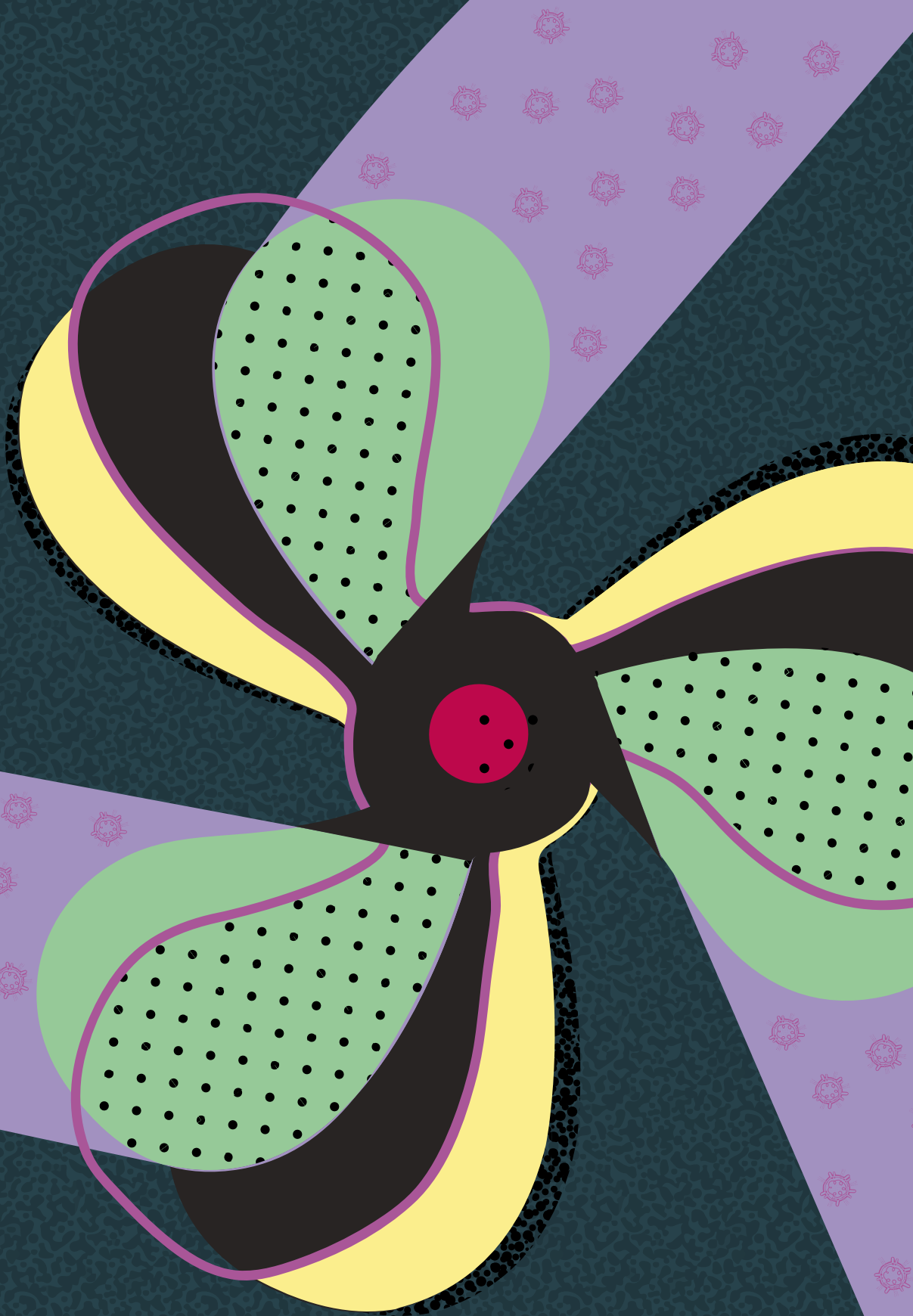


IS IS

Glasilo Zdravniške
zbornice Slovenije

Junij 2020
Številka 6



Prof. dr. Matjaž Jereb: “Pri predihavanju naših bolnikov se, v nasprotju z nekaterimi objavami iz tujine, nismo odločili za uporabo nobene od metod neinvazivnega predihavanja, temveč za zgodnjo intubacijo, ker neuspeh neinvazivnega predihavanja poslabša prognozo bolnikov, po drugi strani pa smo z izbiro invazivnega predihavanja želeli zmanjšati kontaminacijo delovnega okolja z aerosolom. Naš pristop je bil relativno učinkovit in smrtnost naših bolnikov med nižjimi glede na podatke iz tujine.”

Zbornica vzpostavlja e-poslovanje s svojimi člani

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 zagotavlja, da so ponudniki elektronskih storitev in njihove storitve zaupanja vredni in usposobljeni ter v skladu s pravili iz uredbe eIDAS.

Pogoj za e-poslovanje je, da imata obe stranki, tako pošiljatelj kot prejemnik, odprt VEP.

Kaj mora član storiti, da lahko vzpostavi e-poslovanje?

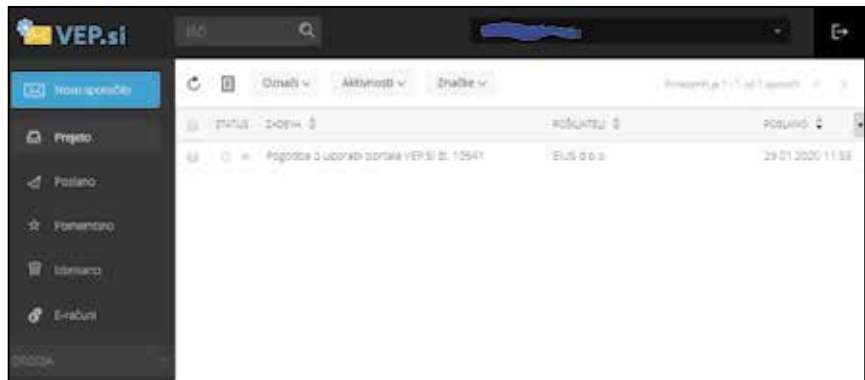
Člani, ki se bodo vključili v e-poslovanje z zbornico (ali katerikoli drugim subjektom), morajo:

- imeti kvalificirano digitalno potrdilo; v kolikor ga še nimajo, pa 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 njihovi strani. Za pomoč pri registraciji se lahko obrnejo na: pisarna@eius.si ali na tel. št.: 01 426 53 76;
- posredovati na zdravniško zbornico svoj VEP-naslov, ki ga prejmejo ob registraciji, in sicer na: podpora@zzs-mcs.si.

Registracija VEP je brezplačna, prav tako ni letnega nadomestila za uporabo spletne aplikacije vep.si, obračuna se zgolj storitev posredovane pošte po cenu, objavljenem na strani VEP. Cena pošiljke preko VEP je, v primerjavi s ceno pošiljke preko Pošte Slovenije, nižja tudi do 75 %.

Kako deluje VEP?

VEP deluje podobno kot drugi predali za elektronsko pošto, le



Primer VEP po opravljeni registraciji

da je to predal za pošiljanje in prejemanje uradne pošte.

Kreiranje pošiljke v VEP:

- S klikom na »Novo sporočilo« se odpre obrazec za vnos – kot elektronska pošta
- Vpiše se naslovnika: **zdravniska.zbornica@vep.si**, lahko so le tisti, ki imajo VEP
- Zadevo
- Izbere vrsto pošiljke
- Vpiše spremno besedilo
- Priloži dokumente (datoteke)
- Odpošlje s klikom na »Pošlji«

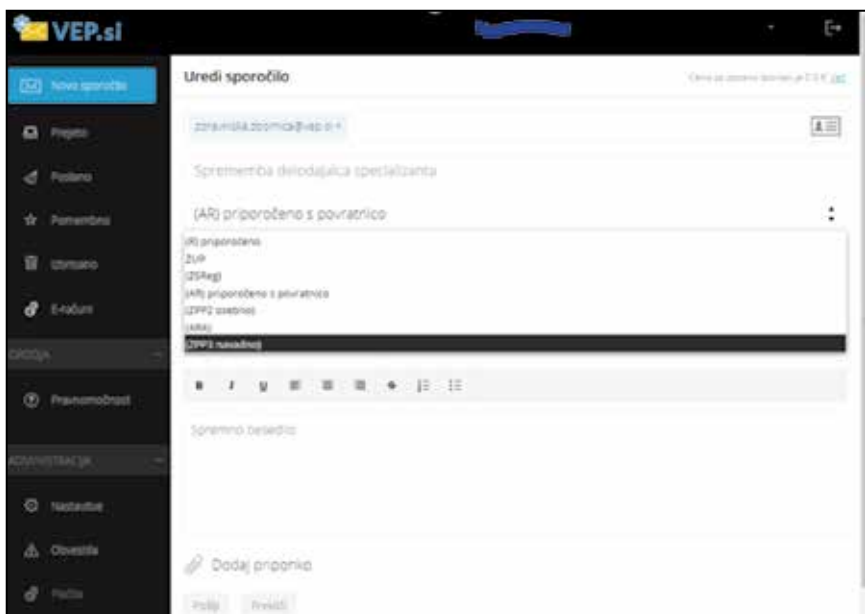
Sistem bo obveščal o dospelju, prevzemu – vročitvi na elektronski naslov, ki ga je član podal ob registraciji VEP. Enako bo sistem

obvestil o prispeli pošiljki v VEP. V VEP so vsa sporočila prikazana v mapi »Prejeto«.

Člani, ki bodo zbornici sporočili svoj VEP-naslov, bodo v VEP prejeli 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 zbornico.

Člani posredujejo naslov svojega VEP na: **podpora@zzs-mcs.si**. Naslov zborničnega VEP: **zdravniska.zbornica@vep.si**.

Pripravila:
Maja Horvat, mag. posl. inf.



Primer VEP-sporočila

Kako nam je uspelo preživeti epidemijo in pomagati pacientom

Zdravniška zbornica – kot nepovabljeni in nadležen gost v pripravi in izvajanju ukrepov ob epidemiji

Zdenka Čebašek - Travnik, Krunoslav Pavlović

Dolgo sem premišljevala, kako naj naslovim uvodnik, da bo zvenel zanimivo in prepričljivo. »Nepovabljeni gost«? Gotovo se je vsakdo kdaj počutil tako, ko je hotel biti zraven nekje, kjer ga drugi niso marali, na kakšnem rojstnem dnevu, zabavi, pri načrtovanju raziskave, projektu ..., zato se zlahka poistovetimo s tem občutkom. Nepovabljenega gosta se pusti nekje ob strani, se ga ne vključu-



je v dogajanje, se ne odgovarja na njegova vprašanja in pobude. Čeprav vsi vedo, da je tam ...

Približno tako smo se počutili v zdravniški zbornici vse od sredine februarja letos. Trudili smo se biti čim bolj prijazni, koristni, nepogrešljivi – a vse zaman, enostavno nas niso želeli zraven. Dvakrat smo bili povabljeni na sejo koordinacijske skupine, ki je kmalu zatem ni bilo več. Več gostoljubnosti so doživeli zobozdravniki, kar bo opisano v nadaljevanju.

Zakon o zdravniški službi v 5. točki 71. člena pravi, da zdravniška zbornica sodeluje pri pripravi zakonov, planskih dokumentov, kadrovskih načrtov in drugih predpisov s področja zdravstva; zato smo se v zvezi z novim koronavirusom aktivirali in začeli pošiljati predloge in vprašanja. Najprej smo jih naslavljali na krizni štab, kasneje na ministrstvo za zdravje in potem na vodjo strokovne skupine za zajezitev in obvladovanje epidemije COVID-19. Žal odgovorov z ministrstva za zdravje večinoma nismo dočakali, tudi naši predlogi so se izgubili nekje v pripravi odgovorov. Zato smo se usmerili predvsem na to, kar lahko naredimo sami za svoje člane.

Z reorganizacijo delovanja strokovnih služb in z izjemno aktivnostjo službe za stike z javnostmi smo članom ves čas epidemije zagotavljali:

- Informiranje o aktualnih razmerah in posredovanje pravnih aktov in dokumentov, ki smo jih prejeli od državnih organov in institucij
 - COVID-19: Dnevne informacije.
- Dostop do strokovne literature skozi novo učno platformo ZZS
 - Moodle, ki smo jo začeli z lekcijo COVID-19, a jo bomo aktivno

uporabljali še naprej za izobraževanje in pridobivanje licenčnih točk.

- Dve obširni pravno-finančni analizi dveh paketov »koronazakonodaje« – da bi članstvu pojasnili, kaj jim ti zakoni prinašajo, kako se vključiti in zagotoviti ugodnosti.
- Ažurno pojasnjevanje sprejetih odlokov in uredb ter pravno svetovanje članom – tega je bilo v tem obdobju nekajkrat več kot v običajnem času.
- Proaktivno delovanje za ponovno vzpostavitev nadaljevanja specialističnih izpitov, specializacij, strokovnih izpitov in sekundariata ter pripravništva za zobozdravnike.
- Reorganizacijo izobraževanj, ki zdaj potekajo po videopovezavah in ki jih člani dobro sprejemajo.
- Sprotno odgovarjanje na vprašanja članov, zbiranje njihovih predlogov in pričevanj. Zaživel je e-naslov koronavirus@zdravni-skazbornica.si, kamor smo prejeli na stotine vprašanj. Vzpostavili smo povezavo z odgovornimi za razdeljevanje osebne varovalne opreme, a bili pri tem le delno uspešni.

Veliko podatkov smo pridobili tudi z anonimno spletno anketo, katere rezultati so bili objavljeni tudi v obliki članka v majski številki Isis. Še enkrat hvala vsem, ki ste sodelovali!

Podrobno poročilo o vseh opravljenih nalogah v času epidemije še pripravljamo in ga bomo objavili. Vse naše strokovne službe so delovale ves čas krize, v precejšnji meri tudi z delom od doma. Zato se moramo zahvaliti tudi njim, saj so, posebno pravna služba, oddelek za stike z



javnostmi in oddelek za informatiko, delali vse dni v tednu. V prihodnjih tednih bosta najbolj obremenjena oddelka za specializacije ter za pripravništvo in register.

V tem času se je pokazala tudi enotnost zobozdravnikov. Sami se niso več delili in začeli so skupaj iskati rešitve, kako drug drugemu pomagati v nastali situaciji. Ugotovili so, da lahko v zobozdravstvenem sistemu tudi v času najhujše krize delajo strokovno, kakovostno in varno. Da se lahko pacientu posvetijo in opravijo korektno storitev. Kako jim je to uspelo?

»Bili smo povezani kot nikoli poprej. Ta povezanost in zavzetost, varovati pacienta in svoje zdravje na branikih stroke, nam je dala novo izkušnjo. Izkušnjo, ki nam bo krvavo koristila v prihodnosti. Ugotovili smo, da obstaja tudi drugačno zobozdravstvo in ne le tisto, ki nam je bilo vsiljeno pred epidemijo. Te občutke prenašamo v pripravo strokovnih smernic za delo po odprtju zobozdravstvenih ordinacij. Želimo jih prenesti tudi v nek nov zobozdravstveni sistem, ki bo enakopraven, transparenten in predvsem dostopen. Verjamemo, da se to da narediti,« je izhajalo iz njihovih srečanj po video-povezavah.

Razmere so bile negotove, saj se Slovenija ni mogla izogniti epidemiji. Nihče od deležnikov v zdravstvenem sistemu ni poznal razmer v zobozdravstvu in pogojev, v katerih delajo zobozdravniki. Predstavnikom zobozdravstva je kmalu postalo jasno, da bodo prepuščeni predvsem samim sebi, svojemu znanju in iznajdljivosti in da je najbolje, da se takoj lotijo urejanja pogojev za delo v takšnih razmerah. Proaktivni del Odbora za zobozdravstvo je sklenil storiti vse za zaščito pacientov in zobozdravnikov pred širjenjem virusa. Spremenili so vlogo iz *nepovabljenega v nadležnega* gosta. S stalnim opozarjanjem na vseh ravneh jim je uspelo zagnati kolesje odločevalcev in postaviti mrežo nujnih zobozdravstvenih vstopnih točk, kjer so nudili nujne zobozdrav-

stvene storitve v varnem in kontroliranem okolju.

V dneh pred epidemijo je postal jasno, da država brez zdravnikov in zobozdravnikov ne bo mogla delovati. Prvič so utrip države določali strokovnjaki medicinske stroke s posameznimi krči političnega vplivanja, glajenja in umirjanja množic, da ni tako hudo. No, ko je vajeti komuniciranja prevzel gospod Kacin, nam je bilo vsem jasno, kje smo. Zanimivo je bilo opazovati odločevalce in njihovo občutenje nemoči. Občutili so obup, ki ga vsak dan čutimo zdravniki in zobozdravniki, ko zaradi čakalnih dob ugotovimo, da je pacient prepozno prišel na vrsto za poseg. Še bolj so lahko občutili stisko, ki jo naši kolegi čutijo vsak dan, ko ni dovolj postelj, da bi vse paciente oskrbeli v skladu z doktrino. Spoštovani politiki, tako se mi počutimo vsak dan, ko gledamo v oči pacientom, ki izžarevajo strah, upanje in dvom, ali jim bo zdravstveni sistem res nudil vse, kar potrebujejo v tistem trenutku.

Spoznali smo, da se očitno da delati drugače, delati v dobro pacienta in za pacienta. Kako uspeti v tem? Preprosto: zakone, ki uravnavajo naš zdravstveni sistem, moramo pisati zdravniki in zobozdravniki, ki poznamo stroko in njene omejitve, tudi finančne. Mi, ki zdravstveni sistem živimo vsak dan in se srečujemo z ljudmi, ki bi jim radi pomagali, pa jim zaradi različnih pravil in zakonov ne moremo.

Upravičeno smo ponosni na vse člane, še posebej na mlade zdravnike, ki so pokazali svojo pripadnost našemu poklicu, sposobnost za medsebojno obveščanje in sodelovanje, ponosni smo na številne kolegice in kolege, tudi zasebnike, ki so se prostovoljno vključili v dejavnosti javnega zdravstva, ko so morali svoje ambulante zapreti. To je treba napisati, saj ob splošni hvali javnemu zdravstvu za prizadevne zasebnike le redkokdo najde pohvalno besedo. A bili so zraven in čas je, da jim to

priznamo vsaj mi, člani zdravniške zbornice.

Prišel je čas, ko se vsi sprašujemo, kaj se je in kaj se bo moralo spremeniti v našem zdravstvenem sistemu. Vedno bolj jasno je, da bo treba vanj vključiti tudi zasebnike, da bomo lahko zagotovili strokovno pomoč za čim več pacientov, ki zdaj že mnogo predolgo čakajo. Z normalizacijo razmer se vračajo tudi »normalne« čakalne vrste. Treba bo spremeniti zakonodajo, ki je zdaj postala neuporabna, še posebej za upravljanje s čakalnimi seznamami.

Zdravstveni sistemi lahko delujejo le, če v njih deluje zdravstvena delovna sila, ki je ključna tudi za opredelitev kakovostnih storitev v zdravstvu. Zdravstvena delovna sila je ključni deležnik v reformi zdravstvenega in zobozdravstvenega sistema in je glasnik pacientovega zdravja in pravic. To bodo morali spoznati tudi odločevalci na vseh ravneh. Pričakovali bi, da bi v duhu »kruha in iger« poleg bonov za turizem in morda kulturo delili tudi bone za zdravstvo – na primer v obliki prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, s katerim bi vsem pacientom omogočili lažji dostop do zdravniških in zobozdravniških storitev.

Spremenilo pa se bo tudi delovanje naše zbornice, ki je odlično opravila prisilen preskok na delovanje v virtualnem svetu: v naših aktih bo treba opredeliti pravila sestankov na daljavo, še bolj razviti e-izobraževanja, sodobne tehnologije pa nam bodo v pomoč tudi pri poslovanju s člani. Mogoče bi izvedli tudi e-volitve, a za to je treba najprej spremeniti statut.

**Dr. Zdenka Čebašek - Travnik, dr. med.,
predsednica zdravniške zbornice**
**Krunoslav Pavlović, dr. dent. med.,
podpredsednik zdravniške zbornice**



Uvodnik

- 3** Kako nam je uspelo preživeti epidemijo in pomagati pacientom
Zdenka Čebašek - Travnik, Krunoslav Pavlović

K naslovnici revije

- 8** Prof. dr. Matjaž Jereb
Alojz Ihan

Zbornica

- 12** Iz dela zbornice
- 16** Pregled normativne dejavnosti na področju zdravstva
Tilen Majnik
- 17** Ocena kakovosti življenjskega sloga upokojenih članic in članov Zdravniške zbornice Slovenije za leto 2019
Kim Barbič, Nina Dejak

Aktualno

- 21** Organizacija Urgentnega centra Maribor v času epidemije koronavirusa SARS-CoV-2
Rok Petrovčič, Igor Goričan, Ana Podlesnik, Matevž Privšek, Aleks Šuštar, Roman Košir
- 24** Lokalna skupnost in ambulante družinske medicine v času epidemije SARS-CoV-2 – zgled dobrega sodelovanja
Danica Rotar Pavlič
- 27** Donorska in transplantacijska dejavnost v času epidemije
Danica Avsec

Iz Evrope

- 31** Delo pod nadzorstvom mladih hrvaških zdravnikov
Anton Mesec
- 31** Francija: nobenih nadomestil za homeopatijo

- 32** Neuporabljeno znanje
- 32** Zdravstveni sistem na preizkušnji

Zdravstvo

- 34** Skupno ukrepanje za obvladovanje raka v EU
Urška Kolar, Marjetka Jelenc, Tit Albreht

Mladi zdravniki

- 36** Čez planke: Za pet let na (skrivnostni) Otok
Barbara Podnar

Forum

- 40** Komentar k zapisom
Marjan Kordaš
- 40** Obravnava osebe s sumom na COVID-19 v dežurni službi urgentnega centra
Rade Iljaž
- 41** Pomemben trenutek
Nina Mazi
- 43** Prispevek k razpravi o ukrepih za zmanjševanje zdravstvenega absentizma
Marjan Hrušovar
- 44** Zdravljenje starostnika je izziv, priložnost in dolžnost
Marjan Fortuna

Medicina

- 45** Izdaja enot koncentriranih eritrocitov s pozitivnim navzkrižnim preizkusom
Tanja Hartman, Ivica Marić, Irena Bricl

Poročila s strokovnih srečanj

- 49** Evropski kongres spolne medicine
Irena Rahne Otorepec
- 51** 10. Hipokratovo srečanje: Ugovor vesti
Petra Grimani

- 53** Strokovno izpopolnjevanje iz elektroencefalografije v sklopu projekta COGDEC
Matej Perovnik, Tjaša Mlinarič

Strokovna srečanja

- 55** Zbornična izobraževanja za zdravnike in zobozdravnike
- 57** Strokovna srečanja
- 60** Mali oglasi

Iz zgodovine medicine

- 63** Prof. dr. Marjan Morelj, generalmajor in glavni epidemiolog VMA
Ludvik Travnik
- 64** Utrinki iz preteklosti
Berta Jereb

Obletnica

- 66** Prim. Zdenko Šalda, dr. med.
Elko Borko, Zvonko Šalda

V spomin

- 69** Štefka Križnar (1937–2020), pediatriinja iz Škofje Loke, od kod si se vzela?
Andrej Šubic
- 70** Martini Kavčič v slovo
Irena Grmek Košnik

Zanimivo

- 71** O svobodi raziskovanja
Matjaž Lesjak
- 74** (Ka)ko se človek spremeni
Eldar M. Gadžijev

Zdravniki v prostem času

- 77** 42. IATROSSKI 2020
Jasna Čuk Rupnik

78 Judita Mandelc Kunčič
– zdravnica in magistra
slikarstva

Zvonka Zupanič Slavec

Zavodnik

81 Včeraj, danes, jutri
Jana Govc Eržen

Kolofon

Leto XXIX, št. 6, 1. junij 2020
Natisnjeno 10.000 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@zzs-mcs.si
Transakcijski račun: 02014-0014268276

PRESEDNIK

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@zzs-mcs.si

ODGOVORNI IN GLAVNI UREDNIK

Prof. dr. Alojz Ihan, dr. med.
E: alozj.ihan@mf.uni-lj.si
T: 01 543 74 93

UREDNIŠKI ODBOR IN NOVINARJI

Prim. asist. mag. Martin Bigec, dr. med.
Prof. dr. Vojko Flis, dr. med.
Prim. asist. Jana Govc Eržen, dr. med.
Doc. dr. Katja Groleger Sršen, dr. med.
Akad. prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med.
Prof. dr. Črt Marinček, dr. med., v. svet.
Prof. dr. Anton Mesec, dr. med., svet.
Doc. dr. Brigita Novak Šarotar, dr. med.
Barbara Podnar, dr. med.
Doc. dr. Marko Pokorn, dr. med.
Doc. dr. Mirjana Rajer, dr. med.
Prim. izr. prof. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med.
Doc. dr. Aleš Rozman, dr. med.
Prof. dr. Vito Vrbič, dr. dent. med., v. svet.

LEKTORIRANJE

Marta Brečko Vrhovnik, univ. dipl. slov.
E: marta.brecko@zzs-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@zzs-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 fotoreportaž) 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 srečanje (uredništvo si pridržuje pravico, da imena objavi v enotni obliki). Zahval sponzorjem ne bomo objavili.

Nekrologi

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

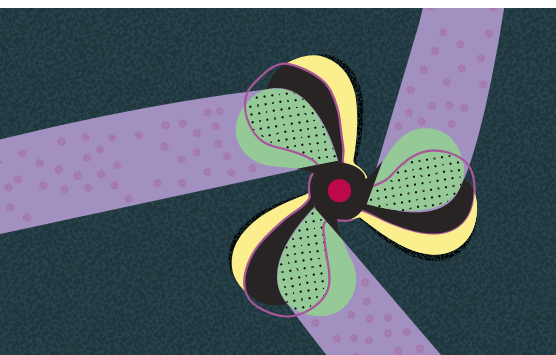
Za objavo dogodka v rubriki Strokovna srečanja (preglednica) pošljite podatke do 5. v mesecu na e-naslov isis@zzs-mcs.si. Objavljeni bodo dogodki za največ tri mesece vnaprej.

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. Poština je plačana pri pošti 1102 Ljubljana.



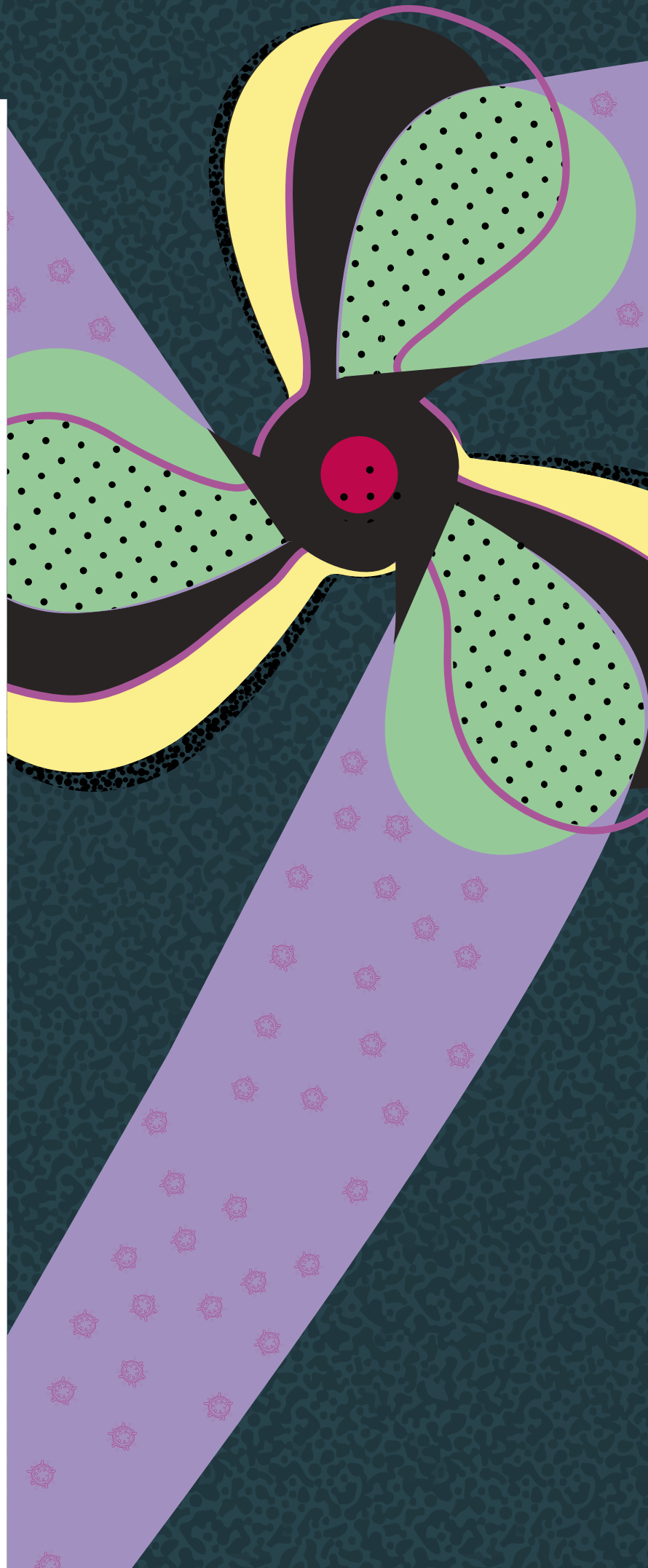
Prof. dr. Matjaž Jereb

Alojz Ihan

*COVID-19 (angl. CoronaVirus Infectio-
us Disease-19) je imunopatogenetsko
zelo posebna bolezen. Laboratorijsko
pri bolnikih, ki preidejo v dihalno sti-
sko, opažamo izrazito limfopenijo, ki
nastane zaradi množičnega prehoda
limfocitov T v pljučno tkivo, polno
virusov. Virusi, ki jih citotoksični lim-
fociti T v prvi fazi ne zmorejo zaustavi-
ti, v drugi fazi pljučnice aktivirajo
močan vnetni odziv, lokalni in sistem-
ski, ki lahko usodno požene patogenet-
sko spiralo v smer odpovedi pljuč. Kako
se to kaže v klinični praksi, ko pacient
zaradi dihalne stiske pride v intenzivno
enoto?*

Potek okužbe z novim virusom SARS-CoV-2 je dejansko drugačen, kot smo ga bili vajeni pri drugih virusnih okužbah spodnjih dihal. Pri približno 5 % bolezen poteka s sliko hude pljučnice, ki zahteva obravnavo na oddelku za intenzivno zdravljenje (OIZ). Do poslabšanja običajno pride šele v drugem tednu bolezni z napredovanjem okužbe v spodnja dihalna in razvojem pljučnice. Poslabšanje se pri bolnikih s COVID-19, sprejetih zaradi dihalne stiske na OIZ, odvija izredno hitro in pri večini bolnikov je bila intubacija potrebna v nekaj urah po sprejemu.

V Sloveniji smo do danes na OIZ skupaj zdravili 72 bolnikov, kar je enako približno 5 % vseh dokazanih primerov. Pogosteje kot pri drugih virusnih pljučnicah, predvsem pa z razliko od bakterijskih okužb spodnjih dihal, v začetnem obdobju pri mehansko predihavanih bolnikih s COVID-19 nismo ugotavljali znižane podajnosti pljuč in sekundarna bakterijska pljučnica praktično nikoli ni bila razlog za sprejem bolnika na OIZ. Če pogledamo bolnike, ki smo jih zdravili na OIZ Klinike za infekcijske bolezni in vročinska stanja (KIBVS), je od začetka simptomov do sprejema na OIZ minilo povprečno devet dni. Limfopenija je po podatkih iz literature napovedni dejavnik težjega poteka bolezni in pri bolnikih, ki smo jih zdravili na OIZ KIBVS, je bila ta prisotna v skoraj 80 %. Za težji potek COVID-19 je značilen cito-



kinski vihar, ki ga spremljajo povišane vrednosti laboratorijskih kazalcev vnetja. Pri naših kritično bolnih bolnikih s COVID-19 je bilo povprečno število levkocitov v periferni venski krvi normalno, povprečna koncentracija C-reaktivnega proteina je bila višja od 150 mg/l, koncentracija prokalcitonina pri večini bolnikov pa samo mejno povišana ali normalna. Koncentracija provnetnega citokina IL-6 je bila pri vseh kritično bolnih povišana, a ne tako visoka, kot jo vidimo pri bolnikih s septičnim šokom. Prekomerni imunski odziv gostitelja dodatno okvarja pljuča, poslabša prognozo in prispeva k dihalni odpovedi.

Posebnost COVID-19 je izredno hiter prehod iz stanja »normalne« respiratorne vročinske bolezni v fazo dihalne stiske, ki je objektivno, z meritvami nasičenosti krvi s kisikom, lahko prav presenetljivo huda. S katerimi dejavniki povezujejo ta nenaden preobrat in kako ga je mogoče napovedati oz. pričakovati?

Za težji potek COVID-19 je v visokem odstotku značilna prizadetost pljuč in dihalna odpoved, lahko pa se pojavljajo tudi drugi zapleti, kot so prizadetost srca z motnjami srčnega ritma, prizadetost ledvic, osrednjega živčevja in tromboza. Pri bolnikih s COVID-19 z okužbo spodnjih dihal in težjim potekom je značilen hiter preobrat iz relativno stabilnega stanja, ko bolnik morda potrebuje zgolj minimalno nadomeščanje kisika preko nosnega katetra, do hitrega poslabšanja s hudo hipoksemijo, ki zahteva ukrepanje z intubacijo in mehanskim predihavanjem. Ni znano, kateri dejavniki pogojujejo hiter preobrat v klinični sliki. Je pa jasno, da je težji potek bolezni značilen za moške, starostnike, bolnike s kroničnimi pridruženimi obolenji, predvsem s sladkorno boleznijo in arterijsko hipertenzijo. Preobrat in težji potek napoveduje hitro stopnjevanje pospešenega dihanja in padec nasičenosti

krvi s kisikom, ki jo izmerimo s pulznim oksimetrom. Predvsem pri osebah s predhodno normalno pljučno funkcijo je to alarmanten znak, ki napoveduje možne zaplete.

Pri bolnikih s COVID-19 moramo biti pozorni še na en fenomen, ki ga do sedaj pri drugih povzročiteljih okužb dihal nismo srečevali. Gre za tiho hipoksemijo, ko bolniki kljub pospešenemu dihanju in izredno nizki nasičenosti krvi s kisikom, lahko pod 70 %, nimajo občutka težkega dihanja in lahko prepozno poiščejo pomoč. Ne njihovo splošno stanje ne stopnja dihalne stiske običajno nista sorazmerna s fiziološkimi meritvami. Patofiziologija fenomena ni povsem jasna, najverjetneje gre za prepletanje desno-levih spojev in neučinkovite hipoksične vazokonstrikcije ob ohranjeni podajnosti pljuč in fiziološkega mrtvega prostora. Pri teh bolnikih je pomembno pravilno in hitro ukrepanje. V bolnišničnem okolju seveda lahko spremljamo saturacijo preko pulzne oksimetrije, težje pa ta nadzor izvajamo v domačem okolju. Lahko si sicer pomagamo s sodobnimi orodji, kot je telemetrija, vendar so možnosti za tovrsten nadzor omejene.

Kaj so pomembne razlike intenzivnega zdravljenja COVID-19 v primerjavi z intenzivnim zdravljenjem drugih težkih pljučnic?

V splošnem med intenzivnim zdravljenjem hude pljučnice zaradi virusa SARS-CoV-2 in hude pljučnice zaradi drugih infekcijskih vzrokov ni bistvene razlike. Tu seveda ne govori o usmerjenem zdravljenju bakterijskih pljučnic z antibiotiki ali o protivirusnem zdravljenju nekaterih virusnih pljučnic. Pristopi k podpornemu zdravljenju s kisikom, mehanskemu predihavanju ali zunajtelesni mehanski oksigenaciji so podobni, čeprav nekaj razlik vseeno je. Prav zaradi možnega hitrega poslabšanja kliničnega stanja in razvoja življenjsko nevarne dihalne stiske smo pri bolnikih s COVID-19 previdnejši, imamo nižji prag za sprejem na OIZ

in za intubacijo se odločimo elektivno še v fazi hemodinamske stabilnosti in pred morebitnim sekundarnim srčnim zastojem zaradi hude hipoksemije. Kot sicer, tudi bolnike s COVID-19 predihavamo z varnimi načini predihavanja, da preprečimo dodatno okvaro pljuč zaradi samega predihavanja. Pri bolnikih, zdravljenih na OIZ KIBVS, v začetnem delu pogosto nismo imeli opravka s sliko hudega akutnega respiratornega distresnega sindroma (ARDS), z močno zmanjšano podajnostjo pljuč in smo jih lahko predihavali z nižjimi, še varnimi tlaki. Ena od značilnosti je tudi ta, da je bil čas mehanskega predihavanja praviloma daljši od enega tedna. Zapleti predihavanja so podobni zapletom, ki jih tudi sicer srečujemo pri tej skupini kritično bolnih. Ena od težav pri oceni zapletov je tudi dejstvo, da smo pri kliničnem pregledu bolnika omejeni, saj zaradi uporabe osebne varovalne opreme (OVO) običajna avskultacija pljuč ni možna. V veliko pomoč pri pregledu pljuč nam je ob običajni radiološki diagnostiki tudi obposteljni ultrazvočni aparat. Tu bi izpostavil še, da se pri predihavanju naših bolnikov, v nasprotju z nekaterimi objavami iz tujine, nismo odločili za uporabo nobene od metod neinvazivnega predihavanja, temveč za zgodnjo intubacijo. Dejstvo je, da neuspeh neinvazivnega predihavanja poslabša prognozo bolnikov, in na drugi strani smo z izbiro invazivnega predihavanja želeli zmanjšati kontaminacijo delovnega okolja z aerosolom. Res pa so tu mnenja do neke mere nasprotujoča in navodila v različnih okoljih različna. Naš pristop je bil relativno učinkovit in smrtnost naših bolnikov, zdravljenih na OIZ, je bila med nižjimi, če jo primerjamo s podatki iz tujine.

Kakšno mesto ima zunajtelesna membranska oksigenacija (ECMO) v terapiji COVID-19 med epidemijo?

ECMO je metoda, ki so jo v tujini uporabili pri 1 do 3 % bolnikov s COVID-19. Pri nas v UKCL je bila metoda uporabljena pri enem bolni-

ku, pri katerem je ob pljučnici prišlo tudi do masivne pljučne embolije. Bolnik je žal umrl, je pa tudi sicer smrtnost bolnikov s COVID-19, ki so potrebovali ECMO, po trenutnih ocenah višja od 90 %.

V objavljenih študijah s Kitajske so bili kot dejavniki smrti v velikem deležu opisani sočasne bakterijske okužbe in septični zapleti. Kako velik problem je to pri nas?

Z razliko od gripe, kjer se pogosto srečujemo s sekundarnimi bakterijskimi pljučnicami, je podobnih izkušenj pri okužbah s SARS-CoV-2 manj. Vzrok sprejema na OIZ je bil najpogosteje COVID-19 in šele po daljšem obdobju zdravljenja na OIZ je prihajalo do bolnišničnih okužb, ki so bile v nekaterih primerih tudi vzrok smrti. Res pa je, da je dobrih 60 % bolnikov, zdravljenih na našem OIZ, ob povišanih laboratorijskih kazalcih vnetja ob sprejemu zaradi suma na sočasno bakterijsko pljučnico ali sepo izkustveno dobilo tudi antibiotik.

Motnje strjevanja krvi naj bi imele osrednje mesto v patogenizi pljučnice COVID-19 – kako uspešna so zdravila, ki se vpletajo v strjevanje krvi?

Tromboembolični zapleti so pri kritično bolnih bolnikih s COVID-19 pogostejši kot sicer pri bolnikih, zdravljenih na OIZ zaradi drugih vzrokov. Vzroki so verjetno različni in ni jasno, v kolikšni meri na pojavnost zapleta neposredno vpliva sama okužba s SARS-CoV-2. Po mnenju več strokovnjakov naj bi bolniki s COVID-19 na OIZ, ob in po oceni tveganja za krvavitve, dobivali višje odmerjene profilaktične odmerke nizkomolekularnega ali klasičnega heparina. Nekateri predlagajo celo terapevtske odmerke heparina. Ideja je, da lahko z antikoagulantno terapijo preprečimo nastajanje mikrotrombov v pljučnem žilju in izboljšamo pljučno funkcijo. Tudi rezultati nekaterih objav kažejo na ugoden

vpliv antikoagulantne terapije z nizkomolekularnim heparinom na preživetje kritično bolnih bolnikov s COVID-19. Med bolniki, ki smo jih zdravili na OIZ KIBVS, smo v 29 % dokazali globoko vensko trombozo in pri dveh od njih tudi masivno pljučno embolijo. Vsi bolniki so prejeli predtem profilaktične odmerke nizkomolekularnega heparina. Zaradi pomembno višje incidence tromboz pri kritično bolnih bolnikih s COVID-19 smo tudi pri nas spremenili pristop in v dogovoru s KO za žilne bolezni povišali profilaktične odmerke heparina.

Izjemna okoliščina dela z bolniki s COVID-19 je potreba po varovanju pred okužbami. Kako to oteži in zaplete postopke v OIZ, ima to lahko negativne posledice pri uspehu zdravljenja pacientov? Je glede na kužnost SARS-CoV-2 sploh mogoče imeti »mešan« OIZ, potem ko bo epidemija izzvenela?

Prva okužba z virusom SARS-CoV-2 je bila v Sloveniji potrjena 4. marca 2020 in šest dni pozneje je bil prvi bolnik s COVID-19 sprejet na OIZ KIBVS. Kljub temu, da smo bili pripravljene in smo predhodno izdelali protokole za obravnavo bolnikov, kakor tudi protokole glede uporabe OVO, je bilo na začetku vseeno kar nekaj neznank in tudi strahu. Se je pa varovalna oprema ob predpostavki, da jo osebje pravilno uporablja, izkazala za učinkovito. Na oddelku nismo imeli dokazanega prenosa okužbe od bolnika na osebje. Strah je izzvenel, ostaja pa previdnost. Omenil sem že določene ovire pri pregledu bolnika zaradi uporabe OVO, vendar lahko zagotovim, da oprema ni imela negativnega vpliva na uspeh zdravljenja naših bolnikov. Glede mešanega COVID in ne-COVID OIZ je odgovor ne. Tu gre za varnost bolnikov in osebja. Ob zmanjševanju števila bolnikov s COVID-19 in umirjanju epidemije bomo ohranili nekaj navadnih in intenzivnih postelj na ločenih

lokacijah, namenjenih bolnikom s COVID-19. Ob tem lahko samo upamo, da ukinjanje ukrepov in odpiranje meja ne bo imelo prevelikega negativnega vpliva. Posamezna žarišča okužb bomo lahko obvladovali, bojimo se morebitnega množičnega drugega vala okužb.

Koliko bi se zmanjšala učinkovitost zdravljenja, če bi morali zaradi obsežnejše epidemije improvizirati delo OIZ tako, da bi ventilatorje namestili po drugih sobah in oddelkih UKC? Kaj bi bili omejitveni dejavniki take razširitve? So izdelani načrti triaže med obsežnejšo epidemijo za optimalno preživetje bolnikov v improviziranih razmerah?

V Sloveniji smo z ukrepi, ki so bili sprejeti še dovolj zgodaj, in ob dejstvu, da smo praktično ustavili državo, epidemijo dokaj uspešno omejili. V začetku marca smo se predvsem bali razmer, ki smo jim bili priča v severni Italiji. Za potrebe življenjsko ogroženih bolnikov s COVID-19 smo pripravili intenzivne postelje v večini slovenskih bolnišnic, a odprli smo samo postelje v bolnišnicah prve linije, in to v UKC Ljubljana, UKC Maribor, SB Celje in na Kliniki Golnik. Teh je bilo 112, ki pa jih na srečo nismo zapolnili. Tako ni bilo potrebe, da bi sprožili odpiranje intenzivnih postelj v SB Novo mesto in v vseh ostalih bolnišnicah druge linije. V kolikor bi bilo potrebno, bi skupaj lahko oskrbeli dobrih 250 bolnikov, ki bi potrebovali zdravljenje na OIZ in mehansko predihavanje. V kolikor sprejeti ukrepi za preprečevanje širjenja virusne okužbe SARS-CoV-2 ne bi bili uspešni in bi se število okužb eksponentno povečevalo, bi sicer z improvizacijo še lahko pridobili nekaj dodatnih intenzivnih postelj, a sistem bi se zrušil zaradi pomanjkanja usposobljenega medicinskega osebja. Predlog za triažo bolnikov v primeru obsežnejše epidemije je izdelan. Gre za predlog in ne za družbeno sprejet dokument na državni ravni.



Foto: UKC Ljubljana

Veliko je govora o eksperimentalnih zdravilih in terapijah – kaj so težave pri odločanju zanje pri tako naglo razvijajoči se bolezni, kot je COVID-19? Mnoge od teh terapij bi bilo patogenetsko bolj smiselno dati v času, ko bolezen še ni polno razvita, in ne v fazi pljučne odpovedi in sistemskega vnetja?

Nekega učinkovitega preboja na področju usmerjenega protivirusnega zdravljenja COVID-19 žal še ni. Tako pri bolnikih na navadnih oddelkih kot pri tistih, zdravljenih na OIZ, je še vedno najpomembnejše dobro podporno zdravljenje s preprečevanjem morebitnih zapletov. Za vsa zdravila, ki se sicer lahko uporabljajo v namen neposrednega delovanja na virus, velja, da nimamo dobrih dokazov o njihovi učinkovitosti in so bila v osnovi razvita za zdravljenje neke druge okužbe. Dokazi o njihovem delovanju na SARS-CoV-2 so izhajali iz *in vitro* raziskav ali iz raziskav pri ljudeh, okuženih z drugimi koronavirusi. Kar nekaj zadnjih raziskav učinkovitost teh eksperimentalnih zdravil pri zdravljenju bolnikov s

COVID-19 postavlja pod vprašaj. Če govorimo o zgodnjem zdravljenju, se razmišlja tudi o uporabi plazme oseb, ki so prebolele okužbo s SARS-CoV-2. Domneva se, da bi bila njena uporaba lahko učinkovita v preprečevanju težjega poteka okužbe, se pravi še pred pojavom citokinskega viharja. Morda si lahko še največ obetamo od učinkovitega cepiva, do katerega pa pot očitno ni lahka.

