

IS IS

Glasilo Zdravniške
zbornice Slovenije
Februar 2020
Številka 2



Ana M. Pires Silva: "Z zbiranjem podatkov o pacientih, ki so v zadnjih treh letih odpotovali v drugo državo zaradi presaditve organa, je mogoče odkriti države, ki sodelujejo v presaditvenem turizmu, to informacijo pa je mogoče uporabiti za opredelitev prednostnih območij ali regij v smislu posredovanja ali ozaveščanja."

Ste prejeli Bilten?

Bilten je informativna e-publikacija Zdravniške zbornice Slovenije, namenjena vsem članom in zaposlenim v zbornici. Z namenom obveščanja o aktualnem dogajanju s področja dela zbornice, o izobraževalnih, kulturnih in drugih dogodkih je enkrat tedensko razposlana več kot 8500 prejemnikom.

Bilten prejme vsak član zbornice na svoj elektronski naslov, ki ga je podal bodisi ob vpisu v register zdravnikov bodisi pri udeležbi na dogodkih.

Zakaj ne dobim Biltene?

Točen elektronski naslov

Razlog, zakaj ne prejmete Biltene, je lahko v tem, da vaš elektronski naslov ni več aktualen (ste ga prenehali uporabljati) ali pa je napačen.

Podpora in kontakt

Milan Kokalj

01 30 72 172

milan.kokalj@zzs-mcs.si

Odjava/prijava na Bilten

Razlog je lahko tudi v tem, da ste se od prejemanja Biltene sami odjavili (preko povezave za odjavo v samem Biltenu).

Razvrščanje v e-poštnem nabiralniku

V večini primerov pa neprejemanju botruje prejemnikov ponudnik e-poštnih storitev. Zaradi različne politike in nastavitve filtrov e-pošta največkrat pristane v mapi z nezaželeno pošto (spam).

Nezaželena pošta

Kaj lahko storite v primeru, da se je Bilten znašel med nezaželeno pošto?

V tem primeru svetujemo, da elektronski naslov pošiljatelja bilten.tedenski@zzs-mcs.si določite kot pošiljatelja, vrednega zaupanja, in vso pošto s tega naslova kot zaželeno pošto. Tako Bilten ne bo nikoli več zašel in ostal v mapi nezaželene pošte ali mapi promocije.

Napotki za nastavitve filtrov pri ponudnikih e-poštnih storitev

Microsoft Outlook

1. V orodni vrstici izberite gumb "Junk" in na spustnem seznamu kliknite "Junk E-mail options".
2. Izberite zavihek "Safe senders" in izberite gumb "Add". Vstavite e-naslov pošiljatelja: bilten.tedenski@zzs-mcs.si in kliknite gumb "OK" (slika 1).

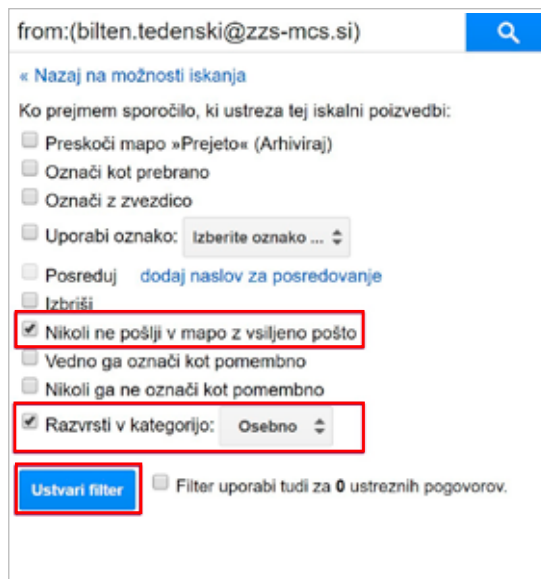


Slika 1

3. Nato ponovno kliknite gumb "OK".

Gmail

1. V Gmail nastavitvah izberite zavihek "Filtiri in blokirani naslovi" in kliknite gumb "Ustvari nov filter".
2. V polje "Od:" vpišite e-naslov: bilten.tedenski@zzs-mcs.si in kliknite "Ustvari filter za to iskanje".
3. Obkljukajte polje "Nikoli ne pošlji v mapo z vsiljeno pošto" in izberite kategorijo "Oseбно". Nato kliknite gumb "Ustvari filter" (slika 2).



Slika 2



IT-podporni kotiček

Za vas vzpostavljamo podporo informacijski tehnologiji, kjer boste dobili uporabne nasvete za uporabo digitalnih storitev zbornice. Vabljeni k spremljanju.

Skrb v posebnih okoliščinah

Borut Gubina

Vedno, ko se sam ali me kdo vpraša, zakaj sem se odločil za poklic zdravnika, je eden od odgovorov poznavanje zdravstvenega sistema – sodelujočih v njem in razpoznavanje neverbalne komunikacije med njimi. Vedno me je bilo strah starih škatlastih stavb z razpadajočimi fasadami, z visokimi stropi in s starimi lesenimi nihajnimi vrati, ki so preprečevala drugim vratom, ujetim v notranjosti teh stavb, da bi pobegnili drugam, recimo v vrtec, kjer je več običajnih stvari in manj igel.

Ni me pa bilo strah sester, zdravnikov in drugih ljudi, ki so odločno predstavljali škatle, vozičke, zvezke z enega konca stavb na drugega, kot da jih ponoči nekdo vse pomeša in oni potem popravljajo nered. Bili so prijazni, vendar so nekaj vedeli o vsakem od nas, ki smo prihajali do njih. Lahko so tudi ugotovili, kaj vsi mi prinašamo vsak dan s seboj, če so te samo pogledali. Strah me je bilo, da bodo kaj ugotovili in bo potem treba nekaj narediti, nekam iti, čakati na odgovore. Na odgovor, ali bo bolelo.

Sčasoma sem to skrb in strah bolj razdelal, ugotovil, da ni vseeno, kdo in kdaj te dobi v roke, da lahko kakšen pomemben korak tudi zamudiš, predvsem pa, da si v postopku precej sam. Da ni dobro preveč spraševati, ker greš lahko edini osebi, ki ti lahko v tistem pomaga, na živce in ti potem ne bo več hotela pomagati ali ti povedati prave rešitve. Premalo spraševati vsekakor tudi ni dobro, ker ti potem rečejo, kaj pa nisi vprašal, saj bi ti povedali. Kam se obrniti?

In nato sem se znašel na drugi strani tega občutka. Ko sem videl ta enak strah v koloni ljudi, ki so prihajali skozi moja razmajana vrata (ki bi sama gotovo raje vodila v umetnostno galerijo) in upali na občutek gotovosti, da ne bom preveč odkril tistega, kar nosijo s seboj, in da jim bom svetoval vse korake do stavka: »Zdaj je vse v redu in greste lahko domov.«

Vsakič, ko tega nisem in še vedno kdaj ne morem narediti, se počutim slabo, neizpolnjenega in na napačnem mestu. Ko razmišljam o vzrokih za to, poskusim najti dejanja, ki bi jih lahko sam naredil, in gledam stran od zunanjih vzrokov: sistema, nepravilnih informacij o čakalnih dobah, izgubljenosti med stavbami bolnišnic, telefonskih števil, ki zvonijo v prazno in so med uradnimi urami vedno zasedene.

»Dobili boste napotnico in se prijavite na preiskavo,« rečem 74-letni gospe, ki ji natisnem papir, kjer je naslov internetne strani za prijavo pri izvajalcu nekje v Sloveniji. Kako cinično dejanje, si mislim. Kot da bi sam dobil nalogo, da spečem pehtranovo potico v kuhinji moje stare mame. Kje so sestavine, katero posodo najprej vzamem, kako se

pravilno zmeša sestavine, na katero stikalo se pritisne na pečici?

Enako, ko opazujem starše otrok s posebnimi potrebami, ki so soočeni s tem, da je njihov otrok drugačen in da nikoli ne bo šel v navadno šolo z bralno značko, kako pridejo v stik s socialno platjo naše družbe. Ne samo, da so sami, z bolečino drugačnosti otroka in z odbijajočim odzivom drugih ljudi, soočeni so tudi z birokratskim in negotovim potekom obravnav strokovnih služb pri vpisih v šolo, pri pridobivanju socialne pomoči in pomanjkanju strokovnih delavcev, ki jih potrebujejo, da bi bilo bivanje kljub neznanskim bremenom drugačnosti nekoliko lažje za celo družino.

Vsi se trudijo, da bi pomagali, vendar se vedno nekaj zatakne, ustavi, pride do neznane ovire. Ko se vse ustavi, pade pobuda na starše, na mamo, da kot že premnogokrat do takrat vklopi preživetveni program in kliče, sprašuje, čaka, pripravlja dokumentacijo, potrjuje izkaznice. Kot da se je sama spomnila, da bi bilo fino narediti nekaj drugačnega, kot da bi ji bilo dolgčas in bi rada šla ponovno pokazat svojega otroka neznancem, na razstavo, na sodišče. Kakor da nima že do sedaj dovolj skrbi, kako bodo spremembe vplivale nanjo, partnerja, druge otroke. Vedno takrat privrejo iz spomina močna čustva, ki jih je občutila ob prvi postavitvi diagnoze.

Pri otrocih s posebnimi potrebami je njihova drugačnost dokončna. Enako kot pri mnogih pacientih, ki niso krivi za bolezn, ki jih pestijo. Nekateri so zadovoljni z odkrivanjem rešitelja njihovih težav v zdravstvenem sistemu, mnogi pa ne. Potrebujejo mir, olajšanje, brezskrbnost, nekoga, ki jim bo odprl vrata ven v park, v galerijo, na rojstnodnevno zabavo. Kako lahko zdravniki vplivamo na olajšanje poteka zdravstvenih obravnav?

Ena najbolj učinkovitih trditev, ki jih lahko uporabiš pri predstavitvi rešitve problema administratorju, je, da tako rešitev potrebujejo bolniki. Verjetno ta stavek pritisne na pravo stikalo pri prav vsakem, ki ima možnost spremeniti dosedanje prakso, stikalo, na katerem piše, da je tudi sam lahko nekoč pacient, ki ima v roki papir, na katerem so njemu nerazumljive besede.

Odpirajmo ta velika, razmajana in utrujena vrata ljudem in jim pokažimo, da je na drugi strani sončen dan v parku, kjer se igra z žogo, meče frizbi in peče popoldanski posladek na žaru.

Borut Gubina, dr. med., FEBU, predsednik Odbora za strokovno-medicinska vprašanja ZZS,
borut.gubina@zzs-mcs.si

Uvodnik

- 3** Skrb v posebnih okoliščinah
Borut Gubina

K naslovnici revije

- 6** Izvajanje Konvencije proti trgovini s človeškimi organi
Danica Avsec

Zbornica

- 12** Iz dela zbornice
- 14** Pregled normativne dejavnosti na področju zdravstva
Luka Štrubelj
- 16** Svet za izobraževanje v prvi polovici mandata
- 17** Odbor za zobozdravstvo

Aktualno

- 20** Zakaj ne pridobimo dovolj specializantov urgentne medicine?
Matej Strnad, Pia Jerot
- 23** Elektronske cigarete – ključne informacije za zdravstvene delavce
Helena Koprivnikar, Tina Zupanič, Jerneja Farkaš Lainščak

Iz Evrope

- 26** Slovenija: tako blizu in vendar tako daleč
- 27** Nezačuden mladi hrvaški zdravnik
Anton Mesec
- 27** Delo na skrajni meji

Zdravstvo

- 28** Demokratizirajmo snovanje digitalnih zdravstvenih inovacij v zdravstvu – poziv k sodelovanju
Mate Bešek

Forum

- 32** Komentar k zapisom
Marjan Kordaš
- 32** Kompetence v medicini se pridobivajo lokalno – ali kako izobraževati bodoče zdravnice in zdravnike
Miha Skvarč
- 35** Komentar k zapisu Presaditve organov in etika, avtorja Eldarja Gadžijeva
Danica Avsec

Medicina

- 38** Uvedba nacionalnega programa »Neinvazivna določitev plodovega genotipa RHD iz periferne krvi RhD-negativnih nosečnic – presejalni test« na Zavodu RS za transfuzijsko medicino
Tanja Hartman, Tadeja Dovč - Drnovšek, Irena Briel

Poročila s strokovnih srečanj

- 42** Poletna šola »Vztrajni somatski simptomi – multidisciplinarni izzivi«
Vojislav Ivetić
- 44** 25 let psihoterapevtskega oddelka v Psihiatrični bolnišnici Idrija – praznik psihoterapije
Anica Gorjanc Vitez
- 45** Srečanje Medicinske komisije Mednarodne zveze gorsko-reševalnih organizacij (IKAR MEDCOM) in kongres IKAR
Iztok Tomazin

- 47** SOS-pristop do hranjenja – vtisi s tečaja na Danskem
Teja Kovačec Hermann

- 49** VII. Osteološki dnevi 2019
Radko Komadina, Miro Čokolič

- 50** Cajalova šola za nevroznanstvenike
Matej Perovnik

- 52** Tečaj klinične prehrane ESPEN
Milena Blaž Kovač, Eva Peklaj, Nada Rotovnik Kozjek

Strokovne publikacije

- 55** Knjiga Management v zdravstvenih organizacijah
Andrej Robida
- 56** 30 let AA Slovenija
Jasna Čuk Rupnik

Strokovna srečanja

- 57** Zbornična izobraževanja za zdravnike in zobozdravnike
- 58** Strokovna srečanja
- 63** Mali oglasi

V spomin

- 65** Henrik Krnec (1932–2019)
Zvonka Zupanič Slavec

S knjižne police

- 66** Adam Kay: Tole bo bolelo – Skrivni dnevnik mladega zdravnika
Nina Mazi

Zanimivo

- 67** Joannes A. Scopoli (1723–1788) in njegova naravoslovna zapuščina
Zvonka Zupanič Slavec

68 Dr. Gašpar Gorišek
(1849–1911)
Zmago Turk, Elko Borko

71 Prošnja za povezanost
zdravnikov z Zdravnikom
Petra Grimani

73 Do cepljenja
na drugačen način
Jasna Čuk Rupnik

Zdravniki v prostem času

74 Odprtje slikarske razstave
Marije Urankar Murn – Miše
Nina Pleterski Puharič

75 Likovna kolonija v Kortah
in donatorska razstava slik
likovne sekcije Leon Koporc
Danica Lešnjak

77 Kolesarjenje 2019
Marjan Kordaš

Zavodnik

81 Ni pomemben svet,
pomemben je le pogled
Mirjana Rajer

Kolofon

Leto XXIX, št. 2, 1. februar 2020
Natisnjeno 10.100 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 Grolegger 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, nekrologov in fotoreportaj) je omejena na 12.000 znakov – štetje brez presledkov. Članku lahko priložite do 3 fotografije, vendar mora biti besedilo za vsako objavljeno fotografijo krajše za 1.000 znakov (kolaž fotografij lahko sestavljajo največ 4 manjše fotografije). Tudi če bo članek krajši, mu lahko priložite največ 3 fotografije. Za objavo so primerne digitalne fotografije dimenzij vsaj 1500 × 1200 točk in ločljivosti 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 poročila je omejena na največ 6.000 znakov (štetje brez presledkov). Priložite lahko 1 fotografijo (kolaž fotografij lahko sestavljajo največ 4 manjše fotografije). 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 srečanja (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. Besedilu lahko priložite 1 fotografijo.

Fotoreportaže

Fotoreportaža lahko obsega do 500 znakov brez presledkov in do 6 fotografij.

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. Honoriramo le avtorske fotografije oz. fotografije iz osebnega arhiva. Če avtor članka in fotografij ni ista oseba oz. fotografije niso iz njegovega osebnega arhiva, mora pod člankom navesti ime fotografa in v uredništvo posredovati fotografove podatke za nakazilo honorarja, sicer fotografij ne bomo mogli honorirati. 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 honorarja ne bomo mogli izplačati.

Napoved strokovnega srečanja

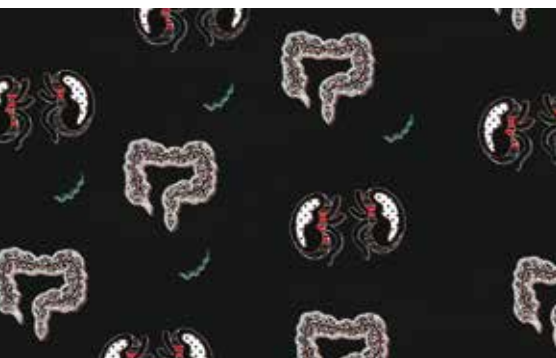
Za objavo dogodka v rubriki Strokovna srečanja (preglednica) pošljite podatke do 5. v mesecu na e-naslov isis@zgs-mcs.si. Objavljeni bodo dogodki za največ tri mesece vnaprej.

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. 5-odstotni davek na dodano vrednost je vračunan v ceni. Poštšina je plačana pri pošti 1102 Ljubljana.



Izvajanje Konvencije proti trgovini s človeškimi organi

Intervju z Ano M. Pires Silva, portugalsko točko za stike za kazniva dejanja, povezana s presaditvijo organov

Danica Avsec

Kaj je cilj Konvencije proti trgovini s človeškimi organi?

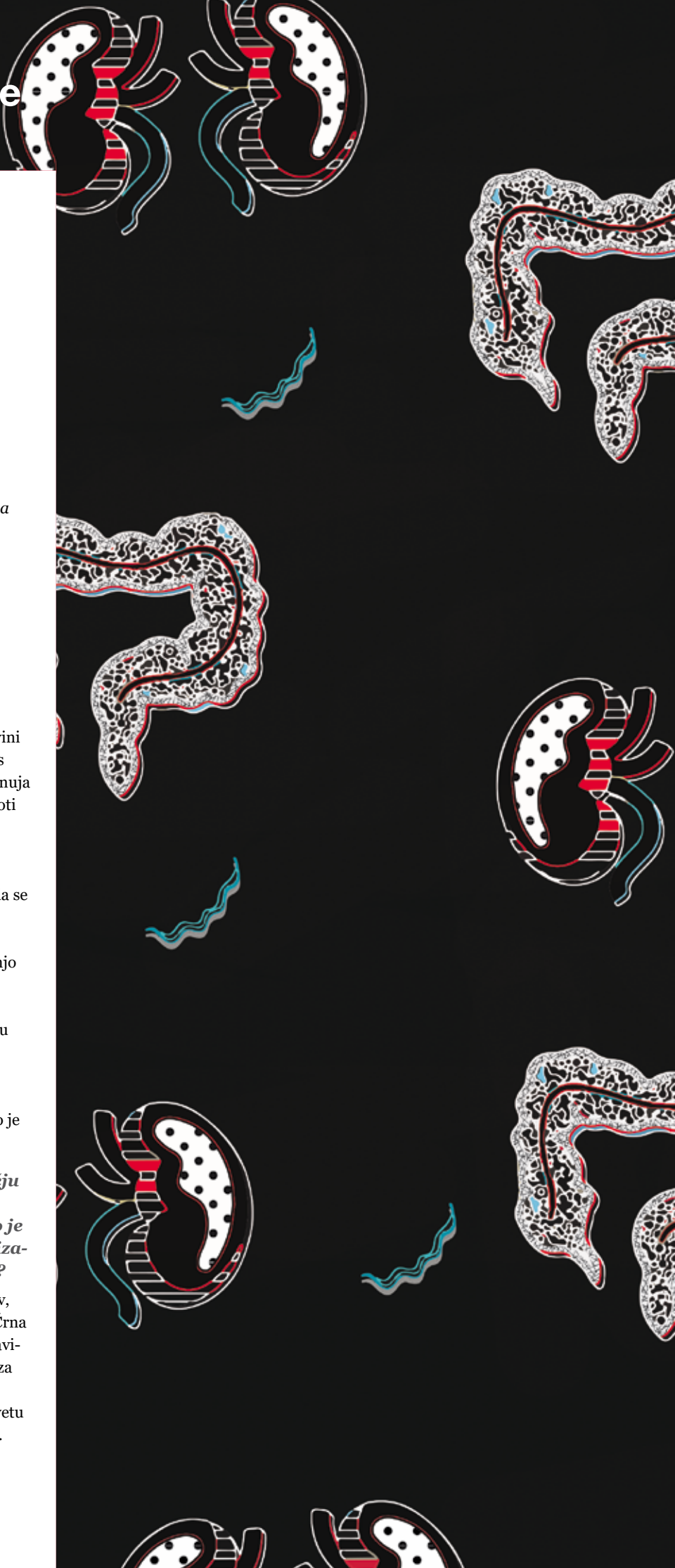
Nova Konvencija Sveta Evrope proti trgovini s človeškimi organi, ki je bila odprta za podpis 25. marca 2015 v Santiagu de Compostela, ponuja univerzalen, usklajen in kaznovalni sistem proti trgovini z organi in presaditvenemu turizmu.

Je prvi mednarodni pravni instrument s ciljem preprečevanja in boja proti nezakoniti trgovini, ki državam podpisnicam omogoča, da se spopadejo s to posebno vrsto kriminala, da trgovino s človeškimi organi obravnavajo kot kaznivo dejanje, pri čemer prepoznajo vse zanj značilne prakse in dejavnosti ter so jih dolžne obravnavati kot kazniva dejanja.

Njen glavni cilj je, da so si na tem področju vse države enotne. Da imajo na področju boja proti kriminalni dejavnosti trgovine z organi enako zakonodajo, in sicer da obsodijo enake nezakonite prakse presajanja organov, kajti to je temelj za kazenske preiskave in obsodbe.

Kakšno je trenutno stanje na področju trgovine z organi in v kateri fazi je izvajanje konvencije: koliko držav jo je podpisalo in ratificiralo? Kako si prizadevate za več podpisov in ratifikacij?

Konvencijo je trenutno podpisalo 24 držav, ratificiralo pa devet: Portugalska, Norveška, Črna gora, Malta, Češka republika, Albanija, Moldavija, Hrvaška in Latvija. Konvencija je na voljo za podpis državam članicam Evropske unije in nečlanicam, ki uživajo status opazovalk pri Svetu Evrope, kot tudi drugim državam nečlanicam.



Glede pridobivanja več podpisov in ratifikacij pa bi dejala, da je treba spodbujati točno določene aktivnosti, da lahko to dosežemo. Okrepiti bi morali akcije ozaveščanja v tistih državah, ki konvencije še niso sprejele, ker je bodisi ne poznajo ali pa ne vedo, kako naj postanejo podpisnice. Tu mislim zlasti tretje države, države nečlanice Sveta Evrope. Doslej je konvencijo podpisala samo Kostarika.

Če se želimo boriti proti trgovini z organi, moramo začeti delovati tudi zunaj Evrope, v t. i. tveganih državah, v državah uvoznicah in izvoznicah presaditvenih turistov ter državah, kjer mreže nezakonite trgovine z organi delujejo zaradi pomanjkanja zakonov, ki bi kriminalizirali te kaznive prakse.

Svetovni problem trgovine z organi se lahko rešuje samo z usklajenim delovanjem na mednarodni ravni, zato bi morale konvencijo podpisati vse države. Podpis konvencije pomeni, da bodo države delovale enotno in izvajale zakonodajo, ki bo v vseh državah usklajena, kajti to je bistveno za izvedbo preiskav in obsodb.

Kot primer lahko vzamemo področje kibernetске kriminalitete in prizadevanja Sveta Evrope, da bi tretje države pritegnil k podpisu Konvencije o kibernetски kriminaliteti (prva mednarodna pogodba o kaznivih dejanjih, storjenih preko interneta in drugih računalniških omrežij). Ta primer navajam, ker se tudi kaznivo dejanje trgovine z organi pogosto izvrši s pomočjo interneta, in sicer se tako išče darovalce in prejemnike organov, poleg tega je tudi veliko spletnih strani, ki ponujajo turistične pakete v t. i. presaditvenem turizmu. Po drugi strani pa v boju proti trgovini z organi, enako kot velja za kibernet-sko kriminaliteto, ni mogoče ničesar storiti brez mednarodnega sodelovanja, vzajemne pomoči med državami ter izmenjave informacij.

Glavni cilj obeh konvencij je izvajanje skupne kazenske politike, katere namen je zaščititi družbo pred

tovrstnim mednarodnim kriminalom s sprejetjem ustrezne zakonodaje in spodbujanjem mednarodnega sodelovanja.

V okviru skupnega projekta Evropske unije in Sveta Evrope GLACY (angl. *Global Action on Cybercrime*), katerega namen je preprečevanje in boj proti kibernetски kriminaliteti, je bilo v državah, ki so obravnavane prednostno (Afrika, Azija – Pacifik in Latinska Amerika ter Karibi), storjeno že veliko na področju ozaveščanja in usposabljanja, zaradi česar so te države pristopile h Konvenciji o kibernetски kriminaliteti in spremenile svojo zakonodajo. Danes je omenjeno konvencijo ratificiralo že 19 držav nečlanic Sveta Evrope.

Takšni projekti ali strategije se lahko uporabijo tudi v boju proti trgovini z organi, če želimo doseči napredek in uspeh.

Istanbulska deklaracija in njena skrbniška skupina imata prav tako pomembno vlogo, kajti deklaracijo in njena načela so sprejele mnoge transplantacijske organizacije po vsem svetu. V zadnjih letih je to izredno vplivalo na spodbujanje etičnih praks na tem področju in tudi na zakonodajne spremembe. Države, kot so Izrael, Kitajska in Pakistan, so sprejele novo zakonodajo ali pa okrepile že veljavne zakone, ki prepovedujejo trgovino z organi.

Mednarodna mreža nacionalnih točk za stike za kazniva dejanja, povezana s presaditvijo organov, ki jo je leta 2016 ustanovil Svet Evrope in združuje več kot 30 držav, vključno s Slovenijo in Portugalsko, igra prav tako pomembno vlogo v pospeševanju in izvajanju konvencije, vanjo pa so se vključile tudi nekatere države nečlanice, kot sta Izrael in Belorusija. Z zbiranjem podatkov o pacientih, ki so v zadnjih treh letih odpotovali v drugo državo zaradi presaditve organa, je mogoče odkriti države, ki sodelujejo v presaditvenem turizmu, to informacijo pa je mogoče uporabiti za opredelitev prednostnih območij



ali regij v smislu posredovanja ali ozaveščanja.

Nam lahko podate nekaj konkretnih vidikov izvajanja konvencije? Kako se konvencija odraža v vsakodnevni praksi na področju darovanja organov in trgovine z organi? Lahko navedete nekaj primerov izvrševanja zakona ali rezultatov?

Konvencija je še nova, saj velja v samo devetih državah. Zato še ni preteklo dovolj časa, da bi lahko beležili rezultate v smislu konkretnih primerov trgovine z organi ali presaditvenega turizma, ki bi bili kaznovani v skladu z določbami konvencije.

Poleg tega je njeno učinkovito izvajanje odvisno od dodatnih ukrepov, ki jih morajo države podpisnice razviti na nacionalni ravni, kot sta protokol ravnanja za transplantacijske strokovnjake, ki služi kot navodilo za preprečevanje in odkrivanje potovanj v tujino zaradi nezakonite presaditve, ter vzpostavitev mehanizma poročanja sumljivih ali potrjenih primerov trgovine s človeškimi organi pristojnim organom pregona. Eden od perečih problemov v boju proti trgovini z organi, ki lahko ogrozi uspešnost nove konvencije, je, da transplantacijski strokovnjaki sumljivih ali potrjenih primerov trgovine z organi ne sporočajo organom pregona

in zato kazniva dejanja ostanejo nekažnovana. Dejansko ima večina pravosodnih sistemov že vzpostavljen mehanizem za sporočanje primerov zlorabe otrok ali družinskega nasilja, za sporočanje primerov trgovine z organi pa zdravstveni delavci nimajo nobenega mehanizma.

Kako merite uspešnost oz. napredek?

Uspešnost konvencije oz. njen vpliv v boju proti trgovini z organi lahko merimo na različne načine, tako z vidika preprečevanja kot zatiranja.

Število primerov, ki so jih zdravstveni delavci odkrili in sporočili pristojnim organom oblasti, kot tudi število primerov, ki so bili kazensko preganjani na podlagi teh poročil, ter posredovane informacije o kriminalnih mrežah bodo zagotovo dobri pokazatelji uspešnosti konvencije v boju proti trgovini z organi.

Eden od problemov v boju proti trgovini z organi je, kot sem že prej omenila, da zdravstveni delavci sumljivih primerov ne poročajo pristojnim organom pregona, predvsem zaradi zdravniške molčečnosti. Zato se ti primeri ne preiskujejo, mreže trgovine z organi pa ostanejo nekažnovane ter ta »molk« s pridom izkoriščajo.

Med zdravstvom in pravosodjem ni sodelovanja. Poleg tega se zdravniški znajdejo pred oviro oz. jih je celo strah, kar je razumljivo, saj kršitev deontoloških obveznosti potegne za sabo disciplinsko in kazensko odgovornost. Zato je ključno, da se zdravniške razreši zdravniške molčečnosti, da se počutijo zaščiteni in lahko zaupajo, da s poročanjem sumljivih primerov izpolnjujejo svojo dolžnost in ne kršijo zaprisege molčečnosti.

Poleg prenove obstoječih pravil in zakonov je treba spremeniti tudi miselnost ter spodbujati kulturo v medicinski stroki, da odgovornost zdravnikov presega odgovornost do posameznega pacienta, saj so zdravniški dolžni preprečevati tudi škodo, ki jo lahko utrpijo potencialne žrtve trgovine z organi. Veliko »darovalcev« utрпи

nepopravljivo škodo v zvezi z zdravjem ali celo izgubi življenje. Zdravstveni delavci lahko pomagajo in bi tudi morali pomagati preprečevati to škodo. Prav tako se je treba boriti proti težnji »pogledati stran« oz. tolerirati kupovanje organov. Ker je treba paciente zdraviti, nekateri zdravstveni delavci menijo, da sumljivih primerov ne bi smeli prijavljati. Kupovanje organov je neetično in človeka obravnava kot predmet, saj temelji na ideji, da ti ljudje (»darovalci«) nimajo dostojanstva in jih je zato mogoče uporabiti in izkoristiti. Zato je pomembno ozaveščati zdravstvene delavce o pojavu trgovine z organi, njenih značilnostih in posledicah, saj je ta tema še vedno premalo poznana med transplantacijskimi strokovnjaki. Tudi konvencija zahteva tovrstno usposabljanje in ozaveščanje.

Države, ki izvedejo takšne ukrepe, vzpostavijo mehanizem poročanja, ustanovijo *projektno skupino*, ki povezuje zdravstvo in pravosodje, ter zagotovijo usposabljanje za strokovnjake z obeh področij, lahko štejejo izvajanje konvencije kot uspešno, obenem pa izpolnjujejo njen glavni namen – spoštovanje človekovega življenja in dostojanstva.

Vse večji napredek in uspeh v boju proti trgovini z organi je, kot sem že prej omenila, povezan tudi s tem, kako uspešni smo pri mobiliziranju tretjih držav, da pristopijo h konvenciji, saj kriminalne mreže delujejo prav v teh državah.

Od katerih držav se lahko učimo? Kakšno je stanje v Sloveniji na tem področju in kako dejavna je pri izvajanju konvencije? Se morda lahko drugi česa naučijo od nas?

Glede na trenutno stanje v boju proti trgovini z organi sta Portugalska in Španija primera dobre prakse izvajanja konvencije, kar jima priznava Svet Evrope.

V zvezi s Slovenijo pa menim, da se zdi, da se pri izvajanju konvencije premika v pravo smer. Na tem področju so opazna prizadevanja Zavoda

Republike Slovenije za presaditve organov in tkiv, saj je neposredna vključenost njegove delovne skupine v prenos konvencije v pravni sistem zelo pomembna.

Takšno sodelovanje med zdravstvom in pravosodjem je ključnega pomena pri sprejemanju nekaterih odločitev, v zvezi s katerimi konvencija državam podpisnicam daje proste roke, npr. ali naj darovalce ali prejemnike obravnavajo kot storilce kaznivih dejanj ali ne. Obe odločitvi zahtevata tehten premislek in ju pravosodje ne bi smelo sprejeti enostransko, ampak v sodelovanju z ministrstvom za zdravstvo ter z upoštevanjem mnenj strokovnjakov s področja transplantacijske medicine.

Kot vemo, je transplantacijska medicina kompleksna in je za številna področja družbe še vedno neznanka. Razumevanje postopka od darovanja organa do presaditve ter tudi etičnih načel in pravnih norm, ki urejajo to dejavnost – vse to znanje je ključnega pomena tako v obdobju prenosa konvencije kot tudi v naprednejših fazah njenega izvajanja s strani organov pregona (sodniki, tožilci in policija). Vsak zakon in dobro izvajanje le-tega sta vedno odvisna od ustreznega tolmačenja, ki običajno zahteva specializirano znanje, in tako je tudi v tem primeru.

Kateri so glavni izzivi pri izvajanju?

Obstajajo medicinski, etični in pravni izzivi, ki so, kot sem že dejala, povezani z vlogo transplantacijskih strokovnjakov v preprečevanju trgovine z organi in boju proti njej. Zato je treba izvajati nacionalni protokol, s katerim se zdravstvenim delavcem zagotovi ustrezen okvir za preprečevanje in ravnanje v primeru kaznivih dejanj, povezanih s presaditvijo organov; pripraviti je treba priporočila za obdobje pred presaditvijo za oskrbo pacientov, ki so izpostavljeni tveganju za presaditveni tumor, ter priporočila za obdobje po presaditvi za oskrbo pacientov, ki so bili v tujini zdravljeni s presaditvijo

nezakonito pridobljenega organa ter so se vrnili v domačo državo na zdravljenje po posegu. Takšen protokol je za zdravnike nujen, da se razjasni njihovi etični in pravni dvomi ter njihove dolžnosti in pravice – npr. ali so dolžni nuditi zdravstveno oskrbo pacientu, ki je kupil ledvico, ali lahko zdravljenje zavrnejo (ugovor vesti).

Ustanovitev *projektne skupine*, ki bi povezala transplantacijske strokovnjake, zdravstvene oblasti in organe pregona, da lahko sodelujejo pri razkrivanju organiziranih mrež trgovine z organi, je eden od največjih izzivov. Vključuje izvajanje mehanizma poročanja sumljivih primerov s strani transplantacijskih strokovnjakov, katerega namen je razkrivati podatke o subjektih, bolnišnicah ali strokovnjakih, ki sodelujejo v nezakonitih praksah presajanja organov, ter s tem podpreti policijo in sodstvo pri odkrivanju teh mrež. Drugi izziv je odločitev, ali naj bo ta mehanizem poročanja anonimen ali ne, torej ali naj se razkrije tudi ime pacienta, ki je prejel nezakonito darovan organ.

Nato je tu še vprašanje ozaveščanja in usposabljanja vseh deležnikov, ki nosijo odgovornost v boju proti trgovini z organi, od zdravnikov, ki zdravijo bolnike pred presaditvijo in po njej, do psihologov, socialnih delavcev, etičnih komisij, ki sodelujejo pri ocenjevanju živih darovalcev, ter tudi zelo pomembno vprašanje ozaveščanja sodnikov, tožilcev in policije.

Soočamo se tudi z izzivi, povezanimi z izobraževanjem splošne javnosti, kajti izvajati bi morali akcije ozaveščanja splošne javnosti o tveganjih, povezanih z nakupom ledvic. Celo v evropskih državah je prava »epidemija« ponudb ledvic, objavljenih na družbenih omrežjih, postajah podzemne železnice in drugih javnih mestih. To je odraz družbe, ki ni dobro obveščena o tveganjih pri prodaji in nakupu ledvic, torej o tveganjih, ki jih predstavlja črni trg človeških organov.

Kako ste iskali in zbirali podatke o trgovini z organi?

Kako ste določili vloge zdravstvenih delavcev, ki so pri tem sodelovali? Kdo jih je določil?

Kdo se je lahko pridružil ekipi?

Na Portugalskem se podatki o pacientih, ki so morda odpotovali v tujino zaradi presaditve organa, zbirajo na portugalskem Inštitutu za krvodajalstvo in transplantacijo, in sicer preko portugalske točke za stike za kazniva dejanja, povezana s presaditvijo organov, ki te podatke dobi od transplantacijskih centrov. Vsi naštetih tesno sodelujejo med seboj, kar je poenostavilo zbiranje podatkov.

Kakšen učinek ima konvencija na prejemnike organov?

Konvencija je državam, ki so jo ratificirale, dala proste roke pri odločitvi, ali naj tudi prejemnike in darovalce obravnavajo kot storilce kaznivega dejanja. Konvencija se osredinja na kriminalizacijo poslovnih dejavnosti, ki predstavljajo trgovanje z organi, tako da se kaznuje storilce.

Tudi v primeru kriminalizacije se lahko prejemnika kaznuje samo, če je neposredno in odločilno pripomogel k

Ana M. Pires Silva

Ana M. Pires Silva je diplomirana pravnica, ki je magisterij iz javnega prava opravila na Pravni fakulteti Katoliške univerze v Lizboni na Portugalskem. Junija 2007 se je pridružila portugalski Nacionalni organizaciji za transplantacijo, ki sedaj deluje kot portugalski Inštitut za krvodajalstvo in transplantacijo, kjer je zaposlena kot pravna svetovalka upravnega odbora. Od junija 2007 dejavno sodeluje pri razvoju portugalskega pravnega okvira na področju transplantacije in je oblikovala vse osnutke zakonodajnih predlogov za prenos direktiv o presaditvi organov, tkiv in celic ter za izvajanje resolucij in priporočil Sveta Evrope. Na Portugalskem je usklajevala več delovnih skupin, ki so pripomogle k vzpostavitvi etičnega odbora za presaditve organov živih darovalcev, uvedbi koordi-

natorjev darovalcev, oblikovanju programa darovanja ledvic »Crossed Kidney Donation«, standardizaciji psihosocialne ocene živih darovalcev, ureditvi zavarovanja za žive darovalce ter uvedbi načela prepovedi finančne koristi pri darovanju organov živih darovalcev.

Je tudi izvedenka Evropskega odbora za presaditve organov (CD-P-TO) Sveta Evrope in sodeluje v njegovih dejavnostih.

Od leta 2016 je portugalska točka za stike (NFP) za kazniva dejanja, povezana s presaditvijo organov, na to funkcijo pa je bila imenovana z resolucijo Sveta Evrope CM/Res(2013)55.

Od leta 2018 je strokovna svetovalka Odbora za bioetiko (DH-BIO) Sveta Evrope, in sicer za svetovalne storitve s področja strokovnega pre-

gleda pravno-zakonodajnega okvira za presaditve organov in tkiv v Belorusiji v okviru projekta Sveta Evrope »Bioetika: varstvo človekovih pravic v biomedicini«.

V zvezi s Konvencijo Sveta Evrope proti trgovini s človeškimi organi je vodila veliko pobud za izvajanje konvencije na Portugalskem, vključno z ustanovitvijo multidisciplinarne delovne skupine. Rezultat je bilo končno poročilo, ki je bilo predloženo portugalski vladi 30. novembra 2018, vključuje pa predlog za kriminalizacijo trgovanja z organi, opredelitev protokola ukrepanja za zdravstvene delavce ter predlog za spremembo Kodeksa medicinske deontologije, da zdravnikom dovoli razkrivanje informacij o trgovanju z organi.

Znanstvena dela slovenskih zdravnikov v najuglednejših publikacijah (A1A), katalogizirana v sistemu COBISS.SI v novembru

Ramos-Casals M, Brito-Zeron P, Bombardieri S, Bootsma H, De Vita S, Dörner T, Fisher B, Gottenberg JE, Hernandez-Molina G, Kocher A, Praprotnik S, et al. EULAR recommendations for the management of Sjögren's syndrome with topical and systemic therapies. *Annals of the Rheumatic Diseases*, ISSN 0003-4967, 2019. <https://ard.bmj.com/content/early/2019/10/31/annrheumdis-2019-216114>. long

Kljub napredku pri zdravljenju avtoimunskih bolezni se zdravljenje bolnikov s Sjögrenovim sindromom (SJS) v zadnjih desetletjih ni bistveno spremenilo. Evropska liga proti revmatizmu (EULAR) je promovirala in podprla mednarodno skupinsko študijo (EULAR SS Task Force), katere cilj je bil razviti racionalen terapevtski pristop za bolnike s SJS. Priporočila obravnavajo uporabo topičnih ustnih in očesnih zdravil, peroralnih muskarinskih agonistov, hidroklorokina, glukokortikoidov, sinteznih imunosupresivov ter bioloških zdravil. Za vsako priporočilo so zagotovljene stopnje dokazov.

Germenis AE, Margaglione M, Pesquero JB, Farkas H, Cichon S, Csuka D, López Lera A, Rijavec M, Jolles S, Szilágyi Á et al. *International consensus on the use of*

genetics in the management of hereditary angioedema. *The journal of allergy and clinical immunology, In practice*, ISSN 2213-2201, 2019;7:1–35. [https://www.jaci-inpractice.org/article/S2213-2198\(19\)30869-4/abstract](https://www.jaci-inpractice.org/article/S2213-2198(19)30869-4/abstract)

Hereditarni angioedem (HAE) postaja genetsko bistveno kompleksnejša bolezen, kot smo sprva predvidevali, zato je tudi interpretacija kliničnih in biokemijskih testov, ki so osnova za pravilno izbiro genetskih testov, vedno bolj zapletena. Genetika namreč pridobiva vedno pomembnejšo vlogo pri obravnavi bolnikov s HAE. Za uspešnejšo diagnozo smo skupina mednarodnih strokovnjakov pripravili priporočila za genetsko testiranje bolnikov s HAE, ki vključuje opis kliničnih indikacij, priporočila glede laboratorijskih metod, interpretacije rezultatov in genetskega svetovanja.

Strojan P, Hernandez-Prera JC, Beitler JJ, Eisbruch A, Saba NF, Mendenhall WM, Suárez C, Smee R, Rinaldo A, Ferlito A. *Small cell and large cell neuroendocrine carcinoma of the larynx : a comparative analysis. Cancer treatment reviews*, ISSN 0305-7372, 2019;78:42–51. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2019.08.002>

Nevroendokrini karcinom grla (NEKG) je izjemno redek; slabo diferencir-

an histološki tip tega raka ima še posebej slabo prognozo. Zaradi zmede v klasifikaciji in redkosti teh tumorjev je mednarodna skupina avtorjev opravila sistematično analizo vseh publiciranih primerov slabo diferencirane inačice NEKG, da bi preučila razlike v poteku in prognozi drobnoceličnega in velikoceličnega tipa NEKG. Ugotovili so, da oba tipa NEKG zgodaj in pogosto zasevata; velikocelični tip se kaže kot prognostično ugodnejši; učinkovito zdravljenje (še) ni poznano.

Lee AWM, Ng WT, Chan JYW, Corry J, Mäkitie AA., Mendenhall WM, Rinaldo A, Rodrigo, JP, Saba NF, Strojan P, et al. *Management of locally recurrent nasopharyngeal carcinoma. Cancer treatment reviews*, ISSN 0305-7372, 2019;79:1–10. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2019.101890>

Karcinom nosnega žrela je zaradi mesta rasti oziroma bližine pomembnih anatomskih struktur velik izziv za zdravljenje, ki mora biti hkrati dovolj agresivno, da z njim dosežemo željeno učinkovitost, in ne pretirano toksično. Zato predstavlja lokalna ponovitev tumorja v nosnem žrelu še toliko večji izziv. V prispevku so avtorji kritično analizirali obstoječe in potencialne nove možnosti zdravljenja ter izdelali algoritem za terapevtsko obravnavo bolnikov z lokalno ponovitvijo tumorja v nosnem žrelu.

nezakonitemu odvzemu organa. Konvencija ne dopušča kaznovanja malomarnosti. Pacienta se lahko kaznuje samo v primeru, kadar je vedel, da je bila ledvica, ki jo je prejel, pridobljena nezakonito (na primer z

nakupom ali od darovalca, ki je bil v odvzem prisiljen, recimo z ugrabitvijo), ali pa v primerih, ko je prejemnik neposredno najel darovalca in z njim odpotoval v nezakonito kliniko, kjer je bil opravljen poseg.

Po drugi strani pa se kazni tudi v teh primerih omili, če prejemnik pomaga pridobiti dokaze za razkritje mreže trgovine z organi ali če je bilo njegovo ravnanje posledica ranljive situacije zaradi ogroženega zdravstva-

nega stanja, kar je vedno motiv, saj, kot vemo, se prejemnik za to odloči zaradi nevzdržne situacije. Zato bi rekla, da prejemniku ne bi smela groziti zaporna kazen. Prejemnik ni zločinec, tudi če si v takih primerih zasluži grajo.

Kako pri tem sodelujejo zdravstvene organizacije in kakšna je njihova vloga?

Sodelovanje in podpora zdravstvenih organizacij sta ključnega pomena za izvajanje nacionalne multidisciplinarnе mreže proti trgovini z organi. Omenila sem že idejo o *skupni projektni skupini*, ki povezuje zdravstvo in lokalne organe pregona. Izvajanje konvencije je kot »sestavljanka«. Brez podpore zdravstvenih organizacij, ki bi zdravnike razrešile dolžnosti zdravniške molčečnosti, slednji ne bodo mogli poročati sumljivih primerov organom pregona, brez tega vira informacij pa bodo kriminalne mreže ostale še naprej nekažnovane.

Kako zagotavljate preglednost?

Če je le mogoče, je treba zagotoviti mednarodno sledljivost in biovigilanco. V skladu z Direktivo 2010/45/EU in Resolucijo Sveta Evrope CM/Res (2017)2 bi se morali enaki podatki, kot jih zdravstveni delavci rutinsko zbirajo in beležijo v

nacionalnih transplantacijskih registrih v zvezi s pacienti, ki so prejemniki organa v domači državi, zbirati rutinsko tudi v zvezi s pacienti, ki so bili zdravljeni s presaditvijo organa v tujini. Vendar pa to ni vedno izvedljivo, kajti ti pacienti običajno nimajo zdravniških izvidov, ko se vrnejo domov. Portugalski protokol ravnanja s pacienti, ki so bili zdravljeni s presaditvijo organa v tujini, določa tudi dolžnost transplantacijskih strokovnjakov, da zagotovijo sledljivost in biovigilanco za vse paciente, ki odpotujejo v tujino zaradi presaditve. Po drugi strani pa portugalski transplantacijski register, ki smo ga vzpostavili pred kratkim, dopušča zbiranje podatkov, ko je zaznan takšen primer.

Nezakonite prakse v svoj prid izkoriščajo pomanjkanje organov; kako lahko v vsaki državi posebej, EU in globalni družbi premostimo to težavo?

Najboljši način za boj proti trgovini z organi je povečati ponudbo organov. V državah z visoko stopnjo darovanja organov, z dobro organiziranimi programi darovanja in presaditev, ki lahko odkrijejo vse potencialne darovalce, je tveganje, da bi pacienti padli v skušnjava in vstopili na črni trg človeških organov, manjše.

Kako lahko vsi vplivamo na to področje: od darovalcev do prejemnikov, zdravstvenih delavcev, strokovnjakov in organov pregona?

Kot sem že omenila, s pomočjo ozaveščanja in usposabljanja vseh deležnikov, ki nosijo odgovornost v boju proti trgovini z organi, od zdravnikov, ki zdravijo bolnike pred presaditvijo in po njej, do psihologov, socialnih delavcev, etičnih komisij, ki sodelujejo pri ocenjevanju živih darovalcev, ter sodnikov, tožilcev in policije.

V okviru izobraževanja splošne javnosti bi morali izvajati akcije ozaveščanja o tveganjih, povezanih s črnim trgom človeških organov, in – kar je zelo pomembno – spodbujati razprave v družbi o pomembnosti darovanja in presajanja organov.

Kaj je naslednji korak? Katere kratkoročne ukrepe in cilje si je postavila vaša ekipa?

Naslednji koraki so povezani z izvajanjem protokola ravnanja za zdravstvene delavce ter z ozaveščanjem in usposabljanjem organov pregona in pravosodja.

