

IS

IS

Glasilo Zdravniške
zbornice Slovenije
Junij 2023
Številka 6



Doc. dr. Jasna But Hadžić

“V primerjavi s tradicionalno
kemoterapijo sta tarčno zdravljenje in
imunoterapija pomembno izboljšala
preživetje pri številnih rakih.”

Klubski koncertni večeri NAPOVEDNIK 2023

Spoštovani člani in članice,
z veseljem sporočamo, da se v Domus Medica vračajo klubski koncertni večeri.

20
junij



Godalni kvartet II Tramonto
s harfo

Žiga Faganel,
Irina Kevorkova, violini
Vlatka Peljhan, viola
Alja Mandič Faganel, violončelo
Urška Križnik Zupan, harfa

21
september

Jesenski kontrasti - 1. del: Skok v preteklost
- "Raitknecht 1692"

Glasba s konca 17. stoletja iz vse Evrope
Domen Marinčič, viola da gamba
Sam Chapman, teorba

oktober



Jesenski kontrasti - 2. del:
Od klasike do popevke

Nuška Drašček, mezzosopran
Jaka Pucihar, klavir

14
december



Božično-novoletni koncert
Zdravniškega orkestra Camerata
Medica

Vljudno vabljeni!

Program Koncertnih večerov v Domus Medica za sezono 2023 sta pripravila
Zdravniška zbornica Slovenije in Slovensko zdravniško društvo.

Koncerti so za člane zbornice in člane zdravniškega društva ter njihove družinske člane in prijatelje brezplačni, potrebna
pa je predhodna rezervacija na: dogodki@zzs-mcs.si ali po telefonu 01 30 72 152, za kar se vam najlepše zahvaljujemo.

Kaj prinaša novi pravilnik o poklicnih boleznih

Metoda Dodič Fikfak

Spoštovani kolegi,

Štiriindvajsetega februarja smo dobili nov Pravilnik o poklicnih boleznih. Nič posebej pomembnega, bi rekli, če si ne bi za ta pravilnik prizadevali več kot tri desetletja. Pravilnik o seznamu poklicnih boleznih smo sicer imeli od leta 2003, vendar pravilnik o seznamu ni določal poti za ugotovitev poklicne bolezni. V teh tridesetih letih so invalidske komisije pri Zavodu za pokojninsko in invalidsko zavarovanje (ZPIZ), posredno v postopkih za oceno delovne invalidnosti, ugotovile letno le kakih 20 do 50 poklicnih boleznih. Poklicna bolezen je po definiciji, zapisani v pravnih aktih, tista bolezen, ki je »povzročena z daljšim neposrednim vplivom delovnega procesa in delovnih pogojev na določenem delovnem mestu ali na delu, ki sodi v neposredni okvir dejavnosti, na podlagi katere je oboleli zavarovan in je navedena v Seznamu PB.« Definicija je, gledano s strokovno-medicinskega stališča, groba in celo napačna. Tako npr. za nastanek poklicne bolezni zahteva daljši neposredni vpliv delovnega procesa ..., čeprav vemo, da nekatere poklicne bolezni lahko nastanejo takoj po neposrednem

stiku z nevarno snovjo. Če bolezen na seznamu ni, ni poklicna, ne glede na to, ali je delo vplivalo na njen nastanek. Zaradi teh na hitro naštetih »nesporazumov« ali posledic neupoštevanja mnenj specifične stroke pri nastajanju pravnih aktov, specialisti medicine dela veliko raje govorimo o *z delom povezanih boleznih*. Zato imajo nekatere države, kot so npr. skandinavske, ne le register poklicnih boleznih, pač pa predvsem register z delom povezanih boleznih, kamor »prijavljajo« primere vsi zdravniki, ki posumi-jo, da bi bila določena bolezen, ki jo obravnava-jo, lahko povzročena ali bi se le slabšala zaradi snovi ali pogojev ali načina dela na delovnem mestu. Cilj takega prijavljanja je en sam, kar je tudi cilj tega pravilnika o poklicnih boleznih, in to je: najprej oceniti tveganje in verjetnost, da se bolezen razvije, potem pa opozoriti na to, da določena delovna mesta vplivajo na nastanek bolezni in je zato treba preučiti, kaj je mogoče na delovnem mestu spremeniti, izboljšati, zamenjati, kako se zaščititi, da do takih boleznih ne bo prihajalo več ali da jih bo bistveno manj. Zato je tudi moralna dolžnost nas zdravnikov, ko opazimo, da gre za očitno bolezen, povezano z delom, ali da gre za skupen enakih boleznih v eni tovarni ali oddelku, da na to opozorimo, zato da se tako delovno mesto sanira. Če se to ne naredi, bomo imeli vedno znova nove primere iste bolezni. Enako je v primeru dela s karcinogeni, kar nas je naučila že tragedija z azbestom povezanih boleznih, ki v več kot 80 % izhajajo iz ene same tovarne. Število »azbestnih« verificiranih boleznih je po letu 1998 preseglo 3000 primerov, na žalost so bile za številne delavce te diagnoze usodne. Če bi torej prej prepovedali uporabo azbesta in proizvodnjo ter okolico očistili, bi seveda imeli toliko manj žrtev. Zelo podobno, le ne tako zelo usodno, je z drugimi poklicnimi boleznimi, treba jih je odkrivati, zato da »ozdravimo« delovna mesta.

Pravilnik, ki je začel veljati 1. maja, želi doseči natanko to: prispevati k sanaciji delovnih mest, tako da delavci ne bodo zbolevali.



Pravilnik je napisan tako, da se delavec sam odloča, kaj bo naredil, ali bo poklicno bolezen ugotavljal ali ne. To ni naša odločitev, to je njegova odločitev. Prvič ima to možnost, da se o svoji poklicni bolezni odloča sam. Zato je tudi prijava suma na poklicno bolezen, ki jo bo delavec, če bo želel, poslal v odločanje interdisciplinarni komisiji za verifikacijo poklicne bolezni na Kliničnem inštitutu za medicino dela, prometa in športa, tako preprosta, da jo lahko izpolni sam. Pri tem je bistveno le to, da prijavi priloži od specialista potrjeno diagnozo in potrdilo ZPIZ-a o svoji zaposlitvi. Vse ostalo bo komisija pridobila sama. Zdravnikom specializiranim različnih specialnosti, družinskim zdravnikom, specialistom medicine dela, imenovanim zdravnikom ... pa je zapisana dolžnost, da delavca opozorijo na sum, da je določena bolezen lahko povzročena z

njegovim delom. Zelo dobro se zavedamo, da je znanje, ki ga s seboj prinesemo po šestih letih študija na MF, preslabo, da bi znali povezati bolezen s poklicno izpostavljenostjo za več kot 200 diagnoz, in da bo zato treba dodati v študij usmerjene izobraževalne vsebine, vendar pa nas pomanjkljivo znanje ne sme odvrniti od tega, da bi svoj sum izrazili in delavcu ponudili verifikacijo, za katero se bo ali ne odločil sam.

Najpogostejše vprašanje, ki bo sledilo vašemu izraženemu sumu, bo: kaj bom imel jaz od tega? Odgovor je preprost: *če greste v postopek verifikacije poklicne bolezni in če se izkaže, da je na vašo bolezen delo imelo odločilen vpliv, potem je verjetnost, da bo delodajalec saniral razmere na delovnem mestu, ki so povzročile vašo bolezen, velika. Tako boste lahko vi delali v bolj zdravih pogojih in vaš sodelavec ne bo zbolel.* Običaj-

no tak odgovor ne zadovolji ljudi, večina bi želela odškodnino, vendar se moramo zavedati, da je verifikacija poklicne bolezni strokovni postopek za vzročno povezovanje izpostavljenosti z boleznijo in ne iskanje krivde. Če bo kdo po ugotovljeni poklicni bolezni želel sprožiti odškodninski postopek, bo to moral narediti preko sodišča.

Vsekakor je treba pravilniku dati čas in prostor, da se praktično preizkusi, potem pa bo čas za vrednotenje, popravke in ponovno implementacijo popravljenega. Pravilnik razumemo in sprejemamo kot razvojni proces, v katerem pa pričakujemo in prosimo vse zdravnike za aktivno sodelovanje.

Izr. prof. dr. Metoda Dodič Fikfak, dr. med., predstojnica Kliničnega inštituta za medicino dela, prometa in športa, UKC Ljubljana



Družinski zdravniki ste
 **zdravstvene oskrbe.**

Hvala vam.

Svetovni dan zdravnika
družinske medicine

19. MAJ



Dr. Bojana Beović: Družinski zdravniki ste srce zdravstvene oskrbe

Spoštovani kolegice in kolegi, družinske zdravnice in družinski zdravniki ste najpogostejši prvi in najrednejši stik prebivalcev z zdravstvom. **Danes je vaš dan, 19. maj, ki je upravičeno postal poseben in pomemben trenutek za poudarjanje vloge in prispevka družinskih zdravnikov in timov primarne zdravstvene oskrbe.**

Vloga družinskih zdravnikov v Sloveniji se postopno krepi. To ni naključje, ampak **uspeh družinskih zdravnikov**, ki ste uspeli v zadnjih letih okrepiti spoštovanje do vašega dela tako med kolegi kot v javnosti. **Primarna raven ni imuna na največjo bolezen slovenskega zdravstva, kot je naraščajočo birokracijo** pred leti poimenoval tedanji predstojnik Katedre za družinsko medicino in današnji dekan Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani **prof. dr. Igor Švab**. Na Zdravniški zbornici Slovenije se borimo za bistveno zmanjšanje birokratskih opravil, da bi vi lahko namenili več časa svojemu pravemu delu - obravnavi pacientov.

Posebno priznanje pri teh naporih gre predstavnikom organizacij družinske medicine, ki se jim zahvaljujem za ves čas in energijo, ki jo ob rednem delu namenjajo podpori potrebnim spremembam. **Predsednika Odbora za osnovno zdravstvo Roka Ravnikarja ste za zavzeto, predano in pokončno zastopanje stališč vaše stroke počastili z nazivom zdravnik leta po izboru Združenja zdravnikov družinske medicine.**

Za vztrajanje in delo v družinski medicini si posebno priznanje zaslužite vsi. Vsi zdravniki se



Foto: Uroš Hočevar, Delo

namreč zavedamo pomena dobre primarne zdravniške oskrbe. Nedopustno se mi zdi, da je pri odločevalcih padla v nemilost stroka, ki je dinamična in zanimiva, in zanjo ne znajo poskrbeti. To se pozna pri interesu mladih zdravnikov, a sem prepričana, da se bodo stvari zbistrile.

Letošnji slogan Svetovnega združenja zdravnikov družinske medicine (WONCA) »**Družinski zdravnik, srce zdravstvene oskrbe**« združuje tako pomembnost vašega prispevka kot potrebno srčnost za opravljanje vašega dela. **Ob letošnjem dnevu vam iskreno čestitam in vam želim, da vas zavedanje pomena vaše specializacije in srčnost ne zapustita ne glede na (trenutne) okoliščine.**

Hvala, da ste srce zdravstvene oskrbe.

Dr. Bojana Beović,
Predsednica Zdravniške zbornice Slovenije

Čestitka predsednika Svetovnega združenja zdravnikov družinske medicine

Spoštovani družinski zdravniki evropske regije, dragi prijatelji!

Z velikim veseljem in občudovanjem izrekam najtoplejše pozdrave vsakemu izmed vas, predanim zdravstvenim strokovnjakom, ki tvorite hrbtenico zdravstva v naši regiji. Kot predsednik WONCA Europe imam privilegij, da predstavljam vašo neomajno predanost in prispevke k blaginji naših skupnosti.

Zaradi izzivov, s katerimi se soočajo naši zdravstveni sistemi, postaja vaša vloga še bolj kritična. Ne glede na to, ali gre za podeželske skupnosti ali živahna urbana središča, ste v ospredju, zagotavljate preventivno oskrbo, obvladujete kronične bolezni in obravnavate nastajajoče zdravstvene težave. Imate edinstveno sposobnost krmarjenja po zapletenih poteh zdravstvene oskrbe, zagotavljanja prilagojene pozornosti za spodbujanje dobrega počutja, odkrivanje zgodnjih znakov bolezni in ponujanje pravočasnih intervencij.

Hvala za vašo neomajno predanost in bodite še naprej vir zdravljenja, tolažbe in upanja za nešteto posameznikov in družin v vaših državah.

Z najgloblji spoštovanjem

Prof. Shlomo Vinker
Predsednik WONCA Europe



Foto: Wonca

Uvodnik

- 3** Kaj prinaša novi pravilnik o poklicnih boleznih
Metoda Dodič Fikfak

K naslovnici

- 8** Doc. dr. Jasna But Hadžić
Alojz Ihan

Zbornica

- 13** Iz dela zbornice
- 15** Regijski obisk zbornice
Andreja Basle
- 17** Spremembe in rešitve za izboljšanje zdravstvenega sistema
- 20** Obisk podzemlja, ki ne bo nikoli pozabljen
Jure Brankovič
- 22** Javni poziv za imenovanje koordinatorjev specializacij

Aktualno

- 23** Stališče Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko o predlogu Zakona o pomoči pri prostovoljnem končanju življenja
Božidar Voljč
- 25** OPEV o predlogu zakona o pomoči pri samomoru in evtanaziji
- 25** Razmišljanja Thomasa Insla o duševnem zdravju v ZDA
Anica Mikuš Kos
- 27** »Ob takem dogodku sta nujna pravičen odziv in organizacija dela«
Jure Brankovič

Iz Evrope

- 30** Ogenj v strehi

- 30** CIRSmedical: Napaka v odpustnici iz bolnišnice

- 31** Protest hrvaških zdravnikov
Anton Mesec

Zdravstvo

- 32** Projekt »Integracija geriatrične oskrbe starejših«
Tatja Kostnapfel, Gregor Veninšek, Sebastijan Ašenberger, Stella Sekulić, Manja Grašek, Branko Gabrovec

Mladi zdravniki

- 35** Gostovanje na očesni kliniki Rigshospitalet v Københavnu
Marija Vita Zupanič

Forum

- 40** Komentar k zapisom
Barbara Podnar
- 40** Bolnik v slovenskem sistemu ni v središču in škodljivi predlogi zakonov, ki to potrjujejo
Tina Bregant
- 43** Povečanje glavarinskih količnikov
Marjan Fortuna
- 44** Nenadzorovane odpovedi terminov
- 45** Koncesionar pri psihiatru
Jože Kociper

Medicina

- 48** Razvoj kolposkopije v Mariboru
Andraž Dvornik, Andrej Cokan, Leyla Al-Mahdawi, Jure Knez, Maja Pakiž, Darja Arko, Tatjana Kodrič, Iztok Takač
- 50** Politična in nepolitična zloraba psihiatrije
Robert Oravec

Poročila s strokovnih srečanj

- 55** 33. evropski kongres za klinično mikrobiologijo in infektivne bolezni
Irena Grmek Košnik

- 57** Fetalna kardiološka šola
Faris Mujezinović

Strokovna srečanja

- 59** Zbornična izobraževanja za zdravnike in zobozdravnike
- 60** Strokovna srečanja
- 63** Mali oglasi

V spomin

- 65** Bogomir Oblak, dr. med., specialist oftalmologije (1941–2023)
Stanka Godina Kariž

S knjižne police

- 66** »Človek, ki na poti pred sabo vidi smisel, je neustavljiv«
Barbara Podnar
- 67** Premislmo še enkrat (o izbiri)
Zdenka Čebašek - Travnik
- 69** Veronika Podgoršek: Dama
Nina Mazi

Zdravniki v prostem času

- 70** Spomini na študentske počitnice
Matjaž Koželj, Aleksander Golob, Janez Tomažič, Borut Štabuc
- 75** Naša generacija MF 1964/69
Črt Marinček
- 77** Svetovno prvenstvo zdravnikov in farmacevtov v smučanju
Jasna Čuk Rupnik

79 5. Hop na Grad – tek za otroke na Pediatrični kliniki

Damjan Osredkar,
Nina Battelino

Zavodnik

81 Spet nekaj o upokojencih

Anton Mesec

Kolofon

Leto XXXII, št. 6, 1. junij 2023
Natisnjeno 9.650 izvodov
Datum tiska: dan pred izidom
ISSN 1318-0193 CODEN: ISISF9
Isis online: ISSN 1581-1611

Izdajatelj in založnik

Zdravniška zbornica Slovenije
Dunajska cesta 162, p. p. 439, 1001 Ljubljana
W: <http://www.zdravnikazbornica.si>

Predsednica

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

Odgovorni in glavni urednik

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

Uredniški odbor

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.
Asist. dr. Sanda Lah Kravanja, dr. dent. 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.

Uredništvo

Slavka Sterle
Dunajska cesta 162, p. p. 439, 1001 Ljubljana
T: 01 30 72 152, E: isis@zds-mcs.si

Lektoriranje

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

Oblikovna zasnova

Agencija Iz principa

Priprava za tisk – DTP

Stanislav Oražem

Tisk

Tiskarna Povše

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

Navodila avtorjem

Članke pošiljajte na e-naslov isis@zds-mcs.si.
Napovedi dogodkov za rubriko Stokovna srečanja pošljite do 5. v mesecu. Objavljeni bodo dogodki za največ tri mesece vnaprej.

Dolžina člankov: do 12.000 znakov brez presledkov in do 3 fotografije. **Poročila s strokovnih srečanj:** do 6.000 znakov brez presledkov in največ 1 fotografija. **Nekrologi:** do 3.000 znakov brez presledkov in 1 fotografija. **Fotoreportaže:** do 1.000 znakov brez presledkov in do 6 fotografij.

Avtorski honorarji

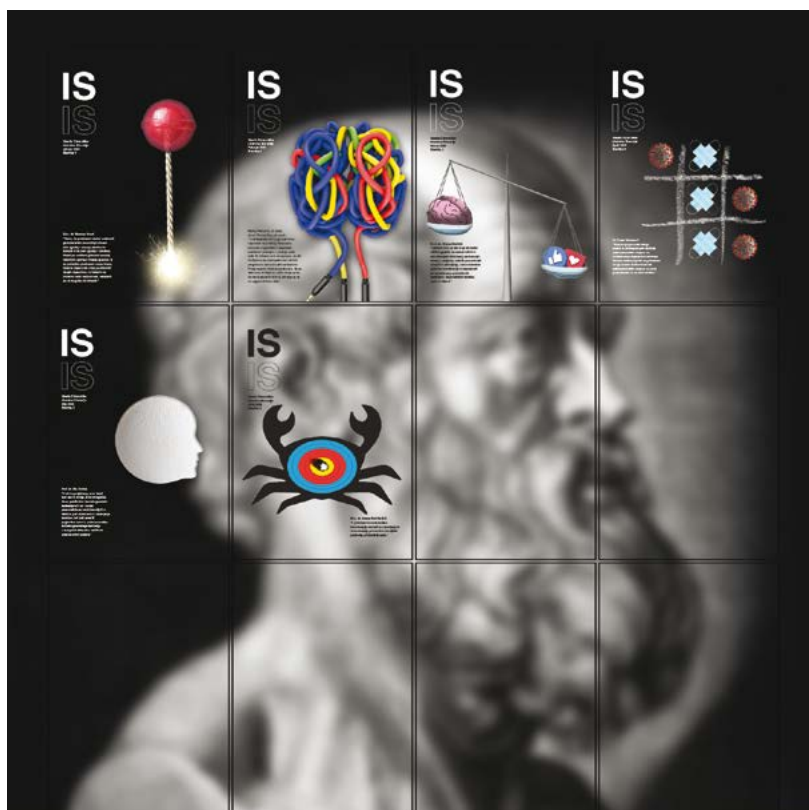
Honorar za avtorsko stran, ki obsega 1.500 znakov brez presledkov, je 15 EUR bruto. Za nakazilo honorarja potrebujemo naslednje podatke: polni naslov stalnega bivališča, davčno številko, EMŠO, popolno številko transakcijskega računa in ime banke. Prosimo, da nam navedene podatke posredujete hkrati s člankom. V nasprotnem primeru honorarja ne bomo mogli izplačati.

Izjava uredništva

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

Letna naročnina

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



HIPPOCRATES HIRACLIJAE F. COVS.
Ex narumque antiquo
Anatomiae Tabulae et Tabulae

Doc. dr. Jasna But Hadžić

Alojz Ihan

V marčevski številki revije Lancet Oncology (IF 54,433; Lancet Oncol 2023; 24: e121–32) ste kot del 34-članskega konzorcija EORTC–ESTRO OligoCare objavili članek o priporočilih v zvezi s kombiniranjem stereotaktične radioterapije zasevkov in tarčne oz. imunoterapije (Metastases-directed stereotactic body radiotherapy in combination with targeted therapy or immunotherapy: systematic review and consensus recommendations by the EORTC–ESTRO OligoCare consortium). Kako je prišlo do nastanka priporočil in članka?

K sodelovanju pri izdelavi priporočil sta nas povabila Evropska organizacija za raziskave in zdravljenje raka (EORTC) in Evropsko združenje za radioterapijo in onkologijo (ESTRO), ki sta združila moči in ustanovila platformo E2-RADia-tE, znotraj katere od leta 2020 sodelujemo v evropski opazovalni raziskavi OligoCare pod vodstvom doc. dr. Ivice Ratoša. V to raziskavo vključujemo bolnike z oligometastatskim rakom, ki so obsevani z ablativno stereotaktično tehniko (SBRT). Po številu vključenih bolnikov sodi Onkološki inštitut Ljubljana med 10 najaktivnejših centrov. Namen raziskave je spremljanje bolnikov z majhnim bremenom metastatske bolezni (oligometastatska bolezen), pri katerih je kot del strategije zdravljenja dodana lokalna odstranitev vse znane bolezni. To poleg npr. kirurgije vključuje predvsem obsevanje zasevkov s tehniko SBRT. Kljub vse pogostejši uporabi SBRT v rutinski klinični praksi pa je malo informacij o varnosti kombiniranja SBRT s sodobnim tarčnim zdravljenjem ali imunoterapijo in premalo dokazov na visoki ravni za usmerjanje klinične odločitve. Da bi razširili naše znanje in poenotili prakso, je bil v okviru projekta OligoCare sprožen proces konsenza, ki ga je sestavljala mednarodna skupina strokovnjakov s področja SBRT za oligometastatsko bolezen iz ESTRO in EORTC.



Cilj je bil doseči soglasje o varnosti in praksi SBRT v kombinaciji s tarčnimi zdravili pri bolnikih z oligometastatsko boleznijo.

Kaj je stereotaktična radioterapija zasevkov (stereotactic body radiotherapy – SBRT) in kdaj v onkološkem zdravljenju se uporablja?

Stereotaktično obsevanje je visoko natančna, neinvazivna in slikovno vodena oblika hipofrakcioniranega obsevanja, s katero tumorsko tkivo prejme od 1 do 8 visokodoznih obsevalnih odmerkov. S SBRT smo sposobni obsehati s 3x višjo biološko ekvivalentno dozo v primerjavi s konvencionalnim obsevanjem, kar je bilo v preteklosti nepredstavljivo. Za varno in učinkovito izvajanje SBRT so tehnične zahteve zelo stroge zaradi visokih doz in bližine kritičnih organov. Je razmeroma mlada obsevalna tehnika, ki se je razvila iz stereoradiokirurgije možganskih zasevkov. Sprva se je uveljavila za radikalno zdravljenje zgodnjega raka pljuč pri bolnikih s kontraindikacijo za kirurški poseg. Uporaba se je razširila na obsevanje primarnih tumorjev jeter, ledvic in prostate. V zadnjih letih je postala del radikalnega pristopa k zdravljenju oligometastatske bolezni in izoliranega napredovanja (oligoprogres) razsejane bolezni na sistemskem zdravljenju ali oligoostanka bolezni. Zadnji podatki v literaturi kažejo tudi na odlično učinkovitost pri paliativnem zdravljenju kostne bolečine. Trenutno je zelo zanimivo raziskovanje imunomodulatornega učinka SBRT pri razsejani bolezni na zdravljenju z imunoterapijo. Uporablja se tudi pri nemalignih stanjih, npr. za zdravljenje refraktorne ventrikularne tahikardije. Kot vidite, se uporaba tehnike SBRT izrazito širi in v Sloveniji ne zaostajamo za Evropo. Prva ekipa z Onkološkega inštituta se je udeležila ESTRO-izobraževanja konec leta 2015, nato smo uvedli SBRT pljuč 2016, že 2017 smo obsevali prvo vretence, 2019 začeli z obsevanjem jeter in trebušne slinavke, 2020 z

obsevanjem srca in 2021 z obsevanjem ostalih oligometastatskih mest v telesu. V letu 2016 smo npr. obsevali 9 bolnikov, v lanskem letu pa je bilo obsevanj s tehniko SBRT že preko 400.

Tarčne in imunoterapije so zaradi svoje učinkovitosti na številnih področjih povsem spremenile klinično prakso, na primer v revmatologiji. V onkologiji je za klinično presojo učinkovitosti novih terapij verjetno težava število različnih onkoloških bolezni in tudi dolgo opazovalno obdobje poteka bolezni. Kombinirane terapije pa k temu prinesejo še večjo raznolikost.

V primerjavi s tradicionalno kemoterapijo sta tarčno zdravljenje in imunoterapija pomembno izboljšala preživetje pri številnih rakih. Ravno zaradi hitrega učinka na preživetje (kratko opazovalno obdobje) in velikega števila bolnikov se je nova terapija najprej izkazala pri rakih s slabo prognozo, npr. pri razsejanem melanomu in nedrobnoceličnem raku pljuč (NDRP), kjer je revolucionirala temelje sistemskega zdravljenja. Npr. monoimunoterapija pri NDRP z visoko izraženostjo PD-L1 omogoča že 34 % 5-letno preživetje. Pri rakih z daljšim pričakovanim preživetjem je uveljavljanje novih terapij počasnejše, saj za dokaz učinkovitosti pogosto potrebujemo desetletje ali več. So pa nova zdravila že del klasičnega zdravljenja pri večini solidnih rakov, uveljavljajo se tudi pri omejenih stadijih v dopolnilnem zdravljenju. Vedno večje število bolnikov je zdravljeno s kombinacijo sistemskega zdravljenja in ablativnega obsevanja s SBRT z namenom dobre lokalne kontrole, dolge kontrole simptomov in izboljšanja preživetja predvsem oligometastatskih bolnikov. Ob hitrem uveljavljanju novih zdravil in obsevalnih tehnik pa žal znanje o varnosti takšnega zdravljenja zaostaja zaradi heterogenosti bolnikov, novih terapij, velikosti in mesta zasevkov ter značil-



nosti SBRT-obsevanja (doza in frakcionacija). Kombinacij je enostavno preveč, da bi jih lahko posamezno preverili v randomiziranih raziskavah.

Sestavljanja priporočil ste se po eni strani lotili z obsežno analizo literature, po drugi strani pa z delfsko metodo. Pri slednji gre za način predvidevanja ali odločanja, ki temelji na strukturiranem pridobivanju mnenj ekspertov za določeno problematiko. Čeprav ime metode izvira iz okultnega delfskega preročišča (oraklja), se izkaže za zelo uporabno pri vprašanjih, kjer konsenz ni enoznačen. Kako ste se lotili iskanja ekspertnega konsenza?

Najprej je bil opravljen sistematični pregled literature po PRISMA-kriterijih z upoštevanjem vrste raka, anatomske lokacije zasevka, doze in frakcionacije, vrste zdravila, časovne



Sodelavci OligoCare OI Ljubljana, z leve: Eva Čirić, Ajra Šečerov Ermenc, Ruhard Hudej, Ivica Ratoša, Miha Oražem, Jasna But Hadžić, Emir Kuduzović, Nika Dobnikar, Minka Macanović

umestitve kombiniranega zdravljenja in prisotnosti pomembnih neželenih učinkov (stopnje ≥ 3). Izsledki analize so predstavljali bazo drugega dela projekta, v katerem je sodelovalo 28 evropskih centrov in kjer je bil dosežen konsenz po delfski metodi. Mnenja o kombiniranem zdravljenju so se zbirala s pomočjo spletnega vprašalnika, kjer so bile obravnavane tri strategije za zmanjšanje tveganja: (1) ali se lahko sistemsko zdravljenje izvaja istega dne kot SBRT ali ne; (2) ali obstaja prednostni časovni interval med izvajanjem SBRT in izvajanjem sistemskega zdravljenja in (3) ali se odmerek SBRT zmanjša, če se izvaja sočasno s sistemskim zdravljenjem, ali pa se isti biološko učinkovit odmerek porazdeli na večje število frakcij SBRT v kombinaciji s sistemskim zdravljenjem. Pred oddajo našega mnenja je bil sprejet konsenz znotraj Onkološkega inštituta v Ljubljani za vsako strategijo pri vsakem zdravlilu in lokaciji obsevanja posebej. Po prvem krogu zbiranja mnenj je sledil drugi krog, ki je bil namenjen pred-

vsem ponovni presoji vprašanj, kjer so bila mnenja zelo deljena. Konsenz je bil dosežen, če se je strinjalo $> 75\%$ vključenih centrov.

Med imunoterapevtiki ste analizirali predvsem vpliv monoklonskih protiteles, ki zavrejo kontrolne (inhibitorne) točke za aktivacijo limfocitov T, s tem pa nastane možnost citotoksičnega napada na rakasto tkivo. Kaj so pokazali rezultati?

