

IS IS

**Glasilo Zdravniške
zbornice Slovenije**

November 2021

Številka 11



Izr. prof. dr. Helena Haque Chowdhury: "Celično zdravilo, ki smo ga pripravljali v laboratoriju, so bolnikove tumorske celice prostate in dendritične celice, vrsta imunskih celic. Dendritične celice aktiviramo z bolnikovimi tumorskimi celicami prostate. To storimo tako, da oba tipa celic med seboj zlijemo z elektrofuzijo, pri tem nastanejo hibridne celice – imunohibridomi, imenovani aHyC."

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 daje zagotovilo, 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. Če ga še nimajo, ga lahko brezplačno pridobijo. Na portalu e-uprave je dostopna **Vloga SIGEN-CA**, ki jo izpolnijo in odnesejo na najbližjo upravno enoto;
- vzpostaviti VEP na spletni strani **<https://vep.si/>** po navodilih za registracijo, ki so dostopna na njihovi strani. Za pomoč pri registraciji se lahko obrnejo na: **pisarna@eius.si** ali na tel. št.: 01 426 53 76;
- vnesti svoj VEP-naslov in davčno številko (potrebna za preverjanje VEP-predala v primeru pošiljanja pošte s strani ZZS) v profil člana na spletni strani ZZS. V primeru težav pri vstopu v intranet (dodelitev uporabniškega imena in gesla), se le-te sporoči na: **podpora@zss-mcs.si**.



Splošni podatki in članstvo

Datum rojstva: 01.01.1900

E-poslovanje

VEP-naslov: NI podatek

Davčna št.: NI podatek

Obveščanje

Želim prejemati obvestila: ☒ Da ☐ Ne

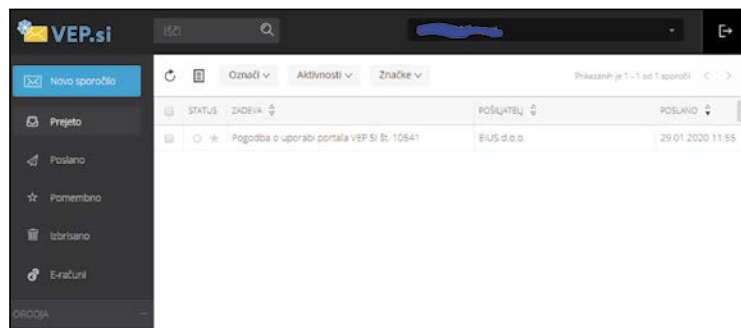
Prejemanje obvestil za prosta delovna mesta

Profil člana – podatek o VEP-naslovu

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

Kako deluje VEP?

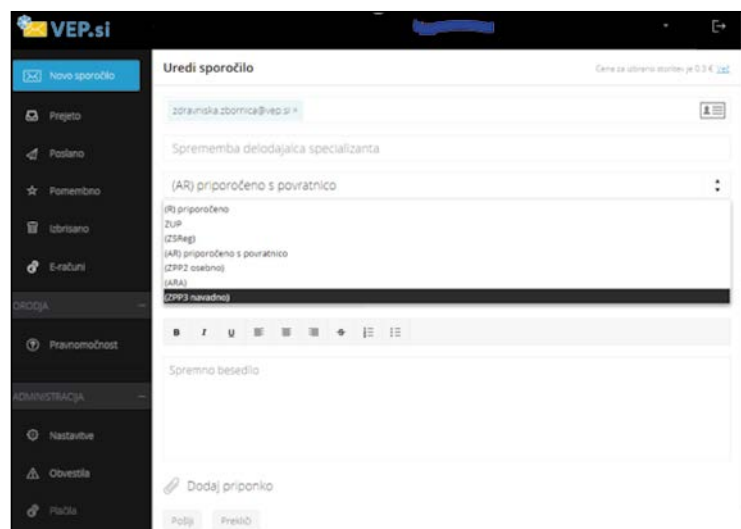
VEP deluje podobno kot drugi predali za elektronsko pošto, le da je to predal za pošiljanje in prejemanje uradne pošte.



Primer VEP po opravljeni registraciji

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«



Primer VEP-sporočila

Sistem bo obveščal o dospetju, prevzemu – vročitvi na elektronski naslov, ki ga je član podal ob registraciji VEP-a. Enako bo sistem obvestil o prispeli pošiljki v VEP. V VEP so vsa sporočila prikazana v mapi »Prejeto«.

Člani, ki bodo v svoj profil na spletni strani ZZS vnesli 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 ZZS. Naslov zborničnega VEP-a:

zdravniska.zbornica@vep.si

Priprava:
Maja Horvat, mag. posl. inf.

O epidemiji, resnici in kratkih stikih

Bojana Beović

Živimo v zgodovinskih časih, kakršnih nismo pričakovali, še manj želeli. Zdravniški poklic je izpostavljen kot še nikoli. Dela je več, delovne razmere so drugačne, potrebno je prilagajanje na vsakem koraku, javnost nas sprejema kot rešitelje, a tudi kot ljudi, odgovorne za vse slabo, kar se jim v epidemiji dogaja.

Resnica je pravi, čeprav pogosto ne najlažji način sporazumevanja. Da mora zdravnik na razumljiv način ponuditi informacije, ki jih potrebujejo pacienti, da bodo lahko sami odločali o predlaganih zdravstvenih ukrepih, je več kot le stavek v kodeksu. Epidemija tega ni spremenila, ta občutek je le okrepila.

Zato vedno delimo vse tehtno in preverjeno znanje, ki je v določenem trenutku na voljo, z iskreno željo, da čim bolj celovito seznanjamo z dejstvi tako strokovno javnost kot prebivalstvo. V času infodemije, kot jo je poimenovala Svetovna zdravstvena organizacija, je to toliko bolj pomembno. Tudi potrpežljivost, da skušamo večkrat pojasniti nekaj, kar se morda zdi že

samoumevno. Kratkih stikov je tako manj, so še krajši in naredijo manj škode.

Številni zapisi in odzivi, tako iz strokovnih krogov kot iz splošne javnosti, so ne samo pomembni, temveč ključni. V časih, ko je stigmatizirana vsaka napaka in marginaliziran vsak dosežek, je posluš zanje in premislek o njih pomemben. Za nekatere se zdi, da avtorji iščejo mline na veter, da bi se z njimi borili. Pa vendar ob občasni osuplosti sprožijo tudi dodaten napor v razmišljanju, kako bi določen izziv razložili še bolj natančno ali bolj primerno. Vendar se hkrati zavedamo, da en človek ne more biti lastnik dokončne resnice. Pogledi so seveda različni. Tehtni so tisti, ki so strokovno podprti. Iskanje resnice v življenju se konča šele z njegovim koncem.

Sreča sodobnega globalnega sveta je, da znanost še nikoli ni sodelovala s skupnim ciljem v takšnem obsegu, kot to poteka v zadnjem letu, obenem njeni izsledki še nikoli niso bili tako široko dostopni. Hkrati to prinaša nevarnost, da posamezne ugotovitve z objavo prehitijo v prejšnjih časih uveljavljeno večkratno preverjanje pred kvalificiranimi zaključki. Kljub iskrenemu namenu slediti resnici se zdravniki zavedamo, da je naša resnica odvisna od tega, kar je znanost odkrila in kako zanesljivi so znanstveni izsledki. Nuja nas je v poteku epidemije pogosto silila k ukrepanju, kljub temu da metode niso bile znanstveno utemeljene tako, kot smo vajeni, vmes so se mešali številni interesi, tudi namerna zavajanja.

Vloga zdravništva v času neizmerno dostopne znanosti ali njenih delčkov ali prostih interpretacij je še toliko težja. Opolnomočenje ljudi, ki so informirani, je zelo dobrodošlo, a so ljudje pogosto prepričani, da se mora teža dogodka ujemati z njihovimi pogledi nanj. Teorije, ki jih na spletu ponujajo pisci z neznanim ozadjem ali celo identiteto, so pogosto eden od načinov, kako se soočiti s težkimi dogodki. Vendar na koncu ne štejejo digitalni všečki, temveč dejanja v resničnosti. Odločitve, ki spremenijo življenje, so sprejete ob človeku.



Foto: Bor Dobrin

Le tako so lahko spoštljive, razumeval-
joče in sočutne.

V obdobju, ko se del razvitega sveta, ki je sprejel cepljenje, vrača nazaj v normalno življenje, se srečujemo še z eno za medicino sicer znano, a ne tako izpostavljeno dimenzijo. Cepljenje je izjemno učinkovit javno-zdravstveni ukrep, ki prepreči bolezni, trpljenje in umiranje, v pandemiji vrača v življenje celotno družbo, a ni nikoli brez neželenih učinkov. Statistični izračun pomaga množicam ljudi, neželeni učinek pa uniči posamezno človekovo življenje, ki nam je, zdravnikom, svetinja. Breme je veliko in še poveča ga misel na izgubljena

življenja, ki jih bo prineslo nasprotovanje cepljenju.

Nasprotovanje cepljenju ima v Sloveniji globoke korenine, v tem trenutku za zdravnike predstavlja danost tako kot diagnoza pri posameznem bolniku. Zato smo dolžni poiskati poti, ki bodo obvarovale kar največ življenj in bodo sprejemljive za vse.

Vrnimo se k številnim pomislekom, ki spremljajo nenavadne čase. Redno jih premlevamo s kolegi. Vsaka pripomba – še tako nenavadna ali nekonvencionalna – je slišana in dobrodošla. Tudi zato načrtuje zbornica obiske, predavanja in srečanja s

kolegi na terenu, prvič oktobra v Pomurju. Da bi slišali vprašanja in skupaj poiskali odgovore.

Trenutno stisko bomo premagali le z enotnostjo, smo v odzivu na čas, poln izzivov, zapisali v pismu člani izvršilnega odbora zbornice. Včasih slišimo pomisleke, da nam bo iz številnih težav v zdravstvu pomagala le višja sila. V to verjamem. Ker verjamem, da so višja sila vsi dobronamerni ljudje.

**Prof. dr. Bojana Beović, dr. med., spec.,
predsednica**

Javni poziv za imenovanje koordinatorja specializacije – otroška kirurgija

Zdravniška zbornica Slovenije je z dnem 29. 10. 2021 na spletni strani objavila Javni poziv za imenovanje koordinatorja specializacije za specialistično področje:

- otroška kirurgija

Na javni poziv za imenovanje koordinatorja specializacije za zgoraj navedeno specialistično področje se, skladno z določili Pravilnika o vrstah, vsebini, trajanju in poteku specializacij zdravnikov (Uradni list RS, št. 22/18, 187/20 in 87/21, v nadaljevanju: pravilnik), lahko prijavijo kandidati, ki:

- so imenovani za glavnega mentorja,
- so zaposleni v pooblaščen ustanovi, kjer se lahko izvaja specializacija, za katero kandidirajo, in
- so priznani strokovnjaki na svojem strokovnem področju.

Četrty odstavek 27. člena pravilnika določa, da mandat koordinatorjev specializacij traja štiri leta, z možnostjo enkratnega ponovnega imenovanja, če so kazalniki kakovosti znotraj izvajanja

specializacije ustrezni. Naloge koordinatorjev so določene v pravilniku.

Kandidati morajo vlogi priložiti:

- svoj življenjepis in
- predlog oziroma vizijo usposabljanja za specializacijo, za katero kandidirajo.

Pisne vloge z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite priporočeno ali osebno vložite na naslov Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162, 1000 Ljubljana, s pripisom: »JAVNI POZIV ZA IMENOVANJE KOORDINATORJA«, do vključno 29. novembra 2021 (rok za oddajo vlog). Vloga je pravočasna, če prispe na zbornico najpozneje zadnji dan razpisnega roka oziroma je do tega dne priporočeno oddana na pošto (do vključno 29. novembra 2021).

Z ugodnim kreditom do uresničitve vaših sanj

O potrošniškem kreditu navadno razmišljamo takrat, ko potrebujemo sredstva za večji izdatek, na primer za nakup avtomobila ali obnovo doma, najem kredita pa je lahko priročna izbira tudi za plačilo sanjskih počitnic, nakup novega računalnika ali pa za poplačilo nepričakovanih stroškov. Z najemom kredita si tako lahko privoščimo nakup takoj, izdatke pa enakomerno porazdelimo na daljše obdobje.

Potrošniški gotovinski kredit do 40.000 EUR

Dostop do ugodnega potrošniškega kredita z odplačilno dobo do 7 let je preprost, znesek kredita in mesečna kreditna obveznost pa sta odvisna od kreditne sposobnosti stranke. Člani Zdravniške zbornice Slovenije lahko ob najemu potrošniškega kredita v UniCredit Bank izkoristite kar 50 % popusta na stroške odobritve kredita in pridobite tudi za 0,70 odstotne točke nižjo fiksno obrestno mero v primerjavi z redno ponudbo.

Ne spreglejte tudi možnosti za najem kredita do 5.000 EUR, ki ga lahko stranke UniCredit Bank, pod določenimi pogoji, uredijo kar na spletni strani Banke, brez obiska poslovalnice.

Stanovanjski kredit z odplačilno dobo do 30 let

Če razmišljate o nakupu nepremičnine, vam lahko na poti do uresničitve želja pomaga stanovanjski kredit z odplačilno dobo do 30 let. Morda nepremičnino že imate, pa si želite večje stanovanje ali lastno hišo, ki bi jo uredili po svoji meri. Stanovanjski kredit lahko najamete tako za nakup stanovanjske nepremičnine kot tudi počitniških objektov in garaž, za gradnjo, rekonstrukcijo in prenovo objektov, za nakup ter opremljanje stavbnih zemljišč, izplačilo solastnikov ali dedičev nepremičnine ter refinanciranje obstoječih manj ugodnih stanovanjskih kreditov.

Ob najemu potrošniškega ali stanovanjskega kredita lahko izbirate med ugodno variabilno ali fiksno obrestno mero. Če želite imeti pregled nad višino kreditnih obveznosti, je prava izbira fiksna obrestna mera, saj vam omogoča lažje načrtovanje vašega mesečnega proračuna, ker bo vaš mesečni obrok skozi celotno obdobje odplačevanja ostal enak. V kolikor pa se odločite za variabilno obrestno mero, to pomeni, da se mesečne obveznosti prilagajajo glede na gibanje referenčnih obrestnih mer Euribor.

Člani Zdravniške zbornice Slovenije lahko izkoristite posebno ugodno ponudbo stanovanjskega kredita, ki zagotavlja za 0,70 odstotne točke nižjo fiksno obrestno mero v primerjavi z redno ponudbo ter polovične stroške odobritve.



Prvi v kategoriji Naj stanovanjsko posojilo z variabilno obrestno mero

Uredništvo Moje finance je tudi letos pripravilo poglobljeno neodvisno strokovno raziskavo Najugodnejša banka 2021. UniCredit Bank je bila v kategoriji Naj stanovanjsko posojilo z variabilno obrestno mero razglašena kot zmagovalka primerjalnega testa bank v Sloveniji. Ta nagrada je potrdilo, da naše prizadevanje za najugodnejšo ponudbo prepoznavajo tudi zunanji neodvisni ocenjevalci.

www.unicreditbank.si/zzs

Brezplačni telefon: 080 88 00

Oglasno sporočilo

 **UniCredit Bank**

Končno več prostora.

Stanovanjski krediti

Dobro počutje v vašem domu je tisto, kar šteje. Prav tako kot ugoden kredit.

- Za člane ZZS za 0,70 odstotnih točk nižja fiksna obrestna mera od redne ponudbe
- 50 % popust na stroške odobritve kredita

www.unicreditbank.si/zzs

Banka za vse, kar
vam je pomembno.

 **UniCredit Bank**

Uvodnik

- 3** O epidemiji, resnici in kratkih stikih
Bojana Beović

K naslovnici

- 8** Helena H. Chowdhury,
Simon Hawlina, Robert Zorec
Alojz Ihan

Zbornica

- 14** Iz dela
zbornice
- 17** Obisk Pomurja: spoznavanje
izzivov in iskanje rešitev s
člani na terenu
- 18** Mag. Željko Vrankić,
zobozdravnik, ki s humorjem
odganja strahove
Jure Brankovič

Aktualno

- 19** Spremenjen študijski program
na MF Ljubljana
Tomaž Marš,
Mitja Košnik,
Marija Petek Šter
- 20** Kaj smo se stroke in
strokovnjaki za duševno
zdravje otrok in mladostnikov
naučili iz lekcije covida-19?
Anica Mikuš Kos

Iz Evrope

- 25** Diskvalifikacija
lekarnarjev
- 25** Kratko in
informativno
- 26** Kontra: Nasprotovanje
cepljenju – enako staro kot
cepljenje

Zdravstvo

- 27** Raku trebušne slinavke odslej
namenjeno več pozornosti
Marjetka Jelenc,
Tit Albrecht

- 29** Mladostniki iz manj
premožnih družin med
pandemijo s slabšim
duševnim zdravjem in manj
zdravimi vedenji
Helena Jeriček Klanšček,
Katarina Žlavs,
Vesna Pucelj,
Ada Hočevnar Grom

Forum

- 33** Komentar k zapisom
Marjan Kordaš
- 33** Zvonjenje v prazno ali kako
zveni labodji spev nekega
sistema
Polona Campolunghi Pegan
- 36** Kaj je šlo narobe?
Marjan Fortuna
- 37** Aktualno – pogovorimo se
o odgovornosti
Zdenka Čebašek - Travnik
- 39** Prikaz nasprotnih dejstev
v zvezi z objavo gibanja
Zdravstvo.si »Skupščina
državnega zdravstva«
*Zavod za zdravstveno
zavarovanje Slovenije*
- 42** Dan potem
Nina Mazi
- 44** Tujega (znanja) nočemo,
svojega nimamo
Marjan Fortuna

Medicina

- 46** Minimalno invazivni posegi
na stopalu – pomemben
mejniki v razvoju stopalne
kirurgije?
Matjaž Merc
- 48** Hemovigilanca – poročilo
Službe za hemovigilanco za
leto 2020
Ivica Marić, Irena Bricl

Poročila s strokovnih srečanj

- 51** 25. svetovni kongres
spolnega zdravja
Irena Rahne Otorepec

Strokovna srečanja

- 53** Zbornična izobraževanja za
zdravnike in zobozdravnike
- 54** Strokovna
srečanja
- 61** Mali
oglosi

Iz zgodovine medicine

- 64** Iz zgodovine epidemiologije:
pomen prezračevanja
Mojca Ramšak

V spomin

- 68** Jana Tikvič Barič, dr. med.,
specialistka pediatrije,
utemeljiteljica celjske
neonatologije (1929–2021)
Zlata Felc

S knjižne police

- 69** Ranko Rajović: IQ otroka –
skrb staršev
Nina Mazi
- 70** Svoboda dihanja
Zdenka Čebašek - Travnik

Zanimivo

- 71** Presenečenje
Jasna Čuk Rupnik

Zdravniki v prostem času

- 72** Strogo zaupno
Matjaž Lesjak
- 75** Kolesarjenje ob Muri 2021
Pavle Košorok
- 79** Kirurška evolucija
Mihael Sok
- 79** Katedrala
Mihael Sok
- 80** Iran
Aleksander Sterger

Zavodnik

82 Ivan, Ivana in javno življenje
Katja Groleger Sršen

Kolofon

Leto XXX, št. 11, 1. november 2021
Natisnjeno 9.750 izvodov
Datum tiska: dan pred izidom
UDK 61(497.12) (060.55)
UDK 06.055:61(497.12)
ISSN 1318-0193 CODEN: ISISF9

IZDAJATELJ IN ZALOŽNIK

Zdravniška zbornica Slovenije
Dunajska cesta 162, p. p. 439
1001 Ljubljana
W: <http://www.zdravniskazbornica.si>
T: 01 30 72 100, F: 01 30 72 109
E: gp.zzs@zgs-mcs.si
Transakcijski račun: 02014-0014268276

PREDSEDNICA

Prof. dr. Bojana Beović, dr. med., spec.

UREDNIŠTVO

Slavka Sterle, Marija Cimperman
Dunajska cesta 162, p. p. 439
1001 Ljubljana
W: <http://www.zdravniskazbornica.si>
Isis online: ISSN 1581-1611
T: 01 30 72 152, F: 01 30 72 109
E: isis@zgs-mcs.si

ODGOVORNI IN GLAVNI UREDNIK

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

UREDNIŠKI ODBOR IN NOVINARJI

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

LEKTORIRANJE

Marta Brečko Vrhovnik, univ. dipl. slov.
E: marta.brecko@zgs-mcs.si

OBLIKOVNA ZASNOVA

Agencija Iz principa

RAČUNALNIŠKA POSTAVITEV IN PRIPRAVA ZA TISK – DTP

Stanislav Oražem

TRŽENJE

Zdravniška zbornica Slovenije
Dunajska cesta 162, p. p. 439
1001 Ljubljana
T: 01 30 72 152, F: 01 30 72 109
E: isis@zgs-mcs.si

TISK

Tiskarna Povše

Vse pravice pridržane, ponatis celote ali posameznih delov je dovoljen le z dovoljenjem uredništva.

Lastnik blagovne znamke:

Zdravniška zbornica Slovenije
Dunajska cesta 162
1000 Ljubljana

Navodila avtorjem

Članke oddajte v elektronski obliki. Dolžina člankov (razen poročil s strokovnih srečanj, nekrologov in fotoreportaj) je omejena na 12.000 znakov – štetje brez presledkov. Članku lahko priložite do 3 fotografije (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 x 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@zgs-mcs.si. Objavljeni bodo dogodki za največ tri mesece vnaprej.

Izjava uredništva

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

Letna naročnina

Letna naročnina za nečlane (naročnike) je 54,12 EUR. Če je prejemnik glasila v tujini, se dodatno zaračunajo stroški poštnine po veljavnem ceniku Pošte Slovenije. Posamezna številka za nečlane stane 4,92 EUR. 5-odstotni davek na dodano vrednost je vračunan v ceni. Poštšina je plačana pri pošti 1102 Ljubljana.



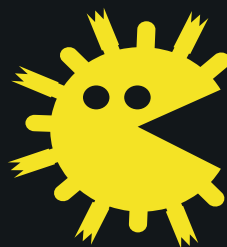
Helena H. Chowdhury, Simon Hawlina, Robert Zorec

Alojz Ihan

V avgustovski številki Clinical and Translational Medicine (IF 11,49) je izšel članek o rezultatih zdravljenja na kastracijo odpornega raka prostate (KORP) s celično imunoterapijo, razvito in izdelano pri nas. Kako je nastala ideja za to »celično zdravilo«? (Helena Haque Chowdhury, Simon Hawlina, Mateja Gabrijel, Saša Trkov Bobnar, Marko Kreft, Gordan Lenart, Marko Cukjati, Andreja Nataša Kopitar, Nataša Kejžar, Alojz Ihan, Luka Ležaič, Marko Grmek, Andrej Kmetec, Matjaž Jeras, Robert Zorec. Survival of castration-resistant prostate cancer patients treated with dendritic-tumor cell hybridomas is negatively correlated with changes in peripheral blood CD56brightCD16⁺ natural killer cells. Clin Transl Med. 2021;11(8): e505)

Robert Zorec: Od leta 2009 je v EU v veljavi nova zakonodaja na področju bioloških zdravil, ki uvršča med napredne oblike zdravljenja tkivnoinženirske izdelke, genetsko terapijo in celična zdravila. Prvo celično zdravilo za zdravljenje kastracijsko odpornega raka prostate je bilo leta 2010 odobreno v ZDA, vendar imajo bolniki kljub relativni uspešnosti zdravljenja kar nekaj hudih neželenih stranskih učinkov.

Da bi jih zmanjšali, je raziskovalno-klinična skupina v Sloveniji razvila povsem avtologno celično cepivo tako, da je iz bolnikovih levkocitov pripravila dendritične celice, ki so specializirane za predstavljanje antigenov, in jih z elektrofuzijo združila z bolnikovimi lastnimi (avtolognimi)



rakavimi celicami v imunohibridom (aHyC), ki ga je bolnik prejel subkutano. Na tak, povsem personaliziran način potem v telesu steče proces predstavljanja vseh, tudi neznanih antigenov rakave celice bolnikovemu imunskemu sistemu, saj ima rakava bolezen v vsakem bolniku individualen razvoj mutacij.

Desetletje pred uvedbo zgoraj omenjene zakonodaje na področju naprednih zdravil smo se ukvarjali z mehanizmi fuzije celične membrane, predvsem s študijem uravnavanja fuzije membranskih mešičkov, ki vsebujejo hormone, nevrotansmitterje in tudi prenašalce, ki se vgradijo v plazemsko membrano. V ta namen smo razvili elektrofiziološke meritve membranske kapacitete in optofiziološke metode, ki temeljijo na fluorescenci. Ključno je tudi bilo razviti laboratorijske postopke za pripravo primarnih celičnih kultur, kjer je imela ključno vlogo ga. Sonja Grilc, dipl. biol. Ko je v Slovenijo prispel prvi konfokalni mikroskop in smo ustanovili center Carl Zeiss za konfokalno mikroskopijo (1998), smo že načrtovali evalvacijo za spremljanje fuzije membrane med posameznimi celicami, s ciljem, da bi spodbudili znotrajcelično fuzijo membranskih mešičkov dveh heterolognih celic. Predvsem so nas zanimali lizosomi. To so strukture, ki v imunskih celicah predstavljajo antigene. To je bil izziv za doktorandko dr. Matejo Gabrijel in vstopili smo v sodelovanje z imunologom prof. dr. Matjažem Jerasom, ki je bil takrat na Zavodu za transfuzijsko medicino RS (ZTM). V tistem času se je močno povečalo zanimanje za vlogo imunskega sistema pri nadzoru napredovanja rakave bolezni. Tako smo razvili metode za določanje uspešnosti elektrofuzije celic z mikroskopijo, kar je bilo objavljeno (Gabrijel et al., 2004 in 2009). Razvoj elektrofuzije je bil tudi poseben izziv, kjer sta sodelovala prof. dr. Marko Kreft in dr. Igor Poberaj.

Elektrofuzijo izvedemo po lastnem, inovativnem postopku. Celice se na stekleni podlagi med zlatimi

elektrodami najprej pod vplivom visokofrekvenčnega električnega polja uredijo v tesne vrste, nato pa jih s kratkim sunkom visoke napetosti zlijemo. Postopek lahko opazujemo z naprednimi mikroskopskimi tehnikami, ki so del našega infrastrukturnega referenčnega centra Carl Zeiss za lasersko konfokalno mikroskopijo. Razvili smo tudi superločljivostno mikroskopijo STED, s katero lahko vidimo zlivanje lizosomov v hibridnih celicah.

Nujno je bilo treba uvesti tudi »sistem kakovostnega vodenja«, skladno s standardi in zakonodajo, in to je bil za akademski laboratorij kar podvig. S tem smo začeli leta 2006. Tako smo bili s tehnologijami nared za možno izvedbo klinične študije, ko se je uvedla zgoraj omenjena zakonodaja, ki pa je bila le počasi uvedena tudi v slovenski sistem. Potem smo zelo intenzivno sodelovali pri pripravi kliničnega protokola, kjer smo sodelovali s prof. dr. Andrejem Kmetcem, takratnim predstojnikom urološke klinike UKC Ljubljana, in takratnima mlajšima zdravnikoma Simonom Hawlino in Gordanom Lenartom. Leta 2010 smo prejeli pozitivno mnenje Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko. Kmalu smo k sodelovanju povabili tudi prof. dr. Alojza Ihana in doc. dr. Andrejo Natašo Kopitar, oba z Inštituta za mikrobiologijo in imunologijo, MF, saj je bilo spremljanje imunskih celic bolnikov med študijo ključno. Poleg tega pa smo med študijo želeli spremljati tudi klinično sliko bolnikov. Za najprimernejšo se je izkazala slikovna diagnostika z metodo PET-CT in tako smo začeli sodelovati z doc. dr. Luko Ležaičem in doc. dr. Markom Grmekom s Klinike za nuklearno medicino, UKC Ljubljana. Preden smo konec leta 2013 pridobili dovoljenje za izvedbo klinične študije, smo v laboratoriju že začeli z optimizacijo postopkov priprave in kontrole kakovosti izdelka ter preverjali in usklajevali vse prihajajoče aktivnosti, kjer sta poleg vodje priprave prof. dr. Helene H. Chowd-

hury sodelovali dr. Saša Trkov Bobnar in vodja kakovosti, dr. Mateja Gabrijel. Sodelovali smo tudi z mag. Markom Cukjatičem iz ZTM glede pridobitve bolnikovih levkocitov s postopkom levkaferenze. Leta 2014 se je spremenil Zakon o zdravilih, tako da je eksplicitno omejil preizkušanje naprednih celičnih zdravil. Študentje, ki so se seznanjali z regulativo, so bili presenečeni. Z veliko energije smo tudi to rešili z nadgradnjo t.i. »čistih prostorov« in konec leta 2016 je bilo delo z bolniki zaključeno. Sledila je analiza, pri kateri je pomagala tudi doc. dr. Nataša Kejžar z Inštituta za biostatistiko in medicinsko informatiko, MF, in končno v letu 2021 tudi objava v Sloveniji razvitega prvega inovativnega zdravila, ki je uspešno prestalo tudi klinično preizkušanje.

Kako klinično in populacijsko pomemben je rak prostate in na kastracijo odporen rak prostate?

Simon Hawlina: Rak prostate je pri moških najpogostejše diagnosticirana oblika raka in drugi najpogostejši vzrok smrti zaradi rakavega obolenja tako v Sloveniji kot tudi drugje v razvitem svetu. V obdobju 2012–2016 je v Sloveniji povprečno letno za rakom prostate zbolelo 1.566 moških (153,4/100.000), umrlo pa jih je 388 (38,0/100.000). V zadnjih desetih letih incidenca raka prostate raste za približno 3 % letno (podatki so povzeti iz publikacij Registra raka Republike Slovenije in njegovega portala Slora). Incidenca je prav gotovo odvisna od intenzivnosti testiranja moških na za prostato specifični antigen (PSA). Z merjenjem PSA aktiviramo široko diagnostično kolesje, ki predstavlja velik izziv za zdravstveni sistem. Odkrijemo tudi latentne, nenevarne oblike raka, ki bolnikov življenjsko ne ogrožajo. Pomembno je odkriti posameznike z agresivno obliko raka na prostati. Te lahko z operacijo ali obsevanjem ozdravimo. Če rak metastazira, je bolezen neozdravljiva. Kljub temu

lahko z novimi terapevtskimi pristopi tudi tem bolnikom uspešno podaljšamo preživetje in ohranimo kakovost življenja.

Pri približno tretjini bolnikov se med zdravljenjem razvije na kastracijo odporna oblika raka prostate (KORP). Preživetje teh bolnikov je omejeno, odvisno od simptomov in razširjenosti metastaz. Natančnejših vzrokov kastracijske odpornosti ne poznamo. Teorij je več. Rakave celice se prilagodijo na odtegnitev androgenov, ki sicer predstavlja osnovno obliko zdravljenja napredne faze bolezni. Terapija KORP obsega širok spekter razpoložljivih zdravil, ki so učinkovita. Ne poznamo pa še optimalne kombinacije in zaporedja teh terapij. Zdravila niso vedno primerna za vsakega bolnika zaradi spremljajočih bolezni ali škodljivih učinkov terapij ali obojega, zato obstaja nujna potreba po novih terapevtskih možnostih, kot je na primer imunoterapija. Ta se je uveljavila še posebej po letu 2018, ko je bila podeljena Nobelova nagrada za fiziologijo ali medicino prav za to področje. Zavedati se moramo, da je zdravljenje bolnikov s KORP zelo drago (cca 40.000 EUR/leto/bolnika, brez zdravljenja zapletov).

Kateri so ključni laboratorijski postopki, da na koncu nastane »celično zdravilo«?

Helena H. Chowdhury: Celično zdravilo, ki smo ga pripravljali v laboratoriju za uporabo v klinični študiji, temelji na uporabi dveh tipov avtolognih celic. To so bolnikove tumorske celice prostate in dendritične celice, vrsta imunskih celic. Oba tipa celic v laboratoriju izoliramo, in sicer tumorske celice iz odvzetega biopsijskega materiala tumorja prostate, dendritične celice pa pripravimo iz frakcije bolnikovih levkocitov, ki jih bolniku odvzamejo in pripravijo na Zavodu za transfuzijsko medicino. Vse manipulacije tkiva in celic vključujejo osnovne metode celične biologije. V zadnjem koraku dendritične celice aktiviramo z bolnikovimi

tumorskimi celicami prostate. To storimo tako, da oba tipa celic med seboj zlijemo z elektrofuzijo, pri tem nastanejo hibridne celice – imunohibridomi, imenovani aHyC. Imunohibridomi aHyC so sposobni tako kot dendritične celice, iz katerih izhajajo, v telesu predstaviti antigene drugim celicam imunskega sistema, s to nadgradnjo, da so zdaj opremljeni s celotnim naborom tumorskih antigenov. Tukaj ne gre za neke splošno znane antigene prostatičnega tumorskega tkiva, temveč za točno tiste antigene, ki so prisotni v in na tumorskih celicah tistega bolnika, ki mu je zdravilo namenjeno. Govorimo torej tako o avtolognem kot tudi o personaliziranem celičnem zdravilu. Celoten postopek priprave takšnega celičnega zdravila je dodatno zahteven, saj je treba dosledno upoštevati vse predpise in zahteve, ki jih narekuje dobra proizvodna praksa. To vključuje tudi nenehen nadzor kakovosti izdelka med procesiranjem in tudi končnega izdelka – celičnega zdravila. Med samim postopkom so hkrati nadzorovani tudi vsi procesi priprave, okolje, kjer se zdravilo pripravlja, ter seveda tudi osebe, ki zdravilo pripravljajo. Celoten proces poteka v strogo določenih in vnaprej načrtovanih okvirih in je dodatno potrjen nadzoru s strani inšpektorjev Javne agencije za zdravila in medicinske pripomočke (JAZMP).

Napredno zdravljenje, opisano v članku, je bilo izvedeno v okviru klinične študije, ki je bila odobrena s strani JAZMP in registrirana na Evropski agenciji za zdravila.

Za registracijo zdravil za napredno zdravljenje veljajo podobna pravila kot za ostala zdravila, s tem, da jih je treba registrirati po centralnem postopku, na Evropski agenciji za zdravila, kar pomeni dolgotrajen in predvsem finančno zelo zahteven proces. Vendar pa je nekatera zdravila za napredno zdravljenje mogoče pripraviti samo na nerutinski način, torej tako, da je posamezno zdravilo narejeno za posameznega bolnika. Za takšna zdravila obstaja izjema – pri-

dobitev registracije po centralnem postopku ni nujna, zdravilo se lahko predpisuje po t.i. bolnišnični izjemi v državi, kjer se napredno zdravilo pripravlja. Celično zdravilo aHyC je pripravljeno na nerutinski način, zato spada med te izjeme. Tovrstno zdravljenje je mogoče izvesti mnogo hitreje kot s klasično registracijo zdravila, saj končno odgovornost nosi lečeči zdravnik.

Kaj so glavne ugotovitve raziskave?

Helena H. Chowdhury: Z randomizirano klinično študijo smo ugotovili, da je zdravljenje z aHyC izredno varno. Običajno imajo zdravljenja za zdravljenje raka tudi neželene stranske učinke. Pomembno je omeniti, da pri bolnikih v omenjeni študiji ni bilo zaznati resnih neželenih stranskih učinkov. Šlo je le za simptome, podobne blažji gripi, ki pa so se pojavili le pri manjšem deležu bolnikov. Razen tega smo spremljali tudi kakovost življenja vključenih bolnikov. Izkazalo se je, da so tako kakovost življenja kot tudi posamezni psihofizični kazalniki ostali nespremenjeni tudi po zaključku zdravljenja z aHyC, kar je sicer pri zdravljenju rakavih obolenj redkost.

Ugotovili smo, da je terapija z aHyC pri bolnikih zavrla porast subpopulacije naravnih celic ubijalk (NK), v primerjavi s skupino, ki je prejela placebo v prvem delu študije. Gre za subpopulacijo NK, ki delujejo imunoregulatorno, izločajo citokine in imajo tudi prometastatsko vlogo. Skladno s temi rezultati smo po koncu študije ugotovili, da je bilo med preminulimi bolniki preživetje izrazito daljše pri tistih, ki se jim je ta subpopulacija celic NK manj povečala v periferni krvi. Kaže, da bi lahko spremljanje te subpopulacije celic NK v periferni krvi imelo napovedno, prognostično, vrednost. Celokupno preživetje bolnikov, zdravljenih z aHyC, je bilo 58,5 meseca, kar glede na dokumentirane podatke predstavlja 16 mesecev daljše preživetje. Bolniki, ki so prejeli aHyC, so v

povprečju tudi kasneje in v manjšem deležu potrebovali nadaljnje zdravljenje s konvencionalno protitumorsko terapijo.

Kaj je znanega o etiopatogenezi raka prostate?

Simon Hawlina: V zadnjih desetletjih je bilo opravljenih mnogo epidemioloških raziskav, ki niso našle pravih odgovorov na vprašanje, kaj povzroča raka na prostati. Pri raku prostate ni prepričljivih zunanjih dejavnikov tveganja – karcinogenov, kot je na primer pri raku pljuč kajenje. Raziskujejo tudi vpliv drugih telesnih dejavnikov (metabolni sindrom, sladkorna bolezen, debelost), dejavnikov okolja (nočno delo, izpostavljenost kadmiju, kajenje tobaka) in prehrane (alkoholne pijače, mlečni izdelki, ocvrta hrana), vendar zaenkrat nobenega izmed proučevanih ne moremo povezati z večjim deležem zbolelih. Rak prostate je bolezen starejših moških in s staranjem njegova pojavnost narašča. Tako je starost najpomembnejši in najzanesljivejši dejavnik tveganja. Tudi družinska obremenjenost zviša tveganje za razvoj raka na prostati, zlasti če so moški zboleli mlajši. Pozitivna družinska anamneza pri svojcih prvega kolena poveča tveganje, da se bo bolezen pojavila prej in imela bolj agresiven potek. Rasa prav tako predstavlja dejavnik tveganja za rak prostate. Temnopolti imajo večje tveganje, da bodo zboleli prej in imeli bolj agresivno obliko bolezni. Zadnjih nekaj let smo priča hitremu razvoju genetskih testiranj za zardne mutacije v genih, ki ogrožajo bolnike za raka prostate in lahko napovedujejo agresivnost bolezni ter odziv na specifično zdravljenje. Odkrivanje le-teh ima velik pomen za potomce v sklopu zgodnjega odkrivanja bolezni. Tako na primer prisotnost mutacije gena BRCA2 8-krat poveča tveganje za razvoj agresivne oblike bolezni. Okoli 5–10 % rakov prostate naj bi bilo povezanih z dedovanjem visoko penetrantnih monogenetskih okvar.

Kako uspešno v Sloveniji sicer poteka odkrivanje raka prostate?

Simon Hawlina: V Sloveniji odkrijemo več kot 1500 novih primerov raka prostate na leto, kar je ob incidenčni stopnji 153,4/100.000 nad evropskim povprečjem. Lahko rečemo, da je diagnostika dobra. Na voljo imamo vse diagnostične metode, ki so na voljo v drugih razvitih državah sveta – PSA, multiparametrična MRI prostate, fuzijska biopsija prostate, PET CT s FDG, holinom in PSMA, urinski in krvni testi za oceno agresivnosti raka prostate (Select MDx, Proclarix). Tudi civilna iniciativa ima pri ozaveščanju velik pomen. Mesec november (»movember«) je v celoti namenjen govoru o »moških« rakih (rak mod in prostate). Problem je, da je rak prostate v veliki meri klinično nem. Bolniki simptome praviloma zaznajo, ko je bolezen napredovala in je neozdravljiva. V zadnjih desetih letih tako veliko bolj razmišljamo o tem, kako v populaciji odkriti posameznike s klinično pomembnim rakom na prostati, ki bolnika življenjsko ogroža. Argumenti za uvedbo nacionalnega programa presajanja, tako kot je to vpeljano za zgodnje odkrivanje rakavih in predrakavih sprememb na debelem črevesju in danki (SVIT), materničnem vratu (ZORA) in dojki (DORA), še niso dovolj močni, da bi prepričali strokovno javnost. Izogniti se želimo prekomernemu odkrivanju in posledično zdravljenju raka prostate z vsemi negativnimi posledicami na posamezniku in družbi. Merjenje PSA ima vsekakor ključen pomen pri diagnostiki, vendar ga moramo uporabljati preudarno. Pred prvo meritvijo PSA bolnike seznanimo s koristmi in tveganji nadaljnjih postopkov ter strategijo odkrivanja prilagodimo posameznikovemu tveganju za raka, tudi v luči pričakovane življenjske dobe, ki mora biti vsaj 10–15 let. V pomoč so nam priporočila različnih uroloških in onkoloških združenj, s katerimi določimo začetek prvega

merjenja PSA, pogostnost meritev in smiselnost ponovnih merenj v starosti. Zdi se, da so meritve PSA v kombinaciji z MRI prostate trenutno najprimernejši način, s katerim lahko potrdimo/izključimo klinično pomemben rak prostate.

Kakšni so v Sloveniji uspehi zdravljenja raka prostate in kje so glavni problemi, ki preprečujejo, da bi zdravljenje postalo še uspešnejše?

Simon Hawlina: Na leto v Sloveniji umre zaradi raka na prostati približno 400 moških. Petletno čisto preživetje slovenskih bolnikov, zbolelih v letih 2012–2016, je bilo 92,8 %. V primerjavi z obdobjem 2006–2011 ugotavljamo, da se preživetje izboljšuje (89,1 %). Najpomembnejši prognostični dejavnik je stadij ob diagnozi, saj je petletno čisto preživetje bolnikov z začetnim stadijem več kot 95 %, tistih z razsejano boleznijo pa komaj 29 %. Napovedni dejavnik je tudi starost, saj imajo zboleli po 75. letu 82 % petletno čisto preživetje, tisti, stari med 50 in 75 ob diagnozi, pa 96 % (podatki so povzeti iz publikacij Registra raka Republike Slovenije in njegovega portala Slora). Še vedno smo za evropskim povprečjem, tako da so izboljšave možne. Zadnja leta smo veliko naredili na vseh področjih obravnave raka na prostati. Radioterapija je bolj natančna, izboljšali smo kirurške tehnike in uvedli robotsko kirurgijo, kar zmanjšuje stranske učinke radikalnega zdravljenja. Tudi vsa potrebna diagnostika je v koraku z ostalimi razvitim svetom. Za zdravljenje bolnikov z neozdravljivo obliko raka na prostati imamo na voljo vsa razpoložljiva zdravila, ki podaljšujejo preživetje in ohranjajo kakovost življenja. Veliko se izobražujemo, organiziramo različne dogodke, kjer predajamo znanje zdravnikom na primarni ravni in mlajšim kolegom, kar je zelo pomembno. Na kongresih strokovnjaki izmenjujemo svoja stališča. S kolegi onkologi smo namenili raku prostate svoj dan v tednu, kjer na konzilijih

Akad. prof. dr. **Robert Zorec**, univ. dipl. biol., je redni profesor za patološko fiziologijo na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani, na Inštitutu za patološko fiziologijo, kjer je vodja Laboratorija za nevroendokrinologijo – molekularna celična fiziologija (LN-MCP) in tudi vodja raziskovalnega programa »Celična fiziologija«, ki poteka v LN-MCP in Laboratoriju za celično inženirstvo (LCI), Celica, biomedicinski center, Tehnološki park. Je redni član SAZU, Academia Europaea (Lond.) in Norveške akademije za znanost in književnost (Oslo).



Izr. prof. dr. **Helena Haque Chowdhury**, univ. dipl. biol., je izredna profesorica za področje biologija celice, kot raziskovalka je zaposlena v programski skupini Celična fiziologija, v Laboratoriju za nevroendokrinologijo – molekularna celična fiziologija (LN-MCP) na Medicinski fakulteti, UL, Inštitut za patološko fiziologijo in v Laboratoriju za celično inženirstvo (LCI), Celica, biomedicinski center, Tehnološki park, kjer je vodja področja tkiv in celic ter vodja proizvodnje naprednega celičnega zdravila.

Asist. **Simon Hawlina**, dr. med., FEBU, opravlja delo urologa v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana in asistenta na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani. Je del urološkega tima, ki je v zadnjih letih uvedel mnogo novih, minimalno invazivnih kirurških metod v klinično prakso. Poleg specialističnega dela je aktivno vpet tudi v znanstvenoraziskovalno dejavnost doma in v tujini. V okviru izobraževalnih tečajev, kongresov in simpozijev svoje znanje prenaša na kolege zdravnike in študente medicine.



multidisciplinarno obravnavamo različne primere in se odločamo o najboljši možni obravnavi posameznega bolnika. Ključ do dobrega obvladovanja bolezni skozi vsa obdobja njenega poteka je vsekakor sodelovanje strokovnjakov različnih specialističnih področij. Zdravljenje postaja vse bolj personalizirano, kar za seboj potegne bolj zahtevno, intenzivno in razvejano obravnavo.

Glavni problem, ki nas ovira pri izboljšanju rezultatov zdravljenja, je vsekakor pomanjkanje strokovnjakov na svojih področjih. Zdravniki, ki smo vpeti v obravnavo bolnikov z rakom prostate, pokrivamo tudi druge vrste raka in nemalno urološko patologijo. Dela je nemalokrat občutno preveč. Državo smo v zadnjih letih uspeli prepričati, da nas je enostavno premalo, in nam je prisluhnila. Povečali smo število vpisnih mest na podhranjene specializacije in na KO za urologijo v UKC Ljubljana se že lažje diha. V naslednjih letih bomo izobrazili kar nekaj specializantov, ki veliko obetajo. Na drugi strani prostorske zmogljivosti ne sledijo povečanemu številu strokovnjakov in obsegu dela. Operacijskih dvoran je premalo, tako da se že sedaj občutno predolga čakalne dobe na operativni poseg še daljšajo.

Kako hitro bi lahko taka imunoterapija postala »rutinska« in kaj manjka do tega trenutka?

Simon Hawlina: Po letu 2018, ko je bila podeljena Nobelova nagrada za imunoterapijo rakavih bolezni, se je utrdila strategija imunoterapije raka. Nekatera rakava obolenja so bolj občutljiva zanj, druga manj. Vendar velja poudariti, da obstajajo različne strategije imunoterapije rakavih obolenj. Napredek na področju imunoterapije raka z mehanizmom zaviranja imunskih kontrolnih točk (npr. ipilimumab, zaviralec anti-CTLA-4) ni pokazal koristi preživetja pri bolnikih s KORP. Tudi drugi imunološki pristopi niso dali jasnih rezultatov in posredno onemogočili

preboj tovrstne terapijske strategije v klinično uporabo. Po drugi strani pa je strategija, ki vključuje modulacijo celične imunosti, pokazala podaljšanje preživetja bolnikov s KORP. Tako je danes edina odobrena imunoterapija za bolnike s KORP celično zdravilo sipuleucel-T, ki pa je bolnikom dostopno le ponekod v svetu (ZDA, Kitajska). Mi smo strategijo celičnega zdravljenja izboljšali. Rezultati klinične študije, kjer smo razvili in preizkusili povsem avtologno celično cepivo (aHyC), so zelo obetavni, zato si želimo, da bi zdravilo postalo dostopno vsem bolnikom, ki ga potrebujejo. Dokazali smo, da je varno in učinkovito. Imunoterapija z aHyC bi lahko predstavljala nov terapijski pristop pri zdravljenju bolnikov s KORP, kot monoterapija ali v kombinaciji z drugimi, že uveljavljenimi načini zdravljenja. Trenutno čakamo na mnenji razširjenih strokovnih kolegov za urologijo in onkologijo, ki bosta pomembni pri pridobitvi soglasja zdravstvenega sveta in financiranju

zdravljenja. Po pridobitvi vseh dovoljenj se bo tudi nadaljeval študij in spremljanje zdravljenja (to nalaga zakonodaja), kar bo tudi del znanstvenih objav. Ne glede na zapleteno pripravo, logistične ovire in kratko življenjsko dobo celičnega zdravila (nekaj ur), bi se zdravilo aHyC lahko začelo uporabljati že v kratkem. Podlaga za to je posebna regulativa na področju celičnih zdravil. Od leta 2009 je v EU v veljavi nova zakonodaja za biološka zdravila za napredno zdravljenje, kamor se uvrščajo tkivno-inženirski izdelki, genska terapija in celična zdravila – med slednje sodi aHyC. Zakon o zdravilih in Zakon o kakovosti in varnosti človeških tkiv in celic, namenjenih za zdravljenje (veljata v R. Sloveniji), sta nastala po Uredbi o zdravilih za napredno zdravljenje 1394/2007. Tako Zakon o zdravilih obravnava zdravila za napredno zdravljenje v posebnem poglavju (V. poglavje). Posebna izjema med njimi so zdravila, ki so pripravljena nerutinsko, tj. posame-

zno zdravilo je pripravljeno za posameznega bolnika, saj za ta zdravila ni predvidena centralna odobritev za promet, temveč jih je mogoče predpisovati po t.i. »bolnišnični izjemi«, na izključno odgovornost zdravnika. Za takšna zdravila tudi niso predvidene predhodne obsežne klasične klinične študije, temveč se podatki o varnosti in učinkovitosti zdravila zbirajo med uporabo individualno pripravljenega celičnega zdravila.