Prim. Danica Avsec, dr. med., svet., Zavod RS za presaditve organov in tkiv Slovenija-transplant



mList

Navodila za uporabo mobilne aplikacije mList

Mobilna aplikacija »mList ZS«

Neposredni mentorji in specializanti imate na voljo mobilno aplikacijo »mList ZS«, ki je namenjena vnosu in potrjevanju posegov preko mobilnega telefona. Mobilna aplikacija omogoča specializantom dostopnejše in hitrejše vpisovanje novih posegov ter obravnav, ki jih morajo opraviti med svojim usposabljanjem, neposrednim mentorjem pa dostopnejše in hitrejše potrjevanje (zavrnitev) posegov in obravnav.

Aplikacijo »mList ZS« si naložite preko trgovine Google Play ali AppStore (odvisno od operacijskega

sistema vašega telefona).

Vanjo se vpišete z enakimi podatki, kot jih uporabljate za vpis v spletno aplikacijo »eList«. Podatki v mobilni aplikaciji »mList ZS« in spletni aplikaciji »eList« so sinhronizirani.

Podrobnejša navodila za uporabo mobilne aplikacije »mList ZS« se nahajajo na spletni strani.

Za morebitno pomoč pri uporabi aplikacije se obrnite na podpora@zss-mcs.si.

Oddelek za informatiko

Iz dela zbornice

Za obdobje od 6. 12. 2019 do 9. 1. 2020

Javni poziv za koordinatorja

Zdravniška zbornica Slovenije je 9. januarja 2020 na svoji spletni strani objavila javni poziv za imenovanje koordinatorja specializacije za specialistično področje pediatrija in za specialistično področje urgentna medicina. **Rok za oddajo vlog je 10. februar 2020.**

Nadzorniki kakovosti

Zdravniška zbornica Slovenije je 9. januarja 2020 na spletni strani objavila Javni poziv za imenovanje nadzornikov kakovosti za **družinsko medicino** (družinska medicina, medicina dela, prometa in športa, javno zdravje), **diagnostične stroke** (nuklearna medicina, radiologija, onkologija z radioterapijo), **internistične stroke** (gastroenterologija, infektologija, interna medicina, internistična onkologija, nefrologija, pnevmologija, revmatologija, urgentna medicina, intenzivna medicina, hematologija, kardiologija in vaskularna medicina, klinična fiziologija, alergologija in klinična imunologija – odrasli), **neklinična področja** (patologija, sodna medicina, klinična genetika, klinična mikrobiologija) **in ostala področja** (pediatrija, dermatovenerologija, nevrologija, otroška nevrologija, fizikalna in rehabilitacijska medicina, otroška in mladostniška psihiatrija, psihiatrija). **Rok za oddajo vlog je 10. februar 2020.**

Motnje v delovanju Odbora za zobozdravstvo

Po dobrih dveh letih dela je prišlo v Odboru za zobozdravstvo do resnih motenj, ki so se stopnjevale v nasilno vedenje enega od članov na 32. seji odbora. Znotraj odbora sta se oblikovali dve skupini, prva z jasno izraženo željo po čimprejnjši odcepitvi in ustanovitvi samostojne zobozdravniške zbornice in druga, ki se je trudila za večanje avtonomije in postopni prehod v samostojnost. V tej drugi skupini je tudi predsednik odbora Krunoslav Pavlovič, ki ga je prva skupina pozvala k odstopu. Tega ni uresničil, saj odbor do imenovanja novega predsednika na skupščini zdravniške zbornice ne bi mogel delovati. Ker so se pritiski v smeri njegovega

odstopa nadaljevali, je sklical korespondenčno sejo z glasovanjem.

Zapisnik te seje:

Člani Odbora za zobozdravstvo so na svoji 36. seji, ki je potekala korespondenčno od ponedeljka, 9. 12. 2019, od 15. ure do srede, 11. 12. 2019, do 11. ure, prejeli v glasovanje predlog naslednjega sklepa:

Odbor za zobozdravstvo poziva predsednika odbora Krunoslava Pavloviča, dr. dent. med., k odstopu.

O predlaganem sklepu so od 14 članov Odbora za zobozdravstvo glasovali trije člani (Matej Praprotnik, doc. dr. Boris Gašpire, in Matjaž Gorkič).

Rezultat glasovanja o sklepu je naslednji:
ZA: 0, PROTI: 3, NISO GLASOVALI: 11.

Kot sledi:

»Sklep št. 1/36/2019: Odbor za zobozdravstvo poziva predsednika odbora Krunoslava Pavloviča, dr. dent. med., k odstopu«

NI SPREJET.

Če funkcionar ne odstopi, obstaja še možnost razrešitve. To po našem statutu lahko predlaga predsednik zbornice, skupščinski svet ali 20 poslancev. Ker predsednica nisem in ne bom predlagala razrešitve Krunoslava Pavloviča, je na predlog Stanislava Nagliča o tej možnosti glasoval Skupščinski svet na svoji seji 12. 12. 2019, ki predloga ni izglasoval. Tako obstaja le še možnost, da se za razrešitev zbere 20 podpisov poslancev. Če bodo ti glasovi zbrani, bodo o razrešitvi odločali vsi poslanci na seji skupščine, pred glasovanjem pa bo Krunoslav Pavlovič lahko podal svoj zagovor.

Dr. Zdenka Čebašek - Travnik

Predsednica Zdravniške zbornice Slovenije

Obvestilo

Na podlagi sklepa Okrajnega sodišča v Ljubljani o predlogu za izdajo začasne odredbe v zadevi s št. III P 1304/2019 Zdravniška zbornica Slovenije objavlja naslednje besedilo: »Odločitev Rzsodišča Zdravniške zbornice Slovenije (sklep št. 0114-7/2016-71 z dne 29. 4. 2019 v zvezi s sklepom št. 0114-7/2016-79 z dne 28. 8. 2019) v delu, ki se nanaša na mag. Miroslava Jurca, dr. med., ni pravnomočna in v zvezi s tem pred Okrajnim sodiščem v Ljubljani teče pravdni postopek opr. št. III 1304/2019 med tožečo stranko mag. Miroslavom Jurca, dr. med. in toženo stranko Zdravniško zbornico Slovenije.«



Pregled normativne dejavnosti na področju zdravstva

Zdravniška zbornica Slovenije (v nadaljevanju: zbornica) ima na podlagi pete točke 71. člena Zakona o zdravniški službi pristojnost sodelovanja pri pripravi zakonov in drugih aktov in predpisov s področja zdravstva. Izvrševanje te pristojnosti zbornice je odvisno od tega, v kolikšni meri Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije (v nadaljevanju: ministrstvo) vključi zbornico v svojo normativno dejavnost. Kljub temu pa zbornica redno pregleduje dokumente v javni razpravi s področja zdravstva ter ministrstvu v zvezi s tem posreduje pripombe. V nadaljevanju sledi pregled s strani ministrstva predlaganih sprememb ter pripomb, ki jih je zbornica podala nanje.

Celotno dejavnost Oddelka za pravne zadeve Zdravniške zbornice Slovenije na področju zakonskih in podzakonskih predlogov ter predlogov drugih splošnih aktov na področju zdravstva, ki so jih pristojni organi vložili v javno razpravo, lahko po novem spremljate na spletni strani zbornice. Svoje pripombe na aktualne predloge, ki so v javni razpravi, lahko posredujete vodji Oddelka za pravne zadeve Zdravniške zbornice Slovenije, Petru Renčelu na elektronski naslov peter.rencel@zss-mcs.si

Predlog Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o pacientovih pravicah (ZPacP-B), Predlog Pravilnika o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah ter Predlog Pravilnika za upravljanje varnostnih odklonov

in tveganj za varnost pacientov v zdravstvu

Zbornica že dlje časa opozarja na nujnost vzpostavitve večje varnosti zdravnikov in zobozdravnikov, zato je ministrstvu s tem namenom predlagala novo določbo Zakona v pacientovih pravicah (v nadaljevanju: ZPacP), ki ministru nalaga obveznost, da sprejme ukrepe za zagotovitev varnosti v prostorih izvajalcev. Zbornica je ob tem oblikovala tudi predlog Pravilnika o določitvi varnostnih ukrepov pri izvajalcih, ki ga je ministrstvo označilo za nepotrebno, saj naj bi zakonodaja že določala obveznost delodajalcev zagotavljanja varnosti pri delu. Zbornica ministrstvu na to ugovarja, da glede na obstoječe stanje nasilja nad zdravstvenimi delavci veljavna zakonska ureditev očitno ni učinkovita, zaradi česar si bo zbornica še naprej prizadevala za sprejem predlaganih ukrepov.

Zbornica pa je tudi sicer v okviru javne razprave ZPacP-B na ministrstvo podala svoje pripombe na besedilo členov predlagane spremembe zakona ter na besedilo pripadajočih pravilnikov.

V svojem dopisu zbornica še naprej nasprotuje uvedbi elektronskega naročanja v osnovnem zdravstvu. Ministrstvo je sicer pristalo na določitev začasnega moratorija na vodenje elektronskih naročilnih knjig (torej trenutne ureditve), predvideva pa uvedbo centralnega elektronskega naročanja v osnovnem zdravstvu. Zbornica nasprotuje obojemu, tako elektronskim naročilnim knjigam pri izvajalcih kot tudi morebitnemu centralnemu elektronskemu naročanju, saj gre za ukrepe, ki pomenijo zgolj dodatno administrativno in finančno obremenjevanje izvajalcev.

Ministrstvo je sprejelo predlog, da se ukine splošna obveznost vodenja

čakalnih seznamov v osnovnem zobozdravstvu. Po ZPacP-B bi ostala obveznost vodenja čakalnih seznamov za zobnoprotetične storitve, ki bi se vodili po nekoliko spremenjenih pravilih.

Zbornica je tudi sicer ministrstvu predlagala več ukrepov za administrativno razbremenitev izvajalcev:

- ZZZS naj pridobiva statistične podatke o čakalnih dobah od NIJZ. Zbornica v zvezi s tem nasprotuje uvajanju širšega obsega podatkov, ki ga predlaga ministrstvo v predlogu Pravilnika o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah;
- ZZZS naj nosi obveznost pojasnila organizacijskih vidikov zdravljenja.

Zbornica poleg tega ministrstvu predlaga operacionalizacijo pacientovih dolžnosti s sankcijami za njihove kršitve:

- določitev prekrška zaradi nedostojnega vedenja,
- povrnitev stroškov, ki jih je povzročil pacient oz. njegov spremljevalec s svojim problematičnim vedenjem,
- omejitev pravice do proste izbire zdravnika pacientu, ki huje krši svoje dolžnosti.

Ministrstvo pa po drugi strani želi z ZPacP-B uveljaviti nov, za vse izvajalce obvezen sistem upravljanja z varnostnimi odkloni in tveganji za varnost pacientov v zdravstvu, za izvedbo katerega predlaga sprejem pravilnika. Po mnenju zbornice gre v tem primeru za materijo, ki ne spada v ZPacP, ampak v poseben zakon, pri čemer bi moral biti upravljelec zbirke teh podatkov neodvisen organ in ne ministrstvo. Zbornica pa predvsem nasprotuje uvajanju novih administrativnih obveznosti ter stroškov (zaposlitev pooblaščenca za varnost, obveznost sprejema internih aktov ter

drugih ukrepov), ki bodo nesorazmer-
no bolj obremenili manjše izvajalce.
Zbornica zato ministrstvu predlaga,
da se te obveznosti (tako v ZPacP-B
kot tudi v pripadajočem pravilniku)
vzpostavijo zgolj za izvajalce, ki imajo
zaposlenih več kot pet zdravstvenih
delavcev.

Zbornica je poleg tega še predla-
gala, da se zaradi vsebinske neustre-
znosti, notranje neskladnosti, neučin-
kovitosti ter nejasnosti črta
pristojnost nadzora Zavoda za zdrav-
stveno zavarovanje (v nadaljevanju:
ZZZS) po ZPacP ter da se črta spre-
memba iz ZPacP-B, ki preprečuje
pacientu, da bi bil obenem uvrščen na
več čakalnih seznamov za isto zdrav-
stveno stanje. Takšna ureditev je po
mnenju zbornice nejasna, nesistema-
tična in v neskladju s trenutno uredi-
tvijo čakalnih seznamov, ki določa, da
se čakalni sezname vodijo za zdrav-
stvene storitve in ne po zdravstvenem
stanju.

Predlog Sprememb in dopolnitev Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja

Na ZZZS je v postopku sprejema-
nja nov predlog Sprememb in dopol-
nitev Pravil obveznega zdravstvenega
zavarovanja (v nadaljevanju: pravila).
Zbornica je v okviru javne razprave
ZZZS podala več predlogov, katerih
namen je bila administrativna razbre-
menitev izvajalcev ter odprava diskri-
minacije v zvezi s pravico do receptov
za osebno rabo.

Zbornica je v svojih predlogih
izhajala iz tega, da bi se nekatere
administrativno-tehnične zadolžitve,
ki jih trenutno za ZZZS izvajajo
zdravniki v osnovnem zdravstvu,
zaradi njihove preobremenjenosti ter
primanjčovanja časa za delo z bolniki
prenesle na ZZZS. Zbornica je zato
podala številne predloge, med njimi:

- prenos vseh aktivnosti v zvezi z
odobritvijo potnih stroškov na
ZZZS;
- prenos ugotavljanja pogojev o
upravičenosti do nege in sprem-
stva otroka (z izjemo ugotavljanja

s tem povezanih medicinskih
dejstev) na ZZZS;

- podaljšanje obdobja trajanja
veljavnosti napotnice preko enega
leta;
- možnost izdaje napotnic s stopnjo
»nujno« za daljše časovno obdo-
bje (z »večkratno« veljavnostjo);
- prenos predpisovanja medicinskih
pripomočkov na delavce, zaposle-
ne pri ZZZS, na podlagi diagnoze
zdravnika;
- prenos naročanja sodobnih oblog
za rane neposredno na tiste
izvajalce, ki bi ugotovili potrebo
po njih.

Zbornica je poleg tega od ZZZS
ponovno zahtevala odpravo diskrimi-
nacije določenih statusov zdravnikov
(zasebnikov, upokojenih zdravnikov,
specializantov ter sekundarijev) v
zvezi s predpisovanjem receptov za
osebno rabo. Zbornica je zato predla-
gala, da se odpravita kriterij veljavne
licence ter kriterij posebnega statusa.
ZZZS je v svojem odgovoru predloge
zbornice zavrnil.

Zbornica se je zato z dopisom
obrnila na ministrstvo, da se ta tokrat
konkretno opredeli, katere predloge
zdravnikov za njihovo administrativ-
no razbremenitev v okviru pravil
podpira oziroma v kolikor predlogov
zbornice ne podpira, da predstavi
svoje konkretne predloge rešitev.
Zbornica je prav tako izrazila pričako-
vanje, da do doseženega konsenza
glede razbremenitve zdravnikov v
osnovnem zdravstvu ne bo podalo
soglasja, ki je potrebno za uveljavitev
sprememb pravil.

Predlog Pravilnika o dopolnitvi Pravilnika o določitvi programa cepljenja in zaščite z zdravili za leto 2019

Predlog pravilnika, ki ga je mini-
strstvo že sprejelo in velja od 16. 11.
2019 dalje, določa, da lahko prosto-
voljno cepljenje proti gripi, ki je
financirano iz sredstev Zavoda za
zdravstveno zavarovanje Slovenije (v
nadaljevanju: ZZZS) izvajajo poleg
izbranih zdravnikov tudi drugi zdrav-

niki na primarni ravni ter območne
enote Nacionalnega inštituta za javno
zdravje (v nadaljevanju: NIJZ).

Zbornica je ministrstvu ob tem
predlagala, da z dopolnitvijo pravilni-
ka na enak način (torej s cepljenjem
na območnih enotah NIJZ) razširi
dostopnost tudi drugih prostovoljnih
cepljenj, ki so krita iz sredstev ZZZS
(cepljenje proti klopnemu menin-
goencefalitisu).

Ministrstvo je na predlog zbornice
odgovorilo, da s spremembo pravilni-
ka rešuje akutno problematiko ceplje-
nja prebivalcev proti sezonski gripi,
da pa bodo predlog zbornice obravna-
vali ločeno od omenjenega cepljenja
in se o njem temeljito pogovorili z
vsemi deležniki v sistemu cepljenja.

*Luka Štrubelj, Oddelek za pravne
zadeve Zdravniške zbornice Slovenije*

Svet za izobraževanje v prvi polovici mandata

Predsednik: **dr. Gregor Prosen, dr. med., FEBEM**

Člani: **mag. Dubravka Bračika Vidmar, dr. med., Peter Golob, dr. med., prim. Matej Marinšek, dr. med., doc. dr. Primož Gradišek, dr. med., prim. izr. prof. dr. Marija Petek Šter, dr. med., mag. Dejan Majc, dr. med., prof. dr. Živa Novak Antolič, dr. med., dr. Mirjana Radovanović, dr. med., asist. dr. Jernej Breclj, dr. med., Luka Kovač, dr. med.**

Število sej: odbor je imel do konca junija 2019 skupaj 35 sej, sprejetih je bilo 523 sklepov.

V okviru SIZ delujejo naslednje komisije ter projektne in delovne skupine:

- **Komisija za akreditacije**, predsednica mag. Dubravka Bračika Vidmar, dr. med.
- **Komisija za podiplomsko usposabljanje**, predsednik Peter Golob, dr. med.
- **Projektna skupina za prenovu pripravništva** – 7 članov, 8 sej, predsednik je bil asist. dr. Hugon Možina, končala delo junija 2018
- **Delovna skupina za prenos specialističnih izpitov (SI) v izvajanje na zbornico**

SIZ svoje glavne naloge izvaja sočasno na petih ključnih področjih:

1. Pripravništvo in sekundariat

- V letu 2017 je bila izvedena anketa med pripravniki o veljavnem programu pripravništva, učinkovitosti in izvedbi predpisanega programa, razlikah v izvajanju pripravništva med posameznimi ustanovami (analiza ankete je bila objavljena v reviji Isis).
- V letu 2017 je bil pripravljen in

januarja 2018 uveljavljen **novi Pravilnik o vsebini in poteku sekundariata**.

- Ključna novost je, da sekundariat lahko traja eno leto, zdravnik sekundarij ga opravlja v dveh ločenih delih: (1) obvezni del – pripravništvo traja največ šest mesecev in (2) izbirni del – šest mesecev kroženja na različnih specialističnih področjih (ki se kasneje lahko všteva v čas specializacije).
- Prvi pripravniki so kroženje po novem začeli februarja 2018. Projektna skupina za prenovu pripravništva je z uveljavitvijo pravilnika zaključila svoje delo.
- Avgusta 2018 je bila imenovana prva **nacionalna koordinatori- ca** za sekundariat.
- Julija 2018 je izšla obsežna in zelo pomembna strokovna publikacija **Kompendij pripravništva za poklic zdravnik**.
- Urednika publikacije sta: dr. Gregor Prosen, dr. med., in asist. dr. Hugon Možina, dr. med., pri pripravi pa je sodelovala močna in angažirana Projektna skupina za prenovu pripravništva, ki jo sestavljajo: Barbara Furman, dr. med., dr. Roman Košir, dr. med., spec., asist. dr. Hugon Možina, dr. med., spec. (predsednik), Matevž Privšek, dr. med., prim. mag. Rade Stanič, dr. med., spec., prim. Ivan Vidmar, dr. med., spec., Sara Vodopivec, dr. med., in prim. Marko Zelinka, dr. med., spec.
- Že v prvem tednu je publikacija, ki je javno dostopna na spletni strani zbornice, zabeležila < 2000 prenosov.
- **Maja 2018 so se začele priprave na prenos strokovnega**

izpita (SI) na zbornico. Od jeseni SI potekajo na zbornici, ki je za izvajanje praktičnega dela kupila ustrezno opremo; cilj prenosa je bil dvig kakovosti SI in potrebnega znanja.

- **Prenova strokovnega izpita:** pisni del 45 vprašanj tipa MCQs + praktični del (oživljanje odraslega in otroka) in ustni del (analiza kliničnega primera).
- **Naročen in nato uveden** je bil **eList** za pripravnike.
- Naročena je izvedba **e-PreTesta** za pripravnike.
- Reden nadzor nad potekom pripravništva in sekundariata in druge aktivnosti za poenotenje in izboljšanje poteka pripravništva (npr. sestanek z lokalnimi koordinatorji sekundariata v bolnišnicah ipd.).

2. Javni razpis specializacij (JRS)

- **Sprememba Pravilnika o specializacijah:**
 - Uvede se razpisovanje specializacij na nacionalni ravni in za posamezno ustanovo.
 - Sodelovanje v delovni skupini Ministrstva za zdravje za pripravo javnega razpisa specializacij.
- Oblikovana in sprejeta je bila metodologija ocenjevanja v izbirnih postopkih.
- **Uvedeno je Standardizirano mnenje o kandidatu za potrebe izbirnega postopka specializacije s strani mentorjev preko sistema eMnenje kandidatov na JRS;** bistvo novosti je pridobitev bolj realnih mnenj o kandidatu (prej so bili kandidati mnogokrat ocenjeni pavšalno, kot odlični).
- V izbirnih postopkih JRS je od jeseni 2018 uveden strukturirani intervju (cilj je čim boljša in za vse

kandidate primerljiva izvedba intervjuja), zato morajo vsi izpraševalci v izbirnih postopkih obvezno opraviti izobraževanje iz strukturiranega intervjuja.

3. Potek specializacije

- **Prenovljen je bil Pravilnik o akreditacijah** in oddan na MZ.
- **Prenovljen je bil Poslovnik Komisije za akreditacije**, ki bo omogočil lažjo pridobitev akreditacije za ustanove, uveden je bil elektronski obrazec za podajo vloge.
- Prenovljeni so postopki **imenovanj in razreševanj nacionalnih koordinatorjev in izpraševalcev** na specialističnem izpitu.
- **Prenovljen je bil eList za specializante in nadgrajen z eValvacijo**, ki bo omogočala sprotno ocenjevanje neposrednih in glavnih mentorjev, ustanov in oddelkov.
 - Objava ocen neposrednih in glavnih mentorjev ter ustanov bo služila specializantom za boljšo informiranost pred

odločitvijo za mesto kroženja; zbrane podatke bodo nadzorniki kakovosti in ostali sodelujoči uporabili pri izboljšanju učnega procesa na oddelkih.

- Iz podatkov, zbranih v anketi (ki je potekala še preko klasičnega e-anketnega vprašalnika), je bil za leto 2017 imenovan »naj mentor« – doc. dr. Vojko Berce.
- **Uvedena je bila mobilna aplikacija mList**, ki je **podpor-na aplikacija eLista** (podpira **izključno vnos in potrjevanje posegov**).
- **Imenovan je bil glavni koordinator nadzornikov kakovosti**, ki je med drugim dobil nalogo aktivacije funkcije nadzornikov kakovosti oz. rednega nadzora izvajanja specializacij.

4. Prenova vsebin specializacij

- SIZ je v tem mandatu sprožil obsežen projekt prenove specializacij v sodelovanju s Slovenskim zdravniškim društvom, saj je od prenove nekaterih specializacij minilo skoraj deset let; cilj je

strukturiran in koordiniran proces, da se v nekaj letih prenovi kurikulum vse specializacij in jih v čim večji meri **uskladi** z UEMS-ovimi.

- Izvedeni so bili trije sestanki z nacionalnimi koordinatorji in predstavniki UEMS, na katerih je bila izpostavljena vrsta predlogov.

5. Podiplomsko izobraževanje

- Priprava Pravilnika o licencah (jasna določitev minimalnega obsega dela v stroki in prenova točkovnika za kreditne točke).
- Vzpostavitev portala za »**eUčenje**« v sodelovanju z Univerzo v Mariboru.

Za specializante redno mesečno prirejamo delavnice za specializante, namenjene spoznavanju specializantov z ureditvami in pravili poteka specializacij. Delavnice vodi Tina Šapec, univ. dipl. prav.

Sodelovanje s strokovnimi službami ZZS

Člani SIZ ocenjujemo sodelovanje s strokovnimi službami kot odlično!

| Odbor za zobozdravstvo

Predsednik: **Krunoslav Pavlović, dr. dent. med.**

Člani: **Matjaž Gorkič, dr. dent. med., Beti Kruljc Korelc, dr. dent. med., asist. dr. Tanja Tomažević, dr. dent. med., asist. Tadej Ostre, dr. dent. med., asist. dr. sc. Maja Grošelj, dr. dent. med., Saša Savić, dr. dent. med., Stane Marn, dr. dent. med., Staš Stanislav Naglič, dr. dent. med., Matej Praprotnik, dr. dent. med., Miroslava Borko Prelog, dr. dent. med., Bojana Vočanec, dr. dent. med., Neja Jurjec Smole, dr. dent. med., doc. dr.**

Boris Gašpirc, dr. dent. med., Martin Ranfl, dr. dent. med.

Število sej: odbor je imel v prvi polovici mandata 24 rednih ter 17 korespondenčnih sej. Na prvi seji se je sestal v maju 2017.

Pregled ključnih tem in z njimi povezanih aktivnosti odbora:

- **Zakon o pacientovih pravicah ter Pravilnik o vodenju čakalnih dob**

V okviru Zakona o pacientovih pravicah in Pravilnika o vodenju čakalnih dob se je odbor zavzel za reševanje zobozdravstvene problematike in razbremenitev dela zobozdravnikov. V ta namen je odbor sklical več

sestankov tako na MZ kot na zbornici. Odbor je reševal tudi problematiko dveh vrst inšpekcijskih nadzorov, in sicer s strani ZIRS in ZZS. Dosežen je bil dogovor z ZIRS. Deležniki imajo tako skupen dokument, ki lajša pripravo za inšpekcijski nadzor ter jim je tudi v oporo ob nejasnostih s strani inšpektorja. OZB, ki ga je v delovni skupini MZ zastopal kolega Matjaž Gorkič, je podal vrsto z argumenti podprtih predlogov, ki so bili skoraj v celoti vključeni v spremembo zakona, ki je sedaj v javni obravnavi.

- **Spremembe Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (OZZ)**

V tem obdobju so bila odprta Pravila OZZ, predvsem zaradi direktni-

ve o amalgamu in uvajanja implantologije. Odbor je v javni razpravi predlagal nove določbe nujnih stanj v zobozdravstvu. Uvedba kompozita v otroškem zobozdravstvu je bila po številnih pritiskih OZB primerno ovrednotena, ZZZS je sledil standardom in normativom, ki jih je predlagal OZB.

– **Pripravištvu zobozdravnikov**

Komisija za podiplomsko usposabljanje (KPU) pri OZB je aktivno sodelovala pri pripravi in zagonu vodenja pripravništva zobozdravnikov na ZZS, predvsem pri oblikovanju seznamov pooblaščenih izvajalcev za izvajanje programov pripravništva in nadzornih mentorjev ter številu učnih mest, kot tudi pri obveščanju pripravnikov in pooblaščenih izvajalcev ter reševanju morebitnih zapletov.

– **Strokovni izpit**

V Pravilniku o pripravništvu in strokovnih izpitih je KPU največ pozornosti namenila nadzornim in neposrednim mentorjem ter plačilu mentorskih ur. Pravilnik je bil tudi glavna tema sestanka med ZZS in MZ. OZB se zavzema za prenos javnih pooblastil za opravljanje strokovnega izpita z MZ na ZZS.

– **Strokovni nadzori**

Odbor je v tem obdobju izvedel 42 rednih, 3 izredne in 7 ponovnih strokovnih nadzorov.

– **Oblikovanje standardov in normativov**

Odbor je sklenili projekt standardov in normativov. Oblikovan dokument pokriva področja odraslega zobozdravstva ter otroškega in preventivnega zobozdravstva. Dokument je bil maja 2018 predan RSK za zobozdravstvo.

– **Obrazci za pojasnilno dolžnost**

Odbor je predlagal novo določbo 20. člena Zakona o pacientovih pravicah, ki bo zobozdravnikom olajšala izvedbo pojasnilne dolžnosti s pomočjo obrazcev za pojasnilno dolžnost.

– **Izvedba anket: anketa o samostojnosti zobozdravniške zbornice in Kaj je boljši**

in pravičnejši zobozdravstveni sistem

V tem obdobju je bila izvedena anketa o začetku priprav na ustanovitev zobozdravniške zbornice, ki je izražala zahtevo članstva po večji avtonomnosti znotraj ZZS, ter anketa Kaj je boljši in pravičnejši zobozdravstveni sistem, s ciljem pridobiti čim več stališč slovenskih zobozdravnikov. Anketa je bila predstavljena na Zboru zobozdravnikov junija 2019 in ponovljena v septembru 2019.

– **Zbor zobozdravnikov**

Namen zbora, ki je potekal v juniju 2019, je bil poenotenje stališč slovenskih zobozdravnikov in oblikovanje skupnega poziva odločevalcev k novemu transparentnemu zobozdravstvenemu sistemu z univerzalnim kritjem ter enakopravno dostopnostjo.

– **Manifest za spremembo zobozdravstvenega sistema**

Na podlagi razprave na Zboru zobozdravnikov ter rezultatov izvedene ankete je bil oblikovan Manifest za spremembo zobozdravstvenega sistema, katerega sporočilo je, da je sedanjí do pacientov skrajno nepravilčen, saj ne zagotavlja ustrezne in enake dostopnosti storitev v primeren času. Posredovan je bil političnim odločevalcem (MZ, ZZZS, poslanskim skupinam v DZ). Podprla ga je tudi Koordinacija zdravniških organizacij ter določene politične stranke.

– **Strategija ustnega zdravja v Republiki Sloveniji**

OZB je predlagal ustanovitev delovne skupine za oblikovanje strategije ter vplival na vsebinski del pisanja le-te, skupaj s predstavniki NIJZ, MF, MZ in ZZZS. Gre za prvi dokument, ki obravnava zobozdravstvo kot celoto, daje osnove merjenja učinkovitosti zobozdravstvenega sistema in omogoča primerjavo z evropskimi sistemi. Strategija je bila sprejeta na RSK za zobozdravstvo.

– **Oglaševanje na področju zobozdravstva**

OZB je organiziral sestanke s Slovensko oglaševalsko zbornico, MZ in ZIRS ter opozoril na zapletenost in v praksi neuporabnost zakona, ki štíti

paciente pred zavajajočim oglaševanjem. Vzpostavil je sodelovanje z ZIRS-om in prijavil več kršitev. Ustanovljena je bila internetna stran za prijavo zavajajočega oglaševanja. V pripravi je pravilnik dovoljenega zdravstvenega marketinga. Javno je odbor o tem spregovoril tudi v oddaji Tarča.

– **Memorandum o oglaševanju zobozdravstvenih storitev**

OZB je pripravil memorandum na podlagi posredovanih informacij o pravnih ureditvah oglaševanja zobozdravstva na Hrvaškem, v Bosni in Hercegovini ter Makedoniji. Njegov cilj je sodelovanje pri preprečevanju zavajajočega oglaševanja članov zbornic v tujini. Po posredovanju mnenj in dopolnitev s strani sodelujočih zbornic bo sledil njegov podpis.

– **Retrovirusna zdravila za zdravljenje HIV-a**

Odbor je sodeloval na sestanku z MZ v razpravi na temo ukinjene pravice do vpogleda v tovrstni seznam zdravil.

– **Zobozdravniški bilten**

V tem mandatu smo zobozdravnike obveščali tudi preko **zobozdravniškega biltena**. Do 30. 7. 2019 je izšlo 13 biltenov.

Izobraževanja za zobozdravnike

Odbor je v letu 2018 in 2019 organiziral seminar Nujna medicinska stanja v zobozdravniški ordinaciji. Predstavitve novih znanj in novih tehnologij v zobozdravstvu so potekale v obliki seminarja in delavnic pod nazivom Novosti v dentalni medicini, prav tako izvedenih v letu 2018 in 2019.

Klubski pogovorni večeri

Odbor je v tem obdobju organiziral **tri klubske pogovorne večere**:

- Podiplomski tečaj otroškega in preventivnega zobozdravstva
- Model delovanja avstrijske zbornice in način njihove ustanovitve
- Aktualni koncepti v preventivi pri otrocih in odraslih

Novinarske konference

OZB je v medijskem prostoru skušal krepiti ugled zobozdravništva.

Člani OZB so nastopali v številnih poljudnih oddajah in tudi oddajah informativnega programa, kjer so poudarjali preventivne ukrepe in skrb za pacienta. OZB je podprl tudi humanitarno akcijo Jureta Poglajna, dr. dent. med., pri njegovi misiji na Lezbosu. Odbor je v tem obdobju izvedel **pet novinarskih konferenc:**

- Nova pravila o čakalnih seznamih so v škodo pacientom
- Dolge čakalne dobe pri otroški

ortodontiji in druge aktualne teme v zobozdravstvu

- Izzivi v preventivi otrok in odraslih v zobozdravstvu ter druge aktualne zobozdravstvene teme
- Pravila OZZ in njihovi učinki na dostopnost zobozdravstvenih storitev – pravice pacientov, za katere se izkaže, da to niso
- Slovenska zobozdravstvena odprava po vrnitvi iz begunskega centra Moria v Grčiji – vtisi in cilji za naprej

Sodelovanje z drugimi organizacijami

OZB je v svojem mandatu tesno sodeloval tudi s predstavniki SZD, SOD, DENS, NIJZ in Fidesa. Predstavnikom organizacij se zahvaljujemo za konstruktivne pripombe in podatke, ki smo jih skupaj kot argumente uporabili v pogovorih z odločevalci za izboljšanje delovnih pogojev naših kolegov.

Poziv k ureditvi postopkov pri posredovanju osebnih podatkov po telefonu

Informacijski pooblaščenec (IP) ugotavlja, da številni zavezcanci po Uredbi (EU) 2016/679 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 27. aprila 2016 o varstvu posameznikov pri obdelavi osebnih podatkov in o prostem pretoku takih podatkov ter razveljavitvi Direktive 95/46/ES (GDPR; v nadaljevanju: Splošna uredba) ne posvečajo dovolj pozornosti ustrezni identifikaciji posameznika pri telefonskih klicih, kjer **posameznik zahteva informacije in osebne podatke po telefonu, kot npr. kakšno je stanje njegovega dela, se zanima glede izstavljenih računov** ali sprašuje po drugih podatkih, ki se navezujejo nanj. Posamezniki so nas opozorili, da nekateri upravljavci za potrditev, da gre za pravo osebo, zahtevajo samo en identifikator, kot je npr. davčna številka. Pri tem velja opozoriti, da so davčne številke vseh samostojnih podjetnikov, kulturnikov, sobodajalcev in drugih, ki kot posamezniki opravljajo kako dejavnost, javno objavljenе v številnih bazah podatkov in na številnih spletnih straneh.

Takšen **način preverjanja identitete klicateljev po telefonu, kjer se zahteva en sam identifikator klicatelja (posameznika) za dostop do osebnih podatkov, praviloma ni ustrezen**, saj omogoča krajo identitete in zlorabo osebnih podatkov ter lahko predstavlja kršitev določb Splošne uredbe o varnosti podatkov (člen 32 Splošne uredbe), razkritje davčne ali bančne tajnosti ter drugih zaupnih podatkov, kot so npr. podatki o zdravstvenem stanju.

Navedeno seveda ne velja, ko oseba ne želi pridobiti svojih osebnih podatkov, temveč kliče za splošne informacije ipd.

Glede na navedeno se je IP odločil, da določene zavezance posamezno ali prek relevantnih združenj v okviru svojih preventivnih aktivnosti na podlagi določb člena 57 Splošne uredbe sistematično pozove k preverjanju in prilagoditvi postopkov pri posredovanju osebnih podatkov po telefonu. IP priporoča, da se vedno, ko oseba po telefonu zahteva svoje osebne podatke, od nje zahteva navedba vsaj dveh identifikatorjev in ne samo davčna številka ali samo EMŠO. Drugi podatek, ki bi lahko bil zahtevan, je – odvisno od okoliščin – lahko npr. številka zadnjega računa, številka dohodninske odločbe, številka zadeve, vnaprej določeno geslo, datum zadnjega obiska ali določenega dokumenta ali podoben podatek, s katerim bi moral razpolagati posameznik.

Ključno je, da se izbere takšne podatke:

- za katere je **malo verjetno, da bi lahko z njimi razpolagala tretja oseba** in jih zlorabila za nepooblaščen seznamitev z osebnimi podatki;
- **ki jih lahko zavezanec preveri v svojih zbirkah podatkov.**

Ponovno poudarjamo, da vse navedeno velja takrat, **ko oseba po telefonu zahteva svoje osebne podatke** in nikakor ne na splošno za vse klice.

Informacijski pooblaščenec:
Mojca Prelesnik, univ. dipl. prav.,
informacijska pooblaščenka

Zakaj ne pridobimo dovolj specializantov urgentne medicine?

Matej Strnad, Pia Jerot

Uvod

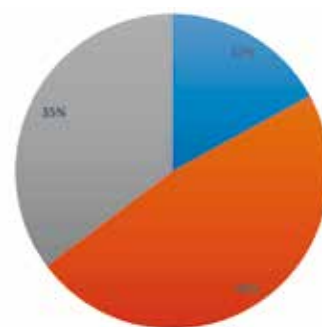
Specializacija iz urgentne medicine med mladimi zdravniki v zadnjih letih ne sodi med bolj priljubljene. Opazen je izrazit upad deleža zasedenih mest v zadnjih letih. Podatke o zasedenosti specializantskih mest v zadnjih štirih letih prikazuje tabela 1.

nikakor ni dovolj za vzpostavitev mreže urgentnih centrov.

Raziskava in razprava

Z namenom ugotoviti, kakšni so razlogi, da se mladi zdravniki ne odločajo za specializacijo iz urgentne medicine, smo med 28. julijem 2019

za specializacijo odločilo samo 77 oseb. V petih generacijah mladih zdravnikov tako izgubimo potencialnih 215 urgentnih zdravnikov, kar letno pomeni 43 novih urgentnih zdravnikov.



- Specializacija urgentne medicine me zanima kot stroka, zanjo bi se odločil.
- Specializacija urgentne medicine me kot stroka sicer zanima, a se za njo ne bi odločil.
- Specializacija urgentne medicine me ne zanima kot stroka.

Graf 1: Zanimanje mladih za urgentno medicino kot stroko in kot specializacijo.

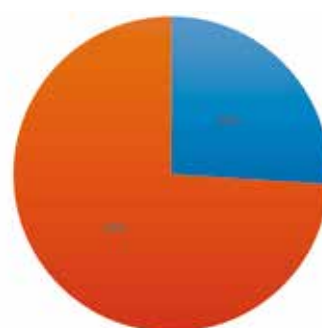
Tabela 1: Zasedenost specializatskih mest za specializacijo iz urgentne medicine v zadnjih štirih letih.

Leto	Število razpisanih mest za specializacijo iz urgentne medicine	Število prijavljenih na specializacijo iz urgentne medicine	Delež zasedenosti razpisanih mest
2016	23	19	82 %
2017	36	29	80 %
2018	20	14	70 %
2019	22	9	41 %

Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči (Pravilnik), ki ga je leta 2015 sprejelo Ministrstvo za zdravje (MZ), je predvidel, da bo nujna medicinska pomoč zagotovljena z mrežo urgentnih centrov in satelitov urgentnih centrov. Predvidenih je 12 urgentnih centrov in 18 satelitov urgentnih centrov (1). Kakšne so dejanske kadrovske potrebe za vzpostavitev takšnega sistema nujne medicinske pomoči, še vedno ni jasno. Glavno oviro pri oceni števila urgentnih zdravnikov, ki bi jih potrebovali za vzpostavitev mreže urgentnih centrov, predstavlja dejstvo, da nimamo standardov in normativov o obsegu dela, ki naj bi ga urgentni zdravnik opravil. V grobem lahko izračunamo, da je posamezni urgentni center ali satelit urgentnega centra v preteklih devetih letih dobil štiri nove specializante urgentne medicine, kar pa

in 28. oktobrom 2019 izvedli spletno anketo. V vzorec smo zajeli študente 5. letnika, 6. letnika in absolvente obeh slovenskih medicinskih fakultet ter pripravnike, ki trenutno opravljajo obvezni ali izbirni del pripravništva. Na anketo je odgovorilo 451 ljudi (26 % 5. letnik, 24 % 6. letnik, 10 % absolventi, 18 % pripravniki, 23 % sekundariji).

Na vprašanje »Ali vas zanima urgentna medicina kot stroka?« je 65 % (oz. 292) vprašanih odgovorilo z DA in 35 % (oz. 159) vprašanih z NE. Na vprašanje »Ali bi se odločili za specializacijo urgentne medicine?« pa je pritrdilno odgovorilo samo 17 % (oz. 77) vprašanih. To predstavlja zgolj 26 % tistih, ki jih urgentna medicina zanima kot stroka. Odgovore prikazujeta grafa 1 in 2. To pomeni, da bi se izmed 292 vprašanih, ki jih urgentna medicina zanima kot stroka,



- Urgentna medicina me zanima kot stroka, za specializacijo bi se odločil
- Urgentna medicina me zanima kot stroka, a se za specializacijo ne bi odločil.

Graf 2: Razmerje med tistimi, ki jih urgentna medicina kot stroka zanima in bi se odločili za specializacijo, in tistimi, ki se kljub zanimanju za stroko za specializacijo ne bi odločili.

Tistih 74 %, ki jih urgentna medicina zanima kot stroka, a se za specializacijo ne bi odločili, smo vprašali, kako nekatere značilnosti specializacije vplivajo na njihovo odločitev. Izpostavili smo 12 značilnosti in anketirance prosili, da na drsniku z vrednostjo od 1 do 10 označijo, kako močno jih od izbire specializacije iz urgentne medicine odvrta. Posamezne značilnosti dela urgentnega zdravnika s povprečno oceno prikazuje tabela 2. Anketiranci so lahko tudi sami navedli, kaj jih odvrta od izbire specializacije iz urgentne medicine. Najpogostejše so se odgovori nanašali na vpliv specializacije na družinsko življenje oz. preživljanje prostega časa, kar je po naših opažanjih pri sedanjih mlajših generacijah postalo zelo pomembno vprašanje pri odločanju za nadaljnjo karierno pot. Ena izmed sodelujočih je zapisala: »Odvrača me to, da že v času študija nenehno poslušamo od določenih izvajalcev

predmetov, kako se mora zdravnik odpovedati svojemu življenju in predvsem svoji družini. Želim si biti dobra zdravnica, a to je vendarle samo moja služba.« Te odgovore je treba upoštevati in pogledati tudi skozi prizmo, da se zdravniški poklic v zadnjem desetletju zelo feminizira. Na drugi strani pa ženske v današnji družbi še vedno igrajo ključno oz. osrednjo vlogo v družinskem življenju. Zato je previdnost in poglobljen razmislek o izbiri nadaljnje specialistične poti mladih zdravnic razumljiv. Pogosto so sodelujoči izrazili tudi dvom, da bi bili delo urgentnega zdravnika sposobni opravljati do upokojitve: »Skrbi me, da ne bi zdržala tempa. Med pripravništvom mi je bilo delo na SNMP-ju najljubše od vseh delovišč, pa vendar me je skrbelo, da turnusnega dela ne bi zdržala do konca kariere.«

V nadaljevanju nas je zanimalo, kako bi spremembe v organizaciji dela urgentnega zdravnika vplivale na odločitev tistih mladih, ki jih urgentna

medicina kot stroka zanima, specializacije pa trenutno ne bi izbrali. Povprečno oceno posameznih sprememb prikazuje tabela 3.

Iz danih podatkov lahko povzamemo, da se mladi za specializacijo iz urgentne medicine ne odločajo predvsem zato, ker jim organizacija dela ne omogoča kakovostnega opravljanja dela ter kakovostnega življenja na delovnem mestu in v prostem času, kar pa dolgoročno vodi v sindrom izgorlosti.

Urgentni zdravniki so na svojem delovnem mestu vsak dan izpostavljeni številnim akutnim in kroničnim stresorjem, ki povečujejo tveganje za razvoj sindroma izgorlosti, posttravmatske stresne motnje in pomembno znižujejo kakovost življenja. Sindrom izgorlosti je stanje, ki zajema depersonalizacijo, čustveno izčrpanost in nizko stopnjo osebnega zadovoljstva (2). Gre za sindrom, ki nastane zaradi dobrih oz. glede na dane razmere predobrih namenov zdravnika, ki trčijo v zid togosti sistema, v katerem dela. Zdravniki, ki izgorijo, pri opravljanju svojega dela težijo k popolnosti in se nato znajdejo ujeti v sistemu, ki jim njihovega dela ne omogoča opravljanja na ta način (3). Dr. Rachel Naomi Remen je v svoji kolumni zapisala: »Največji stres ni pomanjkanje spanja ali časa. Prihaja iz globokega verovanja v vrednote pomagati ljudem in spoznanja, da si v pasti sistema s popolnoma drugačnimi vrednotami (zdravstvene ustanove, farmacevtska industrija, tehnologija v zdravstvu, politika zdravstvenega varstva, družba, država itd.).« (3, 4). Ponekod (predvsem v ZDA) opisujejo ta konflikt med izvajalcem zdravstvene storitve in zdravstvenim sistemom z besedno zvezo »moral injury«. O tem, kako vpliva delo urgentnega zdravnika na kakovost njegovega življenja, so bile v tujini narejene številne študije. Študija, opravljena leta 2019 v ZDA, je pokazala, da je na delovnem mestu srečnih zgolj 21 % urgentnih zdravnikov (5). To jih v primerjavi z drugimi specializacijami uvršča na samo dno.

Tabela 2: Povprečna ocena vpliva določenih značilnosti dela urgentnega zdravnika na odločitev mladih o izbiri specializacije iz urgentne medicine (ocena 1 pomeni, da jih navedena lastnost od specializacije sploh ne odvrta, 10 pa, da jih navedena lastnost od izbire specializacije zelo močno odvrta).

Značilnosti dela urgentnega zdravnika	Povprečna ocena
Menim, da dela urgentnega zdravnika v trenutni organizaciji dela ne bi mogel opravljati do izteka delovne dobe.	7,5
Organizacija dela in delovno okolje v urgentni medicini ne omogočata kakovostnega družinskega življenja.	7,2
Nereden delovni čas (delo v turnusu in pogoste nočne izmene; do 6 nočnih izmen mesečno).	7,1
Nejasna vizija razvoja in organizacije urgentnih centrov.	6,2
Vloga urgentnega zdravnika v zdravstvenem sistemu v prihodnosti ni jasna.	5,9
Številne stresne situacije.	5,9
Specializacijo lahko izberem samo na nacionalnem razpisu, za izbranega izvajalca pa ne.	5,1
Preveč obravnavanih bolnikov na dan.	5,0
Nezmožnost zaposlite v zasebnem sektorju.	4,5
Specializacijo lahko opravljam samo v urgentnem centru.	4,2
Menim, da specializacija iz urgentne medicine med drugimi specialisti ni dovolj cenjena.	3,9
Specializacija ni priznana v nemško govorečih državah.	3,6

Tabela 3: Povprečna ocena vpliva sprememb v organizaciji dela urgentnega zdravnika na odločitve mladih o izbiri specializacije (pri tem je vrednost –5 pomenila, da bi jih sprememba odvrnila od izbire specializacije, 0 je pomenila, da sploh ne bi vplivala na njihovo odločitev, 5 pa, da bi jih navedena sprememba prepričala, da specializacijo izberejo).

