in tudi čas do napredovanja bolezni se med skupinama ni razlikoval (slika 4 desno). Zdravljenje z eno ali drugo kombinacijo zdravil so zaključili po štirih mesecih, krivulji preživetja (levi

del slike) pa se razmakneta šele pozno, po približno 8 mesecih od začetka zdravljenja. Enak odstotek remisij, enak čas do napredovanja bolezni ter razmik krivulj preživetja štiri mesece po zaključku študijskega zdravljenja – vse to nas napeljuje na možnost, da so bili pri podaljšanju preživetja v igri drugi dejavniki, na primer več pozornosti pri podpornem zdravljenju. Dokazov za takšno naklonjeno pristranost do bolnikov na novem zdravljenju seveda nimamo, rečemo pa lahko, da je ob zelo velikih dobičkih v primeru registracije novega zdravila velika tudi skušnjava, da bi ponudili kar najbolj obetavne rezultate. V podporo domnevi, da dobro paliativno zdravljenje lahko vpliva na preživetje, naj navedemo znano študijo Temelove in sodelavcev (10). V tej študiji so potrdili, da zgodnje dobro paliativno zdravljenje ni pomembno le za kakovost bolnikovega življenja, pač pa za dva meseca podaljša pričakovano preživetje (slika 5).

Omenjena študija še zdaleč ni edina, ki pri predstavitvi rezultatov ne upošteva možnosti, da na preživetje vpliva tudi dodatno zdravljenje po zaključku študijskega zdravljenja. Večina študijskih protokolov ne daje natančnih napotkov in lečečemu zdravniku prepušča odločitve o vrsti



Slika 4. Primerjalna študija cisplatina v kombinaciji s pemetreksedom (CP, modra črta) ali gemcitabinom (GP, rumena črta) za bolnike z napredovalim žleznim ali velikoceličnim pljučnim rakom (9). Levo: preživetje (survival); desno: čas do napredovanja bolezni (PFS – progression free survival).



Slika 5. Značilno daljše preživetje bolnikov s pljučnim rakom v skupini, ki so ji že takoj ob začetku onkološkega zdravljenja dodali tudi podporno zdravljenje pod nadzorom specialista paliativne medicine (10).

in intenzivnosti dodatnega zdravljenja, to dodatno zdravljenje pa seveda lahko znatno vpliva na preživetje. V zaključnem poročilu in v objavljenih člankih avtorji redko navajajo podrobne podatke o dodatnem zdravljenju: v našem pregledu smo tak podatek zasledili le pri 27 % objavljenih študij. Pogosto se tako lahko vprašamo, ali naj morebitno razliko v preživetju pripišemo zdravljenju, ki ga je bolnik v okviru klinične študije prejemal v prvih mesecih, ali pa gre morda za pristranost pri dodatnem zdravljenju.

Drugačen primer pristranosti pri izbiri ciljev opazovanja lahko vidimo pri študiji, ki je poskušala utrditi indikacijo za dodatek antiangiogenega zdravila bevacizumaba za zdravljenje napredovalnega pljučnega raka (11). Ko so to zdravilo dodali k standardni kombinaciji gemcitabina in cisplatina, se je za 10 % dvignil odstotek remisij, srednji čas do napredovanja bolezni pa se je podaljšal za 2 tedna. Tudi ta študija je bila s 1.043 bolniki zelo velika, zato je bila razlika v sicer skromnem podaljšanju časa do napredovanja bolezni statistično

značilna. Čeprav so zadnjega bolnika vključili v študijo dve leti in pol pred objavo, o preživetju v članku niso poročali s pojasnilom, da podatki o preživetju še niso bili na voljo. Naj temu pojasnilu verjamemo, ali pa je resnica, da so avtorji že imeli za sponzorja neugodne podatke o preživetju, pa jih niso hoteli razkriti? Šele mnogo kasneje smo lahko izvedeli, da dodatek bevacizumaba ni vplival na preživetje. Pri nas smo bili do uvedbe tega zdravila zadržani in bevacizumaba za bolnike s pljučnim rakom nismo uporabljali, v mnogih drugih evropskih državah in v ZDA pa so ga kljub znatni toksičnosti in velikim stroškom uvrstili med standardne načine zdravljenja.

Zaključek

V članku smo želeli bralca opozoriti na nekatere stranpote in pristranosti pri kliničnih raziskavah. Za slabosti pri načrtovanju kliničnih študij in pri oblikovanju zaključkov ne smemo kriviti le avtorjev in sponzorjev raziskav. Odgovornost nosijo tudi

uredniki znanstvenih revij in njihovi recenzenti ter organizatorji znanstvenih srečanj, ki vse pre pogosto dopuščajo objavo neprimernih, strokovno ali znanstveno šibko pripravljenih poročil. Ni dvoma, da je tudi pri njih prisotna pristranost z naklonjenostjo do bogatih sponzorjev, ki se reviji ali kongresu oddolžijo z oglaševanjem.

Ko govorimo o medicini na osnovi dokazov (*evidence-based medicine*), se opiramo na izkušnje kliničnih študij, najpogostejše tistih z naključno izbiro zdravljenja. Številnim novim zdravilom in novim načinom zdravljenja so klinične študije odprle pot do redne uporabe. Kakor si brez sistematičnega raziskovanja ne moremo zamisliti napredka medicinske znanosti in prakse, pa je tudi res, da moramo ohraniti kritičnost pri sprejemanju ponujenih novosti. Takšen kritičen odnos nam lahko pomaga, da bomo med številnimi novostmi znali izbrati tiste, ki resnično pomenijo korak naprej.

Viri

1. Zwitter M. Toxicity and quality of life in published clinical trials for advanced lung cancer. *Supp Care Cancer* 26:3453-3459, 2018.
2. Kaplan EL, Meier P. Nonparametric estimation from incomplete observations. *J Am Stat Ass* 53:457-481, 1958.
3. Rich JT, Neely JG, Paniello RC, Voelker CC, Nussenbaum B, Wang EW. A practical guide to understanding Kaplan-Meier curves. *Otolaryngol Head Neck Surg* 143:331-336, 2010.
4. Zarogoulidis K, Ziogas E, Boutsikou E in sod. Immunomodifiers in combination with conventional chemotherapy in small cell lung cancer: a Phase II, randomized study. *Drug Des Devel Ther* 7:611-617, 2013.
5. Schulz KF, Altman DG, Moher D. CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *Ann Intern Med* 152:726-732, 2010.
6. Zwitter M, Rajer M, Stanic K, Vrankar M, Doma A, Cuderman A, Grmek M, Kern I, Kovac V. Intercalated chemotherapy and erlotinib for non-small cell lung cancer (NSCLC) with activating epidermal growth factor receptor (EGFR) mutations. *Cancer Biol Ther* 17:833-839, 2016.
7. Vogelzang NJ, Rusthoven JJ, Symonowski J, Denham C, Kaukel E, Ruffie P, in sod. Phase III study of pemetrexed in combination with cisplatin versus cisplatin alone in patients with malignant pleural mesothelioma. *J Clin Oncol* 21:

- 2629-2630, 2003.
8. Kovac V, Zwitter M, Rajer M, Marin A, Debeljak A, Smrdel U, et al. A phase II trial of low-dose gemcitabine in prolonged infusion and cisplatin for malignant pleural mesothelioma. *Anticancer Drugs* 23; 230-238, 2012.
 9. Scagliotti GV, Parikh P, von Pawel J, Biesma B, Vansteenkiste J, Manegold C in sod. Phase III study comparing cisplatin plus gemcitabine with cisplatin plus

- pemetrexed in chemotherapy-naïve patients with advanced-stage non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol* 26:3543-3551, 2008.
10. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher EL, Admane S, Jackson VA in sod. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 363:733-742, 2010.
 11. Reck M, von Pawel J, Zatloukal P, Ramlau R, Gorbounova V, Hirsh V in sod.

Phase III trial of cisplatin plus gemcitabine with either placebo or bevacizumab as first-line therapy for non-squamous non-small-cell lung cancer: AVAiL. *J Clin Oncol* 27:1227-1234, 2009.

Prof. dr. Matjaž Zwitter,
dr. med., Ljubljana,
matjaz.zwitter@guest.arnes.si

Pomen ustnega zdravja pri osebah z demenco

Marta Križnar Škapin

Opozoriti želim na zelo ranljivo skupino prebivalcev – ljudi z demenco, ki jih je ta trenutek v Sloveniji približno 32.000. Strokovnjaki ocenjujejo, da se bo število obolelih že čez 20 let podvojilo, predvsem zaradi staranja prebivalstva.

Septembra 2018 je bila v Ljubljani 10. konferenca o demenci ASK 2018, ki jo je organiziralo združenje Spominčica skupaj z Medicinsko fakulteto. Na konferenci sem sodelovala s prispevkom »Pomen ustnega zdravja pri osebah z demenco«. Vse tegobe te težke in neozdravljive bolezni spremljam že devet let in opažam velik problem ustne higiene v domovih za ostarele ter temu primerno slabo stanje zob in mehkih tkiv v ustih oskrbovancev.

Zakaj je ustno zdravje pri demenci tako pomembno?

Ustno zdravje je sestavni del splošnega zdravja. Vedno več raziskav je osredotočenih na povezavo med ustnim zdravjem in kognitivnim statusom. Nezdravo ustno votlino strokovnjaki povezujejo tudi z večjo možnostjo za razvoj demence pri starejših. Ustno zdravje s posledičnimi vnetji v ustih je torej lahko eden od dejavnikov tveganja, na katerega je mogoče vplivati pri razvoju demence.

Najbolj odmevna raziskava izvira iz Japonske¹, kjer so 5 let spremljali 1.566 oseb, starih nad 65 let, in ugotovili, da imajo ljudje z večjim številom svojih zob manjšo verjetnost za razvoj alzheimerjeve demence (AD). Tisti, pri katerih je prisotnih 10 do 19 zob, imajo za 62 % večje tveganje za pojav AD, če pa imajo le 1 do 8 zob, je tveganje za AD že 81 %. Ta raziskava poudarja klinični pomen zobozdravstvene oskrbe in zdravljenja, še posebej z vidika vzdrževanja zob od zgodnjega otroštva dalje.

V slovenskem prostoru sem zasledila po meni dostopnih podatkih le eno študijo o stanju zob in obzobnih tkiv pri bolnikih s parkinsonovo boleznijo (PB)², pa še ta je bila narejena na majhnem številu oseb. Avtor študije je Jure Binter, dr. dent. med., specialist parodontolog, ki je s soavtorji vključil v raziskavo 39 oseb s PB in 55 zdravih oseb enake starosti. Ugotovili so, da je slabše stanje zob in dlesni mogoče pripisati omejeni motorični sposobnosti za izvajanje ustne higiene in delovanju nekaterih

zdravil, ki povzročajo kserostomijo – suha usta. Apatija, depresija in demenca lahko vplivajo na zmanjšanje zaznavanja boleznih ustne votline, motorične motnje pa otežujejo obisk zobozdravnika in izvajanje zobozdravniških posegov.

Pri starostnikih bi posebej omenila zmanjšano tvorbo sline v ustih, ki je zelo pomembna za žvečenje hrane in jo deloma že v ustih razgradi, mehanično čisti usta in zobe ter deluje protimikrobno. Vse te funkcije sline so zaradi manjšega izločanja okrnjene, zato starejši pogosto tožijo zaradi suhih ust in slabšega zaznavanja okusa. Zaradi povečane tvorbe zobnih oblog imajo več koreninskega kariesa in vnetja dlesni.

Ti bolezenski znaki so še posebej izraženi pri bolnikih z demenco in so tudi posledica zdravil, predvsem pomirjeval in antidepresivov. Da bi pri starejših osebah z demenco preprečili tovrstne težave in ohranili ustno zdravje, je nujno poskrbeti za redno in učinkovito ustno higieno. To je sicer zelo zahtevno opravilo, ki dodatno obremeni maloštevilno osebje v domovih ter utrujene negovalce, vendar so posledice opuščanja ustne nege težke in boleče, zdravljenje pa zahtevno.

1 Takeuchi K, Ohara T et al: Tooth Loss And Risk of Dementia in the Community: the Hisayama Study. *J Am. Geriatr Soc* 2017 May
2 Binter J., Skalerič E., Georgiev D., Pirtošek Z., Skalerič U.: Stanje zob in obzobnih tkiv pri bolnikih s Parkinsonovo boleznijo. *Zobozdrav Vestn*, 2014; 69: 81-86

Oskrbovanci z demenco v domovih imajo zelo različno stanje v ustih. V veliki večini že dalj časa niso bili pri zobozdravniku. Prav tako imajo zelo različne higienske navade, od dobrih do popolnoma opuščenih. Vsak bolnik z demenco potrebuje specifične prijeme in pomoč pri higieni, odvisno od razmer v ustih in napredovale bolezni.

Tudi pripomočki za higieno so zelo različni, sposobni pa so uporabljati le tiste, ki so jih bili navajeni že pred nastopom bolezni. Pogosto uporabljena gobica na palčki je primerna za brezzoba usta, da odstranimo ostanke hrane iz sluzničnih gub. V tem primeru celo zadostuje splakovanje ust, če oseba to še obvlada. Za proteze so bolj kot navadne učinkovite posebne ščetke za proteze, ki jih kombiniramo z zobno pasto, antiseptičnimi tekočinami za spiranje in posebnimi tabletkami za shranjevanje protez čez noč, ki jih raztopimo v vodi.

Negovalno osebje v domovih je treba podučiti o različnih pristopih k ustni higieni pri osebah z demenco, zato so priporočljivi in koristni prikazi v obliki delavnic z zobozdravnikom ali ustnim higienikom. Pri tem se marsikaj naučimo drug od drugega.

Glede na sposobnost opravljanja ustne higiene bolniku pomagamo in ga seveda stalno opominjamo. Včasih je priporočljivo nastaviti ščetko s pasto na rob umivalnika, da jo vidi in si morda še sam umije zobe. To dejavnost je treba stalno nadzorovati. Ob obiskih je koristno, da svojci pomagajo pri ustni higieni, ker to opravilo zahteva kar nekaj časa. Pri tem je treba biti zelo strpen, ker bolniki z demenco pogosto odklanjajo posege v usta. Vendar če se pri tem vztraja vsak dan, prijeten občutek ob čistih ustih motivira bolnika, da brez odklonitve dovoli ščetkanje zob. Pa še dobra priprava je, da bo morda lažje prenesel morebitni stomatološki poseg v ustih.

Stiki z zobozdravnikom so naloga svojcev. Žal nekateri svojci to opravilo zelo radi prepustijo negovalnemu osebju. Vzroki so različni. Svojci, ki

pogosto obiskujejo bolnika, mu bodo očistili zobe, poskrbeli za termin pri zobozdravniku in ga peljali v ambulantno. Svojci, ki so oddaljeni in temu primerno poredko obiskujejo bolnika, pa dostikrat niti ne vedo, kakšne težave ima bolnik v ustih, in se temu radi ognejo. Vendar so potem razočarani, ker poseg ni potekal po njihovih pričakovanjih. Če so pri pacientu že dalj časa prisotne bolečine, je namreč težko pričakovati kaj drugega kot izdrte enega ali več zob.

O demenci kot bolezni se več govori šele zadnjih deset let. Glede na skokovit porast te bolezni so organizirana izobraževanja o demenci za trgovce, bančne in poštne uslužbenke, policiste..., da bi prepoznali znake demence pri osebah in preprečili morebitne zlorabe. Ob tem se postavlja vprašanje, ali so zobozdravniki seznanjeni z značilnostmi demence in kako naj poteka stomatološko zdravljenje pri bolnikih z demenco. Menim, da ne, razen če je zobozdravnik seznanjen z boleznijo ob obolem družinskem članu in če se je ob tem sam izobraževal. Vendar povsod po svetu poročajo o enakih težavah pri iskanju primerne zobozdravnika za osebe z demenco.

Svojci, ki pripeljejo bolnika, pričakujejo od zobozdravnika razumevanje, spoštovanje in potrpežljivost, ob tem pa ne pomislijo, da morda zobozdravnik nima niti znanja o demenci. Največkrat je enako zaskrbljen, ker ne pozna specifičnosti dela z osebami z demenco. Če je po naravi čuteč, bo bolj uspešen. Dokler se svojci sami ne soočijo s problemom zdravljenja zob pri osebah z demenco, se sploh ne zavedajo, kako zahtevno je to zdravljenje za vse.

Zakonodaja, zavarovalnica pri natančno določenem storitvenem sistemu, kjer je vsako zdravljenje natančno časovno in točkovno ovrednoteno, ne upošteva dodatnega časa, ki ga potrebuje zobozdravnik pri zdravljenju oseb z demenco. Zato lahko rečemo, da zobozdravnik ne more biti ravno motiviran za zdravljenje teh pacientov.

Če citiram predloge in zaključke študije slovenskih avtorjev (Binter et al.), »bolniki s PB in AD so skupina z večjim tveganjem za nastanek bolezni zob in obzobnih tkiv v primerjavi z zdravimi prebivalci. Naraščajoča prevalenca nevrodegenerativnih obolenj med vse bolj starajočim se prebivalstvom zahteva posvečanje večje pozornosti njihovem ustnemu zdravju. Ugotovljeno slabše ustno zdravje kaže na potrebo po preventivnih ukrepih za preprečevanje nastanka bolezni zob in obzobnih tkiv ter pogostejše obiske pri zobozdravniku. Ti bolniki potrebujejo poduk in motivacijo o ustni higieni ter sanacijo bolezenskih sprememb v zgodnji fazi bolezni, saj napredovala bolezen ovira tako izvajanje ustne higiene kot izvajanje zobozdravniških posegov. Obiski pri zobozdravniku morajo biti dovolj pogosti, pri čemer je pomemben dnevni čas naročanja, ko so bolezenski znaki najmanj izraženi in bolnikovo sodelovanje še učinkovito.«

Zato je nujno sestaviti strategijo, kako pristopiti k temu problemu. Menim, da je najprej treba dodatno izobraziti zobozdravnike in ostalo zobozdravstveno osebje. Za bolnike z demenco je nujno sestaviti program preventive in kurative in ga izvajati, ko so še sposobni sodelovati. Zakonodaja mora upoštevati drugačno vrednotenje zdravljenja pri osebah z demenco in upoštevati večjo porabo časa. Ob tem morajo aktivno vlogo prevzeti Ministrstvo za zdravje, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Zdravniška zbornica Slovenije in Medicinska fakulteta. Predvsem pa strategija ne bo izvedljiva brez dodatnih finančnih sredstev. Glede na to, da gre za neozdravljivo bolezen, ki je v svetu najdražja in skokovito narašča, je neumestno razpravljati, ali se splača ali ne.

Strategija zdravljenja mora omogočiti, da bodo imeli bolniki z demenco dostop do zdravljenja v zgodnji fazi bolezni. Preventivni program, prilagojen osebami z demenco, bo bistveno izboljšal njihovo ustno zdravje, upočasnili napredovanje

bolezni in morda tudi zmanjšal število obolelih ali vsaj premaknil začetek bolezni za nekaj let.

Dokler pa si bodo odgovorni zatiskali oči, kot da tega problema ni

oziroma da ni vredno načrtno in preventivno delati z osebami z demenco, bo ustno zdravje pri njih še naprej slabo in bo to nočna mora za

bolnike, svojce, negovalce in zobozdravnike.

Prim. Marta Križnar Škapin, dr. dent. med., svet., Celje

Še vedno verjamem v ultrazvok

Dubravka B. Vidmar

V zgodovini človeštva so številni modri ljudje zapisali, da je treba le dovolj dolgo živeti, da človek ugotovi, kako zelo se vse spreminja skozi čas. In kako zelo resnične so domnevno zadnje besede Bude, da je »decay inherent in all composed phenomena« (v naravi vseh sestavljenih pojavov je razkroj).

Pred mnogimi leti, ko sem začela s specializacijo iz radiologije, mi je nekega dne začetnik ultrazvočne diagnostike na Inštitutu za radiologijo Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani primarij Marko Demšar dejal: »Pridite v soboto, začeli vas bomo učiti ultrazvoka po posebnem programu.« Tedaj je namreč učenju ultrazvoka v kurikulumu specializacije iz radiologije pripadal le skromen mesec.

Seveda sem prišla v soboto. In seveda je bila ljubezen na prvi pogled. S sondo v desnici, ki je hkrati pošiljala in sprejemala ultrazvočno valovanje, sem vstopila v človeško telo. Moja roka, moje oči in moji možgani so se zlili v nerazdružljiv mehanizem ... in potovanje skozi moj ultrazvočni čas se je začelo. Primarij Demšar je izrekel le nekaj enostavnih stavkov, s katerimi me je za vedno rešil strahu pred mozaikom množice različnih odtenkov sivine, ki v obliki digitalne slike predstavijo človeške organe, ampak točno in samo toliko, kolikor si jih sam sposoben poiskati. Tisto davno soboto se mi je zdelo, da me je izstrelil v orbito.

Takrat so ultrazvok za svoje diagnostične potrebe uporabljali ginekologi in kardiologi, ščitnico pa so že bili »prevzeli« internisti nuklearne medicine. Vsa ostala področja ultrazvočne diagnostike so bila bolj ali manj prepuščena nam radiologom.