S študijo smo odkrili še nekaj zelo pomembnega. Spremembe subpopulacije celic NK v periferni krvi imajo prognostično vrednost pri spremljanju KORP. Odkrili smo potencialni biomarker, s katerim bi lahko napovedali, kateri bolnik ima slabšo prognozo, in mu pravočasno prilagodili terapijo.

Prof. dr. Alojz Ihan, dr. med.,
Inštitut za mikrobiologijo in
imunologijo, alozj.ihan@mf.uni-lj.si

Prošnja za posredovanje sodne prakse, pomembne za zdravstvo in zdravniški poklic

Oddelek za pravne zadeve vljudno vabi člane zbornice, naj posredujejo morebitne sodne odločitve v postopkih, v katerih so bili udeleženi in ki so povezani z zdravstvom in zdravniško službo. Zlasti vljudno vabimo k posredovanju sodne prakse sodišč prve stopnje (okrajnih in okrožnih sodišč), ki ni dostopna v javnem iskalniku sodne prakse.

Oddelek za pravne zadeve si namreč prizadeva zbrati in analizirati aktualno sodno prakso s področja zdravstva in zdravniške službe, ki bi bila lahko pomembna za večje število članov. Oddelek za pravne zadeve bo z relevantnimi

sodnimi odločitvami seznanil vse člane zbornice s objavami na spletni strani zbornice oz. v glasilih zbornice.

Vljudno pozivamo, da člani (lahko anonimno) posredujejo informacije in odločitve v relevantnih sodnih sporih na elektronski naslov: tina.prijatelj@zss-mcs.si. Vse prejete informacije bomo obravnavali zaupno ter zagotovili anonimnost tudi v primeru, da bomo konkretni sodni postopek predstavili drugim članom zbornice.

Oddelek za pravne zadeve

Iz dela zbornice

Za obdobje od 13. 9. do 12. 10. 2021

Drugi javni razpis specializacij

Skladno z določili Zakona o zdravniški službi in Pravilnika o vrstah, vsebini, trajanju in poteku specializacij zdravnikov je Zdravniška zbornica Slovenije 15. 9. 2021 objavila razpisa specializacij za zdravnike in specializacij s področja dentalne medicine. Po zaključenem roku za oddajo vlog je 4. 10. sledilo odpiranje prispelih vlog, nato pa še rok za prenos vlog. Na **področju medicine je bilo razpisanih 310 mest, za katere je prispelo 210 vlog. Ker je za nekatere specializacije prispelo več vlog, kot je na voljo mest, tudi po roku za prenos vlog ostaja nezasedenih še 152 mest.** Po drugi strani pa je za šest razpisanih specializacij s področja dentalne medicine prispelo 16 vlog, zato so vsa mesta zasedena in bodo potekali izbirni postopki. **Razpis na področju medicine ostaja odprt do zasedbe vseh prostih mest.**

Specializacija iz družinske medicine

Da bi spodbudili prijave na specializacijo iz družinske medicine, se je Rok Ravnikar, dr. med., specialist družinske medicine, predsednik Odbora za osnovno zdravstvo pri Zdravniški zbornici Slovenije s posebnim povabilom v septembru obrnil na vse mlade doktorje medicine, ki so se ravno takrat še odločali, katero specializacijo bodo izbrali ob prijavi na drugi javni razpis specializacij. Med drugim jih je povabil, »da pri izbiri nadaljnje strokovne poti razmislijo o družinski medicini, ki ponuja dinamično, široko strokovno delo z možnostjo akademske kariere«. **Pri tem je izpostavil tudi letošnjo pomembno novost – to je 20 % dodatek na urno**

postavko osnovne plače za vse nove specializante družinske medicine. Ob prvem roku je za to specializacijo prispelo 16 vlog na nacionalni razpis, za znane izvajalce pa še sedem vlog, skupaj torej 23.

3. odmerek cepiva

V nedeljo, 26. 9. 2021, je potekalo večerno strokovno srečanje s predsednico zbornice prof. dr. Bojano Beović na temo: Covid-19 novosti in 3. odmerek cepiva – da, ne, kdaj?

Uvodnemu predavanju je sledila razprava, ki sta jo moderirala Aleš Fischinger in Boštjan Kersnič. Celoten posnetek vam je na voljo v 628. biltenu ali na <https://bit.ly/3lpzPHZs>.

Srečanje s predsednikom vlade

Predsednik zdravniškega sindikata Fides Konrad Kuštrin, predsednica Zdravniške zbornice prof. dr. Bojana Beović in predsednik vlade Janez Janša so se 21. 9. 2021 sestali na delovnem srečanju. Temi pogovorov sta bili plačni sistem in kadrovska problematika v zdravstvu. Srečanja se je udeležil tudi minister za zdravje Janez Poklukar. S predsednikom vlade in ministrom za zdravje so se ločeno nato sestali tudi predsednica Zbornice zdravstvene in babiške nege Monika Ažman in predstavniki Zveze – Zbornice.

Cepjenje proti covidu-19

Zdravniška zbornica Slovenije je v sodelovanju z Zbornico zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zvezo strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije in Ministrstvom za zdravje v septembru in oktobru organizirala dva strokovna posveta: prvega za

medicinske sestre in zaposlene v zdravstvenih ustanovah, drugega pa za zaposlene v socialnovarstvenih zavodih. Odziv udeležencev je bil velik, saj se je vsakega posveta udeležilo okoli 350 udeležencev. Na javnih posvetih so sodelovali: mag. Franc Vindišar, prof. dr. Bojana Beović, Monika Ažman, dr. Anja Jutraž, doc. dr. Andreja Kuček, dr. Viviana Golja, Marijana Vidmar Šimic, dr. Tjaša Vižintin Cuderman, dr. Tanja Selič Kurinčič in Uroš Zafošnik.

Na prvem posvetu, ki je bil v torek, 21. 9. 2021, z naslovom Obvladovanje covid-19 v zdravstvenih ustanovah, so predavatelji spregovorili o aktualnih razmerah pri obvladovanju covid-19, o tem, kaj lahko pričakujemo v tem 4. valu, verjetnosti krvnih strdkov in tromboz po preboleli bolezni in po cepljenju proti covidu-19, o covidu-19 v času nosečnosti in dojenja ter o cepljenju v času nosečnosti in dojenja. Udeleženci pa so prisluhnili še primerom dobrih praks za zagotavljanje visoke precepljenosti v SB Celje in ZD Ljubljana. Celoten posnetek septembrskega strokovnega posveta je dostopen v 628. biltenu ali na <https://bit.ly/3iPR13S>.

4. oktobra 2021 smo organizirali še en strokovni posvet: Obvladovanje covid-19 v socialnovarstvenih ustanovah. Celoten posnetek oktobrskega strokovnega posveta, na katerem je bil izpostavljen še pomen prezračevanja zaprtih prostorov v socialnovarstvenih zavodih, je dostopen v 629. biltenu ali na povezavi <https://bit.ly/3v5G1CN>.

Digitalizacija v zobozdravstvu

V septembru je bil v organizaciji Odbora za zobozdravstvo ZZS za zobozdravnike uspešno izveden interaktivni strokovni seminar z aktualno tematiko: **Digitalizacija in digitalni diagnostični postopki v zobozdravstvu.** Zaradi omejitvenih ukrepov ob epidemiji covid-19 je bil organiziran v hibridni obliki, z udeleženci v živo in na daljavo. V Modri

dvorani Domus Medica se ga je udeležilo preko 170 udeležencev, ki so lahko sodelovali tudi interaktivno, virtualno pa nas je spremljalo več kot 180 udeležencev. Brezplačni virtualni dostop je bil omogočen tudi zobozdravnikom pripravnikom in študentom dentalne medicine.

Na srečanju, ki ga je odprla predsednica ZZS prof. dr. Bojana Beović, so sodelovali številni predavatelji in domači strokovnjaki z vseh področij dentalne medicine ter gosti z drugih področij, ponovno pa so sodelovali tudi razstavljalci. Glavna tema seminarja je bila digitalna

tehnologija, ki je postala naš vsakdan v zasebnem in strokovnem življenju, udeleženci pa so se seznanili tudi z najnovejšimi smernicami o cepljenju proti covidu-19 in s preventivo pred novimi poklicnimi obremenitvami v digitalnem okolju. Razpravi je bila namenjena okrogla miza o e-zdravju

| Zdravniki: trenutno stisko bomo premagali le z enotnostjo

Poziv Izvršilnega odbora Zdravniške zbornice Slovenije javnosti

Epidemija je nam zdravnikom naložila ogromno odgovornost – zdravljenje velikega števila bolnikov s povsem novo boleznijo. Zdravniki se svoji dolžnosti nismo izognili. Dodatno breme je predstavljalo hkratno pojasnjevanje do sedaj naši generaciji nikoli videnih okoliščin, ki so se izredno hitro razvijale in spreminjale, soočeni smo bili z več neznankami kot dejstvi. Skušali smo razumeti skrbi in z osebnimi pogovori, članki in javnimi nastopi razložiti nejasnosti, vedno zavezani temu, da delujemo v prid bolnikom. To velja enako za cepljenje, ki je že dolgo prepoznano kot najbolj učinkovit ukrep za preprečevanje nalezljivih bolezni. Tudi pri covidu-19 je bilo prav cepljenje prepoznano kot rešitev, ki preprečuje nepotrebne smrti in hude oblike bolezni. Po svoji vesti in vednosti ga v prid bolnikov uporabljamo, hkrati pa iskreno predstavljamo tudi z njim povezane neželene dogodke. Zaupanje in empatija sta ključna v času, ko svet pretresata na videz neskončna epidemija in infodemija.

Kljub trudu, ki je bil v času epidemije vložen v strokovne razlage o nevarnostih virusa SARS-CoV-2, o možnostih zdravljenja in preventivi, še posebej pomenu cepljenja, se v delu javnosti vrstijo izrazi nezaupanja in vedno pogostejše tudi napadi na zdravnike in ostale člane zdravstvenega tima. Stopnjevanje napetosti v tej dolgi, predolgi epidemiji se odraža tudi v konfliktih pri iskanju zdravstvene pomoči. Pogosto se kot glavnega krivca za epidemijo namesto virusa prikazuje ljudi, ki na terenu nesebično sodelujejo pri zmanjševanju njenih posledic. Glavni krivec je nevidni virus, ki se neopazno širi med nami. Tako se lahko vpliva na javno mnenje in zmanjša zaupanje v preventivne ukrepe. V tem času posamezne države že vstopajo v prihodnost – ali v preteklost – nazaj v življenje brez omejitev. Medtem se drugje razkol pogloblja zaradi pomanjkanja zaupanja ter nerazumevanja, tesnobe in strahov. Žrtve takega razkola postajajo vsi v neposrednem stiku z ljudmi – tako denimo trgovci in učitelji kot vse zdravstveno osebje. Zato pozivamo k hitrim in učinkovitim odgovorom na vsakršno nasilje, hkrati pa k dodatnim naporom za njegovo preprečevanje.

Nesprejemanje ukrepov ni samo odraz zanikanja, želje po drugačni resničnosti in nepoučenosti, temveč tudi občutek izključenosti in iskrenih strahov, ki jih morda ne znamo dovolj razumeti in jih zato pravilno soditi. Vendar naloga zdravnika ni soditi, posebno pa ne obsojati stisk, temveč stisko razumeti in pomagati z vsem našim znanjem. V odnosu med bolnikom in zdravnikom ni mesta za prisilo, saj ta poruši zaupni odnos med obema, prestrašenega človeka dodatno mobilizira k radikalnemu razmišljanju in tudi skrajnim ravnanjem. Poslušanje in tehtanje različnih strokovnih mnenj ter tudi pomislekov javnosti je pomemben del poti v čas, ko virus SARS-CoV-2 ne bo več oblikoval človeških življenj. Ta pot vodi le preko stroke in znanosti, kateri moramo zaupati tako, kot smo ji zaupali pred epidemijo, ko smo vedeli, da nam bo zdravnik, na podlagi strokovnega znanja, pozdravil zlomljeno nogo, angino, nas rešil smrti v primeru srčnega zastoja; nas potolažil v primeru neugodne diagnoze in nam znal lajšati bolečine na podlagi te iste stroke in znanosti. Izboljšanju stanja, h kateremu prispevamo vsi, mora slediti odpiranje poti do zdravstvene oskrbe, ki je bila zdaj pogosto omejena na najnujnejše.

V več evropskih državah je ob umirjanju epidemije, ki je tesno povezano s cepljenjem, vsakodnevno življenje polnokrvno zaživelo. Danska, država s skoraj trikrat več prebivalci kot Slovenija, lahko z manj kot sto hospitaliziranimi bolniki s covidom ponovno nudi dosegljivo pomoč ljudem z najrazličnejšimi zdravstvenimi težavami. Ker so ljudje zaupali v smiselnost ukrepov in jim sledili, zdaj verjamejo, da se lahko vrnejo v normalno življenje. V njem covid-19 ni več grožnja družbi, temveč le ena ob boleznih, pri kateri lahko bolniki pričakujejo in dobijo ustrezno pomoč.

Stiska, v kateri smo se znašli, nas bremeni vse, žal preštevilne bolnike s covidom-19, bolnike, ki zaradi prezasedenosti bolnišnic in ambulant ne morejo do zdravnika, ljudi v njihovem vsakdanjem življenju, zdravnike in vse ostale profesionalce v zdravstvu. Povežimo se in si pomagajmo!

Izvršilni odbor Zdravniške zbornice Slovenije, 5. 10. 2021

v zobozdravstvu, s predavanji so se ločeno predstavili nekateri razstavljalci, izvedeni pa sta bili tudi dve praktični delavnici. Ob srečanju je bil izdan tudi e-zbornik **Digitalizacija in digitalni diagnostični postopki v zobozdravstvu**, ki je objavljen na povezavi: <https://bit.ly/3DwhKKp>. Hibridno srečanje je bilo zaradi vseh epidemioloških ukrepov in novih tehnologij organizacijsko in izvedbeno zahtevno, a je lepo uspelo, za kar gre zahvala **organizacijskemu odboru v sestavi: Krunoslav Pavlovič, Beti Krulje Korelc, Matjaž Gorkič, Krištof Zevnik in dr. Sanda Lah Kravanja** (tudi urednica e-zbornika) ter strokovnim sodelavcem iz Medicinskega izobraževalnega centra Zdravniške zbornice Slovenije – Domus Medica. Predavanje predsednice je dostopno v 627. biltenu ali na <https://bit.ly/3mMRXqG>, več o samem dogodku pa je objavljeno v 25. biltenu za zobozdravnike.

Delavnica za GM specializacije iz psihiatrije

V septembru 2021 je Zdravniška zbornica izvedla delavnico za glavne mentorje specializacije iz psihiatrije. Z delavnico smo želeli glavnim mentorjem pomagati pri razvoju eksplicitnega znanja o procesih izkustvenega učenja in pri oblikovanju spektra mentorskih posredovanj pri morebitnih ovirah v učenju stroke in splošnem funkcioniranju specializantov.

Nadomestne volitve v VK2

19. 10. 2021 so potekale nadomestne volitve v volilni enoti VK2: Velenje Velenjsko-koroške regije.

Volilni zbor je bil zaradi ukrepov proti širjenju covid-19 izveden korespondenčno. Kandidatka za poslanko na nadomestnih volitvah v volilni enoti VK2: Velenje Velenjsko-koroške regije je bila Jasna Dobelšek Fürst, dr. med.

»Pravočasna diagnoza!«

20. 9. je na Zdravniški zbornici Slovenije potekala novinarska konferenca na temo demence »Pravočasna diagnoza!«. O pomenu prepoznavanja prvih znakov demence, pravočasni diagnozi, ustreznih obravnavi bolnikov z demenco, pomenu vzdrževanja socialnih veščin in aktivnosti, preventivi in zmanjševanju stigme oseb z demenco ter o dolgotrajnih posledicah covid-19 na kognitivne sposobnosti so spregovorili prof. dr. Bojana Beović, Štefanija Zlobec, doc. dr. Milica Gregorič Kramberger, asist. dr. Polona Rus Prelog, Vida Drame Orožim in mag. Tatjana Cvetko. »Vedno več je raziskav, ki ugotavljajo, da bolezen covid-19 pospeši razvoj Alzheimerjeve bolezni ali njeno stanje poslabša. Prav tako je zelo pomembno, da bolnike z Alzheimerjevo boleznijo obkrožajo ljudje, ki so cepljeni proti covidu-19 in na ta način zmanjšajo možnost, da bi sami zboleli in s tem prenesli bolezen naprej,« je opozorila prof. dr. Bojana Beović.

Celoten posnetek novinarske konference je objavljen na spletni strani med novicami 20. 9. 2021.

Stroka o RSV

Zdravniška zbornica je konec septembra v sodelovanju z zdravniki iz UKC Ljubljana in UKC Maribor ter primarnimi pediatri opozorila na naraščajoče število bolnih otrok zaradi respiratornega sincicijskega virusa (RSV). Javnosti so pojasnjevali zdravniki: Anja Radšel, ZD Medvode, asist. Tatjana Mrvič, Infekcijska klinika, UKC Ljubljana, izr. prof. dr. Matjaž Homan, Pediatrična klinika, UKC Ljubljana, doc. dr. Vojko Berce, Klinike za pediatrijo, UKC Maribor, in izr. prof. dr. Maja Sočan, NIJZ. Sodelujoči so na novinarski konferenci spregovorili o tem, kaj so RSV-okužbe, zakaj so tako nevarne še posebej pri dojenčkih, kakšne so smernice za starše in vrtnice, da bi se

malčke čim bolj zaščitilo pred širjenjem teh okužb, koliko je zaznanih sočasnih okužb še s covidom-19 ter koliko je bronhiolitisov. Celoten posnetek novinarske konference je dostopen v 628. biltenu ali na <https://bit.ly/2YIJWek>.

Odziv na revizijsko poročilo

Zdravniška zbornica se je odzvala na revizijsko poročilo Računskega sodišča in poudarila, da je vse do leta 2017, ko je bilo razpisovanje specializacij v njeni pristojnosti (nato pa je prešlo na MZ), **redno spremljala potrebe in s številnimi dopisi pristojne opozarjala na pomanjkanje zdravnikov, še zlasti v posebej kritičnih specialnostih, kot je primarno zdravstvo.**

Dokazila za te navedbe so bila v nadzoru predložena tudi Računskemu sodišču. V zadnjih desetih letih takoj eno leto npr. niso bile zasedene vse razpisane specializacije iz družinske medicine. Iz tega izhaja, da sta si tako zbornica kot MZ prizadevala za to, da bi se povečalo število specializantov družinske medicine, kar bi po končani specializaciji povečalo skupno število razpoložljivih družinskih zdravnikov.

Kljub tem prizadevanjem po razpisovanju več mest za specializacijo iz družinske medicine, sta med letoma 2011 in 2019 ostali nezasedeni kar 302 mesti za to specializacijo. Če bi imeli danes te zdravnike v sistemu, bi bile razmere v družinski medicini precej manj kritične, kot so. Celoten odziv Zdravniške zbornice na revizijsko poročilo Računskega sodišča je bil objavljen na spletni strani Zdravniške zbornice med novicami 5. 10. 2021.

Obisk Pomurja: spoznavanje izzivov in iskanje rešitev s člani na terenu

»Počlašeni smo, da smo lahko kot prva regija gostili tako srečanje,« je ob obisku Zdravniške zbornice v Pomurju povedal direktor soboške bolnišnice Daniel Grabar. Zbornica ni stavba v Ljubljani, ampak je velik forum zdravnikov, ki se med seboj pogovarjajo o problemih, s katerimi se srečujejo pri svojem poslanstvu, je ob tem dodala predsednica dr. Bojana Beović. Prav zato se je pred obiskom bolnišnice z ekipo srečala s predstavniki regijskih zdravstvenih domov, zvečer pa tudi z zdravniki in zobozdravniki, ki so se udeležili predavanj zbornice o obvladovanju stresa in etičnih dilemah pri zdravljenju covidu.

»Za obiske smo se odločili, da se bolj povezujemo in spoznavamo, kje so problemi. Poleg javnih pooblastil

se ukvarjamo s podporo zdravniškemu delu, vsakemu zdravniku posebej, kar se tiče pomoči pri pravnih vprašanjih, kariernega svetovanja predvsem mladim zdravnikom, ekonomske in socialne pomoči, če je to potrebno. Trudimo se vzdrževati varnostno mrežo, da zdravnik lažje opravlja svoje odgovorno delo,« je v Murski Soboti povedala predsednica. Na srečanju v Pomurju se je predsednik Odbora za zobozdravstvo Krunoslav Pavlovič pogovarjal s kolegi, kako povečati dostopnost do zobozdravstvenih storitev.

Čeprav je stanje v vsaki regiji ali delu regije specifično, je povsod ključno pomanjkanje kadrov. Zagotavljanje dovolj številčne mreže družinskih zdravnikov je eden ključnih izzivov. Ob tem bo v naslednjih letih izpolnilo pogoje za upokožitev veliko zdravnikov. Cilj je pritegniti mlade zdravnike v regijo, kar pa bo težje izpolniti, saj v celotni Evropi primanjkuje zdravstvenega osebja, opozarjajo v Splošni bolnišnici Murska Sobotica.



Obrazi zdravništva

Mag. Željko Vrankić, zobozdravnik, ki s humorjem odganja strahove

Jure Brankovič

»Vodila me je misel, da je smeh glasba duše in da je treba v življenju imeti tudi eno dozo humorja,« v zobozdravstveni ordinaciji med slikami in karikaturami pripoveduje mag. Željko Vrankić. Kaže na podobe, ki poklic stomatologa in strahove, s katerimi se srečuje, pokažejo na drugačen način. Čeprav skozi vrata ordinacije Zdravstvene postaje Vransko vstopa že desetletja, ga delo še vedno razveseljuje tudi zaradi odziva pacientov. »Tudi to se dogaja, da človek po rekonstrukciji spremeni značaj. Postane drug človek. Ni več tako introvertiran, postane bolj odprt do ljudi. Končno je ta sanirana čeljust nekakšen odraz osebnosti,« oceni Vrankić.

Po tehnični gimnaziji je najprej nameraval študirati arhitekturo, vendar se je na prigovarjanje staršev odločil za stomatologijo. »To sem vzel kot nekakšen izziv v življenju. In ni mi žal,« pripoveduje. Je pa uspel svoj likovni navdih uresničiti tudi v stroki, saj je začel zbirati strokovne karikature. Potem je prišel na idejo, da skuša s kolegom karikaturistom organizirati mednarodno razstavo, na katero je prispelo preko 1000 karikatur na temo stomatologije iz 40 držav. Nastal je zbornik, izvirnike pa hrani Muzej novejših zgodovine Celje v okviru edinstvene zbirke v Sloveniji, ki predstavlja bogato tehnično dediščino slovenskega zobozdravstva iz 20. stoletja.

Delo zobozdravnika je specifično in zahtevno, ker zahteva določen pristop z odprto komunikacijo. »Za naše delo, kjer so prisotni strahovi in fobije, je treba imeti veliko potrpljenja, empatije do ljudi. Poleg strokovnega znanja je



Mag. Željko Vrankić v svoji ordinaciji (foto: Matic Poropatič).

treba dejansko znati spoštovati njihove osebnosti in lastnosti. Komunikacija je zelo pomembna,« je povedal. Veliko lažje je delati zdaj, ko obstaja več sredstev za zmanjševanje bolečin. Prepričan je, da so slovenski zobozdravniki in medicina na splošno povsem primerljivi s svetovnim vrhom. Znanje je namreč zdaj dostopno, mladi se lahko učijo, doda. Sta pa s soprogo, še v času, ko je bila delovno aktivna, tudi sama preverila vse možnosti za lajšanje obiska zobozdravnika. Med drugim sta se ukvarjala tudi z medicinsko hipnozo – hipnoterapijo, kar je veliko pomagalo pri pomirjanju in premagovanju strahu. »Ne moreš verjeti, da se nekdo onesvesti, ko vidi injekcijo. Strah je močan. Naša odgovornost je, da s pogovorom ali katerokoli metodo skušamo ljudi osvoboditi strahu,« pove.

Ob karikaturah se posveča tudi šahu – vzporednice vidi tudi s stroko, v kateri je treba za končni uspeh imeti jasno zastavljen načrt, mu slediti in ga po potrebi prilagajati. Opravlja funkcijo predsednika šahovskega društva Šentjur in ima naslov mojstrskega kandidata. To je način sproščanja – podobno kot karikature. »Kot se človek



Zmagovalna karikatura mednarodnega natečaja, avtor: Vladimir Kazanevsky, Ukrajina.

lahko sprošča ob glasbi, jaz vzamem v šahovski literaturi kakšno partijo. Ali pa pogledam karikature in umetniške slike, ki dajejo neko svežino prostoru,« zaključuje. Že prijazen prostor ob vstopu lahko pomiri obiskovalca, kar pomeni zanj lažjo obravnavo, za zobozdravnika pa lažje delo.

Predstavitveni video si lahko pogledate na povezavi: <https://youtu.be/UwnRuNgIXZM>

Jure Brankovič, univ. dipl. zgod. in nov., brankovicjure@gmail.com

Spremenjen študijski program na MF Ljubljana

Obvezna klinična praksa za študente 1. letnika in prostovoljna klinična praksa za študente 2. in 3. letnika medicine in dentalne medicine na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani

Tomaž Marš, Mitja Košnik, Marija Petek Šter

V študijskem letu 2021/22 Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani (UL MF) začena izvajati spremenjen študijski program medicine in dentalne medicine, ki prinaša spremembe v vseh letnikih študija. Poudarek sprememb je v horizontalnem in vertikalnem povezovanju učnih vsebin, posodabljanju in uvajanju novih učnih vsebin. Spremenjen program se bo uveljavljal postopoma. V spremenjen program pa je že vstopila letošnja generacija študentov 1. letnika.

Med pomembne spremembe študijskega programa sodi tudi zgodnejše vključevanje študentov v klinično okolje. Ob že v predhodnem programu uveljavljenih predmetih zgodnjega stika z bolnikom dodajamo še obvezno klinično prakso, ki predstavlja obvezno učno vsebino za vse študente medicine in dentalne medicine od prvega letnika naprej.

V študijskem letu 2021/22 po dveh letih projekta prostovoljne klinične prakse, v katerem je v dveh zaporednih letih sodelovalo preko 300 študentov ter veliko mentorjev tako iz primarnega kot bolnišničnega okolja, začnemo klinično prakso za študente prvih letnikov obeh smeri študija. Pouk v obsegu 60 ur bo potekal praviloma v času poletnih počitnic. Prakso bodo študenti opravljali v simulacijskem centru Medicinske fakultete v obsegu 10 ur, kjer bodo vadili veščine nudenja nujne medicinske pomoči, in v ambulantah primarnega zdravstvenega varstva, tj. v ambulantah družinske medicine, primarne pediatrije in dentalne medicine.

Klinična praksa poteka po metodi eden na enega, to pomeni, da en mentor v študijskem letu naj ne bi imel več kot dveh študentov na klinični praksi. Časovna razporeditev klinične prakse je v dogovorjenem terminu poletnih počitnic prepuščena študentu in možnostim mentorja.

Namen klinične prakse za študente prvega letnika v kliničnem okolju ambulant je:

- spoznati osnovna načela obnašanja v kliničnem okolju,

- vzpostavljati identiteto zdravnika,
- razumeti pomen timskega dela v zdravstvu,
- se učiti veščin sporazumevanja in kliničnih veščin,
- oblikovati humanistične vrednote, potrebne za delo z bolniki.

S študenti prvih letnikov imamo po izkušnjah iz pilotnega projekta po večini zelo pozitivne izkušnje. Študenti so izpostavili naslednja področja znanj in veščin, kjer so s klinično prakso največ pridobili:

- sporazumevanje (poslušanje, razumevanje pacienta, samozavest, preseganje predsodkov),
- delo v timu (koliko ljudi sodeluje v timu, pomen komunikacije v timu),
- vedenje v kliničnem okolju (zaščitna sredstva, pomen higiene ...),
- etična načela (avtonomija) in odgovornosti zdravnika,
- klinične veščine,
- zavedanje, da je znanje temeljnih medicinskih predmetov pomembno za delo v kliniki,
- zdravnikov delavnik, organizacija oddelka, zdravstvenega sistema,
- odločnost, samostojnost, samozavest.

V prvih letnikih študija učenje kliničnih veščin ni v ospredju klinične prakse, naj pa študent spozna in poskusi izvesti nekatere preproste klinične večine, kot so merjenje krvnega tlaka, priprava zdravila za parenteralno aplikacijo, snemanje EKG ...

Namen prostovoljne klinične prakse za študente 2. in 3. letnika pa je nadgraditev že pridobljenih znanj in veščin iz prvega letnika, z večjim poudarkom na tistem delu, zavedanju socialnih in kulturnih razlik med pacienti, zavedanju pomena varne in kakovostne obravnave pacientov ter pridobivanju kliničnih veščin, ki jih uči propedeutika. Ta del prakse bo potekal pretežno v bolnišničnem okolju.

Študenti so podali predloge za izboljšanje klinične prakse. Določene smo že vključili v program oz. smo pripravili izboljšana navodila za izvedbo pouka (večje število ur klinične prakse, ki je bilo v projektu prostovoljne prakse 30 ur, izboljšali smo navodila in si prizadevamo za izboljšave na področju organizacije), mentorje pa prosimo, da s študentom opravijo uvodni razgovor in mu med izvajanjem prakse pomagajo s povratno informacijo o poteku prakse, kar olajša končno ocenjevanje, kjer ima mentor ključno vlogo.

Poleg tega pa si študenti želijo sodelovanje mlajših mentorjev, mladih specialistov in tudi specialistov ter vključevanje zdravnikovih sodelavcev, predvsem medicinskih sester, ki s svojim znanjem lahko študenta naučijo nekaterih preprostih kliničnih večin.

Mentorja izbirajo študenti na osnovi pripravljenega seznama mentorjev.

Mnogi kolegi zdravniki in zobozdravniki, ki so se že pridružili projektu prostovoljne klinične prakse, so z nami delili svoje pozitivne izkušnje; največja težava, ki so jo izpostavili, je bila v dodatnih obremenitvah, ki jih prinaša delo s študenti. V nedavni anketi, ki smo jo izvedli med alumni naše fakultete, pa je kar 69 % vprašanih diplomantov navedlo, da bi s fakulteto želeli sodelovati v obliki kliničnega mentorstva.

Na Medicinski fakulteti se zavedamo, da je treba status kliničnih mentorjev ustrezno urediti. Ta prizadevanja imajo podporo Univerze v Ljubljani in nadajamo se, da nam bo v kratkem uspelo, da vsi, ki so vključeni v mentorsko delo s študenti, pridobijo naziv kliničnega mentorja.

Vse, ki bi se nam kot klinični mentorji želeli pridružiti v projektu obvezne klinične prakse za študente 1. letnika medicine in dentalne medicine ali pa v projektu prostovoljne klinične prakse za študente 2. in 3. letnika medicine in dentalne medicine,

prosimo, da se javijo na naslov Komisije za študijske zadeve: ksz@mf.uni-lj.si .

Vsa dodatna vprašanja v zvezi s klinično prakso za študente prvega letnika pa nam lahko pošljete tudi na naslov: marija.petek-ster@mf.uni-lj.si ali kdrmed@mf.uni-lj.si .

Veseli bomo, če svojo pripravljenost na sodelovanje sporočite do začetka decembra 2021, da bomo obvezno klinično prakso in projekt prostovoljne klinične prakse za študente 2. in 3. letnika lahko skupaj izpeljali v skladu s pričakovanji tako študentov kot mentorjev in vodstva fakultete.

**Prof. Tomaž Marš, dr. med., prodekan
za študijske zadeve, Komisija za
študijske zadeve UL MF**

**Prof. Mitja Košnik, dr. med., vodja
delovne skupine Klinična praksa,
Komisija za študijske zadeve UL MF**

**Prof. Marija Petek Šter, dr. med.,
koordinatorka klinične prakse za
študente 1. letnika, Komisija za
kakovost UL MF, Komisija za študijske
zadeve UL MF**

Kaj smo se stroke in strokovnjaki za duševno zdravje otrok in mladostnikov naučili iz lekcije covida-19?

Anica Mikuš Kos

Epidemija covida-19 je množična nesreča, ki je podobno kot druge množične nesreče prizadela tudi duševno zdravje populacije. Kaže, da je epidemija prizadela v največji meri duševno zdravje otrok, mladostnikov in mladih odraslih. Vsaj največ podatkov imamo o tem. Morda tudi zato, ker so te populacije (učenci, dijaki, študen-

ti) najbolj dostopne za epidemiološke raziskave. Raziskave kažejo predvsem na porast anksioznih in depresivnih motenj. Metaanaliza člankov, objavljenih v angleškem jeziku, kaže, da je po enem letu epidemije pri osebah v starosti do konca osemnajstega leta število anksioznih in depresivnih motenj v primerjavi s stanjem pred

epidemijo poraslo za 100 %. Po enem letu epidemije je vsak peti mladostnik (tj. 20 %) imel anksiozno motnjo in vsak četrti mladostnik (tj. 25 %) depresivno motnjo (Racin et al., 2021). Znano je tudi, da sta porasla samopoškodovano in samomorilno vedenje. Ob tem so se znatno povečale potrebe po psihosocialni in terapevtski pomoči

Članek s seznamom virov je objavljen na spletni strani zbornice: Informacije, publikacije > Publikacije zbornice – ISIS > ISIS november 2021

otrokom in mladim in se je aktualiziralo že poprej prisotno vprašanje razkoraka med potrebami in viri pomoči ob duševnih stiskah. Epidemija je usmerila duševnozdravstvene službe in stroko k širšemu pogledu na vire pomoči ob duševnih stiskah. Novi situaciji so se morale organizacijsko prilagoditi strokovne službe za pomoč osebam z duševnimi težavami, pa tudi nevladne organizacije s področja duševnega zdravja (STA, 2021).

Iz te množične nesreče smo se stroke in strokovnjaki za duševno zdravje veliko naučili ali pa bi se lahko veliko naučili. V sestavku povzamam lekcije epidemije za zaščito duševnega zdravja otrok in mladostnikov. Osnovna ugotovitev je, da je epidemija le jasno osvetlila že prej obstoječe težave in nas radikalno prisilila v razmislek o nekaterih konceptih stroke in njenem delovanju.

Kako povečati število porabnikov strokovne pomoči

Epidemija je opozorila na ogromen razkorak in na potrebo po večjem številu duševnozdravstvenih strokovnjakov in strokovnih služb. Vendar je problem obstajal tudi pred epidemijo. Duševnozdravstvene službe so tudi tedaj pomagale le majhnemu številu mladih oseb z duševnimi motnjami. V razvitih in bogatih delih sveta le 25–30 % otrok in mladostnikov z duševnimi motnjami prejema njihovo pomoč. Npr. v Veliki Britaniji ima ena od šestih oseb v starosti 17–19 let znake, ki ustrezajo diagnozi duševne motnje, vendar kaki dve tretjini mladih z duševnozdravstvenimi težavami in njihovih družin nima dostopa do kakršnekoli strokovne pomoči (NHS, 2017). Hansen idr. (2021) ugotavljajo, da 50–70 % mladostnikov z duševnimi motnjami na severnem Danskem ne prejema pomoči strokovnih služb. Strokovna literatura s področja duševnega zdravja otrok je v zadnjih letih polna pozivov za spreminjanje delovanja strokovnih služb. Pišejo o krizi duševnozdravstvenih strokovnih služb.

V pozivih za izboljšanje stanja slišimo predvsem o potrebah po širjenju služb in večanju števila strokovnjakov. Razkorak med številom otrok in mladih, ki bi potrebovali pomoč, in številom tistih, ki prejemajo ustrezno in učinkovito pomoč, se seveda znatno poveča ob množičnih nesrečah, ko na eni strani poraste število oseb z duševnimi motnjami, na drugi strani pa se skrči delovanje strokovnih služb, kot je bil primer v prvem letu epidemije covida-19. Fokusiranje na večanje števila strokovnjakov in strokovnih služb izhaja iz dejstva, da zaščito duševnega zdravja še vedno pojmuje mo v okviru medicinskega modela in ne kot javnozdravstveni in skupnostni problem. Iluzorno je misliti, da bo še tako bogata družba lahko financirala kakih 4-krat več strokovnjakov, kot jih sedaj, in še bolj iluzorno je misliti, da bi ogromno število psihologov in psihiatrov odpravilo množične pojave duševnih motenj.

Vendar se pozivi za spreminjanje ne omejujejo le na pritiske za povečanje števila služb in strokovnjakov, temveč terjajo tudi spreminjanje pristopov in vsebin pomoči. Majhna zаетost otrok in mladih s težavami v strokovno pomoč ni pogojena zgolj s primanjkljajem služb, temveč tudi z organizacijskimi, vsebinskimi, metodološkimi in vrednotnimi značilnostmi delovanja služb, zaradi katerih ostajajo nedostopne ali nepriljubljene za znaten del mladih, pa tudi otrok in njihovih staršev. K izboljšanju učinkovitosti strokovnih služb sodijo tudi organizacijske spremembe, predvsem dostopnost (geografska, organizacijska, administrativna ...). Nujne pa so tudi spremembe v pristopih pomoči. V času epidemije smo v znatno večji meri začeli uporabljati pomoč preko spleta in pomoč po telefonu, razširile so se kratke terapevtske metode (Batchelor, 2020).

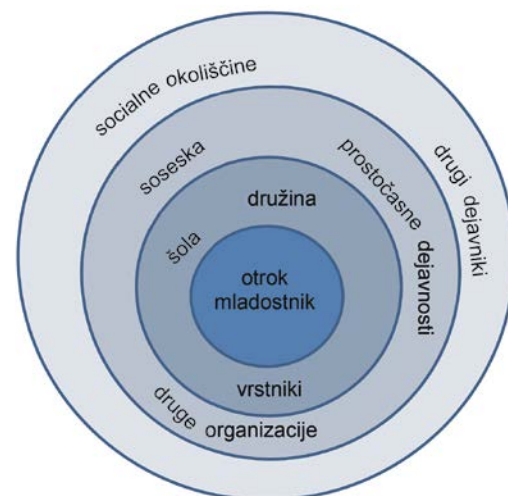
Konceptualne preusmeritve

Množične nesreče, kot so vojna dogajanja, naravne nesreče in tudi

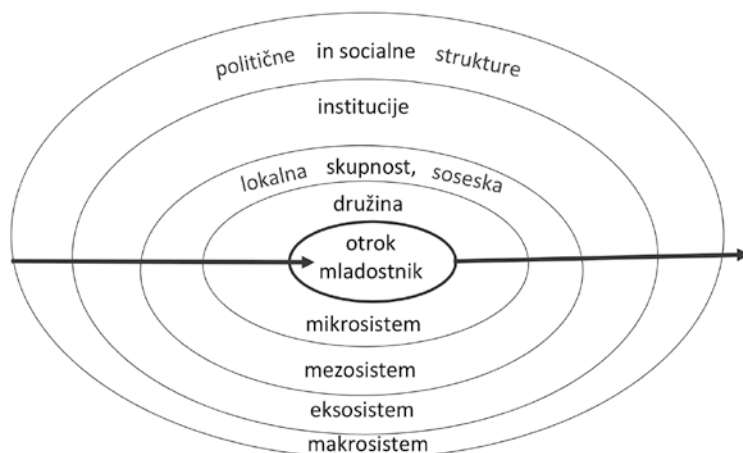
sedanja epidemija, preusmerjajo pogled in prizadevanja od zgolj pomoči majhnemu številu tistih, ki pridejo v strokovne službe, torej od individualno kliničnih oblik pomoči na oblike pomoči, namenjene in dostopne množici otrok in mladih s težavami in motnjami, torej k javnozdravstvenemu pristopu, usmerjenemu v populacijo. V tem pristopu je zdravstvo eden od sistemov preventivnih dejavnosti in dejavnosti pomoči v celoti življenjskih podsistemov, ki tvorijo življenje otroka in mladostnika.

H konceptualnim spremembam sodi tudi preusmeritev preventivnega in terapevtskega delovanja od odpravljanja dejavnikov tveganja h krepitvi varovalnih dejavnikov. Ne gre za to, da ne bi želeli odpraviti dejavnikov tveganja, temveč za dejstvo, da mnogih (vojne, prisilne migracije, družbeno nasilje, institucionalno nasilje, revščina, mnoge družinske disfunkcije) ne moremo odpraviti ali jih vsaj ne moremo odpraviti v času, v katerem živimo, in v bližnji prihodnosti. Zato sta krepitev psihične odpornosti in razvijanje strategij obvladovanja težav enako pomembna za zaščito duševnega zdravja.

Prevod sistemske ekosocialne paradigme, ki jo je razvil Bronfenbrenner (Ohlin in Dahlqvist, 2014) in ki je razlagalni model za celostno pojmovanje



Prilagojena shema Bronfenbrennerjevega ekosocialnega sistemskega razlagalnega modela (Ohlin in Dahlqvist, 2014).



Prilagojena shema Bronfenbrennerjevega ekosocialnega sistemkega razlagalnega modela (Ohlin in Dahlqvist, 2014).

nje duševnega zdravja in duševnih motenj v praksi promocije duševnega zdravja, preventive in pomoči ob duševnih stiskah, postane še kako aktualen ob množičnih nesrečah. Gre za odpravljanje dejavnikov tveganja in aktiviranje zaščitnih virov v različnih življenjskih podsistemi, kar prikazuje shema.

Prvi korak širjenja kroga možnih pomočnikov za mlade v stiskah in njihove starše je aktiviranje otroškega in družinskega zdravstva, to je osnovnega zdravstvenega varstva, ki vključuje vse otroke in mlade. Vendar je ob epidemiji (pri nas pa tudi brez epidemij) osnovno zdravstvo preobremenjeno s somatskimi obolenji in bi bilo nerealno pričakovati znatno povečanje duševnozdravstvenih intervencij.

Aktiviranje nemedicinskih virov pomoči

Ob epidemiji je postalo očitno, da je nujno aktivirati nove vire pomoči otrokom in mladostnikom. Pri tem opozarjajo predvsem na možnosti šole. V šoli so vsi šoloobvezni otroci vsak delovni dan vsaj devet let. Tam so možnosti za pomoč vsem otrokom, tudi tistim, ki jih starši iz različnih razlogov ne bi peljali v strokovne službe, čeprav bi bile te dosegljive. Žal v Sloveniji o varovalni, korektivni in

zdravilni vlogi ali možni vlogi šole malo govorimo in pišemo.

V času epidemije so postale očitne potrebe in možnosti aktiviranja virov pomoči v civilni družbi – v nevladnih organizacijah, v okviru organiziranega prostovoljnega dela in solidarnostne pomoči človeka človeku. Tudi ta dejavnost je bila prisotna v predepidemičnih okoliščinah, vendar je postala v času epidemije intenzivnejša. V iskanju rešitev za nezadostnost strokovnih služb se vse bolj izpostavlja pomen psihosocialnih dobrin, podpore, pomoči, ki jo lahko nudijo osebe brez psihološke izobrazbe. Veliko se govori o pomoči prostovoljcev – neprofesionalcev in o vrstniški pomoči.

S tem se povezujejo tudi spoznanja, da imajo mnoge dejavnosti, ki ne sodijo v krog psiholoških ali psihosocialnih intervencij, znaten preventivni ali celo zdravilni učinek na otroke in mladostnike v stiskah. To so športne in rekreativne dejavnosti, možnosti letovanj, vključevanje otrok v prosocialne dejavnosti v korist drugih in v korist skupnosti.

Danes že veliko raziskav potrjuje dobre učinke nepsiholoških pristopov pomoči k zaščiti duševnega zdravja. Nepsihološki pristopi slonijo na aktiviranju ekonomskih in človeških virov v skupnosti, razvijanju socialnega kapitala ter krepitvi psihosocialne

dobrobiti in družbene skrbi za otroke. Veliko izkušenj in spoznanj izvira iz dela z otroki na vojnih področjih in iz psihosocialne pomoči otrokom beguncem. Iz teh smo se naučili, da tudi majhne reči lahko veliko pomagajo. V vsakdan vtane dobre izkušnje z ljudmi, z institucijo in s skupnostjo lahko delujejo popravljivo na slabe izkušnje množične nesreče. Vzodbujajo upanje, osmišljajo življenje in krepijo psihično odpornost.

Pomen socialnih dejavnikov

Epidemija je pokazala, da so na učnem in čustvenem področju najbolj prizadeti otroci iz revnih družin. Širitev pogleda na vzroke duševnih težav od individualnih lastnosti in lastnosti družinskega okolja na širše socialnoekonomске in »societalne« vplive se je v času epidemije intenzivirala. Revni otroci so, preprosto rečeno, najbolj nastradali v času epidemije in so imeli najmanj virov pomoči (nizko izobraženi starši, slaba računalniška oprema, slabi pogoji učenja doma). Zato bi se stroke morale v večji meri usmeriti v pomoč tej skupini otrok. Toda tudi to spoznanje ni novo. Življenje revnih otrok je bilo bolj naporno, v njem je bilo več stresov, v tej skupini je bilo več duševnih težav tudi v času pred epidemijo.

Aktivno sodelovanje otrok in mladih ter vrstniška pomoč

V razmišljanjih o tem, kako povečati privlačnost in sprejemljivost strokovne pomoči za otroke in mlade ter njihove starše, se veliko govori o aktivni udeležbi uporabnikov strokovnih služb v procesu pomoči, pa tudi na širši ravni institucionalnih in družbenih dogajanj. Mladi uporabniki so domiselni in kreativni ljudje, ki imajo vrsto idej o tem, kako izboljšati mreže in službe pomoči, in bi jim veljalo posvetiti več pozornosti. Njihova aktivna udeležnost pomeni

izboljšanje učinkov pomoči, torej korist za njih same in korist za skupnost. To je pomembno zlasti v času krize, ker daje mladim občutek, da imajo možnost in moč vsaj delno nadzorovati svoje življenje in dogajanja v svojem okolju. V času epidemije so postali mladi bolj glasni v predstavljanju svojih težav in zahtev po spremembah. Državlјanska aktivnost in konstruktivna aktivna udeleženost pri odpravljanju škodljivih družbenih dogajanj je danes pojmovana tudi kot kakovost duševnega zdravja.