Sprememba v organizaciji dela urgentnega zdravnika	Povprečna ocena
Možnost opravljanja druge specializacije oz. organizirana možnost dela na drugih deloviščih, ko posameznik ni več sposoben opravljati dela urgentnega zdravnika.	2,8
Organizacija dela, ki bi omogočala prijaznejše okolje za kakovostno družinsko življenje.	2,6
Rednejši delovni čas (manj dežurstev in nočnih izmen).	2,2
Manj stresnih situacij in organizirana psihološka podpora zdravniku, v kolikor jo le-ta potrebuje.	1,9
Jasnejša vizija razvoja in organizacije urgentnih centrov.	1,8
Manj obravnavanih bolnikov na dan oz. določena zgornja meja števila bolnikov, ki naj jih urgentni zdravnik dnevno obravnava.	1,7
Jasnejša vloga urgentnega zdravnika v zdravstvenem sistemu.	1,7
Priznanje specializacije v vseh evropskih državah.	1,5
Možnost izbire specializacije za izbranega izvajalca in ne zgolj na nacionalnem nivoju.	1,5
Drugi specialisti bi delo urgentnih zdravnikov spoštovali in bi jim nudili ustrezno strokovno podporo v obliki konzultacij.	1,4
Specializacijo bi bilo mogoče opravljati tako v urgentnem centru kot tudi v perifernih zdravstvenih domovih.	1,3
Možnost dela v zasebnem sektorju.	1,1

Nasprotno pa so urgentni zdravniki zadovoljni s svojim življenjem izven službe. S svojim življenjem izven službe je namreč zadovoljnih 57 %, kar jih uvršča na 5. mesto med vsemi specializacijami (5). Delež izgorelih med urgentnimi zdravniki v ZDA je precej visok: 48 % urgentnih zdravnikov je izgorelih (5). Kar 15 % urgentnih zdravnikov v ZDA ima samomorilne misli, 1 % vseh je že poskušalo storiti samomor (5). Podatkov o izgorlosti in samomorilnosti urgentnih zdravnikov trenutno v Sloveniji žal nimamo. Ta podatek je posledica tudi dejstva, da je specializacija iz urgentne medicine v Sloveniji relativno mlada veja in je število zdravnikov s tega področja z daljšim delovnim stažem relativno majhno.

Zaključek

Z organizacijskimi spremembami dela urgentnih zdravnikov bi lahko

pomembno zmanjšali tveganje za razvoj sindroma izgorlosti in najverjetneje k izbiri specializacije privabili več mladih. Pogoje dela bi lahko pomembno izboljšali z določitvijo standardov in normativov dela urgentnih zdravnikov na nacionalni ravni, ki bi posledično omogočili zaposlitev zadostnega števila urgentnih zdravnikov, zdravniku prijaznejši delovni čas (manj nočnih izmen, manj nadur) in posledično kakovostnejše zasebno življenje. Vse to bi najverjetneje tudi omogočilo, da bi urgentni zdravnik svoje delo lahko opravljal do izteka delovne dobe. Na nekatere zunanje stresorje (pogosto soočanje s smrtjo, obravnava življenjsko ogroženih bolnikov ...) žal ne moremo vplivati, saj so del dela urgentnega zdravnika, lahko pa zmanjšamo njihov negativni vpliv z vzpostavitvijo ustrezne psihološke pomoči zaposlenim, ki so tem stresorjem izpostavljeni. Tako bomo ustvarili delovne

pogoje, ki bodo za mlade bolj privlačni, pridobili bomo več specializantov urgentne medicine, posledično pa bo lažje zaživel tudi sistem nujne medicinske pomoči, predviden s Pravilnikom, za kar pa je odgovorno MZ.

Viri

1. Pravilnik o Nujni medicinski pomoči. UL 81/2015.
2. Bragard I., Dupuis G., Fleet R. Quality of work life, burnout, and stress in emergency department physicians: a qualitative review. *European Journal of Emergency Medicine*, 22: 227-34, 2014.
3. Novak Antolič Ž. Izgorlost/zloraba v medicini je dejstvo. Skrajni čas je za akcijo! *Urgentna medicina – izbrana poglavja* 2018: 35-9, 2018.
4. Remen RN. Who will heal the doctors? *New York Times*, 3. oktober 2013.
5. Kane L. Medscape Emergency Medicine Physician Lifestyle, Happiness & Burnout Report 2019. Medscape, 20. februar 2019. Dostopno na: <https://www.medscape.com/slideshow/2019-lifestyle-emergency-medicine-6011112> (dostopano 22. 12. 2019).

**Doc. dr. Matej Strnad, dr. med., spec.,
Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca
Maribor, OE Nujna medicinska pomoč,
Medicinska fakulteta, Univerza v
Mariboru, Katedra za urgentno
medicino**

**Pia Jerot, dr. med., pripravnica,
UKC Maribor**

Elektronske cigarete – ključne informacije za zdravstvene delavce

Helena Koprivnikar, Tina Zupanič, Jerneja Farkaš Lainščak

Elektronske cigarete (EC) so izdelki, ki s pomočjo baterije segrevajo tekočino, da se ta spremeni v aerosol, ki ga uporabnik nato vdihuje. Glavne sestavine tekočine so nikotin, vlažilci, arome in voda, tekočine so lahko tudi brez nikotina. EC so v prodaji od 2006, bolj popularne so od 2010. Druga imena zanje so e-cigarete, vejpi ali elektronski sistemi za dovajanje nikotina. Zdravstveni delavci so za paciente pomemben vir informacij o vplivih kajenja na zdravje in pomoči pri opuščanju kajenja, pa tudi o novejših izdelkih na tem področju, kot so EC. **Raziskave iz tujine kažejo, da je znanje o EC med zdravstvenimi delavci pomanjkljivo, stališča in prepričanja o njih neenotna in pogosto neskladna z obstoječimi dokazi.** Znatni delež jih kljub pomanjkanju dokazov priporoča za opuščanje kajenja. V prvi raziskavi, ki smo jo v okviru raziskovalnega projekta »Pregled stališč, znanja in trenutnih praks glede elektronskih cigaret med zdravstvenimi delavci, ki delajo na področju preventivne zdravstvene dejavnosti in opuščanja kajenja, ter priprava izobraževalnih gradiv za enotno in z dokazi podprto svetovanje pacientom (V3-1729)«, ki ga sofinancirata Ministrstvo za zdravje RS in Javna agencija za raziskovalno dejavnost RS, izvedli na tem področju v Sloveniji, ugotavljamo, da je **stanje pri nas podobno kot v tujini.**

Znanje o EC je bilo med anketiranimi zdravstvenimi delavci omejeno, kar je bil tudi glavni razlog, da v visokem odstotku niso mogli svetovati pacientom glede varnosti EC, njihove škodljivosti ali učinkovitosti v opuščanju kajenja. Znatni deleži so oz. bi

priporočili EC za opuščanje kajenja. Večina anketiranih ni poznala priporočil Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) glede vloge EC v opuščanju kajenja. Preverjanje uporabe EC med anketiranimi zdravstvenimi delavci ni bilo razširjeno. Približno tretjina se je že soočila z vprašanji pacientov o EC, predvsem o njihovi varnosti, škodljivosti in učinkovitosti v opuščanju kajenja. Glavni viri anketiranih zdravstvenih delavcev o EC so bili odvisni viri oz. tisti s konfliktom interesov; kar polovica je uporabljala izključno to vrsto virov, kar je zaskrbljujoče. Izbor virov namreč lahko pomembno vpliva na stališča in znanje o EC, saj objave s konfliktom interesov pomembno redkeje navajajo škodljive učinke EC kot članki brez konflikta interesov. V eni od raziskav so bili obeti za to, da raziskava ni našla škodljivih učinkov ali sestavin, kar 67-krat višji pri raziskavah s konfliktom interesov v primerjavi s tistimi brez. Podrobnejši rezultati raziskave in publikacije o EC za zdravstvene delavce bodo v 2020 objavljeni na spletni strani NIJZ. Namen prispevka je na kratko predstaviti ključne informacije o EC, temelječe na dostopnih dokazih iz raziskav brez konflikta interesov.

EC so raznolika skupina izdelkov, ki se zelo hitro spreminjajo. Med posameznimi EC obstajajo velike razlike v obliki, izgledu in kompleksnosti, čeprav so sestavljene iz podobnih komponent in delujejo na podoben način. Število tržnih znamk je že več let nekaj manj kot 500, močno pa je v zadnjih letih naraslo število arom, predvsem sladkih in sadnih, na voljo je okoli 15.600 različnih arom. Raziskave ne zmorejo slediti hitremu razvoju teh

izdelkov; to in velika heterogenost izdelkov onemogočata splošne trditve o EC. Poznamo že tri generacije EC, a se že pojavljajo nove skupine.

Ob uporabi EC je posameznik izpostavljen znatnim količinam potencialno zdravju škodljivih snovi. Izpostavljenost nikotinu je pri uporabi EC zelo raznolika in odvisna od značilnosti izdelka, tekočine ter načina uporabe EC. Vnos nikotina je pri izkušenih uporabnikih EC primerljiv vnosu pri kajenju cigaret. V aerosolu EC so poleg nikotina prisotne še številne kemične snovi, to so vlažilci, arome in druge potencialno zdravju škodljive kemične snovi, tudi rakotvorne (karbonilne spojine, kot so formaldehid, acetaldehid, akrolein, glioksal; za tobak specifični nitrozamini; hlapne organske spojine in fenoli, kot so benzen, toluen, ksileni; furani; ftalati; prosti radikali in reaktivne kisikove spojine; delci; kovine). Posebej zaskrbljujoča je prisotnost rakotvornih in dražilnih snovi, kot so formaldehid, acetaldehid, akrolein, in prisotnost različnih aromatizirajočih kemičnih snovi, za katere ni znano, kakšne učinke na zdravje imajo ob vdihavanju. EC so tudi vir zelo visokih ravni delcev, ki vstopajo v dihalni sistem uporabnika. Število, količina in značilnosti drugih snovi, ki jim je izpostavljen uporabnik EC, so zelo raznolike in odvisne od značilnosti izdelka, tekočine ter načina uporabe. Ob tipični uporabi EC je izpostavljenost tem snovem pomembno nižja kot pri kajenju konvencionalnih cigaret, koliko pa je zato potencialno znižano tveganje za zdravje, pa trenutno ni mogoče oceniti. **EC se uporabljajo tudi za vdihavanje skoraj vseh prepovedanih drog, najpogosteje kanabisa.**

Uporaba EC ima dokazane in potencialno škodljive učinke na uporabnika. Uporaba EC privede do znakov zasvojenosti. EC lahko eksplozirajo in povzročijo opekline in poškodbe; tveganje je pomembno večje pri baterijah slabe kakovosti, neustrezno hranjenih ali predelanih baterijah. Možne so namerne ali nenamerne zastrupitve z nikotinom, tudi s smrtnim izidom. **Učinki dolgoročne uporabe EC še niso raziskani, saj so v uporabi še premalo let. Vendar pa lahko o potencialnih škodljivih učinkih sklepamo glede na prisotne kemične snovi v aerosolu in rezultate številnih raziskav, ki kažejo na spremembe v tkivih različnih organov zaradi uporabe EC. Ti podatki kažejo, da bi lahko uporaba EC vodila v bolezni dihal, srca in ožilja ter različne vrste raka.**

Uporaba EC bo verjetno imela škodljive učinke na dihal pri kronični uporabi, morda tudi pri kratkotrajni. Na voljo so dokazi, da mladostniki, ki uporabljajo EC, več kašljajo in piskajo pri dihanju, v kolikor imajo astmo, pa izkusijo pogostejša poslabšanja astme. V Združenih državah Amerike so do 3. decembra 2019 zabeležili 2.291 primerov hudih pljučnih obolenj, povezanih z uporabo EC, od tega 48 smrti. Ugotavljajo, da je s tem povezano vdihavanje vitamin E acetata, a opozarjajo, da je vzrokov izbruha verjetno več, in nadaljujejo z raziskavami. Dokler ni znanega več, svetujejo izogibanje uporabi vseh vrst EC, še posebej pa tistih, ki vsebujejo THC ali vitamin E acetat oz. prihajajo iz neformalnih virov. V literaturi je objavljenih tudi več poročil o primerih kontaktnega dermatitisa ob uporabi EC, ki je posledica sproščanja niklja iz naprav, ter lezij ustne sluznice. Posamezne raziskave tudi kažejo, da imajo EC lahko pomembne škodljive učinke na celjenje ran.

EC torej še zdaleč niso tako neškodljive, kot se pogosto oglašuje ali opisuje. Za posameznika, ki prej ni kadil, uporaba EC pomeni izpostavljenost

pomembnim ravnem zdravju škodljivih snovi in zvišuje tveganje za zdravje. Učinkov dolgoročne uporabe EC na zdravje še ne poznamo. Uporaba EC morda lahko predstavlja korist le za kadilce, a kratkoročno. Popoln prehod z rednega, dnevnega kajenja cigaret na uporabo EC privede do zmanjšanja kratkoročnih negativnih zdravstvenih izidov v različnih organskih sistemih. Do morebitnih koristi pride le pri popolni zamenjavi, a raziskave kažejo, da večina uporabnikov EC tudi kadi (t. i. dvojna raba) – da bi dvojni uporabniki lahko izkusili kakršnekoli koristi za zdravje, pa je malo verjetno.

Pasivni izpostavljenosti aerosolu EC se je treba izogibati, saj uporaba EC pomembno zviša ravni delcev in nikotina v zraku zaprtih prostorov, po nekaterih raziskavah tudi toluena in hlapnih organskih spojin. Ravni teh snovi so nižje kot pri kajenju konvencionalnih cigaret v zaprtih prostorih.

Priporočila NIJZ: Uporabo EC odsvetujemo otrokom, mladostnikom, nosečnicam, ženskam, ki načrtujejo nosečnost, bolnikom s kroničnimi obolenji (predvsem dihal) in nekadilcem.

EC niso vrsta pomoči pri opuščanju kajenja. Trenutno je na voljo premalo podatkov in kakovostnih raziskav za kakršnekoli zaključke o učinkovitosti EC v opuščanju kajenja. To poudarjajo tudi številne mednarodne ter nacionalne strokovne, stanovske in neprofitne organizacije, ki priporočajo uporabo registriranih, dokazano varnih in učinkovitih vrst pomoči pri opuščanju kajenja.

Priporočila NIJZ: EC ne priporočamo za opuščanje kajenja, tudi ne za zmanjševanje kajenja. Dokler niso ustrezno preizkušene in registrirane kot ostale vrste pomoči pri opuščanju kajenja, dokler ni ustreznega nadzora nad njihovo kakovostjo in varnostjo, jih v te namene ne priporočamo. Kadilcem, ki želijo opustiti kajenje, svetujemo preverjene in dokazano učinkovite ter varne vrste pomoči za opuščanje kajenja, kot so pomoč

usposobljenih terapevtov, skupinska ali individualna terapija ali farmakološko zdravljenje (nikotinska nadomestna terapija ali zdravila na recept). V primeru, da posameznik želi za opuščanje kajenja uporabiti EC, mu predstavimo informacije o različnih vrstah pomoči, o EC in o tem, da niso vrsta pomoči pri opuščanju kajenja, ter ga spodbujamo k uporabi dokazano učinkovitih in varnih vrst pomoči za opuščanje kajenja. V kolikor posameznik vztraja pri uporabi EC, ga informiramo o tem, kaj danes vemo o EC, predstavimo tveganja, povezana z EC in dvojno uporabo, ter ga spodbujamo, da čim prej po popolnem prehodu s kajenja na uporabo EC opusti tudi EC.

Še posebej pomembno je, da preprečujemo uporabo EC med mladimi. Za to obstajajo številni razlogi:

- Zasvojenost z nikotinom: mladostniki so zelo in bolj kot odrasli dovzetni za zasvojenost z nikotinom. V Sloveniji je v 2018 o uporabi EC z nikotinom poročala polovica anketiranih dijakov 2. letnikov, vsak sedmi pa ni vedel, ali njegova EC vsebuje nikotin.
- Uporaba EC med mladostniki in mladimi odraslimi zviša tveganje za kajenje kadarkoli v življenju, povezana je tudi z večjo pogostostjo in intenzivnostjo poznejšega kajenja cigaret.
- Uporaba EC za vdihavanje različnih prepovedanih drog.
- Škodljivi učinki nikotina na hitro razvijajoče se možgane pri mladostnikih in mladih odraslih.

V Sloveniji je med mladostniki uporaba EC bolj razširjena kot med splošno populacijo. V 2018 je med prebivalci, starimi 15–64 let, EC uporabljalo 1,4 % vseh, kadarkoli v življenju pa 9,2 %. V starostni skupini 15–19 let je o uporabi EC poročal 1,0 % vseh, o uporabi kadarkoli v življenju 21,3 %. V 2018 je o uporabi EC v zadnjih 30 dneh poročalo kar 8,6 % anketiranih dijakov 2. letnikov, o uporabi EC kadarkoli v življenju pa kar 30,9 %. **Najpogostejša je**

dvojna raba, saj približno tri četrtine uporabnikov EC med odraslimi in mladostniki kadi tudi tobak. Med ostalo četrtino uporabnikov EC pa je približno polovica takih, ki uporabljajo EC, a niso nikoli kadili, ter približno polovica bivših kadilcev, ki zdaj uporabljajo izključno EC.

Zakon o omejevanju uporabe tobačnih in povezanih izdelkov ureja EC podobno kot tobačne izdelke, in sicer določa prepoved oglaševanja, razstavljanja in promocije EC, prepoved uporabe EC povsod, kjer je prepovedano kajenje, prepoved prodaje EC mladostnikom, dovoljenja za prodajo EC in besedilna zdravstvena opozorila. Zakon omejuje raven nikotina na največ 20 mg/ml, prostornino rezervoarjev in vložkov na največ 2 ml, prostornino stekleničk s tekočino na največ 10 ml ter določa, da mora biti izdelek opremljen z navodilom za uporabo ter navedbo sestavin. Zakon vključuje tudi nekatere ukrepe za zagotavljanje večje varnosti in kakovosti teh izdelkov, a to področje ni optimalno urejeno.

EC so skupina zelo raznolikih izdelkov, ki so na voljo okoli 15 let, in učinki dolgoročne uporabe teh izdelkov še niso raziskani oz. znani. Raziskave kažejo, da je uporabnik EC izpostavljen znatnim količinam zdravju škodljivih snovi, ki v tkivih različnih organov povzročijo različne spremembe, te pa lahko vodijo v številne bolezni. Uporaba EC torej predstavlja tveganje za zdravje. EC se pogosto obravnava kot pripomoček za opuščanje kajenja, a vendar je na voljo premalo dokazov, da bi lahko podali zaključke o njihovi vlogi v opuščanju kajenja. EC ne priporočamo za opuščanje kajenja; kadilcem, ki želijo opustiti kajenje, svetujemo preverjene in dokazano učinkovite ter varne vrste pomoči za opuščanje kajenja. Zdravstveni delavci so za paciente pomemben vir informacij o EC, zato je pomembno, da poznajo ključna dejstva o teh

izdelkih, da svetujejo in odgovarjajo na vprašanja v skladu z dokazi iz raziskav brez konflikta interesov.

Viri

- Centers for Disease Control and Prevention. Outbreak of Lung Injury Associated with the Use of E-Cigarette, or Vaping, Products Dostopno na povezavi (3. 12. 2019): https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/severe-lung-disease.html
- England LJ, Aagaard K, Bloch M, Conway K, Cosgrove K, Grana R, Gould TJ, Hatsukami D, Jensen F, Kandel D, Lanphear B, Leslie F, Pauly JR, Neiderhiser J, Rubinstein M, Slotkin TA, Spindel E, Stroud L, Wakschlag L. Developmental toxicity of nicotine: A transdisciplinary synthesis and implications for emerging tobacco products. *Neurosci Biobehav Rev* 2017; 72: 176-189.
- Flach S, Maniam P, Manickavasagam J. E-cigarettes and head and neck cancers: A systematic review of the current literature. *Clin Otolaryngol*. 2019 Sep;44(5):749-756.
- Fracol M, Dorfman R, Janes L, Kulkarni S, Bethke K, Hansen N, Kim J. The Surgical Impact of E-Cigarettes: A Case Report and Review of the Current Literature. *Arch Plast Surg*. 2017 Nov;44(6):477-481.
- Gentry S, Forouhi NG, Notley C. Are Electronic Cigarettes an Effective Aid to Smoking Cessation or Reduction Among Vulnerable Groups? A Systematic Review of Quantitative and Qualitative Evidence. *Nicotine Tob Res*. 2019 Apr 17;21(5):602-616.
- Gotts JE, Jordt SE, McConnell R, Tarran R. What are the respiratory effects of e-cigarettes? *BMJ*. 2019 Sep 30;366:l5275. doi: 10.1136/bmj.l5275.
- Hsu G, Sun JY, Zhu SH. Evolution of Electronic Cigarette Brands From 2013-2014 to 2016-2017: Analysis of Brand Websites. *J Med Internet Res*. 2018 Mar 12;20(3):e80.
- Kennedy CD, van Schalkwyk MCI, McKee M, Pisinger C. The cardiovascular effects of electronic cigarettes: A systematic review of experimental studies. *Prev Med*. 2019 Jul 22;105:770.
- Koprivnikar H, Farkaš Lainščak J. Znanje, stališča, prepričanja in trenutne prakse glede elektronskih cigaret med svetovalci za pomoč pri opuščanju kajenja in zdravstvenimi delavci (Knowledge, attitudes, beliefs and current practices related to electronic cigarettes among smoking cessation advisors and healthcare professionals). *Anali PAZU*. 2018 Avg;8(1-2):40-49.
- Koprivnikar H, Zupanec T, Farkaš Lainščak J. Beliefs and practices regarding electronic cigarettes in smoking cessation in Slovenia. *Tob Prev*

Cess 2020 (in press).

- Koprivnikar H, Zupanec T, Farkaš Lainščak J. Pregled stališč, znanja in trenutnih praks glede elektronskih cigaret med zdravstvenimi delavci, ki delajo na področju preventivne zdravstvene dejavnosti in opuščanja kajenja v Sloveniji (Assessment of attitudes, knowledge and current practices related to electronic cigarettes among healthcare professionals working in the field of preventive healthcare and smoking cessation in Slovenia). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2020.
- Marcham CL, Springston JP. Electronic cigarettes in the indoor environment. *Rev Environ Health*. 2019 Jun 26;34(2):105-124. doi: 10.1515/reveh-2019-0012.
- Martínez C, Fu M, Galán I, Pérez-Ríos M, Martínez-Sánchez JM, López MJ, Sureda X, Montes A, Fernández E. Conflicts of interest in research on electronic cigarettes. *Tob Induc Dis*. 2018 Jun 1; 16:28.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Board on Population Health and Public Health Practice; Committee on the Review of the Health Effects of Electronic Nicotine Delivery Systems; Eaton DL, Kwan LY, Stratton K, editors. *Public Health Consequences of E-Cigarettes*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2018 Jan.
- Pisinger C, Godtfredsen N, Bender AM. A conflict of interest is strongly associated with tobacco industry-favourable results, indicating no harm of e-cigarettes. *Prev Med*. 2019 Feb; 119:124-131.
- Skotsimara G, Antonopoulos AS, Oikonomou E, Siasos G, Ioakeimidis N, Tsalamandris S, Charalambous G, Galatsatos N, Vlachopoulos C, Tousoulis D. Cardiovascular effects of electronic cigarettes: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Prev Cardiol*. 2019 Jul;26(11):1219-1228.
- Visconti MJ, Ashack KA. Dermatologic manifestations associated with electronic cigarette use. *J Am Acad Dermatol*. 2019 Oct;81(4):1001-1007.
- Worku D, Worku E. A narrative review evaluating the safety and efficacy of e-cigarettes as a newly marketed smoking cessation tool. *SAGE Open Med*. 2019 Aug 18;7:2050312119871405.
- Yuan M, Cross SJ, Loughlin SE, Leslie FM. Nicotine and the adolescent brain. *J Physiol* 2015; 593(16): 3397-412.

Helena Koprivnikar, dr. med.,
Nacionalni inštitut za javno zdravje
Mag. Tina Zupanec, univ. dipl. soc.,
Nacionalni inštitut za javno zdravje
Doc. dr. Jerneja Farkaš Lainščak, dr.
med., Splošna bolnišnica Murska Sobota
in Nacionalni inštitut za javno zdravje

Slovenija: tako blizu in vendar tako daleč

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

Slovenski zdravstveni sistem je podobno učinkovit kot avstrijski. V obeh deželah pa je tudi mnogo jadikovanja. In medsebojno vedenje o drug drugem je skromno.

Značilno: Po nedavnem, za Avstrijo prav nič laskavem alkoholnem poročilu (*Alkoholreport*) – alpsko državo so primerjali z Rusijo – pijejo Avstrijci več ali vsaj enako mnogo kot Rusi. V dobesednem pomenu pa je precej bližja podobno primerljiva dežela, namreč Slovenija. Vsekakor je Maribor od Gradca po cesti oddaljen slabih 70 km, 100 km manj kot od Schladminga. In glavno mesto Slovenije, Ljubljana, je bližje Gradcu kot pa Dunaj.

Obe deželi si nista blizu le geografsko. Tudi zdravstvena sistema nista nepodobna. V obeh obstoji močna potreba videti svoj položaj predvsem v slabi luči.

A najprej si oglejmo pozitivne vzporednice: Pričakovana življenjska doba se je od leta 2000 do 2015 v Avstriji podaljšala z 78,3 leta na 81,3 leta. V Sloveniji še bolj izrazito: s 76,2 leta na 80,9 leta. Torej v obeh deželah več, kot je povprečje EU (80,6 leta). Pri tem pa se je Slovenija še leta 2000 odrezala slabše kot povprečje EU. V obeh deželah obstoji dobra dostopnost do zdravstvene oskrbe; obe sta med najboljšimi v EU. *Preprečljiva umrljivost* za moške in ženske je v Avstriji manjša, kot je povprečje za EU; v Sloveniji to velja le pri ženskah, medtem ko je pri moških preprečljiva umrljivost malenkost večja kot je povprečje za EU.

Število kadilk in kadilcev je bilo leta 2014 v Avstriji večje (24 % prebivalstva) kot v Sloveniji.

Primarna oskrba: Slovenija je med »najmočnejšimi« ...

Sicer pa se v Sloveniji pije nekoliko več kot v Avstriji: 12,5 l čistega alkohola tam, 11,6 l pri nas.

Vir: *Aerzte Steiermark*, december 2019

Opomba I: Poleg naslovnice zajema to poročilo (začetno poglavje *Cover*) strani 8–15.

Na vsaki strani je okvirček s slovensko zastavo ter roko, ki drži membrano fonendoskopa s sliko srčka(!). V treh grafih avtor primerja Slovenijo in Avstrijo glede na a) preprečljivo umrljivost, b) kadre v zdravstveni negi in c) primarno oskrbo. Pri teh grafih sem si pomagal s podatki na spletu (glej: *State of Health in the EU. Slovenija. Zdravstveni profil države 2019*). Na koncu članka je lepa slika Ljubljane z gradom, frančiškansko cerkvijo in stolpnico ter stolpom magistrata.

Opomba II: V tem povzetku sem poskusil ohraniti nekaj besednih iger. Sicer pa je članek do Slovenije nepopisno prijazen. Prebral sem ga večkrat in če me bo kdo posnemal, naj ga jemlje 3-krat na dan *per os* po žličkah kot zdravilo proti slovenski avtodestruktivnosti.

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



Nezadovoljni mladi hrvaški zdravniki

Prevod in priredba: Anton Mesec

V okviru strokovnega srečanja hrvaškega zdravništva Futur Z (zdravje in zaščita zdravja) je potekala tudi panelna razprava, posvečena mladim zdravnikom – od fakultete do specialističnega izpita. Njihovi predstavniki so nezadovoljni in so nanizali vrsto pomanjkljivosti izobraževanja v tem obdobju. Organizacija dela pod nadzorstvom mentorja (nadomestilo prejšnjega pripravništva) je še nedodelana. Mentorstvo je slabo opredeljeno, začetnike naj bi izkoriščali za pokrivanje nezasedenih ambulant družinske medicine, njihove plače so mizerne.

Nadalje so ponovno opozorili na slabo organizacijo specializacij in še

zlasti na »sužnjeposestniške« pogodbe s specializanti, ki jih lahko finančno obremenjujejo po opravljenem specialističnem izpitu. Baje so s takšnim podrejanjem specialistov evropski unikum. Predstavnica Komisije za mlade zdravnike pri zbornici je prisotne mirila z naštevanjem projektov, ki že potekajo, npr. tečaji medicinskega prava, izobraževanje mentorjev, izboljšanje pogojev za bivanje med delom izven matične ustanove, uveljavljanje e-specializantske knjižice in odprava pogodb v dosednji obliki. Pozivala je k sodelovanju vseh zainteresiranih tudi v prihodnje, saj je z žalostjo opazila, da

obravnavana tema malo starejših udeležencev strokovnega srečanja ni kaj dosti zanimala.

Vir: Liječničke novine št. 185, december 2019

Komentar: Tudi naši mladi zdravniki se s svojimi problemi pogosto oglašajo v našem glasilu. Po gornjem prispevku sodeč, imajo mladi hrvaški zdravniki problemov še neprimerno več kot naši, a (tudi oni) nanje opozarjajo dokaj neuspešno.

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

Delo na skrajni meji

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

Ni pomanjkanja veselja, obstoji pa pomanjkanje pri pogojih za delo. Zdravniki v avstrijskih bolnišnicah trpijo zaradi pomanjkanja osebja ter zaradi naraščajočega nasilja. Vrh tega za razbremenitev (zdravnikov) pri-manjkuje pomočnikov za dokumentacijo (*Dokumentationsassistenten*).

Zdravniki v povprečju delajo 47 ur na teden, želijo pa si, da bi v povprečju delali 38 ur na teden. To kaže anketa, pred kratkim izvedena med zdravniki v avstrijskih bolnišnicah. Zmanjšanje delovne obremenitve, ki je bilo uvedeno 1. januarja 2015, je tako pokazalo svoj učinek. Pozitivna bilanca, tako s stališča pacienta kot s stališča zdravnika. »Saj si nihče ne želi, da bi ga operiral izčrpan in do kraja preobremenjen zdravnik,« meni

Harald Mayer, vodja kurije (odbora) za nastavljene zdravnike in podpredsednik avstrijske zdravniške zbornice. »Pa vendar je nesprejemljivo, da se ob skrajšanem delovniku še vedno ignorira vrzel zaradi pomanjkanja osebja,« nadaljuje Mayer svoj kritični pogled.

73 % anketirancev meni, da je malo verjetno, da bodo kot zdravniki v bolnišnicah z delom nadaljevali tudi po svojem 65. letu starosti.

Pomanjkanje osebja je en problem, potreba po pacientovi dokumentaciji pa je dodaten, poseben problem. Samo 58 % tedenske delovne obremenitve je namenjeno zdravniškim dejavnostim; 37 % obremenitve odpade na administrativne dejavnosti ter 5 % na raziskovanje in

pouk. Harald Mayer vidi rešitev izključno v tem, da se zdravnike razbremenijo administracije ter v ta namen uvede ustrezno izobražen srednji kader.

Zgoraj opisane težave niso novost. Novost v bolnišnicah pa je nasilje, s katerim se soočajo zdravniki. Pretežna večina (vprašanih), 71 %, je doživela nasilje v verbalni obliki, 25 % v fizični obliki, 6 % pa celo z orožjem. Slednja oblika nasilja je najbolj izražena na Dunaju, najmanj pa na Koroškem.

Vir: Österreichische Ärztezeitung št. 20, 25. oktober 2019

Opomba: Zelo zanimiv članek z dvema zanimivima preglednicama. Zdi se, da so pri razbremenjevanju zdravnikov administracije prišli najdlje v zvezni deželi Vorarlberg.

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

Demokratizirajmo snovanje digitalnih zdravstvenih inovacij v zdravstvu – poziv k sodelovanju

Mate Beštek

Si lahko predstavljate svet, v katerem administracija ne bi imela ključne vloge v zdravstvenem sistemu (ZS)? Prostor, kjer bi se klinični in neklinični podatki pretakali tja, kjer bi bili potrebni in bi služili kot pomoč pri vsakdanjem delu na vseh ravneh ZS? Sistem, ki bi omogočil pravo uresničitev vizije obogatene zdravstva (angl. augmented healthcare), pri kateri vam tehnologije pomagajo in vas ne ovirajo?

Uvod

Demografske spremembe in vse večja zdravstvena pismenost prebivalstva povzročajo stalno rast povpraševanja po zdravstvenih storitvah, ki pa ga zaradi pomanjkanja virov in pomanjkljivega upravljanja z obstoječimi viri ni mogoče zadovoljiti. ZS je zato vedno bolj nevzdržen in kliče po prestrukturiranju v integriran in učeč ZS, v katerem igrajo podatki in informacije ključno vlogo. Kakovostno pridobljeni, shranjeni, branjeni in pravilno dostopni za vpogled in obdelavo. So osnova za nova znanja, ki se jih preko procesa upravljanja z znanjem redno vpeljuje v procese na vseh ravneh – na mikro ali klinični ravni, mezo ali ravni organizacije in na makro ali ravni države. Ti procesi tako postajajo sčasoma vedno bolj optimalni in so povezani preko enotnega zdravstvenega informacijskega sistema, ki podpira delovanje celotnega ZS – kot arterija, ki dovaja kisik – le da kisik v tem primeru predstavlja podatke in informacije na različne ravni ZS.

Tovrstna ključna vloga podatkov v današnjem času prinaša predvsem uporabo digitalnih tehnologij, kot so umetna inteligenca, mobilne tehnologije in množični podatki (angl. big data). Zato govorimo o digitalni transformaciji zdravstva, ki je odvisna od neprekinjenega toka digitalnih zdravstvenih inovacij. Vsaka digitalna zdravstvena inovacija implicira spremembe v obstoječih načinih dela in sodelovanje med inženirji in zdravstvenim osebjem. Zato tovrstne načine dela imenujemo tudi mejne delovne prakse (angl. boundary work practices), v katerih sodelujejo strokovnjaki z različnih področij. Delo v tovrstnih digitalno podprtih delovnih praksah vključuje uporabo mejnih objektov (angl. boundary objects). Tipično gre za kreativne tehnološke artefakte, ki omogočajo lažje sodelovanje različnih strok.

Kako je v tujini?

Ključni elementi digitalne transformacije zdravstva so vsaj snovanje tehnologije z udeležbo, nacionalno opredeljeni podatkovni standardi in ustrezne pravne podlage za lažje uvajanje digitalnih zdravstvenih inovacij v ZS. Primeri dobrih praks prihajajo predvsem iz skandinavskih držav ter tudi iz nam bližnje Nemčije.

Demokratizacija snovanja tehnologije pomeni participatorno snovanje ali tudi snovanje z udeležbo. Je pristop k snovanju tehnologije, ki promovira demokratizacijo snovanja tehnologije. Seveda ne gre za nič novega, saj se v skandinavskih deželah uporablja že več desetletij. Tudi

pri nas se je že uporabljal npr. pri snovanju porodnišnice v Ljubljani. Nekatere države, kot je Norveška, imajo celo vzpostavljene pravne podlage, ki ne dovolijo drugačnega načina snovanja tehnologije za potrebe uporabnikov.

Na Danskem nacionalna neprofitna institucija Medcom (1) že desetletja skrbi za standardizacijo podatkov, ki jih je mogoče izmenjevati na nacionalni ravni. Seveda deluje na osnovah snovanja z udeležbo. Ker imajo tako relativno dobro urejeno osnovno podatkovno infrastrukturo, se lahko posvetijo naprednim scenarijem uporabe digitalne tehnologije v zdravstvu. V analizi na področju telemedicine, ki omogoča oddaljeno obravnavanje pacientov, so strokovnjaki ugotovili izredno pozitivne učinke uporabe tehnologije ne samo za paciente, ampak tudi za zaposlene v zdravstvu in za celoten ZS. Natančna analiza je pokazala, da bi Danska zaradi uporabe telemedicine samo na skupini pacientov s kroničnim srčnim popuščanjem lahko letno zmanjšala stroške ZS za okvirno 50 milijonov evrov (2).

Kljub številnim vzpodbudnim rezultatom uporabe tovrstnih rešitev oz. digitalnih zdravstvenih inovacij sploh, pa je izredno težko le-te vpeljati v ZS – pogosto predvsem zaradi vloge, ki jo imajo zavarovalnice kot plačnik storitev. Kot primer dobre prakse je dobro izpostaviti Nemčijo, ki je konec leta 2019, kot država, s katero se Slovenija pogosto primerja, sprejela zakonske podlage, ki bistveno poenostavijo vpeljavo digitalnih zdravstvenih inovacij v ZS. Ključna pri tem je poenostavitev vključitve v sistem financiranja preko zdravstvene zavarovalnice.

Zakaj pri nas še ni tako?

Realnost je torej pri nas žal precej drugačna. Če pogledamo, v kakšnem stanju je naš zdravstveni informacijski sistem, hitro ugotovimo, da ne nudi celovite podpore ZS. Zdravstveni informacijski sistem je izredno fragmentiran in je delno ali v celoti pod nadzorom različnih IT-podjetij, katerih poslovni modeli temeljijo na zaklepanju podatkov in informacij. Vpliv in rezultat tovrstnih poslovnih modelov je, da zdravstveni informacijski sistem ne podpira pretočnosti podatkov, ki označuje preprosto izmenjavo potrebnih zdravstvenih podatkov, kjer in ko so ti potrebni. Le takrat bo mogoče govoriti o pretočnosti zdravniškega posvečanja bolniku, kot je lepo zapisal Zdravko Marič v januarški izdaji Isis. Podatke je težko najti, praktično nemogoče do njih dostopati, niso izmenljivi ali interoperabilni in jih ni mogoče večkrat uporabiti za različne namene. Te lastnosti poznamo tudi kot FAIR-podatkovni principi (angl. Findable, Accessible, Interoperable, and Reusable), ki predstavljajo ključne predpogoje za enoten zdravstveni informacijski sistem in za uspeh digitalne transformacije zdravstva.

Zaradi zastarelih poslovnih modelov, ki temeljijo na zaklepanju podatkov in informacij, je torej mogoče opaziti precejšnje razlike v moči v odnosih do zdravstvenih podatkov. Te odnose je nujno spremeniti in zagotoviti pravično porazdelitev moči. V tem trenutku imajo namreč IT-podjetja vsekakor večjo moč nad zdravstvenimi podatki v primerjavi z deležniki, kot so pacienti in zdravstveno osebje. Vse več dokazov kaže tudi na trend povečevanja tovrstne premoči podjetij. To skrbi tudi državne institucije, ki bijejo stalne bitke z industrijo, ki jo zanima izkoriščanje zasebnih zdravstvenih podatkov.

Jasno je, da se situacija ne bo izboljšala, če uporabniki podatkov ne začnejo sodelovati v bolj demokratič-

nem pristopu k upravljanju s podatki, ki bi zagotavljal tudi bolj pravična razmerja moči nad podatki.

Nacionalno eZdravje je začetek

Nacionalno eZdravje lahko vidimo kot pomemben del digitalne transformacije zdravstva v Sloveniji. Vzpostavljenih je nekaj izredno pomembnih novih virov, kot je npr. Centralni register podatkov o pacientih (CRPP), ki je bil predstavljen v novembrski izdaji Isis. Kljub temu je nacionalno eZdravje žal zelo daleč od optimalnega zelenega stanja, saj snovanje, razvoj in uvedba rešitev ne temeljijo na demokratičnem vključevanju deležnikov. Le-ti so torej izključeni iz faz snovanja na številnih nacionalnih projektih.

Posledično lahko ugotovimo, da se razvoj nacionalnega eZdravja odvija na podlagi snovanja rešitev za uporabnika (angl. design for the user), namesto da bi temeljil na snovanju skupaj z uporabniki (angl. design with the user). Zato imajo številni nacionalni projekti posledično težave z uvedbo.

Nacionalno eZdravje je torej pomemben začetek digitalne transformacije, a še zdaleč ni dovolj.

Vloga ključnih deležnikov in pomanjkanje kompetenc

Seveda niso vsi problemi na strani nacionalnega eZdravja. Daleč od tega. Tudi če se nacionalno eZdravje potrudimo delovati bolj demokratično, se hitro pokaže problem pomanjkanja predvsem kadrovskih virov na strani izvajalcev zdravstvene dejavnosti, Ministrstva za zdravje, Nacionalnega inštituta za javno zdravje in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Ključni deležniki ZS torej nimajo na voljo kompetenc, da bi lahko konstruktivno sodelovali pri snovanju. Isti problem pogojuje uspešnost uvedbe

digitalnih zdravstvenih inovacij v ZS. Zato so faze uvajanja pogosto izredno dolge. Izkaže se tudi, da se faza snovanja dejansko nikoli ne konča in se torej faze snovanja, razvoja in uvedbe ponavljajo. V skandinavskih državah se tovrstno snovanje označuje kot snovanje v uporabi (angl. design in use). Gre za bistveno kompleksnejši pristop k snovanju, razvoju in uvedbi inovacij, ki zahteva spremembe v obstoječih načinih dela. Ti morajo postati bistveno bolj prilagodljivi in odporni na spremembe oz. agilni. To pa predvsem pomeni, da je treba bistveno več pozornosti namenjati razumevanju kulture, ki trenutno obstaja – kultura tu označuje predvsem obstoječe norme in načine dela z bistvenim poudarkom na uporabniški izkušnji, ki ne sme biti samo subjektivno dobra, temveč objektivno merljiva. Na tem mestu je pomembno izpostaviti jasno potrebo po bolj interdisciplinarnem načinu delovanja naših univerz in fakultet, saj se je le tako mogoče dolgoročno posvetiti odprtim problemom.

Inoviranje na podlagi dejanskih potreb namesto vsiljevanja rešitev

Rešitve eZdravja ali poljubne druge digitalne zdravstvene inovacije morajo biti zasnovane na demokratičen način ravno zato, da se upošteva in razume obstoječo kulturo in da se načrtuje spremembe v kulturi, ki so potrebne za uspešno uvedbo digitalnih zdravstvenih inovacij. Ključno pri tem je, da se digitalna zdravstvena inovacija ukvarja z dejanskimi potrebami in da lahko torej govorimo o inoviranju na podlagi potreb (angl. technology pull). Žal imamo pogosto opravka predvsem z željami podjetij po prodaji rešitev, za katere podjetja menijo, da jih uporabniki potrebujejo, in so torej rešitve pogosto vsiljene (angl. technology push).

Da do tovrstnega vsiljevanja lahko pride, žal ni nenavadno. Vodstveni

kadri oz. menedžment vidi obstoječe norme in delovne prakse oz. kulturo organizacije na predvsem zelo nerealen način, saj v njej ne deluje in si jo torej lahko samo predstavlja. Zdravstveni delavci in delavci v zdravstvu, ki so dejansko udeleženi v teh delovnih praksah, vsakodnevno doživljajo kulturo organizacije in imajo torej realen pogled na kulturo organizacije. Oni so tisti, ki na lastni koži čutijo povečano povpraševanje po zdravstvenih storitvah in slabo upravljanje z viri, ki so na voljo. Oni so tisti, ki se vsakodnevno soočajo s pacienti, prisiljenimi čakati v neverjetno dolgih čakalnih vrstah zato, da prejmejo potrebno oskrbo. Izgorelost je posledično žal nekaj normalnega.

Ker pa se odločitve o investicijah sprejemajo na ravni menedžmenta, lahko torej brez težav pride do tega, da podjetja uspešno prodajo rešitev vodstvenim kadrom, ki si samo okvirno predstavljajo, kaj so dejanske potrebe v praksi. Seveda kazanje s prstom ne predstavlja rešitve za noben problem. Zato je bistveno razmišljati o načinih zmanjševanja prepada med dvema različnima pogledoma na kulturo organizacije.

Boljše kompetence in več sodelovanja – demokratizacija?

Vsekakor je pomembna komponenta dvig kompetenc udeležencev obeh pogledov za doseganje večje stopnje razumevanja in sodelovanja. Uvedba procesa, ki na bolj demokratičen in participativen način omogoča sodelovanje pri ugotavljanju obstoječih potreb in potem pri odločanju o potrebnih rešitvah, je gotovo korak v pravi smeri. Tovrsten proces je seveda lahko tehnološko podprt in predstavlja eno od mejnih delovnih praks, kjer mejni objekti oz. tehnološki artefakti pomagajo pri izvajanju procesa, v katerem sodelujejo predstavniki različnih strok. Pogosto je namreč težko doseči medsebojno razumevanje strokovnjakov različnih strok na skupnih

delovnih sestankih, saj je v tej obliki sodelovanja velikokrat bistveno premalo časa.

Je demokratizacija dejanska potreba ali je še en poskus vsiljevanja?

V zadnjem času so mednarodna telesa na področju zdravstva objavila politike (3), ki podpirajo vse večje demokratično sodelovanje zdravniške stroke v procesih digitalne transformacije in v načrtovanju digitalnih zdravstvenih inovacij. To pomeni predvsem to, da želite biti vključeni! Želite si demokratičnega sodelovanja ne samo v fazi evalvacije, ampak veliko prej – v fazi snovanja!

Zaključek in povabilo

Sodelovanje pri snovanju digitalnih zdravstvenih inovacij z uporabo naprednih digitalnih tehnologij, kot so umetna inteligenca, mobilne tehnologije in množični podatki, lahko pomaga pri uresničitvi vizije obogatene zdravstva, kjer vam vse te tehnologije pomagajo in vas ne omejujejo.

Vaše sodelovanje se lahko začne takoj. Seveda bomo v prihajajočih izdajah Isis v dodatnih prispevkih bolj podrobno obravnavali posamezne oblike sodelovanja in predstavili nove, kar bo lahko v pomoč tudi tistim, ki trenutno še niso prepričani. Zato vas še dodatno pozivamo k bodočemu spremljanju in branju.

Področja sodelovanja, ki se posvečajo ključnim problemom digitalne transformacije zdravstva in pri katerih lahko sodelujete, so:

1. Izkažite pripravljenost na sodelovanje in se odzovite na poziv preko zdravniške zbornice (gp.zzs@zgs-mcs.si).
2. Sodelujte pri pripravi predloga strategije digitalne transformacije zdravstva, ki bi postal ključen dokument za vse deležnike v zdravstvu.

3. Sodelujte v načrtovanih novih izobraževalnih modulih, ki jih bo ponujala zdravniška zbornica in bodo podali bolj podrobne informacije, znanja in nove tehnološko podprte mejne delovne prakse – tako za zdravniško stroko kot tudi za menedžment v zdravstvu s ciljem dvigovanja kompetenc, da se počasi zmanjša prepada med vodstvom in stroko.
4. Sodelujte kot strokovnjak pri vzpostavitvi novega centra odličnosti za področje digitalnega zdravstva, preko katerega bomo skupaj gradili kompetence za celoten ZS. Tako bomo lažje snovali nove rešitve in jih potem tudi lažje vpeljevali.
5. Sodelujte v novem, tehnološko podprtem prostoru za aktivno demokratično udejstvovanje in sodelovanje, kjer bo vaš glas slišan. Primer tovrstnega sodelovanja je npr. nabor zahtev za doseganje FAIR-podatkovnih principov.

Članov Zdravniške zbornice Slovenije je okoli 11.000. Ta številka je izjemna in predstavlja izjemen družbeni kapital. Vizija je z vašo pomočjo vsekakor izvedljiva! Vsi si želimo sprememb na bolje in s sodelovanjem si možnosti za uspeh lahko samo zvišujemo.

Viri

1. <https://www.medcom.dk/medcom-in-english>
2. <https://rn.dk/service/nyhedsbase-rn/2019/02/telemedicin-giver-tryk-hjertepatienter-og-sparer-millioner>
3. <http://doc.cpme.eu:591/adopted/2019/CPME.Board.Nov19.FINAL.EN>. Alinehealthcare.pdf

Mate Bešek, vodja področja zdravstvo, 3fs računalniški studio, d. o. o., Kranj, doktorski kandidat Oddelka za digitalni dizajn, IT Univerza v Københavnu, Danska, mate.bestek@3fs.si



Komentar k zapisom

Isis, februar 2020, št. 2

Marjan Kordaš

Str. 6, K naslovnici revije: Res odlično. A hkrati spoznanje, kako je vrhunska (transplantacijska) medicina lahko grozovit kriminal!

Str. 20: Ponavljam tisto, kar sem že povedal za študij medicine: Dobri podatki, ki kažejo, da bo v prihodnje šlo še navzdol. Vzroki? Bojim se, da *intrinzične motivacije* ni (več), za *ekstrinzično motivacijo* (boljše plače) pa ni politične motivacije!

Str. 23: Narobe svet: tisto, kar je bilo še nedavno domnevna terapija, postaja vzrok za novo patologijo!