V tistem času smo imeli na inštitutu le en CT-aparat, nekoliko kasneje še en magnetnoresonančni tomograf, kadrovska zasedba pa je bila na obeh aparaturnah suboptimalna. Ker so ultrazvočni aparati bistveno cenejši, smo jih seveda imeli več, s tem pa tudi več zdravnikov, subspecialno usmerjenih v ultrazvok – kar smo si kot velika in vodilna ustanova v državi lahko privoščili. Bolnikov in patologije vseh vrst je bilo na pretek ... in tako smo postali zares dobri – tako v reševanju diagnostičnih problemov kot tudi v vlogi učne baze specializantom radiologije iz celotne države. Bili smo v stalnem stiku z razvojem ultrazvočne diagnostike, brez časovnega zamika smo uvajali vse, kar smo »pobirali« na kongresih, ter skrbeli, da so specializanti po opravljenem specialističnem izpitu odhajali na svoja periferna delovišča dobro izurjeni. Tako je bilo ultrazvočno znanje slovenskih radiologov na zavidljivo visoki ravni.

A kot smo ugotovili že na začetku, je v naravi stvar, da se skozi čas spreminjajo. In začele so se spreminjati neke sredi prejšnjega desetletja. Zelo kompleksno in sprva počasi in manj opazno, kasneje vse bolj jasno in

odločno. Na kratko lahko strnem, da sta stekla dva procesa, vsak v nasprotno smer. Neradiološka stroka je začela odkrivati ultrazvok kot odlično pomožno diagnostično sredstvo, ki ga lahko uporabijo sami, da bi povečali svojo diagnostično natančnost v primerjavi s časi, ko so imeli na voljo le anamnezo, status in laboratorij. Na drugi strani pa se je radiološka stroka povsod po državi okrepila s številnimi CT- in MRI-aparati. Generacije mladih radiologov, odrasle ob računalniških z miško v roki, očarane nad tehnološko briljantnostjo CT-ja in MRI-tomografov, predvsem pa nad udobnostjo diagnostičnega diskurza, ki ga nudita (delo je možno opraviti na daljavo, iz udobnega domačega naslanjača, kar nikakor ne velja za ultrazvok), so se začele počasi oddaljevati od ultrazvoka.

Vendar pa krivde nikakor ne moremo naprtiti samo in izključno mlajšim generacijam radiologov. Skoraj v enaki meri nosi odgovornost za obvoz mimo ultrazvoka naravnost na CT (nekoliko manj na MRI zaradi narave te preiskave, ki je časovno zamudna, precej dražja in še vedno manj dostopna) tudi branje literature. Ta ponuja »kot suho zlato prepričljive« diagnostične algoritme, ki v največji meri izvirajo iz »laboratorijev« severnoameriških bolj ali manj visoko kotirajočih medicinskih ustanov, ki imajo odprt dostop do najbolj branih, cenjenih in vplivnih revij. In to literaturo seveda berejo zdravniki različnih specialnosti, ki svoje bolnike pošiljajo na radiološke preiskave. Najbrž pa nihče od njih ne ve, da ame-

riški algoritmi ultrazvočnih alternativ niti ne morejo vsebovati, saj v njihovi radiologiji ultrazvok tako rekoč ne obstaja že od samega začetka uporabe *real-time*, torej gledanja žive slike. Ko je namreč konec sedemdesetih let prejšnjega stoletja razvoj računalniške podpore omogočil prehod iz predhodne *compound* tehnike na gledanje žive slike in je ultrazvočna diagnostika s tem od prvotnega slikanja postala preiskava, je v ameriški miselnosti prevladal ekonomski motiv (*»money makes the world go round«*) – plačevati zdravnika, da opravlja preiskavo, bi bilo predrago. Zato so raje uvedli precej cenejšega sodelavca (*»sonographer«*), ki so ga pridobili s kratkim došolanjem rentgenskih tehnikov. In s tem odvzeli ultrazvočni diagnostiki krila ... zmanjšali njeno diagnostično točnost, na koncu pa še prepričali velik del preostalega sveta, da ultrazvok ni enakovredna alternativa CT-ju.

Da je zlasti zdravnikom kirurških strok CT *»všeč«*, je treba pripisati tudi dejstvu, da si iz teh slik veliko lažje kaj predstavljajo kot iz ultrazvočnih, za razumevanje katerih je potrebno veliko več treninga. Da ob tem njihov bolnik prejme visoko dozo ionizirajočega sevanja, zdravstvena blagajna pa porabi trikrat več denarja, večine niti ne zanima niti ne gane, tudi če jih kdo na to opozori.

In tako se je v radiologiji začel sklepati krog, ki bi ga v medicinskem izrazoslovju lahko poimenovali *circulus vitiosus* ali kar *crux mortis*: obvoz ultrazvoka z neposredno napotitvijo na CT (MRI) v primerih, ki bi jih **lahko** rešili z ultrazvokom – vse manj patologije, primerne za poučevanje specializantov – vse slabša izurjenost specializantov – vse manjša samozavest specializantov, da so sposobni rešiti problem z ultrazvokom – sugestija kliniku, naj gre pacient raje (ali po UZ še) na CT ... in tako je krog sklenjen. Če dodamo zraven še težnjo k udobju, nemučanju (kar ultrazvočna preiskava vsekakor lahko postane pri zahtevnih, slabo preglednih in nesodelujočih bolnikih),

sklicevanje na diagnostične algoritme ameriške literature in pomanjkanje energije za prepiranje s kliniki, postane jasno, da se ultrazvok umika iz radiologije.

Na drugi strani pa vse ostale stroke kažejo vse večje zanimanje za ultrazvok. Naravnost paradoksalno pri tem je, da so tudi v ZDA ponovno *»odkrili«* ultrazvok. Svoj pristop in seveda svoje izobraževanje spet na veliko ponujajo ostalemu svetu – a žal niso spremenili vloge ultrazvoka v radiologiji.

In spet se vračam v tisto daljno soboto, ko sem prvič prišla ultrazvočno sondo. Primarij Demšar mi reče: *«Ultrazvok še zdaleč ne pripada izključno radiologiji. Lahko ga dela zdravnik katere koli stroke, edini pogoj pa je, da to zna.»*

In tako pridemo do problema, ki ga imamo trenutno v Sloveniji. Potrebi po ultrazvoku ter očaranosti nad njim v neradioloških strokah namreč ni sledilo tudi sistematično učenje, ki bi zadostilo zgoraj omenjenemu pogoju, da ultrazvok dela tisti, ki to zna. Na drugi strani imamo radiologi v kurikulumu svoje specializacije še vedno edini zadovoljivo urejen sistem učenja, podprt z opravljanjem kolokvijev in z dovolj možnosti samostojnega dela pod mentorskim nadzorom.

Zavedanje o potrebi po sistematičnem poučevanju in preverjanju znanja ultrazvoka je ob koncu letošnjega poletja pripeljalo do ustanovitve delovne skupine pri Zdravniški zbornici Slovenije, ki si je zadala nalogo, da poskusi rešiti ta problem. Popolnoma se zavedamo, da je naloga težka in da je še nihče v Sloveniji ni uspel rešiti. Moramo najti rešitev tako za specializante, kar bo verjetno pomenilo jasne definicije učenja znotraj kurikulumov, kot tudi za specialiste, ki želijo pri svojem delu uporabljati ultrazvok. V pomoč nam je razdelitev celotnega obsega ultrazvočnih storitev na t.i. vseobsegajoče preiskave (*comprehensive*) na eni ter v klinično vprašanje usmerjene (*point-of-care*) ultrazvočne preiskave na drugi strani. Treba bo postaviti

jasno ločnico med obema pristopoma, način pridobivanja teh znanj in seveda način preverjanja za pridobitev dokazila o znanju. In ne nazadnje doseči, da bo ultrazvok smel uporabljati le tisti, ki bo tako dokazilo imel.

Človek verjetno ne more ubežati svoji usodi. Po spodletelem poskusu skupine radiologov – vodilnih ultrazvočistov v Sloveniji, da bi ta problem rešili že pred enajstimi leti, sem bila prepričana, da se tega ne bom lotila nikoli več. A očitno drži rek, da nikoli ne reci nikoli. In verjetno to dolgujem tej božanski tehnologiji, prijazni in neškodljivi za ljudi vseh starosti, neodtujeni v odtujenem sistemu (kjer bolnik niti ne zazna zdravnika, kaj šele, da bi se ga le-ta dotikal s sondo med prijaznim pogovorom) ... in prijazni tudi do zdravstvene blagajne. Dolžna sem tudi v imenu vseh tistih bolnikov, ki sem jim s to prijazno tehnologijo morda rešila ali jim vsaj podaljšala življenje s pravilno diagnozo v pravem trenutku. In ne nazadnje sem dolžna sebi, ker sva z ultrazvokom tiste davne sobote sklenila zaveznitvo. Ker me je prepričal in še vedno verjamem vanj. Ko so me pred nekaj leti fiziatri zaradi okvare hrbtenice poskušali prepričati, naj neham delati ultrazvok, sem to elegantno preslišala (raje bom garala v telovadnici).

Mag. Dubravka B. Vidmar, dr. med.,
Svet za izobraževanje in usposabljanje
zdravnikov ZZS,
dubravka.vidmar@zzs-mcs.si

Analiza raziskave COMPASS v luči bolnikov s periferno arterijsko boleznijo

Mišo Šabovič

Bolniki s periferno arterijsko boleznijo (PAB) imajo veliko tveganje za pojav srčno-žilnih zapletov (srčni infarkt, možganska kap, srčno-žilna smrt) in za pojav perifernih arterijskih zapletov (akutna ali kronična kritična ishemija noge, amputacije). Kljub veliki ogroženosti je PAB prepogosto neprepoznana in nedosledno ali neustrezno zdravljena. V zadnjih desetletjih pogostost PAB močno narašča, najpomembnejši razlog je staranje prebivalstva. Prevalenca PAB je 2–12 %, po 60. letu pa 10–15 %. Trenutne smernice za sekundarno srčno-žilno preventivo pri bolnikih s PAB priporočajo zdravljenje z antiagregacijskimi zdravili (aspirin ali klopidogetrel), statini, ACE-inhibitorji ter prenehanje kajenja in redno telesno dejavnost. V veliki slovenski raziskavi PID PAB so pokazali, da z doslednim upoštevanjem smernic lahko pomembno zmanjšamo pojavnost srčno-žilnih dogodkov pri bolnikih s PAB (1).

Antiagregacijsko zdravljenje je pomemben del sekundarne preventivne terapije. Glede na smernice lahko uporabimo aspirin ali klopidogetrel. Aspirin zmanjša pojavnost srčno-žilnih dogodkov za približno 20 % in umrljivost za približno 10 %. V preteklosti so že poskušali izboljšati učinkovitost antiagregacijskega oz. antitrombotičnega zdravljenja. Vendar pa dvojna antiagregacijska terapija (aspirin in klopidogetrel), učinkovitejša antiagregacijska zdravila (tikagrelor) ali modulatorji trombocitnih receptorjev (voraxapar) niso bili učinkovitejši in varnejši od aspirina. Varfarin ni povečal učinkovitosti, je pa močno

povečal pojavnost krvavitev. Nato se je izoblikovala izvirna ideja, da bi bila lahko kombinacija aspirina z nizkim odmerkom rivaroksabana (2,5 mg 2-krat na dan) učinkovitejša in obenem enako varna kot aspirin. Ideja je temeljila na predpostavki, da bosta obe zdravili, če bosta prisotni v nizkem odmerku, delovali aditivno na zaviranje kompleksnega procesa aterotromboze in posledično zmanjšanje srčno-žilnih dogodkov, ne bosta pa delovali aditivno na pojav krvavitev. Ideja o kombiniranju zdravil z različnim prijemališčem v istem procesu in tudi uporaba nizkih odmerkov ni nova, saj jo že uspešno uporabljajo pri zdravljenju nekaterih drugih bolezni. Predpostavko so potrdili v veliki klinični raziskavi pri bolnikih po akutnem koronarnem dogodku, ko so kombinaciji aspirina in klopidogetrela dodali nizek odmerek rivaroksabana 2-krat 2,5 mg (2). Ti pozitivni rezultati so vodili v raziskavo COMPASS (Cardiovascular Outcomes for People Using Anticoagulation Strategies) z novo tarčno populacijo bolnikov s stabilno aterosklerotično boleznijo (3).

V raziskavo COMPASS je bilo vključenih 27.395 bolnikov s stabilno koronarno boleznijo, PAB ali karotidno boleznijo. Bolniki so bili razdeljeni v tri skupine. V prvi skupini so bolniki prejeli aspirin 100 mg, v drugi skupini aspirin in rivaroksaban 2-krat 2,5 mg in v tretji rivaroksaban 2-krat 5 mg. Primarni opazovani dogodek je bil sestavljen izid velikih srčno-žilnih dogodkov (MACE – major adverse cardiovascular events): srčni infarkt, možganska kap in srčno-

žilna smrt. Raziskavo so zaradi prepričljivo boljših rezultatov s kombinacijo aspirina in rivaroksabana predčasno prekinili po 23 mesecih. Pogostost primarnih izidov je bila v skupini, zdravljeni z aspirinom in rivaroksabanom, pomembno nižja kot v skupini, zdravljeni z aspirinom (4,1 % vs 5,4 %; HR 0,76; 95 % CI 0,66–0,86; $p < 0,001$). Povečana učinkovitost je bila povezana s pogostejšimi velikimi krvavitvami (3,1 % vs 1,9 %; HR 1,70; 95 % CI 1,40–2,05; $p < 0,001$), vendar pa usodnih krvavitev, intrakranialnih krvavitev in krvavitev v vitalne organe ni bilo več. Večinoma je šlo za krvavitve iz prebavil. Analiza razmerja koristi in škode, ki je upoštevala tako MACE-dogodke kot tudi usodne krvavitve in krvavitve v kritične organe, je potrdila korist zdravljenja s kombinacijo v primerjavi z zdravljenjem z aspirinom (4,7 % vs 5,9 %; HR 0,80; 95 % CI 0,70–0,91, $p < 0,001$). Visok odmerek rivaroksabana (2-krat 5 mg) se ni izkazal za učinkovitejšega od aspirina.

Z namenom identificirati skupino bolnikov, ki ima največjo korist, so raziskovalci v podanalizi posebej analizirali rezultate bolnikov s PAB (4). V analizo je bilo vključenih 7.470 bolnikov s PAB ali karotidno boleznijo, od tega je imelo 55 % bolnikov simptomatsko PAB, 20 % asimptomatsko PAB (s priključeno koronarno boleznijo) in 25 % karotidno bolezen. Kot so predvidevali, je bila pojavnost MACE-dogodkov pri bolnikih s PAB večja kot pri celotni skupini bolnikov (7,0 % vs 5,4 %). Obseg zmanjšanja MACE-dogodkov s kombinacijo aspirina in rivaroksabana (28 %) je bil primerljiv zmanjšanju pri celotni skupini bolnikov (24 %). Zmanjšanje MACE-dogodkov je bilo podobno v

skupini bolnikov s simptomatsko PAB in pri bolnikih z asimptomatsko PAB (in pridruženo koronarno boleznijo).

Primarni izid (MACE-dogodki) se je v opazovanem obdobju pojavil pri 5 % bolnikov, zdravljenih z aspirinom in rivaroksabanom, pri 6 % bolnikov, zdravljenih samo z rivaroksabanom v odmerku 2-krat 5 mg, in pri 7 % bolnikov, zdravljenih z aspirinom. V primerjavi z aspirinom je bilo zdravljenje s kombinacijo učinkovitejše (HR 0,72; 95 % CI 0,57–0,90, $p=0,0047$), medtem ko zdravljenje samo z rivaroksabanom (2-krat 5 mg) ni bilo učinkovitejše. MALE-dogodki (akutna in kronična kritična ishemija ter posledične amputacije) so se pojavili pri 1 % bolnikov, zdravljenih s kombinacijo, in pri 2 % bolnikov, zdravljenih z aspirinom (HR 0,54; 95 % CI 0,35–0,82, $p<0,0037$). Sestavljen izid, ki je vseboval dogodke MACE in MALE, je bil redkejši ob zdravljenju s kombinacijo kot ob zdravljenju z aspirinom (6 % vs 9 %, HR 0,69; 95 % CI 0,56–0,85, $p=0,0004$). Do večjih krvavitev je prišlo pri 3 % bolnikov, zdravljenih s kombinacijo aspirina in rivaroksabana, in pri 2 % bolnikov, zdravljenih z aspirinom (HR 1,61; 95 % CI 1,12–2,31, $p=0,0089$), vendar enako kot v celotni skupini bolnikov, tudi pri tej podskupini ni bilo več usodnih krvavitev ali krvavitev v kritične organe.

Ob razlagi rezultatov pri bolnikih s PAB je treba ponovno upoštevati razmerje med koristjo (zmanjšanje pojavnosti dogodkov MACE in MALE) in škodo (povečanje pojavnosti krvavitev). Analiza rezultatov kaže, da je vrednost NNT (»number-needed-to-treat«) za preprečitev enega MACE-dogodka (v 23 mesecih) 50, skupno za dogodke MACE in MALE pa je NNT 33. Ob tem je število zdravljenih bolnikov, ki je potrebno za pojav stranskega učinka (»number-needed-to-harm«: NNH), za pojav krvavitve (ki pa ni usodna ali ogrožajoča, ampak je večinoma krvavitev iz prebavil) 83.

Raziskovalci so nadaljevali analize v smeri iskanja bolnikov s PAB, kjer bi

bil lahko učinek še večji. Znano je, da je pojavnost dogodkov MACE in MALE večja pri bolnikih z napredovalo PAB, ki jo najbolj enotno in klinično povedno opišemo s prisotnim revaskularizacijskim posegom ali amputacijo. Zato so v nadaljnji analizi raziskave COMPASS preučevali učinkovitost kombinacije aspirina in rivaroksabana pri bolnikih s PAB, ki so med raziskavo doživeli MALE-dogodek (4). Teh bolnikov je bilo relativno malo – 128, kar sicer predstavlja pričakovana 2 % celotne populacije PAB-bolnikov v raziskavi. Zaradi majhnega števila bolnikov analiza ni mogla biti dovolj natančna. Pričakovano so ugotovili, da se po MALE-dogodku močno poveča tveganje za amputacijo (197,5-krat), za smrt (3,2-krat) in za kombiniran izid MACE-dogodkov in amputacije (7,5-krat). Ob zdravljenju s kombinacijo aspirina in rivaroksabana se je verjetnost za smrt v primerjavi z zdravljenjem z aspirinom zmanjšala za 5,97-krat, tveganje za sestavljen izid MACE-dogodkov in amputacij pa za 10,24-krat.

Povzamemo lahko, da je učinkovitost kombinacije aspirina in rivaroksabana pri bolnikih s PAB verjetno največja pri tistih bolnikih, ki so doživeli MALE-dogodek. Dokončne odgovore pričakujemo od raziskave VOYAGER-PAD (7), v katero so vključili 6.500 bolnikov, ki so bili po revaskularizacijskem posegu (operativni ali endovaskularni poseg) na arterijah nog randomizirani v skupino, zdravljeno z aspirinom, ali v skupino, zdravljeno s kombinacijo aspirina in rivaroksabana 2-krat 2,5 mg. Rezultate pričakujemo že v naslednjem letu.

Primerljivost rezultatov raziskave COMPASS z vsakdanjo klinično prakso so ocenjevali v raziskavi, kjer so primerjali bolnike iz raziskave COMPASS z »običajnimi«, neizbranimi bolniki s stabilno aterosklerotično boleznijo (koronarno ali PAB) iz registra REACH (6). Približno polovica bolnikov (52,9 %) iz registra bi povsem izpolnila pogoje za vključitev

v raziskavo COMPASS in zato bi v tej skupini pričakovali podobne rezultate. Približno 30 % »običajnih« bolnikov ne bi bilo vključenih, ker so imeli izključitvene pogoje (visoko tveganje za krvavitve, antikoagulacijsko zdravljenje, dvojno antiagregacijsko zdravljenje, nedavna možganska kap, predhodna hemoragična kap ali lakunarna kap, napredovalo srčno popuščanje...), in 17 % bolnikov ne bi bilo vključenih, ker niso natančno izpolnjevali vključitvenih kriterijev. Zanimiv je podatek, da je bila pogostnost MACE-dogodkov pri primerljivih »običajnih« bolnikih v registru (ki so jemali aspirin) za približno 40 % večja kot pri bolnikih, zdravljenih z aspirinom v raziskavi COMPASS, kar je verjetno posledica doslednejšega zdravljenja z zdravili za sekundarno preventivo in boljšega sodelovanja bolnikov, ki so bili vključeni v raziskavo COMPASS. V raziskavi COMPASS je bilo omenjeno zdravljenje ustrezno – 90 % bolnikov je jemalo statine in 70 % bolnikov ACE-inhibitorje.

Posebno pozornost pri analizi raziskave COMPASS je treba posvetiti krvavitvam. Za definicijo velikih krvavitev so raziskovalci izbrali modificirano ISTH-definicijo velikih krvavitev, ki je zajela še več bolnikov oz. krvavitev, kot bi jih zajeli s standardno ISTH-definicijo. Vključene so bile naslednje velike krvavitve: usodne krvavitve, krvavitve v kritične organe, krvavitve v področju operacije, kjer je bila potrebna reoperacija, in krvavitve, zaradi katerih so bili bolniki pregledani v urgentnih ambulantah ali hospitalizirani. Po drugi strani je treba vedeti, da bolniki s povečanim tveganjem za krvavitve niso bili vključeni v raziskavo. Pri oceni celotne koristi (dogodki/krvavitve MACE in MALE) so bile upoštevane usodne krvavitve in krvavitve v vitalne organe, ne pa tudi ostale večje krvavitve. To se zdi smiselno, ker slednje nimajo daljnosežnih posledic. Večina je šlo za krvavitve iz prebavil. Dodatne podatke o krvavitvah in še posebej o krvavitvah iz prebavil bo omogočila analiza vpliva inhibitorjev

protonske črpalke na rezultate raziskave COMPASS, ki še ni končana oz. objavljena.