K večji udeležnosti otrok in mladih pri zaščiti duševnega zdravja svoje skupine sodi vrstniška pomoč. Epidemija je pokazala, kako pomembni so vrstniški odnosi in vrstniška socializacija. Ko govorimo o odnosih med otroki in med mladostniki, postavimo v ospredje slabe reči, kot sta vrstniško preganjanje in pritegovanje k uživanju drog. Vendar koristi od vrstniških odnosov zdaleč presegajo možno škodo, ki izvira iz teh odnosov. Otroci in mladi potrebujejo druženje z vrstniki, z njimi delijo izkušnje in vprašanja, ob njih ugotavljajo, da niso edini, ki imajo težave, od njih se učijo strategij obvladovanja težav in preko njih spoznavajo širši zunajdružinski svet ter velike individualne razlike med ljudmi, učijo se sožitja in strpnosti in razvijajo socialne veščine. Otroci in mladostniki so lahko pomočniki vrstnikom ali mlajšim. Govorimo o vrstniški pomoči, tudi o vrstniškem svetovanju. Gre za dejavnosti, ki so pri nas razmeroma malo razvite (razen v okviru prostovoljnega dela), in zopet je bila epidemija tista, ki je pokazala potrebnost takih oblik pomoči.

Več socialne odgovornosti in aktivizma

Lekcija iz epidemije je očitna potreba po širšem delovanju služb za otroško in mladostniško duševno zdravje v smeri javnega zdravstva in skupnostnega delovanja. To pomeni, da ne bi smeli vseh svojih energij

vlagati v tistih 25–30 % otrok, ki pridejo k strokovnjakom, in zanemariti drugih z enakimi težavami, ki ne pridejo. In še več – da bi morali strokovnjaki svoje znanje uporabljati za zaščito psihosocialne dobrobiti vseh otrok v skupnosti ali v državi.

Ob taki orientaciji se seveda pojavi potreba po novem profilu strokovnjaka, ki bo del svojih znanj, izkušenj, energij prenesel na druge manj duševnozdravstveno izobražene pomočnike – laične pomočnike, paraprofesionalne pomočnike, delavce v sorodnih strokah, kot so zdravstveni delavci v osnovnem zdravstvu, učitelji, vzgojitelji, mladinski aktivisti. Takšen prenos znanj je temelj danes najbolj razširjene in obetavne vizije izboljšanja učinkovitosti delovanja strokovnih služb, ki jo predlaga Kazdin (2018), to je delni prenos dejavnosti pomoči na osebe in institucije, ki niso del duševnozdravstvene stroke.

Prisoten je tudi poziv po večji socialni odgovornosti stroke in strokovnjakov. Strokovnjaki bi morali bolj energično opozarjati širšo družbo in odločevalce na ravni politike na škodljive vplive družbenih dogajanj in ponujati rešitve za izboljšanje (Skokauskas idr., 2019). Beremo, da se je pretežni del stroke in strokovnjakov zaprl v slonokoščeni stolp, se deklariral kot apolitični in ne prevzema vloge aktivistov na področju zdravstvenih, socialnih in otroškovarstvenih politik.

Nove vloge duševnozdravstvenih strokovnjakov terjajo tudi druge načine in vsebine izobraževanja – več socialnih, epidemioloških, javnozdravstvenih, skupnostnih vsebin, več poudarka na sistemski ekosocialni paradigmi duševnega zdravja in duševnih motenj.

Od posameznika k skupnosti

Epidemija je opozorila tudi na soodvisnost med posameznikom in skupnostjo. Ta se najbolj elementarno kaže v dejstvu, da sta zdravje skupnosti in epidemiološka slika odvisna od

vedenja in zdravja posameznikov in obratno – ogroženost in zdravje posameznega člana skupnosti sta odvisna od zdravstvene situacije celotne skupnosti. Nezaupanje, nestrpnost, nervoznost državlјanov, tudi mladih, se odraža na njihovem zdravstvenem vedenju in odnosu do varovalnih ukrepov ter seveda na epidemiološki situaciji države. Zdi se, da so bile socialne in družbene razsežnosti nekako potisnjene ob rob duševnozdravstvenih teorij in praks. Epidemija s svojimi posledicami je dobra priložnost, da se zavemo medsebojnega vplivanja in upoštevamo to v praksah preventive in pomoči.

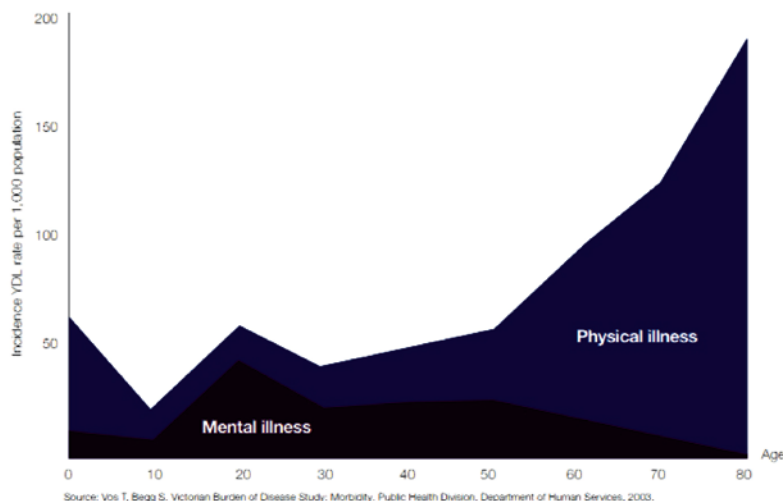
Duševne stiske mladih odraslih

V zadnjem desetletju vse bolj opozarjajo na težave duševnega zdravja mladih – mladostnikov in mladih odraslih. V tem obdobju je pogostost duševnih motenj v primerjavi z drugimi daleč največja. Hkrati pa je to populacija med otroštvom in socialno odraslostjo, ki nekako obvisi v praznini glede pomoči. Ne sodijo več v otroško duševno zdravstvo, duševno zdravstvo odraslih pa jim tudi ne posveča toliko pozornosti in prizadevanj, kot bi bilo potrebno. Očitno je epidemija posebej prizadela ta starostni izsek populacije, kamor sodijo tudi študenti. Danes je prisotno gibanje za ustanavljanje novih oblik kompleksne psihološke, socialne, izobraževalne in zaposlitvene pomoči mladim v okviru novih skupnostnih oblik pomoči, v katerih se institucionalno delovanje povezuje z nevladnim sektorjem in s skupnostjo.

Pogled v prihodnost

Lahko bi rekli, da je epidemija priložnost in spodbuda za spremembe v konceptih in praksah varovanja duševnega zdravja otrok in mladostnikov nasploh in še posebej delovanja strokovnih služb na tem področju. Očitno je, da je treba vlagati več sredstev na različnih ravneh za

FIGURE 1
Incidence of mental and physical illness across the lifespan



Pojavljajo se duševnih in telesnih motenj v življenju (World Economic Forum, 2020).

varovanje duševnega zdravja in da se moramo naučiti prepoznavati duševno zdravje otrok in mladih kot del nacionalnega kapitala, od katerega je odvisno ne le delovanje posameznikov, ampak tudi delovanje in etos države.

Tako kot v veliki večini člankov o duševnem zdravju otrok in mladostnikov, sem tudi jaz zanemarila argument trpljenja, povezanega z duševnimi težavami. Vedno znova sem začudena, kako ob vsem govorjenju in pisanju o tem, da bi morali psihosoci-

alno dobrobit razumeti tudi v kontekstu otrokovih pravic, spregledamo človeško najbolj tehten argument za varovanje duševnega zdravja otrok in mladih, to je zmanjševanje njihovega trpljenja, ki je spremljevalec duševnih stisk in motenj.

Spoznanja iz časa epidemije so ne le uporabna, temveč tudi nujna za bolj učinkovito skrb za duševno zdravje v času brez epidemij. Ne kaže pozabiti na verjetnost množičnih kriznih situacij v prihodnosti, predvsem tistih, ki jih bodo povzročile podnebne spremembe in na katere se duševno-zdravstvene stroke ponekod že pripravljajo.

Celostni sistemski pristop k varovanju duševnega zdravja bi lahko izrazili z dopolnjenim sloganom SZO »Zdravje za vse« v »Vsi za duševno zdravje vseh otrok in mladih«. Duševnozdravstvene stroke s svojim znanjem in izkušnjami bi lahko bile *agens movens* uresničevanja tega gesla.

Prim. Anica Mikuš Kos, dr. med., spec. ped. in spec. psih., predsednica Slovenske filantropije

Razbremenilni pogovori v novembru 2021

V novembru 2021 je zdravniški ombudsman, ki članom nudi oporo in pomoč v najrazličnejših življenjskih izzivih in stiskah, tudi za razbremenilne pogovore v zvezi s covidom-19, na voljo v naslednjih terminih:

Ime	Datum	Čas	Status
Brane	Četrtek, 4. novembra 2021	15.00–17.00	Prosta oba termina
Tatjana	Ponedeljek, 8. novembra 2021	17.00–19.00	Prosta oba termina
Andrea	Četrtek, 11. novembra 2021	16.00–18.00	Prosta oba termina
Urška	Četrtek, 25. novembra 2021	17.00–19.00	Prosta oba termina

Če bi potrebovali pogovor zunaj določenih terminov, nas o tem obvestite, da vam bomo lahko pomagali.

Za rezervacijo termina za pogovor po telefonu, ki je lahko povsem anonimna, se naročite na telefonski številki: 01 30 72 100 ali po e-pošti: zdrom@zss-mcs.si, lahko tudi preko svojega anonimnega elektronskega naslova.

Diskvalifikacija lekarnarjev

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

Po škandalu okoli lekarne, katere lastnica je predsednica Lekarniške zbornice, so se pojavili glasni ugovori s strani Avstrijske zdravniške zbornice (ÖÄK). Referat za cepljenje Avstrijske zdravniške zbornice ter Referati za cepljenje deželnih zdravniških zbornic so zato objavili ustrezno resolucijo.

Razburjenje se je pojavilo zaradi poročila v časopisu *Standard*. Poročilo zadeva lekarno, ki je last Ulrike Mursch-Edlmayr, predsednice (avstrijske, *op. pis.*) Lekarniške zbornice. Po tem časopisnem poročilu naj bi (v tej lekarni) ob cepljenju proti koronavirusu priporočali solne raztopine, ki naj bi med drugim pripomogle »... k izločanju cepilnih obstranskih snovi«. Ustrezno silovit je bil odziv ÖÄK, ki jo je časopisna objava osupnila. Komentar predsednika ÖÄK Thomasa

Szekeresa: »Razočaran sem, ker je predsednica Lekarniške zbornice kljub svoji odgovorni nalogi zapustila *Evidence-Based* področje.«

Zapis o diskvalifikaciji lekarnarjev se konča takole: »Naše pacientke in pacienti imajo in si tudi glede cepljenja zaslužijo najboljšo oskrbo. Lekarnarstvo se je v tem pogledu zdaj jasno diskvalificiralo.«

Vir: Österreichische Ärztezeitung št. 17, 10. september 2021

Opomba: Ogorčen zapis zajema eno celo stran in lekarnarjem očita, da jim gre v času pandemije covida-19 le za prodajo izdelkov OTC (zdravil, ki jih je mogoče kupiti brez recepta). V zapisu je tudi celotno besedilo resolucije.

Kratko in informativno

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

Japonska: Zaradi onesnaženosti serije cepiva umaknjene

Zaradi onesnaženosti je bilo na Japonskem umaknjenih več kot 2,6 milijona odmerkov cepiva Moderna. Po podatkih Ministrstva za zdravstvo gre v tem primeru za delce plemenitega jekla v brizgah ter v eni steklenki. S cepivom iz te serije je bilo cepljenih vsega skupaj približno 500.000 ljudi. Smrt dveh moških v starosti med 30 in 38 let, ki sta bila cepljena s cepivom iz te serije, še proučujejo. Delci plemenitega jekla so med izdelavo cepiva nastali verjetno zaradi trenja med dvema slabo nastavljenima kovinskima deloma.

Visok titer protiteles pri težkem poteku SARS-CoV-2

To je ugotovil raziskovalni tim, ki ga vodi doc. dr. Wilfried Post z Inštituta za higieno in

medicinsko mikrobiologijo Univerze v Innsbrucku.

Prodor cepljenja dokazan pri 2,8 % cepljenih

Od vseh več kot 238.500 dokazanih koronabolenj pri 12-letnikih je bilo 4441 (2,8 %) prodorov cepljenja. To pomeni, da se je pri polno cepljenih pokazala simptomatska infekcija. Pri 131 (0,08 %) prizadetih je bila potrebna stacionarna obravnava. Prodor cepljenja je bil največji pri 60-letnikih.

Avstrija: 73 primerov miokarditisa

V Avstriji je bilo doslej – v časovni bližini s cepljenjem – vsega skupaj registriranih 73 primerov miokarditisa. 52 v zvezi s cepivom BioNTech/Pfizer, 11 z AstraZeneca, 8 z Moderna ter 2 z Johnson & Johnson. Pri 197 pacientih so

bili stranski (neželeni) učinki opisani kot življenje ogrožajoči. To poroča Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG, Zvezni urad za varnost v zdravstvu) na temelju podatkov o približno 10 milijonih cepljenih (stanje 13. avgusta letos). Vsega skupaj je bilo pri vektorskih cepivih registriranih 12 tromboz s trombocitopenijo.

Zaščita s cepljenjem pri varianti delta

Zaščita pred okužbo z varianto delta 90. dan po drugem cepljenju z BioNTech/Pfizer je 75-odstotna; pri AstraZeneca pa 61-odstotna. Okužba z varianto delta vodi pri polno imuniziranih v podobno veliko obremenitev z virusom kot pri necepljenih. Cepljeni so enako infekciozni kot necepljeni.

Izrael: Podobne reakcije pri tretjem cepljenju

Večina od 240.000 tretjič cepljenih ljudi v Izraelu poroča, da so reakcije podobne kot pri drugem cepljenju: bolečina na mestu injekcije, utrujenost ter slabo počutje. Le 1 % cepljenih je poiskalo zdravniško pomoč.

*Vir: Österreichische Ärztezeitung
št. 17, 10. september 2021*

Kontra: Nasprotovanje cepljenju – enako staro kot cepljenje

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

Leta 1907 je bil Dunajski rotovž (Mestna hiša, *Wiener Rathaus*) viharo prizorišče. Zbrala se je nepregledna množica nasprotnikov cepljenja z namenom, protestirati proti »cepilnemu terorizmu«, ki naj bi se izvajal nad ljudstvom. Grobo zabavljanje in žvižganje je preglasilo pesmi študentov in zdravnikov, ki so podpisali rektorja univerze, ki je zagovarjal cepljenje proti kozam. Razgreto in nasilno dejavnost – pretepanje in vihtenje kolov – je ustavila šele policija.

Cepilna skepsa ni nič novega; nastala ni zaradi epidemije koronavirusa. Zaradi cepljenja proti kravjim kozam so nastajala poročila o grozotah. Filozof Immanuel Kant je leta

1797 trdil, da se človeku s serumom kravjih koz vcepi živalska brutalnost. Razširjale so se karikature o cepljenih, ki so jim zrasli kravji rogovi in vime. Predsednik Spodnjeavstrijskega deželnega sanitarnega sveta je izjavljal, da je zaščita s cepljenjem »iluzija«. Torej ni nič čudnega, če se nasprotniki cepljenja zbirajo in razdeljujejo letake. Ugovori so bili raznoliki: namerna infekcija s povzročiteljem bolezni je svetoskrunstvo, koze lahko nastanejo kljub cepljenju, stranski učinki so nevarni, cepljenje je preveč boleče, cepljenje ne sodi med priznane ukrepe. Vegetarijanci ugovarjajo zaradi vnosa živalskih snovi v človeško telo, z religijskih vidikov je bilo cepljenje umeten poseg proti

božji volji. Končno se je pojavila trditev, da so se Judje odločili obogatiti s cepljenjem.

Tudi Marija Terezija, za katero so bile koze nekakšen zakleti sovražnik Habsburžanov in ki se je cepila ter dala cepiti tudi svoje otroke, je omahovala med strahom pred stranskimi učinki ter nerazumnostjo »neumnega ljudstva« (svojih podanikov), ki je zaščito odklanjalo.

Vir: AERZTE Steiermark, september 2021

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

Spoštovani avtorji,

prispevke nam pošiljajte na elektronski naslov: **isis@zss-mcs.si**. Prejem bomo potrdili s povratno pošto. Če ne prejmete potrditve, vljudno prosimo, da nas pokličete (01 30 72 152) ali ponovno pošljete prispevek.

Uredništvo revije Isis



Nacionalni inštitut
za javno zdravje



iPAAC
INNOVATIVE PARTNERSHIP
FOR ACTION AGAINST CANCER



Co-funded by
the Health Programme
of the European Union

Raku trebušne slinavke odslej namenjeno več pozornosti

Predstavitev dokumenta »Bratislavská listina/Bratislava statement«

Marjetka Jelenc, Tit Albreht

Ob prijavi projekta skupnega ukrepanja Innovative Partnership for Action Against Cancer Joint Action (iPAAC JA) so se evropske države odločile, da bo treba v sklopu projektnega dela nameniti več pozornosti tistim vrstam raka, ki jim je trenutno namenjeno premalo pozornosti (angl. neglected cancers), med katere nedvomno spada rak trebušne slinavke. Gre za enega izmed najbolj smrtonosnih tumorjev, ki se v Evropi po številu smrti uvršča na četrto mesto. Učinkovitega zdravljenja zanj ni, niti ni uvrščen na prednostno listo raziskovalnih prizadevanj za boljšo oskrbo, kljub hudim posledicam, ki jih ima. Ta zaskrbljujoča situacija je simbolična za določeno skupino rakavih bolezni, ki jih označujemo kot »zanemarjane rake«, med katere spada tudi rak trebušne slinavke (1).

Evropska komisija (EK) je kot pomoč pri reševanju te problematike v sklopu projekta iPAAC JA podprla delovni sklop, v katerem se je pod vodstvom prof. dr. J. M. Borrassa iz Univerze v Barceloni povezalo več zainteresiranih projektov partnerjev z namenom določitve ključnih korakov, ki bi jih zdravstveni sistemi lahko hitro izvedli, da izboljšajo svoj odziv na problematiko raka trebušne slinavke (1). V delovni skupini se je združilo dvajset predstavnikov iz evropskih zdravniških združenj, združenj pacientov, organizacij, ki se ukvarjajo z načrtovanjem na področju raka, ter drugih pomembnih evropskih deležnikov s področja zdravstva.

Projekt iPAAC JA, v sklopu katerega je nastala Bratislavská listina, se je začel leta 2018 in ga znatno sofinancira Evropska izvršilna agencija za zdravje in digitalizacijo (European Health and Digital Executive Agency) – HADEA, oz. nekdanja Evropska agencija za potrošnike,

zdravje, kmetijstvo in hrano (Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency) – CHAFEA. Skupno ukrepanje (angl. joint action) je poseben mehanizem financiranja iz sredstev programa Skupnosti na področju zdravja (angl. Health Programme). V projektih skupnega ukrepanja sodelujejo zdravstveni delavci, medicinski strokovnjaki, predstavniki pacientov, predstavniki civilne družbe in nevladne organizacije, evropske države, predstavniki industrije ter drugi deležniki. V projektu iPAAC JA sodeluje 44 partnerskih organizacij iz 24 evropskih držav in strokovnjaki iz številnih držav sveta, glavni cilj projekta pa je razvoj inovativnih pristopov, usmerjenih v napredek na področju obvladovanja raka (2). Ključni dokument oz. izdelek projekta je poimenovan Implementacija trajnostnih ukrepov na področju obvladovanja raka (Roadmap on Implementation and Sustainability of Cancer Control Actions) (2). iPAAC JA je tretji evropski projekt skupnega ukrepanja na področju celostne obravnave raka, katerega koordinacija je zaupana Sloveniji oz. Nacionalnemu inštitutu za javno zdravje (NIJZ).

Bratislavská listina sestoji iz 22 priporočil, ki so v omenjeni skupini strokovnjakov nastala soglasno in temeljijo na rezultatih različnih študij in na poglobljenih razpravah o rezultatih raziskav. V listini je zapisano, da je pri bolniku z rakom trebušne slinavke mogoče doseči bistvena izboljšanja rezultatov zdravljenja s centraliziranjem oskrbe v ustreznih referenčnih centrih, z usposobljenimi, ekspertnimi multidisciplinarnimi timi, ki so zmožni nuditi visokokakovostno oskrbo. Ta organizacijski model zahteva specifičen okvir oskrbe, ki vključuje tako primarno kot paliativno oskrbo in oskrbo prebolelih, ter okolje politik, ki

podpirajo uporabo meril kakovosti in ocen uspešnosti, kot tudi vlaganja v raziskave, namenjene preprečevanju bolezni, napovedovanju tveganja, zgodnjemu odkrivanju in diagnostiranju (1). Vseh 22 priporočil Bratislavske listine si lahko natančneje ogledate na spletnem naslovu <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7668355/pdf/esmoo-pen-2020-001051.pdf>. Priporočila, zajeta v Bratislavski listini, so organizirana v petih tematskih sklopih (A–E):

A – Reorganizacija služb, ki se ukvarjajo z rakom trebušne slinavke, in koordiniranje oskrbe

1. Izvajajte integrirane politike zdravstvenega varstva, ki spodbujajo specializacijo in postavljajo multidisciplinarne time v središče postopka odločanja.
2. Opredelite referenčne centre, okrog katerih gradite učinkovite modele centralizirane oskrbe.
3. Oblikujte nacionalne ali regionalne modele oskrbe, ki bodo dopuščali usklajenost z mednarodnimi merili kakovosti.
4. Ustvarite politične vzvode za zagotavljanje spoštovanja nespecializiranih ponudnikov za vzpostavitev referenčnih poti.
5. Dodelite dovolj sredstev referenčnim centrom za podporo implementacije reorganizacijskih strategij in olajšajte urejen prehod bolnikov med ustanovami, regijami in državami.
6. Ustvarite in/ali okrepite omrežja med referenčnimi centri in drugimi ponudniki za izboljšanje kontinuitete oskrbe, kroženje znanja in integracijo med strokovnjaki.
7. Izrazite klinične storitve na vseh ravneh zdravstvenega sistema z mrežnim pristopom, z vključitvijo primarne oskrbe, paliativne oskrbe (npr. oskrbe na domu) in skrbi za prebolele (1).

B – Okrepitev interne strukture centrov, procesov oskrbe in strokovnega znanja

8. Referenčne centre opremito z ustrezno infrastrukturo ter materi-

alnimi in tehničnimi viri, da se omogoči multidisciplinarnim timom učinkovito opravljanje svojega poslanstva.

9. Izkoristite priložnosti, ki jih ponujajo referenčni centri za razvoj, nabiranje in uporabo strokovnega znanja.
10. V multidisciplinarnih time vključite strokovnjake iz vseh disciplin, ki imajo vlogo pri oskrbi raka trebušne slinavke.
11. Razmislite o implementaciji uradnih akreditacijskih sistemov za centre in strokovnjake (1).

C – Implementacija zunanjega ocenjevanja kakovosti in sistemov za zagotavljanje povratnih informacij

12. Vzpostavite standardizirane elektronske sisteme zdravstvenih kartotek za raka trebušne slinavke in ohranjajte visoko kakovostne registre raka za ustvarjanje in izmenjavo podatkov.
13. Uporabljajte zunanje ocenjevanje podatkov za obveščanje o organizacijskih spremembah in strategijah izboljšanja kakovosti.
14. Določite in poročajte kazalnike uspešnosti, skupaj s številom pacientov in kirurških posegov, za povečanje preglednosti in olajšanje odločitev o centrih za zdravljenje (1).

D – Raziskave

15. Vzpostavite raziskovalni program za zanemarjane vrste raka na evropski ravni z uporabo raka trebušne slinavke kot primer.
16. Prednost dajte raziskovalnim tokovom in strukturam za preprečevanje, napovedovanje tveganja, zgodnje odkrivanje in diagnostiranje ter hitro napotitev na zdravljenje.
17. Vzpodbujajte oblikovanje skupnih raziskav programov/platform v referenčnih centrih (1).

E – Optimizacija vloge organizacij pacientov, znanstvenih združenj in evropskih deležnikov

18. Organizacije pacientov vključite kot enakovredne partnerje pri oblikovanju politik, temelječih na celostni viziji pacientove poti, od kliničnega suma na diagnozo do zdravljenja, paliativne oskrbe in skrbi za prebolele.

19. Predstavnikom pacientov omogočite, da imajo besedo in prevzamejo vodenje v javnih razpravah o optimizaciji modelov zdravstvene oskrbe.
20. Razvijte smernice, ki lahko pomagajo zdravstvenim sistemom usklajevati dobre prakse v zdravstvu in organizaciji zdravstvenih storitev ter razvoju kadra.
21. Oblikujte politično okolje, ki bo naklonjeno naložbam v raziskave in na dokazih temelječim modelom oskrbe.
22. Organizirajte nacionalne in mednarodne kampanje ozaveščanja s posebnim poudarkom na preprečevanju in zgodnji diagnozi (1).

Vsaka posamezna vrsta raka iz skupine zanemarljivih rakov bi v prihodnosti potrebovala podoben pristop in priporočila, da bi se izognili visoki smrtnosti.

Viri

1. Prades J, Arnold D, Brunner T, et al. Bratislava Statement: consensus recommendations for improving pancreatic cancer care. *ESMO Open* 2020;5:e001051. doi:10.1136/esmoo-pen-2020-001051
2. Jelenc M, Albrecht T. Promocija zdravja in preventiva na področju raka v sklopu projekta JA iPAAC. V: ŠPRAJC, Polona (ur.), et al. *39th International Conference on Organizational Science Development Organizations at Innovation and Digital Transformation Roundabout : conference proceedings* = 39. mednarodna konferenca o razvoju organizacijskih znanosti Organizacije na krožišču inovativnosti in digitalne transformacije = konferenčni zbornik. 39. mednarodna konferenca o razvoju organizacijskih znanosti Organizacije na krožišču inovativnosti in digitalne transformacije, september 23 - 24, 2020. 1st ed. Maribor: University Press, 2020; 267-273.

Dr. Marjetka Jelenc, dr. med., spec., doc. dr. Tit Albrecht, dr. med., spec., Nacionalni inštitut za javno zdravje

Mladostniki iz manj premožnih družin med pandemijo s slabšim duševnim zdravjem in manj zdravimi vedenji

Helena Jeriček Klanšček, Katarina Žlavs, Vesna Pucelj, Ada Hočevar Grom

Uvod

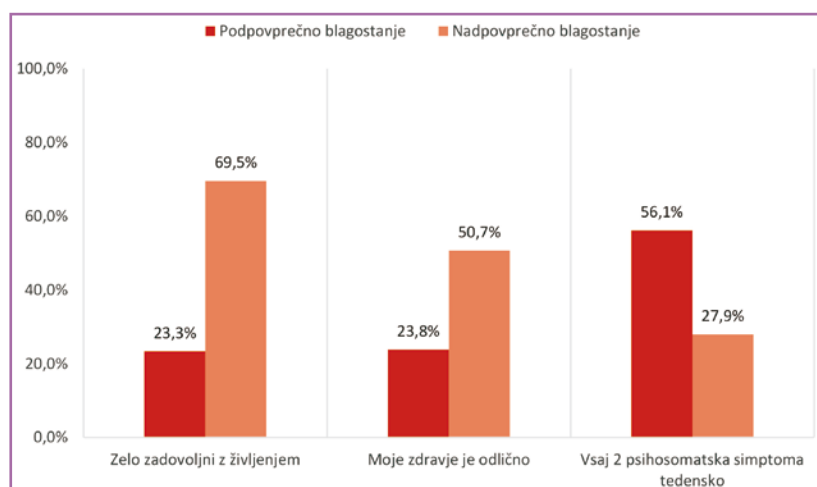
Mladostniki, ki odraščajo v materialno deprivilegiranih družinah, so glede na raziskave bolj izpostavljeni slabšemu zdravju in tveganim vedenjem (ne glede na pandemijo) kot tisti, ki prihajajo iz materialno privilegiranih družin (1). Razlike na področju duševnega zdravja med otroki in mladostniki iz družin z različnim socialno-ekonomskim statusom že dolgo časa predstavljajo poseben izziv na področju javnega zdravja (1), ocene pa so, da so se te neenakosti v času pandemije še povečale (2). Izsledki tujih raziskav navajajo, da so mladostniki iz družin s podpovprečnim socialno-ekonomskim statusom v času epidemije kazali slabše duševno zdravje in manj zdrav življenjski slog v primerjavi z mladostniki s povprečnim ali nadpovprečnim socialno-ekonomskim statusom (2–5).

Zanimalo nas je, kako so otroci in mladostniki iz različnih družin v Sloveniji doživljali pandemijo, in predvsem, ali so med tistimi iz različno premožnih družin pomembne razlike v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih. Zato je bila jeseni 2020 predčasno izvedena mednarodna raziskava »Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju«, angl. »Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)«, ki se običajno izvaja vsaka štiri leta in je bila nazadnje izvedena v letu 2018. Gre za anketno raziskavo, ki daje vpogled v vedenja, ki so povezana z zdravjem

mladostnikov, tako telesnim kot duševnim. V raziskavo, izvedeno oktobra v šolskem letu 2020/2021, je bil vključen isti reprezentativni vzorec vsolanih učencev/učenk ter dijakov/dijakinj srednjih šol, ki so bili vključeni že v vzorec raziskave HBSC, izvedene v šolskem letu 2017/2018. Izvedena je bila med skupno 3052 učenci/učenkami 9. razredov osnovnih šol in dijaki/dijakinjami 4. letnikov srednjih šol (v šolskem letu 2017/2018 so bili to učenci/učenke 6. razredov oziroma dijaki/dijakinje 1. letnikov). Raziskava je potekala preko spleta, v času pouka, pod nadzorom učiteljev ali svetovalnih delavcev. Tako kot v vseh preteklih raziskavah HBSC, so bili tudi v izvedbi v letu 2020 v raziskavo zajeti le vsolani mladostniki, ne pa tudi

mladostniki, ki zaradi različnih razlogov niso vključeni v šolanje (na primer t.i. osipniki), zato je pri interpretaciji in posploševanju predstavljenih rezultatov potrebna previdnost.

V prispevku bomo izpostavili nekatere ključne ugotovitve iz omenjenih raziskav o življenju in z zdravjem povezanih vedenjih med slovenskimi mladostniki v času pandemije. Poleg kazalnikov duševnega zdravja bomo predstavili tudi tvegana vedenja in značilnosti življenjskega sloga mladostnikov. Primerjali bomo značilnosti mladostnikov, ki ocenjujejo denarno blagostanje družine kot nadpovprečno (prihajajo iz bolj premožnih družin), s tistimi, ki ga ocenjujejo kot podpovprečno (prihajajo iz manj premožnih družin).



Slika 1: Zadovoljstvo z življenjem, samoocena zdravja in psihosomatski simptomi pri mladostnikih glede na samoocenjeno denarno blagostanje družine (podpovprečno ali nadpovprečno) v času pandemije (vir: HBSC, 2020).

Mladostniki iz manj premožnih družin so bili manj zadovoljni z življenjem in so slabše ocenjevali svoje zdravje

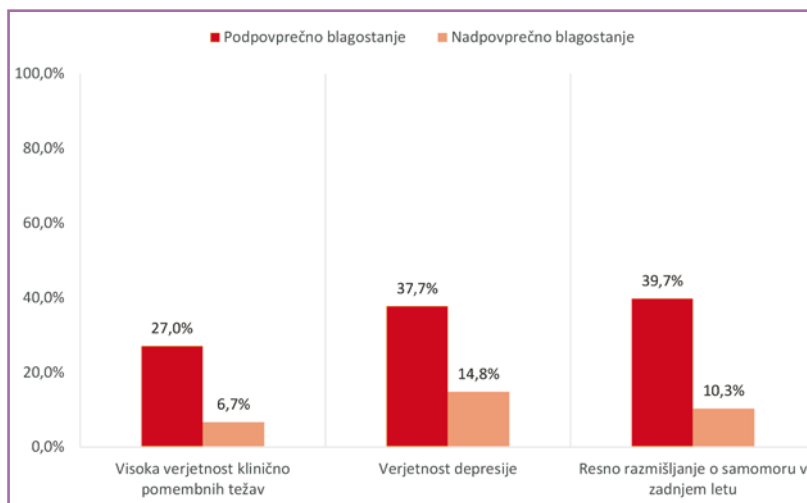
Z življenjem je bilo zelo zadovoljnih malo več kot polovica (57,9 %) mladostnikov, malo manj kot polovica (42,3 %) pa jih svoje zdravje ocenjuje kot odlično. Med mladostniki, ki prihajajo iz družin z različnim socialno-ekonomskim položajem, so bile velike razlike (slika 1). Z življenjem je bilo zelo zadovoljnih trikrat manj mladostnikov iz manj premožnih družin (23,3 %) v primerjavi z mladostniki iz bolj premožnih družin (69,5 %). Podobne razlike med njimi so se pokazale tudi pri samooceni zdravja. Mladostniki iz manj premožnih družin so v manjšem deležu ocenili svoje zdravje kot odlično (23,8 %) kot mladostniki, ki prihajajo iz bolj premožnih družin (50,7 %).

V obdobju zadnjih šestih mesecev pred anketiranjem je skoraj tretjina (32,8 %) mladostnikov doživljala dva ali več psihosomatskih simptomov več kot enkrat tedensko, med njimi je bil značilno višji delež mladostnikov iz manj premožnih družin (56,1 %) kot iz bolj premožnih (27,9 %).

Verjetnost depresije je 2-krat, verjetnost pomembnih težav na področju duševnega zdravja pa 4-krat višja pri mladostnikih iz manj premožnih družin

Odgovori mladostnikov o njihovem duševnem zdravju so pokazali, da je bila visoka verjetnost pomembnih težav na področju duševnega zdravja prisotna pri skoraj desetini (9,9 %), visoka verjetnost depresije pa pri slabi petini (18,8 %) anketiranih. Več kot desetina (13,0 %) mladostnikov pa je v zadnjem letu resno razmišljala o tem, da bi poskušala narediti samomor.

Pri omenjenih kazalnikih duševnega zdravja so bile značilne razlike



Slika 2: Visoka verjetnost pomembnih težav na področju duševnega zdravja, visoka verjetnost depresije in resno razmišljanje o samomoru v zadnjem letu pri mladostnikih glede na samoocenjeno denarno blagostanje družine (podpovprečno ali nadpovprečno) v času pandemije (vir: HBSC, 2020).

med mladostniki, ki prihajajo iz družin z različnim socialno-ekonomskim položajem. Med mladostniki, pri katerih obstaja visoka verjetnost klinično pomembnih težav na področju duševnega zdravja, je bilo štirikrat več tistih, ki prihajajo iz manj premožnih družin (27,0 %), v primerjavi z mladostniki iz bolj premožnih družin (6,7 %). Med mladostniki iz manj premožnih družin je bilo v primerjavi z mladostniki iz bolj premožnih družin dvakrat več takih, pri katerih je prisotna visoka verjetnost depresije (pri 37,7 % mladostnikov iz manj premožnih družin ter pri 14,8 % mladostnikov iz bolj premožnih družin), ter skoraj štirikrat več mladostnikov s samomorilnimi mislimi (o samomoru je razmišljalo 10,3 % mladostnikov iz bolj premožnih in kar 39,7 % mladostnikov iz manj premožnih družin).

Tvegana vedenja so bila pogostejša pri mladostnikih iz manj premožnih družin

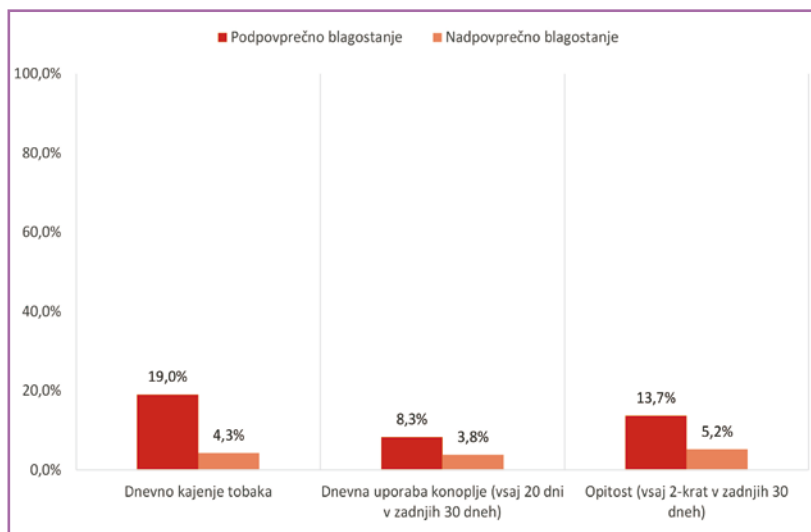
V naši raziskavi je o dnevnem uporabi konoplje (vsaj 20 dni v zadnjih 30 dneh) poročala manj kot dvajsetina (3,7 %) mladostnikov. O

dnevnem kajenju tobaka je poročala dvajsetina (5,4 %) mladostnikov, podoben je bil delež tistih, ki so bili v zadnjem mesecu pred anketiranjem dvakrat ali večkrat opiti (6,4 %).

Tvegana vedenja so bila pogostejša med mladostniki iz družin, katerih blagostanje so ocenili kot podpovprečno. Med mladostniki, ki dnevno kadijo tobak, jih kar štirikrat več prihaja iz manj premožnih družin (19,0 %) v primerjavi s tistimi iz bolj premožnih družin (4,3 %). Med tistimi, ki so bili dvakrat ali večkrat opiti v zadnjem mesecu, je bilo skoraj trikrat več mladostnikov iz manj premožnih družin (13,7 %) v primerjavi s tistimi iz bolj premožnih družin (5,2 %). Skoraj vsak dan konopljo uporablja dvakrat več mladostnikov iz manj premožnih družin (8,3 %) v primerjavi z mladostniki iz bolj premožnih družin (3,8 %).

Med mladostniki, ki so imeli zdrav življenjski slog, jih je bilo manj iz manj premožnih družin

Rezultati o življenjskem slogu mladostnikov so pokazali, da je dobra tretjina (37 %) mladostnikov zajtrkovala vsak dan med tednom, malo

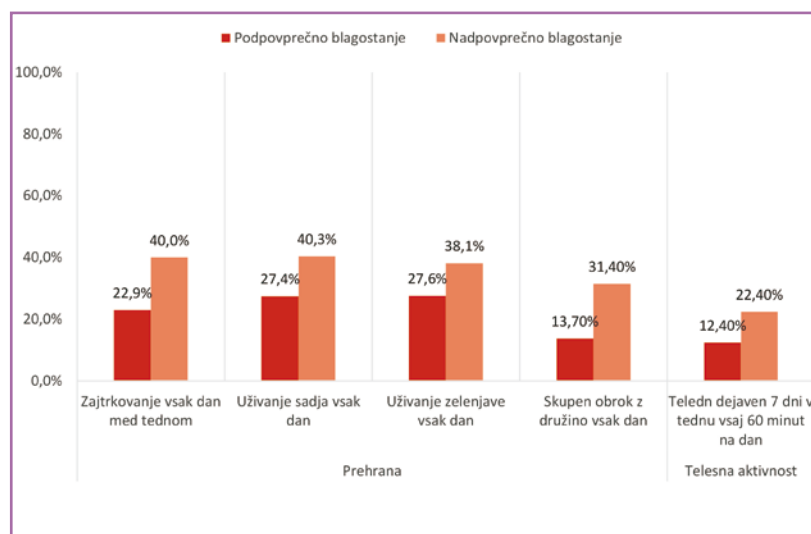


Slika 3: Kazalniki tveganih vedenj (dnevna uporaba tobaka, konoplje in opitost) pri mladostnikih glede na samoocenjeno denarno blagostanje družine (podpovprečno ali nadpovprečno) v času pandemije (vir: HBSC, 2020).

manj kot tretjina (29,1 %) jih je imelo vsak dan en skupen obrok z družino, sadje oziroma zelenjavo pa jih je dnevno uživala približno tretjina (37,1 % sadje oziroma 37,0 % zelenjavo).

Mladostniki iz manj premožnih družin (22,9 %) so v nižjem deležu uživali zajtrk vsak dan med šolskimi dnevi v primerjavi z mladostniki iz bolj premožnih družin (40,0 %). Mladostniki iz manj premožnih družin

so redkeje vsakodnevno uživali sadje (27,4 % mladostnikov iz manj premožnih in 40,3 % mladostnikov iz bolj premožnih družin) in zelenjavo (27,6 % mladostnikov iz manj premožnih in 38,1 % mladostnikov iz bolj premožnih družin). Vsakodnevni skupen obrok z družino je imelo dvakrat manj mladostnikov iz manj premožnih družin (13,7 %) kot mladostnikov iz bolj premožnih družin (31,4 %).



Slika 4: Življenjski slog (zajtrkovanje, uživanje sadja in zelenjave, skupni obroki z družino in telesna aktivnost) pri mladostnikih glede na samoocenjeno denarno blagostanje družine (podpovprečno ali nadpovprečno) v času pandemije (vir: HBSC, 2020).

Petina mladostnikov (20,3 %) je bila telesno dejavna vsak dan v tednu vsaj 60 minut na dan, med njimi je bilo skoraj dvakrat manj tistih, ki prihajajo iz manj premožnih družin (12,4 %) v primerjavi s tistimi iz bolj premožnih družin (22,4 %).

Večji delež mladostnikov, ki so med pandemijo videli priložnost za rast, prihaja iz bolj premožnih družin

Pandemija je sprožila finančno krizo ter tako povzročila povečanje števila družin in s tem tudi mladostnikov, ki živijo v pomanjkanju. Finančne spremembe in stiske so eden izmed dejavnikov, ki so lahko vplivali na kakovost življenja in duševno zdravje mladostnikov med pandemijo (6).

Skoraj polovica mladostnikov (45,5 %) je ocenila, da je pandemija poslabšala ekonomsko stanje družine. Ugotavljamo, da je prišlo do poslabšanja ekonomskega stanja pri več kot tretjini (39,2 %) mladostnikov, ki so denarno blagostanje družine ocenili kot nadpovprečno, in pri treh četrtnah (75,5 %) mladostnikov, ki so denarno blagostanje družine ocenili kot podpovprečno.

Zanimala nas je tudi posttravmatska stresna rast – ali mladostniki v pandemiji (ki je za večino stresen dogodek) vidijo priložnost za rast, pozitivne spremembe, nova spoznanja. Nekaj več kot desetina (14,4 %) mladostnikov v pandemiji vidi priložnost za rast, med njimi pa je značilno več mladostnikov, ki prihajajo iz bolj premožnih družin (16,8 %), kot mladostnikov iz manj premožnih družin (10,2 %).

Zaključek

Izsledki raziskave »Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju«, izvedene jeseni 2020 (po prvem valu epidemije ob izbruhu koronavirusa), so pokazali značilne razlike v kakovosti življenja, duševnem zdravju

in z zdravjem povezanih vedenjih med pandemijo pri slovenskih mladostnikih iz družin z različnim socialno-ekonomskim položajem. Mladostniki iz manj premožnih družin so poročali o slabšem zadovoljstvu z življenjem, več težavah na področju duševnega zdravja, o manj zdravem življenjskem slogu in več tveganih vedenjih. Med njimi je bilo več tistih, pri katerih se je ekonomsko stanje v družini med pandemijo še poslabšalo, in manj tistih, ki so med epidemijo videli priložnosti za rast in razvoj.

Vpliv pandemije na duševno zdravje otrok in mladostnikov je zaskrbljujoč. Raziskave v svetu kažejo, da je bilo v času pandemije prisotnih več tveganih vedenj (kot je pitje alkohola), kar lahko negativno vpliva na izide duševnega zdravja (7), medtem ko imata zdrava prehrana (redno uživanje sadja in zelenjave) in redna telesna aktivnost na duševno zdravje pozitiven oziroma varovalen vpliv (5, 8). Pandemija bi lahko imela pri mladostnikih tudi dolgoročne škodljive posledice na njihovem duševnem zdravju in determinantah zdravja (2, 9). Rezultati predstavljenih kazalnikov so pokazali slabše izide za mladostnike iz manj premožnih družin. Zato je pomembna posebna pozornost in podpora skupinam otrok in mlado-

stnikov iz družin s podpovprečnim socialno-ekonomskim položajem z namenom zmanjševanja razlik v zdravju med mladostniki in otroki (3).

Viri

1. Elgar, F.J.; Pförtner, T.-K.; Moor, I.; De Clercq, B.; Stevens, G.W.J.M.; Currie, C. Socioeconomic Inequalities in Adolescent Health 2002–2010: a Time-series Analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School-aged Children study. *The Lancet* 2015, 385, 2088–2095, doi:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61460-4.
2. Li, W.; Wang, Z.; Wang, G.; Ip, P.; Sun, X.; Jiang, Y.; Jiang, F. Socioeconomic Inequality in Child Mental Health during the COVID-19 Pandemic: First evidence from China. *Journal of Affective Disorders* 2021, 287, 8–14, doi:10.1016/j.jad.2021.03.009.
3. Ravens-Sieberer, U.; Kaman, A.; Erhart, M.; Devine, J.; Schlack, R.; Otto, C. Impact of the COVID-19 Pandemic on Quality of Life and Mental Health in Children and Adolescents in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2021, 1–11, doi:10.1007/s00787-021-01726-5.
4. Newlove-Delgado, T.; McManus, S.; Sadler, K.; Thandi, S.; Vizard, T.; Cartwright, C.; Ford, T. Child mental health in England before and during the COVID-19 lockdown. *The Lancet. Psychiatry* 2021, 8, 353–354, doi:10.1016/S2215-0366(20)30570-8.
5. Szwarcwald, C.L.; Malta, D.C.; Barros, M.B.A.; de Souza Júnior, P.R.B.; Romero, D.; de Almeida, W.D.S.; Damascena, G.N.; Werneck, A.O.; da Silva, D.R.P.; Lima, M.G.; Gomes, C. S.; Azevedo, L.O.; Ferreira, A. P. S.; Gracie, R.; de Pina, M. F. Associations of Sociodemographic Factors and Health Behaviors with the Emotional Well-Being of Adolescents during the COVID-19 Pandemic in Brazil. *International journal of environmental research and public health* 2021, 18, doi:10.3390/ijerph18116160.
6. Hagell, A. Summarising what we know so far about the Impact of Covid-19 on Young People; Association for Young People's Health: London, 2021.
7. Dumas, T.M.; Ellis, W.; Litt, D.M. What Does Adolescent Substance Use Look Like During the COVID-19 Pandemic? Examining Changes in Frequency, Social Contexts, and Pandemic-Related Predictors. *Journal of Adolescent Health* 2020, 67, 354–361, doi:10.1016/j.jadohealth.2020.06.018.
8. Chi, X.; Liang, K.; Chen, S.T.; Huang, Q.; Huang, L.; Yu, Q.; Jiao, C.; Guo, T.; Stubbs, B.; Hossain, M.M.; Yeung, A.; Kong, Z.; Zou, L. Mental Health Problems among Chinese Adolescents during the COVID-19: The importance of Nutrition and Physical Activity. *International Journal of Clinical and Health Psychology* : IJCHP 2021, 21, 100218, doi:10.1016/j.ijchp.2020.100218.
9. Meherali, S.; Punjani, N.; Louie-Poon, S.; Abdul Rahim, K.; Das, J.K.; Salam, R.A.; Lassi, Z.S. Mental Health of Children and Adolescents Amidst COVID-19 and Past Pandemics: A Rapid Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021, 18, doi:10.3390/ijerph18073432.

Doc. dr. Helena Jeriček Klanšček,
Nacionalni inštitut za javno zdravje,
Helena.Jericcek@nizj.si

Katarina Žlavs, mag. inž. preh.,
Nacionalni inštitut za javno zdravje
Vesna Pucelj, prof. zdr. vzg., Nacionalni
inštitut za javno zdravje

Ada Hočevar Grom, dr. med.,
Nacionalni inštitut za javno zdravje

E-zbornica

Zbornica si še naprej prizadeva biti stroškovno in ekološko odgovorna organizacija, zato spodbuja elektronsko poslovanje in komunikacijo s svojimi člani, katere prednosti so: večja varnost pri prenosu dokumentacije, hitrejše in enostavnejše komuniciranje ter skrb za okolje, saj z zmanjšanjem tiskanja in pošiljanja fizičnih dokumentov vsi prispevamo k ohranitvi zelenih površin in znižanju ustvarjenega CO₂.