Če odmislimo nova zdravila in terapije, do kakšne mere bo mogoče izboljšati preživetje bolnikov z uporabo znanih zdravil in postopkov, ko se bo nabralo dovolj izkušenj, kako jih uporabljati pri COVID-19?

Lahko samo ponovim, da je v tem trenutku za preživetje bolnikov s COVID-19, ki jih zdravimo na OIZ, najpomembnejše dobro podporno zdravljenje, preprečevanje morebitnih zapletov intenzivnega zdravljenja in njihova prepoznavna s hitrim ukrepanjem. Širše gledano pa je ključno, da v družbi z upoštevanjem vseh ukrepov za preprečevanje širjenja okužb s SARS-CoV-2, kot so upoštevanje medsebojne razdalje, razkuževanje in

umivanje rok, nošenje obraznih mask v zaprtih prostorih ipd., sedanje ugodne epidemiološke razmere v naši državi tudi ohranimo. Zavedati se moramo namreč vseh prostorskih in kadrovskih omejitev našega zdravstva; v teh dveh mesecih so bile številne dejavnosti v zdravstvu odpovedane ali pomembno okrnjene, nekateri bolniki so zaradi tega utrpeli škodo. Drugi val je zato treba preprečiti in število morebitnih novih bolnikov s COVID-19 ohraniti v sedanjih okvirih.

Veliko je ugibanj o trajnih posledicah pljučnice COVID-19 in posebej o trajnih posledicah intenzivnega zdravljenja (npr. ventilacije). Koliko je znanega o tem in koliko o preventivi oz. rehabilitaciji teh posledic?

Dolgotrajno zdravljenje na OIZ z mehanskim predihavanjem nedvomno pušča številne posledice. Pri bolnikih je v ospredju živčno-mišična oslabeledost, imajo kronične bolečine, so utrujeni, prihaja do kognitivnih motenj, depresije, motenj koncentracije ipd. Manj je znanega o specifičnih okvarah in posledicah, ki so vezane neposredno na COVID-19. Zaradi hude okužbe spodnjih dihal in dodatne okvare pljuč zaradi mehanskega predihavanja lahko prihaja do kroničnih sprememb na pljučih, fibroze in posledično do restriktivnih motenj pljučne funkcije. Dejstvo je, da je rehabilitacija bolnikov, ki preživijo zdravljenje na OIZ, dolga in lahko traja več mesecev. Zato je pomembno, da s fizioterapijo začnemo takoj po umiritvi akutnih znakov bolezni in že na OIZ ter tako pomembno prispevamo k hitrejšemu okrevanju.

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

Iz dela zbornice

Od 11. aprila do 12. maja

Ukrepi iz drugega svežnja »koronazakonov«

Državni zbor RS je 28. 4. 2020 sprejel tri zakone (t. i. drugi sveženj) za zajezitev epidemije COVID-19 in omilitev njenih posledic za državljane in gospodarstvo, ki so stopili v veljavo s 1. 5. 2020. Ti zakoni so:

- Zakon o zagotovitvi dodatne likvidnosti gospodarstvu za omilitev posledic epidemije COVID-19,
- Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o interventnih ukrepih za zajezitev epidemije COVID-19 in omilitev njenih posledic za državljane in gospodarstvo,
- Zakon o spremembi in dopolnitvah Zakona o začasnih ukrepih v zvezi s sodnimi, upravnimi in drugimi javnopravnimi zadevami za obvladovanje širjenja nalezljive bolezni SARS-CoV-2 (COVID-19).

Zakoni posegajo v pravni položaj zdravnikov in zobozdravnikov ter izvajalcev zdravstvene dejavnosti. Zato sta **Oddelek za pravne zadeve** in **Oddelek za finance in računovodstvo** za člane takoj v začetku maja pripravila kratek in jasen pregled in pojasnila, kateri ukrepi iz drugega svežnja zakonov se neposredno ali posredno nanašajo na zdravnike in zobozdravnike oz. na izvajalce zdravstvene dejavnosti. Dokument je dostopen na spletni strani zbornice med novicami (z naslovom: Pregled drugega svežnja zakonov za zajezitev epidemije CO-

VID-19 in omilitev njenih posledic za državljane in gospodarstvo), prejeli pa ste ga tudi po e-pošti v Tedenskem biltenu.

Oprostitev plačila najemnine

Državni zbor republike Slovenije je v zakonu o zagotovitvi dodatne likvidnosti gospodarstvu za omilitev posledic epidemije COVID-19 uredil pravice najemnikov poslovnih prostorov v lasti republike Slovenije ali lokalnih skupnosti v zvezi z oprostitvijo plačila najemnin.

Zdravniška zbornica Slovenije je na podlagi zakona pripravila **vzorke dopisov** za uveljavljanje **oprostitve plačila najemnine za poslovne prostore in za vračilo že plačanih zneskov najemnine**, ki jih bodo lahko uporabili koncesionarji ter drugi zasebni izvajalci zdravstvene dejavnosti, ki najemajo poslovne prostore v lasti republike Slovenije ali lokalnih skupnosti (tudi v prostorih javnih zdravstvenih zavodov). Dopisi so objavljeni na spletni strani.

Odpiranje zobozdravstvenih ordinacij

Odbor za zobozdravstvo je na korespondenčni seji, ki se je zaključila 23. aprila, potrdil **Strokovna priporočila za obravnavo pacientov v zobozdravstvenih ordinacijah v času**

| S 1. junijem 2020 spet strokovni izpiti za poklic zdravnik

S ponedeljkom, 1. 6. 2020, se ponovno začnejo izvajati strokovni izpiti za poklic zdravnik.

Pisni in ustni/praktični del izpita bosta potekala v prostorih Zdravniške zbornice Slovenije, Dunajska cesta 162, 1000 Ljubljana.

Termin opravljanja pisnega dela izpita je razviden iz vabila, ki ga kandidat prejme s strani ministrstva za zdravje. Kandidati bodo

razporejeni po sedežih z upoštevanjem varnostne razdalje.

Ustni/praktični del izpita bo potekal vsak delovnik z začetkom ob 16. uri od 2. 6. 2020 dalje. Termin za del izpita, ki ga opravlja-te pri ministrstvu za zdravje, je razviden iz vabila, ki ste ga prejeli od ministrstva.

Varnost udeležencev izpita

Vsak kandidat bo prejel dve zaščitni maski (po eno za pisni in

ustni/praktični del izpita), na voljo bodo razkužila za roke. Poskrbljeno bo za razkuževanje in zračenje prostorov.

Pojasnilo je pripravljeno v sodelovanju z Anito Mrvar Brečko, dr. med., nacionalno koordinatorico za področje sekundariata, in dr. Gregorjem Prosenom, dr. med., predsednikom Sveta za izobraževanje zdravnikov.

sproščanja ukrepov na področju zobozdravstva v razmerah COVID-19 (UPZRC) – primarno zobozdravstvo s prilogama.

V skladu s sklepom je bil dokument takoj nato posredovan RSK za zobozdravstvo v nadaljnjo obravnavo, ki ga je potrdil konec aprila. Ponovno odpiranje zobozdravstvenih ambulant pa je bilo omogočeno šele z vladnim odlokom in uredbo, ki sta bila sprejeta 8. maja 2020 in še isti dan objavljena v Uradnem listu, v veljavo pa sta stopila 9. maja 2020.

Grožnje so nedopustne

V sporočilu za javnost je Zdravniška zbornica Slovenije 4. maja 2020 ostro obsodila grožnje, ki jih je bil deležen zdravnik Rihard Knafelj, ki je nastopil v oddaji **Tarča** in pojasnil strokovno stališče o kakovosti s strani države kupljenih ventilatorjev enega od dobaviteljev. Rihard Knafelj, dr. med., je izjemen strokovnjak na področju naprav za predihavanje pacientov in je eden od treh zdravnikov, ki so bili povabljeni k pripravi mnenja. Podrobnosti o naročilu in izdelavi mnenja nam niso znane, saj zbornica ni bila objavljena k imenovanju strokovnjakov za nakupe medicinske opreme, niti za nabavo in razdelitev osebne varovalne opreme zdravstvenim delavcem.

Ker so bile med grožnjami Rihardu Knaflju, dr. med., tudi grožnje s smrtjo, ki so v preteklosti že vodile do izvršitve takšnih dejanj, je zbornica pozivala policijo, da nemudoma ukrepa in zaščiti zdravnika in njegovo življenje. Prav tako smo policijo pozivali, da nemudoma sproži vse preiskovalne postopke zoper storilce teh groženj.

Vse prebivalce Slovenije pa je zbornica ob tem pozivala, da kriza zaradi koronavirusa in z njo povezano dogajanje ni in ne sme biti povod ali opravičilo za to, da bi postali nestrpna in celo nasilna družba. **Dostojna, spoštljiva komunikacija je osnovni pogoj za svobodno**

izražanje mnenj in upoštevanje stroke, brez katere zdravljenje COVID-19, pa tudi vseh drugih boleznih, ne bo uspešno.

Etika in družbeni mediji

Zdravniška zbornica Slovenije je 12. maja 2020 javno objavila sporočilo Odbora za pravno-etična vprašanja Zdravniške zbornice Slovenije z naslednjo vsebino:

Družbeni mediji, kot so Facebook, Twitter, Instagram, blogi, mreženje in številni ostali, bistveno spreminjajo način komunikacije med ljudmi, saj poenostavljajo in širijo možnost izražanja stališč. Ta sodoben pretok informacij odpira nove razsežnosti tudi v zdravstvenih obravnavah in odnosih med zdravnikom in bolnikom. Poleg številnih pozitivnih možnosti, ki jih spletni mediji prinašajo, pa predstavljajo tudi velik dejavnik tveganja, možnost zlorabe osebnih podatkov, zlasti na zdravstvenem področju pa možnost zlorabe pacientovih zaupnih podatkov in izgube zaupanja med bolnikom in zdravnikom. Ne nazadnje lahko spletna omrežja postanejo polje za sproščanje negativnih in žaljivih misli, neprofesionalnih in diskriminatornih izjav posameznikov ali skupin.

Žal niti zdravniki iz takšnega dogajanja niso izključeni. V času epidemije COVID-19, ki je zaradi kužnosti, obolenosti in smrtnosti temeljito spremenila življenje, ne samo prebivalcev Slovenije, temveč ljudi po vsem svetu, se zdravniki, zlasti tisti vključeni v zdravljenje in izpostavljeni tveganju okužb z vsemi možnimi posledicami, pogosto znajdejo v hudih osebnih stiskah in etičnih dilemah. Stiske je treba reševati s sodelovanjem in skupnimi močmi, vsak zdravnik pa bi se kljub vsem obremenitvam moral vzdržati neetičnih ravnanj.

Tudi pri udejstvovanju v spletnih medijih javnost zdravnika ocenjuje drugače kot druge poklice, zato mora zdravnik paziti, kaj in kako napiše.

Mora se zavedati, da je zdravnik 24 ur na dan, da je zdravniški poklic poslanstvo, ki ga zavezuje že od Hipokrata dalje in vse do Ženevske deklaracije. Zato mora spoštovati etična načela in vrednote poklica, ki se mu je zavezal. Z Ženevsko deklaracijo se zdravnik že na začetku svoje poklicne poti zaobljubi, da bo svoje življenje postavil v službo humanosti, poklic opravljal vestno in dostojanstveno, z vsemi močmi ohranjal čast in plemenito tradicijo zdravniškega poklica, da mu bo najpomembnejša skrb za zdravje pacienta. Prisega ga zavezuje od začetka poklicne poti do konca življenja in z njo zdravnik obljubi, da ne bo dopustil, »da starost, bolezen ali invalidnost, prepričanje, etnično ozadje, spol, nacionalnost, politična pripadnost, rasa, spolna usmerjenost, socialni položaj ali kateri koli drugi dejavnik poseže med mojo dolžnost in pacienta«. Zato negativne izjave o odtegnitvi nujne pomoči določenim družbenim skupinam ali osebam vzbujajo veliko nelagodje pri vseh ljudeh, saj je v najnevarnejšem času njihovo življenje kaj kmalu lahko odvisno zgolj od etične presoje zdravnikov.

Odbor za pravno-etična vprašanja je obravnaval sporočila z družbenih omrežij, v katerih sta v povezavi s COVID-19 sodelovala člana Zdravniške zbornice Slovenije, zdravnika Janez Lavre in Rihard Knafelj. Čeprav se primera nekoliko razlikujeta (J. Lavre je avtor zapisa, R. Knafelj pa je nesprijemljiv zapis delil), oba sta se za dejanji opravičila, je zaključek etične presoje oz. obravnave obeh zdravnikov in njihovih zapisov, da gre za žaljive, neprofesionalne in diskriminatorne zapise, ki kažejo na nespoštovanje osnovnih etičnih vrednot poklica, ki smo se mu zdravniki zavezali s prisego. V družbenih medijih sta z zapisi oz. deljenjem le-teh pomembno zmanjšala svoj ugled tako v javnosti kot med zdravništvom ter omajala zaupanje v zdravnike. Osnovna etična vodila in ravnanje v skladu z njimi so temelj vsake človeške družbe, zlasti in posebej pa še zdravniškega poklica. Njunjo ravnanje z zapisi je

bilo neetično in obsojanja vredno, kar je enotna ocena Odbora za pravno-etična vprašanja pri Zdravniški zbornici Slovenije.

Zdravniška zbornica Slovenije po zgledu nekaterih tujih zdravniških zbornic pripravlja priporočila za zdravnike in zobozdravnike za ravnanje zdravnikov in zobozdravnikov na družbenih omrežjih in jih bo po potrditvi v organih zbornice tudi javno objavila.

Videosimpozij o MRONJ

Zdravniška zbornica je v aprilu uspešno izvedla prvi večji zbornični spletni videosimpozij o MRONJ (z zdravili povzročeni osteonekrozi čeljustnic), ki se ga je udeležilo blizu 200 poslušalcev.

Posnetke vseh treh delov si lahko ogledate na zborničnem učnem portalu Moodle, kamor lahko dostopate tudi preko začetne zbornične spletne strani.

Izkušnje so pokazale, da lahko s takšnim načinom izobraževanj nadaljujemo, zato že pripravljamo nov seminar: Nujna stanja v zobozdravstveni ambulanti.

Hvala še enkrat vsem predavateljem, poslušalcem in strokovni službi ZZS.

O zaščitni opremi v DZ

Odbor DZ za zdravstvo je 21. aprila razpravljal o problematiki kakovosti opreme za zaščito pred boleznijo COVID-19 in o problematiki načinov njene nabave.

Predsednica Zdravniške zbornice Slovenije dr. Zdenka Čebašek - Travnik je opozorila zlasti na komunikacijo pri nabavi zaščitne opreme zdravstvenemu osebju, kar je težava že iz časa prejšnje vlade.

Po njenih ocenah se je treba tudi vprašati, ali so dovolj poskrbeli za zaščito zdravstvenih delavcev. Aprila se je dostopnost do zaščitne opreme izboljšala, a je še vedno nekaj težav. Poudarila je, da zdravniki komaj

Izvajanja sekundariata, pripravništva in specializacije v času epidemije COVID-19

Vlada RS je 7. maja 2020 sprejela nov Odlok o začasnih ukrepih na področju izvajanja sekundariata, pripravništva in specializacije v času epidemije COVID-19 (v nadaljevanju: odlok). Odlok je bil objavljen v Uradnem listu RS 64/20 (<https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2020-01-0968?sop=2020-01-0968>) in je stopil v veljavo takoj.

Bistvene novosti so:

Od dneva uveljavitve odloka je znova dovoljeno izvajanje specializacij, če so za to izpolnjeni predpisani pogoji in je to izvedljivo v skladu z vsemi ukrepi, predpisanimi za preprečevanje okužbe z virusom SARS-CoV-2.

Od dneva uveljavitve odloka dalje je **dovoljeno izvajanje sekundariata in pripravništva**, če so za to izpolnjeni predpisani pogoji in je to izvedljivo v skladu z vsemi ukrepi, predpisanimi za preprečevanje okužbe z virusom SARS-CoV-2.

V letu 2020 se izvedeta **po en javni razpis specializacij** za zdravnike in doktorje dentalne medicine **za potrebe mreže javne zdravstvene službe**, lahko pa tudi po en javni razpis specializacij zdravnikov in doktorjev dentalne medicine **za znanega plačnika**. Razpis bo **zajemal celotno število specializacij, predvidenih za leto 2020** (se pravi seštevek specializacij iz spomladanskega in jesenskega razpisa), predvidoma pa bo objavljen 3. 8. 2020 in bo odprt do konca avgusta.

Pregled vseh bistvenih novosti odloka je dostopen na spletni strani zbornice, prav tako besedilo odloka. Poleg tega je bilo besedilo posredovano po e-pošti vsem članom, ki jih te spremembe zadevajo.

čakajo, da začnejo s svojimi rednimi dejavnostmi, in ob tem opozorila, da se bo s tem povečala tudi potreba po zaščitni opremi.

KZO o oskrbi okuženih s COVID-19

Koordinacija zdravniških organizacij je 22. aprila opozorila, da mora biti vsak bolnik, ki potrebuje zdravljenje zaradi izražene katerekoli bolezni, deležen ustreznega bolnišničnega zdravljenja kljub zaostrenim razmeram v bolnišnicah v času pandemije virusa SARS-CoV-2.

Nikakor pa bolnišnica ni prostor za ljudi, okužene z virusom SARS-CoV-2, ki nimajo kliničnega poteka bolezni, ki bi zahteval hospitalizacijo. Selitev okuženih ljudi v bolnišnice brez zdravstvene indikacije bi povečala tveganje za okužbo in razvoj bolezni pri tistih, ki hudo bolni z drugo boleznijo že ležijo v bolnišnici.

Moodle naš vsakdanji in druge dobre zgodbe

Uvodnik iz 564. Biltena, 17.–23. april 2020

Tudi v težkih časih zmoremo odkriti dobre stvari, nekaj vam jih želimo predstaviti tudi danes: delovanje učnega portala Moodle ZZS, pozitivne izkušnje sodelovanja med javnim zdravstvenim zavodom in koncesionarji (zapis o tem je pripravil prim. Dean Klančič) ter pozdrav umetnikov igralcev. Mozaik, kakršnega si pred epidemijo nismo znali predstavljati, je postal naša resničnost.

Učni portal Moodle smo v zdravniški zbornici pripravljali dobro leto. Najprej smo iskali osnovne rešitve, potem smo nadaljevali z izbiro najbolj ustreznega izvajalca, ki smo ga našli na Univerzi v Mariboru. Sledili so tehnični postopki in ko je bilo vse pripravljeno, smo se znašli v nezna-

Zahvala študentom MF: odgovorili so na 35.000 klicev o koronavirusu

Predsednica Zdravniške zbornice Slovenije dr. Zdenka Čebašek - Travnik je v začetku maja na povabilo študentov Medicinske fakultete v Ljubljani obiskala Klicni center za informacije o koronavirusu, kjer so študentje prebivalcem vsak dan med 8. in 20. uro po telefonu na voljo za zanesljive in sprotno informacije glede epidemije.

V osmih tednih in dveh dneh so sprejeli 35.000 klicev, kar pomeni, da jih je klical vsak sedeminpetdeseti Slovenec.

Predsednica je bila navdušena nad neverjetnim pozitivnim vzdušjem med študenti, ki vsak dan sprejemajo klice prebivalcev z najrazličnejšimi vprašanji, in nad tem, da imajo vsak dan odlično

strokovno podporo pod vodstvom prof. dr. Mojce Matičič ter podporo s strani ministrstva za javno upravo, ministrstva za infrastrukturo, ministrstva za zunanje zadeve in še posebej pohvalno – tudi s strani civilne zaščite.

Študentom je izrekla veliko zahvalo za izjemno opravljeno delo ter bila navdušena tudi nad načinom dela in bogastvom znanja, ki so ga študenti pridobili s tem delom.

nem prostoru. Kaj zdaj? Kdo bo pripravljaj vsebine, kdo jih bo iskal, ocenjeval, vnašal, urejal ..., s katero vsebino naj začnemo, da bo dovolj zanimiva za velik del našega članstva. S prihodom koronavirusa je bil odgovor jasen – začnimo s COVID-19, ker člani to potrebujete. Tako smo začeli Moodle polniti z vsebinami, ki so prihajale dobesedno z vsega sveta in z različnih področij, ki jih je koronavirus vsaj oplazil, če ne že neposredno prizadel. V približno istem času smo se odločili, da začnemo za člane pripravljati dnevne informacije COVID-19, v katerih smo sproti objavljali gradiva, ki smo jih dobivali od Ministrstva za zdravje, NIJZ, vlade, različnih RSK, strokovnih združenj in od drugod. Niso pa vse vsebine namenjene samo učenju, ampak gre tudi za zanimivosti in razne novice, mnenja, komentarje.

Tako smo povezali Moodle in Dnevne informacije COVID-19 ter vas začeli dnevno obveščati o na novo naloženih vsebinah. Takole izgleda dogajanje na Moodlu v četrtek 23. aprila:

- aktivnih uporabnikov Moodla je trenutno 875,
- vpisani v predmet COVID so bili do danes 603,
- dnevne prijave v portal so se gibale med nekaj deset do preko 200.

Ko bomo naredili prve analize, bomo vedeli, katere teme so bile najbolj privlačne za največje število članov. Glede na to, da dnevno pomagamo uporabnikom vstopati v Moodle, je zanimanje očitno veliko. Še večje bo, ko bomo dodali tudi prve preizkuse znanja in jih ovrednotili z licenčnimi točkami.

Zdaj, ko je naš Moodle že tako napredoval, pripravljamo tudi protokol

delovanja in iščemo povezave s sorodnimi učnimi portali. Nam najbližji je gotovo učni portal slovenskega zdravniškega društva. Zato vabim vse, ki ste pripravljeni sodelovati pri ustvarjanju vsebin na Moodlu ali pri vzpostavljanju povezav med tema dvema portaloma, da nam pišete na naslov mojca.vrecar@zss-mcs.si. Na ta naslov lahko sporočate tudi predloge, kritike in vprašanja – vseh bomo veseli.

Za vse, ki ste se skupaj z otroki ali vnuki v teh dneh priključevali na različne učne portale, smo tudi za vključitev v Moodle pripravili kratka navodila, ki jih najdete na vstopni strani v ta učni portal.

Želim vam, da bi z veseljem odkrivali vsebine na našem učnem portalu in da bi tudi na ta način širili in utrjevali svoje znanje.

Dr. Zdenka Čebašek - Travnik, predsednica

Stališče Sveta za izobraževanje zdravnikov do mobinga

Svet za izobraževanje zdravnikov pri Zdravniški zbornici Slovenije stremi k strokovni odličnosti in profesionalizmu na področju izvajanja specializacij in izobraževanja mladih zdravnikov ter verjame v profesionalno in etično vedenje zdravnikov. Neprofesionalno vedenje zdravnika, ki mu je zaupana funkcija mentorja ali izpraševalca na specialističnih izpitih, svet zato ocenjuje kot nesprejemljivo, še toliko bolj, če je bil

mentor v skladu z internimi akti svojega delodajalca obravnavan in spoznan za krivega mobinga.

Svet za izobraževanje zdravnikov zato poziva zdravnike, ki so bili spoznani za krive mobinga, da se sami izločijo iz izobraževalnega procesa, pooblaščenice pa, da takšnih zdravnikov ne predlagajo za glavne mentorje.

Svet za izobraževanje zdravnikov

Pregled normativne dejavnosti na področju zdravstva

Etično-pravni vidiki uporabe družbenih omrežij s strani zdravnikov in zobozdravnikov

Tilen Majnik

V mesecu maju so v javnosti veliko pozornosti pritegnile nekatere neustrezne objave zdravnikov na družbenih omrežjih, ki so v širši javnosti zbudile veliko mero ogorčenja. Skupaj s temi se je odprlo tudi vprašanje, kakšne posledice lahko doletijo zdravnika ali zobozdravnika (v nadaljevanju zdravnik), ki na spletu objavlja sporočila z neprimerno vsebino, in kaj storiti, da se to ne bi več dogajalo.

Uvodoma je treba poudariti, da Ustava Republike Slovenije (v nadaljevanju Ustava) v 39. členu vsem zagotavlja svobodo izražanja misli, govora in javnega nastopanja, kljub temu pa obstajajo določene omejitve. Te se najprej kažejo na kazenskopравnem področju, kjer v Kazenskem zakoniku (v nadaljevanju KZ-1) obstaja več kaznivih dejanj, ki jih je mogoče izvršiti z neprimernimi in žaljivimi izjavami, med njimi razžalitev (158. člen KZ-1), obrekovanje (159. člen KZ-1), opravljanje (161. člen KZ-1), javno spodbujanje sovraštva, nasilja in nestrpnosti (297. člen KZ-1) in druga. Poleg tega lahko negativne posledice nastopijo tudi na področju odškodninskega prava, saj lahko oseba, ki je bila z izjavami ali objavami na družbenih omrežjih razžaljena oz. je bilo oškodovano njeno dobro ime, zahteva odškodnino.

Poleg naštetih splošnih omejitev pa v zvezi z opravljanjem zdravniške službe pri izjavljanju na družbenih omrežjih veljajo še posebne omejitve, lastne temu poklicu. Na zakonski ravni je tako uveljavljena dolžnost ohranjanja zaupnega razmerja med zdravnikom in pacientom, ki jo ureja Zakon o pacientovih pravicah (v nada-

ljevanju ZPacP) v 43. do 46. členu in ki od zdravnika zahteva, da ohranja kot tajne vse informacije, do katerih je prišel pri obravnavi pacientov, zahteva po ohranjanju zaupnosti pa seveda velja tudi pri uporabi družbenih omrežij.

Tudi Kodeks zdravniške etike se z vprašanjem vedenja zdravnikov na družbenih omrežjih izrecno ne ukvarja, pač pa to vprašanje obravnava le posredno, najprej v preambuli:

»Ohranjal bom čast in plemenita izročila zdravniškega poklica in ne bom dopuščal nobenih razlik zaradi spola, rase, genetskih dejavnikov, življenjskega sloga, spolne usmerjenosti, vere, nacionalnosti, politične pripadnosti ali socialnega položaja.«

Določene pa še v 61. členu:

»Zdravnik se zaveda, da vsako neustrezno, lahkomišno, za zdravnika nečastno in ponižujoče dejanje prizadene tudi druge zdravnike in zdravstveno osebje ter zdravstvo v celoti. Za zdravnika nečastna je vsaka zloraba javnih pooblastil in sredstev za osebno okoriščenje.«

Glede samih objav z neprimerno vsebino in možnosti njihovega sankcioniranja znotraj zbornice smo pregledali tudi primerjalnopravno ureditev in ugotovili, da v zahodnih državah (Velika Britanija, ZDA, Nemčija, Švica) dejstvo neprimerne objave samo po sebi ne predstavlja razloga za sprožitev disciplinskih ali drugih postopkov zoper zdravnika prav zaradi splošne svobode govora. So pa v teh državah sprejeta številna priporočila, katerih namen je zdravnika seznaniti s pastmi družbenih omrežij

in mu prikazati primerno in neprimerno ravnanje pri uporabi družbenih omrežij.

Iz teh večinoma izhajajo predstavitve potencialnih sankcij za neprimerno vedenje zdravnika na drugih področjih (npr. kazenskopравnem, odškodninskem), podani pa so tudi napotki glede tega, kakšno ravnanje je na spletu priporočljivo z vidika ohranjanja in krepitev ugleda zdravniškega poklica, kakšne so morebitne pasti pri uporabi družbenih omrežij in katerim ravnanjem se je najbolje izogniti.

Znotraj zbornice ima pristojnost o tem odločati Odbor za pravno-etična vprašanja, ki je že začel z razpravo o tej problematiki, v svoji izjavi za javnost, objavljeni na zbornični spletni strani 12. 5. 2020, pa je tudi opozoril na etično spornost nedavnih nastopov na družbenih omrežjih, ki so v javnosti dvignili veliko prahu, in opozoril na Ženevsko konvencijo, v kateri je ubesedena zdravniška zaobljuba, ki med drugim zavezuje k nediskriminatornemu in častnemu ravnanju.

**Tilen Majnik, Oddelek za pravne zadeve
Zdravniške zbornice Slovenije**

Ocena kakovosti življenjskega sloga upokojenih članic in članov Zdravniške zbornice Slovenije za leto 2019

Kim Barbič, Nina Dejak

1. Izvleček

Prispevek je nastal na podlagi pobude, da bi pridobili boljši vpogled v kakovost življenja in stanje upokojenih članov in članic Zdravniške zbornice Slovenije ter njihovo potrebo po aktivnejšem vključevanju v aktivnosti zbornice. To smo ugotavljali z anketo, poslano po pošti, na katero je odgovorilo 715 (43 %) upokojenih članov. V primerjavi z anketo iz leta 2011 smo ugotovili, da se je zmanjšal delež članov, ki svoje počutje ocenjujejo kot pretežno čemerno, za 5 % ter zvišal delež zadovoljnih in srečnih za 6 %. Tretjina anketiranih se je pripravljena vključiti v prostovoljno delovanje upokojenih zdravnikov, medtem ko jih 35 % še vedno pogodbeno deluje v zdravstvu.

2. Uvod

Delovna skupina upokojenih zdravnikov in zobozdravnikov, ki deluje v okviru Odbora za socialno-ekonomsko vprašanja, se je na vodstvo Zdravniške zbornice Slovenije (v nadaljevanju: zbornica) obrnila s pobudo, da se ponovno izvede anketa o kakovosti življenja upokojenih zdravnikov in zobozdravnikov. Anketa, ki je bila nazadnje izvedena leta 2011, je bila predlagana predvsem zaradi zaznane potrebe po aktivnejšem vključevanju problematike in potreb upokojenih članov v delovanje zbornice. Z raziskavo pristopamo k sistematični analizi biopsihosocialne-

ga stanja najstarejše populacije članstva z namenom izboljšanja medsebojne komunikacije in izvajanja specifičnih aktivnosti za krepitev kakovosti življenja naših upokojenih članov.

3. Kakovost življenja

Svetovna zdravstvena organizacija – SZO (*angl. WHO – World Health Organization*) opredeljuje kakovost življenja kot oceno lastnega položaja v življenju ob upoštevanju kulture in vrednotenju pogojev, v katerih posameznik živi, glede na svoje cilje, pričakovanja, standarde in interese. Gre za širok pojem, ki ga oblikujejo posameznikovo psihično in fizično stanje, osebna prepričanja, medosebni odnosi in odnos do ključnih elementov v posameznikovem okolju (*World Health Organization, b.d.*).

4. Metodologija

Tiskano anonimno anketo smo po pošti poslali vsem članom, ki so imeli na dan 20. 12. 2019 status upokojenca. Dne 15. 7. 2019 je bilo število upokojenih članov 1667, od tega 1338 zdravnikov in 329 zobozdravnikov (*Register ZZS, 2019*). Na anketo, poslano po pošti, je odgovorilo 715 (43 %) naslovnikov. V analizo smo vključili vse izpolnjene ankete, ki smo jih prejeli do 6. 3. 2020. Anketa je bila oblikovana na podlagi predhodne ankete iz leta 2011, ki smo ji dodali

vprašanja s področja povezovanja upokojenih z zbornico. Vsebinsko so anketo oblikovali člani delovne skupine upokojenih zdravnikov in zobozdravnikov in vprašanja opredelili v sklopih o življenjskih razmerah, ekonomskem statusu, zadovoljstvu z različnimi aktivnostmi in z izvajanjem le-teh, zdravstvenem stanju in seznanjenosti z delovanjem zbornice. Z odprtim vprašanjem smo želeli izvedeti, kaj pri naših članih vzbuja (ne)zadovoljstvo pri dostopnosti do zdravstvenih storitev.

Seštevki deležev pri nekaterih vprašanjih niso enaki 100 %, kar je posledica zaokroževanja.

5. Analiza rezultatov poizvedbe

V raziskavi je sodelovalo 715 upokojenih članov, od teh 81 % zdravnikov in 19 % zobozdravnikov, kar ustreza razporeditvi članstva v zbornici. Sodelujoče smo uvrstili v šest starostnih skupin. V raziskavi je sodelovalo 47 % moških in 53 % žensk. Med anketiranimi ima 95 % starostno, 4 % invalidsko, manj kot 1 % družinsko in vdovsko pokojnino.

Delež anketiranih po starostnih kategorijah:

do 60 let	1 %
60–65	6 %
66–70	18 %
71–80	55 %
81–90	18 %
več kot 90 let	2 %

Delež anketiranih glede na leta v pokoju in višino pokojnine:

manj kot 5	26 %	pod 800 €	1 %
5–10	32 %	800– 999 €	2 %
11–20	32 %	1000–1199 €	7 %
več kot 20	10 %	1200–1399 €	14 %
		1400–1599 €	17 %
		nad 1600 €	59 %

Življenjske razmere

Ste zadovoljni s stanovanjskimi razmerami, v katerih živite?

Med anketiranimi je 98 % zadovoljnih s stanovanjskimi razmerami, v katerih živijo. 73 % anketirancev trdi, da ne potrebujejo ponujene pomoči, medtem ko bi jo 17 % anketirancev sprejelo z veseljem. 9 % anketirancev pomoč že ima, majhen delež (1 %) pa pomoč odklanja.

V kakšnem gospodinjstvu živite?

Večina anketirancev živi skupaj s partnerjem (68 %), sledijo tisti, ki živijo sami (21 %), nato tisti, ki živijo v gospodinjstvu skupaj z ostalimi družinskimi člani (11 %), manj kot 1 % pa jih živi v domu za starejše.

Glede na spol anketirancev opazimo, da si gospodinjstvo s partnerjem deli občutno več moških (82 %) kot žensk (56 %). Večji delež žensk (30 %) v primerjavi z moškimi (9 %) živi sam.

S čim križete svoje življenjske stroške?

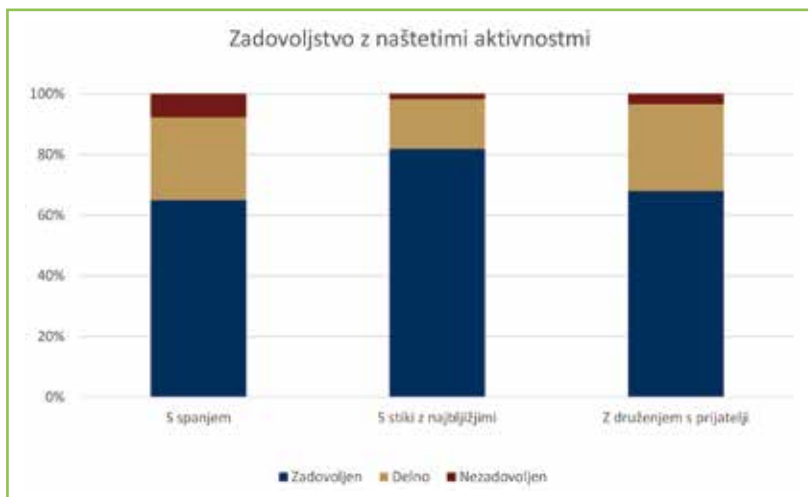
Največji delež življenjskih stroškov anketiranci krijejo s pokojnino in prihranki (98 %), nekaj pa tudi s honorarnimi prihodki (14 %), dodatno pomočjo (1 %) in ostalimi oblikami kritja stroškov (< 1 %).

Zadovoljstvo

Največ zadovoljstva so anketiranci pokazali v sklopu druženja s prijatelji (68 %). Enako velja za stike z najbližjimi, kjer je zadovoljnih 82 %. S spanjem je zadovoljnih 65 % anketiranih.

Kako ste se počutili zadnji mesec?

Srečno in zadovoljno se je počutilo 81 % anketirancev. Pretežno čemernih je bilo 17 %, hudo potrlih pa 2 %. Z višanjem starosti anketirancev se zmanjšuje delež tistih, ki se počutijo zadovoljni in srečni, kljub temu pa je delež takih tudi v najstarejši kategoriji velik (69 %).



Kako ste zadovoljni z dostopnostjo zdravstvenih storitev, ki jih potrebujete?

Skoraj tretjina vprašanih je izpostavila, da so večkrat nezadovoljni z dostopnostjo zdravstvenih storitev. Takih, ki so ogorčeni glede odnosa in učinkovitosti, je 8 %. Z dostopnostjo je zadovoljnih 60 % anketirancev.

Anketiranci so v komentarjih izpostavljali predvsem dolge čakalne dobe ter pomanjkanje ugodnosti za upokojene zdravnike, kot je denimo prednost pri obravnavi zase in ožje družinske člane ter boljša dostopnost specialistov. Izpostavili so tudi slab odnos aktivnih kolegov (tako mlajših kot starejših) in razočaranje nad slabšo obravnavo. Nekaj anketirancev je izpostavilo, da imajo težave pri elektronskem naročanju in naročanju preko telefona, ker so ambulate neodzivne. Nejevoljo povzroča tudi neorganiziranost zdravstvenega sistema, predvsem pri iskanju novega osebnega zdravnika. Večino zgoraj naštetih nezadovoljstev rešujejo preko samoplačništva in poznanstev.

Zanimalo nas je, ali se morda naši člani počutijo osamljene. Tu smo prišli do prijetnega zaključka, saj nekaj več kot 91 % vprašanih trdi, da se ne počutijo osamljene.

Aktivnosti

Pogodbeno deluje v zdravstvu 35 % anketirancev.

Pogodbeno delo opravlja več kot 60 % anketiranih v starostni skupini 66–70 let. Po tej starostni kategoriji pa delež znatno upada. Med najstarejšimi (več kot 90 let) ostane le še en pogodbeno aktiven član.

Člane smo spraševali, kako pogosto izvajajo nekatere od naštetih aktivnosti. Vse našete aktivnosti vsaj 50 % anketirancev izvaja redno (tedensko). Pri pregledu podatkov o aktivnostih glede na spol podatki pokažejo, da se ženske (79 %) pogosteje odpravijo na sprehode kot moški (72 %), prav tako pogosteje kot člani opravljajo delo na vrtu (61 % oz. 45 %). Pri pogostosti izvajanja telesne vadbe, športa in ukvarjanja s hobiji razlike med spoloma niso signifikantne.

Tretjina anketiranih se je pripravljena vključiti v prostovoljno delovanje upokojenih zdravnikov.

Na vprašanje »Ali bi se bili pripravljeno aktivno vključiti v (prostovoljno) delovanje upokojenih zdravnikov« je odgovorilo z DA 218 članov od 665, kar predstavlja 33 %.

Izmed teh, ki so se pripravljeno vključiti, bi jih 77 % podajalo nasvete članom ob njihovih zdravstvenih težavah, 76 % jih je pripravljen nuditi pomoč pri organizaciji druženja upokojenih članov, 75 % pa obiskovati upokojene člane, ki potrebujejo pogovor oz. družbo. Pomoč upokojenim članom, ki potrebujejo pogovor po telefonu, bi nudilo 68 %, pomoč pri vodenju ali koordinaciji projektov za upokojene člane pa 64 % tistih, ki so se pripravljeno vključiti v prostovoljno delovanje upokojenih zdravnikov. Prav tako so predlagali oblike pomoči, ki vključujejo prenos in izmenjavo znanja ter izkušenj med kolegi, in druženja, ki bi jih povezovala.

Zmogljivost in zdravstveno stanje

Pri preverjanju zmogljivosti smo iz odgovorov ugotovili, da 80 % anketirancev brez težav prehodi 400 m in le 3 % tega ne zmore. Nekoliko manj kot 80 % vseh anketiranih lahko brez težav sodeluje v pogovoru brez uporabe slušnega aparata, medtem ko jih ima pri tem 16 % manjše težave.

Prav tako ne predstavlja ovire branje dnevnega tiska, saj kar 92 % vseh anketirancev to opravlja brez težav.

Kot smo pričakovali, se z višanjem starosti zmanjšujejo sposobnosti hoje na 400 m, sodelovanja v pogovoru brez slušnega aparata in branja dnevnega tiska (kljub uporabi očal). Še vedno pa je v vseh starostnih kategorijah delež tistih, ki vse tri aktivnosti opravljajo brez težav, visok (nad 50 %), z izjemo najstarejše skupine in članov z oviranostjo.

84 % anketirancev zdravstveno stanje ne omejuje pri družabnih stikih, čeprav jih ima 61 % kronično bolezen, od teh je 9 % več moških kot žensk.

Delež anketirancev glede na spodaj naštetih kroničnih boleznih:

Srčne bolezni	28 %
Hude težave s hrbtenico	17 %
Sladkorna bolezen	12 %
Druge bolezni	11 %
Rakaste bolezni	10 %
Kronične bolečine	9 %
Pljučne bolezni	8 %
Stanje po poškodbi	7 %
Prebavne bolezni	6 %
Nevrološke bolezni	6 %
Bolezni ledvic	3 %
Kožne bolezni	3 %

Pričakovano je največ kroničnih bolnikov med najstarejšimi anketiran-

ci (85 %) in med moškimi (66 %), zato zdravstveno stanje pri družabnih stikih najbolj omejuje najstarejšo skupino anketirancev. Ti se tudi po samoočeni počutju osamljene in poročajo o slabšem vsakodnevem počutju. Pri moških je pogosteje opaziti prisotnost srčnih bolezni, bolezni ledvic, sladkorne bolezni in tudi nevroloških bolezni. Take ugotovitve so se pokazale že po prvi izvedeni anketi (Kornhauser in Uhan, 2014, str. 19). Četrtnina članov in skoraj 40 % članic pogrša fizioterapevtsko zdravljenje.

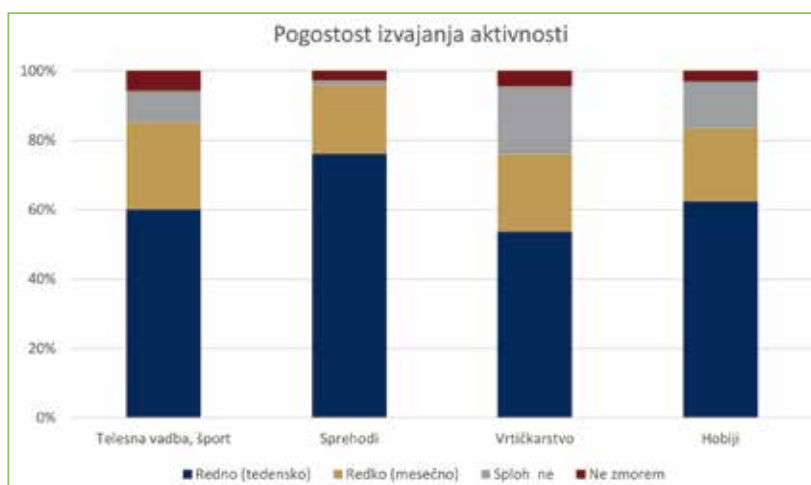
Uporaba oblik pomoči pri nastanitvi

Največ anketirancev je pri vsakodnevih opravilih samostojnih (78 %), bolje jo ocenjujejo ženske (81 %) kot moški (74 %). Največji delež pomoči pri vsakodnevih opravilih anketiranci prejema s strani ožje družine (23 %), nekaj pa tudi od pomoči, ki jo plačajo (7 %), prijateljev (1 %) in socialne službe (1 %).

Največji delež potrebnih pomoči izhaja iz najstarejše skupine (več kot 90 let). Ti jo najpogosteje plačujejo sami (46 %) ali jim jo nudi ožja družina (23 %), le redko so je deležni od prijateljev, socialne službe ali katerih drugih virov. 25 % anketirancev razmišlja o varovanem stanovanju, o domski oskrbi pa 21 %. Le 2 % anketirancev ima »life line« – rdeči gumb za klic na pomoč.

6. Primerjava z raziskavo iz leta 2011

Primerjava z izsledki ankete iz leta 2011 ne pokaže bistvenih sprememb, v domski oskrbi je v obeh anketah 1 % anketiranih. Povečal se je delež tistih, ki razmišljajo o domski oskrbi (z 10 % na 21 %). Anketa je bila izvedena v času pred epidemijo COVID-19, verjetno bi bili odgovori v aktualnem času nastajanja tega članka drugačni. Spodbudno je, da se je zmanjšal odstotek članov, ki svoje počutje ocenjujejo kot pretežno čemerno, za



5 %, in sicer z 22 % na 17 %, pa tudi tistih, ki navajajo hudo potrnost, je nekaj manj (s 3 % na 2 %).

Delež tistih, ki imajo doma life-line rdeči gumb, se je podvojil (z 1 % na 2 %), vendar je absolutno število še vedno nizko (12 članov). Občutek osamljenosti se je zmanjšal za 1 %. Delež članov s kronično srčno boleznijo se je zmanjšal za 2 %, prav tako delež s kronično bolečino v hrbtenici.

7. Zaključek

Zelo dober odziv na anketo je pokazal, da je veliko upokojenih članov še vedno povezanih z našo stanovsko organizacijo in da jih pomemben delež še vedno deluje v zdravstvenem sistemu. Oboje je pomembno sporočilo te ankete, na

podlagi katere že pripravljamo dodatne dejavnosti za upokojene zdravnike, saj je veliko anketirancev izrazilo tudi željo po prostovoljnem delovanju in druženju. Načrte je začasno ustavila epidemija COVID-19, zaradi katere bo treba dejavnosti tudi prilagoditi priporočilom in zahtevam po omejitvah v neposrednih socialnih stikih.