Pri klinični uporabi rezultatov raziskave COMPASS moramo torej proučevati in upoštevati razmerje med koristjo in tveganjem za individualnega bolnika. V teh primerih je vedno najbolje uporabiti nek točkovnik, ki bo v najboljši možni meri ocenil razmerje med koristjo in tveganjem za individualnega bolnika. In tu je raziskava COMPASS odprla novo poglavje. Skoraj smo lahko prepričani, da bo raziskava sprožila nastanek oziroma uporabo točkovnika, ki bo podobno kot pri zdravljenju atrijske fibrilacije z antikoagulacijskimi zdravili pomagal pri klinični odločitvi. Pred razmislekom o morebitni uvedbi rivaroksabana morajo biti PAB-bolniki ustrezno zdravljeni z že priporočeno preventivno terapijo. O starosti bolnikov še ni dovolj podatkov, povprečna starost bolnikov, vključenih v COMPASS, je bila 68 let. S starostjo narašča tveganje za krvavitev in zato je potrebna še posebna pozornost pri starih bolnikih, kjer pa je PAB sicer najbolj pogosta.

Če na koncu povzamemo – bolniki s simptomatsko PAB, še posebej tisti po MALE, bi ob ustreznem upoštevanju zadržkov za zdravljenje zaradi nevarnosti krvavitev imeli pomembno korist od zdravljenja s

kombinacijo aspirina in rivaroksabana. Če poskusimo oceniti učinkovitost kombinacije z vrednostmi NNT, predvidevamo, da bo NNT skupno za dogodke MACE in MALE v skupini po MALE-dogodku verjetno še nižji od 33 (kot je bil NNT za skupni izid MACE in MALE pri celotni skupini bolnikov s PAB v obdobju 23 mesecev). Za zmanjšanje tveganja za krvavitev bo nujen ustrezen točkovnik. Odprta je torej nova možnost za učinkovitejšo preprečevanje srčno-žilnih in perifernih dogodkov pri bolnikih s PAB. Zdravniki se premalo zavedamo, kako zelo so ti bolniki ogroženi in kako izjemno pomembno je preventivno zdravljenje. Kateri bolniki s PAB so ustrezni kandidati za zdravljenje z aspirinom in rivaroksabanom, bo že v kratkem povedala stroka ob upoštevanju vseh podatkov in objektivnih analiz o koristi in tveganju.

Literatura

1. Blinc A, Kozak M, Šabovič M, et al. Survival and event-free survival of patients with peripheral arterial disease undergoing prevention of cardiovascular disease. *Int Angiol* 2017;36:216-227.
2. Mega JL, Braunwald E, Wiviott SD, et al. Rivaroxaban in patients with a recent acute coronary syndrome. *N Engl J Med* 2012; 366: 9–19. 13.
3. Eikelboom J, Connolly S, Bosch J, et al. Rivaroxaban with or without aspirin in stable cardiovascular disease. *N Engl J Med* 2017; 377:1319–30.

4. Anand SS, Bosch J, Eikelboom JW, et al. Rivaroxaban with or without aspirin in patients with stable peripheral or carotid artery disease: an international, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 2018; 391:219–29.
5. Anand SS, Caron F, Eikelboom JW, et al. Major adverse limb events and mortality in patients with peripheral artery disease: The COMPASS Trial. *J Am Coll Cardiol* 2018;71:2306–15.
6. Darmon A, Bhatt DL, Elbez Y, et al. External applicability of the COMPASS trial: an analysis of the reduction of atherothrombosis for continued health (REACH) registry. *Eur Heart J* 2018; 39:750–7.
7. Capell WH, Bonaca MP, Nehler MR, et al. Rationale and design for the vascular outcomes study of ASA along with rivaroxaban in endovascular or surgical limb revascularization for peripheral artery disease (VOYAGER PAD). *Am Heart J* 2018; 199: 83–91.

Izjava o konfliktu interesov

Podpisani prof. dr. Mišo Šabovič, dr. med., avtor članka »Analiza raziskave COMPASS v luči bolnikov s periferno arterijsko boleznijo«, predvidenega za objavo v reviji Isis, izjavljam, da sem članek napisal na prošnjo podjetja Bayer, d.o.o., ki ni posegalo v vsebino. Namen članka je predstaviti izsledke raziskave COMPASS o možnostih učinkovitejšega preprečevanja srčno-žilnih in perifernih dogodkov pri bolnikih s PAB.

Prof. dr. Mišo Šabovič, dr. med.,
Klinični oddelek za žilne bolezni,
Univerzitetni klinični center Ljubljana



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

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

Urejanje profila v treh korakih

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

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

[Spremeni podatke](#)

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





Simpozij »Neonatal nutrition and gastroenterology«

Jerneja Peček

5. in 6. oktobra 2018 je v Ljubljani v Grand hotelu Union potekal mednarodni simpozij, ki ga vsaki dve leti že tradicionalno organizira Klinični oddelek za neonatologijo Pediatrične klinike Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana v sodelovanju z Društvom za pomoč bolnim novorojenčkom Prvi koraki. Letos je bilo srečanje posvečeno prehrani in boleznim prebavil pri novorojenčku, kar je v luči spoznanj o dolgoročnem pomenu skrbi za ustrezno prehranjenost in zdravje prebavil za razvoj in zdravje otroka v vseh kasnejših življenjskih obdobjih pritegnilo veliko zanimanja.

Srečanja so se udeležili številni domači in tuji gostje, ki se pri vsakdanjem delu srečujejo z obravnavo bolnih novorojenčkov – neonatologi in pediatri na sekundarni in terciarni ravni, primarni pediatri, specializanti pediatrije, klinični dietetiki, farmacevti in drugi. V uvodnem pozdravu nas je nagovorila prof. dr. Darja Paro Panjan, predstojnica KO za neonatologijo Pediatrične klinike UKC Ljubljana in pobudnica kongresa.

Med predavatelji je imel poleg številnih domačih strokovnjakov letos osrednjo vlogo prof. Nicholas D. Embleton iz Newcastla, neonatolog ene izmed največjih enot za oskrbo bolnih novorojenčkov in nedonošenčkov v Veliki Britaniji in vrhunski strokovnjak, ki deluje na čelu mreže Velike Britanije za neonatalno prehrano (UK Neonatal Nutrition Network). Je tudi član sekcije za prehrano pri Evropskem združenju za raziskave v pediatriji (European Society for Pediatric Research – ESPR) ter izvoljen član Odbora za prehrano pri Evropski zvezi za pediatrično gastroenterologijo, hepatologijo in nutricaoistiko (European Society for Pediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition – CoN ESPGHAN). Predstavil nam je področja svojega raziskovalnega dela, s poudarkom na delovanju črevesa in prehrani nedonošenčkov. Poudaril je pomen tega »nevidnega« in »neslišnega« dela neonatalne medicine, kjer nas na nedoseganje

ustrezne prehranske podpore novorojenčkom ne opozarjajo nobeni glasni alarmi, kot smo jih vajeni pri nadzorovanju delovanja drugih organskih sistemov. Slikovito je predstavil t.i. ABCDE prehranske ocene novorojenčkov, ki imajo v primerjavi z odraslimi izjemno velike potrebe po beljakovinah in energiji. Predstavil je tudi koncept, kako lahko hranila vplivajo na imunski sistem in na izražanje genov. Ob pomanjkanju kazalcev, standardov in referenčnih vrednosti izidov, povezanih s prehrano novorojenčkov, je bilo njegovo sporočilo, da je vsak novorojenček drugačen in unikaten, da pri neonatalni prehrani ni togih pravil in da imata ključni pomen skrb za pravilno ravnovesje vnosa hranil in doslednost pri zdravljenju.

V prvem delu simpozija smo poslušali tudi predavanje doc. dr. Helene Lenasi z Inštituta za fiziologijo Medicinske fakultete v Ljubljani, ki nam je predstavila osnovne mejnike v razvoju anatomije in fiziologije prebavil ter nas opozorila na posebnosti, ki narekujejo prebavo in absorpcijo hranil pri novorojenčkih. Prof. dr. Nataša Fidler Mis s Pediatrične klinike UKC Ljubljana je izpostavila dolgoročne učinke prehrane med nosečnostjo in dojenjem ter predstavila praktična priporočila za prehrano nosečnic in doječih mater.

Rdeča nit prvega tematskega sklopa o prehrani novorojenčkov je bil poudarek na pomenu materinega mleka, ki ni samo najboljša hrana za novorojenčka, temveč vsebuje številne sestavine, ki pozitivno vplivajo na zdravje celotnega organizma in je tako novorojenčku najboljša popotnica v življenje. V svojem predavanju je ugodne učinke materinega mleka na zdravje novorojenčka strnila prim. Andreja Tekauc Golob s KO za ginekologijo in perinatologijo UKC Maribor.

Najmanjšim, najbolj nedonošenim novorojenčkom pa rast in preživetje omogoča parenteralna prehrana, kar je v svojem predavanju predstavila Andreja Pogorevc - Erjavec s KO za perinatologijo Ginekološke klinike UKC Ljubljana, ki je podala indikacije in priporočila za sestavo in pripravo parenteralne prehrane.



Organizatorji srečanja z gostujočim profesorjem (z leve): asist. Gregor Nosan, dr. med., Manca Velkavrh, dr. med., doc. dr. Petja Fister, dr. med., prof. dr. Nicholas D. Embleton, dr. med., prof. dr. Darja Paro Panjan, dr. med., asist. dr. Aneta Soltirovska Šalamon, dr. med., Jana Lozar Krivec, dr. med.

Izpostavila je tudi odlično sodelovanje s kliničnimi farmacevti UKC Ljubljana.

Prvi del predavanj sta zaključili asist. dr. Aneta Soltirovska Šalamon in doc. dr. Petja Fister s KO za neonatologijo Pediatrične klinike UKC Ljubljana. Dr. Soltirovska je predavala o vplivu vnosa hranil na razvoj okostja pri plodu in novorojenčku, dr. Fister pa je opisala dejavnike, ki vplivajo na novorojenčkovo prehranjenost in predstavila posebnosti hranjenja bolnih novorojenčkov s povečanim tveganjem za motnje prehranjenosti.

Drugi dan simpozija je bil v prvem sklopu posvečen črevesni mikrobioti novorojenčkov in disbiozi. Predavanja je odprl prof. Embleton s predstavitvijo razvoja in raziskovanja mikrobioma pri novorojenčkih, nadaljevala pa je Jana Lozar Krivec s KO za neonatologijo Pediatrične klinike UKC Ljubljana, ki je govorila o vlogi disbioze v nastanku nekaterih bolezni pri novorojenčkih. S povzetkom trenutnega znanja o probiotikih je odprla razpra-

vo o rutinski uporabi probiotikov pri novorojenčkih v vsakdanji klinični praksi. Za konec nam je spoznanja o vlogi in uporabnosti prebiotikov predstavil prof. Guido E. Moro z Univerze v Milanu.

Zadnji sklop simpozija je bil namenjen pregledu bolezni prebavil pri novorojenčkih. Izr. prof. dr. Damjana Ključevšek iz Službe za radiologijo Pediatrične klinike UKC Ljubljana je začela s predstavitvijo najuporabnejših radioloških metod v neonatalni gastroenterologiji. Njene iztočnice o osnovah za odločanje o vrsti slikovne diagnostike pri novorojenčku so se dopolnjevale s predavanjem doc. dr. Mojce Grošelj Grenc, ki se je v svojem predavanju posvetila predvsem nujnim stanjem v neonatalni gastroenterologiji ter algoritmom diagnostike in ukrepanja pri novorojenčku in nedonošenčku z akutno nevnnetno boleznijo ali anomalijo prebavil.

Glede na to, da je alergija za hrano v obdobju novorojenčka trikrat

pogostejša kot pri odraslih in se zato v klinični praksi pogosto srečujemo z njo, je bilo zanimivo tudi predavanje asist. Gregorja Nosana s KO za neonatologijo Pediatrične klinike UKC Ljubljana. V svojem predavanju o neonatalnem alergijskem enterokolitisu je izpostavil izzive v diagnostiki in zdravljenju ter predstavil raziskavo o prognostičnem pomenu kliničnih znakov in diagnostičnih testov pri ugotavljanju alergije na kravje mleko v obdobju novorojenčka.

Funkcionalne in endoskopske diagnostične in terapevtske metode pri novorojenčkih z gastroenterološkimi obolenji je povzel asist. dr. Jernej Brecelj s KO za gastroenterologijo, hepatologijo in nutricionistiko Pediatrične klinike UKC Ljubljana, ki je v zadnjem predavanju simpozija predstavil tudi stanja, ki se kažejo z neonatalno holestazo, in opozoril na pomen zgodnje diagnostike in zdravljenja.

V sklopu kongresa je izšla tudi monografija »Prehrana in prebavila pri novorojenčku«, ki se je pridružila

zbirki »Poglavja iz neonatologije« ter bo zagotovo dragocen vir znanja in praktično uporabnih informacij za vse, ki skrbijo za bolne novorojenčke.

Cilj simpozija je bil uspešno dosežen – ob učenju o najnovejših spoznanjih o neonatalni prehrani ter

diagnostičnih in terapevtskih postopkih pri novorojenčkih z boleznimi prebavil ter ob aktivni izmenjavi izkušenj specialistov z različnih področij so se porodile tudi številne nove ideje in predlogi za napredek, ki so nam dali zagon za naslednji

dve leti dela, preden se znova srečamo.

Jerneja Peček, dr. med., Pediatrična klinika UKC Ljubljana

25. Svetovno srečanje Anonimnih alkoholikov

Jasna Čuk Rupnik

V južnoafriškem mestu Durban je od 7. do 11. oktobra 2018 potekalo 25. Svetovno srečanje Anonimnih alkoholikov (25th WSM – World Service Meeting). Sodelovalo je 72 mednarodnih delegatov iz 46 držav. Obsežno študijsko gradivo je vsebovalo:

1. Predstavitve: Fond mednarodne literature, Licence in prevodi, Stare vrednote za moderne A.A., Služenje – vlaganje v prihodnost A.A., Literatura in njeno mesto v internem okolju, Varnost ranljivega člana, Podelitev vrednosti četrtega izročila, Pridobivanje članov za služenje, Srečanja s posebnim namenom. Vsaka od navedenih tem je zajemala 3 do 5 predstavitev, na koncu vsakega sklopa predstavitev pa je bil čas

namenjen še razmišljanjem poslušalcev.

2. Delavnice: Kako modro uporabljati internet, Sponzorstvo države državi, Vodenje v A.A.

3. Poročila o delovanju skupnosti A.A. v posameznih državah. (Ti podrobnejši opisi so podlaga za živahno izmenjavo mnenj in praks med zainteresiranimi delegati, saj predstavljajo dobrodošlo pomoč državam z daljšo tradicijo in močnejšo strukturo tistim, ki šele iščejo določene odgovore v svoji državi.)

4. Kratke osvetlitve zadnjih novosti iz delovanja skupnosti A.A. v posameznih državah.

Svetovno organizacijo A.A. danes sestavlja preko 2 milijona članov. Ustanovljena je bila leta 1935. Za

naslednje leto je v pripravi tisk pete izdaje **Velike knjige Anonimnih alkoholikov** (Big Book). V njej bodo po vzoru prejšnjih znova objavljene življenjske zgodbe **Billa W.** (borznega posrednika) in **dr. Boba** (kirurga proktologa) ter nekaterih drugih ustanovnih članov. V drugem delu bodo sledile izbrane zgodbe današnjih ljudi, ki so rešitev svoje bolezni našli v programu rehabilitacije, kakor ga zagotavlja svetovna skupnost anonimnih alkoholikov. Člane združuje v močno povezanost želja, da bi si med seboj delili izkušnje, moč in upanje ter tako pomagali drugim alkoholikom pri doseganju in vzdrževanju treznosti. V mnogih državah **medicinska stroka išče možnosti sodelovanja in skupnega raziskovanja** uspešnosti zdravljenja sindroma odvisnosti od alkohola tudi v navezavi s strukturami A.A., kar nedvomno prispeva k boljšemu uspehu zdravljenja.

Moje sodelovanje z Društvom A.A. Slovenije se je začelo pred več leti, ko so me po zaključku predsedovanja mag. Ksenije Ramovš zaprosili za prevzem te odgovornosti. Z izvolitvijo za mednarodno delegatko pa so mi za štiri leta zaupali tudi sodelovanje na dveh evropskih (v Yorku v Veliki Britaniji) in na dveh svetovnih srečanjih: leta 2016 v New Yorku, kjer smo si ogledali tudi **nacionalni spomenik Stepping Stones** – hišo, v kateri je Bill prebival s svojo ženo Loise, ustanoviteljico organizacije



Različna gradiva s 25. Svetovnega srečanja A.A.

Al-Anon (organizacija svojcev in prijateljev alkoholikov), in letos v Durbanu, ki je bil za to častno nalogo izglasovan na 24. WSM pred dvema letoma. Z odgovornostjo mednarodne delegatke – v žargonu A.A. to imenujemo služenje – sem v slovensko organizacijo A.A. prinesla mnoga nova znanja, tudi v zvezi s »starimi vsebinami«.

Morda je za bralke in bralce revije Isis zanimivo tudi to, da v nekaterih (večjih) državah zdravnice in zdravniški oblikujejo »svoje« skupine, ki sicer delujejo po vzoru drugih skupin A.A. Nekaterim kolegicam in kolegom je namreč težko predelovati svoje

osebne stiske ob morebitnem dejstvu, da so zaradi svoje bolezni (SOA) včasih slabo opravljali svoje zdravniško poslanstvo in morda povzročili tudi nepopravljive posledice. O teh bolečih stiskah lažje spregovorijo med seboj kot z drugimi. Sicer pa za potrebe zdravljenja v programu 12 korakov z rastjo števila članov raste tudi število »posebnih« skupin A. A., npr. skupine za mlade, internetne skupine, skupine za ženske, za moške, za slepe, za gluhe, za obsojence, za predstavnike LGBT itn.

Navdihujoče je bilo tudi srečanje »domače skupine« v enem od predelov Durbanu. Iz hotela

smo se na srečanje peljali z avtobusom in doživeli posebno vznemirljiv večer. V skupino je namreč prišel novinec. Za A.A. je novinec »najpomembnejša oseba« in vsi nagovori prijavljenih k razpravi (Iranec, Portugalka, Kanadčan, Slovak, Čeh, Kubanka, Brazilec, Japonec...) so bili povezani prav z razmišljanji o vstopu v A.A. Kdo s(m)o izbranci, ki jih v iskanje pomoči v skupnosti A.A. pripelje modrost »višje sile«? In uvid v to, kako navdihujočo moč daje našim življenjem **spodobnost občutenja hvaležnosti.**

Prim. Jasna Čuk Rupnik, Dutovlje

Zdravnik Digi Robot, boljši zdravnik?

Avstrijski simpozij o umetni inteligenci, telemedicini in robotiki

Staša Kocjančič



Avstrijska zdravniška zbornica je 14. novembra na Dunaju v sklopu dogodka INFUSION 2018 organizirala simpozij DR. DIGI ROB, Der bessere Arzt?, popoldansko razmišljanje o umetni inteligenci, telemedicini in robotiki.

V štirih predavanjih so njihovi priznani strokovnjaki predstavili pomembne vidike prihodnjega razvoja.

Tako se je kirurg in informatik Adolf Sonnleitner ukvarjal z vprašanjem algoritmov namesto zdravnikov,

kako umetna inteligenca spreminja medicino in ali lahko tehnika zamenja zdravnika. Informacijsko-tehnološki sistemi nas v bolnišnicah in v administraciji spremljajo več kot 30 let. Kar je na začetku predstavljalo dokumentacijo in sistem zaračunavanja, se je vse bolj razvilo v sistem vodenja, ki narekuje, katere dejavnosti bi morali opraviti, kdo in kdaj.