Zbornica članom nudi:

1. e-izmenjavo dokumentov preko varnega elektronskega predala – VEP,
2. e-članarine,
3. spletni portal ZZS – spletna stran,
4. dostope do drugih spletnih aplikacij, ki so namenjene članom,
5. spletni portal Domus Medica.

Več informacij o e-poslovanju z ZZS je na voljo preko vstopne spletne strani. Vabljeni, da z zbornico čim bolj poslužete na e-način.

Komentar k zapisom

Isis, november 2021, št. 11

Marjan Kordaš

Str. 3, Uvodnik: Vse te misli bom združil in si jih zapomnil. Takole: **Znanost, ki ima dober namen, je višja sila.**

Str. 8, K naslovnici, intervju (Helena H. Choudhury, Simon Hawlina, Robert Zorec): To je pa že kar čudež. Pa ne le čudež o zdravljenju raka prostate *ad personam*, temveč tudi čudež o uspešnem sodelovanju ljudi in raziskovalnih ustanov na Slovenskem!

Str. 19, Študij na MF: »... en mentor v študijskem letu **naj** (podčrtal M. K.) ne bi imel več kot dveh študentov na klinični praksi. ...« Doslej nepredstavljivo! Kaj bo pravilo, in kaj izjema v tem zahtevnem načrtu?

Str. 33, Zvonjenje v prazno ...: Zdravnik na e-pošto odgovarja tako, kot to zahtevata njegov poklic ter etika. Koliko je za to potrebnega zdravnikovega časa in znanja, si pa uradniška kratka pamet ne more predstavljati. In tragično je, da se kolegica Campolunghi Pegan že počuti kot na potapljačem se Titaniku. Za razliko od leta 1912 pa je leta 2021 okoli naše potapljačice

se barke mnogo političnih gledalcev, ki imajo tako svojo zabavo!

Str. 36, Kaj je šlo narobe?: Narobe je (šlo) to, da Slovenci nimamo tradicije v demokraciji!

Str. 37, Aktualno – pogovorimo se o odgovornosti: Erich Fromm meni, da pojem *odgovornost* pomeni samo eno: zavedanje človeka o tem, kar (kaj) počne.

Str. 75, Kolesarjenje ob Muri: Pošiljam kolesarske čestitke vsem udeležencem. Priznam, da me ob tem dosežku razjeda zelena (kolesarska) zavist.

Str. 82, Zavodnik: Čestitam! Ko se bo ta cirkus končal, bomo šli vsi skupaj in brez mask na kavo. Skladno z znamenitim srbskim pregovorom: *Da se izgrlimo i izljubimo!!*

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

Zvonjenje v prazno ali kako zveni labodji spev nekega sistema

Polona Campolunghi Pegan

Institut izbranega osebnega zdravnika deluje le še v tabelah in na papirju, delo na primarni ravni pa poteka nepredvidljivo, pretežno v obliki nadomeščanj. (Nadomeščanje pomeni, da hkrati skrbiš za svojo ambulanto in za ambulanto manjkajočih kolegov.) Če kdor koli meni, da je dostopnost za bolnike enaka v primeru, da zdravnik skrbi za populacijo ene ali dveh ambulant, se močno moti. Če kdo misli, da je zdravnik

enako dosegljiv, če dela samo v ambulanti ali če je ob ambulantnem delu razpisan še za urgenco na terenu, se močno moti. **Fizika nas uči, da gre v enolitrsko steklenico en liter vode.** Lahko še tako pritiskamo, dva litra v to steklenico ne bosta šla.

V teh dneh je ZZS pozval zdravstvene domove in zdravnike na primarni ravni, da sporočijo, ali zagotavljajo dosegljivost preko

telefona in elektronskih medijev. Beležijo namreč številne pritožbe nad »nedostopnostjo ambulant splošnega zdravnika«. Baje, da v luči trenutne »epidemiološke situacije«.

Ob teh razumevanja polnih pritiskih se sprašujem, ali avtorji teh dopisov dejansko mislijo, da je nam, zdravnicam in zdravnikom v ambulantah, vseeno. No, pa saj ni slabo, da se vsake toliko časa zgodi trenutek, ko še koga razen nas skrbi slaba dostopnost zdravstva. Nanjo zdravniki, ki delamo na primarnem nivoju, namreč intenzivno opozarjamo že vsaj zadnjih 15 let. Razumem, da je na trenutno ponovno višjo stopnjo zaskrbljenosti s strani plačnika vplivalo več bombastičnih naslovov v medijih, ki gredo v duhu: **»Je 76 telefonskih klicev dovolj, da osebni zdravnik dvigne slušalko?«** Verjamem tudi, da zavarovalnica v zadnjem času prejema veliko pritožb s strani zavarovancev. Nedvomno so upravičene, saj kljub temu da redno plačujejo zavarovanje (ali dve), ne uspejo priti do zdravstvenih storitev takrat, ko jih potrebujejo.

Zadnje tedne tako skoraj ni dneva, ko ne bi kateri od medijev **poročal o nedopustni nedostopnosti družinskih zdravnikov**. O tem dajejo izjave društva bolnikov in varuhi pacientovih pravic, pa tudi skoraj nobeno izobraževanje ali okrogla miza na temo katere koli bolezni ne mine, ne da bi nas kateri od kolegov s terciarne ali sekundarne ravni, ki jim ni vseeno za bolnike, pokroviteljsko pozval, da »naj bomo vendarle bolj dosegljivi«. »Ker,« tako nas učijo, »obstajajo poleg covida še vedno tudi druge bolezni.« In potem sledijo grafi in številke o tem, koliko manj rakov je bilo diagnosticiranih in v kako poznih stadijih so bili pacienti od nas napoteni k njim kljub dolgotrajnim in jasnim simptomom bolezni. Nekateri še pomenljivo dodajo, kako se bomo morali naučiti živeti z virusom, in če je taka okrogla miza namenjena širši publiki, se debata pogosto zaokroži s stavkom ali dvema o tem, kako smo družinski zdravniki (v celoti, kot

nedoločljiva gmota) potrebni izobraževanj. **Da se bomo vendar naučili prepoznati osnovne simptome in znake neke bolezni in da nam bo postalo jasno, kako uporabljati najosnovnejše in najcenejše preiskave.** Potem praviloma sledi nasvet pacientom, naj bodo v odnosu do svojega zdravnika sitni. In naj zahtevajo.

Opozorila bi na semantično napako v razmišljanju tako ZZSZ, društev, varuhov kot tudi kolegov, ki nas opominjajo, da zaradi covida ne smemo zanemarjati drugih obolenj. **Premisa, da je glavni vzrok za nedostopnost ambulant osebne-ga zdravnika epidemiološko stanje v državi, ne drži.** Vse slabša dostopnost je posledica sistematičnega zanemarjanja stanja primarne ravni zdravstva zadnjih 20 let. Vse, kar se sedaj dogaja, je bilo moč predvideti. Še več! Vse, kar se sedaj dogaja, je bilo s strani zdravnikov primarnega nivoja napovedano pri več vodstvih ZZSZ in še več ministrjih/ministricah za zdravje. Demografski trendi v državi, napredek medicine (iz katerega na začudenje mnogih tudi medicina primarne ravni ni izvzeta), porast diagnostičnih in terapevtskih možnosti, ki zdravnikom narekujejo obveznost za drugačno in bolj zahtevno delo predvsem s številnimi polymorbidnimi bolniki, pa tudi razrast različnih izredno bogatih in razvejanih (glede na trenutno stanje zdravstva v državi kadrovske presenetljivo podprtih in nič po učinku povprašanih) dodatnih preventivnih dejavnosti – vse to je obstoječim zdravnikom primarne ravni nalagalo nove in nove strokovne obveznosti. Hkrati pa se je bohotila tudi administracija ob nikakršnem razvoju podpornih informacijskih programov. Vsa ta dejstva, znano število zdravnikov, ki so pred upokojitvijo, ter pičlo zanimanje mladih za specializacije s področij medicine na primarni ravni, so pripovedovala o tem, da sistem brez korenitih posegov in sprememb ne bo zdržal. In ker, razen nekaj lepotnih popravkov, kakšni bistveni ukrepi

niso bili sprejeti, se nam sedaj pred očmi odvija neizbežen scenarij razkroja sistema primarne ravni.

Seveda je k zaostrovanju situacije pripomogla tudi epidemija. Zakaj?

Vsakodnevno morajo delovati covid ambulate, kar pomeni, da od obstoječega števila zdravnikov vsak dan vsaj en zdravnik v nekem kraju manjka na svojem matičnem delovišču. Izvaja se cepljenje, kar pomeni, da zdravnik, ki je ta dan razpisan na cepljenje, ni dosegljiv za svoje paciente. V populaciji je veliko število obolelih za covidom, pri katerih je treba vsakodnevno spremljati zdravstveno stanje. Če ima zdravnik npr. 30 opredeljenih bolnikov, ki prebolevajo covid, in se z vsakim od njih pogovarja le 5 minut na dan, to pomeni, da se 150 minut na dan pogovarja samo z znanimi covidnimi bolniki.

Ne bom razglabljala o tem, kdo je odgovoren za nezavidljivo situacijo, ki že več let ogroža zdravje državljanov, dejstvo pa je, da z obstoječim številom in sestavo timov, kljub velikokrat nepredstavljivim naporom, ne zmoremo zagotoviti takšne dostopnosti, kot bi si jo želeli. **Prišli smo do točke, ko s preobremenjevanjem zdravstvenih delavcev ne zmoremo več kompenzirati sistemskih pomanjkljivosti našega zdravstva.** Smo v stanju, ko zdravstveni delavci izgorevajo in zbolevajo. Kar pomeni še večjo obremenitev obstoječih timov in začaran krog, iz katerega ne vidimo izhoda.

Plačnik nas sprašuje, ali odgovarjamo na elektronska sporočila. Da. Odgovarjamo. Vendar pogosto ne tako hitro, kot pacienti pričakujejo. Pacient npr. v petek popoldne napiše sporočilo, v ponedeljek ob 10h pa že imamo pritožbo, da smo neodzivni. Na zdravnika, ki pride v ponedeljek v službo, pa čaka 20 ali celo 40 neodgovorjenih sporočil. Lahko se odloči, ali bo obravnaval v ambulantu naročene paciente ali pa bo odgovarjal na sporočila. Obojega hkrati se ne da. Naj ob tem poudarim, da je področje elektronske komunikacije povsem

neurejeno in neregulirano. Naše ambulanse se spreminjajo v klepetalnice z zdravniki, saj določen del populacije pričakuje, da se bo vse uredilo na klik. Tako v ambulanse prejemamo dolga sporočila, velikokrat pa tudi priponke raznoraznih člankov, fotografije, videoposnetke ipd. Med številnimi banalnimi (neredko nepotrebnimi) ali čisto tehničnimi sporočili, kot so naročila receptov, napotnic, medicinskih pripomočkov, so seveda tudi takšna, ki zahtevajo resno in hitro ukrepanje. Vse to nekontrolirano prihaja v predal zdravnika, ne da bi bila ob tem zagotovljena ustrezna triaža, saj je nemogoče, da bi zdravnik/medicinska sestra ob poteku ambulanse hkrati sproti pregledovala prejeto pošto. Želimo si, da bi se uporabo elektronske komunikacije na primarni ravni omejilo na način, da bi bili elektronski kontakti varni. Sedaj niso. Za nikogar.

Pa se dotaknimo še perečega vprašanja telefonske nedosegljivosti. Povabila bi koga z ZZZS, MZ, od medijev, varuhov ali kolegov, ki imajo številne (dobronamerne) nasvete za nas, da kakšen dan ali vsaj kakšno uro preživijo npr. v kateri od naših ambulant. Tako si bodo lažje ustvarili sliko o tem, kar opisujejo številni bolniki v svojih nedvomno resničnih zgodbah in pritožbah. Nadzor, ki poteka na način, da plačnik iz svojih pisarn preverja telefonsko dosegljivost, namreč ne razkrije resničnega problema, s katerim se vsi skupaj že dolgo soočamo. In če imamo vsi skupaj, kot partnerji, interes, da problem rešimo, ga je treba najprej spoznati.

Medicinske sestre v ambulantah se oglašajo na telefone. Javijo se, če niso na telefonski zvezi že z nekom drugim. Ali če ravno ne izvajajo preveze, snemajo EKG-ja, nastavljajo infuzije ali pacientu aplicirajo injekcije. Če ravno ne predajajo zdravniku pomembne informacije o pacientu, ki so jo prejele pri prejšnjem telefonskem klicu. Javijo se, če v tistem trenutku ne podajajo navodil bolniku, ki v živo stoji pred njimi. Javljajo se domače in tuje govorečim, malo, hudo

bolnim in življenjsko ogroženim. Tistim, ki so pozabili, če še velja napotnica za nefrologa. Ali bi radi potrdilo o cepljenju. Ali jih zanima, ali bodo dobili QR-kodo, če so bili cepljeni enkrat s Sputnikom, potem pa še prejšnji teden s Pfizerjem. Ali bi radi uredili, da mamó čim prej sprejemo v dom upokojeencev. Ali ker se ne strinjajo s tem, da bi kašljajočega otroka peljali na bris. Nekaj bi jih rado uredilo bolniško. Nekateri bi radi potrdilo za zavarovalnico, ker so si pred pol leta zlomili roko. Ali bi radi naročili recepte. Klicev je dobesedno stotine. In ker (glej ga zlomka!) tako za zdravnike kot tudi za medicinske sestre velja delovnopravna zakonodaja, od njih ne moremo zahtevati, da v svojem prostem času ostajajo v ambulant in vrnejo vse klice, ki jih tisti dan, med delom, niso uspeli presteči.

Že kako leto in pol berem komentarje o tem, kako so zdravstveni domovi postali hiša duhov, kako so čakalnice prazne in kako primarna raven pravzaprav nima nič s covidom, saj se covidni bolniki vendar zdravijo v bolnišnicah. Da »kafetkamo«, pobiramo dodatke in še v dežurstvih spimo za velike denarje. Zaprti pred svetom. Spočiti. Vse to poslušamo tudi v živo, vsak dan, 365 dni v letu. Podnevi in ponoči. Pa spet naslednje jutro, ko se po oddelanim dežurstvu vrnemo v svojo ambulanto, da bomo, ja, čim bolj dosegljivi. In ker ne želimo z našo odsotnostjo preobremeniti tima sosednje ambulanse. Poslušamo skupaj z grožnjami, zahtevami, pritožbami, dopisi, žalitvami in vse bolj napetimi odzivi na najosnovnejša navodila, ki ne sodijo niti v področje epidemije, ampak v področje bontona. In vsak dan mi gre skozi možgane vprašanje: »Koliko ljudi je že ozdravila polna čakalnica, da jih sedaj ljudje tako zelo pogrešajo?« Ker, ne glede na število čakajočih, ima zdravnik lahko pred sabo samo enega pacienta. Ampak ljudje so slišali in prebrali besede tistih zdravnikov, ki jim je v resnici mar za ljudi, da naj bodo sitni. In naj zahtevajo. Predvsem od nas, ki

ne znamo interpretirati najosnovnejših preiskav. Bo že tako prav. Problem je le v tem, da to ni garancija za to, da bodo do zdravniške oskrbe prišli tisti, ki jo najbolj potrebujejo, ampak predvsem tisti, ki so najbolj glasni in najbolj agresivni.

Resnično bi si želela, da bi se reševalo prave izzive primarne ravni. Da bi se spoznalo, da (leni?, nemarni?, neodgovorni?, nevedni?) timi ambulant primarnega nivoja niso poglavitni problem in vzrok nedostopnosti. Da bi se omogočilo, da bi znotraj vsake ambulanse imeli osebo, ki bi se lahko oglasila na prav vsak klic. Da bi se omogočilo take pogoje dela, da bi se mladi zdravniki radi odločali za to tako izpolnjujoče in strokovno tako raznoliko in pestro delo. Za delo, ki omogoča dobro delovanje vseh nivojev zdravstva. Žal ni tako.

Nekje sem prebrala zgodbo o tem, kako je orkester na Titaniku igral tudi potem, ko se je ladja že začela potapljati. Zdravniki in medicinske sestre v ambulantah se pogosto počutimo tako. Bližamo se neizbežni katastrofi, pa se od nas vseeno pričakuje, da vzdržujemo dobro vzdušje in videz normalnosti. Samo da izgleda, da je vse prav. No, v tem trenutku je voda že dodobra zalila spodnje prostore in se sliši lomljenje trupa. Dobro volje ni nihče več.

V upanju, da se bodo razmere spremenile, preden nas zapusti upanje, vas lepo pozdravljam.

Polona Campolunghi Pegan, dr. med.,
(še vedno z veseljem) družinska
zdravnica

Kaj je šlo narobe?

Marjan Fortuna

Kmalu bo minilo petdeset let od moje diplome na Medicinski fakulteti. Niti v sanjah si nisem predstavljal, da se bodo razmere tako spremenile in odnos do zdravnikov tako spremenil (poslabšal!).

Ko sem bil še pripravnik in sem imel že opravka tudi z najtežje bolnimi, nisem nikoli doživel, da bi bil od bolnika ali njegovih sorodnikov deležen kakršnihkoli pritiskov, žaljivih komentarjev, pripomb, nasprotovanja posegom ipd. Tudi med službenjem vojaškega roka sem opravljal delo zdravnika malodane s polnimi pooblastili. Hodil sem na hišne obiske k oficirjem in njihovim svojcem, jih pregledoval, predpisoval zdravila in jih pošiljal tudi v bolnišnico. Še več, opravljal sem male kirurške posege in zaradi posebnih okoliščin sem moral biti celo mrliški oglednik enkrat v primeru detomora in enkrat samomora. Nikoli in nikdar pa nisem bil deležen, vsaj ne da bi vedel, kakih kritik ali nezaupanja do mojega dela; nasprotno, čeprav sem bil star šele 25 let, sem bil enako cenjen in spoštovan kot moji starejši kolegi.

Tudi po redni zaposlitvi sem bil takoj »vržen« v prve bojne linije in opravljal najbolj zahtevne medicinske posege, sprva res pod nadzorom bolj izkušenega zdravnika, a že po šestih mesecih sem začel samostojno dežurati in marsikdaj opravljati posege, ki sem jih v preteklosti samo videl opravljati. Sedaj smo pa čedalje pogostejše priča omejevanju dela zdravnikov in njihovih kompetenc. Ko si sam in se moraš hitro odločiti, ni časa in možnosti za razpravljanje o takih ali drugačnih soglasjih in kompetencah ter si celo deležen očitkov o paternalističnem odnosu zdravnikov. Treba se je odločiti, in to samo v korist bolnika, vse ostalo takrat ni pomembno.

In tako so minevala leta dela sprva na Golniku in kasneje skoraj vse do upokojitve na najbolj odgovornem in zahtevnem delovnem mestu s področja interne medicine – Kliničnem oddelku za intenzivno interno medicino in na Internistični prvi pomoči UKCL. In verjemite, pogosto mi ni bilo lahko, zlasti ko sem bil pri odločitvah primoran odločati sam brez možnosti konzultacije in pod pritiski svojcev.

Sprva občasne in nato čedalje pogostejše so postajale kritike na račun dela zdravnikov in tudi medicinskih sester. Zaposleni v zdravstvu smo čedalje pogostejše postajali strelovod za sistemske napake, pa naj je šlo za predolge čakalne dobe ali tudi usodne posledice za bolnike. Nemalokrat so bili pripeljani umirajoči bolniki v terminalnem stanju neke bolezni in svojci so včasih pričakovali nemogoče. To je po svoje razumljivo, a čudežev se pač ne da delati. Saj smo pomagali, kolikor smo lahko.

Zdravniki in zlasti medicinske sestre, ki jih mnogi kar tikajo in zmerjajo z vulgarnimi izrazi, smo priča tudi verbalnim grožnjam, grožnjam s tožbami in tudi nasilnimi dejanji. V času velikih kriz, kot so vojne – in ta pandemija ni nič drugega kot vojna, ne sicer s klasičnim, ampak z biološkim orožjem – se pokaže pravi značaj ljudi. Večina je k sreči taka, da je hvaležna za vse, kar lahko zdravniki naredimo, so pa tudi taki, ki dvomijo o vsem in vsakomur ter v našem delu iščejo napake, zarote itd.

Kako je samo pri vprašanju cepljenja? Ko še nismo imeli cepiva, smo nestrpnost pričakovali, da bo končno in hitro razvito in na voljo vsem, ko pa ga imamo in je dokazano učinkovito, se spet pojavljajo skeptiki in govorijo o teorijah zarote in podob-

nih nebulozah. Podcenjujejo znanje zdravnikov in ko laik vse to posluša in bere, je upravičeno lahko zmeden. A to ne pomeni, da kar vsepovprek zanika dosežke znanosti, ampak da jih sprejema z veliko mero zaupanja. Videti je, da je v našem narodnem značaju, da smo Slovenci trmoglavi in uporniški; od kmečkih uporov dalje ne sprejemamo mnenja avtoritet in vztrajamo pri svojem, četudi je pogosto skregano z zdravo pametjo.

Za čedalje več nezaupanja v naše delo danes je v dobršni meri »kriva« svoboda govora, ko lahko vsakdo govori, kar hoče. Potem so tu vsa družbena omrežja z »dr. Googlom« na čelu in mnogi mediji. Ko na nacionalni televiziji postanejo osrednje osebe zanikovalci dosežkov medicine (Tarča 9. septembra in Delo 11. septembra 2021 – »Za teoretike zarote v medijih ne sme biti prostora«), čemur smo priča ob tej zdravstveni krizi, se je res težko braniti pred neutemeljenimi očitki. In ko lahko vsakdo razširja neresnice in polnesnice, a kar je še huje, svoja prepričanja brez posledic svobodno širi, potem smo res prestopili Rubikon. Vsa prepričevanja in razlaganja s strani tistih, ki vsaj nekaj vedo o nastanku, razvoju in prognozi nalezljivih bolezni, so pogosto Sizifovo delo. Povsem neutemeljeni so očitki o slabi komunikaciji, da se ne posluša strokovnjakov, da se odloča politično in nestrokovno; to so samo izgovori, ker se nekateri niso pripravljali podrediti nekim skupnim ciljem. Vsak dan spremljamo pozive mikrobiologov, imunologov, infektologov, epidemiologov, ministra za zdravstvo in mnogih drugih in ni res, da je komunikacija neustrezna. Kakšna pa bi bila ustrezna?

Da je šlo v zadnjih petdesetih letih nekaj hudo narobe, je očitno. Ne mislim kazati s prstom na nikogar, a

tako dalje ne more iti. S tem, da včasih delamo preiskave in posege samo zato, da se izognemo morebitnemu nasilju in drugačnim grožnjam, ne delamo za bolnike nič dobrega. Tudi Zakon o pacientovih pravicah iz leta 2008, ki ima preko devetdeset členov o pravicah in le en člen o pacientovih dolžnostih, je prinesel toliko pravic, da bi moral vsak zdravnik imeti pravno znanje, da bi zakon lahko v

celoti upošteval. Da si prisiljen bolnika dobesedno prositi, naj vendarle pristane na nek medicinski poseg (tudi cepljenje!), je bilo v začetku moje zdravniške prakse nekaj nepredstavljenega in grožnje zdravnikom so bile kazensko sankcionirane.

Danes pa lahko vsak grozi in žali, kolikor ga je volja.

Res je zaupanje v dobronamernost zdravnikov mogoče hitro napraviti,

težko pa povrniti. Če si deležen takega odnosa in pogroma (tudi s požigi), kot ga doživljamo v zadnjem času, je res težko delati. Zato se sprašujem, kaj je šlo v zadnjih desetletjih tako narobe, da smo prišli do stopnje, ko se dvomi o vsem in vsakomur, ki dela v zdravstvu.

Prim. Marjan Fortuna, dr. med., Kranj

Aktualno – pogovorimo se o odgovornosti

Zdenka Čebašek - Travnik

Vprašanje, kot sem ga pred slabim letom postavila v svojem prispevku *Protikoronski ukrepi: kdo bo prevzel odgovornost* v Dnevniku (<https://www.dnevnik.si/1042944757> decembra 2020), se v različnih kontekstih ponavlja tudi danes. Še posebej pereče je postalo po smrti 20-letne Katje, ki se je cepila z vektorskim cepivom, in se tudi v javnosti postavlja vprašanje o morebitni zdravniški odgovornosti za to tragično sosledje. Zdravniški poklic temelji na osebni odgovornosti za posamezne odločitve, tudi kadar odločanje poteka v skupini (konziliju, timu, strokovni skupini), zato zdravniki tudi druga strokovna besedila beremo v kontekstu razumevanja odgovornosti.

K pisanju pa me je tokrat spodbudila objava poročila Računskega sodišča Republike Slovenije z naslovom ***Skrb za učinkovit vstop zdravnikov na trg dela***. Ker sem ravno sredi branja knjige dr. Marije Švajncer *Virus in filozofija*, iz te citiram njeno misel: »Živost misli je nujna, saj nas poživi in spodbudi, da nam ni vseeno, kaj se nam dogaja zasebno in v svetu, v katerem živi-

mo.« To živost misli prepoznavam tudi pri sebi in tako ne morem mimo poročila računskega sodišča. Čeprav sem pri pripravi odgovorov za potrebe revizijskega postopka tudi sama aktivno sodelovala kot takratna predsednica zdravniške zbornice, ne razumem, na podlagi česa je računsko sodišče podalo svoje ugotovitve, da je Zdravniška zbornica Slovenije (kot deležnik) skupaj z Ministrstvom za zdravje odgovorna za sedanje pomanjkanje zdravnikov. Mediji so pograbili tendenciozen naslov iz zadnjega prikaza infografike računskega sodišča »*Ministrstvo za zdravje in Zdravniška zbornica Slovenije nista bila učinkovita*«.

Iz predstavitvene infografike bi lahko sklepali, da je zdravnikov dovolj (ali celo preveč). Da je zdravniško delo zdaj drugačno kot pred 12 leti, računskega sodišča ne zanima. Iz zakonodaje ne izhaja, da bi zbornica morala vedeti ali celo ugotavljati, koliko zdravnikov potrebuje Slovenija. Register zdravnikov se sicer posodablja z vpisom novih članov, a register zasebnih zdravnikov je v rokah ministrstva za zdravje. Dokaj točne

podatke o številu delujočih zdravnikov imata NIJZ in ZZZS, kjer imajo tudi podatke o opravljenem delu. Oboji neradi delijo podatke, ki jih imajo. Standardi zdravniškega dela so opisani v številnih smernicah – od začetka diagnostike do konca terapije in nadaljnjih kontrolnih pregledov. Ti standardi so nastali na osnovi mednarodnih standardov, s katerimi se zagotavlja sodobne načine zdravljenja tudi našim pacientom. Tu je tudi del odgovora, zakaj so se obremenitve zdravništva povečale, ob tem, da poznamo tudi vedno več bolezni, več diagnostičnih postopkov in terapevtskih možnosti. Normativi dela po specialnostih so tisti temelj, s katerim zdravništvo zagotavlja optimalno profesionalnost opravljenega dela. O tem, kaj mora vsebovati izvid radiologa, kirurga ali patologa, že zdavnaj ne odloča politika ali od nje imenovana strokovna telesa, temveč to določajo standardi. Vsaj tako bi moralo biti.

Števila zdravnikov, ki bi lahko delovali v skladu s strokovnimi standardi, zdravniška zbornica še vedno nima, in to kljub temu, da se je vsakokratno vodstvo trudilo, da bi

politika, točneje ministrstvo za zdravje, pripravila vsaj uporabno mrežo zdravstvene dejavnosti. Na podlagi te mreže bi zbornica morala narediti načrte za razporeditev zdravnikov po posameznih specializacijah. Število razpisanih specializacij je bilo resda večje od števila kandidatov, vendar so še pred nekaj leti potekali izbirni postopki tudi za družinsko medicino. Tu pa so se delovni pogoji v zadnjih 12 letih najbolj poslabšali. V sklepnem mnenju računskega sodišča ni besedila, ki bi zdravniški zbornici nalagalo pripravo odzivnega poročila, niti ni zanjo izdalo nobenih priporočil. Zato ne vidim razloga, da se odgovornost za pomanjkanje zdravnikov skuša porazdeliti med ministrstvo za zdravje in zbornico. Poraja pa se vprašanje o motivih računskega sodišča, da poskuša zmanjšati odgovornost ministrstva s tem, da nakazuje delitev odgovornosti z zdravniško zbornico. Tendenciozni način predstavitve poročila žal meče slabo luč na zdravništvo, kar prispeva k dodatnim napetostim in zdaj že vsakodnevnim napadom na zdravstvene delavce. Bo tudi računsko sodišče prevzelo svoj del odgovornosti za posledice takšnega ravnanja?

Zapletom glede **cepljenja proti covidu-19** ni videti konca. Menim, da za razumevanje slabe precepljenosti prebivalstva v Sloveniji znanje medicine ne more biti dovolj. Razkošje svobodnega razporejanja časa, ki mi ga je prinesla upokojitve, uporabljam tudi za poglobljanje v literaturo, ki je povezana z medicino, čeprav ni njen neposredni del. O tem, kako vpliva epidemija na delovanje človeštva, lahko preberemo v knjigah, nekatere so bile napisane prav v zvezi z zadnjo pandemijo. A nobena od teh, ki sem jih doslej prebrala (o nekaterih tudi napisala recenzijo za Isis), se ne more kosati z umetnino *Kuga* Alberta Camusa, kjer na koncu izvemo, da dogodke zapisuje zdravnik Rieux. Na moji knjižni polici sta ta čas dve zanimivi knjigi, poleg Virus in filozofije tudi *Naša bolehnost* zgodo-

vinarja Timothyja Snyderja. *Bolehnost* je zanimiv izraz, ki ga povezuje mo z bolehnostjo posameznika, vendar je v literaturi uporabljen tudi za opis slabotnosti ali šibkosti določene skupine ljudi ali celo naroda, zato sem si ga kot metaforo izposodila za svoje razmišljanje. Nekateri znaki bolehnosti zdravništva so se posebej razkrili v času, ki ga obvladuje **virus SARS-CoV-2**.

Kaj je razkrilo obdobje, v katerem smo imeli tudi dvakrat razglašeno epidemijo, čeprav je bilo takrat bolnih manj ljudi kot v času, ko si prizadevamo za zmanjševanje omejitev, ki jih (vladi) narekuje virus? Običajno je, da se sum na nepravilnosti raziše s pomočjo **(strokovnih) nadzorov**. Zakon o zdravstveni dejavnosti je predvidel tudi sistemski nadzor v primerih suma na nepravilnosti, ki naj bi se zgodile v zdravstvenem sistemu. Ko sem kot predsednica zdravniške zbornice ministru za zdravje predlagala, da odredi sistemski nadzor nad delovanjem DSO (ta bi med drugim pokazal tudi delovanje ministrstva), je bil moj predlog zavržen in namesto tega odrejen strokovni nadzor v večjem številu domov za starejše. Izsledki tega nadzora še niso znani. Zgodba o nadzorih se je na nek način ponovila zdaj, ko so (novinarji) ugotovili, da so z vektorskimi cepivi cepili tudi mladoletne osebe. Namesto da bi minister sam odredil sistemski nadzor, ki bi zajel celotno verigo cepljenja – od nabav do aplikacije in beleženja stranskih učinkov – je naročil strokovni nadzor pri zdravniški zbornici. Javnost seveda ni spregledala, da svetovalno skupino za cepljenje pri NIJZ vodi predsednica zdravniške zbornice.

Tudi **strokovne skupine**, ki naj bi vladi svetovale glede ukrepov za zaježitev širjenja virusa SARS-CoV-2, so na nek način bolehnne. Ne samo, da se njihova sestava spreminja (podobno kot zdravniki zamenjujemo slabo delujoča zdravila s tistimi, za katera predvidevamo večjo učinkovitost), temveč se spreminjata tudi njihova

moč in način delovanja. Janez Janša, predsednik vlade, je na zaslišanju pred preiskovalno komisijo državnega zbora, ki se na zahtevo opozicije ukvarja z ukrepanjem vlade v epidemiji covid-19, dejal, »da svetovalna skupina ni imela nobenega posebne-ga statusa in nobene posebne moči ter nobenih pooblastil, da bi sprejemala kakršnekoli ukrepe.« Tako se zdi dokaj razumljivo, da ne morejo prevzemati odgovornosti za slabo učinkovitost vladinih ukrepov. Rezultati so vsem znani, zato ne preseneča vprašanje novinarke Sabine Obolnar, ki v svojem uvodniku v reviji Ona piše: »Zakaj te strokovnjakinje, ki so v vladni skupini za epidemijo, še kar vztrajajo v tem patološkem sožitju? Saj so same že velikokrat povedale, da veliko odločitev ni strokovnih, temveč političnih. Zakaj vztrajajo?«

Zdravniki svojo poklicno odgovornost spoznavamo in izvajamo predvsem v odnosu do pacienta, ki ga zdravimo. Tega smo se naučili med študijem in pri vsakodnevnem delu. Medicina je referenčni okvir, v katerem se počutimo varni in neodvisni v odločanju; kadar smo v dvomu, znamo (in moramo) poiskati dodatne informacije in strokovno pomoč bolj izkušenih kolegov. Kadar pa delujemo zunaj medicine, pa bi morali poznati zakonitosti drugih referenčnih okvirov, ki z zdravniškim dostikrat niso primerljivi.

Dr. Zdenka Čebašek - Travnik, Kamnik,
Zdenka.cebasek@gmail.com

Prikaz nasprotnih dejstev v zvezi z objavo gibanja Zdravstvo.si »Skupščina državnega zdravstva«

V zvezi z objavo gibanja Zdravstvo.si z naslovom »Skupščina državnega zdravstva« avtorja Krištofa Zevnika (ISIS, oktober 2021, stran 31) Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZZS) ugotavlja, da so spodaj izpostavljene trditve iz objave neresnične, neobjektivne ali pa navajajo podatke (npr. v infografiki oz. slikah) brez navedbe uradnih virov in zato niso preverljive ter verodostojne.

1. Trditev, da slovenska družina namenja 6,2 neto plače za zdravstvo oz. največ med primerjanimi državami

Podatek je neobičajen in ga v uveljavljenih mednarodnih primerjalnih analizah ne zasledimo (Evropska komisija, EUROSTAT, OECD ...). Avtor ne navaja vira, zato ga ni možno preveriti. Domnevamo, da gre za metodološko sporne in neverodostojne izračune. Nepreverljiva in vprašljiva pa je tudi druga navedba, namreč da je to največ med primerjanimi državami, saj avtor ne navaja, katere države se primerjajo. Z izjemo 3 najbogatejših evropskih držav, kjer pa so povprečne plače bistveno višje kot v Sloveniji, kar pomeni, da imajo tudi prebivalci bistveno večjo kupno moč in zato lahko s svojo povprečno plačo kupijo več dobrin, tudi zdravstvenih storitev, v primerjavi npr. s Slovenijo. Verjetno avtor izrablja podatek o obsegu neto plač, ki jih zaposleni (aktivni) del prebivalstva namenja za zdravstvo. Gre za neobičajen pokazatelj, ki ne govori toliko o višini sredstev za zdravstvo, temveč o bremenu, ki ga nosi zaposleni/aktivni del

prebivalstva, da se financira zdravstvo (in/ali tudi ostali javni sektor). Tovrstne primerjave so zasnovane na t.i. indeksu odvisnosti, ki se skladno z demografsko statistično metodologijo praviloma določa tako, da se število vzdrževanih oseb (praviloma otroci in mladina ter starejši od 65 let) primerja s številom delovno aktivnega prebivalstva, in to največkrat brez upoštevanja dejstva, ali so delovno aktivni dejansko vsi zaposleni ali ne. Gre za to, da se zagotovijo določene informacije v zvezi s (solidarnostnim) bremenom, ki jih države (še lahko) naložijo na delovno aktivne osebe, da se npr. pokrijejo stroški za zdravstvo (ali ostali javni sektor). Večja kot so bremena (oz. »razmerja odvisnosti« – »old age dependancy ratio«), ki se nalogajo na delovno aktivne, večje so lahko težave pri načrtovanju zadostnega obsega (javnih) sredstev za zdravstvo.

Za primerjavo obsega/višine porabe za zdravstvo med državami EU se na podlagi metodologije nacionalnih zdravstvenih računov (OECD oz. EUROSTAT) uporabljajo kazalci o izdatkih za zdravstvo, kot npr.:

- delež vseh izdatkov od BDP posamezne države za zdravstvo;
- znesek oz. poraba za zdravstvo na prebivalca – zaradi boljše primerjave se znesek v evrih praviloma preračunana na kupno moč posamezne države (v t.i. PPP evrih);
- oba zgornja kazalca se primerjata tudi glede na vir (javni izdatki + zasebni izdatki = vsi izdatki za zdravstvo).

Zadnji primerljivi podatki o vseh izdatkih za zdravstvo v državah EU kažejo (glej spodnjo tabelo), da namenja Slovenija z 2.186 PPP evrov na prebivalca oz. 8,2 %

BDP zdravstvu manj sredstev kot v povprečju države EU (EU 27: 2.552 PPP evrov in 8,3 % BDP), znatno manj pa kot najbolj razvite države EU (EU 14: 3.332 PPP evrov in 9,3 % BDP). Edino če porabo v Sloveniji primerjamo s povprečjem držav, ki so v EU vstopile po letu 2004, je naša poraba med temi državami najvišja (EU 13: 1.711 PPP evrov na prebivalca in 7,1 % BDP). Pomembne pa so zlasti razlike glede porabe **javnih sredstev za zdravstvo**. V primerjavi z najbolj razvitimi državami EU (EU 14: 2.580 PPP evrov in 7,2 % BDP) Slovenija zaostaja tako po porabi javnih sredstev na prebivalca kot tudi v razmerju do BDP (Slovenija: 1.573 PPP evrov na prebivalca in 5,9 % BDP) in je bližje povprečjem držav, ki so v EU vstopile po letu 2004 (EU 13: 1.205 PPP evrov na prebivalca oz. 5,0 % BDP). Po teh podatkih smo v Sloveniji iz javnih virov (nacionalni in lokalni proračuni, sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja) zagotavljali okoli 72 % vseh sredstev za zdravstvo, kar je nekoliko manj kot v povprečju države EU (EU 27: 73 %). Delež javnih sredstev pa je zaznavno nižji v primerjavi s povprečjem razvitih držav EU (EU 14: 76 %).

Skladno s povedanim je za Slovenijo značilno, da sorazmerno velik delež vseh sredstev zagotavljajo tudi **zasebna sredstva za zdravstvo**. 28 % vseh sredstev v Sloveniji zagotovimo z zasebnimi viri, ki se v sistem stekajo bodisi v obliki prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja bodisi v obliki neposrednih (do)plačil za storitve. V državah EU je ta delež v povprečju nekoliko nižji (EU 27: 27 %), v razvitih državah EU pa znatno nižji (EU 14: 24 %).

Še ena značilnost glede strukture finančnih virov za zdravstvo je pomembna z vidika zagotavljanja dolgoročne vzdržnosti zdravstvenega sistema v Sloveniji. V primerjavi z državami EU **Slovenija izstopa po zelo nizkem deležu proračunskih virov v vseh sredstvih za zdravstvo**. Takšno stanje predstavlja preveliko odvisnost financiranja zdravstvene oskrbe v Sloveniji le od enega javnega finančnega vira (sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja), ki pa je tesno povezan s stopnjo zaposlenosti v državi. To po mnenju strokovnjakov predstavlja resno tveganje v primeru nihanj v gospodarstvu oz. zaposlenosti, kar smo kot zastoj ali negativen trend v prihodkih obveznega zdravstvenega zavarovanja že izkusili (npr. v ekonomski krizi 2008–2013 in tudi v letu 2020 po izbruhu epidemije covid-19).

bolnišnic in Ministrstva za zdravje možne izboljšave na tem področju, in sicer zlasti:

- Država naj poskrbi za centralizirana, skupna javna naročila vseh bolnišnic za standardiziran (drag oz. stroškovno pomemben) zdravstveni material in (draga oz. stroškovno pomembna) zdravila.
- Bolnišnice, ki samostojno nabavljajo zdravila in material ter druge storitve pri zunanjih izvajalcih preko sistema javnih naročil skladno z Zakonom o javnem naročanju, naj redno preverjajo cene, ki jih dosegajo slovenske in druge tuje primerljive bolnišnice.
- Klinike in inštituti oz. razširjeni strokovni kolegiji naj v okviru posodabljanja strokovnih smernic standardizirajo procese zdravljenja tudi na ravni dragih materialov (kolčne proteze, stenti ...).
- Treba je okrepiti nadzor nad

mora odražati tudi obseg in kakovost opravljenega dela (problem plačne uravnalovke v javnem sektorju).

ZZZS si prizadeva vplivati na stroškovno učinkovitost izvajalcev zdravstvenih storitev tudi s spremembami obračunskih modelov in veljavnih cen (uveljavi jih lahko le preko Splošnega dogovora). ZZZS si tako že vrsto let prizadeva posodobiti sistem SPP za financiranje akutne bolnišnične dejavnosti, vendar je pri tem odvisen od soglasja Ministrstva za zdravje in Vlade RS, ki je nazadnje leta 2020 zavrnila konkreten predlog ZZZS za vzpostavitev novih slovenskih cen na podlagi stroškovne analize 10 slovenskih bolnišnic. ZZZS zato izvaja nov projekt, v okviru katerega bo pripravil nov posodobljen predlog. V tem kontekstu velja omeniti tudi odsotnost zakonske vsakoletne obveze izvajalcev (zlasti bolnišnic), da bi

Tabela: Izdatki za zdravstvo v Sloveniji in EU.

	Javni	% od BDP	Zasebni	% od BDP	Celotni	% od BDP
EU 27	1.907	6,1	645	2,1	2.552	8,3
EU 14	2.580	7,2	752	2,1	3.332	9,3
EU 13	1.205	5	506	2,1	1.711	7,1
Slovenija	1.573	5,9	613	2,3	2.186	8,2

Opomba: * podatki za EU 27, EU 14 in EU 13 so aritmetična povprečja. Vir: Eurostat, januar 2021.

2. Trditev, da je ZZZS odgovoren za preplačane materiale (žilne opornice) v zdravstvu

Glede odmevnega preplačila žilnih opornic v nekaterih bolnišnicah poudarjamo, da so za gospodarno in zakonito nabavo žilnih opornic in drugega materiala v zdravstvu neposredno odgovorna vodstva zdravstvenih ustanov kot neposredni kupci, in ne ZZZS. Bolnišnice, ki žilne opornice in drug zdravstveni material preplačujejo, poslabšujejo svoje finančno poslovanje, saj ZZZS v cenah zdravstvenih storitev takšnih preplačil ne priznava. Menimo, da so na ravni upravljanja

pravilno in gospodarno porabo javnega denarja z bolj sistematičnim izvajanjem revizij s strani notranje revizijske službe in Računskega sodišča. ZZZS meni, da bi moralo Računsko sodišče v večjih bolnišnicah redno, vsako leto opraviti revizijo, podobno, kot to velja za ZZZS.

- Upravljanje javnih zdravstvenih zavodov naj bo bolj učinkovito in primerljivo s korporativnim upravljanjem v gospodarstvu, kar pomeni tudi stimulacijo v primeru uspešnega poslovanja in razrešnice v primeru negativnega poslovanja; menedžmentu je treba podeliti več menedžerskih pooblastil in odgovornosti.
- Nagrajevanje delavcev v zdravstvu

ZZZS-ju posredovale podatke o stroških oz. t.i. lastnih (proizvodnih) cenah npr. akutnih bolnišničnih obravnav. To bi namreč ZZZS-ju omogočilo, da bi realneje ovrednotil opravljeno delo v bolnišnicah. Istočasno pa je treba z novo zdravstveno zakonodajo zagotoviti, da bodo izvajalci zdravstvenih storitev sistematično posodabljali in objavljali strokovne smernice in klinične poti za kakovostno in varno obravnavo pacientov. S tem se namreč standardizirajo procesi zdravljenja, kar je pogoj za kalkulacijo cen. Izvajalce je torej treba po naši oceni z zakonom zavezati, da ZZZS-ju redno in na predpisan način (po načelih stroškovnega računovodstva: po stroškovnih mestih in stroškovnih nosilcih) posredujejo

vse podatke o stroških posameznih zdravstvenih storitev, ki služijo kot podlaga za izračun kalkulacije cen in razvoj obračunskih modelov. S takšnim pristopom bomo bolje zadostili pričakovanjem po ekonomsko upravičenih, kakovostnih in dostopnih zdravstvenih storitvah.

3. Trditev, da ZZZS preplačuje zdravila (primer Ibuprofen 200 mg (16 tablet))

V objavi konkretno zdravilo Ibuprofen 200 mg (16 tablet) ni razvrščeno na listo zdravil, ki bi jih financiral ZZZS, določene oblike tega zdravila (20 tablet) so v Sloveniji dostopne pacientom v lekarnah brez recepta, samoplačniško.

ZZZS uspešno obvladuje odhodke za zdravila na recept, ki se izdajajo v lekarnah in so zato neposredno v pristojnosti ZZZS (zlasti preko sistema terapevtskih skupin zdravil in medsebojno zamenljivih, generičnih zdravil), kar dokazujejo tudi podatki OECD, po katerih so vsi izdatki za vsa zdravila, ki se izdajajo v lekarnah, na prebivalca nižji od povprečja evropskih držav (Slovenija 380 PPP evrov, EU 27-povprečje 381 PPP evrov) (vir: Health at a Glance 2020, OECD). Po tem kazalniku so izdatki v Sloveniji enaki porabi na Slovaškem. Primerjave na ravni posameznih zdravil pa so lahko med posameznimi državami zavajajoče, še zlasti če se nanašajo na poceni zdravila. V Sloveniji imamo namreč v lekarniški dejavnosti (zdravila v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja) uveljavljen storitveni sistem (ob izdaji zdravila plačamo poleg cene zdravila tudi vrednost izdaje s strani farmacevta), za razliko od drugih držav, kjer imajo praviloma uveden maržni sistem (prihodek lekarne je proporcionalno odvisen od vrednosti posameznega izdanega zdravila in ne neposredno od dejanskih stroškov dela oz. izdaje zdravila) – za Slovenijo to predstavlja primerjalno stroškovno prednost (zlasti visoke prihranke na ravni dragih in

najdražjih zdravil). Ker pa lekarne uporabljajo storitveni sistem iz obveznega zdravstvenega zavarovanja tudi za izdajo samoplačniških zdravil, se lahko poceni zdravila v Sloveniji prikazujejo kot dražja, kot so v tujini, kjer je uveljavljen maržni sistem. Lekarniška storitev je namreč v Sloveniji enako vredna za vsa poceni in draga zdravila.

4. Trditev, da ZZZS še vedno ni spremenil 254. člena Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (povračilo stroškov v samoplačniških ambulantah)

Glede očitka, da Skupščina ZZZS ni ukinila določbe 254. člena Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju: Pravil OZZ), ki onemogoča povračilo stroškov zdravljenja pri kateremkoli zdravniku v Sloveniji, je treba pojasniti, da je navedena določba skladna z zakonsko ureditvijo pravice do zdravstvenega varstva.

Zato uporaba 254. člena Pravil OZZ glede vprašanja povrnitve stroškov za opravljene zdravstvene storitve iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja ni odločilna, temveč je v teh primerih treba uporabiti ureditev, kot izhaja iz določb Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nadaljevanju: ZZZVZZ) in Zakona o pacientovih pravicah (v nadaljevanju: ZPacP). Določbe Pravil OZZ pa je mogoče uporabiti le na način, da z njihovo uporabo pravica, kot je določena z zakonom, ni nedopustno omejena, kot je to poudarilo tudi Ustavno sodišče RS v odločbi z dne 24. 6. 1998.