Str. 32: V Avstriji so medicinske fakultete izločili iz univerz med drugim zato, da so omogočili drugačno (boljše) financiranje. Če bi pa na MFLj pouk preoblikovali iz ekstenzivnega v intenzivnega – kot edino smiselno predlaga dr. Skvarč – bi

študentje šli na ulice demonstrirati in vlada bi padla!

Str. 35: Ne le dober, temveč lep odziv na zapis prof. Gadžijeva. In vrh tega spodbudna novica o delovanju sistema v naših razmerah.

Str. 52: Kako izvrstna zamisel, da je tudi bolnik lahko predavatelj! In kako občudovanja vredna njegova energija!

Str. 81, Zavodnik: Imenitno! Ne le veder pogled, kaj je pozitivno oz. negativno, temveč tudi humorističen opis naše nore avtodestruktivnosti.

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

Kompetence v medicini se pridobivajo lokalno – ali kako izobraževati bodoče zdravnice in zdravnike

Miha Skvarč

Priznajmo si, imamo težave z izobraževanjem v medicini. Želimo si povečanja števila vpisnih mest na študij medicine, a se zavedamo, da bo v zdajšnjih prostorskih in kadrovskih okvirih kakovost pridobljenega znanja padla. Vsi tudi vemo, da je večina specializacij zdajšnjim generacijam nezanimiva in nepriljubljena, a ne naredimo prav veliko, da bi postale deficitarne specializacije privlačnejše. Priznajmo si tudi, da so pripadniki zdajšnjih generacij malo drugačni, kot je bila naša generacija. Če ne drugega, točno vedo, kaj želijo, in niso pripravljeni umirati na obroke za ideale in poslanstvo – in prav je tako.

Spodaj je nekaj osvetlitev, za katere menim, da so pomembne.

1. Dodiplomsko izobraževanje

Imamo dve medicinski fakulteti s cca 290 vpisnimi mesti. Študij medicine traja od 6 do 7

let. V našem sistemu se še vedno predava kot v 19. stoletju. Malo je interaktivnega pouka, obrnjenega pouka (angl. *flipped learning*) in samostojnega učenja. Tega je veliko več v enem izmed najboljših izobraževalnih sistemov, na Finskem. Univerza v Ouluju (mestu z 200.000 prebivalci na robu arktičnega kroga) in njena medicinska fakulteta izobražujeta za vse poklice v zdravstvu (smeri: medicina, dentalna medicina, biomedicinsko inženirstvo, medicinska in velnes tehnologija, menedžment v zdravstvu in zdravstvena nega). Že na začetku semestra so seznanjeni s snovjo, ki jo bodo obravnavali skozi leto, literaturo dobijo tudi v e-obliki. Točno se tudi ve, kdaj bodo zaključili študij in kakšna znanja bodo osvojili (<https://www oulu.fi/medicine/node/44754>). Poskrbijo pa tudi za to, da se med procesom vključevanja v delo znanje prenese v kompetence. V Sloveniji še vedno

enačimo znanje s kompetencami, vendar pa kompetence pridobiš z delom, ne da ti jih fakulteta.

V Sloveniji pogrešam tak način izobraževanja, ki bi nas naučil delati v timu. Žal se podpira večitirnost v medicini, predvsem z namenom, da se zamegli odgovornost. Lahko bi se katera izmed medicinskih fakultet, tudi novoustanovljenih, preimenovala v medicinsko univerzo, kot npr. v Gradcu ali na Dunaju. Študentje bi imeli del pouka skupaj, specialna znanja pa bi nabirali po posameznih skupinah znotraj vpisane smeri. Praktični pouk bi potekal kot razpršen pouk po zdravstvenih ustanovah ali zainteresiranih podjetjih.

Kaj bi s tem dosegli? Zdravniki, medicinske sestre, fizioterapevti, organizatorji in zaposleni v laboratorijih bi se razumeli med sabo, kar sedaj ni običajno, saj imamo vzporedne izobraževalne sisteme (študent medicine ne sreča študenta zdravstvene nege in med sabo se ne razumeta), kar pomeni, da nismo vajeni delati v timu in ne poznamo svojih dolžnosti. Poznamo samo pravice, ki jih enačimo s kompetencami.

Tudi študij bi se lahko skrajšal, pri študentih medicine skoraj za eno leto. Kot študent medicine vem, koliko je bilo podvajanja snovi, in kot učitelj na medicinski fakulteti tudi vem, koliko je nepotrebne balasta in ujčkanja bodočih zdravnikov. Že pri meni je veljalo, da si kompetence začneš pridobivati, ko začneš s pripravnštvom, tako kot v letu 2019. Zakaj ne bi pridobivanja kompetenc premaknili že v čas študija? Vendar pa mora biti to organizirano z védenjem, kaj se pričakuje od takega premika. Seveda lahko kompetence pridobiš že sedaj, a je to bolj odvisno od osebnega interesa, financ študenta, ki si ne more privoščiti bivanja v Ljubljani ali Mariboru in mora delati, da lahko študira, kar tudi zamakne dokončanje študija. Študent medicine v Sloveniji pride s fakultete kot drugošolček. Zna brati, pisati in računati. Velike večine praktičnih veščin in

uporabe znanja, ki ga ima veliko, pa se mora še naučiti.

To se bo zdela za slovenske fakultetne razmere revolucija, a je samo prilagajanje sodobnim smernicam ter razvoju ljudi in tehnologij.

2. Pripravnštvu in specializacija

Za pristop k teoretičnemu izpitu v času pripravništva za medicince bi zadostovale že dobre ocene iz izbranih predmetov v času študija. Tista osnovna praktična znanja pa bi lahko pridobil po krajšem praktičnem izobraževanju brez nepotrebne vlečenja kljuk za nekoga, ki ve, da ne bo nikoli kirurg. Praktični izpit bi lahko opravil že po treh mesecih ali pa takrat, ko začneš s specializacijo. Praktične veščine ali znanje za strokovni izpit so pomembni, a ne najpomembnejši. Bolj sta pomembna empatija in odnos do pridobivanja védenja in kompetenc. Pripravnštvu bi se moralo šteti v specializacijo in tudi na ta način bi lahko skrajšali čas do zaključka specializacije.

Na novo je treba urediti dodeljevanje specializacij. Imamo odlične sisteme v Avstriji ali v Nemčiji, kjer se vsak interesent sam dogovori z vodjo oddelka, kje in kaj bo specializiral. Preučijo se priporočila, oceni se teoretično znanje in praktične veščine ter šele nato, če so vsi zadovoljni, se sklene izobraževalna pogodba. Mi pa imamo sedaj dvotirni sistem z nacionalnim razpisom, ki dokazano ne deluje v družinski medicini, in znanim delodajalcem, ki pa je premalo izkoriščen in tudi v določeni meri oslabljen s pomembnimi nastavki za propad.

Nacionalni razpis je smiseln za specializacije nacionalnega pomena, kjer obstaja samo nekaj mest za izobraževanje in za zaposlitev ali se specializacija v veliki meri odvija na terciarni ravni, npr. sodna medicina, klinična genetika. V primeru deficitarnih specializacij, kamor spadajo praktično vse, razen mogoče specializacij, ki so zelo privlačne in lahko že

v času specializacije nudijo možnost dela po podjemni pogodbi, pa bi morali razpisati izključno mesta z znanim delodajalcem, kjer bi moralo tudi lokalno okolje narediti več, da bi mesta na periferiji postala privlačna.

Do jesenskega razpisa 2019 je bila velika večina razpisanih mest na nacionalni ravni. Stanje se je izboljšalo, a je še vedno več mest na nacionalnem razpisu kot za znanega delodajalca. Malo nelogično je, da je veliko več mest na nacionalnem razpisu v primeru družinske medicine, kjer se točno ve, kje je pomanjkanje in kdo išče specialiste. Tudi urgentna medicina ima kar nekaj mest na nacionalni ravni. Vendar pa so delodajalci znani, a ne najdejo specialistov. Za ti dve specialnosti je nujno, da se razpisujejo specializantska mesta izključno za znane delodajalce, ker ne samo, da bo neko okolje vsaj lažje zadihalo, ker bo vedelo, da čez pet let prihaja specialist, tudi lokalna okolja se bodo morala bolj potruditi, da dobijo specializanta. Stanovanje, višja plača, bolj ugoden stanovanjski kredit, služba za partnerja – vse se da, samo če se hoče. Posebej sedaj, ko tudi zdravniki ne izpolnjujemo več strogih pogojev Banke Slovenije za pridobitev stanovanjskih kreditov, še posebej, če imaš otroke.

Torej morajo vsi, ki so vpleteni v specializacije, narediti več, da bo razporeditev specializantov bolj enakomerna in bližje lokalnemu okolju. Za začetek potrebujemo več glavnih mentorjev s periferije. Moramo jih tudi bolje plačati, da se bodo ob vseh zadolžitvah lažje odločali za mentorstvo. Potrebujemo tudi več mest za izobraževanje zdravnikov na periferiji, hkrati pa je treba skrajšati čas izobraževanja v obeh univerzitetnih centrih, ki morata postati centra, kjer se bo pridobivalo specialna znanja, ne pa mesti, kjer specializanti ne vedo, kaj bi sami s sabo, in je njihova družina zelo prikrajšana za očeta ali mamo, pa tudi bolniki v lokalnem okolju nimajo veliko od njega oz. nje. Osnovno in napredno

védenje obstaja tudi v lokalnem okolju. Kompetence se pridobiva – tako kot v Nemčiji ali Avstriji in na Švedskem – lokalno. Po specialna znanja pa se hodi centralno.

Financiranje je treba prenesti nazaj na Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ker ljudje v času specializacije delajo, ob tem pa tudi pridobivajo kompetence. Na začetku opravljajo manj zahtevna dela, proti koncu pa vse bolj zahtevna, a vendar delajo. Kaj bi rekli na to, da bi gospodarstvo zahtevalo, da na novo zaposlenemu ne bodo dajali plače, ker se še uči, in da mora za to poskrbeti država.

S tem prenosom bi se sprostilo kar nekaj sredstev za razvoj in tudi za investicije, ki morajo biti plačane iz državnega proračuna, podobno kot sredstva za znanost. Potrebujemo medicinski sklad, ker drugače nas bodo visoki stroški razvoja pokopali. Trenutni razvoj je povrh še kaotičen. Kar pogledamo, koliko imamo neizrabljene opreme ali koliko denarja se da za terciar in kakšen je izplen teh sredstev ali koliko farmacevtskega donatorskega denarja se porabi za nadaljnji razvoj v Sloveniji in koliko v Avstriji!

Specializacije je treba skrajšati na pet let, kot to omogoča evropska direktiva. Vse specializacije, ki imajo elemente subspecializacij, se opravlja po petih letih temeljne specializacije. Za primer: temeljna je kirurgija, subspecializacija pa žilna kirurgija. S tem se omeji izbira in mladi zdravniki se bodo hočeš nočeš morali odločiti za temeljne specializacije in širino ter šele nato za subspecializacija, ko bodo imeli že nekaj izkušenj in kompetenc. Na zbornici obstajajo zamisli, da bi imeli še več specializacij, čeprav imajo vse nove specializacije značaj subspecializacij. Če imaš cel kup možnosti, kjer boš delal v urejenem okolju in kjer ti bo na voljo dostop do diagnostike, izkušenih specialistov in boljše plače, bo le redko kdo tako neumen, da bo odšel na periferijo. Za mlade je periferija že najbolj razvita občina v Sloveniji, Novo mesto.

Korak do nemškega modela je okrnitev nacionalnih razpisov in vpeljava razpisa za znane ustanove z več odgovornosti vodstva teh ustanov in lokalnega okolja, da se bodo maksimalno potrudili, da bo mlad zdravnik nekaj znal in ostal pri njih.

3. Izobraževanje po specialističnem izpitu

Trenutno je izobraževanje po specialističnem izpitu zelo kaotično in prepuščeno volji posameznika. Mogoče imamo tudi zato po Kuštrinu 1/3 manj sposobnih, 1/3 apatičnih in 1/3 navdušencev, ki delujejo na etični pogon. To velja tudi za vse ostale poklice v zdravstvu. Če bi uredili kompetence, za kar potrebujemo kompetenčni model (trenutno imamo časovni model, ki je vezan na leta, preživeta na oddelku ali v ordinaciji), bi uredili tudi odgovornost in na koncu bi se lahko šele začeli pogovarjati o novih ali izboljšanih pravicah. Da postaneš višji specialist, je praktično edini pogoj, da 12 let delaš kot zdravnik. Nič o védenju, sposobnostih, odnosu do učečih in sodelavcev. Trenutno je v zdravstvu tako, da ti napredovanja pripadajo zaradi staža časa po zaključku šolanja in ne zaradi kompetenc.

Velik problem je, da zdravništvo zelo težko predaja znanje in kompetence zunaj svoje specializacije. Postajamo ozko usmerjeni šihitarji, brez širine, ki je potrebna v sodobni medicini. Ne morejo vsega rešiti algoritmi. Najcenejša medicina je tista, kjer na samem začetku dobi v roke pacienta zdravnik, ki ima širino, zaupa svojemu znanju in je kompetenten. Tega je v Sloveniji premalo in delni krivec za to je tudi zbornica, ki vse premalo naredi za to, da bi postavili model pospecialističnega izobraževanja na način, ki bi zagotavljal priučitev določenih veščin ob delu in ne z novo subspecializacijo. Kar nekaj krivde nosijo tudi delodajalci, ki ne znajo odkriti in podpreti sposobnih, ki si želijo delati več in bolje. Žal je tako, da če želiš delati zunaj okvira svoje

specializacije, moraš specializirati še kaj drugega, pa čeprav boš potem uporabljal le del znanja druge specializacije. Tipičen primer so sumljive spremembe na koži, kjer kožne spremembe ne sme izrezati dermatolog, temveč lahko to naredi le plastični kirurg. Čeprav je sum postavil dermatolog in je lahko kožno spremembo pred 15 leti izrezal tudi dermatolog ter jo poslal patologu, kot to sedaj naredi plastik.

Imamo veliko izzivov, a le malo časa za pripravo rešitev. Potrebne bodo politične, zakonodajne in strokovne prilagoditve. Ne potrebujemo revolucije. Potrebujemo evolucijo, ki bo temeljila na dobrih praksah, tako domačih kot tujih. Predvsem pa potrebujemo več poguma in odločnosti pri zagovarjanju svojih in tudi bolnikovih interesov. Večkrat se moramo vprašati, zakaj vodstvo zdravstvenega zavoda ne zna prepoznati apatičnega delavca in mu pomagati, da bo boljši. Vodstvo pozablja, da ima pred sabo človeka in ne predmet ali številko ter da je treba v dobrobit nas vseh ravnati drugače in bolj odgovorno.

Razkritje interesov

Predstojnik v Splošni bolnišnici Jesenice, ki mu ne uspe navdušiti bodočih specialistov, da bi razmislili o zaposlitvi v Splošni bolnišnici Jesenice.

**Doc. dr. Miha Skvarč, dr. med.,
specialist klinične mikrobiologije,
predstojnik Službe za bolnišnično
higieno in mikrobiologijo, SB Jesenice**

Komentar k zapisu Presaditve organov in etika, avtorja Eldarja Gadžijeva

Revija Isis, 12, december 2019: 33–6

Z zadovoljstvom sem prebrala razmišljanje prof. dr. Eldarja Gadžijeva o nekaterih etičnih vprašanjih, ki jih odpira transplantacijska medicina. Navezal se je tudi na simpozij »Etični izzivi pri transplantaciji organov«, ki je potekal 7. junija 2019 v prostorih Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (1).

Prof. dr. Eldar Gadžijev je eden ključnih pionirjev transplantacijske dejavnosti v Sloveniji. V članku je podal nekaj dragocenih podatkov, okoliščin in ključnih oseb pri vzpostavljanju programa za presajanje jeter pri nas. Žal med letoma 2013 in 2016, ko smo na Slovenija-transplantu v sodelovanju z Inštitutom za zgodovino medicine pripravljali obsežno pregledno monografijo o zgodovini in tudi perspektivah donorske in transplantacijske dejavnosti pri nas (2), prof. Gadžijev iz več razlogov še ni bil pripravljen sodelovati, kar lahko razumem. Pregled razvoja programa za presajanje jeter je zatem na naše povabilo podala prof. dr. Saša Markovič. Obsežno monografijo smo objavili ob polnoletnosti zavoda Slovenija-transplant predvsem z namenom, da se prelomna pionirska dela, imena začetnikov ter njihovo znanje in trud ne pozabijo. Navsezadnje so dobro postavili izjemno zahteven in kompleksen sistem donorske in transplantacijske dejavnosti, ki od začetkov temelji na visokih etičnih standardih, kjer so zaščiteni darovalci in prejemniki.

Tudi prof. Gadžijev ugotavlja, da je slovenski model transplantacije organov »živi dokaz, da je z dobro organizacijo in visoko kakovostjo transplantacijske dejavnosti možno

zagotoviti dovolj organov možgansko mrtvih darovalcev za potrebe bolnikov, ob sprejemljivi čakalni dobi, ne da bi pri tem uporabljali etično kontroverzne darovalce«, in v nadaljevanju omeni tudi etično kontroverzne prakse. Menim, da v nadaljevanju razmišljanja z ne dovolj natančnim argumentiranjem problematike trgovanja z organi, prepletom z evtanazijo ter darovanjem po cirkulatorni smrti vzbujajo neupravičene strahove in dvome. Na tem mestu so zato potrebna dodatna pojasnila. Glede izjav o etičnosti in neetičnosti moramo biti zelo natančni in izpostaviti problem oz. situacijo čim bolj celovito, tudi na osnovi temeljitega pregleda literature s področja. Z delnim, tudi anekdotičnim izpostavljanjem situacije lahko spodbujamo strahove in negativna čustva ter posledično odnos do transplantacijske medicinske dejavnosti, ki ni več predmet prostovoljnosti, ampak je uveljavljena metoda zdravljenja končne odpovedi organov. Dostopnost bolnih do tovrstnega zdravljenja je del osnovnih človekovih pravic. Odgovornost Ministrstva za zdravje in Slovenija-transplanta pa je zagotoviti zdravljenje vsem, ki ga potrebujejo. Pri tem bi poudarila, da je del pravic in odgovornosti tudi na javnosti, da prostovoljno posmrtno daruje dele človeškega telesa za namen zdravljenja. Darovalci žal nimajo več možnosti za preživetje, a prejemniki lahko s podarjenim organom pridobijo novo možnost. Vsi, ki smo strokovno vpeti ter poznamo verigo in igro med življenjem in smrtjo in dokončnostjo, smo dolžni spodbujati oz. izvajati dejavnost darovanja in

presaditev na etičen, učinkovit in kakovosten način.

Probleme je treba izpostaviti z vidika razvoja in rešitev, ki jih v Sloveniji poskušamo najti in se prilagoditi z zakonodajo, pogovori, pojasnili in upoštevanjem znanja in raziskovalnih izsledkov različnih strok, tudi humanističnih, ki s preizpraševanjem o avtonomnosti, soglasju, družbenih neenakostih, neoliberalnih politikah, dostopu do zdravstvene oskrbe in drugem medicini marsikaj doprinesejo (npr. antropologinja Nancy Scheper-Hughes še vedno velja za avtoriteto in kredibilen vir na področju trgovanja z organi). Novosti se lotevamo zelo previdno, s premislekom in seveda spoštljivim odnosom do vseh specialnosti in strokovnjakov, ki so v dejavnosti udeleženi. Sem pa nekoliko razočarana, da dosežki, usmeritve in stroga merila, ki jih uvaja Slovenija-transplant, v medicinski stroki niso dovolj prepoznana in so zato premalo podprta.

Slovenija-transplant je organizacija, ki je ob nadzoru Ministrstva RS za zdravje dolžna skrbeti za urejenost in zakonitost delovanja donorske in transplantacijske dejavnosti z upoštevanjem vseh etičnih načel. Ta način delovanja je unikaten glede na druge specialnosti v medicini, zato je morda tudi nekoliko manj razumljen, po drugi strani pa smo preveč usmerjeni vsak v svoj vrtiček in se nismo pripravljeni poglobiti v nekaj novega, preden sodimo. Opažam, da je npr. na področju darovanja po cirkulatorni smrti med odgovornimi strokovnjaki premalo natančnega znanja in poznavanja protokolov (3). Raznolikost protokolov in etičnih dilem, o katerih

se natančneje razpravlja že daljše obdobje, je med drugim dostopna v publikaciji Sveta Evrope (4). Redno spremljamo sodobno literaturo s področja in se aktivno udeležujemo kongresa ELPAT (*Ethical, legal, and psychological aspects of organ transplantation*). Teme in področja, ki smo jih obravnavali na letošnjem kongresu v Krakovu, so na voljo na spletni strani <https://www.esot.org/events-education/events/11665/overview>.

Na konferenci v UKC Ljubljana je bilo zelo jasno predstavljeno, katera so prednostna področja Slovenija-transplanta, na kakšnih etičnih osnovah in smernicah delujemo na področju boja proti trgovanju. Ne ostajamo le na pavšalnih ocenah od daleč, temveč zelo aktivno sodelujemo v številnih mednarodnih telesih, ki se zelo intenzivno borijo proti tovrstnim praksam. Na konferenci je portugalska pravnica Ana Pires Silva, ki je med drugim sodelovala pri vpeljevanju Konvencije Sveta Evrope proti trgovini z organi, jasno razložila, kako pomembna je vloga zdravstvenega osebja v boju proti trgovanju. Vsakdo, ki zazna sum nezakonitega zdravljenja ali zlorab, bi moral prijaviti primer pristojnim organom. A že na konferenci se je začela značilna slovenska debata, češ da pri nas ne bomo tako delali in da pri nas zdravnik ne bo prijavil primera, ki je bil nezakonito izvajanje, ker mora ščititi bolnika. Seveda to velja, a vendarle je treba narediti korak naprej in pripraviti okolje, ki bo omogočilo zaščito bolnika in spodbudilo odgovornost tistega, ki nezakonit primer prepozna in ga prijavi ustreznim institucijam. Zavedati se moramo posledic, ki se zgodijo, če nismo pripravljeni narediti koraka dalje in prevzeti svojega dela odgovornosti za urejenost in varnost sistema. Z obsojanjem, dvomi in licemerstvom ne bomo dosegli name- na konferenc o etičnih vprašanjih.

Danes se izpostavljajo številna nova vprašanja glede kakovosti in varnosti na področju darovanja organov in presaditev, za kar niso

odgovorni le zdravniki na prejemni- kovi strani, pač pa tudi na donorski strani. V Slovenija-transplantu smo zato uvedli odgovorne zdravnike za donorski program oz. za donorsko medicino, kar poostri zahteve in odgovornosti na tem področju. Pripravili smo tudi strateški doku- ment, ki jasno opredeljuje delitev nalog ter meje med posameznimi odgovornostmi in vlogami med zdravniki v intenzivni medicini, koordinatorji, mentorji in pooblašče- nimi zdravniki v Slovenija-transplan- tu. V Slovenija-transplantu že 20 let razvijamo ob drugih nalogah in izobraževanju tudi kadrovske vidik za izvajanje dejavnosti, saj je to dejav- nost terciarnega nivoja. Ob ustanovi- tvi zavoda je bil ta vidik precej nedo- delan. Razpolagali smo s prvotnim osnutkom in okvirnimi izhodišči, ki so bila zelo kakovostna, a vendarle premalo natančna in določena. Dejavnost se je naglo razvijala, pojavi- le so se nove zahteve tako z zakono- dajnega kot tudi praktičnega vidika in zato smo delovanje zavoda nenehno prilagajali razvoju in zahtevam. Slovenija-transplant pa žal še vedno nima statusa zdravstvene dejavnosti, tudi zaradi nenatančnega poznavanja dejavnosti vseh, ki so soodgovorni. Za ta status se borimo že več kot deset let, prvi korak je bil narejen na osnovi zakonodaje in zahtev direktive EU/ 2010/53 o kakovosti in varnosti na področju donorske medicine (5).

Dovolite mi še nekaj besed o kitajski donorski medicini. Nedavno, od 4. do 8. decembra 2019, sem se aktivno udeležila velike mednarodne konference o darovanju organov v Kunmingu na Kitajskem. Na njej smo strokovnjaki z vsega sveta pripravljali priporočila za učinkovit, kakovosten, transparenten in varen sistem za donorsko dejavnost za države, ki še nimajo sprejetih vseh etičnih konven- cij in ustrezne zakonodaje. Vabilo na konferenco sem sprejela z namenom, da na osnovi izkušenj, znanja in s svojim humanim pogledom na življe- nje in zdravljenje s presaditvijo aktivno prispevam k izboljšanju

položaja in pregonu nedopustnih kršenj človekovih pravic ter k bolj etični drži v globalni transplantacijski skupnosti. Imela sem tudi možnost neposrednega vpogleda v aktivnosti, ki jih izvajajo na Kitajskem, da bi preprečili nadaljnje zlorabe. Z vladno podporo se v vseh provincah po evropskem vzoru vzpostavlja struktu- ra donorskega sistema, kjer so zanj odgovorni zdravniki v intenzivnih enotah. Aktivno sem sodelovala tudi v Turčiji pri oblikovanju ustrezne zakonodaje in boljši izobraženosti zdravnikov na področju preprečevanja trgovine z organi. Menim, da je odgovornost prav vsakega strokovnja- ka na tem področju, da poda svoj prispevek k pregonu in zaustavljanju trgovine z organi. Navsezadnje vemo, da prav nelegalne prakse mečejo temne sence na celotno transplanta- cijsko medicino in da povzročajo zmanjšanje zaupanja javnosti v transparentne in etične sisteme, kot ga imamo npr. pri nas.

Prof. Gažijev v članku tudi zelo odprto in iskreno opiše svoj pogled na transplantacijsko medicino, darovanje in postopke za odvzem delov člove- škega telesa. Kritična razmišljanja so zelo dobrodošla za pogovore in izboljšave. Ob tem predstavlja za večino strokovnjakov zelo velik izziv, da ne ostajamo pri razmišljanju v svojem ozkem, marsikdaj pristran- skem pogledu, temveč da kompleksno preverimo situacijo. Popolnoma se strinjam s prof. Gadžijevom, kako težko je izvesti delo v donorski medi- cini prav v operacijski dvorani ob postopkih odvzemanja organov. Želim pa dodati, da je prav enako težko nekomu sporočiti, da je njegova bližnja oseba umrla, pa če se je to zgodilo po poškodbi ali zaradi kronič- ne bolezni ali dokončne odpovedi organa. Prav tako je izjemno težko bolniku sporočiti, da zanj ni več upanja. Najlepše v medicini je, ko lahko nekomu povemo dobro novico. A še pri tem lahko naletimo na zanko. Psihološka igra med pričakanji in človekovim čustvovanjem je lahko nekaj neverjetnega, presenečenj v

praksi pa ni nikoli konec. Doživela sem celo to, da je bil bolnik ob dobrih novici, da nima obolenja, za katero je bil postavljen sum, tako razočaran, da je potreboval psihološko podporo, saj ko mu je zdravnik prav veselo in nekoliko nonšalantno sporočil, da je vse v redu, bolnik temu ni verjel in se je zlomil. Pojavile so se dodatne skrbi, ki so rovarile po njegovi notranjosti. To je pač igra psiholoških vidikov našega življenja, ki bi jo morali zdravniki poznati bolje kot predstavniki večine drugih poklicev, a žal je pogosto prav ta del v našem zdravstvu zelo zanemaren. Pogost izgovor je, da nimamo dovolj časa, a sama menim, da predvsem nimamo komunikacijskih veščin, ki nam omogočajo, da poslušamo, ne obsojamo, sprejememo vedenje bolnika, saj je on v večji stiski kot mi. Po drugi strani pa nam komunikacijske veščine pomagajo razbremeniti nas same, da lahko bolj učinkovito opravimo vsak pogovor z bolnikom ali njegovo družino oz. bližnjimi.

Prof. Gadžijev se pogosto nasloni na problematičnost neoliberalne svetovne usmeritve. S tem se popolnoma strinjam. Ob koncu avtor omenja še nove tehnologije in terapije, ki da bodo v daljni prihodnosti morda nadomestile zdravljenje s presaditvijo. Želela bi poudariti, da osebno pa v novih tehnologijah in personalizirani medicini vidim nevarnost za komercializacijo, zlorabe, večje razslojevanje in neenakost pri dostopu do zdravljenja, tudi zaradi izjemno visokih stroškov razvoja. Prav

tako nas zgodovina uči, da vsaka nova tehnologija prinese s seboj pričakovane in nepričakovane posledice. Ob navdušenju je zato potrebna tudi zadržanost in previdnost, pozornost na »drobni tisk« pri vseh tako bleščeče zvonečih dosežkih in pristopu, ki lahko pelje tudi v vse večje odtujevanje od osnovnih človeških potreb.

Naj sklenem, da se zdi pomembno kritično razmišljati in spremljati dogajanja na drugih koncih sveta. Delujmo, kolikor lahko, a ne delajmo panike, kjer ni potrebna. Preverjajmo, verjemimo, pohvalimo in zaupajmo si med seboj. Pa zahtevajmo, da vsakdo izvaja svoje delo maksimalno kakovostno in etično v skladu s svojim strokovnim položajem in kompetencami.

V Sloveniji imamo mednarodno prepoznan zgleden in uspešen transplantacijski sistem, urejeno zakonodajo, kjer so med drugim kakršne koli manipulacije kazniva dejanja. Izjemno pomembno je, da je zdravljenje s presaditvijo v okviru osnovnega zdravstvenega zavarovanja dostopno vsem, ki ga potrebujejo. Tudi s tem preprečujemo stiske ljudi. Ohranjanje ravnotežja med strokovno-etično odgovornostjo do prejemnikov in darovalcev ter sledenje napredku s tehtnimi premisleki pri uveljavljanju novosti pa ostaja temeljni izziv za slovensko transplantacijsko medicino. Med širšo strokovno, politično in javno sfero je ključno, da se morebitne novosti prehitro ne onesnaži z moralno poenostavljenimi in strokovno neutemeljenimi trditvami.

Prof. Gadžijev, hvala za vaše podatke o zgodovini in imena, da ne bomo pozabili pionirskega dela. Verjemite, da smo v zadnjih 20 letih v Sloveniji izredno veliko storili prav na področju etičnih izzivov, povezanih z ravnanjem s tkivi, celicami in organi, in verjamem, da bodo moji nasledniki podobno usmeritev peljali naprej.

S spoštovanjem do dela vseh mojih predhodnikov,

Danica Avsec, svetnica, direktorica Zavoda RS za presaditve organov in tkiv Slovenija-transplant, specialista anesteziologinja in perioperativne intenzivne medicine, odgovorna zdravnica za donorski program v Sloveniji, izpraševalka na evropskem izpitu za transplantacijske koordinatorje

Viri

1. Buturović Ponikvar J (ur.). Etični izzivi v transplantacijski medicini. UKCLJ, Ljubljana, 2019.
2. Avsec D, Zupanič Slavec Z (ur.). Razvoj transplantacijske medicine v Sloveniji: programi, smernice in perspektive. Ljubljana: Zavod RS za presaditve organov in tkiv Slovenija-transplant, Celjska Mohorjeva družba; 2016.
3. Avsec D, Šimenc J. Donorski program po cirkulatorni smrti v Sloveniji: analiza stališč strokovne javnosti in nadaljnji razvoj. Zdravniški vestnik, 2020 (v tisku).
4. Guide to the quality and safety of organs for transplantation (7th ed). Strasbourg: EDQM, Council of Europe; 2018.
5. Direktiva 2010/45/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 7. julija 2010 o standardih kakovosti in varnosti človeških organov, namenjenih za presaditev U L RS 2007;(207):14–29.

Mali oglasi za opremo, instrumentarij in prostore

Spoštovani člani zbornice, pogosto se zgodi, da imamo v ambulanti odvečni instrumentarij, opremo ali pa celo prosto ambulanto drugo polovico dneva ali ves dan.

Za vas smo na spletni strani zbornice uredili rubriko »**Mali oglasi**«, v kateri lahko objavljate ali pregledujete male oglase za opremo, instrumentarij in prostore. Do zdaj so se ti oglasi pojavljali na različnih spletnih straneh, zato se nam je zdelo smiselno, da vam kot članom to ponudimo na enem mestu in brezplačno.

Preden boste želeli kupiti kaj novega, boste lahko preverili na spletni strani ZZS, ali mogoče tega ne ponuja tudi kolega. Lahko pa boste vi v vlogi ponudnika.

Rubrika se nahaja na zaprtih straneh pod: Zbornica za člane – Mali oglasi.

Za vstop na zaprte strani potrebujete uporabniško ime in geslo. V kolikor ju še nimate, si ju ob prvi prijavi lahko ustvarite sami ali pa pišete na podpora@zss-mcs.si, da vam ju posredujejo.

Krunoslav Pavlović, dr. dent. med., predsednik Odbora za zobozdravstvo, in Oddelek za informatiko

Uvedba nacionalnega programa »Neinvazivna določitev plodovega genotipa RHD iz periferne krvi RhD-negativnih nosečnic – presejalni test« na Zavodu RS za transfuzijsko medicino

Tanja Hartman, Tadeja Dovč - Drnovšek, Irena Bricl

Od 1. 10. 2018 na Zavodu Republike Slovenije za transfuzijsko medicino (ZTM RS) izvajamo nov nacionalni program ciljane prenatalne zaščite »Neinvazivna določitev plodovega genotipa RHD iz periferne krvi RhD-negativnih nosečnic – presejalni test«. Ciljano zaščito z IgG anti-D prejmejo samo tiste RhD-negativne nosečnice, pri katerih smo z genotipizacijo predvideli RhD-pozitiven plod. V enoletnem prehodnem obdobju (1. 10. 2018–31. 9. 2019) uvajanja novega programa smo z določitvijo krvne skupine (KS) RhD pri novorojenčkih potrdili 100 % zanesljivost metode genotipizacije plodovega RHD iz periferne krvi RhD-negativnih nosečnic. Ugotovili smo, da kar 40,8 % RhD-negativnih nosečnic nosi RhD-negativen plod in ne potrebuje zaščite z IgG anti-D. Slovenija je z uvedbo nacionalnega programa postala ena izmed redkih držav v svetovnem merilu, ki izvaja ciljano prenatalno zaščito.

Uvod

Hemolitična bolezen ploda in novorojenčka (HBP) nastane zaradi IgG-eritrocitnih aloprotiteles (aloPt), ki prehajajo iz materinega krvnega obtoka preko placente in se vežejo na eritrocitne antigene (Ag) ploda. Zaradi tega pride do skrajšane življenjske dobe plodovih oz. novorojenčkovih eritrocitov (1). Materina senzibilizacija na tuje eritrocitne Ag lahko nastane zaradi predhodnih transfuzij, transplantacij ali nosečnosti. Med nosečnostjo prihaja do spontanega fetomaternih krvavitev (FMK), katerih incidenca narašča med nosečnostjo. V prvem trimesečju znaša pogostost FMK 3 %, v zadnjem 45 %. Do senzibilizacije lahko pride med nosečnostjo tudi zaradi abdominalnih poškodb, ektopične nosečnosti, intrauterinih posegov, splava. Materin imunski sistem lahko posledično tvori aloPt proti eritrocitnim Ag, ki jih je otrok podedoval od očeta (2). Najbolj imunogen izmed vseh eritrocitnih Ag je RhD. Za tvorbo protiteles anti-D pri

RhD-negativnih posameznikov zadostuje že 0,1–1 ml RhD-pozitivne krvi (3). Protitelesa IgG anti-D so najpogostejše odgovorna za hudo obliko HBP, sicer pa lahko HBP povzročajo še številna druga protitelesa proti eritrocitnim Ag. Med nosečnostjo brez imunoprofilakse, to je zaščite s humanim poliklonskim IgG anti-D, tvori protitelesa anti-D kar 16 % vseh RhD-negativnih nosečnic, ki nosijo RhD-pozitiven plod in so v sistemu ABO skladne s plodom. V primeru ABO-neskladja med materjo in plodom pride do senzibilizacije in tvorbe protiteles anti-D v 2 %. Z injiciranjem IgG anti-D po porodu se število senzibilizacij zmanjša na 1,8 %, s predporodno aplikacijo zaščite pa se število senzibilizacij zmanjša na 0,18 % vseh RhD-negativnih nosečnic. Pred uvedbo zaščite z IgG anti-D je ta senzibilizacija predstavljala pomemben vzrok plodove umrljivosti (4). Pripravek IgG anti-D je sestavljen iz poliklonskih protiteles, ki se pridobivajo s postopkom odzema plazme namerno senzibiliziranih RhD-negativnih moških. Namer-

na senzibilizacija po evropski zakonodaji ni več dovoljena, zato pripravke IgG anti-D pridobivajo večinoma v ZDA (2). Mehanizem delovanja IgG anti-D, ki prepreči nastanek protiteles anti-D, ni povsem jassen. RhD-pozitivni eritrociti, ki so obdani s protitelesi IgG anti-D, se odstranjujejo v makrofagih vranice (1). Glede na odstotek RhD-pozitivnih (81 %) in RhD-negativnih (19 %) oseb v slovenski populaciji ter odstotek homo- (44 %) in heterozigotnosti (56 %) za gen *RHD* ocenjujemo, da kar 41 % nosečnic nosi RhD-negativen plod (2). Z določanjem plodovega genotipa *RHD* preprečimo nepotrebno aplikacijo IgG anti-D in s tem morebitne neželene stranske učinke, kot so prenos patogenov, rdečina kože, gripi podobni simptomi, hipotenzija, utrujenost, aritmija, vročina, glavobol. Tako poskrbimo za večjo varnost nosečnic ter hkrati znižamo stroške preventivne zaščite, saj gre za sorazmerno drago zdravilo (5).

Zgodovina uvedbe zaščite z IgG anti-D v Sloveniji

V Sloveniji smo začeli z uvedbo poporodne zaščite z IgG anti-D leta 1970. Leta 1993 smo uvedli predporodno diagnosticiranje in zaščito nosečnic z IgG anti-D v 28. tednu nosečnosti. Obstoječ program prenatalne zaščite je bil v veljavi vse do začetka izvajanja novega nacionalnega programa ciljane zaščite s 1. 10. 2018. Po starem programu prenatalne zaščite smo vsem nosečnicam do 12. tedna nosečnosti določili KS ABO, RhD, K ter opravili indirektni Coombsov test (ICT), s katerim odkrivamo prisotnost nepričakovanih eritrocitnih protiteles. Nato smo pri vseh RhD-negativnih nosečnicah v 28. tednu nosečnosti ponovili ICT ter v odsotnosti senzibilizacije na RhD preventivno injicirali IgG anti-D. Po porodu smo vsem RhD-negativnim nosečnicam ponovili ICT, novorojenčku pa določili KS ABO, RhD, K in direktni Coombsov test (DCT), s katerim odkrivamo

protitelesa, ki so vezana na eritrocitih. Vsem RhD-negativnim nosečnicam, ki so rodile RhD-pozitivnega otroka, se je po porodu injiciral preventivni odmerek IgG anti-D ter glede na ocenjeni volumen FMK po potrebi še dodaten odmerek IgG anti-D (1, 2).

Pri pripravi uvedbe novega nacionalnega programa je bilo udeleženih več sodelavcev iz ZTM RS in ostalih slovenskih transfuzijskih centrov. Vse skupaj se je začelo 10. 12. 2014 z oddajo vloge na Zdravstveni svet, pozitiven odgovor za odobritev vloge smo prejeli 11. 10. 2016. V zvezi z uvajanjem nove storitve »Neinvazivna določitev plodovega genotipa *RHD* iz periferne krvi RhD-negativnih nosečnic – presejalni test« smo seznanili Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Potrebna je bila sprememba 8. člena Pravilnika o transfuzijskih preiskavah in postopkih ob transfuziji. Ministrstvo za zdravje je v Uradnem listu 11. 5. 2018 objavilo Pravilnik o spremembah Pravilnika o transfuzijskih preiskavah in postopkih ob transfuziji. V okviru Aneksa št. 2 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2018 je bil program potrjen 20. 9. 2018. Nov nacionalni program prenatalnega testiranja se je začel izvajati v praksi s 1. 10. 2018. V dogovoru z Zdravstvenim svetom smo v enoletnem prehodnem obdobju od začetka izvajanja novega programa vsem RhD-negativnim nosečnicam po porodu določali ICT, po potrebi FMK, njihovim novorojenčkom pa KS ABO, RhD, K ter DCT po shemi starega programa z namenom preverjanja zanesljivosti novega. Nov program ne prinaša sprememb pri vodenju nosečnic v prvem trimesečju. Vsem nosečnicam še naprej do 12. tedna določimo KS ABO, RhD, K ter ICT. Pri RhD-negativnih nosečnicah v 25.–26. tednu nosečnosti iz periferne krvi določimo plodov genotip *RHD*. RhD-negativnim nosečnicam, pri katerih smo z genotipizacijo predvideli, da je plod RhD-pozitiven, naredimo še ICT in svetujemo glede preventivne zaščite z IgG anti-D v 28. tednu nosečnosti.

RhD-negativne nosečnice, pri katerih smo z genotipizacijo predvideli, da je plod RhD-negativen, ne prejmejo zaščite z IgG anti-D, kontrole v nadaljevanju nosečnosti in po porodu niso več potrebne. Po porodu se pri vseh RhD-negativnih nosečnicah, pri katerih smo z genotipizacijo predvideli RhD-pozitiven plod, ponovi ICT, določi FMK in izda priporočilo o zaščiti z IgG anti-D. Pri njenem RhD-pozitivnemu novorojenčku pa določimo KS ABO, RhD, K ter DCT. Pri vseh nejasnih rezultatih genotipizacije za določitev plodovega genotipa in v primeru, da je nosečnica nosilka variante RhD, ki zahteva injiciranje IgG anti-D (vse variante z izjemo šibkega RhD tipa 1, 2, 3), se bomo držali že obstoječega (starega) programa zaščite z IgG anti-D. Primerljivo s starim programom zaščite se bomo ravnali tudi v primeru RhD-negativnih nosečnic, pri katerih je prišlo do vaginalne krvavitve, spontane ali umetne prekinitve nosečnosti, znotrajmaterničnega posega, zunanjega obrata, zunajmaternične nosečnosti, molarne nosečnosti ali poškodbe trebuha do 25. tedna nosečnosti. V teh primerih genotipizacije plodovega RhD ne bomo izvajali rutinsko in bomo obdržali že obstoječi algoritem zaščite z IgG anti-D, od 25. tedna nosečnosti dalje pa se bomo odločali glede na rezultat genotipizacije plodovega RhD iz periferne krvi nosečnice. Prav tako nespremenjeno iz starega programa zaščite ostaja dejstvo, da se v primeru pozitivnega ICT in s tem odkritja potencialno klinično pomembnih aloprotiteles natančno spremlja ogroženost ploda za razvoj anemije z določanjem titra in agresivnosti protiteles (2, 6).

Zahvaljujoč vloženemu trudu s strani pobudnikov za spremembo nacionalnega programa prenatalne zaščite je Slovenija ena izmed redkih držav poleg Danske (7, 8), Nizozemske (9), Finske (10), Norveške (11) in Velike Britanije (12), ki izvaja ciljano prenatalno zaščito glede na plodov genotip *RHD*.

Določanje plodovega genotipa RHD iz periferne krvi RhD-negativnih nosečnic

Leta 1997 je Lo s sodelavci odkril prisotnost plodove zunajcelične proste deoksiribonukleinske kisline (zcp-DNA) v maternalni cirkulaciji. Odkritje je omogočilo določitev plodovega gena *RHD* na neinvaziven način (2). Glavna prednost določitve plodovega genotipa *RHD* iz materine plazme je neinvazivnost metode, pri postopku odvzema vzorca nista ogrožena niti plod niti nosečnica (1). Koncentracija zcp-DNA v materini cirkulaciji narašča z gestacijsko starostjo ploda in izgine iz materine cirkulacije znotraj 2 ur po porodu, s povprečnim razpolovnim časom 16–28 minut (13). V majhnih količinah je zcp-DNA prisotna od 7. gestacijskega tedna dalje. Povprečno je v materini cirkulaciji v prvem trimesečju delež zcp-DNA 3,4 %, v zadnjem trimesečju pa ta delež naraste na 6,2 % (2). Občutljivost testa znaša v 24.–29. tednu nosečnosti 99,9 % (14).

Na ZTM RS v sklopu programa ciljane zaščite z IgG-anti D določamo plodov genotip iz periferne krvi RhD-negativnih nosečnic v 25.–26. tednu nosečnosti. Testirajo se do največ pet dni stari vzorci krvi (6).

Osamitev zcp-DNA iz plazme nosečnic opravimo na avtomatiziran način. Prisotnost plodovega gena *RHD* določimo z metodo PCR v realnem času (qPCR). Določamo prisotnost več delov gena *RHD* za čim višjo pravilno napovedno vrednost testa. Pri vseh vzorcih se določa tudi prisotnost gena *SRY*, ki se nahaja samo na kromosomu Y, ter gen albumin (*ALB*) kot endogena kontrola za potrditev uspešne osamitve zcp-DNA.

Rezultati

V enoletnem prehodnem obdobju (1. 10. 2018–31. 9. 2019) uvajanja novega nacionalnega programa ciljane zaščite z IgG anti-D smo z namenom preverjanja zanesljivosti rezultatov določanja plodovega genotipa *RHD* iz periferne krvi matere vsem novorojencem RhD-negativnih nosečnic določili KS ABO, RhD, Kell K ter DCT. Obravnavali smo 2699 RhD-negativnih nosečnic, izmed teh jih je kar 40,8 % (1101) nosilo RhD-negativen plod. Rezultati genotipizacije plodovega RhD po posameznih mesecih so prikazani v tabeli 1. Metoda določitve plodovega genotipa *RHD* iz periferne krvi matere se je izkazala za 100 % zanesljivo.

Mesečno smo povprečno opravili 225 genotipizacij plodovega *RHD*. Porazdelitev števila prejetih vzorcev za

ciljano zaščito oz. opravljenih genotipizacij ploda glede na posamezni mesec je prikazana v tabeli 2. Ob začetku uvedbe novega programa je bilo povprečno mesečno število naročenih preiskav nekoliko nižje, predvideno povprečje je bilo doseženo po treh mesecih izvajanja novega programa.

Tabela 2: Število prejetih naročil za ciljno zaščito po posameznih mesecih.

	Število prejetih naročil po mesecih
Oktober 2018	45
November 2018	139
December 2018	200
Januar 2019	254
Februar 2019	222
Marec 2019	276
April 2019	284
Maj 2019	256
Junij 2019	238
Julij 2019	281
Avgust 2019	273
September 2019	231
Skupno število prejetih naročil	2699

Vzorci za genotipizacijo so bili poslani v povprečno 25,8. tednu

Tabela 1: Rezultati genotipizacije plodovega RhD po posameznih mesecih.

Rezultat genotipizacije	Okt. 18	Nov. 18	Dec. 18	Jan. 19	Feb. 19	Mar. 19	Apr. 19	Maj 19	Jun. 19	Jul. 19	Avg. 19	Sep. 19	Skupaj
RhD-neg.	16 (35,6%)	55 (39,6%)	88 (44%)	100 (39,4%)	91 (41%)	113 (40,9%)	112 (39,4%)	105 (41%)	108 (45,4%)	116 (41,3%)	117 (42,8%)	80 (34,6%)	1101 (40,8%)
RhD-poz.	29 (64,4%)	84 (60,4%)	109 (54,5%)	147 (57,9%)	131 (59%)	159 (57,6%)	162 (57%)	148 (57,8%)	127 (53,4%)	161 (57,3%)	155 (56,7%)	145 (62,8%)	1557 (57,7%)
Določitev ni možna	/	/	2	5	/	1	4	/	/	3	/	1	16 (0,6%)
Nejasen	/	/	/	2	/	2	6	/	2	1	1	4	18 (0,6%)
Ni podatka	/	/	1	/	/	1	/	2	/	/	/	1	5 (0,2%)
Naročen nov vzorec	/	/	/	/	/	/	/	/	1	/	/	/	1 (0,04%)
Stornirana storitev	/	/	/	/	/	/	/	1	/	/	/	/	1 (0,04%)

nosečnosti, kar ustreza našim priporočilom. Porazdelitev po posameznih mesecih glede na povprečen teden gestacije poslanih naročil za ciljano zaščito je prikazana v tabeli 3.