Tudi na področju kirurgije so bili vzpostavljeni različni sistemi pomoči, ki omogočajo vse bolj natančne

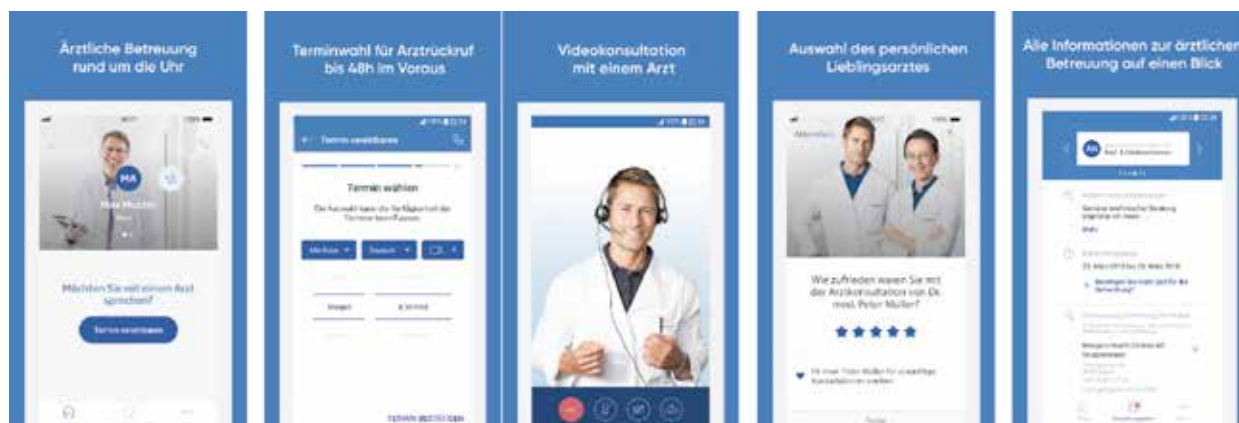
postopke zaradi natančnejših kirurških tehnik. Uveljavljajo se medicinski roboti kirurgi – njihov namen je pomagati zdravniku ali ga zamenjati?

Obstajajo tudi različne medicinske aplikacije, ki se ukvarjajo z diagnostiko in terapijo, računalnik lahko celo prepozna melanome, in obstajajo klepetalnice, kjer se začne diagnostika.

Umetna inteligenca naj bi olajšala naše življenje. V vsakdanjem življenju nas spremlja že v navigacijskem sistemu avtomobila, v pametnem telefonu, ki je odklenjen s prepoznavanjem obraza, celo v napravi za snemanje EKG-ja, ko nam poda prvo diagnozo.

Vendar se vsak inteligentni sistem začne z administrativnim delom in zbiranjem velikih količin podatkov. Najprej se začne z zbiranjem informacij, ki pa niso vedno dostopne takrat in vsem, ki bi jih potrebovali.

Razumevanje medicinskega jezika in inteligentne iskalne aplikacije, ki jih poznajo vsi uporabniki pametnega



telefona ali računalnika, omogočajo vedno večjo uporabo teh podatkov za raziskave in vsakodnevno klinično prakso. Ta znanja lahko uporabimo tudi v medicini. Ne namesto, ampak za zdravnika.

Prihodnost bo prinesla številne nove sisteme pomoči, vendar bo na koncu odločil človek, kot pri vožnji avtomobila po navodilu navigacijskega sistema, in se ne bi slepo skliceval na elektronski navigacijski sistem.

Obljubljen »lepsi novi svet« zdravstvenih storitev prek spletnih storitev, video storitev in interneta nam je predstavil Andy Fischer, ki predstavlja švicarskega ponudnika »Medgate«. Podjetje opravlja telemedicinsko ali teleposvetovalno storitev z video zdravniki 24 ur na dan.

Andy Fischer je kirurg in se je ukvarjal z nujno medicinsko pomočjo. Delal je v helikopterski nujni medicinski pomoči, leta 1999 pa je ustanovil Medgate in ga od takrat vodi.

Njegov Medgate dostavi zdravniška, kjer in kadar ga bolniki potrebujejo, in predstavlja del digitalnih zdravstvenih rešitev. Več kot 330 motiviranih zaposlenih si prizadeva za izboljšanje zdravstvenega varstva. Od leta 2000 Medgate upravlja teleklinike, za posvetovanja na kraju samem so na voljo tudi bolnišnice Mini Clinics in Poly Clinics ter zdravniki in klinike partnerskih mrež. Prvi telemedicinski center zunaj Švice je bil leta 2014 odprt v Združenih arabskih emiratih, od takrat so vključeni še Avstralija, Filipini in Indija. Nadaljnje

lokacije so načrtovane v Maleziji in Indoneziji.

Sistem deluje preko pametnih telefonov. Bolnik se pogovarja z zdravnikom preko klepetalnice, telefonskega ali video klica. Najprej se naroči in ko dobi termin, se začne pogovor z zdravnikom. Ta mu svetuje, ga napotuje na preiskave in ga zdravi. Na koncu bolnik oceni, ali je zadovoljen z zdravnikom oz. ali si ne želi več posveta s trenutnim zdravnikom.

Možnosti in tveganj digitalizacije v medicini se je dotaknil predsednik salzburske zdravniške zbornice Karl Forstner. Vse aplikacije telemedicine v Avstriji še niso v celoti izkoriščene, vendar pa je v vsakodnevni praksi zdravljenja jasno, da računalniška tehnologija ne more nadomestiti klasičnega medicinskega posvetovanja. Razvoj v smeri e-zdravja in uporaba digitalnih tehnologij v zdravstvu sta neustavljiva in zagotovo lahko prineseta veliko koristi, če nam je prav ali ne. Toda to je samo v primeru, ko sodobne tehnične metode podpirajo zdravnike, ne pa jih izpodrivajo ali zamenjajo. Umetnost medicine temelji na izkušnjah, dokazih, empatiji in z uporabo novih odkritij sodobne medicine. E-zdravje se lahko uporablja v korist bolnikov le, če je vpleten zdravnik. Digitalizacija mora podpirati in optimizirati odnos med zdravnikom in bolnikom, vendar ga nikoli ne sme nadomestiti. Zdravljenje brez zdravnikov ne more delovati.

Filozof Konrad Liessmann je zaključil s temo Življenje s stroji – filozofija in etični vidiki medicinske digitalizacije. Včasih so se ljudje smejali, ko so slišali, da nas roboti in stroji lahko izpodrinejo; to se nam danes ne zdi več smešno. Zavedati se moramo, da ni pravo vprašanje, kaj lahko stori stroj, ampak kaj je zmožen ustvariti človek s svojim znanjem.

Srečanje se je zaključilo z živahno razpravo in sklepom, da nam telemedicina in informatika lahko prineseta marsikatero korist in izboljšata obravnavo bolnikov. Nikakor pa nista nadomestilo za pomanjkanje zdravnikov ali način varčevanja v zdravstveni blagajni.

Asist. Staša Kocjančič, dr. med., spec. družinske medicine, Zdravstveni dom Murska Sobota

Spremljati lastne rezultate po operacijah kil

Poročilo z VIII. Slovenskega simpozija o kilah

Andrej Kunstelj

V soboto, 27. oktobra 2018, smo se slovenski splošni kirurgi srečali v ljubljanskem hotelu Union, kjer je potekal VIII. Slovenski simpozij o kilah z mednarodno udeležbo. Osrednja tema letošnjega simpozija je bilo sodelovanje v mednarodnem registru kil Herniamed. Slovensko herniološko združenje meni, da je pri oskrbi bolnikov s kilami nujno poznavanje lastnih operativnih rezultatov ter primerjanje z drugimi, kar omogoča register.

K predstavitvi registra smo povabili profesorja Ferdinanda

Köckerlinga iz bolnišnice Charite v Berlinu, ki je eden od ustanoviteljev registra Herniamed. Po predstavitvi registra, njegovih začetkov, prednosti za zdravnike ter omejitev je predstavil tudi povezavo registra s pridobivanjem certifikata za naziv herniološki center.

Povedal je, da se danes lahko vsakdo okliče za herniološki center odličnosti, ker ni preverjanja skladnosti kirurške tehnike centra s priporočili hernioloških združenj in preverjanja kakovosti obravnave. Osnova za podelitev certifikata bi tako bila postavitve kriterijev ter njihovo preverjanje s strani hernioloških združenj in/ali neprofitnih organizacij, ki skušajo zagotoviti kar najboljšo kirurško oskrbo hernij. Trenutno obstajata dva načina certificiranja hernioloških centrov s strani hernioloških združenj oz. neprofitnih organizacij – Certified Center of Excellence in Hernia surgery organizacije Surgical Review Corporation, ki je plačljiv, ter Certified Hernia Centre nemškega herniološkega združenja (DHG), registra Herniamed in nemškega združenja splošnih in visceralnih kirurgov (DGAV), ki je brezplačen.

V zaključku je profesor predstavil register kot internetno orodje za raziskave rezultatov kirurgije kil pri uvajanju novih implantatov, načinov učvrstitve mrežic ipd.

Delo in začetke uporabe registra je v praksi predstavil predsednik Herniološkega združenja Slovenije pri Slovenskem zdravniškem društvu asist. mag. Jurij Gorjanc, dr. med., ki v svoji bolnišnici ta register že uporablja.

V drugem delu simpozija smo slovenski kirurgi predstavili osnovne tehnike oskrbe kil trebušne stene in svoje izkušnje z najpogostejšimi tehnikami (nadležna mreža – *onlay*, znotrajperitonealna nadležna mreža (IPOM), podležna mreža – *sublay*). Zadnji predavanji sta bili namenjeni predstavitvi zahtevnejših tehnik rekonstrukcije trebušne stene pri oskrbi kil, metodi podležne mreže s kombinacijo posteriorne sprostitve komponent (TAR) ter kemični relaksaciji komponent z uporabo botulinusnega toksina. Kot zadnje v seriji štirih knjig kirurških tehnik, ki predstavljajo temelj za vsakdanje delo v herniologiji, je Slovensko herniološko združenje izdalo prav knjigo z opisom tehnike metode podležne mreže s kombinacijo posteriorne sprostitve komponent.

Ob koncu predstavitev je sledilo živahno izmenjavanje mnenj, vprašanj ter idej za nadaljnje delo. Po kosilu je sledila letna skupščina Herniološkega združenja Slovenije, kjer smo izvolili novo vodstvo združenja, sestavljenega iz predstavnikov večine slovenskih bolnišnic, ter mu podelili petletni mandat.

Za predsednika in podpredsednika sta bila potrjena dosedanja asist. mag. Jurij Gorjanc, dr. med., in asist. Tomaž Jakomin, dr. med., za blagajnika je bil izvoljen Andraž Hubad, dr. med. (UKC Ljubljana), za tajnico Katarina Benković Golob (SB Novo mesto). V upravni odbor so bili izvoljeni prim. Valentin Sojar, dr. med. (MC Iatros), Matjaž Križaj, dr. med. (SB Izola), Andrej Kunstelj, dr. med. (SB Jesenice). V nadzornem odboru bodo delovali Jasna Humar, dr. med. (SB Slovenj Gradec), Marko Hazabent, dr. med. (UKC Maribor) in Natalija Keber, dr. med. (SB Izola).

Andrej Kunstelj, dr. med., SB Jesenice



Profesor Ferdinand Köckerling iz bolnišnice Charite v Berlinu.

Jurij Gorjanc: TAR – Transversus Abdominis Release

Andraž Hubad

Izšla je nova knjiga asist. mag. Jurija Gorjanca, dr. med., o napredni tehniki v herniologiji z naslovom TAR (Transversus Abdominis Release). Knjiga je zadnja v seriji štirih knjig istega avtorja, ki jih je izdalo Herniološko združenje Slovenije. Del besedila je prispeval tudi nekdanji predsednik Herniološkega združenja Avstrije univ. prof. dr. Rene H. Fortelny, F.E.B.S.

Operativna tehnika poprave večjih pooperativnih kil po omenjeni metodi predstavlja nadgradnjo hernioplastike s podležo mrežo (*sublay*) TAR (*transversus abdominis release*). Poseg zadnje čase v svetovnem prostoru dosega vse večjo popularizacijo. Spada med tehnike posterioorne separacije komponent trebušne stene (zadajšnje sprostitve komponent) in ima pred tehniko anteriorne separacije komponent nekaj prednosti, predvsem v smislu pooperativnih okužb in seromov. Tehnika je precej napredna in zahteva dobro poznavanje kirurške anatomije trebušne stene, zato je knjiga dobrodošla za kirurge, ki želijo poglobljeno poznavanje operativnih tehnik za oskrbo velikih kil trebušne stene.

Knjiga se osredotoča skoraj izključno na predstavitev in opis tehnike TAR. Najprej je nekaj besed namenjenih indikacijam za zadnjo separacijo komponent trebušne stene – večje kile nad 8 cm presega kilnega vratu. Zatem se knjiga posveti tehniki TAR, izbiri šivalnega materiala in izbiri mrežnih krp. Vse besedilo je bogato slikovno (celo umetniško!) podprto, kar bistveno olajša razumevanje temeljnih korakov te kirurške tehnike.

Bistveni koraki tehnike so povzeti v treh jezikih (slovenskem, nemškem in angleškem) na le 27 straneh skupaj s slikami. Takšno zgoščeno in pregledno podajanje informacij je pravzaprav



dobrodošla redkost v današnji informacijski dobi, saj se pogosto kopamo v morju raznovrstnih in nekritičnih podatkov. Lahko bi rekli, da se knjiga približa ideji v reku, ki se pripisuje Einsteinu – »Make things as simple as possible, but not simpler.«

Knjiga bo nedvomno pripomogla k popularizaciji in dovršenosti operativne tehnike TAR tako v slovenskem prostoru kot tudi širše.

Andraž Hubad, dr. med.

Prošnja organizatorjem strokovnih srečanj

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

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

Uredništvo

Zbornična izobraževanja za zdravnike in zobozdravnike

Srečanja skupine za osebno rast: Kako doseči dogovor

delavnice: 1-krat mesečno, vsako prvo sredo v mesecu

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

- Spoznavanje sebe in osebna 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: 1-krat mesečno, vsak tretji torek v mesecu

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 prezaposlenosti članov zbornice zaenkrat potekala enkrat mesečno uro in pol.

Skupino vodi: prim. Darja Boben Bardutzky, dr. med., psihiatrinja in psihoterapevtka

Delavnica za specializante

delavnica: 1-krat mesečno

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; dosedANJI udeleženci delavnice zelo priporočajo!

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

Delavnica za zdravnike in zobozdravnike, ki nameravajo začeti opravljati zasebno zdravstveno dejavnost

(kot zasebniki ali popoldanski s.p.)

delavnica: januar, februar

Iz vsebine: Pogoji za pridobitev dovoljenja za opravljanje (zasebne) zdravstvene dejavnosti, opravljanje konkurenčne dejavnosti zdravnikov, zaposlenih v javnih zdravstvenih zavodih, oblikovanje pobude za podelitev koncesije, oblikovanje predloga za širitev programov zdravstvenih storitev v vsakokratnem splošnem dogovoru, obdavčitev različnih oblik dela zdravnikov, delo upokojenih zdravnikov, sklenitev ustreznega zavarovanja poklicne odgovornosti in nasveti, kako ravnati po prejemu odškodninskega zahtevka, zaščita pravnega položaja zdravnika v predkazenskem postopku in varstvo njegovih pravic v inšpekcijskih postopkih, poslovno sodelovanje med zasebnimi zdravniki in problematika odvisnih razmerij po Zakonu o dohodnini.

Izvajalci: Peter Renčel, univ. dipl. prav., Nika Sokolič, univ. dipl. ekon., mag. Nevenka Novak Zalar, univ. dipl. ekon., Darko Končan, univ. dipl. ekon., Nejc Končan Verstovšek, univ. dipl. prav.

Delavnica za zasebne zdravnike in zobozdravnike

delavnica: januar, februar

Iz vsebine: Spremembe dovoljenja za opravljanje (zasebne) zdravstvene dejavnosti po noveli ZZDej, obvezna uskladitev obstoječih koncesijskih razmerij v skladu z ZZDej, oblikovanje predloga za širitev programov zdravstvenih storitev v vsakokratnem splošnem dogovoru, obdavčitev različnih oblik dela zdravnikov, delo upokojenih zdravnikov, sklenitev ustreznega zavarovanja poklicne odgovornosti in nasveti, kako ravnati po prejemu odškodninskega zahtevka, zaščita pravnega položaja zdravnika v predkazenskem postopku in varstvo njegovih pravic v inšpekcijskih postopkih, posebna ureditev nadzorov ZZZS in zaščita pred terjatvami iz naslova pavšalnih pogodbenih kazni ZZZS, poslovno sodelovanje med zasebnimi zdravniki in problematika odvisnih razmerij po Zakonu o dohodnini.

Izvajalci: Peter Renčel, univ. dipl. prav., Nika Sokolič, univ. dipl. ekon., mag. Nevenka Novak Zalar, univ. dipl. ekon., Darko Končan, univ. dipl. ekon., Nejc Končan Verstovšek, univ. dipl. prav.

Delavnice za pripravo strukturiranih intervjujev

delavnica: januar–februar

Usposabljanje je OBVEZNO za vse, ki želijo sodelovati v izbirni komisiji za odobritev specializacije.

Strukturiran intervju ali vedenjski intervju je sistematičen. Vsako vprašanje ima cilj izvedeti konkretne sposobnosti kandidata v vnaprej določenih veščinah, ki so ključne za področje zaposlitve. Kandidati morajo odgovoriti na vprašanja, ki so vezana na njihova vedenja v specifičnih okoliščinah, ki jih morajo kandidati podkrepiti s specifičnimi situacijami. Na ta način izpraševalci dobijo poglobljen uvid v kandidatovo sposobnost in kompetence. Namen strukturiranega intervjuja je preverjanje vedenja (njegov osebni način dela, morebitni konflikti ...).

Predavatelji: Zavod Medicinski trenerji: Luka Kovač, dr. med., Gregor Vovko, univ. dipl. psih.

S skupino naprej! – delavnica vodenja

delavnica: februar

Vsebina: Katere lastnosti in sposobnosti imajo najbolj uspešni vodje? Zakaj so ljudje motivirani, da jim sledijo? Ali so te veščine osvojene ali prirojene? Vodenje skupin zajema paleto različnih veščin, ki se med seboj prekrivajo in dopolnjujejo. Na tem treningu bomo skupaj z udeleženci ustvarili pregled nad najpomembnejšimi in se še bolj osredotočili na spodbujanje ekipnega duha (in vloge vodje v razvoju ekipe), motivacijo posameznikov v skupini in na pristop do različnih posameznikov v ekipi (situacijsko vodenje). Te veščine so pogosto prepoznane kot najbolj ključne za složno in učinkovito delovanje ekip.

Izvajalci: Zavod Medicinski trenerji

Kako vodimo sebe? – delavnica osebnostnega vodenja

delavnica: februar

Vsebina: Ko vidimo besedo vodenje, se običajno pred nami prikaže slika skupine ljudi, med katerimi ima en posameznik vlogo, da koordinira, svetuje, motivira, vodi. Le malokrat pa stopimo korak naprej in pogledamo vsakega posameznika posebej. Kako vodimo sebe? Dosegamo osebne cilje? Kako si te cilje sploh postavljamo? Imamo višji cilj v našem življenju? Ta delavnica ponuja orodja, s pomočjo katerih si bodo udeleženci lažje odgovorili na vprašanja v prejšnjem odstavku. S posebnimi metodami samorefleksije bodo dobili uvid v zadovoljstvo s specifičnimi področji svojega življenja (kariera, odnosi, prosti čas, življenjski namen).

Izvajalci: Zavod Medicinski trenerji: Luka Kovač, dr. med., Luka Vitez, dr. med.

Kakšne barve si? – delavnica komunikacije in SDI (Strength Deployment Inventor)

delavnica: marec

Vsebina: Učinkovita komunikacija pomeni prenos informacij med deležniki brez izgube podatkov in nepotrebnega časa. Pri tem morata dobro sodelovati tako pošiljatelj kot prejemnik informacij z uporabo tako besedne kot nebesedne komunikacije. S poznavanjem, zakaj je pomembna učinkovita komunikacija, kaj sploh to je in kako jo uporabiti v svojem domačem ali delovnem okolju, lahko pomembno prispevamo k razvoju lastnega socialnega življenja, boljšega timskega dela in izpolnjevanju lastnih želja.

Izvajalci: Zavod Medicinski trenerji

Izgorelost in profesionalizem v medicini

delavnica: marec

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

Izvajalci: Zavod Medicinski trenerji: Andrej Vujkovic, dr. med., prof. dr. Živa Novak Antolič, dr. med.

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. Preprosto, njegovega sporočila nismo slišali. Poslušanje je ena najpomembnejših veščin, ki jih lahko osvojimo. Pomembna je tako v našem osebnem življenju, pri delu s kolegi in ne nazadnje pri delu s pacienti. Zgodba se ne konča tukaj, saj je pomembno tudi, kako se na slišano odzovemo. Velikokrat podležemo čustvom in reagiramo brez premisleka, nato pa nam je žal. Spet drugič ne damo povratne informacije (še posebej kritike), ker se bojimo, da bodo sledile negativne posledice. Na treningu bomo osvajali veščine aktivnega, pristnega poslušanja ter učinkovitega in nenasilnega podajanja povratne informacije, ki je usmerjeno predvsem v rešitve.

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

Slišati in se odzvati – delavnica aktivnega poslušanja in povratne informacije

delavnica: april

Odpredavaj, kot se šika! – delavnica javnega nastopanja

delavnica: april

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

Izvajalci: Zavod Medicinski trenerji: Andrej Vujkovic, dr. med., Gregor Vovko, univ. dipl. psih.