Imunski pobeg preko različnih mehanizmov je pogost vzrok za nastanek različnih vrst raka. Tumorske celice z izražanjem snovi na svoji površini se povežejo z limfociti T, aktivirajo negativne regulatorne poti in neposredno zavrejo gostiteljev imunski odziv. S protitelesi, ki se vežejo na imunske kontrolne točke, preprečimo zaviralni vpliv rakavih celic, limfociti T prepoznajo tumorske celice kot tuje in jih uničijo. V klinični praksi se uporabljajo zaviralci imunskih kontrolnih točk CTLA-4 (cyto-

toxic T-lymphocyte protein-4), PD-1 (programmed cell death-1) ter PD-L1 (programmed cell death-ligand 1). Učinek terapije na imunski odgovor traja dolgo časa, tako da se pri načrtovanju kombiniranega zdravljenja ne moremo zanašati na razpolovno dobo zdravila. Zato velja, da je zdravljenje s SBRT sočasno, če je obsevanje izvedeno ≤ 30 dni pred/po aplikaciji imunoterapije. Prospektivne raziskave kažejo na nizko verjetnost pomembnih neželenih učinkov pri SBRT in sočasnem zdravljenju z anti-PD-1/PD-L1 in srednje tveganje (11–20 %) pri sočasnem obsevanju prsnega koša ali trebuha z anti-CTLA-4. Zaradi široke definicije sočasnega zdravljenja pa konsenz glede časovne umestitve SBRT ob zdravljenju z inhibitorji kontrolnih točk ni bil dosežen. Še vedno večina centrov sistemskega zdravljenja ne bi prekinjala in obeh modalitet zdravljenja ne bi izvajala v istem dnevu. Doseženo pa je bilo soglasje, da se doze in frakcionacije SBRT ne spreminja za noben obsevan organ.

Nasprotno pa se je kombinacija z dvema zdraviloma (anti-CTLA4/PD-1) v kombinaciji s SBRT izkazala za terapijo z visoko verjetnostjo pomembne toksičnosti, še posebej pri obsevanju prsnega koša. Dosežen je bil konsenz, da se sistemsko zdravljenje ne aplicira znotraj enega tedna pred/po SBRT in da ni treba prilagajati doze in frakcionacije SBRT.

Druga skupina so monoklonska protitelesa, ki zavirajo tumorsko rast z vezavo na specifične molekularne tarče.

Monoklonska protitelesa so biološka zdravila v pravem pomenu besede, saj so pridobljena z biotehno-
loškimi postopki. Delujejo z vezavo na receptor na površini celice, kjer nato inhibirajo aktivacijo signalnih poti in zavrejo tumorsko rast. V kliniki se največ uporabljajo monoklonska protitelesa proti receptorju za epidermalni rastni dejavnik (HER-2, EGFR) in proti receptorju za žilni rastni dejavnik (VEGF). V literaturi je zelo malo podatkov o sočasnem zdravljenju s SBRT in monoklonskimi protitelesi. Imamo samo omejene podatke o srednji verjetnosti neželenih učinkov pri sočasnem obsevanju trebuha in

bevacizumabu ter pri ponovnem obsevanju rakov glave in vratu sočasno z anti-EGFR. Zato je bil dosežen konsenz, da je pred obsevanjem potreben premor vsaj en teden pred/po aplikaciji anti-EGFR in anti-VEGF, pri slednjem je treba narediti premor z vsaj enim ciklusom zdravljenja. Kljub temu da v literaturi ni nobenih podatkov o varnosti sočasne SBRT in anti-HER2, je bilo za trastuzumab in pertuzumab doseženo soglasje, da zdravljenja ni treba prekinjati, premor ni potreben in ni minimalnega potrebnega časa do SBRT. Predvidevanje o varnosti je pri ekspertih verjetno izhajalo iz izkušenj sočasnega konvencionalnega obsevanja.

Čedalje pomembnejšo vlogo med tarčnimi zdravili imajo encimski inhibitorji male molekulske mase.

Gre za zdravila, ki jih pridobivamo s kemično sintezo in se lahko jemljejo v obliki tablet. Zaradi majhnosti lahko prodrejo v celice, kjer inhibirajo encime, s čimer zavrejo signalne poti v celici ali povzročijo genetske spremembe. Večinoma se uporabljajo v monoterapiji ali kombinaciji pri bolnikih z metastatskim rakom s t.i.

driver mutacijami v tumorskih celicah. Pri teh bolnikih so ta zdravila popolnoma spremenila način zdravljenja, izrazito izboljšala prognozo in spremenila potek takšne bolezni. Po določenem času zdravljenja se pri bolnikih razvije odpornost na zdravlilo, zelo pogosto najprej samo v enem klonu celic. To opazujemo kot izolirano rast samo enega zasevka ali samo primarnega tumorja, kar opisujemo kot oligoprogres. S SBRT teh rezistentnih klonov lahko podaljšamo čas delovanja tarčnih zdravil in podaljšamo preživetje bolnika. Izredno omejene retrospektivne podatke o varnosti sočasnega zdravljenja imamo za mTKI, mTOR, inhibitorje EGFR, ALK in CDK4/CDK6. Varnost BRAFi in MEKi pa opisuje samo ena raziskava na štirih bolnikih. Za ostale male molekule (ROS1i, NTRKi, RETi, METi, PARPi) v literaturi ni nobenih podatkov. Večinoma avtorji ne poročajo o višji toksičnosti kombiniranega zdravljenja, z izjemo obsevanja trebuha sočasno s sorafenibom. Pomanjkanje izkušenj kombiniranega zdravljenja se kaže tudi v konsenzu, ki ni bil dosežen v nobeni časovni opredelitvi sočasnega zdravljenja, z izjemo sunitiniba, sorafeniba, BRAFi in MEKi, ki jih prekinemo za dva tedna pred/po SBRT. Zelo nedvoumen in konsistenten pa je konsenz o dozi in frakcionaciji SBRT, ki je ne spreminjamo za nobeno kombinacijo zdravila/mesta obsevanja.

Naloga, ki ste se je kot skupina s člankom lotili, je zaradi številnih entitet metastatskih bolezni in kombinacij SBRT s številnimi različnimi zdravili zelo težka. Kako zadovoljni ste z vidika praktičnega onkologa z rezultatom in kako bi se s to problematiko kazalo ukvarjati v prihodnje?

Ravno zaradi težke naloge v prvem krogu nismo dosegli konsenza pri velikem številu strategij. V drugem krogu je bil zato umaknjen možen odgovor »ne vem«. Tako smo bili centri prisiljeni, da kljub pomanjka-

Doc. dr. Jasna But Hadžić, dr. med., je specialistka onkologije z radioterapijo. Od l. 2006 je zaposlena v sektorju radioterapije na Onkološkem inštitutu Ljubljana ter od l. 2017 na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani, kjer je zadnji dve leti predstojnica Katedre za onkologijo. Njeno strokovno, znanstveno in raziskovalno področje zanimanja so sodobne obsevalne tehnike, njihovo uvajanje v klinično prakso in zagotavljanje kakovosti v obsevalnem postopku. Sprva je delovala predvsem na področju rakov prebavil, kjer so s sodelavci uvedli pripravo za obsevanje na PET CT, nato še na MRI. V okviru doktorske disertacije, pod vodstvom izr. prof. dr. Vaneje Velenik, je uvedla hipofrakcionirano intenzitetno modulirano tehniko obsevanja (IMRT) v predoperativno zdravljenje raka danke. Od 2017 je članica tima za zdravljenje tumorjev torakalnih organov. Ob zdravljenju pljučnega raka se v zadnjih letih ukvarja z uvajanjem novih tehnik in raziskavami s področja stereotaktičnega obsevanja, slikovno vodene radioterapije in imunomodulatornega učinka obsevanja. Je soavtorica številnih obsevalnih protokolov, nacionalnih priporočil zdravljenja in znanstvenih prispevkov. Sodelovala je v mednarodnih EORTC-raziskavah RAPIDO in TOP GEAR ter je članica EORTC/ESTRO OligoCare. Poučuje onkologijo na Medicinski fakulteti v Ljubljani ter vadbo pri onkoloških bolnikih na Fakulteti za šport v Ljubljani. Je sourednica revije Onkologija.

nju izkušenj posameznikov na osnovi objavljenih dokazov sprejmemo najboljšo klinično odločitev za posamezno situacijo. Za marsikatero redkejšo kombinacijo še vedno nimamo konsenza. Kljub temu je bil namen oblikovanja priporočil dosežen, saj bo poenotil evropsko prakso in že pomaga onkologom pri odločitvah v vsakodnevni klinični praksi. Odločitev o načinu kombiniranega zdravljenja je namreč lahko izredno zahtevna. Na eni strani tvegamo povečane sočasne neželene učinke in na drugi strani napredovanje bolezni

ob prekinitvi sistemskega zdravljenja med obsevanjem. S pomočjo priporočil je sedaj to vsekakor lažje. Enotna evropska praksa je pomembna tudi v luči zbiranja podatkov o varnosti in učinkovitosti kombiniranega zdravljenja. Zaradi heterogenosti različnih kombinacij je pomembno, da so zdravljenja podobna in da se podatki zbirajo v prospektivnih raziskavah na mednarodni ravni. V prospektivni registrski raziskavi EORTC/ESTRO OligoCare je vključenih sedaj že 2000 bolnikov. Takšne baze ne more doseči nobena posamezna država in je

sodelovanje Slovenije zelo pomembno. Na podlagi pridobljenih podatkov se bodo tudi jasneje pokazala specifična vprašanja, za katera bomo v prihodnje lahko načrtovali interventne in randomizirane klinične raziskave, ki bodo seveda prav tako potekale na mednarodni ravni.

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




**PREGLED
VSEH
STROKOVNIH
SREČANJ NA
ENEM MESTU!**
WWW.DOMUSMEDICA.SI

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

Išči 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@zszs-mcs.si

Iz dela zbornice

Za obdobje od 15. 4. do 18. 5. 2023

Za specializacije še 142 mest

Zdravniška zbornica Slovenije je 4. 5. 2023 objavila končno stanje prijav na Prvi javni razpis specializacij zdravnikov 2023 za posamezne izvajalce in za območje celotne države. Skupaj je bilo razpisanih 267 specializacij za zdravnike, prispele so 204 vloge, na voljo pa ostaja še 142 mest.

Na specializacijo iz družinske medicine se je za območje celotne države (tj. nacionalni nivo) prijavilo 14 kandidatov na 13 razpisanih mest, za posamezne izvajalce pa se je prijavilo 13 kandidatov na 87 razpisanih mest. Na isti rok se je lani prijavilo 23 kandidatov.

Na specializacijo iz ginekologije in porodništva se je za območje celotne države prijavilo 12 kandidatov na 9 razpisanih mest. Na isti rok se je v lanskem letu prijavilo 19 kandidatov.

Na specializacijo iz pediatrije se je za območje celotne države prijavilo 17 kandidatov na 12 razpisanih mest, za posamezne izvajalce pa so se prijavili 4 kandidati na 12 razpisanih mest. Na isti rok se je v lanskem letu prijavilo 10 kandidatov.

Na specializacijo iz urgentne medicine so se za posamezne izvajalce prijavili 3 kandidati na 14 razpisanih mest.

Za doktorje dentalne medicine je bilo razpisanih 8 specializacij, prispelo pa je 20 vlog. Nezasedeno je le še eno mesto, in sicer za specializacijo iz otroškega in preventivnega zobozdravstva (nacionalni nivo).

Za vsa nezasedena mesta razpis ostaja odprti. Naslednji rok za oddajo vlog za nezasedena mesta je 9. 6. 2023. Končno stanje vseh prijav na vse razpisane specializacije je dostopno na spletni strani zbornice.

Podatki ZZZS izkrivljajo sliko

Takoj po objavi podatkov o izvedenih obravnavah po zdravnikih, ki jih je v začetku maja objavil Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, je Zdravniška zbornica opozorila na prevladnost pri interpretaciji delnih podatkov ZZZS.

Zdravniška zbornica Slovenije je v sporočilu izpostavila, da dosledno zagovarja preglednost delovanja zdravstvenega sistema. Objava delnih podatkov o izvedenih obravnavah po zdravstvenem delavcu, ki so bili pridobljeni v okviru obračunavanja zdravstvenih storitev od izvajalcev zdravstvenih storitev, pa ne sledi cilju povečevanja preglednosti in zaupanja v zdravstveni sistem.

Objavljeni podatki so brez konteksta, zato podajajo nepopolno in izkrivljeno sliko, saj ne vključujejo obsega zaposlitve (skrajšanih delovnikov), vrste odsotnosti z dela, posebnosti v organizaciji dela, na kar v pojasnilih na spletni strani opozarja tudi sam ZZZS.

Tako objavljeni podatki kažejo predvsem na nujnost potrebe po izboljšanju zbiranja podatkov in poenotenju informacijskih sistemov, na kar vseskozi opozarjamo tako v Zdravniški zbornici Slovenije kot tudi v zdravniških organizacijah. Slike o dostopnosti in kakovosti zdravstvene oskrbe pa podatki še vedno ne dajejo.

Izkušnje ob v preteklosti objavljenih delnih podatkih ZZZS kažejo, da takšen tip zbiranja in objave podatkov predvsem ne vključuje vsega opravljenega dela zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev, denimo dela na bolniškem oddelku, sodelovanja pri zahtevnejših posegih, konzultacijah, dela v dežurstvu, pedagoškega in razvojno-raziskovalnega dela, vodenja kakovosti ter izobraževanja, ki je potrebno, da zdravniki lahko varno in kakovostno opravljajo svoje delo.

Iz tako objavljenih podatkov ni mogoče neposredno sklepati o obsegu opravljenega dela tudi zato, ker se različne storitve evidentirajo in obračunavajo po zelo različnih obračunskih pravilih. Poleg tega poudarjamo, da ZZZS na podlagi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju izvajalcem zdravstvenih storitev neposredno ne refundira plač zaposlenih, temveč plačuje za storitve, pri čemer je plača le del cene storitve.

Zato smo v Zdravniški zbornici Slovenije presenečeni, da se je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije ob vsem tem in vseh opozorilih, ki jih je sam navedel ob objavi podatkov, odločil za javno objavo delnih podatkov še pred njihovim preverjanjem pri izvajalcih, s

Navodila za izvajanje specializacije – obvestilo

Zdravniška zbornica je 16. maja po e-pošti seznanila vse specializante, glavne mentorje in koordinatorje specializacij z navodili Ministrstva za zdravje za izvajanje specializacij:

- **specializanti obvezno delajo en dan na teden v matični ustanovi, ob predpostavki, da so izpolnjeni naslednji pogoji:**
 - zagotovljena 80 % prisotnost specializanta na kroženju (kar se smiselno upošteva tudi pri koriščenju dopustov), v skladu s četrtem odstavkom 30. člena Pravilnika o vrstah, vsebini, trajanju in poteku specializacij zdravnikov (Uradni list RS, št. 22/18, 187/20 in 87/21),
 - delodajalec ima ustrezno pooblastilo za izvajanje specializacije,
 - delodajalec ima prosto specializantsko delovno mesto;
- *specializanti morajo, kolikor je mogoče, krožiti v matični ustanovi (Zdravniška zbornica Slovenije pozove glavne mentorje in specializante, da pripravijo ustrezne načrte kroženja).*

Celoten dopis Ministrstva za zdravje je dostopen na spletni strani zbornice (v novici, ki je bila objavljena 16. maja 2023).

Za zagotovitev jasnosti zgoraj navedenih navodil je Ministrstvo za zdravje dne 10. 5. 2023 podalo dodatna pojasnila:

- *med pogoji za delo specializanta en dan na teden v matični ustanovi je tudi, da ima ta ustanova na voljo neposrednega mentorja iste stroke, ki je tisti*

dan prisoten na delovnem mestu,

- *navodila veljajo za vse specializante, tudi za tiste, ki že opravljajo specializacijo,*
- *navodila ne veljajo za Univerzitetni klinični center Ljubljana in Univerzitetni klinični center Maribor, saj je njihov namen zagotoviti, da specializanti več krožijo v splošnih in specialnih bolnišnicah.*

Navodila za izvajanje specializacij z dodatnimi pojasnili je treba začeti uporabljati najkasneje 1. junija 2023.

Pooblaščenec izvajalce, specializante, glavne mentorje in koordinatorje specializacij vljudno prosimo, da navedena navodila za izvajanje specializacij dosledno upoštevate.

V zvezi z navodilom ministrstva, **da morajo specializanti, kolikor je mogoče, krožiti v matični ustanovi** (tj. pri delodajalcu), glavne mentorje in specializante pozivamo, da od najkasneje 1. junija 2023 dalje pripravite programe kroženja na način, da boste specializanti področja, za katera je vaš delodajalec pooblaščen, glede na razpoložljivost specializantskih delovnih mest pri delodajalcu tudi odkrožili. Glede zasedenosti specializantskih delovnih mest se lahko specializanti obrnete na svetovalko za vašo specializacijo. Skladno z Navodili za opravljanje specializacije, ki so objavljena na spletni strani zbornice, je treba spremembo že pripravljenega programa kroženja sporočiti najmanj 2 meseca pred željeno spremembo oz. novim kroženjem.

katerimi bi lahko skupaj odpravil vse našete pomanjkljivosti.

Na podlagi vsega navedenega vse opozarjamo na izredno previdnost pri interpretaciji objavljenih podatkov.

Zlorabe imena zdravnikov

Zlorabe imen zdravnikov predvsem z namenom trženja določenih izdelkov, ki z medicino nimajo nobene povezave, postajajo kar pogoste. V maju smo tako objavili opozorilo dr. Maria Fafangla, ki ni sodeloval v intervjuju, niti se ni nikoli izrekel ali na kakršen koli drug način opredelil do izdelka, ki se ga je skupaj z njegovim imenom promoviralo na spletu. »Če ni govora o epidemiologiji, videoigrah ali Zvezdnih stezah:

NISEM JAZ. Gre za zlorabo imena. Lepo bi bilo, da tisti, ki s takšnimi potezami zavajajo ljudi, zanje tudi odgovarjajo,« je zapisal dr. Fafangel.

Tudi Tržni inšpektorat RS je že pred časom opozoril na previdnost pri naročanju navedenega izdelka, saj obstaja velika verjetnost, da gre za spletno prevaro, pri čemer je izredno težko oz. praktično nemogoče ugotoviti, kdo stoji za njo.

Javnost smo zato vnovič opozorili na previdnost pri nakupovanju preko spletnih strani, na katerih ni mogoče najti podatkov o podjetju in na katerih ni objavljenih kontaktnih podatkov, ampak zgolj obrazec za sporočila.

Zdravniška zbornica Slovenije je o zlorabi obvestila vse pristojne organe in prosila za pojasnila glede ukrepanja.

Uskladitev poslovanja z ZVOP-2 – novi obrazci

Dne 26. januarja 2023 je začel veljati nov Zakon o varstvu osebnih podatkov (v nadaljevanju: ZVOP-2), ki podrobneje ureja način

Povezava do dokumentov:
<https://www.zdravniskazbornica.si/pravne-storitve/koristne-informacije/varstvo-osebnihpodatkov---informacije-in-obrazci>



izpolnjevanja nekaterih obveznosti, določenih s Splošno uredbo o varstvu podatkov (v nadaljevanju: Splošna uredba).

Zaradi uskladitve poslovanja zasebnih izvajalcev zdravstvenih storitev z ZVOP-2 je zbornica naročila izdelavo novih dokumentov, ki so specifično pripravljene za izvajalce zdravstvene dejavnosti in ki so usklajeni glede na nove obveznosti po ZVOP-2.

Dokumente je pripravila odvetnica Simona Marko, univ. dipl. prav., in so dostopni na spletni strani, do katere dostopate preko QR-kode. Na tej spletni strani pa lahko najdete tudi več informacij glede ZVOP-2 in Splošne uredbe, vključno s pojasnili glede imenovanja pooblaščenih oseb za varstvo podatkov (DPO).

Volitve v volilni enoti CE1: SB Celje, Celjske regije

V začetku maja so bili odpremljeni volilni listi za glasovanje na nadomestnih volitvah volilne enote CE1: SB Celje, Celjske regije, ki je nato potekalo 26. 5. 2023.

Kandidatka za poslanko na nadomestnih volitvah v volilni enoti CE1: SB Celje, Celjske regije je bila **Irena Milotić, dr. med.** Ker je štetje

glasov potekalo po zaključku redakcije revije Isis, bomo o rezultatu pisali v naslednji številki.

Gost iz SZO v Sloveniji

V aprilu se je v Sloveniji mudil gost iz Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), dr. Siddhartha Sankar Datta, regionalni svetovalec iz evropskega urada SZO. V ponedeljek, 24. aprila, smo ga imeli priložnost gostiti na Zoom srečanju, kjer je govoril o tem, kako preseči zavrača-

nje cepljenja, kako je na ta trend vplivalo obdobje covida-19 in kaj so bile v tem času dobre prakse pri informiranju tistih, ki imamo v zvezi s cepljenjem pomisleke. Naslednji dan je sledilo še delovno srečanje. Gosta je sprejela prof. dr. Bojana Beović s predstavniki zbornice: prof. dr. Natašo Bratina, prof. dr. Alojzom Ihanom in doktorjem Denisom Bašem. Gost je pohvalil izjemno kakovostno slovensko zdravstvo, ki ima v globalnem merilu odlične rezultate, pogovori pa so tekli tudi o sodelovanju v prihodnje.



Regijski obisk zbornice

O izzivih zdravstvenih organizacij v Posavju

Andreja Basle

Vodstvo Zdravniške zbornice Slovenije je bilo v maju na devetem regijskem srečanju, tokrat v Posavju. O izzivih in možnih rešitvah v zdravstvu smo se pogovarjali na srečanjih z

vodstvi ZD Krško, ZD Brežice in SB Brežice, s poslanci Zdravniške zbornice in tudi na srečanju s člani.

Direktorica ZD Krško Tatjana Fabjančič Pavlič, ki vodi kolektiv

s 176 zaposlenimi, je izpostavila dobre izkušnje s tem, da so zaposlili zdravstvene administratorje in tako delno razbremenili time. Administratorji so medicinske sestre, ki začnejo delo pri njih kot pripravnice. V letošnjem letu so vzpostavili center za krepitev zdravja, v načrtu pa imajo še večjo investicijo v prizidek. Pri reševanju kadrovskih izzivov zaposlujejo tudi tujce. Zato so predlagali vzpostavitev sistema za



Vodstvo zbornice sta v ZD Krško sprejeli direktorica ZD Krško Tatjana Fabjančič Pavlič in strokovna vodja Nika Milanič, dr. med., spec. druž. med., s širšo ekipo vodij po področjih.



V ZD Brežice je strokovna direktorica Teja Motore, dr. med., spec. druž. med., povedala, da imajo med družinskimi zdravniki kar štiri mlade zdravnike, kar je dosežek.



Na srečanju v SB Brežice je bilo izpostavljeno, da si želijo pridobiti več internistov, saj je tu pomanjkanje največje.

usposabljanje in izobraževanje tujcev na državni ravni, podobno kot je to pri specializacijah, kjer celotno usposabljanje vodi Zdravniška zbornica. Trenutno je usposabljanje tujih zdravnikov prepuščeno posameznim zdravstvenim zavodom, ki pa, kot so povedali, nimajo dovolj znanja in sredstev ter tekmujejo med seboj za kadre.

Obisk se je nadaljeval v SB Brežice, kjer je ekipo zbornice prav tako sprejela številna ekipa predstojnikov in namestnikov predstojnikov pod vodstvom direktorice Anice Hribar. Direktorica je povedala, da je bolnišnica lani praznovala 150 let delovanja. Trenutno je v njej zaposlenih 385 ljudi, od tega je 60 zdravnikov,

drugega zdravstvenega osebja na manj izpostavljenih delovnih mestih tako v zdravstvu kot izven njega. Predvsem imajo izzive na področju internistike in si želijo pridobiti specializante, ki bi ostali v regiji. Prav tako se močno povečujejo potrebe po bolnišnični obravnavi zaradi staranja prebivalstva, zaradi česar se povečujejo potrebe po dodatnih posteljah na internem oddelku.

Sledilo je še srečanje z vodstvom ZD Brežice. Direktor Dražen Levojevič je pojasnil, da imajo sicer 782 oseb, ki nimajo opredeljenega zdravnika, da pa zdravniki pri njih še opredeljujejo in zato nimajo ambulantne za neopredeljene. Strokovna direktorica Teja

zadnjih pet let pa poslujejo pozitivno. Prav tako spremljajo kazalnike kakovosti in o njih redno poročajo.

Ob tem je vodstvo opozorilo na izjemno obremenjenost zdravniškega kadra, kar je tudi posledica odhodov zdravnikov in

Motore, dr. med., spec. druž. med., je izpostavila, da imajo 10 specialistov družinske medicine, med njimi so kar štirje mladi specialisti, kar je dosežek, in imajo s tem pokrite vse ambulate. Tudi na splošno je v ZD Brežice kadrovska slika dobra. Zdravniki so izpostavili še, da je izredno pomembno sodelovanje z vodstvom zavoda in odločevalci v občini ter da lahko zelo pohvalijo odnos, ki ga imajo.

Sledilo je še delovno srečanje s poslanci iz regije v skupščini zbornice, nato pa se je obisk v popoldanskem delu zaokrožil s strokovnim predavanjem prim. mag. Mirana Remsa »Kam sodi pacientova varnost« in s predstavitev dela Zdravniške zbornice članom. Razprava s člani se je razvila predvsem po predstavitvi Sprememb in rešitev za izboljšanje zdravstvenega sistema (ki jih predstavljamo tudi v reviji Isis) in kakšne so možnosti, da bodo predlagane rešitve tudi udejanjene. Zbornica je pojasnila, da si bo zelo prizadevala, da bi tem predlogom sledili tudi odločevalci.

**Andreja Basle, univ. dipl. nov., vodja
Oddelka za stike z javnostmi ZZS**

Spremembe in rešitve za izboljšanje zdravstvenega sistema

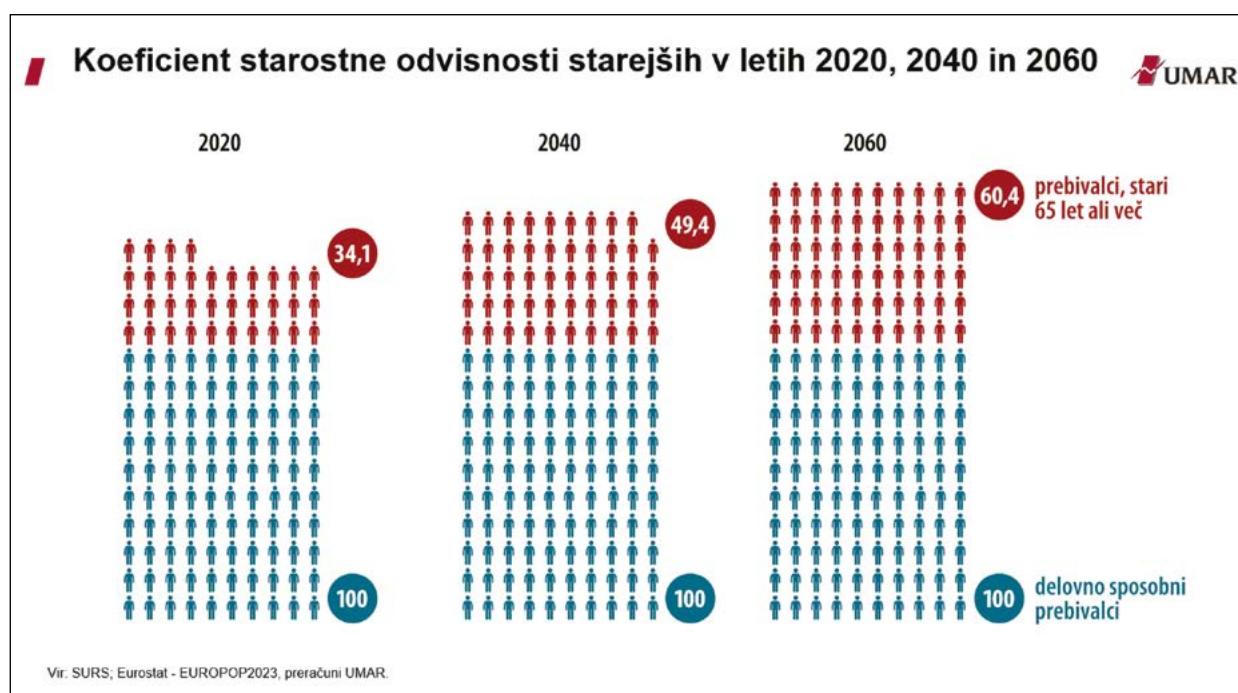
Izhodišče

Javno, vsem dostopno zdravstvo, financirano iz skupno zbranih sredstev, se spreminja in je v krizi v več državah razvitega sveta, za katere je bil v preteklosti značilen stabilen zdravstveni sistem. V ospredju so težave z zaposlenimi, ki se za poklice v zdravstvu ne odločajo ali pa želijo imeti zaradi boljšega ravnotežja med delom in zasebnim življenjem krajši delovni čas ali vsaj delovni čas v skladu z direktivo, ki predvideva največ 48 ur tedensko. Po drugi strani se zaradi naraščanja deleža starejših ljudi, ki imajo številne zdravstvene težave, povečujejo potrebe po zdravstvenih obravnavah. Sodobna medicina je skupaj z javno-zdravstvenimi ukrepi podaljšala življenjsko dobo ljudi, podaljšuje se obdobje kakovostnega življenja, kar prikazuje spodnja slika.