Zahvala

Pomemben delež odgovornosti za nastanek in izvedbo te raziskave je nosila delovna skupina upokojenih zdravnikov in zobozdravnikov ZZS v sestavi prim. Mojca Kos - Golja, dr. med., prim. mag. Tatjana Leskošek Denišlič, dr. dent. med., prim. asist. Igor Bizjak, dr. med., prof. dr. Anton Mesec, dr. med., svet., in prim. Franc

Marolt, dr. med., za kar se jim iskreno zahvaljujemo.

Viri

1. Kornhauser, P., Uhan, S. (2014). Kako ocenjujejo lastno kakovost življenja upokojeni zdravniki v Sloveniji. Revija ISIS. 16-22. Dostopno prek https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/ISIS/2014/isis2014-06.pdf?sfvrsn=d06f2436_0
2. Svetovna zdravstvena organizacija [WHO]. (b.d.). Merjenje kakovosti življenja. Dostopno prek <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>
3. Zdravniška zbornica Slovenije [ZZS]. (2019). Tabela članstvo 2019 v Register ZZS 15. 7. 2019. Dostopno prek <https://www.zdravniskazbornica.si/informacije/publikacije-in-analize/statistika-in-analize>

Kim Barbič, Nina Dejak,
Zdravniška zbornica Slovenije

DOMUS MEDICA

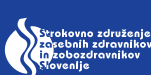


OBIŠČITE NAŠO SPLETNO STRAN WWW.DOMUSMEDICA.SI

kjer najdete seznam in osnovne informacije o vseh strokovnih dogodkih, za katere je organizator podal vlogo za dodelitev kreditnih točk.

Organizatorji pa lahko tu ponudite vse informacije o svojem srečanju.

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



INFORMACIJE:

Andreja Stepišnik

01 30 72 153

andreja.stepisnik@zzs-mcs.si

Organizacija Urgentnega centra Maribor v času epidemije koronavirusa SARS-CoV-2

Rok Petrovčič, Igor Goričan, Ana Podlesnik, Matevž Privšek, Aleks Šuštar, Roman Košir

Urgentni center Univerzitetnega kliničnega centra Maribor (UC) je drugi največji urgentni center v Sloveniji. Organizacijsko je razdeljen na več enot: enoto za poškodbe (EzP), enoto za bolezni (EzB) in enoto za hitre preglede (EHP). Na EzP poteka obravnava poškodovancev ter bolnikov z urgentnimi kirurškimi stanji, na EzB pa obravnava vseh ostalih urgentnih bolezenskih stanj. EHP predstavlja neprekinjeno zdravstveno varstvo oz. dežurno službo primarnega nivoja in sodi pod okrilje Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor. V letu 2019 smo v UC obravnavali približno 83.000 bolnikov, od tega na EzP 38.000 bolnikov, na EzB 3.000 bolnikov ter 42.000 bolnikov v EHP. Trend obiskanosti UC je v prvih mesecih letošnjega leta podoben lanskega. V UC trenutno dela redno ali pogodbeno 11 specialistov ter 14 specializantov urgentne medicine, na EzP delujejo tudi specialisti in specializanti kirurgije, na EHP pa tudi družinski zdravniki.

Priprave na obravnavo bolnikov z morebitno okužbo s koronavirusom SARS-CoV-2 so se

začele že na začetku februarja 2020, ko je bil v UKC Maribor ustanovljen krizni štab. Proti koncu februarja smo se znotraj UC pripravili na prihod potencialno okuženih posameznikov in na podlagi splošnih priporočil prevzeli kriterije, ki so opredeljevali potencialno okužene bolnike. Zaradi poslabšanja epidemiološke situacije in večanja števila potencialno okuženih smo 12. 3. 2020 izvedli krizni sestanek, naslednji dan pa tudi formalno ustanovili krizni štab UC, v katerega smo imenovali posamezne urgentne zdravnike ter predstavnice zdravstvene nege in zdravstvene administracije. Sprejeli smo vrsto ukrepov za reorganizacijo dela, pri tem pa smo se držali treh glavnih načel – zgodnja prepoznavna okuženih, ločena obravnava in varnost zaposlenih (slika 1, tabela 1).

Prva naloga je bila sprememba prostorske razporeditve UC oz. delovišč, s katero smo preprečili mešanje potencialno okuženih z zdravimi bolniki. Kot začetno in enotno vstopno točko smo pred vhodom v stavbo UC vzpostavili

Zgodnja in učinkovita prepoznavna bolnikov, ki so potencialno okuženi s SARS-CoV-2:

- ustanovitev predtriazne točke pred vstopom v stavbo UC, kjer se vsakega posameznika opredeli po kriterijih za okužbo na sumljivega (»sivi«) ali nesumljivega (»beli«).

Ločena obravnava bolnikov glede na sum na okužbo s SARS-CoV-2, ne glede na težavo (bolezen/poškodba), zaradi katere posamezniki iščejo pomoč v UC:

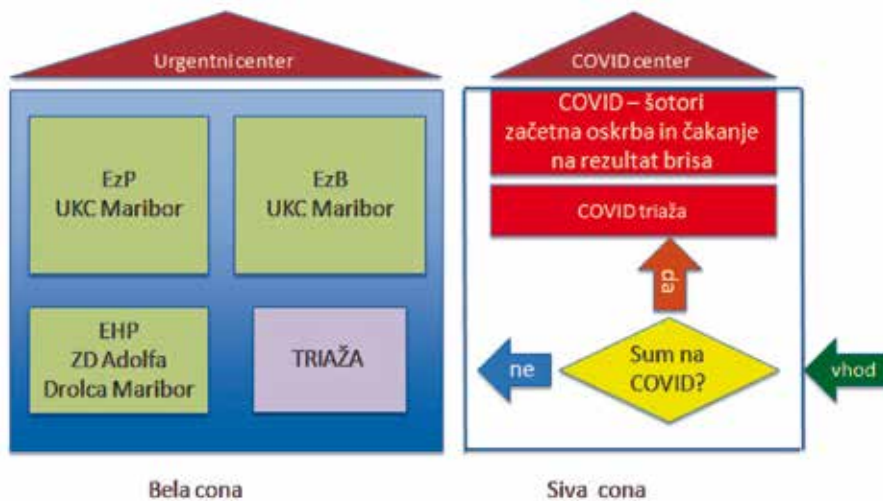
- ustanovitev ločene bele (ne-COVID) in sive (COVID) cone za obravnavo bolnikov.

Varnost in zaščita zaposlenih v UC pred možnostjo okužbe s SARS-CoV-2:

- pridobitev ustrezne OVO v zadostni količini, ustrezna ločitev bele in sive cone ter določitev ustreznih transportnih poti.

Legenda: OVO – osebna varovalna oprema; UC – Urgentni center Univerzitetnega kliničnega centra Maribor

Tabela 1. Tri načela pri reorganizaciji dela v UC.



Legenda: EzP – enota za poškodbe, EzB – enota za bolezni, EHP – enota za hitre preglede

Slika 1: Shematska predstavitev nove logistike UC Maribor v času epidemije COVID-19.

predtriažo, kjer smo za vsakega bolnika, ki potrebuje oskrbo v UC, izpolnili vprašalnik, ki je vseboval klinične kriterije (klinični simptomi in znaki bolezni) in epidemiološke kriterije (kontakt z okuženim, prisotnost v področju okužbe ipd.). Na podlagi vprašalnika smo ocenili verjetnost, da je bolnik okužen s SARS-CoV-2. Če je pri bolniku obstajala možnost okužbe, smo ga najprej namestili v sivo cono urgentnega centra in mu odvzeli bris za dokazovanje okužbe s SARS-CoV-2.

Zaradi manjšega števila bolnikov, tako v EzP kot EHP, smo število ambulant v EzP zmanjšali, v preostanek pa preselili ambulate EHP, ki so bile sicer locirane v prostorih EzB. Ker obstoječe prostorske zmogljivosti niso omogočale obravnave vseh bolnikov znotraj stavbe UC, smo pred stavbo postavili 14 šotorov in dodatne zabojnike, EzB znotraj stavbe pa smo preuredili in fizično ločili na dva dela. Tako smo pridobili pet osnovnih, ločenih prostorov:

- šotorski del (slika 2), katerega smo namenili obravnavi bolnikov oz. poškodovancev s sumom na okužbo, ki so po obstoječem triažnem sistemu manj ogroženi ali neogroženi (delno rumena, zelena in modra triažna kategorija),

- ambulantni del EzB s šestimi ločenimi pregledovalnicami in lastnim reanimacijskim prostorom, katerega smo namenili obravnavi bolnikov s sumom na okužbo, ki so ogroženi (delno rumena, oranžna in rdeča triažna kategorija),
- opazovalni del EzB z lastnim reanimacijskim prostorom, ki je še dalje namenjen vsem prizadetim nekirurškim bolnikom, ki niso sumljivi za okužbo,

- EzP z lastno opazovalnico, reanimacijskim prostorom in malo operacijsko dvorano, ki smo ga namenili kirurškim bolnikom, ki niso sumljivi za okužbo, ter
- EHP, ki smo ga namenili dežurni službi lokalnega zdravstvenega doma za neprizadete bolnike, ki niso sumljivi za okužbo.

Šotore smo postavili tako, da so med seboj ločeni, s čimer je omogočena izolacija posameznega bolnika. Šotore smo opremili po načelu, da zagotavljajo udobje za bolnika v času obravnave oz. čakanja na izvid brisa na SARS-CoV-2 (slika 3). Tako smo vsak šotor opremili z bolniško posteljo, omarico, grelnimi telesi, elektriko in priključkom za kisik, za celotni šotorski del pa smo pridobili tudi pet prenosnih monitorjev, EKG in prenosni UZ-aparat. Bolnikom, ki so bili v obravnavi v šotorih, smo po potrebi zagotovili hrano, pijačo in polnilec za mobilni telefon. Po končani obravnavi smo vsak šotor prezračili, očistili in razkužili po navodilih Enote za obvladovanje bolnišničnih okužb (EOBO). Takšna zasnova in oprema šotorov je omogočila tudi obravnavo zahtevnejših bolnikov v šotorskem delu v primeru večjega števila



Slika 2: Šotorski del pred stavbo UC (foto: Roman Košir).



Slika 3: Notranjost šotora (foto: Roman Košir).

prizadetih bolnikov. Celoten šotorski del smo zaradi vremenskih razmer (nizke temperature in sneg) pokrili z večjim šotorom, prav tako pa smo postavili področje za predtlačno z ustreznim tokom bolnikov in primernimi razdaljami med čakanjem. Šotorski del je bil opremljen tudi za administrativno obravnavo, s tablam za nadzor bolnikov, vzpostavljeni so bili tudi požarna varnost, evakuacijski načrt in ravnanje z odpadki. Postavili smo prostor za dekontaminacijo ter dodatno improvizirano skladišče opreme, pri vseh procesih pa so nam zelo pomagale tehnične službe UKC Maribor.

Z Oddelkom za radiologijo smo se dogovorili tudi za rentgensko slikanje bolnikov, obravnavanih v sivem delu UC. Slikanja opravljamo v prehodni sobi znotraj izoliranega dela UC z mobilnim rentgenskim aparatom, ki ga radiološki inženir ustrezno zaščiti, med delom pa nosi osebno varovalno opremo.

V sodelovanju s Kliniko za interno medicino smo v prostorih Inštituta za fizikalno in rehabilitacijsko medicino,

ki se neposredno stika z UC, dodatno pripravili pet izolacijskih sob za bolnike, ki so bili v UC stabilizirani in oskrbljeni ter potrebujejo hospitalizacijo na enem od internističnih oddelkov, vendar še nimajo znanega izvida brisa na SARS-CoV-2. Obravnavo v tej dodatni enoti izvajajo zdravniki in negovalni kader s Klinike za interno medicino v sodelovanju z osebjem UC. Pridobili smo pomoč dveh specialistk interne medicine, ki sta na voljo v 12-urnih dnevniških izmenah in po potrebi svetujeta pri obravnavi internističnih bolnikov, prav tako pa pomagata pospešiti sprejem bolnikov na internistične oddelke.

Povečanemu številu bolnikov in delovišč so sledile tudi povečane kadrovske potrebe. Takoj po izdanem Odloku o razporejanju zdravnikov brez licence ministrstva za zdravje smo vpoklicali vse specializante urgentne medicine na delo v UC, delo za ves zdravniški kader pa smo organizirali v 12-urne izmene. V delo smo, na podlagi istega odloka, v sodelovanju s koordinatorjem pripravnikov za našo ustanovo, vključili tudi zdravnike pripravnike in sekun-

darije (skupno 26), prav tako pa so nam na pomoč priskočili še trije specializanti drugih strok, ki so bili prosti kot presežni delavci. Vzporedno z okrepitevijo zdravniškega kadra smo pridobili tudi pomoč kadrov zdravstvene nege z drugih oddelkov, kar je omogočilo reorganizacijo in optimizacijo delovanja dela zdravstvene nege. To je bilo omogočeno tudi zaradi zmanjšane redne dejavnosti UKC Maribor ob začasnem prehodu v t.i. fazo 5, ko so se opravljale le urgentne dejavnosti.

Veliko večino opreme, ki smo jo potrebovali, smo pridobili s prerazporeditvijo iz drugih oddelkov, nezamisljiv del opreme in pripomočkov smo pridobili tudi s pomočjo sponzorjev in donatorjev. Redno smo prejemali donacije hrane in pijače za zaposlene in bolnike, saj delo v osebni varovalni opremini ne omogoča prehranjevanja po ustaljenem urniku in načinu, pogosto težavo pa povzroča tudi dehidracija.

Opisan način reorganizacije dela v UC predstavlja hiter in učinkovit odziv na naraščajoče število bolnikov s potencialno okužbo s SARS-CoV-2, ki iščejo pomoč na urgenci. Prednosti takšne organizacije dela so:

- hitra prepoznavna bolnikov, okuženih z virusom SARS-CoV-2 ali sumom na okužbo,
- preprečevanje vstopa bolnikom s sumom na okužbo s SARS-CoV-2 v »belo cono« UC in s tem preprečevanje mešanja bolnikov oz. poškodovancev,
- neprekinjeno, varno in kakovostno nudenje medicinske pomoči bolnikom s sumom na okužbo s SARS-CoV-2 in vsem ostalim,
- ohranitev enotne vstopne točke za bolnike, ki potrebujejo nujno medicinsko pomoč,
- ustrezni pogoji za bolnike med obravnavo in čakanjem na izvide ter nadaljnjo obravnavo,
- sodelovanje in krepitev dobrih odnosov z različnimi oddelki

in službami znotraj ustanove. Z navedeno reorganizacijo delujemo že približno štiri tedne (v času pisanja prispevka), zato smo opazili tudi nekatere pomanjkljivosti in kritične točke, ki jih delimo z bralci:

- problematičen je nadzor nad bolniki, obravnavanimi v šotorih (sploh starejši, slabo premični, dementni, duševno bolni),
- pomanjkanje uradnih in zanesljivih informacij ter smernic in pojav govoric, ki zapolnijo to vrzel,
- velika fizična in psihična obremenitev vseh vpletenih v oskrbo bolnikov,
- v začetku pomanjkanje zaščitne opreme,
- ozkega grla v primeru epidemije ne predstavljajo samo ventilatorji v intenzivni terapiji, ampak tudi dolgotrajne mikrobiološke preiskave,
- dolgi dobavni roki opreme in OVO zaradi oteženega mednarodnega transporta,
- pomanjkanje jasnih kliničnih

poti za obravnavo bolnikov, sumljivih na okužbo, na različnih nivojih ustanove oz. v primeru, da navodila obstajajo, se jih v praksi zaradi različnih razlogov ne izvaja,

- slabo sodelovanje oz. nesodelovanje drugih zdravstvenih ustanov v regiji.

Od začetka epidemije 12. 3. 2020 do zaključka pisanja prispevka 14. 4. 2020 smo v UC opazili predvsem 3-kratno zmanjšanje števila obravnav poškodovancev. Prav tako je manj pregledov v EHP. Sprva je število potencialno okuženih bolnikov naraščalo, zadnja dva tedna pa ostaja v povprečnem številu okoli 20–25 dnevno, kar lahko obvladamo z obstoječimi zmogljivostmi. Široki kriteriji za oceno morebitne okuženosti pomenijo veliko dela, podaljšanje obravnave, vendar uspešno zagotavljajo pravočasno odkrivanje okuženih in preprečujejo, da bi morebitni neprepoznani okuženi bolniki razširili okužbo ob nadaljnji obravnavi v UKC. Število dokazano okuženih bolnikov, ki prihajajo v UC zaradi različnih

težav, ostaja majhno. Ker na oddelke UKC Maribor prihajajo bolniki tudi preko drugih sprejemnih ambulant ali so naročeni zaradi nujnega zdravljenja, ima vsak oddelek prav tako zasnovano izolirano sobo, kjer bolnike najmanj 24 do 48 ur opazujejo in spremljajo pojav morebitnih kliničnih znakov okužbe.

Bolezen COVID-19 je nekaj novega in neznanega. Spopad z njo pomeni veliko improvizacije in stalno učenje. Verjamemo, da smo s svojimi ukrepi naredili največ, kar smo v danem trenutku lahko. Upamo, da bodo naši ukrepi zadostni, da bomo z njimi lahko obvladali posledice epidemije ter iz nje odšli z bogatimi izkušnjami, bolniki pa z najboljšo možno obravnavo kljub izrednim razmeram.

Rok Petrovčič, dr. med., Igor Goričan, dr. med., Ana Podlesnik, dr. med., Matevž Privšek, dr. med., Aleks Šuštar, dr. med., dr. Roman Košir, dr. med., Urgentni center, Univerzitetni klinični center Maribor

Lokalna skupnost in ambulate družinske medicine v času epidemije SARS-CoV-2 – zgled dobrega sodelovanja

Danica Rotar Pavlič

V občini Brezovica pri Ljubljani izvajamo dejavnost družinske medicine štirje zdravniki koncesionarji.

Občina združuje 16 naselij z več kot 3700 hišami. Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije je leta



Doma izdelan vizir.

2019 imela 12.412 prebivalcev in se je med slovenskimi občinami uvrstila okrog 45. mesta. Na kvadratnem kilometru površine občine živi povprečno 136 prebivalcev, kar precej presega državno povprečje (103 prebivalci na km²).

Tako kot v drugih slovenskih krajih je tudi za nas poseben izziv pomenilo organiziranje zdravstvene službe v času epidemije SARS-CoV-2. Nemudoma smo se odzvali in začeli spremljati dogajanje v zvezi z epidemijo tako v Sloveniji kot tudi v tujini. Veliko truda smo vložili v ozaveščanje bolnikov, ob naročanju po telefonu smo vpeljali dodatna vprašanja in ustrezno smo prilagodili režim v čakalnici. Na začetku je bilo nekaj zmede, saj navodila, ki smo jih prejeli od Nacionalnega inštituta za javno zdravje in pozneje od državnega kriznega štaba, včasih niso bila dobro premišljena, zaradi pogostih vsebinskih sprememb pa so od nas, ki delamo »na prvi bojni črti«, zahtevala hitre prilagoditve. A postopoma so stvari stekle.

V prvih dneh epidemije smo imeli v ambulantah največ težav z zaščitno opremo. Od marsikaterega dobavitelja smo dobili odgovor, da bomo naročene stvari prejeli šele maja, saj je bilo treba najprej opremiti vstopne točke in osrednje zdravstvene ustanove, kjer je bilo po izkušnjah iz tujine mogoče pričakovati največ okuženih. Celo že prevzetih pet škatel kirurških mask smo morali vrniti, da so jih preusmerili v blagovne rezerve, ki jih ob nastopu nove vlade praktično ni bilo. Ker smo se bili prisiljeni prilagajati in znajti po svojih najboljših močeh, je v domači režiji nastal tudi prvi zaščitni vizir. Navodila za izdelavo so bila objavljena na spletni strani foruma Praktikum in naša družina se je nemudoma lotila izdelave.

Na srečo nam je kmalu priskočila na pomoč brezoviška občina, od katere smo prejeli vso potrebno zaščitno opremo. Strah in nelagodje sta se s tem precej zmanjšala, kmalu pa smo si nabrali tudi dovolj izkušenj, da je delo v ambulanti potekalo čim



V času, ko bližina še ni bila prepovedana.

bolj normalno. Kljub manjšemu številu obiskov smo še naprej opravljali osebne preglede. Po enem izmed njih smo bolnika, ki ga je tiščalo v prsnem košu, napotili na internistično prvo pomoč in še isti dan so mu vstavili žilno opornico. Oskrbeli smo precej poškodb, ki so nastale med opravi na vrtovih in v okolici hiš, posredovali smo telefonske številke delujočih zobozdravnikov, ginekologov in porodničarjev, največ od vsega pa je bilo telefonskih klicev in elektronskih sporočil, kjer smo morali svetovati pri vročini, zamašenem nosu, kašlju, bruhanju, glavobolu, spremembah na koži ipd. Seveda je bilo treba ves čas slediti navodilom o kriterijih za odvzem brisa v COVID-točkah.

Prvi primer pozitivnega brisa, s katerim sem imela opravka v svoji ambulanti, sem reševala brez hujših zapletov. Ker napotitev na sekundarno raven ni bila potrebna, je zdravljenje v celoti potekalo na primarni ravni in z bolnikom sem bila ves čas v stiku prek telefona in elektronskih komunikacijskih omrežij. Nekaj dilem je

nastalo le pri dogovarjanju glede kontrolnih brisov. Zaradi narave poklica sem se usklajevala z epidemiološko službo, kjer so na koncu svetovali, da mora biti bolnik za vrnitev na delovno mesto dvakrat negativen, kar se je po poldrugem mesecu tudi zgodilo. Drugi primer je zanimiv zaradi dolgotrajnosti in vmesnega negativnega brisa. Potem pa je bolezen ponovno izbruhnila z vročino, bolečimi mišicami in kašljem. Pa tudi naslednji bris je bil pozitiven. Bolnik je bil voden v strogi izolaciji na domu. Vsaka izmed štirih brezoviških ambulant je imela v zvezi z brisi in vodenjem okuženih bolnikov drugačne izkušnje.

Pri nas se je kot najučinkovitejši izkazal sistem jutranjih telefonskih sestankov z županom Metodrom Ropretom. Tako smo zdravniki že na začetku dela ocenili, ali v občini morda obstaja kako potencialno žarišče, predebatirali smo morebitne ukrepe za zajezitev širjenja in vprašanja glede organizacije zdravstvene službe. Ti posveti so dokaz zgledega sodelovanja med občinsko in zdrav-



Predstavniki Rdečega križa so pred ambulanto in krajevno skupnostjo prebivalcem delili maske.

stveno službo na lokalni ravni. Medtem ko so bile nekatere ambulante v drugih občinah zaprte ali so bolnike preusmerjali drugam, pri nas to ni bilo potrebno. Ker se nam je zdelo zelo pomembno, da starejši in bolniki s kroničnimi boleznimi poznajo nevarnosti ter natančno upoštevajo nasvete strokovnjakov glede zaščitnih ukrepov, smo v lokalnem časopisu Barjanski list objavili prispevek. V njem smo poudarili, da je odgovornost vseh občanov, da poskrbimo za kar največjo varnost starejših sokrajanov. Občinska uprava je skupaj z Rdečim križem organizirala tudi razdeljevanje zaščitnih mask pred vhodom v trgovino ter pred ambulanto in lekarno.

V času epidemije SARS-CoV-2 se je kot zelo dobrodošlo izkazalo, da v vseh ambulantah družinske medicine poznamo naše bolnike s kroničnimi boleznimi in starejše bolnike, zato smo ocenili, da je sistem dela ambulant dober. Ni prišlo do reorganizacije kot v nekaterih drugih zdravstvenih ustanovah, kjer so ambulante združevali ali jih celo zaprli. V takih primerih so bolniki lahko naleteli na zdravstveno osebje, s katerim še niso imeli stika in se med seboj niso poznali.

Zdravniki iz naše občine smo se vključevali tudi v delo Zdravstvenega doma Ljubljana, in sicer tako na področju jemanja brisov v »drive-in« ambulant na Metelkovi kot v delo splošne nujne medicinske pomoči ter delo v ambulanti za COVID na Rudniku. V dnevih, ko smo bili razporejeni na bris, je prišlo le malo starejših oseb. Ko je bila na delovišču naša specializantka, je največ oseb opravilo bris pred vstopom v službo, nosečnice so prihajale na bris pred rokom poroda in otroci pred vstopom na pediatrično kliniko. Bolniki so potrebovali bris tudi pred pregledom v urgentni psihiatrični ambulanti.

Med epidemijo SARS-CoV-2 se je posebej izkazal pomen elektronskega sporazumevanja. Zdravniki redno uporabljamo predvsem komunikacijo z bolniki po elektronski pošti. Tako si lahko ogledamo tudi fotografije poškodb, sprememb ali bolezenskih znakov, ki nam jih pošljejo bolniki. Marsikomu potem lahko kar po telefonu svetujemo, razjasnimo stanje ali ga prosimo za dodatna pojasnila. Seveda so pogovori po telefonu daljši, saj poskušamo zajeti vse težave in dobiti več informacij ter razširiti anamnezo, ki je zelo pomembna za

učinkovito ukrepanje. Ena o novejših možnosti, ki jih ponuja tehnika, so tudi videokonference, ki pa jih uporabljamo redkeje. Bolniki so z odgovori po elektronski pošti običajno zelo zadovoljni, še zlasti, ker jim posredujemo tudi povezave do navodil na spletu za posamezna stanja in bolezni ter po potrebi navodila za izvedbo vaj, s katerimi je mogoče lajšati kronične bolečine v sklepih.

Izvrstno je delovala tudi povezava s patronažno službo. Bolniki, ki so bili odpuščeni po poškodbah ali operacijah, so potrebovali preveze. Bolnišnični zdravniki so neredko zahtevali kontrolne odvzeme krvi na domu. Verjamemo, da je terenska služba v teh težkih časih epidemije zelo naporna. Pri izvajanju obiskov na domu so naše patronažne medicinske sestre lahko vzor mnogim zdravstvenim delavcem.

Na koncu tega kratkega opisa o tem, kako smo v času epidemije koronavirusa organizirali zdravstveno službo na lokalni ravni, gre posebna zahvala občinski upravi Brezovica, Rdečemu križu, Karitasu, gasilcem ter Civilni zaščiti za hitro odzivnost in usklajeno delovanje.

**Prim.izr. prof. dr. Danica Rotar Pavlič,
dr. med., GALENIA, ambulantna
diagnostika in zdravljenje, d.o.o., PE
Ambulanta družinske medicine,
Brezovica pri Ljubljani**

Donorska in transplantacijska dejavnost v času epidemije

Danica Avsec

Uvod

Sodobna medicina in družba se še nikoli nista soočali z zdravstvenim fenomenom globalne razsežnosti, kot je COVID-19. Epidemija je s svojo trdoživostjo in nepredvidljivostjo korenito posegla v naša javna in zasebna življenja. V Sloveniji je bil prvi potrjen primer okužbe 4. 3. 2020. Karantena je bila razglašena 12. 3., pet dni kasneje je bil prekinjen mednarodni letalski potniški promet, uvedeni so bili številni vladni omejevalni ukrepi.

Ob vseh preobratih v zdravstvenem sistemu se je na prepilu znašla tudi transplantacijska dejavnost, ki je v svojem bistvu multidisciplinarna in prečna. V primerih mednarodne izmenjave organov znotraj Eurotransplanta (ET) pa je nujen tudi hiter mednarodni prevoz. V članku natančneje pojasnujemo, kako smo se marca 2020 na zavodu Slovenija-transplant (ST) odzvali na nastalo krizno situacijo.

Kot nacionalna kompetentna institucija za koordinacijo donorske in transplantacijske dejavnosti v Sloveniji smo skladno z epidemiološko sliko in razpoložljivimi zmogljivostmi (kadrovskimi, prostorskimi) redno izdajali navodila za strokovno javnost, ki smo jih usklajevali z vodstvom Centra za transplantacije v UKC Ljubljana. Zaradi neposredne geografske bližine Italije, enega od žarišč bolezni v Evropi, je bila pri nas ocena tveganja višja. Prva splošna navodila za preprečevanje širjenja okužb v donorskem programu smo tako izdali 28. 2., še pred potrjenim primerom bolezni COVID-19 pri nas. Ugotavljamo, da smo s pogostimi videokonfe-

rencami s člani v nacionalni donorski mreži in ET, posodabljanjem navodil, hitro reorganizacijo dela na zavodu in ustreznimi zaščitnimi ukrepi uspeli zagotoviti transplantacije za nujne primere in ohraniti aktivnosti v donorskem programu na ravni, ki je primerljiva z lanskoletnimi rezultati.

COVID-19 in transplantacijska dejavnost

Nalezljive bolezni so znana tveganja v transplantacijski medicini. Z ustreznimi preventivnimi ukrepi, uvedbo testov, ocenami prenosa okužbe, dobrim informiranjem prejemnikov, vzpostavitev dodatnih programov (npr. okuženi za okužene s HIV-om) se je ta veja medicine uspešno odzvala na vse predhodne epidemije, kot so ebola, virus Zika, virus Zahodnega Nila, HIV, influenza A/H1N1 (»prašičja gripa«), virus H5N1 (»ptičja gripa«) in SARS. Vse omenjene zdravstvene krize so (bile) geografsko in/ali demografsko zamejene, zato tudi lažje obvladljive (1).

Ob trenutni epidemiji COVID-19 pa se kažejo negativne posledice v donorski in transplantacijski medicini na globalni ravni. Delo v zdravstvu je bilo treba reorganizirati, dejavnosti so se omejile na nujne posege in preglede, določeni bolnišnični oddelki in enote intenzivne terapije, ključni za prepoznavanje umrlih darovalcev, pa so se osredotočili na zdravljenje pacientov s COVID-19. V vseh državah so se soočali s pomanjkanjem kadrovskih in prostorskih zmogljivosti. Ovira je še nejasen mehanizem prenosa okužbe z darovalca na prejemnika, znano pa je večje tveganje za

prejemnike v pooperativnem obdobju (3).

V mednarodnem okolju odzivi na epidemijo niso bili poenoteni, večino pa so države preventivno omejile donorske in transplantacijske programe, začasno zaustavile programe živih darovalcev, predstavile elektivne posege in zaustavile presaditve pankreasa od umrlih darovalcev. Tudi glede testiranja darovalcev in prejemnikov na okužbo z virusom SARS-CoV-2 ni enotnega protokola. Ponekod je obvezno, drugod glede na epidemiološko sliko in oceno tveganja (2). Zmedo povzroča tudi prisotnost različnih kakovosti testov na tržišču, prav tako ni dovolj jasnih evidenc na senzitivnosti in senzibilnosti testiranih vzorcev, kot je nazofaringealni bris, prisotnost virusa v krvi, prisotnost virusa v prebavnem traktu (5). V Sloveniji smo se odločili za obvezno testiranje nazofaringealnega brisa s PCR-metodo vseh darovalcev in prejemnikov. Obvezno testiranje smo uvedli 9. 3.

Kot kažejo preliminarni mednarodni statistični podatki, beležijo izrazit padec (tudi do 70 % in več) v številu darovalcev in transplantacij v epidemičnih žariščih in transplantacijsko uspešnejših državah, kot so Španija, Italija, Francija, Velika Britanija, ZDA (4). Med državami Eurotransplanta so imeli upad v številu aktivnih umrlih darovalcev le v Belgiji in na Madžarskem (6).

Natančnejša poročila in raziskovalni izsledki o vplivu epidemičnih razmer na transplantacijsko medicino še nastajajo. Zelo spodbuden pa je hiter in kolektiven odziv mednarodne transplantacijske strokovne javnosti na nastalo situacijo. Izkušnje, eksperimentalna opazovanja in študije primerov si delimo prek prosto dostopnih spletnih knjižnic (7) in seminarjev (pod okriljem Evropskega

združenja za transplantacijo organov (ESOT) in ameriških strokovnih združenj sta bila organizirana dva odlična spletna seminarja o COVID-19 in transplantacijski dejavnosti (glej 8)).

Reorganizacija dela v zavodu Slovenija-transplant

Na krizno situacijo zaradi epidemije COVID-19 smo se na zavodu ST hitro odzvali. Z ustreznimi strokovnimi ukrepi smo zmanjšali tveganja na minimum, tako za zdravstveno osebje kot za paciente, hkrati pa nismo zaustavljali aktivnosti v posmrtnem donorskem programu, niti mednarodnega sodelovanja z Eurotransplantom. Prejemniške programe smo prilagodili.

16. 3. smo reorganizirali delo v pisarni ST. V pisarni smo zagotovili stalno prisotnost dveh sodelavcev, centralnih bolnišničnih koordinatorjev, preostali sodelavci smo nadaljevali z delom na domu. Uredili smo oddaljen dostop do podatkov, sprejeli ustrezne akte o začasnem delu na domu in uvedli poročevalska navodila. Za usklajevanje dela ekipe smo uvedli dve videokonferenci prek Skypa na dan. Delo je potekalo tekoče, brez prekinitev. Z rednimi tedenskimi videokonferencami smo povezali tudi ekipe v nacionalnem donorskem in prejemniškem programu.

Splošno javnost smo 12. 3. 2020 na spletni strani in na družbenih omrežjih (@SloTransplant, Facebook in Twitter) pozvali k izbiri elektronske poti za opredelitev v nacionalni register glede posmrtnega darovanja.

V času spremenjenega načina dela smo uspeli rešiti kar nekaj zaostankov in se posvetili kompleksnejšim nalogam (razvoj podatkovnih registrov, dokončanje spletne strani, posodobitev pravilnikov, izobraževalnega gradiva, revizija donorskih bolnišnic...). Z analizo procesov smo več dejavnosti prenesli v digitalno obliko, kar bomo tudi z ekološkega vidika obdržali tudi v prihodnje.

Sprejeti ukrepi v donorskih in transplantacijskih programih

Najbolj kritičen teden je bil od 9. do 13. 3. 2020, ko so se v Sloveniji odvijali koreniti preobrati in zaostri-tve vladnih ukrepov. Pojavile so se potrjene okužbe med zdravstvenim osebjem, završala je panika pred preslikavo »italijanskega scenarija«. Rutinsko delo je bilo porušeno. Na ST smo se soočili z negotovostjo, načrtovanje stalne dosegljivosti ekip v donorskem programu za tri dni vnaprej ni bilo mogoče. Pojavile so se kadrovske in prostorske omejitve. Nujna samoizolacija osebja zaradi stikov z okuženimi na Nevrološki kliniki je povzročila, da ni bilo mogoče zagotoviti stalne pripravljenosti ekip za diagnosticiranje in potrjevanje možganske smrti z EEG, zato smo 11. 3. začasno uvedli le uporabo protokola B in C.

Statistika donorske in transplantacijske aktivnosti

Tabela 1: Število transplantacij: 1.–31. marec 2020: 8.

Ledvica	Srce	Jetra	Pljuča
2	2	3	1

Tabela 2: Število umrlih darovalcev: januar–19. april; primerjava med 2019 in 2020.

2019 / 2020	Primerni	Medicinske kontraindik.	Odklonitve svojcev	Aktivni	Dejanski
Januar	4 / 4	/ 1	1 / 2	3 / 1	2 / 1
Februar	3 / 6		/ 2	3 / 4	3 / 4
Marec	5 / 8	2 / 2	/ 3	3 / 3	1 / 3
April (do 19.)	9 / 5		4 / 2	5 / 3	4 / 3
Skupaj	21 / 23	2 / 3	5 / 9	14 / 11	10 / 11

Rezultati kažejo, da so aktivnosti v donorskem programu primerljive z rezultati iz prejšnjega leta. Zabeležili pa smo višjo stopnjo odklonitev svojcev za darovanje. Preliminarna kvalitativna ocena kaže, da so bile tri odklonitve posredno povezane s COVID-19

V obdobju od 28. 2. do 31. 3. smo izdali pet posodobljenih navodil za strokovno javnost v donorskem in transplantacijskem nacionalnem programu. Pripravili smo stopenjski načrt (6 korakov), s katerimi smo se odzivali na razvoj epidemije:

1. zaustavitev programa živih darovalcev, obvezno testiranje (9. 3.);
2. zaustavitev sprejemanja ponudb in presajanja pankreasa (12. 3.);
3. zaustavitev elektivnih presaditev ledvic od umrlih darovalcev (12. 3.);
4. prilagojeni kriteriji za transplantacije jeter, src, ledvic, pljuč (19. 3., 27. 3.);
5. ohrani se samo potrebo po presaditvi v zelo omejenem času zaradi življenjsko ogrožajočega poteka odpovedi organa;
6. zaustavitev vseh donorskih in transplantacijskih aktivnosti.

Skladno z razvojem epidemije pri nas smo se zaustavili pri 4. koraku. Natančnejši vpogled v sprejete ukrepe je na voljo na www.slovenija-transplant.si (9).

(občutek svojcev, da je bil pokojni neustrezno obravnavan, omejitev vstopa v bolnišnico, neposredno in osebno komuniciranje med zdravstvenim osebjem in svojci je bilo ovirano). Test na virus SARS-CoV-2 pri nobenem darovalcu ni bil pozitiven.

Sodelovanje z Eurotransplantom

Sodelovanje s članicami ET smo kljub številnim omejitvam v mednarodnem prometu ohranili. Imeli smo tedenske videokonference, kjer je potekalo medsebojno usklajevanje in poročanje o situaciji v posameznih državah. Najpomembnejša naloga vseh članic je bila, da se kljub krizi za zdravljenje in reševanje življenj uporabi čim več organov.

Izpolnili smo nalogo in zagotavljali mednarodni prevoz in ustrezno zaščito vseh izvajalcev. Tujim ekipam za odvzem nismo prepovedali vstopa v donorske centre v Sloveniji. V obdobju epidemije, od 12. 3. do 31. 3., smo iz ET prejeli 21 ponudb za organe za presaditve. Štiri smo sprejeli, 17 pa zavrnil. Devet ledvic je bilo zavrnjenih zaradi epidemiološkega stanja pri

nas in začasne zaustavitve programa presajanja ledvic. Kriterijev za kakovost organov nismo zanemarjali, saj zagotavljajo pacientom boljše in daljše preživetje po presaditvi.

Za manjšo državo, kot je Slovenija, je izjemno pomembno članstvo v ET. Brez sodelovanja z ET ne bi uspeli zagotoviti ustreznih organov za visoko urgentne primere, niti najti ustreznih prejemnikov organov naših darovalcev. Se je pa v krizni situaciji ponovno pokazala ranljivost manjših sistemov, zato intenzivno razmišljamo o ukrepih, ki bi zagotavljali večjo samozadostnost na področju donorske dejavnosti.

Zaključek

V nestabilnih časih epidemije nam je v primerjavi z drugimi državami uspelo zgledno in brez panike ohraniti

aktivnosti v donorskem programu in izpeljati nujne transplantacije, tudi z dobrim medsebojnim sodelovanjem vseh odgovornih v Sloveniji. Razmere so nas prisilile k rednim videokonferencam in izkazalo se je, da so zelo učinkoviti in priročni način komunikacije za sprotno izmenjavo mnenj in znanja. Omogočile so nam izjemno hitro in dobro prilagoditev na spremenjene razmere. V kombinaciji s srečanji v živo jih bomo v nacionalnem programu zato obdržali tudi v prihodnje. Pri izbiri najustreznejše platforme se še posvečamo vprašanju zagotavljanja varnosti pri izmenjavanju občutljivih podatkov.

Trenutno pa se, ob nakazani umiritvi epidemioloških razmer, usmerjamo v širjenje obsega aktivnosti v prejemniškem programu. Zavedamo se, da bo delovanje v krizi postala nova normalnost. Zato si

Tabela 3: Prejete in zavrnjene ponudbe organov iz Eurotransplanta, 12.–31. marec 2020.

	Datum	Organ	Spr./zav.	Epidemiološki vzrok/ COVID-19	Vzrok
1.	12. 3.	srce	zavrnitev		MR/patološki UZ srca
2.	13. 3.	srce	zavrnitev		velikost – neujemanje
3.	16. 3.	srce	zavrnitev		slaba funkcija organa
4.	16. 3.	pljuča	zavrnitev		DCD darovalec/svojci umaknejo privolitev
5.	17. 3.	ledvica	zavrnitev	epidemiološki st.	
6.	17. 3.	srce	zavrnitev		MR/dolga reanimacija, nizek EF 30 %
7.	20. 3.	srce	sprejeto		
8.	20. 3.	ledvica	zavrnitev	epidemiološki st.	
9.	22. 3.	ledvica	zavrnitev		Poz. sifilis, poz. hepatitis
10.	23. 3.	jetra	zavrnitev		velikost – neujemanje
11.	23. 3.	jetra	zavrnitev		velikost – neujemanje
12.	23. 3.	jetra	sprejeta		
13.	25. 3.	jetra	sprejeta		
14.	25. 3.	pljuča	sprejeta		
15.	25. 3.	ledvica	zavrnitev	epidemiološki st.	
16.	25. 3.	ledvica	zavrnitev	epidemiološki st.	ponudba za tri naše prejemnike
17.	25. 3.	ledvica	zavrnitev	epidemiološki st.	
18.	25. 3.	ledvica	zavrnitev	epidemiološki st.	
19.	29. 3.	ledvica	zavrnitev	epidemiološki st.	tudi neujemanje v velikosti
20.	29. 3.	ledvica	zavrnitev	epidemiološki st.	tudi neujemanje v velikosti
21.	31. 3.	ledvica	zavrnitev	epidemiološki st.	tudi neujemanje, slab PRA

prizadevamo za preprečevanje neželenih dolgoročnih posledic omejevanja programov. Pomembno je, tudi z etičnega vidika, da zdravljenje s presaditvijo zagotavljamo vsem, ki ga potrebujejo, da se čakalni seznam ne podaljšuje, da se stanje bolnikov na čakalnih seznamih ne poslabšuje in da ne povzročamo nepotrebnih »izgub« pridobljenih ali ponujenih organov. Statistična analiza pridobljenih in presajenih organov med državami ET je namreč pokazala, da 124 organov ni bilo presajenih (večinoma zaradi epidemioloških razlogov). Z ustreznimi zaščitnimi ukrepi, testiranjem darovalcev in prejemnikov ter posamičnim obveščanjem in presojanjem tveganj za vsakega pacienta zato že uvajamo večji obseg aktivnosti.

Zahvala: Iskreno se zahvaljujem sodelavki dr. Jani Šimenc, kulturni in

medicinski antropologinji, za pomoč pri pripravi članka.

Statistični podatki v tabelah: arhiv Slovenija-transplanta.

Viri

1. Kumar et al. COVID 19: A Global Transplant Perspective on Successfully Navigating a Pandemic. *Am Jour of Transpl*, 2020. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/ajt.15876> [8. 4. 2020].
2. The Transplant Society. Coronavirus dashboard. https://tts.org/index.php?option=com_content&view=article&id=692&Itemid=115 [8. 4. 2020].
3. ESOT: Guidance on novel coronavirus for transplant clinicians. <https://tts.org/tid-about/tid-presidents-message/23-tid/tid-news/657-tid-update-and-guidance-on-2019-novel-coronavirus-2019-ncov-for-transplant-id-clinicians> [27. 3. 2020].
4. Global transplant report and COVID-19, march 2020. file:///C:/Users/uporabnik/Downloads/Global_Transplantation_COVID_Report_March_2020.95686.pdf [15. 4. 2020].
5. Cheng M, et al. Diagnostic testing for severe acute respiratory syndrome-related coronavirus-2: A narrative review. *Ann Intern Med*. 2020. DOI: 10.7326/m20-1301. <https://annals.org/aim/fullarticle/2764737/diagnostic-testing-severe-acute-respiratory-syndrome-related-coronavirus-2-narrative> [15. 4. 2020].
6. Eurotransplant: Monthly statistics (March 2020). <https://www.eurotransplant.org/statistics/monthly-statistics/> [20. 4. 2020].
7. The transplant library-COVID19. <https://www.transplantlibrary.com/search.jsessionid=qv9a2stfb3df11tbf4ecvrdwv?term=&sort=date> [20. 4. 2020].
8. ESOT: latest news. <https://www.esot.org/news/latest-news/esot-statement-covid-19-outbreak> [20. 4. 2020].
9. Slovenija-transplant. Posodobljena navodila za strokovno javnost, 20. 3. 2020. <http://www.slovenija-transplant.si/?action=viewArticle&articleId=4> [15. 4. 2020].

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

»Bravo« in hvala zdravnikom in vsem zdravstvenim delavcem – #gledališkiinfilmskiigralci

Igralci Jernej Kuntner, Zvezdana Mlakar, Aleksandra Balmazović, Nina Ivanič, Boris Cavazza, Borut Veselko, Maja Martina Merljak, Tjaša Železnik in Jan Bučar so v drugi polovici aprila prijetno presenetili z videosporočilom, zahvalo zdravstvenim delavcem. Posneli so se doma, v svojem domačem #ostanidoma okolju in ob pomoči svojcev. Video si lahko ogledate na <https://www.youtube.com/watch?v=Tx2oh-H9lKI&feature=youtu.be>

Zdravniška zbornica pa je ob tem javno pozvala ministrstvo za kulturo, da ob ukrepih, ki jih sprejema, ne reže, ampak ustrezno podpre slovensko kulturo, gledališke in filmske umetnike, glasbenike, plesalce, literarne in likovne ustvarjalce ter vse druge, ki skrbijo za naše kulturno in ustvarjalno bogastvo.

Ravno v času krize umetnost potrebujemo še bolj kot prej, saj nam pomaga ohranjati našo identiteto,

graditi mostove med ljudmi in razumeti smisel življenja tudi v najtežjih preizkušnjah.

! Iskrene čestitke k dnevu medijev!*

Isis in vsakodnevno poročanje spletne strani ZZS sta pomembna medijska dejavnika, ki prispevata k utrjevanju poklicne zavesti in k odprtosti javnega prostora. Posebej v času, ko je medicina še bolj kot sicer vabljen plen za politike.

Dobre želje za vse vas in za vašo dejavnost.