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

8. ob 17.00 • DELAVNICA ZA ZASEBNE ZDRAVNIKE IN ZOBOZDRAVNIKE, KI NAMERAVAJO ZAČETI OPRAVLJATI ZASEBNO ZDRAVSTVENO DEJAVNOST (KOT ZASEBNIKI ALI POPOLDANSKI S.P.-JI)

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 15	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: Delavnica je namenjena zdravnikom in zobozdravnikom, ki razmišljajo o začetku opravljanja zasebne zdravstvene dejavnosti.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: W: www.domusmedica.si	

9. ob 16.00 • SREČANJE SKUPINE ZA OSEBNOSTNO RAST: KAKO DOSEČI DOGOVOR/ OBVLADOVANJE ČUSTEV SOGOVORNIKA

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	

10., 11. in 15. ob 16.00 • OSNOVE MEDICINSKE HIPNOZE

kraj: KRANJ, Hotel Azul, Šuceva ulica 26	št. udeležencev: 30	kotizacija: 300 EUR (150 EUR za študente zadnjih letnikov medicine)	k. točke: ***
vsebina: Splošno o medicinski hipnozi, struktura terapijske seanse, tehnike hipnotske indukcije, vodenje kratkega sproščanja. Namenjeno zdravnikom, stomatologom, zdravstvenim delavcem, psihologom, študentom medicine in psihologije.	organizator: Društvo za medicinsko hipnozo Slovenije, prof. dr. Marjan Pajntar, dr. med., spec. gin. in por., univ. dipl. psih., v. svet.	prijave, informacije: prijave: E: informacije@hipnoza-dmhs.si , informacije: Bronja Plut, univ. dipl. psih., T: 031 322 207, E: boniplut@gmail.com	

11. ob 8.00 • STROKOVNO SREČANJE GINEKOLOGOV IN NJIHOVIH TIMOV Z NASLOVOM »SKUPAJ ZA ZDRAVJE ŽENSK«

kraj: LJUBLJANA, NIJZ OE LJ, Zaloška 29, 3. nadstropje	št. udeležencev: 100	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 6
vsebina: Strokovno srečanje je namenjeno ginekologom in njihovim timom. Predstavljeni bodo presejalni programi, preventivni programi v ambulantah družinske medicine, rezultati in novosti ciljno za ženske, nosečnice in otročnice.	organizator: NIJZ OE LJ, Nives Letnar-Žbogar, dr. med., spec. higijene in javnega zdravja, predstojnica NIJZ OE Ljubljana	prijave, informacije: prijave: W: https://anketa.nijz.si/a/123106 , informacije: Tanja Ritonja, NIJZ OE LJ, T: 01 244 15 89, E: tanja.ritonja@nijz.si	

11.–12. • 25. TRADICIONALNO SREČANJE SLOVENSkih IN HRVAŠKIH INTENZIVISTOV

kraj: GOLTE	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje	organizator: Bolnišnica Topolšica	prijave, informacije: Lucija Gabršček Parežnik, T: 03 898 77 89, 031 397 597, E: lucija.gabrscek@b-topolsica.si , W: www.szim.si	

11.–12. • 35. UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE

kraj: LJUBLJANA, Katedra za družinsko medicino	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	

11.–12. • USPOSABLJANJE IZ VODSTVENIH KOMPETENC ZA ZDRAVNIKE IN ZOBOZDRAVNIKE / 3. MODUL: EKONOMIKA ZDRAVSTVA

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

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

18. ob 8.00 • 7. SLOVENSKO SREČANJE O KLINIČNI FARMAKOLOGIJI: VARNA UPORABA ZDRAVIL

kraj: LJUBLJANA, Austria Trend Hotel	št. udeležencev: 200	kotizacija: 130 EUR z DDV	k. točke: ***
vsebina: Kognitivni upad, motnje žeje/apetita, bruhanje, krvavitve in neplodnost zaradi zdravil, stimulatorji rasti v hrani, sodnomedicinski vidiki uporabe zdravil, antidoti. Srečanje je namenjeno vsem zdravnikom, predvsem zdravnikom družinske medicine, urgentne medicine, interne medicine, pediatrije, nevrologije in psihiatrije, ter farmacevtom v lekarnah.	organizator: Sekcija za klinično toksikologijo SZD v sodelovanju s Centrom za klinično toksikologijo in farmakologijo UKCL in Inštitutom za farmakologijo in eksperimentalno toksikologijo MF v Ljubljani, doc. dr. Miran Brvar, dr. med.	prijave, informacije: E: miran.brvar@kclj.si , informacije: T: 01 522 12 93, F: 01 434 76 46, E: miran.brvar@kclj.si	

18. ob 9.00 • CEPLJENJA IN ZAŠČITA PRED NALEZLJIVIMI BOLEZNIMI V AKTIVNI POPULACIJI

kraj: LJUBLJANA, dvorana Radisson, Blu Plaza Hotel	št. udeležencev: 100	kotizacija: 75 EUR, 20 EUR za specializante	k. točke: ***
vsebina: Strokovno srečanje je namenjeno specializantom in specialistom medicine dela, prometa in športa, specialistom družinske medicine in drugim zainteresiranim zdravstvenim delavcem.	organizator: Združenje medicine dela, prometa in športa, Davor Denkovski	prijave, informacije: prijave: E: kopilovic.boris@gmail.com , informacije: Boris Kopilović, E: kopilovic.boris@gmail.com	

18.–19. ob 9.00 • ŠOLA NEVROSONOLOGIJE 2018/19 (drugi tečaj od štirih)

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162, učilnica Julija	št. udeležencev: do 25 (za udeležence, ki so se udeležili prvega tečaja)	kotizacija: 350 EUR	k. točke: ***
vsebina: Šola nevrosonologije – drugi od štirih tečajev diagnostike žil vratu in glave z ultrazvočno metodo	organizator: strokovni organizator: Sekcija za možganskožilne bolezni pri SZD, poslovni organizator: Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni, prim. prof. dr. Bojana Žvan, dr. med., v. svet.	prijave, informacije: prijave: Društvo MŽB, Mala ulica 8, 1000 Ljubljana, E: mzb@mozganska-kap.info , informacije: Andreja Merčun, W: www.mozganska-kap.info/nevrosonologija , T: 040 179 905, E: andreja@mozganska-kap.info	

23. ob 15.00 • UPORABA PSIHOAKTIVNIH SNOVI IN ZMANJŠEVANJE ŠKODE

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta, Korytkova 2, Velika predavalnica	št. udeležencev: 300	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Načelo »Zmanjševanje škode« predstavlja niz idej, strategij in ukrepov za zmanjšanje negativnih posledic, povezanih z jemanjem prepovedanih drog, za posameznika in družbo. Simpozij je namenjen zdravnikom in drugim zdravstvenim delavcem ter študentom.	organizator: Inštitut za farmakologijo in eksperimentalno toksikologijo UL MF in SEAnet - Mreža programov obravnave odvisnosti v jugovzhodni Evropi, prof. dr. Mojca Kržan, doc. dr. Andrej Kastelic	prijave, informacije: prijave: E: sdf@mf.uni-lj.si (navedite: ime in priimek, zaposlitev, sedež zaposlitve, e-naslov, telefon, članstvo v zbornici), informacije: doc. dr. Andrej Kastelic, dr. med., spec. psih., T: 041 683 139, E: andrej.kastelic@guest.arnes.si	

24. • RESPIRATORNA OBRAVNAVA NEVROLOŠKEGA BOLNIKA V KRONIČNI FAZI

kraj: LJUBLJANA, URI – Soča	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 60 EUR z DDV	k. točke: v pos-topku
vsebina: Seminar je namenjen fizioterapevtom, zdravnikom in osebju zdravstvene nege, ki opravljajo delo na primarni ravni ali v zavodih za dolgotrajno kronično oskrbo.	organizator: URI – Soča	prijave, informacije: Andreja Rus, URI – Soča, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, E: dogodki@ir-rs.si , T: 01 475 81 02	

24. ob 8.00 • IZZIVI PRI ZDRAVLJENJU BOLEZNI ZAKLOPK: INFEKCIJSKI ENDOKARDITIS

kraj: LJUBLJANA, UKC, predavalnica 1	št. udeležencev: 120	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Simpozij je namenjen prikazu obravnave bolnikov z infekcijskim endokarditisom od diagnostike do zdravljenja. Med simpozijem bo potekal neposredni prikaz operacij. Namenjen je specializantom in specialistom kardiologije, interne medicine, kardiovaskularne kirurgije, infektologije, anesteziologije in vsem, ki jih to področje zanima.	organizator: Društvo slovenskih kardiokirurgov in UKC Ljubljana, KO za kirurgijo srca in ožilja, doc. dr. Katja Ažman Juvan, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: bolezni.zaklopk@gmail.com , informacije: Katja Ažman Juvan, E: katja.azman@gmail.si , Nataša Mihelič Miletić, E: natasa.mihelic@kclj.si , Annette Sedovnik, E: annette.sedovnik@kclj.si	

24. 1.–7. 2. ob 15.00 • DENVER II SLOVENIJA – PODIPLOMSKI TEČAJ ZA IZVAJALCE PRESEJALNEGA RAZVOJNEGA TESTA DENVER II SLOVENIJA

kraj: MARIBOR, Hotel City, Ulica kneza Koclja 22	št. udeležencev: 17	kotizacija: 549 EUR (DDV vključen)	k. točke: v postopku
vsebina: Denver II Slovenija je standardiziran presejalni test za slovensko populacijo otrok. Izvaja se na vsakem sistematskem pregledu dojenčka in predšolskega otroka.	organizator: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo	prijave, informacije: Branka Kenda, T: 01 522 92 26, 070 864 291, E: branka.kenda@mf.uni-lj.si	

25. • 1. STROKOVNO SREČANJE O MEDICINSKO NEPOJASNJENIH STANJIH (MNS)

kraj: MARIBOR, Hotel Draš, Pohorska ulica 57	št. udeležencev: 60 (do zapolnitve prostih mest)	kotizacija: 49 EUR za specialiste, 25 EUR za specializante, brezplačno za študente MF	k. točke: 6
vsebina: Namenjeno zdravnikom družinske medicine in vsem, ki želijo pridobiti nova znanja o MNS. Delo bo praktično, v majhnih skupinah, z multidisciplinarnim timom predavateljev.	organizator: Zavod Just-A, Maribor, doc. dr. Vojislav Ivetič, dr. med.	prijave, informacije: W: http://www.just-a.si/strokovna-srecanja/ ali E: info@just-a.si , informacije: doc. dr. Vojislav Ivetič, E: info@just-a.si	

25. ob 9.00 • ZDRAVLJENJE Z MEDICINSKO KONOPLJO V PEDIATRIJI

kraj: LJUBLJANA, Grand hotel Union, Srebrni salon, Miklošičeva 1	št. udeležencev: 100	kotizacija: 100 EUR (DDV vključen)	k. točke: 7
vsebina: Na simpoziju bodo predstavili osnove delovanja endokanabinoidnega sistema in mehanizme delovanja medicinske konoplje ter določanje vsebnosti sestavin v konoplji, zlasti v namene zdravljenja na področju pediatrije, razvojne in otroške nevrologije. Strokovnjaki iz Izraela bodo predstavili načine gojenja različnih vrst konoplje z različnimi razmerji (t.i. kemovarji) in svoje lastne uspehe zdravljenja z medicinsko konopljo pri trdovratnih epilepsijah, nekaterih sindromih in avtizmu.	organizator: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo	prijave, informacije: Branka Kenda, T: 01 522 92 26, 070 864 291, E: branka.kenda@mf.uni-lj.si	

25. ob 9.00 • TPO in AED ZA TIME V ZOBOZDRAVSTVU

kraj: LJUBLJANA, Simulacijski center, Metelkova 9	št. udeležencev: 20	kotizacija: 150 EUR z DDV	k. točke: ***
vsebina: zunanja masaža srca, varna defibrilacija, oskrba dihalne poti, umetna ventilacija, pristop k vitalno ogroženemu pacientu, reanimacija, za zobozdravnike in zobne asistente, program na W: https://sim.zd-lj.si/images/moduli/Programi_2018/31-TPO-in-AED-za-time-v-zobozdravstvu-ZDL.pdf	organizator: Simulacijski center ZD Ljubljana, Metelkova 9, 1000 Ljubljana, 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 80, 031 396 533, E: taj.sim@zd-lj.si	

25. ob 9.00 • DNA TESTI V GINEKOLOGIJI IN PERINATOLOGIJI

kraj: MARIBOR, UKC Maribor, velika predavalnica prim. dr. Zmaga Slokana, 16. etaža stolpnice	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 160 EUR (DDV vključen), za medicinske sestre kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Presejanje s prosto celično DNA v nosečnosti, UZ diagnostika dojk in jajčnikov, presejanje za dedni rak dojk in jajčnikov. Namenjeno specializantom in specialistom gin/por, med. sestram.	organizator: Klinika za ginekologijo in perinatologijo UKC Maribor, izr. prof. dr. Faris Mujezinović, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: www.ukc-mb.si (strokovna srečanja), informacije: Tina Škerbinc Muzlovič, T: +386 2 321 2940, E: tina.skerbincmuzlovic@ukc-mb.si	

25.–26. 1. in 1. 2. ob 14.00 • POSEBNA ZNANJA IZ MEDICINE ŠPORTA – 2. MODUL: OKVARE IN POŠKODBE, REHABILITACIJA, PREVENTIVA POŠKODB

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: specialiste: 250 EUR + DDV, specializanti 175 EUR + DDV	k. točke: ***
vsebina: Usposabljanje, ki poteka v petih modulih, je namenjeno zdravnikom, ki želijo ali že izvajajo preventivne preglede športnikov. Modul 2: 25.–26. 1. in 1. 2. 2019	organizator: Združenje medicine športa	prijave, informacije: Taja Jelušič, T: 030 650 152, E: info@i-ms.si , W: https://medicinasporta.si/	

30. 1.–3. 2. ob 8.30 • TRETJA ŠOLA DIAGNOSTIKE SRCA

kraj: LJUBLJANA	št. udeležencev: 30	kotizacija: ni podatka	k. točke: ***
vsebina: Šola na temo diagnostike srca, CT, MR ter vsebina o nuklearni medicini.	organizator: Združenje radiologov Slovenije SZD, Klinični inštitut za radiologijo	prijave, informacije: dr. Maja Pirnat, E: zdruzenje.radiologov.si@gmail.com	

1. ob 8.00 • 7. STROKOVNO SREČANJE: KLINIČNA PREHRANA V PRAKSI

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 150 EUR (DDV vključen), člani SZKP 120 EUR, študentje 50 EUR, LLL-tečaj: 40 EUR	k. točke: v postopku
vsebina: Strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom, dipl. med. sestram, dietetikom, študentom, ki želijo pridobiti znanja iz klinične prehrane, ki jih bodo uporabili pri svojem delu. Vključuje tudi možnost LLL-tečaja.	organizator: Slovensko združenje za klinično prehrano	prijave, informacije: Eva Peklaj, E: slozpk@gmail.com , W: www.klinicnaprehrana.si	

1.-2. • USPOSABLJANJE IZ VODSTVENIH KOMPETENC ZA ZDRAVNIKE IN ZOBOZDRAVNIKE / 4. MODUL: MANAGEMENT POSLOVNIH PROCESOV, VODITELJSTVO

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 4. 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	

2. • DELAVNICA NEINVAZIVNE VENTILACIJE IN MOTENJ DIHANJA V SPANJU / PRAKTIČNI PRISTOP

kraj: TOPOLŠICA, Bolnišnica Topolšica	št. udeležencev: 40	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: delavnica	organizator: Bolnišnica Topolšica	prijave, informacije: Lucija Gabršček Parežnik, T: 03 898 77 89, 031 397 597, E: lucija.gabrscek@b-topolsica.si , W: www.boltop.si	

6. ob 16.00 • SREČANJE SKUPINE ZA OSEBNOSTNO RAST: KO SOGOVORNIK NI PRIPRAVLJEN NA DOGOVOR

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	

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

kraj: NOVO MESTO, Fakulteta za zdravstvene vede, Na loko 2	št. udeležencev: 40	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje	organizator: Združenje za perinatalno medicino SZD	prijave, informacije: doc. dr. Vislava Globevnik Velikonja, E: vislava.velikonja@guest.arnes.si	

15.-16. • IZZIVI PRI OSKRBI RAN – lokalno in globalno

kraj: PORTOROŽ, Grand hotel Portorož	št. udeležencev: 150	kotizacija: 130 EUR za člane DORS-a, 210 EUR za nečlane, 340 EUR v primeru udeležbe zdravnika in medicinske sestre iz iste organizacijske enote, kotizacije ni za upokojene zdravstvene delavce in študente (prvih 10 prijavljenih)	k. točke: ***
vsebina: Srečanje je namenjeno zdravnikom vseh specialnosti in medicinskim sestram, ki se ukvarjajo z bolniki z ranami.	organizator: Društvo za oskrbo ran Slovenije in Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, Nataša Čermelj, Dragica Tomc, Marija Petek Šter	prijave, informacije: prijave najkasneje do 11. 2. 2019, E: bajecmojca@gmail.com , informacije: Mojca Bajec, E: bajecmojca@gmail.com , Društvo za oskrbo ran Slovenije, Cigaletova ulica 9, 1000 Ljubljana	

FEBRUAR 2019

19. ob 16.30 • KAKO VODIMO SEBE? – DELAVNICA OSEBNOSTNEGA VODENJA

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 20	kotizacija: Za člane ZZS ni kotizacije, ostali 45 EUR.	k. točke: 3
vsebina: Ko vidimo besedo vodenje, se običajno pred nami prikaže slika skupine ljudi, med katerimi ima en posameznik vlogo, da koordinira, svetuje, motivira, vodi. Le malokrat pa stopimo korak naprej in pogledamo vsakega posameznika posebej. Kako vodimo sebe?	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: W: www.domusmedica.si	

20. ob 17.00 • DELAVNICA ZA ZASEBNE ZDRAVNIKE IN ZOBOZDRAVNIKE

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 15	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Delavnica je namenjena zdravnikom in zobozdravnikom, ki že opravljajo zasebno zdravstveno dejavnost.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: W: www.domusmedica.si	

MAREC 2019

7.–9. • 35. UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE

kraj: MORAVSKE TOPLICE	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	

20. ob 16.30 • IZGORELOST IN PROFESIONALIZEM V MEDICINI

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 20	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: delavnica	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: W: www.domusmedica.si	

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

kraj: KRANJ, Zavarovalnica Triglav, Bleiweisova 20	št. udeležencev: 40	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje	organizator: Združenje za perinatalno medicino SZD	prijave, informacije: doc. dr. Vislava Globevnik Velikonja, E: vislava.velikonja@guest.arnes.si	

29.–30. ob 9.00 • MEDICINA, PRAVO IN DRUŽBA S TEMO GLOBALIZACIJA MEDICINE V 21. STOLETJU IN IZZIVI SODOBNEGA ČASA: UMETNA INTELIGENCA IN ROBOTI V MEDICINI, MEDICINSKI, PRAVNI, SOCIOLOŠKI IN ETIČNI VIDIKI BIOMEDICINE

kraj: MARIBOR, Univerza, velika dvorana, Slomškov trg 15	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 150 EUR + DDV, kotizacije ni za upokojece ter študente medicine in prava	k. točke: ***
vsebina: Posvet je namenjen zdravnikom, pravnikom, sociologom in ostalim, ki jih to področje zanima.	organizator: Zdravniško in Pravniško društvo Maribor, prim. Jelka Reberšek Gorišek, dr. med., prof. Suzana Kraljič, univ. dipl. prav.	prijave, informacije: prijave: E: katja.hrovatin@um.si , informacije: Katja Hrovatin Markač, univ. dipl. prav., Pravna fakulteta Maribor	

ODDAMO/PRODAMO

Oddam v najem ali prodam opremljeno zobozdravstveno ordinacijo v Ljubljani.

Informacije: 051 320 440

ODDAMO

V najem oddam sodobno opremljeno zobozdravniško ordinacijo na Ptuj.

Informacije: 041 705 474

PRODAMO

Prodamo novejšo popolnoma opremljeno zobozdravstveno ordinacijo (47 m²) v Ljubljani, Župančičeva jama. Urejena vsa dokumentacija – ambulanta kot nova, deluje od leta 2012. Vseljivo/prevzem januarja 2019.

Informacije: M: 030 700 006, T: 01 280 08 60, E: nevenka@stoja-trade.si

Univerzitetni klinični center Maribor

razpisuje naslednja prosta delovna mesta (m/ž):

- 2 zdravnika specialista splošne kirurgije (za potrebe Oddelka za žilno kirurgijo),*
- 3 zdravniki specialisti splošne ali abdominalne kirurgije,*
- 1 zdravnik specialist torakalne kirurgije,*
- 2 zdravnika specialista plastične, rekonstrukcijske in estetske kirurgije,*
- 1 zdravnik specialist nevrokirurgije,*
- 3 zdravniki specialisti interne medicine,*
- 1 zdravnik specialist nuklearne medicine,*
- 2 zdravnika specialista urgentne medicine,*
- 3 zdravniki specialisti anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine,*
- 2 zdravnika specialista otorinolaringologije,*
- 3 zdravniki specialisti oftalmologije,*
- 3 zdravniki specialisti nevrologije,*
- 2 zdravnika specialista patologije,*
- 2 zdravnika specialista travmatologije,*
- 1 zdravnik specialist revmatologije,*
- 1 zdravnik specialist pnevmologije,*
- 2 zdravnika specialista ginekologije in porodništva,*
- 2 zdravnika specialista pediatrije,*
- 1 zdravnik specialist internistične onkologije,*
- 1 zdravnik specialist onkologije z radioterapijo,*
- 1 zdravnik specialist infektologije,*
- 1 zdravnik specialist psihiatrije,*
- 2 zdravnika specialista radiologije,*
- 1 zdravnik specialist klinične mikrobiologije,*
- 1 zdravnik specialist maksilofacialne kirurgije,*
- 1 zdravnik specialist kardiologije in vaskularne medicine,*
- 1 zdravnik specialist otroške in mladostniške psihiatrije,*
- 1 zdravnik specialist otroške nevrologije,*
- 1 zdravnik specialist sodne medicine.*

Pogoji za zasedbo delovnega mesta so:

- opravljen specialistični izpit s področja, ki je predmet razpisa,
- licenca za samostojno delo,
- poznavanje dela z osebnim računalnikom,
- poznavanje dela s programi medicinske dokumentacije,
- najmanj osnovna raven nemškega ali angleškega jezika,
- znanje iz temeljnih postopkov oživljanja.