Zaradi razvoja znanosti se povečujejo možnosti zdravljenja, uspešno lahko zdravimo številne do sedaj neobvladljive bolezni, kar pa zahteva več dela zdravstvenega osebja. Veliko si obetamo od robotizacije in umetne inteligence, slutimo pa lahko, da to ne bo zmanjšalo potreb po visoko usposobljenem zdravniškem kadru, zelo verjetno bodo potrebe po zdravnikih zato še večje. Po ocenah Urada RS za makroekonomske analize in razvoj naj bi po različnih ocenah od 25 % do 75 % rasti izdatkov pojasnjevali s tehnološkim napredkom. Zdravstveni sistemi so bili v zadnjih desetletjih marsikje žrtve ekonomskih težav in področje, na katerem je družba želela prihraniti. Za ohranitev javnega zdravstva, kot ga poznamo, in za ohranitev trendov izboljševanja zdravja in podaljševanja kakovostnega življenja bo potrebna družbena

odločitev za bistveno večja vlaganja v zdravstveni sistem.

V Sloveniji doživljamo poleg sprememb, značilnih za zdravstvo v Evropi in drugje v razvitem svetu, še spremembe in težave, povezane z zaostajanjem zdravstvenega sistema za spremembami v slovenski družbi. Spremembe zdravstvenega sistema so zaenkrat nastajale stihijsko, obremenjene z ideologijo in še bolj s parcialnimi interesi. Poleg tega je prej opisana vrzel v Sloveniji še posebej izražena. Izrazite so demografske spremembe, od leta 2004 se je število zavarovancev povečalo za 165 tisoč oseb (2004: 1.945.594, 2022: 2.111.518; vir: ZZZS). Število zavarovancev, starejših od 65 let, se je v tem času povečalo za 49,9 % (2004: 302.354, 2022: 453.291; vir: ZZZS). V številu vseh obravnav UKC Maribor predstavlja delež pacientov, starejših



od 70 let, 30 % specialističnih obravnav in 34 % bolnišnične dejavnosti (vir: Predavanje prof. dr. Nataše Marčun Varda, UKC Maribor, 4. aprila 2023).

Obenem imamo omejeno število zdravnikov, Slovenija ima 3,3 zdravnika na 1.000 prebivalcev, Evropska unija ima 4 zdravnike na 1.000 prebivalcev. Po oceni Evropske komisije bi morali v Sloveniji takoj zaposliti 1.000 do 1.400 zdravnikov, da bi dosegli povprečje Evropske unije. Pri medicinskih sestrah sicer statistika kaže boljšo preskrbljenost kot v povprečju v državah Evropske unije (Slovenija ima 10,5 medicinske sestre na 1.000 prebivalcev, Evropska unija ima 8 medicinskih sester na 1.000 prebivalcev, vir: Health at Glance 2022, str. 183), postavlja pa se vprašanje njihove zaposlenosti v zdravstvenem sistemu. Omejene so tudi finančne možnosti, delež sredstev, namenjenih zdravstvu, je manjši od povprečja v EU (2418 € na prebivalca ali 9,5 % DBP Slovenija, 3159 € na prebivalca ali 10,9 % DBP povprečje EU, vir: Health at Glance 2022, str. 131).

Neurejeno preoblikovanje zdravstvenega sistema v času sprememb družbe v Sloveniji v zadnjih desetletjih je pokazalo še nekatere težave. V državnih zdravstvenih ustanovah so razmere za delo zdravnikov zelo slabe. Velika je obremenjenost z administracijo in organizacijo dela, vključno s pridobivanjem opreme, kar zmanjšuje čas, namenjen zdravniškemu delu z bolniki in za bolnike. Zelo slabe so prostorske razmere, ki so za bolnike nevarne. Plače zdravnikov so v primerjavi z zmoglostmi države med najslabšimi v Evropi. Na drugi strani se ustvarja zasebni zdravstveni sistem, ki je na srečo še v veliki meri vključen v javnega, ki zmore zagotavljati tako primerne delovne pogoje kot plačilo zdravnikov prav tako iz javnih sredstev. To vpliva na premik zdravniškega kadra iz ustanov, ki zagotavljajo oskrbo najhujše bolnih urgentnih bolnikov in neprekinjeno zdravstveno varstvo, v ustanove z

boljšimi delovnimi pogoji. Po zelo grobi oceni smo na ta način v 3 letih izgubili vsaj 10 % zdravnikov. Med diplomanti, ki so diplomirali med letoma 2012 in 2019, jih danes 189 (7,8 %) ni članov Zdravniške zbornice, torej ne prakticirajo medicine v praksi oziroma ne v Sloveniji.

Za zagotavljanje zdravniškega kadra v državnih ustanovah je zato treba bistveno izboljšati pogoje dela zdravnikov, sočasno pa omogočiti vključevanje zasebnega sektorja v javni zdravstveni sistem. Le na ta način se bomo izognili paralelnemu zdravstvenemu sistemu, ki ga pozna nerazviti svet in postaja značilen za države bivše Jugoslavije. Za reševanje nastalih težav in izgradnjo zdravstvenega sistema prihodnosti potrebujemo zato še posebej premišljene in izvirne pristope, ki temeljijo na podatkih in upoštevajo najboljše izkušnje iz primerljivih okolij.

Predlogi zdravnikov za izboljšanje zdravstvenega sistema so načelni, o podrobnostih bo potrebna širša razprava vseh deležnikov. Zdravniki se zavedamo občutljivosti zdravstvenega sistema, zato so predlagane spremembe previdne.

Cilji

Osnovni cilj je zagotavljanje kakovostnega, učinkovitega in vzdržnega javnega zdravstvenega sistema.

V središču javnega zdravstvenega sistema je pacient/prebivalec Slovenije.

Javni zdravstveni sistem je definiran na podlagi javnega financiranja in javne dostopnosti vsem prebivalcem Slovenije po načelu solidarnosti.

S predlaganimi ukrepi želimo zagotoviti, da bo javni zdravstveni sistem v Sloveniji s pogoji dela in ustreznim načinom plačevanja zadržal zdravnike kot odgovorne nosilce zdravstvene dejavnosti v državi in na tistih mestih, kjer je njihovo delo za zdravje ljudi najpomembnejše.

Glede na kompleksnost zdravstvenega sistema Zdravniška zbornica predlaga celotno obravnavo spre-

memb zakonodaje s področja zdravstvenega sistema.

Financiranje storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja naj se uredi tako, da se v okviru javnega zdravstva izvaja tiste storitve, ki zagotavljajo največ zdravja za paciente.

Ukrepi

1. Posodobitev upravljanja javnih zavodov

Javni zdravstveni sektor nujno potrebuje posodobitev upravljanja zdravstvenih zavodov na način, da bo država oziroma samoupravna lokalna skupnost ohranila 100 % lastništvo nad njimi, hkrati pa bo uvedla sodobne mehanizme upravljanja, ki bodo zagotavljali večjo učinkovitost, preglednost in odgovornost. Obstoječi pravni okvir upravljanja javnih zavodov ne sledi sodobnim pristopom. Od zadnje posodobitve Zakona o zavodih, ki ureja to področje, je minilo več kot 15 let. V tem času se je na področju upravljanja zgodilo veliko sprememb v teoriji in praksi, ki jih zakon ne upošteva. Poleg tega se javni zavodi soočajo z različnimi izzivi, kot so pomanjkanje sredstev, kadrov in opreme, ki zahtevajo korenito posodobitev sistema upravljanja in prilagoditev na novo realnost.

Jasnejša pravila glede upravljanja, sklepanja poslov, kadrovskega menedžmenta in nadzora poslovanja državnih in občinskih zavodov bodo pripomogla k večji racionalnosti in smotrnosti poslovanja v okviru javnega zdravstva, kar pa ne pomeni tudi spreminjanja namena njihovega delovanja, ki je v zagotavljanju čim višje ravni zdravstvene oskrbe.

Pri tem se javni zavodi ne preoblikujejo v javna podjetja ali gospodarske družbe.

2. Zdravnik kot neodvisni ponudnik zdravstvenih storitev

Status bo zdravnikom z licenco omogočil opravljanje dodatnega dela, o čemer se bodo z izvajalci zdravstvene dejavnosti prosto dogovarjali.

Vzpostavlja se dodaten način izvajanja zdravniške službe, za katerega se lahko odločijo poleg svoje zaposlitve ali pa je glavni način izvajanja zdravniške službe, ki lahko omogoča večjo fleksibilnost pri izvajanju zdravniške službe. Trenutno pomanjkanje zdravnikov je možno vsaj delno rešiti z delom tistih zdravnikov, ki so pripravljeni in zmožni delati več.

3. Neodvisna agencija za kakovost in varnost v zdravstvu

Predlaga se vzpostavitev Agencije za kakovost in varnost v zdravstvu kot neodvisnega strokovnega telesa, ki ga ustanovijo MZ, zbornice, strokovna združenja, ZZZS (zavarovalnice). Agencija bo zbiral podatke in analizirala kazalnike kakovosti, organizirala pripravo strokovnih smernic, sprejemala smernice za določitev načina spremljanja tveganj in neželenih dogodkov, spremljala pojavnost neugodnih izidov zdravljenja ter skrbela za njihovo podrobno analizo. S podrobno analizo neželenih dogodkov in napak, ki je namenjena preprečevanju podobnih dogodkov v prihodnje in s tem povečevanju kakovosti obravnav in varnosti bolnikov, je povezana uzakonitev nekrivdne odškodnine in ustanovitev posebnega sklada. Agencija bo pristojna tudi za sistemske strokovne nadzore. S sodelovanjem stroke bo pripravljala strokovne podlage za digitalizacijo, ki bodo med drugim omogočile ustrezno uskladitev z zahtevami prava Evropske unije na tem področju.

4. Digitalizacija zdravstva

Predlagamo nadaljevanje digitalizacije zdravstva, ki bo omogočila večjo kakovost in varnost obravnave bolnika ter boljše načrtovanje zdravstva. Digitalizacija mora biti načrtovana tako, da bo nudila pomoč in poenostavitev dela zdravstvenih delavcev.

5. Uskladitev trajanja specializacij s povprečnim trajanjem specializacij v Evropski uniji

Specializacija je bistvenega pomena za usposabljanje zdravnikov

in njihovo sposobnost za samostojno delo, vendar je meja med znanjem specializanta in specialista zabrisana. S specializacijo se usposabljanje ne konča, zdravnik se mora tudi po zaključku specializacije še naprej usposablјati. Zato je možno zaradi pomanjkanja zdravnikov v Sloveniji nekatere specializacije nekoliko skrajšati in s tem prilagoditi povprečnemu trajanju specializacij v Evropi.

6. Vzpostavitev in razvoj standardov in normativov dela zdravnika

Oblikovanje standardov in normativov za delo zdravnika je pomembno v prvi vrsti za organizacijo dela in načrtovanje kadrov. Poleg tega mora biti zdravniško delo ustrezno glede na trajanje in zahtevnost umeščeno v plačevanje zdravstvenih storitev. Do neke mere je možno doseganje standardov in normativov oziroma njihovo preseganje vgraditi v plače zdravnikov, a je pri tem treba biti pozoren na zahtevnost dela. Preveliko normiranje zdravnikovega dela ne sme negativno vplivati na zahtevnejše obravnave, ki jih je težko normirati.

7. Vzpostavitev plačnih sorazmerij

Urediti je treba plačni sistem za zdravnike in druge zdravstvene delavce, ki bo sorazmeren plačnim sistemom v razvitem delu Evropske unije tako v razmerju zdravniške plače in povprečne ali minimalne plače v državi kot v razmerju plač med posameznimi poklicnimi skupinami v zdravstvu.

8. Postopno približevanje Evropski direktivi o delovnem času (40 + 8)

S povečevanjem števila zaposlenih v zdravstvu je treba stremeti v uresničevanju Evropske direktive o delovnem času. Delo preko polnega delovnega časa mora biti stimulatивно nagrajeno. Plačilo mora odražati zahtevnost in odgovornost dela.

9. Uvedba normativnega mehanizma za administrativno razbremenitev

Minister za zdravje bo s pravilnikom določil, katera administrativna

opravila in obveznosti, ki so jih skladno z akti za izvrševanje javnega pooblastila ZZZS dolžni izvajati izvajalci zdravstvene dejavnosti, se prenesejo v izvajanje samemu ZZZS.

10. Izenačitev ureditve kritja stroškov zdravstvenih storitev v tujini s kritjem stroškov zdravstvenih storitev v Sloveniji pri zasebnem izvajalcu

Predlaga se višina delne refundacije takšnih stroškov zavarovane osebe v višini 100 % vrednosti zdravstvene storitve, ki jo sicer iz obveznega ter dopolnilnega zavarovanja krijejo ZZZS oziroma ponudniki dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.

11. Spremembe pri sistemu javnega naročanja v zdravstvu

Predlagamo prilagojen mehanizem oddajanja javnih naročil s ciljem povečanja preglednosti in zagotavljanja cen, ki so karseda blizu realnim cenam na evropskem trgu.

Predlagane spremembe je 15. maja 2023 podprla Skupščina Zdravniške zbornice Slovenije.

Obrazi zdravništva

Obisk podzemlja, ki ne bo nikoli pozabljen

Pogovor z zdravnico Jamarske reševalne službe
Tino Bizjak

Jure Brankovič

Več kot 30-urno reševanje poškodovane jamarke iz Vranjedolske jame je konec aprila z zadržanim dihom spremljala celotna Slovenija. Informacije o rešeni poškodovanki so spodbudne, zgodba se nagiba proti srečnemu koncu, kar pa pri reševanju v jamah ni samoumevno, opozarja ginekologinja Tina Bizjak, ki je bila kot zdravnica Jamarske reševalne službe v središču zahtevne operacije. Kljub vsemu pa slednja ni razlog, ki bi jo odvrnil od podzemlja in podzemne medicine. Adrenalin je molekula, ki me žene naprej, navzdol in navzgor, doda ter upa, da bo uspela za vstop v vrste podzemnih reševalcev navdušiti še kakšnega medicinca.

Večina si misli in nekateri bolj drzni vas vprašajo: zakaj iz varnega in nadzorovanega nadzemjskega okolja sploh lezete skozi majhne razpoke v podzemlje, ki skriva polno lepot pa tudi obilo nevarnosti?

Gre za razburljivost ob odkrivanju novega sveta, raziskovanju kotička na zemlji, ki je poznan peščici ljudi, oz. za privilegij, da stopiš na svet, ki ga človeška noga še ni teptala. To je mesto izoliranosti in povezanosti same s seboj. Pod zemljo postavim

sebe na prvo mesto, v službi vse druge. Svet brez telefona in hektike. Preizkušanje lastnih meja. Šport. O nevarnostih poskušam čim manj razmišljati, da te ne ohromi.

Je bilo v zadnjem reševanju kaj še posebej drugače? Resno stanje poškodovanke, ozki prehodi in oddaljenost od površja?

Drugačno je bilo samo stanje poškodovane, saj pri nezavestnem nikoli ne veš, v katerem trenutku se bo oseba zrušila, hodiš po meji nepoznanega. Prvič smo uporabili kisik med oskrbo. Imeli smo možnost prinesiti jeklenko do poškodovanke in jo nato z njo transportirati na površje. Imeli smo tudi prenosni ventilator, ki bi ga uporabili, če bi poškodovanka nehala dihati, vendar ga na srečo nismo potrebovali. Kolegi so mi povedali, da smo bili verjetno eni prvih ali celo prvi, ki smo poškodovancu pod zemljo dovajali kisik.

Sanjate ta dogodek? Vas skrbi, če bi se lahko razpletlo drugače?

Podoživljam ne, ker imam očitno dovolj dobre obrambne mehanizme, da znam realno pogledati na te težke situacije. Glede na naravo poškodbe bi se lahko drugače končalo. Moram pa ob veliki pozornosti, ki sem je deležna, predstaviti celotno medicinsko ekipo. Z menoj v jamo sta se



spustila zdravstveni tehnik Samo Milanič in diplomirana medicinska sestra Ema Jenko. Oba izkušena, prvi reševalec s terena, druga kot anesteziološka sestra. Pred začetkom izveleka nosil se nam je pridružil bodoči specializant anesteziologije Filip Kuntu. Tako sva poškodovanko spremljala oba, jaz sem bila pred njo, on za njo. Pred reševanjem je stekla konzultacija z družinsko zdravnico Špelo Albreht iz Logatca, iz jame pa sem se posvetovala s Petrom Najdenovim, zdravnikom in izkušenim gorskim reševalcem, ki je bil pred vhomom. Velika zahvala gre celotni Jamarski reševalni službi, predvsem minerjem, ki so napravili jamo prehodno za nosila, in ekipi, ki je postavila manevre za izvelek, ter vodstvu, ki je zelo dobro koordiniralo. Pod črto, potrebuješ res dobro ekipo, ali kot včasih rečemo v slengu, »sama ne bi imela za burek«.

S poškodovanko ste se nedavno po skoraj mesecu dni od reševanja srečali. Ste s strahom odprli vrata njene bolniške sobe?

Niti ne, sem se že prej pozanimala, kako ji gre. Zelo sem bila vesela, ko sem jo videla. Da sva lahko spregovorili nekaj besed in da se njeno stanje izboljšuje. Zahvalila se je, da smo jo prišli iskat v jamo. »Akcija« pa se bo

končala, ko bo samostojno stopila na noge in se v največjem možnem obsegu rehabilitirala nazaj na stanje pred poškodbo.

Vas takšni dogodki odvrnejo od novih pustolovščin v podzemlju?

Nikoli. Jamar si ali nisi. Vsi vemo, zakaj se s tem športom ukvarjamo, kaj vsakemu od nas da. Tudi večina poškodovanih se vrne nazaj med nas, ko se rehabilitirajo, in torej z jamarstvom ne zaključijo.

Pravite, da so se v to, da ste zdaj zdravnica jamarske reševalne, malo vmešale celo »višje sile«?

To ni bila moja prva želja, ko sem se začela ukvarjati z jamarstvom. Malo sem bila prisiljena, ker je ta specialnost v vodah Jamarske reševalne službe podhranjena. Ni mi žal, saj zdaj vidim, kaj vse lahko narediš. Ni pa vse lepo. Kolegi so imeli tudi že tragične izide, ko se reševanje ni končalo na dober način.

Delo zdravnika v podzemlju omejuje pomanjkanje opreme in prostora ter hlad, vlaga in blato. Kako se soočate z dodatnimi izzivi, na katere vas redna medicinska in izredna jamarska usposabljanja gotovo niso pripravila?

Težko se je vnaprej pripraviti na situacije, ki jih lahko doživiš med reševanjem, ker so lahko zelo nepredvidljive. Naredila sem nekaj dodatnih tečajev s področja travmatologije, naštudirala nekaj dodatne literature. Redno sem vključena v poučevanje prve pomoči v sklopu Rdečega križa Slovenije. Udeležujem se letnih

srečanj Evropske jamarske reševalne organizacije ECRA, kjer posebej sestankuje medicinski tim. Tam debatiramo o oskrbi določenih stanj, se seznanimo s specifično opremo (novostmi na tem področju), pogledamo prezentacije preteklih akcij in jih analiziramo. Udeležujem se reševalnih jamarskih vaj tako pri nas kot v tujini. S prijatelji zdravniki, ki se redno srečujejo s hudimi poškodbami na terenu, večkrat predebatiram kakšno stanje.

Kako močna je ekipa zdravnikov in drugega zdravstvenega osebja, ki so usposobljeni in pripravljeni, da se podajo reševat v globine?

Številčno nas je malo. Trije zdravniki smo dodatno usposobljeni za postavljanje reševalnih manevrov (ne razpolagamo samo z medicinskim znanjem), dve delujeta kot jamarki, ki sta večji gibanja po jamah. Od ostalega osebja je zaenkrat v reševalni še en zdravstveni tehnik in diplomirana medicinska sestra. Zato medse toplo vabimo še kakšnega zdravnika, ki je željan adrenalina pod zemljo.

Verjetno ni odveč poudariti, da jamarska reševalna služba ne rešuje samo jamarjev, temveč je pogosto vpoklicana tudi v primeru nesreč, v katerih se lahko znajde vsakdo med nami. Verjetno so brezna na Kaninu eden takšnih primerov, kjer postanejo nenačrtovani obiskovalci jam turni smučarji?

Rešujemo vse, kar pade v luknjo (smeh). Naša služba ne rešuje samo jamarjev, ampak tudi druge, ki se po

nesreči znajdejo pod zemljo ali poškodujejo v kanjonu. To so področja, kjer se naša služba prepleta z gorskimi reševalci. Reševanja nesrečnih sprehajalcev (tudi samomorilcev) so običajno manj zahtevna, saj je izvlek hitrejši. Ni pa rečeno, da je oskrba poškodovanega lažja. Pri padcih z višine se dostikrat pojavi politravma, ki zahteva obsežno oskrbo pred transportom. Naše znanje je uporabno tudi za reševanje z višin, denimo žičnic, ali pri reševanju pogrešanih na terenu, pa tudi pri reševanju izpod ruševin bi znali biti koristni. Navadno osebo spravimo iz jame in jo nato predamo gorskim reševalcem, ki so bolj večji transporta na hribovskem terenu. Poleg ljudi smo iz brezen že večkrat potegnili tudi domače ljubljence.

Rekli ste, da je najbolj osvobajajoč občutek prvi vdih na prostem, ko začutiš svež zrak. Pa vas vendar žene nazaj v podzemlje?

Vsako stvar v življenju je treba dozirati v pravem odmerku. Tako kot te vleče v neznan podzemni svet, je tudi povratek zelo zadovoljujoč. Ko se vrneš nazaj, velikokrat občutiš utrujene mišice, pridelajš majhne buške, ampak to ni bolečina, ki bi te motila, pač pa je bolečina, ki ima za sabo eno veliko zgodbo. Izkušnje in zgodbe so tiste, ki vlečejo nazaj. Življenje je tako manj monotono in rutinsko. Sem človek, ki ima rad izzive, tako zasebno kot na delovnem mestu. Adrenalin je molekula, ki me žene naprej, navzdol in navzgor. Ko prideš nazaj na površje, znaš bolj ceniti tiste banalne stvari, kot so svežina zraka, modrina neba, barve spomladanskega gozda, belina skale, mehka postelja, toplota doma, prijeten/sproščen klepet s prijatelji, objem ljubljene osebe.



Tina Bizjak je leta 2012 diplomirala na Medicinski fakulteti v Ljubljani, specializacijo iz ginekologije in porodništva je končala 2019. Živi na Vrhniki in dela v zdravstvenem domu Velenje ter v slovenjgraški bolnišnici. Članica Jamarske reševalne službe je od leta 2013. Da ohranja empatijo in dá bolnikom največ, kar lahko, potrebuje adrenalin. Zato se v prostem času – če se ne spušča v jame – pogosto dvigne

pod nebo. Proti koncu specializacije se je začela ukvarjati še z jadralnim padalstvom, ki mu v zadnjem času namenja že več časa kot podzemlju.

Jure Brankovič, univ. dipl. zgod. in nov., Oddelek za stike z javnostmi ZZS

Javni poziv za imenovanje koordinatorjev specializacij

Zdravniška zbornica Slovenije z dnem 1. 6. 2023 objavlja Javni poziv za imenovanje koordinatorjev specializacij za naslednja specialistična področja:

- **čeljustna in zobna ortopedija**
- **oralna kirurgija**
- **otroško in preventivno zobozdravstvo**
- **parodontologija**
- **stomatološka protetika**
- **zobne bolezni in endodontija**

Na javni poziv za imenovanje koordinatorja specializacije za zgoraj navedena specialistična področja 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 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 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

na e-naslov Zdravniške zbornice Slovenije: gp.zzs@zss-mcs.si, do vključno 29. junija 2023 (rok za oddajo vlog), **pri čemer naj se zadeva elektronskega sporočila glasi: »JAVNI POZIV ZA IMENOVANJE KOORDINATORJA«**. Vloga je pravočasna, če prispe na prej navedeni elektronski naslov najpozneje zadnji dan razpisnega roka (do vključno 29. junija 2023 do 23.59).

Izbir med prijavljenimi kandidati, ki bodo izpolnjevali pogoje, bo opravila komisija, ki jo sestavljajo predsednik Odbora za zobozdravstvo in člani Komisije za podiplomsko usposabljanje pri Odboru za zobozdravstvo.

Postopek imenovanja nacionalnih koordinatorjev

Izvršilni odbor je na svoji 61. seji sprejel sklep, po katerem postopek izbire kandidatov poteka na naslednji način: »Ob poteku mandata nacionalnih koordinatorjev ZZS pripravi poziv za imenovanje novih koordinatorjev, dosedanje koordinatorje pa se s pozivom opozori na

potek mandata ter se jih povabi k ponovnemu sodelovanju.« Sprejet je bil naslednji postopek imenovanja koordinatorjev:

1. Ob izteku mandata koordinatorja, njegovem odstopu, razrešitvi ali upokojitvi se na spletni strani Zdravniške zbornice Slovenije objavi javni razpis za imenovanje koordinatorja za posamezno specialistično področje dentalne medicine. V njem se navedejo pogoji, ki jih morajo kandidati izpolnjevati. Kandidati morajo vlogi priložiti svoj življenjepis in obrazložen predlog/vizijo razvoja specializacije.*
2. Izbir med prijavljenimi kandidati opravi predsednik Odbora za zobozdravstvo in člani Komisije za podiplomsko usposabljanje pri Odboru za zobozdravstvo.
3. Za namestnika koordinatorja se razpis ne objavi, izmed kandidatov, ki izpolnjujejo pogoje, si ga izbere koordinator sam.

* Če v prvem krogu poziva za imenovanje nacionalnega koordinatorja ni nobenega kandidata, se zdravnike, ki izpolnjujejo pogoje za imenovanje na funkcijo nacionalnega koordinatorja za določeno specialnost, pozove, da lahko kandidirajo. Kandidate za koordinatorja opozarjamo, da morajo vsi koordinatorji **imeti opravljeno izobraževanje iz strukturiranih intervjujev**. Če navedenega izobraževanja še niso opravili, ga bodo morali opraviti v najkrajšem možnem času.

Stališče Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko o predlogu Zakona o pomoči pri prostovoljnem končanju življenja

Društvo Srebrna nit – združenje za dostojno starost, namerava, potem ko bo s podpisi državljanov zbralo dovolj podpore, Državnemu zboru RS predložiti v razpravo in sprejem predlog Zakona o pomoči pri prostovoljnem končanju življenja (v nadaljevanju Zakon), ki ga je pripravila skupina državljanov. Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko (v nadaljevanju KME RS) je v skladu s svojimi pristojnostmi predlog Zakona proučila in o določitih, za katera je ocenila, da jih je s stališča medicinske etike treba izpostaviti, na dopisni seji, 3. maja 2023, zavzela neodvisno stališče. Pri tem se ni spuščala v določila Zakona, ki se nanašajo na pravno in farmacevtsko področje.

Zakon določa pogoje za zdravstveno pomoč pri prostovoljnem končanju življenja oziroma samomoru (samousmrtnitvi) brezupno bolnih ali prizadetih neznosno trpečih posameznikov. Tistim, ki zaradi prizadetosti svojega življenja ne zmorejo sami končati, omogoča, da zdravstvena oseba vanje vnese smrtonosno učinkovino z namenom, da jih usmrti, kar pomeni, da dopušča tudi evtanazijo*. Z enim ali drugim načinom naj bi se po mnenju predlagateljev s prekinitvijo življenja ohranjalo človeško dostojanstvo in končalo neznosno trpljenje bolnikov.

Zakon izhaja iz podobnih izhodišč in zagotovil, kot jih je bilo mogoče slišati v državah, ki so zakone o samomoru z zdravniško pomočjo oziroma evtanazijo že sprejele. Lahka in neboleča smrt naj bi izhajala iz pravice vsakogar, da odloča o času in načinu svoje smrti. Življenje pa naj bi bilo mogoče prekiniti le brezizgledno bolnim in neznosno trpečim posameznikom, ki se po svobodnem premisleku in brez pritiskov odločijo za usmrtitev in na njej vztrajajo. Vsi postopki naj bi bili nadzorovani in strokovno

izvedeni, o vsaki izvedbi naj bi se pripravilo celovito poročilo, s čimer naj bi se onemogočile zlorabe. Neoporečno izvajanje Zakona naj bi podprla Predsednica Republike in Varuh človekovih pravic; prva z imenovanjem članov Komisije Republike Slovenije za pomoč pri prostovoljni prekinitvi življenja, drugi z nadzorom nad postopki in pripravo poročil o uresničevanju Zakona.

Zakonu ni mogoče odrekati dobronamernosti, KME RS pa želi opozoriti na njegovo naravo. S poseganjem na področje življenja in smrti ga ni mogoče primerjati z nobenim drugim zakonom. Samomor s pomočjo in evtanazija vplivata na odnos javnosti do občutljivega področja nedotakljivosti življenja, umiranja in smrti ter imata povsod tako zagovornike kot nasprotnike. Z ozirom na vsebino in namen Zakona se KME RS čuti dolžno, da opozori na nekatere rešitve Zakona, ki odpirajo pomembna etična vprašanja.