Tabela 3: Porazdelitev po posameznih mesecih glede na povprečen teden gestacije poslanih naročil za ciljano zaščito.

	Povprečen teden gestacije glede na poslano naročilo
Oktober 2018	26.
November 2018	25,8.
December 2018	25,7.
Januar 2019	25,7.
Februar 2019	25,8.
Marec 2019	25,9.
April 2019	25,8.
Maj 2019	25,8.
Junij 2019	25,8.
Julij 2019	26.
Avgust 2019	26,1.
September 2019	25,8.
	Povprečje: 25,8.

V polletnem obdobju (20. 4. 2019–20. 9. 2019) smo spremljali tudi število naročil s strani ginekologov, ki so se kljub pozivom o uvedbi novega programa ciljane zaščite še vedno odločili za staro shemo zaščite z IgG anti-D. V tem obdobju je bilo takih naročil 29. V tabeli 4 je prikazana porazdelitev teh naročil po posameznih mesecih. Z velikim zadovoljstvom smo opazili, da se je število le-teh po ciljanih pisnih obvestilih dotičnih vpletenih ginekologov postopno mesečno zmanjševalo.

Zaključek

V enoletnem prehodnem obdobju (1. 10. 2018–31. 9. 2019) smo v sklopu novega nacionalnega programa ciljane zaščite z IgG anti-D pri 2699

Tabela 4: Porazdelitev naročil po »starem programu« zaščite po posameznih mesecih.

Skupno število naročil po »starem programu« zaščite	29
April 2019	6
Maj 2019	6
Junij 2019	8
Julij 2019	5
Avgust 2019	3
September 2019	1

RhD-negativnih nosečnicah opravili genotipizacijo plodovega *RHD* iz periferne krvi. Ugotovili smo, da je izmed 2699 RhD-negativnih nosečnic kar 1101 (40,8 %) nosečnica nosila RhD-negativen plod. Metoda genotipizacije se je izkazala za 100 % zanesljivo. S tem smo potrdili naša predvidevanja, da v Sloveniji glede na razporejenost *RHD*-gena v populaciji okoli 41 % vseh RhD-negativnih nosečnic nosi RhD-negativen plod, kar pomeni, da smo do uvedbe programa ciljane zaščite kar 41 % RhD-negativnim nosečnicam po nepotrebnem aplicirali IgG anti-D. Z določanjem plodovega genotipa *RHD* preprečimo nepotrebno aplikacijo IgG anti-D in s tem morebitne neželene stranske učinke in tako poskrbimo za največjo možno varnost nosečnic. Z uvedbo programa ciljane zaščite je Slovenija tako ena izmed redkih držav v svetovnem merilu, ki izvaja ciljano zaščito z IgG anti-D glede na plodov genotip *RHD*. Zato lahko sprejete in izvajanje programa ciljane zaščite štejem za velik uspeh slovenskega zdravstva na preventivnem področju.

Viri

1. Železnik K., Dovč-Drnovšek T., Rožman P., Brcl I. Preventiva in diagnostika hemolitične bolezni ploda in novorojenčka. Zdrav Vestn 2012; 81: Suppl, II: 312-321.
2. Železnik K., Marić I., Dovč - Drnovšek T., Brcl I. Ciljana zaščita D-negativnih nosečnic v 28. tednu nosečnosti z imunoglobulinom anti-D. ISIS, jul. 2017, str. 48-50.
3. Delaney M., Matthews DC. Hemolytic disease of the fetus and newborn:

- managing the mother, fetus and newborn. Hematology Am Soc Hematol Educ Program (2015) 2015 (1): 146-151.
4. Roback JD, Grossman BJ, Harris T, Hiller CD. Technical manual. 17th edition. Maryland: AABB; 2011. p. 631-632.
5. Guo Y., Tian X., Wang X., Xiao Z. Adverse Effects of Immunoglobulin Therapy. Front Immunol. 2018; 9: 1299.
6. Železnik K., Brcl I. Neinvazivna določitev plodovega genotipa RhD iz periferne krvi RhD-negativnih nosečnic. Dostopno dne 15.10.2019 s spletne strani: http://www.ztm.si/uploads/files/Neinvazivna_dolozitev_plodovega_genotipa_RhD_iz_periferne_krvi_RhD-negativnih_nosecnic.pdf
7. Clausen FB, Christiansen M, Steffensen R, et al.: Report of the first nationally implemented clinical routine screening for fetal RHD in D- pregnant women to ascertain the requirement for antenatal RhD prophylaxis. Transfusion 2012; 52:752-758.
8. Clausen FB, Steffensen R, Christiansen M, et al.: Routine noninvasive prenatal screening for fetal RHD in plasma of RhD-negative pregnant women- 2 years of screening experience from Denmark. Prenat Diagn 2014; 34:1000-1005.
9. De Haas M, Thurik FF, van der Ploeg CP, et al: Sensitivity of fetal RHD screening for safe guidance of targeted anti-D immunoglobulin prophylaxis: prospective cohort study of a nationwide programme in the Netherlands. BMJ 2016; 355:1-8.
10. Haimila K, Sulin K, Kuosmanen M, et al.: Targeted antenatal anti-D prophylaxis program for RhD-negative pregnant women – outcome of the first two years of a national program in Finland. Acta Obstet Gynecol Scand 2017; 96:1228-1233.
11. Sorensen K, Kjeldsen-Kragh J, Husby H, et al.: Determination of fetal RHD type in plasma of RhD negative pregnant women. Scand J Clin Lab Invest 2018; 78:1-6.
12. Daniels G, Finning K, Lozano M, et al.: Vox Sanguinis International Forum on application of fetal blood grouping: summary. Vox Sang 2018; 113:198-201.
13. Rijnders J.P. et al. Cell-Free Fetal DNA Is Not Present in Plasma of Nonpregnant Mothers. Clinical Chemistry 50.3 (2004): 679-681.
14. Disha SP, Swati SK.: Noninvasive fetal RHD genotyping from maternal plasma. Global Journal of Transfusion Medicine 2016; I: 21-28.

Tanja Hartman, dr. med.,
specializantka transfuzijske medicine,
Zavod RS za transfuzijsko medicino
Dr. Tadeja Dovč - Drnovšek, univ. dipl.
biol., Zavod RS za transfuzijsko
medicino
Prim. Irena Brcl, dr. med., specialistka
transfuzijske medicine, Zavod RS za
transfuzijsko medicino

Poletna šola »Vztrajni somatski simptomi – multidisciplinarni izzivi«

Groningen, 15.–18. junij 2019

Vojislav Ivetić

Bolniki z vztrajnimi telesnimi simptomi (VSS) so prizadeti v svojem vsakdanjem življenju, imajo slabšo kakovost življenja, zato so velik izziv za zdravstvo in zdravstveno politiko Evrope. Poleg tega VSS pogosto spremljajo psihične, psihiatrične in socialne težave ali stresni življenjski dogodki.

Psihosomatska medicina, klinična psihologija in medicinske specialnosti imajo svoje (različne) koncepte VSS. To je povzročilo več diagnoz za VSS, ki se uporabljajo v klinični oskrbi: motnja s somatskimi simptomi (*»Somatic Symptom Disorder«*) (DSM-5), telesna motnja, povzročena s stresom (*»Bodily Distress Disorder«*) (MKB-11), funkcionalni somatski sindromi (*»Functional Somatic Syndromes«*) (bolnišnična obravnava) ali medicinsko nepojasneni simptomi (*»Medically Unexplained Symptoms«*) (primarno zdravstveno varstvo). Poleg tega so etiološki pojmi še vedno nerešeni in se med medicinskimi specialnostmi razlikujejo.

Poletna šola »Vztrajni somatski simptomi – multidisciplinarni izzivi« je potekala kot predkonferenca kongresa EAPM (*»European Association of Psychosomatic Medicine«*) v Rotterdamu. Organizatorica šole (Medicinska fakulteta Univerze v Groningenu) je šolo izvedla na zelo spodbudnem prizorišču: v graščini Allersmaborg v bližini Groningena na severu Nizozemske. Udeležba je bila omejena na le 24 udeležencev, šole pa so se lahko udeležili le doktorski ali podoktorski raziskovalci na temo medicinsko nepojasnjenih stanj (MNS) iz različnih držav Evrope.

V soboto, 15. junija, nas je mlad organizacijski odbor (kolegice iz Nizozemske in Nemčije) poletne šole počakal v prijetnem okolju Medicinske fakultete v Groningenu in nato vse udeležence peljal na prijeten sprehod skozi staro mesto Groningen do restavracije, kjer smo imeli prvo

neformalno spoznavno kosilo. Udeleženci smo bili iz osmih držav (Anglija, Nizozemska, Švica, Nemčija, Slovenija, Danska, Madžarska in Finska), večina z različnih strokovnih področij (psihiatri, otroški psihiatri, psihologi, zdravniki družinske medicine, statistiki, strokovnjaki za marketing, grafični oblikovalci).

Groningen je več kot 950 let staro nizozemsko mesto z dolgo univerzitetno tradicijo. Ima približno 230.000 prebivalcev in je regijsko središče severne Nizozemske. Univerza v Groningenu je druga največja na Nizozemskem, ustanovljena je bila 1614. leta. Ob njej je bila leta 1986 ustanovljena še Hanze univerza uporabnih znanosti. Na obeh univerzah študira približno 59.000 študentov, kar predstavlja skoraj 25 % populacije Groningena. Groningen ima tako največji delež študentov v mestnem prebivalstvu na Nizozemskem in s ponosom poudarja svoj izobraževalni pomen.

Po kosilu in neformalnem spoznavanju udeležencev so nas z avtobusom odpeljali skozi idilično nizozemsko pokrajino v še bolj idilično (rahlo dislocirano, najbližja vas Ezinge je bila oddaljena 4,5 km) graščino Allersmaborg. Graščina Allersmaborg je iz 15. stoletja in je bila skozi stoletja v družinski lasti, dokler je ni zadnji lastnik in dedič, upokojeni profesor Univerze v Groningenu, leta 2007 zapustil univerzi. Od tedaj je bila popolnoma prenovljena in se uporablja kot reprezentativni objekt univerze. Po prijetnem pozdravu in dobrodošlici gostiteljev smo imeli večerjo in prvi družabni dogodek – vaje v ritmičnih salse.

V nedeljo, 16. junija, se je začel pester uradni program, ki je vsak dan trajal od 9.00 do 18.00. Zjutraj so nas pozdravili profesorji in raziskovalci iz organizacijskega odbora srečanja: prof. dr. Judith Rosmalen (Groningen, Nizozemska), predsedujoča, dr. Tim Olde Hartman (Nijmegen, Nizozemska) in prof. dr. Bernd Löwe

Poročila s strokovnih srečanj

(Hamburg, Nemčija). Vsi trije so voditelji mreže raziskovalcev EURO-NET – SOMA (»European Network to improve diagnostic, treatment and health care for patients with persistent somatic symptoms«). Uvodno predavanje je imela prof. dr. Judith Rosmalen, ki je predstavila pregled samih konceptualnih modelov, vezanih na VSS. Zatem je prof. dr. Omer van der Bergh iz Leuvna, Belgija, govoril o statistično pomembnih napovednih procesirajočih modelih VSS. Po kratkem odmoru za kavo je nadaljeval dr. Tim Olde Hartman, ki je v svojem izjemnem predavanju predstavil vse modele kvalitativnih raziskav in svoje številne študije s tega področja. Na koncu dopoldanskega dela so organizatorji pripravili kratek »on-line« kviz osvojenih znanj, v katerem je vsak udeleženec preko svojega mobilnega telefona pod psevdonimom odgovarjal na vprašanja, vezana na vsebino tega dneva. Štela sta se točnost odgovorov in hitrost. Slovenski predstavnik je bil po navadi v »zlati sredini«, med 8. in 12. mestom (24 udeležencev). Po enournem premoru za kosilo so sledile popoldanske delavnice v dveh skupinah. Denise

Hanssen iz Groningena nas je učila, kako pristopiti h kolegu zdravniku s povabilom za sodelovanje v raziskavi, kako ga motivirati in mu razložiti pomen izvajanja raziskav za njegovo vsakdanje klinično delo. Vadili smo v majhnih skupinah, interaktivno. Po večerji smo odšli na sprehod in po približno 45 minutah prišli do bližnje vasice Ezinge in njenega edinega puba, kje smo imeli družabni večer in zanimiv pub kviz.

V ponedeljek, 17. junija, se je dan začel s predavanjem prof. dr. Bernda Löweja (zdravnika in psihologa, specialista psihosomatske medicine in psihoterapevta, direktorja klinike za psihosomatske bolezni v Hamburgu, Nemčija), ki je govoril o težavah postavljanja diagnoze VSS, različnih pristopih in kriterijih zanjo ter o skupnih izhodiščih, ki nam lahko pomagajo pri delu z bolniki z VSS. Za njim je nastopila Hanneke Wigman iz Groningena, Nizozemska, ki je govorila o simptomih VSS in njihovem pravilnem prepoznavanju. Po kratkem odmoru za kavo je predaval Jenny Slatman iz Tilburga, Nizozemska, o filozofskem pristopu do VSS. Na koncu dneva je bil ponovno organiziran »on-line« kviz za prever-

janje osvojenih znanj. Po kosilu, v delavnicah, je Gernant Feekens iz Groningena, Nizozemska, svetoval o medijih, sodelovanju z njimi, izboljšanju kompetenc, razkrivanju pravilnega pristopa, v drugi skupini pa smo vadili izdelavo skupnih projektov, osnutke raziskovalnih projektov, delo v majhnih skupinah. Po večerji smo imeli organiziran BBQ-žar in družabni večer v naši graščini.

V torek, 18. junija, je imel prvo predavanje prof. dr. Chris Burton iz Sheffielda, Anglija, ki je govoril o obravnavi bolnikov z VSS v primarnem zdravstvu. Za njim je prof. dr. Alexandra Martin iz Wuppertala, Nemčija, predavala o obravnavi bolnikov z VSS v bolnišnicah in ustanovah za duševno zdravje. Po »on-line« preverjanju znanja smo imeli pod mentorstvom Els Maeckelberghe iz Groningena, Nizozemska, delavnice na temo pravilnega organiziranja debat in priprav nanje. Program tega dne smo izjemoma končali nekoliko prej (ob 15.00) in s tem tudi zaključili poletno šolo. Organizirano smo se z avtobusom vrnili v Groningen, kjer je vsak, prijetno utrujen, ampak poln novih znanj, nadaljeval dolgo pot domov.



Udeleženci poletne šole, graščina Allersmaborg, Nizozemska.

Poletna šola »Vztrajni somatski simptomi – medicinsko nepojasnjena stanja, multidisciplinarni izzivi« Univerze v Groningenu je bila enkratna izkušnja in je omogočala pridobitev novih znanj o VSS. Odprla je pot za novo mednarodno sodelovanje

(vrhunski svetovni predavatelji na področju raziskav VSS), ponudila nove ideje za raziskave in seveda omogočila, da bodo vsa pridobljena znanja prenesena tudi v naš slovenski prostor.

Doc. dr. Vojislav Ivetić, dr. med., spec. druž. med., SAVA MED, d. o. o., Sp. Duplek, Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru

25 let psihoterapevtskega oddelka v Psihiatrični bolnišnici Idrija – praznik psihoterapije

Anica Gorjanc Vitez

V Psihiatrični bolnišnici Idrija je 4. oktobra 2019 potekal seminar z naslovom »Pod isto streho«. Seminarja so se udeležili številni zdravniki družinske medicine in psihiatri ter drugi strokovni delavci, ki se pri svojem delu srečujejo z ljudmi z motnjami na področju duševnega zdravja.

Ob biološko usmerjenem pristopu k zdravljenju duševnih motenj, ki temelji na farmakoterapiji, se strokovnjaki s področja duševnega zdravja vse bolj zavedamo moči in zmogljivosti besede. Psihiatrična bolnišnica Idrija nudi streho različnim oblikam psihoterapije, od vedenjsko-kognitivne terapije, sistemske družinske psihoterapije, skupinske analize do psihodrame. Strokovnjaki Psihiatrične bolnišnice Idrija so nas popeljali skozi zgodovino psihoterapevtskega oddelka in predstavili njegovo organizacijo in vsebino dela.

Jeseni 1994 je strokovno vodstvo bolnišnice uresničilo svojo vizijo ter ustanovilo psihoterapevtski oddelk. Oddelk je odprtega tipa in ima 26 postelj. Sprejemi na oddelku so načrtovani in sledijo vpisu v čakalno knjigo. Izjemoma, v primeru kriznih intervencij, so sprejemi neposredni. Zasedba pacientov na oddelku je

raznolika glede na spol, starost in psihopatologijo.

Na oddelku vzporedno potekata dva psihoterapevtska programa. Pacienti so razvrščeni v dve mali

skupini, v katerih je do 13 pacientov. Večina pacientov začne z delom na sebi v prvi, »manj intenzivni« skupini. Program prve skupine obsega 45 minut skupinske psihoterapije dvakrat na teden. Delo v skupini poteka po principih suportivne in vedenjsko-kognitivne terapije. V drugo skupino



Oddelčni tim.

usmerimo paciente, ki zmorejo intenzivnejše psihoterapevsko delo ne glede na naravo motnje. Program druge skupine obsega 90 minut skupinske psihoterapije dvakrat tedensko in temelji na principih skupinske analize ter vedenjske in kognitivne terapije.

Vse terapevtske aktivnosti na oddelku so strukturirane po dnevih in urah. Terapevtski program je zasnovan od ponedeljka do petka. Terapevtske vikende pacienti običajno preživijo v domačem okolju, kjer lahko v prakso prenesejo in trenirajo naučene veščine in znanja.

Pacienti običajno začnejo zdravljenje v celostnem programu in v fazi remisije preidejo v program dnevnega zdravljenja, ki ga izvajamo od leta 2004 dalje. Program prinaša krajše bivanje v bolnišničnem okolju in večjo stopnjo vključenosti v domače okolje.

Po zaključenem zdravljenju se lahko pacient vključi v ambulantno psihoterapevsko skupino, kjer na njemu znan način, z znanimi terapevtski in v znanem okolju nadaljuje z delom na sebi. Psihoterapevtske skupine omogočajo doseganje in utrjevanje remisije in pomenijo preventivo pred ponovitvijo bolezni.

Strokovnjaki multidisciplinarnega tima psihoterapevtskega oddelka so

na seminarju predstavili delo posameznih strokovnih kadrov, od psihiatra, kliničnega psihologa, delovnega terapevta, diplomirane medicinske sestre, zdravstvenih tehnikov in socialnega delavca.

V drugem sklopu predavanj smo spoznali pestro paleto psihoterapevtskih modalitet, ki jih pacientom ponuja Psihiatrična bolnišnica Idrija. Klinična psihologinja Špela Hvalec je predstavila zgodovino in osnovne principe vedenjske in kognitivne terapije. Psihiatrinja Janja Milič je poudarila, da sistemska psihoterapija, tako družinska kot individualna, temelji na paradigmi, da so duševne stiske ljudi v bistvu interpersonalne in na zgolj intrapersonalne. Psihiatrinja Anica Gorjanc Vitez nam je približala koncept skupinske analize. Psihodrama, obliko skupinske psihoterapije, pri kateri udeleženci skupine odigrajo pomembne dogodke v svojih življenjih, nam je predstavil psihiater Vladimir Milošević.

Tretji sklop predavanj je dodatno razširil pogled na psihoterapijo. Psihiater Borut Škodlar je v svojem prispevku poudaril, da mora vsaka psihoterapija, če želi biti podprta z dokazi, upoštevati fenomenološka spoznanja in nevroznanstvene izsledke ter jih vključiti in prevesti v prak-

tične postopke in priporočila ljudem, ki se znajdejo v težavah. Telo je namreč stičišče, iz katerega izhaja vsako človekovo doživljanje, in predavatelj nam je omogočil pogled z gledišča psihosomatskih motenj, kronične bolečine in travme, z vidika navezovanja in empatije ter na telo usmerjene psihoterapije.

Seminar se je sklenil s predavanjem klinične psihologinje Nade Anič, ki nas je popeljala skozi prvih sto let psihoterapije. Ob vprašanju, ki ga je postavila na koncu svojega prispevka, kako razložiti, da različne psihoterapevtske smeri z različnim razumevanjem nastanka duševnih motenj, različno zastavljenimi cilji in terapevtskimi tehnikami dosegajo podobne rezultate, je poudarila pomen odnosa med terapevtom in človekom z duševno motnjo.

Direktor Psihiatrične bolnišnice Idrija Bogdan Tušar se je ob zaključku zahvalil vsem sodelavcem, ki so s svojim trudom postavili temelje psihoterapevtskega oddelka, in vsem, ki so 25 let gradili in nadgradili programe ter širili paleto psihoterapevtskih modalitet.

Anica Gorjanc Vitez, dr. med., vodja
psihoterapevtskega oddelka,
Psihiatrična bolnišnica Idrija

Srečanje Medicinske komisije Mednarodne zveze gorskoreševalnih organizacij (IKAR MEDCOM) in kongres IKAR

Zakopane, Poljska, 8.–13. 10. 2019

Iztok Tomazin

Kongres je organizirala gorska reševalna služba iz poljskih Tater

– TOPR, udeležilo se ga je 460 delegatov iz 37 držav.

Dan pred kongresom je bil na Univerzi v Krakovu medicinski simpozij *Hypothermia day*. Poudarili: HOPE-prognostična ocena (možnosti preživetja ob hipotermičnem srčnem zastoju po zunajtelesnem ogrevanju (ECLS)) je zanesljivejša od prognoze, ki temelji le na serumski

vrednosti kalija. Srčni zastoj pri podhlajencu brez prič ima 40 % možnosti preživetja, 80 % pa, če so priče. Zunanji EKG pri podhlajencu je nezanesljiv, koristnejši je urgentni UZ (POCUS). Na podlagi kliničnih znakov so pravilno ocenili (*Swiss staging*) le 50–60 % podhlajencev, zato je ključno merjenje temperature jedra. Pod 32° C je nevarnost motenj ritma, pod 28° C na terenu razmišljamo o pravi bolnišnici (z možnostjo ECLS), pod 30° C so problematična zdravila in defibrilacija, pod 28° C je dopuščeno intermitentno oživljanje, če ni možno kontinuirano. Povprečna temperatura jedra, pri kateri pride do srčnega zastoja, je 24° C. Pomembno je, ali gre za izolirano podhladitev ali pa tudi za pridružena stanja (poškodbe, hipoglikemija, alkoholni opoj ...).

IKAR MEDCOM pripravlja izobraževalni video, namenjen bolnišnicam, ki nimajo dovolj izkušenj, znanja in opreme za oskrbo hudih podhladitev.

Prvi dan kongresa smo kljub dežju imeli celodnevne delavnice na terenu. Dva primera: na delavnici *Team resource management* (izpeljanka iz letalskega *Crew resource management*) smo ugotavljali, do kakšnih težav prihaja, če pripadniki različnih poklicev (piloti, reševalci, medicinci) pred in med urgentno helikoptersko intervencijo razmišljajo in sprejemajo odločitve le iz svojega zornega kota. Na tem področju je bilo največ narejenega v letalstvu, na temelju številnih nesreč, katerih vzrok je bila slaba komunikacija in koordinacija.

Druga medicinska delavnica je bila *Zaustavljanje krvavitev pri poškodbah*: ob hudih, življenje ogrožajočih krvavitvah moramo spremeniti vrstni red oskrbe iz običajnega ABCD v CABD. Na izpopolnjeni, računalniško podprti lutki smo »reševali« hudo poškodovanega kolesarja z življenje ogrožajočimi krvavitvami s pomočjo prevez, pritiska na žile (na začetku), lokalnih pripravkov za ustavljanje krvavitve, infuzij z običajnimi in intraosalnimi



pristopi, medeničnega pasu, z dihalno podporo ipd.

Zvečer smo si ogledali terenski prikaz helikopterskega reševanja in napredne medicinske oskrbe TOPR. Glede na videno so na visoki ravni.

Jesenskega zasedanja Medicinske komisije IKAR (MEDCOM), ki je potekalo v okviru kongresa IKAR, se je udeležilo 68 medicincev iz 22 držav. Od številnih zanimivih predavanj in projektov omenjam le nekatere:

Sodna medicinka iz Švice dr. Schoen je predstavila *smernice o ugotavljanju smrti na terenu*. Včasih je to zahtevno tudi za zdravnike, še posebej v gorskem okolju. Hitro in pravilno ugotavljanje smrti na intervenciji je pomembno iz varnostnih in pravnih razlogov, lahko olajša zahtevne odločitve in vpliva na potek intervencije. Izpostavila je možne pasti, znani so primeri napačnega ugotavljanja smrti, ko bi bilo verjetno možno pacienta rešiti z ukrepi, ki so bili opuščeni.

Dr. Strapazzon iz raziskovalnega centra EURAC je predstavil *smernice za oskrbo poškodb zaradi visenja (suspension trauma – ST)*. Kljub številnim primerom smrti med obviselimi delavci, plezalci in drugimi

gre za zanemarjeno področje. ST je patološki odgovor organizma na visenje v navpičnem položaju, še posebej, če viseči nima opore za noge. Patofiziološki mehanizmi so kopičenje krvi v nogah, slabše delovanje mišične črpalke, slabša predobremenitev in minutni volumen srca, tkivna hipoperfuzija ... Dokazali so, da že po 10–15 minutah visenja brez opore pri 20 % ljudi pride do presinkope ali celo nezvesti. Daljše ko je visenje, večja je nevarnost za srčni zastoj. Med sinkopo in srčnim zastojem je lahko samo nekaj minut! Dosedanja priporočila za reševanja visečih so napačna. Tudi če so nepoškodovani, gre za urgentno stanje. Temelj oskrbe visečega je, da ga čim prej namestimo v vodoravni položaj. Morebitne pridružene poškodbe moramo ustrezno oskrbeti. Po več kot dveh urah visenja je treba izmeriti serumske kalij in kreatin kinazo, razmišljati o dializi. Pri srčnem zastojem visečega je možna izrazita hiperkaliemija in pljučna embolija.

Naš strokovno trenutno najkompleksnejši projekt so *smernice in pregledni članek o oskrbi politravme v gorskem okolju*, kar pripravlja devetnajst soavtorjev. Vključeni bodo tudi najsodobnejši sistemski in lokalni

načini zaustavljanja krvavitve in urgentni UZ.

Naslednji pomemben projekt je *psihosocialna pomoč udeležencem gorskih reševanj*. V predavanju »Emotional rescue« so predstavili epidemiologijo, mehanizme, prvo pomoč in druge ukrepe pri stresnih poškodbah (PTSD – posttravmatska stresna motnja je ožji pojem). Samomor je najpogostejši poklicni ubijalec članov urgentnih služb, še enkrat pogostejši kot v splošni populaciji. Obseg problema je velik, storjenega je malo, potrebno bo še veliko raziskav in na podlagi rezultatov ukrepati na različnih ravneh. Ogledali smo si tudi model stresnega kontinuuma, opredeljen v ameriški vojski.

Poudarjamo, da je normalno, da so člani urgentnih služb prizadeti in imajo posledice zaradi vsega, kar doživijo in jih čustveno zelo obremenijo. V Sloveniji je v sistemu zaščite in reševanja, vključno z Gorsko reševalno zvezo Slovenije (GRZS), že marsikaj storjenega, marsikaj je možno še izboljšati. To velja predvsem za »kulturo soočanja« s problematiko, pred katero si mnogi zatiskajo oči. Zavedanje tega ne pomeni šibkosti, pač pa zrelost in odgovornost do sebe in do drugih.

Poljaki so predstavili primere zahtevnih intubacij na terenu, vključno z intubacijo s hitrim zaporedjem postopkov (RSI) pozimi, v gorskem

okolju. Kot relaksant uporabljajo rokuronij. V razpravi smo menili, da je za RSI na terenu suksinilholin primernejši in predvsem varnejši od rokuronija.

Bavarci so predstavili v svetovnem merilu verjetno najboljši simulacijski center v Bad Tölzu, ki so ga zgradili z veliko podporo vlade in ga stalno posodablajo. Ima 1700 m² površine in številne možnosti za simulacijo reševanja in nujne medicinske pomoči (NMP), vključno s helikopterji, gašenja požarov, reševanja iz vode, žičnic, dreves ... Lahko simulirajo tudi vreme (dež, veter ...), noč ... Medicinci imajo možnost kompleksnih scenarijev v zahtevnih okoliščinah, center omogoča tudi raziskovalno delo. Vložek je bil velik, a je sedaj usposabljanje cenejše in učinkovitejše.

Člani TOPR so predstavili vrhunec letošnje reševalne sezone. V najhujšem dnevu so imeli večino zmogljivosti zasedenih z zahtevnim jamarskim reševanjem, kjer se je 100 reševalcev dva tedna, tudi ob pomoči eksploziva in kopanja, trudilo priti do dveh poškodovancev globoko v jami. Takrat je strela udarila v njihov najpopularnejši vrh Giewont, na katerem je bilo okrog 400 ljudi. Reševanje je bilo dramatično, štirje so bili mrtvi (dva otroka, dve ženski), več so jih morali oživljati, preko 100 je bilo poškodovanih. Med intervencijo v nevihti je tudi v reševalce nekajkrat

udarila strela, na srečo le stranski tokovi, a niso prenehali z oživljanji, oskrbo hujših ponesrečencev in reševanjem. Sodelovale so vse njihove ekipe, vključno s helikoptersko NMP.

Zaključek: Aktivnost na področju gorske medicine v Sloveniji je trenutno dokaj skromna, pretežno le v okviru maloštevilne Komisije za medicino pri Gorski reševalni zvezi Slovenije. Sekcija za gorsko medicino pri Slovenskem zdravniškem društvu ne deluje. V ostalih alpskih državah je aktivnost večja in organiziranost boljša, imajo združenja za gorsko in višinsko medicino, razvijajo stroko, organizirajo simpozije, raziskujejo, objavljajo in se povezujejo. Omenjeno še ne vpliva bistveno na operativno delo slovenskih medicincev pri gorskem reševanju, nas pa oddaljuje od razvoja. Le nekaj zanesenjaških posameznikov poleg službenih in drugih obremenitev ne more skrbeti za celovit razvoj gorske medicine v Sloveniji. Se bo kdo iz mlajše generacije zdravnikov, ki jih poleg medicine zanimajo tudi gore, bolj aktiviral? »Nekoliko starejši« smo še pripravljeni sodelovati, ne moremo pa vsega peljati sami.

Udeležbo na kongresu mi je omogočila GRZS.

Prim. dr. Iztok Tomazin, dr. med., spec., KMED in Društvo GRZS Tržič

SOS-pristop do hranjenja – vtisi s tečaja na Danskem

Teja Kovačec Hermann

Med 6. in 10. oktobrom 2019 je na Danskem v mestu Billund potekal osnovni tečaj SOS (Sequential-Oral-Sensory). Teorijo in metode SOS-tečaja je razvila predavateljica dr. Kay

Toomey. Metode temeljijo na več kot tridesetih letih dela in izkušenj z otroki, ki imajo težave s hranjenjem.

Od Slovencev sva se tečaja SOS udeležili zdravnica specialistka Teja

Kovačec Hermann in logopedinja ter surdopedagoginja Nika Jelenc. Zaradi težav z letalskimi prevozi, ki so bile posledica stečaja prevoznika Adria, sva na Dansko prispeli en dan pred začetkom tečaja in čas izkoristili za ogled znamenitosti mesta Billund, kjer je bila izumljena lego kocka. Iz

zgodovinskih podatkov je zaslediti, da je leta 1916 Ole Kirk Christiansen kupil pohištveno podjetje Billund, ki je bilo ustanovljeno leta 1895. Čez nekaj let je začel izdelovati pripomočke in miniaturne igrače. Njegove prve igrače so nastale iz odpadkov iz proizvodnje drugega blaga, vendar se je prava proizvodnja igrač začela leta 1932. Leta 1934 je tovarna igrač dobila ime »Lego«. Danes je ena največjih znamenitosti v mestu Billund hiša Lego, ki ponuja poučne in zabavne dejavnosti za otroke in odrasle.

Naslednji dan je tečaj s prijaznimi pozdravnimi besedami odprla dr. Kay A. Toomey, pediatrična klinična psihologinja in klinična svetovalka na Kliniki za hranjenje na Inštitutu STAR za motnje senzoričnega procesiranja. Da je obravnavana tema na tečaju aktualna, dokazuje tudi visoka udeležba. Osnovni tečaj SOS je obiskalo 75 udeležencev iz osmih držav. Največ udeležencev je bilo iz Danske (38) in Švedske (28). Iz Nemčije, Nizozemske

in Slovenije sta bila prisotna po dva udeleženca, iz Češke, Ferskih otokov in Švice pa je bil na tečaju po en udeleženec. Tečaj je bil namenjen vsem strokovnjakom, ki tudi sicer delajo z otroki s hudo senzorno preobčutljivostjo, senzoričnimi in motoričnimi težavami, fizičnimi motnjami hranjenja in fobijo pred hranjenjem. Tokratnega SOS-tečaja so se udeležili fizioterapevti, delovni terapevti, zdravniki, psihologi, logopedi, vzgojitelji in dietetiki.

Osnovni nameni tečaja so bili prepoznavna senzoričnih, motoričnih, kognitivnih in čustvenih razvojnih mejnikov, ki so ključni pri hranjenju. Med štiridnevnim intenzivnim tečajem smo se naučili prepoznati glavne razloge, zakaj imajo lahko otroci težave s hranjenjem.

Predavanja so bila na visoki ravni in smiselno urejena v tematske sklope. Dr. Toomey je prvi dan tečaja poudarila, da ima na podlagi raziskav samo 5–8 odstotkov otrok težave s hranjenjem zaradi težavnega odnosa s starši. Največkrat so podlaga težav s hranjenjem bolezenska stanja. Pri otrocih z razvojnimi težavami se motnja hranjenja pogosto izrazi kot prvi simptom. S pomočjo raziskav sta predavateljici mojstrsko razbili deset najbolj priljubljenih mitov o hranjenju. Za razumevanje razvoja oralno-motoričnih spretnosti smo hrano, kot terapevtsko orodje, uporabljali tudi v praktičnih delavnicah in se pri tem precej posladkali.

Ker SOS-tečaj temelji na načelih razvojne teorije učenja in motoričnih sposobnosti otroka, je bil drugi dan tečaja namenjen prepoznavanju fizičnih, vedenjskih, motoričnih, oralno-motoričnih in senzoričnih dejavnikov, ki vplivajo na težave s hranjenjem.

Tretji in četrti dan tečaja sta bila namenjena izdelavi individualnega programa prehrane za malčke in otroke v skupinskih ali individualnih oblikah zdravljenja. Vse štiri dni smo bili udeleženci deležni tudi številnih videopredstavitev otrok v individualnih in skupinskih terapijah,

ki smo jih analizirali skupaj s predavateljicama. Šele po obisku osnovnega tečaja je mogoče dostopati tudi do bolj naprednih spletnih tečajev za pridobitev bolj poglobljenih specialnih znanj.

SOS-program je tudi eden izmed osnovnih principov, ki ga že uporabljamo v sklopu terapevtskega programa – logopedске obravnave na otroškem oddelku Univerzitetnega rehabilitacijskega inštituta Soča. Program SOS je najbolj primeren za otroke, stare od šest mesecev do šest let.

V odpravljanju težav s hranjenjem pri otrocih v rehabilitacijskem timu poleg otroka in staršev, klinične logopedinje, klinične psihologinje, klinične dietetičarke in diplomirane medicinske sestre sodeluje tudi zdravnik specialist, ki mora poznati principe SOS-programa in logopedске obravnave, da je lahko terapevtski program uspešen in učinkovit.

Ob koncu srečanja smo udeleženci prejeli tudi povzetke vseh predavanj, literaturo in ocenjevalna orodja za nadaljnje klinično delo. Tovrstna srečanja pa poleg novega znanja ponujajo tudi odlično priložnost za mreženje in spoznavanje novih strokovnjakov z različnih področij. Vtis, ki smo ga na tečaju dobili vsi udeleženci, je bil zelo pozitiven. Na koncu prispevka bi se rada še posebej zahvalila tudi doc. dr. Katji Groleger Sršen, dr. med., ki mi je priporočala in omogočila udeležbo na tečaju.

Teja Kovačec Hermann, dr. med., specialistka fizikalne in rehabilitacijske medicine, Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča



Pripomočki (lizika in sladka palčka) za učenje in razumevanje razvoja oralno-motoričnih spretnosti.

VII. Osteološki dnevi 2019

Radko Komadina, Miro Čokolič

Letošnji 7. Osteološki dnevi so sovpadali s 50-letnico prve objave o bioloških učinkih bisfosfonatov, ki so zaznamovali uspešno zdravljenje osteoporoze in jo približali laični in strokovni javnosti. Ko je Svetovni zdravstveni organizaciji (SZO) predsedovala Norvežanka Gro Harlem Brundtland, je načrtovalce zdravstvene politike naraščajoče breme mišično-skeletne medicine postavilo pred nove izzive. Zelo znana je izjava direktorice Brundtlandove, da je pri SZO zaradi prednostnih raziskav na področju zdravljenja raka in srčno-žilnih bolezni prišlo do zaostanka pri kroničnih degenerativnih boleznih, poškodbah in okvarah gibalnega sistema. Leta 1978 je bilo pričakovano preživetje Slovencev 68 let, Slovenke pa 71 let. Danes je pričakovano preživetje preseglo 80 let in zaradi skokovitega porasta deleža prebivalcev v tretjem življenjskem obdobju se razvite države sveta, med katere sodi tudi Slovenija, soočajo z novimi izzivi.

SZO je pristopila k reševanju problema s kampanjo Desetletje gibal v obdobju 2000-2010, nato pa so kampanjo podaljšali še za nadaljnjih 10 let. Leta 2016 je SZO pripravila akcijske načrte, s katerimi naj bi se države članice pripravile na novo kampanjo – Desetletje zdravega staranja. Temu sledimo tudi zdravniki, ki v Sloveniji obravnavamo problematiko gibal in nas združuje raziskovalno delo, preventivna dejavnost in zdravljenje bolnikov. V sodelovanju z Medicinsko fakulteto Univerze v Ljubljani in s Fakulteto za farmacijo Univerze v Ljubljani je Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru v sodelovanju z Univerzitetnim kliničnim centrom Maribor, Splošno in učno bolnišnico Celje in Zdravniškim društvom Maribor pripravila že 7. bionalne Osteološke dneve, namenje-

ne zdravnikom na primarni, sekundarni in terciarni ravni, ki se pri svojem delu srečajo z bolnikom z boleznimi, poškodbami in okvarami gibal. Pred srečanjem smo organizatorji pod vodstvom prim. Mira Čokoliča s sodelavci – prof. dr. Tomažem Kocjanom, prof. dr. Janjo Marc, doc. dr. Andrejem Zavrtnikom in prof. dr. Radkom Komadino – izdali recenzirano strokovno monografijo na 274 straneh.

Osteološki dnevi so tradicionalno mesto, kamor slovenski zdravniki povabimo tudi kolege strokovnjake iz zamejstva. Tako so letos ob domačih strokovnjakih sodelovali še doc. dr. Sanja Klobučar Majanović, specialistka internistka iz KBC Reka, prof. dr. Gerold Holzer z Ortopedske klinike Medicinske fakultete na Dunaju, prof. dr. Djuro Macut, endokrinolog z Medicinske fakultete v Beogradu s sodelavcema (asist. Jelica Bjekić

Macut, endokrinologinja z Medicinske fakultete v Beogradu, in dr. Dušan Iljić, endokrinolog iz Kliničnega centra v Beogradu), magistra kinezio-logije Anja Šešum iz avstrijske smučarske zveze ter 52 zdravnikov iz Slovenije. Dvodnevno srečanje je bilo razdeljeno v več sklopov:

- V ortopedsko-travmatološkem sklopu smo obravnavali enotno ortogeriatrično celostno obravnavo (*orthogeriatric co-management*), preventivo in zdravljenje zlomov zaradi osteoporoze, artroze, slikovne diagnostike osteoporotičnih zlomov hrbtenice, pooperativno rehabilitacijo, medikamentno preventivo po osteoporotičnem zlomu, sledenje poškodovancev po operativni oskrbi zlomov hrbtenice, kostni metastatski bolezni in zdravljenju kostnega raka v otroštvu.
- V drugem sklopu, posvečenem slikovni diagnostiki v ožjem pomenu, smo spregovorili o dvojni rentgenski absorpcijome-



Z leve: prof. dr. Radko Komadina, prof. dr. Gerold Holzer in prim. Miro Čokolič.

triji, o meritvah kostne gostote pri kroničnih pediatričnih bolnikih, o novostih pri obravnavi hipofosfatemičnega rahitisa, obravnavi otrok s pogostimi zlomi, uporabi anabolnih zdravil pri osteoporozi, obravnavi kostne krhkosti pri diabetesu, pri menopavzi, o diagnostičnih in terapevtskih izzivih hiperkalcemije in o izgubi kostne mase po bariatrični kirurgiji.

- V tretjem sklopu, delno posvečenem molekularnemu in genetskemu nivoju, smo obravnavali vlogo hranil za zdrave kosti in govorili o genetski regulaciji izražanja RANKL (*receptor activator of nuclear factor kappa-B ligand*) pri osteoporozi, pri oceni tveganja za osteoporotične zlome v fiziatrični ambulanti, ocenjevanju

kakovosti življenja bolnikov s sarkopenijo, kostnih markerjih pri osteoporozi, o novostih v zdravljenju protina, sarkopenije, o aktualnem konceptu slikovne diagnostike sarkopenije, kostni biopsiji, vodeni s CT, o zlomih pri bolnikih na nadomestnem zdravljenju s hemodializo, o vitaminu D, o mineralni kostni gostoti pri bolnicah po zdravljenju raka jajčnikov in pri bolnikih s kroničnim pankreatitisom.

Mednarodno strokovno srečanje je bilo dvojezično, strokovne razprave so se nadaljevale tudi v času prijetnega večernega druženja v bližini Medicinske fakultete Univerze v Mariboru. Med udeleženci smo zabeležili veliko mladih kolegic in kolegov vseh strok, kar kaže na zanimanje za tovrstno skupino bolezni, poškodb in okvar.

Od 2007 smo v 12 letih pripravili sedem srečanj, na katerih je v strokovnem programu sodelovalo 188 avtorjev, 11 iz tujine. Do sedaj smo izdali sedem zbornikov s skupno 1517 stranmi, kjer so zbrane vse sprotne novosti o osteoporozi z upanjem na boljšo oskrbo bolnic in bolnikov že na primarni ravni, kamor se ti bolniki najprej zatečejo. Organizatorje, ki smo vztrajali v dosedanjih 12 letih, pa opogumlja, da bomo s tovrstno interdisciplinarno izmenjavo znanj in izkušenj tudi v mednarodnem prostoru nadaljevali še naprej.

**Prof. dr. Radko Komadina, dr. med.,
svétnik, specialist splošne kirurgije in
travmatologije, SB Celje in MF UL**

**Prim. Miro Čokolič, dr. med., CCD,
specialist interne medicine, UKC
Maribor**

Cajalova šola za nevroznanstvenike

Matej Perovnik

Federacija evropskih nevroznanstvenih združenj (FENS) skupaj s štirimi partnerji vsako leto organizira nekaj dvo- ali tritedenskih poletnih šol, katerih glavno vodilo je, da se majhno skupino mednarodnih udeležencev skozi predavanja in projektno delo nauči različnih nevroznanstvenih metod. Šole nosijo ime po pionirju moderne nevroznanosti Ramonu y Cajalu in so zelo popularne med mlajšimi raziskovalci. Med 9. in 27. septembrom 2019 se je v Bordeauxu odvila Cajalova poletna šola o slikanju možganov (angl. *Whole brain imaging*). Tamkajšnji Neurocampus je ena izmed največjih raziskovalnih ustanov v Evropi z več kot 650 zaposlenimi raziskovalci. Poletno šolo je vodila prof. dr. Katrin Amunts, dr. med., skupaj z lokalnima koordinatorjema prof. dr. Bernardom Mazoyerjem, dr. med., in prof. dr. Sylvainom Mirauxom, univ. dipl. fiz.

V Bordeaux sem pripotoval kot eden izmed enajstih udeležencev s celotnega sveta. Izbrani smo bili med več kot šestdesetimi prijavljenimi kandidati. Delovni dan se je začel ob 9h s plenarnim (90 minut) in še dvema krajšima (45 minut) predavanjema. Popoldne smo udeleženci delali v parih na različnih projektih

pod neposrednim nadzorom (skupaj devetnajstih) izkušenih raziskovalcev. Na predavanjih so nam vrhunski mednarodni strokovnjaki predstavili različne tehnike slikanja možganov; od širše uveljavljenih raziskovalnih in kliničnih metod, kot so npr. strukturalno magnetno slikanje (MRI), elektroencefalografija (EEG) in pozitronska

emisijaska tomografija (PET), do metod, ki se šele uveljavljajo v nevroznanstvenem svetu, kot sta npr. funkcijska bližnje-infrardeča spektroskopija (angl. *functional near-infrared spectroscopy*) in funkcijski ultrazvok.

Na predavanjih o že uveljavljenih metodah je bil poudarek na različnih analitičnih pristopih, od klasičnih statističnih pristopov do metod strojnega učenja, s katerimi lahko bolj natančno in tudi kvantitativno ocenimo slike preiskovancev. Vseeno pa so nas predavatelji vedno znova opozarjali na nujnost poznavanja tako biologije kot tudi tehničnih korakov analize, saj je zelo pomembno, da so analize izvedene tehnično pravilno ter da rezultati odražajo možne biološke značilnosti. Slednje pomeni tudi, da je za učinkovito raziskovalno in klinično delo s slikovnimi tehnikami nujno sodelovanje in povezovanje ljudi različnih strok. Posebej zanimivo se

Poročila s strokovnih srečanj

mi je zdelo predavanje o t. i. *JuBrain Atlasu*. Gre za prvi (trenutno še v pripravi) digitalno dostopni možganski atlas, v katerem so sistematično zbrane informacije o arhitekturi možganov na ravni celic in njihovih povezav ter izraženosti receptorjev in lahko predstavlja nekakšen *Google Maps* za možgane. Atlas nam namreč po vpisu koordinat razkrije verjetnost, da se na določenem mestu nahaja določena struktura, npr. primarna vidna skorja. Tak podatek močno poveča natančnost in povednost rezultatov, pridobljenih s slikanjem možganov.

Posebna pozornost je bila posvečena še izzivom odprte znanosti in javno dostopnim podatkom. V Evropi in širše se v zadnjih letih vse bolj zagovarja in promovira prost dostop do zbranih podatkov med različnimi raziskovalnimi skupinami, ki jih lahko analizirajo različne skupine strokovnjakov in tako ponudijo nov pogled in različen pristop pri analizi. Prav tako

se promovira objavljane raziskovalnih rezultatov v revijah s prostim dostopom. Pogovarjali smo se še o etičnih vidikih raziskovanja. Organizirana je bila tudi okrogla miza o tem, kako ustrezno obravnavati naključne najdbe v možganih zdravih preiskovancev.

V treh tednih sem sodeloval pri dveh projektih in se učil predpriprave MRI-slik za analizo in različnih analitičnih postopkov. Ti nam lahko razkrijejo mnoge podatke o preiskovancih, ki se jih težko opazi pri vidni oceni slike. Prvi projekt je potekal pod mentorstvom profesorice nevroatomije dr. Svenje Caspers in psihologije dr. Christiane Jockwitz iz raziskovalnega centra v Jülichu, Nemčija. Lotili smo se reševanja enega izmed »gralov«¹ nevroznanosti – kako smiselno združiti in povezati informacije, pridobljene z različnimi slikovnimi tehnikami in kliničnimi testi. Pri tem projektu sem analiziral podatke študije, v kateri so v Nemčiji slikali

1000 zdravih preiskovancev z namenom raziskovanja zdravega staranja in variabilnosti med posamezniki. Z analizo manjšega dela podatkov smo uspeli zaznati različne spremembe, kot so tanjšanje možganske skorje, spremembe v mielinizaciji ter reorganizacijo nekaterih večjih možganskih omrežij. Dodatno smo identificirali tudi dele možganov in omrežja, ki so odgovorni za (ne)uspešnost posameznika pri različnih nevropsiholoških testih.