Skladno z določbo prvega odstavka 51. člena Ustave RS ima vsakdo pravico do zdravstvenega varstva, vendar pod pogoji, ki jih določa zakon. S takšno določbo je zakonodajalcu prepuščeno, da uredi pravico do

zdravstvenega varstva in določi način njenega izvrševanja ter vzpostavi tudi določene ustavno dopustne omejitve. Zamejitev pravice do socialne varnosti napoveduje torej že Ustava, tako v prvem odstavku 50. člena, še posebej pa glede pravice do zdravstvenega varstva iz javnih sredstev v drugem odstavku 51. člena. V 51. členu Ustave oblikovan zakonski pridržek zakonodajalca pooblašča, da uredi pravico do zdravstvenega varstva iz javnih sredstev z zakonom, pri čemer lahko določi tudi ustavno dopustne omejitve te pravice na podlagi 15. in 2. člena Ustave. Zakonodajalec je dolžnost ureditve pravice do zdravstvenega varstva iz javnih sredstev realiziral med drugim s sprejemom Zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZDej), ZZVZZ in ZPacP. Zaradi danih omejitev, ki jih napoveduje že Ustava (tako finančnih omejitev nasploh kot tudi drugih omejitev zmožnosti javne mreže z vidika kadrovske, prostorske in drugih materialnih zmogljivosti), je zakonodajalec omejil zdravstvene storitve iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in za njihovo uveljavljanje določil sistem javne zdravstvene mreže, katere izvajalci se financirajo iz javnih sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja, če imajo sklenjeno pogodbo z ZZZS na podlagi 65. člena ZZVZZ. Zdravstvene storitve iz obveznega zdravstvenega zavarovanja niso neomejene, niti ni neomejen način njihovega uveljavljanja, saj je oboje odvisno od materialnih zmožnosti družbe. V Sloveniji imamo sistem javnega zdravstva ločen od zasebnega zdravstva, pri čemer imamo uveljavljen sistem javne mreže in omejen krog izvajalcev, ki zdravstvene storitve izvajajo v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja. V mrežo so vključeni tako javni izvajalci kot tudi zasebniki, ki imajo koncesijo. Če se storitev ne uveljavlja v javni mreži izvajalcev, ki se financirajo iz javnih sredstev, zavarovana oseba ni upravičena do povračila stroškov za zdravstvene storitve, opravljene pri zasebniku, ki nima

koncesije, razen v primeru nujnih storitev.

Glede na navedeno ureditev Skupščina ZZZS ne more samovoljno »ukiniti« določbe 254. člena Pravil, kot se ji to očita, saj črtanje pojasnevalne določbe iz Pravil OZZ ne bi odpravilo oz. izničilo zakonske ureditve.

5. Trditev, da so nekateri člani Skupščine ZZZS v nasprotju interesov

Skupščina ZZZS je najvišji organ upravljanja ZZZS, ki ga skladno z zakonom sestavljajo izvoljeni predstavniki zavarovancev (25 članov) in delodajalcev (20 članov) kot interesnih skupin plačnikov prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje. Na

tej podlagi so bili skladno z zakonodajo v aktualno Skupščino ZZZS izvoljeni predstavniki naslednjih interesnih organizacij: 8 različnih sindikalnih organizacij, 2 upokojski organizaciji, invalidske organizacije, Kmetijsko gozdarska zbornica Slovenije, 5 zbornic ali združenj delodajalcev ter Vlada RS. Posamezni aktualni člani Skupščine ZZZS, predstavniki delodajalcev (gre za manjšino članov) so obenem tudi podpisniki pogodb z ZZZS ali so zaposleni pri dobaviteljih v zdravstvu. Veljavna zakonodaja tega ne prepoveduje, izvoljeni pa so bili kot predstavniki delodajalcev. V skladu z Zakonom o integriteti in preprečevanju korupcije mora biti vsaka uradna oseba (opomba 1) v Sloveniji pozorna na vsako nasprotje interesov in se mu je dolžna izogniti ter razkriti obstoj

okolščin, ki bi lahko vplivale ali ustvarile videz na nepristransko opravljanje svojih nalog. V zvezi s tem služba ZZZS na to dolžnost aktivno opozarja člane Skupščine ZZZS.

Opomba 1: 9. točka 4. člena Zakona o integriteti in preprečevanju korupcije (Uradni list RS, št. 69/11 – UPB in 158/20) določa: »uradne osebe« so funkcionarji, uradniki na položaju in drugi javni uslužbenci, uslužbenci, zaposleni v Banki Slovenije, poslovalne osebe in člani organov upravljanja, vodenja in nadzora v subjektih javnega sektorja.

**Zavod za zdravstveno
zavarovanje Slovenije
Sektor za informiranje in
odnose z javnostmi**

Dan potem

Nina Mazi

Noben dan ni tako dolg, da ne bi bilo večera.

Stara slovenska modrost

Dejstvo, da ima vsak začetek svoj konec, velja tudi za aktualno epidemijo in pandemijo. Prej ali slej se bo rast okužb z novim koronavirusom umirila, krivulja obolenosti se bo obrnila navzdol in svet se bo prebudil v novo jutro. Če se vsi (vsaj po tiho) zavedamo, da bo to težko pričakovano jutro kmalu napočilo, pa nihče ne ve in si tudi ne upa napovedati, kakšna bo zora, ki nas bo tedaj obsijala, kaj nam bo prinesla in kaj nam bo napovedala. Z izjemo vedeževalcev in prerokov, seveda, ki pa trenutno še niso enotnega mnenja, kaj čaka svet, ko bo končno lahko pomahal v slovo virusu.

Ko bo svet pogumno preskočil najnevarnejše ovire koronskega časa, bomo polni pričakovanja in upanja

obrnili nov list v učbeniku zgodovine človeštva. Kolega, psihiater, ki veliko razmišlja o pokoronski dobi, se boji, da bodo razmere na pogorišču korone katastrofalne, z njim se strinjajo tudi številni kolegi iz drugih specialnosti. Skeptična sta tudi njegova prijatelja, ekonomist in zgodovinar. Prvi je prepričan, da se bodo dosedanja ekonomska razmerja močno zamajala in spremenila, marsikje celo porušila. Kljub peščici, ki je v času epidemije obogatela, meni, da bosta svet zajela pomanjkanje in revščina – finančna situacija in perspektiva glavnine prebivalcev modrega planeta se bo (vsaj prehodno) poslabšala. Drugi, zgodovinar, pa resignirano predvideva, da nas bo čas, zaznamovan s

smrtonosnim virusom, še dolgo obremenjeval s težkimi mislimi in neprijetnimi spomini, ki nam bodo sicer povzročali nočne more, a se iz njih spet ne bomo ničesar (nič pomembnega) naučili. Značilno za zgodovino je namreč, da se ciklično ponavlja, človek pa kljub lekcijam, ki bi jih moral že davno osvojiti, vztraja v svoji ignorantski inerciji in se pretvarja, da je vse v redu. Hkrati pa iluzorno upa, da si bo pred zagatami lahko še naprej zatiskal oči, svoje napake in spodrsrljaje pa neopazno, brez posledic, v nedogled pometal pod preprogo. Tudi sociologi in psihologi pričakujejo, da bo pokoronski čas vse prej kot prijeten, prijazen in lahkoten.

Ko si bomo sneli maske (seveda le tiste, ki naj bi nas varovale pred okužbo s covidom-19), odstranili razkužila, potrdila o cepljenju spravili v predal in globlje zadihali, se bomo, polni veselega pričakovanja in navdušenja, radovedno ozrli okrog sebe in opazili, da nič, res nič ni več tako, kot

je bilo do marca leta 2020. Pa ne zato, ker bi tok dogajanja hotel za vsako ceno potrditi legendarni Heraklitov »Panta rhei« (Vse teče), marveč predvsem zato, ker življenja in bivanja po pretresih in tektonskih premikih v družbi, ki smo jim bili priča v času epidemije, ni mogoče več vrniti na stare tirnice. Tega dejansko tudi nihče ne pričakuje. Vsi pa upamo, da bo nova realnost sprejemljiva in obvladljiva. Da se v svojem okolju ne bomo počutili nedobrodošle vsiljivce in nezaželene tujce, da nas ne bodo na vsakem koraku nadzirali in zasledovali, nam pretili ali celo grozili; nam nenehno nekaj preprečevali in prepovedovali. Nas omejevali in ovirali – nam strigli peruti, nas za neposlušnost, neubogljivost in nepokorščino kaznovali ali nas celo zatirali. Kršili temeljne človekove pravice in omejevali vsaj najnujnejše demokratične svoboščine.

Nadejamo se prihodnosti, pred katero ne bomo trepetali in nas v trenutkih, ko si bomo z genialnim poljskim nobelovcem Henrykom Sienkiewiczem zastavljali legendarno retorično vprašanje »Quo vadis?«, ne bo strah vsega, kar nam utegne prinesiti jutrišnji dan.

Dr. Jordan B. Peterson, pronicljiv kanadski raziskovalec in znanstvenik, avtor, svetovalec, psiholog, terapevt in pedagog, ki je že v predkoronskem času začel snovati nadaljevanje svoje več kot petmilijonske prodajne uspešnice z 12 nasveti za perspektivno in produktivno življenje, poudarja, da človek sicer res ne more dvakrat stopiti v isto reko, a lahko kljub temu ohrani svoje žlahtno bistvo, ga poglablja in razvija – napreduje v svoji strokovnosti in človečnosti. Prepričan je, da se bo človeštvo ob zatonu koronske krize znašlo zunaj ustaljenih okvirov, onkraj reda. Na pomembni prelomnici, ko stare vrednote ne bodo več aktualne in merodajne, novih, ustreznih in verodostojnih pa še ne bo na vidiku, bomo potrebovali zvrhano mero iznajdljivosti, domiselnosti, prodornosti, podjetnosti, inovativnosti in ustvarjalnosti, predvsem pa

poguma in odločnosti. Časi, ki so pred nami, ne bodo lahki, bodo pa zanimivi in dinamični – vsi, ki so se med epidemijo in pandemijo dolgočasil, bodo končno lahko zadihali s polnimi pljuči, zavihali rokave, zapluli na globoko in zaorali na široko. Čeprav ta ugotovitev marsikomu zbuja pomisleke, strah in nelagodje, nas čas, ki se približuje s svetlobno hitrostjo (kljub dejstvu, da se je življenje med epidemijo upočasnilo), ne sme pretirano skrbeti. Doba, ki je pred nami – Peterson jo pronicljivo označuje s pomenljivo besedno zvezo »onkraj reda« – nam prinaša nove, neznane izzive, ki jim bomo nedvomno kos, saj v skladu z nešteto krat preverjeno in potrjeno starogrško modrostjo življenje človeku nikoli ne naloži bremena, ki ga ne bi mogel nositi. Vse morda ne bo teklo povsem gladko in samodejno, ne bo tako preprosto, kot bi pričakovali, a bomo zmogli. Tudi brez popolne enotnosti – razlike nas bogatijo, dopolnjujejo in na svojevrsten način celo povezujejo. Ključna bo zvrhana mera obzirnosti, spoštovanja in naklonjenosti, ki smo jih v zadnjem času pogosto pogrešali. V prihodnosti, zaznamovani z novo paradigmo, ki bo pometla z nekaterimi preživelimi načeli in koncepti, bomo potrebovali pronicljivost, pretanjenost, diplomatsko mehkobo, strpnost, vztrajnost in potrpežljivost. Pa tudi podjetnost in prodornost. Zagotoviti si bomo morali potrebno dinamičnost, prožnost in prilagodljivost, vztrajnost in potrpežljivost, delavnost, študijoznost in učinkovitost, vpliv in moč – z iskrenostjo, dobroto in lepoto. Svoj jutrišnji dan bomo ustvarjali z naštetimi vrlinami, ne z ognjem in mečem. Vzpostaviti bo treba ustrezno dinamično ravnovesje med sodelovanjem in soliranjem, usmerjeno v skupno dobro. Seveda moramo najprej ugotoviti, kaj je tisto, kar nas povezuje, in kaj nas razdvaja. Pa tudi jasno opredeliti in dovolj natančno, predvsem pa razumljivo določiti »res communis« oz. »res publica« (skupna stvar, stvar skupnosti). Nepogrešljivo bo (p)ostalo vljudno, a zato nič manj

učinkovito pogajanje, pogovarjanje in dogovarjanje, uspešno prizadevanje za »win-win« situacijo in sklepanje kompromisov, razmišljanje, načrtovanje in delovanje po načelu zdravega razuma (»common sense«) ter doseganje soglasja v ključnih zadevah, a ne na silo, ultimativno, na daljavo in za vsako ceno. Ravnati je treba pogumno in samozavestno, v odločilnih trenutkih celo drzno in tvegano, v skladu s staro modrostjo, da drzne spremlja sreča. Za vsak preboj, velik korak in pomemben mejnik potrebuje človek tudi kanček sreče, čeprav se tega morda sploh ne zaveda oz. ne prizna. Ko razmišljamo o ovirah, ki jih bomo morali premagati, in o polenih, ki jih bomo morali preskočiti pri ustvarjanju nove realnosti, ne smemo pozabiti, da se izid številnih bitk in izplen mnogih vojn ne določata na frontni črti oz. v bojnih vrstah, marveč na diplomatskem parketu in v uradih političnih vrhovih. Pri tem pa ne smemo omalovaževati nezmožnosti in neaktivnosti posameznikov na najvišjih položajih. Le tako bomo lahko na koordinatah onkraj reda postavili trdne temelje nove realnosti, ki bo nekoč v prihodnosti (ali pa morda celo nikoli) nadomestila oz. nasledila nekdanjo normalnost. Uspeh namreč ni in ne more biti samoumeven.

V realnosti onkraj reda Petersona skrbi predvsem dvojje: prekomerna urejenost, sistematičnost in organiziranost – preveč reda in preveč varnosti oz. nadzora (kljub brezhibnemu nadzoru in na videz idealnim varnostnim razmeram lahko življenje, delovanje in bivanje zaidejo v slepo ulico). Onkraj reda je prostor za novo ureditev – nov sistem, koncept in organizacijo življenja, delovanja in bivanja, ki nekaj prostora pušča tudi kaosu. Prav kaos je namreč pogosto vir inovativnosti, inventivnosti in intuitivnosti. Česar ni mogoče rešiti z resolucijo, tega se je treba lotiti z intuicijo.

Za čas, ki prihaja, bo treba postaviti tudi nova merila in standarde. Pri tem ni dovolj biti le (naj)boljši, marveč je treba biti tudi drugačen,

inovativen – treba je ustvariti nekaj novega, izvirnega, kar pritegne javnost, jo navdušuje in ji vliva (za)upanje. Zagotoviti si moramo pluralizem demokratičnih standardov, socialni in medkulturni dialog, doseči družbeni dogovor o pomembnih zadevah ter vzpostaviti in vzdrževati oz. utrjevati občutljivo ravnesje med naravo in družbo. Sicer nas po koncu koronske krize lahko prizadene ekološka zagata oz. nas ponovno ohromi okoljska katastrofa, katere posledice bodo (utegnejo biti) še bolj razdiralne – apokaliptične. Človek, ki hoče začeti karkoli spreminjati – se lotiti (so)oblikovanja prihodnosti, mora nemudoma »zlesti« ali, še bolje, »skočiti« s kavča, se posloviti od konformistične, udobne pasivnosti in se preleviti v živahnega optimista oz. v ambicioznega, malce neučakanega realista. Ki pozna svoje dolžnosti in obveznosti, kompetence in pristojnosti. Hkrati pa je pripravljen prevzeti odgovornost za vse, kar je storil in/ali opustil.

Če hočemo uspeti, se ne smemo in ne moremo več slepiti, da je zagotavljanje in prerazporejanje denarja oz. materialnih sredstev alfa in omega perspektivne prihodnosti zdravstva, marveč se je treba brezkompromisno, premišljeno,

načrtno in odločno lotiti vsebinskih, sistemskih sprememb. Trideset let učenja na napakah in ponavljanja neuspešnih poskusov je bilo več kot dovolj, zdaj je čas za konkretno akcijo.

Namesto s problemi preteklosti, se je treba ukvarjati z imperativi sedanjosti in z izzivi prihodnosti. Z vprašanji, kot je »Kaj je pomembnejše, ostati živ in zdrav ali biti svoboden, suveren in neodvisen?« in podobnimi ultimativnimi dilemami si nima smisla več beliti glave in zapravljati časa. V zadnjih 15 in več mesecih nas je življenje naučilo, da ena sama alternativa (pogosto) ne zadostuje – potrebujemo obe. Če želimo spremeniti razmere in pogoje, moramo najprej spremeniti sebe in/ali soljudi. Za učinkovito spremembo samega sebe pa mora človek najprej spremeniti lastno razmišljanje in svoje zaznave. Peterson človeka spodbuja, naj razmisli in si predstavlja, kaj bi lahko postal oz. dosegel, nato pa stori vse, da to tudi uresniči.

Peterson napoveduje pomembne spremembe tudi na področju odnosov in financ. Relacijska paradigma se pospešeno spreminja že vse od začetka epidemije. Aktualnim spremembam medčloveških odnosov večina ni naklonjena – ocenjuje jih kot hladne, zadržane, nepristne in neosebne. Celó

najbolj zagrizeni ljubitelji sodobne tehnologije jasno poudarjajo, da odnosi preko ekranov in/ali izza mask, na daljavo, z vonjem razkužila, sploh niso pravi odnosi in vse bolj glasno zahtevajo odpravo koronskih omejitev, ki onemogočajo neposredne pristne odnose med ljudmi. Skeptični pa so tudi do koronskih ukrepov, ki jih predstavniki zdravstvenih oblasti skušajo uveljaviti kot trajnejše ali celo trajne obvezne elemente poepidemičnega vedenjskega vzorca.

V zvezi z denarjem pa Peterson poudarja, da bo v trenutku, ko bo aktualna epidemija izzvenela, razmišljanje o financah izpodrinilo tisto o zdravju. Z ukinitvijo podpor, subvencij, materialnih spodbud – državne pomoči, ko bodo ljudje spet začeli živeti od svojega dela oz. ustvarjene dodane vrednosti, bo finančna, materialna paradigma spet zavzela pomembno mesto na lestvici prioritet. Uspeh okrevanja po pandemiji je tesno povezan in bo v veliki meri tudi odvisen od odnosa do dela/študija, uspeha in denarja na eni ter povezovanja, sodelovanja in razumevanja na drugi strani.

Nina Mazi, Ljubljana

Tujega (znanja) nočemo, svojega nimamo

Marjan Fortuna

O nalezljivih boleznih, njihovem širjenju in omejevanju prenosov med živimi organizmi je bilo v zadnjih dveh letih toliko napisanega, izrečene in dokazanega, kot ni bilo vsaj v zadnjih 50 letih vse od epidemije črnih koz v Jugoslaviji leta 1972. Pa vendar se najdejo ne tako redki

posamezniki, ki dvomijo o vseh z dokazi podprtih dognanjih mikrobiologije vključno z virologijo. Dokler sami ali kdo od njihovih ožjih družinskih članov ne zboli, imajo nešteto razlogov, zakaj ne verjamejo v vzroke in način prenosa bolezni ter njihove trajne posledice – tudi smrt.

Da obstaja še toliko zanikovalcev in dvomljivcev, je ob današnjih informacijskih tehnologijah pravzaprav nerazumljivo. Občutek imam, da ti to počnejo zato, ker želijo predvsem vzbuditi pozornost, ne pa zato, ker ne bi verjeli znanosti. Saj je sicer težko razumeti, da to počnejo zelo učeni ljudje, ki so se vsaj v šoli nekaj učili tudi o kugi, črnih kozah, gripi in drugih nalezljivih boleznih. In proti

bizarnim teorijam zarote in podobnim nebulozam se je nemogoče boriti, ker bodo vedno nekateri, ki bodo verjeli bolj zanikovalcem kot strokovnjakom. Morda bi bilo koristno te ljudi peljati na »ekskurzijo« v eno od ustanov, kjer zdravijo bolnike s »kugo« 21. stoletja, ali pa da bi celo pomagali pri negi teh bolnikov.

Verjetno ti isti dvomljivci tudi ne verjamejo, da obstaja bolezen rak, kaj šele, da bi verjeli v teorije in dokazane povzročitelje nekaterih (ne vseh) vrst raka, dokler sami ne zbolijo. Enako velja za srčno-žilne bolezni z njihovimi posledicami, od nenadnih smrti, srčnega infarkta do

možganske kapi, odmrtja udov, odpovedi ledvic itd. Ali je tudi za te bolezni treba predložiti znanstvene dokaze, da res obstajajo in kaj je patoanatomska osnova za njihov nastanek? Vsak zdravnik, ki se dnevno srečuje s temi bolniki, dobro ve, kakšne strahotne posledice puščajo te bolezni pri ljudeh, ki prebolijo akutno fazo bolezni, in ni potrebnih nobenih znanstvenih dokazov, saj je dovolj, če vidiš predhodno zdravega (pogojno), čez nekaj sekund pa človeka, ki se mu ustavi srce, ali pa čez nekaj minut človeka, ki ne more gibati s polovico telesa, obrazne mišice mu potegne

na eno stran, ne more govoriti in postane trajno odvisen od pomoči drugih ter nesposoben za samostojno življenje.

Sedaj je povsem nepomembno, ali je koronavirus nastal spontano ali je bil ustvarjen umetno. Virus je tu in sedaj in človeštvo mora storiti vse, kar je ob pandemijah svetovnih razsežnosti že delalo in bo moralo delati tudi v prihodnje.

Ker tujega znanja nočemo, svojega pa nimamo, nam preostane edino le še butalska pamet.

Prim. Marjan Fortuna, dr. med., Kranj

DOMUS  MEDICA



**PREGLED
VSEH
STROKOVNIH
SREČANJ NA
ENEM MESTU!**

WWW.DOMUSMEDICA.SI

**OBIŠČITE NAŠO SPLETNO STRAN
WWW.DOMUSMEDICA.SI**

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

Organizatorji pa lahko tu ponudite vse informacije o svojem srečanju.

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



INFORMACIJE:

Andreja Stepišnik

01 30 72 194

andreja.stepisnik@zss-mcs.si

Minimalno invazivni posegi na stopalu – pomemben mejnik v razvoju stopalne kirurgije?

Matjaž Merc

V zadnjih desetletjih se na vseh področjih kirurgije kažejo trendi zmanjševanja invazivnosti operativnih posegov. Glavni predstavnik manj invazivnih posegov v ortopedski kirurgiji so zagotovo artroskopije velikih sklepov, vse bolj pomembno vlogo pa igrajo tudi posegi na stopalu. Gre za to, da skozi vstopne portale na koži zaradi relativno tankega sloja mehkih tkiv dokaj enostavno dostopamo do kostnih in hrustančnih struktur. Postopek izvedemo s posebnimi instrumenti, svoje delo pa ves čas nadzorujemo z rentgenskim ojačevalcem (slika 1).

Prvi minimalno invazivni posegi na stopalu so poznani že iz osemdesetih let prejšnjega stoletja in so bili namenjeni korekciji deformiranega palca (lat. hallux valgus). Zaradi slabih možnosti kakovostne fiksacije osteotomije in nedovršenih pripomočkov za osteotomijo je po fiksaciji večkrat prišlo do neželenega premika kosti ali nezaceljenja. Rezultata sta bili vztrajajoča bolečina in nezadovoljiva korekcija. Slabi rezultati so sprožili dvome o kompetentnosti minimalno invazivnega pristopa k zdravljenju deformacij stopala. V zadnjih desetih letih je predvsem z razvojem tretje generacije minimalno invazivnih posegov za korekcijo hallux valgusa, ki temelji na natančnih pravilih za izvedbo osteotomije in z implantacijo kompresijskih vijakov zagotavlja čvrsto fiksacijo, prišlo do razcveta perkutane stopalne kirurgije. Napredovanje kirurških tehnik in prilagoditev osteosintetskega materiala sta pooperativne rezultate postavila na raven klasičnih operacij, kar je razširilo indikacije tudi na druge posege. Danes je mogoče na sprednjem delu stopala minimalno invazivno, ob korekciji hallux valgusa (slika 2), korigirati tudi druge prste. Zdravimo lahko metatarzalgijo, zatrdimo palec ali ga v primeru začetne artroze očistimo osteofitov (heilektomija). Na zadnjem delu stopala izvajamo miniinvazivne posege predvsem na petnici. Z drsno osteotomijo dvignemo plosko stopalo ali spustimo previsok stopalni lok, z redukcijo petnice pa



Slika 1. S svedri oziroma frezami različnih dimenzij je mogoče v kost zvrtati luknjo in nato izvesti osteotomijo. Nizka hitrost vrtenja svedra in velik navor omogočata učinkovito vrtenje v kost, mehka tkiva ob tem praviloma ostanejo nepoškodovana.

prilagodimo njeno obliko tako, da razbremenimo narastišče Ahilove tetive in zmanjšamo težave zaradi pritiska Haglundove eksostoze ali insercijskega tendinitisa (slika 3). Na srednjem delu stopala so posegi namenjeni predvsem diabetikom oz. skupini pacientov, ki ima izrazito zmanjšano zmožnost celjenja in kjer vsaka incizija predstavlja tveganje za nekrozo kožnega pokrova ter posledično grozečo amputacijo. Običajno napravimo skozi portale na koži osteotomijo ali redukcijo eksostoze, ki je nastala zaradi progresivne deformacije, nato pa sledi fiksacija z vijaki.

Pomembna prednost minimalno invazivnega pristopa k odpravi deformacij na stopalu je predvsem hitrejša zgodnja pooperativna rehabilitacija in manj pooperativne bolečine. Zaradi krajše incizije kožnega pokrova se zmanjša tveganje za nekatere pooperativne zaplete. Ti so pooperativna okužba rane, težave s celjenjem kožnega pokrova in tveganje za poškodbo živčno-



Slika 2. Pri korekciji hallux valgusa skozi kožni portal subkapitalno prekinemo prvo stopalnico in glavico premaknemo lateralno. Sledi fiksacija z vijakom in osteotomija proksimalne falange po podobnem principu. Leva slika prikazuje pooperativno stanje, desno je stanje tri mesece po operaciji s formiranim kalusom.



Slika 3. Perkutana osteotomija petnice z namenom redukcije Haglundove eksostoze in razbremenitve narastišča Ahilove tetive. Operativni poseg ves čas poteka pod nadzorom rentgenskega ojačevalca.

-žilnih struktur, ki bi sicer lahko bile ogrožene ob daljši inciziji skozi klasični pristop. Minimalno invazivni poseg je praviloma mogoče izvesti v krajšem času kot primerljive odprte operacije. Na podlagi teh lastnosti so kratkoročni rezultati boljši kot pri klasičnih posegih, dolgoročno pa primerljivi s klasično izvedbo in dosegajo 94 % zadovoljstvo pacientov. Kljub številnim prednostim minimalno invazivnega pristopa seveda obstajajo tudi slabosti. V prvi vrsti so med posegom kirurška ekipa in pacient izpostavljeni daljšemu rentgenskemu sevanju, učna krivulja za osvojitev teh kirurških veščin pa je relativno strma. Ocenjuje se, da mora kirurg izvesti od 20 do 50 posameznih vrst operacij, da osvoji principe določene tehnike. V primerjavi s klasičnim posegom je po korekciji hallux valgusa treba pogostejše odstraniti vijake, ki motijo, po literaturi v 5 % primerov. Takšni posegi so tudi manj

primerni, ko želimo korigirati zelo izrazite deformacije, npr. če deformacija nožnega palca presega 50° ali so sklepi malih prstov izpahnjani.

Minimalno invazivna kirurgija na stopalu je zaradi hitrejšega okrevanja, sprejemljivejšega estetskega rezultata ob krajši brazgotini in manj pooperativne bolečine vsekakor zanimiva za pacienta. S svojimi prednostmi, sploh če je ob pridruženih boleznih prisotna periferna arterijska bolezen, bistveno zniža tveganje za slabo celjenje kožnega pokrova, kar pomembno zmanjša obolevnost. Ob pravilni izbiri indikacij vsekakor predstavlja pomembno orodje, ki ga lahko izkoristi kirurg. Glede na ta izhodišča ocenjujem, da je minimalno invazivna kirurgija stopala pomemben mejnik v razvoju stopalne kirurgije.

Viri

1. Bauer T. Percutaneous forefoot surgery. *Orthop Traumatol Surg Res.* 2014;100(1 Suppl):S191–S204.

2. Biz C, Ruggieri P. Minimally Invasive Surgery: Osteotomies for Diabetic Foot Disease. *Foot Ankle Clin.* 2020 Sep;25(3):441–460.
3. Del Vecchio JJ, Ghioldi ME. Evolution of Minimally Invasive Surgery in Hallux Valgus. *Foot Ankle Clin.* 2020;25(1):79–95.
4. Frigg A, Zaugg S, Maquieira G, Pellegrino A. Stiffness and Range of Motion After Minimally Invasive Chevron-Akin and Open Scarf-Akin Procedures. *Foot Ankle Int.* 2019;40(5):515–525.
5. Guyton GP. Minimally Invasive Osteotomies of the Calcaneus. *Foot Ankle Clin.* 2016 Sep;21(3):551–66.
6. Holme TJ, Sivaloganathan SS, Patel B, Kunasingam K. Third-Generation Minimally Invasive Chevron Akin Osteotomy for Hallux Valgus. *Foot Ankle Int.* 2020;41(1):50–56.
7. Jowett CRJ, Bedi HS. Preliminary Results and Learning Curve of the Minimally Invasive Chevron Akin Operation for Hallux Valgus. *J Foot Ankle Surg.* 2017;56(3):445–452.
8. Kaufmann G, Mörtlbauer L, Hofer-Picout P, Dammerer D, Ban M, Liebensteiner M. Five-Year Follow-up of Minimally Invasive Distal Metatarsal Chevron Osteotomy in Comparison with the Open Technique: A Randomized Controlled Trial. *J Bone Joint Surg Am.* 2020 May 20;102(10):873–879.

9. Lai MC, Rikhray IS, Woo YL, Yeo W, Ng YCS, Koo K. Clinical and Radiological Outcomes Comparing Percutaneous Chevron-Akin Osteotomies vs Open Scarf-Akin Osteotomies for Hallux Valgus. *Foot Ankle Int.* 2018;39(3):311–317.
10. Maffulli N, Longo UG, Marinozzi A, Denaro V. Hallux valgus: effectiveness and safety of minimally invasive surgery.

- A systematic review. *Br Med Bull.* 2011;97:149–167.
11. Malagelada F, Sahirad C, Dalmau-Pastor M, et al. Minimally invasive surgery for hallux valgus: a systematic review of current surgical techniques. *Int Orthop.* 2019;43(3):625–637.
12. Redfern D, Perera AM. Minimally invasive osteotomies. *Foot Ankle Clin.* 2014;19(2):181–189.

13. Vernois J, Redfern DJ. Percutaneous Chevron; the union of classic stable fixed approach and percutaneous technique. *Fuss & Sprunggelenk.* 2013;11(2):70–5.

**Doc. dr. Matjaž Merc, dr. med.,
Oddelek za ortopedijo, UKC Maribor**

Hemovigilanca – poročilo Službe za hemovigilanco za leto 2020

Ivica Marić, Irena Bricl

Hemovigilanca je skupek organiziranih ukrepov z namenom nadzora in izboljšav na področju transfuzijske medicine. Obsega vse procese od odvzema krvi pa do transfuzije krvne komponente bolniku. Razdelimo jo na tri področja delovanja, in sicer neželene reakcije pri krvodajalcih ob odvzemu krvi, neželene dogodke, povezane s krvjo (predelava, testiranje, hranjenje, razdeljevanje, transport), ter neželene reakcije pri bolnikih ob transfuziji krvi. Cilj hemovigilance je varna transfuzija krvi.

Neželene reakcije pri krvodajalcih

V letu 2020 smo opravili 79.009 odvzemov krvi krvodajalcem. Izdali smo 97.075 enot krvnih komponent, in sicer 74.372 koncentriranih eritrocitov (KEF), 13.180 enot sveže zmrznjene plazme (SZP) ter 9.523 enot

trombocitov (T). Trombociti so lahko pripravljeni iz zlitja petih darovalcev ali izdajamo t. i. aferetske pripravke enega darovalca. V letu 2020 smo prvih izdali 8.463 oz. 89 %, drugih pa 1.060 oz. 11 %.

Reakcije pri krvodajalcih

V letu 2020 smo ugotovili 1.192 neželenih reakcij ob odvzemu krvi krvodajalcem, od tega 122 lokaliziranih in 1.070 generaliziranih. Med prvimi je bilo največ hematomov (102), med drugimi pa vazovagalnih reakcij (981). Število prijavljenih

reakcij na 1000 odvzemov je podobno kot v letu 2019, zato ocenjujemo, da smo ohranili zadovoljivo raven prijavljanja.

Reakcije pri krvodajalcih v 2020		
LOKALIZIRANE REAKCIJE		
Poškodba žile		
	Hematom	102
	Nabod arterije	7
	Drugo	12
Poškodba/draženje živca		1
GENERALIZIRANE REAKCIJE		
Zapleti aferez		89
Vazovagalna		981

Število odvzemov in reakcije pri krvodajalcih 2016–2020					
Leto	2016	2017	2018	2019	2020
Št. odvzemov	90.450	89.316	89.020	86.985	78.213
Št. reakcij	1.127	988	1.311	1.359	1.192
Št. reakcij/1000 odvzemov	12,46	11,06	14,73	15,62	15,24

Izdaja krvnih pripravkov od 2016–2020				
	KEF	T	SZP	Skupaj
2016	83.702	13.317	21.615	120.986
2017	84.701	12.907	17.873	115.481
2018	79.614	12.290	16.037	107.941
2019	78.473	10.635	14.134	103.242
2020	74.372	9.523	13.180	97.075

Neželene transfuzijske reakcije pri bolnikih (NTR)

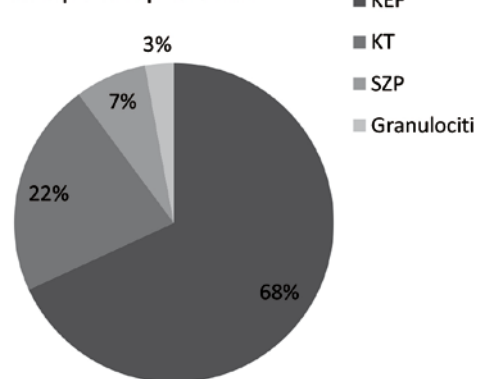
V letu 2020 je bilo prijavljenih 73 neželenih reakcij pri bolnikih zaradi transfuzije krvi, 69 je bilo potrjenih. Na 1000 izdanih enot krvi je to 0,71

Reakcije pri bolnikih v 2020	Prijava	Potr-ditev
Hemoliza	1	0
GvHD	0	0
TRALI	4	3
TACO	7	7
PTP	1	0
Alergija	21	21
Anafilaksija	1	1
FNHTR	36	36
Bakterijska okužba	0	0
Virusna okužba	0	0
Hipotenzija	2	1
TAD	0	0
Drugo	0	0
Skupaj	73	69
R/1000 izdanih enot	0,75	0,71

reakcij, kar nas ne uvršča v skupino evropskih držav, kjer je poročanje o neželenih transfuzijskih reakcijah najbolj zgledno urejeno.

Najpogostejše neželene reakcije so bile alergijske in vročinske nehemolitične reakcije (FNHTR), ki pa niso življenjsko ogrožajoče.

NTR po komponentah



Hude reakcije v letu 2020

Za hude reakcije štejemo vse tiste, kjer je bilo življenje prejemnika transfuzije ogroženo oz. bi lahko bilo ogroženo, če ne bi pravočasno ukrepali. V letu 2020 smo imeli 10 takšnih reakcij. V petih primerih je šlo za volumsko preobremenitev s

transfuzijo (TACO), imeli pa smo še po en primer hipotenzivne in anafilaktične reakcije. Preostali trije primeri so bili akutne okvare pljuč zaradi transfuzije oz. TRALI. Vsi trije primeri TRALI so bili pri istem pacientu, in sicer enkrat po transfuziji trombocitov in dvakrat po transfuziji granulocitov. Protiteles anti-HLA ali anti-HNA nismo dokazali, vendar smo glede na tipično klinično sliko, ponavljajočo se dinamiko reakcije in slikovno diagnostiko zaključili, da gre za neimunski TRALI.

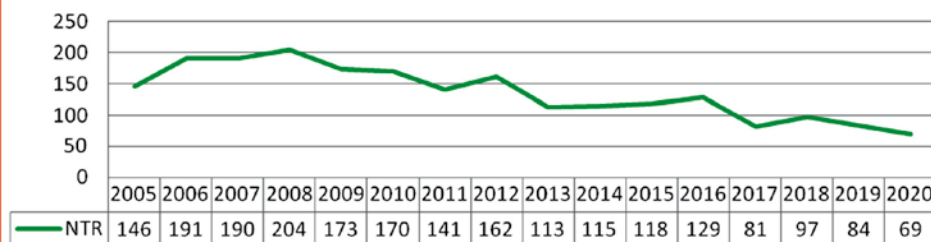
Pri štirih reakcijah smo izključili transfuzijo kot vzrok nenadnega poslabšanja kliničnega stanja pri pacientu. Izključili smo primer hemolize, TRALI, posttransfuzijske purpure (PTP) in hipotenzije.

višje, vendar ocenjujemo, da ne prejememo vseh prijav teh dogodkov. Zato bomo v naslednjem letu skušali z izobraževanjem zdravstvenih delavcev opozoriti na pomen prijavljanja neželenih dogodkov.

Skorajšnjih napak v letu 2020 je bilo 996. Med njimi največ napačno izpolnjenih naročilnic za kri in krvne komponente ter transfuzijske preiskave (419) in napačnih orientacijskih določitev krvnih skupin ABO na bolnišničnih oddelkih (293). Ta določitev je del identifikacije bolnika in je med drugim tudi eno od zagotovil, da je bil vzorec za predtransfuzijske preiskave odvzet pravemu bolniku.

Tako smo imeli v lanskem letu tudi 23 napačnih krvi v epruveti, kar je zelo huda napaka. To pomeni, da je

Prijavljanje neželenih transfuzijskih reakcij (NTR)



Že nekaj časa opažamo trend upada prijav neželenih transfuzijskih reakcij. Ocenjujemo, da gre predvsem za slabše prijavljanje blagih reakcij, ki so bodisi spregledane ali pa se osebe odloči, da jih ne bo prijavilo.

Neželeni dogodki

Neželeni dogodki so vsi dogodki, povezani z ravnanjem s krvjo, od zbiranja, predelave, testiranja, izdaje krvi pa tudi ravnanja s krvjo na bolnišničnih oddelkih. Razdelimo jih na prave dogodke, ko napako spregledamo in vpliva na transfuzijo, ter na skorajšnje napake (angl. near miss), ko napako pravočasno ugotovimo in preprečimo transfuzijo.

Med neželenimi dogodki izstopajo skorajšnje napake. Zavedamo se, da je število pravih neželenih dogodkov

bila kri za transfuzijske preiskave odvzeta določenemu bolniku, epruveta s krvjo pa opremljena z matičnimi podatki drugega bolnika. Take napake lahko vodijo, predvsem zaradi nedoslednega izvajanja obpostelnega testa (določitev bolnikove KS, ABO na ploščici tik pred transfuzijo) do hudih ABO-neskladnosti, ki lahko povzročijo smrt bolnika.

Na vseh izobraževanjih zato izpostavljam pomen pravilnega odvzema krvi bolniku za transfuzijske preiskave in izjemen pomen obpostelnega testa. Primerjave števila skorajšnjih napak v zadnjih letih kažejo, da se kljub izobraževanju vseh vpletenih v transfuzijo krvi njihovo število žal ni bistveno zmanjšalo. Rešitev vidimo v večjem številu izobraževanj tako za zdravnike kot tudi za medicinske sestre.

Neželeni dogodek	
A Transfundirana napačna komponenta	0
A.1. Transfundirana kri je bila izdana za drugega bolnika	
A.2. Transfundirana je bila napačna komponenta	
A.3. Transfundirana je bila komponenta napačne KS zaradi poslanega napačnega vzorca	
A.4. Transfundirana je bila komponenta napačne KS zaradi laboratorijske napake	
A.5. Transfundirana je bila komponenta napačne KS zaradi napake v izdaji	
B Transfundirana komponenta ne ustreza zahtevam	1
B.1. Neustrezen CMV-status	
B.2. Kri ni bila obsevana	
B.3. Antigensko neustrezna	1
B.4. HLA-inkompatibilnost	
B.5. Transfundirana enota je bila stara	
C Napačno ravnanje s krvjo izven transfuzijskega centra	22
D Skorajšnje napake	996
D.1. Pomanjkljiva naročilnica/vzorec/administrativna napaka	419
D.2. Napačno orientacijsko določena KS	293
D.3. Napačna kri v epruveti	23
D.4. Napaka v laboratoriju	125
D.5. Izdaja napačne komponente/izvida	16
D.6. Kakovost komponente	32
D.7. Oprema	47
D.8. Napaka v IS in tehnični opremi (računalnik, faks ...)	41

Zaključek

Transfuzijska medicina je stroka, ki pokriva široko področje in se

prekriva s številnimi drugimi. Začne se s krvodajalci na eni strani, zaključuje pa s transfuzijo krvne komponente

bolnikom na drugi. V sistem hemovigilance smo vključeni vsi, ki na kakršenkoli način sodelujemo v transfuzijski verigi. Izkušnje iz preteklosti kažejo, da le z rednim ozaveščanjem v obliki poročil, izobraževanj in različnih strokovnih srečanj ohranjamo visoko raven znanja, ki je potrebna za pravočasno prepoznanje neželenih dogodkov oz. reakcij ter ustrezno ukrepanje ob pojavu le-teh. Sistem hemovigilance deluje, če neželene dogodke oz. reakcije vestno prijavljamo.

Zahvala

Zahvaljujeva se vsem, ki sodelujejo v transfuzijski verigi: medicinskim sestram in zdravnikom na kliničnih oddelkih ter vsem sodelavcem v transfuzijski službi. Posebna zahvala gre strokovni sodelavki Mojci Bratina, ki skrbi za obsežen administrativni del Službe za hemovigilanco.

Z vašo pomočjo skrbimo za bolj varno transfuzijo krvi.

V primeru dodatnih vprašanj smo dosegljivi na hemovigilanca@ztm.si.

Ivica Marić, dr. med., prim. Irena Briel, dr. med., Zavod Republike Slovenije za transfuzijsko medicino



IT-podporni kotichek: 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 prijavi 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
ime.priimek@gmail.com
Datum rojstva
13.07.1980
Geslo
Ponovitev gesla
Potrdi



25. svetovni kongres spolnega zdravja

Irena Rahne Otorepec

Od 9. do 12. septembra 2021 je potekal virtualni 25. svetovni kongres spolnega zdravja – WAS (World Association for Sexual Health) v Cape Townu, ki sta ga organizirala WAS ter SASHA (Southern African Sexual Health Association). Podajam poročilo o tem strokovnem dogodku, katerega osnovni moto je bil »Leave no one behind«. Rdeča nit vseh simpozijev, predavanj in delavnic je bila povezana s pojmom spolna pravičnost (*Sexual Justice Indaba*), ki se je prvenstveno navezovala na kršenje spolnih pravic v afriškem kontekstu, kot so navedene v **Deklaraciji o spolnih pravicah** (*Declaration of Sexual Rights*) – slovenski prevod je dostopen na spletni strani Slovenskega seksološkega društva (www.seksoloskodrustvo.si).

Drug pomemben dokument je **Deklaracija o spolnem užitku**, ki je bila že sprejeta na 24. kongresu WAS v Ciudadu de Mexico leta 2016, tokrat pa potrjena in definira spolni užitek kot telesno in/ali psihološko zadovoljstvo ter uživanje, bodisi v romantičnih medosebnih ali individualnih izkustvih, vključujoč misli, fantazije, sanje, čustva in občutke. Ključni dejavniki za ugodje, ki prispevajo k spolnemu zdravju in dobremu počutju, so samodeterminiranost, dogovornost, varnost, zaupanje in zmožnost komunikacije in pogajanja glede spolnih razmerij. Spolni užitek naj bi se vedno izpeljal v primernem kontekstu spolnih pravic, zlasti pravice do enakosti, nediskriminacije, avtonomije, telesne integritete, pravice do najvišje dosegljivega standarda zdravja ter do svobodne spolne izraznosti. Človeška izkustva spolnega užitka so raznolika in

spolne pravice dodatno zagotavljajo, da je užitek pozitivna izkušnja za vse (*Adapted from: Global Advisory Board for Sexual Health Wellbeing (2016). Working - of sexual pleasure. Retrieved from <http://www.gab-sfw.org/our-work/working-definition-of-sexual-pleasure/>*).

Pojem **Indaba** prihaja iz južnoafriških jezikov zulu in xhosa in pomeni »zadeva« ali »skrb« ter se običajno nanaša na srečanje ali konferenco, kjer se obravnavajo pomembne zadeve, običajno v hladni senci, ki jo daje afriško drevo in kjer se ljudje družijo. Kongres je bil usmerjen v etična vprašanja ter je izpostavil veliko neetičnih dogajanj širom po svetu.

Spolna pravičnost (*Sexual Justice*) je presečišče družbene pravičnosti in spolnih pravic ter je osnovana na naslednjih načelih: človeško dostojanstvo, enakost, osebna in telesna avtonomnost, državljanstvo, skupnost, udeleženos, solidarnost, pravice in odgovornosti in mir. Spolna pravičnost ni samo teoretični konstrukt, ampak je hkrati usmerjena v vpeljevanje operativnih postopkov z namenom pospešiti »virtualni tripod«, na katerem naj bi temeljile spolne pravice: dostopnost, zagotovljenost in enakost. V odnosu do spolnega zdravja je spolna pravičnost neposredno povezana z dostopnostjo do pomembnih informacij, izobraževanja, zdravstvene oskrbe, ustreznih zdravstvenih služb, specifičnosti le-teh za vse ljudi z upoštevanjem spolnih pravic, sprejetosti in dostojanstva. V tem osnovnem okviru so raznolikosti biološkega in družbenega (*gender*) spola ter medosebnih odnosov dokončne (»nediskutabilne«) realnosti, ki jih je

treba skrbno negovati, saj se osebna spolna izraznost širi preko reprodukcije in vključuje užitek in uživanje skozi celotno človeško življenje ter je tesno povezana s pojmom svobode in zaščite pred nasilnimi, nedogovornimi in/ali nehotenimi spolnimi in reproduktivnimi aktivnostmi.

Kongres WAS je bil usmerjen v razširitev Deklaracije o spolni pravičnosti po vsem svetu ter je bil s številnimi plenarnimi predavanji svetovno priznanih strokovnjakov in strokovnjakinj ter delavnicami posvečen povezovanju seksologije, spolnega zdravja, spolnih pravic ter spolne pravičnosti, udeleženci pa smo bili z naslednjih področij: medicina, psihologija, spolna medicina, psihiatrija, seksologija, družbene vede, aktivizem, zagovorništvo, spolna vzgoja, politika, duhovništvo ter mediji. Predstavljena je bila raznovrstna diskriminacija spolnih pravic po svetu, tako smo lahko dobili celovit vpogled, kaj se dogaja tudi v različnih verskih (npr. islam, hinduizem, krščanstvo, druga verstva) in družbenih okoljih. Marion Stevens je imela zelo odmevno predavanje o obeh spolnega in reproduktivnega zdravja v 25-letnem obdobju demokracije v kontekstu neokolonializma. Richard Parker pa je predstavil temo z naslovom Spolne politike: Boj za spolno pravičnost v 21. stoletju.

Na področju spolnega nasilja nad ženskami so bili predstavljeni izsledki raziskave, vezane na starost, spol in raznolikost, ter predavanje Nasilnost poroda in ženska avtonomija. Pomembna tematika je bila tudi na področju raznolikosti družbenega spola (*gender*) in spolne (spolnih) identitete (identitet) s predavanjem Svoboda za vse: LGBTI, ženske in osebe s HIV/AIDS. Sprejet je bil tudi plan aktivnosti v smeri podpore spolne raznolikosti po svetu (*WAS Statement concerning actions to support gender diversity worldwide*). WAS tesno sodeluje s svetovnimi nevladnimi organizacijami, ki se trudijo destigmatizirati in depatologizirati ranljive skupine ljudi, kot so homoseksualne osebe, interseksualne

osebe ter osebe, ki se združujejo v trans in spolno raznolikih skupnostih (*TGD – Trans Gender Diverse communities*). Opozorili so tudi na napredek v spodbujanju spolnih in reproduktivnih pravic mladostniške populacije. Več predavanj so pripravili predstavniki in predstavnice SZO. Predstavljena je bila tudi organizacija HIVOS, ki se ukvarja s spolno enakostjo, raznolikostjo in vključenostjo (*GEDI: Gender equality, diversity, and inclusion*).