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 posredujte na naslov: Univerzitetni klinični center Maribor, Kadrovski oddelek, Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor

Zdravstveni dom Grosuplje

objavlja prosto delovno mesto za

zdravnika specialista družinske ali urgentne medicine (m/ž)

za delovno mesto zdravnik specialist PPD1 za delo v urgentni ambulanti.

Pogoji:

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

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

Možna je tudi sklenitev pogodbe o zaposlitvi za dopolnilno delo ali podjemne pogodbe.

Ponudbe z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite v 15 dneh po objavi na naslov: Zdravstveni dom Grosuplje, Pod gozdom c. I/14, 1290 Grosuplje, ali na e-naslov: info@zd-grosuplje.si

Osnovno zdravstvo Gorenjske

razpisuje prosto delovno mesto:

zdravnika specialista pediatrije (m/ž)

za nedoločen čas s polnim delovnim časom v OE ZD Bled, Bohinj in

zdravnika specialista radiologije (m/ž)

za nedoločen čas s polnim delovnim časom v OE ZD Kranj

Kandidati naj pošljejo prošnje do 30. 1. 2019:

- za področje pediatrije po pošti na naslov: OZG OE ZD Bled, Mladinska cesta 1, Bled ali na e-naslov: tajnistvo@zd-bled.si in
- za področje radiologije po pošti na naslov: OZG OE ZD Kranj, Gosposvetska ulica 10, Kranj ali na e-naslov: tajnistvo@zd-kranj.si

Prošnji naj priložijo: življenjepis, diplomu medicinske fakultete, potrdilo o opravljenem specialističnem izpitu in veljavno licenco s področja, za katero se kandidat prijavlja.

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@siol.net, ali po pošti: MEDI CENTER, d.o.o., Topniška 4, 1000 Ljubljana.

Informacije: 041 686 216

Prof. dr. Marjan Prodan, dr. med. (1931–2017)

Utemeljitelj pediatrične radiologije v Sloveniji

Ciril Kržišnik

Kmalu bo minilo leto, ko se je zadnjega dne leta 2017 končala življenjska pot dolgoletnega direktorja Pediatrične klinike in predstojnika Katedre za pediatrijo Medicinske fakultete v Ljubljani prof. dr. Marjana Prodana.

Prof. dr. Marjan Prodan se je rodil 23. maja 1931 v Ljubljani. Po maturi leta 1950 se je vpisal na Medicinsko fakulteto v Ljubljani, kjer je diplomiral leta 1956. Po opravljeni specializaciji iz pediatrije leta 1963 in dodatni iz radiologije leta 1968 se je zaposlil na Pediatrični kliniki na oddelku za pulmologijo, tuberkulozo in radiologijo, kjer je postal leta 1972 vodja rentgenskega oddelka. Kot pediater klinik je pogosto svetoval kolegom po pregledu bolnika, kakšne radiološke preiskave je smiselno opraviti, in jih je kasneje tudi lažje interpretiral zaradi širšega poznavanja pediatrične problematike. V klinični praksi se je trudil za zmanjšanje obremenitve z ionizirajočim sevanjem pri radioloških preiskavah otrok. Številne rentgenske preiskave je čez čas v soglasju s kliniki opustil in jih nadomestil z modernejšimi, predvsem ultrazvočnimi in kasneje računalniškotomografskimi ter magnetnoresonančnimi preiskavami v okviru UKC.

Za asistenta pri predmetu pediatrija na Medicinski fakulteti je bil izvoljen leta 1978. Po uspešnem zagovoru doktorata z naslovom »Genetski vidiki hipertrofične stenoze pilorusa« leta 1980 je bil izvoljen leta 1982 za docenta in nato leta 1987 za izrednega profesorja pediatrije. Predstojnik Katedre za pediatrijo Medicinske fakultete v Ljubljani je bil od leta 1989 do leta 1993. Objavil je več kot 70 strokovnih del.

Kot učitelj pediatrije je organiziral in dograjeval pouk za študente medicine in stomatologije, poleg tega pa tudi podiplomsko izobraževanje iz pediatrije za pediatre in specialiste šolske medicine. Bil je mentor pri magistrskih in doktorskih nalogah. Sodeloval je pri pouku specializantov pediatrije, predvsem s področja pediatrične rentgenologije.

Strokovno je sodeloval kot vabljeni predavatelj na številnih pediatričnih srečanjih doma in v tujini.

Prof. dr. Prodan je postal namestnik direktorja Pediatrične klinike leta 1982, kot direktor pa je vodil kliniko v letih 1986–1994. Upokojil se je leta 1995. Organiziral in vodil je rekonstrukcijo nekaterih enot Pediatrične klinike, med drugimi je uspešno zaključil izgradnjo hematološko-onkološkega prizidka klinike. Vodil je tudi komisijo Kliničnega centra za medicinsko opremo.

Kot vodja Razširjenega strokovnega kolegija za pediatrijo pri Ministrstvu za zdravje je v slovenskem prostoru organiziral delitev dela na različnih ravneh in skrbel za izvajanje sodobne pediatrične doktrine.

Bil je član različnih strokovnih komisij SZD, predsednik Pediatrične sekcije in tajnik Sekcije za rentgenologijo pri SZD. Bil je tudi član Komisije za ionizirajoče sevanje in urgentno medicino pri Ministrstvu za zdravje. Več let je bil tudi član uredništva revije *Radiologia Yugoslavica* in uredniškega sveta revije *Slovenska pediatrija*.

Za svoje strokovno, pedagoško in organizacijsko delo je prejel številna priznanja, med drugimi leta 1982 red zaslug za narod Predsedstva SFRJ in leta 1975 srebrni znak sindikatov Slovenije.



Prof. dr. Prodan je tudi po upokojitvi pogosto sodeloval na pediatričnih strokovnih srečanjih, predvsem kot recenzent na podiplomskem izobraževanju iz pediatrije v okviru »Derčevih dni« . Recenziral je več poglavij v prvem slovenskem učbeniku pediatrije za študente splošne in dentalne medicine. Odmeven je bil njegov govor ob odprtju nove Pediatrične klinike v začetku julija 2009, ko je posebej poudaril, da je prepričan kot pediater in radiolog, da nova otroška klinika nujno potrebuje v diagnostični enoti tudi aparature za magnetno resonanco, prilagojeno za preiskave otrok. S pomočjo Ustanove za pediatrično kliniko se je to nekaj let kasneje tudi uresničilo.

Prof. dr. Prodan je s svojo osebnostjo, bogatim znanjem, strokovnim, pedagoškim in organizacijskim delom zapustil neizbrisni pečat v slovenski pediatriji, za kar smo mu nadvse hvaležni.

Prof. dr. Ciril Kržišnik, dr. med., v. svet., zaslužni profesor Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, ciril.krzisnik@mf.uni-lj.si

| Polonci

Novembrski mraz je globoko zarezal v srca slovenskih pediatrov. Izgubili smo našo drago kolegico dr. Polonco Seme Ciglenečki. Polonca je bila naša vzornica, tihi opomnik, da je zdravnik samo človek, ki bije boj proti naravnim silam. V svoji izjemnosti je presežala vse presežke že v gimnaziji in z enako zavzetostjo in uspešnostjo nadaljevala študij medicine. Med specializacijo si je izbrala najtežjo smer v pediatriji – intenzivno medicino, ki jo je opravljala z izjemno natančnostjo, predanostjo in predvsem s človeško in strokovno širino. Zavedanje človeške nemoči v najtežjih situacijah jo je gnalo v podiplomska izobraževanja. Po zaključenem magistrskem študiju je svoje strokovno zanimanje usmerila v razvojno nevrologijo. V doktorski študiji se je posvetila raziskovanju pomena in vpliva različnih gibalnih vzorcev na razvoj prezgodaj rojenih otrok.

Njeno vizionarstvo je preseglo doktrinarna načela, a je v majhnosti lokalnega okolja ostalo pri marsikom nerazumljeno, celo moteče. Poteptala je svoje ambicije in se odločila za umik. Vztrajala je v svojem poslanstvu biti zdravnica, čeprav je njen brezmejni ustvarjalni nemir trpel zaradi predaje. Ob takšnih razmerah – in morda tudi zato – so se pojavile bolezni, ena za drugo, z nizom nesrečnih okoliščin. Polončina izjemna, a razbolela duša je bila ujeta v še huje razbolelem telesu zaradi nevralgije trojevnega živca. Bolečine so bile prehude.

Polonca, neizmerno te pogrešamo.

Doc. Ljubica Žic, dr. med., spec. ped., doc. Milena Treiber, dr. med., spec. ped., mag. Mirjana Miksić, dr. med., spec. ped., Mojca Ivankovič Kacjan, dr. med., spec. ped., dr. Bernarda Vogrin, dr. med., spec. ped.



Polonca in Sofija (foto: Petra Greiner)

| Odhajajo ...

Odhajajo meseci, dnevi in – ljudje. Čas slovesa je vedno povezan z mislimi na preteklost, ko odidejo ljudje, pa v ospredje stopita žalost in bolečina zaradi izgube nam drage osebe. Izguba je toliko hujša, če se za odhod odločijo sami, brez slovesa. Tudi naši kolegi odhajajo tako. Takšni odhodi nam poleg lepih spominov na skupna doživetja in dosežke obudijo množico vprašanj. Njihovih sporočil za časa življenja nismo znali razbrati, njihovo trpljenje smo prezrli, njihove klice na pomoč preslišali.

Pred več kot 20 leti sva s kolegico prim. Darjo Boben - Bardutzky prvič

želeli vzpostaviti učinkovito pomoč kolegom, ki so se znašli v stiski. O tem sva javno govorili in tudi pisali v Isis. Poskusi, da bi takšna pomoč zaživela, so zvedeneli, prevladalo je prepričanje, da zdravniki tovrstne pomoči ne potrebujemo, da o duševnih stiskah, ki jih doživljamo, ni dobro govoriti v javnosti. Kajti ljudje bi utegnili zgubiti zaupanje v zdravnike, ki imajo sami težave ...

Če bi naši svetovalci zdravniškega ombudsmana nudili anonimno neobvezujočo pomoč že od takrat, bi lahko olajšali težave mnogim kolegom, ki so odšli, ker niso vzdržali

bolečin, ki jim jih je naplavilo življenje. Z mislijo na njih smo v teh predprazničnih dneh pripravili posvet z naslovom **Zbornica ponuja roko zdravnikom, ki se znajdejo v težavah**. Posvet je potekal 13. decembra, neposredno pred podelitvijo zborničnih odličij in tradicionalnim koncertom.

*Dr. Zdenka Čebašek - Travnik
Predsednica*

Novi častni član SZD in novi primarij med slovenskimi zobozdravniki

Vesna Banko

V okviru 155. redne skupščine Slovenskega zdravniškega društva, najstarejše stanovske organizacije v tem delu Evrope, ki je potekala 19. in 20. oktobra 2018 v Ljubljani, je bila tudi slovesnost s podelitvijo diplom častnim članom SZD ter novoimenovanim primarijem.

V Austria Trend Hotelu Ljubljana se je v petek, 19. oktobra 2018, ob 19. uri začelo svečano druženje zdravnikov in zobozdravnikov, na katerem je predsednik SZD prof. dr. Radko Komadina, dr. med., z obrazložitvijo in utemeljitvijo podelil tri diplome novim častnim članom SZD. Eden letošnjih prejemnikov stanovskega priznanja je tudi dolgoletni predsednik Stomatološke sekcije SZD kolega prim. Gorazd Sajko, dr. dent. med., iz Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca v Mariboru, kjer je predstojnik OE Zobozdravstveno varstvo. Aktivnega predsednika najštevilnejše in bogato delavne sekcije je predlagal za častnega člana sam predsednik SZD prof. dr. Komadina. Ni prostora, da bi naštevali vse njegove dosedanje zadožitve, res jih je bilo in jih je še zelo veliko.

Med novoimenovanimi primariji, ki so zado stili vsem zakonskim kriterijem Ministrstva za zdravje, je bil tudi en zobozdravnik, kolega Matej Leskošek, dr. dent. med., iz Zdravstvenega doma Vrhnika, kjer že dolgo vodi otroško in mladinsko zobozdravstvo, pod strokovnim in organizacijskim vodstvom Stomatološke sekcije SZD pa večkrat visoko nagrajeno in v svetu uveljavljeno Tekmovanje za čiste zobe ob zdravi prehrani med slovenskimi osnovnošolci. Listino mu je v imenu zadržanega ministra izročila državna sekretarka mag. Pia Vračko, dr. med. Prebrala je ministrovo pismo, kjer je bilo med drugim zapisano, da so to vrhunski strokovnjaki in nacionalna elita, saj so naredili več od povprečja.



Z leve: prim. Gorazd Sajko, dr. dent. med., in prim. Matej Leskošek, dr. dent. med.

Prijetno druženje se je po podelitvi nadaljevalo s svečano večerjo. Prisotni smo obujali spomine, take in drugačne. Nekateri smo se srečali po dolgih letih in bili zato otroško razigrani. Čas teče, vsak dan nam ga ostaja manj, zato je prav, da smo ponosni na opravljeno delo in poslanstvo, ki nam je bilo dano z zaključkom študija na naši Medicinski fakulteti.

Vsem slavlencem iskrene čestitke, našima kolegoma pa prepričanje, da bosta upravičila zaslužen pridobljena naziva in še naprej uspešno vodila našo Stomatološko sekcijo, kot tudi tekmovanje, ki mu ni para v svetovnem merilu in ga ponekod v Evropski uniji že posnemajo.

Vesna Banko, dr. dent. med., Zdravstveni dom Domžale, Šolska zobna ambulanta Lukovica

Odprtje razstave *Anima* Tine Mlinarec, dr. med., spec. orl.

Nina Pleterski Puharič



V prostorih Zdravniške zbornice Slovenije v Domus Medica so se ljubitelji slikarske umetnosti v sredo, 7. novembra 2018, udeležili odprtja razstave Tine Mlinarec, dr. med., spec. orl., z naslovom *Anima*, ki je nastala kot avtoričin individualni pogled na dušo.

Tina Mlinarec, dr. med., spec. orl., se je rodila leta 1982 v Ljubljani. Po opravljeni Gimnaziji Bežigrad je svojo izobraževalno pot, pospremljeno z več priznanji iz fizike in kemije, nadaljevala s študijem na Medicinski fakulteti. Specialistični izpit iz otorinolaringologije je opravila leta 2017. Avtorica razstavljenih del je vseskozi udeležena stik s svojo umetniško platjo, sprva s slikanjem ter kiparskim krožkom, kasneje pa tudi z obiskovanjem individualnih slikarskih delavnic. Njeno ljubezen do likovne umetnosti ji je prvi pomagal odkriti njen dedek, slikar, likovni pedagog in zavzet ljubitelj umetnosti, Vinko Mlinarec. Avtorica se najbolj živo spominja njunega druženja, ko jo je dedek vzel s seboj v razred in jo skupaj s starejšimi učenci posedel v klopi ter zatem celemu razredu dal veliko koristnih napotkov, jih spodbujal in hkrati kritično spremljal njihovo likovno ustvarjanje. Omenjeno je bilo tudi, da je avtorica nekatera svoja dela že razstavljala v tujini, in sicer na spomladanski mednarodni razstavi zdravnikov umetnikov v Zagrebu.

Razstavljeni dela vsebinsko obsegajo tri zaokrožene sklope: pokrajino, živali in ljudi. Tehnika, ki jo je uporabila avtorica, je po večini

akril na platnu in lesu. Pri upodabljanju ljudi in živali, odetih v ekspresiven kolorit, avtorica s pomočjo barvnih kontrastov združuje izkušnjo doživljanja s subjektivnim občutenjem barve. Med podobami na portretih prevladujejo karizmatične, močne ženske, za katere se zdi, da zmorejo vse. Lirične upodobitve živali z izrazitimi linijskimi smernicami in izstopajočo gestikalnostjo barvnih potez simbolizirajo elementarno mogočnost in samozadostnost. Slike krajine nas nagovarjajo z avtoričinimi premišljenimi poudarki in subtilnim senčenjem, s čimer avtorica večje poudari pomenskost izbranih tematskih prvin.

Goste sta pozdravili tudi zobozdravnica Nada Puharič, dr. dent. med., organizatorka razstav v Domus Medica, ki je vodila gradnjo zdravniške hiše, ter razstavljavka, ki je o premišljenem izboru motivike svojih likovnih del med drugim povedala, da so razstavljena njena najljubša dela, ki so nastajala v obdobju dveh let, ter da ji največ pomeni, če ji uspe, da se ob ogledu zazremo vase in nekaj začutimo. Odprtje je povezoval ljubiteljski napovedovalec in amaterski gledališki igralec Rok Pleterski Puharič, sicer odvetnik.

Večer, prežet z umetnostjo, sta s čustvenimi glasbenimi vložki, Črne oči (rusko Очи чёрные, Oči čornije), slovensko priredbo Cohenove *Hallelujah* ter *Questa o quella*, sijajno zaokrožila tenorist Miha Zabret in pianist Gašper Konec. Miha Zabret, dr. med., spec. orl., svojo poklicno pot uspešno usklajuje z umetniško. Za svojo



Tina Mlinarec, Eagle.

udeležbo na tekmovanjih iz solo petja je – kot smo se lahko prepričali, povsem upravičeno – prejel številna odličja, med drugim zlato priznanje na regijskem tekmovanju mladih glasbenikov Slovenije leta 2016, diplomu finalista na mednarodnem solopjevskem tekmovanju v Trevisu v Italiji in zlato priznanje na mednaro-

dnem tekmovanju v Beogradu leta 2014.

Če naslov tokratne razstave, *Anima*, naveže-
mo na latinski pregovor »*in oculis anima habitat*«, ki pomeni, da duša prebiva v očeh, to zlahka najdemo v pomenljivosti očesnega stika, ki skozi avtoričino ustvarjanje podob



Tina Mlinarec, Santorini.

vzpostavlja intimno vez od avtorice, prek naslikanih podob, do vsakogar, ki si to bogastvo povednosti njenega likovnega ustvarjanja ogleda.

Likovna skupina Leon Koporc drugič razstavlja v Galeriji Stara pošta v Kranju

Sava Rant Hafner

Nova Galerija Stara pošta letošnjo jesen ponovno gosti slikarje Likovne skupine Leon Koporc iz KUD-a Kliničnega centra in Medicinske fakultete.

Odprtje razstave v Galeriji Stara pošta je obogatil odličen kranjski harfist Jan Gorjanc. Z nežnimi in igrivimi melodijami je dodal novo dimenzijo občutkom, ki jih izvalja nova razstava. Pozdravi govornic Barbare Gorjanc, Zvonke Zupanič Slavec in Sava Rant Hafner so tako zazveneli kot izpolnjena pavza v glasbeni spremljavi odprtja razstave.

Predstavlja se večina preostalih slikarjev Likovne skupine, ki niso

razstavljali spomladi: Zorka Svatina Ciman, Tone Pačnik, Ljudmila Pačnik, Zdenka Vinšek, Bogdan Breznik, Roman Planko, Emilija Erbežnik, Ivo Kolar, Karl Hruza, Jure Godec, Zdravko Dolinšek, Stanka Golob, Maja Kosem, Janez Ovsec, Ivanka Kraševac Prešern, Ivan Žan Prešern, Dušan Sedej, Henrik Krnec, Radko Oketič in Ana Mlekuš.

Tudi ta razstava vabi z raznovrstnostjo motivov in tehnik slikanja.

Med akvareli, pasteli in akrilno tehniko preseneti slikanje s peskom. Slikarka Stanka Golob zamenja čopič in barve s peskom različnih barvnih



Odprtje razstave je popestril harfist Jan Gorjanc.



Na slikah Stanke Golob je slikarske barve zamenjal pesek.

odtenkov in zrnatosti. Ustvarjena slika z unikatno razgibano površino vabi gledalca v nove razsežnosti zaznav.

Raziskovanje možnosti izražanja praktično ne pozna meja. Slikar Ivo Kolar raziskuje različne tehnike ustvarjanja slike in ob hkratnem poigravanju z neobičajnimi motivi v gledalcu izzove začudenje in radovednost.



Ivo Kolar z neobičajnimi motivi svojih slik v gledalcu izzove začudenje in radovednost.

Vsaka slika govori svojo zgodbo, se poigrava s čuti in doživljanji gledalcev ter umirjeno ali igrivo vabi na nadaljevanje poti k naslednji sliki. Tako postane celotna stopniščna galerija lahkotna in razgibana. Gledalcem pričara trenutke umika v svet

optimizma, ravnovesja in umirjanja ali spodbude za boljše soočanje z vsakodnevnim stresom.