Čeprav Zakon tiste, ki želijo umreti, v vseh postopkih povezuje z zdravniki in zdravstvom, nima podpore slovenskih zdravniških organizacij. KME RS ocenjuje, da za Zakon to ni dobro izhodišče. Zdravnike obremenjuje s storitvijo, ki ji Kodeks zdravniške etike izrecno nasprotuje. Zakon s tem uvaja stanje, ko bodo zdravniki ravnali v skladu z Zakonom, a v nasprotju z etičnimi načeli svojega poklica. Če bo Zakon sprejet, se bo neusklajenost med poklicno etiko in prakso še okrepila, kar po mnenju KME RS za zdravstvo in družbo ne more imeti dobrih posledic. Tega ne spremeni dejstvo, da so tudi med zdravniki v Sloveniji zagovorniki evtanazije, ki bodo pripravljene Zakon uresničevati.

Kot ključni pogoj za prekinitve življenja Zakon navaja neznosnost trpljenja, ki ga povezuje z različnimi bolezenskimi stanji ali prizade-

* KME RS je v preteklosti oblikovala dve stališči do evtanazije, in sicer leta 2018 in leta 2019. Obe sta objavljeni na njeni spletni strani.

tostmi. Vzrok trpljenja pa pri opredelitvi njegove neznosnosti ni odločilen. Podoba trpljenja je od primera do primera različna, povsem osebna izkušnja. V njem se poleg somatskih prepletajo eksistencialni, socialni, emocionalni in drugi vzroki. Kar je za nekoga neznosno, je za drugega znosno in presoja drugih, tudi najbližjih, je vedno tvegana. Na stopnjo trpljenja vplivajo tako bivalne razmere kot odnosi v družinah, ki se med seboj močno razlikujejo. Zaradi povedanega KME RS dvomi, da se bodo bolniki za prekinitev življenja, četudi na videz svobodno, vselej odločali brez zunanjih vplivov ali pritiskov. Izsiljene želje po smrti se bodo končale z umori bolnikov, ki jih ne bo mogoče obravnavati kot prostovoljno končanje njihovih življenj.

Prekinitev življenja proglašala Zakon kot absolutno pravico in jo uvršča med zdravstvene storitve. V večini primerov naj bi kot samomor, ob navzočnosti in pomoči osebnega zdravnika ali medicinske sestre, ki bosta storitev brez ugovora vesti voljna izvajati, potekala na domovih bolnikov. Izjemoma bi se na domu lahko, pod določenimi pogoji, izvedla tudi evtanazija. KME RS želi opomniti, da prekinitev življenja, pri kateri sodelujejo drugi, ni povezana z absolutno pravico do življenja osebe, ki želi umreti. Tudi v primeru, da bi bil Zakon sprejet, KME RS meni, da prekinitev življenja ni primerno izvajati brez predhodnega organizacijskega in strokovnega usposabljanja in dvomi tudi v tovrstno usposobljenost nadomestnih zdravnikov. A četudi bo vse potekalo pod ustreznim nadzorom in v skladu z Zakonom, bodo odzivi zdravnikovih pacientov in lokalnega okolja različni. Storitve ne bo naletela le na odobravanje. Zdravnika in medicinsko sestro bodo pacienti in ljudje v okolju, v katerem živita in delata, sprejemali drugače, ju povezovali s smrtjo, bremenili ju bodo morebitni kasnejši očitki vesti svojcev, vse na škodo njunega ugleda in poklicnega dostojanstva.

Čeprav Zakon dopušča prekinitev življenja z nastopom polnoletnosti, je mogoče pričakovati, da bo najbolj pogosta med starejšimi, s telesnimi in socialnimi težavami, značilnimi za starost, ki jih je vselej mogoče povezati z neznosnim trpljenjem. Ob izkušnjah držav z uzakonjeno evtanazijo KME RS pričakuje, da se bodo začetni pogoji za prekinitev življenja po zakonitosti spolzkega klanca rahljali in širili tudi v Sloveniji. V visoki starosti naraščata pojavnost in razširjenost kognitivnih motenj in demence. Življenje bo po Zakonu mogoče prekiniti tudi kognitivno motenim bolnikom, če se bodo še pred razvojem duševne motnje, dokazano in pri polni zavesti odločili, da v primeru nepovratnih duševnih sprememb ne želijo več živeti. Čeprav Zakon natančno določa pogoje za prekinitev njihovega življenja, KME RS opozarja, da vsako usmrtilitev bolnikov z duševnimi motnjami spremlja zgodovinska obremenjenost.

KME RS želi k prostovoljni samousmrtilitvi dodati, da v javnem zdravstvu samomor obravnavamo kot družbeni problem, v katerem se prepletajo telesne, zdravstvene, psihološke, socialne, družbene in kulturne okoliščine. Slovenija sodi med države z najvišjim deležem samomorov, ki jih je največ med starejšimi. Ob hitrem staranju slovenske družbe je vse več starejših državljanov, ob odsotnosti geriatrične stroke naraščajo za starost značilne zdravstvene potrebe, s finančnimi zadregami se srečujeta zdravstveno in pokojninsko zavarovanje. Ob vse slabši dostopnosti do zdravstvenih storitev, neobičajno dolgem čakanju na zdravstvene obravnave in organizacijskih slabostih slovenskega zdravstva, ob kronično neodgovornem etičnem odnosu zakonodajalcev do paliativnih in oskrbovalnih potreb slovenske družbe utegnejo usmrtilite neznosno trpečih starejših, ki bi jim bilo še mogoče pomagati, predstavljati eno od možnih in finančno ugodnih rešitev. V Zakonu naštetih pogoji posredno opredeljujejo primernost za prekini-

tev življenja. V opisanih slovenskih razmerah je v primeru sprejema Zakona mogoče utemeljeno pričakovati, da se bodo krepila pričakovanja oziroma pritiski na stare, neobgledane in dolgotrajno oskrbovane, da sami ali s pomočjo končajo svoja življenja. Ob tem KME RS posebej svari pred miselnostjo, da je življenje starega in onemoglega manj vredno.

V soočanju z evtanazijo je KME RS vedno pozivala, naj smrt brez bolečin, s čustveno in socialno podporo človeškega dostojanstva, omogoči paliativna oskrba. S tem stališčem do Zakona KME RS svoj poziv ponavlja. Prekinitev življenja, ki je v odnosu do življenja vedno nasilna, se v zdravstvu ne bi smelo institucionalizirati. Dolžnost lajšanja trpljenja mora prevladati nad dolžnostjo njegove prekinitev s smrtjo.

KME RS v zaključku meni, da določil Zakona ni mogoče uresničevati brez pomembnih družbenih posledic. Pri tako občutljivem področju, kot so načrtovane prekinitev življenja, pa čeprav pod plaščem dostojanstva in usmiljenja, in ob nepredvidljivi človeški naravi ter socialnih danostih, kljub zagotovitvi predlagateljev, ne more biti učinkovitih varoval zoper etične dileme, zaplete in zlorabe.

KME RS ocenjuje, da Zakon spremlja visoko etično tveganje. Zakona ne podpira in mu soglasno nasprotuje.

**Za KME RS
Dr. Božidar Voljč, dr. med.
Predsednik**

OPEV o predlogu zakona o pomoči pri samomoru in evtanaziji

OPEV v celoti deli etično oceno in zaskrbljenost KME RS v zvezi s predlogom Zakona o pomoči pri prostovoljnem končanju življenja (v nadaljevanju predlog zakona).

OPEV dodatno opozarja, da poskuša predlog zakona, v nasprotju s pravno ureditvijo v Sloveniji in v svetu, vzpostaviti poklicno dolžnost zdravstvenih delavcev in sodelavcev, izrecno zdravnikov, sodelovati v postopkih pomoči pri samomoru in evtanaziji. S sprejetjem takšnega zakona bi bila za zdravnike prvič z zakonom določena neka poklicna dolžnost, ki sama po sebi ni pravilo stroke, in kot prva prav pomoč pri samomoru in evtanaziji. Takšen korak je toliko bolj sporen, ker so predlagatelji v zakon zapisali, da je sodelovanje drugih, ki ne spadajo v zgornji poklicni skupini, pri postopkih pomoči pri samomoru in evtanaziji svobodno. Iz tega lahko sklepamo, da sodelovanje zdravstvenih delavcev in sodelavcev, izrecno tudi zdravnikov, v teh postopkih ne bo svobodno.

Predlagatelji poskušajo omiliti zakonsko »poklicno dolžnost« pomagati pri samomoru in zakonsko »poklicno dolžnost« izvesti evtanazijo z možnostjo ugovora vesti. OPEV opozarja, da je v teoriji ugovora vesti zdravnika ugovor vesti potreben samo za ravnanja, ki jih zdravnik ne želi izvajati, so pa skladna s pravili stroke (so *lege artis*) in potrebna. Tega za pomoč pri samomoru in evtanazijo ni moč reči. Ti ne izpolnjujeta ne pogoja skladnosti s pravili stroke (zato poskus zakonskega

določanja »pravila stroke«), ne pogoja potrebnosti.

Predlog zakona npr. predvideva pomoč pri samomoru in evtanazijo tudi za osebe s hudo trajno boleznijo s stalnimi ali ponavljajočimi se simptomi. Pri tem oseba, ki bi zahtevala pomoč pri samomoru ali evtanazijo zaradi trpljenja, seveda ni dolžna sprejeti nobene druge možnosti zdravljenja in lajšanja trpljenja. Pomoč pri samomoru ali evtanazijo lahko izbere kot prvo in edino pomoč za svoje trpljenje. Pojemovno polje hude trajne bolezni v medicini danes ni zamejeno in je zelo odprto. Pri odločanju o obstoju hude trajne bolezni kot pogoja za priznanje pravice do pomoči pri samomoru in evtanazije bodo odločali organi, v katerih bodo smeli (tako predlog zakona) sodelovati le strokovnjaki, ki takšni pomoči ne nasprotujejo. To je po mnenju OPEV enak etični zdrs, kot če bi v teh istih organih odločali samo strokovnjaki, ki pomoči pri samomoru in evtanaziji nasprotujejo.

OPEV zato zaključuje, da ni moč govoriti o skladnosti pomoči pri samomoru in skladnosti evtanazije s pravili zdravniške stroke in s pravili zdravniške etike, in meni, da »skladnosti« ne more določiti zakon. Poskusa z zakonom določiti pomoč pri samomoru in evtanazijo kot »dolžno poklicno ravnanje« OPEV ne more razumeti drugače kot prisilo poklica. Temu pa odločno nasprotuje. OPEV meni, da nihče ne sme z zakonom določiti, da sta pomoč pri samomoru in izvajanje evtanazije dolžni (poklicni) ravnanji kogarkoli.

Razmišljanja Thomasa Insla o duševnem zdravju v ZDA

Anica Mikuš Kos

Danes je na voljo že mnogo člankov in nekaj knjig, ki opozarjajo na majhno učinkovitost medicinskega modela pomoči osebam z duševnimi motnjami. Mednje sodi tudi knjiga Thomasa B. Insla »Zdravljenje – naša pot od duševnih bolezni k duševnemu zdravju« (Penguin Press, New York, 2022). Za pisanje knjige so pomembne avtorjeve strokovne in osebne

izkušnje. Vrsto let je bil direktor NIMH – Nacionalnega inštituta za duševno zdravje ZDA in je oče dveh otrok, ki sta imela diagnozo duševne motnje – sin ADHD in hčerka motnje hranjenja. Za razliko od militantnih antipsihiatričnih tekstov iz 60. in 70. let prejšnjega stoletja so današnji kritični teksti bolj spravljivi in konstruktivni, razmišljanja se gibljejo v

mejah uresničljivih ali vsaj na videz uresničljivih sprememb paradigme in prakse delovanja duševnozdravstvenih služb. Slednje vsekakor velja za Inslovo knjigo.

Kot otroško psihiatrinjo me seveda zanima in dobro poznam načine, težave, ovire delovanja služb za duševno zdravje otrok, vendar ob branju Inslove knjige ugotavljam, da razmere na področju psihiatrije odraslih niso drugačne. Insel govori o krizi skrbi za duševno zdravje, ki se

odraža v naraščanju števila oseb z duševnimi motnjami, njihovih posledicah za posameznika in obremenitvah družbe.

Osnovna kritika delovanja duševnozdravstvenih služb je, da v bogatem svetu poskrbijo za majhen del oseb z duševnimi motnjami. Med otroki z duševnimi motnjami v evropskih državah jih prejema strokovno pomoč le 20–30 % (Pejovic-Milovancevic 2021). Insel navaja podatke za odrasle osebe z duševnimi motnjami v ZDA: 40 % jih prejema strokovno pomoč, med njimi le 40 % minimalno ustrezno pomoč, kar pomeni, da ima le 16 % oseb z duševnimi motnjami zadovoljive možnosti za izboljšanje svojega duševnozdravstvenega stanja. Vzrok je v nezadostni zmogljivosti strokovnih služb, v majhni učinkovitosti njihovega delovanja in v tem, da mnogi ljudje z duševnimi težavami ne poiščejo strokovne pomoči.

Insel opozarja, da je terapija učinkovita pri tretjini pacientov, pri tretjini delno učinkovita in pri tretjini neučinkovita. To pomeni, da stroka v ZDA zares pomaga kakim 5 % odraslih oseb z duševnimi motnjami. Seveda je pri tem vprašanje, kaj merimo. V raziskavah večinoma merijo le učinke terapij na simptome in izboljšanja delovanja pacientov. Vprašanje je, ali ne obstajajo drugi nemerljivi in nemerjeni pozitivni učinki terapije, npr. pogled na svet, povezave v socialnih mrežah, energija, smisel življenja, o katerem piše Frankl.

Poleg primanjkljajev in nedostopnosti je torej problem tudi majhna učinkovitost terapij. Naj navedem podatke s področja varovanja duševnega zdravja otrok in mladostnikov. Glavna terapevtska pristopa – psihoterapija in zdravljenje s psihofarmaki – sta po najbolj optimističnih ocenah učinkovita pri kakih 50 % otrok in mladostnikov (Michelson in Patel 2017, Creswell idr. 2020), kar pomeni, da stroka pozdravi 10–15 % otrok in mladih z duševnimi motnjami. Ob tem je treba povedati, da mnogi ocenjujejo mnogo slabše učinke terapij, kakršne

se izvajajo v običajnih okoliščinah delovanja strokovnih služb – to, kar v angleški literaturi imenujejo TAU – »therapies as usual«, za razliko od učinkovitosti terapij v znanstvenih raziskavah (Bachmann idr. 2010). V strokovnih člankih navedeni učinki zdravljenja veljajo za terapije v eksperimentalnih oz. raziskovalnih pogojih (natančen izbor pacientov, natančna uporaba metod, visoko specializirani terapevti ...). Insel navaja podobne podatke za odrasle osebe z duševnimi motnjami v ZDA. V knjigi beremo, da se učinkovitost terapevtskih postopkov kljub vsem raziskovalnim odkritjem in znanstvenim napredkom v zadnjih 50 letih ni bistveno povečala. Zadnja štiri desetletja predstavljajo zlato dobo za napredek v medicinskih raziskavah duševnega zdravja (genetika, nevroznanost, farmakološka odkritja). Vendar se za osebe z duševnimi motnjami izgledi ozdravljenja niso bistveno spremenili, njihovo število se ni zmanjšalo. Insel navaja: Kljub številnim študijam in izsledkom o dejavnikih tveganja za samomor je število samomorov v ZDA poraslo. Skrb za duševno zdravje terja obravnavanje socialnih dejavnikov in zmanjševanje razkoraka med potrebami in možnostmi strokovnih služb. Avtor citira podatke Nacionalnega inštituta za duševno zdravje ZDA: Večina oseb z duševnimi motnjami se ne zdravi in tisti, ki se zdravijo, prejemajo v večini le medikamentno terapijo.

Očitek mnogih, tudi Insla, je, da je stroka medikalizirala probleme duševnega zdravja, da je spregledala socialno dimenzijo duševnega zdravja in nezdravja tako pri nastanku in vzdrževanju motenj kot pri preprečevanju in zdravljenju motenj. Usmerila se je v odpravljanje simptomov, ki jih razvrščajo klasifikacije MKB 10 (sedaj že 11) in ICD 5 v diagnostične kategorije. Pri tem zanemarljivo razsežnosti, kot so psihosocialna dobrobit, videnje sveta in svojega mesta v njem, odnos med posameznikom in drugimi, skupnostjo, z naravo. Pri vplivih okolja se stroka tako v razlagalnih

modelih kot v terapevtskih pristopih pretežno omejuje na najbližje okolje, to je družino. Duševnozdravstvena stroka ne najde svojega mesta v sistemskem ekosocialnem pogledu, ki vidi vse življenjske sisteme in podsisteme kot možen vir ogrožajočih in varovalnih ali zdravih silnic. Insel govori o treh stebrih ohranjanja duševnega zdravja in okrevanja: ljudje (povezanost z ljudmi), zagotavljanje osnovnih dobrih življenjskih okoliščin in smisel življenja. Poudarja, da odpravljanje simptomov še ne pomeni okrevanja. Pri otrocih bi smisel življenja nadomestili z energijo, zadovoljstvom ob odkrivanju sveta, radostjo. Vsi avtorji kritik medicinskega modela opozarjajo na nujnost kombinacije socialnega in medicinskega modela preventive in zdravljenja duševnih motenj.

Insel govori o nujnosti rehabilitacije celotne osebnosti, ki je ne moremo doseči s psihoterapijo in zdravili. Oboje gotovo pomaga, ni pa zdravilo za vse težave. Avtor terja širšo socialno obravnavo, ki vključuje zaposlovanje, izboljšanje življenjskih okoliščin, odpravljanje revščine, aktiviranje pacienta v različnih interesnih, športnih, kulturnih dejavnostih in v skupnosti ter pomoč pri odkrivanju smisla življenja, skratka ne le odpravljanje simptomov, temveč celovito socialno in čustveno rehabilitacijo. Insel opozarja na to, da so se v ZDA skupnostni modeli pomoči osebam z duševnimi motnjami v 80. letih zmanjšali.

Običajni odziv na ugotovitve o kritični situaciji glede pomoči osebam z duševnimi motnjami je poziv k povečanju števila služb in strokovnjakov. Insel opozarja, da število duševnozdravstvenih delavcev v ZDA nikakor ni majhno. Našeteje jih kar okrog 700.000 v letu 2020, to je 213 na 100.000 prebivalcev. Vendar opozarja, da so opremljeni z neustreznimi znanji in da bi jih morali izobraziti za osnovne pristope pomoči – terapevtske pristope, ki so izvedljivi v stvarnosti delovanja strokovnih služb. Govori tudi o prenosu znanj na

osebe, ki niso strokovnjaki s področja duševnega zdravja, podobno kot to predstavlja Kazdin (2018), ki govori o prenosu znanj in delitvi nalog na področju varovanja duševnega zdravja otrok, in seveda o sodelovanju med posameznimi vpletenimi strokami.

Kar zadeva merjenje učinkov terapij, Insel opozarja, da so mnogi učinki nemerljivi ali se ne merijo, npr. razvoj empatije, življenjskega smisla, spremembe vrednot, pa tudi to, koliko dosežene spremembe ustrezajo potrebam in željam pacienta.

Insel je tudi kritičen do klasifikacij duševnih motenj, četudi prepoznavna njihovo koristnost za sporazumevanje in za pacientove pravice do pomoči. Piše: Klasifikacije lahko ustvarjajo duševne motnje, ki jih nekoč ni bilo. Homoseksualnost je bila diagnoza do leta 1973, Aspergerjev sindrom se je pojavil leta 1994 in izginil leta 2012, ko je postal del spektra avtističnih motenj. Zagovarja globlje, bolj celostne, ne zgolj na simptomih sloneče oznake duševnih stanj in seveda tem prilagojene pristope zdravljenja in pomoči.

Insel poudarja pomen razvijanja varovalnih dejavnikov in psihične odpornosti. Žal se je izkazalo, da mnogih vzrokov duševnih motenj ne moremo odpraviti ali preprečiti. Mednje sodijo mnoge genetske in

perigenetske determinante in seveda družbene kodeterminante, kot so revščina, množične nesreče, družbeno nasilje – predvsem vojna dogajanja. Pa tudi če ne posežemo v skrajne razmere in izjemne dogodke in ostanemo pri okoliščinah običajnega življenja, vidimo, da smo na področju preventivne večinoma nemočni. Na primer, četudi se duševnozdravstvene stroke že desetletja usmerjajo v družinske odnose in njihov vpliv na duševno zdravje, ostaja večina disfunkcionalnih družin zunaj vplivanja strokovnih služb. Zaradi tega je v sedanjem času vse več usmerjenosti v aktiviranje varovalnih dejavnikov in razvijanje psihične odpornosti.

Insel (2022) optimistično zaključuje: Problemi so kompleksni, toda imamo učinkovite rešitve. Za večino pacientov ne potrebujemo več in boljše strokovne intervencije. Moramo le najti voljo in načine, kako zagotoviti naravne vire za duševno zdravje in okrevanje na ravni posameznika, skupnosti in naroda – to so ljudje in odnosi med njimi, zadovoljiva raven življenja in smisel življenja.

Četudi knjiga prikazuje stanje v nekem drugem družbenem prostoru in kontekstu, bralca v Sloveniji, v Evropi vzpodbudi k razmišljanju in koristnim primerjavam.

Viri

1. Bachmann, M., Bachmann, C. J., John, K., Heinzel-Gutenbrunner, M., Remschmidt, H., Mattejat, F. (2010). The effectiveness of child and adolescent psychiatric treatments in a naturalistic outpatient setting. *World Psychiatry*, 9(2), 111-117.
2. Creswell, C., Waite, P., Hudson, J. (2020). Practitioner Review: Anxiety disorders in children and young people - assessment and treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(6), 628-643.
3. Insel, T. (2022). *Healing: our path from mental illness to mental health*. New York: Penguin Press.
4. Kazdin A. E. (2018). Expanding mental health services through novel models of intervention delivery. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(4), 455-472.
5. Michelson, D. in Patel, V. (2017). Commentary: Distillation and element-based design of psychological treatment in global mental health – commentary on Brown et al. (2017). *Journal of Psychology and Psychiatry*, 58(4), 525-527.
6. Pejovic-Milovancevic, M. (2021). Communications of the European Society for Child and Adolescent Psychiatry. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30, 1479-1482.
7. Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 56(3), 345-365. Crossref PubMed.

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

»Ob takem dogodku sta nujna pravilen odziv in organizacija dela«

V novomeški vojašnici je potekal 14. mednarodni tečaj in vaja reševanja ob množičnih nesrečah

Jure Brankovič

»Pristop in način reševanja se v takih okoliščinah povsem spremenita, saj je treba s pravilno razporeditvijo razpoložljivih virov narediti čim več za čim večje število ljudi,« je ob zaključku

tečaja in vaje v vojašnici Novo mesto povedal predsednik sekcije Ukrepanje zdravstva ob velikih nesrečah (MRMI) in travmatolog v UKC Ljubljana asist. mag. Simon Herman.

V okviru tečaja so letos pripravili vajo vojaške policije s simulacijo napada in obvladovanja teroristične skupine ter vajo s policijo o ustreznem ukrepanju v primeru pojava ekstremnega nasilja v zdravstveni ustanovi. Hkrati poteka skozi celoten dogodek usposabljanje za uspešno komunicira-



nje z mediji in drugimi javnostmi, ki v takšnih primerih potrebujejo informacije za ukrepanje.

Gre za mednarodni preventivni tečaj, ki se ga poleg zdravnikov

udeležuje osebje služb, ki se ukvarjajo z reševanjem in s pomočjo poškodovancem na terenu, to so policisti, gasilci in enote nujne medicinske pomoči. Tečaj je pripravila sekcija

Kako v praksi preveriti načrte?

Vse, ki se ukvarjate s pomočjo in zdravljenjem bolnikov in poškodovancev v prvih »bojnih« vrstah, bodisi na terenu bodisi v bolnišnicah, ali ste odgovorni za organizacijo zdravstvene službe, vljudno vabimo na tečaj, kjer boste dobili osnovna teoretična znanja o reševanju v velikih nesrečah in sistematično praktično izkušnjo v dveh simulacijskih vajah! Sekcija Ukrepanje zdravstva ob velikih nesrečah organizira tudi Usposabljanje za ukrepanje služb NMP v nesrečah z nevarnimi snovmi.

Ukrepanje zdravstva ob velikih nesrečah pri Slovenskem zdravniškem društvu, njegov pokrovitelj je Ministrstvo za zdravje, tečaj poteka ob pomoči Ministrstva za obrambo in Slovenske vojske, ki sodeluje s svojimi pripadniki in daje na voljo svojo infrastrukturo.

Prvi dan tečaja so pripravili uvodna predavanja in priprave na vaje. Drugi in tretji dan sledita simulacija množične nesreče, pri kateri je osrednjega pomena odziv zdravstva oz. celotne zdravstvene verige na državni ravni. Med drugim so prikazani primeri preteklih množičnih nesreč, kot sta bili veliki nesreči s številnimi poškodovanimi na avtocesti v Postojni in na Golem Rebru. Ob gostih iz Belgije, ZDA in Južne Koreje so bili med drugim navzoči udeleženci iz Španije, Bosne in Hercegovine ter Italije. Navzoč je bil tudi manjši kontingent ameriške nacionalne garde, je še navedel S. Herman.

Ker tak dogodek vedno preseže utečene zmogljivosti predbolnišničnih reševalnih služb in najbližje bolnišnice, je potrebna hitra reorganizacija dela in pomoč sosednjih enot ter drugih bolnišnic. »Ob takem dogodku sta nujna pravilen odziv in organizacija dela, zato so vaje in načrtovanje primerne odziva tudi del standardov kakovosti za vse bolnišnice,« ocenjuje Herman in dodaja, da želijo z omenjenim tečajem preveriti sposobnost odzivanja na pritok večjega števila ponesrečenih v krajšem času. Pristop in način reševanja se v takih okoliščinah povsem spremenita, saj je treba s pravilno razporeditvijo razpoložljivih virov narediti čim več za čim večje število ljudi.

*Foto: Borut Cirnski,
Slovenska vojska*

Jure Brankovič, univ. dipl. zgod. in nov., Oddelek za stike z javnostmi ZZS in inštruktor za komuniciranje na tečaju MRMI



Ogenj v strehi

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

Številke se ne izboljšujejo: Na začetku leta je za vso Avstrijo veljalo, da ni zasedenih 300 mest zavarovalniških zdravnikov (*Kassenärzte*). Od tega je 176 mest za splošno medicino in 124 mest za specialiste. Pri slednjih pa najbolj šteje pri-manjkljaj za otroško in mladostno zdravstvo; nezasedenih je kar 29 mest. Zavarovalnica (*Österreichische Gesundheitskasse*, ÖGK) je sprožila dva protiukrepa: po eni strani je razpisala 50 štipendij za študent(k)e medicine – za obdobje treh let in pol kar 923 EUR/na mesec, če se kandidat(ka) odloči za delo v regiji, kjer je zavarovalnica razpisala mesto zavarovalniškega zdravnika. In sicer za splošno medicino, otroško in mladostniško zdravstvo, otroško in mladostniško psihiatrijo, ginekologijo in porodništvo ter psihiatrijo in psihoterapevtsko medicino. Po podatkih zavarovalnice se je za tovrstno štipendiranje odločilo 60 študentk(ov). Štipendijo pa morajo kandidati(ke) povrniti, če študij ni uspešen ali če se ne dokonča ali pa če kandidat(ka) s svojim zdravniškim delom ne začne pravočasno.

Kot kratkoročni ukrep je ÖGK sprožila pilotni projekt za zasedbo praznih mest, kjer bi zdravniki delali pogodbeno.

Sicer pa dr. Voithl meni, da je ena od zavor za razvoj njegove stroke to, da je Katalog za honoriranje storitev zastarel. V ospredju je oskrba prezgodaj rojenih otrok ali otrok, ki se morajo zdraviti zaradi astme.

Vir: *Österreichische Ärzteteilung* št. 5, 10. marec 2023

Opomba: Gre za intervju, v katerem odgovarja na vprašanja dr. Peter Voithl, načelnik Odbora za otroško in mladostniško psihiatrijo pri Avstrijski zdravniški zbornici. Dr. Voithl na Dunaju vodi tudi velik Zdravstveni center za otroke (skupinsko prakso), ki deluje vse dni v letu.

Za ta povzetek sem intervju zelo skrajšal, vredno pa ga je prebrati v celoti. V intervjuju se namreč vidi, da se lahko zasebnik precej hitreje prilagodi na skrajne razmere, ki jih sproža dolgi covid, lažje nabavlja medicinsko opremo ter da z nastavljenimi psihologi lažje obvladuje nasilne paciente.

CIRSmedical: Napaka v odpustnici iz bolnišnice

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

Med rutinskim postopkom pisanja odpustnice (*Entlassungsbrief*) za pacientko iz neke bolnišnice je prišlo do napake v dokumentaciji. V načrtu zdravljenja doma (*Medikamentenplan*) odmerek zdravila ni bil zapisan pravilno, 2,5 mg (1 - 0 - 1), temveč napačno, 25 mg (1 - 0 - 1). Zaradi trenutno hektičnega dogajanja v bolnišnici te napake – 10-krat večji odmerek!! – ni opazil nihče. Pismo bolnišničnega zdravnika (z napačno zapisanim odmer-

kom) je bilo družinskemu zdravniku poslano po faksu. In tudi pri družinskem zdravniku ni nihče opazil napake; tako je bil izstavljen tudi recept z napačnim odmerkom. Nenavadno visok odmerek so naročili tudi v lekarni, in sicer v dveh škatlah (po 20 mg ter 5 mg), zato pa z zamudo. Zaradi te zamude je na nenavadno visok odmerek postal pozoren eden od pacientkinih svojcev ter takoj ukrepal po telefonu.