Trije svetovno priznani seksologi oz. seksologinje (Esben Esther Pirelli Benestad, Ganesan Adaikan, dr. Chiara Simonelli) so prejeli življenjsko odlikovanje ter imeli plenarna predavanja. Zdravnica, seksologinja, aktivistka in transoseba Esben Esther Pirelli Benestad je opisala svojo bogato, a tudi presunljivo življenjsko pot, polno negativnih občutkov sramu in krivde glede svoje drugačnosti ter diskriminacije družbe (»nalepke« nenormalnosti, kot je bil v tistem času označen t.i. »heteroseksualni transvestizem«), in svoj karierni razvoj. Je najbolj znana nacionalna transoseba na Norveškem, njen sin je o njenem življenju in njenem odnosu ustvaril film »Vse o mojem očetu«. Poudarila je, da je nujno, da se svet, vključujoč seksološki svet, spreminja na bolje in da je že dozorel čas, da se opušča izraz spolna disforija (*gender dysphoria*) ter se uvede pojem spolna evforija (*gender euphoria*). Dr. Ganesan Adaikan, vodilni raziskovalec in učitelj na področju razumevanja biokemičnih procesov in farmakologije na področju erektilne disfunkcije, je predstavil nova znanja na tem področju, zlasti razvoj novih zdravil na celičnem nivoju. Seksologinja in klinična psihologinja dr. Chiara Simonelli je predstavila razvoj seksologije, ki se tesno povezuje tako s spolno medicino, psihoseksualno terapijo kot tudi s sociologijo in družbenimi gibanji. Zanimivo je bilo tudi to, da so večino plenarnih predavanj in delavnic pripravile ženske strokovnjakinje in prepričale poslušalstvo z močjo argumentov.

Kongres je bil s široko etično tematiko zelo aktualen in je prinesel tudi vpogled v mikroklimo v našem, tj. slovenskem prostoru, saj smo predstavnice (bila sem edina iz Slovenije) in predstavniki držav sodelovali na okrogli mizi. Vsekakor je sedaj čas za resen strokovni razmislek o ravni spolne pravičnosti pri nas – kje je Slovenija pri zagotavljanju spolnih pravic, spolne pravičnosti in spolne etike v primerjavi s svetom.

Na kongresu je bil izvoljen tudi novi predsednik WAS – prof. dr. Alain Giami (psihiater in seksolog, učitelj, raziskovalec in psihoseksualni terapevt) iz Francije.

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

Zbornična izobraževanja za zdravnike in zobozdravnike

Razvoj tima

delavnica: 3. november, 16.00–20.00 –
Stili pogajanja/prepričevanja

delavnica: 1. december, 16.00–20.00 –
Dinamika moči v službi

Namen treningov je pridobivanje novih veščin komuniciranja. Osrednja aktivnost vsakega modula je vaja in analiza vaje. Nad tem so udeleženci vedno navdušeni. Vaje izvajamo vedno na vaših primerih, da se z njimi lažje identificirate. Delavnice so namenjene vsem, ki želijo izboljšati svoje komunikacijske veščine in dvigniti odnose na višjo raven (so)delovanja, ne glede na to, ali gre za službene, prijateljske ali domače odnose.

Izvajalka: Metka Komar, univ. dipl. ekon.

Kakšne barve si? – Delavnica komunikacije in SDI (Strenght Deployment Inventor)

delavnica: 3. november, 16.30–19.45

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

Izvajalec: Zavod Medicinski trenerji

Izgorelost in profesionalizem v medicini

delavnica: 10. november, 16.30–19.45

Veliko medicinskih fakultet po svetu eksplisno uči profesionalizem. Medicinski profesionalizem je set vrednot, obnašanja in odnosov, ki poudarja zaupanje javnosti v zdravnike. Medicina je poklic, pri katerem so zdravnikovo znanje, klinične veščine in presoja v službi zaščitne in ponovnega vzpostavljanja dobrega

počutja ljudi. Dobro počutje pa težko vzpostavlja zdravnik, ki je izgorel. Objave raziskav iz tujine kažejo na več kot 50 % izgorelost zdravnikov. Na delavnici se bomo pogovarjali o odkrivanju in preprečevanju izgorelosti ter metodah učenja profesionalizma v medicini.

Izvajalec: Zavod Medicinski trenerji

Mednarodna konferenca javno zdravstvo v EU in Sloveniji

konferenca: 15. november, 16.00–18.00

Namen konference je ugotoviti, kaj se pod pojmom »javno zdravstvo« razume v zahodnoevropskih državah, ki izstopajo po učinkovitosti in dostopnosti svojih zdravstvenih sistemov. Primerjali bomo zdravstvene sisteme različnih držav: Finske, Švice, Nizozemske, Francije, Slovenije in Velike Britanije. Zaključek konference bo priporočilo, katere spremembe zdravstvenega sistema v Sloveniji so bistvene, da bi se približali in dosegli nivo zdravstvene oskrbe, ki je primerljiv z najboljšimi državami v Evropi.

Izvajalec: Zdravniška zbornica Slovenije

Delavnica za specializante

delavnica: 17. november, 15.30–18.10

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.

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

Krizno komuniciranje – Obravnava težavnih strank

delavnica: 18. november, 14.00–17.00

delavnica: 20. januar 2022, 14.00–17.00

Cilj delavnice je slušatelje čim bolj opolnomočiti za odzivanje pri obravnavi težavnih strank. Dotaknemo

se prve ravni: kako umiriti sebe, prevzeti nadzor nad lastnim odzivom in se s komunikacijskimi tehnikami čim bolj opolnomočiti za umiritev situacije. Delavnica je zasnovana v okviru 6 sklopov, ki trajajo po 20 minut in so vsebinsko zaokroženi, pa vendar predstavljajo celoto.

Vsebina prve delavnice: Opredelitev težavnih sogovornikov znotraj stresne krizne situacije s poudarkom na umetnosti odzivanja: načini obvladovanja lastne vibracije (čustev), pomen kalibriranja, vloga različnih zornih kotov in razumevanje pomena stika.

Izvajalka: Biserka Povše Tašić, univ. dipl. nov.

Prevzgoja samozavedanja – Delavnica za krepitev osebnostne moči – 1. del

delavnica: 24. november, 16.30–19.30

Delavnica bo spodbudila udeležence, da se zavejo svoje osebne moči ter odkrijejo/ubesedi 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 z drugih/novih perspektiv; opredeliti problem, ga temeljito analizirati in se odločiti o rešitvi.

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

Informacijska točka

Prijave in programi: www.domusmedica.si

Pregled in urejanje prijav: www.zdravniskazbornica.si (vstop v osebni profil preko »Prijava«, zavihek »Moje prijave«). **Potrdilo o izobraževanju** bo na voljo v nekaj dneh po dogodku v vašem osebnem profilu (v zavihku »Moje prijave« v rubriki »Arhiv«).

Dodatne informacije: Andreja Stepisnik, E: mic@zss-mcs.si

2. 11. 2021–30. 1. 2022 • ANTIBIOTIČNO ZDRAVLJENJE NEZAPLETENIH OKUŽB SEČIL

kraj: spletno izobraževanje	št. udeležencev: neomejeno	kotizacija: ni podatka	k. točke: ***
vsebina: Predavateljica prof. dr. Bojana Beović, dr. med., specialistka infektologije, predstavi priporočila evropskega urološkega združenja za zdravljenje nezapletenih okužb spodnjih sečil, primerja učinkovitost, občutljivost in neželene učinke antibiotikov za zdravljenje cistitisa, spregovori pa tudi o nedavni klinični raziskavi, v kateri so primerjali antibiotika fosfomicin in nitrofurantoin.		organizator: Adriasnara d.o.o.	prijave, informacije: Mira Čirovič, 031 772 738, mira.cirovic@adriasnara.eu , www.pharmonia.si

3. ob 16.00 • RAZVOJ TIMA: STILI POGAJANJA/PREPRIČEVANJA

kraj: Zoom	št. udeležencev: 20	kotizacija: za člane zbornice ni kotizacije, ostali 52,50 EUR (če se dogodka ne morete udeležiti, se prosimo nujno odjavite v svojem osebnem profilu na spletni strani ZSS vsaj 3 dni pred dogodkom)	k. točke: 4
vsebina: Na delavnici si bomo ogledali najbolj pogoste vedenjske strategije oz. stile, ki jih uporabljamo v konfliktnih situacijah. Vsak ima svoj prednostni stil, ki pa deluje samo pri določenih sogovornikih, pri drugih pa ne. Seznanili se bomo z vsemi stili in njihovimi posebnostmi. Naučili se bomo prepoznati različne stile in kako se odzivamo nanje.		organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: prijave: W: www.domusmedica.si , informacije: Andreja Stepisnik, T: 01 30 72 194, E: andreja.stepisnik@zss-mcs.si

3. ob 16.30 • KAKŠNE BARVE SI? – DELAVNICA KOMUNIKACIJE IN SDI

kraj: Zoom	št. udeležencev: 17	kotizacija: za člane zbornice ni kotizacije, ostali 66 EUR (če se dogodka ne morete udeležiti, se prosimo nujno odjavite v svojem osebnem profilu na spletni strani ZZS vsaj 3 dni pred dogodkom)	k. točke: 3
vseбина: Učinkovita komunikacija pomeni prenos informacij med deležniki brez izgube podatkov in nepotrebnega časa. Pri tem morata dobro sodelovati tako pošiljatelj kot prejemnik informacij z uporabo tako besedne kot nebesedne komunikacije. S poznavanjem, zakaj je pomembna učinkovita komunikacija, kaj sploh to je in kako jo uporabiti v svojem domačem ali delovnem okolju, lahko pomembno prispevamo k razvoju lastnega socialnega življenja, boljšega timskega dela in uresničevanju lastnih želja. Pri tem, kako dobro komunicirati in preprečevati nepotrebne konflikte, pomaga tudi Strength Deployment Inventory (SDI).		organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: prijave: W: www.domusmedica.si , informacije: Andreja Stepišnik, T: 01 30 72 194, E: andreja.stepisnik@zss-mcs.si

4.–5. • DELAVNICA INVAZIVNEGA ZDRAVLJENJA ATRIJSKE FIBRILACIJE 2021

kraj: LJUBLJANA, UKC in on-line	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vseбина: Delavnica je namenjena kardiologom (elektrofiziologom) in kardiokirurgom iz naše širše regije, ki se srečujejo z obravnavo motenj srčnega ritma pri rednem kliničnem delu. Na delavnici bodo v obliki predavanj, s posnetimi kliničnimi primeri ter šestimi prenosi iz operacijske dvorane predstavljene najnovejšie indikacije, tehnologije in pristopi pri izvedbi katetrskе ablacije zdravljenja atrijske fibrilacije.		organizator: UKC Ljubljana, Interna klinika, KO za kardiologijo, Kirurška klinika, KO za kirurgijo srca in ožilja in Združenje kardiologov Slovenije	prijave, informacije: E: jernej.stublar@kclj.si , E: sasa.radelj@sicardio.org

5.–6. • ŠOLA KLINIČNE PREHRANE

kraj: e-izobraževanje	št. udeležencev: 50	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 13
vseбина: Šola je namenjena izobraževanju in usposabljanju zdravnikov in diplomiranih medicinskih sester glede osnovnih znanj klinične prehrane.	organizator: Slovensko združenje za klinično prehrano	prijave, informacije: prijave: W: http://klicnicnaprehrana.si/ , informacije: Ajda Švab, T: 031 821 695, E: slozpk@gmail.com	

5.–6. ob 8.00 • 51. KIRURŠKI DNEVI: VPLIV COVIDA-19 NA KIRURŠKO DEJAVNOST

kraj: PORTOROŽ, kongresni center hotelov LifeClass	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: v primeru hibridne konference 50 EUR + DDV, za študente MF kotizacije ni, v primeru klasične konference bo kotizacija sporočena naknadno	k. točke: v postopku
vseбина: strokovno srečanje		organizator: Združenje kirurgov Slovenije pri SZD	prijave, informacije: R. Komadina, T: 03 423 30 96, E: sbcrdi@guest.arnes.si

6. ob 9.00 • OSKRBA VITALNO OGROŽENEGA OTROKA 2

kraj: LJUBLJANA, Zdravstveni dom Ljubljana, Metelkova 9	št. udeležencev: 10	kotizacija: 220 EUR	k. točke: ***
vseбина: Interaktivna učna delavnica SIM-centra je namenjena zdravnikom, medicinskim sestram, celotnim zdravstvenim timom, študentom medicine in zdravstvene nege, s ciljem izboljšanja varnosti pacientov in učinkovitosti zaposlenih.		organizator: Zdravstveni dom Ljubljana	prijave, informacije: Ana Erdelja Piciga, T: 01 47 23 780, E: ana.erdelja-piciga@zd-lj.si

8. ob 9.00 • REANIMACIJA

kraj: LJUBLJANA, Zdravstveni dom Ljubljana, Metelkova 9	št. udeležencev: 11	kotizacija: 250 EUR	k. točke: ***
vseбина: nove smernice reanimacije, sprostitve dihalne poti, ravnanje z dihalnim balonom, asistenca pri endotrahealni intubaciji, zunanja masaža srca, varna defibrilacija, zdravlila pri reanimaciji, timsko delo pri reanimaciji		organizator: Zdravstveni dom Ljubljana	prijave, informacije: Ana Erdelja Piciga, T: 01 47 23 780, E: ana.erdelja-piciga@zd-lj.si

10. ob 16.30 • IZGORELOST IN PROFESIONALIZEM V MEDICINI

kraj: Zoom	št. udeležencev: 17	kotizacija: za člane zbornice ni kotizacije, ostali 66 EUR (če se dogodka ne morete udeležiti, se prosimo nujno odjavite v svojem osebnem profilu na spletni strani ZZS vsaj 3 dni pred dogodkom)	k. točke: 3
vseбина: Veliko medicinskih fakultet po svetu eksplicitno uči profesionalizem. Medicinski profesionalizem je set vrednot, obnašanja in odnosov, ki poudarja zaupanje javnosti v zdravnike. Medicina je poklic, pri katerem so zdravnikovo znanje, klinične veščine in presoja v službi zaščite in ponovnega vzpostavljanja dobrega počutja ljudi. Dobro počutje pa težko vzpostavlja zdravnik, ki je izgorel. Objave raziskav iz tujine kažejo na več kot 50 % izgorelost zdravnikov. Na delavnici se bomo pogovarjali o odkrivanju in preprečevanju izgorelosti ter metodah učenja profesionalizma v medicini.		organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: prijave: W: www.domusmedica.si , informacije: Andreja Stepišnik, T: 01 30 72 194, E: andreja.stepisnik@zss-mcs.si

11. • TIMSKI PRISTOP V OBRAVNAVI NEVROGENE DISFAGIJE PRI ODRASLIH

kraj: preko on-line aplikacije Zoom	št. udeležencev: omejeno	kotizacija: 80 EUR (z DDV)	k. točke: ***
vseбина: Seminar je namenjen vsem zdravstvenim delavcem in sodelavcem v zdravstvu in socialnem varstvu, ki se pri svojem delu srečujejo s pacienti po možganski kapi: zdravnikom specialistom družinske medicine, fizikalne in rehabilitacijske medicine, nevrologije in drugih specialnosti.	organizator: URI – Soča, vodja seminarja: asist. Maja Ogrin, spec. klin. log.	prijave, informacije: prijave: W: https://dogodki.uri-soca.si/sl/Dogodki/TIMSKI_PRISTOP_V_OBRAVNAVI_NEVROGENE_DISFAGIJE_PRI_ODRASLIH__1/ do 5. 11. 2021, informacije: Marko Oset, E: dogodki@ir-rs.si , T: 030 620 377	

11.–12. ob 8.00 • 63. TAVČARJEVI DNEVI

kraj: LJUBLJANA, Kongresni center Four Points by Sheraton (hotel MONS)	št. udeležencev: 500	kotizacija: 100 EUR, za upokoјence in študente medicine ni kotizacije	k. točke: 15
vseбина: Predavanja in delavnice so namenjeni internistom, zdravnikom družinske medicine, specializantom medicine, študentom medicine.	organizator: Katedra za interno medicino, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, v sodelovanju s Slovenskim zdravniškim društvom, prof. Mitja Košnik, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: http://tavcarjevi.si , informacije: prof. Mitja Košnik, dr. med., E: mitja.kosnik@mf.uni-lj.si	

12. ob 9.00 • REANIMACIJA NOVOROJENCA

kraj: MARIBOR, MF, Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta, Taborska ulica 8, prostori 1N26, 1N25A in 1N23	št. udeležencev: 15	kotizacija: 160 EUR (DDV vključen)	k. točke: 10
vseбина: Učna delavnica je namenjena za zdravnike specialiste in specializante ginekologije in porodništva, pediatrije, zdravnike specialiste in specializante družinske medicine, zdravnike specialiste in specializante urgentne medicine ter zdravnike pripravnike, babice, medicinske sestre in zdravstvene tehnike. Vseбина izobraževanja bo: Stanja v nosečnosti in med porodom, ki so pogosto povezana s slabim izidom otroka.	organizator: Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru, Katedra za ginekologijo in porodništvo	prijave, informacije: prijave: W: https://www.mf.um.si/si/oglasna-deska/ucne-delavnice , informacije: Romana Grajner, T: 02 234 58 26, E: romana.grajner@um.si	

15. ob 9.00 • OSKRBA POŠKODOVANCA

kraj: LJUBLJANA, Zdravstveni dom Ljubljana, Metelkova 9	št. udeležencev: 11	kotizacija: 250 EUR	k. točke: ***
vseбина: pristop k poškodovancu, pregled poškodovanca, obračanje poškodovanca, zaustavljanje krvavitve, sprostitev dihalne poti pri poškodovancu, nadzor notranjih krvavitvev	organizator: Zdravstveni dom Ljubljana	prijave, informacije: Ana Erdelja Piciga, T: 01 47 23 780, E: prijava.sim@zd-lj.si	

15. ob 16.00 • MEDNARODNA KONFERENCA JAVNO ZDRAVSTVO V EU IN SLOVENIJI

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Modra dvorana, Dunajska c. 162	št. udeležencev: 260	kotizacija: ni podatka	k. točke: 2
vseбина: Na konferenci bomo predstavili različne zdravstvene sisteme nekaterih držav EU.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: prijave: W: www.domusmedica.si , informacije: Andreja Stepišnik, 01 30 72 194, andreja.stepisnik@zzs-mcs.si	

17. ob 15.30 • DELAVNICA ZA SPECIALIZANTE

kraj: Zoom	št. udeležencev: 23	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vseбина: Na delavnici za specializante vam bomo predstavili pravice, obveznosti in odgovornosti specializanta, delovnopravne dileme specializantov, delovanje E-lista ter kako opraviti specializacijo in ne izgoreti.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: prijave: W: www.domusmedica.si , informacije: Andreja Stepišnik, 01 30 72 194, andreja.stepisnik@zzs-mcs.si	

17. ob 9.00 • POROD 1

kraj: LJUBLJANA, Zdravstveni dom Ljubljana, Metelkova 9	št. udeležencev: 11	kotizacija: 250 EUR	k. točke: ***
vseбина: Priprava materiala za porod, priprava izvajalca, določitev lege plodu, simulacije poroda, oskrba novorojenčka.	organizator: Zdravstveni dom Ljubljana	prijave, informacije: Ana Erdelja Piciga, T: 01 47 23 780, E: prijava.sim@zd-lj.si	

18. ob 14.00 • KRIZNO KOMUNICIRANJE – OBRAVNAVA TEŽAVNIH STRANK

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, učilnica Julija, Zoom	št. udeležencev: 17	kotizacija: za člane zbornice ni kotizacije, ostali 66 EUR (če se dogodka ne morete udeležiti, se prosimo nujno odjavite v svojem osebnem profilu na spletni strani ZZS vsaj 3 dni pred dogodkom)	k. točke: 2
vsebina: Kako se lahko odzivamo drugače in na neprimerno komunikacijo stranke reagiramo bolj proaktivno (vključitev stranke v iskanje rešitev) in manj stresno (vkopanost na črno-beli opciji: beg ali boj)?	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: prijave: W: www.domusmedica.si , informacije: Andreja Stepišnik, 01 30 72 194, andreja.stepisnik@zss-mcs.si	

18.–19. ob 8.00 • 2. ŠOLA OBVLADOVANJA BOLEČINE: DODATNA ZNANJA O OBVLADOVANJU BOLEČINE

kraj: LJUBLJANA, M Hotel	št. udeležencev: 30	kotizacija: 680 EUR	k. točke: 16,5
vsebina: 60-urni program je sestavljen tako, da ga SZD prizna kot dodatna znanja in udeleženec po opravljenem izpitu pridobi diplomu. Izobraževanje je namenjeno zdravnikom različnih specialnosti, ki se pri svojem delu srečujejo z obvladovanjem bolečine.	organizator: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, Splošna bolnišnica Maribor	prijave, informacije: Neli Vintar, T: 041 437 195, E: nvintar@gmail.com , W: www.szzb.si	

18.–19. ob 14.00 • DNEVI INTERNISTIČNE ONKOLOGIJE 2021: INTEGRACIJA PALIATIVNE OSKRBE V INTERNISTIČNO ONKOLOGIJO

kraj: LJUBLJANA, spletno srečanje, predavalnica stavbe C, Onkološki inštitut Ljubljana	št. udeležencev: 80	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 8,5
vsebina: Poddiplomsko izobraževanje je namenjeno vsem, ki jih to področje zanima, specializantom internistične onkologije, specialistom in specializantom radioterapije, interne medicine, kirurgije...	organizator: Sekcija internistične onkologije pri SZD, Onkološki inštitut, Katedra za onkologijo MF Ljubljana, doc. dr. Erika Matos, dr. med.	prijave, informacije: prijave bodo mogoče izključno preko spletne povezave, ki bo objavljena na spletni strani Onkološkega inštituta, informacije: doc. dr. Erika Matos, dr. med., T: 01 587 92 82	

19. ob 9.00 • BOLNIK S PALIATIVNO OSKRBO NA PRIMARNEM NIVOJU, MODUL 2 – UČENJE S SIMULACIJAMI V ZDRAVSTVU

kraj: LJUBLJANA, Zdravstveni dom Ljubljana, Metelkova 9	št. udeležencev: 11	kotizacija: 250 EUR	k. točke: ***
vsebina: Pristop k bolniku s PO in njegovi družini v terminalni fazi, primerna komunikacija z bolnikom in njegovimi svojci, ocena stanja bolnika, simptomatika bolnika in lajšanje simptomov v terminalni fazi, ravnanje s trajnim drenažnim plevralnim katetrom, aplikacija protibolečinske terapije, sc. terapija.	organizator: Zdravstveni dom Ljubljana	prijave, informacije: Ana Erdelja Piciga, T: 01 47 23 780, E: prijava.sim@zd-lj.si	

19. ob 16.00 • 7. STROKOVNO SREČANJE V CIRIUS KAMNIK

kraj: Zoom	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: ni podatka	k. točke: v postopku
vsebina: Na spletnem seminarju bomo izvedeli, kako nam podatki, zbrani v Registru cerebralne paralize, lahko pomagajo pri našem delu, spoznali se bomo z novostmi na področju terapij in obravnav otrok in mladostnikov s cerebralno paralizo ter poglobili svoje znanje na področju obvladovanja vedenjskih odklonov otrok in mladostnikov s posebnimi potrebami. Za konec se bomo spomnili na paraolimpijske igre in izvedeli, kakšna je pot otroka s posebnimi potrebami do rekreativnega ali celo vrhunškega športnika.	organizator: Sekcija za šolsko, študentsko in adolescentno medicino	prijave, informacije: Marta Orehek Kirbiš, T: 041 714 440, E: marta.orehek@cirius-kamnik.si	

22. 11. 2021–27. 2. 2022 • SRČNA OBOLENJA V ČASU COVIDA-19

kraj: e-izobraževanje	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: ni podatka	k. točke: ***
vsebina: Asist. dr. Dragan Kovačič, dr. med., bo podrobno prikazal povezave med okužbo s covidom-19 in srčno-žilnimi obolenji.	organizator: Doctrina, izobraževanje, d.o.o.	prijave, informacije: Anja Jurič, T: 041 823 159, E: anja@doctrina.biz , W: https://si.doctrina.biz/zdravniki	

23. ob 9.00 • OSKRBA VITALNO OGROŽENEGA PACIENTA

kraj: LJUBLJANA, Zdravstveni dom, Metelkova 9	št. udeležencev: 10	kotizacija: 250 EUR	k. točke: ***
vsebina: interaktivna učna delavnica SIM-centra	organizator: Zdravstveni dom Ljubljana	prijave, informacije: Ana Erdelja Piciga, T: 01 47 23 780, E: ana.erdelja-piciga@zd-lj.si	

23. ob 8.20 • 7. ŠOLA REPRODUKTIVNEGA ZDRAVJA ŽENSK

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, spletno izobraževanje	št. udeležencev: 150	kotizacija: 90 EUR, specializanti in upokojenci so kotizacije oproščeni	k. točke: 6
vsebina: Slovensko menopavzno društvo in Združenje za ambulantno ginekologijo SZD prirejata jesenska termina »7. šole reproduktivnega zdravja žensk« (11. 10. in 23. 11.) v spletni obliki. Strokovnim predavanjem bodo priključene tudi zanimive interaktivne delavnice. Izobraževanje je namenjeno vsem specialistom ginekologije in porodništva, splošnim/družinskim zdravnikom, farmacevtom. Natisnili smo tudi zbornik strokovnih prispevkov in poskrbeli za dodelitev licenčnih točk.		organizator: Slovensko menopavzno društvo	prijave, informacije: prijave: www.tinyURL.com/sola2021 , v primeru težav se obrnite na: infoginek@gmail.com , informacije: prim. Lucija Vrabčič Dežman, dr. med., 041 798 048, 041 798 048, lucija.vrabic@gmail.com

25.–26. ob 8.45 • OSNOVE KLINIČNE ALERGOLOGIJE IN ASTME

kraj: KRANJSKA GORA, Ramada hotel ali hotel Kompas	št. udeležencev: 20	kotizacija: 250 EUR	k. točke: 18
vsebina: Predavanja, delavnice so namenjeni pulmologom, internistom, specialistom in specializantom splošne/družinske medicine (zdravljenje in dg. postopki alergijskih, imunskih bolezni in astme).		organizator: Alergološka in imunološka sekcija SZD, prof. Mitja Košnik, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: http://www.szd.si/osnove-klinicne-alergologije-in-astme/ , informacije: prof. Mitja Košnik, dr. med., E: Mitja.kosnik@klinika-golnik.si , Irena Dolhar, E: irena.dolhar@siol.net

26. • NEVROPSIHOLOŠKA OCENA PRI VRAČANJU V PROCES VOŽNJE PO NEVROLOŠKI OKVARI

kraj: preko spletne aplikacije Zoom	št. udeležencev: omejeno	kotizacija: 80 EUR (z DDV)	k. točke: ***
vsebina: Seminar obravnava empirično zasnovane metode za vrednotenje kognitivnih, vidno zaznavnih, vedenjskih in izvršilnih funkcij, ki so potrebne za vožnjo. Te sposobnosti pogosto niso očitne zunanjemu opazovalcu ali vozniku samemu. Obravnavali bomo simptome in diagnoze, ki povzročajo primanjkljaje pri vožnji. Seminar je namenjen kliničnim psihologom, psihologom, zdravnikom, delovnim terapevtom, učiteljem vožnje, študentom, prostovoljcem in ostalim, ki jih zanima ocenjevanje voznških zmožnosti pri osebah s posebnimi potrebami.		organizator: URI – Soča, vodja seminarja: asist. dr. Urša Čizman Štaba, spec. klin. psih.	prijave, informacije: prijave: W: https://dogodki.uri-soca.si/sl/Dogodki/ do 22. 11. 2021, informacije: Marko Oset, E: dogodki@ir-rs.si , T: 030 620 377

26. ob 9.00 • 14. SPOMINSKI SESTANEK AKAD. PROF. DR. LIDIJE ANDOLŠEK JERAS: COVID-19 IN REPRODUKTIVNO ZDRAVJE

kraj: LJUBLJANA, on-line prireditev, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: do 500 udeležencev on-line, v Domus Medica samo cca 10 predavateljev	kotizacija: 20 EUR (DDV je vključen)	k. točke: ***
vsebina: Strokovno izobraževanje o vplivu covida-19 na reproduktivno zdravje je namenjeno specialistom in specializantom ginekologije in porodništva in drugih strok ter drugim zdravstvenim delavcem.		organizator: Slovensko društvo za reproduktivno medicino, KO za reprodukcijo, Ginekološka klinika UKC Ljubljana, predsednica organizacijskega odbora: Nina Jančar, predsednica strokovnega odbora: Tanja Burnik Papler	prijave, informacije: prijave: Martina Pečlin, Ginekološka klinika, UKC Ljubljana, Šlajmerjeva 3, 1000 Ljubljana, informacije: T: 01 522 60 20, E: martina.peclin@kclj.si

26. ob 8.00 • PREGLED IN NOVOSTI V ONKOLOGIJI

kraj: LJUBLJANA, Onkološki inštitut, spletni seminar	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: ni podatka	k. točke: 5,5
vsebina: Namen srečanja je predstaviti novejša načina zdravljenja, hkrati pa v debati »za in proti« osvetliti različne dileme v zdravljenju, ki jih bodo z različnih zornih kotov predstavili specialisti različnih strok, ki so udeleženi pri zdravljenju onkoloških bolnikov.		organizator: Onkološki inštitut Ljubljana	prijave, informacije: prijave: W: www.domusmedica.si , informacije: Helena Barbara Zobec Logar, E: rt.dogodki@gmail.com

27. • XIX. ČELEŠNIKOV DNEVI IN 22. STROKOVNI SEMINAR ZMOKS: CISTE IN DRUGE RADIOLUCENTNE SPREMEMBE V ČELJUSTNICAH

kraj: BRDO PRI KRANJU	št. udeležencev: 200	kotizacija: ni podatka	k. točke: 7
vsebina: strokovno srečanje		organizator: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za maksilofacialno in oralno kirurgijo	prijave, informacije: E: info@zmoks.si

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

kraj: LJUBLJANA, Zdravstveni dom Ljubljana, Metelkova 9	št. udeležencev: 11	kotizacija: 250 EUR	k. točke: ***
vsebina: ABCDE-pregled vitalno ogroženega bolnika, sprostitvev dihalne poti, vstavev ustno-žrelnega tubusa, ETI, ravnanje z dihalnim balonom, aspiracija, ocena dihanja, aplikacija kisika, vzpostavitev intravenske poti, nastavev infuzije, aplikacija ustrezne terapije, hitra nevrološka ocena pacienta...	organizator: Zdravstveni dom Ljubljana	prijave, informacije: Ana Erdelja Piciga, T: 01 47 23 780, E: prijava.sim@zd-lj.si	

29. 11.–1. 12. ob 15.30 • ŠOLA INTENZIVNE MEDICINE – 1. LETNIK

kraj: virtualno	št. udeležencev: 60	kotizacija: 100 EUR	k. točke: v postopku
vsebina: mehanska ventilacija, hemodinamika	organizator: Slovensko združenje za intenzivno medicino	prijave, informacije: prijave: W: www.szim.si , informacije: Simona Rojs, T: 01 522 42 20, E: simona.rojs@kclj.si , W: www.szim.si	

29. 11.–2. 12. ob 8.30 • 7. MARIBORSKA ŠOLA PRAKTIČNE ULTRAZVOČNE DIAGNOSTIKE V GINEKOLOGIJI IN PERINATOLOGIJI

kraj: MARIBOR, UKC Maribor, Oddelek za onkologijo	št. udeležencev: predavanja: do 60, predavanja in delo s pacienti: do 20	kotizacija: 380 EUR (z vključenim DDV) – kotizacija vključuje predavanja in delo s pacienti (učna delavnica), pogostitve med odmori, 120 EUR (z vključenim DDV) – kotizacija vključuje predavanja in pogostitve med odmori	k. točke: v postopku
vsebina: Predavanja in delo s pacienti za zdravnike specializante ginekologije in porodništva, specializante in specialiste družinske medicine, specializante in specialiste urgentne medicine, zdravnike pripravnike	organizator: Univerzitetni klinični center Maribor, Klinika za ginekologijo in perinatologijo in Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru, Katedra za ginekologijo in porodništvo, dr. Vida Gavrič Lovrec, dr. med.	prijave, informacije: prijave W: www.ukc-mb.si (strokovna srečanja), informacije: Tina Škerbinc Muzlovič, univ. dipl. medij. kom., T: +386 2 321 29 40, E: tina.skerbincmuzlovic@ukc-mb.si	

30. ob 9.00 • DELAVNICA: KORUPCIJSKA TVEGANJA V MEDICINI

kraj: MARIBOR, Pravna fakulteta, Mladinska ulica 9, predavalnica C	št. udeležencev: do 70	kotizacija: 130 EUR (vključen DDV) za prijave do 10. 11. 2021, po tem datumu 150 EUR (vključen DDV)	k. točke: ***
vsebina: Na delavnici bomo predstavili najpomembnejša korupcijska tveganja v odnosih med zdravniki in bolniki, med zdravniki in farmacijami, korupcijska tveganja v zasebni (koncesijski) dejavnosti in pri javnih naročilih, predstavili preventivne mehanizme za preprečevanje in obvladovanje korupcijskih tveganj in tudi vlogo zdravniške zbornice pri svetovanju zdravnikom. Namenjena je zdravnikom, zobozdravnikom in pravnikom.	organizator: Center za medicinsko pravo Pravne fakultete v Mariboru v sodelovanju z Zdravniško zbornico Slovenije, prof. Vesna Rijavec in prim. Jelka Reberšek Gorišek	prijave, informacije: prijave: E: dekanat.pf@um.si , informacije: Urška Kukovec, univ. dipl. prav., dekanat Pravne fakultete v Mariboru, T: 02 250 42 38, E: urska.kukovec@um.si	

1. ob 16.00 • RAZVOJ TIMA: DINAMIKA MOČI V SLUŽBI

kraj: Zoom	št. udeležencev: 20	kotizacija: za člene zbornice ni kotizacije, ostali 52,50 EUR (če se dogodka ne morete udeležiti, se prosimo nujno odjavite v svojem osebnem profilu na spletni strani ZZS vsaj 3 dni pred dogodkom)	k. točke: 4
vsebina: Tim dobro deluje, če so vsi člani samostojni in odgovorni pri svojem delu. Da pa pridemo do tega, gre vsaka skupina skozi štiri t.i. razvojne stopnje. Druga stopnja se imenuje »storming«. Že samo ime pove, da je veliko konfliktnih situacij. Na žalost se velika večina timov zatakne v tej stopnji, ker se ne nauči obvladovati konfliktov in reševati problemov. V tem primeru bodo odnosi v organizaciji slabi, zaposleni pa bodo daleč od zadovoljstva pri delu. Na delavnici si bomo ogledali, katere veščine so potrebne, da se skupina premakne v svojem razvoju in izboljša odnose.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: prijave: W: www.domusmedica.si , informacije: Andreja Stepišnik, T: 01 30 72 194, E: andreja.stepisnik@zss-mcs.si	

2. ob 13.00 • JEŠETOV DAN 2021 – NEVROOFTALMOLOGIJA IN DISTROFIJE MREŽNICE

kraj: spletno izobraževanje	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: ni podatka	k. točke: v postopku
vsebina: strokovno srečanje	organizator: UKC Ljubljana, Očesna klinika	prijave, informacije: Mirjam Mavec, T: 01 522 19 00, E: mirjam.mavec@kclj.si	

3. • XXX. STROKOVNO SREČANJE ZDRUŽENJA ZA HIPERTENZIJO: NOVOSTI V OBRAVNAVI IN ZDRAVLJENJU ARTERIJSKE HIPERTENZIJE

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

3. • IZBRANE TEME: STAROSTNIK, DEBELOST IN ŽIVLJENJSKI SLOG V ČASU COVIDA-19 – ALI SMO ZRELI ZA MULTIDISCIPLINARNI PRISTOP NA VSEH NIVOJIH ZDRAVSTVENEGA SISTEMA?

kraj: spletno izobraževanje	št. udeležencev: 150	kotizacija: 50 EUR	k. točke: ***
vsebina: Kongres SZKP je namenjen zdravnikom vseh specialnosti in dipl. med. sestram.	organizator: Slovensko združenje za klinično prehrano	prijave, informacije: prijave: W: http://kliniknaprehrana.si/ , informacije: T: 031 821 695, E: slozpk@gmail.com	

3. ob 9.00 • SPREJEM IN TRIAŽA BOLNIKA

kraj: LJUBLJANA, Zdravstveni dom Ljubljana, Metelkova 9	št. udeležencev: 11	kotizacija: 250 EUR	k. točke: ***
vsebina: izobraževanje	organizator: ZD Ljubljana	prijave, informacije: Ana Erdelja Piciga, T: 01 47 23 780, E: prijava.sim@zd-lj.si	

4. ob 9.00 • OSKRBA VITALNO OGROŽENEGA OTROKA 1

kraj: LJUBLJANA, Zdravstveni dom, Metelkova 9	št. udeležencev: 10	kotizacija: 220 EUR	k. točke: ***
vsebina: Interaktivna učna delavnica SIM-centra je namenjena zdravnikom, medicinskim sestram, celotnim zdravstvenim timom, študentom medicine in zdravstvene nege, s ciljem izboljšanja varnosti pacientov in zadovoljstva z večjo učinkovitostjo.	organizator: Zdravstveni dom Ljubljana	prijave, informacije: Ana Erdelja Piciga, 01 47 23 780, E: ana.erdelja-piciga@zd-lj.si	

10. ob 8.00 • XVII. ORTOPEDSKO SREČANJE: ARTROZA IN ENDOPROTETIKA SKLEPOV

kraj: MARIBOR, Medicinska fakulteta ali videokonferenca preko Zooma	št. udeležencev: do 200	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom kirurgom, fiziotrom, zdravnikom splošne medicine.	organizator: UKC Maribor, dr. Zmago Krajnc, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: www.ukc-mb.si (strokovna srečanja), informacije: Rebeka Gerlič, univ. dipl. ekon., T: 02 321 28 13	

10. ob 11.00 • INTERDISCIPLINARNI SIMPOZIJ O UROTELNEM KARCINOMU

kraj: LJUBLJANA, Onkološki inštitut Ljubljana	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: ni podatka	k. točke: ***
vsebina: simpozij	organizator: Onkološki inštitut Ljubljana	prijave, informacije: Zvezdana Vukmirovič, T: 01 587 94 95, E: zvukmirovic@onko-i.si	

10.–11. ob 9.00 • LETNO SREČANJE ZDRUŽENJA PNEVMOLOGOV SLOVENIJE

kraj: PORTOROŽ, Kongresni center Bernardin	št. udeležencev: 100	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Srečanje je namenjeno pulmologom, internistom, specializantom pulmologije, študentom medicine (aktualna tematika in letni pregled delovanja ZPS)	organizator: Združenje pnevmologov Slovenije, prof. Mitja Košnik, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: irena.dolhar@siol.net , W: http://www.zps-slo.si/ , informacije: prof. Mitja Košnik, dr. med., E: Mitja.kosnik@klinika-golnik.si , Irena Dolhar, E: irena.dolhar@siol.net	

17. ob 9.00 • ONKOLOŠKI BOLNIK NA PRIMARNEM NIVOJU – UČENJE S SIMULACIJAMI V ZDRAVSTVU

kraj: LJUBLJANA, Zdravstveni dom Ljubljana, Metelkova 9	št. udeležencev: 11	kotizacija: 250 EUR	k. točke: ***
vsebina: vrste zdravljenja onkološkega bolnika, prepoznavanje najpogostejših zapletov posameznega onkološkega zdravljenja, ukrepi pri lažšanju težav, postopek vstavitve atravmatske igle v vensko valvulo (VAP), preverjanje refluksa, prebrizgavanje VAP-a, odvzem krvi in aplikacija i.v. terapije preko VAP-a, odstranjevanje atravmatske igle, prepoznavanje zapletov VAP-a, PICC-kateter (periferno vstavljen centralni venski kateter), preveza PICC-katetra, prepoznavanje zapletov, odvzem krvi in aplikacija i.v. terapije preko PICC-katetra	organizator: Zdravstveni dom Ljubljana	prijave, informacije: Ana Erdelja Piciga, T: 01 47 23 780, E: prijava.sim@zd-lj.si	

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

kraj: LJUBLJANA, Zdravstveni dom Ljubljana, Metelkova 9	št. udeležencev: 11	kotizacija: 250 EUR	k. točke: ***
vsebina: ABCDE-pregled vitalno ogroženega bolnika, sprostitev dihalne poti, vstavev ustno-žrelnega tubusa, ETI, ravnanje z dihalnim balonom, aspiracija, ocena dihanja, aplikacija kisika, vzpostavitev intravenske poti, nastavitev infuzije, aplikacija ustrezne terapije, hitra nevrološka ocena pacienta...	organizator: Zdravstveni dom Ljubljana	prijave, informacije: Ana Erdelja Piciga, 01 47 23 780, E: ana.erdelja-piciga@zd-lj.si	

18. ob 9.00 • OSKRBA VITALNO OGROŽENEGA PACIENTA

kraj: LJUBLJANA, Zdravstveni dom, Metelkova 9	št. udeležencev: 10	kotizacija: 250 EUR	k. točke: ***
vsebina: interaktivna učna delavnica SIM-centra	organizator: Zdravstveni dom Ljubljana	prijave, informacije: Ana Erdelja Piciga, T: 01 47 23 780, E: ana.erdelja-piciga@zd-lj.si	

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

Osnovno zdravstvo Gorenjske

Spoštovana kolegica, cenjeni kolega!

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

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

- *zdravnika specialista radiologije (m/ž), oftalmologije (m/ž),*

specialiste družinske medicine (m/ž),

zdravnika specialista ortodontije (m/ž)

za nedoločen čas s polnim delovnim časom v **OE ZD Kranj**,

- *zdravnika specialista urgentne medicine (m/ž) ali zdravnika specialista družinske medicine (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 družinske medicine (m/ž) ter zdravnika specialista medicine dela, prometa in športa (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

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 specialista oftalmologije (m/ž)*

za nedoločen čas za polni delovni čas v **OE ZD Radovljica** in **OE ZD Tržič**,

- *zdravnika specializanta medicine dela, prometa in športa (m/ž) v OE ZD Škofja Loka.*

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 naslove. Dogovorili se bomo za srečanje, kjer vam bomo lahko podrobneje predstavili možnosti dela v naši ustanovi. Kandidati naj posredujejo prošnje

do **30. 11. 2021**

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

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

K sodelovanju vabimo

zdravnike/zdravnice na Direkciji za delo v oddelku za nadzor,

ki obsega področja:

- ispremljanja in vrednotenja obračuna izvedenih zdravstvenih storitev na vseh treh ravneh zdravstvenega varstva,
- spremljanja in vrednotenja obračuna predpisanih zdravil, živil in medicinskih pripomočkov,
- izvajanja finančno-medicinskih nadzorov (pregled zdravstvene dokumentacije obračunanih storitev z namenom preverjanja pravilnosti obračuna),
- priprave odgovorov na vprašanja izvajalcev zdravstvenih storitev in glede na najpogostejša vprašanja priprave navodil za obračun zdravstvenih storitev,
- prepoznavanja problematike obračunskih modelov in njihovega vpliva na izvajanje zdravstvenih storitev ter predlaganja sistemskih rešitev.

Poleg splošnih zahtev, določenih z zakonom, pričakujemo, da prijavljeni kandidati izpolnjujejo naslednje pogoje:

- doktor medicine,
- doktor medicine, specialist ali doktor medicine, magister znanosti,
- poznavanje dela z osebnim računalnikom (urejanje besedil in preglednic) in e-pošte ter znanje svetovnega jezika.

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

Za dodatne informacije se lahko obrnete na nas po telefonu: 01 30 77 281.

Svoje pisne prijave s predstavitvijo dosedanjega dela pošljite do 30. 11. 2021 na naslov: **ZZZS, Direkcija, Miklošičeva 24, 1507 Ljubljana oz. na e-naslov: zaposlitev@zzzs.si**

Kandidati bodo o izboru obveščeni v zakonsko določenem roku.

Javni zavod Psihiatrična bolnišnica Vojnik

razpisuje prosto delovno mesto

zdravnik specialist psihiatrije (m/ž)

Pogoji za zasedbo delovnega mesta so:

- aktivno znanje slovenskega jezika,
- poznavanje dela z osebnim računalnikom,
- diploma medicinske fakultete,
- opravljena specializacija iz psihiatrije,
- veljavna licenca za delo na področju psihiatrije.

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: JZ Psihiatrična bolnišnica Vojnik, Kadrovska služba, Celjska cesta 37, 3212 Vojnik

Psihiatrična bolnišnica Begunje

objavlja dve prosti delovni mesti:

zdravnik specialist psihiatrije (m/ž)

Razpis je objavljen na spletni strani bolnišnice (<http://www.pb-begunje.si/>) in spletnih straneh Zavoda Republike Slovenije za zaposlovanje.

ODDAM

Oddam zobno ordinacijo (33 m², cena 800 EUR) v Šiški blizu Mercator centra zaradi upokojitve. Ordinacija je vpeljana in v istem hodniku je tudi zobni tehnik.

PRODAMO

Prodam lepo ohranjeno kovinsko pohištvo za zobozdravstveno ordinacijo, skupno 13 omaric, vključno s pultom in lijakoma. Prevoz v Ljubljani. T: 031 614 177

Cenik malih oglasov v reviji Isis

V reviji Isis lahko objavite male oglase (razpise za delovna mesta za zdravnike in zobozdravnike, za oddajo poslovnih prostorov, ordinacij ...).

Cena objave malega oglasa je odvisna od njegovega obsega:

do 600 znakov brez presledkov:	100,00 EUR
od 601 do 1500 znakov brez presledkov:	150,00 EUR
od 1501 do 3.500 znakov brez presledkov:	300,00 EUR
nad 3.501 znak brez presledkov:	500,00 EUR

Člani ZZS imajo 50 % popusta.

Male oglase sprejemamo do 10. v mesecu za objavo v naslednji številki. Pošljite jih na e-naslov: isis@zzs-mcs.si.

Univerzitetni klinični center Maribor

razpisuje prosta delovna mesta za:

*zdravnike specialiste splošne kirurgije (m/ž),
zdravnike specialiste abdominalne kirurgije (m/ž),
zdravnike specialiste torakalne kirurgije (m/ž),
zdravnike specialiste plastične, rekonstrukcijske in
estetske kirurgije (m/ž),
zdravnike specialiste nevrokirurgije (m/ž),
zdravnike specialiste travmatologije (m/ž),
zdravnike specialiste interne medicine (m/ž),
zdravnike specialiste urgentne medicine (m/ž),
zdravnike specialiste anesteziologije, reanimatologije in
perioperativne intenzivne medicine (m/ž),
zdravnike specialiste oftalmologije (m/ž),
zdravnike specialiste patologije (m/ž),
zdravnike specialiste revmatologije (m/ž),
zdravnike specialiste pnevmologije (m/ž),
zdravnike specialiste pediatrije (m/ž),*

*zdravnike specialiste psihiatrije (m/ž),
zdravnike specialiste radiologije (m/ž),
zdravnike specialiste infektologije (m/ž),
zdravnike specialiste klinične mikrobiologije (m/ž),
zdravnike specialiste otroške in mladostniške psihiatrije
(m/ž),
zdravnike specialiste sodne medicine (m/ž),
zdravnike specialiste klinične genetike (m/ž).*

K sodelovanju vabimo zdravnike specialiste, ki imajo opravljen specialistični izpit s področja, ki je predmet vabila, in licenco za samostojno delo.