*Prim. Igor M. Ravnik,
dr. med. spec.*

* 3. maj – svetovni dan svobode medijev

Delo pod nadzorstvom mladih hrvaških zdravnikov

Anton Mesec

Pisanje o problemih pri prvih poklicnih korakih mladih hrvaških zdravnikov kar ne pojenja. Njihov Zakon o zdravstvenem varstvu namreč določa, da vsem, ki so s študijem začeli leta 2013 in kasneje, ni treba opravljati 5-mesečnega pripravništva. Zdravniki, ki še čakajo na odobritev specializacije, namesto tega lahko neobvezno delajo pod nadzorstvom mentorjev na določenih deloviščih (urgenca, družinska medicina). Zadovoljstva med akterji ni opaziti.

V marčni številki zborničnega glasila so se oglasili oboji – mladi zdravniki, ki že imajo izkušnje z delom pod nadzorstvom, in njihovi mentorji. Prvi predlagajo širši izbor mentorjev, saj so sedanji obremenjeni s specializanti in so zato zanje manj motivirani. Menijo tudi, da se njihovo delo pod nadzorstvom točkovno premalo upošteva pri kasnejšem kandidiranju za specializacijo. Dobivajo le osnovno plačo, ne pa dodatkov za turnusno in praznično delo. Po ukinitvi strokovnih izpitov so tudi pomanjkljivo seznanjeni z zdravstveno zakonodajo, potrebno za kasnejše samostojno delo. S svojimi izkušnjami

se je oglasila mentorica – zasebnica v ambulanti družinske medicine. Opaža, da je področje izobraževanja pod nadzorstvom slabo urejeno. Ni jasnega programa, česa naj bi se začetniki naučili, niti niso definirane obveznosti mentorjev. Plačevala naj bi jih njihova ustanova, zasebnica torej kar sama sebe.

Komentar: Dejavní so tudi mladi hrvaški zdravniki. Podobno kot naši se tudi oni pogosto oglašajo in so podobno prepričani, da se njihovi predlogi premalo upoštevajo.

Vir: Liječničke novine št. 187, marec 2020

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

Francija: nobenih nadomestil za homeopatijo

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

Francoske zdravstvene zavarovalnice od leta 2021 dalje ne bodo več povrnile stroškov za nakup homeopatskih zdravil. Ustrezna odredba že velja. Doslej je zavarovalnica povrnila 30 %, po novem pa le še 15 %.

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

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

Neuporabljeno znanje

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

Izobraževanje iz nevrologije v Kliničnem centru (*Klinikum*) Wels-Krieskirchen je bilo dobro ocenjeno. Raffi Topakian, vodja oddelka, pripoveduje o ugledu in svavi pred možno pomanjkljivo ali napačno oskrbo.

Vaš oddelek so zdravniki v splošnomedicinskem izobraževanju ocenili zelo dobro. Kaj je vaš recept za ta uspeh?

Čarobna beseda je integracija. Zdravniški naraščaj sprejememo prijazno in spoštljivo. Začne se s pozdravom, predstavijo, uvodom v nevrološki status in vsakdan ter se nadaljuje s pod nadzorom izvedeno lumbalno punkcijo in podobnim. Komuniciramo enakopravno (*auf der Augenhöhe*), strokovno osebje pa o kliničnih posebnostih ter pasteh pripoveduje spontano ter s ščepcem humorja. Turnusni zdravniki spreje-

majo paciente, vadijo tudi za splošnega zdravnika ključen nevrološki status, aktivno sodelujejo pri obravnavi pacientov ter v razpravah o posameznih kliničnih primerih. ...

S katerimi izzivi, ki izhajajo iz vaše stroke, se srečajo bodoči splošni zdravniki?

Včasih gre za strahovit rešpekt, dobeseden nevrotah, še najbolj primerljiv s fobijo pred matematiko iz mojih šolskih časov. Glede na to ozadje je posebno neugodno, da v Avstriji za splošnega zdravnika nevrologija ni obvezen, temveč le izbirni predmet. Obstoji pa mnogo nevroloških nujnih primerov, od možganske kapi prek encefalitisa do epileptičnega statusa, ali ljudskih bolezni, kot je migrena ter polinevropatija. Tri bolezni: možganska kap, Parkinsonova bolezen, demenca, so

celo takšne, da prizadenejo najmanj vsakega tretjega moškega ali celo vsako drugo žensko. Kam nas bo torej popeljalo pomanjkanje tega nevrološkega *know-how* v prihodnje? ...

Če se spomnite svojega lastnega zdravniškega izobraževanja – kakšne so bile razlike v pri-merjavi z dandanes?

V preteklosti izobraževanje ni bilo tako strukturirano; bilo je bolj *learning by doing* (učenje z ukrepanjem, *op. prev.*). In *doing* je bilo tako obsežno, da je za *being* (biti) ostalo komaj kaj časa. Mnogo je bilo odvisno tudi od lastne pobude. Imel sem pa srečo, da sem v celoti preživel dobro turnusno ter dobro specialistično izobraževanje. In seveda smo preživel mnogo več časa v bolnišnici. ...

Vir: Österreichische Ärztezeitung št. 7, 10. april 2020

Opomba: Intervju je precej dolg, zato sem ga za to priredbo precej skrajšal. Upam pa, da kljub temu pove vse, kar je z našega vidika nujno vedeti ...

Zdravstveni sistem na preizkušnji

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

Izvrstni dosežki zdravništva, dobro sodelovanje z vlado ter ukrepi, da bi se izognili hitro naraščajočim okužbam s koronavirusom – vmesno poročilo.

V vsakdanjem življenju je mnogo omejitev, ki jih trenutno preživljajo prebivalci Avstrije: »Presenetljivo je, kako zelo večina ljudi upošteva ukrepe, saj je koronavirus izziv ne le za našo družbo, temveč tudi za naš zdravstveni sistem,« meni Thomas Szekeres, predsednik Avstrijske zdravniške zbornice. Cilj je obvarovati

paciente ter vse sodelavce v zdravstvenem sistemu. »Naši zdravniki tu dose-gajo izjemne reči in za to se jim želim zahvaliti,« pove Szekeres. ...

Zato pa je še bolj opazno, da z nekaterih strani, npr. od posameznih varuhov pacientovih pravic, prihaja do neupravičenih in pravno neutemeljenih napadov na zdravništvo. »Avstrijski zdravniki so v trenutni krizi obremenjeni kot še nikoli. Po eni strani tako, da vzdržujejo medicinsko oskrbo, po drugi strani pa boj proti pandemiji,« meni Szekeres. ...

Za prihodnost pa je posebej pomembno imeti na voljo dovolj zaščitnih sredstev. »Potrebujemo centraliziran in dovolj zgođen nakup opreme ter hkrati splošno emancipacijo od tujih proizvajalcev. Oskrba zdravnikov s koncesijo mora delovati bolje, kar velja tudi za zavarovalniške zdravnike kot za zdravni-ke po izbiri.« ...

Sicer pa je treba biti usmerjen v prihodnost ter predvsem delovati preventivno – tudi kot posameznik. Sem sodi tudi odprava trenutno obstoječih cepilnih vrzeli ter s čredno imunostjo doseči zaščito pred ošpicami, mumpsom in rdečkami.

Vir: Österreichische Ärztezeitung št. 7, 10. april 2020

Opomba: Članek oz. vmesno poročilo sem precej skrajšal. Menim pa, da kljub temu pokaže splošno vzdušje med vrhuncem epidemije COVID-19 v Avstriji.

Domus Medica za vas!

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

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

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

Za več informacij o Medicinskem izobraževalnem centru pišite Andreji Stepišnik, E: mic@zzs-mcs.si.



Skupno ukrepanje za obvladovanje raka v EU

Projekt skupnega ukrepanja iPAAC predstavljen na drugem srečanju podskupine za raka pri Evropski komisiji

Urška Kolar, Marjetka Jelenc, Tit Albreht

V petek, 13. decembra 2019, se je v bruseljskih prostorih Generalnega direktorata za raziskave in inovacije Evropske komisije sestala podskupina misije za raka (angl. Mission Board for Cancer). Skupina strokovnjakov misije na področju raka pri Evropski komisiji se je sestala, da pregleda trenutno stanje raziskav in ukrepov na področju obvladovanja raka. Delovanje misije sta orisala vodja misije, dr. Walter Ricciardi, in podpredsednica misije, dr. Christine Chomienne.

Na področju zdravja ostaja namreč v Evropski uniji (EU) obvladovanje rakavih bolezni velik izziv. Skupina rakavih bolezni je obsežna, evropsko prebivalstvo pa se stara, kar pomeni, da se bo pojavnost rakavih bolezni v prihodnje zelo verjetno še povečevala. V nekaterih državah EU so se že uresničila epidemiološka predvidevanja, da bo rak kot vzrok umrljivosti kmalu postal najpomembnejši problem človeštva na področju zdravja, ki bo prehitel srčno-žilna obolenja (1). Ni torej naključje, da je v letu 2019 nova evropska komisarka za zdravstvo, Stella Kyriakides, ki je tudi sama zbolela za rakom in o tem odkrito spregovorila, izbrala področje raka za prioriteto področje dela v svojem mandatu (2, 3).

Doc. dr. Tit Albreht z Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) je na srečanju podskupine misije za raka izčrpano predstavil aktualni evropski projekt s področja raka **Innovative Partnership for the Action Against Cancer Joint Action (iPAAC JA)**, ki ga koordinira Slovenija oz. NIJZ (4). iPAAC JA temelji na rezultatih uspešno zaključenih prejšnjih dveh projektov iz skupine JA: European Partnership for the Action Against Cancer – EPAAC in Cancer Control – CANCON, ki že od leta 2011 povezujeta evropske partnerje v naporih za obvladovanje raka in katerih koordinacija je bila ravno tako zaupana Sloveniji. Natančno je bilo predstavljeno tudi zbiranje podatkov o nacionalnih programih za obvladovanje raka v Evropski

uniji, kar je bila ena izmed glavnih tem vseh treh projektov skupnega ukrepanja. Obvladovanje raka je namreč eno izmed najbolj kompleksnih področij obvladovanja bolezni v zdravstvu. Zdravstveni sistemi se lahko odzovejo na potrebe prebivalstva le z ustreznim načrtovanjem, ki se kaže v nacionalnih programih za obvladovanje raka. Kakovostni nacionalni programi za obvladovanje raka predstavljajo dobrobit tako za državljane kot za bolnike, ponudnike zdravstvenih storitev, zdravstvene sisteme in ministrstva (5, 6). V vsakem od naštetih projektov so nastali pomembni dokumenti, ki izpostavljajo dobre prakse na področju načrtovanja obvladovanja raka: Evropski vodič za kakovostne nacionalne programe za obvladovanje raka (angl. European guide for quality national cancer control programmes), dokument o politikah nacionalnih programov za obvladovanje raka (angl. Policy Paper on National Cancer Control Programmes/Cancer Documents in Europe) in Evropski vodič za izboljšanje kakovosti v celovitem obvladovanju raka s priporočili (angl. European Guide on quality improvement in comprehensive cancer control) (7–9).

Letos je Evropska komisija v Bruslju obeležila svetovni dan boja proti raku, 4. februar, z dogodkom ob oznanitvi skupnih prizadevanj za nov Evropski plan premagovanja raka (angl. Europe's Beating Cancer Plan), ki bo temeljil tudi na izsledkih projektov skupnega ukrepanja in dobrih praksah držav članic. Nov plan bo obsegal vsa področja obvladovanja raka: preventivo, diagnosticiranje, zdravljenje in celostno rehabilitacijo, njegova priprava pa se je začela z javnim pozivom Evropske komisije vsem deležnikom, da prispevajo svoje izkušnje k oblikovanju novega plana (3).

Viri

1. Jelenc M, Albreht T. Joint Action Cancer Control. Zdravstveno varstvo 2014; 53(1): 275-276.
2. Beishon M. Stella Kyriakides: the torch bearer. Cancer World 2005; 4, str. 4-11. Pridobljeno s: <https://>

- cancerworld.net/wp-content/uploads/2017/09/3429__3-_coverstory_4_11-2.pdf
3. European Commission. Mission area: cancer, 2019. Pridobljeno s: https://ec.europa.eu/info/horizon-europe-next-research-and-innovation-framework-programme/mission-area-cancer_en
 4. Jelenc M, Albreht T, Lipušček T, Voje N, Hribar K. Najnovejši evropski projekt s področja raka Joint Action iPAAC koordinira Slovenija. Isis 2018; 27, 10: 19-20.
 5. Haward R. Organizing a comprehensive framework for cancer control. In: Coleman MP, Alexe DM, Albreht T, McKee M., editors. Responding to the challenge of cancer in Europe, Ljubljana, National Institute of Public Health; 2008; 113-33.
 6. Albreht T, Jelenc M, Gorgojo L. From 'on paper' to 'into action': development of National Cancer control programmes in the EU. In: Martin-Moreno JM, Albreht T, Radoš Krnel S., editors. Boosting Innovation and Cooperation in European Cancer Control, Ljubljana, National Institute of Public Health 2013; 209-42.
 7. Albreht T, Martin Moreno JM, Jelenc M, Gorgojo L, Harris M. European guide for quality national cancer control programmes. Ljubljana: National Institute of Public Health 2015. Pridobljeno s: (https://cancercontrol.eu/archived/uploads/images/European_Guide_for_Quality_National_Cancer_Control_Programmes_web.pdf)
 8. Jelenc M, Albreht T, Budewig K, Fitzpatrick P, Modrzynska A, Schellevis F, Zakotnik B and Weiderpass E. Policy Paper on National Cancer Control Programmes (NCCPs)/ Cancer Documents in Europe, European Commission, Brussels, 2017; 21-28.
 9. Albreht T, Kiasuwa R, Van den Bulcke M. European Guide on quality improvement in comprehensive cancer control. Ljubljana: National Institute of Public Health 2017.

**Urška Kolar, univ. dipl.
komunikologinja, NIJZ,
Urska.kolar@nijz.si**

**Dr. Marjetka Jelenc, dr. med., NIJZ
Doc. dr. Tit Albreht, dr. med., NIJZ**



Čez planke: Za pet let na (skrivnostni) Otok

Barbara Podnar

Pred nekaj meseci se je na jutranjih raportih Očesne klinike prikazal nov obraz. Nekoliko zadržano, kmalu pa s precejšnjim veseljem je oftalmološka srenja pozdravila Marka Šulaka, specialista oftalmologije, ki se je po petih letih dela v Angliji vrnil kot vitreoretinalni kirurg.

Kdaj si odšel v tujino?

Po opravljeni specializaciji iz oftalmologije sem se kot specialist najprej zaposlil v Splošni bolnišnici Novo mesto. Po enem letu so me povabili iz Očesne klinike v Ljubljani, da sem prišel »na mrežnico« nadomeščat dr. Alenko Lavrič, ki je za eno leto odšla na »fellowship« v Moorfields Eye Hospital¹ v London.

Ker sem si želel tudi bolj poglobljeno ukvarjati se s kirurgijo kompleksnih katarakt in kirurgijo mrežnice, sem se prijavljal na »fellowshipe« v Veliko Britanijo. Znano je, da so tam v Evropi najbolj zahtevni kirurški »fellowshipi«, kjer lahko v kratkem času pridobiš največ kirurških izkušenj. Nekega dne mi je zazvonil telefon sredi popoldanskega prometnega zastoja na Roški cesti, klicali so ravno z »Moorfieldsa«¹. Šel sem na intervju v London in naslednji dan so mi sporočili, da me želijo vzeti v službo... tako se je začelo.

Si imel že kaj kirurškega znanja, preden si odšel?

Ja, že kot specializant sem se najprej v Novem mestu pri dr. Oberčevi, potem pa na Očesni kliniki pod mentorstvom prim. Pfeiferja in prof. Globočnikove učil osnov operacije katarakte. Kasneje, ko sem se kot specialist zaposlil v Novem mestu, sem nadaljeval pod mentorstvom dr. Oberčeve. Po enem letu tam sem bil že razmeroma samostojen operater katarakte, imel pa sem še precej neizpiljeno tehniko. Ko začneš operirati, je najpomembnejše, da imaš dobrega mentorja – zaradi neizkušenosti se lahko zaplezaš v situacijo, ki je brez pomoči sam ne »zvoziš«.

Kaj je »fellowship«?

»Fellowship« pomeni pravzaprav subspecializacijo, »fellow« pa je tisti, ki jo

opravlja. V Angliji »fellowship« po navadi traja eno leto in se ga opravlja po zaključeni osnovni specializaciji. Lahko je izključno klinični ali pa v kombinaciji s klinično raziskovalno dejavnostjo. Pogosto se opravi dve ali več let različnih »fellowshipov«.

Smisel subspecializacije je, da se lahko v omejenem času posvetiš zelo ozkemu kliničnemu področju in zato v njem hitro napreduješ. Tako sem imel prvo leto v Angliji čas, da se posvetim samo operacijam katarakte. Lotil sem se sistematičnega branja literature, lahko sem razmišljal o tem, zakaj se med operacijo pojavijo nekateri zapleti, kako se jih rešuje... ves sem bil v tem. Poleg tega si na Moorfieldsu (in drugod v angleškem sistemu) prizadevajo, da »fellowe« čim prej naučijo operirati, ker potem ti samostojno izvajajo operativne programe – že prvi teden nastopa službe sem operiral.

Kje vse si torej bil v petih letih?

Prvo leto sem bil na Moorfieldsu na subspecializaciji za operacije katarakte. Tam sem ostal še drugo leto na t.i. »medical retina« – to je oftalmološka subspecialnost, ki se ukvarja z boleznimi mrežnice, ki potrebujejo nekirurško diagnostično in terapevtsko obravnavo (degeneracija rumene pege, diabetična retinopatija, znotrajočesni tumorji, uveitisi ipd.). Po dveh letih na Moorfieldsu sem se prijavil na subspecializacijo za vitreoretinalno kirurgijo in bil zaradi dobrih priporočil sprejet v John Radcliffe Hospital, ki je glavna učna bolnišnica Univerze v Oxfordu. Tam sem nato ostal skoraj tri leta.

Kakšen je bil začetek v Angliji?

Uhh, prvi teden sem hotel kar »spokati« in se vrniti domov. Že sam London – ogromno mesto, hrup, povsod ljudje, sirene, v resnici nikjer in nikoli miru. In potem bolnišnica – ko

sem prišel na Moorfields, sem bil zaradi kulturnega šoka kljub solidnemu kliničnemu znanju popolnoma neobgljen, nisem se znašel. Čeprav sem tekoče govoril in bral angleško, sem imel prve mesece precej težav predvsem z usmerjeno komunikacijo z bolniki. Še tega nisem vedel, kako se pogovorno reče bolniku, naj nasloni brado na špranjko pred pregledom. Pacienti so podzavestno začutili, da sem novinec, in so me gledali z nezaupanjem. Nisem vedel, kje se dobi potrebne stvari, obrazce, kako se kaj naredi po njihovih protokolih, kako potekajo administrativne stvari, nikogar nisem poznal... Potreboval sem kakšne tri mesece, da sem se lahko nekoliko sprostil, in približno pol leta, da sem lahko res »zašibal« in da so se tudi drugi navadili name.

No, po pol leta sem bil med »fellowi« že skoraj najdlje na oddelku. Vsi zmedeni novinci so mene spraševali, kje se dobijo tisti papirji, kako se kaj naredi, jaz pa sem njih uvajal, kot so prej drugi mene. »Fellowi« tam prihajajo in odhajajo s celega sveta, pretočnost mladih zdravnikov je ogromna – dlje ostajajo le konzultanti, ki so tam za stalno, in vodilne sestre, ki so velikokrat odlične in sodelujejo tudi pri vodenju klinik.

Drugo leto si bil »medical retina fellow«, tudi na Moorfieldsu – kako je bilo tam?

To je bila kar posebna izkušnja, res, »na mrežnici« sem videl »vse živo«. Moorfields je skupaj z UCL Institute of Ophthalmology² največja očesna klinično-raziskovalna ustanova na svetu, kar pomeni, da je tam veliko tudi najredkejše patologije. Je npr. eden od največjih svetovnih centrov za očesno onkologijo. Dr. Lavrič, ki je bila tudi takrat tam in je nato dodatnega pol leta ostala samo »na tumorjih«, je verjetno v pol leta videla več redkih očesnih tumorjev, kot jih vidimo v Sloveniji v nekaj deset letih.

Ker so v Londonu živeli pacienti po poreklu s celega sveta, sem videl npr. tudi rečno slepoto – larvo onhocerkiaze, ki je plavala v sprednjem prekatu očesa. Ta tropska bolezen iz učbenikov je sicer endemična v podsaharski Afriki.

Kako poteka učenje?

V Angliji imajo zelo dobro razvito t.i. »chain of supervision«³. Neposredni mentorji specializantov pogosto niso konzultanti⁴, ampak »fellowi«. Če operira katarakto specializant, ob težavah tako vskoči »fellow«, konzultant pa priskoči na pomoč šele pri najzapletenejših primerih in je končni nosilec odgovornosti.

Tudi v Oxfordu na vitreoretinalni kirurgiji smo se »fellowi« veliko naučili eden od drugega. Subspecializacija za vitreoretinalno kirurgijo navadno traja dve leti – prvo leto si »junior fellow«, drugo leto pa »senior fellow«. Tako sem se jaz na začetku veliko naučil od Španke Elise, ki je bila tam leto pred mano in je sedaj konzultantka pediatrične vitreoretinalne kirurgije v Barceloni. Prvih šest mesecev sva neprestano delala v timu, naučila me je praktično vseh osnovnih tehnik. Fines in kompleksnejših tehnik sem se v drugem letu naučil od konzultantov. Ko sam postaneš »senior fellow«, kar naenkrat operiraš najzahtevnejše primere – spet se učiš, hkrati pa ti učiš mlajše. Tako sem jaz

v drugem in tretjem letu že učil nove »junior fellowe« – Španko Noo, Malezijca Kirtija in Singapurca Jamesa. Zdi se mi pomembno, da se od tebe neprestano pričakuje ne le, da se naučiš, temveč da tudi predajaš svoje znanje naprej. Tako je krog učenja sklenjen in stalno teče.

Angleži imajo res znamenito tradicijo kliničnega učenja. Tako je npr. prof. Tufail na »medical retini« sredi običajno mrzlične klinike na Moorfieldsu poklical k sebi vse »fellowe«, rekoč: »Pustite vse, kar imate, pridite sem.« Ko smo se zbrali, smo se 20 minut pogovarjali o nekem zanimivem primeru. Zakaj? Zato, ker je bil primer poučen, in zato, ker se pri njih tako spodobi. Ker je tudi on sam šel skozi vse stopnje procesa učenja, ker je nekdo nekoč tudi njega učil. Šele ko greš sam skozi voden proces učenja, se zaveš pomembnosti učiteljev. Zato sem izredno hvaležen vsem, ki so me učili, vsem, ki so ure sedeli z mano ob operacijah, ki morda niso vedno potekale idealno... Šele sedaj, ko iz svoje perspektive gledam nazaj, vidim, kako težko jim je bilo včasih in koliko lažje se je kot učitelj kar presesti in sam dokončati operacijo.

Anekdota iz operacijske?

Po dveh/treh mesecih, ko sem sestavljal posamezne delce operacije, sem končno naredil svojo prvo vitrektomijo do konca. Elisa je prekrizanih nog sedela na stolu poleg in »visela« na mobilnetu. Jaz končam in se ves navdušen in ponosen obrnem k njej: »Poglej, naredil sem!« ona pa reče: »Marko, you cannot do a simple peel in one hour and a half – you have to go quick, quick, quick!«⁵ Tako je v kirurgiji – ni konca, ni konca, vedno je pred tabo ena stopnica višje. ©

Kakšen je dober očesni kirurg?

Ko sem bil na subspecializaciji za katarakte, sem vsako sredo popoldne delal z nekdanjim predstojnikom oddelka za operacije katarakte na Moorfieldsu, dr. Millerjem. Bil je izjemno izkušen, že na pol upokojen, a je obdržal en operativni dan ob



sredah popoldne. Pošiljali so mu najtežje primere iz cele bolnišnice. On je uporabljal samo eno najpreprostejšo tehniko operacije za vse različne vrste katarakt, a je bil v tej tehniki popoln. Nikoli ni bil živčen, nikoli ni navzven hitel. Kljub temu je bil izredno hiter, saj je imel do potankosti dovršene vse gibe. V enem letu pri vseh teh kompleksnih primerih pri njem nisem videl niti enega zapleta. Nekoč mi je rekel, da se kakovost kirurga vidi po statistiki rezultatov in zapletov, ne pa po tem, kako »kul« je v svoji tehniki ali katere izmed najnovejših naprav uporablja.

Zdi se mi, če lahko nekoliko posplošujem, da so angleški očesni kirurgi velikokrat precej konservativnejši od naših, pogosto se držijo bolj tradicionalnih »evidence-based« tehnik in so na svoj konservativizem ponosni. Naši očesni kirurgi so po drugi strani precej bolj inovativni in pogosto ubirajo še neprehajene poti. Sam cenim obe plati, sem se pa v Angliji naučil naslednjega pregovora: »There are bold surgeons and there are old surgeons, but there are few bold old surgeons.«⁶

Kako se angleški sistem specializacije za oftalmologijo razlikuje od našega?

Oftalmologov je v Angliji precej manj na število prebivalcev kot pri nas, ker pri njih ogromno dela prevzamejo optometriisti. Tako je specializacija iz oftalmologije v Angliji kirurška specializacija in traja 7 let. Oftalmologi so pravzaprav skoraj vsi kirurgi. Specializanti oftalmologije v Angliji tako opravijo približno 500 operacij katarakt do specialističnega izpita. Učijo se tudi drugih operacij, npr. trabekulektomij (operacija za zniževanje očesnega tlaka). Pri nas kaj takega ni mogoče, hkrati pa tudi ni smiselno, ker v Sloveniji oftalmologi primarno niso kirurgi. Sistem je drugačen.

Kakšne so očesne bolnišnice v Angliji?

Kolikor sem videl, so v Angliji na zelo visoki ravni kakovosti tiste

najboljše (očesne) bolnišnice, ker imajo za to primerne pogoje, tj. veliko denarja za raziskave in razvoj, svetovno izbrane konzultante, veliko kompleksnih bolnikov. Po drugi strani pa imajo v Angliji tudi bolnišnice, ki so na nižji kakovostni ravni od bolnišnic v Sloveniji. Mislim, da imamo v Sloveniji zelo dober srednji nivo. Prednost majhnosti je veliko lažji nadzor kakovosti kot v tako velikem sistemu, kot je angleški.

Količina razpoložljivih sredstev zagotovo vpliva tudi na raziskovalno delo, kajne? Kako je to organizirano v Angliji?

Ja, seveda. Pravzaprav, če primerjam kakovost same medicinske oskrbe v oftalmologiji, se mi zdi, da med Slovenijo in Anglijo ni bistvene razlike. Na področju medicinskega raziskovanja pa je razlika naravnost astronomska. Kljub temu, da sem bil ves čas polno zaposlen kot klinik in ne kot raziskovalec, sem imel priložnost tako na Moorfieldsu kot tudi v Oxfordu sodelovati z izjemnimi raziskovalnimi timi.

V Oxfordu npr. prof. Robert MacLaren razvija genetsko terapijo za redke bolezni mrežnice. Raziskovalna dejavnost je v Oxfordu organizirana povsem ločeno od klinične – tako fizično kot tudi kar se tiče kadra. Uporablja druge klinične prostore in ima zaposlene svoje medicinske sestre, svoje administratorje, svoje klinične fotografe in svoje zdravnike raziskovalce. Pet nadstropij višje je v isti stavbi, v kateri je očesna bolnišnica, popolnoma opremljen raziskovalni laboratorij, kjer okoli 30 zaposlenih znanstvenikov in znanstvenih sodelavcev razvija genetsko terapijo... od razvoja samega genetskega zapisa do pakiranja zapisa v virusne vektorje in priprave raztopin virusa za terapevtsko injiciranje pod mrežnico.

Genetska terapija je trenutno »vroče« oranje ledine v aplikativni medicinski znanosti in bo v naslednjih desetih letih popolnoma spremenila medicino. Kot je videti, bo razvoj

možnosti genetske terapije potekal v nekako dveh fazah. V prvi fazi bomo z genetsko terapijo zdravili redke monogeneske bolezni, se pravi bomo pri monogeneski bolezni nadomeščali okvarjene kopije z delujočimi kopijami genov. V drugi fazi pa bomo z modifikacijo obstoječih ali z vnašanjem dodatnih genov slej ko prej začeli vplivati na potek vseh pogostih bolezni, npr. sladkorne bolezni, glavkoma ali starostne degeneracije mrežnice.

Med drugim se ukvarjaš tudi z jogo – kakšen vpliv ima joga na tvojo kirurgijo?

Z jogo sem se spoprijateljil še kot študent medicine. Takrat sem – ves navdušen – bral odlično knjigo »Anatomy of Hatha Yoga«, ki jo je napisal profesor anatomije in fiziologije David Coulter z univerze v Minesoti. V Angliji sem na jogo hodil že v Londonu, intenzivneje pa v Oxfordu, ko sem se spopadel z vitreoretinalno kirurgijo. Tam sem kar naenkrat začel ogromno operirati. Trikrat na teden sem bil »on call« in ob teh dnevih sem redno operiral do devetih, včasih celo do enajstih zvečer. Pri vitreoretinalni kirurgiji je telesna drža za mikroskopom prisilnejša kot pri kataraktah in operacije trajajo dlje. Poleg tega sem bil na začetku precej pod stresom, pri operacijah sem zadrževal dih, kar je poslabšalo krč in hipoksijo mišic v hrbtu. Posledica so bile močne bolečine v zgornjem delu hrbta, ki me je že tako bolel, da nisem mogel spati brez tablet proti bolečinam. Šel sem na pregled h kiropraktiku, ki me je najprej pomiril z ugotovitvijo, da je bolečina mišične narave, in me nato nekajkrat dobro zmasiral. Potem sem začel hoditi precej več na jogo. Ugotovil sem tudi, da sta pri mikrokirurgiji pomembni dve stvari – da imaš noge stabilno na tleh in da pravilno dihaš.

Pri jogi se izvaja veliko specifičnih vaj, ki krepijo antigravitacijske mišice. Tako npr. v primerjavi s kako atletiko ali fitnessom, kjer ogromno uporabljamo npr. velike povrhnje

mišice na hrbtu, mnoge jogijske vaje s počasnimi tehnikami in gibi uspejo aktivirati globoke paravertebralne mišice. Prav tako pomemben del joge je t.i. »pranayama«, kjer ozavestiš svoj dih in se ga naučiš nadzirati. Z jogo se naučiš pozornosti v trenutku in umirjenosti. Vse to pride prav pri mikrokirurgiji.

Morda najbolj zanimiv, vsekakor pa najbolj intimen del joge je osebna izkušnja, pri kateri se zavest osvobodi toka misli. To je stanje popolnega zlitja s trenutkom, ki ga lahko primerjamo s t.i. stanjem »flowa«. »Flow« je posebno stanje zavesti, kjer pride do prehodne hipofrontalnosti, izključitve »notranjega racionalnega kritika« in posledično povečane nemotene, neposredne pozornosti na trenutek in do podzavednega odločanja, ki temelji na hitrejšem prepoznavanju vzorcev in ne na mnogo počasnejšem racionalno-analitičnem razmišljanju. Vsak kirurg, ki je zlit z operacijo, je v stanju »flowa«. Pionir raziskovanja le-tega je bil profesor psihologije M. Csikszentmihalyi iz univerze v Čikagu, v zadnjih letih pa je psihologija poglobila znanje na tem področju s sodobnimi nevrokemičnimi in neurofunkcionalnimi raziskavami.

Si imel sploh kaj prostega časa, kako si ga porabil? Se »fellowi« družijo med seboj?

Ob tako aktivnem delovnem življenju sta nujna pravilna regeneracija in počitek, npr. zame to pomeni gledanje v nebo, sanjarjenje, spanje, sproščujoča fizična aktivnost. Oxford je popolno mesto za zasanjano gledanje čez trate in umirjeno tekanje ob kanalih. Tam sem se kljub vsakodnevni dolgi uram dela resnično zelo dobro počutil (no, tudi v Sloveniji imamo veliko narave in priložnosti za dober vikend odklop!). Družil sem se predvsem z ostalimi mednarodnimi »fellowi« – povezovala nas je skupna potreba po druženju, saj smo bili vsi na istem, v tujini, proč od doma ter znancev in prijateljev. Tako imam sedaj prijatelje iz Španije, Grčije, Portugalske, Kitajske, Švice,

Malezije, Avstralije, Italije, Poljske, Nove Zelandije, Singapurja itd. Skupaj smo kdaj tudi kam odpotovali, šli smučat ipd. Manj smo se družili z Angleži naših let, ker so ti večinoma že imeli svoje ustaljeno socialno okolje.

Z nekaterimi si še vedno redno dopisujemo, sprašujemo drug drugega za mnenje o zapletenih bolnikih in se prijateljsko srečujemo na kongresih in izven njih.

Kako to, da si se vrnil?

Ko sem odšel, za seboj nisem zapiral vrat, ves čas sem obdržal stike s kolegi in mentorji v Sloveniji. Da sem se vrnil, pa je »kriva« prof. Globočnikova z Očesne klinike, ki me je povabila, naj pridem nazaj, pretežno kot vitreoretinalni kirurg. Imel sem sicer možnost ostati v Oxfordu kot konzultant, a pretežno na »medical retini«. Za Ljubljano sem se odločil, ker lahko tu več operiram, pa tudi ker je bila po petih letih v tujini

to verjetno zadnja priložnost, da sploh še kdaj pridem nazaj domov. Če ne bi prišel sedaj, verjetno ne bi prišel nikoli... in zdi se mi, da bi se potem vedno spraševal, kako bi bilo živeti spet doma, blizu »svojih ljudi«.

- 1 Moorfields Eye Hospital (MEH) je v evropskem in tudi svetovnem merilu ena najbolj priznanih oftalmoloških bolnišnic.
- 2 UCL = University College London
- 3 »chain of supervision« – veriga predajanja znanja in ob tem naraščajoče avtoritete in odgovornosti
- 4 Konzultanti so v angleškem sistemu nosilci ambulate in samostojno odgovarjajo za svoje odločitve in za to, da njihova ambulanta na vseh nivojih funkcionira, od naročanja dalje.
- 5 »Marko, ne moreš enostavnega .peela' (odluščenje, npr. epiretinalne membrane z mrežnice) delati uro in pol, hitreje bo treba!«
- 6 Obstajajo drzni kirurgi in obstajajo stari (starejši@) kirurgi, zelo malo pa je starih drznih kirurgov.
- 7 »high performance« – visoka zmogljivost

Barbara Podnar, dr. med., SB Izola,
barbara.podnar@gmail.com



Komentar k zapisom

Isis, junij 2020, št. 6

Marjan Kordaš

Str. 3, Uvodnik: Upam, da res (in tudi v prihodnje) povezani kot še nikoli poprej.

Str. 8, K naslovnici revije: Dobra, če ne že kar popolna informacija.

Str. 13, Etika in družbeni mediji: Slovenija ima (pre)kratko tradicijo demokracije, da bi zmogla razviti medije s konstruktivno naravnostjo.

Str. 21–26, Aktualno: Verjetno si nihče ne more predstavljati teh improvizacij. Čestitam! In en obraz je prepoznaven kljub maski!

Str. 36, Čez planke: Imenitno, imenitno. Tudi fotografija. In kako pomembno sporočilo o vrnitvi – če ne že v domovino, pa vsaj v domači kraj!

Str. 40, COVID-19 v dežurni službi: Imeniten opis zdravnika, ki se »ni kriv, ni dužan« mora ubadati tudi s policijo. Razumljivo, da nam pošilja lep pandemijski pozdrav ...

Str. 51, Ugovor vesti: Protislovje, ki ga ni mogoče normirati. Edino vodilo: »Svojega bližnjega ljubi kot samega sebe.«

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

Obravnava osebe s sumom na COVID-19 v dežurni službi urgentnega centra

Rade Iljaž

Ura je 2 in 25 minut zjutraj. Pred urgentni center (UC) pripelje policijski kombi v spremstvu še dveh policijskih avtomobilov, skupaj pet policistov. Zaradi strokovnega odvzema telesnih tekočin na prepovedane droge zahtevajo vstop v UC, ki je v času epidemije COVID-19 sicer zaklenjen. Grešnik, ki so mu s hitrim testom našli opiate in kokain v slini, je voznik tovornjaka s priklopnikom, ki je na avtocesti vozil neprijetno in ogrožal druge udeležence v prometu.

Vratar jih je skoraj spustil v bolnišnico, ko je prišla dežurna sestra in zahtevala meritev telesne temperature. Izmerjenih 38,5 °C je po protokolu za COVID-19 terjalo obravnavo v kontejnerjih pred UC. Ven sem prišel oblečen v primerno osebno varovalno opremo (OVO).

V policijskem kombiju je sedel voznik tovornjaka z nameščeno zaščitno masko s filtrom, od daleč bi rekel FFP2. Korektno je odgovarjal na moja vprašanja z varne razdalje. Povedal je, da ves čas epidemije vozi tovornjak z nekakšno hitro pošto na relaciji Celovec–Milano–Kranj, in ni

znal razložiti, kaj je s tovornjakom delal na drugem koncu države. Povedal je še, da jim je nadrejeni v podjetju dal tri zaščitne maske, ki jih uporabljajo že en mesec epidemije. Nadrejeni naj bi bil pozitiven na COVID in je bil večkrat v tesnem stiku s prekrškarjem in njegovim bratom. Med pregledom je voznik pokašljeval in veržno kadil.

Nihče od policistov ni imel nameščene zaščitne maske, le eden ali dva sta imela zaščitne rokavice. Povedali so mi, da med posredovanji na terenu rutinsko ne merijo vročine.

Po protokolu za COVID je bil poleg strokovnega odvzema potreben še pregled internista, zato sem poklical dežurno specializantko (2. letnik). Na prvi problem smo naleteli že pri odvzemu urina, ker je nekdo dva dni prej naročil, naj se odnese premično zunanje stranišče. K sreči je šlo za moškega in smo ga prepričali, naj stopi malo stran in opravi malo potrebo na travniku pred UC ter zajame drugi curek v priloženi kozarček. Naslednji problem so bile

žile, ki so bile obupne, kot je običajno pri odvisnikih od prepovedanih drog. Dve medicinski sestri sta se morali obleči v razpoložljivo OVO, da jima je v tretjem poizkusu uspelo odvzeti kri iz vene. V predvideno OVO za bolnišnično oseboj sicer ne sodi obleka TAVEC.

Naslednja težava se je pojavila z namestitvijo pacienta do prispetja rezultata brisov, kar naj bi bilo v najboljšem primeru čez 12 ur. Postelj v kontejnerjih pred UC ni bilo več, ker se slednji sedaj uporabljajo za ambulantne internistične preglede čez dan. V bolnišnici so na IPP rezervirane štiri postelje v istem prostoru z ločevalnimi zavesami. Sprehajanje potencialno kužnega pacienta iz takšnega prostora pomeni veliko možnost za prenos okužbe po bolnišnici. Policiste sem vprašal, zakaj ga ne morejo pridržati na policijski postaji, kot jim veleva zakonodaja v primeru vožnje tovornega vozila pod vplivom prepovedanih drog. Njihov »ta glavni« mi je vljudno razložil, da on ne misli izpostavljati in ogrožati svojih ljudi(!?). Očitno se mu ni niti sanjalo, da jih je že dovolj izpostavil s tem, ko niso uporabljali ustrezne OVO in pridržanemu izmerili vročine do prihoda v UC. Vmes se je oglašal voznik tovornjaka, ki je zahteval taksi prevoz domov, 130 km stran.

Predlagal sem, da mu pustijo spat v njegovem tovornjaku ter mu začasno odvzamejo vozniško dovoljenje in ključne vozila. Vodja patrolje mi je odvrnil, da on nima pooblastil, da bi jemal ključne vozila. Vprašal me je, kaj hudiča je narobe v tem zdravstvu, da nimamo prostora za takšne paciente. Povedal sem mu, da bi posteljo morda našel, če bi on postavil dva policista, da ves čas sedita zraven v primerni OVO. Tudi to možnost je policist gladko zavrnil. Voznik je vmes znova »hrulil«, naj mu že končno uredijo taksi, in med zagonom kašlja prižgal cigareto, ob 4.00 zjutraj. Zaprošil sem jih, naj počakajo, da se posvetujem še z dežurnim epidemiologom.

Lahko si predstavljate razpoložene epidemiologinje, ki jo pokličeš ob 4.00 zjutraj.

Ko sem ji končno razložil, za kaj gre, me je vprašala, kaj pravzaprav pričakujem od nje in če vem, kako sicer obravnavamo bolnike z gripo!? »COVID-19, korona je, ne gripa,« sem nekajkrat obupano ponovil. Mi ne bi poslali vsaj kakšne odredbe o karanteni, da bo vse izgledalo vsaj malo bolj resno? Nakar me je kolegica vprašala, ali vem, da takšne odredbe podpiše le minister in da se ona ne misli voziti 100 km, da bi mi prinesla odredbo, četudi bi jo minister po nekakšnem

čudežu podpisal. Kolegico sem že mislil vprašati, ali je slučajno slišala za internet in elektronsko pošto, a sem se zavedal, da bi to zgolj sprožilo dodatno nejevoljo in nepotreben prepir. Prijazno sem se zahvalil za »pomoč« in ji v sebi zaželel pošteno plačilo z dodatkom za (ne)opravljeno delo.

Policisti in »zadeti« tovornjakar so me nestrno čakali zunaj. Skomignil sem z rameni in povedal, da bo moral prespati na policiji. Nisem čakal na reakcijo, hitro sem se umaknil nazaj v UC. Še dobro uro sem jih slišal razpravljati pod oknom...

Epilog: Rezultat testa za COVID-19 je prispel 12 ur pozneje, bil je negativen. Tovornjakar je le moral prebiti nekaj časa v samici na policijski postaji. Premično stranišče še vedno ni postavljeno nazaj, ravno tako ne ležišča v kontejnerje pred UC. Za intenzivne prevoze blaga iz Slovenije v žarišče epidemije sem že slišal od več voznikov in prevoznikov.

Pa ostanite zdravi in pametni v našem poklicu, če lahko.

Lep pandemijski pozdrav vsem.

**Prim. dr. Rade Iljaž, dr. med., Medicina
Iljaž d.o.o., Bizeljsko,
radeiljaz@gmail.com**

Pomemben trenutek

Nina Mazi

S pojavom prvega primera okužbe s koronavirusom je v Sloveniji napočil pomemben, morda celo ključen trenutek. Pa ne zato, da bi se vznemirjeni predali strahu in se zaskrbljeni prepustili paniki, marveč predvsem zato, da bi se ob tem nekaj naučili oz. ponovili, (ponovno) osvojili, privzeli, vključili in utrdili v svoji običajni, vsakdanji praksi.

Kolega, ljubitelj zabav in neomejenega druženja, mi je ob ideji za tole pisanje takoj požugal, naj ne začnem prepovedovati najbolj zanimivega in privlačnega, svoje svarilo pa podkrepil s prepričanjem, da nas hočejo pristojni(!) omejevati tudi in predvsem zato, da bi nas lažje obvladovali. Nad njegovimi argumenti sem se sicer zamislila, hkrati pa se v isti sapi tudi odločila, da

mu ne bom razkrila podrobnosti svoje namere.

COVID-19 lahko imamo po vzoru nekdanjih epidemij kuge, kolere, tifusa in črnih koz za »šibo božjo«, lahko pa ga sprejmemo kot poduk in opozorilo, da se je treba nekaj naučiti in marsikaj spremeniti. Pa ne (le) na ravni vlade in oblasti oz. v najvišjih strokovnih krogih, marveč (pred-

vsem) na običajni, vsakdanji ravni, v rutinskem ravnanju slehernega posameznika, pri katerem lahko COVID-19 povsem nepričakovano in nenapovedano potrka na vrata. Nevarna okužba nam ponuja priložnost za spremembo ali vsaj poglobitev in dopolnitev obstoječe paradigme. Je priložnost za analizo in revizijo naših/lastnih navad in razvad, načina življenja, delovanja in razmišljanja, pa tudi za samorefleksijo in iskanje odgovorov na temeljna vprašanja, s katerimi se človek, dokler se mu kaj ne zalomi oz. ga ne začne kaj ogrožati, sploh nima časa ukvarjati. Kako je z mojo higieno, redom in urejenostjo? Kakšen je moj odnos do hrane in pijače? Ali dobro in dovolj spim? Si vzamem dovolj počitka? Se dovolj gibljem? Sem dovolj previden in preudaren v stikih z neznanci? Ali ljudje, ki igrajo pomembno vlogo v mojem življenju, upoštevajo temeljne smernice in spoštujejo (vsaj minimalne) standarde? Sem zdrav, dobro razpoložen in se dobro počutim? Kako ravnam v primeru telesnih, duševnih, psihofizičnih in psihosocialnih težav in stisk? Pretiravam z zdravili? Poznam ključne postulate učinkovite naravne preventive? Znam, hočem in zmorem najprej sam poskrbeti za svoje telesno, duševno in socialno blagostanje, ali pa morda odgovornost za to prepuščam strokovnjakom in institucijam?