Potem ko je pacientka že vzela napačen, 10-krat prevelik odmerek, je bila sicer že rahlo prizadeta, a se je v pogovoru še ustrezno odzivala. Z reševalnim vozilom so jo poslali v nujno klinično oskrbo, kjer so že lahko ugotovili spremembe v pacientkinem EKG-ju.

Zdravnik/zdravnica, ki poroča o tem zapletu, meni, da je vzrok za napako hektično dogajanje v bolnišnici zaradi množice telefonskih klicev ter množice odpustov hkrati.

*Vir: Österreichische Ärztekzeitung
št. 4, 25. februar 2023*

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

Protest hrvaških zdravnikov

Anton Mesec

Na Markovem trgu v Zagrebu se je pod okriljem krovnih organizacij 18. marca zbralo okrog 3000 hrvaških zdravnikov. Po zapisih v aprilski številki zborničnega glasila so bili udeleženci navdušeni nad številno udeležbo, enotnostjo zdravništva in odločnimi zahtevami govornikov. Spet pa jih je razburilo istočasno objavljen sporočilo Ministrstva za zdravstvo, ki ni videlo nobene potrebe po protestu. Po vsebini sporočila naj bi bili zdravniki nehvaležni za pretekle izboljšave pri plačah in kadrovskih

problemih (kar je v sporočilu spet zelo prirejeno), očitane so jim tudi nepravilnosti med epidemijo covid. Svetujejo jim še, da naj svoj standard popravijo kar z znižanjem zbornične članarine. Negativni glasovi s strani ministrstva niso potihnili niti po protestu, zato je zbornica skoraj izsilila pogovor s predsednikom vlade. Ta jim je prisluhnil in obljubil rešitve o koeficientih, delovnopravnem statusu zdravnikov ter o časovnih in kadrovskih normativih. Dodan je celo časovni okvir, vse postopke za spreje-

tje na vladi naj bi zaključili do konca letošnjega junija.

Komentar: Spet znana pesem, ko je minister v konfliktih z zdravništvom, predsednik vlade pa velikodušno obljublja rešitve z jasno časovnico.

Vir: Liječničke novine 218, april 2023

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

Razbremenilni pogovori v juniju 2023

V juniju 2023 je zdravniški ombudsman, ki članom nudi oporo in pomoč v najrazličnejših življenjskih izzivih in stiskah, na voljo v naslednjih terminih:

Ime	Datum	Čas	Status
Brane Brinšek, dr. med.	Četrtek, 1. junija 2023	15.00–17.00	Prosta oba termina
Tatjana Zorko, dr. med.	Ponedeljek, 5. junija 2023	16.00–18.00	Prosta oba termina
Andrea Užmah, dr. med.	Četrtek, 15. junija 2023	16.00–18.00	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 anonimno, se naročite na telefonski številki: 01 30 72 100 ali po e-pošti: zdrom@zss-mcs.si, lahko tudi preko svojega anonimnega elektronskega naslova.

Projekt »Integracija geriatrične oskrbe starejših«

Tatja Kostnapfel, Gregor Veninšek, Sebastjan Ašenberger, Stella Sekulić,
Manja Grašek, Branko Gabrovec

V okviru mehanizma »Next Generation EU«/Mehanizem za okrevanje in odpornost (Recovery and Resilience Facility), investicija: 3.1 krepitev kompetenc kadrov v zdravstvu za zagotavljanje kakovosti oskrbe, je septembra 2022 Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) začel izvajati štiriletni projekt Integracija geriatrične oskrbe starejših.

Staranje prebivalstva je velik družbeni, ekonomski in javnozdravstveni izziv, ki vključuje številne deležnike in s katerim se zadnja leta sooča tudi večina evropskih držav, saj delež starejših od 65 let vztrajno raste. Starejši bolniki imajo običajno več kroničnih bolezni in so pogosto zdravljeni z več zdravili sočasno. Ustrezno zdravljenje z zdravili je pri teh bolnikih ključnega pomena, saj neustrezno predpisovanje zdravil ali predpisovanje zdravil, ki niso indicirana, poveča pojavnost neželenih učinkov, interakcij z zdravili, poveča število hospitalizacij ter stroške nege in lahko ne nazadnje poslabša krhkost oz. poveča njeno incidenco. Pogosto ugotovljeni dejavniki tveganja za nastanek in napredovanje multimorbidnosti so bili višja starost, večja socialnoekonomska in ostala prikrajšanost, prekomerna telesna teža in slabše z zdravjem povezano vedenje (1).

Potrebe po geriatrični obravnavi, ki upošteva, da ima pacient več zdravstvenih težav hkrati, sočasne socialne in druge težave ter potrebe po rehabilitaciji in paliativni oskrbi, se s staranjem populacije povečujejo. V Sloveniji zaenkrat nimamo niti poenotenega nabora orodij niti vzpostavljenega sistema, ki bi omogočal sistematično prepoznavanje potreb starejših in s tem njihovo najoptimalnejšo zdravstveno oskrbo, ki bi obravnavala krhkost in druge geriatrične sindrome, kronične bolezni, multimorbidnost in izpostavljenost tveganju za razvoj nezmožnosti in izgube avtonomije, kakor tudi ne ustreznega dolgoročnega sledenja. Tak celovit pristop lahko zagotovi samo ustrezno usposobljen kader na vseh ravneh zdravstvenega varstva, ki med seboj strukturirano in pravočasno izmenjuje informa-

cije ter s tem vzpostavi fizični ali virtualni multidisciplinarni tim.

Glavni namen projekta je nadgradnja kompetenc zaposlenih na področju zdravstvenega in socialnega varstva ter drugih, ki pri svojem delu prihajajo v stik s starajočo se populacijo na področju posameznega delovnega paketa.

Izvedba projekta je skladna s Strategijo razvoja Slovenije 2030, Resolucijo o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja« in Resolucijo o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (ReNPDZ18–28). V projektu bo upoštevan tudi napredek v digitalizaciji zdravstvene oskrbe.

Cilji projekta pa so razvoj in vpeljava orodij v sistem za prepoznavo in geriatrično oceno multimorbidnih in krhkih pacientov, nadgradnja kompetenc zaposlenih v zdravstvu in socialnem varstvu ter vzpostavitev celovitega pristopa k obravnavi geriatričnih pacientov. Projekt se bo izvajal v sklopu osmih delovnih paketov.

Glavna naloga v okviru 4. delovnega paketa **Klinična obravnava in polifarmacija** (DP4) so aktivnosti na področju klinične obravnave multimorbidnosti in polifarmacije.

Starostnik, ki prihaja v stik z zdravstvenim sistemom, je z veliko gotovostjo multimorbiden (sočasna prisotnost vsaj dveh kroničnih bolezni ali stanj). Starostniki z **multimorbidnostjo** pogosteje obiskujejo izbranega osebnega zdravnika, specialiste, prejemajo več zdravil, so pogosteje obravnavani na urgenci ali hospitalizirani, so bolj ogroženi za razvoj omejitev in smrt, hkrati pa nosijo večje breme bolezni in so pogosto izključeni iz soodločanja o svojem zdravju. Nenačrtovana ali slabo načrtovana zdravstvena oskrba, predvsem pa njena slaba koordinacija predstavlja tveganje za slabe izide obravnave.

Intervencijske raziskave na področju multimorbidnosti temeljijo na spremembi organizacije obravnave v smislu postavljanja bolnikovih vrednot in priorit v središče oskrbe s preho-

dom iz modela vodenja kronične bolezni na model vodenja primera in/ali obravnavo v multidisciplinarnem timu, ali pa so usmerjene v posameznika z namenom izobraževanja ali drugega načina opolnomočenja. Z navedenimi intervencijami se lahko izboljšajo kazalniki duševnega zdravja, funkcionalno stanje, smrtnost, uporaba zdravstvenega sistema, zavzetost za zdravljenje z zdravili, zdrav življenjski slog, poveča se kakovost predpisovanja zdravil in kakovost oskrbe (2).

V študiji izvedljivosti, ki so jo izvedli na Danskem, v skupinski praksi z 9000 bolniki, petimi zdravniki in dvema medicinskima sestrama in administratorjema, so bolniki navajali večje zadovoljstvo z obravnavo, zdravniki pa so ocenili, da je zagotovitev časa za kompleksno intervencijo pri multimorbidnosti logistično zahtevna (obravnavo je trajala eno uro), da pa jo korist pristopa odtehta. Načrt obravnave je vključeval posameznikove kronične bolezni, koordiniran načrt obravnave s sledenjem po telefonu in obiski, pregled zdravil, prenos pregledov s specialistične ravni, napotitev na rehabilitacijo v domačem okolju in po potrebi oskrbo na domu. Medicinska sestra je koordinirala načrtovane aktivnosti (3).

Velik problem pri starostnikih je tudi **polifarmacija** – sočasno prejetje petih ali več zdravil. Najpogostejša je pri starejših z več kroničnimi obolenji in občasno pridruženimi akutnimi stanji, zelo razširjena je zlasti pri oskrbovancih domov za starejše in hospitaliziranih bolnikih. Na podlagi pregleda literature, ki sta ga izvedla Pazan in Wehling, se prevalenca polifarmacije giblje od 4 % med starejšimi ljudmi, ki živijo v skupnosti, pa do več kot 96,5 % pri hospitaliziranih bolnikih (4).

Glede na raziskavo, opravljeno v Angliji, se je uporaba zdravil v zadnjih dveh desetletjih močno povečala. Število ljudi, ki so jemali pet ali več zdravil, se je namreč počelverilo (z 12 na 49 %), medtem ko se je delež ljudi,

ki niso jemali nobenih zdravil, precej zmanjšal (s približno 1 od 5 na 1 od 13) (5).

V letu 2016 so slovenski pacienti, stari 65 let in starejši, prejeli več kot polovico vseh predpisanih zdravil v Republiki Sloveniji. Najpogostejše so bila pacientom, starim od 65 do 94 let, predpisovana zdravila za zdravljenje bolezni srca in ožilja (ATC-skupina C). V starostnem obdobju od 65 do 74 let so bila najpogostejše predpisovana zdravila za spreminjanje ravni serumskih lipidov (ATC-skupina C10) in v starostnem obdobju od 75 do 94 let zaviralci angiotenzinske konvertaze (ATC-skupina C09). Pri starejših od 95 let so bili najpogostejše predpisovani antitrombotiki (ATC-skupina B01A), predvsem acetilsalicilna kislina (6).

Glede na singapursko raziskavo obstaja pomembna povezava polifarmacije z neustreznim predpisovanjem, ki je bilo prisotno pri 27,6 % pacientov v študiji. Kot najpogostejša razloga za neustreznost zdravil sta bila opredeljena pomanjkljiva indikacija in visoko razmerje med tveganjem in koristjo določenega zdravila. Pregled zdravil in aktivno ukinjanje neustreznih zdravil bi morala biti zato del rutinskega zdravljenja starejših bolnikov (7). Pristopi za povečanje primernosti polifarmacije namreč lahko izboljšajo klinične izide pri starejših (4).

Z uvedbo **farmacevtskega svetovanja**, katerega cilj je čim celovitejše sodelovanje med zdravniško in farmacevtsko stroko, naj bi se zmanjšalo tveganja za zaplete, ki jih lahko povzroči polifarmacija. V veliko pomoč pri izboljšanju predpisovanja zdravil so tako lahko klinični farmacevti. Njihova pomembnost je bila prepoznana tudi v slovenski raziskavi, kjer je bilo ugotovljeno, da so intervencije kliničnih farmacevtov bistveno izboljšale kakovost psihofarmakoterapije z zmanjšanjem skupnega števila zdravil, potencialno neustreznih zdravil ter privedle do boljšega upoštevanja smernic zdravljenja (8). Podobno je bilo ugotovljeno še z eno

slovensko raziskavo na tem področju, in sicer da je pregled predpisanih zdravil pri starejših bolnikih, zdravljenih s polifarmacijo, s strani kliničnega farmacevta bistveno izboljšal kakovost farmakoterapije, saj se je na ta način skupno število predpisanih zdravil zmanjšalo za 11,2 % in število možnih interakcij za 42 %; rezultati so torej podpirali uveljavitev te storitve v slovenskem zdravstvenem sistemu (9).

Pregled literature s področja menedžmenta polifarmakoterapije pri starostnikih z multimorbidnostjo z namenom ugotovitve stanja ter načrtovanja dela v prihodnje je bil na NIJZ narejen že v okviru projekta skupnega ukrepanja o preprečevanju krhkosti (JA-ADVANTAGE), ki je potekal od 2017 do 2019 (10).

Cilj obravnave starejših oseb je zagotovitev čim daljšega bivanja v stanju dobrega zdravja na lastnem domu, kjer pri obravnavi ne sodeluje ta več samo starostnik in zdravnik, ampak se vključujejo tudi drugi zdravstveni in nezdravstveni strokovnjaki, kakor tudi starostnikov bližnji. Neustrezna komunikacija med starostnikom in ostalimi je lahko razlog za zamujeno ali neustrezno oskrbo in povzroči posamezniku zdravstveno škodo ali pa počasnejše okrevanje. Ustrezna komunikacija in z njo povezane komunikacijske veščine so zato prepoznane kot orodje za izboljšanje klinične oskrbe starostnikov. Možnost komuniciranja med deležniki oskrbe starostnika je pogosto časovno omejena. Raziskave kažejo, da je v takšnih primerih najučinkovitejša standardizirana oblika podajanja informacij. Eno izmed orodij za strukturirano komunikacijo je PSOOP (Predstavitev, Stanje, Ozadje/Okoliščine, Ocena, Predlog/Priporočilo). PSOOP dokazano učinkovito zagotavlja ustrezen prenos informacij, kar se je skozi raziskave potrdilo tako v komunikaciji v zdravstvenih in tudi nezdravstvenih situacijah (»ISBAR revisited«, 2009).

Za uspešno doseganje ciljev je potrebna visoka stopnja zavzetosti posameznika, saj slaba dinamika odnosa terapevt – bolnik predstavlja nevarnost in zamujeno priložnost za izboljšanje oskrbe starostnika.

Oskrba starejših bo uspešna, ko bo celostna in vključena v zdravstveni sistem. Do ureditve celovite geriatrične oskrbe na vseh ravneh in v različnih okoljih (skupnost, bolnišnica, dolgotrajna oskrba) ter do vzpostavitve ustreznih, licenciranih podiplomskih usposabljanj za strokovnjake vseh zdravstvenih in drugih pomembnih poklicev pa je treba izobraziti širši nabor zdravstvenega in socialnovarstvenega kadra, ki bo sposoben zagotavljati široko paleto pomoči, vključno z obravnavo oz. oskrbo na domu. To je tudi glavna naloga predstavljenega projekta »Integracija geriatrične oskrbe starejših«, zato se bo izvajalo usposabljanje izvajalcev dejavnosti (patronažna služba, družinska medicina, internistična medicina, socialnovarstveni oskrbovalci), ob zaključku pa bomo podali predlog vzpostavitve pristopa na sistemski ravni in celostne integracije oskrbe.

Viri

1. Cezard G, McHale CT, Sullivan F, et al. Studying trajectories of multimorbidity: a systematic scoping review of longitudinal approaches and evidence. *BMJ Open* 2021;11:e048485; doi:10.1136/bmjopen-2020-048485.
2. Smith SM, Wallace E, O'Dowd T, Fortin M. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 3. Art. No.: CD006560. DOI: 10.1002/14651858.CD006560.pub3.
3. Birke H, Jacobsen R, Jønsson AB, et al. A complex intervention for multimorbidity in primary care: A feasibility study. *Journal of Comorbidity* 2020;10; doi:10.1177/2235042X20935312.
4. Pazan F, Wehling M. Polypharmacy in older adults: a narrative review of definitions, epidemiology and consequences. *Eur Geriatr Med* 2021 Jun;12(3):443-452; doi: 10.1007/s41999-021-00479-3.
5. Gao L, Maidment I, Matthews FE, Robinson L, Brayne C. Medication usage change in older people (65+) in England over 20 years: findings from CFAS I and CFAS II. *Age Ageing* 2018 Mar 1;47(2):220-225; doi: 10.1093/ageing/afx158.
6. Jelenc M, Gabrovec M, Kostnapfel T. Poraba zdravil pri slovenskih starostnikih v letu 2016. *The Consumption Of Medicines In The Elderly In Slovenia In 2016*. Javno zdravje 2017; 1(1): 34-44.
7. Selina Cheong TT, Munirah Alhamid S, Li FJ, Wendy ST, Jim Lim KH. Improving prescribing for older patients – 'Yes S-I-R-E!' *Singapore Med J* 2019; 60(6): 298-302; doi.org/10.11622/smedj.2018153.
8. Stuhec M, Zorjan K. Clinical pharmacist interventions in ambulatory psychogeriatric patients with excessive polypharmacy. *Sci Rep* 2022 Jul 6;12(1):11387; doi: 10.1038/s41598-022-15657-x.
9. Stuhec M, Gorenc K, Zelko E. Evaluation of a collaborative care approach between general practitioners and clinical pharmacists in primary care community settings in elderly patients on polypharmacy in Slovenia: a cohort retrospective study reveals positive evidence for implementation. *BMC Health Serv Res* 2019 Feb 13;19(1):118; doi: 10.1186/s12913-019-3942-3.
10. Jelenc M, Gabrovec B. Pomen ustreznega polifarmakoterapije pri obvladovanju krhkosti na individualni ravni. The importance of appropriate polypharmaco-therapy in the management of frailty at individual level. Obvladovanje krhkosti danes za jutri, Zbornik povzetkov. Nacionalni inštitut za javno zdravje, Ljubljana, Slovenija. 2017.

Doc. dr. Tatja Kostnapfel, mag. farm., NIJZ, tatja.kostnapfel@nijz.si

Gregor Veninšek, dr. med., Center za geriatrično medicino in NIJZ

Sebastijan Ašenberger, dr. med., NIJZ

Dr. Stella Sekulić, dr. stom., spec., NIJZ

Manja Grašek, dr. med., NIJZ

Doc. dr. Branko Gabrovec, NIJZ

mList

Navodila za uporabo mobilne aplikacije mList

Mobilna aplikacija »mList ZZS«

Obveščamo vas, da je na voljo mobilna aplikacija »mList ZZS«, ki je namenjena specializantom in neposrednim mentorjem.

Mobilna aplikacija omogoča specializantom dostopnejše in hitrejše vpisovanje novih posegov ter obravnav, ki jih morajo opraviti med svojim usposabljanjem, neposrednim mentorjem pa dostopnejše in hitrejše potrjevanje (zavrnitev) posegov ter obravnav.

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

operacijskega sistema vašega telefona).

Vanjo se vpišete z enakimi podatki, kot jih uporabljate za vpis v spletno aplikacijo »eList«.

Podatki v mobilni aplikaciji »mList ZZS« in spletni aplikaciji »eList« so sinhronizirani.

Podrobnejša navodila za uporabo mobilne aplikacije »mList ZZS« se nahajajo na <https://www.zdravniskazbornica.si/mlist>.

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

Gostovanje na očesni kliniki Rigshospitalet v Københavnu

Marija Vita Zupanič

Oktober in november 2022 sem v okviru kroženja med specializacijo iz oftalmologije v zunanji ustanovi preživela na največji očesni kliniki na Danskem, ki sodi h glavni državni učni bolnišnici Rigshospitalet v Københavnu. Krožila sem na oddelkih za glavkom, mrežnico in okuloplastično kirurgijo. Na izmenjavi sem se posvečala kliničnemu delu. Kulturne razlike med Dansko in Slovenijo so očitne. Visoka funkcionalnost danske družbe, znana po zgledni delovni kulturi in socialni naravnosti, me je tudi tokrat navdihnila.

To za dve Sloveniji veliko skandinavsko državo z nekaj manj kot 6 milijoni prebivalcev sem doslej obiskala trikrat; najprej sem se leta 2007 kot dijakinja udeležila polno štipendirane dvomesečnega mednarodnega poletnega tabora na danskem podeželju, zatem sem leta 2016 kot študentka 6. letnika na Erasmus izmenjavi izkusila en semester študija na medicinski fakulteti v Københavnu, tokrat pa sem danski zdravstveni sistem v državni prestolnici lahko opazovala skozi oči zdravnice, specializantke oftalmologije.

Danska delovna kultura

Danska sodi med visoko razvite države z visokim standardom bivanja; po kakovosti izobraževanja in zdravstva, človekovih pravicah, stopnji demokracije in enakopravnosti skupnosti LGBTQ+ je v svetovnem vrhu. Danci se po anketi Združenih narodov že leta uvrščajo med najbolj srečne narode na svetu. Ob tem so obdavčeni z eno najvišjih stopenj davkov na svetu, s čimer si zagotavljajo socialno blaginjo, iz njih financirajo javno šolstvo, zdravstveni sistem, pokojnine.

Stereotipna podoba elegantnega, nestresnega življenjskega sloga v družbi soja sveč in mojstrsko oblikovanega pohištva ni daleč od resničnosti. Delovni teden ima na Danskem v vseh poklicih 37 ur. Danci poudarjajo pomembnost dobrega ravnotežja med delom in zasebnim

Združenju oftalmologov Slovenije se zahvaljujem za podeljeno štipendijo Sklada dr. Logarja, glavni mentorici prof. dr. Barbari Cvenkel za vzpostavljen stik z dansko oftalmologinjo prof. dr. Miriam Kolko, snovalcem programa specializacije pa za možen obisk tujine. Tega poročila ne bi bilo brez danske oftalmologinje prof. dr. Danielle Bach-Holm, ki je potrdila izmenjavo in z mano prijazno delila podatke o delovanju klinike. Prof. dr. Miriam Kolko in slovenskemu kemiku doc. dr. Kajetanu Troštu se zahvaljujem, da sem si lahko od blizu ogledala delo raziskovalcev v laboratorijih medicinske fakultete v Københavnu, okuloplastični kirurginji dr. Marie Louise Rasmussen pa za vzgled predane, vedre, človeške zdravnice in pedagoginje. Posebna zahvala gre vsem zaposlenim na očesni kliniki v Københavnu, ki so mi s svojo visoko stopnjo delovne in pedagoške etike, profesionalizma ter človeške omike omogočili dva navdihujoča učna meseca.

življenjem, kar zaposlenim pomaga ohranjati zdravje. Nadurnega dela se ne vzpodbuja. Za Irci so drugi najučinkovitejši narod v Evropi, prekašajo pa celo Američane, Japonce in Avstralce. Svoje popoldneve v veliki meri posvečajo družini in hobijem.

V delovnih okoljih vlada t. i. »flat hierarchy«, kar pomeni, da so odnosi sproščeni, pogosto je težko ugotoviti, kdo je formalni vodja. Zaposleni se med seboj kličejo po imenu ne glede na položaj in nazive. Ceni se timsko delo, pri čemer se od vsakega posameznika pričakuje, da bo opravil svoje delovne naloge, obenem pa čutil odgovornost, da bo opravljeno vse delo tudi na ravni kolektiva. Zaželeni sta samoiniciativnost in proaktivnost, tudi v smislu podajanja predlogov in stališč v skupini. Primer: na sestanku oddelka



za glavnokomandno so si mnenja enakovredno izmenjevali tako zdravniki kot tudi sestre in administratorke. Delovno vzdušje je prijetno, čutiti je medsebojno spoštovanje.

Kljub opevanim delovnim pogojem pa tudi na Danskem ni vse rožnato. Zdravstveni sistem se sooča z velikim pomanjkanjem medicinskih sester, posebno v intenzivnih enotah, urgentnih centrih in kirurgiji. Poleti 2021 so sestre po vsej državi kar 2,5 meseca stavkale za povišanje plač, pri čemer so bile le delno uspešne. Številne sestre so zapustile svoj poklic, zaradi česar je bila junija 2022 nezasedena desetina bolniških postelj v regiji København, nekatere oddelke po državi pa so morali celo zapreti.

Baze podatkov, uspešni raziskovalci in »life science industry«

Danci so narod z bogato tradicijo visokega šolstva; univerza v Københavnu je bila ustanovljena že leta 1479, v tem času pa so njeni raziskovalci prejeli deset Nobelovih nagrad,

od tega štiri na področju medicine. Zadnja je bila podeljena leta 2022 kemiku Mortnu Meldalu.

Danska ima eno najboljše baz zdravstvenih podatkov na svetu, ki hrani podatke o pregledih in zdravljenjih v bolnišnicah za več kot 40 let nazaj. Podatke razvrščajo v kar 170 različnih kliničnih registrov s pomočjo matičnih števil državljanov. Raziskovalci lahko zdravstvene podatke pridobijo na spletni platformi preko oddaljenega dostopa. Na Danskem je izpeljanih največ kliničnih študij na prebivalca v Evropi, k čemur naj bi poleg tesnega sodelovanja med zasebno industrijo in javnim zdravstvenim sistemom prispevalo dejstvo, da gre za najbolj digitalizirano državo v Evropski uniji.

Ena najpomembnejših panog danskega gospodarstva je t. i. »life science industry«, ki se ukvarja z izboljševanjem kakovosti življenja na področju zdravja. Danska farmacevtska podjetja so v svetovnem vrhu v zdravljenju sladkorne bolezni, motenj razpoloženja, kožnih bolezni in alergij. Država usmerja veliko pozornosti v razvoj personalizirane medicine.

Očesna klinika Rigshospitalet – osnovni podatki

Očesna klinika, ki je del največje danske učne bolnišnice Rigshospitalet, se v večji meri nahaja v dislocirani bolnišnici na obrobju Københavna skupaj z nekaj internističnimi in nevrološkim oddelkom. Posebna stavba je namenjena centru za rehabilitacijo slepih in slabovidnih. V glavni zgradbi bolnišnice Rigshospitalet v centru mesta sta le oddelka za tumorsko diagnostiko in zdravljenje retinopatije nedonošenčka. Klinika pokriva vsa področja oftalmologije in sprejema bolnike iz celotne regije Københavna, ki zajema slaba 2 milijona prebivalcev, poleg tega pa je dodatno v okviru nacionalne mreže izvajalcev zdravstvenih storitev zadolžena za kirurško oskrbo otrok ter zdravljenje bolnikov s tumorji orbite in oči tudi iz drugih regij. S pomočjo telemedicine in konzultantskimi obiski sodeluje tudi pri zdravljenju bolnikov na Grenlandiji. Klinika ima številne ambulate, tri kirurške oddelke, urgentni in raziskovalni center. Bolniki so obravnavani skoraj izključno ambulantno; v času mojega gostovanja so bile bolniške postelje le štiri, namenjene hudim poškodbam. Letno imajo na kliniki 265.000 stikov z bolniki, pri čemer obravnavajo 52.000 posameznikov, opravijo 14.000 operacij sive mrene in aplicirajo 41.000 intravitrealnih injekcij zaviralcev vaskularnega endotelijskega rastnega faktorja (antiVEGF). Na Očesni kliniki UKC Ljubljana, ki je največja in edina terciarna očesna ustanova v Sloveniji, je bilo leta 2022 prav tako obravnavanih nekaj več kot 52.000 bolnikov, ob tem je bilo opravljenih 2550 operacij sive mrene in apliciranih 17.700 injekcij antiVEGF. Na kliniki je 38 bolniških postelj, njihovo število pa se v zadnjih letih zmanjšuje.

Na kliniki Rigshospitalet je zaposlenih 106 zdravnikov, vključno s specializanti in doktorskimi študenti

(na Očesni kliniki v Ljubljani je zaposlenih 39 specialistov, delo pa opravlja tudi do 25 specializantov oftalmologije). Poleg zdravnikov je v klinično obravnavo aktivno vključenih 29 »optometristov«; izraz uporabljajo tako za optometriste kot za optike. Nekateri zdravniki so zaposleni tudi kot raziskovalci, tako da dogovorjeno število dni v tednu namenjajo samo raziskovalnemu delu. Le posamezni zdravniki dodatno delajo še v zasebnem sektorju.

Čakalna doba za prvi pregled je v skladu z državnimi določili za prvi pregled v bolnišnici en mesec, enak čas pa je določen tudi za začetek zdravljenja oz. operacijo. V ambulantni specialist dnevno pregleda do deset naročenih bolnikov. Specializantu so v njegovo ambulanto dodeljeni lastni bolniki, in sicer v prvem letu specializacije trije do štirje dnevno, kasneje pa do šest dnevno. Za vse bolnike specializant konzultira nadzornega specialista. Obravnava enega bolnika je namenjenih najmanj 30 minut. Za primerjavo: na Očesni kliniki v Ljubljani najvišje število naročenih bolnikov na ambulanto ni poenoteno. Število naročenih se giblje med 13 in 38, k njim pa so dodani še nujni primeri. Bolnike pregledajo eden do trije zdravniki. V najbolj obremenjeni ambulanti za predoperativne priprave je dnevno povprečno naročenih 45 bolnikov, skupaj z nujnimi primeri pa eden ali dva specializanta pregledata 50 do 60 bolnikov.

Organizacija delovnega tedna

Poleg kliničnega dela so v teden-skem urniku stalnica izobraževanja in timski sestanki, v času katerih bolniki niso naročeni. Delavnik se začne z raportom ob 8. uri in konča najkasneje do 15.30. V delovni čas je vključen odmor za malico. Enkrat mesečno organizirajo sestanek, posvečen ekonomiji in organizaciji klinike, ki se ga udeležijo prav vsi zaposleni na očesni kliniki.