Pri drugem projektu sem pod mentorstvom matematičarke prof. dr. Susanne Weis, prav tako iz raziskovalnega centra v Jülichu, poskusil odgovoriti na vprašanje, ali obstaja razlika v funkcijski povezanosti med moškimi in ženskimi možgani. Z uporabo različnih tehnik strojnega učenja smo odkrili, da lahko samo s pogledom na funkcijske MR-slike v mirovanju (angl. *resting-state functional MRI*, rs-fMRI) z več kot 80 % natančnostjo napovemo, ali je preiskovanec moški



Udeleženci (država delovišča in izobrazba navedena v oklepaju) in organizatorji. Z leve, prva vrsta: F. Adonias (Portugalska, biomedicinska inženirka), A. Caminiti, M. Escande, L. Pougin, prof. K. Amunts, prof. G. Douaud, prof. B. Mazoyer, prof. A. Toga, V. Pareek (Indija, farmacevt), prof. S. Weis, prof. M. Joliot, prof. L. Petit; druga vrsta: M. Perovnik (Slovenija, zdravnik), A. Durand (Švica, veterinar), I. Grigoras (Anglija, zdravnica), R. De Bock (Švica, kognitivna nevroznanstvenica), R. Hithersay (Anglija, kognitivna nevroznanstvenica), F. Hajebrahimi (Turčija, fizioterapevt) in K. Kuts (Ukrajina, zdravnik).

ali ženska. Rezultat je sicer skladen z literaturo, ki pravi, da imajo ženske v povprečju večjo povezljivost na manjšem področju, moški pa močnejše povezave na daljše razdalje. Odprto pa ostaja vprašanje, ali bi bilo treba take rezultate »popraviti« tudi glede na razlike v velikosti možganov. Vseeno lahko dodam, da je med spoloma veliko več prekrivanja kot razlikovanja, kar se tiče zgradbe in povezljivosti možganov.

Z obiskom poletne šole sem bil zelo zadovoljen, saj mi je intenziven in precej obsežen program ponudil veliko možnosti za nadgradnjo znanja, spoznal pa sem se tudi s tehnikami, ki jih prej nisem dobro poznal. Zelo mi

je bil všeč tudi individualen pristop pri projektnem delu. Učitelji so se namreč izkazali s prilagajanjem programa posameznikovemu nivoju znanja in izkušenj ter bili vedno pripravljeni odgovarjati na zastavljena vprašanja. Prav tako so bila predavanja zelo kakovostna in večini predavateljev je uspelo na razumljiv način predstaviti teoretične in praktične osnove različnih slikovnih metod ter nato osnove vpeti v zadnje novosti in znanstvena dognanja. Poletno šolo toplo priporočam vsem, ki jih zanima nevroznanost in imajo nekaj teoretičnega predznanja o različnih metodah slikanja in o delovanju možganov. Učitelji so prihajali iz zelo različnih

strok (medicina, biologija, fizika, matematika, računalništvo ...) in so se potrudili, da so našli »skupen jezik« z udeleženci. Za konec bi dodal še, da prijavnina na poletno šolo vključuje tri (zelo dobre) obroke na dan in prenočišče v bližnjem hotelu, organizatorji pa so se tudi dodatno potrudili in nas peljali na ogled okolice Bordeauxa. Prijavnina in potni stroški so bili plačani iz sredstev mladega raziskovalca, ki so namenjena tudi dodatnemu izobraževanju v tujini.

Matej Perovnik, dr. med., mladi raziskovalec, KO za bolezni živčevja, Nevrološka klinika, UKC Ljubljana

Tečaj klinične prehrane ESPEN

Kranjska Gora, 4.–9. 11. 2019

Milena Blaž Kovač, Eva Peklaj, Nada Rotovnik Kozjek

Tečaj klinične prehrane in presnovne ESPEN je največji in edini celostni tečaj klinične prehrane na svetu. Prireja ga Evropsko združenje za klinično prehrano in presnovo – ESPEN. Če je bil to še leta 2007, ko smo ga prvič organizirali v Sloveniji, dober osnovni tečaj klinične prehrane, je danes prestižni tečaj, za katerega organizacijo se poteguje vsako leto več držav.

Priprava tečaja je bila velik zalogaj. Še zlasti organizacijski del, ker nas je, kljub krepki finančni podpori ESPEN, skoraj potopil bankrot Adrie Airways.

Za organizacijsko ekipo, ki sta jo vodili Milena Blaž Kovač in Eva Peklaj, se je večji del dela odvil že pred kongresom. Zahtevna je bila že izbira udeležencev. Število udeležencev je omejeno na tri kandidate na državo članico ESPEN. Vsi udeleženci morajo imeti priporočilo nacionalne-

ga združenja ESPEN. Na tečaj je bilo tako sprejetih 79 udeležencev iz 27 držav. Svoje delo sta opravili sijajno!

Zaradi izjemnega napredka stroke je bila tokrat bistveno bolj zahtevna tudi priprava vsebinskega dela. Zelo zahtevno je namreč ob sedanjem razvoju stroke združiti znanstvena dognanja s kliničnimi veščinami, ki smo jih učili v delavnicah in v razpravah na primerih. Razmišljanje »out-of box« in spreminjanje klinične prakse je vedno zahtevno. Na področju prehrane pa mogoče še bolj. A imeli smo izjemno srečo ali pa je Slovenija tako izredna lokacija – vabilu so se odzvali prav vsi vabljeni mednarodni strokovnjaki, ki so tudi izkušeni učitelji.

»Praktični del« kongresa se je začel 3. novembra, ko sem na letališču pričakala svojega velikega učitelja Petra Soetersa. Izjemen znanstvenik (h-indeks 72), častni profesor

kirurgije in verjetno eden največjih živčih poznavalcev presnove. Velik človek, skromen in dostopen za vsak pogovor. Ker je za te ljudi njihov poklic praviloma tudi hobi, sva se na skoraj 10 km sprehodu okoli Brda pogovarjala o biološki vlogi glukoze kot obveznem substratu za anabolne poti rasti in dozorevanja (se spomnite pentozne poti presnove glukoze?), evolucijskem pomenu insulinske rezistence, anaplerotičnih substratov Krepsovega ciklusa, obremenitvi presnove z organskimi kislinami, kadar posamezniki pretirano obremenjujejo presnovo s stimulacijo ketogeneze in presnovnimi posledicami različnih oblik stradanja in neuravnotežene prehrane (beri diete). Poglobljen pogovor o znanosti in stroki, ki ga občasno potrebujemo vsi. Še zlasti na področju klinične prehrane, ki jo danes požirajo mediji in marketing z vedno novimi »prodajnimi« idejami o tem, kako hrana in dodatki izboljšajo zdravje. Tisti, ki smo vsakodnevno vpeti v klinično delo na tem področju, posledice tega »nakupovanja zdravja« praktično vsak dan spoznavamo preko kompleksnih mehanizmov patofiziolo-

Poročila s strokovnih srečanj

logije motenj prehranskega stanja. Na čelu s podhranjenostjo, nemalokrat združeno s posledicami komercialnih akcij reševanja debelosti. Naša družba je obsedena z debelostjo in ob tem tudi medicinski svet slabo prepozna, da je nabiranje maščobnih celic po strokovni terminologiji motnja prehranjenosti, ki obsega cel spekter stanj. Ta se nemalokrat kažejo tudi kot kronična bolezen (torej jo zdravimo kot vse ostale nenalezljive kronične bolezni) in ima lahko pridruženo sarkopenijo, podhranjenost in kaheksijo.

4. novembra se je tečaj začel. Ker je naše delo na področju klinične prehrane namenjeno predvsem bolnikom, je tečaj odprl bolnik. Marek Lichota je bolnik, ki ima zaradi posledic Crohnove bolezni dokončno odpoved prebavil. Marek ima srečo in lahko kljub odpovedi prebavil uživa hrano tudi *per os*, ker pa je črevo ni sposobno obdelati in absorbirati

hranil, mu večino prehranske podpore teče iz infuzijske vreče v nahrbtniku neposredno v njegovo centralno veno. Kljub temu Marek živi normalno življenje, hodi v službo, ima dva otroka in potuje po svetu. Z vso prtljago, od otroškega vozička do škatel z njegovimi infuzijami. Marek je hvaležen, da lahko živi, a njegovo sporočilo je bilo, da je prehranska terapija velikokrat premalo upoštevan dejavnik bolnikovega zdravljenja. Preden so prepoznali njegovo odpoved prebavil, je skoraj umrl zaradi podhranjenosti.

Zato smo se takoj lotili problema izobraževanja iz klinične prehrane. V odličnem predavanju, ki je navdušilo tudi tuje strokovnjake, je dekan MF Ljubljana, Igor Švab, prikazal možnosti in načine, kako se lahko nove izobraževalne vsebine vključijo v študij medicine.

Začetni del tečaja smo osnovali na sodobnih znanstvenih spoznanjih o

presnovi glukoze, beljakovin in maščob ter prenosu teh znanj o presnovi v klinično (strokovno) prehransko obravnavo. Vsakodnevni problem prenosa splošnih pristopov posameznih področij klinične prehrane (znanja, zajeta v smernicah) k posamezniku je predstavil Lubos Sobotka. Češki zdravnik je glavni urednik osnovnega učbenika s področja klinične prehrane *Basics of Clinical Nutrition*. Naj omenim, da sem po dolgih letih njegovega spodbujanja za ta učbenik s soavtorji napisala poglavje o prehrani pri športni aktivnosti, ki je dokončno uvrstilo športno prehrano na področje klinične prehrane. Med soavtorji je tudi zgoraj omenjeni P. Soeters, ki je bil v mladosti veslaški trener!

Najnovejšo opredelitev pristopa k podhranjenosti GLIM je predstavil predsednik ESPEN Rocco Barazzoni. Taja Jordan je predstavila pregled metod meritev sestave telesa, ki so



ključno strokovno izhodišče za opredelitev prehranskega stanja posameznika. Tajda Košir Božič je predstavila najbolj resen zaplet terapije podhranjenosti, ki je mnogokrat neprepoznan – sindrom vnovičnega hranjenja.

V naslednjih dneh smo nadaljevali s sklopi predavanj, ki so z več vidikov predstavila številna področja klinične prehrane. Ker je intenzivna enota (EIT) pravi test za homeostazo presnove in posameznikovega prehranskega stanja, smo začeli s prehrano bolnika v EIT. Sporočilo je bilo, da je prehrana res dobesedno podpora presnove, ki ima ključni vpliv na preživetje. Zato je pri vsakodnevem delu s kritično obolelimi potrebno vsaj osnovno znanje klinične prehrane. Bolniki nujno potrebujejo prehransko obravnavo, ki omogoči diagnostiko prehranskega in presnovnega stanja posameznika. Te diagnoze so osnova za vsakršno nadaljnjo terapijo, ki pa potem zahteva skrben nadzor in ustrezno prilagajanje. Brez pomena je načelna razprava, koliko energije in beljakovin potrebuje kritično oboleli bolnik v EIT, če poprej ne opredelimo njegovih ključnih presnovnih značilnosti. Pri bolnikih v EIT se velikokrat razvije tudi odpoved prebavil tipa 1, ki jo je treba prepoznati in ločiti od odpovedi prebavil tipa 2. Prehransko podporo pri prizadetosti in odpovedi prebavil

smo obravnavali s predavanji, delavnicami in učenjem na primerih.

Izjemno navdušenje je požel angleški gastroenterolog Simon Gabe, ki je na tečaj prinesel model prebavil, sešit iz blaga. V kirurškem delu je Erik Breclj odlično predstavil prehranske značilnosti kirurgije s pospešenim okrevanjem, zelo zanimive poglede je ponudilo tudi področje bariatrične kirurgije. Gastroenterologinja iz Izraela, Irit Chermes, nas je dobesedno stregla s podatki, kako se njena klinika polni z bolniki z odpovedjo prebavil zaradi posledic zdravljenja debelosti z bariatrično operacijo.

Izkazali so se tudi preostali slovenski predavatelji. Živa Mrevlje je predstavila izzive klinične prehrane pri različnih oblikah kronične vnetne črevesne bolezni, Mitja Lainščak pa na področju kaheksije. Milena Blaž Kovač je izstopala s sodobnimi pristopi k obravnavi debelosti pri otrocih in odraslih. Katja Kogovšek, Denis Mlakar Mastnak in Eva Peklaj so odlično sodelovale pri izvedbi delavnic in učenja na primerih. Miha Oražem je zablestel s poglobljenim prikazom etičnih dilem, ki se odpirajo pri terapevtskih pristopih klinične prehrane. V ospredje je postavil posameznikovo dostojanstvo. Poudaril je upoštevanje Hipokratovega načela, da je prehrana zdravilo, kar je pri današnjem strokovnem znanju

stvar profesionalnega odnosa do pacienta.

Po napornem tednu smo predavanja zaključili športno, s predavanjem o prehrani pri telesni aktivnosti. Predstavila sem možnosti, kako ta znanja vključiti v preventivno prehrano posameznika in kot vzporedno terapevtsko pot pri zdravljenju bolnikov. Nato so udeleženci zdrveli v ciljno črto s pisanjem testa. Zmagali so vsi. Test je bil preizkušnja za nas, kaj smo jih naučili.

Malce je k učni prizadevnosti mogoče pripomogel tudi nenehen dež, vendar smo bili nagrajeni v četrtek popoldne, ko je za izlet, ki smo ga organizirali po bližnji okolici Kranjske Gore, posijalo sonce.

Kdaj bo posijalo več sonca za področje klinične prehrane v Sloveniji, ne vem. Znanje je že močno prehitelo našo vsakodnevno prakso, ko skušamo z navodili javnega zdravja klinično zdraviti posamezne paciente in nasploh urejati prehrano posameznika. Slovenci smo pač očitno zelo dovezetni za politične pristope.

Dr. Milena Blaž Kovač, dr. med.,
Zdravstveni dom Ljubljana, enota Šiška
Asist. Eva Peklaj, univ. dipl. inž. živil.
tehnol., klinični dietetik, Enota za
klinično prehrano, Onkološki inštitut
Ljubljana
Dr. Nada Rotovnik Kozjek, dr. med.,
Onkološki inštitut Ljubljana

Zdravniški ombudsman v februarju 2020

V februarju 2020 je zdravniški ombudsman, ki članom nudi oporo in pomoč v najrazličnejših življenjskih izzivih in stiskah, na voljo v naslednjih terminih:

Ime	Datum	Čas	Status
Brane	Četrtek, 6. februarja 2020	15.00–17.00	Prosta oba termina
Tatjana	Ponedeljek, 10. februarja 2020	17.00–19.00	Prosta oba termina
Andrea	Četrtek, 27. februarja 2020	16.00–18.00	Prosta ob termina
Urška	Četrtek, 27. februarja 2020	17.00–19.00	Prosta oba termina
Telefonsko svetovanje			

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

Knjiga Management v zdravstvenih organizacijah

Avtorji: Rudi Rozman, Jure Kovač, Bojana Filej, Andrej Robida in sodelavci, 2019, 543 strani, GV Založba

Andrej Robida

Knjiga je namenjena vrhnjemu in srednjemu menedžmentu zdravstvenih organizacij ter menedžerjem enot in zdravstvenih timov, menedžerjem v prvi liniji, mikrosistemu, ne glede na obliko ureditve – državno ali zasebno. Pri nas mesto srednjih menedžerjev zdravstvene stroke največkrat zasedajo ljudje, ki so zelo dobri specialisti na svojih področjih, a se večkrat težko znajdejo med svojo specialnostjo in vlogo menedžerja. Ker v Sloveniji za te menedžerje ni formalnega izobraževanja, jim bo pričujoča knjiga pomagala, da bodo lažje usklajevali menedžersko delo in delo v svoji specialnosti.

Ne bo odveč, če jo bodo prebrali vsi, ki delajo v zdravstvu, zlasti poglavje o kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave. Prav tako bi morali o osnovah menedžmenta, kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave slišati tudi študentje obeh medicinskih fakultet. Stanje je nekoliko boljše na zdravstvenih fakultetah in njihovim študentom bo knjiga v slovenskem jeziku v veliko pomoč.

Vedno znova slišimo in beremo, da je eden od glavnih vzrokov za slabo delovanje velikega števila naših organizacij prav njihovo upravljanje in menedžment. Obenem se vse premalo naredi za izboljšanje stanja. To v veliki meri velja tudi za zdravstvene organizacije. Vzroki za neustrezno upravljanje in menedžment so različni in segajo od neustrezne izbire nosilcev teh funkcij do premajhnega znanja o upravljanju in menedžmentu. Učenje upravljanja in menedžmenta je odvisno tudi od razpoložljivosti kakovostnih knjig o omenjenih pojavih, njihovo število pri nas pa je skromno. Celovitih slovenskih del o upravljanju in menedžmentu v zdravstvenih organizacijah ni.

Knjiga »Management zdravstvenih organizacij« je razdeljena v tri dele. **Prvi del** prikazuje zdravstveni sistem v Sloveniji s poudarkom na njegovi organizaciji in financiranju. V njem so že prikazane organizacije, ki delujejo v zdravstvu, in njihove značilnosti, ki vplivajo na njihovo upravljanje in menedžment.

V drugem poglavju prvega dela so prikazani rezultati raziskave v dveh slovenskih bolnišnicah, ki kažejo, da je področje menedžmenta tako glede poznavanja kot časa, ki mu je namenjen, šibko. S tem je potrjeno, da je pomembno izboljšati upravljanje in menedžment zdravstvenih organizacij in da je dosegljivost ustreznega slovenskega dela na tem področju še kako pomembna.

V drugem, najobširnejšem delu knjige sledijo poglavja o upravljanju in menedžmentu. Začenja se z uvodnim poglavjem, kjer so jasno prikazani razlogi za nastanek, obstoj in razvoj menedžmenta ter sta podrobneje opredeljena bistvo in zahtevnost te ključne organizacijske funkcije. Obravnavano je upravljanje in poslanstvo zdravstvenih organizacij ter njihova uspešnost in družbena odgovornost.

Sledi poglavje o **načrtovanju poslovanja** s poudarkom na procesu in njegovih fazah tako v strateškem kot taktičnem načrtovanju. V zaključku poglavja sta prikazana primera priprave letnega in strateškega načrta v dveh slovenskih bolnišnicah.

Sledi **organiziranje**, ki določa zadolžitve, odgovornost in avtoriteto zaposlenih. Organizacijsko strukturo dopolnijo še organizacijske oblike. V istem poglavju so obravnavani organizacijski procesi s poudarkom na njihovem urejanju. Kot tretji organizacijski element pa je obravnavana organizacijska kultura. Za vsakega od teh treh delov je prikazan krajši primer v praksi.

Sledi krajše poglavje o **ravnanju z zmožnostmi zaposlenih**, ki predvsem obravnava ta proces. Dodaja še učenje in ravnanje z znanjem ter ravnanje z ustvarjalnostjo in inoviranjem v organizacijah, zaključuje pa se s kratkim primerom izobraževanja v enem od naših zdravstvenih domov.

Sledi vodenje: v **procesu vodenja** je treba doseči, da bodo zaposleni izvedli tisto, kar so si menedžerji zamislili. To dosežejo z **usmerjanjem zaposlenih, z motiviranjem in komuniciranjem**. Tem dejavnostim vodenja pa je

dodano še delegiranje in timsko delo v zdravstvenih organizacijah.

Osrednji del knjige se zaključuje s poglavjem o **kontrolah** tako organizacije kot poslovanja. Prva presoja zlasti delovanje zaposlenih in odnosov med njimi, druga pa predvsem dosežke in uspeh poslovanja. Poglavje pa zaključuje primer analize in poročila o poslovanju v eni od bolnišnic.

Za ta osrednji del knjige omenimo, da sledi splošni vsebini menedžmenta, ki je bolj ali manj podobna dejavnost v vseh organizacijah. Ima pa lahko določene značilnosti, ki so povezane z dejavnostjo. Zato je v delu poudarek na tistih elementih v organizacijah, ki so bolj pogosti v zdravstvu; obenem so poudarjeni prikazi iz zdravstvenih organizacij in, kot že omenjeno, dani konkretni primeri iz zdravstvenih organizacij ali pa rezul-

tati konkretnih raziskav. Drugič poudarimo, da v knjigi sledimo sodobnemu razumevanju organizacije in menedžmenta, ki se deloma razlikuje od klasičnega, ki ga še upošteva večina knjig.

V tretjem delu, ki vključuje samo eno, a obširno in za zdravstvo pomembno poglavje, pa je obravnavana **kakovost in varnost v zdravstvenih organizacijah**. Obravnavana je tako z vidika zdravstvene dejavnosti, kot naj bi jo prakticirali in upoštevali zdravstveni delavci, kot tudi z vidika menedžmenta: kako naj menedžerji s svojim ravnanjem dosežejo, da bodo izvajalcem zagotovili pogoje za kakovostno in varno delo. V tem poglavju je vrsta manjših, praktičnih primerov, ki popestrijo besedilo.

Avtorji v delu razvijajo sodobno in celovito razumevanje menedžmenta,

ki omogoča večjo uspešnost zdravstvenih in z njimi povezanih organizacij. Namenjeno je vsem, ki na različnih ravneh upravljajo in uravnavajo njihovo delovanje ali to nameravajo v prihodnosti. V pomoč bo tudi ustvarjalcem zdravstvenega sistema in politike, fakultetam, ki imajo v svojih programih menedžment, zavarovalnicam in drugim, ki so v stiku z obravnavanim področjem ali jih to zanima.

Več o knjigi in kratek avdioposnetek si lahko ogledate na: <https://www.prosunt.si/prosunt-2-2-2/management-v-zdravstvenih-organizacijah/>

Knjigo si lahko kupite pri GV Založbi: <https://www.gvzalozba.si/knjige/management-v-zdravstvenih-organizacijah>

Andrej Robida, dr. med., FACC, izr. prof. pediatrije in javnega zdravja

30 let AA Slovenija

Jasna Čuk Rupnik

Tole 76 strani obsegajoče branje na formatu A4 je namenjeno tudi zdravnikom. Je zanimivo, resno in humorno hkrati, obenem pa oblikovno odlično.

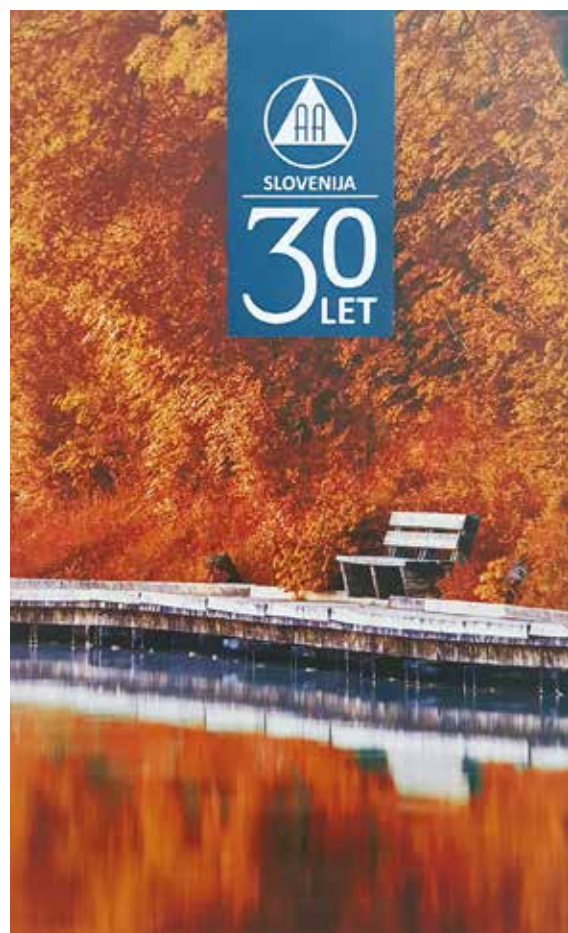
Zdravnik dr. Siklworth je bil pred skoraj 85 leti odgovoren za zdravljenje sindroma odvisnosti od alkohola v bolnišnici za zdravljenje alkoholizma v New Yorku. Pacienti na tej psihiatrični kliniki so ga imenovali kar »poosebljena ljubezen«. Pri tem predstojniku klinike si je zadnjih nekaj recidivov zdravil Bill, eden od ustanoviteljev organizacije anonimnih alkoholikov. V okrilju te klinike se je namreč Billu porodila ideja o tem, da bi lahko z obvladovanjem svojega problema pomagal tudi drugim.

Knjiga, ki so jo slovenski anonimni alkoholiki pripravili ob koncu leta 2019 ob praznovanju že 30. obletnice

svojega obstoja, je zelo zanimivo branje za vsakega, ki ga ta problematika zanima. Vsebuje tudi zapise nekaterih naših kolegov in kolegic, med katerimi je dr. Zdenka Čebašek - Travnik, zaslužna prva predsednica slovenske organizacije AA.

Ni je v katalogu AA-literature, ki je sicer dosegljiva na internetni strani društva <http://www.aa-sloveni.si> in na kateri lahko najdete tudi lokacije in urnike srečanj vseh 50 skupin po državi. Prejmete jo lahko v dar od članov društva, če bi se odločili za obisk »odprtega srečanja«, ali pa na lastno pobudo prispevate 8 evrov, kar sicer prispevajo člani. Nekateri med vami, ki z AA tesneje sodelujete, pa ste jo iz hvaležnih rok vaših pacientov že dobili.

Prim. Jasna Čuk Rupnik, dr. med., Dutovlje



Zbornična izobraževanja za zdravnike in zobozdravnike

Ne dopuščajmo nasilja

predavanja in delavnica: 13. februar (Ljubljana), 19. marec (Maribor), 15. april (Ljubljana), 21. maj (Murska Sobota): 15.00–19.30

V svetu se je že pred leti uveljavilo načelo ničelne tolerance do nasilja na delovnem mestu.

Seveda tu ne gre le za tehnične in druge ukrepe, usmerjene v zagotavljanje varnosti na delovnem mestu, pač pa predvsem za spremembo miselnosti in pričakovanj samih delavcev.

Tradicionalno se je na agresivno vedenje bolnikov gledalo kot na redke, izolirane primere ali celo kot na dogodke, posredno sprovcirane s strani zdravstvenih delavcev. Celo nekateri zdravstveni delavci so še nedavno sami menili, da določena stopnja agresivnega vedenja bolnikov pač nekako spada k njihovem delu. Pa vendar ni tako in imajo tudi zdravstveni delavci vso pravico, enako kot drugi zaposleni, do varnega in ne nazadnje zdravega delovnega okolja. Kako to doseči, pa je včasih neodgovorjeno vprašanje. Le če bomo zdravniki in drugi zdravstveni delavci sami skrbeli za varno delovno okolje, se bo sčasoma kaj premaknilo. V primeru, da na to ne bomo pozorni, pa nihče ne more storiti ničesar namesto nas.

Izvajalci: člani delovne skupine »Ne dopuščajmo nasilja« pri ZZS

Delavnica učinkovite vadbe

delavnica: 7. februar, 6. marec, 15. maj: 9.00–15.00

Na delavnici se bodo udeleženci naučili enostavnih veščin in tehnik za prepoznavo neustreznih gibalnih vzorcev ter tehnik preproste vadbe in usmerjenega dihanja, ki so ključne za ohranjanje zdravega gibanja in obvladovanja telesa.

Zgodba evolucije našega preživetja in razvoja je pogojena z gibanjem. Naša telesa niso prilagojena na sodoben življenjski slog s pomanjkanjem telesne aktivnosti. Poklic zdravnika in zobozdravnika pogosto zahteva izpostavljenost različnim obremenitvam in prisilnim držam, ki jih telesno nepripravljeni težko obvladujemo in lahko vodijo v težave mišično-skeletnega sistema in različne bolečinske sindrome.

Udeleženci potrebujejo športna oblačila in blazino za izvajanje vadbe.

Izvajalki: dr. Maja Frangež, dr. med., in Maja Marija Potočnik, dipl. fiziot., respiratorna terapevtka

Delavnica za specializante

delavnica: 1-krat mesečno, datumi so objavljeni na www.domusmedica.si: 15.30–18.00

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, Maja Horvat, Polona Selič

Srečanja skupine za osebnostno rast: Kako doseči dogovor

delavnice: 1-krat mesečno, vsako prvo sredo v mesecu: 16.00–19.30

Uvodni del predavanja je vedno posvečen ponovitvi teme s prejšnjega srečanja ali teme, ki se vsebinsko povezuje s temo, ki jo na srečanju treniramo. Sledimo cilju, da prepoznamo vzorce vedenja, svoje in svojih bližnjih, da se znamo postaviti se zase in si postaviti jasne meje.

Izvajalka: Metka Komar, univ. dipl. ekon.

Obvladovanje stresa ob kriznih dogodkih v zdravniški službi

delavnica: 13. marec, 3. april: 8.30–17.10

Udeleženci boste spoznali krizne dogodke s poudarkom na dogodkih v zdravstvu. Spoznali boste faze in vrste odziva na travmatski dogodek ter

različne vrste pomoči po tovrstnem dogodku. Podrobneje se bomo posvetili individualnim in skupinskim razbremenilnim pogovorom ter jih na delavnici tudi izkusili. Predstavili bomo več tehnik sproščanja in jih tudi izvedli.

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

Kako vodimo sebe? – delavnica osebnostnega vodenja

delavnica: 5. marec: 16.30–19.45

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, Vesna Jugovec

Izgorelost in profesionalizem v medicini

delavnica: 18. marec: 16.30–19.45

Veliko medicinskih fakultet po svetu eksplicitno uči profesionalizem. Medicinski profesionalizem je niz 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: Irena Manfredo, Gregor Vovko

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

delavnica: 1. april: 16.30–19.45

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 udejstvovanja lastnih želja.

Izvajalci: Zavod Medicinski trenerji: Živa Novak Antolič, Vesna Jugovec

1.–29. • OKUŽBE PRI BOLNIKI Z IMUNSKIMI MOTNJIAMI (IM)

kraj: spletno izobraževanje, W: https://si.doctrina.biz/zdravniki	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: ni podatka	k. točke: 1
vsebina: V izobraževanju bo prof. Janez Tomažič, dr. med., predstavil okužbe pri bolnikih z imunskimi motnjami (IM) ter razložil pravilno ravnanje zdravnikov oz. poudaril pomembnost ocene nevarnosti nekaterih okužb pred uvedbo imunosupresivnih zdravil.	organizator: Doctrina, izobraževanje, d. o. o.	prijave, informacije: Anja Jurič, T: 041 823 159, E: anja@doctrina.biz , W: https://si.doctrina.biz/zdravniki	

1. 2. 2020–1. 2. 2022 • II. SLOVENSKA ŠOLA AKUPUNKTURE 2020 do 2021

kraj: LAŠKO, Thermana, d. d., Kongresni center, predavalnice	št. udeležencev: 25	kotizacija: 2.000 EUR	k. točke: ***
vsebina: Šola je namenjena zdravnikom in zobozdravnikom z licenco. Trajala bo 200 ur od marca 2020 do marca 2021 (deset 16-urnih ciklusov predavanj, delavnice, seminarske naloge in izpit). Sodelovali bodo tuji in slovenski predavatelji. Za vsak sklop predavanj so predvidene licenčne točke.	organizator: Slovensko združenje za akupunkturo pri SZD, prim. mag. Marija Cesar Komar, dr. med., prim. Jadwiga Hajewska Kosi, dr. med., Slavka Topolič, dr. med.	prijave, informacije: prijave do 30. januarja 2020 , prim. Jadwiga Hajewska Kosi, dr. med., E: jadwiga.hkosi@gmail.com	

4. ob 17.00 • REDNA LETNA SKUPŠČINA SZAIM

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: ni podatka	k. točke: 2
vsebina: skupščina in strokovni program: <i>Parenteralno nadomeščanje beljakovin in reševanje eritrocita</i>	organizator: Slovensko združenje za anesteziologijo in intenzivno medicino	prijave, informacije: Peter Poredoš, T: 01 522 88 07, 041 252 194, E: info@szaim.org , W: www.szaim.org	

6.–7. • OPREMA Z VOZIČKOM PRI OTROKU Z OKVARO ŽIVČEVJA

kraj: LJUBLJANA, URI – Soča	št. udeležencev: 100	kotizacija: 160 EUR z DDV	k. točke: 6
vsebina: Seminar je namenjen pediatrom, fiziatrom, delovnim terapevtom, fizioterapevtom, specialnim pedagogom, spremljevalcem otrok v programih izobraževanja. Udeležba na seminarju in delavnici bo upoštevana za stalno podiplomsko usposabljanje zdravnikov za podaljševanje licenc ZZS in s strani IVZ kot strokovno izobraževanje.	organizator: URI – Soča	prijave, informacije: prijave: W: https://dogodki.uri-soca.si/sl/Dogodki/ , informacije: Tajništvo zdravstvenih programov, E: dogodki@ir-rs.si , T: 01 475 82 43	

10. ob 10.00 • OBRAVNAVA BOLEZNI DOJK NA PRIMARNEM NIVOJU Z INDIVIDUALNO UZDELAVNICO

kraj: MARIBOR, UKC	št. udeležencev: individualni tečaj 3 osebe, samo predavanja cca 50 oseb	kotizacija: samo predavanja (enodnevna) 50 EUR, individualni tečaj 2000 EUR (samo za 3 osebe za letošnje leto)	k. točke: ***
vsebina: Srečanje je namenjeno specialistom in specializantom ginekologom, radiologom, družinskim zdravnikom.	organizator: UKC Maribor, Klinika za ginekologijo in perinatologijo, Oddelek za ginekološko onkologijo in onkologijo dojk, doc. dr. Maja Pakiž, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: www.ukc-mb.si (strokovna srečanja), informacije: Tina Škerbinc Muzlovič, E: Tina.skerbincmuzlovic@ukc-mb.si , T: 02 321 29 40	

12. ob 8.15 • ŠOLA KLINIČNE OBRAVNAVE V GINEKOLOGIJI IN NOSEČNOSTI

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 90 EUR, za specializante in upokojene zdravnike ni kotizacije	k. točke: 7
vsebina: Šola, strokovna predavanja in zanimive interaktivne delavnice (šola bo organizirana v 4 terminih: 12. 2., 9. 3., 20. 10. (Ljubljana) in 16. 4. (Dobrna). Izobraževanje je namenjeno vsem specialistom ginekologije in porodništva, splošnim/družinskim zdravnikom, farmacevtom).	organizator: Slovensko menopavzno društvo; prim. Lucija Vrabič Dežman	prijave, informacije: prijave: E: prijava.sola@gmail.com ali spletna stran Domus Medica www.domusmedica.si ali T: 040 420 013, 01 563 15 91, ga. Darja, informacije: prim. Lucija Vrabič Dežman, dr. med., 041 798 048, E: lucija.vrabcic@gmail.com	

12.–13. ob 9.00 • STROKOVNA KONFERENCA: IZZIVI IN PRILOŽNOSTI IZVAJANJA DOLGOTRAJNE OSKRBE V SLOVENIJI

kraj: CELJE, Duhovno-prosvetni center Dom sv. Jožef, Plečnikova 29, Kardinalova dvorana	št. udeležencev: 100	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Predstavitev rezultatov pilotnih projektov podpore prehoda v izvajanje sistemskega zakona o dolgotrajni oskrbi in utemeljitev holističnega pristopa, kot ga je uvedla C. Saundes.	organizator: Duhovno-prosvetni center Dom sv. Jožef v soorganizaciji z Zdravstvenim domom Celje, Centrom za socialno delo Celje in JZ Socio, Irena Švab Kavčič	prijave, informacije: prijave: Irena Švab Kavčič, prijave: E: Info@jozef.si , informacije: T: 059 073 800, Irena Švab Kavčič, E: irena.svabkavcic@jozef.si	

13. ob 15.00 • NE DOPUŠČAJMO NASILJA

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Slovenska cesta 162	št. udeležencev: 50	kotizacija: za člane zbornice ni kotizacije, ostali 50 EUR	k. točke: 3,5
vsebina: Izobraževanje je namenjeno zdravstvenim delavcem, da se poučijo o pojavu nasilja v zdravstvu in o možnih načinih preprečevanja in ukrepanja.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: prijave: W: www.domusmedica.si , informacije: Andreja Stepišnik, T: 01 307 21 53, E: andreja.stepisnik@zss-mcs.si	

24. ob 9.00 • REANIMACIJA

kraj: LJUBLJANA, SIM-center ZD Ljubljana	št. udeležencev: 20	kotizacija: 180 EUR z DDV	k. točke: ***
vsebina: Sprostitev dihalne poti, dihalni balon, endotrahealna intubacija, zunanja masaža srca, varna defibrilacija, zdravila, timsko delo.	organizator: Simulacijski center ZD 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: prijava.sim@zd-lj.si	

26. ob 9.00 • POROD 1

kraj: LJUBLJANA, SIM-center ZD Ljubljana	št. udeležencev: do 20	kotizacija: 180 EUR z DDV	k. točke: ***
vsebina: Ukrepanje ob zapletih pri porodu, reanimacija nosečnice, reanimacija novorojenčka, timsko delo pri izvajanju poroda z zapletom. Namenjeno zdravstvenim delavcem.	organizator: Simulacijski center ZD 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: prijava.sim@zd-lj.si	

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

kraj: LJUBLJANA, SIM-center ZD Ljubljana	št. udeležencev: 20	kotizacija: 180 EUR z DDV	k. točke: ***
vsebina: Zunanja masaža srca, varna defibrilacija, oskrba dihalne poti, umetna ventilacija, pristop k vitalno ogroženemu pacientu, reanimacija.	organizator: Simulacijski center ZD 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: prijava.sim@zd-lj.si	

6. ob 9.00 • DELAVNICA UČIKOVITE VADBE – KAKO ENOSTAVNO PRIDOBITI IN OHRANITI TELESNO ZMOGLJIVOST IN PROŽNOST

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 20	kotizacija: za člane zbornice ni kotizacije, ostali 45 EUR	k. točke: 2
vsebina: Na delavnici se bodo udeleženci naučili enostavnih veščin in tehnik za prepoznavanje neustreznih gibalnih vzorcev ter tehnik preproste vadbe in usmerjenega dihanja, ki so ključne za ohranjanje zdravega gibanja in obvladovanja telesa.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: prijave: W: www.domusmedica.si , informacije: Andreja Stepišnik, T: 01 307 21 53, E: andreja.stepisnik@zzs-mcs.si	

7. ob 9.00 • OSKRBA VITALNO OGROŽENEGA OTROKA 2

kraj: LJUBLJANA, ZD Ljubljana, SIM-center, Metelkova 9	št. udeležencev: 24	kotizacija: 180 EUR	k. točke: ***
vsebina: Interaktivna učna delavnica je namenjena zdravnikom, medicinskim sestram, celotnim zdravstvenim timom, študentom medicine in zdravstvene nege, s ciljem izboljšanja varnosti pacientov in učinkovitosti zaposlenih.	organizator: Simulacijski center ZD 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: prijava.sim@zd-lj.si	

7. ob 9.30 • 10. HIPOKRATOV VEČER: UGOVOR VESTI V MEDICINI IN ZDRAVSTVU

kraj: CELJE, Dom sv. Jožef, Plečnikova 29	št. udeležencev: 150	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Okrogla miza je namenjena vsem zdravnikom in ostalim zdravstvenim delavcem.	organizator: Združenje slovenskih katoliških zdravnikov, Janez Dolinar, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Združenje slovenskih katoliških zdravnikov, Trubarjeva cesta 82, 1000 Ljubljana, informacije: Janez Rifel, E: janez.rifel@mf.uni-lj.si , T: 041 648 548	

9. ob 8.15 • ŠOLA KLINIČNE OBRAVNAVE V GINEKOLOGIJI IN NOSEČNOSTI

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 90 EUR, za specializante in upokojene zdravnike ni kotizacije	k. točke: 7
vsebina: Šola, strokovna predavanja in zanimive interaktivne delavnice (šola bo organizirana v 4 terminih: 12. 2., 9. 3., 20. 10. (Ljubljana) in 16. 4. (Dobrna). Izobraževanje je namenjeno vsem specialistom ginekologije in porodništva, splošnim/družinskim zdravnikom, farmacevtom).	organizator: Slovensko menopavzno društvo; prim. Lucija Vrabčič Dežman	prijave, informacije: prijave: E: prijava.sola@gmail.com ali spletna stran Domus Medica www.domusmedica.si ali T: 040 420 013, 01 563 15 91, ga. Darja, informacije: prim. Lucija Vrabčič Dežman, dr. med., 041 798 048, E: lucija.vrabic@gmail.com	

13. • HEMOPTIZA

kraj: TOPOLŠICA, Bolnišnica Topolšica	št. udeležencev: 30	kotizacija: ni podatka	k. točke: ***
vsebina: obravnava bolnika s hemoptizo	organizator: Bolnišnica Topolšica	prijave, informacije: Lucija Gabršček Parežnik, T: 03 898 77 89, 031 397 597, E: lucija.gabrscek@b-topolsica.si	

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

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 25	kotizacija: 137 EUR	k. točke: 7
vsebina: Udeleženci bodo spoznali krizne dogodke s poudarkom na dogodkih v zdravstvu. Spoznali bodo faze in vrste odziva na travmatski dogodek ter različne vrste pomoči po tovrstnem dogodku.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: prijave: W: www.domusmedica.si , informacije: Andreja Stepišnik, T: 01 307 21 53, E: andreja.stepisnik@zzs-mcs.si	

13. ob 9.00 • 2. NEFROLOŠKA ŠOLA – REDKE BOLEZNI LEDVIC

kraj: MARIBOR, Hotel Habakuk	št. udeležencev: do 100	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vseбина: Strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom pediatrom, internistom, družinskim zdravnikom.	organizator: UKC Maribor, prof. dr. Nataša Marčun Varda, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: www.ukc-mb.si (strokovna srečanja), informacije: Rebeka Gerlič, T: 02 321 28 13	

13.–14. ob 8.50 • PSIHLOGIJA KOMUNICIRANJA IN MEDOSEBNIH ODNOSOV – MEHKE VEŠČINE PRI OSKRBI BOLNIKOV

kraj: BLEJ, Hotel Kompas	št. udeležencev: 80	kotizacija: 250 EUR + DDV	k. točke: 14
vseбина: Izobraževanje je namenjeno medicinskim sestram, zdravstvenim tehnikom, zdravnikom, specializantom, farmacevtom in vsem, ki se ukvarjajo z oskrbo bolnikov s kroničnimi nenalezljivimi in drugimi obolenji na primarni, sekundarni in terciarni ravni. Poudarek bo na pomenu mehkih veščin pri oskrbi bolnikov.	organizator: Društvo Edmed	prijave, informacije: Simon Javornik, T: 041 724 318, 041 724 318, E: info@drustvoEDMED.si , W: www.drustvoEDMED.si	

13.–14. ob 9.00 • STANDARDNI POSTOPKI OSKRBE AKUTNE IN KRONIČNE RANE

kraj: PORTOROŽ, Grand hotel Bernardin	št. udeležencev: 150	kotizacija: 130–340 EUR (DDV vključen), več na W: https://www.dors.si/	k. točke: ***
vseбина: strokovno srečanje	organizator: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD	prijave, informacije: prijave do 8. 3. na E: bajecmojca@gmail.com ali Društvo za oskrbo ran Slovenije, Cigaletova ulica 9, 1000 Ljubljana, informacije: W: https://www.dors.si/	

14. ob 7.45 • OTORINOLARINGOLOŠKI DAN 2020

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta UL, Korytkova 2, Velika predavalnica	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 65 EUR (DDV vključen)	k. točke: 6
vseбина: seminar za družinske zdravnike, pediatri, šolske zdravnike, otorinolaringologe	organizator: Katedra za otorinolaringologijo Medicinske fakultete UL, Klinika za ORL in CFK, UKC Ljubljana, Foniatrična sekcija Združenja otorinolaringologov Slovenije SZD	prijave, informacije: Irena Hočevar Boltežar, T: 01 522 24 65, 041 958 336, E: irena.hocevar@kclj.si	

18. ob 9.00 • POROD 2

kraj: LJUBLJANA, SIM-center ZD Ljubljana, Metelkova 9	št. udeležencev: 24	kotizacija: 180 EUR z DDV	k. točke: ***
vseбина: Ukrepanje ob zapletih pri porodu, reanimacija nosečnice, reanimacija novorojenčka, timsko delo pri izvajanju poroda z zapletom. Namenjeno zdravstvenim delavcem.	organizator: Simulacijski center ZD 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: prijava.sim@zd-lj.si	

19. ob 15.00 • NE DOPUŠČAJMO NASILJA

kraj: MARIBOR, UKC	št. udeležencev: 50	kotizacija: za člane zbornice ni kotizacije, ostali 50 EUR	k. točke: 3,5
vseбина: Izobraževanje je namenjeno zdravstvenim delavcem, da se poučijo o pojavu nasilja v zdravstvu in o možnih načinih preprečevanja in ukrepanja.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: prijave: W: www.domusmedica.si , informacije: Andreja Stepišnik, T: 01 307 21 53, E: andreja.stepisnik@zss-mcs.si	

19.–20. • 31. DNEVI REHABILITACIJSKE MEDICINE: IZBOLJŠAVE V KLINIČNI PRAKSI

kraj: LJUBLJANA, URI – Soča, Linhartova 51	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: do 15. 2. za oba dneva 250 EUR, en dan 200 EUR, specializanti in sekundariji 150 EUR, po 15. 2. za oba dneva 350 EUR, en dan 300 EUR, specializanti in sekundariji 250 EUR	k. točke: ***
vseбина: strokovno srečanje	organizator: URI – Soča, prof. dr. Helena Burger, dr. med., in doc. dr. Nika Goljar, dr. med.	prijave, informacije: Ela Loparič, URI – Soča, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, T: 01 475 84 41, E: ela.loparic@ir-rs.si	

20. ob 9.00 • 21. REDNO LETNO PLENARNO ZASEDANJE SLOVENSKEGA FORUMA O PREVENTIVI BOLEZNI SRCA IN ŽILJA

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska c. 162, Modra dvorana	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vseбина: teme: Telesna vadba pri srčnih in drugih kroničnih boleznih, Prehranski vzorci in srčno-žilno zdravje, Preventivna kardiologija – nove smernice in priporočila	organizator: Združenje kardiologov Slovenije, Delovna skupina za preventivno kardiologijo	prijave, informacije: Saša Radelj, T: 01 434 21 00, E: sasa.radelj@sicardio.org	

21. • SIMPOZIJ O POKLICNIH BOLEZNIH ZOBOZDRAVNIKOV IN KAKO PREVENTIVNO DELOVATI

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 300	kotizacija: 130 EUR	k. točke: 7
vsebina: simpozij	organizator: Združenje WDS	prijave, informacije: Diana Terlevič Dabič, T: 041 667 046, E: diana.terlevic@siol.net , W: https://www.zdruzenjewds.si/	

21. ob 9.00 • OSKRBA VITALNO OGROŽENEGA PACIENTA S SIMULIRANIM PACIENTOM

kraj: LJUBLJANA, SIM-center ZD Ljubljana, Metelkova 9	št. udeležencev: do 10	kotizacija: 180 EUR z DDV	k. točke: ***
vsebina: Strokovno izobraževanje je namenjeno zaposlenim v zdravstvenih zavodih (medicinskim sestram, zdravnikom). V programu usposabljanja, ki je praktično naravnano (učenje s simulacijami), bodo udeleženci pridobili/obnovili ustrezna znanja, nujno potrebna za sprejem in oskrbo vitalno ogroženega pacienta v osnovnem zdravstvu.	organizator: Simulacijski center ZD 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: prijava.sim@zd-lj.si	