Snovanje in iskanje iskrenih, ustreznih odgovorov na gornja in njim podobna vprašanja ni in ne sme biti samo sebi namen – izizeneti v samopomilovalni larpartizem, marveč je namenjeno analitični podlagi – podstavi konkretne dejavnosti. Posegom, ukrepom in spremembam, učinkovitim v boju proti virusnim in ostalim okužbam, ter zagotavljanju boljše odpornosti na bolezni, motnje in poškodbe. Ti so (lahko) uspešni in učinkoviti kljub svoji preprostosti in (vsaj navidezni) običajnosti – od rednega, temeljitega umivanja, po potrebi tudi razkuževanja rok po uporabi toaletnih in skupnih prostorov (pred kratkim me je na letališču v

Frankfurtu Američanka, za katero se je kasneje izkazalo, da je zdravnica, zgroženo opozorila na potnici, ki sta zapustili toaletne prostore, ne da bi si umili ali vsaj obrisali roke), pred jedjo (in po njej), pred in po delu z bolniki/ljudmi, redno kopanje, prhanje in umivanje, razkuževanje, menjavanje brisač in toaletnih pripomočkov... Sem sodi tudi redno temeljito čiščenje in pranje sadja in zelenjave, primerna termična obdelava in priprava živil, temeljito pomivanje posode, jedilnega pribora in ostalih potrebščin. Pa pranje in čiščenje oblačil in obutve, preobuvanje na domačem pragu, preoblačenje ob prihodu domov in/ali na delovno mesto, redna menjava oblačil, uporaba ustreznih sredstev za pranje, čiščenje in vzdrževanje... Higiena kašljanja, kihanja, govorjenja (pljuvanje) in petja... Nošenje maske, nedotikanje obraza... Premišljenost oz. previdnost pri izposoji/izmenjavi osebnih predmetov, telefonov, računalnikov, tablic in ostale opreme oz. pripomočkov... Premišljeno in previdno zadrževanje v javnih prostorih, obiskovanje javnih dogodkov in prireditvev, zadrževanje v množici in na obljudenih javnih površinah... Premišljeno rokovanje, objemanje, razdalja med ljudmi oz. varovanje »intimnega prostora« posameznika... Skrb za mikrookolje – redno, temeljito čiščenje, pospravljanje in urejanje delovnega in bivalnega okolja, odstranjevanje odvečnih, škodljivih oz. nevarnih snovi in predmetov... Skrb za makrookolje – naravi prijazno razmišljanje in delovanje. Trajnostna naravnost naštetih dejavnosti nam bo zagotovila boljše zdravje in večje blagostanje, ki nas bosta spremljala še dolgo potem, ko bo koronavirus že davno pristal v zgodovinskih letopisih.

Pa seveda skrbno spremljanje in upoštevanje navodil zdravnikov in priporočil strokovnjakov, (samo)izolacija v primeru okužbe, stalen stik z zdravnikom in zdravstvenim osebjem, poznavanje in upoštevanje konkretnih nevarnosti/tveganja, povezanega z okužbo.

Preventiva proti COVID-19, ostalim virusnim in drugim okužbam vključuje tudi elemente zdravega življenjskega sloga – od prehrane/prehranjevanja, gibanja, sprostitve, počitka in spanja, ustvarjalnega dela, učenja/izobraževanja, izpolnjevanja in usposabljanja do druženja. Prav socialnim stikom je v aktualnih razmerah treba posvetiti več načrtno pozornosti, kar pa seveda ne pomeni njihove prepovedi in izključevanja, *ad hoc* brezkompromisne karantene in izolacije oz. sociofobije.

Glavnina pravkar naštetih in njim sorodnih ukrepov ni vedno in povsod neposredno povezana z okužbo, marveč temelji na zdravi presoji in sodi v okvir organizmu in okolju prijaznega načina življenja in delovanja, ki predstavlja temelj zdravega, zadovoljivega, ustvarjalnega in polnega življenja populacije 21. stoletja. Vrsta pričujočih navad sodi v (pogosto zanemarjeno in pozabljeno) dediščino naših mam in babic. Sedaj je čas, da jih potegnemo iz zaprašenih arzenalov in jih vrnemo v življenje. Zdravniki in njihovi sodelavci bodo kmalu opazili napredek. Če bomo pri tovrstnih navadah in običajih dovolj dolgo vztrajali, pa bodo strokovnjaki lahko izračunali tudi njihov konkreten ekonomski učinek. Okužba s COVID-19 namreč ne predstavlja le izziva za zdravstvene sisteme na nacionalni in globalni ravni, marveč lahko botruje tudi ekonomski, politični, kulturni in tehnokratski krizi, zato se ji je treba načrtno zoperstaviti na vseh teh ravneh, upoštevajoč dejstvo, da učinkovit boj proti nacionalnim epidemijam in grozeči globalni pandemiji tokrat terja veliko več kot le denar.

Nina Mazi, Ljubljana

Prispevek k razpravi o ukrepih za zmanjševanje zdravstvenega absentizma

Marjan Hrušovar

Prispevek kolega Zdenka Šalde štejem kot pomemben poizkus širše razprave o absentizmu. Objava v reviji Isis zajema večji krog bralcev, ki lahko prispevajo k rešitvi tega problema in soočenju mnenj, predvsem pa bi bili to lahko zametki osvežitve pozabljenega pojma osnovne zdravstvene dejavnosti. Ne gre prezreti, da je privedlo postavljanje vsakega na svoje okope do zamrtja pojma MPU (mladinsko poklicno usmerjanje), da se je ponekod uveljavil za medicino dela pojem tržna dejavnost, ponekod že pod tem pojmom v aktivih ZD z vsemi posledicami, med drugim tudi s črtanjem te dejavnosti, ki se pač financira z neposredno menjavo, iz organigrama javnih zavodov.

Z zdravstvenim absentizmom sem se srečeval vso delovno dobo, pred leti sem tudi vodil skupino na ministrstvu za zdravje, ki je dobila nalogo, da pripravi ukrepe za znižanje bolniškega dopusta. Odločili smo se, da v prvi fazi pristopimo k tistim ukrepom, ki nič ne stanejo in dajejo takojšnje rezultate:

- Pospešiti diagnostične postopke pri aktivnih zavarovancih, vključno s terapijo in rehabilitacijo, če je pričakovati hitro vrnitev na delo.
- Vključevanje specialistov medicinske dela v ocenjevanje zmožnosti za delo in preostale zmožnosti za delo v zadnji četrtini pričakovane bolniškega dopusta.
- Vključevanje imenovanega zdravnika v oceno, v posebnih primerih že v prvem mesecu delazmožnosti.
- In tako dalje, precej tudi iz vsebine prispevka kolega Šalde, morda malo drugače.

Usoda izdelka (brezplačnega!): zelo dobro in več kot primerno za natančnejši, operativni pristop, tako s strani naročnika kot skupine same ter testiranj v nekaterih delovnih okoljih! Obravnava na ministrstvu se je odmikala, zamenjali so se trije ministri in tudi po treh letih zadeva ni prišla na dnevni red!

Ubrali smo drugo pot: sklicali smo Združenje delodajalcev in preko njih obvestili podjetja, da bo tekla razprava s predlogi rešitev o temi, ki je pogosto predmet njihovih kritik (udeležba niti ni bila slaba), podano je bilo tudi nekaj njihovih predlogov. S strani ZZZS se je posveta udeležil direktor, ki je povedal, da je iz staleža napravil v praksi doktorat, da je o tem problemu znano vse (takrat je bil in verjetno je še brez specializacije!). Zastopnik Združenja delodajalcev je prosil za gradivo in obljubil, da bo stališče posredoval v treh dneh. Po občasnem drezanju sem po dveh tednih dobil odgovor: strinjamo se z vsem, kar bo znižalo stroške.

G. direktor zavarovalnice z neformalnim doktoratom je v presenetljivo kratkem času sklical predstavnike področnih enot, bilo je tudi nekaj imenovanih zdravnikov (jaz sem se povabil sam) in v monologu smo izvedeli, da so vsa razmišljanja o tej temi odveč, saj je edina prava pot vlaganje v preventivo. Projekt je bil pred kakšnim desetletjem in pol tik pred tem, da zagleda luč sveta. Nikoli ni prišlo na dan, ali je bila lažna nosečnost, abortus ali težave pri porodu, znano je le to, da so prelagalci besed in papirjev odklonili ponujeno roko stroke ter uživali v zadovoljstvu,

da je ostalo vse po starem, brez potrebe po premaknitvi tistega dela telesa, ko telo dobro ime izgubi!

Skratka:

- Pozdravljam pobudo, da bo na bolniškem dopustu le tisti, pri katerem delo poslabša zdravje ali podaljša zdravljenje.
- Opredelimo stalež kot strokovni pojem in pokazatelj porušenega ravnovesja med zahtevami na delovnem mestu ter zmožnostmi delavca.
- Zaželen je širok dogovor deležnikov s pripombami na materiale (prvi tak material je prispevek doktorja Šalde in izkušstvo podpisane) in predlagane načine ter poti do strokovnega cilja iz prve alineje.

**Asist. mag. Marjan Hrušovar, dr. med.,
spec. MDPŠ in spec. družinske
medicine, Zdravstveni center
Paracelsus, Celje**

Zdravljenje starostnika je izziv, priložnost in dolžnost

Marjan Fortuna

Demografska gibanja kažejo, da bo (je) tudi pri nas čedalje več starejših ljudi. Kakšen problem bo in že predstavlja tako veliko število starih ljudi, že lahko vidimo. Že danes je gotovo, da bo skrb za starostnike velik izziv in priložnost za njihovo oskrbo ne samo zaradi bolezní, ampak tudi za čim daljšo vključenost v družbo. Družba, ki ne bo znala ali hotela skrbeti za vse skupine prebivalstva od rojstva do smrti, nima prihodnosti, saj bo v taki družbi stalno prihajalo do medgeneracijskih napetosti. Seveda pa se moramo zavedati omejenih materialnih možnosti in ne od države samo zahtevati, ampak po svojih možnostih državi tudi dajati. Da starostniki niso breme družbe, dokazujejo mnogi, ki so tudi v visoki starosti zelo dejavni in koristni člani družbe, če le niso prehudo bolni. Kako prijeten je občutek, če lahko staremu človeku, ki ga je, oprostite izrazu, že marsikdo »odpisal«, vrnemo kakovost življenje na raven, ki jo je imel, preden je zbolel. Saj starost ni bolezen, ampak je naraven proces. Ne moremo je sicer ustaviti, lahko pa jo naredimo lepšo, bolj plodovito in družbeno koristno (tudi s podaljšanjem delovne aktivnosti). Kako lepo je bilo gledati našega slovitega in živahnega olimpijca Leona Štuklja na olimpijskih igrah v Atlanti leta 1996, ko je bil star skoraj sto let in mu je ploskal ves športni svet ter takratni predsednik ZDA Bill Clinton. Res pa moraš imeti tudi srečo, da dočkaš tako visoko starost, ne da bi bil resneje bolan.

Zdravstvo ima v skrbi za starostnike zelo pomembno vlogo najprej s preventivnimi ukrepi že pred začetkom staranja, lahko bi rekli, da kar od rojstva dalje. S preventivnimi ukrepi lahko bistveno upočasnimo sicer normalne procese staranja. Poleg teh je izjemno pomembno zgodnje odkrivanje bolezní,

saj zgodnje zdravljenje poveča možnost ozdravljenja in daljšega preživetja ter manjšo invalidnost. Mnogo je kroničnih bolezní, ki jih lahko dokaj uspešno obvladujemo, če le začnemo zdraviti dovolj zgodaj in pravilno. Res je, da mnoge bolezní pri starostnikih potekajo hitreje in težje zlasti zaradi spremljajočih bolezní in invalidnosti, pa vendar sem prepričan, da se da in spleča zdraviti starostnike po najnovejših načinih in možnostih, saj lahko z malo truda in rabsodnosti naredimo veliko dobrega.

Po mnogih letih dela tudi z zelo starimi bolniki lahko trdim, da odločitve zdravnikov marsikdaj niso ravno v skladu z etičnimi načeli, ki so pravzaprav ena najpomembnejših zapovedí Hipokratove prisege. Vse prepogosto slišimo, da naj (o)пустimo nek način zdravljenja samo zato, ker je človek star. To ni sprejemljivo, saj postavlja neka povsem neetična in nesprejemljiva merila. Osnovno načelo je in mora biti zdravljenje bolnika in ne bolezní. To pomeni, da moramo skrbeti predvsem za kakovost življenja in ne toliko ali samo za dolžino življenja.

Za ponazoritev navedenih stališč, ki so morda precej subjektivna, bom opisal potek zdravljenja bolnika, ki je bil ob začetku resnih bolezenskih težav star 85 let in je bil pri vsakdanjih opravilih še povsem samostojen. Že več let je občutil občasno vrtoglavico. Kljub preiskavam dolgo ni bilo mogoče ugotoviti vzroka. Nato pa smo bolj naključno ugotovili zelo počasen utrip srca (A-V blok II. stopnje Mobitz II), kar pomeni veliko nevarnost za nenaadno smrt. Takoj smo mu vstavili začasni srčni spodbujevalec, čeprav smo bili v dilemi, ali smo se odločili prav. Ob rednih kontrolah se je pokazalo, da se je spodbujevalnik sprva vključil le

redko, po nekaj letih pa čedalje pogosteje, dokler ni srce utripalo zgolj s pomočjo spodbujevalnika.

V starosti 95 let, tj. deset let od prve vstavitve srčnega spodbujevalnika, se je baterija iztrošila. In kaj sedaj? Ali naj pustimo, da dokončno neha delovati in se bolnikovo življenje konča, ali naj vstavimo nov srčni spodbujevalnik? Ker je živel še dokaj kakovostno življenje, smo se odločili za drugo možnost, saj je to sedaj lahka operacija v lokalni anesteziji (za razliko od prejšnje, ki je bila v splošni anesteziji), hospitalizacija ni potrebna, zato je takoj po posegu odšel domov.

V 98. letu je bil operiran še zaradi katarakte, kar je pripomoglo k izboljšanju kakovosti življenja, saj je lahko spet bral in skrbel zase.

Že dlje časa je imel težave s požiranjem in hrana mu je zahajala v dihalo. Da se ne bi ravno zadušil, smo se odločili za vstavev gastrostome.

V 99. letu je prišlo do retence urina (verjetno zaradi karcinoma prostate, česar pa nismo posebej raziskovali). Potrebno je bilo seveda vstaviti trajni urinski kateter. Zaradi okužbe sečil, ki je pričakovana zaplet, je obležal v postelji in ni nikoli več vstal. Odtlej se mu je splošno stanje hitro slabšalo do spokojne smrti.

Na žalost mnogo starostnikov danes umira v bolnišnicah v prisotnosti medicinskega osebja, ki so zanje tujci, namesto da bi umirali doma, kar si je večina v svojem življenju zaslužila in si verjetno tudi želi, vendar svoje želje pogosto ne morejo več izraziti.

Upam, da je iz opisa zdravljenja tega zelo starega človeka razvidno, da se tudi starostnika da in spleča zdraviti, vedeti in znati pa moramo presoditi, kdaj je zdravljenje še mogoče in smiselno in kdaj ne. Po mojih izkušnjah je ključno starostnikovo psihično stanje in ne kronološka starost. Takega obravnavanja, kot sem ga, upam, dovolj nazorno opisal, pa bi moral biti deležen vsak starostnik in ne le nekateri kot ta, ki je bil slučajno moj oče.

Prim. Marjan Fortuna, dr. med., Kranj

Izdaja enot koncentriranih eritrocitov s pozitivnim navzkrižnim preizkusom

V obdobju od 1. 1. 2014 do 31. 12. 2018 na Zavodu Republike Slovenije za transfuzijsko medicino

Tanja Hartman, Ivica Marić, Irena Bričl

Uvod

Kljub napredku v medicini ostaja transfuzija krvi še vedno osnovna terapija za nekatere skupine pacientov. Letno na Zavodu Republike Slovenije za transfuzijsko medicino (ZTM RS) izdamo približno 36.000 enot koncentriranih eritrocitov (KE) ter opravimo nekaj manj kot 50.000 navzkrižnih preizkusov (NP), izdamo 9.000 enot trombocitov ter 10.000 enot sveže zmrznjene plazme (SZP).

Pred transfuzijo komponent krvi je treba s predtransfuzijskim testiranjem zagotoviti skladnost krvi med prejemnikom in dajalcem (1). Med osnovne transfuzijske preiskave spadajo: določitev krvnoskupinskega (KS) sistema ABO, RhD in Kell (K) ter določitev klinično pomembnih nepričakovanih eritrocitnih protiteles z indirektnim antiglobulinskim (Coombsovim) testom (IAT oz. ICT), direktnim antiglobulinskim (Coombsovim) testom (DAT oz. DCT) ter njihova specifikacija (2).

Glede na to, katero komponento bomo pacientu transfundirali, ter glede na stopnjo nujnosti naročila je nabor preiskav različen. Pred transfuzijo so pri bolniku potrebne naslednje transfuzijske preiskave za:

- transfuzijo SZP: določitev KS-sistema ABO, RhD in K,
- transfuzijo trombocitov: določitev KS-sistema ABO, RhD in K,
- transfuzijo granulocitov: določitev KS-sistema ABO, RhD in K ter NP, ICT,
- transfuzijo KE: določitev KS-sistema ABO, RhD in K ter NP, ICT (2).

KE transfundiramo na podlagi skladnosti v KS ABO, RhD in K, skladnost med prejemnikom in krvodajalcem dodatno preverimo še z izvedbo NP, preverimo pa tudi prisotnost nepričakovanih eritrocitnih protiteles v prejemnikovi plazmi s preiskavo ICT (2).

Stopnje nujnosti naročila KE nam povedo, kako nujna je izdaja, ki je načeloma odvisna od življenjske ogroženosti pacienta. Bolj kot je ogrožen pacient, tem bolj se mudi s transfuzijo krvi. Poznamo štiri stopnje nujnosti:

- **Izjemno nujna:** takojšna izdaja KE o, RhD-neg., K-neg. brez opravljenega NP. V takih primerih se izdajo KE iz DEPO (UKC Ljubljana). NP opravimo naknadno, ko dobimo podatek, za katerega pacienta so bili izdani KE. Takšna transfuzija je namenjena le življenjsko ogroženim pacientom.
- **Zelo nujna (»prva faza po telefonu«):** takojšnja izdaja z ABO, RhD in K skladnih KE, kadar je znana pacientova KS. Če pacient še nima znane KS, se le-ta naredi v epruveti (5–10 minut), izdajo se KE pacientove ali skladne KS ABO, RhD, K. ICT in NP se naredita in izdata naknadno.
- **Nujna (»prva faza«):** izdaja 60–80 minut po prejemu vzorca. Izdajo se KE pacientove ali skladne KS ABO, RhD in K po končanem NP in ICT. Vzorec pacientove krvi ima pri testiranju prednost pred rednimi naročili.
- **Ni nujna (»redna faza«):** izdaja enot traja od nekaj ur do naslednjega jutra (do 24 ur). Izdajo se KE pacientove ali skladne KS ABO, RhD, K s končanim NP in ICT (3).

Pomen NP

NP je metoda določanja skladnosti med serumom ali plazmo pacienta in eritrociti dajalca pred transfuzijo krvi. Treba ga je narediti za vse komponente, ki vsebujejo eritrocite (polna kri, KE ter koncentrirani granulociti, ki vsebujejo več kot 1 ml eritrocitov). In vitro pri 37 °C ponazori-

mo dogajanje ob transfuziji. Z izvedbo NP preprečujemo nastanek hemolitične transfuzijske reakcije (HTR) (1, 4). Tveganje za nastanek HTR je približno 1 : 70.000 na transfundirano enoto (5). Možnost HTR je ob negativnem NP izjemno majhna, ni pa popolnoma izključena. Negativni rezultati predtransfuzijskega testiranja (NP, ICT in/ali DCT) pa ne izključujejo možnosti nastanka drugih nehemolitičnih transfuzijskih reakcij (TR) (npr. alergijska TR, nehemolitična febrilna TR itd.).

V Sloveniji naredimo NP v dveh medijih, in sicer v mediju z antihumanim globulinom (AHG), t. i. AHG major (AHG-M), ter v nevtralnem mediju z dodatkom encima bromelina (NaCl-Br), t. i. encimski major (e-M). Izdaja krvi na podlagi negativnega NP je enostavna. Zaplete se, če so rezultati NP pozitivni. Glede na medij NP ločimo več oblik pozitivnih rezultatov: lahko je pozitiven rezultat samo v AHG-M, samo v e-M ali pa v obeh medijih.

Izdaja KE s pozitivnim NP

Pozitiven NP je lahko zaradi klinično pomembnih ali nepomembnih vzrokov. Izključiti moramo klinično pomembne, ki bi lahko povzročili HTR. Najpogostejši vzroki pozitivnega NP so avtoprotitelesa, aloprotitelesa, kombinacija obeh, zdravljenje s protitelesi anti-CD38, prisotnost hladnih aglutininov, nespecifična reaktivnost v encimu (NRE) ter drugi redkejši vzroki (6).

Avtoprotitelesa so protitelesa, usmerjena proti lastnim (in po navadi tudi tujim) eritrocitnim antigenom. Lahko so »hladna« (znana tudi kot hladni aglutinini, večinoma so reaktivna samo pri nižjih temperaturah, pri 37 °C pa so rezultati NP negativni) ali »topla« (protitelesa, reaktivna tudi pri 37 °C, NP je načeloma pozitiven). O klinično pomembnih avtoprotitelesih govorimo takrat, kadar so reaktivna na telesni temperaturi 37 °C, saj so v tem primeru zmožna povzročiti

avtoimunsko hemolitično anemijo (AIHA). V primeru avtoprotiteles, zlasti toplih, je treba opraviti dodatna testiranja (DCT, ICT, specifikacija protiteles, elucija protiteles, adsorpcija ter določitev eritrocitnih antigenov), ki so zamudna in trajajo več ur ali celo dni. Vedno je treba izključiti klinično pomembna aloprotitelesa, ki so hkrati prisotna v 15–32 % primerov. V primeru avtoprotiteles skušamo zagotoviti razširjeno antigensko skladne enote KE, če stanje zalog krvi to dopušča glede na pogostost pacientovega fenotipa. Transfuzija mora potekati počasi, ves čas transfuzije mora biti pacient pod stalnim nadzorom. V primeru hladnih aglutininov svetujemo transfuzijo ogretilih pripravkov na 37 °C (6, 7).

Aloprotitelesa so protitelesa, usmerjena proti tujim eritrocitnim antigenom. Nastanejo kot posledica predhodnih transfuzij, transplantacij ali nosečnosti. Z vidika transfuzije so pomembna tista, ki lahko povzročijo HTR. Pri pacientih z aloprotitelesi zagotavljamo enote KE z odsotnim antigenom, proti kateremu so protitelesa usmerjena. V redkih primerih ne moremo zagotoviti primernih enot KE, takrat se posvetujemo z lečečim zdravnikom glede nujnosti transfuzije in nadaljnjega zdravljenja s krvnimi pripravki (6).

Zdravljenje s protitelesi anti-CD38 (daratumumab) vpliva na rezultate ICT in NP. Vsi rezultati testiranja v tehniki AHG so pozitivni. Plazma takšnega pacienta je panreaktivna z vsemi testnimi eritrociti, kar lahko zakrije prisotnost eritrocitnih aloprotiteles. Da bi se izognili morebitnim zapletom ob transfuziji, uporabljamo poseben protokol testiranja. Pred začetkom zdravljenja z anti-CD38 nas o tem obvesti lečeči zdravnik ter nam posreduje vzorec krvi pacienta pred prvo aplikacijo zdravila. Iz poslanega vzorca določimo eritrocitne antigene ter preverimo morebitno prisotnost aloprotiteles, kar predstavlja izhodiščno stanje za primerjavo s poznejšimi testiranjem. Po začetku zdravljenja pacientovo plazmo obde-

lamo z encimom ditiotreitolom (DTT), ki uniči antigen CD38, vendar tudi nekatere klinično pomembne eritrocitne antigene. Za takšne paciente izdajamo razširjeno antigensko skladne enote s pozitivnim NP v tehniki AHG (8).

NRE oz. nespecifična reaktivnost v encimu je klinično nepomembna motnja. Pacientova plazma nespecifično enakomerno panreaktivno reagira z vsemi testnimi celicami ob prisotnosti encima (6).

Drugi redkejši vzroki so lahko tehnična/človeška napaka, neskladje v KS ABO, pozitiven DCT pri dajalcu, protitelesa proti nizkofrekvenčnemu antigenu, motnja zaradi osnovne bolezni (6).

Priprava krvi za paciente, ki imajo avtoprotitelesa, protitelesa proti redkim eritrocitnim antigenom ali pa se zdravijo z anti-CD38, je časovno zamudna, saj testiranje in iskanje primernih enot lahko traja več ur, v nekaterih primerih celo dni. Pri takšnih pacientih, če klinično stanje to dopušča, je smiselno vnaprej predvideti potrebe po transfuziji, da imamo dovolj časa za pripravo primernih enot.

Rezultati

Letno na ZTM RS izdamo povprečno 36.000 enot KE ter opravimo nekaj manj kot 50.000 NP. Razlika med izdanimi enotami KE in opravljenimi NP se pojavi, ker vseh naročenih enot ne izdamo, saj se kljub naročilu izkaže, da pacient ne potrebuje transfuzijske podpore. V petletnem obdobju od 1. 1. 2014 do 31. 12. 2018 smo naredili 242.375 NP, od tega jih je bilo 1.798 pozitivnih, kar predstavlja 0,74 % opravljenih NP. 1.798 pozitivnih NP je bilo opravljenih za 801 pacienta. Za posameznega pacienta sta bila tako povprečno narejena 2,24 NP. Glede na stopnjo nujnosti izdaje je bila le-ta porazdeljena na naslednji način: 71,93 % (1.293) pozitivnih NP je bilo opravljenih pod stopnjo »ni nujno«, pod stopnjo »nujno« 24,42 % (439) ter pod »zelo

Tabela 1: Porazdelitev pozitivnih NP glede na stopnjo nujnosti izdaje.

Stopnja nujnosti izdaje NP	Število NP s poz. e-M	Število NP s poz. AHG-M	Število NP s poz. e-M in AHG-M	Skupaj
Ni nujno	696 (69,12 %)	139 (77,65 %)	458 (74,83 %)	1.293 (71,93 %)
Nujno	264 (26,22 %)	34 (18,99 %)	141 (23,04 %)	439 (24,42 %)
Zelo nujno	47 (4,67 %)	6 (3,35 %)	13 (2,12 %)	66 (3,67 %)
Skupno število pozitivnih NP glede na major	1.007 (56 %)	179 (9,95 %)	612 (34,04 %)	1.798 (100 %)

nujno« 3,67 % (66) NP. Prikaz porazdelitve pozitivnih NP glede na stopnjo nujnosti izdaje je prikazan v tabeli 1.

Delež NP s pozitivnim e-M in negativnim AHG-M je znašal 56 % (1007) vseh pozitivnih NP, narejeni so bili za 501 pacienta (62,54 % vseh pacientov). Od tega je bilo pod stopnjo »ni nujno« opravljenih 69,12 % (696) NP, pod stopnjo »nujno« 26,22 % (264) ter pod stopnjo »zelo nujno« 4,67 % (47) NP. Vzrokov za pozitivne NP v e-M nismo retrogradno preverjali, saj predvidevamo, da je daleč najpogostejši vzrok NRE.

Delež NP z negativnim e-M in pozitivnim AHG-M je znašal 9,95 % (179) vseh pozitivnih NP, narejeni so bili za 81 pacientov (10,11 % vseh pacientov). Od tega je bilo pod stopnjo »ni nujno« opravljenih 77,65 % (139) NP, pod stopnjo »nujno« 18,99 % (34) ter pod stopnjo »zelo nujno« 3,35 % (6) NP. Vzroki za pozitiven AHG-M glede na število posameznih pacientov so prikazani v tabeli 2.

Delež NP s pozitivnim e-M in pozitivnim AHG-M je znašal 34,04 % (612) vseh pozitivnih NP, narejeni so bili za 219 pacientov (27,34 % vseh pacientov). Od tega je bilo pod stopnjo »ni nujno« opravljenih 74,83 % (458) NP, pod stopnjo »nujno« 23,04 % (34) ter pod stopnjo »zelo nujno« 2,12 % (13) NP. Vzroki pozitivnega e-M in AHG-M glede na število posameznih pacientov so prikazani v tabeli 2.

Po pogostosti so bili vzroki za pozitiven NP glede na posameznega pacienta naslednji: nespecifična reaktivnost v encimu (NRE) (62,54 %), avtoprotitelesa (30,59 %), zdravljenje s protitelesi anti-CD38

(1,75%), nerazvidna specifičnost protiteles (1,49 %), aloprotitelesa (1,25 %), ni podatka (0,87 %), protitelesa anti-A1 (podskupina KS A) (0,37 %), kombinacija NRE in nerazvidne specifičnosti protiteles (0,37 %), hladni aglutinini (0,25 %),

motnja zaradi osnovne bolezni (0,25 %), kombinacija NRE in hladnih aglutininov (0,12 %), pozitiven DCT pri krvodajalcu (0,12 %).

Zaključek

NP je metoda določanja predtransfuzijske skladnosti med serumom ali plazmo pacienta in eritrociti krvodajalca. Treba ga je narediti za vse komponente, ki vsebujejo eritrocite (1). V primeru pozitivnega NP moramo vedno izključiti klinično pomembne vzroke, ki bi lahko povzročili HTR. Priprava krvi za paciente s pozitivnim NP je časovno zamudna, saj je treba

Tabela 2: Vzrok za pozitiven NP glede na število posameznih pacientov.

Vzrok za pozitiven NP	Število pacientov glede na pozitiven e-M	Število pacientov glede na pozitiven AHG-M	Število pacientov glede na pozitiven e-M in AHG-M	Skupaj
NRE	501	/	/	501 (62,54 %)
Avtoprotitelesa	/	44	201	245 (30,59 %)
Zdravljenje z anti-CD38	/	14	/	14 (1,75 %)
Nerazvidna specifičnost protiteles	/	8	4	12 (1,49 %)
Aloprotitelesa	/	8	2	10 (1,25 %)
Ni podatka	/	3	4	7 (0,87 %)
Protitelesa anti-A1	/	1	2	3 (0,37 %)
NRE in nerazvidna specifičnost	/	/	3	3 (0,37 %)
Hladni aglutinini	/	2	/	2 (0,25 %)
Motnja zaradi osnovne bolezni	/	/	2	2 (0,25 %)
NRE in hladni aglutinini	/	/	1	1 (0,12 %)
Pozitiven DCT pri krvodajalcu	/	1	/	1 (0,12 %)
Skupno število pacientov s pozitivnim NP glede na major	501 (62,6 %)	81 (10,1 %)	219 (27,3 %)	801 (100 %)

opraviti dodatna testiranja, s katerimi poskušamo ugotoviti vzrok pozitivnega NP. Po opravljenih dodatnih testiranjih, ki lahko glede na vzrok pozitivnega NP trajajo od nekaj ur do nekaj dni, poskušamo zagotoviti najbolj ustrezno enoto KE. Zagotavljanje ustreznih enot je neposredno odvisno od stanja in razpoložljivosti zalog krvi v danem trenutku. Stopnja nujnosti naročila enot krvi opredeljuje časovni okvir, v katerem lahko opravimo potrebna testiranja. V primeru pozitivnega rezultata NP se vedno posvetujemo z zdravnikom naročnikom. Kadar gre za visoko stopnjo nujnosti naročila, le-ta opredeli klinično sprejemljiv časovni okvir za dodatna testiranja oz. koliko časa lahko počaka na izdajo enot krvi za posameznega pacienta. V primeru življenjske ogroženosti pacienta je treba sprejeti tveganje morebitne HTR, kadar vzrok NP ni znan ali kadar ni mogoča zagotovitev ustreznih enot KE zaradi stanja zalog krvi, in s tem presoditi korist oz. morebitne neželeno učinke transfuzije. Z našo raziskavo smo ugotovili, da je v petletnem obdobju (1. 1. 2014–31. 12. 2018) delež pozitivnih NP predstavljal 0,74 % vseh izdanih NP. Večina pozitivnih NP je

bila izdana pod stopnjo »ni nujno« (71,93 %), pod stopnjo »nujno« je bilo izdanih 24,42 % NP ter pod »zelo nujno« 3,67 %. Nižja stopnja nujnosti naročila v primeru pozitivnega NP je za nas ugodna, saj imamo v tem primeru več časa za razrešitev vzroka pozitivnega NP in za zagotovitev najbolj ustreznih enot KE. Večina vzrokov za pozitivne NP je predstavljal klinično nepomemben vzrok NRE (62,54 %). V primeru klinično pomembnih vzrokov pozitivnega NP, kot so aloprotiteles, avtoprotiteles, zdravljenje z anti-CD38, je lahko izdaja krvi s pozitivnim NP nevarna, saj tvegamo povzročitev HTR pri pacientu. Zato priporočamo (če le klinično stanje to dopušča), da se pri takšnih pacientih opredelijo potrebe po transfuziji krvi vnaprej. Smiselna je čim večja racionalnost pri naročanju stopnje nujnosti enot KE s strani zdravnikov naročnikov, predvsem kadar ima pacient v preteklosti znane pozitivne NP, saj lahko le z dodatnimi testiranjimi in ugodnim stanjem zalog zagotavljamo ustrezne enote krvi.

Viri

1. Gregorc C. Povzetki strokovnih priporočil za rokovanje s krvnimi pripravki. *Obzor Zdr N.* 2007; 41: 53-55.

2. Pravilnik o transfuzijskih preiskavah in postopkih ob transfuziji 2018. Uradni list RS 32/2018.
3. SOP- D.I-24. Navzkrižni preizkus – prva faza po telefonu. ZTM RS, 19. 6. 2019.
4. Potočnik M, Rožman P. Tveganje in varnost pri navzkrižnem preizkusu [internet]. ZTM RS [citirano 30 Jul 2019]. Dosegljivo na: <http://www.ztm.si/uploads/publication/1047/1081.pdf>
5. Strobel E. Hemolytic Transfusion Reactions. *Transfus Med Hemother.* 2008; 35(5):346–353.
6. Roback JD, Grossman BJ, Harris T, Hillyer CD. Technical manual. 17th edition. Maryland: AABB; 2011. p. 452-455, 463-493, 502-510.
7. Petz LD. A physicians' guide to transfusion in autoimmune haemolytic anaemia. *BJH.* 2004; 124 (6): 712-716.
8. Priporočila glede izvajanja predtransfuzijskih preiskav (navzkrižni preizkus, ICT ...) pri bolnikih, zdravljenih z daratumumabom. ZTM RS, 18.6.2016.

Tanja Hartman, dr. med.,
specializantka transfuzijske medicine,
Zavod Republike Slovenije za
transfuzijsko medicino

Ivica Marić, dr. med., specialistka
transfuzijske medicine, Zavod
Republike Slovenije za transfuzijsko
medicino

Prim. Irena Brič, dr. med., specialistka
transfuzijske medicine, Zavod
Republike Slovenije za transfuzijsko
medicino

Zdravniški ombudsman v juniju 2020

V juniju 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. junij 2020	15.00–17.00	Prosta oba termina
Tatjana	Sreda, 15. junij 2020	17.00–19.00	Prosta oba termina
Andrea	Četrtek, 18. junij 2020	16.00–18.00	Prosta oba termina
Urška	Četrtek, 11. junij 2020	17.00–19.00	Prosta oba termina Telefonsko svetovanje

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

Evropski kongres spolne medicine

Irena Rahne Otorepec

22. Evropski kongres spolne medicine (ESSM – European Society for Sexual Medicine) je potekal v Pragi med 23. in 25. januarjem 2020. Istočasno je evropsko združenje obeležilo 25. obletnico, ki z geslom »A growth from basic science to clinical practice« poudarja pomen celostnega, multidisciplinarnega pristopa in z dokazi podprte spolne medicine. Vodilni strokovnjaki so predstavili sodobne izsledke raziskav, ki se jih lahko prenese v klinično medicinsko prakso in s tem nudi boljšo oskrbo in zdravljenje osebam s skrbmi glede spolnosti. Programska vsebina je tudi tokrat pokrivala raznoliko tematiko za vse spole in spolne usmerjenosti, kar je v nagovoru odprtja kongresa poudaril dosedanji predsednik dr. Yacov (Cobi) Reisman iz Nizozemske. Udeležencev kongresa je bilo več kot 800 iz 71 držav in 6 kontinentov.

Dr. Yacov (Cobi) Reisman je izrazil tudi zadovoljstvo nad izpeljavo lanskega ESSM-kongresa, ki je potekal v Ljubljani v Cankarjevem domu. Ta edinstveni dogodek, ki se ga je udeležilo rekordno število (približno 1300) udeležencev, je bil za Slovenijo izjemno priznanje, a dolgoročno tudi zaveza slovenskih strokovnjakinj in strokovnjakov razvijati in uvajati spolno medicino v študijski program obeh medicinskih fakultet ter v klinično delo, saj je obveza kliničnega dela vsakega zdravnika in zdravnice, da naredi poglobljeno in usmerjeno spolno anamnezo.

Spolna medicina je del medicine, ki se ukvarja s človekovo spolnostjo in problemi z namenom, da bi izboljšala spolno zdravje preko preventive, diagnostike, zdravljenja in rehabilitacije medicinskih stanj ali bolezni. Ukvarja se tudi s spolno identiteto oz. spolnimi identitetami, spolno funkcijo, spolnimi in/ali partnerskimi izkustvi in vedenji ter s spolnimi travmami in njihovimi posledicami. Uveljavljanje spolne medicine se kaže na različnih področjih, ki so povezana s spolnim zdravjem, zlasti na področju dermatologije z venerologijo, endokrinologije, ginekologije in porodništva, interne medicine, psihiatrije in urologije. Vsa našeta specialistična področja so nujna za kompleksno in individualizirano obravnavo spolnih motenj.

Dolgoletna tradicija ESSM je predvsem izobraževanje mladih zdravnikov ter večanje znanja že izkušenih na raznolikih področjih zanimanja. Od 2007 dalje organizira Šolo spolne medicine in s tem celovito izobraževanje za tiste zdravnike, ki se nameravajo intenzivneje ukvar-

jati s spolno medicino in opraviti evropski izpit. Z letom 2019 pa je združenje pripravilo tudi izpopolnjevalni tečaj za tiste specialiste spolne medicine, ki si želijo še nadgraditi znanje in izkušnje na specifičnih področjih. Na ta način se udejanja poslanstvo ESSM, da »gradi« medgeneracijske povezave in pretok znanja. Pred kongresom je letos spet potekal evropski izpit iz spolne medicine. V Sloveniji nas je do sedaj devet specialistk in specialistov (s področja psihiatrije, ginekologije, urologije in interne medicine) uspešno opravilo izpit. Po posameznih dnevih kongresa bom predstavila najbolj odmevne teme oziroma novosti na področju spolne medicine.

Prvi dan: Dr. Reisman je imel zelo odmevno in obiskano delavnico o rabi spolnih pripomočkov pri zdravljenju spolnih težav. Prof. Giral-di je predstavila nove klinične izsledke zdravljenja zapletenih področij spolne medicine, kot so genitalne bolečine pri ženskah in moških, motnja prekomernega vzdraženja genitalij (persistent genital arousal disorder – PGAD). Opozorila je tudi na čedalje bolj raziskovano področje spolnih motenj, ki jih povzročajo psihiatrična zdravila, zlasti serotoninški antidepressivi, in so lahko kljub ukinitvi terapije dolgotrajne in moteče. Prof. dr. Laan je razpravljala o pomenu uživanja v spolnosti in opozorila na dejstva, da so spolni užitek, spolno nasilje in spolna bolečina še vedno opredeljeni glede na spol. S pomočjo metode »pleasuremeter« je mogoče spremljati telesne, psihološke dejavnike ter kakovost spolnega zadovoljstva, poleg tega pa še dogovornost, varnost, zasebnost, zaupanje ter komunikacijo v spolnih odnosih. Metoda je



Z leve: dr. Dejan Bratuš (urolog, predsednik slovenskega združenja za spolno medicino), Irena Rahne Otorepec (psihiatrinja, spec. spolne medicine, klinična seksologinja), asist. dr. Gabrijela Simetinger (ginekologinja in porodničarka, spec. spolne medicine, klinična seksologinja, članica ESSM Educational Committee), obe imata naziv FECSM (Fellow of the European Committee for Sexual Medicine), ter prof. dr. Yacov (Cobi) Reisman (urolog, predsednik ESSM 2018–2020).

uporabna pri zdravljenju, svetovanju ter izobraževanju. Dr. Sandrine Atallah je opredelila uporabo interneta na področju psihoseksološke obravnave. Na področju moškega spolnega zdravja so različni strokovnjaki predavali o novostih v zdravljenju Peyronijeve bolezni ter predstavili izredno pomembno področje rehabilitacijske seksologije zlasti pri onkoloških bolnikih. **Drugi dan:** Kirurgi so s pomočjo filmov prikazali različne operativne posege podaljšanja penisa kot možnosti za sindrom majhnega penisa. Prof. Serefoglu in prof. Janini sta predstavila trenutne terapevtske možnosti pri zdravljenju zgodnjega

izliva (ne uporablja se več termin prezgodnji izliv). Spolne teme, ki so še izstopale: pomanjkanje spolne želje pri obeh spolih in sedanje terapevtske možnosti; spolna bolečina – od bridkosti do užitka; sočasnost spolnih in partnerskih težav – kaj najprej zdravimo; hormonsko zdravljenje, zlasti varnost testosteronskih zdravil. Seksologinji Kirana in Pastoor sta imeli zanimivo delavnico o tem, kako možgani blokirajo genitalije in kako pomagati moškim, ki jih obremenjuje t.i. strah pred izvedbo (performance anxiety). **Tretji dan:** Zelo odmevno je bilo razpravljanje, ali je lasersko pomlajevanje genitalij res najboljša

terapevtska možnost. Predstavljene so bile spolne tehnike, ko je onemogočen penetrativni spolni odnos; novosti v obravnavi zavrtega orgazma pri ženskah; teoretske razlage kompulzivnega spolnega vedenja; razlikovanje med spolno averzivnostjo in aseksualnostjo. S pomočjo filmov so bile predstavljene različne tehnike genitalne rekonstruktivne kirurgije pri transspolnih osebah. Svetovno združenje za spolno zdravje (WAS) je predstavilo deklaracijo o povezavi med spolnim zdravjem, spolnimi pravicami ter spolnim užitkom.

Uspehi slovenske stroke na področju spolne medicine na kongresu ESSM v Pragi: Kolegica asist. dr. Gabrijela Simetinger je leta 2018 postala polnopravna članica ESSM Educational Committee. Na tokratnem kongresu je vodila delavnico s primeri na temo spolnost pri starejših. Imela je predavanje o razsežnosti psihoseksualnih posledic zaradi distresa pri endometriozii, poleg tega pa je pripravila še plakat o zdravljenju vaginizma. V letu 2021 bo kongres ESSM potekal v Rotterdamu (Nizozemska) od 18. do 20. februarja. Toplo vabljeni vsi, ki vas zanima tematika spolnosti in spolne medicine ter terapije.

Irena Rahne Otorepec, dr. med., spec. psihiatrije, spec. spolne medicine, FECSM, klinična seksologinja, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Center za mentalno zdravje – Ambulanta za spolno zdravje, irena.rahne@psih-klinika.si

10. Hipokratovo srečanje: Ugovor vesti

Združenje slovenskih katoliških zdravnikov je v soboto, 7. marca 2020, v Domu sv. Jožefa v Celju pripravilo

10. Hipokratovo srečanje z naslovom Ugovor vesti

Petra Grimani

Po slovenski ustavi je ugovor vesti splošna človekova pravica, opredeljena v 46. členu. A čeprav jo zdravstveni delavci lahko uveljavljajo, slabe izkušnje povzročajo stisko tistim, ki bi to želeli storiti. Rešitve smo iskali z gosti: dr. Zdenko Čebašek - Travnik, predsednico Zdravniške zbornice Slovenije (ZZS), prof. dr. Iztokom Takačem, vodjem Klinike za ginekologijo in perinatologijo UKC Maribor, mag. Jakobom Korenom, predstojnikom Ginekološko-porodniškega oddelka Splošne bolnišnice Celje, magistro farmacije Anjo Kastelic, specializantko Kristino Zadravec in anesteziologom Janezom Dolinarjem. Pogovor je vodila mag. Alenka Höfferle Felc, dr. med.

Srečanje smo začeli z besedami prof. dr. Jožeta Trontlja, ki je leta 2013 opozarjal, da »splav nikakor ni edino področje, kjer je aktualen ugovor vesti. Veliko etično kočljivih stvari počne medicina, kjer je ugovor vesti legitimen. In to ne kot zakon, v katerem piše, da morate na dan sklenitve delovnega razmerja povedati, da uveljavljate ugovor vesti. V medicini se nove stvari, ki so etično kočljive, pojavljajo dan na dan, npr. tudi oploditev z umetno pomočjo.« Opozoril je, da nihče ne more prisiliti zdravnika, da bo pri tem sodeloval, če noče, in zaključil, da bo zakon treba pregledati in pretresti, ker je neustrezen.

Izkušnje zdravnikov z ugovorom vesti

Pri nas je zdravnikov z ugovorom vesti blizu tri odstotke, v italijanski

pokrajini Lacij je takih zdravnikov kar 90 odstotkov, na Hrvaškem več kot polovica. Zakaj je pri nas delež tako nizek, smo razmišljali ob izkušnjah treh mladih zdravstvenih delavcev z ugovorom vesti.

Magistra farmacije Anja Kastelic je povedala, da je uveljavljanje ugovora vesti v praksi težko. Nihče si ne želi ovirati sistema. Stiske pa doživljajo tisti, ki jim sistem otežuje uveljavljanje te ustavne pravice. Verjame, da se bo našla pot, če se na ugovor vesti ne bo gledalo kot na modno muho. Kot predsednica Združenja farmacevtov za življenje se zavzema, da bi lahko vsak zdravstveni delavec, ki želi, uveljavljal ugovor vesti. Tako vodje lekarn kot farmacevti se zavedajo, da bo v farmaciji spornih pripravkov vse več, zato je nujno pripraviti jasnejše smernice.

Anesteziolog Janez Dolinar se je z ugovorom vesti prvič srečal v času naborništvu. Kasneje med študijem medicine je ob pogovorih s kolegi oblikoval svoje mnenje in ob registraciji na Zdravniški zbornici Slovenije podal vlogo za ugovor vesti.

Kot ugotavlja, je bilo delo organizirano brez težav, izkušnje s sodelavci so bile pozitivne. Ko so bile na sporedu kirurške prekinitve nosečnosti, so se kolegi sami ponudili, da ga zamenjajo. Izpostavil je še en pozitiven vidik ugovora vesti, in sicer, da je z drugačnim pogledom in besedo sprožil med kolegi debate, po katerih so se lažje odločali.