Drugačna delitev dela kot v Sloveniji

V celotni državi je aktivnih 350 specialistov oftalmologov, kar pomeni, da je na voljo en oftalmolog na 17.000 državljanov. V Sloveniji je bilo po podatkih Zdravniške zbornice decembra 2022 aktivnih 161 specialistov oftalmologov oz. en oftalmolog na 13.000 državljanov. Kako je mogoče, da je na Danskem kljub manjšemu številu oftalmologov na število prebivalcev v primerjavi s Slovenijo vsaj na terciarni ravni za obravnavo bolnikov na voljo toliko več časa kot pri nas?

Glavni razlog je drugačna delitev dela. Prvič, predpisovanje očal je na

Danskem z izjemo občasnega predpisa očal otrokom, mlajšim od 10 let, v celoti prepuščeno optometristom in optikom. Drugič, za spremljanje bolnikov z vlažno obliko starostne degeneracije rumene pege (SDM) in tudi za aplikacijo intravitrealnih injekcij so že 12 let zadolžene za to usposobljene medicinske sestre. Starejši specialisti za mrežnico to pospremiijo s kratko razlago: »Nismo zmogli sami, želeli smo se posvečati tudi drugim vsebinam.«

Na očesni kliniki v Københavnu – podatkov za druge bolnišnice nimam – je poleg zgoraj opisanega delo zdravnikov razbremenjeno tudi pri drugih nalogah. Optometristi in



Kirurški tečajji potekajo tudi na živih prašičih.



medicinske sestre imajo glavno vlogo pri pregledih pred operacijo sive mrežne, večini pooperativnih pregledov, odčitavanju fotografij za presejanje diabetične retinopatije in celo pri manjših posegih. Pri preiskavah vidnega polja in meritvah vidne ostrine pomagajo za svoje delo plačani študentje medicine. Danci volontiranja v medicini ne poznajo; študent se nasmeji mojemu vprašanju, ali dela brezplačno.

V ambulantni

Zdravniki imajo za delo z bolniki več časa kakor pri nas – vsaj 30 minut na obravnavo. Dela ne motijo telefoni; če je nuja, uporabijo službeni telefon, mobilnih telefonov pa praktično ni opaziti. V primeru potrebe po konzultaciji mlajši zdravnik stopi do ambulate v bližini, kjer je nadzorni specialist. Med obravnavo veliko časa namenijo pogovoru; lahko gre za poslušanje bolnikove razlage o

njegovih simptomih in uporabi zdravil, odgovarjanje na bolnikova vprašanja ali pa podajanje informacij o bolezni in predvidenih posegih. Danski bolniki so odlično informirani. Prav vsi posegi, kot tudi nekatere bolezni, so natančno obrazloženi v informacijskem gradivu, ki ga bolniki prejmejo za domov. Specializanti si pri delu pomagajo z nacionalnimi, pa tudi lokalnimi smernicami oz. algoritmi, ki so, razvrščeni po diagnozah, dostopni na interni spletni strani bolnišnice. V rabi je računalniški program Epic, ki omogoča uporabo natančnih predlog za izvide. Predloge so shranjene po diagnozah in kakor že omenjeni algoritmi predstavljajo učinkovito pomoč pri obravnavi bolnika.

Kako postati oftalmolog

Študij medicine traja 6 let, sledi mu obvezno enoletno pripravništvo.

Specializacija traja 5 let, pri čemer je prvo leto, tako kot pri vseh drugih specializacijah, »uvodno«, kar pomeni, da lahko mladi zdravniki šele po njem kandidirajo za specializacijo. V izbirnem postopku imajo prednost kandidati z doktoratom, ki na Danskem predstavlja samostojen triletni raziskovalni projekt. Financirajo ga država, farmacevtska industrija, fundacije pacientov ali kombinacija naštetih. V času doktorskega študija zdravnik praviloma ne opravlja kliničnega dela, temveč je njegov poln delovni čas namenjen raziskovanju in pripravi doktorske disertacije. Doktorski študij je mogoče opravljati tudi med specializacijo; v tem primeru se vsaj en dan v tednu nameni raziskovanju in se specializacija ustrezno podaljša, lahko pa se specializacija za triletno obdobje tudi prekine. Trenutno na področju oftalmologije na Univerzi v Københavnu raziskuje 29 doktorskih študentov.

Program specializacije

Specializanti 4,5 leta specializacije krožijo na enem ali dveh bolnišničnih oddelkih za očne bolezni, pol leta specializacije pa se izobražujejo v ambulantah področnih oftalmologov. Sestavni del specializacije je tudi 14 tečajev, ki so izvedeni v 52 dneh in so brezplačni. Tečaji zajemajo pridobivanje osnovnih veščin oftalmološkega pregleda, osvajanje kirurških veščin in teoretična predavanja. Osnovni kirurški tečaj se izvaja na kravjih očeh, nadaljevalni pa na očeh živih prašičev v posebnih učnih operacijskih dvoranih, ki pripadajo Univerzi v Københavnu. Pred tečajem na živalskih očeh operacijo sive mreže vadijo na simulatorju. Namen kirurških tečajev je okusiti delo kirurga v nadzorovanem okolju in pridobiti globlje razumevanje očesne kirurgije.

Specializanti od posegov samostojno izvajajo lasersko zdravljenje mrežnice in lasersko iridotomijo, poleg tega pa aplicirajo intravitrealne injekcije ter opravljajo majhne posege na vekah. Izvajajo tudi biopsije temporalne arterije, kar je na Danskem v domeni oftalmologov. Specialistom pri operacijah le malo asistira. V izbirnem delu specializacije lahko izvajajo blefaroplastike in se učijo korakov operacije sive mreže. Prava kirurška pot se lahko začne šele v obdobju subspecializacije.

Urgentni center

Specializanti opravljajo tudi (dežurno) delo v urgentnem centru. V nasprotju s slovenskimi navadami se mora družinski zdravnik ali področni oftalmolog o napotitvi vsakega bolnika v urgentni center telefonsko posvetovati z oftalmologom v urgentnem centru, ki napotitev odobri ali jo zavrne. Za delovanje urgentnega centra med tednom skrbijo štirje razpisani zdravniki. Najmlajši specializant je za pregledovanje bolnikov odgovoren 24 ur skupaj, drug specializant je razpisan za 6 popoldanskih ur, nadzorni zdravnik pa tam preživi 10 do 12 ur preko dneva. Četrty zdrav-

nik celoten delovni čas zgolj sprejema telefonske klice napotnih zdravnikov. Skupno v 24 urah pregledajo od 20 do 40 bolnikov. Ponoči lahko odidejo domov, če ne stanujejo več kot pol ure stran od klinike. Za primerjavo: v urgentni ambulanti na Očesni kliniki v Ljubljani od ponedeljka do petka obravnavamo od 60 do 90 bolnikov dnevno, ki se razporedijo na dva zdravnika v dopoldanskem času ter enega dežurnega zdravnika popoldne in ponoči. Dežurni zdravnik pri nas pokriva tudi oddelek in nujne sprejeme.

Ko postaneš specialist ...

Specialisti postanejo, ko opravijo vse predvidene vsebine programa specializacije. Po želji se lahko prijavi na evropski specialistični izpit, državnega nimajo. Odsotnost obveznega izpita nekaterim zdravnikom vzbuja pomisleke. Iz ust danskih oftalmologov se sicer pogosto sliši, da so njihovi novopečeni specialisti kakor klobasice – vsi povsem enaki, torej z enakim znanjem in enakimi izkušnjami. Za to je zaslužno društvo mladih oftalmologov, ki je bilo ustanovljeno leta 1981 kot rezultat protesta proti nepotizmu, v katerem so zahtevali formalno izobraževanje s tečaji in predavanji.

Specializaciji sledi subspecializacija, za katero se odloči večina. Traja od 3 do 5 let in se lahko sočasno opravlja na dveh področjih. Po zaključeni subspecializaciji lahko zdravniki nadaljujejo z delom v bolnišnici, lahko pa delajo kot področni oftalmologi v ambulantni s koncesijo ali v samoplačniški ambulanti. Zanimivost: dva, ki sta bila kadarkoli v romantičnem razmerju, ne smeta biti zaposlena na istem subspecialističnem oddelku ene bolnišnice. Če zdravniki izberejo ambulantno delo – tako odločitev na poklicni poti sprejme polovica danskih oftalmologov – si morajo sami zagotoviti prostor in registrirati dejavnost, koncesija je plačljiva. Lani je bilo na Danskem 158 področnih oftalmologov. Ti v svojih ambulantah pregledujejo urgentne bolnike, spre-

mljajo bolnike z diabetično retinopatijo, diagnosticirajo in spremljajo bolnike z glavkomom, ponekod pa opravljajo tudi osnovno kirurgijo vek in operacije sive mreže, če bolnišnični oddelki presežejo dovoljeno čakalno dobo.

Zaključek

Danci slovijo kot skromni, premišljeni in pragmatični ljudje, o čemer sem se prepričala tudi sama. Po opažanju Slovenca doc. dr. Kajetana Trošta, ki je v laboratoriju medicinske fakultete v Københavnu zaposlen sedem let, v delovnih procesih veliko časa namenijo razpravi, iskanju najboljših rešitev in skrbnemu načrtovanju tudi za leto ali dve vnaprej. Tako ne preseneti, da so specializanti, ki sem jih spoznala, vsi po vrsti zadovoljni s specializacijo. Organizirana tedenska izobraževanja, nacionalne in lokalne smernice, natančne predloge za izvide, množica informacijskega gradiva za bolnike, časovno dostopni nadzorni zdravniki in dovolj časa za obravnavo bolnika – vse to zagotavlja dobro oporo pri delu ter pridobivanju znanja in kompetenc. Edina večja pripomba mladih zdravnikov je, da bi si želeli med specializacijo pridobiti več kirurških veščin. Vzpostavljena delitev dela zdravnike znatno razbremenjuje, s čimer jim nudi možnost za poglobljeno obravnavo bolnikov in več raziskovalnega dela, obenem pa prinaša tudi svobodo pri oblikovanju zasebnega življenja.

Marija Vita Zupanič, specializantka oftalmologije

Komentar k zapisom

Isis, junij 2023, št. 6

Barbara Podnar

Str. 3, Uvodnik: Zanimiv koncept. Zanima me, ali bo prijav suma zelo veliko ali skoraj nič.

Str. 6, K naslovnici: Zakaj potrebujemo (mednarodno) sodelovanje.

Str. 20, Obisk podzemlja, ki ne bo nikoli pozabljen: Kakšen pogum in – kakšna skromnost!

Str. 23, Stališče Komisije RS za medicinsko etiko o predlogu Zakona o pomoči pri prostovoljnem končanju življenja: Upam, da zapis ni objavljen le v Isis!

Str. 25, Razmišljanja Thomasa Insla: »Moramo le najti voljo in načine, kako zagotoviti naravne vire za duševno zdravje in okrevanje na ravni posameznika, skupnosti in naroda – to so ljudje in odnosi med njimi, zadovoljiva raven življenja in smisel življenja.« Zanimiva misel, ker izpostavlja zdravje posameznika v soodvisnosti z zdravjem družbe oz. njenih različnih stopenj zavesti.

Str. 35, Gostovanje na očesni kliniki Rigshospitalet v Københavnu: Nekaj (veliko) dobrega je v deželi Danski!

Str. 40–47, Forum: O resničnih težavah. Zdi se, da so besede ostale brez moči – ali zakaj se nikoli nič zares ne spremeni?

Str. 70, Spomini na študentske počitnice: Izvrstno, izvrstno! Pogrešam le priznanja žuljev na ta zadnjih. ☺ (P. S. Pomislite, kakšno vso opremo bi si danes zamislil slehernik, da je nujna za tak podvig. Že hlače bi morale biti točno »ta prave«!)

Str. 71, Naša generacija MF 1964/69: Pišite spomine, kolegi, objavljamo jih na spletni strani zbornice, še raje pa jih beremo! ☺

Str. 81, Zavodnik: Živela penzija in naši penzionisti! ☺

Barbara Podnar, dr. med., spec. oftalmologije,
barbara.podnar@gmail.com

Bolnik v slovenskem sistemu ni v središču in škodljivi predlogi zakonov, ki to potrjujejo

Tina Bregant

Dovolj je! Bolnik v slovenskem sistemu ni v središču. Tudi zdravstveni delavec ni v središču. Ta dva sta le izgubljena v gmoti papirjev in administrativnih opravkov. Kar je škoda, ker niti zdravnik niti medicinska sestra nista študirala za delo s papirji. Trdim, da so v slovenskem zdravstvu v središču papirji in listine (Rp, eNap, eBol, odločbe itd.). Zato tudi mislim, da dokler ne spremenimo procesov v zdravstvu, zakon, ki želi zgolj preoblikovati zdravstvene zavode v gospodarske družbe, ne bo deloval oz. je lahko

celo škodljiv tako za bolnike kot zdravstvene delavce.

Ni dvoma, da pri nas manjka zdravnikov, saj ima Slovenija po vseh raziskavah (tako OECD, EK in WHO) manj zdravnikov kot EU. Imamo 3,3 zdravnika na 1.000 prebivalcev, Evropska unija pa 4 zdravnike na 1.000 prebivalcev (1). V Sloveniji bi takoj morali zaposliti 1.000 do 1.400 zdravnikov, od tega večino na primarni ravni (to so zdravstveni domovi in ambulate), da bi dosegli povprečje Evropske unije. Kljub številnim

visokim šolam za zdravstvo (in številnim diplomantkam in diplomantom nege) nam manjka tudi diplomiranih medicinskih sester, zlasti na najzahtevnejših deloviščih. Zakaj jih ni?

Dejstvo je, da so plače v zdravstvu oz. javnih zavodih **nizke**, če jih primerjamo z npr. gospodarskimi družbami javnega pomena, kot so npr. podjetja, ki se ukvarjajo s kanalizacijo, distribucijo elektrike in podobno. Zato morda na prvi pogled izgleda najlažje, če preoblikujemo javne zavode v gospodarske družbe, da bomo lahko imeli višje plače oz. vsaj primerljive z zaposlenimi npr. v podjetju za elektrodistribucijo, da bomo uvedli meritokracijo in plačevali delavce po učinku (velja tako za zdravnike kot sestre) ter hkrati zahtevali odgovornost od vodstev.

V gospodarski družbi bi lahko zahtevali fiksno plačilo storitev iz ZZSZ (kot do sedaj) ter si pomagali z dodatnimi dohodki za storitve, ki bi jih ponujali na trgu. Nekatere storitve bi se zelo verjetno izboljšale. Nekatere pa bi skoraj gotovo nehali izvajati oz. bi jih morali dopolniti s kakšno subvencijo oz. dodatnim zavarovanjem/plačilom. Najdražje, z najmanj doprinosi za posameznika in družbo, bi bile najbolj na udaru. Morda ni odveč, da se na to spomnimo takrat, ko prejmemo drago biološko zdravilo pri bolezni, kjer še ni dolgoročnih podatkov o uspešnosti zdravljenja, ali pa želimo menjava kolka pri 94-letni babici. Kdo bo odločal o racionalizaciji in kako bomo to sprejeli kot družba? Kar zmrza me, ko ob tem pomislim na navedbe nekaterih ljudi, ki so že pred leti izjavljali, da je evtanazija cenejša od paliativne oskrbe, in na smer, v katero se obračajo nekateri sedanjí predlogi zakonodaje.

Nekateri bi v takem sistemu gotovo delovali bolje, tudi obogateli, sploh če bi, recimo, celo gospodarsko družbo prodali ali dali v stečaj, pa potem kupili za npr. evro; da o odkupih terjatev niti ne govorim ali pa o načrtnem izčrpanju ali morda o jagodnem izboru najbolj donosnih storitev ... Nekatere (ali pa celo večino

najkompleksnejših) pa bo moral nedvomno reševati proračun (beri, navaden državljan z davki), če ne spremenimo plačevanja storitev preko ZZSZ in tudi načina beleženja storitev in njihovega evidentiranja. Ali pa teh najkompleksnejših storitev v Sloveniji pač ne bo.

Nekatere storitve so nedvomno podplačane: zlasti prvi pregledi, klinično delo in kompleksno delo, ki zahteva branje dokumentacije, povzemanje vseh podatkov, tudi pridobljenih s kliničnim pregledom, in na njih utemeljeno odločanje. Vsi šifranti storitev bi morali biti poenoteni in posodobljeni. Cene posodobljene. Če imajo zdravstveni domovi (s premalo zaposlenimi!) dobiček; če ima ZZSZ (in druge zavarovalnice) na koncu leta dobiček, bolnišnice pa izgubo, ljudje pa hkrati ne dobijo storitev, ker čakajo v čakalnih vrstah, je zelo očitno nekaj narobe. Nekje dajemo preveč – in to niso plače zdravstvenih delavcev. Nečesa pa očitno ne plačamo dovolj, in to očitno niso kar vse storitve povprek, na kar lahko sklepamo iz stresnega testa zdravstva. Zdravstveni delavci tudi verjetno ne odhajajo zaradi previsokih plač, kajne? Kje je torej težava?

Sredstva, ki jih trenutno zberemo za financiranje sistema zdravstvenega varstva, že sedaj, še bolj dramatično pa v prihodnje, ne bodo zadostovala za kritje vseh potreb. Primanjkljaj med izdatki in viri financiranja zdravstvenega sistema bo leta 2025 znašal nekaj sto milijonov evrov (brez razvpitih 600 milijonov dopolnilnega zavarovanja!), okoli leta 2060 pa se utegne približati že skoraj milijardi. Poleg staranja prebivalstva, ko smo vedno bolj stari in žal tudi bolj bolni, nas je tudi vedno manj delovno aktivnih. Leta 2016 je to razmerje znašalo 1,5 zaposlenega na 1 upokojenca, leta 2026 bo znašalo 1,2 proti 1, leta 2036 bo pa število zaposlenih oseb že enako številu upokojencev (2). Če želimo ohraniti nivo zdravstvene oskrbe (ja, že sedaj ni dobro, vem), moramo povečati finančna sredstva za zagotavljanje zdravja in hkrati pove-

čati pokritje prebivalstva z zagotavljenimi zdravstvenimi storitvami (oz. njihovimi izvajalci: zdravstvenim osebjem).

Glavni stroški v zdravstvu so še vedno na strani plač, zaradi česar se da največ »prihraniti« na račun nezaposlovanja. (Ni etično, je kratkovidno in trapasto, a marsikdo tako dela, žal.) Seveda to ne gre na dolgi rok, ker ti ljudje, ki so posledično preobremenjeni, ker delajo za dva ali tri, pobegnejo. V gospodarski družbi bi zato nedvomno prišla zelo prav prekarizacija in zdravniki, ki bi tam delali kot s.p. Nekaterim bi to ustrezalo; kaj pa starejšim, bolnim, na porodniškem dopustu? Povprečni zdravnik je namreč v resnici zdravnica, stara okoli 50 let, precej izčrpana, ki umre praktično takoj po upokojitvi. Da ne bi slučajno s tem zakonom o gospodarskih družbah in samostojnih zdravnikih nekdo načrtoval socialne bombe zdravstvenih delavcev? Ali gre morda celo za »totalno vojno proti zdravnikom«, kot je bilo napovedano pred časom? Plače pa v Sloveniji, v javnem sektorju tako in tako niso povezane s tem, kaj, koliko in kako kdo naredi, ker sistema meritokracije v javnem sektorju nimamo (noče-mo?).

Današnji sistemi financiranja in določanja cen imajo skupno težavo, da delitev stroškov na posamezne zdravstvene storitve sledi znesku preteklih plačil teh storitev in s tem ne odraža dejansko nastalih stroškov ter izvajalcem ne daje zadostnih vzpodbud za iskanje optimalnih rešitev v poslovanju. Trenutni sistem financiranja ni osnovan na vrednotenju stroškov celotnega procesa zdravljenja (od preventive in diagnosticiranja do rehabilitacije in okrevanja), temveč je razbit na vmesne faze procesa (npr. operacija in oskrba zlomljene noge v bolnišnici je ločena od rehabilitacije ter končnega povratka na delovno mesto npr. s šepanjem in bolečo nogo ali pa popolnega okrevanja). Poleg tega se za isto storitev plačuje različno glede na izvajalce. Nagrajuje se podcenjevanje

svojih kapacitet in precenjevanje stroškov. Pogajanja z ZZZS pa so dodatna, svoja zgodba.

Kljub temu da Slovenija s sistemom skupin primerljivih primerov (SPP) uporablja v osnovi dokaj primerljiv sistem določanja cen storitev večini razvitih držav, pa očitno tega sistema ne znamo uporabljati na enak način. Zanimivo je, da med ceno zdravstvenih storitev in upravljanjem s stroški in procesi izvajanja storitev ni neposredne povezave. Čeprav ceno določa SPP (podobno kot drugod po svetu), pa je ta cena uteži SPP določena na podlagi celotnih plačil, predvidenih za posamezen SPP v državi (in ne dejanskih stroškov). Zato je logično, da izvajalci »raztegujejo« čas in kompleksnost izvajanja storitve. Celo več, kdor dela več, bolj stroškovno učinkovito ali/in kompleksno, ni na boljšem oz. ni nagrajen. Je pa seveda res, da je treba biti pozoren na morebitno »industrializacijo« in tekoči trak obravnave, ki lahko pomeni tudi površno in neustrezno, prehitro obravnavo. Na izidih temelječe zdravljenje sicer da kompleksno sliko (npr. od operacije kolka do vrnitve na delovno mesto), vendar je žal zaenkrat precej zapleteno in se ne uporablja rutinsko niti v tujini. Z napredkom digitalizacije pa bo kasneje dejansko mogoče slediti bolniku, ne pa »štepanju storitev«.

Po vzoru drugih držav bi lahko sedanji način dela zamenjali z ureditvijo, v kateri bi bili posamezni zdravstveni zavod in tudi zdravniški timi plačani glede na opravljeno količino storitev, njihovo zahtevnost, kakovost in tudi doseganje ciljev, kot so boljše zdravje, zadovoljstvo pacientov, čakalne dobe itd. S stimulatивnejšim pristopom pri plačevanju dela izvajalcev bi lahko z razpoložljivimi viri povečali učinkovitost sistema in dostopnost do zdravstvenih storitev. Vendar pa, seveda, to ne bo šlo, če bo klinični pregled za celoten tim še naprej vreden zgolj 34 EUR/pregled; če se bo delovne pogoje za zdravstvene delavce še naprej slabšalo in pritiskalo nanje.

Da v Sloveniji radi tepemo vlečnega konja, je znano. Morda je zdaj čas ne le za korenček, pač pa za temeljito spremembo pri obravnavi teh »vlečnih konjev« in končno priznanje, da zdravljenje bolnika ni enako polaganju ploščic? In da lov na čarovnice, kot so javne objave nepopolnih seznamov zdravnikov, zbudi ogromno besa, ker so neresnične in netočne. Takšna objava, kot smo ji bili priča nedavno, je manifestacija neznanja in diletantstva tistih, ki so se za objavo odločili (iz medijev je razvidno, da se je to odločila vlada) (3). Ali gre za zavestno manipulacijo z javnim mnenjem in diskreditacijo navedenih na seznamu? Dvomim, da so želeli razkriti, da s takim seznamom pokažejo zgolj bedo in nepoznavanje dela v zdravstvu.

Sprememba zavodov v gospodarske družbe ne bo prinesla nič dobrega, če hkrati ne bomo kot družba našli dodatnih finančnih sredstev za delovanje sistema (morda je čas, da se vprašamo, ali potrebujemo dva tanka, 100 solarnih panelov ali pa morda 1000 novih zdravnikov). Ali morda zmoremo izpeljati racionalizacijo in prevetriti pravice, da ne bodo vse dostopne na papirju, pač pa bodo v realnem svetu dostopne tiste, ki jih zares potrebujemo, ostale pa dostopne ob dodatnem doplačilu ali nekatere celo popolnoma iz žepa? Medicina namreč povsod ponuja toliko, da lahko najbogatejši bankrotira ...

Ob nakopičenem primanjkljaju, ki ga poznamo v zdravstvu (tako finančno kot kadrovsko), je treba razmišljati širše in z vključitvijo vseh možnih virov. Dodatne obdavitve dela ljudje ne bodo prenesli. Obstajajo pa drugi viri, ki jih zaenkrat ne izkoriščamo dovolj. Po vzoru drugih držav bi vsaj deloma iz evropskih sredstev (to je omogočil denar iz covida!) morali financirati vse potrebnejše investicije v zdravstvene objekte in opremo zavodov ter razpisovati specializacije, ki bi bile nacionalnega pomena (ne, ni nujno zgolj za znanega plačnika). Morda ni odveč spomniti na to, kar

poznajo v tujini: obstajajo ljudje, ki imajo dovolj denarja, da so ga namesto v sklade in tuje multinacionalke pripravljeni vložiti v slovensko zdravstvo. Javno-zasebno partnerstvo, z jasno opredeljenimi pravili in ne kolektivizacijo izgub ter individualizacijo dobičkov, brez prelivanja sredstev iz državnega v zasebno, je možno in ga poznajo v tujini. Zakonske podlage za to je možno urediti v zakonu.

In da – v zdravstvu se moramo začeti obnašati državotvorno: ZZZS je naša – v njej so naši, osebni prispevki. Nekateri dajemo za ZZZS veliko, drugi malo. Vsi pa težko dostopamo do storitev – ker bi vsak plačeval zelo malo, a dobil veliko; ker bi ZZZS in zavodi radi imeli dobičke. Morda pa si je nekdo zaželel, da v zdravstvu postanemo industrijski obrat 5.0 – gospodarska družba, kjer bodo zdravstveni delavci postali prekarci, na tekočem traku pa se bo »štancalo« predvsem papirje in kovalo dobičke z milijonskimi nagradami vodjem takih podjetij?

Obrat 5.0 bi namreč v pred kratkim objavljenih tabelah pokazal polne excelove stolpce po 100 obravnav (listin) dnevno na zdravnika. Kje pa bi bil bolnik?!

Viri

1. The global economy business and economic data for 200 countries. Dostopno na: https://www.theglobaleconomy.com/Slovenia/doctors_per_1000_people/ (10. 5. 2023)
2. Urad za makroekonomske analize in razvoj. Dostopno na: https://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/izzivi/2018/popravek2018/Ekonomski_izzivi_2018.pdf (10. 5. 2023)
3. Zupančič M. Za družinsko medicino bo še manj zanimanja. ZZZS ni objavil podatkov o storilnosti zdravnikov samovoljno, pač pa po uredbi, ki jo je sprejela Golobova vlada. Delo, 10. 5. 2023. Dostopno na: ZZZS je podatke objavil po naročilu vlade Roberta Goloba (11. 5. 2023).

Dr. Tina Bregant, dr. med., spec. pediatrije, spec. fizikalne in rehabilitacijske medicine, CIRIUS Kamnik – Zavod za usposabljanje invalidne mladine Kamnik

Povečanje glavarinskih količnikov

Marjan Fortuna

Kot menijo nekateri apologeti državnega zdravstva, bi bilo povečanje glavarinskih količnikov eden mogočih načinov skrajševanja čakalnih dob in izboljšanja dostopnosti do zdravstvenih storitev. A se ne zavedajo dejstva, da bi bilo to na račun manjše kakovosti in varnosti. Glavarinski količniki so bili vzpostavljeni prav zaradi tega, ker niso vsi pacienti enako medicinsko zahtevni. Med pacienti, ki imajo to »srečo«, da so lahko opredeljeni ali, bolje rečeno, imajo osebnega zdravnika, so nekateri tako rekoč zdravi in redko potrebujejo zdravnika, za druge pa bi bilo dobro, če bi lahko vsak dan prišli na pregled, saj narava njihove bolezni po strokovnih merilih zahteva stalen nadzor in prilagajanje terapije ter pogoste kontrolne preglede in preiskave. Predlogi, da bi lahko problem neopredeljenih bolnikov in čakalnih dob rešili tako, da bi glavarinske količnike kar preprosto povečali in da bi morali zdravniki delati več, so malo preveč laični, teoretični in jih lahko zagovarjajo le nepoznavalci načina dela in razmer v zdravstvu.

Čeprav kodeks medicinske etike natančno določa sprejemljiva zdravniška ravnanja, je pri vsakdanjih problemih zdravnik nemalokrat postavljen pred nemogočo ali težko rešljivo dilemo in prisiljen kršiti kodeks. Samo en podatek za boljše ponazoritev. Nedavno je bila med 2877 zdravnikov opravljena anketa (ISIS marec 2023, str. 30–31) in kar 57 % jih je odgovorilo, da so bili kdaj prisiljeni v sporne in nezakonite prakse, kar lahko tudi sam trdim po 38-letnem delu na ljubljanski urgenci. Ali je potreben komentar?