23. ob 9.00 • OSKRBA VITALNO OGROŽENEGA PACIENTA

kraj: LJUBLJANA, SIM-center ZD Ljubljana, Metelkova 9	št. udeležencev: 24	kotizacija: 180 EUR z DDV	k. točke: ***
vsebina: Sistematični pregled vitalno ogroženega pacienta, sprostitve dihalne poti, ravnanje z dihalnim balonom, aspiracija, aplikacija kisika, vzpostavitev intravenske poti, nastavitev infuzije, varna defibrilacija.	organizator: Simulacijski center ZD 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: prijava.sim@zd-lj.si	

25. ob 9.00 • OSNOVNA DELAVNICA ZA USPOSABLJANJE MENTORJEV IN UČITELJEV TTTI (TRAINING THE TRAINERS)

kraj: LJUBLJANA, UKC, Ginekološka klinika, stara porodnišnica, Šlajmerjeva 3 (knjižnica – pritličje)	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 244 EUR (DDV vključen)	k. točke: 7
vsebina: Delavnica je namenjena učiteljem in mentorjem vseh poklicev.	organizator: UKC Ljubljana	prijave, informacije: Tina Kofler, 01 522 90 22, E: tina.kofler@kclj.si	

26.–27. 3., 21.–22. 5., 19.–20. 11. ob 8.45 • OSNOVE KLINIČNE ALERGOLOGIJE IN ASTME

kraj: KRANJSKA GORA, Ramada hotel ali hotel Kompas	št. udeležencev: 25	kotizacija: 250 EUR	k. točke: v postopku
vsebina: Predavanja, delavnice: zdravljenje in dg. postopki alergijskih, imunskih bolezni in astme. Namenjeno pulmologom, internistom, specialistom in specializantom splošne/družinske medicine.	organizator: Alergološka in imunološka sekcija SZD, prof. Mitja Košnik, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: http://www.szd.si/osnove-klinicne-alergologije-in-astme/ , informacije: prof. Mitja Košnik, dr. med., Irena Dolhar, E: Mitja.kosnik@klinika-golnik.si , irena.dolhar@siol.net	

26.–28. ob 9.00 • 6. KONGRES GINEKOLOGOV IN PORODNIČARJEV SLOVENIJE Z MEDNARODNO UDELEŽBO: NOVOSTI V GINEKOLOGIJI, PERINATOLOGIJI IN REPRODUKTIVNI MEDICINI

kraj: LJUBLJANA, Cankarjev dom	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: specialisti 300 EUR, specializanti in medicinske sestre 150 EUR, 1 dan specialisti 100 EUR, specializanti in medicinske sestre 50 EUR	k. točke: ***
vsebina: Kongres je namenjen specialistom in specializantom ginekologije in porodništva, babicam, sestram.	organizator: Združenje ginekologov in porodničarjev Slovenije, SZD, UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, UKC Maribor, Klinika za ginekologijo in perinatologijo, prof. dr. Iztok Takač, dr. med., svet., prof. dr. Adolf Lukanović, dr. med., svet.	prijave, informacije: UKC LJ, Ginekološka klinika, ERIK, Šlajmerjeva 3, 1000 Ljubljana, Martina Pečlin, E: martina.peclin@mf.uni-lj.si , informacije: Martina Pečlin, E: martina.peclin@mf.uni-lj.si , T: 01 522 60 20	

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

kraj: LJUBLJANA, SIM-center ZD Ljubljana, Metelkova 9	št. udeležencev: 24	kotizacija: 180 EUR z DDV	k. točke: ***
vsebina: Zunanja masaža srca, varna defibrilacija, oskrba dihalne poti, umetna ventilacija, pristop k vitalno ogroženemu pacientu, reanimacija.	organizator: Simulacijski center ZD 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: ana.erdelja@zd-lj.si , W: https://sim.zd-lj.si/index.php/sl/	

27.–28. ob 9.00 • MEDICINA, PRAVO IN DRUŽBA: ODGOVORNOST V ZDRAVSTVU

kraj: MARIBOR, Univerza v Mariboru, Slomškov trg 15, Velika dvorana in Trstenjakova dvorana	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 250 EUR (vključen DDV), za upokojene zdravnike, pravnike, študente medicine in prava kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Vsebina posveta zajema odgovornost države, družbe, zdravstvenih, pravnih institucij zdravniške zbornice, zdravnikov in pravnikov za izvajanje zdravstvenega sistema. Izobraževanje je namenjeno zdravnikom, pravnikom, sociologom, študentom medicine, prava in drugim, ki jih to področje zanima.	organizator: Univerza v Mariboru, Pravna fakulteta in Medicinska fakulteta v Mariboru, Društvo pravnikov in Zdravniško društvo Maribor, prof. Vesna Rijavec in prim. Jelka Reberšek Gorišek	prijave, informacije: prijave: Urška Kukovec, Pravna fakulteta, Center za medicinsko pravo, Mladinska ul. 9, 2000 Maribor, E: dekanat.pf@um.si , informacije: Urška Kukovec, dipl. prav., Pravna fakulteta Maribor, Mladinska 9, 2000 Maribor, W: https://pf.um.si/dogodki/medicina-pravo-druzba/ , T: 02 250 42 38, E: dekanat.pf@um.si	

27.–29. ob 13.00 • DERMATOLOŠKI VIKEND NA OTOČCU

kraj: OTOČEC, Hotel Šport	št. udeležencev: do 100	kotizacija: za člane ZSD s plačano članarino za 2020 kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Strokovno srečanje je namenjeno dermatovenerologom in ostalim zainteresiranim zdravnikom. Obravnavane bodo številne novosti na področju dermatoonkologije in novosti pri zdravljenju imunsko pogojenih kožnih bolezni ter proste teme.	organizator: Združenje slovenskih dermatovenerologov (ZSD), prof. dr. Jovan Miljković	prijave, informacije: prijave: E: zsd.si.info@gmail.com , informacije: Alojzija Miklič, T: 031 354 924, E: zsd.si.info@gmail.com	

30. ob 9.00 • OSKRBA POŠKODOVANCA

kraj: LJUBLJANA, SIM-center ZD Ljubljana, Metelkova 9	št. udeležencev: do 24	kotizacija: 180 EUR z DDV	k. točke: ***
vsebina: Pristop k poškodovancu, pregled poškodovanca, obračanje poškodovanca, zaustavljanje krvavitve, sprostitev dihalne poti pri poškodovancu, nadzor notranjih krvavitvev.	organizator: Simulacijski center ZD 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: prijava.sim@zd-lj.si	

Strokovna srečanja za več mesecev vnaprej so objavljena na spletni strani www.domusmedica.si

Univerzitetni klinični center Maribor

razpisuje prosta delovna mesta (m/ž):

- 1 zdravnik specialist splošne kirurgije (za potrebe Oddelka za žilno kirurgijo),
- 2 zdravnika specialista splošne ali abdominalne kirurgije,
- 2 zdravnika specialista torakalne kirurgije,
- 2 zdravnika specialista plastične, rekonstrukcijske in estetske kirurgije,
- 1 zdravnik specialist nevrokirurgije,
- 2 zdravnika specialista interne 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,

- 2 zdravnika specialista pnevmologije,
- 1 zdravnik specialist pediatrije,
- 1 zdravnik specialist psihiatrije,
- 2 zdravnika specialista radiologije,
- 1 zdravnik specialist klinične mikrobiologije,
- 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 znanja nemškega ali angleškega jezika,
- znanje 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 pošljite na naslov: Univerzitetni klinični center Maribor, Kadrovski oddelek, Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor.

Osnovno zdravstvo Gorenjske

Spoštovana kolegica, cenjeni kolega!

Osnovno zdravstvo Gorenjske je javni zdravstveni zavod, ki poleg izvajanja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni izvaja tudi določeno specialistično zdravstveno dejavnost. Svojo dejavnost izvaja v zdravstvenih domovih znotraj gorenjske regije.

V našem zavodu iščemo nove sodelavce, specialiste različnih specialnosti oz. zdravnike po opravljenem strokovnem izpitu, in sicer:

- **zdravnika specialista pediatrije (m/ž)**, za nedoločen čas s polnim delovnim časom v **OE ZD Bled, Bohinj** in **zdravnika specialista družinske medicine (m/ž)** za nedoločen čas s polnim delovnim časom v **OE ZD Bled, Bohinj**,
- **zdravnika specialista radiologije (m/ž), pediatrije ali šolske medicine (m/ž), oftalmologije (m/ž) in specialista družinske medicine (m/ž)** za nedoločen čas s polnim delovnim časom v **OE ZD Kranj**,
- **zdravnika specialista pediatrije (m/ž), zdravnika specialista urgentne medicine (m/ž), zdravnika specialista radiologije (m/ž)** za nedoločen čas s polnim delovnim časom in **zdravnika specialista ginekologije (m/ž)** za nedoločen čas s polnim ali polovičnim delovnim časom v **OE ZD Škofja Loka**,
- **zdravnika specialista pedopsihiatrije ali otroške in mladostniške psihiatrije (m/ž) in zdravnika specialista psihiatrije (m/ž)** za nedoločen čas s polnim delovnim časom v **OE ZD Jesenice**,
- **zdravnika specialista družinske medicine (m/ž)** za nedoločen čas s polnim delovnim časom, **zdravnika specialista pediatrije ali šolske medicine (m/ž)** za nedoločena čas s polovičnim delovnim časom v **OE ZD Tržič**,

- **zdravnika specialista družinske medicine (m/ž)** za nedoločen čas s polnim delovnim časom v **OE ZD Radovljica**,
- **zdravnika specialista otorinolaringologije (m/ž)** za nedoločen čas za 8 ur na teden v **OE ZD Radovljica** in **zdravnika specialista oftalmologije (m/ž)** za nedoločen čas s polnim delovnim časom v **OE ZD Radovljica** in v **OE ZD Tržič**,
- **zdravnika specialista pediatrije (m/ž)** za nedoločen čas s krajšim delovnim časom v **OE ZD Radovljica**,
- **zdravnika po opravljenem strokovnem izpitu (m/ž)** za določen čas 1 leta s polnim delovnim časom v **OE ZD Tržič**.

Naše prednosti so:

- dobri odnosi v kolektivu,
- dobre možnosti izobraževanja in izpopolnjevanja, ZD Kranj pa nudi tudi možnost najema neprofitnega stanovanja.

V primeru, da ste zainteresirani za sodelovanje v našem kolektivu, vas vljudo vabimo, da nam posredujete svoj življenjepis, dokazila o zahtevani izobrazbi, potrdilo o opravljenem specialističnem izpitu ali nam pišete na spodaj navedene kontaktne naslove. Dogovorili se bomo za srečanje, kjer vam bomo lahko podrobneje predstavili možnosti dela v naši ustanovi. Kandidati naj posredujejo prošnje do 29. 02. 2020

- po pošti na naslov: OZG OE ZD Bled, Bohinj, Mladinska cesta 1, Bled ali na e-naslov: tajnistvo@zd-bled.si ali
- po pošti na naslov: OZG OE ZD Kranj, Gosposvetska ulica 10, Kranj ali na e-naslov: tajnistvo@zd-kranj.si ali
- po pošti na naslov: OZG OE ZD Škofja Loka, Stara cesta 10, Škofja Loka ali na e-naslov: tajnistvo@zd-loka.si ali
- po pošti na naslov: OZG OE ZD Jesenice, Cesta maršala Tita 78, Jesenice ali na e-naslov: uprava@zd-jesenice.si ali
- po pošti na naslov: OZG OE ZD Radovljica, Kopališka cesta 7, Radovljica ali na e-naslov: tajnistvo@zd-radovljica.si ali
- po pošti na naslov: OZG OE ZD Tržič, Blejska cesta 10, 4290 Tržič ali na e-naslov: tajnistvo@zd-trzic.si.

PRODAM

Ugodno prodam ambulantne prostore, ki so v sklopu več ambulant.

Prostori v izmeri 40 m² so svetli in lepo opremljeni.

Obsegajo prostor za zdravnika, sestrski prostor in manjši prostor za posege. Čakalnica in sanitarije so skupni še za dve ambulanti. Imamo recepcijo za naročanje bolnikov in druge administrativne zadeve. Smo za Bežigradom.

Informacije: 041 348 320.

Razpis koncesije

Občanke in občani občine Dobropolje vabimo zdravnika ali zdravnico družinske medicine, nekoga, ki je po dolgotermnem izobraževanju in usposabljanju našel svoj smisel in mu zdrav človek pomeni vse in še več. Ali pa na tem področju že izkušeno osebo, ki je v dolgih letih dela prepoznala zdrave sočloveka kot največjo vrednoto in slednjo želi širiti tudi med nami. Vabimo vse, ki vas ni strah novih izzivov, imate radi mirno, zeleno okolje in hkrati ne boste daleč od središča države, da se nam pridružite. Dokumentacija za prijavo na javni razpis je objavljena na spletni strani občine in na portalu javnih naročil. Za vse podrobnosti se bomo dogovorili. Prosimo pokličite na 01 786 70 10 ali pišite na: obcina.dobropolje@siol.net. Več o razpisu koncesije na spletni strani: <https://www.dobropolje.si/objava/237822>

Henrik Krnec (1932–2019)

Zvonka Zupanič Slavec



Henrik se je rodil v železničarski družini s sedmimi otroki v Zalogu pri Ljubljani. S šestnajstimi leti se je vpisal v Železničarski tehnikum in postal gradbeni tehnik. Prva delovna leta je preživel kot železničarski uslužbenec v Bosni, kasneje pa je za vojsko gradil nove in popravil stare karavle. Življenjske razmere so bile povsod neugodne, kar je plačal s tuberkulozo, ki jo je zdravil leta. V letu 1972 je dobil službo pri Medico inženiringu takratnih ljubljanskih kliničnih bolnic. Postal je kalkulant pri bolnišničnem arhitektu Vladimirju Sekavčniku. Pri delu je bil izjemno zanesljiv in zato zelo cenjen. To je bil tudi čas, ko se je srečal s slikarji Kliničnega centra, ki so tam slikali že pred ustanovitvijo Likovne skupine v okviru KUD-a Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher (KUD KC in

MF) leta 1980.

Henrik je bil družinski človek z ženo in dvema sinovoma, zelo pa je bil navezan tudi na svoje brate in sestre, ki so bili prav tako slikarsko nadarjeni in so slikali. Neredko so prirejali skupinske razstave. Rad se je srečeval s somišljeniki, z umetniškimi navdušenci in ljudmi dobre volje ter odprtih src. Med njimi so bili akad. slikar Leon Koporc in nekateri člani KUD-a KC in MF, akad. slikar Henrik Herman, slikar Ladislav Ulčakar, arhitekt Niko Zupan in drugi. Vse življenje je gojil likovno umetnost: že leta 1952 se je učil portretiranja pri slikarju samouku Janezu Kališniku v železničarskem KUD-u Tine Rožanc. S tem znanjem je med drugim naslikal okoli 100 portretov slovenskih zdravnikov in z njimi opremil dve veliki medicinski monografiji spodaj podpisane, trajno pa so portreti prvih učiteljev ljubljanske medicinske fakultete razstavljeni v njeni avli. Naslikal je tudi vse prve stavbe ljubljanske bolnišnice, ki krasijo Modri salon UKCL.

Bil je mehak, človeško topel in povezovalen človek. Bil je kot kvas za prijateljske vezi v Likovni skupini Leon Koporc iz UKCL. Zanj je sistematično in tankočutno uredil razstaviščno dejavnost, vključno z galerijskimi redi, pravilniki ...

Od leta 1993, ko sem prevzela vodenje KUD-a Kliničnega centra, in vse do leta 2017, ko je vodenje prevzel naslednik, je prihajal s svojimi konkretnimi pobudami za izboljšanje delovanja KUD-a in jih tudi realiziral. S kaligrafskimi napisi je opremljal vse razstave v UKCL, izdelal KUD-ov logotip, njegova standardizirana priznanja, deloval v komisiji za bolnišnično terapevtsko galerijo ter zaslužen postal KUD-ov častni član. Večkrat sem slišala, da tako kot v UKCL teče razstaviščna dejavnost, ne teče nikjer v Sloveniji!

Henrikov slikarski svet je bil njemu lasten. Bil je eden redkih mojstrov pastela. Tudi znotraj zdravniških vrst je za pastel navdušil okulist Igorja Šivca, kateremu je bil kot slikarski oče. Likovni kritik Milan Pirker ga je slikarsko najbolje poznal in opisoval njegov slikarski svet, v katerem ne gre za fizično prezenco naslikanega, ampak za duhovno interpretacijo, prefinjeno slikanje s prstom s pastelnim prahom. Žar njegovih slik se gledalca z lahkoto dotakne. Njegova dela so vedno monumentalna, izbiral je en sam motiv, na katerega se je osredotočil. Pripovedoval je drobne zgodbe iz svojega življenja. Bil je človek duha, veren, moralna in duhovna avtoriteta svojega časa in okolja, človek večnega in presežnega. Henrikovo slikarstvo je bilo njegov duhovni avtogram, prepoznaven, brezmejno natančen in dodelan. Njegove slike v UKCL, ki jih je dolga leta daroval, vlivajo bolnikom upanje v ozdravitev in dvigujejo duha zaposlenim, da lažje prenašajo težo svojega poklica. Z darovanji slik je Henrik kazal svoje zaupanje v duhovno spodbudo ter humanizacijo medicine in hospitalizacije z umetnostjo.

Henrik Krnec je bil človek širokega duha, človek večnosti in angel dobrote. Bil je hvaležen za milost življenja in tudi zame in za nas je bila milost, da smo se lahko desetletja oplajali z njegovo dobroto in toplino ter se zgledovali po njem. Za nas je bil in ostaja vitez dostojanstva in plemenitosti. Naj mu bo lahka zemlja domača, ki jo je kot rodoljub tako ljubil. V naših spominih in srcih bo v hvaležnosti večno živel.

**Prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec, dr. med.,
Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Inštitut
za zgodovino medicine**

Adam Kay: Tole bo bolelo – Skrivni dnevnik mladega zdravnika

Mladinska knjiga založba, 2019, 272 str.

Nina Mazi

Pisanje dnevnika je zanimiva in koristna dejavnost predvsem za pisca oz. avtorja, naslednji korak, branje le-tega, pa presega individualni nivo in preraste v javnega. Zlasti v primeru uspešnice, kot je zbirka dnevnških zapisov mladega zdravnika, ki iskreno in doživeto opisuje svoje prve korake v svet konkretne zdravniške oz. zdravstvene prakse.

Domiselni avtor dnevnika mladega zdravnika, Adam Kay, britanski pisatelj in scenarist, se je v svoji svetovni uspešnici *To bo bolelo* poglobil v lik novopečenega zdravnika, ginekologa, ki je pripravljen in zmožen storiti vse, da bi uspel v svojem »sanjskem poklicu«, ki pa se kmalu izkaže za napornega in zahtevnega, na trenutke celo nečloveškega. Njegovo plemenito poslanstvo zahteva 360 in več delovnih ur na mesec, nešteto neprespanih noči, pregaranih vikendov, počitnic in praznikov ter prinaša s seboj neurejeno prehrano, ubijalski delovni ritem, skrb vzbujajoče odnose, občutek dolžnosti, breme krivde, odmik od družine, prijateljev in znancev, izmučenost in onemoglost, nemalokrat že izgorelost ...

Vse naštete in njim sorodne elemente je avtor mojstrsko prepletel in povezal v imenitno literarno mojstrovino, ki zahvaljujoč kruti, nepopustljivi in neprijazni resničnosti, obogatena s kančkom ironije in pravo mero nepogrešljivega humorja, človeka hkrati nasmeje in gane do solz. Prebrati bi jo morali vsi bolniki in njihovi svojci (tako bi lažje razumeli zdravnike in njihove sodelavce – zdravstveni sistem v celoti), pa tudi zdravniki (upoštevajoč dejstvo, da se težke in hude stvari ne dogajajo le

njim, marveč tudi ostalim kolegom). In če bi si vsaj kanček pričujočega branja privoščili še odločevalci iz zavarovalniškega in vladnega sektorja, bi bila slika popolna; družba bi lahko stopila na pot priprav na korenite spremembe, zdravstvene reforme, ki jih pristojni skušajo *ad hoc* potegniti iz rokava, pri tem pa vedno znova ugotavljajo, da je to nemogoče. Hkrati pa ne znajo, ne zmorejo ali nočejo ubrati nove, bolj primerne poti.

O vsem naštetem si bralec lažje ustvari bolj realno sliko, ko se zave, da so tudi zdravniki in njegovi sodelavci ter izbranci v zdravstvenih vrhovih samo ljudje – prediha pričujočo mojstrovino, ki je bila doslej prevedena v 35 jezikov in prodana v izjemno visokih, večmilijonskih nakladah. Hkrati pa tudi, ko prispe do zadnje od 272 strani slovenskega prevoda, še vedno ne ve oz. ne more razumeti, zakaj ima javnost zdravstvo za neobvladljiv resor in zakaj je javno zdravstvo vselej na udaru, ko se politika zave, da bo treba varčevati, saj zategovanje pasu v zdravstvu nikakor ni nedolžna, preprosta zadeva. Zato ne preseneča dejstvo, da bi Adam Kay svojim otrokom brez pomisleka odsvetoval študij medicine.

Glavni junak dnevnika, mladi ginekolog in porodničar, je v času svojega udejstvovanja v javni zdravstveni mreži na Otoku več dni in noči kot doma preživel v bolnišnici. Sodeloval je pri reševanju, porajanju in ugašanju človeških življenj, stoje spal, sede sanjal in se leže premetaval po postelji, ker mu bremena skrbi in napora niso pustila zatisniti očesa. Živel je »na kavni pogon«, nenehno presenečal in zatajeval samega sebe

ter se miže podal v nevarnost vselej, ko je bilo treba lastne moči – znanje, izkušnje in sposobnosti – zastaviti za bolnike in njihove najbližje.

S svojo mojstrovino *Tole bo bolelo*, ki je postala svetovna uspešnica, je Adam Kay pritegnil ogromno pozornosti – navdušil bralce in kritike, »outsiderje« in poznavalce ter iskreno, preprosto in duhovito razkril oz. pojasnil, da zdravniški poklic nikakor ni sanjski, marveč garaški in da so bogovi v belem prav tako ali pa še bolj krvavi pod kožo kot njihovi varovanci. Skozi delo se kot rdeča nit vleče predvsem troje: zahtevnost zdravniškega poklica, neustrezna obravnava zdravnikov oz. ravnanje z njimi ter zapostavljanje najboljših (pa tudi ostalih) zdravnikov in njihovih sodelavcev.

Kayev dnevnik mladega zdravnika je bil doslej deležen že vrste nagrad in priznanj in je služil tudi kot scenarij za televizijsko dramo oz. komedijo v osmih dejanjih. Mojstrovina, ki je v izvirni, angleški verziji na Otoku izšla leta 2017 in je odslej na voljo tudi v slovenščini, je mojstrska tako z vsebinskega kot tudi s stilističnega, jezikovnega vidika. Pisatelj se ponaša z lahkotnim, a zato nič manj resnim pisanjem, z izjemnim in domiselnim besednim zakladom, s čimer uspe imenitno opisati tako zabavne, humorne anekdote kot resne, tragične dogodke in doživljaje.

Nina Mazi, Ljubljana

Joannes A. Scopoli (1723–1788) in njegova naravoslovna zapuščina

Pobuda za odkritje Scopolijevega kipa

Zvonka Zupanič Slavec

Prirodoslovni muzej Slovenije je v letu 2019 pripravil obeležitev 250-letnice začetka izhajanja Scopolijevih del *Annus Historico Naturalis*, katerega Annus III. je avtor posvetil svoji primarni stroki – medicini. V sklopu obletnice, ki ji je pridružena še 200-letnica smrti velikega podpornika naravoslovja barona Žige Zoisa (1747–1819), muzej organizira vsakomesečna predavanja o Scopolijevem življenju in delu. Scopoli je delal sicer kot zdravnik idrijskih rudarjev. Organizator doc. dr. Al Vrezec je o Scopolijevi naravni dediščini Slovenije ob tej priložnosti v

natisnjeni knjižici kratko zapisal:

»V desetletju med letoma 2010 in 2020 obhajamo 250 let izida prvih znanstvenih del o naravi Slovenije, ki jih je objavil naravoslovec svetovnega formata Giovanni Antonio Scopoli (1723–1788), ki je najplodnejši del svojega življenja preživel na ozemlju tedanje vojvodine Kranjske. Tako so nastali prvi popisi rastlinstva (1760), žuželk (1763) in ptic (1769), kasneje pa tudi mineralov (1772), ki pa se bolj nanašajo na Madžarsko. Scopoli je s svojimi opisi po Linnejevi nomenklaturi iz leta 1758 opisal številne za znanost nove vrste rastlin, žuželk in ptic prav iz ozemlja Slovenije, ki je po njegovi zaslugi kot *locus classicus* mnogih vrst dobila svoje mesto v svetovni naravni dediščini. Poleg tega v tem desetletju obhajamo tudi 250 let znamenitega dopisovanja med vodilnima naravoslovcema tedanjega časa, Karlom Linnejem in Scopolijem, ki je potekalo med Uppsalom (Švedska) in Idrijo (Slovenija) med leti 1760 in 1775. Obletnica odpira kulturno-zgodovinski pomen Slovenije in njene biotske pestrosti v luči svetovne naravne dediščine ter njeno ohranjanje danes, 250 let po Scopoliju (problematiziranje naravoslovnih zbirk kot kulturne dediščine in biotske pestrosti kot naravne dediščine). Ali Scopolija in njegovo pionirsko delo svetovnih razsežnosti Slovenci sploh poznamo? Kakšna je dediščina in tradicija naravoslovnih raziskav zlasti biotske pestrosti v Sloveniji?«

Scopoli, po rodu z južne Tirolske, je leta 1754 v Idriji na predlog cesarskega protomediaka Gerharda van Swietna začel delovati kot zdravnik rudarjev. To delo je opravljal do leta



Predavanje o idrijskem rudniškem zdravniku dr. Scopoliju prof. Zvonke Zupanič Slavec v žlahtnem ambientu Prirodoslovnega muzeja Slovenije (foto: David Kunc, Prirodoslovni muzej Slovenije).

1769 in ga opisal kot »ječo«. Bil je namreč preveč napreden za tedanje razmere na Kranjskem – spore in težave je reševal celo cesarski dvor – in je utego iskal v preučevanju in opisovanju narave. Po Scopoliju je v Idrijo prišel francoski zdravnik Balthasar Hacquet (1739–1815), ki je tudi sam izkusil delovne razmere in jih opisal kot tisoč ovir, za premagovanje katerih je bil poplačan z zasmehom in zaničevanjem. Scopoli in sodobniki so znanstveno popisali številne vrste živali, rastlin in gliv, nekatere med njimi so bile prvič popisane prav na Slovenskem. V letih 1753–1786 je objavil 30 znanstvenih del, popisov flore in favne, ki so sledili sodobnim pravilom nomenklature po Linnejevi klasifikaciji organizmov. Nekatere popise je tudi ilustriral. Ustvaril je obsežno zbirko rastlin in živali, ki pa je propadla. Prirodoslovni muzej Slovenije hrani herbarij njegovega naslednika Hacqueta, v katerem je domnevno tudi nekaj primerkov, ki naj bi jih nabral Scopoli. V Londonu in v Uppsali je ohranjen del zbirke Scopolijevega sodobnika in dopisnika Karla Linneja.

Ključna Scopolijeva naravoslovna dela so:

1760 in 1772 – *Flora Carniolica*

– predstavitev rastlin

1763 – *Entomologia Carniolica*

– predstavitev žuželk

1769–1772 – *Annus historico-naturalis*:

1769 – I. (*Descriptiones Avium*)

– predstavitev ptic

1769 – II. (*Iter Goricense, Iter*

Tyrolense, De Cucurbita pepone,

Cetraria islandica) – predstavitev narave Goriškega in Tirolske, islandski lišaj

1769 – III. – predstavitev medicine

1770 – IV. – predstavitev čebel, botanike, gliv

1772 – V. (*Tentamen Mineralogicum, Observationes Zoologicae*)

– predstavitev mineralov, sesalcev, dvoživk (*Proteus*), rib (sulec), žuželk in drugih nevretenčarjev

Predavanja o Scopoliju so v

Prirodoslovnem muzeju izvedli: doc. dr. Al Vrezec (Scopolijeva naravna dediščina Slovenije), dr. Tomi Trilar (Po sledih Scopolija: od poimenovanja vrste do elektronskega orodja za določanje), Martina Peljhan, Ivica Kavčič in Tinka Gantar iz Muzejskega društva Idrija (Življenje in delo J. A. Scopolija v Idriji (1754–1769)), Špela Pungrašek (Scopolijeva flora Kranjske), Tea Knapič (Favna pajkov od Scopolija do danes), akad. Matija Gogala (Nenavadne zgodbe o Scopolijevem gorskem škržatu), prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec (Scopoli – zdravnik rudarjev živega srebra v Idriji), prof. dr. Jože Jurca (J. A. Scopoli in živinozdravstvo), mag. Matija Križnar (Paleontologija v času Scopolija in Zoisa), Janez Gregori (Joannes Antonius Scopoli in čebele), dr. Andrej Gogala (Scopolijeva *Entomologia Carniolica*) in prof. dr. Davorin Tome (Koliko sledilcev bi imel Scopoli?).

Prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec je v svojem predavanju širši javnosti predstavila Scopolijevo zdravniško delo med rudarji idrijskega rudnika živega srebra, kar predstavlja skorajda

pionirski prispevek k medicini dela ne le na Slovenskem, ampak tudi v širšem mednarodnem prostoru.

Klinični popisi kronične zastrupitve z živim srebrom in poskusi zdravljenja so bili redkost v njegovem času.

Popisal jih je v delu *De Hydrargyro Idriensi* (1761). Poznal je tudi dela predhodnikov, Georga Bauerja-Agricola, Paracelsusa, Mattioli in Baltazarja Hacqueta. Z zdravniškim delom je postal prvi obratni zdravnik v Avstriji, skrb za idrijske delovne invalide pa je prevzela takratna država in zanje odprla cesarski špital v Ljubljani.

Predavateljica je ob tej priložnosti poudarila presežnost Scopolijevega naravoslovnega dela in v imenu Inštituta za zgodovino medicine UL MF, Znanstvenega društva za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije in Medikohistorične sekcije Slovenskega zdravniškega društva predlagala, da bi se mu slovenski prirodoslovci ob njegovi 300-letnici rojstva leta 2023 oddolžili s postavitvijo uglednega kipa, morebiti pred stavbo Prirodoslovnega muzeja Slovenije.

Predavanja so posneta in javno dostopna na spletni strani Prirodoslovnega muzeja Slovenije (*Video Lectures*). Konec leta 2019 pa so v muzeju pripravili še razstavo o Scopolijevem izjemnem delu.

Prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec,
dr. med., Medicinska fakulteta
Univerze v Ljubljani, Inštitut za
zgodovino medicine,
Zvonka.zupanic-slavec@mf.uni-lj.si

Dr. Gašpar Gorišek (1849–1911)

Zmago Turk, Elko Borko

Dr. Gašpar Gorišek (14. 12. 1849–22. 11. 1911) je bil prvi ruški doktor

medicine in iskren slovenski narodnjak, ki je svojo narodno ozavešče-

nost dokazoval s svojim dolgoletnim delom v Rušah. Po njegovi zaslugi so bile Ruše – pred vrati skoraj povsem nemškega Maribora – še pred veliko vojno poznane kot posebno zavedna

in močna slovenska trdnjava na področju Spodnje Štajerske.

Rodil se je 13. decembra 1849 v Celju v obrtniški družini, njegov oče je bil čevljarški mojster. Osnovno šolo je obiskoval v Celju, kjer je leta 1868 z maturo zaključil tudi gimnazijsko izobraževanje. Nadaljeval je s študijem filozofije, vendar se je že po prvem semestru odločil za medicino, najprej na Dunaju, zatem pa v Gradcu, kjer je študij tudi končal. Ohranjena so številna potrdila o opravljenih študijskih obveznostih in diploma, na kateri lahko preberemo, da je leta 1876 postal *doctor universae medicinae*. Med študijem v Gradcu je spoznal tudi svojo bodočo ženo.

Njegovo prvo delovno mesto splošnega zdravnika je bilo v Arnežu (danes Arnfels) na avstrijskem Štajerskem. Iz tega obdobja njegovega življenja vemo samo to, da se je 16. oktobra 1876 v Rušah poročil s prijateljico iz študentskih let Emo Petelno-vo, hčerko mestnega blagajnika v Gradcu, kar dokazuje poročni list župnijskega urada v Rušah.¹

Mlada zakonca sta se leta 1878 preselila v Celje, verjetno v nekdanjo očetovo hišo, kar lahko sklepamo po tem, da je dr. Gorišek v Slovenskem gospodarju 16. maja 1878 najavil, »da v svoji hiši na Glavnem trgu na številki 103 vsaktere bolečine zdravi«.² Ta oglas je časopis ponovno objavil še 22. in 30. maja.



Diploma graške medicinske fakultete iz leta 1876.

- 1 Poročni list Župnijskega urada v Rušah, izdan 21. 10. 1920.
- 2 Slovenski gospodar, oglasi: 16., 23., 30. 5. 1878.



Ruše v začetku leta 1906.

Že junija istega leta se je pod vodstvom nemškega kanclerja Otta von Bismarcka začel Berlinski kongres, na katerem so Avstro-Ogrski prepustili osmansko Bosno in Hercegovino. Takoj so se začele avstrijske priprave za zasedbo prepuščene pokrajine na Balkanu. Dr. Gašpar Gorišek je kot zdravnik sodeloval pri tem vojnem pohodu, na katerem je prišlo do obsežnih spopadov in človeških izgub, o čemer je poročalo tudi takratno časopisje. Ta poročila so pomembna, saj je v njih zaslediti prve aktivnosti Rdečega križa v Mariboru in na našem področju.

Čez pol leta, takoj po končani zasedbi Bosne in Hercegovine, se je vrnil v Celje in že 7. januarja 1879 v istem časopisu sporočil, da »je od vojakov, kjer je kot nadzornik služil, nazaj prišel in bo kakor poprej v svoji hiši št. 103 na Velikem trgu v Celju zdravil vsakovrstne bolezni«.³

O življenju in delu dr. Gašparja Goriška je na pobudo prim. Emana Pertla že leta 1977 prva pisala domačinka iz Ruš, gospa Zora Zorec. Njeno poročilo je bilo osnova prvemu obsežnemu sporočilu, ki ga je objavil

prim. Eman Pertl.⁴ Tudi drugi poročevalci so uporabljali zbrane podatke.

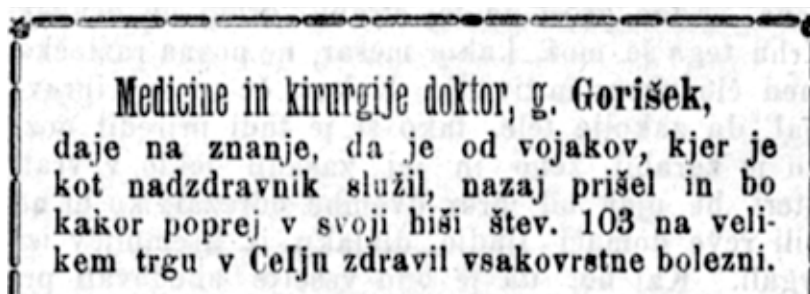
Vsi poročevalci se strinjajo, da sta se zakonca Gorišek s prvima otrokoma leta 1880 preselila v Ruše, ki so bile takrat »nemčursko skoz in skoz zanemarjeno gnezdo, kakor jih je še zdaj vse polno po Dravski dolini«⁵, vendar tokrat dr. Gorišek ni objavil podobnega oglasa kot ob preselitvi v Celje.

Področje njegovega delovanja je bilo široko, saj je obsegalo tudi širšo ruško okolico, Lovrenc na Pohorju in sosednje Kobansko. Na tem področju je opravljal vse naloge splošnega zdravnika. Sočasno je bil tudi zdravnik na železnici. Že takoj po prihodu v Ruše se je vključil v delo Okrajnega zdravniškega društva v Mariboru in bil od leta 1882 do 1899 celo odbornik tega strokovnega združenja, tako da je bil seznanjen z vsemi novostmi v takratni medicini.

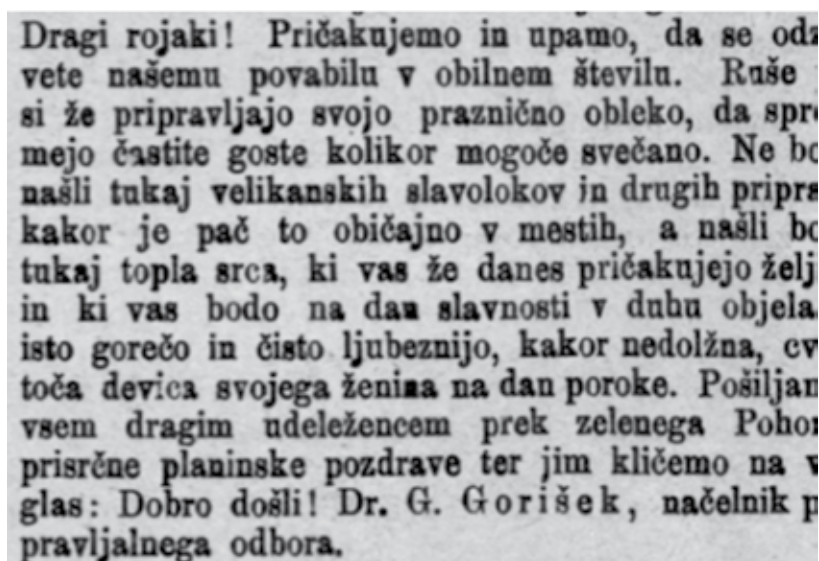
Dr. Gašpar Gorišek je »dolgo vrsto let z veliko spretnostjo in požrtvovalnostjo izvrševal v našem okraju zdravniški poklic in zaradi svoje

- 4 Pertl E. Prvi slovenski zdravniki v Mariboru. Zbornik za zgodovino naravoslovja in tehnike. Slovenska matica, Ljubljana, 1981, 5-6, 123.
- 5 Slovenski ilustrirani tednik 1911, št. 44, str. 6-7.

3 Slovenski gospodar, oglas: 7. 1. 1879.



Oglas zdravnika Gašparja Goriška.



Vabilo za proslavo v Rušah leta 1906.

ljudomilosti in dobrotljivosti je bil splošno priljubljen.⁶

Njegovi sodobniki so ga opisovali kot »moža stare slovenske korenine, ki je stal neomajno kot hrast. Tudi kot zdravnik je bil izredno vesten in sposoben ter vsled svoje ljudomilosti in izredne dobrotljivosti splošno cenjen. Zaradi zaslug, ki si jih je pridobil je postal častni član občine Ruše in Smolnika.«⁷ To priznanje si je zaslužil, saj je poleg odgovornega in požrtvovalnega zdravniškega delovanja v Rušah in okolici, kjer je delovalo nekaj fužin in skromna tovarna vžigalic, poskušal omiliti revščino. Ruše so s svojo okolico v tistem času sodile v socialno revno podeželje na Spodnjem Štajerskem.

Prebivalstvo je bilo ubožno in se je soočalo z alkoholizmom, tuberkulozo in drugimi podobnimi težavami.

V takem okolju so dr. Gašparja Goriška leta 1895 izvolili tudi za župana »in popolna zmaga slovenske misli v vseh štirih občinah in njegova končna izvolitev za župana občine je bila krona njegovega delovanja«. To obveznost je opravljal skoraj do svoje smrti in je »še pred nekaj mesci odložil vsled bolezni župansko čast«.

Prav tako pa je bil načelnik alpskega društva in aktivni član podravske podružnice Slovenskega planinskega društva s sedežem v Rušah. Še na zadnji seji podravske podružnice 17. februarja 1911 je bil izvoljen v glavni odbor, prav tako pa je na sestanku nasprotoval predlogu, da se sedež podružnice prenese v pomembni Maribor, »ker bo društvo le takrat uspevalo in imelo lepšo bodočnost,

ako ostane vodstvo v Rušah. Premestitev bi bila usodepolna«.⁸

Prav tako je bil kot zaveden slovenski rodoljub član Slovenske matice, kar dokazuje zapis v letnem poročilu.⁹

Njegovo najpomembnejše in v slovensko zgodovino zapisano domoljubno dejanje je priprava odmevnega pevskega srečanja v Rušah julija 1906. O tem dogodku sva poiskala nova poročila, ki so pokazala, da je bil dr. Gašpar Gorišek tudi stalni poročevalac takratnega katoliško usmerjenega časopisa »Slovenski gospodar«. Tako je bilo o tem dogodku pred ruško slovesnostjo objavljenih pet prispevkov, ki jih je po vsej verjetnosti napisal sam dr. Gašpar Gorišek. Drugi so podpisani kot pripravljalni odbor in drugače, vendar je vsebina teh poročil taka, da jih je lahko napisal samo »dr. G. Gorišek, načelnik pripravljalnega odbora«, kot je bil njegov uradni naziv. Prvi zapis o tem dogodku je bil objavljen že 15. marca 1906 v mariborskem časopisu Slovenski gospodar.¹⁰

Sledili so še štirje prispevki in v vseh izstopa narodnozavedna govornica in želja, da bi bila slovesnost podobna nekdanjim taborom iz šestdesetih let prejšnjega stoletja.

Že 28. junija je časopis objavil tretje poročilo, ki ga odlikuje rodoljubje in na katerem se je dr. Gorišek tudi podpisal.¹¹ Sledila sta še dva prispevka, ki sta vabila na to pevsko srečanje in sta bila objavljena v Slovenskem gospodarju.

Slovesnost je vsekakor uspela, saj je Slovenski gospodar o tem dogodku neobičajno obširno poročal v treh nadaljevanjih od 19. 7. do 2. 8. 1906. Podobno katoliško usmerjeni Slovenski narod pa je 20. 7. 1906 ocenil, da se je prireditve Slovenskega pevskega društva s Ptujja in Podravske podružnice planinskega društva v Rušah udeležilo najmanj 5000 rodoljubov.¹²

6 Dr. Gašpar Gorišek. Slovenski gospodar, 23. 11. 1911, str. 5.

7 Dr. Gašpar Gorišek. Straža, 24. 11. 1911, str. 3.

8 Planinski vestnik l. 17, 1911, št. 6., str. 111.

9 Slovenska matica, letopis 1904.

10 Slovenski gospodar 15. 3. 1906, št. 11, str. 2.

11 Slovenski gospodar 28. 6. 1905, št. 6, str. 2.

12 Slovenec 20. 7. 1906, št. 164, str. 3.

Ta slovesnost je bila v tistem trenutku zelo pomembna in odločilna za narodno prebujanje štajerskih Slovencev, saj je bila pripravljena med najhujšim ponemčevanjem v zgodovini slovenskega naroda v času avstro-ogrske monarhije. Uspela je nad vsemi pričakovanji, saj se je končala z moralnim in tudi materialnim uspehom s 1800 kronami čistega dohodka.¹³

Skrivnost tega uspeha je treba iskati v značaju dr. Gašparja Goriška, ki je za svoj narod deloval iskreno in pošteno, ter v njegovem enakem odnosu do soljudi ne glede na stan ali narodnost. Neznani avtor je že leta 1911 zapisal: »S svojim mirnim in neustrašnim delovanjem in nastopi, s svojim krasnim tenorjem kot pevec in duša oživiljenega kmečkega bralnega društva v Rušah je pridobil slovenski strani vedno več privržencev.«

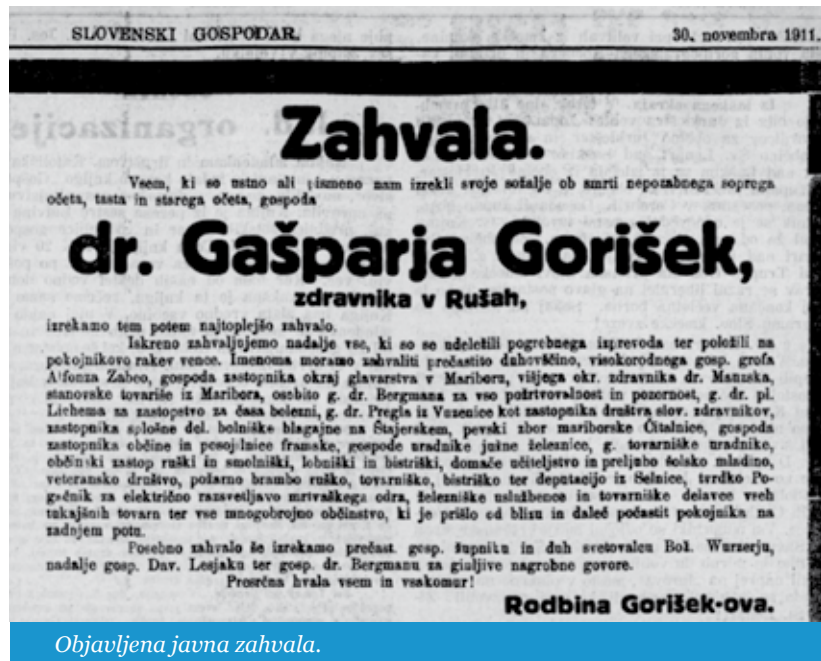
Seveda je težaško delo zdravnika na terenu, skrb za ženo in štiri otroke ter narodno buditeljsko delovanje načelo njegovo zdravje, tako da je leta 1911 obolet. Nadomeščal ga je dr. Lichem in ne dr. Fric Vrečko (ki je tega leta komaj končal s študijem medicine), kot trdijo nekateri poročevalci.

O smrti dr. Gašparja Goriška je prvi poročal že 23. novembra 1911 njegov priljubljeni časopis Slovenski gospodar.¹⁴

Tudi njegov pogreb je bil za takratni čas nekaj izjemnega in so o tem dogodku poročali vsi slovenski časopisi.

13 Slovenski ilustrirani tehnik 1911, štev. 44, str. 6.

14 Slovenski gospodar 23. 11. 1911, str. 4.



Objavljena javna zahvala.

Slovenski gospodar je 30. 11. 1911 poročal, »da je bila pogrebno slovesnost pod vodstvom domačega župnika Wurzerja in 12 duhovnikov prav veličastna. Med udeleženci so bili deželni odbornik Robič, poslanec Verstovšek, dr. Verstovšek, dr. Medved in zastopstvo zdravnikov in v njihovem imenu je poleg domačega župnika in učitelja Lesjaka govoril dr. Bergman. Pevci so zapeli žalostinki »Nad zvezdami« in »Blagor mu«. Naj nam bo zgled plemenitosti, značajnosti in dobrotljivosti, s katerimi si je priboril ljudska srca ter globoke vernosti, kar mu je dajalo moč za njegov težavni poklic, naj mu bo zemljica lahka.«

Tudi iz zahvale v Slovenskem gospodarju lahko sklepamo, da si je s

svojim delovanjem našel številne prijatelje tudi na nemški strani in da so njegovi stanovski tovariši visoko cenili njegovo zdravniško znanje. Številni občani Ruš in tudi Spodnje Štajerske so s pravo hvaležnostjo sprejemali njegovo plemenitost, pravičnost in občutek za pravo enakost, zato še danes v teh krajih živi spomin na tega izjemnega zdravnika, rodoljuba ter prvega v pomembni slovenski družini Gorišek.

Prim. prof. dr. Zmago Turk, dr. med., v. svet., Maribor, zmago.turk@gmail.com

Prim. prof. dr. Elko Borko, dr. med., v. svet., Maribor, predsednik Medikohistorične sekcije Slovenskega zdravniškega društva

Prošnja za povezanost zdravnikov z Zdravnikom

Letna akademija Združenja slovenskih katoliških zdravnikov ob godu zavetnikov, sv. Kozma in Damijana

Petra Grimani

V četrtek, 26. septembra, na večer praznika sv. Kozma in Damijana, smo

se slovenski katoliški zdravniki zbrali k sveti maši in akademiji.