Ginekologija je bolj kot ostale specializacije izpostavljena etičnim dilemam. To je izkusila Kristina Zadravec, dr. med., ki ob uveljavljanju

ugovora vesti ni vedela, kako bo potekalo delo. Zavedala se je, da bo njena odločitev morda predstavljala težavo pri nadaljevanju specializacije. Čeprav so ji šli nadrejeni pri organizaciji dela naproti, je bilo, posebej ob pomanjkanju zdravnikov, težkih situacij vse več. Spoznala je, da bo ugovor vesti predstavljal preveliko oviro pri njenem delu, zato se je odločila, da bo zamenjala specializacijo. Ob njeni izkušnji se je potrdilo, kako nujno je sodelovanje vseh vpletenih. Ustvariti je treba prostor, kjer bo v dialogu potekalo iskanje možnih poti do specializacije z ugovorom vesti.

Specializacija iz ginekologije in porodništva

Dr. Zdenka Čebašek - Travnik se je strinjala, da tega področja v Sloveniji nimamo ustrezno zakonsko urejenega in da se pojavljajo nova področja in vprašanja, o katerih bi bilo dobro soočiti mnenja tistih, ki so ugovor vesti pripravljali, in tistih, ki niso, ter priti do rešitev.

Trenutno kandidatoma za specializacije iz ginekologije in porodništva, ki uveljavljajo ugovor vesti, pred izbirnim postopkom na zbornici svetujejo, naj rajši izberejo drugo izmed 70 specializacij, ki so jim v Sloveniji na voljo. Še več, člani Sveta za izobraževanje ZZS so na seji junija 2018 sprejeli sklep, da specializant z ugovorom vesti ne more uspešno opraviti programa specializacije iz ginekologije in porodništva in pristopiti k specialističnemu izpitu.



Foto: arhiv ZSKZ

O tem sta na srečanju spregovorila prof. dr. Iztok Takač in mag. Jakob Koren ter predstavila, kako v praksi urejata težave pri delu specializantov z ugovorom vesti. Prof. dr. Takač je specializantom ginekologom poročničarjem svetoval, naj se temu izogonejo in izberejo drugo specializacijo.

Mag. Koren je dodal, da z vsemi razširitvami ugovora vesti ta specializacija kandidatu ne omogoča pridobitve licence, da bi lahko kot zdravnik uresničeval želje in potrebe pacientke po veljavnem zakonu (zakon o uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok). Po tem zakonu mora zdravnik nuditi pacientki vse, kar ji današnja medicina omogoča.

Iskanje sistemske rešitve

Predsednica ZZS je pojasnila, da je vloga zbornice spraviti v prakso program, ki ga pripravi Slovensko zdravniško društvo. Zbranim zdravnikom je predlagala, da kot enega od zaključkov 10. Hipokratovega srečanja pošljejo priporočilo na zbornico, naj pri spremembi kurikulumu upošteva ugovor vesti in v pripravo vključi zdravnike, ki imajo to prakso.

Kot je dejala, so že govorili tudi o tem, da bi bilo dobro ne samo za ginekologijo, ampak tudi za druge

stroke pripraviti različico za specializante z ugovorom vesti.

Pri nas imamo namreč težavo, kako izšolati ginekologe, ki bodo nosilci teh vrednot. Pozvala je k pravičnosti do specializantov, ki naj jih pripeljemo do naziva.

Spoštovanje različnosti in skupni pogledi

Za dobro vseh, zdravstvenih delavcev in pacientov, je treba iskati skupno pot kljub različnosti. V zaključnem delu je Anja Kastelic spregovorila o težki izkušnji žensk po prekinitvi nosečnosti, za katere ob hitrem pisanju napotnice za splav ni niti časa niti prostora, da bi jim prisluhnil. Izrazila je željo po spoštljivem odnosu do teh žensk, kakor tudi do zdravstvenih delavcev, ki verjamejo v spoštovanje življenja od naravnega spočetja do smrti.

Janez Dolinar je za specializacijo iz ginekologije in porodništva predlagal, da bi dopustili področje, ki ga zdravniki z ugovorom vesti ne opravljajo. Potrebujemo tudi ginekologe, ki so dobri zdravniki na drugih področjih in jim ni treba imeti opravka s splavi.

Med pogovorom so se zdravniki dotaknili ugovora vesti pri evtanaziji, a so bila izražena mnenja enotna. Evtanazija je v nasprotju z vsem, kar zdravniki verjamejo in delajo.

Možno je delati kot ginekolog z ugovorom vesti

Med udeleženci sta spregovorili dve ginekologinji z ugovorom vesti. Prva je povedala, da ne vidi razloga, da kandidatka z ugovorom vesti ne bi mogla opraviti specializacije kljub organizacijskim težavam. Druga pa je dejala, da se nobena pacientka ob njeni odločitvi za ugovor vesti ni čutila prizadeto. Veliko žensk izbere ginekologa, pri katerem se počuti dobro in varno, saj ve, da ju povezujejo podobne vrednote. Kot sta povedali obe zdravnici, je možno delati kot ginekolog z ugovorom vesti.

Voditeljica je srečanje zaključila z mislijo prof. dr. Jožeta Trontlja: »Tudi če se s katerim ugovorom vesti vsakdo ne strinja, so nam že sam njegov obstoj in kolegi, ki ga uveljavljajo, in njegovo splošno sprejetje dragoceno opozorilo, da moramo skrbeti za ohranitev lastne etične občutljivosti. Ugovor vesti prispeva k moralnemu tonusu in etični podobi celotne stroke.«

Petra Grimani, za Združenje slovenskih katoliških zdravnikov (ZSKZ)

Strokovno izpopolnjevanje iz elektroencefalografije v sklopu projekta COGDEC

Matej Perovnik, Tjaša Mlinarič

Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani je glavni koordinator projekta z naslovom Merjenje starostno pogojenega kognitivnega upada in blage kognitivne motnje (COGDEC), ki ga financira program Evropske unije za raziskave in inovacije Obzorje 2020. Namen projekta je prenos naprednega znanja iz raziskovalnih institucij z dolgoletnimi izkušnjami v Slovenijo, kjer je raziskovalna dejavnost na področju slikanja možganov že vzpostavljena, vendar manj razvita. Pri projektu sodelujeta še dve mednarodno priznani raziskovalni ustanovi: Katoliška univerza Leuven, Belgija, in Medicinska univerza Gradec, Avstrija. Obe partnerski ustanovi bosta dogovorjenemu številu raziskovalcev z Medicinske fakultete omogočili tečaj na temo izbrane tehnike slikanja možganov. Izbrani raziskovalci bodo na novo pridobljeno znanje širili naprej v delavnicah oz. poletnih šolah, ki jih bo Medicinska fakulteta organizirala v prihodnjih letih. Med 24. februarjem in 20. marcem sva se v Belgiji udeležila prvega v nizu izobraževanj iz elektroencefalografije (EEG).

Ob prihodu naju je sprejel glavni raziskovalec laboratorija za nevro- in psihofiziologijo prof. ddr. Marc Van Hulle, MBA, MScEM, MScEE, in naju predstavil mentorjema, dr. Elviri Khachatryan, dr. med., in dr. Benjaminu Wittervronglu, MScE. Člani laboratorija so nama nato predstavili trenutno potekajoče raziskovalno delo in njihove načrte za prihodnost. Glavnina dela raziskovalne skupine je usmerjena v razvoj možgansko-računalniških vmesnikov (angl. Brain-Computer Interface – BCI), ki lahko

iz EEG-signalov razberejo živčno podlago giba ali jezika. Z uporabo BCI pri bolnikih, ki ne morejo govoriti ali se gibati, bi lahko nadgradili obstoječe sisteme za uporabo protez ali tvorjenje govora. Njihova raziskovalna dejavnost obsega matematično modeliranje živčnih procesov, raziskovanje EEG-odzivov ter razvoj računalniške opreme za ustrezno procesiranje EEG-signalov. Podatke poleg EEG-ja pridobijo tudi z uporabo semi-invazivne tehnike, imenovane elektrokortikografija, pri kateri se v diagnostične namene elektrode položi neposredno na možgansko skorjo pri bolnikih z epilepsijo. Pred kratkim pa je omenjena raziskovalna skupina začela tudi z raziskavo, v kateri bodo z več slikovnimi tehnikami (EEG, funkcijska in strukturna magnetna resonanca in pozitronska izsevna tomografija z [18F] fluorodeoksiglukoza) preučevali spremembe pri preiskovancih s subjektivno kognitivno pritožbo.

Prvi del izobraževanja je potekal na že zbranih podatkih. Najina prva naloga je bila namenjena spoznavanju z značilnostmi EEG-signalov ter z osnovami programiranja v programskem okolju Matlab. Naloga je temeljila na priljubljeni družabni igri Cluedo, pri kateri je treba razvozlati umor – ugotoviti, kdo je storilec, tip orožja in lokacijo umora. EEG-eksperiment je potekal tako, da je preiskovanec oziroma »priča« gledal na zaslon, kjer so bili najprej izrisani vsi možni storilci. Slike storilcev so se zaporedno osvetljevale, medtem ko je preiskovanec, ki je vedel, kdo je storilec, gledal v ekran. Na enak način

je bilo predstavljeno še orožje in lokacija. Cilj naloge je bil analizirati podatke in iz EEG-signalov identificirati tako imenovano komponento P300, ki je bolj izražena takrat, ko je osvetljena 'pravilna' tarča. 'Umor' sva uspešno razrešila in se pri tem tudi naučila, kako ustrezno preprocesirati EEG-podatke ter napisati skripto (računalniško kodo) v programskem okolju Matlab. Naslednja naloga je bila povezana s frekvenčno analizo EEG-signalov, ki nam razkrije prevladujoče frekvence v EEG-signalu. Te so v mirovanju odvisne predvsem od vidnih dražljajev (odprte ali zaprte oči), medtem ko so pri eksperimentalni paradigmi posledica le-te. Analizirani podatki so bili zbrani pri udeležencih, ki so gledali različne utripajoče slike na ekranu. Slednje ima lahko zelo konkretne posledice tudi za klinično delo v prihodnosti, saj so nekatere raziskave na živalih pokazale, da lahko utripajoča svetloba pri določeni frekvenci spodbuja izplavljanje amiloidnih plakov iz možganov. Amiloidni plaki so ena izmed dveh ključnih komponent alzheimerjeve bolezni. Tretji projekt, ki sva se ga lotila, je bil povezan z vidnimi evociranimi potenciali, ki so povezani z gibom – preiskovanec je pogled usmeril v del ekrana le takrat, ko je bil osvetljen 'pravi' dražljaj, midva pa sva nato na podlagi EEG-signalov razbrala, v katero smer je bil usmerjen pogled.

V drugem delu izobraževanja sva posnela lastne podatke in tako pridobila izkušnje še z uporabo EEG-opreme in izvedbo meritev. Lastne EEG-podatke sva posnela v dveh stanjih mirovanja (z odprtimi in zaprtimi očmi) ter med reševanjem naloge prepoznavanja redkih dražljajev



Priprava na zajemanje elektroencefalograma.

(angl. oddball paradigm). Pridobljene podatke sva analizirala s pomočjo skript, ki sva jih napisala v prvem delu izobraževanja. Najino izobraževanje se je zaradi izbruha epidemije po Evropi žal predčasno prekinilo, tako sva zadnji teden delala na daljavo ter se lotila še dveh novih projektov. Prvi je bil izgradnja modela strojnega učenja, ki je sposoben pravilno klasificirati vidne evocirane potencia-

le, ki so povezani z gibom – model lahko zelo natančno pove, kdaj je preiskovanec usmeril pogled proti 'pravilni' tarči. Drugi projekt pa je bil usmerjen v analizo konektivnosti EEG-signala v mirovanju.

To izobraževanje je bilo prvo v nizu izobraževanj projekta COGDEC. V marcu se je odvilo tudi prvo krajše izobraževanje na temo funkcijske magnetne resonance v Gradcu.

Z izobraževanji in sodelovanjem z obema ustanovama bomo nadaljevali po koncu epidemije. Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani bo v sodelovanju z obema sodelujočima univerzama v sklopu projekta med 22. in 26. junijem organizirala poletno šolo z naslovom »Uporaba naprednih metod slikanja možganov«, na kateri se bodo udeleženci seznanili s teoretičnimi in praktičnimi osnovami EEG-ja in funkcijske magnetne resonance. Poletna šola je brezplačna, potekala bo v angleščini, nanjo pa se lahko prijavijo vsi, ki imajo zaključeno 2. bolonjsko stopnjo študija ustrezne smeri in še nimajo doseženega doktora znanosti oz. imajo manj kot 4 leta raziskovalnih izkušenj. V primeru trajanja izrednih razmer bo poletna šola potekala na daljavo z uporabo spletnih videokonferenčnih orodij. Kot prva udeleženca tega izobraževanja se lepo zahvaljujeva vodji projekta, prof. dr. Samu Ribariču, dr. med., in vsem, ki so prispevali k organizaciji izobraževanja, za dano priložnost in veliko novega znanja, ki ga bova s pridom uporabila v prihodnjih raziskovalnih projektih.

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

Tjaša Mlinarič, MSc, Kraljevina Nizozemska, raziskovalka na Inštitutu za patološko fiziologijo, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani

Zbornična izobraževanja za zdravnike in zobozdravnike

Obvestilo

Zaradi negotovih razmer, povezanih s COVID-19, vas prosimo, da ažurno stanje izvedbe izobraževanj spremljate na www.domusmedica.si. Možno je, da bodo izobraževanja izvedena v Domus Medica, možno je, da bodo izvedena v obliki spletnih interaktivnih videoizobraževanj ali pa bodo odpovedana.

(Pre)vzgoja samozavedanja I in II

delavnica I: 23. september, 13. oktober,
12. november: 16.30–19.30

delavnica II: 2. december: 16.30–19.30

Delavnica (Pre)vzgoja samozavedanja bo spodbudila udeležence, da se zavejo svoje osebne moči ter odkrijejo/ubesedijo lastna pričakovanja v zvezi z iskanjem ravnotežja med zasebnim, družabnim in profesionalnim. Udeleženci bodo izvedeli, kako je mogoče po vsaki krizi (z)rasti – se okrepiti, pridobiti znanje, napredovati, se izuriti, pogledati na situacijo iz drugih/novih perspektiv; opredeliti problem, ga temeljito analizirati in se odločiti o rešitvi. Poleg pomena pozitivne samopodobe in spretnosti za reševanje problemov se bomo dotaknili pomena samoregulacije in prilagodljivosti, razumevanja pomena, namena in pozitivne naravnosti ter sprejetosti s strani drugih. Med temeljnimi vsebinami pozitivne psihologije bo delo v skupini osvetlilo koncept sreče – pozitivnih čustev, sodelovanja, predanosti, angažiranja, navezanosti in povezanosti odnosov, pomenov, smisla, namenov in dosežkov.

Delavnica (Pre)vzgoja samozavedanja, II. del je nadaljevanje programa za krepitev občutka osebne moči, usmerjena v prepoznavanje pričakovanj do sebe ter ozaveščanje (za kasnejše »odučenje«) negativnih in sebi neprijaznih vedenjskih vzorcev in prepričanj v razsežnostih vsakdanjega življenja, obarvanega z izzivi na področju zasebnega, družabnega in profesionalnega.

Izvajalka: prof. dr. Polona Selič, univ. dipl. psih.

Ne dopuščajmo nasilja

predavanja in delavnica: datumi bodo objavljeni jeseni: 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 njihovemu 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: 12. junij: 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; doseganji udeleženci delavnice zelo priporočajo!

Izvajalke: Tina Šapec, Barbara Galuf, Maja Horvat, Polona Selič

Srečanja skupine za osebno 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 zase in si postaviti jasne meje.

Izvajalka: Metka Komar, univ. dipl. ekon.

»Več glasbe, prosim«

interaktivne delavnice: 16. september, 19. oktober: 17.00–19.00

Inovativno in sproščeno nas bosta Benjamin in Manca Izmajlov v interaktivni obliki z besedami in izvedbo popeljala v svet glasbe – s poslušanjem, razlago, vpogledom, vodenim doživljanjem, spoznavanjem vseh dimenzij glasbe in njene prepletenosti z drugimi življenjskimi vidiki. Z glasbo in čuječnostjo bo vaš življenjski nazor bogatejši in veliko bolj zanimiv.

Glasba je del nas od rojstva in nas spremlja vse življenje. Ob njej se veselimo, jokamo, se zaljubimo in postanemo uporniki ali iskalci resnice. Glasba je nekaj tako človeškega, vendar koliko zares vemo o njej? Zakaj tako vpliva na počutje, psiho? Kako nas oblikuje in kako jo mi? Na šestih delavnicah vas bosta Benjamin in Manca Izmajlov popeljala skozi razvoj glasbe in odgovorila na vsa ta vprašanja. Glasbe ne boste nikoli več poslušali kot poprej, saj jo boste razumeli in začutili v njeni celoti in namenu. Tudi zanimivosti in zgodbe iz zaodrja ne bo manjkalo. Ne zamudite!

Izvajalca: mag. Benjamin Izmajlov, dipl. umetnica Manca Izmajlova

Večina zgoraj opisanih izobraževanj je za člane ZZS brez kotizacije.

Informacijska točka

Prijave in programi: www.domusmedica.si Pregled in urejanje prijav: www.zdravniskazbornica.si (vstop v osebni profil preko »Prijava«, zavihek »Moje prijave«).

NOVO: Potrdilo o izobraževanju bo na voljo v nekaj dneh po dogodku v vašem osebni profilu (zavihek »Moje prijave«, rubrika »Arhiv«). Dodatne informacije: Andreja Stepišnik, E: mic@zsz-mcs.si

OBVESTILO

V tokratnem koledarju objavljamo strokovna srečanja, ki so predvidena za junij in julij (stanje na dan 6. maja). Ker ne vemo, kako se bodo razmere spreminjale v prihodnje, prosimo, da spremljate spletno stran www.domusmedica.si oz. se pozanimajte pri organizatorju izobraževanja, ali bo izobraževanje izvedeno preko spleta, kako drugače ali je odpovedano.

Za razumevanje se vam zahvaljujemo.

JUNIJ 2020

PRESTAVLJENO NA NASLEDNJE LETO • ŠOLA: OSKRBA PLODA MED PORODOM IN NOVOROJENČKA V PORODNIŠNICI – PERINATOLOGIJA IN NEONATOLOGIJA

kraj: LJUBLJANA, UKC Ljubljana, Babiška šola, Šlajmerjeva ulica 3A **št. udeležencev:** 30 **kotizacija:** 400 EUR brez DDV **k. točke:** ***

vsebina: Šola je namenjena specializantom in specialistom ginekologije in porodništva, pediatrije in anesteziologije, medicinskim sestram, tehnikom, babicam, patronažnim sestram in drugim, ki jih to področje zanima. Šola, ki naj bi potekala štiri zaporedne četrtke, in sicer 28. maja, 4. junija, 11. junija in 18. junija 2020, je prestavljena na naslednje leto.

organizator: Združenje za perinatalno medicino SZD

prijave, informacije: prijave: Martina Pečlin, T: 01 522 60 20 ali E: martina.peclin@kclj.si, informacije: https://www.kclj.si/dokumenti/oskrba_ploda.pdf

1. • A B C DIABETES

kraj: spletno izobraževanje **št. udeležencev:** ni omejeno **kotizacija:** ni podatka **k. točke:** 1,5

vsebina: Strokovno izobraževanje je pripravljeno v sodelovanju z zdravstvenimi delavci iz ambulant družinske medicine in diabetoloških ambulant ter je namenjeno zdravnikom družinske medicine.

organizator: Društvo EMED

prijave, informacije: informacije: Simon Javornik, T: 041 724 318, E: info@drustvoEMED.si, prijave: www.drustvoedmed.si

1.–19. • PRAVA POLICITEMIJA: NUJNOST USTREZNEJŠIH NAPOTITEV

kraj: spletno izobraževanje **št. udeležencev:** ni omejeno **kotizacija:** ni podatka **k. točke:** 1,4

vsebina: Prava policitemija: nujnost ustrežnejših napotitev. Bolniki, ki imajo jasno pravo policitemijo, so pogosto prepoznani k hematologu. Nekateri bolniki, predvsem mladi fantje z izolirano eritrocitozo, pa so pogosto napoteni celo pod zelo hitro. Polona Novak, dr. med., KO za hematologijo UKC Ljubljana, opozarja na pomen pravočasnih napotitev pravih bolnikov.

organizator: Adriassonara d. o. o.

prijave, informacije: informacije: Nataša Štepec, T: 051 326 093, E: natasa@adriassonara.eu, W: www.pharmonia.si

1.–30. • OBRAVNAVA IN VIDIKI ZDRAVLJENJA SRČNEGA POPUŠČANJA

kraj: spletna in mobilna aplikacija register zdravil – multimedijna izobraževalna vsebina **št. udeležencev:** ni omejeno **kotizacija:** ni podatka **k. točke:** ***

vsebina: Z izobraževanjem bodo zdravniki osvežili osnovno znanje o obravnavi in vidikih zdravljenja srčnega popuščanja, spoznali najbolj značilne simptome in znake, ki jih bolnik navaja ob prvem stiku s svojim zdravnikom, osvežili obravnavo zagonov boleznih, spoznali postopke specialistične obravnave – dokaz vzroka srčnega popuščanja, hospitalno zdravljenje in napredne metode zdravljenja srčnega popuščanja, omogočili sledenje bolnika s srčnim popuščanjem – sodelovanje družinskega zdravnika in kardiologa. Izobraževalno vsebino so pripravili dr. Andraž Cerar, dr. Bojan Vrtovec in dr. Valerija Šaško.

organizator: Modra jagoda, spletno oblikovanje in razvoj mobilnih aplikacij

prijave, informacije: Žana Prislan, T: 00386 4 120 89 70, E: zana.prislan@mediately.co, W: www.mediately.co

1.–30. • IZOBRAŽEVANJE O HEMOFILIJ A

kraj: spletna in mobilna aplikacija register zdravil – multimedijna izobraževalna vsebina **št. udeležencev:** ni omejeno **kotizacija:** ni podatka **k. točke:** 2

vsebina: Z izobraževanjem bodo zdravniki pridobili dodatno znanje o njeni diagnostiki, zdravljenju, emicizumabu in ukrepih ob krvavitvah.

organizator: Modra jagoda, spletno oblikovanje in razvoj mobilnih aplikacij

prijave, informacije: Žana Prislan, 00386 4 120 89 70, E: zana.prislan@mediately.co, W: www.mediately.co

1.–30. • IZOBRAŽEVANJE O MIGRENI

kraj: spletna in mobilna aplikacija register zdravil – multimedijna izobraževalna vsebina	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: ni podatka	k. točke: ***
vsebina: Z izobraževanjem boste pridobili dodatno znanje o migreni. Članek vsebuje značilnosti pojava migrene, njeno prepoznavo, zdravljenje in usmeritve glede nadaljnje napotitve bolnika. Izobraževalno vsebino je pripravil dr. Andrej Fabjan.	organizator: Modra jagoda, spletno oblikovanje in razvoj mobilnih aplikacij	prijave, informacije: Žana Prislan, 00386 4 120 89 70, E: zana.prislan@mediately.co , W: www.mediately.co	

1.–30. • IZOBRAŽEVANJE O URTIKARIJI ZA DRUŽINSKE ZDRAVNIKE

kraj: spletna in mobilna aplikacija register zdravil - multimedijna izobraževalna vsebina	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: ni podatka	k. točke: ***
vsebina: Z izobraževanjem bodo družinski zdravniki dobili znanje za prepoznavanje urtikarije in/ali angioedema, tudi s pomočjo fotografij iz klinične prakse, sistematično pregledali vzroke, diagnosticiranje in možnosti zdravljenja, se seznanili z različnimi vrstami urtikarij/angioedemov. Strokovni članek vsebuje več kot 20 konkretnih slikovnih primerov iz klinične prakse ter možnosti zdravljenja. Izobraževalno vsebino sta pripravila Mojca Bizjak, dr. med., spec. dermat., in prof. dr. Mitja Košnik, dr. med., spec. int. med.	organizator: Modra jagoda, spletno oblikovanje in razvoj mobilnih aplikacij d. o. o.	prijave, informacije: informacije: Žana Prislan, T: 041 208 970, E: zana.prislan@mediately.co , W: www.mediately.co	

3. ob 16.00 • SREČANJE SKUPINE ZA OSEBNOSTNO RAST: VODENJE TIMA

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 15	kotizacija: za člane zbornice ni kotizacije, ostali 21 EUR	k. točke: 3,5
vsebina: Ponovili bomo vse štiri stile situacijskega vodenja. Poudarili bomo prednosti in slabosti vsakega stila. Posebno pozornost bomo namenili tudi mobingu – eni od oblik mobinga, t.i. »bossingu«, ki je zloraba avtoritarnega stila vodenja.	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	

4. ob 9.00 • NADALJEVALNA DELAVNICA ZA USPOSABLJANJE MENTORJEV IN UČITELJEV TTT2 (TRAINING THE TRAINERS)

kraj: LJUBLJANA, UKC, Ginekološka klinika, stara porodnišnica, Šlajmerjeva 3 (knjižnica – pritličje)	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 269 EUR (DDV vključen)	k. točke: 7
vsebina: Nadaljevalna delavnica je namenjena učiteljem in mentorjem vseh poklicev – pogoj za udeležbo je opravljena Osnovna delavnica za usposabljanje mentorjev in učiteljev TTT1.	organizator: UKC Ljubljana	prijave, informacije: Tina Kofler, 01 522 90 22, E: tina.kofler@kclj.si	

5. ob 9.00 • 33. ONKOLOŠKI VIKEND: PRESEJALNI PROGRAMI V ONKOLOGIJI DANES, JUTRI

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 180	kotizacija: 80 EUR, za specializante 50 EUR (+ DDV), kotizacije ni za predstavnike nevladnih organizacij (največ 3 iz posameznega društva)	k. točke: ***
vsebina: Strokovno srečanje je namenjeno vsem zdravnikom in drugim zdravstvenim delavcem s področja onkologije, družinskim zdravnikom in drugim strokovnjakom, ki se vključujejo v presejalne programe za raka.	organizator: Kancerološko združenje SZD in Onkološki inštitut Ljubljana, prof. dr. Janez Žgajnar, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, informacije: mag. Amela Duratović Konjević, T: 041 876 868, E: aduratovic@onko-i.si	

6. ob 9.00 • OSKRBA VITALNO OGROŽENEGA OTROKA 1

kraj: LJUBLJANA, ZD Ljubljana, Metelkova 9	št. udeležencev: 20	kotizacija: 180 EUR	k. točke: ***
vsebina: Interaktivna učna delavnica je namenjena zdravnikom, medicinskim sestram ZVPO in ZVŠOM.	organizator: ZD Ljubljana	prijave, informacije: informacije: Ana Erdelja, T: 01 47 23 780, E: ana.erdelja@zd-lj.si	

12. ob 9.00 • DELAVNICA UČINKOVITE 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 večičin in tehnik za prepoznavo 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	

JUNIJ 2020

13. ob 8.30 • XIX. RTIŠKO STROKOVNO SREČANJE ŠOLSKIH ZDRAVNIKOV IN PEDIATROV: PREHRANA IN PREHRANSKA DOPOLNILA PRI ŠPORTNO AKTIVNIH OTROCIH IN MLADOSTNIKI

kraj: DEBELI RTIČ, Mladinsko zdravilišče	št. udeležencev: 50	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Strokovno srečanje za pediatre, šolske zdravnike in ostale zdravnike v osnovnem zdravstvu.	organizator: Mladinsko zdravilišče in letovišče Debeli rtič v sodelovanju s Sekcijo za šolsko, študentsko in adolescentno medicino pri SZD	prijave, informacije: prijave: W: https://www.1ka.si/a/283602 , informacije: Breda Prunk Franetič, dr. med., T: 05 909 70 17, F: 05 669 22 23, E: breda.franetic-prunk@mzl-rks.si	

15. ob 9.00 • REANIMACIJA

kraj: LJUBLJANA, SIM-center ZD Ljubljana, Metelkova 9	št. udeležencev: 24	kotizacija: 180 EUR z DDV	k. točke: ***
vsebina: Sprostitev dihalne poti, dihalni balon, endotrahealna intubacija, zunanja masaža srca, varna defibrilacija, zdravlila, 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	

17. ob 9.00 • POROD 2

kraj: LJUBLJANA, SIM-center ZD Ljubljana, Metelkova 9	št. udeležencev: 24	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	

18.–19. ob 8.30 • KOLENSKI SKLEP – SODOBNI VIDIKI ZDRAVLJENJA

kraj: spletni seminar, spletna platforma Webex CISCO, predavanja bodo potekala iz sejne sobe Triglav, CISCO, Bravničarjeva 13, Ljubljana	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 75 EUR, za člane ZFRM, ZFS, Združenja ortopedov in ISPO 60 EUR	k. točke: ***
vsebina: Pregled sodobnih principov operativnega in konservativnega zdravljenja kolena. Za specializante in specialiste FRM, MDPŠ, ortopedije in travmatologije, fizioterapevte.	organizator: Združenje za fizikalno in rehabilitacijsko medicino – ZFRM, Združenje fizioterapevtov Slovenije – ZFS, Združenje ortopedov ter Društvo za protetiko in ortotiko – ISPO Slovenija in Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – URI Soča, asist. dr. Katarina Cunder, dr. med., spec. FRM	prijave, informacije: prijave: Patricija Rojc, E: patricija.rojc@ir-rs.si , T: 01 475 84 71, informacije: asist. dr. Katarina Cunder, dr. med., spec. FRM – URI Soča, Primož Hostnik, dipl. fiziot., asist. dr. David Martinčič, dr. med., spec. ortop. kirurgije – Ortopedska klinika, UKC LJ, E: katarina.cunder@ir-rs.si , T: 01 475 82 26, E: david.martincic@gmail.com , E: primoz.hostnik@gmail.com	

19. • PREDPROTETIČNA REHABILITACIJA PO AMPUTACIJI SPODNJEGA UDA

kraj: LJUBLJANA, URI – Soča	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: 50 EUR, za zdravnike specializante 25 EUR (z DDV)	k. točke: ***
vsebina: Strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom družinske medicine, fizikalne in rehabilitacijske medicine ter kirurgom, medicinskim sestram, delovnim terapevtom, zdravstvenim sodelavcem, ki se ukvarjajo s pacienti po amputaciji spodnjega uda.	organizator: URI – Soča	prijave, informacije: prijave: W: https://dogodki.uri-soca.si/sl/Dogodki/ do 5. 6. 2020, informacije: Marko Oset, E: dogodki@ir-rs.si , T: 01 475 82 43	

JULIJ 2020

1. ob 16.00 • SREČANJE SKUPINE ZA OSEBNOSTNO RAST: ARGUMENT MOČI

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 15	kotizacija: za člane zbornice ni kotizacije, ostali 21 EUR	k. točke: 3,5
vsebina: osnove, stili in taktike pogajanja	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	

1.–31. • IZOBRAŽEVANJE O URTIKARIJI ZA DRUŽINSKE ZDRAVNIKE

kraj: spletna in mobilna aplikacija register zdravil - multimedijška izobraževalna vsebina	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: ni podatka	k. točke: ***
vsebina: Z izobraževanjem bodo družinski zdravniki dobili znanje za prepoznavanje urtikarije in/ali angioedema, tudi s pomočjo fotografij iz klinične prakse, sistematično pregledali vzroke, diagnosticiranje in možnosti zdravljenja, se seznanili z različnimi vrstami urtikarij/angioedemov. Strokovni članek vsebuje več kot 20 konkretnih slikovnih primerov iz klinične prakse ter možnosti zdravljenja. Izobraževalno vsebino sta pripravila Mojca Bizjak, dr. med., spec. dermat., in prof. dr. Mitja Košnik, dr. med., spec. int. med.	organizator: Modra jagoda, spletno oblikovanje in razvoj mobilnih aplikacij d. o. o.	prijave, informacije: informacije: Žana Prislan, T: 041 208 970, E: zana.prislan@mediate.ly , W: www.mediate.ly	

1.–31. • OBRAVNAVA IN VIDIKI ZDRAVLJENJA SRČNEGA POPUŠČANJA

kraj: spletna in mobilna aplikacija register zdravil – multimedijška izobraževalna vsebina	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: ni podatka	k. točke: ***
vsebina: Z izobraževanjem bodo zdravniki osvežili osnovno znanje o obravnavi in vidikih zdravljenja srčnega popuščanja, spoznali najbolj značilne simptome in znake, ki jih bolnik navaja ob prvem stiku s svojim zdravnikom, osvežili obravnavo zagonov bolezni, spoznali postopke specialistične obravnave – dokaz vzroka srčnega popuščanja, hospitalno zdravljenje in napredne metode zdravljenja srčnega popuščanja, omogočili sledenje bolnika s srčnim popuščanjem – sodelovanje družinskega zdravnika in kardiologa. Izobraževalno vsebino so pripravili dr. Andraž Cerar, dr. Bojan Vrtovec in dr. Valerija Šaško.	organizator: Modra jagoda, spletno oblikovanje in razvoj mobilnih aplikacij	prijave, informacije: Žana Prislan, T: 00386 4 120 89 70, E: zana.prislan@mediately.co , W: www.mediately.co	

1.–31. • IZOBRAŽEVANJE O HEMOFILIJ A

kraj: spletna in mobilna aplikacija register zdravil – multimedijška izobraževalna vsebina	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: ni podatka	k. točke: 2
vsebina: Z izobraževanjem bodo zdravniki pridobili dodatno znanje o njeni diagnostiki, zdravljenju, emicizumabu in ukrepih ob krvavitvah.	organizator: Modra jagoda, spletno oblikovanje in razvoj mobilnih aplikacij	prijave, informacije: Žana Prislan, 00386 4 120 89 70, E: zana.prislan@mediately.co , W: www.mediately.co	

1.–31. • IZOBRAŽEVANJE O MIGRENI

kraj: spletna in mobilna aplikacija register zdravil – multimedijška izobraževalna vsebina	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: ni podatka	k. točke: ***
vsebina: Z izobraževanjem boste pridobili dodatno znanje o migreni. Članek vsebuje značilnosti pojava migrene, njeno prepoznavo, zdravljenje in usmeritve glede nadaljnje napotitve bolnika. Izobraževalno vsebino je pripravil dr. Andrej Fabjan.	organizator: Modra jagoda, spletno oblikovanje in razvoj mobilnih aplikacij	prijave, informacije: Žana Prislan, 00386 4 120 89 70, E: zana.prislan@mediately.co , W: www.mediately.co	

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

Zdravstveni dom Celje

Spoštovana kolegica, cenjeni kolega!

V ZD Celje iščemo nove sodelavce.

Specialiste družinske medicine (m/ž)

Naše prednosti so:

- ločena urgentna in mrliskopregledna služba od rednega dela,
- neposredna bližina urgentnega centra in bolnišnice Celje,
- ugoden, družini prijazen delovni in ordinacijski čas,
- upoštevanje kolektivnih pogodb pri uvrstitvi na delovna mesta specialist in višji specialist,
- PPD2 oz. PPD3, glede na pogoje dela,
- uvrstitev v plačni razred, ki je za 2 plačna razreda višji od osnovnega plačnega razreda delovnega mesta (19. člen ZSPJS).

Delo je možno na osrednji lokaciji v centru Celja ali v dislociranih enotah. Vabimo vas na delo v ambulanto družinske medicine, v antikoagulantno, študentsko ali metadonsko ambulanto. Možna je tudi kombinacija vsega naštetega.

Specialiste psihiatrije (m/ž)

Naše prednosti so:

- ugoden, družini prijazen delovni in ordinacijski čas,
- uvrstitev v plačni razred, ki je za 5 plačnih razredov višji od osnovnega plačnega razreda delovnega mesta (19. člen ZSPJS).

Delo je možno v Centru za duševno zdravje ter v psihiatrični ambulanti, lokacija ZD Celje.

Pogodbo o zaposlitvi za obe delovni mesti sklepamo za nedoločen čas, za polni ali krajši delovni čas in za nekatera delovišča tudi po pogodbi. Izdamo tudi soglasje za delo pri drugih delodajalcih v primeru opravljenih obveznosti v matični hiši.

V primeru, da ste zainteresirani za sodelovanje v našem kolektivu, Vas vljudno vabim, da se nam oglasite in dogovorili se bomo za sestanek, kjer Vam bomo lahko še bolj podrobno predstavili možnosti dela v naši ustanovi.

Lep pozdrav,

Marko Drešček, dr. med.

Strokovni vodja ZD

Tel: 031 627 089, e-naslov: marko.drescek@zd-celje.si, infos@zd-celje.si

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 oziroma 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), oftalmologije (m/ž) in specialista družinske medicine (m/ž)** za nedoločen čas s polnim delovnim časom v **OE ZD Kranj**,
- **zdravnika specialista pedopsihiatrije ali otroške in mladostniške psihiatrije (m/ž)** za nedoločen čas s polnim delovnim časom v **OE ZD Kranj in ZD Škofja Loka**,
- **zdravnika specialista pediatrije (m/ž), zdravnika specialista urgentne medicine (m/ž) 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 pediatrije (m/ž)** za nedoločen čas s polovičnim 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** in
- **zdravnika po opravljenem strokovnem izpitu (m/ž)** za določen čas 1 leta s polnim delovnim časom v **OE ZD Bled**

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 vljudno 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 **30. 6. 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, Kopaljska 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.

Medicinski center Artros

razpisuje prosti delovni mesti (m/ž) za:

zdravnika specialista ortopedske kirurgije,

zdravnika specialista radiologije

za izvajanja preiskav z ultrazvokom in mišično-skeletne diagnostike z magnetno resonanco.

Ponujamo: stimulativno plačilo, možnost strokovnega izpopolnjevanja, fleksibilen delovni čas in smo prilagodljivi glede obsega zaposlitve.

Prijavo pošljite na naslov: Artros d.o.o., Tehnološki park 21, 1000 Ljubljana ali na e-naslov: info@artros.si.

Za dodatne informacije nas lahko pokličete na telefonsko številko (01) 518 70 63 ali nam pišete na e-naslov: info@artros.si.

Rok za prijavo je 30 dni od dneva objave.

RAZPIS ZA PODELITEV KONCESIJE

Občina Dobropolje vabi k sodelovanju zdravnico ali zdravnika družinske medicine za delo v naši ambulanti na Vidmu, za naše občanke in občane.

Javni razpis za podelitev koncesije je odprt do **30. 6. 2020** in objavljen na Portalu javnih naročil in na spletni strani občine: <https://www.dobropolje.si/razpis/256868>

Vse, ki vas zanima delo v mirnem okolju slovenskega podeželja, a obenem nedaleč od Ljubljane, vabimo, da se oglasite in se dogovorimo o podrobnih možnostih in pogojih za sodelovanje. Pokličete nas na številko 01 786 70 10 ali nam pišete na e-naslov: obcina.dobropolje@siol.net.

Vljudno vabljeni!

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 oživiljanja.

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.

Remeda d.o.o.

pod zelo ugodnimi pogoji zaposli

zdravnika specialista medicine dela, prometa in športa (m/ž)

za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

Ponudbe z življenjepisom in dokazili o izobrazbi pošljite na e-naslov: info@remeda.si ali na naslov Remeda d.o.o., Cesta talcev 10, 1230 Domžale.

Za več informacij pokličite na 031 395 050.

ODDAMO

Za Bežigradom oddam opremljeno zdravniško ordinacijo z dovoljenji v velikosti 43/80 m². Najema se lahko 2 ali 3 dni tedensko.

Ima parkirišče in dvigalo.

Informacije: 051 624 249

IŠČEMO OTORINOLARINGOLOGA

Zaradi pričakovanega povečanega obsega dela zaradi skrajševanja čakalnih dob iščemo pomoč pri delu specialista otorinolaringologa v ambulanti za ušesa, nos in grlo.

Informacije: 00 386 41 665 871

ODDAMO

V Ljubljani oddam dve sodobno opremljeni zobozdravstveni ordinaciji ali prodam opremo.

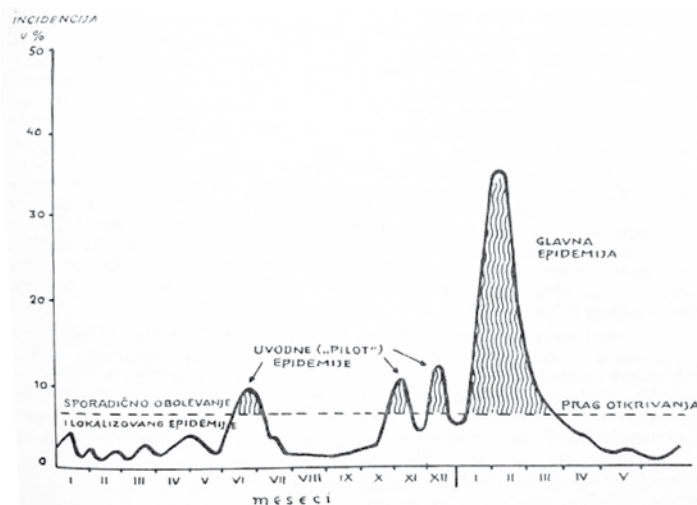
Informacije: 031 813 299

Prof. dr. Marjan Morelj, generalmajor in glavni epidemiolog VMA

Ludvik Travnik

V sedanjem času, ko so naše misli in napori usmerjeni k obvladovanju epidemije COVID-19, sem se spomnil na zanimiva epidemiološka predavanja v času svojega bivanja na Vojno medicinski akademiji (VMA) v Beogradu v letih 1979/80 kot zdravnik stažist 52. generacije Sanitetne oficirske šole (SOŠ). Nekaj let kasneje, ko sem ponovno bival v Beogradu in opravljal tečaj na letalski akademiji za pridobitev licence letalskega zdravnika v okviru letalske zveze, sem si kupil knjigo *Vojna epidemiologija*, ki sem jo študiral že v času staža v SOŠ-u. Knjigo sem po dolгих letih poiskal na podstrešju in jo z zanimanjem ponovno vzel v roke.

Šele sedaj sem opazil, da je poglavje o influenci in njeni pandemiji, znani kot španska gripa, napisal dr. Marjan Morelj. Poglavje o influenci obsega strani od 93 do 109 in je v celoti dosegljivo na spletni strani zbornice (Publikacije zbornice – ISIS > 2020 > ISIS junij 2020). Posebej je pomemben graf na strani 99 s prikazom razvoja epidemije influence s tremi uvodnimi (pilot) epidemijami, katerim sledi glavna epidemija.



Razvoj epidemije influence (shema) (M. Morelj, 15)

Profesor dr. Marjan Morelj je bil rojen v Kranju leta 1916, umrl pa v Beogradu leta 1972. Po činu je bil generalmajor, deloval je kot glavni epidemiolog VMA v Jugoslovanski ljudski armadi v letih od 1950 do 1972.



Marjan Morelj

O njem ni veliko znanega, povzemamo, kot je zapisano v knjigi *Vojna epidemiologija*. Bil je eminenten, kompleten, moderen epidemiolog z obsežnim znanjem in široko kulturo. S temi lastnostmi si je ustvaril zavidljivo raven avtoritete. Ob tem je bil natančen in zanesljiv, znal je ločiti srž problema in kljub več teorijam ostati racionalen v razmišljanju. Pravilno in pravično je izbiral svoje sodelavce in učence. Bil je eden prvih in najboljših organizatorjev skupinskega dela v takratni epidemiološki znanosti. Posebej

so pomembna njegova dela pri raziskovanju akutnih respiratornih boleznih, še posebej influence in pnevmonije, ki so predstavljala v tistem času najpopolnejše študije iz epidemiologije na področju takratne Jugoslavije.

V iskalniku PubMed najdemo podatke, da je v letih od 1956 do 1968 kar 41 naslovov člankov z epidemiološko vsebino, katerih avtor in soavtor je bil Marjan Morelj. Žal članki niso prosto dostopni na svetovnem spletu,

a bi jih bilo vredno pridobiti in preučiti.

V knjigi *Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani 1919–1945* obstaja seznam študentov, vpisanih na univerzo, kjer je zapisano, da se je dr. Marjan Morelj vpisal na študij medicine v šolskem letu 1935/36. Zanimivo je, da so med drugimi študenti tega letnika vpisa naštet tudi: Janez Milčinski, Ljubljana, Vladimir Žakelj, Žiri, in Nikolaj Sadnikar, Kamnik.

Znanje, ki ga je imel in predajal svojim sodelavcem in študentom prof. dr. Marjan Morelj, je vsaj delno ohranjeno v knjigi *Vojna epidemiologija*. Preberimo in razmislimo o vrednosti tega poglavja za primerjavo z epidemijo COVID-19, ki jo doživljamo danes, in se poklonimo spominu našega kolega epidemiologa.

Prim. mag. Ludvik Travnik, spec. ortopedije, Ortopedska klinika UKC Ljubljana

Utrinki iz preteklosti

Berta Jerab

Sedaj, ko se nas je lotil nov nevaren virus in so zlasti nam starcem svetovali, da naj bomo kar doma, sem pomislila, da bi morda pogledala v kakšen pozabljen predal. V omari sem ugledala zapuščeno orumenelo mapo z napisom »Berta«. Samo moje torej, nekaj, kar je bilo tam pozabljeno že več desetletij. V mapi sem našla dokumente o mojem doktoratu, katerega tezo »Prognostic aspects of nephroblastoma« sem zagovarjala v veliki predavalnici Karolinske bolnišnice v Stockholmu leta 1973. Moja oponenta sta bila profesor Jan Waldenström – tisti, ki je spoznal in opisal novo bolezen (makroglobulinemijo), ki je prevzela kar njegovo ime, in profesorica Odile Schweisguth, mati francoske otroške onkologije z Instituta Gustave Roussy iz Pariza. Bila je lepa predstava.