Bolj sprejemljiva rešitev, ki bi zmanjšala in v prihodnosti morda celo odpravila nedopustno dolge čakalne dobe, je uvedba instituta svobodnega

zdravnika, na katerega bi se lahko pacient obrnil kadarkoli, ne samo v njegovem ordinacijskem času. Seveda pa bi vsak pameten svobodni zdravnik imel tudi enega ali več namestnikov, da bi pacienti imeli tudi ob njegovi odsotnosti potrebno oskrbo. Še več, celo specialisti določenih specialnosti bi v vlogi svobodnega zdravnika lahko obravnavali svoje paciente zunaj rednega delovnega časa. Sedaj pa smo priča nesprejemljivi praksi, ko se morajo pacienti zatekati po pomoč ali nasvet na urgence, kjer vemo, kako je. Najprej je nepopisna gneča nujnih, malo manj nujnih in nenujnih primerov, kar je pa še slabše, pacienta obravnavajo zdravniki, ki ga ne poznajo in ga tudi ne morejo temeljito obravnavati predvsem zaradi obilice dela z drugimi pacienti. Ker pacienta ne poznajo, delajo tudi v tistem trenutku morda nenujne preiskave (npr. UZ srca, trebuha, CT itd.) ter spreminjajo terapijo.

Ko zagovorniki starega sistema državnega zdravstva v obliki raznih gibanj tako vneto zagovarjajo preživet ter dokazano neučinkovit sistem državnega zdravstva, mi misli uhajajo v čas prejšnje države. Čeprav je o vsem odločala ena politika, smo tudi takrat kršili zakonodajo, zlasti o konkurenčni klavzuli. V to so nas silile razmere. Lahko pa bi se držali predpisov in bi se težja dostopnost do zdravstvenih storitev stopnjevala že davno prej. Takratna politika je bila toliko preudarna, da se ni kaj dosti vtikala v prekomerno delo zdravnikov pri drugih delodajalcih, saj je bilo to v prid delodajalcem, ki niso mogli zagotavljati dovolj zlasti ambulantnih storitev in zdravnikov, ki smo »pokrivali« potrebe kjerkoli in, da, tudi dobro zaslužili. Med temi sem bil tudi sam. Dokler bo večja potreba po delu zdravnikov, kot ga zmorejo opraviti

državni zdravstveni zavodi, bomo morali imeti »dvoživke« ali, bolje rečeno, zdravnike, ki delajo pri več delodajalcih. Kdor misli, da bomo s prepovedjo dela »državnim« zdravnikom pri koncesionarjih ali čistih zasebnikih dosegli cilj, ki si ga vsi želimo, tj. dostopnost do zdravnika takrat, ko ga potrebuješ, se hudo moti. To bi nas pahnilo v še večje težave. Predstavljajmo si, hipotetično: če bi v Ljubljani naenkrat prenehali delati vsi zdravniki izven svojih ustanov, bi pacienti čakali v vrsti, ki bi se vila od UKC Ljubljana do Ministrstva za zdravje na Štefanovi.

Glede na dogajanja v zdravstvu vse od osamosvojitve dalje in tudi še prej se človek sprašuje, ali ne bi bilo pametno imeti stalne sestave Ministrstva za zdravje za daljše obdobje od samo štirih let, kolikor traja mandat ene vlade. Imam kar konkreten predlog. Zdravstvo naj bi vodil stalen organ, podobno kot ga ima Banka Slovenije, kjer se vodstvo menja vsakih šest let, ali še na daljše časovno obdobje, kot npr. na Ustavnem sodišču, kjer traja mandat devet let. Nemogoče je zagotoviti kontinuiteto dela in odločanja, če se ministri menjajo tako hitro kot doslej.

Sedaj je bil ustanovljen še strateški svet za reformo zdravstva. Ne dvomim v dobronamernost njegove ustanovitve, a pri taki razdrobljenosti odločanja in s tem povezano odgovornostjo se izgublja potrebna operativnost in enotnost. Kar se tiče reforme zdravstva, pa ta po mojem osebnem mnenju sploh ni potrebna, ker so reforme stalni proces in ne enkratno dejanje. Za začetek bi veliko storili, če bi prilagodili sistem zdravstvenega zavarovanja tako, da bo pacient res zdravstveno zavarovan podobno, kot so življenjska ali nezgodna zavarovanja ter zavarovanja premičnega in nepremičnega premoženja.

Ko toliko govorimo o depolitizaciji nekaterih javnih institucij, se nam

nikakor ne posreči depolitizirati zdravstva. S tem mislim na njegovo večjo avtonomijo vodenja in upravljanja, kar je nedavno v neki televizijski oddaji zagovarjal tudi nekdanji

minister in sedaj svetovalec ministra. A nikakor ne moremo preiti od besed k dejanjem. Nasprotno! Še bolj ga politiziramo.

Res je. Treba bo delati, ne pa omejevati dela tistih, ki lahko in zmorejo delati tudi več.

Prim. Marjan Fortuna, dr. med., Kranj

ODPRTO PISMO

Ministru za zdravje gospodu Danijelu Bešiču Loredanu
Strokovnemu direktorju NIJZ gospodu Ivanu Erženu
Generalni direktorici ZZZS gospe Tatjani Mlakar

Nenadzorovane odpovedi terminov

Začela bom preprosto zaradi zaskrbljenosti, užaljenosti, žalosti in predvsem jeze.

Kriv je včerajšnji, čisto običajen delovni dan. Takšni dogodki pa se vrstijo že dalj časa.

Preprosto, a nerazumljivo.

Zaposlena sem v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti, naše podjetje ima koncesijo za opravljanje pnevmologije.

Ob rednem delu z obravnavanimi bolniki sem odgovorna tudi za organizacijo dela, naročanje in čakalno knjigo. Za slednje v zadnjem obdobju porabim že polovico svojega delovnika.

Mogoče tudi in predvsem zato, ker skušam biti perfekcionistka.

Na kratko.

Strogo upoštevam Navodila za delo z e-naročanjem za izvajalce zdravstvene dejavnosti. Upravljam s centralnim sistemom e-naročanja (verzija 3). Ne kršim pravilnika o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah.

Smo tudi v postopku pridobivanja WebBI aplikacijske rešitve e-naročanja za izvajalce zdravstvene dejavnosti.

Vsakodnevno pregledam čakalno knjigo, preverim termine, prenesem v sistem napotnice spletnih naročil in vedno pokukam v eZdravje, kako je s čakalnimi dobami za storitve, ki jih opravljamo.

Zadovoljna sem, ker smo veliko časa med prvimi in jih tako rekoč nimamo.

Ni malo dela, a ga opravljam z velikim veseljem. Zato, da vlada v ambulantni red in da preverjam našo uspešnost. Predvsem pa zato, da razmišljam o možnih izboljšavah in rešitvah. Za ljudi – bolnike, ki še čakajo na obravnave. Številke so visoke.

Vsi izvajalci zdravstvene dejavnosti, ki izvajamo zdravstvene storitve v sklopu javne zdravstvene mreže, moramo postopke z e-naročanjem izvajati na enak način.

E-naročilo, ustvarjeno preko spleta, se vpiše neposredno v lokacijski informacijski sistem.

Prvi pomemben podatek.

Pacient, ki je naročen, ima obveznost, da se oglasi pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti, pri katerem je naročen, v dogovorjenem terminu. Če se pacient termina ne more udeležiti iz **upravičenih** razlogov, mora to **nujno v najkrajšem možnem času sporočiti** izvajalcu, pri katerem je naročen.

Še pomembnejše.

Objektivni razlogi za odpoved termina iz razloga na strani pacienta so: **nepričakovana hospitalizacija, nenadna bolezen, poškodba ali zdravstveno stanje, ki onemogoča prihod, in smrt ožjega družinskega člana.**

Sliši se zelo preprosto in enostavno. Pa je res tako?

Vzrok moje jeze je neizprosni pritisk vseh mogočih institucij (ZZZS, MZ in NIJZ) in njihovih zahtev, ki jih skupaj s programsko hišo (iskrena hvala Infonetu) ob svoji močni volji in angažiranosti komaj dohajam. Predvsem pa neenakost upoštevanja zapisanih pravil.

Kako lahko ob prej naštetih objektivnih razlogih za odpoved termina, zapisanih v 12. členu Pravilnika o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših čakalnih dobah, uporabnik/bolnik, ki se je preko spleta naročil na zdravstveno storitev, uporabi razlog umika iz čakalne knjige – **N11 brez navedbe razlogov?**

Torej izvajalci in ostale institucije ne uporabljamo istih pravilnikov?

Moram dodati, da se odpovedi brez navedbe razlogov v veliki večini podajajo nekaj ur pred določenimi termini, velikokrat v zgodnjih jutranjih ali poznih večernih urah.

Zapis v sistemu (Število dni do termina: 0).

Besna sem, ker se to dogaja vsakodnevno.

Po pregledu statistike za pretekli mesec, je brez navedbe razlogov ali brez odpovedi nasploh samo v naši ambulanti od zdravstvenih storitev odstopilo 6 vpisanih za prvi pregled,

28 vpisanih za kontrolni pregled, 9 vpisanih za preučevanje spanja in 4 vpisani za ultrazvok srca.

Niti predstavljati si ne upam, kakšen je izkupiček v veliko večjih ustanovah!

Rešitev za skrajšanje čakalnih dob, spoštovani akterji ZZZS, MZ in NIJZ, ni v velikih projektih nadgradnje nadzora izvajalcev.

Edina rešitev je poštena predstavitve krivde javnosti – ljudem, ki jo nosijo posamezniki sami. In ni jih malo.

Mogoče se trudite in napišete kakšen pravilnik tudi za uporabnike zdravstvenih storitev. Preprost, razumljiv in primeren za vsako gospodinjstvo. V primeru neupoštevanja navodil, priporočil in pravil bi bilo smiselno uvesti temu primerne

sankcije za kršitve in vzorčno obnašanje.

Ob pomembnem odnosu izvajalec (zdravnik) – uporabnik (bolnik) je nujno treba doseči visoko moralno zavedanje odnosa izvajalec – uporabnik zdravstvene storitve.

Predlagam, da vam pomagajo mediji. Oni imajo to moč.

Srčno upam, da vam uspe.

Odgovorna za vodenje čakalne knjige v Zavodu

Barbara K.

P. S. Kot lastnik podjetja in glavni odgovorni nosilec koncesije iz pneumologije popolnoma soglašam z izpovedjo sodelavke.

Samo v razmislek.

Naša visoko specializirana sodelavka uporabi polovico delovnega časa

za vodenje čakalne knjige in urejanje čakalnih seznamov, sam kot zdravnik specialist pa vsaj 10 % svojega delovnega časa za trižiranje napotnic pacientov.

Svoj delovni čas bi veliko raje uporabil samo za zdravljenje pacientov in ne nazadnje s tem veliko uspešnejše skrajševal čakalne vrste.

Zaposlovanja dodatnih zdravstvenih sodelavcev, ki bi pokrili izpad zaradi vodenja in urejanja čakalne knjige, si ne moremo privoščiti zaradi finančno točno odmerjenih kadrovskega normativov, ki nam jih standardizirano določa ZZZS.

Prepričan sem, da bi poenostavljen sistem naročanja koristil vsem.

*Zavod Pulmoradix
Prim. mag. Igor Koren, dr. med.*

Koncesionar pri psihiatru

Jože Kociper

Draga kolegica psihiatrinja in kolega psihiater! Prihajam brez napotnice. Kolega profesor, ki ga zelo cenim, mi je priporočal obisk pri vas. Ker sem imel malo treme, sem si napisal kratko anamnezo, da česa ne pozabim povedati.

Sem koncesionar in psihiater. Zasebnik v Sloveniji, v srednji Evropi.

Star sem 30 let, do zdaj sem kar dobro živel. Predvsem prvih 10 let je bilo zelo dobrih, zadnjih 10 let je pa kriza, najbolj zadnja tri leta, zato prihajam sem. Ker potrebujem pomoč. Veste, kako težko je doktorju iti na pregled? No, pa to bi še šlo, če je nujno potrebna diagnoza. Res me bega, ker ne vem dovolj o sebi in svoji bolezni! Morda sem na smrt bolan ali celo obsojen na smrt?

Ampak poleg diagnoze še iskati pomoč! To pa je zame preveč – že kot psihiater sem stigmatiziran, vsaj tako

kot moji pacienti. K nobenemu državnemu ali zasebnemu psihiatru v Sloveniji ne upam iti. Veste, ne zaupam. Morda bi še šel h kakemu staremu, izkušenemu zdravniku, takemu za dušo. K drugim psihiatrom pa ne upam, ker me nobeden ne pozna in me ne bo razumel.

Zdaj kljub odporu prihajam k vam, kot koncesionar. Mislim, da sem zbolel. Že od začetka sem preveč stigmatiziran. Čeprav sem izvorno državnega porekla, me imajo za privatnika in prisklednika, ker naj bi izkoristil državne jasl.

Moj oče je bil velik državnik, doktor Drnovšek. Po enem obisku evropskih institucij je kar dovolil in spodbudil koncesije v zdravstvu, da bi šli vstrib z Evrope. Moja mati je ZZZS, stara že osemdeset let, in je zato kar zahtevna mati – včasih pa je kot socialistična mačeha. Vse mora biti

točno tako, kot ona zapiše z dragim, socialističnim črnilom. Babica pri rojevanju koncesij pa je bila Zdravniška zbornica. Njej se še zdaj smilim, a nič ne more ...

Kot sem rekel, otroštvo je bilo sijajno, napovedovalo je čudovito prihodnost. Dobro sem se razvijal, gradil zdravstvene prostore, uvažal nove, deficitarne dejavnosti, zaposloval kolegice in kolege. Delal sem več kot prej v državnem zdravstvu. No, če je bilo na kartico ZZZS vse narejeno, sem delal še kaj na »keš«, samoplačniško. Največkrat se tako plačuje za preskakovanje čakalne vrste. Tako sem moral na kartico delati še več. Hodil sem na izobraževanja v tujino, da je bilo že skoraj preveč. No, potem so to farmacevtskim podjetjem in tudi nam odvzeli, ker je bilo preveč pohujšljivo za gledalce. Zdaj pa se učim sam, kot vem in znam. In kolikor si plačam.

Potem so prišla odrasla leta. Vse več sem delal za isti denar, a še zmeraj

sem delal več kot oni pri državnih jaslih. Deset, dvajset odstotkov letno več, kot je bil plan ... Seveda je bil plačan samo socialistični plan, in to 100 %. Šele zadnje mesece, po koroni, sem dobil plačano, kar sem naredil. No, saj sem tudi jaz pri istih državnih jaslih. Plačan sem enako, točke so enako vredne za vse v javni mreži. 75 % plačila gre pri koncesionarju za plače. Ostalih 25 % bogastva je morda problem za gledalce. S tem denarjem moram skrbeti za vse, za vsak račun. Ne le za pisarniški papir, celo za toaletni papir – saj veste, kak problem je bil v času korone ta papir, če ga je zmanjkalo.

Podrejen sem direktno ministru. To je bilo z ene strani super. Pred nekaj leti mi je en naš minister ukazal, da so vse dolgoletne srednje medicinske sestre vredne naziva diplomirana medicinska sestra, in sem to naredil in tudi plačo sem ji dal višjo. Pred dvema tednoma pa sedanji prvi minister ukaže, da bi lahko imel administratorko namesto sestre. In naj ji dam temu ustrezno nižjo plačo. To je zelo nerodna in neustrezna reč. Zanj in zame. Saj sem že jaz o,16 administratorja za vse nezdravstvene zadeve, kot je bilo določeno v začetku. Ne vem, ali prav dojemam, kaj se dogaja z ambulantno.

Potem so me vse bolj stigmatizirali v javnem diskurzu, da sem pohlepen privatnik – zasebnik, da odžiram delo in denar državnim kolegom in delam iz njih dvoživke. Sprašujem se, kaj slabega delam, da sem javno obsojen na propad. Kje škodim državi, katerim pacientom delam slabo? Samo zato, ker sem in hočem ostati koncesionar? Zakaj me hočejo zapreti? Ali sem komu stopil na žulj ali mu prebujam vest, ker mu kažem, koliko se da pridobiti iz državnega denarja? Ali ker ne morem za 3 ali 4 tedne v enem kosu na letni dopust, ker sem dolžan biti stalno prisoten, imeti 24 ur prižgan računalnik, če se bo na primer nekdo opolnoči spomnil, da se naroči ravno pri meni? In ker ne smem biti bolan – no, to sem že lahko, le bolniške ne smem izkoristiti, ker bi potem

po vrnitvi iz bolniškega staleža še enkrat zbolel zaradi zaostalega dela.

Lani mi je minister prepovedal dodatno zaposlovati kolege doktorje iz državnega zdravstva. Letos mi je minister, ki mu je koncesionarstvo blizu, to še enkrat zabičal: nobenega državnega doktorja nikoli več vabiti k sebi. Da ne rušim javne mreže v domovih. Sicer ne dobim vsega denarja od koncesije. In seveda kolega iz državnega zdravstva lahko zaradi mene izgubi službo. Potrjeno nedavno na Ustavnem sodišču! Psihatri in koncesionarji ne smejo več sodelovati. To je smrtno nevarno za obe strani!

Pred nekaj leti mi je nepričakovano – oče ali mati, ne vem, kdo, morda oba, dal slabo prognozo, da bom živel le še približno 10 let, do 2032. Prej sem se tako veselil življenja in dela, zdaj pa ne vem, kaj bo z mano. Po dobrih 30 letih bom umrl. Še svojih prvih otrok ne bom dočkal. Počutil sem se kot Janko in Metka, ki jima starši pravijo, da ju sicer marajo, a ju zaradi drugih otrok odpeljejo v gozd in ju izpostavi! To me je strlo kljub vsem moralnim in pravnim garancijam glede retrogradnosti. Zdaj sem čez noč ostal prognostično brez pravic. Še v Bruslju se ne morem pritožiti, čeprav sem se hotel, kajti naši veliki igralci so začeli spreminjati pravila igre.

In glavno, ambulate ne morem predati nekemu mlademu psihiatru ali raje psihiatrinji v srednjih letih. Ki bi z veseljem delala vsaj do 65. ali 67. leta. Kot jaz nekoč na začetku, ko sem navdušen šel iz državnega zdravstva ... Zakaj sem šel od državnih jasli?

Hotel sem biti ustvarjalen, delati več, česar mi v državnem zdravstvu niso dopuščali. Več je bilo za državne preveč. V koncesijski ambulanti sem predvsem bolj na voljo pacientom, brez kavic in tračev o drugih doktorjih ... in res ne pijem več kave, samo še čaj.

Ne smem in ne upam več dodatno zaposlovati, a istočasno ne delati premalo, ker potem ni polnega plačila vsak mesec. Koncesijsko ambulantno sem želel predati v roke mlajšim

kolegom, ki radi delajo ob svoji službi. Nobeden ni bil navdušen, vsak je raje odklonil, češ da je zadovoljen pri državnih jaslih in da je tam dovolj varno. Da tam ni sam, da ima nadomestilo, če na primer zbolijo. In da se ne bi ukvarjal s financami, no, vsaj s takimi malimi ne ... in da je težko biti odgovoren za vso ambulantno.

Vendar še zmeraj rad delam in še zmeraj naredim vse, kar moram. A zdaj imam dodatne obremenitve zaradi novih in novih predpisov: imeti moram orodje WebBI. Za spremljanje preko NIJZ.

In čakalne dobe in e-čakalni seznam in e-naročanje: v začetku, ko sem začel delati, skoraj ni bilo dolgih čakalnih dob. Potem pa se nabere več tisoč pacientov. Nekateri potrebujejo na kontrolnem pregledu toliko časa, kot da bi bili prvič pregledani. Ves čakalni sistem se je podaljševal. To je nekaj posebnega ravno pri psihiatri. Kaj šele, če se spogleduje s psihoterapijo ... Nobenega pregleda ne moreš vnaprej predvideti. Vsaj v minutah ne.

Moral sem se vključiti v 24-urno on-line povezavo, v hrbtnico zdravstva zNET, a ker večinoma nimam napotnic, v tej hrbtnici ne morem prebrati medicinskih zapisov o svojem pacientu. Še več, kljub temu moram vnesti vse svoje zapise v javni register CRPP. Zelo zaželeni in zaproseni so psihiatrični zapisi ...

Kako naj pišem v javni register vse o pacientu, saj so podatki res intimni? Saj še sodišč ne zanima anamneza, le dejstva ... Ali naj dam tja samo objektivni status? Kaj če bodo moji zapisi več povedali o meni kot o pacientu? Tako se šaljijo iz mene kolegi internisti. Da bo vsa vesoljna Slovenija videla, kaj in kako je z mojim izbranim pacientom, posebej če je to velika živina. Ali mi bo računalniška hiša pomagala delati oklepaje, da ne bodo prišle ravno vse informacije v znameniti oblak informacij o zdravstvenem stanju, kjer so intimne resnice strašno iskane ...

Na NIJZ so mi odgovorili, da to ni več tehnično vprašanje za njih. Zame je pa to eksistenčno vprašanje. Koga

naj prosim, da zaščiti moje zapise o pacientih? Varuh pacientovih pravic – kot jaz vidim – ne dojema teh težav pacientov, kakor tudi ne informacijska pooblaščenka. Vsi pacienti želijo in pričakujejo od mene, da jih ščitim. Da imamo dovolj varen odnos. Tudi Hipokrat in vsi moji učitelji so mi tako naročili in sem jim obljubil zvestobo. Hočem biti zaupen s svojim pacientom in ne bom raztrobil in raztresel po vseh oblakih, ki danes obstajajo, njegovih občutljivih osebnih podatkov. Pred osmimi leti smo od nekoga dobili zagotovilo, da psihiatrom ne bi bilo treba vnašati teh podatkov v sistem. A je bilo le ustno zagotovilo. Pisne uredbe so zdaj drugačne, treba se je vključiti. Glede ustnega zagotovila pa ne vem več točno, kdo ga je res dal ... morda vi veste?

In končno še plačilo in standardi za moje psihiatrično delo. Šest let imamo pripravljene nove standarde za prve preglede in kontrolne preglede. Enaki so za koncesionarja in psihiatra. Še zmeraj moram natančno in dlakocepsko seštevati razne točke, pa dobim na koncu zelo podobne seštevke tako na palec – pa imam samo ti dve enostavni storitvi in nobenih aparatov. Ali naj pošljem ministru še enkrat naš predlog za cenitev prvih pregledov in kontrolnih pregledov? Prvi pregled 60 minut ima eno ceno, kontrolni pregled 30 minut pa drugo ceno in to bi bilo dovolj za administracijo. Vse smo že dorekli leta 2017, pa nič. Normativi za ambulantne psihiatrične storitve čakajo na realizacijo. Če jih minister da iz predala na mizo ...

Psihiatrinja! Psihiater! Moj čas se izteka, ne bom več dolgo koncesionar. Ker me nihče ne mara, ne ata ne mama – in mladi psihiatri me nočejo

in se me bojijo. Verjetno me ne pozna. In oba, ata in mama, hočeta, da grem v globoko komo do 2032. Je to evtanazija za koncesionarja? No, pacienti pa mislim, da me imajo radi in so za to, da bi še živel vsaj do takrat. Ali da bi celo preživel – o tem sanjajo samo moji odvetniki, a se še niso zbudili. Ker ne vem, ali bom jaz ostal do takrat ... Počutim se kot Kalimero, ker sploh obstajam in ker me nihče noče in se mi dogaja krivica.

Kako naj nadaljujem s koncesijsko ambulanto v naslednjih nekaj letih? Bojim se, da ne sledim več popolnoma vsem novim zakonom, pravilom, dekretom in pogojem. Vse več je zakonov, vse manj je države.

In na koncu – komu v Sloveniji lahko predam ambulanto? Če sem s.p., je zgodba tako in tako končana. Ekonomisti se trgajo za koncesije. V tem še zmeraj vidijo priložnost. Ne pa psihiatri. Vidiijo, da je to samo obveznost z ostro določenimi pravili in financami, ki so vsem znane in se vse vidi na internetu. Umetnost je s temi financami zvoziti vsak mesec, izplačati plače in zadovoljiti FURS. Za prenos koncesije je treba dobiti od ministra vsa dovoljenja za delo, na primer za glavnega nosilca dejavnosti. Kot da se odpira koncesija na novo – seveda za preostali čas do 2032. Ne razumem, zakaj me zapirajo. In zakaj bi me najraje zaprli že zdaj, ko je pomanjkanje vseh zdravnikov? Kakšen privatni zločin sem naredil v svojem kratkem življenju?

Razmišljam raje o zaprtju, ker se že počutim kot v zaporu. Ne sanjam o smrti, o dobri smrti koncesionarja, ker kot zaveden psihiater ne želim delati socialnega samomora. Preveč bi prizadel svoje paciente. Komu bi potem ostale vse zgrajene in najete

ambulante? In oprema in zaposleni? In najbolj ključno: komu ostane odgovornost do obiskovalcev ambulant? To je moje ključno vprašanje in bolečina: da ni mogoče delati naprej in predati zdravega jedra ambulate naslednji generaciji. V koncesijsko ambulanto je marsikateri koncesionar vložil vse svoje premoženje in sposobnosti in dejansko ustvaril mini zdravstveni dom z mrežo pacientov, ki si zaslužijo oskrbo naprej.

Če povzamem: opisal sem svoje obremenitve in največjo preobremenitev, da ne vem, kako dolgo bom še. Bojim se, da gre za sistemsko bolezen. Ne samo koncesionarji, tudi psihiatri ste kandidati za to bolezen. Vsem se lahko zgodi, da bo država ravnala z nami kot z lutkami. Počutim se obupan kot Janko in Metka, ki so ju starši zapeljali daleč v gozd, ker ju niso mogli preživljati ob ostalih otrocih. Na tej usodni poti sem v gozdu trosil drobtine. In po tej poti drobtin bi rad prišel nazaj do dobrega očeta in mame, kot sta bila do nas v začetku. Ali sanjam? Ali me lahko vi rešite teh mojih iluzij, če so res to?

Kakšno zdravilo torej potrebujem? Ali je potrebna sprememba življenja? Ali mi lahko psihiatri sploh pomagata? Ali naj grem kar k politiku, ki me je ustvaril, in me zdaj njegov potomec ne potrebuje več?

Hotel sem se samo malo olajšati pri vas, ker mi je iz dneva v dan težje. Panika me lovi. Na smrt se bojim ... Kaj mi svetujete? Ali mi lahko pomagata? Ali mislite, da bom živel, vsaj do 2032?

Jožef Kociper, dr. med., Le SKUPAJ,
psihiatrična ambulanta, psihoterapija,
svetovanje in ostale storitve, d.o.o.,
Radenci

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

Razvoj kolposkopije v Mariboru

Andraž Dovnik, Andrej Cokan, Leyla Al-Mahdawi, Jure Knez, Maja Pakiž, Darja Arko, Tatjana Kodrič, Iztok Takač

Kolposkopija je diagnostična preiskava, pri kateri s pomočjo kolposkopa pregledujemo zunanje spolovilo, nožnico in maternični vrat pod povečavo. Kolposkop je optična naprava, sestavljena iz stativa in glave s sistemom leč, izvorom svetlobe, zelenim filtrom in mehanizmom za premikanje glave. Med kolposkopijo uporabljamo 7,5–15-kratno povečavo. Večjo, 20- do 30-kratno povečavo uporabljamo pri ocenjevanju žilja. Kolposkopija je subjektivna metoda, ki je lahko povezana z lažno pozitivnimi in lažno negativnimi rezultati. Njena občutljivost za zaznavanje predrakastih sprememb na materničnem vratu je 80 %, specifičnost pa 60 %. V Sloveniji se kolposkopija uporablja v skladu s Smernicami za celostno obravnavo žensk s patološkimi brisi materničnega vratu, ki so v veljavi od leta 2011.

Začetnik kolposkopije je Hans Hinselman (1884–1959). Leta 1924 je uporabil Leitzeve (Ernst Leitz, 1871–1956) binokularne leče ter jih povezal z virom svetlobe. Med preiskavo je uporabljal ocatno kislino ter opisal značilnosti normalnega in abnormnega epitelia.

Kolposkopsko preiskavo ter citološki pregled brisa materničnega vratu je v Mariboru uvedel prim. Franc Rostaher, dr. med. Brise materničnega vratu so pregledovali v Laboratoriju za

ginekološko citologijo, ki je bil v Splošni bolnišnici Maribor ustanovljen leta 1955.

Brise so v Mariboru sprva analizirali prim. Franc Rostaher, dr. med., Stane Urbančič, dr. med., doc. dr. Alemka Saks, dr. med., in Bertram Venigerholz, dr. med. Doc. dr. Alemka Saks, dr. med., je bila briljantna strokovnjakinja, znanstvenica in predavateljica, zato je uspešno usklajevala in vodila delovanje laboratorija in dejavnost kolposkopije vse do svoje upokojitve leta 1990. Decembra 1981 je z delom v laboratoriju začela prim. Tatjana Kodrič, dr. med., specialistka ginekologije in porodništva. Prim. Kodrič je v Zagrebu opravila podiplomski študij iz medicinske citologije in potem dolga leta uspešno vodila Laboratorij za ginekološko citologijo. V letih 1997–2001 je sodelovala v projektni skupini programa ZORA za področje citologije. Leta 2002 je pripravila in nastavila prvi kolposkopski karton v naši ustanovi in tako postavila temelje za ustanovitev kolposkopske ambulate. Ambulanta je bila ustanovljena v okviru Oddelka za ginekološko onkologijo in onkologijo dojke z namenom učinkovitejše triaže bolnic s cervikalno patologijo. Ambulanta od takrat dalje aktivno deluje, prim. Kodrič pa je njena duša in srce. Svoje obsežno znanje in bogate izkušnje nesebično prenaša na sodelavce, mlajše kolegice in kolege, ki se na naši ginekološki kliniki izpopolnjujejo s področja citodiagnostike in kolposkopije. Na podlagi njenega dela sta se znanje in organizacija kolposkopske ambulate razširila tudi v ptujsko regijo. Prim. Kodrič je strokovnjakinja, ki nam s svojimi bogatimi izkušnjami stoji ob strani in svetuje v najtežjih primerih.