Somaševanje pri sv. Petru v Ljubljani je vodil ljubljanski pomožni škof dr. Franc Šuštar, somaševali so p. Cristian Balint, g. Miro Šlibar,



Izročitev plakete Majdi Klinar, dr. med.

dr. Robert Petkovšek in p. Franc Murko.

Škof je v pridigi spomnil, da smo pogosto podobni možem iz evangelija. Ti so bolnega prinesli do Jezusa, Zdravnika, in jih pri tem ni ovirala niti množica niti nedostopnost. Tako si mnogokrat sami želimo pred usmiljenega Boga, ki daje življenje. Hkrati je vsem zdravnikom zgled Jezus sam, saj pokaže skrb za bolne in uboge, ko išče in ozdravlja, pomaga in tolaži. Vsako naše delo ljubezni do bližnjega nas dela Bogu podobne. Škof je opozoril, kako pomembno je, da

zdravnik deluje v tesni povezanosti s Stvarnikom in z Božjim načrtom. Zato se z molitvijo povezujemo, ko prosimo za vse zdravnike, medicinske sestre, farmacevte, strežnice, negovalke in študente medicine, je povabil škof Šuštar.

Sveti maši je sledila tradicionalna akademija. V glasbenem delu so nastopili vokalna skupina Borovničke in glasbenika zdravnika: Jure Puc in Aleš Christian Mihelač. Program je povezovala Ana Strajnar, dr. med.

Češčenje sv. Kozma in Damijana izvira iz davne preteklosti. Papež

Feliks III. jima je že v začetku 6. stoletja na rimskem Forumu, na ostankih dveh poganskih templjev, dal postaviti lepo cerkev. Rimski martirologij za 27. september poroča: »V Egeji, pristaniškem mestu v Kilikiji v Mali Aziji, sta umrla brata in mučenca Kozma in Damijan; med Dioklecijanovim preganjanjem sta morala pretrpeti mnogo mučenj. Z njima vred so bili mučeni in obglavljeni tudi trije njuni telesni bratje.« Pobožne pripovedi so usodo sv. Kozma in Damijana okrasile s posebno ljubeznijo. Njuna domovina je bila Arabija, kjer sta se naučila zdravniške vede in z očitno Božjo pomočjo ozdravila tudi mnogo takih bolnikov, ki so jih drugi zdravniki imeli za neozdravljive. Ljudi sta zdravila brezplačno, kajti kar sta dobila od Boga, naj pripada Bogu. Pri zaslišanju o veri in obsodbi zaradi vere v Jezusa sta odgovorila s pomenljivimi besedami: »Ozdravljala sva bolj z Božjo močjo kakor s svojim znanjem. Ni nama za zemske dobrine, zakaj Kristusova sva.« Iz teh besed veje živi duh prvega krščanstva. Sv. Kozma in Damijana so si za svoja posebna zavetnika izbrali zdravniki in lekarnarji. Tako sta tudi zavetnika Združenja slovenskih katoliških zdravnikov, stanovskega združenja, ki povezuje katoliške zdravnike, zobozdravnike in druge zdravstvene delavce.



Nagovor predsednika Združenja slovenskih katoliških zdravnikov, Janeza Dolinarja, dr. med.

Združenje bo prihodnje leto praznovalo trideset let svojega obstoja. Letos je zamenjalo vodstvo, zato sta ob letošnji akademiji spregovorila stari in novi predsednik. Dosedanji predsednik, Peter Šuštar, dr. med., je izpostavil etične dileme, ki jih je danes v zdravstvu veliko. Pristop k človeku v stiski vedno zadeva duhovnost, krščanstvo pa prinaša smisel delovanju na področju zdravstva. Zahvalil se je vsem, ki so pripomogli k delovanju združenja. S posebno hvaležnostjo so se zbrani spomnili Majde Klinar, dr. med., ki je bila povezana z nastankom združenja in tudi kasneje mnogo let aktivno povezovala katoliške zdravnike. Za svoje zasluge je prejela posebno plaketo z izvirno upodobitvijo sv. Kozma in Damijana, delom akademskega slikarja Izidorja Kunšiča.

Novi predsednik, Janez Dolinar, dr. med., je opozoril na dogodke, ki jih pripravlja združenje: duhovno obnovo za zdravnike, ki bo januarja v Celju, Hipokratov večer, ki bo marca prav tako pri sv. Jožefu v Celju, in prihodnjo akademijo ob godu sv. Kozma in Damijana ob letu osorej. Vse zdravnike je povabil, da se včlanijo v združenje, saj bo le združen glas odgovoril na pereča vprašanja in dileme, s katerimi se zdravniki danes soočajo.

Lani je pred srečanjem katoliških zdravnikov v Zagrebu papež Frančišek zdravnike opogumljal, naj mirno, a odločno nadaljujejo svojo pot. Na njej bolnikom ne prinašajo le zdravstvene oskrbe in nege, ampak tudi ljubezen. »Vaše delo je posebna vrsta človeške solidarnosti in krščanskega pričevanja, saj je resnično obogateno z

duhom vere. Zares pomembno je, da v svojih društvi poskrbite, da bodo tudi študenti medicine in mladi zdravniki občutljivi za krščanska načela. Mlade vključite v dejavnosti društev.« V združenju smo veseli, da se dve skupini študentov medicine zbirata v Ljubljani in Mariboru. In ker ima glas mnogih drugačen odmev kot glas ali dejanje posameznika, ponovno vabimo vse, ki bi se želeli pridružiti katoliškemu zdravniku (in obema študentskima medicinskima skupinama). Praznovanje na god zavetnikov krščanskega zdravstvenega osebja naj dodatno utrdi povezanost med nami. Dobrodošli vsi, ki čutite, da potrebujete medsebojno pomoč in podporo.

Petra Grimani, Združenje slovenskih katoliških zdravnikov

Do cepljenja na drugačen način

Jasna Čuk Rupnik

Prostočasne dejavnosti članov SPP (Sekcije za primarno pediatrijo pri Združenju za pediatrijo SZD) so v 2019 dobesedno eksplodirale v smeri promocije cepljenja. Pa ne le v strokovno-politični smeri, kjer vztrajno in potrpežljivo sodelujemo v prizadevanjih za spremembo cepilne zakonodaje. Naša ustvarjalnost je segla tudi na področje vizualnih komunikacij: oglase za cepljenje proti gripi, ošpicam in davici smo s pomočjo Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) razposlali v vse zdravstvene ustanove za uporabo na predvajanjskih, uredili smo brezplačno predvajanje na RTV SLO, na številnih družabnih medijih, spletnih straneh in YouTube kanalih ter s pomočjo NIJZ tudi na predvajanjskih Ljubljanskega potniškega prometa.

Agencija Pristop nam je pripravila ta gradiva *pro bono*. Zato smo v zahvalo za njihov dobrodelni odziv napisali: »Problem uničujočega vpliva lažnih informacij in njegovo ustrezno rešitev ste uspeli odlično

združiti v prodorno, kratko in jasno sporočilo, kakor ga zmore ustvariti le briljanca duha v razsežnostih največje kvalitete. Slovenski pediatri in šolski zdravniki se ekipi podjetja Pristop iskreno zahvaljujemo za

pronikljiv uvid v dvome mladih staršev do cepljenja – najuspešnejšega in najvarnejšega javnozdravstvenega ukrepa za ohranjanje življenj.«

Prim. Jasna Čuk Rupnik, dr. med., Dutovlje



Denis Baš, pri SPP zadolžen za stike z javnostmi (levo), in Špela Žnidaršič Reljič, podpredsednica SPP in predsednica skupine za cepljenje (desno), sta zadovoljnim članom ustvarjalne ekipe prinesla torto. Zdravo, seveda.

Odprtje slikarske razstave Marije Urankar Murn - Miše

Nina Pleterski Puharič

Abstrakcija

Še vedno iščeš oblike,
čeprav jih ni.
Vztrajno jih iščeš
v podobah tega sveta.

Abstrahiraš, odmišljaš
bremena tisočerih oblik,
odmakneš pogled
v svoj notranji svet,
škratne barve
zaigrajo svoj menuet.

(Gabrijela Hauptman)

V sredo, 11. decembra 2019, je bilo na Zdravniški zbornici Slovenije odprtje slikarske razstave avtorice Marije Urankar Murn - Miše. Številčno obiskanega odprtja se je udeležil tudi minister za kulturo, akademski kipar mag. Zoran Poznič, ki je bil tudi eden izmed avtoričinih mentorjev.

Obiskovalce je v imenu predsednice Društva Litijski likovni atelje – LILA, Jelke Jantol, ter v svojem imenu pozdravila Gabrijela Hauptman, ki je v doživetem nagovoru povedala nekaj zanimivosti o avtoričinem ustvarjanju. Med drugim so obiskovalci razstave izvedeli, da umetnica Marija Urankar Murn - Miša, ki prihaja iz empatične družine, v kateri sta dva člana zdravnika, na likovnem in umetniškem področju ustvarja že skoraj dvajset let. Navdihujejo jo narava, človeška duša, odnosi med ljudmi ter živali, predvsem mačke. Je avtorica, ki svoja dela razstavlja na številnih skupinskih, vedno pogostejše pa tudi samostojnih razstavah in je prejemnica številnih nagrad, mdr. tudi najvišjih priznanj Zveze likovnih društev Slovenije, pri kateri je prejela kar pet certifikatov kakovosti.

Avtorica pri svojem likovnem ustvarjanju uporablja različne tehnike, svojemu neustavljive-
mu navdihu pa sledi tudi pri izbiri različnih motivov. Obiskovalcev razstave se je dotaknila tako s preigravanjem v raznoterih slogih kot tudi z izbiro povsem različnih pristopov. Od povsem jasnih in pogumno začrtanih začetnih motivov sadja in ekspresivno ujetih motivov narave so se obiskovalci sprehodili po svetu čutnih aktov. Razstava se je harmonično sklenila z abstraktnimi, a nadvse ekspresivnimi motivi.



Z leve: Marija Urankar Murn - Miša, minister mag. Zoran Poznič in Nada Puharič. Foto: Klavdij Murn.



Skupno slikam Marije Urankar Murn - Miše je, kar izžareva tudi avtorica: čustvenost, iskrenost in velik umetniški čut. Barve, ki jih nanaša na platno, so žive, mogočne in energične. Prepletajo se pretanjeno in samozavestno. Premišljeno pripovedujejo zgodbo o slikarki, ki se pri svojem ustvarjanju ne omejuje in se tudi ne želi »ukalupljati«. Želi si nekaj več in to obiskovalcem s svojim

ustvarjanjem tudi jasno sporoča. Njen ustvarjalni kredito nikogar ni pustil ravnodušnega, v hladnih decembrskih dneh je s svojo ustvarjalno strastjo in premočrnostjo zagotovo ogrela duše ljubiteljev slikarske umetnosti.

Odprtje je z izvrstno kitarsko spremljavo pospremil Samo Novak. Marija Urankar Murn - Miša je na koncu skromno poudarila, da ji

umetniško ustvarjanje v njenem prostem času daje navdih in energijo za vse njene dejavnosti. Razstava, ki jo je organizirala Nada Puharič, dr. dent. med., je nadvse prijetna popestritev zimskih dni in je vsekakor vredna ogleda. Tudi tokrat je čudovite slike mogoče kupiti na recepciji.

Nina Pleterski Puharič, univ. dipl. prav.

Likovna kolonija v Kortah in donatorska razstava slik likovne sekcije Leon Koporc

Danica Lešnjak

Člani likovne sekcije Leon Koporc Kulturno-umetniškega društva UKC in MF dr. Lojz Kraigher so 25 umetniških slik, ki so jih ustvarili na letošnji slikarski koloniji v Kortah, darovali svojemu ustanovitelju, Univerzitetnemu kliničnemu centru Ljubljana. Slike so razstavljene v Dolenčevi galeriji v UKC in so ponujene na ogled bolnikom, njihovim svojcem in drugim obiskovalcem te ustanove, pa tudi zaposlenim in predvsem predstojnikom oddelkov, ki si jih bodo lahko izbrali za potrebe svojih klinik. Ko bodo visele v bolniških sobah in drugih bolnišničnih prostorih, bodo s svojo toplino in pozitivnim nabojem, ki so ju avtorji skušali prenesti na akvarelni papir in platna, gotovo vsaj malo lajšale naporen in včasih težak vsakdanjik tako bolnim kot tudi zaposlenim.

Slikarji likovne sekcije Leon Koporc se pogosto družijo na slikarskih delavnicah, ekstemporih, razstavah, slikarskih kolonijah in drugih srečanjih. Že tradicionalno pa se v skupni likovni koloniji združijo vsako

leto v začetku jeseni, ko ustvarjajo dela za donacijo Univerzitetnemu kliničnemu centru. Dolga leta so radi prihajali v počitniški dom UKC v Savudriji, po njegovem zaprtju pa jim zadnji dve leti nudi gostoljubje Stara šola Korte v slikoviti srednjeveški primorski vasi z enakim imenom. Vas Korte s starimi barvitimi hišami je zgodovinsko in arhitekturno zelo

zanimiva, posebno pozornost si zasluži župnijska cerkev vaškega zavetnika sv. Antona Puščavnika; bujno zeleno okolje vasi je tipično mediteransko. V treh dneh kolonije (od 1. do 3. oktobra) so modro nebo s skoraj poletnimi temperaturami občasno prekrili težki oblaki in nasuli dežja, da se je vse naokrog bleščalo in so barve migetale ter se spreminjale in ustvarjale nove, drugačne poglede, medtem ko so se soparne meglice iz doline dvigovale proti oddaljenim



Slikarji so zadovoljni zapuščali gostoljubno Staro šolo Korte.



Korte s cerkvijo sv. Antona Puščavnika, avtor Pavle Ščurk.



Pogled proti Padni, avtorica Marija Strnad.

vasicam na nasprotnem hribu. Motivov za ustvarjanje slikarjem ni manjkalo, kar se odraža tudi v njihovih delih. Ne le slikovita okolica, pač pa še bolj prijateljsko vzdušje, smeh, sproščenost in tudi ustvarjalne debate so odlično okolje in podlaga, da slikarski čopič pleše točno tako, kot si je zamislil njegov lastnik.

Razstavo slik s kolonije v Kortah je v Dolenčevi galeriji v UKC postavil Jože Kovačič, odprtje je bilo v sredo, 9. oktobra. Prireditev je glasbeno obogatil Dixieland ansambel Ljubljanske korenine, ki je ustvaril čudovito dinamično in razigrano razpoloženje. Člani ansambla v odličnem medsebojnem razumevanju in prijateljskem vzdušju sledijo visokim ciljem kakovostnega glasbenega izražanja. V skupini igra in poje tudi dolgoletni travmatolog v UKC prim. Jože Završnik.

O koloniji v Kortah in razstavljenih slikah je spregovoril mentor likovne sekcije, akademski slikar Janez Kovačič. Poudaril je kakovost slik nekaterih avtorjev, ki daleč presegajo raven ljubiteljskega izražanja. Predsednik Kulturno-umetniškega društva dr. Matjaž Vrtovec je vsem slikarjem, ki so podarili slike, izročil zahvale, medtem ko je sodelujočim glasbenikom podaril akvarele, ki so jih ustvarili na razstavi sodelujoči slikarji.

Prireditev je duhovito in pristrčno vodila ter povezovala prof. dr. Zvonka

Zupanič Slavec, ki je med drugim povedala: »Vsa družjenja, ki niso vezana na neko organizacijo, so preprosto srečevanje ljudi, ki sodijo skupaj, ki drug v drugem spodbujajo ustvarjalnost, ki se želijo družiti in si prijateljsko zreti v oči. Likovna skupina Leon Koporc je te vrste združenje. Združuje člane, ki skupaj dihaajo, ki isto čutijo, ki se s svojim poslanstvom identificirajo in so zato kot eno. Ni pomembno, ali prihajajo iz zdravstvenih vrst, kot tudi ne, ali prihajajo iz osrčja Slovenije, četudi delujejo pod ljubljanskim krovom, vse to so formalnosti, ki jih ne omejujejo. Ti slikarji so skozi štiri dolga desetletja skupaj rasli v svojih hotenjih, umetniški govorici, ki so jo drug ob drugem pilili in žlahtnili, da je nastajal njihov likovni crescendo. Številni med njimi svojo psihofizično zrelost kažejo tudi s srebrom v laseh, predvsem pa z modrostjo. Že zdavnaj so spoznali, da je za umetniško ustvarjanje najpomembnejše toplo čutenje, dobro počutje, pristno sožitje. To so magneti, ki vlečejo ljudi, da hodijo v te sredine: tam se namreč napijejo vedrega razpoloženja, ki s svojimi krili daje neustavljiv polet. Ti plemeniti slikarji v svoje slike, ki krasijo našo hišo bolezni in zdravja, vtkejo ljubezen in ta je tista, ki zdravi tudi naše bolnike, nagovarja zdravstveno osebje. Bog vas živi, žlahtni slikarji, plemeniti ambasadorji dobrega, polni



Stare Korte, avtorica Danica Lešnjak.

življenjskih modrosti, ki z ljubeznijo nesebično vsak dan v slike vnašate svoj umetniški košček srca in tega danes na tej razstavi s svojimi slikami spet darujete bolnikom.«

Razstava slik je bila na ogled do 13. novembra.

Danica Lešnjak, Ljubljana

Kolesarjenje 2019

Nova kolesarska postojanka, preobljudenost planeta Zemlja, izjemne knjige in raziskovanje preteklosti in tako dalje naprej, v svetlo prihodnost, juhej!

Marjan Kordaš

Najprej moram povedati, da sta se lani bistveno spremenila dva t. i. *okvirna pogoja*, ki definirata kolesarjenje na splošno in posebej:

Prvič, najino poletno kolesarsko postojanko sva premaknila približno 3 km jugovzhodno od Bleda. V zvezi s tem travmatičnim dogodkom bom morda nekoč v prihodnosti za *SISI* napisal elaborat z naslednjim naslovom: ***Kako ob prisilni prodaji nepremičnine nisem umrl, ampak celo preživel, ne da bi kogarkoli iz maščevanja grozovito umoril.*** Pripomniti pa velja, da je nova postojanka po vseh merilih vsaj 10-krat boljša (prijetnejša) od stare, zgrajene okoli leta 1870! Misel na maščevanje sem tako opustil že davno.

Drugič, huda pomanjkljivost kolesarjenja je, da poteka po cestah. Zaradi hkratnega sodobnega gostega avtomobilskega prometa pa postajamo kolesarji t. i. *jebena strana* (bralkam in bralcem se opravičujem zaradi izraza, ki pa edini zares opiše stanje, zaradi katerega kolesarjenje ni le telesni napor, temveč resen psihološki stres). Tako sva z Nejko iznašla nekaj bolj ali manj učinkovitih nasprotnih ukrepov; implicitno, ponekod pa eksplicitno jih opisujem spodaj.

Pred kratkim sem v naši reviji (Isis, 2019, 28[7], 67–68) poročal o merjenju moči med svojo zimsko cikloergometrijo. In takoj potem, ko se je sredi še zelo mrzlega marca začela kolesarska sezona, sem z neznansko radovednostjo merilnik *Stages Power* začel preskušati *in vivo*. Najprej na ravninski progi Ljubljana–Pekel pri Borovnici in nazaj, na kateri je samo ena blaga vzpetina. A ker sem dobro pognal, sem ob najvišjem utripu 153/min. dosegel največjo moč

277 W. Vendar: tu gre samo za kratkotrajen napor! In tudi povprečna moč med tem 52 km dolgim kolesarjenjem je pričakovano majhna: približno 91 W. Kot je pričakovati, pri porabi energije merilnik *Stages Power* upošteva, da je mehanski izkoristek mišičja približno 25 %. Izmerjena poraba energije je nekaj več kot 1200 kcal. Bolj realno (a težje razložljivo) je bilo kolesarjenje iz Ljubljane v Hrastnico pri Škofji Loki in nazaj (58 km). Na koncu te lepe doline je kar hud klanec z naklonom do 10 %. Tu je bil moj utrip več kot 160/min., največja moč skoraj 200 W, ki pa se je kmalu zmanjšala na 130 W. A kakor koli že: strmina in hitrost kolesarjenja nista bili konstantni. Vrh tega se je na najbolj neprijetnem mestu pojavil avtomobil, me seveda prehitel, mi tako pognal strah do kosti ter utrip na kar 166/min.!

Sicer pa ugotavljam, da se pri meni nadaljuje t. i. *inflacija knjig in branja*. Po eni strani je elektronski bralnik (ki ga vztrajno ureja, polni ter servisira Nejka) izjemno orodje za dostop do najnovejših knjig na svetovnem knjižnem trgu. Po drugi strani pa je količina prebranih knjig tako velika, da včasih že kar pozabljam vsebino. A še vedno mi (nama) uspeva delovati po pravilu *kdor mnogo kolesari, mora mnogo počivati*. Med počitkom pa je najbolj prijetno brati. Tako sem od začetka kolesarske sezone prebral več kot 20 knjig. Pa ne le to; po vsaki prebrani knjigi si vzamem kar precej časa za razmišljanje ali pisanje. Včasih si pa priskrbim še papirnat izvod knjige.

Večino branja lahko razdelim na tri dele, vsakega s svojim vrhuncem (t. i. *highlights*):

Ivana pred morjem (Veronika Simoniti; 2019): Vnukinja pospravlja hišo pokojne babice Ivane in najde pisma, skoraj celotno korespondenco med babico in dedom. Rekonstruira njuno življenje v času totalitarnosti okoli druge svetovne vojne ter ga primerja s svojim življenjem v času demokracije. Zgradi izvrstno povedano, domiselno strukturirano in stilizirano zgodbo. O bolečini ženske, ki izgubi svojega otroka; o neprimerljivosti sedanjosti in preteklosti; da je zaradi čustev težko razumeti sedanjost, preteklosti pa sploh ni mogoče razumeti. A kljub temu potrjuje, da je *človek tisto, kar je njegova preteklost*. In da človek po svoji naravi hoče biti svoboden: da išče svobodo za ter svobodo od. V recenziji se mi je zapisalo, da gre za pravo literaturo; za eno najboljših ali morda celo najboljšo slovensko prozno besedilo zadnjih nekaj let.

Die 101 wichtigsten Fragen: Hitler (101 najpomembnejše vprašanje o Hitlerju; Volker Ullrich; 2019, elektronski bralnik). O dogodkih okoli Hitlerja nisem zvedel nič novega. Popolna novost zame pa je bilo, da je Hitler že avgusta 1941 priznal, da je hudo podcenil moč Rdeče armade. Da pa je kljub temu v decembru 1941 napovedal vojno Združenim državam. Domneval je namreč, da ZDA ob bojevanju proti Japonski ne bodo mogle podpirati ne Anglije in ne Sovjetske zveze. Se pravi, Hitler ni podcenil le moči Rdeče armade, temveč tudi ekonomsko ter posledično vojaško moč ZDA. Ki so se nato uspešno bojevale na dveh frontah, v Aziji in Evropi, vrh tega pa hkrati vojaško podpirale tako Anglijo kot Sovjetsko zvezo.

Posledice Hitlerjeve iracionalnosti so znane ...

Pri kolesarjenju v okolici Ljubljane je glavni problem, kako se med avtomobili prebiti iz mesta. V smeri proti Peklu je najhuje na Ižanski cesti. Skoraj enako nevarno je na Celovški cesti, pa četudi je na voljo kolesarska steza. In celo v lepi dolini Hrastnice se za kolesarjem lahko nenadoma pojavi velikanski tovornjak in kolesarja odrine na rob ceste. Na srečo pa se avtomobilisti malo bolj izogibajo dvema kolesarjema kot pa enemu samemu. V dvoje ni le bolj varno, temveč tudi bolj prijetno. Pregovor »Moški in ženska sta eno meso« se kolesarsko parafrazirano glasi takole:

»Moški in ženska sta eno meso na dveh kolesih.«

Celo stranske ceste v blejski okolici so obupno prenatrpane z avtomobili. Zato sva z Nejko v juniju sklenila, da bo ne le najbolj varno, temveč tudi najbolj uspešno, če najino kolesarjenje preneseva predvsem na kolesarsko progo Mojstrana–Trbiž. Seveda prilagojeno ne le vročinskim in »mrzlimskim« valom ter nevihtam s točo in brez nje, temveč tudi novodobnim nediscipliniranim kolesarskim trumam. Sklep: vstati že sredi noči ob 5.30, ob 6.30 kolesi naložiti na Nejkin avto (ki ima zelo priročen nosilec za dve kolesi), ob 7.00 start v Mojstrani. Kolesariti do nekdanjega železniškega

mostu pred Trbižem in nazaj (54 km, 250 m vzponov) ali do predora pri Kokovem in nazaj (64 km, 300 m vzponov) ali pa do Ovčje vasi (Valbruna) v Kanalski dolini in nazaj (80 km, 450 m vzponov). Kot jutranja telovadba oz. tek po vedno isti progi. Idealen razpored je npr. kolesarjenje v ponedeljek, sredo in petek. Delno počivalno-bralna dneva sta torek in četrtek, odmor do kraja v soboto in nedeljo, ko kolesarsko progo preplavijo množice. Ta načrt, 160 km/teden, nama je nekajkrat celo uspel, kar sploh ni slabo, mar ne?

Moji kolesi Stevens in KTM (26", gonilnika 3 stopnje, kaseti 10 oz. 9 stopenj) sta tehnično zastareli. Nominalno je število prestav veliko, iz tehničnih razlogov pa jih je mogoče uporabiti manj kot polovico. Zato sem kar rad presedlal na novejšega Stevens Sonora (29", gonilnik 2 stopnji, kaseti 11 stopenj). Še posebej potem, ko sem lani namestil novo kaseto z največjim zobnikom 42 ter nato letos dovolj natančno napel verigo. Prestavljanje je gladko, po klancih pa ima zdaj to kolo kar dober navor (potisno silo). Se pravi: nobenih tehničnih zadržkov več – le disciplinirati se in nabirati kondicijo! Piti, piti, piti in – če verjamete ali ne – tudi več jesti! Dosegati dolgoletno kolesarsko normo 500 km/mesec!

V drugem bralnem vrhu so se mi nabrale naslednje knjige:

Spiegelgrund. Leben in NS-Erziehungsanstalten (Psihiatrična bolnišnica Spiegelgrund. Življenje v nacističnih vzgojnih ustanovah; Johann Gross, 2000, elektronski bralnik). Knjiga je izvrsten opis, kako je mogoče ostati normalen, zdrav človek kljub nepopisnemu fizičnemu in psihičnemu trpljenju v otroštvu. Namreč, avtorjeva starša je nacistična oblast opredelila kot »asocialni osebi«. Njun sedemletni sin se je tako znašel v bivši psihiatrični bolnišnici *Spiegelgrund* na Dunaju. Nacisti so to ustanovo preoblikovali v nekakšen mladinski zapor, v katerem so gojence »vzgajali« z vojaškim drilom, ledenimi kopelmi in prhami, postom ter psihičnim



nasiljem. Iz tega zavora je avtor večkrat ušel, a ga je policija vedno znova ujela ter vrnila v »bolnišnico«, kjer so bile kazni vse hujše. Čeprav iz lastne izkušnje vem, kakšni »vzgojni« ukrepi so bili v času nacizma nekaj samoumevnega, Grossova pripoved presega vse, kar sem si znal predstavljati.

Funkenflug. August 1939: Der Sommer, bevor der Krieg begann (Preskok iskre. Avgust 1939: poletje, preden se je začela vojna; Hauke Friederichs, 2019, elektronski bralnik). O dogodkih nisem zvedel nič novega. Popolna novost pa je izvrsten opis t. i. *hkratnosti dogajanja*. Tako mi je bolj razumljivo, zakaj sta v septembru 1938 tako Francija kot Anglija v celoti popustili Hitlerjevim zahtevam proti Češkoslovaški, v avgustu 1939 pa glede Hitlerjevih zahtev proti Poljski nista popustili niti za las. In izvrstno je opisana hkratnost dogajanja, zaradi katerega je Hitler začetek napada na Poljsko prestavil s 26. avgusta 1939 na 1. september tega leta.

Der Thronfolger. Ein Franz-Ferdinand-Roman (Prestolonaslednik. Roman o Francu Ferdinandu; Ludwig Winder, 2014, elektronski bralnik). Ludwig Winder je bil novinar, Nemec, Jud, deloval je večinoma na Češkem. Njegov roman je bil objavljen leta 1937 v Švici. V (nacistični) Nemčiji je bil roman prepovedan, ker je bil avtor Jud. V Avstriji je bil roman tudi prepovedan, ker je bil po takratni zakonodaji žaljiv za avtoritarno Avstrijo. Je pa ta roman menda najboljši življenjepis avstrijskega prestolonaslednika, leta 1914 umorjenega v Sarajevu. Franc Ferdinand je imenitno prikazan kot protislovna osebnost, ki je živela v protislovnem času in ki je načrtovala rešitev monarhije s protislovno trialistično politiko. Branje je res zanimivo; vrhunec je v opisu, kako je Franc Ferdinand izsilil dovoljenje za poroko s »stanu neprimerno« grofico Sophie Chotek von Chotkow und Wognin (oz. pozneje povzdignjeno v Zofijo, vojvodinjo Hohenberg). Ker sta bila tako

Franc kot Zofija globoko verna, je cesarjev *obersthofmeister* knez Montenuovo (*Alfred Fürst von Montenuovo*) »neformalno zaprosil« razne cerkvene dostojanstvenike, naj vplivajo na zaljubljenca. Tako je med drugim neka opatinja Zofijo zvabila v samostan, kjer so jo nune več dni prepričevale, naj se odpove svoji grešni zvezi. A ko je končno popustila in Francu napisala pismo, da se mu odpoveduje, je prestolonaslednik dobil enega svojih običajnih napadov besnila, kot zmaj vdrl v samostan, nahrulil opatinjo ter svojo Zofijo odvedel v svobodo. Žal ne morem opisati vseh, tudi komičnih nadrobnosti, ki bi jih morda veljalo prevesti za objavo v *SISI* 2020 ...

Obilno branje v kombinaciji z intenzivnim kolesarjenjem je izvrstna pobuda za primerjavo življenja nekoč in danes. Npr. ko sem bil v 2. razredu osnovne šole (šol. l. 1939/40), se je pojavila novost: vsi šolarji smo v glavnem odmoru dobili lonček toplega mleka. Ko sem ga počasi srkal, sem razmišljal, kako nebeško bi bilo, če bi v mleko lahko namakal žemljo. Ali vsaj kos kruha? Letos pa sva z Nejko, sestrašana od kolesarjenja, nekajkrat naročila pico – kar na dom! Cesar Franc Jožef je umrl v častitljivi starosti 86 let, jaz pa, zdaj dve leti starejši kozel, merim svoj utrip srca ter moč med kolesarjenjem po klanjih. Prestolonaslednik Franc Ferdinand je v juniju 1914 v Sarajevo potoval z vlakom in vojno ladjo, danes pa – in to sem videl na lastne oči – je na avtocesti mogoče videti avtomobilski bivalnik s prikolico, na kateri je majhen avtomobil in dve kolesi. In četudi je debelost dandanes že globalni pojav, je pa na svetu zagotovo še mnogo ljudi, ki sanjajo o lončku mleka ...

Na kolesarski progi od Mojstrane do Trbiža ni nobene prave strmine. Po mojem merilniku Suunto je na slovenski strani največji naklon približno 1,2 %, na italijanski strani pa približno 3,1 %. Zato pa je proga zelo pripravna za doseganje moči s hitrostjo. Tako že nekaj let ocenjujem svojo kondicijo z

merjenjem časa za prekolesarjenje 13,3 km od Mojstrane (654 m nadmorske višine) do mostu čez Pišnico v Kranjski Gori (807 m nadmorske višine). Če je 50 minut ali manj, je moja kondicija dobra. No, če z Nejko kolesariva skupaj, traja okoli 55 minut. Nekajkrat pa sem pognal sam. Najboljši čas je bil 48 min. 32 s ob utripu 159/min., kar dobro za moja leta.

Na tej progi je proti koncu avgusta – kot pravimo – zadišalo po gobah. Tako je Nejka enkrat zgodaj zjutraj našla tri dežnikarice. Ena je imela že skoraj do kraja razprt klobuk. A ker jih nisva mogla odnesti domov tako, kot se za gobe spodobi, sva jih s težkim srcem pustila kar tam! Da pa ne bi še enkrat zagrešila smrtnega greha te vrste, je Nejka odtlej s sabo vedno imela vrečko. Tako se ji je še enkrat »nasmehnila sreča«: našla je nekaj, kar naj bi bil jurček. A kmalu potem, ko se je kot največji zaklad znašel v Nejkini vrečki, je njegova modrikasta barva potrdila, da gre za vražjega gobana. To je bila le najdba, malo pozneje pa se je duh po pravih gobah kulinarično vendarle uresničil.

Moja sestra Helena je izkušena gobarka in – tako kot najina mama – tudi izvrstna kuharica. Z Nejko naju je dvakrat povabila na gobjo rižoto. Tretja (seveda tudi z vsemi sofisticiranimi mesnimi, solatnimi in sadnimi prilogami ter sladico) pa je bila izjemna. Na sporedu je bila namreč po kolesarjenju od Kranjske Gore do Naborjeta v Kanalski dolini in nazaj (62 km, 320 m višinske razlike). Ko sva z Nejko nalagala kolesi na avto, sva se globoko strinjala, da takšna pojedina v celoti izključuje kolesarjenje!

Po kombinaciji lepih dogodkov pa izstopa eno kolesarjenje v drugi polovici septembra: Ker je bil lep jesenski dan, sem na mostu pred Trbižem Nejki predlagal podaljšanje kolesarjenja do Ovčje vasi. Kmalu potem je našla prvo dežnikarico. Njen obroček (identifikacijski znak za to gobo) sva si razdelila in pojedla takoj. Kljub mojemu ugovarjanju je Nejka



klobuk shranila v kolesarski(!) torbici. In dalje: v globeli pod novo trbiško železniško postajo je našla še dve dežnikarici. Njunih obročkov nisva poskusila, a je tudi ta dva gobja klobuka nekako zmašila v torbico. Ko sva nato čez dobro uro v Ovčji vasi (oz. skoraj pri Ukvah) obrnila, sem ji prerokoval, da gobji klobuki zagotovo ne bodo »preživeli« transporta domov. Tudi zato, ker je začela pritiskati vročina. Jaz sem se že zdavnaj slekel, Nejka se pa ni mogla sleči iz znanih ženskih anatomskih razlogov v območju prsnega koša. Najhuje ji je bilo med začetnim vzponom od Trbiža proti Ratečam. Zares: revica je bila od vročine še komaj živa. Ker sem kolesaril kakih 50 m pred njo, sem njeno stanje dobro videl v vzratnem zrcalu. Pa vendar je nenadoma oživila in me začela klicati, naj se vrnem, češ da je sredi kolesarske proge pred njo kača.

A je brz ušla. Ko sem potem na vrhu vzpona čakal Nejko, sem sklenil, da njenih gob zagotovo ne bom jedel. Po vrnitvi domov je Nejka najprej v Googlu poiskala fotografije gada in modrasa ter določila, da je srečala približno 1 m dolgega laškega gada. Seveda nisem ugovarjal, saj je znano, da fantazija osrečuje človeka. Potem pa je našla tudi nekakšen recept za ocvrte dežnikarice. In ko se je zvečer cvrtje udejanjalo, so se pod kuhinjskim oknom pojavile tri srne hkrati. Ko so se ocvrti klobuki dežnikaric pojavili na krožnikih, sem se jih kljub negativnemu sklepu zgoraj takoj lotil. Čudovita dnevna bilanca, mar ne? Lep dan, 80 km kolesarjenja, tri dežnikarice, kača, tri srne. Vrh tega do konca septembra dobra kolesarska bilanca: Nejka skoraj 3200 km, jaz nekaj več kot 3100 km.

Tretji bralni vrh pa zajema dve »pravi« knjigi:

Knjižico *O srednjem veku za otroška ušesa* (J. Le Goff, J.-L. Schlegel, 2010) je mogoče prebrati v enem dnevu. Na koncu je imenitna časovna preglednica. Pretreslo me je dvoje. Prvič, kar zadeva pojem *oblast*, se judovstvo in islam bistveno razlikujeta od krščanstva. Po Jezusovem nauku »Dajte cesarju, kar je cesarjevega, in Bogu, kar je božjega« (enaka dikcija v vseh treh sinoptičnih evangelijih) krščanstvo ne more biti teokracija. Nasprotno, obstajata tako božja kot svetna oblast. In prav zato se je od 19. stoletja dalje (samo v krščanskih deželah!) mogla razvijati in končno uveljaviti ideja o demokraciji, da oblast izhaja iz ljudstva. Drugič, da sta se antisemitizem in antijudaizem pojavila šele (že?) v 11. stoletju ob prvi križarski vojni.

Vrhunec kolesarskega branja pa je vsekakor *Die Frau ohne Grab. Bericht über meine Tante* (Ženska brez groba. Poročilo o moji teti, Martin Pollack, 2019). V recenziji se mi je o spopadih med Slovenci in Nemci na Spodnjem Štajerskem v preteklosti zapisalo tole:

Knjiga ne pove nič novega o (zgodovinskih) dejstvih. A ker se zgodovina prepleta z osebnimi

usodami, se pokaže novost, ki jo je Pollack odkri(va)l že v svojih prejšnjih delih: t. i. razmerje med žrtvijo in zatiralcem. Da – ko se razmere spremenijo – lahko žrtev postane zatiralec, ki svojega prejšnjega zatiralca spremeni v žrtev ter obravnava ne le z enako, temveč isto krutostjo kot prej. Ali z drugimi besedami: v času monarhije so Nemci zatirali Slovence, v času Kraljevine Jugoslavije pa so Slovenci zatirali Nemce. In dalje: med okupacijo so Nemci zatirali in pobijali Slovence, po porazu nacizma pa so Slovenci zatirali in pobijali Nemce. ...

Smrt nedolžne žrtve (žrtvovanje) je v zgodovini človeka znan pojav. Obdan seveda z miti, ki naj bi žrtvovanju (človeka) dali smisel. Slednjemu se navadno dodajajo razne religijsko-politične ali celo mistične razsežnosti, ki omogočajo nadaljnje manipulacije. ...

Ne vem, ali je med kolesarjenjem moj (večji) strah pred avtomobili objektivni ali pa odraz staranja. In dalje: medtem ko sem pred nekaj leti po blagih strminah kolesaril pri prestavnem razmerju 2,75 (44/16), mi zdaj bolj ustreza nižje razmerje, 2,44 (44/18). Ob tem se pa kar učinkovito tolažim z naslednjim spoznanjem:

Dokler je znak staranja le prestavno razmerje pri kolesu, ni težav. Tako lahko le ponovim zadnjo vrstico iz podnaslova tega zapisa:

»... in tako dalje naprej, v svetlo prihodnost, juhej!«

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

Ni pomemben svet, pomemben je le pogled

Mirjana Rajer

Zavodnik pišem še v letu 2019. Ihan želi, da je napisan že v začetku januarja, in ni boljšega časa za pisanje zavodnika kot med prazniki. Takrat se človek ustavi, potico v pečico postavi in lahko malo razmisli. Je bilo leto dobro, morda slabo, je moje življenje v redu ali ni? Prazniki so neke vrste inventura. Inventure pa so lahko dobre, ali pa tudi ne. Lahko ti pokažejo, da nisi čisto tako srečen, kot družina iz reklame, ki sedi za mizo in je hrano iz točno določene trgovine (saj ne smem napisati katere, a ne?). Ali pa morda sem. Družino imam, mizo imam, hrano imam, še dva psa, ki bi najraje pojedla vso hrano na mizi. Tega v reklamni sicer običajno ni, kakor ni dretja na pse, naj nehajo cviliti za hrano, ker so siti. Kaj potem, sem srečna kot družina v TV-reklamah ali nisem? Odvisno od pogleda na svet. V vsaki stvari namreč lahko vidimo dobro, nevtravno ali slabo. Recimo, moje letošnje kupovanje darila za moža. Torej, najdem se 24. 12. ob 13h brez darila za moža – negativno. Mislim si: »Po službi bom skočila po darilo,« – pozitivno. Sodelavke me spomnijo, da si tudi trgovke zaslužijo božični večer in da trgovine zapirajo zgodaj – negativno. Naredijo mi uslugo in me »spustijo iz službe« prej – pozitivno. Grem v trgovino (aja, vmes sem izvedela od moža, kaj si želi, huh, vsaj to). Torej, zaželel si je poseben rum, ki ga imajo samo v XY trgovini. Hitim v tisto trgovino, odprta je – pozitivno. Iščem rum, najdem polico in ... in ... samo listek s ceno, ta posebni rum so prodali in nimajo niti ene same samcate steklenice – negativno. Kličem moža, če bi mu modra prijala kakšna druga izmed 2000 opojnih posebno izbranih pijač iz tiste trgovine. Reče ne – negativno. Pove mi pa tudi, da je čisto zraven še ena trgovina s posebej izbranimi pijačami in tam ta posebni rum zagotovo imajo – pozitivno. Hitim tja, vprašam če imajo, imajo – pozitivno. Ja, ampak ne navadnega (kot da je bil prvi navaden). »Gospa, navadnega dobite povsod, mi imamo samo nadgradnjo.« Ajej, torej posebej staranega v posebnih sodih pod posebnimi koti ob posebni luni ... beri drag ko hudič – negativno. Kaj sedaj? Jah, sama sem si kriva, pač

bi šla prej, darilo potrebujem (mož bi sicer preživel, a brez darila bi ubila božičnega duha). Nič, kupim ga – pozitivno, imam darilo, ne ne, negativno – dvakrat dražji je kot običajen. Mož me pobere, greva domov, vesel je zaradi ruma, božič rešen – vse pozitivno. Kaj je pa nevtravno v vsej tej zgodbi? Nimam pojma, ali je ta rum res tako dober in vreden svojega denarja ali ni. Mah, recimo, da je – pozitivno.

Poglejmo si naš zdravstveni sistem. Vzemimo porodništvo. Je pri nas pozitivno ali negativno? Sodelavka je (neverjetno, ravno isti dan kot moj rum) razlagala, kako je njena sorodnica rodila v Švici. Torej, ženska rodi, izgubi veliko krvi, je sicer vitalno stabilna in jo pošljejo isti dan



domov – negativno. Pri nas bi ostala v oskrbi, na opazovanju – pozitivno. Če sama pogledam na to, bi me v Švici grozno skrbelo, kaj vse me doma čaka, takoj po porodu in z velikim minus stanjem, kar se tiče moje krvi – negativno. Sicer bi moja skrb najbrž omilila pomirjevala. Verjamem, da v Sloveniji delujejo popolnoma enako kot v Švici, ampak vseeno, raje sem v Sloveniji po porodu kakor v Švici – pozitivno. Neverjetno, pa tako smo nezadovoljni, ker živimo v Sloveniji in ne v Švici. Druga sodelavka, ki dela doktorat na to temo, mi je povedala,

da je v Sloveniji rak kot vzrok smrti nosečnic na drugem mestu – negativno, ker je rak, in hkrati pozitivno, ker ga ni veliko in predvsem, ker imamo izjemno dobro oskrbo mater in novorojenčkov.

Torej, dragi moji, pred nami je leto 2020. Veliko stvari bo popolnoma enakih kakor v letu 2019. Še vedno bomo živeli v Sloveniji (no, razen tistih, ki se mislite preseliti ravno v tem letu), še vedno bomo del istega zdravstvenega sistema, večina nas bo delala v isti zdravstveni ustanovi pod istimi pogoji z istimi sodelavci. Lahko

da bomo na veliko stvari še naprej gledali negativno. A poskušajmo, vsi skupaj poskušajmo, vsaj na kakšno majhno stvar pogledati pozitivno. Morda bo tako naš poklic le malo lažji in naši bolniki še naprej v odlični oskrbi – pozitivno, zelo pozitivno. Srečno vsem!

Doc. dr. Mirjana Rajer, dr. med.,
Univerzitetna klinika za pljučne bolezni
in alergijo Golnik

Zbornica vzpostavlja e-poslovanje s svojimi člani

Zbornica vzpostavlja dodatno pot komunikacije s svojimi člani, in sicer e-poslovanje. S tem omogoča svojim obstoječim ter bodočim članom e-oddajo in e-vročanje dokumentov preko varnega elektronskega predala – v nadaljevanju: VEP.

Kaj je varen elektronski predal – VEP?

VEP je elektronski naslov uporabnika v informacijskem sistemu za varno elektronsko vročanje, ki ga upravlja izvajalec storitev varnega elektronskega vročanja. V zborničnem primeru je to podjetje EIUS.

Podjetje EIUS je prejemnik znaka zaupanja EU, ki daje zagotovilo, da so ponudniki elektronskih storitev in njihove storitve zaupanja vredni in usposobljeni ter v skladu s pravili iz uredbe eIDAS, s čimer se zagotavlja visoka kakovost, ki je urejena po zahtevah EU. Pogoj za e-poslovanje je, da imata obe stranki, tako pošiljatelj kot prejemnik, odprt VEP.

Kaj mora član storiti, da lahko vzpostavi e-poslovanje?

Člani, ki se bodo vključili v e-poslovanje z zbornico (ali katerikoli drugim subjektom), morajo:

- imeti kvalificirano digitalno potrdilo, v kolikor pa ga še nimajo, ga lahko brezplačno pridobijo. Na portalu e-uprave je dostopna **Vloga SIGEN-CA**, ki jo izpolnijo in odnesejo na najbližjo upravno enoto;
- vzpostaviti VEP na spletni strani <https://vep.si/> po navodilih za registracijo, ki so dostopna na povezavi **Navodila**. Za pomoč pri registraciji se lahko obrnejo na **Kontakt**;
- posredovati na zdravniško zbornico naslov VEP, ki ga prejmejo ob registraciji, in sicer na e-naslov **podpora**.

Člani, ki bodo sporočili naslov VEP, bodo v VEP prejemali dokumente, ki jih zbornica naslavlja na svoje

člane (odločbe, sklepe ter drugo dokumentacijo), sami pa bodo po tej poti oddajali vloge ali druge dokumente, naslovljene na zdravniško zbornico. O prejeti pošiljki v VEP bodo člani obveščeni na elektronski naslov, ki ga bodo navedli ob registraciji VEP.

Katere so prednosti e-poslovanja?

- Večja varnost komunikacije pri prenosu dokumentacije.
- Hitrejša in enostavnejša komuniciranje.
- Cenovno ugodnejša poštna storitev, saj so cene pošilk precej nižje kot fizična pošta.
- Predvsem pa skrb za okolje.

Vabimo člane, da se v čim večjem številu odločijo za e-poslovanje s stanovsko organizacijo in nam posredujejo naslov VEP.

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. A single issue costs €4.92. The tax is included in the price. Manuscripts are not returned to authors. An honorarium is paid for selected articles.

Print run: 10,100 copies.

The journal is named after Isis, an Egyptian goddess. Legends say that she had healing powers, that her power extended throughout the world, and that each person is a drop of her blood. She was considered to be the founder of medicine. 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 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
Dr. **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, mag. posl. inf.



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.

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 direct contact with 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 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.
- Professionally auditing and appraising 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 negotiation on 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 concluding them on behalf of private doctors as employees, thereby enhancing the value of medical professionals' 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 a job.
- Assisting members to find suitable temporary replacements 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 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 Medical Chamber charter.

Klubski koncertni večeri NAPOVEDNIK 2019/20

25
februar



**Večer romantike
godalni kvintet**

Ana Dolžan, violina
Oskar Longyka, violina
Tilen Udovič, viola
Sebastian Bertoncelj, violončelo
Ana Semič - Bursać, klavir

marec



Cellostravaganza

Alja Mandič Faganel, violončelo
Martin Sikur, violončelo
Jošt Kosmač, violončelo
Petra Greblo, violončelo

22
april



**Koncert zdravniškega orkestra
Camerata Medica**

5
maj



STOP – Slovenski tolkalni projekt

Vljudno vabljeni!

Program Koncertnih večerov v Domus Medica za sezono 2019/2020 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.