Prvi list v mapi pa je nekaj posebnega: kopija pisma, ki ga je leta 1934 pisal profesor Elis Berven, predstojnik Radiumhemmeta v Stockholmu, pionir radioterapije in klinične onkologije, Janu Wadenströmu, ki je bil takrat zdravnik v bolnišnici v Falunu.

Pismo v dobesednem prevodu:

Moberg Karin Elisabeth, roj. 1929, diagnoza: tumor mcl renis op non rad; števil. popisa RaH 5108/34. Ni sprejeta.

Bolnica operirana v Falunu zaradi velikega tumorja v ledvici 16/6 1934. Prisotne so bile metastaze v bezgavkah ob aorti in veni cavi.

Napotnica za Radiumhemmet z vprašanjem rentgensko obsevanje?

Stockholm, 21/6 1934
Doktor J.A. Waldenström
Bolnišnica Falun

Brat!

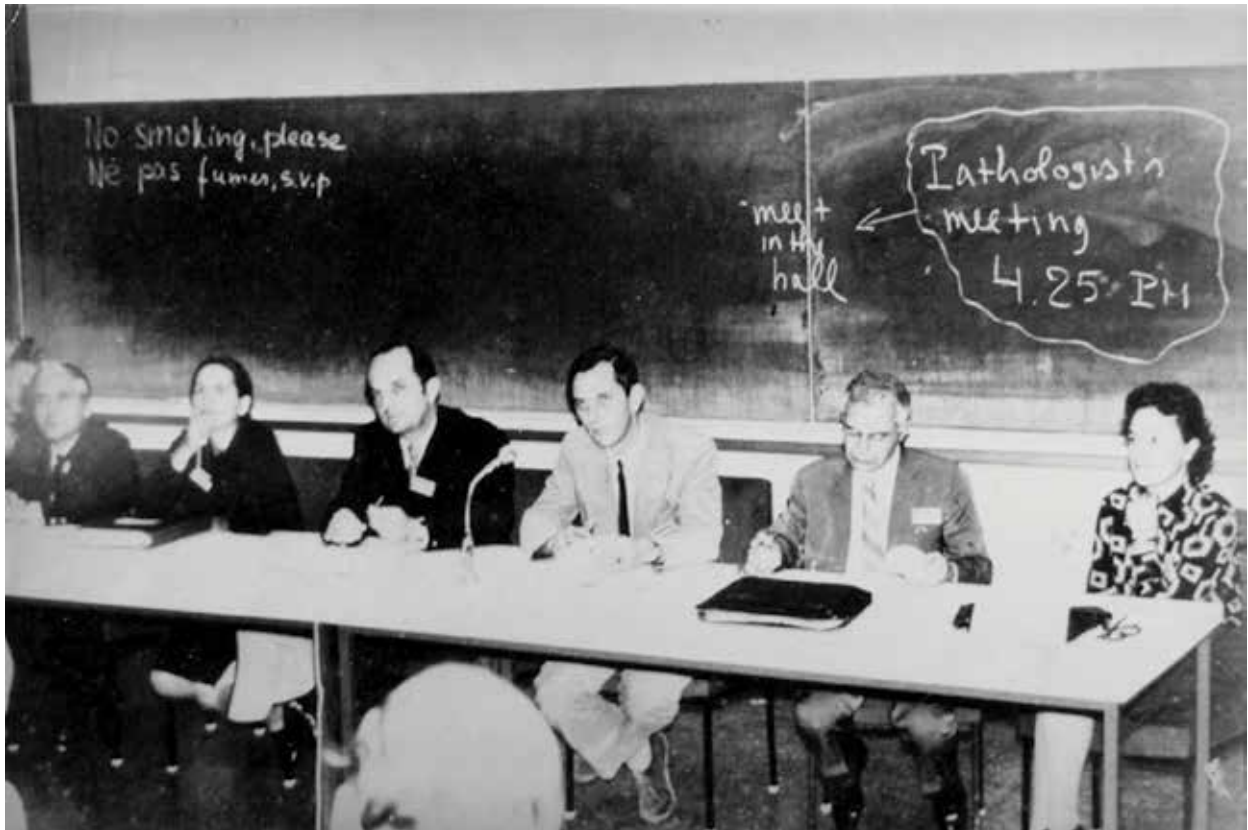
Hvala za napotnico 4-letne deklice, operirane zaradi ledvičnega tumorja. Žal moram reči, da so izgledi za radiološko zdravljenje zelo slabi. Prvič, ker so tumorji ledvice slabo radiosenzibilni, drugič, ti otroci so zelo občutljivi za rentgensko obsevanje

in dobijo težkega mačka, tretjič, obsevanje teh področij ni brez resnih okvar trebušnih organov, in četrtič, tumor je verjetno že v stanju generalizacije. Nikoli nisem videl otroka pod 7–8 leti starosti preživeti maligni tumor.

S prisrčnimi pozdravi
Tvoj vdani
Elis Berven

Pismo že takrat slavnega profesorja mlajšemu kolegu je zelo vpljudno in njegova odločitev podprta z argumenti znanja in izkušenj, tako kot to mora biti.

Marsikaj, kar je pred 90 leti napisal profesor Berven, je še vedno res, čeprav je bil napredek zdravljenja Wilmsovega tumorja od takrat, ko ga je prvič opisal Max Wilms leta 1899, pa do danes izreden. Prvi otrok s tumorjem ledvice je bil ozdravljen z operacijo leta 1894 (Izrael), leta 1945 je bil prvi tak otrok ozdravljen z obsevanjem (Dean), največji napredek zdravljenja otrok z maligno boleznijo pa je bila uvedba kemoterapije (Farber



»The SIOP nephroblastoma study«. Od leve: Jean Flamant, statistik, Marie France Tournade in Paul Lemerle, oba pediatria v Ville Juife, Tom Voûte, pediater v Emma childrens hospital Amsterdam, Giulio D'Angio kot gost iz ZDA za posredovanje izkušenj z NWTS in Berta Jereb, radioterapevtka.

et al. 1960). Od takrat smo se veliko naučili, vse tri metode zdravljenja so zelo izboljšane in lahko jih uporabimo v kombinaciji, ki je najbolj ugodna za posameznega bolnika. Vendar bi bila opisana mala bolnica tudi v sedanjem času v rizični skupini nefroblastoma s slabo prognozo. Vprašljivo je, ali bi se uvrstila med tistih 90 % otrok s to boleznijo, ki se sedaj pozdravijo. Verjetno pa bi, če bi preživela, imela posledice tega zdravljenja.

Pismo profesorja Bervena je bilo v popisu pacientke in takih pisem je bilo še več, saj sem pregledala vse popise otrok, zdravljenih zaradi Wilmsovega tumorja v Skandinaviji v letih od 1927 do 1967. Med rezultati mojega dela se je pokazalo med drugim tudi uspešno predoperativno obsevanje. Tako zdravljenih otrok z Wilmsovim tumorjem je takrat ozdravelo že dobra polovica. Rezultati študije so bili osnova za prvo pro-

spektivno randomizirano študijo v Evropi leta 1971: »SIOP I nephroblastoma study«. V to prvo mednarodno študijo je bila vključena tudi profesorica dr. Majda Benedik, predstojnica hematološkega oddelka otroške klinike v Ljubljani. Sedaj je vključenih v različne mednarodne študije lepo število slovenskih zdravnikov. Napredki medicine pa so v zadnjem stoletju ogromni. Danes je cilj zdravljenja Wilmsovega tumorja ozdraviti vse otroke brez izjeme. Čeprav ta cilj še ni dosežen pri vseh otroških tumorjih, jih preživi več kot tri četrtine. Sedaj se posvečamo raziskavam posledic zdravljenja pri teh številnih preživelih in kakovosti njihovega življenja. Tudi na tem področju smo uspeli v Sloveniji biti med prvimi s programom »Poznih posledic zdravljenja raka pri otrocih« in z ambulanto za pozne posledice že od leta 1986.

Verjamem, da bodo moji spoštovani kolegi v soočenju z virusom COVID-19 zmagovali. Zmagovali bodo tako tisti, ki zdravijo bolnike, kot tisti, ki bodo virus prelisčili z izdelavo cepiva.

Prof. dr. Berta Jereb, dr. med.,
Ljubljana

Prim. Zdenko Šalda, dr. med.

Ob 100-letnici rojstva

Elko Borko, Zvonko Šalda

V zgodovino slovenske in predvsem mariborske pulmologije in ftiziologije se je zapisala že vrsta zdravstvenih delavcev.

Med njimi lahko izpostavimo doc. Ivana Matka, ustanovitelja Protituberkulozne lige v Mariboru leta 1922, začetnika hospitalnega zdravljenja tuberkuloznih bolnikov v mariborski bolnišnici in ustanovitelja posebnega odseka v na novo zgrajenem mansardnem nadstropju interne stavbe ter enega od najbolj uspešnih zdravstvenih publicistov. Dalje prim. Franja Radšla, zdravnika, ki je prišel z Golnika in je leta 1936 nadaljeval in izpopolnil delo doc. Matka. Avgusta leta 1944 mu je uspelo s pomočjo takratnega direktorja bolnišnice dr. Ernesta Bouvierja preseliti odsek v stavbo dotakratnega porodniško-ginekološkega oddelka v Vinarski ulici št. 6. S tem je dotedanji pljučni odsek postal samostojni oddelek, nato pa je sodeloval še pri prevzemu sanatorija Ministrstva za notranje zadeve takratne FLRJ, v katerem je mariborska bolnišnica dobila novo stavbo na Slivniškem Pohorju. 22. maja 1953 je Oddelek za pljučne bolezni začel z delom v novih prostorih. Prim. Franjo Radšel je bil sodelavec dr. Valentina Varla (1899–1944), ki je po končani specializaciji v Topolšici od leta 1931 pa do leta 1941 vodil protituberkulozni dispanzer ter pulmološko ordinacijo v Okrožnem uradu socialnega zavarovanja (OUZD). Pri prim. Franju Radšlu je končal specializacijo dr. Josip Šušteršič, ki je leta 1951 postal ravnatelj Specialne bolnišnice za tuberkulozo v Ormožu. Primarij Radšel je bil mentor tudi petim zdravnikom, ki so leta 1951 začeli s specializacijo. To so bili Zdenko Šalda, Zofija Štrukelj Djukanović, Kurt Welle, Franjo Cujnik in Nada Marchetti. Zaradi nesoglasij in politične diskvalifikacije je prim. Franjo Radšel zapustil oddelek in vodstvo oddelka je decembra 1953 prevzel Zdenko Šalda, ki je bil najstarejši zdravnik na specializaciji. Dekret o imenovanju za vršilca dolžnosti predstojnika pljučnega oddelka je dobil 4. januarja 1954.

Zdenko se je rodil 23. januarja 1920 v Juršincih pri Ptujju. Oče Leopold Šalda je bil šolski upravitelj na osnovni šoli v tem kraju, mati

Angela, hčerka znanega slovenskega zdravnika v Križevcih pri Ljutomeru dr. Josipa Lebarja, pa je bila učiteljica na isti šoli.

Osnovno šolo je obiskoval v rojstnem kraju, ki je takrat spadal v slabo razvito osrednjo slovenskogoriško pokrajino. Že kot učenec je pokazal solidarnost in odnos do sošolcev, saj je tako kot večina, ki zaradi pomanjkanja ni imela čevljev, hodil v šolo in ob prostem času bos.

Po osnovni šoli se je vpisal na gimnazijo na Ptujju. Leta 1933 se je družina preselila v Maribor. Obiskoval je realno gimnazijo v štajerski metropoli in maturiral leta 1938.

Po maturi se je 27. septembra 1938 vpisal na takrat nepopolno Medicinsko fakulteto v Ljubljani, kar dokazuje še danes lepo ohranjen indeks.

Leta 1940 se je vpisal v 5. semester, marca 1941 pa se je prepisal na beograjsko medicinsko fakulteto. Številni slovenski študenti so že prej študirali zunaj Ljubljane (Zagreb, Beograd...) in v tujini. V indeksu je ohranjeno dovoljenje za prestop na drugo istoimensko fakulteto v državi.

O tem delu svojega življenja je v pogovoru z znano kulturno delavko Zoro Hudales povedal: »V marcu 1941 sem se vpisal v 6. semester Medicinske fakultete v Beogradu. V Beogradu sem doživel demonstracije 27. marca 1941, ko je narod vzklikal: »Bolje rat nego pakt«. V Maribor sem se vrnil 2. aprila. Oče in mati, ki sta bila učitelja, sta bila odpuščena iz službe. Oče je bil takoj zatem aretiran in odpeljan v meljsko kasarno, pred tem pa je moral Nemcem predati osnovno šolo v Krčevini, kjer je bil šolski ravnatelj. Konec aprila sem bil pet dni zaprt v meljski kasarni v zvezi s požigom avtomobilov v Volkmarjerjevem prehodu. Nemci so nas zasliševali, mučili in pretepali.«

O tem dogodku, ki se je pripetil 29. aprila 1941, dva dni za obiskom Hitlerja v Mariboru, vemo, da ga je organizirala in izpeljala manjša skupina mladincev. V povračilo so Nemci iz središča mesta pozaprlji okoli 60 mladincev in jih odpeljali v meljsko kasarno. Vse noči so jih v kleti pretepali, da so slišali njihovo kričanje zaporniki v gornjih nadstropjih. Zato so drugi



zaporniki poslali delegacijo, v kateri sta bila tudi talca zdravnik dr. Ludovik Novak in zobozdravnik dr. Franc Stamol, h komandantu taborišča s prošnjo, da s pretepanjem prenehajo. In res so čez nekaj dni fante izpustili, vse modre od podplutb, še podpisati so morali, da ne bodo govorili o tem, kaj so doživeli.

Že 9. junija so ga nemški vojaki skupaj z mamo odpeljali v meljsko kasarno in naslednjega dne, 10. junija, so izselili družino v Srbijo, preko Arandelovca v Čuprijo. Tu se je že 16. junija zaposlil in kot medicinec začel delati v bolnišnici. Oče se je zaposlil v srbsko-češki tovarni sladkorja, mati pa je obdelovala najeto njivo, tako da so se s pomočjo srbskih prijateljev skromno prebijali skozi strahote vojne. Leta 1942 je v bolnišnici na internem in infekcijskem oddelku zbolel za trebušnim tifusom s težjimi zapleti, tako da ni mogel oditi v partizane.

4. novembra 1944 ga je vojaška komisija NOV spoznala za trajno nesposobnega za vojaško službo. Kljub temu se je 16. novembra 1944

prostovoljno javil v 47. divizijo NOV in POJ in delal na internem oddelku divizijske bolnišnice. V vojaški službi je ostal vse do leta 1946.

Po demobilizaciji in udeležbi na delovni akciji v Bosni je nadaljeval študij na že popolni medicinski fakulteti v Ljubljani. Med študijem je prebival v Oražnovem domu in kot starejši študent užival spoštovanje mlajših kolegov. Promoviral je 30. decembra 1950.

Zaposlil se je v Splošni bolnišnici Maribor in po obveznem stažu 15. januarja 1951 začel s specializacijo iz ftiziologije pri prim. Franju Radšlu. Po preselitvi pljučnega oddelka na Slivniško Pohorje in po odhodu prim. Radšla so ga 4. januarja 1954 imenovali za vršilca dolžnosti predstojnika, kljub temu, da še ni imel dokončane specializacije.

Odgovorno nalogo je resno zavrnil in s pomočjo mentorjev, prim. Ivana Kopača - Pavčka (Novo Celje) in prim. Ivana Cestnika (Topolšica), je vodil oddelek do decembra 1956, ko je opravil specialistični izpit. Januarja 1958 je bil imenovan za predstojnika Oddelka za pljučne bolezni Splošne bolnišnice Maribor. Zaradi uspešnega vodenja dislociranega oddelka je dobil leta 1966 naziv primarij.

Oddelek je vodil do septembra 1978, ko je bil na lastno željo zaradi bolezni razrešen nalog predstojnika.

Poleg vodenja in drugega rutinskega dela na oddelku je kot zdravnik ftiziolog deloval tudi v drugih zdravstvenih ustanovah izven delokroga v bolnišnici. Tako je od leta 1951 do 1956 vodil Protituberkulozni dispanzer (PTD) na Ptuju. Marca 1954 je prevzel vodstvo PTD v Mariboru in ga vodil do prihoda prim. Ivana Amona. Bil je predsednik okrajne komisije za protituberkulozno službo v Mariboru.

Po razrešitvi predstojniških nalog je leta 1978 dobil naziv medicinskega svetnika in od 15. septembra do upokojitve junija 1983 opravljal delo konziliarnega pulmo-ftiziologa na internem oddelku za potrebe Splošne bolnišnice v Mariboru. Občasno je še priskočil na pomoč obremenjenim

kolegom v dežurni službi na pljučnem oddelku in delal v ambulanti Dispanzerja za pljučne bolezni in tuberkulozo v Mariboru.

Svojo življenjsko sopotnico Rozalijo Slokan iz znane partizanske družine Slokan iz Savinjske doline je spoznal kot članico partizanske enote v Čupriji. Januarja 1947 sta se poročila, naslednje leto pa se jima je rodila hčerka, ki je dobila ime po svojem očetu. Na žalost je Zdenka dobila azijsko gripo s pljučnico in je kljub naporom zdravnikov leta 1957 umrla, kar je povzročilo dolgo in poglobljeno žalovanje staršev.

Ta družinska tragedija ga je še bolj povezala s strokovnim delom na pljučnem oddelku. S svojo prizadevanostjo in vztrajnostjo je soustvaril sodoben pljučni oddelek, na katerem so obogatili program in uvedli številne medicinske novosti, ki so bile tudi potrebe danega trenutka.

Vzpostavil je povezavo z zdravniki na torakalnem oddelku, tako da z oddelka niso pošiljali bolnikov v Topolšico ali na Golnik, ampak so vse tovrstne operacije uspešno opravljali v mariborski bolnišnici, kar je bila že predvojna želja. V ta namen so že takrat poslali na ustrezno specializacijo prim. Jožeta Žitka, ki pa je po vojni ostal na novem Onkološkem inštitutu.

Na oddelku, ki ga je vodil skoraj 25 let, so v tem času uvedli sodobno instrumentalno diagnostiko pljučnih obolenj, transtorakalno biopsijo parietalne plevre, torakoskopijo s probatorno ekscizijo obolele plevre, torakocentezo za vstavljanje odvajalnih katetrov za trajno sukucijo pri spontanih pnevmotoraksih. V tem času je postal pljučni oddelek center, kjer so v povezavi z ginekologi zdravili genitalno-peritonealno tuberkulozo in od leta 1968 v sodelovanju z anesteziološko službo uvedli v splošni anestezijski sodobno bronhološko eksploracijo. Ustanovili so kabinet za sodobno aerosolno zdravljenje pri bolnikih s kroničnim bronhitisom in bronhialno astmo. Na njegovo pobudo so uvedli spirometrijo, ugotavljanje acidobaznega ravnotežja in alergološke

preiskave, kar je pripomoglo, da je oddelek iz ustanove za zdravljenje tuberkuloze postal sodoben oddelek za pulmologijo.

Zamislili za strokovni razvoj oddelka je iskal in našel v svojem strokovnem izpopolnjevanju v različnih pulmoloških centrih, predvsem na uveljavljenem Inštitutu za pljučne bolezni in tuberkulozo Golnik. Odlično je sodeloval s prof. Bojanom Fortičem in njegovimi sodelavci.

Strokovni napredek je vodil do ugotovitve, da je oddaljenost oddelka na Pohorju velika ovira. Preselitve oddelka v Maribor zaradi zahtevnih razmer še niso izpeljali.

Poleg zadovoljstva ob vloženem naporu pri strokovnem razvoju oddelka, ki so ga spremljale različne zdravstvene težave, med katerimi velja omeniti tudi rentgenske okvare, je bil srečen zaradi rojstev sinov Zdenka in mlajšega Zvonka, ki sta zapolnila praznino po izgubi hčerke edinke. Zdenko je specialist medicine dela, prometa in športa v ZD Trebnje, Zvonko pa upokojeni zdravnik ZD Maribor.

Prim. Zdenko Šalda je opravljal tudi druge odgovorne naloge v zdravstvu, Splošni bolnišnici Maribor in krajevni skupnosti. Bil je član strokovnega sveta na Inštitutu za pljučne bolezni in tuberkulozo Golnik.

Za svoje nesebično delo je dobil zlato plaketo ob 60-letnici Inštituta za pljučne bolezni in tuberkulozo na Golniku. Leta 1980 je postal častni član pnevmo-ftiziološke sekcije Slovenskega zdravniškega društva. Odlikovan je bil z redom dela III. stopnje, priznanjem OF slovenskega naroda, redom zaslug za narod s srebrnimi žarki, srebrnim in zlatim znakom Rdečega križa Slovenije ter bronastim grbom mesta Maribor.

Prim. Zdenko Šalda ni bil samo izjemen družinski človek in skrben oče, zapisal se je kot vsestransko humani zdravstveni delavec. Ob odhodu z oddelka mu je sodelavec prim. Kurt Welle posvetil članek, v katerem je bilo zajeto delovanje tega zdravstvenega delavca.

»Četrto stoletja si izgoreval v delu predstojnika, bil si nam prijatelj in obenem naš oče. Bil si vzor izjemno

poštenega, požrtvovalnega in globoko čutečega, humanega zdravnika. Neštetim bolnikom si razdajal svoj čas, svojo strokovnost in očetovsko toplino, ves svoj jaz za njihovo čimprejšnjo ozdravitev. 25 let si poklonil delu in strokovnemu napredku našega oddelka.«

Prim. Zdenko Šalda je omagal pod težo preteklih bremen in zdravstvenih težav. Umril je leta 1993. Počiva na pobreškem pokopališču. Prav je, da mlado generacijo zdravstvenih delavcev ob njegovi 100-letnici rojstva seznanimo z zdravnikom in predstojnikom Oddelka za pljučne bolezni Splošne bolnišnice Maribor, ki ga je v dosedanji zgodovini oddelka najdlje in uspešno vodil. Vse to smo dolžni tudi drugim zaslužnim zdravnikom, ki so delovali cela desetletja in se nato tiho poslovili.

Prim. prof. dr. Elko Borko, dr. med., v. svet., Maribor, predsednik Medikohistorične sekcije Slovenskega zdravniškega društva,
elko.borko@guest.arnes.si
Zvonko Šalda, dr. med., Maribor



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

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

Registracija v treh korakih

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

Registracija

Elektronska pošta
irne.primtek@gmail.com

Datum rojstva
13.07.1980

Geslo

Ponovitev gesla

Potrdi

Štefka Križnar (1937–2020), pediatrinja iz Škofje Loke, od kod si se vzela?

Andrej Šubic

Škofja Loka je izgubila živahno ženico, ki je v plašču in z nenavadno čepico, ki se je tako lepo ujemala s srednjeveško veduto, nekaj centimetrov nad tlemi švigala skozi mesto, srečevala, pozdravljala, ogovarjala, se nasmehnila in odhitela naprej. Štefka Križnar, zdravnica, pediatrinja, borka, vizionarka. Kako je ona raztegnila štiriindvajseturni dan na trideset in čez? V takšnem tempu je živela celo svoje življenje. Življenje, ki se je začelo v veliki gruntarski družini s samimi iskrivimi, duhovitimi in posebnimi člani. Oče, posestnik, kmet iz Podobena v Poljanski dolini, je s svojim genetskim zapisom podaril svetu deset otrok, za priboljšek. In Štefka je bila vezivo, povezovalni člen cele velike družine. Njena vihravost, energija, ustvarjalni nemir, hudomušnost, skoraj otročjost, ki jo je delila s svojimi otroki in kot pediatrinja imela pravico do nje, frfotavost v lepem pomenu besede, se je pokazala v njeni vnemi za učenje, opazovanje, izboljšanje družbe in potem v njeni delovni učinkovitosti. Vedoželjno in včasih kritično, tudi zato, ker je družina doživela krivice odvzema, nacionalizacijo, je spremljala razvoj tega sveta. Ves čas je bila na preži, kje in komu se dela krivica, zakaj, kdo in kdaj uničuje našo prelepo

naravo, krši njene naravne zakone in s tem dela škodo na zdravju njej tako ljubih otrok in tudi odraslih. Ko je zabredla v medicinske vode, je vedela, da bo njen pogled širok, birokratska pravila proti klicu človečnosti nič vredna. Otroci so ji pomenili pravo prihodnost tega sveta, zato je zanje skrbela kot za punčico svojega očesa. Očesa, ki je bilo dolgo obdobje njenega življenja njen najranljivejši del. Ko je uredila še vid, so se ji prikazale barve, prikazal se je svet, ki mu je tako zvesto služila, še v novi lepoti. Roke so kar same začele prenašati to barvno paletu na risalni papir.

Svoj dan si je podaljšala sredi noči, ko je spustila vodo iz tuša na svojo glavo, pred tem je že zakurila pečico in kmalu nato, še pred odhodom v službo, iz nje potegnila sveže pečene »povštrčke« ali »picice«. Odhitela (gibala se je hitro) je v ambulanto, pregledovala otroke, razmišljala o novih metodah pomoči najšibkejšim, predvsem prezgodaj rojenim in otrokom s posebnimi potrebami. Ustanavljala je otroški dispanzer, novo razvojno ambulanto, nevrofizioterapevtski oddelek, vrvela mimo vrtcev in jim svetovala novo organiziranost za te svoje otroke, tam jih je še pregledovala, švigala je od vrat do vrat, pregledovala otroke na domovih, včasih spotoma še odrasle, jim nosila in delila zdravila, kot kurir prinašala tablete, včasih tudi hrano ali samo vesti iz doline predragi Krevlovčevi mami na Gabrški Gori. Doma je svoje otroke vpeljevala v družbeno odgovornost, možu Ivanu pa kot dobra vila sledila pri zbiranju pričevanj, gradiv za pisanje. V svojem profesionalnem delu se ni ustavljala, bila je zdravnica na odbojgarskih tekmah, specialnih olimpijadah, taborih za otroke, organizirala je druženje staršev in otrok s posebnimi potrebami, ki so to najbolj potrebovali, ker so ti otroci in tudi starši, potisnjeni na rob družbe, najbolj potrebovali varnost. Še vedno je povezovala družino, čvrstila vezi s poljanskimi rojaki, povezovala sodelavce, prijatelje. Ob kakršnem koli praznovanju je vsakemu spekla



tiste svoje odlične antistres prigrizke – »povštrčke«, jih potegnila iz papirnatega »škrnicla«, v lekarniško flaško pa natočila močnega zdravilnega brinovčka in zavezala »mašnico«, da se nihče ni mogel počutiti pozabljen na tem svetu. Tako je razvajala kolege, prijatelje, znance, sorodnike ... Še pred ero telefonov je vedela za več rojstnih dni, kot jih danes pozna moj telefon. Združevala je prijatelje ob taroku, kulturi, druženju, srečanja z

njo so bila lepa, zanimiva, imela so vsebino. Ona je povezovala poljanske dohtarje, sestre in zdravnike iz loške pediatrije in dolinsko zdravstvo, ljudske godce in z njimi z orglicami slavila veselje do življenja. Ker je raztegnila dan, se je lahko še petkrat sprehodila skozi mesto, vedno z nekim ciljem, opravkom, nikoli kar tako, pokazala je svojo lebdečo silhueto, se vpila v mestno veduto.

Kdo vse bo Štefko pogrešal, kdo vse od nje ne bo dobil ne nasmeha, ne nasveta, ne tolažbe, ne tablete, ne živeža? Katera srečanja bodo prazna in brez vsebine, ker nje ne bo?

Štefka, ko se spet srečamo, bo naše srečanje imelo vsebino.

Andrej Šubic, dr. med., Ambulanta Šubic, zasebna zdravstvena dejavnost, d.o.o., Škofja Loka

Martini Kavčič v slovo

Irena Grmek Košnik

Spoznali sva se natanko pred četrletjem v Ljubljani na Inštitutu za mikrobiologijo, ko si me prijazno ogovorila. »Kdaj imaš rok poroda?« si me prijazno vprašala. »Jaz ga imam v marcu.« »Jaz pa v januarju,« sem ji odgovorila in med nama se je vzpostavila vez simpatije in zaupanja. Takrat sva bili obe mladi, noseči in na začetku svoje strokovne poti.

Tekom svojega življenja se srečujemo s številnimi kolegi, vendar pa je le malo tistih, v katerih najdeš popolno zaupanje. Martina je bila ena tistih redkih duš, ki je razumela in čutila prav vse. Potem sva bili med specializacijo veliki sotrpinki in zaupnici. Tako živo se spominjam, ko mi je nekoč dejala, da so ji v krvi za test pri prof. Kotniku naključno našli povečano število naravnih ubijalk. Dejala sem ji, da naj opravi dodatne preiskave, pa si je stanje razlagala z izčrpanostjo in premalo spanja. Majhen otrok in vsakodnevno potovanje iz Kopra v Ljubljano in nazaj je bila njena stalnica vsa štiri leta. Obiskovali sva tudi podiplomski študij, kar je za mlade mamice dokaj težko. Njena deklica Lara je rasla, kot tudi naša Zala in Žiga. Od takrat smo začeli skupaj hoditi na morje v Pineziče v našo družinsko hišo in neizmerno uživali.

Martina je imela rada lepe stvari in prefinjen okus, posebej knjige. Na morju je več ur na dan preživela v njih. Spominjam se, kako nas je nekoč na obali zajela nevihta in kako je lilo kot iz škafa. Dež je bil topel, mi pa smo v mokrih kopalkah in bosonogi sledili pogrebem, ker je ob obali cerkvice in pokopališče. In takrat mi je v smehu dejala, da si želi imeti tak pogreb.

Po končani specializaciji sta se najini poti ločili, saj je Martina delala v Kopru, jaz pa v Kranju. Še vedno smo bili povezani. Čeprav smo se srečevali le nekajkrat na leto, smo še vedno skupaj hodili na morje, pa tudi na potovanja. Kljub oddaljenosti sva bili povezani, saj smo tako skupaj praznovali kot spremljali uspehe enega in drugega člana. Martina je bila predana svojemu delu, ki ga je zelo rada opravljala. Kot klinična mikrobiologinja in vodja mikrobiološkega laboratorija je bila ena prvih, ki je delala tudi v bolnišnici. Seveda ji ni bilo lahko, vendar je z osebjem v bolnišnici vzpostavila dobre, zaupanja vredne odnose. Bila je polna strokovnih načrtov. Kar je delala, je naredila temeljito in preudarno. Veliko moči je izgubljala v negotovosti, kje bo mikrobiološki laboratorij. Ves čas je imela



veliko pomanjkanje osebja, posebej v prejšnji organizacijski strukturi, tako da so se njeni cilji odmikali. Ob vsem tem je imela do konca neizmerno željo razvijati mikrobiološko diagnostiko in graditi sodoben mikrobiološki laboratorij za naše uporabnike.

Potem je prišel november 2017 in z njim tista grozna diagnoza, ki človeku ne pusti več spati. Verjela in molila sem, da boš bolezen premagala. Vendar je bila bolezen močnejša od tebe. Dolgo, dolgo si se borila ob podpori ljubega moža Mira, ki je do konca izredno lepo skrbel zate. Vsi smo ostali brez besed.

Draga Martina, počivaj v miru.

Doc. dr. Irena Grmek Košnik, dr. med., Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano, Maribor in Nacionalni inštitut za javno zdravje, Ljubljana

O svobodi raziskovanja

Matjaž Lesjak

Kot sem pisal že v več člankih s podobno temo, je predpostavka, da v akademskem svetu vlada odprtost, svoboda, olikanost in zdrava radovednost, precej vprašljiva oz. vsaj pretirano idealizirana. Pridobljeno znanje je del naše družbeno pogojene osebnosti, kar bistveno modulira našo objektivnost in naše vedenje. Večina ljudi ne glede na izobrazbo zelo kmalu osvoji in utrdi svoj svetovni nazor, mišljenje, prepričanje in to obarva naša opažanja. Ko trčimo na nova, nesprejemljiva, drugačna dejstva, reagiramo z različnimi psihološkimi odzivi, kot so neodobravanje, odpor, posmehovanje, omalovaževanje, ljubosumje, ali pa tudi z nekritičnim sprejemanjem, naivnostjo itd.

Izhodiščno vprašanje je: ali lahko raziskovalci svobodno in neodvisno raziskujejo fenomene narave in življenja in kaj se zgodi, ko njihova odkritja postavijo pod vprašaj do tedaj uradno sprejeto doktrino ali veljavno teorijo? In še naprej: ali lahko svobodno in neodvisno mislimo, govorimo in delujemo, ne da bi bili za to »kaznovani«?

Daniel Šehtman (1941–) je leta 2011 prejel Nobelovo nagrado za kemijo za odkritje strukture kvazikristalov, s čimer je bilo moč razložiti kaotičen mozaik kristalne strukture. Kvazikristali imajo netipično zgradbo in ne slonijo na tipičnem vzorcu, zato so podobni okraskom. Kot je povedal, si je moral po svojem odkritju močno prizadevati, da je dobil priznanje v znanstvenem svetu. Do takrat je namreč veljalo, da takšne strukture ne morejo obstajati. Ko je s svojimi odkritji seznanil kolege, je naletel na skepso in celo posmehovanje. Menili so, da s svojimi odkritji spravlja njih v zadrego in na slab glas institucijo, ki ji je pripadal, in so mu dali vedeti, da bi bilo bolje, da zapusti raziskovalno skupino. To se je tudi zgodilo. Čas je seveda njegovo odkritje umestil na pravo mesto. Kvazikristale so našli v naravi ali pa so bili poustvarjeni v laboratorijih. Kljub kaotičnemu mozaiku pa imajo kvazikristali notranji red in lepoto: razdalje atomov sledijo zlatemu rezu: 1,62.

Albert Einstein (1879–1955) je študiral matematiko in fiziko na politehniko ETH v Zürichu. Ko je študij končal, mu nihče od profesorjev ni hotel napisati priporočila, da bi postal

asistent. Dve leti je iskal službo, nato je s pomočjo znancev dobil zaposlitev na patentnem uradu v Bernu. Kljub temu (ali pa prav zaradi tega) je leta 1905 objavil štiri prelomne članke o fotoelektričnem efektu, Brownovem gibanju, specialni relativnosti in o odnosu med maso in energijo. (Obstaja domneva, da mu je pri delu pomagala njegova žena Mileva Marić, prva ženska, ki je študirala na politehniko. Posredni dokaz naj bi bili Einsteinovi zapiski, kjer je kot soavtor zapisana Mileva z madžarsko varianto svojega priimka, drugi pa dejstvo, da je finančni del Nobelove nagrade izročil njej.) To ga je pri 26 (končno) izstrelilo v akademsko sfero. Njegova nadaljnja kariera se je potem strmo vzpenjala, vendar je že po nekaj letih spet spoznal nestanovitnost človeške narave. Aprila 1933 je nemška vlada sprejela zakon, ki je Judom prepovedoval kakršnekoli uradne položaje, vključno s poučevanjem na univerzah. Brez kakršnegakoli protesta svojih nemških kolegov (!) je tisoče judovskih znanstvenikov izgubilo službe na univerzah, njihova imena pa so bila izbrisana iz uradnih dokumentov ... Mesec kasneje so Einsteinova dela postala tarča nacistov in so jih zmetali v goreče grmade. Neka nemška revija ga je dala na listo sovražnikov z oznako »še ni obešen« in razpisala nagrado na njegovo glavo ... Zaplenili so mu jadrnico, njegovo počitniško hišico pa so uporabili za potrebe Hitlerjugenda ...

Psihiatrinja Elisabeth Kübler-Ross (1926–2004) je znana po svojih raziskavah procesa umiranja in obsmrtnih izkušenj. Leta 1965 se je zaposlila na medicinski fakulteti Univerze v Čikagu kot docentka za psihiatrijo. Skupaj s študenti teologije, uslužbenci in medicinci je začela voditi pogovore o smrti. V začetku so vodilni zavrnil njene seminarje, kasneje pa so postali tako obiskani, da so se preselili v veliki avditorij.

Že čez nekaj let je čikaška univerza začela dvomiti o verodostojnosti njenega dela in njeno poučevanje je bilo prekinjeno. Nadaljevala je kot zasebnica in raziskovala duševne in duhovne fenomene ob človeški tranziciji. Ko je prešla v polje ob- in posmrtnih izkušenj, je tamkajšnja medicina izgubila ves interes za njeno delo. Leta 1979 so jo odslovili z univerze. Leta 1985 je

ustanovila dom za otroke, okužene s HIV. Okolica je temu projektu ostro nasprotovala, ker so se bali okužbe (!), in kmalu so ji neznanci (sosedje?) zažgali posest. Izgubila je vse svoje imetje. Leta 1999 jo je revija Time prištela k 100 največjim mislecem vsega časa.

Univerza v Virginiji je leta 2017 objavila izsledke 50-letnega raziskovanja nekaterih mejnih tem, ki se dotikajo medicine in življenja na splošno: obsmrtna doživetja (NDE, near death experiences) in reinkarnacije (!). Podatke zbira in komentira DOPS (Division of Perceptual Studies). Oddelek je ustanovil leta 1967 dr. Ian Stevenson z nalogo, da »proučuje« fenomen, ki so izziv za uradne znanstvene paradigme glede odnosa med umom in možgani. Raziskovalce posebej zanimajo zunajtelesni (posmrtni) fenomeni zavesti. Kritični pretres podatkov in velika količina empiričnih podatkov nakazuje, da zavest preživi fizično smrt in da so um in možgani dve ločeni entiteti.« (<https://med.virginia.edu/perceptual-studies/>)

Rupert Sheldrake (1942–), razvojni biolog s Cambridgea, je razvil hipotezo o morfogenetskih poljih in morfični resonanci. Ideja je že stara in sloni na domnevi, da zgolj z molekularni in geni ter mehanicističnim pristopom ne moremo razložiti razvoja živih bitij. Morfogenetska polja naj bi vsebovala spomin in obliko, v katero se bitja razvijejo. Bitja so samoorganizirajoči sistemi, tako da zanje ne veljajo že zastareli koncepti iz industrijske dobe, da so živa bitja »biološki stroji«. (Christiaan Barnard je v tem duhu leta 1982 izdal knjigo »Telo kot stroj«..) Če opazujemo jato tisočih ptic ali rib, lahko vidimo, da v delčku sekunde povsem sinhrono spremenijo smer, kot da sledijo skupni informaciji v polju jate. Ravno te informacije v morfogenetskih poljih pa naj bi tudi pojasnjevale naslednji fenomen, s katerim se je ukvarjal Rupert Sheldrake – to je telepatško sporazumevanje na velike razdalje. Telepatško sporazumevanje je pri živalih povsem

običajno. Raziskoval je pse, mačke, konje, papige in njihovo telepatško komunikacijo z lastniki. Ker je bila to tabu tema, je seveda naletel na odpor, saj je vnesel dvom v dosedanjo paradigmo: narava je mehanična, umska aktivnost je posledica možganov, ki so zaklenjeni v lobanjo. Torej misli ne morejo vplivati na več kilometrov oddaljene živali, zato telepatija ni mogoča. Raziskovanje takšnih mejnih območij je imelo za posledico sovražne napade skupin znanstvenikov, ki se imajo za poklicane (v vseh družbah in časih), da vzdržujejo družbeno sprejemljivo obnašanje in kaznujejo, osmešijo in onemogočijo posameznike ...

Individualno in finančno neodvisno raziskovanje je po njegovem mnenju danes skoraj čista izjema. V zgodovini znanosti so vseeno znani posamezniki, ki so bistveno prispevali v zakladnico znanja, čeprav so delovali bolj ali manj samostojno in včasih izven glavnih znanstvenih centrov.

Charles Darwin (1809–1882) je bil po poklicu pastor. V času svojega šolanja se je silno dolgočasil na predavanjih, zanimali pa sta ga biologija in geologija. Z ladjo Beagle je pet let potoval po vsem svetu in bil ob vrnitvi že slaven naravoslovec. Leta 1859 je izšla njegova knjiga *O izvoru vrst*, ki je sprožila burne polemike v stroki in cerkvi. Darwin nikoli ni imel akademskega položaja, financiral se je sam.

James C. Maxwell (1831–1879), škotski aristokrat, matematik in fizik, je bil že kot otrok nepotešljivo radoveden, za vsak predmet je spraševal sebe in druge: kako deluje? Študij na univerzi v Edinburgu ga je dolgočasil, zato je doma sam eksperimentiral s kemičnimi in električnimi aparati ter magneti. Nekaj časa ni imel stalnega poklica. Do večine svojih zakonov je prišel v letih od 1860 do 1871, ko je živel v svojem dvorcu Glenlair na Škotskem, kjer je razvil enotno teorijo o razmerjih med elektriko, magnetizmom in svetlobo ter postavil elektromagnetno teorijo. Za medicino je zanimivo, da je umrl star 48 let, v

enaki starosti kot njegova mati in za isto vrsto raka. Do zadnjega bistrega duha je umrl spokojno v veri v svojega Stvarnika.

Podobno intelektualno neodvisnost je pokazal Thomas A. Edison (1847–1931), največji ameriški izumitelj (več kot 1000 izumov). Zanimivo je, da je bil vse življenje skoraj popolnoma gluhi in je glasbo poslušal preko tresljajev na lobanjski kosti. Bil je neskončno radoveden eksperimentator, genialen samouk in rojen poslovnež. Kljub nespornim zaslugam za znanost in tehniko je prišlo med njim in Nikolo Teslo vseeno do rivalstva, oz. med Edisonvim enosmernim in Teslovim izmeničnim tokom. Edison je menil, da je izmenični tok neuporaben in predvsem smrtno nevaren. Nauk? Tudi avtoritete imajo slepe pege, osebne slabosti, gojijo prizadetost in užaljenost.

Nikola Tesla (1856–1943) je bil mislec in inovator, ki je hodil daleč pred svojim časom. Študiral je na politehniko v Gradcu, vendar ni tam nikoli diplomiral. V tretjem letniku ni naredil izpitov zaradi hazardiranja in sporov s profesorji. Do vseh svojih neverjetnih izumov je prišel kasneje ob svojem delu. Imel je izjemen spomin in neverjetno sposobnost vizualizacije svojih izumov. Nikoli ni dobil Nobelove nagrade, prav tako ne Edison ...

Ko so Ruperta Sheldraka vprašali, zakaj meni, da tako napadajo njegove domneve, je dejal, da je »v 18. in 19. stoletju materialistična filozofija izgnala Boga in dušo iz znanosti in tako je ostala samo mehanicistična narava. Takšna slika sveta je postala neke vrste ateistična religija.«

Podobno pravi Alexander Wendt (1958–), ameriški znanstvenik: danes je uradno znanstveno mnenje še vedno enako, kot je bilo pred cca 350 leti, ko se je uveljavil »materialistični pogled klasične fizike, da je resničnost povsem materialna«. (Wendt, 2004)

Z geni ne moremo razložiti vse biološke variabilnosti. Šimpanz in človek imata praktično isti genom,

vendar sta dve zelo različni bitji. Jasno je, da so sestavni zidaki (proteini) obeh bitij enaki, končni rezultat pa ne, ker sta načrta (polja) različna. Sheldrake meni, da biološko dedovanje ne more biti kodirano izključno v genih, niti v njihovih epigenetskih modifikacijah, ampak je odvisno od morfične resonance predhodnikov. Prav tako spomin ni nujno shranjen samo na materialnih nosilcih možganov, ki jih vidi bolj kot valovne sprejemnike polja.

Pa še to: zanimivo je, da je do podobnih zaključkov prišel nevrokirurg Alexander Eben po svoji nenavadni in dramatični bolezenski izkušnji. Centralni živčni sistem po njegovem ni proizvajalec zavesti, ampak sprejemnik in procesor zavesti.

Tako kot z Newtonovo mehaniko ne moremo razložiti procesov znotraj atoma ali v makro vesolju, prav tako zgolj s kemičnimi reakcijami ne moremo razložiti vseh človeških pojavov. Pojem polja, ki se razteza v prostor, nam pomaga hipotetično razložiti nekatere fenomene v psihologiji in medicini.

Dr. Marilyn Schlitz poroča o raziskavi vpliva dveh ločenih subjektov. Opazovana oseba je bila v elektromagnetno izolirani sobi laboratorija, druga oseba pa je prvi pošiljala ljubeča in pozitivna čustva. Iskali so korelacijo med namenom prve osebe in elektrofiziološkim odgovorom drugega subjekta. Ta korelacija se je pojavila in torej obstaja način, da se ta informacija prenese z enega človeka na drugega na daljavo. Pojav torej ni razložljiv s klasičnim mehanicističnim pogledom na delovanje bitij.

Tudi dr. Edgar Mitchell, nekdanji astronaut Apolla 14, meni, da ima namen (informacija) fizikalni učinek. Poročal je, da so mu na Floridi odkrili tumor na ledvici. Povezal se je z zdravilcem v Vancouvru, ki ga je »zdravil« na daljavo preko slike, ki mu jo je poslal. Na rednih mesečnih kontrolah se je videlo, da se je tumor manjšal in po šestih mesecih izginil. Očitno za informacijsko polje čas in razdalja ne predstavljata ovire.

Dr. Rolling McCraty je raziskovalni direktor na inštitutu HeartMath. Srce je izvor najmočnejšega elektromagnetnega polja v telesu. To polje je nosilec informacij in ga zelo jasno modulirajo čustva. T. i. pozitivna čustva sprožijo povsem drugačen vzorec kot negativna čustva. Srce ima tudi lasten intrinzični nevrološki sistem, ki je neodvisen od možganov. S svojimi eksperimenti je pokazal, da lahko telo predvidi bodoče dogodke, če je tak dogodek za osebo čustveno pomemben. Tako so testni osebi kazali naključno izbrane računalniške slike iz dveh čustvenih spektrov: ugodne, prijetne slike ter neugodne, neprijetne. Srce se je vedno odzvalo prvo, nato je sledil odziv možganov. Reakcija je šla po osi srce-možgani-telo-ozaveščanje. Še bolj nenavadno pa je bilo, da se je reakcija srca zgodila, še preden je bila slika predvajana na ekran. Srce-možgani imajo dostop do informacijskega polja in niso omejeni na prostor-čas. Srce je funkcionalno povezano s centralnim živčnim sistemom in po vplivu pred njim.