Če ste zainteresirani za sodelovanje v našem kolektivu, vas vljudo vabimo, da nam pošljete svoj življenjepis, dokazila o izobrazbi, potrdilo o opravljenem specialističnem izpitu in licenco za samostojno delo. Dogovorili se bomo za srečanje, kjer vam bomo podrobneje predstavili delo v našem zavodu in se pogovorili o možnostih za nadaljnje sodelovanje.

Univerzitetni klinični center Maribor, Kadrovski oddelek,
Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

K sodelovanju vabimo

zdravnike za opravljanje nalog na področju odločanja

o pravicah zavarovancev na I. stopnji

Pogoji zaasedbo delovnega mesta, poleg splošnih zahtev, določenih z zakonom, so:

- doktor medicine ali doktor medicine, specialist medicine dela, prometa in športa ali specializacije v zdravstvu druge ustrezne smeri,
- strokovni izpit iz splošnega upravnega postopka 2. stopnje (izbrani kandidati, ki ob razpisu tega izpita ne bi imeli opravljenega, ga bodo dolžni opraviti najkasneje do imenovanja na Upravnem odboru ZZZS),
- poznavanje dela z osebnim računalnikom (urejanje besedil in preglednic) in e-pošte ter znanje svetovnega jezika,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije.

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

Za dodatne informacije se lahko obrnete na nas po telefonu: 01 30 77 410 ali 01 30 77 281.

Svoje pisne prijave s predstavitvijo dosedanjega dela pošljite do 30. 11. 2021 na naslov: **ZZZS, Direkcija, Miklošičeva 24, 1507 Ljubljana oz. na e-naslov: zaposlitev@zzzs.si.**

Kandidati bodo o izboru obveščeni v zakonsko določenem roku.

MEDI CENTER, d.o.o.

MEDI CENTER, d.o.o., Topniška ul. 4, 1000 Ljubljana zaposli

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

za nedoločen čas. Nudimo možnost zaposlitve tudi za krajši delovni čas od polnega oz. tudi po pogodbi.

Kandidate, ki jih zanima delo v prijetnem okolju, široke možnosti izobraževanja, prilagodljiv delovni čas in stimulatívno nagrajevanje, prosimo, da se prijavijo na elektronski naslov: medi.center@siol.net.

MEDI CENTER, d.o.o.

MEDI CENTER, d.o.o., Topniška ul. 4, 1000 Ljubljana zaposli

zdravnika specialista družinske medicine (m/ž)

za poln delovni čas, za nedoločen čas.

Kandidate, ki jih zanima delo v prijetnem okolju, široke možnosti izobraževanja, prilagodljiv delovni čas in stimulatívno nagrajevanje, prosimo, da se prijavijo na elektronski naslov: medi.center@siol.net.

Iz zgodovine epidemiologije: pomen prezračevanja

Mojca Ramšak

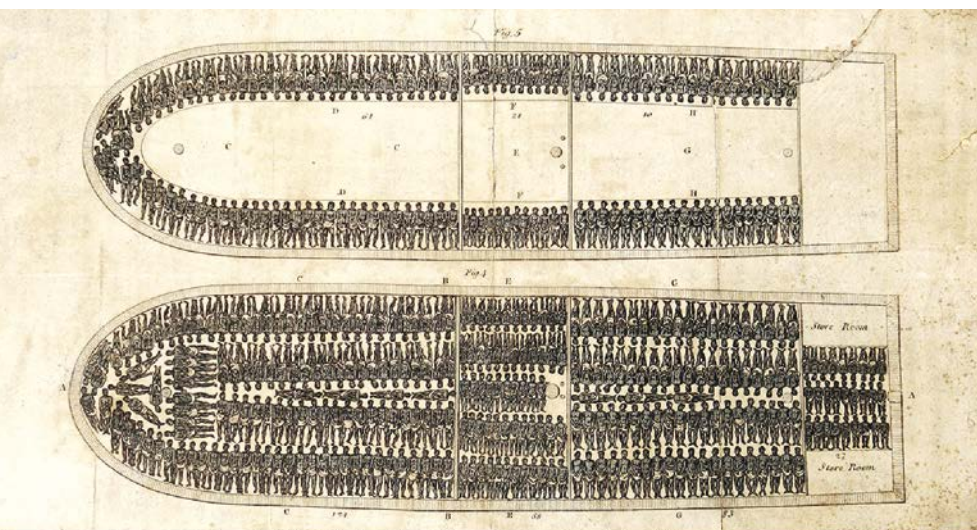
Od izbruha covida-19 so mnogi razočarani nad načini, kako institucije za nadzor in preprečevanje bolezni nenehno spreminjajo svoja pravila in odziv na pandemijo, saj ne razumejo, da se epidemiologija in protokoli obvladovanja epidemije morajo odzivati na spreminjajoče se krizne razmere. Manj znano dejstvo pa je, da se mnoga orodja, ki jih uporabljamo za nadzor pandemije – opazovanje, spremljanje in zbiranje podatkov – niso razvila iz raziskav v laboratorijih, temveč kot nujni odziv na krize, ki so nastale zaradi čezatlantske trgovine s sužnji in širitve britanskega imperija. Ta del zgodovine medicine o medicinskem napredku na plečih ljudi brez glasu je dobro raziskan, mdr. je letos septembra izšla monografija profesorja zgodovine Jima Downsa *Maladies of Empire: How Colonialism, Slavery, and War Transformed Medicine* (Harvard University Press, 2021), ki opisuje, kako so suženjske ladje in kolonialne plantaže postale nova okolja, ki so zdravnikom omogočala preučevanje epidemij. To se je dogajalo v 18. in 19. stoletju, ko se je medicinsko znanje hitro spreminjalo, kar je povzročilo odmik od ideje, da epidemije povzročajo nadnaravne sile. Zdravniki, ki so službovali na ladjah s sužnji in v zaporih britanskega imperija, pa so postali prvi epidemiologi. Hkrati z nasilnimi prevzemi ozemelj, ki so pripeljali do širjenja nalezljivih bolezni, je britanski imperializem ustvaril tudi obsežno birokracijo, ki je zdravnikom omogočila sistematično dokumentiranje njihovih opažanj in služila kot povezava med zdravniško stroko in vlado, zaradi česar imamo na voljo podatke o takratnih epidemijah. Razmere, v katerih so trpeli zaprti ljudje, razkrivajo tudi ključni vidik epidemiološke prakse: da se nova spoznanja o širjenju epidemij dogajajo na terenu v realnem času in si jih ni mogoče preprosto zamisliti ali jih celo predvideti kot del miselnega poskusa.

Vonj črncev in smrad suženjskih ladij

Še danes obstaja trdno zakoreninjena predstava, da črneci smrdijo, ki izvira iz druge

polovice 19. stoletja, ko so menili, da iz kože čisto bele rase izpuhteva čist in prijeten vonj, medtem ko prihaja iz kože Afričanov res zelo močan in žaljiv vonj, vonj družbenega položaja, kakor opisuje kanadska antropologinja Constance Classen v delu *A cultural history of the senses in the age of Empire. Volume 5* (Bloomsbury, 2019). V ZDA so npr. menili, da črneci smrdijo in da morajo zato biti segregirani. Ta predstava se je ohranila tudi po odpravi suženjstva. Tudi privrženci apartheida v Južni Afriki so razmišljali podobno. Ta stereotip bi lahko našel potrditev v razvpitem smradu suženjskih ladij, ki je bil zaradi prenatrpanosti in slabih sanitarnih pogojev tako močan, da so ga lahko zavohali, še preden so ladje prispele v pristanišče. Takšno senzorno označevanje črncev je igralo ključno vlogo pri oblikovanju odnosov med družbenimi skupinami in določanju njihovih vlog ter domnevnih intelektualnih in fizičnih sposobnosti. V mnogih primerih je na senzorno simboliko razreda, spola in rase močno vplivala želja po uveljavitvi pravice do moči. Evropska in ameriška vohalna zavest je Afričane čutila kot neskladne s prostori zahodnega modernega sveta, imela jih je za odpadke, za umazane in nesposobne.

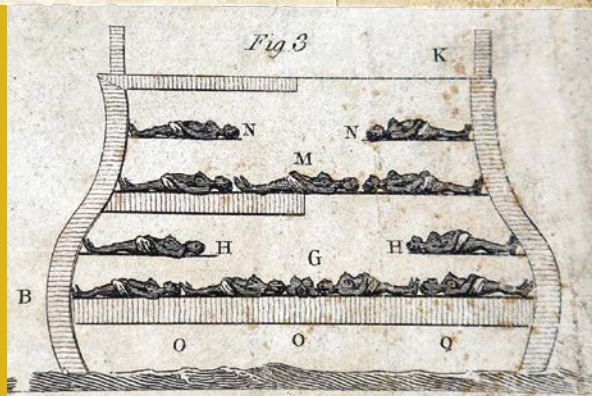
Jim Downs je v prvem poglavju »Crowded places: slave ships, prison and fresh air« opisal nekaj primerov iz opazovanj zdravnikov, ki so ugotovili pomen količine in kakovosti zraka. Npr. zdravnik Thomas Trotter, ki je bil v letih 1783 in 1784 zadolžen za nadzor zdravstvenih razmer mornarjev in ujetih Afričanov na ladji Brookes, ki je prevažala sužnje na Karibe in jug ZDA, in je bil zadolžen, da »tovor« pripelje v kar se da dobrem stanju, je zapisal, da se je bilo na ladji težko premikati, ne da bi stopal po sužnjih, in da je v podpalubju težko dihal. Ugotovil je, da za ohranitev zdravja sužnjev niso bili sprejeti nobeni varnostni ukrepi. Številne ženske so imele med brutalnim potovanjem histerične napade, ponoči pa se je s spodnjih krovov slišalo grozno stokanje. Nekateri Afričani so storili samomor (skočili z ladje), ker niso hoteli biti



Shema prereza britanske ladje Brookes iz leta 1791. Objava slik je javnosti prvič omogočila jasn vizualni prikaz razmer na ladjah s sužnji in je postala ena najbolj prepoznavnih podob iz kampanje za odpravo čezatlantske trgovine s sužnji v Veliki Britaniji. Na slikah iz podpalubja so moški sužnji v verigah, ki natrpni ležijo tesno skupaj, in ženske, med njimi tudi nosečnice. Z več kot

12,5 milijona afriških sužnjev, ki so jih prepeljali na delo v Ameriko, so ravnali kot s stvarmi in ne kot z ljudmi. Umrle sužnje so vrgli v morje in pogosto so te ladje spremljali morski psi. Čeprav natančno število umrlih sužnjev ne bo nikoli znano, je okoli 2,5 milijona zasužnjenih Afričanov umrlo v nepredstavljenih razmerah na ladjah, ki so med 16. in 18. stoletjem prečkale Atlantik na poti do kolonij v Ameriki.

Vir: British Library, Diagram of the 'Brookes' slave ship, <https://www.bl.uk/collection-items/diagram-of-the-brookes-slave-ship>



prodani v suženjstvo na Karibih. Tri mesece po odhodu ladje iz Afrike je imelo 300 črncev od okoli 600 skorbut, 48 jih je do konca plovbe umrlo; sužnji so imeli vnete in krvaveče dlesni, majave zadnje zobe, iz ust jim je hudo smrdelo, čutili so trdoto v rokah, nepremičnost komolcev, zategovanje čeljusti, bolečine so se jim povečale z napredovanjem bolezni, prav tako so čutili močno željo po spanju, ki je kasneje napredovala v komo in delirij. Ko je ladja prispela v Antigvo in ko se je ustavila v St. Johnu, je Trotter nabavil svežo zelenjavo in sadje za prehrano tistih,

ki so imeli skorbut. Ko so zasužnjeni Afričani začeli jesti agrume, so se simptomi hitro zmanjšali in njihovo zdravje se je izboljšalo. Na Jamajki se je njihovo zdravstveno stanje že toliko popravilo, da so bili pripravljeni za prodajo. Trotterjeva opazovanja skorbuta na suženjski ladji so bila drugačna od informacij, ki jih je bilo mogoče dobiti z drugih mornariških ladij, in sicer zaradi ekstremnih pogojev, v katerih so prevažali Afričane. Ti so bili zaprti na dnu neprezračanih ladij, slabo hranjeni in jim ni bilo dovoljeno telovaditi, zaradi česar je menil, da so ti pogoji prispevali k

hudemu izbruhu skorbuta. Razširjenosti bolezni med Afričani ni pripisal njihovi rasi in je bil prepričan, da je skorbut posledica slabe prehrane, ne pa rasne identitete; bela posadka je imela dostop do sveže zelenjave, Afričani pa ne. Njegovo edino sklicevanje na raso je bila ugotovitev, da črne lise, značilne za bolezen, niso opazne na črni koži. O vsem tem je Trotter leta 1786 v Londonu objavil knjigo *Observations on the Scurvy*. Medtem ko je prerez suženjske ladje Brookes pogosto vključen v razstave o suženjstvu in njegovi odpravi, ker ponazarja brutalnost trgovine s sužnji, pa se le malo ljudi spomni, da so opažanja zdravnika Trotterja o Brookesu utrdila zgodnje znanstveno razumevanje pomena kisika za preživetje in da je preprečil, da bi epidemija skorbuta ogrozila dobiček, na katerega so upali vlagatelji s prodajo zasužnjenih Afričanov za delo na plantažah. Vzročna povezava bolezni in smrti zaradi gneče v podpalubju in potrebe po svežem zraku se nam danes zdi samoumevna, toda takrat to ni bilo splošno sprejeto dejstvo. Leta 1790 je Trotter pričal pred odborom House of Commons proti mednarodni trgovini s sužnji. Poročal je o pomanjkanju zraka pod krovom na Brookesu in potrdil, da tam nikoli ni mogel dihati. Povedal je, da je pogosto opazoval, kako sužnji v agoniji dihamo z vsem življenjskim naporom, kot ga opazimo pri živalih, ki umirajo, potem ko so bile s poskusom izpostavljene umazanemu zraku. Črnci so mu v svojem jeziku kričali, da se bodo zadušili. Njegovo pričanje je služilo tako v podporo gibanju za odpravo suženjstva kot tudi pri razumevanju potrebe po svežem zraku. Trotterjeva medicinska analiza skorbuta in posledic pomanjkanja zraka v podpalubju ladje je pomembna študija primera pri razvoju epidemiološkega pristopa k bolezni. Političnim oblastem je dal priporočila o preprečevanju bolezni, ki so kasneje postala rutina v epidemiološki praksi. Poleg tega je opredelil družbene razmere, ki so prispevale k bolezni in trpljenju.

Študiral je tudi zdravje prebivalstva in ne posameznika, kar je temelj javnega zdravja. Primer sužnjev, ki zbolijo na ladjah, je pokazal tudi, kako lahko okolje in človeške odločitve povzročajo širjenje bolezni.

Zapor v Kalkuti in druge ječe

Drugi primer, ki ga opisuje Downs, je iz Indije. Junija 1756 je bilo 146 ranjenih in utrujenih britanskih vojakov zaprtih v majhno, vročo zaporniško celico z dvema manjšima oknom v Kalkuti. Zaporniki so bili nepopisno žejni in hlastali so za zrakom. Zaradi vročine so se slekli in se pahljali s klobuki. Tako se je začelo poročilo Roberta Johna Thorntona, britanskega zdravnika, o smrtonosnih razmerah in tragediji, ki je postala pozneje znana kot črna luknja v Kalkuti. Zdravnik se je v opisu opiral na poročilo guvernerja britanske garnizije, ki je bila zajeta. Zaporniki so prepričali stražarja, da jim prinese vodo v klobukih, ki so mu jih podali skozi rešetke, toda večina vode se je polila, pri tem pa je bilo veliko zapornikov do smrti poteptanih. Guverner, ki tudi ni prišel do vode, se je sredi kaosa priplazil do okna z rešetskami, saj ni mogel dihati, nato pa je padel na tla. Sojetniki so ga poskušali oživiti s kapljicami vode, njegovo stanje pa se je počasi izboljšalo šele, ko so ga približali oknu. Ko so moše končno izpustili, jih je od 146 preživel le 23, drugi pa so se zadušili, kolikor jih niso prej poteptali do smrti. Robert Thornton je s tem incidentom v poročilu opozoril na nevarnosti gneče in nujno potrebno količino zraka za preživetje v njej, pri čemer je v svojem poročilu citiral tudi Trotterja v zvezi s slabim prezračevanjem suženjskih ladij; oba pa sta pripomogla k ozaveščenju medicinske skupnosti o potrebi po prezračevanju.

Trotterjevo pričevanje, v katerem je navajal zasušene Afričane, ki so v svojem jeziku opisali, da se dušijo, se je pojavilo v medicinskih razpravah o pomenu kisika. V izdaji *Medical*

Extracts iz leta 1796 je Robert Thornton, ki je bil zagovornik pnevmatske medicine, drugi del prvega zvezka naslovil »The Agency of Oxygen Air in the Animal Body, and the Cause of Vital and Voluntary Action«.

Thornton je o Trotterju razpravljal z drugimi znanimi znanstveniki in zdravniki, kot sta Priestley in Lavoisier. Njihove študije so temeljile na laboratorijskih poskusih, Trotterjeva pa na podlagi opazovanj na suženjski ladji. Konec 18. stoletja sta se v medicinskih študijah pojavila oba diskurza. Medtem ko so se zgodovinarji in drugi znanstveniki spominjali Priestleyja in Lavoisierja po njunem preučevanju kisika, so spregledali, kako je Trotterjeva študija potrdila njune ugotovitve, tako da je ponudila dokaze na podlagi njegovih opazovanj zasušjenih ljudi.

Zanimanje za pomen svežega zraka v suženjskih ladjah je sovpadalo z reformami zaporov konec 18. stoletja, za katere je bil zadolžen John Howard, britanski človekoljub in reformator zaporov. Ugotovil je, da mnogi zaporji nimajo vode, v tistih, kjer pa je voda bila, so se zaporniki morali zanašati na sojetnike ali paznike, da so jim jo zagotovili, pa še takrat so je dobili tako malo, da ni zadostovala za pitje in umivanje. Podobno je bilo tudi pomanjkanje svežega zraka. Pri tem se je skliceval na omenjeno poročilo o britanskih zapornikih, ki so se zadušili v indijskem zaporu leta 1756. Ta primer je takrat služil kot preizkusni kamen za razvoj medicinskega znanja o pomenu zraka v Združenem kraljestvu. Howard je menil, da je pomanjkanje čiste vode, svežega zraka in primernih življenjskih razmer neposredno povzročilo izbruh nalezljivih bolezni, kot so tifus in črne koze. Na podlagi opazovanj zaporniških razmer je predlagal priporočila za izboljšanje, kot npr. da bi bilo treba zapornike namestiti v ločene celice, da bi preprečili škodljive učinke nečistega zraka zaradi prenatrpanih zaporov. Poudaril je pomen zračenja in sprehodov na svežem zraku. Njegova pripo-

ročila so bila deloma upoštevana in zdravstvene razmere v zaporih so se deloma izboljšale, njegovo poročilo pa je poleg tega prispevalo k bolj izpopolnjenemu razumevanju širjenja nalezljivih bolezni.

Po dva v bolnišnični postelji

Nato je Howard preučil še razmere v evropskih bolnišnicah, ki jih je obiskoval v letih 1785 in 1786. Bolniške sobe je opisal kot neprijetne in odvrtno, po dva bolnika sta bila pogosto prisiljena deliti eno posteljo, okna se niso odpirala zaradi predsodkov do prostega kroženja zraka. Po Howardovi kritiki je Jacques-René Tenon, francoski kirurg, leta 1788 napisal poročilo, v katerem je obsodil nehigijske razmere v bolnišnicah, s posebnim poudarkom na pomanjkanju prezračevanja, saj je videl sobe, ki so »bile tako ozke, da je zrak zastajal in se ni obnavljal, sobe s šibko svetlobo, napolnjene s hlapi, bolnike, ki so bili nastanjeni v istih prostorih s tistimi, ki so umirali, bolnike z nenaalezljivo boleznijo, ki so bili pogosto izpostavljeni nalezljivim, bolnike, ki so bosi hodili do bližnjega mostu na svež zrak v zimskih mesecih«. Slabo stanje bolnišnic je povzročilo vzpostavitev novega sistema zdravstvene oskrbe s številnimi spremembami, vključno z ločevanjem mrtvih od živih in moških od žensk. Njihova prizadevanja so privedla do izgradnje več bolnišnic po vsej Franciji, ki so sledile smernicam, ki spodbujajo ustrezno prezračevanje in higieno. Francoski zdravniki, ki so govorili o načinih prenosa bolezni in gneči v prostorih, so omogočali razvoj epidemioloških načel, saj so ponudili nov način razmišljanja o zraku. Presegli so razumevanje o miazmi, za katero so ljudje po Evropi in drugod po svetu verjeli, da povzroča širjenje epidemij, in namesto tega poudarili gnečo kot vzrok za izbruhe bolezni. Četudi so nekateri zagovorniki miazme razvijali ideje o »nočnem zraku« in »nečistem zraku« ter občasno opozorili na gnečo

kot na vzrok bolezni, so se še naprej osredotočali na gibanje zraka, ki je izviralo iz gnilega rastlinstva ali trupel. Francoski in britanski zdravniki so se oddaljili od analize, ki se je osredotočila izključno na zrak kot osrednji dejavnik vzroka bolezni, in namesto tega poudarjali, da širjenje bolezni povzročajo fizične razmere v gnečah.

Razširitev britanskega imperija na druge dele sveta, zlasti v Indijo, je privedla do več študij primerov, ki so prispevali k razvoju epidemiološkega pristopa k bolezni. Ko je v 19. stoletju v Indijo priplulo več britanskih zdravnikov, so začeli preučevati učinke tropskega okolja na zdravje. Čeprav je večina podceline ostala

zunaj pristojnosti britanskih vojaških zdravnikov, so ti imeli dostop do zaporov, kjer so sistematično razvrščali bolezni in simptome, tabelirali stopnje bolezni in umrljivosti ter se vključevali v statistične razprave, ki so spodbujale razvoj epidemiologije. Čeprav so Trotter, Howard in drugi objavili študije, ki so postale splošno znane, pa vendar niso bili vsi zdravniki seznanjeni z njihovimi idejami o tem, kako gneča povzroča izbruh bolezni, niti niso poznali primera britanskih vojnih ujetnikov, ki so se zadušili v indijskem zaporu. Med kolonialnimi misijami so se številni vojaški zdravniki morali preprosto odzivati na epidemiološke krize, s katerimi so se soočili.

Rast mednarodne trgovine s sužnji in zadrževanje velikega števila ljudi v prenatrpanih prostorih sta povzročila zdravstvene krize, ki so posledično pripomogle k nastanku novih medicinskih teorij. Čeprav so bile suženjske ladje ključno mesto opazovanja, pa so pogosto vstopale v medicinske revije in poročila, kot je Trotterjeva razprava o suženjstvu, preprosto kot »primeri« ali zgolj kot »ladje«, s tem pa so nenamerno izbrisale suženjstvo iz razprav o pomenu svežega zraka za zdravje ljudi.

Prof. dr. Mojca Ramšak, mojca.ramsak@guest.arnes.si

Mars in zdravje

Nina Mazi

Skupina znanstvenikov iz različnih držav je pod pokroviteljstvom UCLA (University of California, Los Angeles) sklenila preveriti, ali je potovanje na rdeči planet z medicinskega stališča priporočljivo oz. sprejemljivo in »dovoljeno« ali ne.

Na vprašanje, ali je za organizem varno oz. vsaj sprejemljivo poleteti na Mars ali ne, so znanstveniki jasno in nedvoumno odgovorili: misija na Mars je (načeloma) sprejemljiva, če ne traja dlje kot štiri leta. Potovanje na Mars zahteva veliko načrtnega preverjanja, temeljitih priprav in strokovne pozornosti znanstvenikov, tehničnih, medicinskih in ostalih strokovnjakov, ki morajo premagati vrsto ovir in zapletov tehnične, tehnološke, psihološke, medicinske, sociološke ... narave. Nevarnosti tovrstnih poletov so številne in raznolike – radiacija sonca, oddaljenih zvezd in galaksij, breztežnost, omejeno gibanje, spremenjeno prehranjevanje, porušen življenjski slog, nova oblika odnosov itd.

Ključni predpostavki sta varnost in zanesljivost potovanja – poletov na Mars in z njega. Pomemben je tudi ustrezen časovni okvir poleta – odhod v času solarnega maksimuma, ko je Sončeva aktivnost največja – tedaj je nevarnost sevanja iz oddaljenih zvezd in galaksij najmanjša. Medicinska znanost opozarja tudi na pomen

dolžine leta. Potovanje od Zemlje do Marsa traja okrog 9 mesecev (leto in pol traja povratni let). Kar v praksi pomeni, da bi bilo potovanje, krajše od dveh let, zaenkrat še nerealno. Hkrati pa znanstveniki z UCLA določajo tudi zgornjo časovno mejo bivanja na Marsu – štiri leta. Daljše bivanje v vesolju bi astronave izpostavilo prevelikemu radiacijskemu tveganju – najbolj nevarno je sevanje iz zunanosti našega osončja, solarnega sistema. Zaščita pred primarno radiacijo z uporabo debelejših materialov ni smiselna, saj povzroči prav tako nevarno sekundarno radiacijo.

Raziskovalci iz UCLA poudarjajo, da je pričujoče poročilo le prvo v vrsti resnih opozoril in priporočil, ki jih bodo znanstveniki sporočili in pojasnili javnosti pred zgodovinskim prvim poletom prostovoljcev na rdeči planet, za katerega kljub tveganju vlada precejšnje zanimanje laične in strokovne javnosti.

Viri: UCLA Research Report 21, Beating 1 Sievert: Optimal Radiation Shielding of Astronauts on a Mission to Mars. Space Weather, 2021, www.spacemedicine.com

Nina Mazi, Ljubljana

Jana Tikvič Barič, dr. med., specialistka pediatrije, utemeljiteljica celjske neonatologije (1929–2021)

Zlata Felc



Izteklo se je dolgo in bogato življenje Jane Tikvič Barič, pediatrije, usmerjene v neonatologijo. Naše dr. Baričeve, saj smo jo sodelavci le tako vedno imenovali.

Rodila se je 28. 8. 1929 v Krškem. Leta 1955 je zaključila študij na Medicinski fakulteti v Ljubljani, januarja 1956 pa je začela službovati v bolnišnici v Slovenj Gradcu.

Od leta 1960 je službovala v celjski bolnišnici, ki ji je ostala zvesta do upokojitve leta 1994. Od leta 1966 je po opravljenem specialističnem izpitu iz pediatrije vodila otroški odsek v sklopu celjskega ginekološko-porodniškega oddelka. Z njej lastno odločnostjo in delavnostjo, ki sta se prepletali z njeno izjemno strokovnostjo, je postavila temelj sodobne neonatologije. Po njeni zaslugi je postal tedanji otroški odsek napredna, sodobna neonatalna enota v sklopu celjskega ginekološko-porodniškega oddelka. Z vsako strokovno in človeško gesto je dan za dnevno potrjevala svoje prepričanje, da je »novorojenček strup, ki te zasvoji za vedno«. To je bila enostavno ona. Delavna, strokovno uspešna in neizmereno predana neonatologiji. Skupaj s sodelavci je dokazovala, da je uspešen strokovni razvoj možen z jasno vizijo in ljubeznijo do dela, ne glede na velikost ustanove, ki ji pripadaš. Prav zato je nadvse uspešno orala ledino celjski neonatologiji in jo postavila ob bok modernim neonatalnim oddelkom. Mlajše kolege je spodbujala, da smo se nenehno izobraževali in aktivno sodelovali na pomembnih strokovnih dogodkih v domovini in na tujem. Tisti, ki smo obiskovali domače in tuje strokovne dogodke kot aktivni udeleženci, smo komaj čakali trenutke, da najprej njej »odpredavamo« svoj prispevek. Njena kritika je bila dobrohotna, objektivna in umestna. Hvaležni smo ji bili, da si je vedno vzela čas za nas, čeprav je imela za sabo naporen delovni dan, tudi kakšno izmenjalno transfuzijo pri zlateničnem novorojenčku. Po izobraževanju

v ljubljanski porodnišnici je namreč skupaj z ginekologoma, mag. Borutom Malenškom in soprogo Jožetom Baričem, na celjskem ginekološko-porodniškem oddelku uvedla izmenjalno transfuzijo. Že leta 1974 je z uporabo fototerapije posodobila zdravljenje zlatenice pri novorojenčkih.

Nasploh je bil njen odnos do novorojenčkov in njihovih svojcev edinstven: predan in izjemno strokoven. S sodelavci se je trudila za vsako življenje posebej in dosegla, da se je umrljivost novorojenčkov v celjski porodnišnici nenehno zmanjševala. Vse to lahko razberemo iz njenih natančnih letnih poročil in zdravstvene dokumentacije, ki jo je vsa leta službovanja vestno izpolnjevala.

Strokovne članke s področja oskrbe novorojenčka po vaginalnem in operativnem porodu je objavljala v strokovnih časopisih, delovala je v slovenskih in jugoslovanskih strokovnih združenjih s področja pediatrije, perinatologije in neonatologije.

Upokojila se je v svojem značilnem delovnem slogu, neposredno po opravljenem dežurstvu na celjskem infekcijskem oddelku, kjer je več desetletij opravljala dežurno službo.

Ob upokojitvi se ji je tedanji direktor celjske bolnišnice, mag. Aleš Demšar, dr. med., doživeto zahvalil za njen izjemen prispevek k razvoju celjske neonatologije ter ji zaželel »še naprej bogatega in plodnega in polnega življenja v krogu najdražjih.« Njegove želje so se uresničile, saj je dr. Baričeva zadnja leta preživljala v ljubečem domu hčerke in njene družine.

Od februarja 2021 je življenjska pot dr. Baričeve sklenjena, njeno delo in predanost novorojenčkom ter njihovim staršem pa ostajata z nami.

**Prim. doc. dr. Zlata Felc, dr. med.,
specialistka pediatrije, Celje**

Ranko Rajović: IQ otroka – skrb staršev

Založba Mladinska knjiga, 2021

Nina Mazi

»Učenje je za otroka
pravi vir sreče.«

Dr. Ranko Rajović

Mentalna inteligenca in njeno ključno objektivno merilo, inteligentni količnik, sta za zdravništvo zelo pomembna. Z njima se medicinec iz oči v oči usodno sooči že kot bodoči, nesojeni bruc, na sprejemnem izpitu na MF. Potem se z opisano nepogrešljivo danostjo in njenim merilom srečuje med celotnim študijem, ko si poleg pridobivanja novega znanja, izkušenj in kompetenc nenehno prizadeva tudi za povečanje lastnega intelektualnega potenciala, za krepitev svojih kognitivnih zmožnosti. Inteligenca nas po diplomi spremlja in zaznamuje tudi v vlogi stažista in zdravnika – od Hipokratove zaprisege do groba, ko se zdravnik dokončno poslovil od svojega poslanstva.

Osnovna intelektualna podstat je človeku položena že v zibelko, za njeno poglobljanje, širjenje, dopolnjevanje, izpopolnjevanje, izboljševanje in nadgradnjo pa je odgovoren človek sam. V najnežnejših letih so za otrokov intelektualni potencial odgovorni in pristojni starši, pa tudi ostali sorodniki in vzgojitelji. Kasneje se jim pridružijo še učitelji in mentorji, ki otroke in mladostnike spremljajo do odraslosti, ko skrb za intelektualno plat svoje biti prevzame (mora oziroma bi moral prevzeti) vsakdo sam.

Priznani srbski zdravnik in psiholog, raziskovalec, znanstvenik, pedagog in avtor, dr. Ranko Rajović, v svojem najnovejšem delu »IQ otroka – skrb staršev« poudarja, da je

predšolsko obdobje odločilno za intelektualno rast, razvoj in napredek otroka. Nevroznanost ugotavlja, da v tem času poteka najbolj intenzivna nevrogeneza – ustvarjanje nevronske povezave v osrednjem živčevju, ki pogojujejo, omogočajo, določajo in odločilno zaznamujejo kognitivni razvoj posameznika. Zato dr. Rajović poudarja, da je izredno pomembno, kaj starši počnejo s svojim otrokom, kako z njim ravnajo in kako z njim preživljajo prosti čas, s pomočjo katerih dejavnosti otrok spoznava svet okrog sebe in življenje/dogajanje v njem, katere pravljice spodbujajo njegovo domišljijo, kakšne pesmice mu prepevajo in kakšne zgodbe mu starši berejo oziroma pripovedujejo – kako mu odrasli predstavljajo svet, v katerega vstopa, in življenje v njem. Za piko na i pa mednarodno priznani avtor posebej poudarja še pomen svobode, suverenosti in neodvisnosti otroka ter obilice prostosti, ki mu jo morajo starši (sorodniki, vzgojitelji in učitelji) brezkompromisno zagotoviti. V nasprotju z mnenjem številnih staršev, trdno prepričanih, da morajo biti otroku vedno na voljo, se nenehno ukvarjati z njim in skrbeti, da se ne bo dolgočasil, avtor pričujoče uspešnice poudarja, da se morajo in zmorejo malčki in otroci sami soočiti z dolgčasom ter se z njim spopasti, saj tako krepijo svojo ustvarjalnost, samozavest in samozaupanje. Dolgčas sam po sebi ni težava, kaj šele katastrofa, marveč izziv, ki ga otrok lahko obvlada sam, in priložnost, ki jo je treba izkoristiti za njegovo rast, razvoj in napredek.

Drugi pomemben mit, ki ga skuša dr. Rajović razbiti s svojim pisanjem,

je prepričanje, da sta šola in učenje za otroka zelo naporna, če ne celo prenaporna. Otroci namreč kognitivne dejavnosti izvajajo učinkovito, uspešno in navdušeno. Tudi zahtevnejšim miselnim orehom so otroci v spodbudnem okolju lahko kos, če se jih lotevajo igrivo in lahkotno, na prijazen, živahen, dinamičen in domisel, njim ustrezen in sprejemljiv način. Stimulativno okolje v tem primeru predstavljajo park, gozd, travnik, igrišče, dvorišče in ostali kotički, kjer se otrok počuti varen, sproščen in svoboden. Prisila, pritisk, grožnja in kazni v učnem, mentalno spodbudnem okolju nimajo kaj iskati.

Svojo lično oblikovano in slikovno opremljeno uspešnico, posvečeno IQ in inteligenci, je dr. Rajović dopolnil z vrsto preverjenih, preizkušenih in koristnih, v praksi uporabnih priporočil in nasvetov za spodbujanje in pospeševanje otrokovega intelektualnega, duševnega razvoja in napredka. Prinaša tudi vrsto vaj in tehnik za razvoj motorike in asertivnega mišljenja, pa igre, pesmice in ostale načine spodbujanja in povečevanja IQ. Avtor poudarja, da so zbrane naloge, tehnike in dejavnosti preizkusili in potrdili številni navdušeni malčki, katerih odzivi pričajo, da male nadobudne glavice hrepenijo po znanju. Otroke vedno znova prevzame občutek sreče, ko spoznajo in/ali se naučijo nekaj novega. Vse naštetu pa velja tudi za odrasle; zlasti za (redke) srečnejše, ki jim je uspelo ohraniti kanček otroškega duha oziroma obdržati otroško dušo, zaznamovano z radostjo do znanja.

Nina Mazi, Ljubljana

Svoboda dihanja

Zdenka Čebašek - Travnik

Svoboda dihanja je naslov knjige, ki jo je napisala Elena Pečarič, filozofinja in sociologinja kulture, javnosti bolj znana kot *aktivistka na področju osebne asistencije in strokovna vodja programa Neodvisno življenje hendikepiranih* pri Društvu za teorijo in kulturo hendikepa.

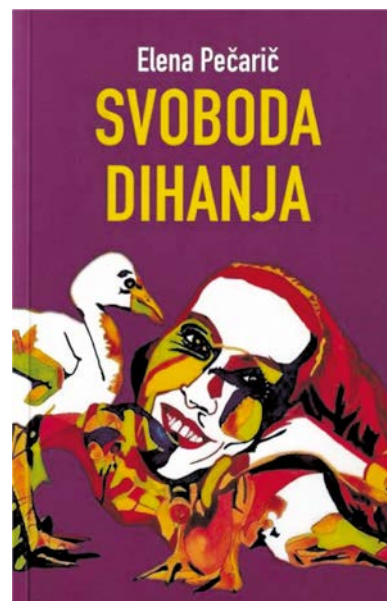
Avtorico tudi osebno poznam, zato sem se s toliko večjim zanimanjem lotila branja njene zadnje knjige, ki je izšla letos.

Elena Pečarič je izjemna ženska, ki je v mnogih pogledih spremenila življenje hendikepiranih v Sloveniji in premaknila meje njihovega aktivnega življenja v našo neposredno bližino. Z osebno asistenco, za katere vsestransko ureditev si neumorno prizadeva, tudi sama živi svobodno in ustvarjalno življenje. Njeno osebno življenje je zaznamovala mišična distrofija, zaradi katere že dobri dve desetletji živi s kanilo, preko katere je ves čas priklopljena na umetno ventilacijo. Zanj je značilna upornost, kljubovanje, ne glede na to, ali se bori za pravice hendikepiranih ali za svoj položaj znotraj zdravstvenega sistema – ko se ne more sprijazniti z vlogo, ki ji je kot pacientki v njem dodeljena.

Besedilo je izjemno po svoji intelektualni in osebni noti ter priča o avtoričinem filozofskem in antropološkem pogledu na svet. Dogodke in ljudi opisuje s filigransko natančnostjo, pri čemer tvega, da s svojimi pogledi ne bo vedno dobro sprejeta. Tako piše, da ima s svojo osebno izkušnjo prednost pred vsemi znanstveniki in medicinci, »ki so to mojo izkušnjo sposobni opisovati zgolj in izključno z objektivnim, natančnim, strokovno specializiranim, znanstveno-medicinskim diskurzom oziroma v svojem »žargonu«, ki je vedno isti, izražen vedno na enak način.« In dalje: »Pri tem pogosto

prezrejo ali jim preprosto ni mar, da bi imeli, gojili oz. ohranili tisto najbolj osnovno vedenje; posluš in razumevanje za drugega ter pogovor z njim.« A pravi tudi, da »če imamo srečo, lahko naletimo tudi na izjeme«.

Knjigo lahko ali celo moramo brati večplastno. Na eni strani nam avtorica odkriva medicinsko tematiko na skrajno individualni ravni, tako da lahko skupaj z njo občutimo, kako težko je dihati, kako ji vsak vdih predstavlja skrajni napor. Opis dihalnih težav je tako nazoren in tako boleč, da se mora dotakniti vsakega bralca. Aktualna pandemija covid-19 je število bolnikov s podobnimi težavami močno povečala, zato je poznavanje njihovih občutkov pomembno za vse, ki prihajajo v stik z njimi. Na drugi strani pa opisuje sebe kot »težavnega pacienta«, ki se hoče odločati sam zase, čeprav v svojo škodo, in to odločanje o sebi potrdi s podpisom. »Podpis, ki bo šele s pogledom nazaj dobil svojo pravo težo in pomen.« Njena pojasnila, ki jih beremo v nadaljevanju, so bila tudi zame kot psihiatrinjo odkritje, saj jih predstavi v celotnem spektru moči oz. nemoči človeka, ki bi se mu brez medicinske pomoči izteklo življenje. Opiše, kako je bila sprejeta in izvedena odločitev zdravnikov, da jo intubirajo. Najbolj pa se me je dotaknil njen opis izgube človeškega dostojanstva, ko se je po opravljenih posegih znašla v »šok sobi«: »Tako so mi naposled vzeli prav vse, kar se je dalo, kar so lahko in je bilo mogoče, kar mi je ohranjalo še zadnji osnovni občutek dostojnosti in kar bi mi lahko bilo v oporo.« Z intubacijo ji je bil odvzet tudi dar govora, njeno edino sredstvo komunikacije, in tudi to stanje je popisala z izredno natančnostjo in prepričljivostjo, ki bralca osupne in



Podatki o knjigi: <https://www.emka.si/webapp/wcs/stores/servlet/sl/emkasi/knjige-8/biografije-in-resnicne-zgodbe-11214/svoboda-dihanja-p-9789619537305>

povsem spontano vzbudi misel o tem, kaj če se zgodi kaj podobnega njemu samemu ali komu od bližnjih.

Pomembnih in ključnih dogodkov je v knjigi še precej in kar težko je verjeti, da kljub vsem težavam avtorica ohranja svoj pogled na svet, katerega ima še toliko povedati. Zaveda se, da je njeno življenje, kot ga živi, mogoče zaradi dveh stvari: napredka medicine in osebne asistencije v domačem okolju. Kratek pogovor z avtorico nam bo njeno pisanje gotovo še bolj približal: <https://www.rtvsl.si/radio-koper/prispevki/zgodbe/nova-knjiga-elene-pecaric-svoboda-dihanja/590968>

Mislim, da je to knjiga, ki bi jo moral prebrati vsak zdravnik in vsak študent medicine. Njeno bistvo odlično povzame filozof Mladen Dolar kot »spoj kar najbolj intimne zgodbe, najbolj boleče osebne travme, avtobiografskega razgaljenja, z univerzalnostjo človeškega izkustva.«

Dr. Zdenka Čebašek - Travnik, Kamnik,
zdenka.cebasek@gmail.com

Presenečenje

Jasna Čuk Rupnik

Po upokojitvi sem še nekaj časa »migala« v zdravstvu, po začetku epidemije pa sem se odločila v večji meri deliti svoje veselje do življenja z možem, z najinimi tremi odraslimi otroki ter s prijatelji in sosedi.

Pa me je nazaj v zdravstvo pripeljal namig direktorice ZD Sežana. Po selitvi na Kras sem jo spoznala na pohodih Društva za srce, saj odlično in že mnogo let vodi Podružnico za Kras. Namig je bil dovolj, da sem se »reaktivirala«.

Kolegico Ljubislavo Škibin sem pred leti srečala le posredno. Bila sem direktorica ZD Logatec, ko je neke sobote z ekipo izvedla strokovni nadzor naše urgentne službe. Njeno poročilo sem brala kot zelo korekten in poglavljen zapis, zaključki pa so bili dobro izhodišče za dogovore z občino.

Tako sem torej sprejela delo zdravnika, člana ekipe za cepljenje na terenu in na domovih. Zelo zanimiva izkušnja in odlična priložnost, da se ob svetovanju ljudem od njih tudi jaz še česa naučim. Posebej tega, kako mnogim primanjkuje znanja o cepljenju in cepivih in na čem gradijo svoje odpore in strahove. Uspela sem dati mnogo odgovorov in pomirila kar nekaj strahov.

K temu zapisu pa me je navedel dogodek iz kraja že skoraj na meji s Hrvaško. Na robu od roba torej! Vaški dom, kjer je bilo cepilno mesto, je bil majhčen in očitno redko v uporabi, dobrih 200 m oddaljen od zadnje stavbe v skupini zapuščenih in že delno porušenih hiš malega zaselka. Ko smo mislile, da ne bo več nikogar, smo daleč na ovinku zagledale žensko postavo. Bila je povsem sključena, z glavo vodoravno v višini hrbta. Občasno se je ustavila in za nekaj trenutkov dvignila pogled v smeri hoje, potem pa stopila dalje.

Seveda smo hitro ukrepale. Do nje smo zapeljale urgentni stol in gospo, skupaj z njeno torbico in palico, pripeljale do mesta za cepljenje.

Doživele smo svojevrstno pristen stik z bitjem, ki pogreša ljudi. Zelo. Najhuje je prav to, da po ves dan ni nobenega živega glasu v hiši. Samo en sosed je tam, pa ni prav zgovoren. Po poroki je skrbela za oba moževa starša, potem kar petnajst let za moža na kisiku, otroci pa so šli v svet. Če bi lahko izbirala za nazaj, bi naredila,

da bi mož ostal. Saj ne, da so otroci kaj slabi. So dobri, ni kaj reči, ampak to, da gredo po svoje, je normalno. Zdaj ji je leva noga otekla ... Ni mislila priti na cepljenje, potem si je pa mislila: »Ma, zakaj se ne bi cepila!? Se od mene ne bo kdo okužil!«

Uf, sem res morala na rob od roba Slovenije, da sem srečala 87-letno gospo Alojzijo in zdaj vem, da je nekje na svetu še kdo, ki v mislih nosi nekoga drugega in zanj skrbi s cepljenjem? Jaz sem s cepljenjem proti gripi 40 let mislila na zaščito svojih malih pacientov. Šele zdaj, ko se staram, imam v mislih tudi koristi zase. Od upokojenih prijateljev pa slišim, da so v veliki stiski, saj hodijo k telovadbi za starejše in so vsi cepljeni, upokojena fizioterapevtka, ki je voditeljica, pa jim vztrajno razlaga, da je cepljenje brez potrebe in škodljivo.

Kdaj uspemo dojeti, da smo vsi eno?

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



Za gospo Amalijo stojijo od leve Julija, Tjaša, Tina in Aneja (foto: JČR).

Strogo zaupno

(Branje teksta na lastno odgovornost!)

Matjaž Lesjak

Ponedeljkova ura je kazala 8 in 15 minut. V sejni sobi je vladala blaga tišina, vsake toliko se je slišal srk kave in dolg izdih, v katerega se je primešala intonacija dolgočasia in brezupa.

- Ponedeljek je, je šepnila gospa Polona.

Dvignili so skodelice k ustom in premišljevali to neizpodbitno koledarsko dejstvo.

- Kje je še petek! je dodala gospa Trpinčeva in zavila z očmi.

Pokimali so zamišljeno in čakali, da bo kava opravila svoje delo. Nekateri so odprli trudne oči in začeli bolj živo dojemati okolico okoli sebe, posamezniki so poiskali toaletne prostore, gospe so odprle torbice in izvlekle pilice za nohte.

- Imamo danes kaj posebnega za kolegij?

Špela je ošinila od daleč gospo Frančiško, ki je bila vodja sektorja. Ta je dvignila roko in obstala v molku. Razumelo se je nekako takole: premišljujem. Ostali so se priklopili na njeno dejavnost in podpirali njen miselni napor. Vzdušje je bilo precej kontemplativno in bi trajalo še lep čas, če ne bi vstopila Beba s servrirnim vozičkom in precej preglasno presekala njihov molk.

- A lahko poberem šalice?

Vprašanje je bilo retorično, urno se je lotila dela. Vsi so nekoliko oživel, poravnali so se in se razmikali, da je zložila skodelice na svojo premično mizico. Beba je bila pomočnica tajnice, zadolžena za preskrbo in prehrano ali, bolj učeno, za reprezentanco.

- A je že prišel jedilni list za danes? je ob njenem mimohodu vprašal gospod Jožef. Bil je edini moški med ženskami in se je tekom let evolucijsko prilagodil okolici. Znal se je pogovarjati o negližijah, dojenju, laku za nohte in kar je še ženskih tipik, sicer pa je bil lektor.

- Samo dve roki imam, je bevsnila Beba in odropotala na hodnik. Svoj resor je upravljala suvereno in odločno. Nihče se ji ni upal oporekati, njena roka jih je hranila in napajala, vmes jim je prinašala novice in čenče z direktorata, tako da je bila splošno uporabna.

Ko je zaprla vrata, je gospa Frančiška položila dlani na oči in ko jih je razmaknila, je začela narekovati v diktafon.

- 154. seja Ministrstva za birokratizacijo javnega življenja, sektor za varstvo podatkov, prisotni vsi, dnevni red, zloraba javno dostopnih osebnih podatkov v ...

Počakala je in pogledala v glave svojih sodelavcev. Ti so z zanimanjem čakali, kdo bo danes na vrsti. Obdelali so že šolstvo, malo gospodarstvo, pogrebno službo, komunalno in planinsko zvezo. To je bilo vedno vznemirljivo! Tudi številčenje seje je bila svojevrstna uganka, gospa Frančiška je s tromestnim številom zlahka opravičevala prihodke svojega resorja.