Sava Rant Hafner, dr. med., Likovna skupina Leon Koporec

S »tabletkami« na visoko planoto Ukok

Eldar Gadžijev

Pač ne morem brez Altaja! Tudi letos sem se dogovoril s svojim hematologom, da za en mesec prekinem zdravljenje in grem na Altaj. V deželo, ki leži najbolj oddaljena od vseh oceanov, ki je polna naravnih lepot, kjer lahko najdeš cel Mendelejev periodni sistem elementov, vse, kar je na njegovi tablici, kjer je marsikje marsikaj brez škode tako kot pred 50 leti in ki je na nek način mistična.

V letu 1993 so na visoki planoti Ukok izkopali mumijo skitske svečnice izpred 2500 let (iz paziriske kulture), ki so jo poimenovali altajska princesa. Z mumijo so že med izkopom ravnali precej nestrokovno, tako da se ni dobro ohranila. Potem so jo še prepeljali v Novosibirsk, kjer je

ostala do leta 2012, in jo nato na zahtevo Altajcev, ki so številne naravne nesreče v tistem času povezovali z odtujitvijo mumije, le »vrnili« na

Altaj v muzej v Gorno Altajskem. Baje naj bi umrla zaradi raka dojke (ugotovljeno po MRI-preiskavi mumije), stara med 20 in 30 let. Postala je znamenita predvsem po zanimivih tetovajah. Sicer je na planoti Ukok še kakih 1500 arheoloških ostankov:



Opozorilna tabla za Tarhatinski megalitski kompleks.

kurganov, »bab« (kamnitih »stebrov« z upodobitvami vojščakov), skalnih poslikav in jam. Planota je obdana z gorami, polna voda, sicer stepska in nenaseljena. Leži med 2300 in 2500 m nad morsko gladino, ima svojsko podnebje s suhimi, izredno mrzlimi zimami z malo snega ter precej toplimi poletji, ko pade tudi največ

dežja, ki pa ga je v vsem letu le okoli 250 ml. Je »zapovednik« – neke vrste državni narodni park, mejno področje in meji na Mongolijo, Kitajsko in Kazahstan.

Z »normalnima« kombijema je naša skupina po Čujskem traktu (po cesti, ki prečka republiko Gornji Altaj od severozahoda proti jugovzhodu, od

Bijska do meje z Mongolijo, in jo po naravnih lepotah prištevajo med pet najlepših cest na svetu) prišla do kraja Košagač v bližini mongolske meje.

Z »normalnima« kombijema sem zapisal zato, ker smo v Košagaču nato presedlali na tri »tabletke«. Tako imenujejo ruske, poimenovali bi jih lahko »gorske« kombije znamke UAZ 452, ki so v bistvu terenska vozila s kombijevsko karoserijo in brez elektronike, pa neverjetno zmožna premagovati vse mogoče ovire na poteh, ki to skorajda niso več.

Pot nas je najprej vodila po ravnici stepe v okolici Košagača. Malo preden smo zavili h goram, smo se ustavili in si ogledali megalitski spomenik Tarhata iz bronaste dobe, neke vrste altajski Stonehenge.

Ko smo prišli v začetni del gorske pokrajine, smo se morali ustaviti pred zapornico postaje »pograničnikov« – obmejne straže, kjer smo čakali celo uro, da so pregledali naše potne liste, posebne dovolilnice za vstop na varovano mejno področje in še vsakega od nas, preden so nas pustili naprej. Področje je pač mejno in meje so tu še stroge, kljub političnemu prijateljstvu med Rusijo in Kitajsko. Pot je vodila po cesti, ki je postajala vse slabša, polna skal, lukenj in luž, kar se je stopnjevalo do vrha drugega prelaza na 2923 m nadmorske višine.

Pred tem smo prišli do opuščene rudnika molibdena in volframa ter t.i. radonskih toplic, lesenih stavb, v katerih nudijo »radonske kopeli« za nekaj sto rubljev za največ 20 minut namakanja. Med vzponom proti drugemu prelazu smo zagledali skupino kamel, ki so se pasle nedaleč od poti in jih naš mimohod ni prav nič zmotil.

Naši UAZ-iki so nas, potem ko smo ponovno kar nekaj časa čakali pri naslednjih »pograničnikih«, da so si ogledali naše potne liste in dovoljenja za vstop v »zapovednik«, s prelaza zapeljali na visoko planoto Ukok. V mongolskem jeziku Ukok pomeni visoko gorsko planoto, Altajci pa Ukok imenujejo »Vrata v nebo« ali »Nebesni pašniki«. To leto je bilo zelo



Ob Čujskem traktu.



Tabletke ob altajskem Stonehengu.



S »tabletko« čez vodo.

vodnato in pot je bila na številnih mestih zalita z vodo ali pa je peljala čez potoke in reke, ki so marsikje imele izrazito močan tok. Vendar so naši kombiji vedno brez težav premagovali te vodne ovire.

Sledila je pot po ravnici in že od daleč smo zagledali dve »babi« – pokončna kamna, katerih namen in vloga nista povsem jasna, menda naj bi bila vrata v Šambalo. Malo dalje od »bab« pa je bilo področje kurganov, grobov starodavnih veljakov, ki so jih pokopavali na Ukoku baje zato, da so bili bližje vrhnjemu svetu, bližje bogov. Vodniki so nam pokazali kurgan oz. ostanke kurgana, v katerem so našli Altajsko princeso, ob najdbi dobro ohranjeno mumijo pomembne skitske svečenice.

Ukok ni bil nikoli naseljen, bil pa je mesto pokopavanja, »mesto pokoja«, kot ga imenujejo še danes. Priznati moram, da me je ta planota prevzela, čeprav nisem posebej občutljiv na energije, ki naj bi jih bilo mogoče čutiti na t.i. mestih sile. Res pa je, da sem se tam dobro počutil in da nisem bil edini. Čez Ukok je s svojo vojsko nekoč prodiral Džingiskan, ki so ga predvsem prevzele gore na jugu planote, pet štiritisočakov v sklopu Taban Bogdo Ula (največje gore Mongolije, na meji s Kitajsko). Gore je imenoval za svete. Le prvi dan smo imeli srečo, da smo jih videli, potem pa so se nam skrivale v oblakih.

Za nekaj dni smo se utaborili ob reki Akalaha in si ogledali še nekaj kurganov, nekaj »bab« in slapova reke Akalaha. Že prvi večer so naši šoferji odšli z enim UAZ-ikom na ribolov. Dolgo se niso vrnili, potem pa je ponoči po prehojenih sedmih kilometrih poti prišel šofer našega UAZ-ika Jevgenij - Ženja, da bi se z drugim avtom vrnil na kraj, kjer je našim junakom prvi kombi obstal v blatu. Srečno so ga rešili in se proti jutru vrnili z obema voziloma in z veliko ribami. V vodah na Altaju je riba harius, zelo okusna in baje v sorodu z lososom. Ima malo temnejše rahlo rdečkasto meso in doseže tri in več kilogramov teže.



Kurgan altajske princese.



Taban Bogdo Ula iz Ukoka.



Risbe na skalah ob Čujskem traktu.

Povratak je bil sicer miren, vendar je začel naš UAZ-ik »nagajati«: najprej je nekajkrat odpovedal akumulator, ker »klema« ni bila dobro

pritrjena, za ključ, ki bi ga potreboval, pa je Ženja rekel, da je predaleč – bil je namreč zadaj v vozilu, in se je raje trudil z rokami, kot da bi šel ponj...



Kamele ob poti.

Potem je odpadla večina vijakov iz zadnjega levega kolesa in iz kombija za nami so nam trobili in mežikali, dokler ni naš Ženja le ustavil svojega prej tako hvaljenega UAZ-ika. Rezervnih vijakov seveda ni imel, pa je kar iz vsakega od koles vzel po enega in rešil problem. To pa še ni bil konec težav z njegovo »tabletko«, ki jo je na poti na Ukok ves čas hvalil, kako dobro mu služi. Ko smo prevozili dokaj deročo reko, je začelo teči iz »kilerja« in smo se morali seveda ustaviti. Kaj pa sedaj? Za Ženjo ni bilo problema: iz ozadja kombija ja vzel orodje (tisto, ki je bilo prej »pre daljoko« – predaleč), odvijal hladilnik, nekaj pobrskal in s

kleščami poravnal na njem, potem pa dotočil vodo in vanjo vsul tobak dveh cigaret, ki naj bi zamašil nastalo luknjo. In jo je res.

Do našega cilja, do Košagača, je »kiler« zdržal. Sicer pa pot ni bila slabša kot ob prihodu in tudi na obeh kontrolnih postojankah »pograničnikov« smo hitro opravili. Ko smo imeli krajši postanek, smo videli peljati po poti velik črn japonski »mestni džip« z močno zatemnjenimi stekli. Iz njega je do nas stopil sovoznik in opazili smo, da na zadnjih sedežih sedi obilnejši možak z brado in kučmo, za katerega so naši vozniki in vodniki ugotovili, da je čečenski oligarh. Ruski

sovoznik in verjetno neke vrste služabnik tistega veljaka je povprašal naše za pot. Povedali so mu, da jim bo s takim vozilom težko uspelo, pa so se vseeno odpeljali dalje. Še preden smo nadaljevali pot, pa se je ta človek ves zaskrbljen vrnil, ker je njihovo vozilo obtičalo v blatu. Prišel je prosit, če bi jih izlekli. Naši šoferji so pomoč odklonili, ker naj bi imeli še zelo malo goriva in kar niso bili daleč »pograničniki«, ki naj bi obtičalim v blatu tudi lahko pomagali. Gospod je užaljen in poklapan najbrž šel do obmejne postaje, ki res ni bila daleč.

V Košagaču smo zapustili naše »tabletko« in se preselili v normalne kombije. Pot po Čujskem traktu je bila lepa, v Kalbaktašu smo si ogledali še »skalne risunke« ali petroglife, številne risbe na skalah iz raznih obdobj, od skitskega do tjurskega.

Na poti nazaj smo srečavali precej več avtomobilov s turisti, ki so prihajali v Košagaški rajon in nekateri verjetno tudi na Ukok, pa tudi nekaj velikih tovornjakov, ki so vozili v Mongolijo slamo. Tam jo namreč uvažajo!

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

Kolesarjenje 2018

Univerzalno zdravilo, mučenje kristjanov, trapasta psihologija, dobre knjige, hkratnost dogajanja ter lepotne operacije

Marjan Kordaš

Moj osnovni kolesarski program je (še vedno) 500 km/mesec. Dodatni program pa so proge z vzponi in spusti. Za merjenje obremenitve te vrste so sicer že na voljo sofisticirani merilniki, jaz pa še vedno uporabljam merilnik utripa. Vendar v običajnih, praviloma agresivnih prometnih razmerah utrip ni odvisen le od napora, temveč tudi od drugih, tudi

psiholoških dejavnikov. Zato napor ob kolesarjenju po cestah lahko le ocenim. Iz izkušenj s trenažerja pa vem, da utrip okoli 155/min. ustreza moči (naporu) približno 200 W. In ker hočem dokumentirati svojo stopnjo treniranosti, po skoraj vsakem kolesarjenju natisnem časovni, dolžinski in višinski profil utripa in proge ter zemljevid.

V anglo-ameriškem kolesarskem žargonu obstoji pojem *cyclist's paranoia*: da je kolesar nekako *sui generis* prepričan, da vedno kolesari proti vetru, da je vedno slabo vreme in da če ni premraz, je zagotovo vedno prevroče. Zato, pa tudi zaradi res zelo mrzlega vremena v marcu, se je najina letošnja kolesarska sezona začela šele na začetku aprila. Maj 2018 je bil ena sama vremenska katastrofa in v juniju so Nejko (zaradi mrzlega vremena?) začela boleti ušesa. Tako zelo, da enkrat (enkrat samkrat!) ob res lepem

vremenu nisva šla kolesarit; po mojem bi bil priporočljiv obisk pri zdravniku. A ker velja pregovor *Nemo propheta in patria sua*, je Nejka poiskala nasvet na spletu. Tako sva med naslednjim kolesarjenjem iskala okrasno rastlino netresk (*Sempervivum tectorum*). En cvet sva našla pri neki kapelici in Nejka je s cveta odtrgala en list ter si njegov sok nakapala v ušesa. S takojšnjim, nadvse blagodejnim učinkom!! Torej sva naslednje kolesarjenje načrtovala tako, da sva se ustavila na določenem kraju in iz množice kakih 30 netreskavih cvetov ukradla (zares: s slabo vestjo, pa vendar ukradla!) en cel cvet in ga nekaj dni uspešno uporabljala kot učinkovito zdravilo. Pa ne le za zdravljenje ušes! Tudi za celjenje ran. Bilo je takole: Kmalu potem, ko si je Nejka z netreskom pozdravila ušesa, mi je med enim kolesarjenjem levo stopalo spodrsnilo s pedala. Zato se je slednji zavrtel in me kar močno udaril po spodnji sprednji strani leve krače. Nastala je grda, približno 2 cm² velika, skoraj do kosti globoka rana. Krvavel sem dobesedno »kot prašič«. Ko sva prišla domov, sem (v hudih dvomih in nerad) privolil, da mi je Nejka (skladno z dvomljivim nasvetom dr. Googla) med menjavanji obližev rano zdravila z netreskovim sokom. Dokaz o uspešnosti zdravljenja ušes (praktično takoj, doslej brez recidiva) in rane (točno 30 dni) seveda sodi v kategorijo verovanja oz. *circumstantial evidence*. Tako ima Nejka zdaj na balkonu lonček z zalogo 6 netreskovih cvetov ki – tako verujem – dokazujejo, da je netresk zdravilo za vse in proti vsem(u); da oddaja zdravilne hlape, ki povečujejo prijaznost sosa-novalcev, zmanjšujejo nestabilnost vremena na Gorenjskem in vsaj simptomatsko zdravijo *cyclist's paranoia*.

Že večkrat sem opisal, kako sem okoli leta 1943, star 12 let, vpričo nemških nacističnih nadzornikov kradel slovenske knjige. Menim, da jih je bilo skoraj 100, in bile so nepozabno branje. Ena zelo zanimivih je imela naslov *Življenje svetnikov*,

nekakšen sumaričen opis mučenja kristjanov v različnih obdobjih rimskega cesarstva pred letom 313 A. D. Tako sem se poučil, kaj je t. i. *mučeniška smrt*, ki ima seveda številne različice. Npr. kuhanje oz. cvrtje (živega) svetnika v vodi oz. olju se mi ni zdelo posebno domiselno. Nasprotno pa mi je bilo zelo zanimivo – danes bi rekli: sofisticirano – mučenje nekega svetnika s t. i. *nesramno žensko*. Avtor *Življenja svetnikov* žal ni opisal nadslovnosti tovrstnega mučenja. A tisto, kar sem prebral med vrsticami, je bilo tako privlačno, da bi (jaz) v takšno mučenje takoj privolil. Sicer nisem vedel, kaj je *nesramna ženska* in kaj počne, je pa bilo jasno, da je nikakor ne bi mogla nadomestiti kaka svetnica. Seveda sem se tudi spraševal, ali poleg *nesramnih žensk* obstojijo tudi *nesramni moški*. Bilo pa mi je všeč, da so bile vse svetnice lepe ženske. In knjiga je zagotavljala, da vsi svetniki in svetnice v nebesih od Boga prejmejo *zasluženo plačilo*.

Leta 1945, ko sem *Življenje svetnikov* in vse druge knjige z obžalovanjem vrnil frančiškankam v kamniškem samostanu, sem že poznal nadslovnosti o »mučenju« (kristjanov) tako z *usakdanjimi* kot *nesramnimi* ženskami. A vsebnost od Boga prejete zaslužene plačila se mi je – ne boste verjeli – razkrila šele letos med kolesarjenjem!! Takole:

Proti koncu julija se je vreme ustalilo in v začetku avgusta je izbruhnila peklena vročina s popoldanskimi nevihtami. Zato sva sklenila vstajati sredi noči, tj. ob 5 h zjutraj. A ko naju je telefon ob tej nečloveški uri prvič prebudil, sem se uprl, češ da je to huje od mučenja kristjanov, opisane zgoraj. A Nejka, četudi je hujši zaspane kot jaz, je vztrajala in tako sva se na štartu v Mojstrani znašla že okoli 6.30 h. Po približno 1 km kolesarjenja sem se predramil in začel uživati kolesarjenje v prijetnem hladu na prazni kolesarski progi. Odvisno od temperature sva nato kolesarila do starega železniškega mostu pred Trbižem ali še dlje, do predora v Kanalski dolini nekaj kilometrov pred

italijansko-avstrijsko mejo, vsega skupaj 54 oz. 65 km. Vreme naju je prelisičilo le enkrat, ko sva v Mojstrani začela pri temperaturi 13° C, oblečena pa sva bila za precej višjo temperaturo. Tako se je mučenje kristjanke Nejke nadaljevalo vse do Trbiža, kjer se je končno odtajala. In do zadnje tretjine avgusta, ko sta peklenko vročino zamenjala dež in že jesenski hlad, sva v dobrih dveh tednih prekolesarila več kot 450 km, zares božje plačilo za vstajanje ob 5 h zjutraj. Podoben vremenski obrat se je zgodil proti koncu septembra – s skoraj že zimskim mrazom. Sicer sva nekoliko preseгла normo, 3030 km, a skladno s *cyclist's paranoia* obtožujem vreme, da naju je prikrajšalo za nekaj sto km! Vrh tega me je v začetku oktobra doletela »bolniška« zaradi banalnega nekolesarskega dogodka: izpahnil sem si desni ramenski sklep. A to je zanimiva druga zgodba, ki jo bom morda opisal v prihodnjih mesecih...

Iracionalno plat svoje psihologije kar dobro poznam in domnevam, da je dobro uravnotežena z racionalno. A ko sem na kolesu, se vse bolj bojim avtomobilov. Kar dobro me je letos iztirila tale trapasta banalnost:

Kot že opisano, večino kolesarjenj registriram in shranim na merilniku *Suunto Ambit 3*. A v juniju so se začele pojavljati težave: merilnik ni našel GPS in namesto izpisa o utripu se je občasno pokazal znak, da ni signala (hm, kot pri asistoliji!). In čez kak teden dni je merilnik dobesedno podivjal in kazal številke kot pri kaki hudi tahiaritmiji. Objektivno ni bilo prav nič vznemirljivega, počutil sem se pa kar klavrno. Potem sem nekaj časa kolesaril brez merilnika, da sem vse malo pozabil. Tako sem končno premagal vse strahove ter merilnik odnesel na servis. In res: na novo so mi nastavili (»resetirali«) računalnik v merilniku ter mi dali nov odjemni pas z novim oddajnikom. Zaradi varčevanja s prostorom ne morem opisati, kako sem merilnik preskušal. Če bi pretiraval, kot pretiravajo ribiči, bi lahko izjavil, da mi je popravljen merilnik popravil funkcijo srca...

Nekoč se mi je zapisalo, da kdor mnogo kolesari, mora mnogo počivati. Z drugimi besedami: če mnogo kolesarim, mnogo berem. Nejka mi na elektronski bralnik neumorno nalaga nove knjige, ki si jih za dosmrtno članarino 10 EUR (!) z nekakšnimi računalniškimi čarovnijami še vedno izposoja v celovski *Arbeiterkammerbibliothek*. Tako se mi včasih zdi, da gre pri meni že kar za nekakšno inflacijo branja (letos že 32 knjig). In da ni inflacije tudi v tem zapisu, se omejujem le na tri avtorje:

Ferdinand von Schirach (vnuk vojnega zločinca Baldurja von Schiracha, ki je bil leta 1946 na procesu v Nürnbergu obsojen na 20 let ječe), odvetnik, specialist za kazensko pravo, je v zadnjih letih napisal vrsto knjig. Od slednjih sem štiri v nemščini prebral na elektronskem bralniku: kratke zgodbe **Verbrechen** (Zločini, 132 str.) in **Schuld** (Krivda, 126 str.) ter dva kratka romana **Der Fall Collini** (Zadeva Collini, 115 str.) in **Tabu** (Tabu, 163 str.). Moje branje je bilo vseskozi eno samo občudovanje pisatelja, da zna s tako malo besedami opisati po eni strani človekovo psihologijo ter mehanizem zločina, po drugi strani pa pravo kot sistem. Sistem, znotraj katerega tožilec, zagovornik in sodnik poskušajo ravnati ne le zakonito (skladno z zakonodajo), temveč tudi pravično. In ker zakonodaja ne more predvideti vsega, *zakonito* ni nujno tudi *pravično*; lahko je celo *krivično*, npr. v zgodbi **Volksfest** (Veselica):

Vaška godba je na tej veselici na odru igrala ves dan. Za boljše razpoloženje so bili vsi godci našemljeni v božičke. Med odmori so se umaknili za zaveso, počivali in se izdatno nalivali s pivom. Zato so bili pozno popoldne vsi godci že pošteno pijani. Takrat pa je mednje prišla ljubka srednješolka, ki si je na veselici z raznašanjem piva hotela zaslužiti nekaj denarja. Med pijanimi godci ji je spodrsnilo, tako da je padla vznak na tla in vse pivo polila po sebi. Ker je nosila le lahko srajčko in je bila brez nedrčka, je med pijanimi godci na tleh

obležala skoraj naga. In pijani godci so podivjali, jo posilili, nato nanjo zmagoslavno urinirali in jo končno napol nezavestno pahnili v prostor pod odrom. Eden od godcev pa je čez nekaj časa vendarle obvestil policijo, ki je kmalu prišla in napol mrtvo dekle odpeljala v bolnišnico. Kjer so jo medicinsko dobro oskrbeli, a hkrati odstranili vse dokaze serijskega posilstva. Ker so bili vsi storilci našemljeni, posiljeno dekle ni moglo identificirati nobenega posiljevalca. In četudi je bilo jasno, da je šlo za posilstvo, nihče od posiljevalcev ni mogel biti obtožen posilstva...