Dr. Dean Radin, raziskovalec, o tej temi poudarja, da je telo energetsko in materialno odprto in izmenjalni sistem, ki pa ostaja enak, čeprav so se znotraj nas v teku let zamenjali že vsi atomi. Obstajati mora torej informacijski vzorec, ki to omogoča.

Dr. Stuart Hameroff izziva Darwinovo teorijo evolucije o naravni selekciji in naključni mutaciji. Meni, da ta teorija ne razloži začetkov življenja ali motivacije za širjenje genov. Naše vedenje po njegovem poganja doživetje ugodnih občutij (od bioloških, preko socialnih do transcendentnih). Že v prajuhi življenja, kjer je bilo samo nekaj preprostih molekul, so se nekatere spojile tako, da je nastalo nekakšno prvo kemično ugodje. Hameroff imenuje to hipotezo »princip kvantnega ugodja« – da je torej zavest o občutju, iskanju ugodja tista, ki je razvijala oblike življenja, in ne obratno, da je zavest končni epifenomen v biološki piramidi. (Freud bi se z veseljem strinjal s

takšnim pogledom ...) Po njegovem je zavedanje del strukture veselja in se povezuje z možgani preko procesa kvantne komputacije v mikrotubulih. Življenje se je razvilo, da bi se počutilo dobro ... (<https://www.youtube.com/watch?v=XxOSsffdMBw>). Skromno dodajam: ... in da bi se zavedalo samega sebe.

Psihološko uravnoteženo življenje pomeni, da smo hkrati strukturirani, izobraženi, realni in na drugi strani fleksibilni, čuteči, radovedni, dopuščajoč. Zdravniki bi lahko rekli, da je za uravnoteženo življenje potrebno uporabljati obe možganski hemisferi. Ko so Freuda vprašali, kakšne so lastnosti zdrave osebe, je rekel, da je to oseba, ki je sposobna ljubiti in delati. Ko mi opisujemo objektivni svet, je to bolj opis naših navad in prepričan, kaj je možno in normalno. Vendar že v fizikalnem kvantnem svetu naletimo na pojave, ki so navidez skregani z zdravo pametjo in jih je nam laikom silno težko razumeti in sprejeti. Npr. da je lahko en delec hkrati na več mestih (kvantna superpozicija), da lahko delce teleportiramo na poljubno razdaljo, da ima svetloba lastnosti valovanja in delcev, da je v relativnostni teoriji svetlobna hitrost konstantna, masa in čas pa ne, da delci med seboj komunicirajo na katerikoli razdalji hitreje kot s svetlobno hitrostjo, da ko izmerimo lastnost enega delca, se takoj spremeni lastnost drugega, da opazovanje (zavest?) povzroči kolaps valovne funkcije itd.

Na drugi strani spektra stvarnosti je skoraj enako nedoumljiv svet človeške psihologije, ki prav tako deluje po svojih zakonih, kjer matematična logika odpove. Govorimo o psihologiki, torej o logiki, ki je lastna osebi in drugemu pogosto nerazumljiva (npr. avtodestruktivno vedenje, zagovarjanje očitnih nesmislov, nezavedanje, ideološka slepota ...).

»Na kvantni ravni navadni jezik, logika in zdrav razum odpovedo (...) kvantna teorija in teorija relativnosti sta nas prisilili sprejeti veliko subtilnejši, holističen in življenjski pogled

na naravo,« pravi Fritjof Capra, fizik in filozof. Tudi človek je del narave, tudi v njem vlada kvantni svet – so torej tudi tu možni paradoksalni dogodki, ki so skregani z zdravo pametjo?

Iliana Avramidou je mati petletnega dečka Demitriosa. Od rojstva je imel cerebralno paralizo, imel je tipične kontrakture in oteženo spastično hojo. Šla je na predavanje dr. Erica Pearla, ki svojo metodo zdravljenja imenuje »reconnective healing« in spada v domeno bioenergetskih zdravljenj. Po koncu je mati prosila predavatelja, da bi pomagal njenemu sinu. Dr. Pearl je otroka »zdravil« nekontaktno, v območju polja, in po

nekaj minutah je otrok odšel normalno domov. O tem je posnet videozapis (https://www.youtube.com/watch?v=47WBh--ez_Q).

Kako sta povezana kvantna in klasična resničnost? Kako kvantno postane klasično? Kako se vpliv na polje subjekta, informacija, energija, prenese v telesno zdravje? Morda v tem primeru nimamo odgovora, imamo pa izkustvo. Pa menda ne bomo priznavali samo tistega dela sveta, ki ga razumemo, drugega pa odmislili samo zato, da nas ne bo motil? Znani in izjemno učinkoviti nemški zdravilec Bruno Gröning (1906–1959) je rekel, da bi se za njegove sposobnosti morala zanimati

pozitivna znanost. To se ni zgodilo, družbeni nosilci moči so ga napadali vse do bridke smrti.

Kako je že rekel Tesla? »Tistega dne, ko bo znanost začela proučevati nefizikalne pojave, bo v enem desetletju napredovala bolj kakor v vseh stoletjih svojega obstoja.«

Dejal pa je tudi tole: »Moji možgani so samo sprejemnik, v veselju obstaja jedro, iz katerega dobivamo znanje, moč in inspiracijo.«

**Matjaž Lesjak, dr. med., »Trigon«, s. p.,
Matjaž Lesjak, Žalec**

(Ka)ko se človek spremeni

Eldar M. Gadžijev

Uvod

Skoraj vsak človek kdaj zboli, največkrat akutno, nekateri pa postanejo kronično bolni. Med njimi so tudi bolniki z rakavo boleznijo, če le imajo srečo, da rak ni prehitel. Danes medicina z raznimi zdravili kar uspešno zdravi večino kroničnih in tudi rakava obolenja, pa vendarle se zdi, da ni kakšnih izrednih uspehov na tem področju, kljub temu, da je farmacija ves čas pripravljala nova zdravila, ki pa imajo žal kar številne stranske učinke.

Zdravljenje rakavih obolenj je zaradi agresivnega delovanja kemoterapevtikov za bolnike neredko težko, predvsem kadar ga spremljajo raznovrstni stranski učinki. Obsevanja, citostatiki in imunomodulatorji so prispevali k uspešnemu zdravljenju številnih rakavih bolezni in nekateri bolniki so bili celo ozdravljeni. Verjetno je pri takih primerih botrovala tudi bolnikova naravna odpornost in

njihov dovolj močan imunski sistem, da so se pozdravili, in nikakor ne le kemoterapija, saj se potem ne bi dogajalo, da bi se eni pozdravili, drugi pa z enakim rakom ne bi preživel niti pričakovanih pet let. Različen potek bolezni je vsekakor odvisen od veliko dejavnikov.

Pa je prišlo (kar težko pričakovano) obdobje bioloških zdravil, od katerih se je veliko obetalo, a se je čez čas izkazalo, da je učinek manjši od pričakovanega, da je tudi veliko stranskih učinkov in da je po navodilih proizvajalcev celo več učinka ob sočasni uporabi citostatikov. Ob tem je človek nehote pomislil, da jim je šlo hkrati za še nadaljnjo prodajo tudi dragih citostatikov. Potrebo oz. korist hkratnega jemanja tudi citostatikov pa so brez večjih težav lahko dokazali z naročenimi študijami. Dejstvo je, da je razvoj in priprava nekega novega zdravila dolg, zahteven in izredno drag postopek, pa vendar zaradi

prvenstvenega interesa po dobičku farmacevtski proizvajalci v glavnem pretiravajo s cenami novih zdravil. Ob tem je značilno tudi to, da umikajo nekatera učinkovita, stara zdravila, ker se z njimi ne da več dobro zaslužiti. Farmacija je predvsem aktivno vključena v pravila svobodnega trga, humanistični princip pa je zanjo brez pomena in pravega vpliva.

Zdaj naj bi prihajala nova, verjetno obetavnejša vrsta zdravljenja malignih obolenj. V začetku naj bi se, kot kaže, uporabljala predvsem pri krvnih malignomih in limfomih, pa vendar predstavlja obet tudi za solidne tumorje. To naj bi bila »chimeric antigen receptor (CAR) T-cells« terapija, v bistvu personalizirana gensko modulirana imunoterapija, o kateri se lahko na spletu že veliko prebere. Na kratko: gre za zdravljenje, pri katerem v laboratoriju spremenijo bolnikove T-limfocite, ki jih vzamejo iz bolnikove krvi, tako da ti potem »napadejo« rakave celice. Celice so gensko spremenjene na tak način, da eksprimirajo antigenski receptor, ki prepozna na tumor vezan protein

– površinski antigen (imenovan »chimeric antigen receptor« – CAR). V laboratoriju vzgojijo veliko CAR T-celic in jih z infuzijo dajo bolniku. Klinične študije potekajo v kar nekaj razvitih državah in veliko na Kitajskem. Zdravljenje je že sedaj odmevno, tudi uspešno, verjetno uspešnejše od dosedanjih, vendar tudi ni brez zapletov. Prvi ozdravljeni bolnik je bil baje Američan, ki so mu na Kitajskem uspešno pozdravili multipli mielom.

Doživljati spreminjanje

Ob vsem tem in ob lastnem doživljanju kronične bolezni so se mi porodile nekatere misli o tem, kako človek s tako boleznijo živi, kako se spreminja, se včasih dobesedno bori in se prilagaja na spremenjeno življenje.

Verjetno je pomembno, kako človek odreagira, ko zve, da ima maligno bolezen. Nekoč, v aktivnih letih svojega delovanja, sem veliko razmišljal o tem, kako naj zdravnik bolniku pove, da ima raka. Danes se mi zdi, ko slišim zgodbe nekaterih bolnikov, da se morda naši zdravniki ne utegnejo in zato tudi ne potrjujejo dovolj prodreti v bolnikov značaj, njegovo čutenje in večjo ali manjšo občutljivost. Vendar je to pomembno. Dobro se spominjam pogovorov o tem z enim od naših največjih kirurgov, prof. Vladimirjem Žakljem. Kot dober poznavalec naših ljudi je menil, da nikakor ne moremo vsem enako povedati, kaj jim je in kako hudo bolezen imajo, in da pri nas ni takih vzrokov za razkritje krute resnice, kot so npr. v Ameriki. Vendarle je danes tudi pri nas malo drugače, kot je bilo, živimo v drugačnem sistemu in drugačnem svetu. Tako nas danes pojasnilna dolžnost obvezuje, da bolniku povemo resnico. Ampak način, kako in koliko ter kdaj povedati tako resnico, je lahko različen. Kako bo bolnik sprejel, da ima rakavo bolezen, je precej odvisno od človekovega značaja in njegove psihične naravnosti, psihične in siceršnje

moči ter notranje stabilnosti, pa tudi od njegove zavesti. Morda je res težko ugotoviti, kakšen tip človeka je pred zdravnikom, pa vendar se splača malo bolj celostno pomisliti na bolnika, preden bi enostavno rekli: »Raka imate.« Vemo namreč, kako močno psiha in same misli lahko vplivajo ne le na počutje bolnika, ampak celo na njegovo zdravljenje. Znane so zgodbe o tem, kako se je stanje bolnikom popravljalo ob pozitivnih izjavah zdravnikov tudi v primerih, ko le-to ni bilo tako dobro, in obratno, kako so slabe napovedi, celo ob ne tako slabem stanju, hudo poslabšale bolezen. Te zgodbe spominjajo na poročila o placebo učinku, za katerega so ugotovili, da temelji na kompleksnih nevrobioloških mehanizmih, pri katerih so vključeni neurotransmiterji (endorfini, dopamin, serotonin, kanabinoidi ...), kot tudi določena področja v možganih, od prefrontalnega korteksa do amigdal. Vsekakor so pri percepciji sporočila o bolezni zelo aktivno vpleteni tako naš um kot naše misli in zavest. Zelo možno je, da se z mislimi odvijajo podobni procesi kot pri placebo in nocebu.

Sam sem pričakoval vest o prehodu benigne gamapatije v aktivno obliko multiplega mieloma in me spoznanje takrat niti ni hudo prizadelo. Svojim kolegom hematologom sem zaupal, zavedal sem se tudi, da se ta bolezen dobro zdravi, in nisem razmišljal o tem, da je neozdravljiva! Ob začetnem agresivnem zdravljenju, ki je potekalo praktično z vsemi možnimi zapleti (lahko bi rekli pričakovano in logično pri zdravniku!), sem bil seveda še v dobri splošni kondiciji, aktiven kirurg in učitelj in mi je bilo delo kirurga pomembnejše od problemov zdravljenja. Na začetku zdravljenja sem se celo dogovoril, da sem hodil na terapijo na hematološki oddelek v Mariboru ob koncih tedna, da sem lahko čez teden vendarle normalno delal.

Potem pa je prišlo težje obdobje po prvi presaditvi zarodnih celic, ko so me zapleti skoraj odnesli. Nekateri dogodki iz tistega obdobja so mi ostali

trajno v spominu. Tako sem med ležanjem na intenzivnem oddelku Infekcijske klinike, kamor so me premestili zaradi sepse, doživljal umiranje mladega dekleta v sosednjem prostoru, ki je celo noč tarnala in šele zjutraj umolknila, ko je ponjo prišla smrt.

Agresivno zdravljenje je bilo s ponovitvijo presaditve zarodnih celic v smislu tandemske transplantacije uspešno in prišlo je do remisije. Ponovno sem normalno zaživel in enostavno pozabil na bolezen. To se mi je kasneje še večkrat zgodilo, tudi če sem vmes prejemal neko terapijo, ki sem jo zaradi relapsov pač moral. Če nisem mislil na bolezen, je bilo tako, kot da je ni. To se mi danes zdi eden od pomembnih razlogov, da vlečem bolezen relativno dolgo, poleg tega, da imam baje kar »ugodno« obliko mieloma.

Bolezni, predvsem maligne, gredo pač svojo pot in relapsi kljub zdravljenju so del te poti. Na srečo so prihajala za nekatera maligna obolenja v uporabo skoraj redno nova zdravila, ki naj bi bila bolj učinkovita in z manj stranskih učinkov. Tako smo se lahko »spravljali« nad relapse in bolniki so seveda večinoma radi sprejemali ponudbo teh zdravil v pričakovanju uspešnega zdravljenja. Odvisno od stranskih učinkov je bilo potem zdravljenje zaznamovano z bolj ali manj spremenjeno kakovostjo življenja in seveda s pogostejšim razmišljanjem o bolezni sami. Priznati moram, da se dolga leta nisem posebej zanimal za zdravila, ki sem jih dobival, nisem iskal študij ali prebiral o stranskih učinkih, vsaj dokler je bilo zdravljenje uspešno. Počasi so stranski učinki postajali izrazitejši, kakovost življenja pa je bila ob tem vedno bolj prizadeta. Ko pa so postali ti učinki prehudi, s pojavljanjem neprijetne disgevsije, mučne disfagije, zoprne anosmije, vse pogostejših krčev predvsem v nogah, pa tudi v dlaneh, pa še nadležne hiposomnije, napredujoče nevropatije in motenj v ravnotežju, naenkrat nisem več zdržal. Kakovost mojega življenja se je

tako močno spremenila, da nisem želel nadaljevati s takratnim zdravljenjem, in svojega hematologa sem zaprosil, da mi ukine sicer učinkovita zdravila ter mi predpiše kaj drugega. Res je, da so se kar številni neprijetni stranski učinki pojavljali postopoma, kradoma in skozi relativno daljše obdobje, vendar so se kopičili. Od razvoja stranskih učinkov dalje je bila misel na bolezen stalno prisotna in je seveda dodatno motila kakovost življenja. Uvedena je bila druga terapija, vendar so nekateri stranski učinki ostajali.

Postal sem drugačen. Kar naenkrat je bolezen stopila v središče mojega zanimanja in aktivnosti. Po spletu sem začel iskati podatke o aktualnih in prihajajočih načinih zdravljenja svoje bolezni, o rezultatih študij in učinkovitosti posameznih zdravil. Potem sem začel iskati dodatne, komplementarne načine pomoči pri zdravljenju, predvsem za lajšanje stranskih učinkov. Nisem pričakoval, da bi s komplementarnimi ali alternativnimi »zdravili« lahko pomembno vplival na samo bolezen, sem pa le izvedel, da se ob uporabi nekaterih »prehranskih dodatkov« lahko celo poveča učinkovitost klasične terapije, predvsem pa bistveno ublaži stranske učinke zdravljenja. Našel sem sicer meni že znano čago, pa kordiceps, elefterokok in rožni koren. Posebej ta je ugodno vplival predvsem na moje razpoloženje. *Rodiola rosea*, kot je uradno ime sicer lepo cvetoče rastline, ki je je veliko na Altaju in tudi sicer v visokogorju, raste celo v naših gorah in je zaščiten. Deluje antidepresivno in rahlo spodbujevalno, je tudi adaptogen in naj bi povečevala fizično in psihično moč. Tako je področje komplementarne medicine vstopilo v moj vsakdanjik. Izkušnje so bile dobre in te rastlinske izvlečke imam stalno v uporabi. Morda tudi zato, zagotovo pa predvsem zaradi delovanja klasičnih zdravil, zaenkrat z mojimi hematologi vendarle nekako krotimo in zadržujemo bolezen.

Močno pa se je po dolgotrajni kemoterapiji poslabšala nevropatija.

Nevrološki pregled je pokazal, da gre za kombinirano senzorno-motorično polinevropatijo, najverjetneje kot zaplet kemoterapije. Ta me je sedaj prisilila celo v uporabo palic pri hoji. Poleg težav z gibanjem nog so nastopile še vse hujše bolečine v hrbtenici. Zaradi dolgotrajnega jemanja dexamethasona sem doživel tudi med stranskimi učinki zdravila opisano tendinopatijo Ahilove tetive, najprej na eni, potem pa še na drugi strani in še pretrganje tetive levega bicepsa brachii. Res je, da sem imel pred leti dve operaciji na hrbtenici, posledice katerih počasi lahko sprožajo napredujoče spremembe zaradi zgubljene gibljivosti in mišične atrofije, vendar pa so tendinopatije s posledično atrofijsko gastrocnemiusov in polinevropatija najbolj spremenile sposobnosti gibanja in aktivnosti. Te pač spremenijo življenje, tako da postanejo težave stalnica.

Človek bi se lahko zgrozil, kaj je ostalo od moža, ki je rad tekkel, v mladosti skakal in se aktivno ukvarjal s športom. Pa vendar je očitno dovolj močna človekova želja preživeti, živeti, še kaj lepega doživeti in zato kljub težavam – ne obupati.

Zaključek

Kljub temu, da je v življenju z boleznijo prisotnega veliko trpljenja, je vendarle prav, da človek goji upanje, da bo morda sčasoma katera od težav popustila, da se bo še kaj izboljšalo in bo morda kakšna »zel, goba ali prehransko dopolnilo« pomagalo. Mora upati, da bodo morda prišla še pravočasno kakšna nova zdravila ali načini zdravljenja, in živeti tako, da ostaja sposoben vsak dan kaj fizično postoriti, ostati dovolj bistrega uma, biti koristen in moder v svoji skupnosti ter še vedno z zanimanjem spremljati dogajanja doma in po svetu, tako da bo lahko dostojno dočkal čas, ko se bo zgodil tisti končni »edinstveni in enkratni dogodek«.

Si pa, tak kot sem, enostavno ne morem predstavljati životarjenja z bolj ali manj neobogljanim duhom in

telesom v kakšnem domu za ostarele občane. Pri mislih o taki »groznji«, povezani še s psihofizičnim trpljenjem, je razmišljanje o evtanaziji ali pomoči pri »odhajanju« – kljub pisanjem mnogih o njeni neprimernosti in nepotrebnosti – zame povsem razumljivo.

Vsekakor pa tudi ne bi rad doživel, kar se je zgodilo bivajočim v enem od ljubljanskih domov za ostarele, ko je prišel mimo njih na poti v svojo pisarno domski zdravnik in jih nagovoril: »No, kako je kaj, usrani golobici?« Če bi bil prisoten, bi se težko zadržal, da ga ne bi vsaj nadrl, bi ga pa prijavil na zbornico. Toliko se nisem spremenil, da bi postal neobčutljiv za etično držo in moralo zdravnikov!

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

42. IATROSSKI 2020

Posvetovanje športne medicine, Kranjska Gora, 14. 2. 2020, hotel Larix

Jasna Čuk Rupnik

Ob 9.30 je **start** preplavila tekaška energija moških in žensk, ki jim je organizator na enotni 2 km dolgi progi uspel pripraviti soliden izziv. Vreme se je veselilo, množica, ne prav velika, pa tudi.

Veleslalomski proga je prav tako »zdržala«. Celo dva teka. Enega ob 12.00, drugega ob 13.00. To je novinarke in novinarje, ki so kasneje tekmovali na istem bregu, a le v eni vožnji, navedlo h komentarju na vzpenjači: »Kaj so pa to zaeni ...?« »Menda dohtarji.« »A ja? Pa kar dobr furajo!«

Rezultati so bili razglašeni po 17. uri. **Ekipo** so se zvrstili: 1. Gorenjska – Jesenice, 2. UKC Ljubljana, 3. Letnik 99, 4. Oftalmologi, 5. Kaninatorji.

Smučarski tek: ŽENSKE: *Študentke:* Urša Matičič. *Kategorija A:* 1. Petra Strnad, 2. Sonja Šmid, 3. Ana Čebokl. *Kategorija B:* 1. Tatjana Pintar, 2. Dada Kastelic, 3. Jasna Čuk Rupnik. MOŠKI: *Kategorija A:* 1. Luka Emeršič, 2. Jan Karo, 3. Sebastian Jeršinovič. *Kategorija B:* 1. Simon Podnar, 2. Matej Andoljšek, 3. Bojan Knap.

Veleslalom: ŽENSKE: *Kategorija A:* 1. Sara Slivnik, 2. Klara Mihelič, 3. Kristina Jevnikar. *Kategorija B:* 1. Katarina Turk, 2. Petra Rupar, 3. Romina Ambrož. *Kategorija C:* 1. Jasna Čuk

Rupnik, 2. Dada Kastelic, 3. Mira Ažman. MOŠKI: *Kategorija A:* 1. Albin Tahiri, 2. Domen Vozel, 3. Aljaž Lazar. *Kategorija B:* 1. Marin Knežević, 2. Saša Marušič, 3. Simon Podnar. *Kategorija C:* 1. Matej Andoljšek, 2. Franci Koglot, 3. Andrej Kastelic.

Kombinacija: ŽENSKE: *Kategorija A:* 1. Klara Mihelič, 2. Sonja Šmid, 3. Petra Strnad. *Kategorija B:* 1. Dada Kastelic, 2. Tatjana Pintar, 3. Jasna Čuk Rupnik. MOŠKI: *Kategorija A:* 1. Matjaž Recelj, 2. Sebastian Jeršinovič, 3. Primož Brejc. *Kategorija B:* 1. Simon Podnar, 2. Matej Andoljšek, 3. Andrej Kastelic.

Proglašen je bil tudi »najhitrejši« in prejel enega od pokalov Rogaške (druge so prejele prve tri ekipe) – naš olimpijski predstavnik Albin Tahiri. Po veleslalomski progi se je z bordom spustila Urša Godec. »Zasluge za starost« pa si je kot najmlajša »prislužila« Klara Mihelič, kot najstarejši pa Franci Koglot.

Posvetovanje športne medicine: Od 15.00 do 17.00 so se zvrstila tri zanimiva predavanja. Prispevki bodo objavljeni v Biltenu.

Nada Rotovnik Kozjek nas je seznanila z danes precej pogosto motnjo fiziološkega odziva na energijske potrebe telesne aktivnosti: relativno energijsko pomanjkanje pri športnikih (angl. **RED-s syndrome**). Povzročča hormonske motnje, moti bazalno presnovo in sintezo proteinov, škodi imunskemu sistemu in moti delovanje srčno-žilnega sistema. Ključni patogenetski mehanizem RED-s je strateško prenizek vnos energije za podporo normalnih funkcij telesa, ki so ključne za zdravje in zmogljivost. S hrano namreč ni zaužite dovolj energije, ki bi zadostovala za pokritje potreb telesne aktivnosti in hkrati za normalno delovanje telesa ter pri otrocih tudi za rast in razvoj.

Luka Emeršič, Aleš Fabjan in Matej Andoljšek so predstavili predavanje **Poškodbe zgornjega dela golenice pri smučanju, s podnaslovom Kaj prinaša zarezna tehnika?** Z razlago tehnike, ki izkorišča silo pospeška za izvedbo zavoja, so pojasnili različne tipe zlomov. Zlom golenice je včasih predstavljal več kot 20 % vseh smučarskih poškodb. Najpogostejši je bil



Prvi ekipno: Gorenjska – Jesenice.



Predavatelji – z leve v prvi vrsti Maja Kumer, Nada Rotovnik Kozjek in Lucija Rožič, zadaj Luka Emeršič, Aleš Fabjan in Matej Andoljšek.

spiralni zlom diafize. Čeprav se je od leta 1970 do danes število zlomov pod nivojem kolena zmanjšalo za 83 %, se je s pojavom zarezne tehnike povečalo število poškodb kolena, predvsem poškodb sprednje križne vezi ter zlomov zgornjega dela golenice. Zlome bližnjega dela golenice so predstavili po tipih: tip I – dvodelni zlom lateralnega platoja, tip II – depresijski zlom lateralnega platoja, tip III – depresija centralnega dela lateralnega platoja, tip IV – zlom medialnega platoja, tip V – bikondi-

larni zlom platoja, tip VI – zlom platoja v povezavi z zlomom proksimalnega dela diafize tibie oz. metafizalno-diafizalna separacija. Ob koncu so prikazali še statistiko obravnav »smučarskih« zlomov proksimalne golenice, ki so jih v Splošni bolnišnici Jesenice obravnavali v letih od 2005 do 2020. Za boljše pomnjenje so teorijo pospremili s predstavitvijo smučarskega »eksplozijskega« zloma zgornjega dela golenice, visokoenergijske kompleksne poškodbe, pri kateri zlom spremljajo poškodbe hrustanca, vezi in mehkih

tkiv, kar je med operativno oskrbo pripeljalo do asistentovega vprašanja operaterju: »Ej ga! Kje za vraga pa je tule koleno?«

Maja Kumer (Medis) je predavala o **lajšanju bolečin z metoksi-fluranom**. Bolečina zaradi poškodbe je pogosto nezadostno lajšana. To zdravilo je za aplikacijo pripravljeno v nekaj sekundah, aplikacija traja do štiri minute, in sicer s 6–10 vdih. Indicirano je pri bolečinah, ki na 10-stopenski lestvici dosegajo 4–7 točk. Po 20 minutah učinek popusti.

Zahvala in pohvala: Tako tekmovalni kot izobraževalni del srečanja sta bila pripravljena odlično. Novo ekipo organizatorjev okrog kolega Mateja Andoljška so sestavljale Tatjana Pintar, Katarina Turk in Klara Mihelič, komentiranje tekme veleslalomu in povezovanje ob svečani podelitvi medalj in nagrad je znova odlično izpeljala napovedovalka Eva Longyka Marušič, za posnetke tekme in za projekcijo pa je skrbel fotograf Dušan Štajer. Progo za tek je imel v oblasti Matej Soklič, progo za veleslalom pa ASK Kranjska Gora.

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

Judita Mandelc Kunčič – zdravnica in magistra slikarstva

Stetoskop in čopič v harmoniji

Zvonka Zupanič Slavec

Redki zdravniki združujejo v sebi toliko nadarjenosti in puščajo za sabo tako bogate strokovne, umetniške in športne sledi kot zdravnica in magistra slikarstva, nekdanja vrhunška plavalca Judita Mandelc Kunčič. Ob

presežnem znanju in delu jo odlikujejo številne kreposti, predvsem poštenje, človeška toplina in dostojanstvo, neredki pa si jo zapomnijo tudi po njenem smislu za lepoto in ženskem šarmu. Ko ji je bog delil nadarje-

nost, je kar pozabil zavezati vrečo ... A Judita se zaveda te milosti in zato blagohotno deli vse, kar zna in zmore.

Judita Mandelc Kunčič je zdravnica anesteziologinja, doma z Gorenjske. Bled in Kranj sta prostor, iz katerega izhaja in kjer se je šolala, dolga leta trenirala plavanje in preko vzorov lastne družine in bližnjega okolja sprejemala trdne delovne navade ter vso natančnost. Odkar pomni, ji je slikarstvo navdse ljubo,

saj je že v osnovni šoli risala in sanjerala o umetniški poti, a so življenjske odločitve bogato nadarjeno Judito pripeljale v zdravniški poklic. V njem je postala odlična in izjemno odgovorna anesteziologinja, ki s presežnim strokovnim znanjem in vso natančnostjo stoji za svojimi bolniki. S svojim organizacijskim čutom, kakor tudi globokim spoštovanjem do sodelavcev je postala vodja anesteziološke službe v jeseniški bolnišnici in je to odgovorno delo z nenehnimi dežurstvi ter vsakršnim človeškim odpovedovanjem brezhিবno opravljala skozi dolga leta. Še vedno je strokovni steber anesteziološke službe jeseniške bolnišnice, izkušena mentorica specializantom ter predana sogovornica sodelavcem in mlajšim kolegom. Ob vlogi žene in matere ter skrbnem urejanju topllega doma na Bledu se je v zadnjem desetletju odločila, da bo slikala, in se je pridružila Likovni skupini Kulturno-umetniškega društva Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher. V njej je začela redno sodelovati s tamkajšnjimi slikarji in mentorji, ki imajo veliko znanja in lastnih izkušenj na tem področju, in se udeleževala različnih likovnih kolonij.

Njena odločenost za slikanje jo je pripeljala do Šole za risanje in slikanje – Arthouse, ki sta jo pred skoraj tridesetimi leti ustanovila akademska slikarja Darko Slavec in Mladen Jernejec. V njihovem programu visokošolskega likovnega izobraževanja je osvojila ne le izjemne praktične pristope, ampak tudi veliko teoretičnih osnov likovnega izražanja. Na imenovani šoli je Judita Mandelc Kunčič opravila diplomsko in magistrsko delo. Pri prvem se je posvetila slikanju človeka pri športu, ker je bila tudi sama vrhunška plavalka. Ta šport zelo dobro pozna in so zato njene slike toliko bolj prepričljive, saj prikazujejo ne le pravilno anatomijo plavalca, ampak tudi pravilno fiziologijo oz. delovanje mišičja med plavanjem. Še posebej intenzivno pa te njene slike izražajo športnikovo energijo, njegovo notranjo moč, voljo



Judita Mandelc Kunčič ob odprtju svoje slikarske razstave 4. oktobra 2019 z Zvonko Zupanič Slavec.



Figura športnika je slikarko spremljala še posebej intenzivno, ker je bila tudi sama aktivna plavalka.

po premagovanju samega sebe in željo po zmagi.

Njeno magistrsko delo je bilo drugačno, a še posebej zanimivo za zdravnika. Ukvarjala se je s fenomenom zrcalnih nevronov v umetnosti. Pri tem je zapisala: »Parmaska skupina raziskovalcev je z odkritjem zrcalnih nevronov podala osnovo za razmišlja-

nje o vlogi zrcalnih nevronov v umetniškem izražanju: ta osnova je aktivacija enakih možganskih funkcij pri opazovanju ustvarjanja in pri samem ustvarjanju, kar lahko razumemo kot prehod vizualne informacije v motorično aktivnost.

Povezava med občudovanjem neke umetnine in empatijo, ki jo ta

umetnina sproži, je bila predmet številnih razprav, ki segajo v zgodovino in so se pojavile v devetnajstem stoletju z izrazom »izpolnitev« ali nemško Einfühlung in Pathosformel. Gre za čustveni odgovor na umetniško delo. Zvezo med kognicijo in estetskim izkustvom je Merleau-Ponty razširil, češ da ne gre le za podoživljanje tistega, kar je na sliki, temveč tudi za podoživljanje umetnikovega stanja v času ustvarjanja.

Danes je poudarek v tem, da je naše telo, soma, vključena v vsa kognitivna stanja in v doživljanje estetskega, ki ni samo intuitivno, introspektivno in metafizično, pač pa ima svoj temelj, svoje domovanje v materiji, to je nevrološkem sistemu naših možganov. Ves obseg umetniškega dela, velikost, oblika, izražena čustva, simboli v opazovalcu povzročijo empatične občutke, za katere se lahko vprašamo, »kaj« jih je sprožilo. Empatijo sproži celotna umetnina ali le detajli izvedbe umetniškega dela, sledi čopiča in dleta, sledi umetnikove ročne spretnosti in unikatnosti izraza. Vse to se dogaja v materiji, v nevronskih mrežah, v možganih.

Svetovno znani nevroznanstvenik Vinalayur Ramachandran pravi: »Zrcalni nevroni bodo za psihologijo naredili to, kar je DNK naredila za biologijo.«

Slavospjev zrcalnim nevronom v znanstvenem svetu spremlja tudi kritično mišljenje, ki ga je v svoji knjigi *The Myth of Mirror Neurons* napisal Gregory Hickok, ki pravi, da teorija o zrcalnih nevronih stoji na trhljih nogah, vendar priznava, da je odkritje zrcalnih nevronov in teorija njihovega delovanja, ne glede na njeno pravilnost ali nepravilnost, pomembna zaradi novega načina razmišljanja in novih eksperimentov, to je vsega, kar bo vodilo v še bolj poglobljeno znanje o delovanju človeških možganov. Priznava jim pomembno vlogo v komunikaciji in kogniciji.«

Za slikarski prikaz teoretičnega dela magistrske naloge z naslovom »Zrcalni nevroni« je Judita na treh

slikarskih platnih prikazala svoje videnje delovanja možganov, vključevanje zrcalnih nevronov v empatijo in njihovo prisotnost v vsakem od nas oziroma v množici ljudi. Naslovi del so: Zrcaljenje v množici, Apel podoba na ogled postavi in Brezmejni možgani.

Slikovni prikaz tega fenomena je bil na zagovoru magistrerija zame pravo odkritje.

Mentor je ob razglasitvi njenega magistrerija povedal, da je bila izjemna slušateljica in so nanjo zelo ponosni. Prav tako smo nanjo lahko ponosni njeni kolegi in ji k sijajnemu likovnemu ustvarjanju iskreno čestitamo.

V petek, 4. oktobra 2019, je imela Judita v Viteški dvorani Blejskega gradu imenitno predstavitev svojega likovnega dela, na kateri sta s sogovornikom, predsednikom Muzejskega društva Bled Srečom Vernigom, v prikupnem dialogu ubesedila njeno likovno raziskovalno delo. Temu je sledilo odprtje razstave v galeriji Stolp na Blejskem gradu, kjer nas je Judita iskreno presenetila z vso razstavo. Videla sem že veliko njenih slik, vedela, da se uči pri različnih slikarjih, nisem si pa mogla misliti, da je zmožna slikati tako zelo različne motive in z najrazličnejšimi tehnikami, od akvarela do olja in akrila pa celo pastela. Bolj kot številne tehnike me je presenetila široka paleta motivike, od njej domačega pogleda, zname-nite blejske vedute, ki jo gleda skozi okno svojega doma, do čudovitih cvetličnih aranžmajev, tihožitij, portretov, figuralike in abstraktnih slik, skratka skorajda vsega, kar obstaja v likovni ustvarjalnosti. Množica obiskovalcev se je priklonila Juditi in njenemu delu ter pokazala globoko spoštovanje do njene izjemne zmožnosti, da ob zahtevnem poklicnem delu in družini konča tudi likovno fakulteto in predvsem aktivno slika.

Še nekaj misli o Juditinem slikarstvu iz likovne recenzije umetnostnega zgodovinarja in dvojnega doktorja znanosti Damirja Globočnika: »Judita Mandelc Kunčič je po svoji temeljni

slikarski usmeritvi realist; odstopanja od vidnega in občutenega znotraj realnega sveta so pogojena na primer s težnjo po obogatitvi cvetličnih in krajinskih motivov z barvnimi in svetlobnimi učinki, z razpoloženjem. Zaslediti je mogoče tudi rahlo stilizacijo, ki je pogojena s težnjo, približati se idealni likovni podobi krajine ali vedute. Med slednjimi motivi so slikarki zlasti ljubi pogledi na domače Blejsko jezero in otok, ki ga je upodobila v vseh omenjenih tehnikah. Skupina figuralnih motivov v oljni in akrilni tehniki prav tako zgovorno izpričuje osrednja slikarska nagnjenja Judite Kunčič Mandelc. Pri oljnih slikah je ženski akt upodobljen v krajinskem okolju, pri akrilnih kompozicijah pa so sedeče figure (slikarski modeli) lahko premišljeno razporejene v nevtralnem barvni prostor, kar omogoča osredotočanje na njihovo držo in posebnosti. Spreminja se tudi značaj potez, ki so pri tihožitjih in krajinskih motivih pogosto sproščene in jih slikarka lahko povezuje v slikovite skupke in preplete, pri figuralnih motivih pa z njimi skrbno sledi telesnim oblikam, kot jih je zarisala svetloba.«

Ob Juditi, ki je vedno urejena kot iz škatlice, ki nikoli ne zamuja in odlično dela na vseh zapisanih področjih, se lahko samo sprašujemo, kako ji to uspeva. Vedno se zgledujem po presežnih ljudeh, a tukaj se konča tudi moje posnemanje, ker je Judita dejansko nepresežna. Moje iskrene čestitke, globok poklon in iskrena želja, da bi njen drugi poklic na platna prenašal ves njen bogat duhovni svet.

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

Včeraj, danes, jutri

Jana Govc Eržen

Včeraj

V ambulantah družinske medicine je bilo od nekdaj mnogo stikov z bolniki. Bolniki so prihajali v ambulanto naročeni, nenaročeni, kar tako mimogrede, ker so imeli še zobozdravnika ali frizerja, pa so se oglasili, ker imajo nekaj vprašanj, odgovori nanje ne zahtevajo veliko časa. Mnogo je bilo tudi stikov z bolniki, ki so želeli s telefonskim pogovorom prihraniti dragoceni čas, se posvetovati o zdravstvenih težavah, o simptomih, o zaskrbljenosti, o potrebi po bolniški odsotnosti z dela, a če bi bilo potrebno, lahko nemudoma pridejo v ambulanto... Telefoni so zvonili od jutra do poznih popoldanskih ur, vmes se je slišalo tudi glasno trkanje na vrata in glasovi: »Samo recept potrebujem!« ali »Lahko nekaj vprašam?« ali »Danes sem naročen na pregled v bolnici, takoj potrebujem napotnico.« Naše ambulante so imele od nekdaj na široko odprta vrata, večkrat sem imela občutek, da vrat sploh

nimajo. Razen za učinkovito in glasno trkanje. V takšni ambulanti ni bilo enostavno delati, zdržali so le tisti, ki so imeli radi ljudi in svoj poklic.

Danes

Zaradi epidemije so se vrata ambulante družinske medicine zaprla, bolniki ne sedijo v čakalnicah, ne trkajo. Nekaj dni celo telefoni ne zvonijo, mir, tišina. Kako blagodejno in pomirjujoče. Urejam zdravstvene kartoteke, ki so zajetne in »težke«, prebiram izvide, načrtujem obravnavo, diagnostiko, zdravljenje. Epidemija mi je podarila nekaj dni miru in časa, a le nekaj dni. Nakar ponovno oživijo telefoni, bolniki želijo nasvete, ne želijo na preglede v bolnišnico, strah jih je okužbe, strah jih je neznane bolezni, strah jih je smrti. Komu naj verjamejo? Navodila za obravnavo bolnikov se spreminjajo iz dneva v dan. Bolniki želijo na odvzem brisov, razlagam, da lahko samo tisti, ki so za hospitalizacijo, naslednji dan lahko tudi trgovci, nato tudi vsi, ki pokašljejejo. Ne, ne morejo sami na odvzem, moram jih najaviti. Kaj pa tisti, ki so prišli iz tujine? Nova navodila od jutri dalje. Pišem recepte za en mesec, bolniki postajajo nestrpni, ne želijo čakati vsak mesec v vrsti pred lekarno, lahko se okužijo. Ne razumejo povsem, jaz tudi ne. Poslušajo poročila, so slišali, da ni treba podaljševati bolniške odsotnosti pri pooblaščenih zdravnikih Zavoda za zdravstveno zavarovanje, naj kar podaljšam, težave so sedaj še hujše, bolečine, strah, ne morejo spati. Kar čez noč sem postala dovolj zaupanja vredna, da lahko sama ocenim, ali je bolnik sposoben za delo. Ni treba pisati, ena administrativna obremenitev manj, kar mi je všeč.

Zaskrbljena bolnica sporoči, da je sosedka menda pozitivna, je bila na kavi z nekom, ki je iz tistega kraja, kjer je veliko okuženih... ali ji lahko odredim izolacijo. Spet druga bolnica sporoči, da ne more na naročeno preiskavo, saj čuva vnukinjno, ker ni vrta... želi novo napotnico. Pregledujem fotografije izpuščajev, ki jih bolniki pošiljajo po elektronski pošti. Pogovori po telefonu so dolgotrajni, odločanje brez prisotnosti bolnika in brez kliničnega pregleda je odgovorno, včasih



nemogoče, a bolniki sodelujejo, so razumevajoči. Če jih pokličem, da se pozanimam o zdravstvenem stanju, znajo ceniti, so zelo hvaležni. Tudi nekateri kolegi v bolnišnici so bolj dosegljivi, veliko problemov rešimo po telefonu. Hvaležna sem za Centralni register podatkov o pacientih, da lahko dostopam do mnogih specialističnih izvidov, a moti in jezi me, da še vedno ne do vseh.

Zdi se, kot da je na svetu samo ena bolezen, samo o njej beremo, se pogovarjamo, razmišljamo, smo zaskrbljeni, se prilagajamo.

Bolniki pogrešajo osebne stike z zdravnikom, to tudi povedo. Tudi jaz

jih pogrešam. Počasi se pripravljamo na odpiranje ambulant, a vrata ne bodo na stežaj odprta. Morda nam bo uspelo. Skupaj z bolniki. Želim si, da bi imela dovolj časa zanje. Želim si, da bi se lahko z njimi pogovarjala, jih bolje spoznava, izvedela vse tisto, kar lahko vpliva na njihovo zdravje, povzroči bolezen, da bi se lažje odločala, načrtovala zdravljenje. To sem želela že včeraj.

Jutri

Bolniki se naročajo, za vsakega imam na voljo 15 minut. Sprejemam jih do 12.00, nato pregledujem

izvide, odgovarjam na elektronska sporočila, bolnike pokličem po telefonu, opravi hišni obisk. Z računalniškimi programi nimam nobenih težav, vse deluje hitro, natančno. Čakalnice so prazne. V vsaki ambulanti sodeluje specializant družinske medicine, zanimanje za družinsko medicino je zelo veliko. Nič ne sme biti tako, kot je bilo, mora biti bolje.

Prim. Jana Govc Eržen, dr. med., spec. druž. med., Zdravstvena postaja Vojnik

Ogrožena svoboda

Nina Mazi

V dneh pandemije, pa tudi pred in po njej so oz. bodo na preizkušnji številne ključne vrednote posameznika in družbe. Med najbolj ogrožene v času epidemije okužbe s COVID-19 zdravniki, psihologi, farmakologi, sociologi in filozofi uvrščajo zdravje (fizično, psihično, socialno) in svobodo oz. človekove pravice in svoboščine. V zaostrenih oz. v izrednih razmerah sta oba na največji preizkušnji, pri čemer je svoboda s človekovimi pravicami in svoboščinami na čelu (v nasprotju s splošnim prepričanjem površnih opazovalcev) celo bolj občutljiva in ogrožena od zdravja. Tudi in predvsem zato, ker jo skušajo zdravstvo, politika in gospodarstvo čim bolj omejiti, potlačiti in zatreti – ji pristriči peruti in jo iz domene posameznika stlačiti v nabor kolektivnega. Pa tudi zato, ker mora za lastno svobodo oz. pravice in svoboščine poskrbeti (predvsem) vsakdo sam. Količina in stopnja svobode v vsakdanjem življenju je odvisna predvsem od političnega sistema, družbene klime, razmer in pogojev za življenje in delovanje ter odločenosti in sposobnosti posameznika in skupin za varovanje in upoštevanje človekovih pravic in svoboščin.

Omejevanje svobode v času epidemije, s katerim se soočajo tako izvajalci (zdravniki in njihovi sodelavci) kot

tudi uporabniki zdravstvenih storitev (bolniki in njihovi najbližji), je škodljivo in nevarno – tvegano ne le kratkoročno, marveč tudi srednje- in dolgoročno. Posledice omejevanja temeljnih pravic in svoboščin bodo pri sodobni populaciji prisotne še (dolgo) potem, ko bo epidemija oz. pandemija premagana. Z učinkovitim zdravilom in cepivom bo stroka (relativno hitro in učinkovito) pomagala vzpostaviti telesno zdravje. Pot do (ponovne) svobode pa bo moral vsakdo prehoditi sam. Zato morajo biti omejevalni ukrepi in določila dobro premišljeni in preverjeni ter strokovno utemeljeni – usklajeni z objektivnimi razmerami in sorazmerni z dejanskim stanjem. Sleherno (pretirano) omejevanje in prisila predstavljata tveganje za dragoceno demokracijo, hkrati pa odločevalcem nalagata breme odgovornosti ne le za današnjo, marveč tudi za prihodnje generacije.

Viri: EU/EC Report 3/2020, www.focus.com, www.forbes.com, www.un.org

Nina Mazi, Ljubljana

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: 10,000 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 was 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

Miha Lukač, 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.

An underwater scene with vibrant coral in shades of orange and pink on the left, and a large, detailed virus particle in the center. The background is a deep blue-green color with soft light filtering through.

Koronavirus in drugi podkasti Vala 202 tudi na vašem telefonu?

Val202.rtv slo.si/podcast