- ... v zdravstvu.

V prostoru je zašumelo, na zdravstvo so se vsi spoznali, občasno so hodili k zdravniku in stomatologu, imeli so znance in sorodnike v belih plaščih, ni vrag, da ne bi kaj pametnega povedali o tem.

- Prosim za vaša opažanja in predloge!

Naslonila se je na udoben fotelj in priprla oči, najtežje je bilo za njo, sodelavce je diplomatsko primorala k večji samoiniciativnosti. Špela, ki je veljala za tiho naslednico šefice, je dvignila roko.

- V zdravstvu glede tega vlada velik nered in lahkomiselnost. Zdravstveni domovi in bolnice imajo še vedno čakalnice, v njih sedijo ljudje, hočem reči pacienti, in sestre jih kličejo po imenu v ordinacijo.

- Nezaslišano, so pritegnili ostali, kako primitivno!

Špeli so zasijale oči, dobro je zadela temo.

- Vsi v čakalnici torej vedo, da je neka gospa v zeleni jopi Florijančičeva in nek upokojenec z rdečim nosom Jože, da sta bolna, sicer ne bi bila v čakalnici. Prihaja do razkritja osebnih imen med popolnimi tujci, ki ne smejo razpolagati z dotičnimi podatki.

- Kar naprej, jo je vzpodbudil Jožef, lektoriral bom kasneje. Špela mu je običajno pri kosilu odstopila svojo slaščico.

- Podoben spodrsrljaj se dogaja v čakalnici pred laboratorijem. Tudi če sestra nikogar ne pokliče in so vsi tihi, je naključnemu mimoidočemu jasno, da so tam ljudje, ki imajo zdravstvene težave, in tako prihaja do nepooblaščenega odtekanja podatkov.

- Poleg tega, je pritegnila gospa Trpinčeva, pride lahko do nerodnih situacij, če se tam znajde kakšen sorodnik čakajočega in nič hudega sluteč glasno vpraša, ja teta Brglezova, kaj pa vi počnete tukaj, ali je kaj narobe!?

- Nezaslišano, so plosknili z dlanmi po mizi, to se mora nemudoma nehati.

- V tem primeru se je ime neke gospe Brglez uporabilo nepooblaščen in brez dovoljenja imenovane.

- Predlogi? Gospa Frančiška je poškrebljala z nohti po mizi. Pravi vodja mora znati razporediti delo, da ga opravijo drugi namesto tebe. Bila je izkušen birokratski kader, služila je v več režimih in včasih je bila tovarišica. Vedno pa na liniji, vedno.

Polona je napol vstala in spet sedla.

- V glavi imam osnutek nujno potrebnih sprememb. Pacienti naj pri vratarju pridobijo dnevno geslo in pin kodo. Sestra jih naj v čakalnici evidentira brez klicanja. Nabavijo naj se ekrani, kjer bo viden vrstni red števil in tako lahko pacienti vstopajo, ne da bi razkrili identiteto. Pri sestri vtipkajo pin kodo in tako priključijo svojo kartoteko, sestra pa mora medtem gledati skozi okno.

Spogledali so se in premišljevali.

- Imenitno, se je zaslužil gospod Jožef, vendar moramo imeti neko rešitev za vmesno fazo, preden bomo implementirali digitalno rešitev.

Pogledali so gospo Frančiško, a ta je čuječe dremala za spušenimi vekami. Ob ponedeljkih je po tihem dogovoru z Bebo dobivala irsko kavo, da je zmogla delovni pretres.

Pavlica, ki je bila doma z Gorenjske, je menila, da bi lahko pacienti sedeli v nekakšnih boksih, da ne bi videli drug drugega, boksi bi bili oštevilčeni, sestra pa bi jih klicala tako, da bi se prižgala vgrajena lučka nad sedežem. V primeru izpada elektrike bi jih priklicala ročno brez klicanja imena.

- Aha, so vsi razumeli.

- Predlog B skozi dva, se je vrinila Polona: sedaj, ko so maske obvezne skoraj povsod, bi jih lahko nadgradili še z zgornjim delom v obliki beneške maske in anonimnost pacientov bi bila zagotovljena. Maska bi opcijsko lahko imela bar kodo.

- Pa še za pusta jih bodo lahko imeli!

Ideje so sedaj vrele iz njih, se oplajale in širile, da so čez čas skoraj zadihani obstali. Klicali so Bebo za osvežilne napitke.

Frančiška je odprla oči in pokazala, zakaj je šef.

- Vse to bomo lahko uredili, a več problem so zdravniki. Oni nosijo vse te osebne podatke s seboj v spominu, imena, diagnoze, izvide, letnice, mnoge za desetletja nazaj. To, kar je v zdravstveni ustanovi še primerno, je v trenutku, ko stopi zdravnik na cesto, že zloraba. Medtem ko hodi dobro plačan dežurni zdravnik domov, lahko spotoma premišljuje o nekem pacientu in s tem nepooblaščen izven službenega časa operira z občutljivimi osebnimi podatki! Obstajajo celo zdravniki pisatelji, ki svoje znanje prikrito in zvito pripišejo literarnim junakom, izdajajo knjige, jih javno objavljajo in za to celo prejmejo honorar.

- Honorar, so ponovili v zboru.

- Naredili bomo terensko raziskavo na to temo in pritegnili ustrezna finančna sredstva. Tisti, ki boste sodelovali, boste prejeli še covid dodatek.

Vsi so dvignili roke. V tem trenutku je vstopila Beba s sokovi in tudi dvignila roko.

Čas: ponedeljek, teden dni kasneje, 8.25

Lokacija: neznana pisarna Ministrstva za birokratizacijo javnega življenja

Sedeli so za spušenimi roletami, pred sabo so imeli papirnate mape. Gospa Frančiška se je pomembno odkašljala.

- Naša akcija je zaenkrat tajnega značaja. Uporabljamo prikrite metode sledenja, da nas ne bodo posnemali lenuhi z Ministrstva za čas in vreme. Morda bom lahko za naš delovni postopek iztržila patentno zaščito in božično nagrado.

Sedeči so se konspirativno spogledali, v mraku so jim zažarele oči.

- Polona, raportirajte vaše ugotovitve.

Polona je na pol vstala in spet sedla.

- V soboto sem izvajala terensko raziskavo na tržnici v mestu Ž. Neopazno sem se pomešala med množico branjev in nakupovalcev in strumno oprezala, če kje odtekajo osebni podatki.

- Ali ste pazili na osebno konspirativnost?

- Seveda, gospa šefica, bila sem oblečena v kostum francoske dvorne dame, ki sem si ga sposodila v amaterskem gledališču v V., kjer imam znanca kostumografa.

- Genialna ideja, so pridružno zaploskali poslušalci.

- No, skrita za pahljačo sem se sprehajala med mizami z zelenjavo, ko zaslišim radosten vzklík neke solatarice. Citiram dobesedno: Oh, gospod dohtar Kozel, pa prav vas danes srečam! On (doktor Kozel): Kaj bo dobrega, gospa Korenčkova, a je s kolenom kaj boljše? Ona: Desno je popustilo, sedaj pa v levem kljuva. On: Vzemite kakšen Brufen zvečer in počivajte. Ona: Ali lahko dam preko sklepa željno veho? On: Škoditi ne more. Ona: Hvala gospod dohtar, pa ne zamerite, da vas takole izkoristim. On (je zamahnil z roko): Če ne bo v redu, pa se oglasite čez nekaj dni, da pogledava. Ona: Stokrat hvala, Bog naj vam zdravje nakloni.

Frančiška se je dvignila in preverila budnost sodelavk.

- Špela, kakšne so vaše ugotovitve?

Špela se je izprčila.

- Gre za očitno zlorabo službenih podatkov v prostem času. Zdravnik bi moral ignorirati provokacijo solatarice, delati bi se moral nedostopnega ali pa neumnega.

- Oprostite, se je vmešal Jožef, lektoriral bom kasneje, a zdravniki se težko delajo neumne, ker so študirali celo desetletje.

- Naj nadaljujem, je Špela ustrelila z očmi, zdravnik je ordiniral izven službenega časa in dajal strokovne nasvete, kljub temu da ni šlo za nujen primer. Uporabil je podatke, ki jih je dobil v službenih prostorih in bi jih

moral tam tudi pustiti. Prav tako je nagovarjal pacientko, da naj se oglasi v njegovi ambulanti kar mimo digitalnega računalniškega vrstnega reda, kar je kršitev zdravstvenih predpisov.

Gospa Trpinčeva je zašumela s papirji.

- Ali je bilo pod pultom morda tudi kaj finančne izmenjave?

Polona je odkimala.

- Ne, mislim, da ni bilo plačilnega prekrška, lahko pa domnevam, da je doktor Kozel morda dobil solato s popustom. Javno je prejel le dobre želje gospe Korenčkove, da naj mu Bog zdravje nakloni.

- Solatarica ne more izvajati zdravstvenih želj in nasvetov za pultom branjeve, javno je klicala zdravnika po imenu in nazivu, prav tako je nepooblaščen in javno propagiral alternativno samozdravljenje z reklamiranjem zeljne vehe, ne da bi za to imela kakšne znanstvene dokaze.

- Oba sta kršila zakon o odtekanju zaupnih osebnih podatkov, kaznovati ju je treba.

- Šš, šš, šš, je Frančiška mirila omizje.

- Naše delo je zaenkrat tajnega značaja in je namenjeno samo internemu izdelovanju smernic za bodoče postopke. V drugem terenskem poizkusu bomo preverili, kakšna je pripravljenost zdravnikov, da popravijo svoje zgrešeno poslovanje ...

- ... lahkomišelnost vedenje, je svetoval Jožef.

- ... lahkomišelnost poslovanje, je strogo nadaljevala Frančiška. Najavili bomo uradni inšpekcijski nadzor s svetovanjem pri doktorju Kozlu in mehko zagrozili s sankcijami, v kolikor bodo še odtekali zaupni osebni podatki iz zdravstvenega okolja, ki ga predstavljata službeni prostor in čas.

Sedeči so kar zazijali ob tako ostroumni formulaciji.

- Po tej inšpekciji bo sledil nov terenski poizkus, da preverimo učljivost zdravstvenega kadra.

V sobo je priropotala Beba s svežo kavo in sokovi. Najprej je postregla šefici in ji od zadaj šepnila v uho.

- Ali bom dobila covid dodatek? Polono sem peljala na tržnico, oblečena sem bila v avstro-ogrsko sobarico!

Čas: 9.23

Lokacija: opuščen pisarna, trenutno skladišče za reprezentanco Ministrstva za birokratizacijo javnega življenja

Govori: gospa Frančiška, vodja sektorja

- ... ugotavljam, da smo vse izvedene aktivnosti izpeljali optimalno z lastnim kadrom, ne da bi za to najemali honorarne sodelavce. Pri tem smo morali rešiti logistični problem, kako v praksi preveriti občevarje zdravnikov s pacienti, saj pro forma na inšpekcijskih nadzorih vse obljubijo, kaj se dogaja med štirimi stenami, pa ostaja za nas skrivnost.

- Skrivnost, so zašepetali.

- Polona, poročajte.

Polono je zalila rdečica. Njihova služba je dobila pridih avanturizma.

- V sredo sem preoblečena v bolniško strežnico iz časa prve svetovne vojne (isti vir kostumov) peljala gospo A. K. na pregled k doktorju Kozlu. Posedla sem jo na stol in mimogrede ošvrknila njegovo ordinacijo. Na steni je imel izobešenih več portretnih fotografij, na eni je pisalo S. Freud, na drugi, C. G. Jung, na tretji pa Paracelsus.

- ... osebni podatki, za to bi moral imeti zdravnik pisno dovoljenje imenovanih.

- Gospa Trpinčeva, po sestanku boste preverili, če gre za paciente doktorja Kozla, je ukazala Frančiška, Polona, nadaljujte.

- ... nato sem spustila gospe A. K. v žep jopice prižgan mobilni, ki je bil povezan z mojim osebnim, in odšla iz ordinacije v toaletne prostore in tako elegantno in z modernimi komunikacijskimi sredstvi izvedlo terensko postinšpekcijsko evaluacijo. Pogovor je potekal takole:

Doktor Kozel: Dober dan gospa, vaše današnje geslo je ...

Pacientka: Sončnica.

Doktor: To ustreza mojim podatkom na ekranu, prosim vtipkajte svojo pin kodo.

Gospa: Običajno imam kar štiri ničle, 0000.

Doktor: Pripravno. Ali ste seznanjeni z novimi pravili za varstvo podatkov?

Gospa: Vratar mi je vse povedal.

Doktor: Kakšne težave so vas pripeljale k meni?

Gospa: Prejšnji teden ste me poslali na slikanje križa. Rekli so, da bo izvid že tukaj.

Doktor: Pa pogledjmo. Kot vidim, ste bili vodeni na RTG pod številko 562724.

Pacientka: Ne bi vedela, ali moje ime ni na izvidu?

Doktor: Gospa, teh občutljivih podatkov ne smemo več izmenjevati nepooblaščen. Morali boste podpisati izjavo, da dovolite v bodoče svoje ime na izvidih.

Gospa: Ali bo to veljalo za vse preglede?

Doktor: Bojim se, da samo za RTG. Drugje boste morali soglasje prispevati posebej. Lahko pa si priskrbite trajno QR-kodo in jo shranite na mobilnem telefonu. Nameščanje je enostavno, po obisku na občini jo overovite pri notarju in nato zahtevate izdelavo na portalu Butalec.si.

Gospa: Kako nadležno. Ali mi lahko sedaj poveste, kaj je s križem?

Doktor: Kot radi rečemo, s križem so križi. Nekaj prispevajo pa leta, da se sesede in iztroši. Mi zaupate vašo leta? 69? Verjetno ste že upokojeni? Napotil vas bom na fizioterapijo, običajna stopnja nujnosti, naročite se sami preko portala Zdravkodren.si, še prej se registrirajte na vmesniku NE.um.si, obvestilo boste dobili preko elektronske pošte.

Gospa: Ne vem, če se bom znašla sredi teh novotarij.

Doktor: Boste pa sina prosili, da vam bo pomagal. Sicer pa je čakalna doba 3 mesece in se ne mudi.

Gospa: Kako ste prijazni, gospod doktor.

Doktor: Ni za kaj, lepo se imejte gospa Sončnica!

Gospa: Pa saj poznate moje ime!

Doktor: Pri uradnem občeivanju morava uporabiti vaše geslo.

Gospa: Do kdaj pa moram biti Sončnica?

Doktor: Do izhoda iz zdravstvenega doma.

Gospa: Še enkrat hvala, gospod doktor.

Spogledali so se.

- Kar dobro se je držal, moram priznati, se je na moško stran postavil Jožef.

- Izognil se je vsem pastem, ki smo jih nastavili.

- Bil je profesionalno nevtralen, niti enkrat se ni spustil na osebno raven pacientke.

- Pravilno jo je napotil na računalniško naročanje.

- Ni uporabil prijateljskih in profesionalnih bližnjic.

- Občevala sta preko gesel in kod.

Frančiška je vzela v roke diktafon.

- Naša terenska raziskava je pokazala, da v zdravstvu že bolj odgovorno sprejemajo nova navodila glede varstva osebnih podatkov,

odtekanje občutljivih informacij je minimalno, nekaj je še familiarnosti pri nižjih kadrih. Priporočamo nove zakonske odredbe, ki bodo deležnike obvezale za uporabo najboljših tehnoloških orodij in kriptno zaščite.

Naslonila se je na fotelj in s pogledom poiskala Polono.

- Poslušajte, Polona, kje pa ste staknili tole pacientko Sončnico?

- To je mama doktorja Kozla, Amaliya Kozel po domače.

Matjaž Lesjak, dr. med., »TRIGON« s.p.
Matjaž Lesjak, Žalec

Kolesarjenje ob Muri 2021

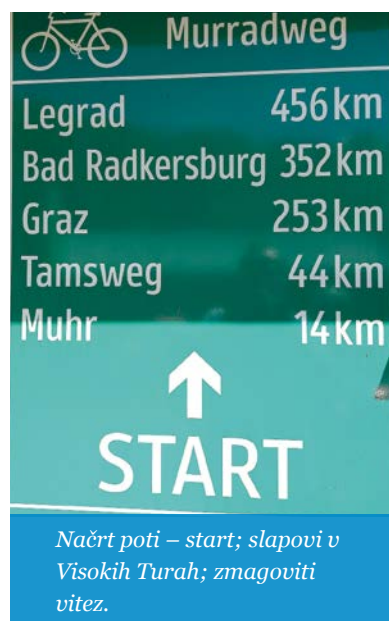
Pavle Košorok

Izziv za letošnje kolesarjenje je bila lanska izkušnja, ko smo kolesarili ob Muri in avstrijsko kolesarsko pot zaključili v Mariboru. Takrat smo potovali z večjo skupino in prenočevali v JuFa (Jugend und Familie) hotelih. Nastanitvene kapacitete v prekmurskih toplicah so bile zaradi počitniških bonov vse zasedene, tako da rezervacije nismo mogli dobiti, na

Hrvaško pa tako nismo nameravali, ker so bila potovanja prepovedana zaradi koronavirusa.

Letos smo se odločili, da kolesarjenje ponovimo v naši mali skupini in ga izpeljemo do konca. Lani smo na izhodišče potovali cel dan z vlakom. Imeli smo tudi malo smole, ker nam je zamuda vlaka v Zidanem Mostu zmešala vse povezave vlakov za naprej.

Letos smo potovali tradicionalno z našo malo skupino in avtodomom. Iz Ljubljane do izhodišča, je bilo samo dobri dve uri. Takoj za predorom Katschberg smo zapustili avtocesto. Tu se začne dolina Lungau, kjer izvira Mura. Da smo prišli čisto do izvira, smo morali zaviti še na planine pod Visokimi Turami do planinske kočice Sticklerhütte. Iz kraja Muhr do kočice je vzpon po planinskih cestah, ki so dostop do pašnih planin. Do kočice je vzpon podoben vzponu na Vršič,





Poslovilna kapelica; nočitev v kampu.

kjer smo si, tako kot lani, privoščili hladno pivo. Pod planinskim domom se vije potoček, ki izvira malo naprej v Visokih Turah, kjer so hribi visoki tudi preko 3.000 metrov. Do pravega izvira je še ura in pol pešpoti. To je pravi začetek Mure. V koči je tudi tabla, na kateri je opisano startno mesto in glavne točke kolesarske poti. Letos sem opazil tudi posebno tablo z vtičnicami za polnjenje električnih koles. Med potjo smo srečevali nekaj pohodnikov, pa tudi kar precej »električnih« kolesarjev, kakršna sva bila tudi midva z ženo. Ta planinski del poti je bil posebno lep. Na strmih bregovih smo videli številne slapove, ki so kar živahni, ker se v visokih gorah še vedno topi sneg. Lani so bili slapovi še posebej močni, ker smo prišli na začetek poti takoj po hudih neurjih, ki so prizadela te kraje. Marsikje so bili travniki zasuti s peskom in vejevjem, ki ga je prinesla deroča voda. Letos je bilo vse to pospravljeno in urejeno.

Naše prvo prenočevanje je bilo v kampu v kraju St. Michael, kjer smo si pripravili svojo večerjo in delali plane za naprej. Bil sem edini, ki sem tukaj že vozil, zato sem sopotnikom opisoval svoje vtise z lanske poti. Kolesarili smo skozi Tamsweg, do koder smo lani prišli z ozkotirno železnico.

Skupino sem nalašč peljal na to mesto. Zraven železniške postaje je kar ugledna bolnišnica z veliko helikoptersko ploščadjo na strehi. Zdela se mi je kot bolnišnica »Gorskega zdravnika«. Naslednji dan smo na internetu ujeli, da je malo pred Tamswegom iztiril ozkotirni vlak, ki je prevažal šolarje na šolskem izletu. Na srečo ni bil nihče težje poškodovan. Videli smo, da šolarji v juliju še kar pridno hodijo v šolo, pri tem, da so bile pri nas že počitnice. Pot nas je vodila skozi male kraje. Pred Judenburgom je bil eden od večjih krajev še Murau. V malih krajih je precej spominskih znamenj za padle v I. svetovni vojni, ki so jim kasneje pripisali še padle v II. svetovni vojni. Zdelo se mi je, da so bili spiski umrlih iz I. svetovne vojne daljši. Po navadi piše »umrli za domovino« – cesarja že dolgo ni več. Srečevali smo kar nekaj kolesarjev. Mnogi od njih so kolesarili »s pomočjo«. Tudi izposojevalnice koles ponujajo v glavnem električna kolesa za lokalne goste, ki jim nudijo dnevne kolesarske ture v okolici njihovega počitniškega kraja. Ta del kolesarske poti spada še pod Salzburško. Na nekaterih mestih so stari utrjeni gradovi, ki so bili prav gotovo postavljeni z namenom. Zadnji tak

grad je bil v kraju Ramingstein, kjer je bil od leta 1400 rudnik srebra v lasti Salzburške nadškofije. Malo naprej, v kraju Predlitz, pa se že začne Štajerska. Od tu naprej so že kraji, ki imajo smučarsko tradicijo, številne hotele in hišice za nastanitev tik ob smučiščih. Poleti ponujajo številne dejavnosti, tako da je sezona živa celo leto. Veliko je kolesarjev in pohodnikov. Presenčila so me številna golf igrišča.

Kolesarjenje se mi zdi še vedno poseben izziv. Potuješ v tišini, doživljaš vonj pokošenih travnikov in sena, kjer so polja, valovi žito, slišiš veter in ptičje petje. V avtomobilu pa vsega tega ni. Po poti smo srečevali številne manjše kraje s predvsem gotskimi cerkvicami. V Tiefenbachu je na cerkvi zanimiva upodobitev viteza s pojasnilom, da se je v 16. stoletju pod cesarjem Karlom V. bojeval v Tunisu, Provansi in na Madžarskem proti Turkom. Na koncu je bil vojaški poveljnik v Slavoniji. Pot nas je vodila skozi naselja, ki so umeščena nad dolino Mure, zato je bilo kar nekaj vzponov in spustov. Večkrat smo prečkali dvotirno elektrificirano progo z živahnim prometom. Enkrat smo počivali ob hlevu, kjer so bila »nabita« odlikovanja uspešnih krav mlekaric in litri mleka, ki so jih namolzle

tekem leta. V tem času se krave pasejo in prenočujejo zunaj.

Skozi mestni park smo prikolesarili v Judenburg, ki ima za Slovence žalosten spomin. V zatrtem vojaškem uporu maja 1918, kjer so sodelovali tudi Slovenci, je bilo na smrt obsojenih kar nekaj nesrečnih vojakov, ki niso dočakali konca vojne.

Judenburg je tudi sicer zanimivo mesto. Imel je živahno trgovino z Benetkami, kjer so sodelovali tudi Židje, ki pa jih je cesar Maksimilijan po letu 1400 pregnal. Zaradi rudnikov v bližnjem Eisenerzu je bil pomembno železarsko središče. Zanimiv pa je bil tudi cesarski patent za trgovanje z rastlino *Valeriana celtica*, ki so jo uporabljali v industriji parfumov. Preko prelaza Obdach je potekala povezava s Koroško in naprej proti Italiji. Verjetno je bila to še komunikacija iz rimskih časov, ki je kasneje pripeljala tudi irske menihe iz Salzburga, ki so pokristjanjevali Karantanijo. Zanimivo je, da je v tem kraju Napoleon podpisal pomemben sporazum z Avstrijo.

Naslednji večji kraj na naši poti je bil Leoben, ki ima le 25.000 prebivalcev. Od leta 1840 je tu Univerza s fakulteto za metalurgijo in rudarstvo. Kraj leži na ovinku reke Mure in je že zato verjetno bil utrjeno srednjeveško mesto. Danes je center mesta lepo urejen baročni trg s kužnim zname-

njem, kjer smo naredili opoldanski počitek, nekaj pojedli in popili. Na mestni hiši so številni grbi štajerskih mest. Prepoznal sem najmanj štiri slovenske grbe – mariborskega, ljubomerskega, ptujskega in grb Slovenskih Konjic. Prenočevali smo v prijetnem kampu blizu kraja Bruck am Mur. Ta dan smo se poslavljali od Vojke, ki je spet postala babica in je predčasno odšla domov varovat otroke in kuhat za porodnico. Zjutraj je ujela vlak, ki jo je skupaj s kolesom pripeljal direktno v Ljubljano.

Že takoj iz kampa se je videlo, da je Mura zajezena zaradi elektrarne, ki smo jih na Muri srečevali že od vsega začetka. V povsem zgornjem toku je bilo vsaj pet manjših, nato pa so se pojavile tudi velike. Veliko je tudi sončnih elektrarn, predvsem na kmečkih poslopjih, žagah in industrijskih poslopjih.

V kraju Pernegg nas je presenetila lepa gotška cerkev, skoraj prevelika za ta kraj. Videli pa smo, da je to še danes zanimivo romarsko središče. Na zunaj gotška cerkev je znotraj povsem barokizirana, marsikje pa se že vidi rokoko. Tudi v starih časih so si ljudje znali narediti nekaj družabnega življenja, ki bi mu danes rekli turizem.

V lepem malem mestecu Frohnleitenu smo si spet privoščili opoldanski počitek in okrepcilo. Spomnil sem

se na lanski postanek v tem kraju, kjer smo pili kavo s kapelnikom gasilske godbe, ki je kasneje tukaj priredila koncert. Proti Gradcu je spet nekaj elektrarn. Opazil pa sem, da imajo ribje steze in da so marsikje ohranjene tudi mrtvice, ki so značilnost spodnjega toka reke Mure. Enkrat smo videli tudi, da je vodni kanal iz Mure speljan preko tunela vsaj kilometer daleč do elektrarne. Prese-netilo me je, da so to naredili že davnega leta 1906.

V Gradcu je bilo kar nekaj nervoze, ker kamp za prenočevanje ni bil v mestu. Kljub temu smo si vzeli čas in posedeli na glavnem trgu pred deželno hišo Štajerske. Ta malo spominja na ljubljansko univerzo, ki je bila prvotno prav tako deželna hiša Kranjske. Malo smo gledali GPS, malo spraševali, končno pa smo le našli kamp, ki nas je prijetno presenetil predvsem zaradi ugodne cene, saj smo vsi prenočevali za samo 22 evrov. Ker je bil vikend, smo nato na poti srečevali precej več kolesarjev, med njimi mnogo »električnih«. Iz avtocestne vožnje proti Dunaju se spominjam oznak krajev in opozoril. Sedaj smo skozi te kraje kolesarili. V kraju Wildon so oznake za ostanke rimskega mesta Flavia Solva, ki je bilo v rimskih časih pomembno trgovsko središče. Malo nas je preganjal strah pred dežjem, slišalo se je grmenje,



Štorklje ob poti; mlin na avstrijski Muri; na cilju, ob sotočju Mure in Drave.

vendar smo suhi in zadovoljni prispeli v prijeten kamp. Po Viberju smo se pogovarjali z domačimi in izvedeli, kako dopustujejo oz. še hodijo v službo. Ponoči nas je edinkrat prese-netila manjša ploha. Kasneje smo izvedeli, da je bila v tem času velika vremenska ujma v Nemčiji. Res smo imeli srečo z vremenom. V Murecku smo se že dotaknili slovenske meje in videli mejni prehod Trate, vendar smo šli še po avstrijski strani do avstrijske Radgone. Na poti smo videli zanimivo kapelico s številnimi klopmi. Izvedeli smo, da je tu cel dan ležala 87-letna pokojnica, da so se krajani od nje lahko poslovili. Zjutraj je bila v kapelici maša, zato so v njej še ostale klopi. Presenetilo me je, da je bila ta sakralna stavba postavljena v spomin na veliko neurje leta 1980, ko je razkrivalo strehe in podiralo stoletna drevesa. Takšna kot je kapelica sedaj, ima prav gotovo dodano vrednost zaradi namena, da postane mesto poslovitve od pokojnega vaščana. Od tu so gospo nato odpeljali v krematorij v Gradec. Ljudje so vseeno imeli čas in priložnost, da se od nje spoštljivo poslovijo.

Avstrijska Radgona je tako kot Radenci lepo urejeno zdravilišče. Most čez Muro je na naši strani popisani z velikimi napisi »Nikoli več vojne«. Tu je še zelo živ spomin na brutalno kazanje moči jugoslovanske vojske in spomin na smrt prve civilne žrtve osamosvojitvene vojne, pisatelja in psihologa Janeza Svetine.

Na naši strani smo sedli na kavico v isto restavracijo kot pred leti, ko smo kolesarili po Pomurju. Oskrbeli smo se s prospekti pomurske poti po Sloveniji in nadaljevali pot proti Veržetu, do Banovcev, kjer smo prenočili. Izvedeli smo, da je bilo prejšnji dan tudi tu hudo neurje, tako da računalniki in avtomatika v topli-cah ni delala. Okopali smo se še zjutraj pred odhodom in preko Raz-križja in Gibine prišli na Hrvaško. V Sv. Martinu na Muri smo videli le eno samo živo gnezdo štokelj. Zdelo se mi je, da jih je bilo ob našem obisku pred leti več. Skozi Mursko središče smo

nadaljevali pot proti izlivu Mure v Dravo, vendar smo se kar malo lovili. Oznake niso bile najboljše, pa tudi kolesarske poti ne. Na nekaj mestih je res dodaten pas za kolesarje ob glavni cesti, marsikje pa se kar izgubi. Kilometri so se za zadnji dan kar nabirali. Bili smo že malo utrujeni in s težavo smo našli primerno mesto za prenočitev. Uradnih kampov ob koncu toka Mure sploh ni. Kljub temu smo bili z improviziranim prenočiščem ob Dravi zadovoljni. Ker ni bilo tušev, smo se nekateri okopali kar v Dravi, ki je bila prijetno topla. O čistoči reke pa pravzaprav nismo razmišljali. Naslednje jutro smo prekolesarili še zadnjih 10 kilometrov. Pot je bila na več mestih prekinjena z makadamom, na koncu pa kar težav-na za kolesarjenje, posuta z gruščem, ki ni bil utrjen. Hrvati so bili očitno vključeni v evropski projekt kolesarske poti ob Muri. Pojavljale so se oznake Mura – Drava. Na sotočju je bila leta 1999 zgrajena »halasz csar-da« – ribiška gostilna, ki je ob odprtju verjetno izgledala prav spodobna, danes pa je videti zapuščenca, celo opustošena. Verjetno se občasno tukaj »kaj dogaja«. Ob koncu smo seveda naredili nekaj posnetkov na romantičnem sotočju Mure in Drave. Spet smo doživeli malo zmagoslavje ob koncu naše poti.

Upam, da bomo izpeljali še kakšen tak podvig, čeprav nam je rek v soseščini že zmanjkalo. Prevozili smo Dravo, Donavo, Muro. Razmišljamo še o češki Vltavi in francoski Loari.

Mura se mi je zdela ena lepših rek, ob katerih smo vozili. Nekatere stvari so spominjale tudi na naše kraje. Oznaka Flossweg prav gotovo spominja na čase pred železnico, ko so po Muri splavljali les. Prav tako spominja na noriško obdobje in železarstvo oznaka Drahtweg. V resnici je v Brucku na Muri velika železarna koncerna Voestalpine. Menda so v Muri včasih izpirali tudi zlato. Danes je to področje izrazito turistično, posebej skrbno gospodarijo z lesom. Nekdanje ozkotirne železnice niso ukinili, ampak je danes zanimiva

turistična atrakcija. Zelo oddaljene asociacije so lahko tudi zgodovinski spomini na Kelte, noriško kraljestvo, noriško železo, ki so ga cenili Rimljani, na Napoleona in avstrijsko vojsko, ki je v Judenburgu usmrtila slovenske vojake, ki so se uprli nesmislu vojne.

Avstrijski Gradec je blizu tudi Slovencem. Mnogi so tam študirali. Danes študirajo predvsem glasbo. Slovenski Puch je tam uresničil številne svoje inovativne zamisli. Naše Prekmurje, skozi katerega smo potovali, ima poseben nadih romantike. Pred leti smo ga že prepotovali. Občudovali smo Plečnikovo Bogojino, lončarje v Filovcih, gojitelje orhidej in toplice. Na koncu poti je bila Mura tudi moj prvi stik s hrvaškim Medžimurjem.

Ob pogledu na naša pretekla kolesarjenja vidimo, da se z leti vseeno prilagajamo. Pred tremi leti smo začeli voziti s pomočjo elektrike, sedaj pa se vidi, da omejujemo tudi število prevoženih kilometrov na dan. V povprečju jih prevozimo 60. Tolažimo se, da vseeno še gre. Kljub tem omejitvam še vedno nekam gremo, nekaj vidimo in nekaj doživimo.

Prof. dr. Pavle Košorok, dr. med., spec. krg., Iatros, d.o.o., Ljubljana

| Kirurška evolucija

Na dolgih nogah se ti zdi, da se lahko premikaš po zadnjih, da prve lahko uporabiš kot roke in da zmoreš več.

Sediš že milijon let in ravnaš hrbtenico. Dobil si zadnjico in proste roke, brusiš nož, rezljaš držalo, pleteš košaro za sadje in vrbovo lubje. V glavi nastaja čipka iz dendritov.

Ko se nagneš naprej, padeš na kolena, skleneš roke, verjameš, načrtuješ, vidiš nevidno. V možganih kot popki pomladi poganjajo sinapse.

Stojiš ob operacijski mizi, gledaš v odprt trebuh in govoriš pametne besede.

Stol z naslonjalom za glavo. V trebuh si spustil čipe, 3D anatomski atlas, Pet CT, navigator, davinči zapleše tango, mehanični prsti operirajo. Vse je na ekranu.

Mrlič je obležal na hrbtu z odprtimi usti za dušo. Jama je lahko plitva, ko ga pokrijejo s prstjo in naredijo grob. Grob označijo s kamnom.



Kirurška evolucija, papir/medicinski material/juta/montaža, 71 × 110 cm (2012)

| Katedrala

Tudi danes se v naši bolnišnici več moli kot pri frančiškanih. Sem v katedrali prošenj.

V sobi nas je pet. Čakamo na operacijo. Imam temperaturo in veliko, rdečo, bolečo bulo pod levo pazduho. Pri punkciji so dobili gnoj, ešerihija, seracija, klebsiela, same lepote. Nekaj govorijo o antibiotikih, infuziji in operaciji.

Nisem pobožen, ampak ... nikoli se ne ve.
Sveta Marija, milosti polna ...
tako je mami vedno začela pred kosilom.
Milo občutim sveto molitev, nisem sam,
toplo mi je, čutim pomoč. Vse bo v redu.

Pod velikim operacijskim soncem odprejo rano in spustijo gnoj. Lepotice z make upom zaplešejo zadnji ples z antibiotikom. V kirurški zapis kirurg zapiše, da je izteklo veliko rumene gnojne tekočine. Postavil je tudi dren. Pravi, da dobro kaže.



Katedrala, akril/plastika/juta/montaža, 71 × 110 cm (2012)

Iran

Potovanje po islamski republiki ajatole Homeinija v letu 2005

Aleksander Sterger

Potovanje se začne z avtobusnim prevozom na dunajsko letališče, kjer pred vstopom v Airbus 310A letalske družbe Iran Air po strogih določilih islamske dežele v oblačilih z dolgimi rokavi in zavezanimi naglavnimi rutami čakajo udeleženske potovanja.

Cena bencina je v tej državi nižja od cene ustekleničene vode, zato vlada na cestah izredno gost avtomobilski promet. To velja tudi za prevoz z letališča do prestolnice Teheran. Številne visoke zgradbe sodobnega videza, ki se vrstijo vzdolž široke prometnice, pomenijo, da je Teheran moderno mesto. Tu prenočimo in po zajtrku se odpravimo v nacionalni etnografski muzej islamske zgodovi-

ne, kjer sledimo poteku tkanja »perzijskih« preprog.

Na bližnjem planinskem področju si v lepem, zelenem okolju ogledamo razkošno opremljen poletni dvorec dinastije šahov Pahlavijev, imenovan »Green Museum«. Zjutraj sledi polet do Kermana in dalje vožnja z avtobusom do Mahana, kjer obiščemo grobnico šiitskega šaha Nematollaha Valija in nasade Bagh-e Shazdeh – »prinčeve vrtove«.

Ob povratku v Kerman se ustavimo pri petkovi mošeji, ki jo krasijo stolp z uro in bogati mozaični okras. Prenočimo v hotelu Akhavan, dopoldne pa nadaljujemo potovanje do puščavskega mesta Yazd, središča Zarastustrove verske skupnosti. V

bližini bazarja se nahaja ohranjena trinadstropna fasada mošeje Tekiyeh Amir Chaqmaq z dvema minaretoma, ob njej pa svojevrstno ogrodje Nakhel, ki ga okrašenega s cvetjem nosijo pri verskih svečanstih.

Ustavimo se tudi pri zanimivi petkovi mošeji, katere portal s svojima minaretoma je najvišji v Iranu. Zvečer se peljemo še mimo razsvetljene fasade te mošeje do hotela, kjer prenočimo. Pred nadaljevanjem potovanja si na obrobju mesta Yazd ogledamo pokopališče verske skupnosti zarastustrovcev.

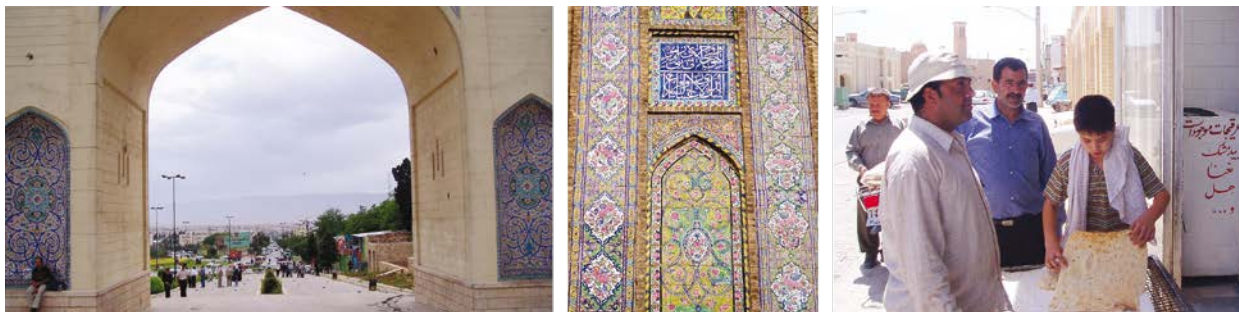
Umrlih niso pokopavali, temveč so jih v t.i. »stolpih tišine« izpostavili pticam ujedam, kar pa sedaj ni več dovoljeno. Na poti po pusti pokrajini dospemo do manjšega mesta Abarkuh s turistično znamenitostjo – nekaj tisoč let staro cipreso. Pri nadaljevanju poti proti Shirazu se ustavimo pri ostankih arhemidske prestolnice Passagrade za ogled grobnice Kira II. Velikega, vladarja dežel od Babilona do Indije.



Pokopališče verske skupnosti zarastustrovcev. Tisočletna cipresa. Grobnica Kira II.



Zgodovinska prestolnica Persepolis. Orjaški figuri s človeškim obrazom (levo in desno). Bogati relief delegacij narodov (v sredini).



Isfahan. Pogled od vhodnih vrat stare petkove mošeje na mesto. Keramični mozaik krasi portal. V javnosti vse opravljajo moški, tako kot pri prodaji pekovskih izdelkov.

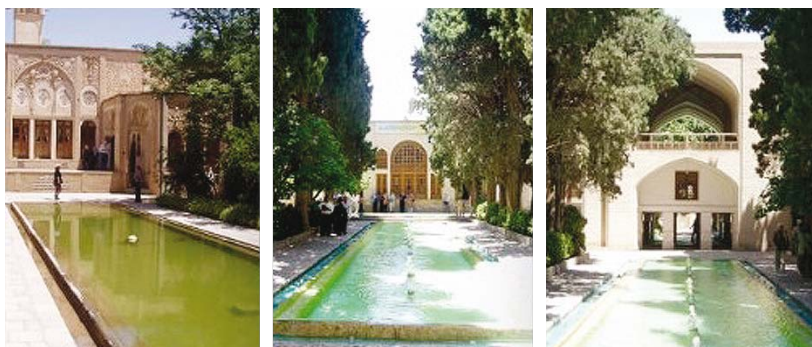


Trg Meydan-e Imam z Imamovo mošejo in mošejo šejka Lotfollaha. Vhodna vrata mošeje Masdjid-e Imam z minaretoma. Mošeja Sheikh Loftollah s kupolo rdeče-okraste barve.

Po prihodu v Shiraz sledi nočitev v hotelu s pogledom na središče mesta. Zjutraj nadaljujemo vožnjo do znamenite perzijske zgodovinske prestolnice Persepolis, ki so jo zgradili Darij Veliki in njegovi nasledniki. Na obsežni terasi z obzidjem se nahajajo ostanki številnih zgradb. Vhodna vrata, imenovana »vrata narodov«, z vhodnim in izhodnim portalom obeležujeta po dva para orjaških figur bika in krilate živali s človeško glavo. Krajše vzhodno stopnišče z izjemno bogatimi reliefi delegacij narodov vodi k sprejemni palači z vhodnimi vrati in ostanki stebrov.

Po zajtrku v hotelu Pars International je na vrsti prevoz na letališče s postankom pri izjemnem mavzoleju Shah Cherag s kupolo, oblikovano v obliki tulipanovega cveta, in pri stari petkovi mošeji iz 12. stoletja ter koranskih vratih, priljubljenem shajališču mladine. Zvečer sledi polet v Isfahan in nočitev v hotelu Aliqapu.

Dopoldne se odpravimo najprej do obsežnega trga Meydan-e Imam z Imamovo mošejo in mošejo šejka Lotfollaha ter palačo Ali Kapu. V mošejo Masdjid-e Imam vstopimo



Kraljevski vrtovi Bagh-e Fin.

skozi vhodna vrata z minaretoma. Sledi ogled mošeje Sheikh Lotfollah, katere kupola je rdeče-okraste barve, notranjost mošeje pa okrašena z v Iranu najlepšimi keramičnimi mozaički. V kletnih prostorih je molilnica za primer slabega vremena. Petnadstropna palača Ali Quapu pa je služila kot ena od vladarskih zgradb na Imamovem trgu.

Sledi vožnja v Teheran. Na prvemu postanku v prazgodovinskem mestu Kashan na robu slane puščave obiščemo izredno lepe kraljevske vrtove Bagh-e Fin. Veliko obzidano zemljišče z vodnjaki, vodometi in senčnimi drevoredi je

res pravi perzijski paradiž. Nato nadaljujemo vožnjo do šiitskega mesta Qom, kjer nam s strogimi navodili obnašanja dovolijo vstop v muzej Fatimeh Masumeh, sestre imama Reze.

Popoldne se vrnemo v Teheran. Po večerji in le treh urah počitka sledi še prevoz na letališče in polet na Dunaj ter vožnja po avtocesti nazaj v Maribor.

Ivan, Ivana in javno življenje

Katja Groleger Sršen

»A greva na kavo?«

Morda je to najpogostejše izrečen stavek v sodobnem času. Prijazno vabilo, ki v resnici niti ne pomeni, da bova zares spila skodelico kave. Pomeni precej več. Vzeti si čas, da si poveš, kako si, kaj se ti je zgodilo, kaj te jezi, skrbi ali navdušuje. In v času »zaprtja države« zaradi epidemije covida-19, ko so se zaprle tudi kavarne, tega kar naenkrat ni bilo več. Te bližine, stika, priložnosti, da si slišan ali da prisluhneš. Vsak je sam zase, za vogalom, na hitro stresel vase nekaj požirkov, se spet pokrili z zaščitno masko in hitel nadaljevat z delom. Nič pogovorov, nič razprav ...

Ker sem v zadnjih letih odkrila posebno veselje do kave, ki v Slovenijo pride od znanega pridelovalca kave, po možnosti v okviru pravične trgovine, je nežno spraznena v eni od lokalnih prazarn, nato pa zmleta tik pred pripravo kavnega napitka, se vsaj dobri kavi nisem hotela odreči. Navkljub Ivanovim grenkim spominom na mater

s skodelico ali pa tudi zaradi skrivnostnega nasmeška Ivanine Kofetarice ... Vsak teden znova sem pred lutkovnim gledališčem ob glavni mestni tržnici stala v vrsti. Skozi rešetke na oknu kavarne sem pomolila lonček, da mi ga napolnijo s sveže praženimi zrnji. Izmenjala sem nekaj kratkih besed o kavi, vremenu, najnovejših ukrepih in ... za kaj več ni bilo časa. Za mano je bila vrsta drugih, ki so čakali na svojo kavo. Bojda Slovenci popijemo za 6 kg kave na leto! Kavo imamo v genih.

In je šlo mimo leto dni, v resnici sedaj že več kot leto. Ali Žerdin, urednik Sobotne priloge pri Delu, je to poimenoval »Leto nevarne bližine«. V misli se mi zaleze njegova pripomba o »kiksu v komunikaciji«, ko bi med epidemijo namesto o »socialni distanci« morali govoriti le o fizični razdalji. Pa vendar je zaprtje javnega življenja pomenilo prav to, da smo se tudi socialno oddaljili, morda celo odtujili.

Zgodovinsko gledano, o tem je pisal nemški filozof Jürgen Habermas, so kavarne v 17. stoletju postale vir javnega življenja, vir razprav o vsakdanjih težavah in iskanju rešitev. Namesto kavarn, kjer bi se ljudje pogovarjali o bolj ali manj pomembnih zadevah, se sedaj pogovarjamo »za vogalom«, malo »tvitnemo« ali pritisnemo kakšen všeček na Facebooku. Pri tem pozabljamo, da so socialni mediji, kot sta Twitter in Facebook, zasebne družbe, ki v resnici ne prispevajo k javni razpravi. Njihov motiv, pravi Žerdin, je, da uporabnika in njegove podatke prodajo naprej ... Da o razkritjih podatkovne znanstvenice pri Facebooku Frances Haugen niti ne govorim. Platforma se hote zlorablja za širjenje dezinformacij. Koliko škode, nezaupanja, napačnih odločitev je povzročilo takšno ravnanje? Tega ne bomo verjetno nikoli izvedeli. Si pa zlahka predstavljam, da bi brez lažnih novic lažje obvladovali epidemijo in reševali druge probleme, v kavarnah pa bolj učinkovito ponovno vzpostavljali javno življenje.

»A greva na kavo?«



Doc. dr. Katja Groleger Sršen, dr. med.,
Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike
Slovenije, katja.groleger@mf.uni-lj.si

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: 9.750 copies.

The journal is named after Isis, an Egyptian goddess. Legends say that she had healing powers, that her power extended throughout the world, and that each person is a drop of her blood. She was considered to be the founder of medicine. Her name were chosen to be the title of the journal of the Medical Chamber of Slovenia, the goal of which is to unite and link together doctors in their efforts towards the welfare of all people.

The President of the Medical Chamber
Prof. dr. **Bojana Beović**, dr. med., spec.

The Vice-presidents of the Medical Chamber
Boštjan Kersnič, dr. med., spec.
Krunoslav Pavlović, dr. dent. med.

The President of the Assembly
Asist. dr. **Marko Jug**, dr. med., spec.

The Vice-president of the Assembly
Mojca Drev, dr. dent. med., spec.

Executive board of the Medical Chamber of Slovenia

The President of the Educational Council
Izr. prof. dr. **Nataša Bratina**, dr. med., spec.

The President of the Professional Medical Committee
Prof. dr. **Sebastjan Bevc**, dr. med., spec.

The President of the Primary Health Care Committee
Rok Ravnikar, dr. med., spec.

The President of the Hospital Health Care Committee
Boštjan Kersnič, dr. med., spec.

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

The President of the Legal-ethical Committee
Peter Golob, dr. med., spec.

The President of the Social-economic Committee
Mag. **Marko Bitenc**, dr. med., spec.

The President of the Private Practice Committee
Asist. mag. **Matej Beltram**, dr. med., spec.

The Secretary General
Tina Šapec, univ. dipl. prav.

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
Barbara Galuf Zajc, univ. dipl. prav.

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

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.