Schirach izvrstno prikaže tudi inherentno zločinskost nacizma. Izvrstno opiše ozadje, zaradi katerega pride do umora, ki pa ni kriminalno dejanje, temveč (edina) rešitev problema. In bralcu tako za vedno ostane vprašanje, kaj je *resnica* in kaj je *resničnost*, seveda brez odgovora...

Ken Follett je znan pisec kriminalnih in vojnih zgodb. Nekaj sem jih že prebral, a nobena me ni pritegnila tako kot **Die Nadel** (Igla, 370 str.; izvirni naslov **Storm Island**). V resnične dogodke v Angliji 1940–1944 je vpletena izmišljena zgodba (v slogu romanov F. Forsytha **Operacija Šakal** ter **Zadeva ODESSA**) o nacističnem vohunu z izmišljenim imenom Faber. Je ne le inteligen, temveč tudi brezobziren morilec. Prav zato se vedno uspešno izmika angleški Secret Intelligence Service (SIS oz. MI6) in policiji. Fabrova naloga je ugotoviti, ali je FUSAG (First United Statates Army Group pod poveljstvom generala Pattona) v bližini Dovra taktična prevara ali resničnost. V slednjem primeru bi to potrdilo Hitlerjevo napoved, da se bo zavezniška invazija leta 1944 usmerila na ožino Dover–Calais. No, Faber ugotovi, da je FUSAG prevara, nikakor pa tega ne more sporočiti nacističnemu Abwehru. Tako se Faber prebije do južne Škotske, kjer naj bi ga pobrala nemška podmornica. Tu pa se proti vsem vohunskim pravilom zaplete z žensko in se tik pred vkrcanjem na podmornico smrtno ponesreči. V branju,

vohunsko »napetem kot štrumpantl«, je izvrsten psihološki vložek, kako ženska doživlja seks s tujcem. Ko se ženska tujcu do kraja preda, pa vendar hkrati ve, da ta moški nikakor ne more biti njen partner.

Arnaldur Indriðason (črko »đ« v priimku tega islandskega pisatelja sem zapisal, kot je navedena v nemškem prevodu; v izvirniku je seveda drugačna) pa je dobesedno odraz v naslovu omenjene *hkratnosti dogajanja*. Takole:

Progo od Mojstrane do Ovčje vasi (Valbruna, Wolfsbach) v Kanalski dolini in nazaj (80 km) sva z Nejko prekolesarila že mnogokrat. A tokrat je bila z nama tudi njena mama. Zato, pa tudi zaradi varčevanja z energijo smo v eno smer kolesarili bolj zmerno. In tako sem ob vračanju, v Trbižu, pred zadnjim, približno 8 km dolgim vzponom ugotovil, da nisem prav nič utrujen. Za preskus svoje kondicije sem torej pošteno pognal in kar 3-krat presegel utrip 150/min. (največ 158/min.). To se mi na tej progi ni zgodilo še nikoli, a sem bil kljub temu (oz. prav zato) zelo zadovoljen. Tudi zato sem se med prijetnim, 20 km dolgim spustom od Rateč do Mojstrane neznansko veselil nadaljevanja branja izvrstnega romana **Kälteschlaf**.

Island krimi (Hladni spanec. Islandska kriminalka. Nemški prevod iz islandščine; Bastei Verlag, 2009, 257 str.). Slog me spominja na von Schiracha, vendar je Indriðasonova glavna oseba, Erlendur Sveinsson, zanimivo razkran. Po eni strani je moški, ki skoraj urejeno živi s prijateljico, hkrati pa je ločeni oče, ki poskuša urediti odnos z bivšo ženo ter skrbeti za sina in hčer, ki se oba odvajata od mamil in alkohola. Pravzaprav gre za vprašanje, ali je preteklost za človeka breme ali spodbuda. Po drugi strani pa je Erlendur strasten kriminalist, ki hkrati raziskuje dva dogodka: nepojasnjeno izginotje mladeniča in mladenke pred 20 leti ter nedaven nenavaden samomor zgodovinarke Marije. Zaradi Erlendurjeve prislovične vztrajnosti se izkaže, da sta mladenič in mladenka pred 20 leti izginila

(utonila) zaradi nesreče; *resnica* ter *resničnost* se ujemata. Pri raziskovanju mehanizma Marijine smrti (zaradi samomora oz. umora) pa Erlendur zbira pripovedi o »mostu med tostranstvom in onstranstvom«, o t.i. obsmrtnih doživetjih v stanju klinične smrti. Vendar pri tem raziskovanju Erlendurju spodleti; *resnica* ter *resničnost* o Marijini smrti se ne ujemata. Ta vidik romana me spominja na znameniti film *Flatliners* (pri nas preveden kot *Ravna črta smrti* – pač skladno z ravno črto pri EKG ob asistoliji). Vendar v filmu ne gre za poskus zveze z onstranstvom, temveč za poskus, kako dobiti uvid v svojo preteklost. Poskus, spoznati resnico o sebi.

Filozofija meni, da je *resnica* skladnost z *resničnostjo*. Vendar: resničnost je v bistvu neskončno razsežna. In človek (z)more resničnost dojemati (zaznavati) le prek svojih čutov. Zato je zaznavanje resničnosti vedno subjektivno oz. arbitrarno. Ali kot je že pred mnogimi leti pokazal znameniti japonski film *Rashomon*: Človek vidi resničnost (resnico) tako, kot jo *hoče* videti, kot jo *zna* videti ali kot jo *zmore* videti.

Sicer sem pa letos enkrat s kolesom padel. Kolesu ni bilo nič, jaz pa sem poleg strahu skupil le nekaj odrgnin na levem gležnju, levem

komolcu in na hrbtu ob levi lopatici. Bilo je takole: neki avto se je ustavljal skoraj sredi križišča pred menoj. Zmanjšal sem hitrost ter se namenil sestopiti s kolesa. Pozabil pa sem prestaviti v ustrezno nižjo prestavo. A avto se je medtem ustavil. Kolo sem torej spet pogнал, zaradi visoke prestave pa je bila potisna sila pre-majhna. Kolo se je ustavilo in padel sem kot spodsekan. Ker ne uporabljam pedal na zaklep, sem se med prevračanjem ujel najprej na levo nogo, nato po vrsti na levo dlan, levi komolec, levi bok in levo stran hrbta. Zdi se, da sem se zakobalil skoraj kot ob pristanku padalcev med drugo svetovno vojno! Zaradi strahu pa sem bil potem na kolesu precej nestabilen, zato sva načrtovano kolesarjenje 65 km skrajšala na 54 km.

Tako v (rosni, hm!) starosti 87 let ugotavljam, da ne velja skrbeti le za zdravje, temveč tudi za videz. Videz je pomemben dejavnik, ki tudi psihološko vpliva na okolico ter ljudi. Tako sem sredi kolesarske sezone ugotovil, da moram nujno ukrepati in popraviti videz. Da je psihološko indicirana lepotna operacija na štirih strateških mestih. Glede na svoje finance sem se odločil za poseg na dveh mestih *takoj* in prek interneta našel ustreznega ponudnika. Se pravi, med rutinskim

čiščenjem svojega tehnično najbolj sofisticiranega kolesa *Stevens Sonora SL* sem ga razdrl na prafaktorje. Snel standardno zobniško kaseto (11–40) in jo nadomestil s kaseto KCNC (11–42). Vrhunski izdelek: deset zobnikov je iz srebrno zloščenega jekla, montirani pa so v enem kosu na škrlatnordeč nosilec iz aluminija. Enajsti zobnik je tudi iz jekla, a površinsko obdelan tako, da je tudi škrlatnordeče barve. Za dopolnitev tehnične in barvne vrhunskosti sem namestil še novo, »zlato« verigo KMC. Če zdaj kolo postavim na sonce, se (diskretno, hm!) prepletajo srebrna, zlata in škrlatnordeča barva. Zato se lepotni dodatki lepo prilegajo črno-rdečemu okvirju, ne da bi bilo kolo bliščavo kot kak kardinal. Vrh tega je kolo zdaj za kakih 150 g (gramov!) lažje, zaradi 42 zob v 1. prestavi pa tudi bolj pripravno za strmine.

Kar pomeni, da je bil prvi del lepotnih operacij uspešen in da se bom čez nekaj časa, v svetli prihodnosti 88 let, lahko lotil drugega dela lepotnih operacij, zamenjave koles...

Akad. prof. dr. Marjan Kordaš, dr.
med., Ljubljana,
marjan.kordas@mf.uni-lj.si

»Au«-foristična tinktura

Kratki aforizmi v beli halji z geografskim poreklom

Janez Tomažič, Konfekcijska klinika, UKCL

Zgodovinsko dejstvo: 100-letnica smrti IC

Prolog: Cankar je najboljši slovenski pisatelj, ki ga nihče ne bere.

Mimolog: Preden nadaljujete z branjem, prosim, da globoko vdihnete (kot v osnovni šoli, preden smo kaj govorili o Cankarju).

Epilog (prosto po Cankarju):

»Zdravstvo si bo pisalo sodbo samo.«

»Za hlapce rojeni, za zdravnike vzgojeni.«

»Zdravstvo je kot vlačuga in kdor ga ljubi, ga zasmehuje.«

»Sem slovenski zdravnik, moti me samo to, da me je sram.«

| Vork-lajf-belens

V zadnjem času velikokrat slišimo to besedno zvezo. Uporablja se povsod, v medijih, vsakdanjih pogovorih, v raznoraznih motivacijskih govorih in tečajih. Ima nek moderen in zelo pameten prizvok. Zdi se, da smo izumili nekaj, kar nas bo rešilo, nekaj, kar nam bo končno prineslo srečo. Predvsem če uspemo doseči ta visoki cilj – *belens*. Prevoda v slovenščino ne vem, zato sem v naslovu napisala kar »po naše«. Če vprašamo strica Googla, kaj je to, nam bo povedal: »...is the term used to describe the balance that an individual needs between time allocated for work and other aspects of life.« Povedal nam bo tudi, da v letu 2010 tega blaženega stanja ni moglo najti 16 % Američanov, od tega največ odvetnikov (26 %). Vir: Wikipedia.

Koliko Slovencev ne najde, dajmo temu reči ravnotežja med službo in zasebnim življenjem (krajše: življenjem), nimam pojma. Koliko slovenskih zdravnic in zdravnikov, še manj. Ali ga od nas sploh kdo išče, tudi ne vem. Vseeno me pojem muči. Zanima me, zakaj smo sploh začeli iskati neko ravnotežje med delom in življenjem, kajti ali ni delo del našega življenja?

Morda zaradi preutrujenosti? Izgorelosti? Zato, da bi lahko brez slabe vesti manj delali (ta mi je všeč)? Morda, čisto majčkeno morda so ga našli pametni ljudje, ki o njem predavajo za zelo visoke honorarje in ljudem ponujajo recepte, kako ga najti. Ravnotežje mislim. In z njim srečo, večno srečo, ki je ni in ni od nikoder.

Še nekaj me zanima, ampak resno zanima. Ali obstaja v Sloveniji katerikoli delujoči zdravnik, ki lahko reče, da je našel ravnotežje med delom in življenjem? Je kje kdo, ki ni nikoli utrujen, sit vsega, je vedno vesel in srečen (tudi ko ga prijatelj od sosedove Micke sprašuje, zakaj Janeza, njegovega bratranca v tretjem kolenu, boli koleno, in to ravno ob treh ponoči, vsak tretji ponedeljek v mesecu)? Po moje ne. No, če je kdo med vami, naj se mi prosim javi. Sicer ga ne morem plačati tako dobro, kot so plačani motivacijski govorci, ga pa »lastnoavtno« peljem na Bled na kremšnito.

Koga pogosto vprašamo, ko ne vemo odgovora? Naše starše. Oni bi rekli: »Ja, ravnotežja med delom in življenjem nismo iskali. Službo smo pričeli ob šestih,

končali ob dveh, popoldan pa mešali malto in sami zidali hišo. Svojo, pomagali sosedu, pomagali sosedu od sosed...« Naslednje, ki jih lahko vprašamo, so prijatelji(ce): »Ne, glej, se ti javim kasneje. Sedaj mi otrok joka, nekaj spet smrka, verjetno bom morala najti varuško. Jutri moram nujno v službo, če ne, bo katastrofa, pa najmanj do šestih bom tam. Mož je pa na službenem potovanju v Transilvaniji in ga ne bo cel teden. Potem moram odpisati na 100 mailov in odgovoriti na še ene štiri neodgovorjene klice. Šefica me je klicala, ne vem, kaj hoče. Lahko njej, ona me pokliče kadarkoli, ona nima družine... Ampak ej, morava se dobiti na eni pijači. Nisva se videli že ful časa. Naslednji teden pa obvezno.« In tudi tu ni odgovora.

V bistvu je odgovor. Prijateljica je povedala vse. Torej, ravnotežja med življenjem in delom ni več. Stvari, za katere mislimo, da so nam olajšale življenje, so nam ga otežile. *Maili*, telefoni, *facebooki*, *whatsapi* ... vedno smo dostopni in dosegljivi, vedno in vsem. In življenje mine, izgine, otroci zrastejo in naslednjo sekundo ležimo nepomični in gledamo v strop. Kje smo, ne vemo, kdo smo, ne vemo, kako se kliče tisti Nem'c, ki po hiši skriva stvari, ne vemo. Kako že? Aja, Alzheimer. Star, a realističen vic.

Zato, ko utrujena pišem ta zavodnik, me za sekundo zamika, da bi računalnik nekam vrgla, šla v naravo, vohala trobentice, objemala drevo... ali karkoli bi za ta *belens* morala že delati..., ampak neeeee, če sedaj neham, se mi napisano morda ne bo shranilo, Ihan bo hotel nov zavodnik in *belens* spet odplava. Aja, pa še zima je in ni trobentic.

Edino, kar lahko rečem, je: »Življenje itak prehitro mine. Imejte se radi, zdravi bodite in *belens* najdite.«

Vaša Mirjana

P. S.: Zanima me, kaj bi nam rekli, če bi šli v dom upokojencev in našim babicam in dedkom povedali, da se pogovarjamo o ravnotežju med službo in življenjem. Rekli bi, naj vstanemo ob štirih, nahranimo 20 glav živine, gremo za cel dan kopat njivo in pridemo zvečer domov utrujeni do nezvesti. Zbalansirani bomo do amena!



The professional public journal of the Medical Chamber of Slovenia

The Isis Journal is issued on the first day of each month. The annual subscription for non-members is 54,12 EUR. A single issue costs 4,92 EUR. The tax is included in price. Manuscripts are not returned to authors. An honorarium is paid for selected articles. Printed 10.150 copies. Postage for the Journal Isis paid at the 1102 Ljubljana post office.

The name of the journal is by the Isis, an Egyptian goddess, of all the gods and goddesses. The legend describes her as both the sister and the wife of Osiris, the first king in history. Isis had healing powers. She could also give new life into the body with her wings. According to the legend, her power extended all over the world. Each person is a drop of her blood. She was considered as the founder of medicine. A detail on a granite sarcophagus of Ramses III from the XXth dynasty shows her as a symbolic picture. This image and her name were chosen to be the title of the journal of the Medical Chamber of Slovenia, the goal of which is to unite and link together doctors in their efforts towards the welfare of all people, the drops of blood from the goddess Isis.

The President of the Medical Chamber
Dr. Zdenka Čebašek - Travnik, dr. med.

The Vice-presidents of the Medical Chamber
Krunoslav Pavlović, dr. dent. med.
Prim. asist. **Dean Klančič**, dr. med.

The President of the Assembly
Mag. **Marko Bitenc**, dr. med.

The Vice-president of the Assembly
Matevž Janc, dr. dent. med.

Executive board of the Medical Chamber of Slovenia

The President of the Educational Council
Asist. **Gregor Prosen**, dr. med.

The President of the Professional Medical Committee
Asist. **Borut Gubina**, dr. med.

The President of the Primary Health Care Committee
Vesna Pekarović Džakulin, dr. med.

The President of the Hospital Health Care Committee
Prof. dr. **Mitja Lainščak**, dr. med.

The President of the Dentistry Health Care Committee
Krunoslav Pavlović, dr. dent. med.

The President of the Legal-ethical Committee
Prim. **Helena Reberšek Gorišek**, dr. med.

The President of the Social-economic Committee
Prim. asist. **Dean Klančič**, dr. med.

The President of the Private Practice Committee
Dr. **Matevž Gorenšek**, dr. med.

The Secretary General
Iztok Kos, dr. med., MBA

Head of Public Relation Department
Andreja Basle, univ. dipl. nov.

Head of Legal Department
Peter Renčel, univ. dipl. prav.

Finance and Accounting Department
Mag. **Nevenka Novak Zalar**, univ. dipl. ekon.

Health Economics, Planning and Analysis Department
Nika Sokolič, univ. dipl. ekon.

Head of Postgraduate Medical Training
Tina Šapec, univ. dipl. prav.

Head of Basic Postgraduate Medical Training, Licensing and Registry Department
Žiga Novak, mag. prav.

Head of Congress Activities
Mojca Vrečar, univ. dipl. psih., MBA

Head of IT Department
Maja Horvat, dipl. ekon.



The Medical Chamber Of Slovenia

Founded in 1893 as The Medical Chamber for the Carniola Province. The Medical Chamber of Slovenia was subsequently founded in 1992.

Tasks

- The Medical Chamber of Slovenia is an independent professional organisation of medical doctors and dentists.
- Membership is an honour and obligation for all those that work as physicians or dentists in Slovenia and have a direct contact with the patients.
- The Medical Chamber of Slovenia protects and represents the interests of the medical profession, and helps to ensure the correct behaviour of doctors and uphold their reputation by:
 - Having and issuing a Code of Medical Ethics, monitoring the behaviour of doctors and administering any measures necessary for violations of the Code.
 - Maintaining a register of members and issuing membership cards.
 - Issuing, extending and revoking the doctors' licences for independent work.
 - Participating in the development of the undergraduate education programme for doctors.
 - Managing (planning, monitoring and supervising) the secondments of the two year compulsory postgraduate training in hospitals; secondments for specialisations; other postgraduate professional training, and examination.
 - Organising professional seminars, meetings and other types of professional medical development.
 - The professional auditing and appraisal of each doctor practising in Slovenia.
 - Participating in the preparation of regulations, planning and staffing plans in health care issues.
- Determining doctors' fees and participating in agreeing the prices of health care services.
- Representing the interests of doctors in determining contracts with the Institute of Health Insurance of Slovenia.
- Participating in the negotiation of collective contracts, and agreeing them on behalf of private doctors as employees, thereby managing the value of medical professional' salaries.
- Providing legal assistance and advice to members on insurance against medical compensation claims.
- Maintaining a Welfare Fund to help members and their families.
- Monitoring the demand for doctors and helping unemployed doctors find job.
- Assisting members to find suitable locums during their absence.
- Publishing activities, editing activities; issuing a free journal to members, publishing books and other publications.
- Encouraging co-operation between members and arbitrating in disputes.
- Encouraging the cultural and social activities of members; organising the cultural, sporting and other social events and activities.
- Monitoring alternative methods of treatment.
- Deterring prohibited and unacceptable medical practices.
- Providing a free permanent consulting service to members.
- Undertaking other tasks pursuant to legal regulations and the statute.

Klubski koncertni večeri NAPOVEDNIK 2018/19



DECEMBER - 13. 12. 2018

**Božično-novoletni koncert zdravniškega orkestra Camerata Medica
in svečana podelitev odličij Zdravniške zbornice Slovenije**



FEBRUAR - 12. 2. 2019

Sekstet klarinetov Panars

Nataša Aškerc, B-klarinet
Bernard Belina, Es-klarinet
Jure Hladnik, B-klarinet
Slavko Kovačič, B-klarinet
Bojan Logar, basklarinet
Mitja Ritlop, altklarinet
Program: (W.A. Mozart, J. Balogh, A. Piazzolla)



APRIL

Koncert zdravniškega orkestra Camerata Medica



JUNIJ

Magnolija kvartet z gostom
»Skok v poletje«

Tina Mozetič, violina
Jelena Šarc, violina
Marjetka Šuler Borovšak, viola
Petra Greblo, violončelo

23. 1. 2019 - JANUAR

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

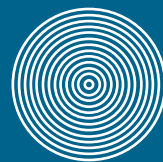


Program: M. Bruch, N. Rota, A. von Zemlinsky

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

Vljudno vabljeni!

Program Koncertnih večerov v Domus Medica za sezono 2018/2019 sta pripravila
Zdravniška zbornica Slovenije in Slovensko zdravniško društvo.

Koncerti so za člane zbornice in člane zdravniškega društva ter njihove družinske člane in prijatelje brezplačni, potrebna pa je predhodna rezervacija na: dogodki@zzs-mcs.si ali po telefonu 01 30 72 152, za kar se vam najlepše zahvaljujemo.