Število obravnav v kolposkopski ambulanti Klinike za ginekologijo in perinatologijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor se iz leta v leto povečuje in ambulanta je v zadnjih letih prerasla ozke okvire ambulantnega dela ter postala referenčna točka za vzhodno Slovenijo. V letu 2002 smo zabeležili 345 prvih pregledov v ambulanti in 20 kontrolnih pregledov. V letu



Kolposkopski karton iz leta 1955

2012 smo zabeležili 691 prvih in 772 kontrolnih pregledov. Leta 2022 pa smo opravili 833 prvih pregledov ter 989 kontrolnih pregledov. V zadnjih letih beležimo povečano število napotitev iz murskosoboške, celjske in slovenjgraške regije. Vzpostavili smo sodelovanje s številnimi primarnimi ginekološkimi centri v naši in drugih regijah vzhodne Slovenije. Število napotitev se iz meseca v mesec povečuje, kar nakazuje na visoko raven zaupanja, ki ga primarne ambulate in sekundarne ustanove gojijo do našega centra.

Med delom v ambulanti si pomagamo z najsodobnejšo opremo. Prvi digitalni kolposkop z možnostjo prenosa kolposkopskih slik v računalniški sistem ter multidisciplinarne obravnave smo v ambulanti dobili leta 2007. Od takrat smo kolposkop zamenjali še dvakrat, nazadnje v začetku leta 2023. Najnovejši kolposkop omogoča prenos slike s kolposkopa na vse računalnike na oddelku. Slike so vidne vsem zdravstvenim delavcem z omogočenim dostopom. Ambulanta je opremljena tudi s sodobnim UZ-aparatom, ki omogoča celovit pregled žensk s patologijo materničnega vratu v enem samem obisku.

Po prvem kolposkopskem pregledu, odvzemu citološkega brisa, HPV-testa in/ali biopsij zdravnik vedno pripravi kolposkopski dodatek z nasvetom, kako naprej. V zadnjih 10 letih se je število teh dodatkov več kot podvojilo. Če se svetuje operativni poseg ali je odločitev o nadaljnjih ukrepih težja in zahteva osebni posvet, pri nas žensko vedno povabimo na osebni pogovor, ne vrača se je izbranemu ginekologu, dokler se ne konča zdravljenje ali aktivno spremljanje, ki zahteva izkušnje kolposkopista. Med pogovorom pacientkam natančno predstavimo principe razvoja, napredovanja in zdravljenja predrakavih sprememb materničnega vratu ter jim osebno svetujemo. Ko je potrebno, se vedno opravi multidisciplinarni posvet med citologom, patologom in ginekologom. Mnenje o

nadaljnjih ukrepih pogosto poda oddelčni konzilij, kjer dokumentacijo in/ali slike materničnega vratu bolnice pregleda več specialistov ginekologije in porodništva. Če je potrebno, tesno sodelujemo tudi s porodničarjem ali specialistom za zdravljenje neplodnosti.

Med delom v ambulanti sledimo najnovejšim trendom obravnave predrakavih sprememb na materničnem vratu, nožnici in zunanjem spolovilu. Na letnem nivoju obravnavamo 100–120 bolnic z visoko tvegano displazijo materničnega vratu (CIN2+). Prihodnost obravnave višjih stopenj displazije materničnega vratu se usmerja v bolj individualno obravnavo. Kirurško zdravljenje ni potrebno pri vseh CIN2 in CIN3. Predvsem

zmerna displazija materničnega vratu (CIN2) ima visoko stopnjo spontane regresije, ki se po podatkih literature giblje okoli 65 %. Leta 2018 je bila objavljena velika metaanaliza 36 raziskav, v katero je bilo vključenih 3160 bolnic s CIN2 (7 randomiziranih raziskav, 16 prospektivnih kohort in 13 retrospektivnih kohort). Pri celotni skupini obravnavanih žensk je prišlo po 24 mesecih opazovanja v 50 % do regresije sprememb, 32 % sprememb je vztrajalo, 18 % pa napredovalo v CIN 3+ (CIN 3 ali invazivni rak). Takrat smo tudi v našem centru pri nekaterih ženskah začeli s konservativno obravnavo CIN2. Doslej smo konservativno obravnavali 81 bolnic, ki so vključene v raziskavo z naslovom »Metilacija v napovedovanju progno-



Ekipo Oddelka za ginekološko onkologijo in onkologijo dojk. Sedijo (z leve): Maja Pakiž, Tatjana Kodrič. Stojijo (z leve): Andraž Dovnik, Mateja Bohorč, Andrej Cokan, Leyla Al-Mahdawi, Jure Knez.

ze nezdravljene cervikalne intraepitelijske neoplazije druge stopnje (CIN 2)«. Raziskava poteka v sodelovanju z Inštitutom za mikrobiologijo in imunologijo Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, kjer izvajajo analizo metilacije FAM19A4 in hsa-mir 124-2 ter genotipizacijo HPV. Pri obravnavi nizko tveganih displazij sledimo Smernicam za celostno obravnavo žensk s patološkimi brisi materničnega vratu.

Naš kolposkopski center se ponaa z obsežno znanstvenoraziskovalno dejavnostjo. V preteklosti je bila v našem centru izvedena raziskava zdravljenja visoko tveganih sprememb na materničnem vratu z imikvimodom, vključujemo pa se tudi v

nacionalne raziskave pod okriljem presejalnega programa ZORA. Naša ustanova je bila ena izmed osrednjih sodelujočih ustanov v pilotni raziskavi za vključitev tekočinske citologije v presejalni program ZORA. Sodelujemo tudi v raziskavah o vplivu dvojnega barvanja citološkega brisa materničnega vratu p16/Ki67 na detekcijo visoko tveganih displazij na materničnem vratu.

V regiji skrbno spremljamo in sodelujemo pri pripravah nacionalnih sprememb na področju presejanja in obravnavanja predrakavih sprememb na materničnem vratu in menimo, da lahko z našimi bogatimi izkušnjami prispevamo h kakovosti načrtovanih ukrepov. V načrtu imamo stalne

izboljšave v dobro žensk, ki jih obravnavamo.

Doc. dr. Andraž Dovnik, dr. med.,
UKC Maribor

Asist. dr. Andrej Cokan, dr. med.,
UKC Maribor

Leyla Al-Mahdawi, dr. med., UKC
Maribor

Doc. dr. Jure Knez, dr. med.,
UKC Maribor

Doc. dr. Maja Pakiž, dr. med.,
UKC Maribor

Prof. dr. Darja Arko, dr. med.,
UKC Maribor

Prim. Tatjana Kodrič, dr. med.,
ZD Lenart

Red. prof. dr. Iztok Takač, dr. med.,
v. svet., UKC Maribor, Medicinska
fakulteta Univerze v Mariboru

Politična in nepolitična zloraba psihiatrije

V spomin nemočnim, ki jim ni bilo dano, da se sami postavijo zase

Robert Oravec

Philippe Pinel je bil po zmagi velike francoske revolucije, avgusta 1793, imenovan za »bolnišničnega zdravnika«, nekakšnega komisarja za javno bolnišnico Bicêtre. Pomembno je vedeti, da te »splošne bolnišnice« sploh niso delovale kot ustanove za zdravljenje. Dejansko so bile odlagališča za deviantne osebe širokega spektra, od duševnih bolnikov do brezdomcev, nasilnih postopačev, prostitutk, beračev ... Če so kraljevi orožniki ocenili, da je nekdo moteč za mir in varnost, so ga zaprli v »bolnišnico« brez pravic do pritožbe ali odpusta. V času revolucije je bilo v bolnišnico Bicêtre nameščenih približno 4000 zaprtih oseb, kriminalcev, nepomembnih prekrškarjev, sifilitikov in okoli 2000 duševnih bolnikov. Politiki, ki so podprli Pinela, so

pričakovali od njega nekakšno terapevtsko pobudo, zdravstveno reformo te razvpite ustanove. Kmalu po imenovanju se je pozornost Pinela usmerila na 7. oddelek bolnišnice, kjer je bilo zaprtih 200 duševno motenih oseb. Potem ko je zahteval poročilo o tem oddelku, je prišel v stik z upravnikom oddelka, Jeanom-Baptistom Pussinom. Pinel je visoko spoštoval njegovo laično znanje o obravnavi duševno bolnih. Pussin je razvil nenasilen, nemedikaliziran odnos do duševnih bolnikov, kar so kasneje poimenovali »moralna obravnavana«.

Čeprav je večino zaslug možno pripisati Pussinu, se zgodovina osredotoča na prispevek Pinela, ki naj bi lastnoročno osvobajal duševne bolnike njihovih verig. Dejansko je bil

Pussin tisti, ki je leta 1797 vzel okovje z nog duševnih bolnikov. To se je dogajalo, potem ko je Pinel prenesel svoj sedež v drugo bolnišnico, Salpêtrière. Zgodovinski trenutek osvobajanja duševnih bolnikov se je zgodil tri leta kasneje, šele potem, ko je Pussin sledil Pinelu v Salpêtrière. K Pinelovi karizmi je precej prispeval njegov sin ter njegov učenec Esquirol, eden od znamenitih in naprednih francoskih psihiatrov 19. stoletja.

V času svojega delovanja v bolnišnici Bicêtre je Pinel opravil z nazadnjaškimi načini zdravljenja, kot so puščanje krvi, odvajala ..., v prid stika zdravnika z bolniki. Bil je znan po tem, da je osebno obiskal vsakega bolnika, tudi po večkrat na dan. Zapisoval je svoja opažanja, uvedel je dokumentacijo za vsakega bolnika. To so bili prvi zametki medicinske dokumentacije, popisa ali zgodovine bolezni, kot jo poznamo danes. Leta 1795 je Pinel postal glavni zdravnik v bolnišnici Salpêtrière, kjer je potem ostal do svoje smrti. Bolnišnica je bila

v tistem času prava mala vas, s tisočermi zaprtimi osebami, zakoreninjeno birokracijo, bolnišničnimi oddelki, tržnico. V času Pinela so častne sestre opravljale negovalne naloge, kar je pogosto pripeljalo do konfliktov med redovnicami in Pinelom. V času službovanja v Salpêtrière je bil med drugim imenovan za profesorja medicinske patologije.

Foucault opisuje model Pinelovega delovanja. Pinel je vzpostavil režim, pri katerem je bila izpoved bistvenega pomena:

- norec se je moral prepoznati v obsodbi norosti, ki so jo izvršili nad njim,
- to je posledično sprožilo organiziranje obdajajočih struktur nadzora, sodbe in obsodbe,
- samodiferenciacija norca od zločincev je ustvarila »norca«
– duševnega bolnika in posledično tudi ustanovo za zaščito družbe pred norostjo.

Pinel je pustil za seboj pomemben vpliv na razmišljanje o duševnih boleznih. Uspešno je spremenil »blazneža« v duševnega bolnika, ki je potreben skrbi in razumevanja. S tem je veliko prispeval k medikalizaciji skrbi za duševne bolnike ter k razvoju stroke, ki je kasneje dobila naziv »psihijatrija«. Njegov prispevek je izrazito pomemben pri izboljšanju razmer v duševnih bolnišnicah, ki so jih v tistih časih imenovali »azili«. Njegov pristop je bil predvsem psihosocialno naravnan. Medicinska dokumentacija, ki je bila uvedena v njegovih ustanovah, je postala vzor in je prisotna še danes.

Razsvetljenstvo je imelo velik vpliv na odnos Philippa Pinela do duševnih bolnikov. V tistih časih je bilo kar nekaj zdravnikov, ki so neodvisno od njega ali pod njegovim vplivom pristopili k reformiranju ustanov za duševno motene. Njegov psihosocialni, moralni pristop je postal temelj za ravnanje z bolniki v francoskih azilih.

Čeprav je nedvomno, da je medikalizacija skrbi za duševne bolnike precej prispevala k humanizaciji tega

področja, Foucault opozarja, da rojstvo zavetišča (azila) predstavlja:

- novo obliko zapiranja,
- zaznamuje novo pomembnost doktorja medicine,
- zapiranje je odslej medikalizacija norosti, vendar avtoriteta doktorja ni zgolj zdravstvena,
- vloga zdravniškega poklica je, da priskrbi moralno in zakonsko garancijo za upravičenost zapiranja.

Osemnajsto in devetnajsto stoletje je čas velikega zapiranja drugačnih, za družbo motečih oseb, večinoma prepoznanih kot duševno motene osebe. Povsod po Evropi rastejo gromozanske psihiatrične ustanove, ki združujejo funkcijo bolnišnice in azila.

Z ustanovitvijo azilov, ki so sčasoma zrasli v psihiatrične bolnišnice in naposled postali klinike, je zdravnik pridobil novo funkcijo poleg zdravljenja. Postal je arbiter v presojanju duševnega zdravja in norosti ter potrebe o začasnem ali trajnem odvzemu svobode. Ne glede na naravnost, liberalnost pogleda na psihijatrijo in uporabnike, psihiatr še danes nosi to funkcijo arbitra, da odloča o zapiranju in odpusčanju ljudi iz psihiatričnih ustanov. Medtem ko je nekoč zdravnik, psihiatr, deloval kot izključni odločevalec, sodobni koncepti obravnave oseb z duševno motnjo prenašajo del te vloge na pravosodje.

V času razsvetljenstva se postopno ločuje razum od nerazuma. Norec ni več le tisti, ki je moteč za okolje ali nasilen, temveč tudi tisti, ki se ne podreja »realnosti«, kot jo dojema družba v določenem času. Miselni produkti, ki niso utemeljeni v dejstvih, kot na primer magično razmišljanje, praznoverje, blodnjavost, zaznavne motnje, pristanejo na robu družbenega diskurza. Nerazumno govorjenje, vedenje, ustvarjanje, predvsem vedenjska in miselna sprememba v vlogah in statusu, so postali nov kriterij za norost. Ob koncu 19.

stoletja se okrog »nerazuma« skristalizira diagnoza shizofrenije kot nove

psihopatološke danosti. Prav shizofrenija postane motnja, ki celo 20. stoletje polni psihiatrične bolnišnice in socialne ustanove.

Danes nihče več ne dvomi, da gre pri shizofreniji za genetsko determinirano nevrobiološko disfunkcijo, vendar je jasno, da brez utemeljitve »razuma« v dejstvih ni bilo mogoče prepoznati znakov te motnje kot odstopajočih.

Nemoč stroke, da bi našla ustrezno terapijo za duševne motnje, ki so v kakšnem desetletju popolnoma razgradile duševnost posameznika in ga obsodile na vegetiranje v azilih, je narekovala razvoj heroičnih in obenem izredno neprijetnih in nevarnih metod zdravljenja oseb z duševnimi motnjami. Odnos družbe in posledično tudi psihijatrije se vseskozi zrcali v razvrednotenosti, ničvrednosti, izključenosti oseb z duševno motnjo. Nacizem in stalinizem sta tisti ideologiji, ki odnos do duševnih bolnikov kot predstavnikov »nerazuma« razširita še na druge družbene subjekte, ki se ne prilagodijo in podredijo totalitarni ideologiji in družbeni realnosti. Totalitarna družba te elemente – kot nezaželene in ogrožajoče za monolitnost ideologije – izloči, zapre, ubije. Antipsihijatri 70. let prejšnjega stoletja prepoznajo močan družbeni vpliv na prepoznavanje oseb z duševno motnjo. Izpostavijo družbeni nadzor nad krhko družbeno realnostjo. Psihiater torej postane nekakšen »tih varuh razuma«. Prav ta vloga mu daje pravico presojeti, kdo je zdrav in kdo je tisti, ki ga je treba zapreti in zdraviti, saj predstavlja nevarnost za vase zagledano družbo.

Zanimivo je, da prav v totalitarnih psihiatričnih bolnišnicah mrgoli »nerazum«, saj totalitarnost že po definiciji onemogoča nastanek alternativnih stvarnosti. Krhkost realnosti, ki jo predstavlja in zagovarja psihijatrična ustanova, narekuje uporabo nasilja v zatiranju poskusov ustvarjanja drugačnih predstav o stvarnosti.

Po drugi svetovni vojni je psihijatrija vpeljala nekaj izredno neprijetnih bioloških metod zdravljenja, kot so

elektrokonvulzivna terapija, inzulinska koma terapija ter navsezadnje levkotomija. Neprostopovolnost pri izvajanju teh metod je spodbudila nekatere psihiatre in filozofe, da so se močno uprli uveljavljeni psihiatrični ideologiji in praksi. Tako je v 70. letih nastalo kontroveržno in od totalitarne psihiatrije osovraženo antipsihiatrično gibanje.

Na nastanek antipsihiatrične ideologije je močno vplivalo tudi dejstvo, da se je spoštovanju univerzalnih človekovih pravic najdlje upirala psihiatrija. Klasične, totalitarne zasnovane psihiatrične ustanove so dolgožive in trdožive, z močno inercijo, ki onemogoča revolucijske spremembe od znotraj. Za spremembo odnosa do oseb z duševno motnjo so nujne zunanje sile, ki vsilijo spremembe. Brez tega zunanjega vpliva so bili notranji poskusi vseskozi obsojeni na propad.

Med ostalim so protagonisti antipsihiatrije vzeli pod drobnogled psihiatrično epistemologijo. Medtem ko so druge veje medicine postopno postajale vedno bolj znanstveno utemeljene, je psihiatrija vseskozi tavalala v subjektivni presoji realnosti, zdravja in bolezni, kar je razumljivo, saj je področje duševnosti, duševnega zdravja in bolezni veliko bolj podvrženo subjektivnosti in družbenemu vplivu kot somatika.

Druga polovica 19. stoletja je bil čas, ko so se definirala osnovna psihopatološka stanja, kot so oblike shizofrenije, depresije, različne oblike nevroz. Carl Jaspers je šele leta 1913 objavil svoje delo o splošni psihopatologiji, v katerem je poskušal definirati patološke vidike človeške duševnosti v odnosu do zdrave duševnosti. Kljub dokaj jasnim predstavam o tem, katere so tiste dimenzije duševnosti, v katerih se lahko prepozna odstopanje od »zdravega«, je psihiatrija 20. stoletja zaznamovana s subjektivno in družbeno implicirano oceno »deviantnosti«, »norosti« in »nerazuma«.

Sociolog Rosenhan je leta 1973 izpeljal dva, danes že kulturna družbena eksperimenta. V prvem eksperimentu

se je on sam in sedem njegovih duševno zdravih sodelavcev prostovoljno prijavilo na sprejem v 12 psihiatričnih bolnišnicah po ZDA. Razlog za sprejem so utemeljili s tem, da so poročali, da slišijo glasove, ki govorijo »empty« in »hollow«. Vsi so bili sprejeti in zdravljeni z antipsihotiki, ob odpustu so večinoma imeli diagnoze »shizofrenija v izboljšanju«.

Rosenhan je leta 1973 objavil članek v časopisu Science z naslovom »Biti zdrav v nezdravem okolju«. Njegov zapis je bil zelo kritičen do negotovosti psihiatričnih diagnoz in predvsem do neprostopovoljne hospitalizacije. Njegov drugi eksperiment je le še podprl njegove trditve; izzval ga je ravnatelj znane psihiatrične bolnišnice, da naj pošlje svoje »pseudopacient«, ki jih bodo zagotovo prepoznali. Od 193 sprejetih oseb so psihiatri prepoznali 41 pseudopacientov, čeprav Rosenhan ni poslal nobenega.

Ti eksperimenti so imeli zelo močan vpliv na javno mnenje in so prispevali k znanstveni klasifikaciji duševnih motenj. Kljub ameriški in svetovni klasifikaciji duševnih motenj je zaščita družbe pred norostjo in deviantnostjo ostala vodilni element psihiatrične presoje.

To, da je antipsihiatrija prepoznala totalitarne sisteme kot civilizacijsko zlo, in postopna liberalizacija zahodne psihiatrije sta usmerila pozornost k dogajanju za železno zaveso.

V Sovjetski zvezi se je po vzponu Stalina na oblast začel teror nad prebivalci stopnjevat. Izobražencem je oblast dala jasno vedeti, da lahko ostanejo na svojih funkcijah le, če pristopijo k izgradnji nove družbene ureditve. Morali so sodelovati v političnem vodenju države. S temi predpostavkami so bili znanstveniki, umetniki in zdravniki prisiljeni sodelovati v nezakonitih, nemoralnih in težko sprejemljivih »projektihi«. V času druge svetovne vojne je tajna policija NKVD ustanovila psihiatrično bolnišnico v mestu Kazan. Uporaba psihiatrije kot ustanove za zatiranje

političnih nasprotnikov je delovala ne le pod Stalinovo oblastjo, ampak tudi kasneje, v času Hruščova in Brežnjeva. V tistih časih je imela ideologija veliko pomembnejšo vlogo kot znanost ali etični argumenti v regulaciji določenih vidikov sovjetske družbe. Ana Politkovska, ruska novinarka, ki je postala žrtev atentata, je v svoji knjigi Putinova Rusija razkrila, da se zloraba psihiatrije nadaljuje celo v času Putinovih vladavin. Isti forenzični psihiatri, ki so v času Sovjetske zveze delovali proti disidentom ter jih zapirali in zdravili proti njihovi volji, so ponovno stopili na svetlobo, da bi zaščitili ruskega častnika, ki je bil ovađen zaradi posilstva in umora čečenske mladostnice.

V 30. in 40. letih so v Sovjetski zvezi za zdravljenje shizofrenije najpogosteje uporabljali levkotomijo. Po letu 1950 so to metodo prepovedali, ker naj bi odstopala od refleksne teorije Pavlova. Zdravniki, ki so zagovarjali metodologijo psihokirurgije, so večinoma ostali brez zaposlitve.

V 70. letih se je stopnjeval pritisk helsinškega odbora, ki je nadzoroval kršitve človekovih pravic, zato se je pojavila potreba po novem načinu zatiranja politično neloyalnih prebivalcev. Sodišča so namesto zapornih kazni in deportacij v gulage začela izrekati ukrepe obveznega zdravljenja. Že najmanjša odstopanja od ideologije so lahko postala vzrok za psihiatrično hospitalizacijo.

Inštitut za forenzično medicino, poimenovan po ruskem psihiatru Serbskem, je bil ustanovljen v Moskvi leta 1921. Ustanovo je strogo nadziralo ministrstvo za notranje zadeve. Tajna policija je to ustanovo potegnila v politično zlorabo psihiatričnih bolnikov. Vodja četrte sekcije tajne policije dr. Lunts je bil tisti, ki je vodil proces transformacije psihiatrije v organ družbenega nadzora.

Profesor Morozov, ki je vodil to ustanovo, se je zato znašel v ospredju mednarodnega protesta v 70. letih. Podatki o delovanju ustanove so bili razkriti skozi zaporniški dnevnik

generala Grigorenka, ki je bil častnik visokega ranga, obenem pa tudi profesor kibernetike na vojaški akademiji. Leta 1961 je začel kritizirati režim Hruščova. Organiziral je skupine disidentov ter prispeval k opažanju in razkrivanju kršitev človekovih pravic v Sovjetski zvezi. Večkrat je bil aretiran, prisilno zdravljen na psihiatriji, predvsem na Inštitutu Serbsky. Že omenjeni psihiatri v službi komunističnega režima so ga deklarirali za paranoidnega blazneža. Kasneje so drugi psihiatri to diagnozo ovrgli. Leta 1977 je zapustil Sovjetsko zvezo in emigriral v ZDA, kjer je objavil svoje zapise iz časa, ko je bil zdravljen v sovjetskih psihiatričnih bolnišnicah. Ameriški in po letu 1991 tudi ruski psihiatri so potrdili, da general Grigorenko nikoli ni bolehal za duševno motnjo. Nevladne organizacije, kot je Helsinški monitor, so desetletja zbirale podatke o psihiatričnih zlorabah oporečnikov. Veliko teh zgodb je našlo pot do zahodnih medijev. Ti primeri so močno spodbudili kritičen odnos svetovne psihiatrične elite do dogajanja v Sovjetski zvezi.

V obrambo svojega početja je sovjetska psihiatrija razvila nove definicije shizofrenije, v smislu »lahke shizofrenije« (sluggish schizophrenia). Ta definicija je omogočala, da so kot duševno bolezen definirali asimptomatska, »skoraj normalna« stanja, da bi politične nasprotnike označevali kot osebe z »reformističnimi blodnjami«, »precenjevanjem lastne osebe«, »neustrezno adaptacijo na socialno okolje«.

Ministrstvo za notranje zadeve je ustanovilo osem političnih bolnišnic, ki so bile strogo varovane, izredno nasilne in brez resnega strokovnega vpliva psihiatrov. Bolniki so v teh ustanovah preživeli tudi po nekaj let, ne da bi vedeli, kdaj bodo odpušteni.

Te ustanove so delovale vse do leta 1988, ko jih je prevzelo ministrstvo za zdravje.

Reakcija na politično zlorabo psihiatričnih ustanov se je začela v 70. letih. Leta 1973 je časopis Guardian

objavil obsežen članek o tej temi. Sovjetski mediji so ažurno zavračali resnost teh trditev in Inštitut Serbsky proglasili za vodilno ustanovo v državi.

Forumi za nadaljnje reševanje teh problemov so postali kongresi Svetovnega psihiatričnega združenja. Kongresi v Mexico Cityju leta 1971, na Havajih leta 1977, na Dunaju leta 1983 in v Atenah leta 1989 so veliko prispevali k obsojanju tega početja. Havajska deklaracija je najpomembnejši prispevek k spoštovanju človekovih in pacientovih pravic s strani psihiatrije kjerkoli na svetu.

Zloraba diagnoz s strani sovjetskih psihiatrov potrjuje domneve antipsihiatrov, da je psihiatrija podrejena družbenim tokovom, ideologijam in da je politična manipulacija z znanstvenimi koncepti in strokovnimi entitetami realnost.

Čeprav si želimo zatiskati oči pred tem, je politična in tudi siceršnja zloraba psihiatrije v srednje- in vzhodnoevropskih deželah realnost preteklega družbenega sistema. Pomanjkanje oziroma neobstoj družbenega nadzora, poti pritožb, zagovorništva in totalitarna struktura psihiatričnih ustanov so dejstva, ki vedno in povsod omogočajo zlorabo uporabnikov psihiatrije.

Na madžarskem podeželju je Intaháza, dvorec, v katerem je ustanova za kronične psihiatrične bolnike. V tej ustanovi je dolga leta deloval sedaj že pokojni dr. Goldschmidt Dénes, ki je veljal za pionirja liberalne, psihoterapevtsko usmerjene obravnave oseb z duševno motnjo. Po spremembi družbenega sistema je združenje psihoterapevtov po njem poimenovalo prestižno nagrado, nato pa se je po odprtju arhiva tajne policije razkrilo, da je dolga desetletja deloval, kot agent madžarske tajne policije in je redno pisal poročila o svojih kolegih, celo o svojih pacientih. Čeprav je to odkritje zbudilo hud odpor v vrstah psihiatrov in psihoterapevtov, je vsem jasno, da je bil to čas, ko je režim dovolil delovanje ali ohranitev družbenega statusa le po

ceni takšnega ali drugačnega sodelovanja.

Sodeč po poročilih svetovnega združenja psihiatrov se v bivši Jugoslaviji naj ne bi dogajale zlorabe psihiatrije. Temu je težko verjeti, saj so bili pogoji v družbi in psihiatriji enaki kot v drugih socialističnih državah.

Kot zlorabo lahko štejemo nepotrebne hospitalizacije proti volji, postavljanje neugodnih diagnoz z namenom diskreditacije, spremembe diagnoz, da bi te ustrezale političnim in varnostnim strukturam, psihokirurške posege ali elektrokonvulzivno terapijo brez pristanka, sicer pa tudi razbremenitev oseb kazenske odgovornosti ali omogočanje umika na psihiatrijo pred kazenskim pregonom ali prestajanjem zaporne kazni.

Svojčas je bilo psihiatrično sodno izvedenstvo rezervirano izbranim, partijski politiki zvestim kadrom, predstojnikom psihiatričnih bolnišnic ter drugim eminentam. V času svoje kariere sem slišal precej zgodb o takšnih in drugačnih zlorabah moči, ki jo ima psihiatrija.

Politični vpliv lahko razumemo celo v smislu, da režim zaščiti »lojalne« osebe, ki so storile kakšno moralno nesprejemljivo, nestrokovno ali celo kaznivo dejanje. Pred leti mi je bil omogočen vpogled v sodni spis iz leta 1980, ki priča o tem, da je sodni izvedenec psihiatrične stroke zaščitil zdravnika, ki je zlorabil svojo pacientko. Po ustavitvi kazenskega postopka je zdravnik nadaljeval s svojim početjem, puščajoč za seboj uničena človeška življenja in po moji vednosti vsaj dva samomora. Do sodnega epiloga je prišlo šele po skoraj tridesetih letih, in to na pobudo pacientke, ki je na telefon posnela početje te osebe.

K pisanju tega prispevka me je spodbudila pacientka, ki je v sklopu psihoterapevtske obravnave razkrila travmatsko izkušnjo v povezavi z že omenjenim zdravnikom. Telesna zloraba se je zgodila pred dolgimi leti, vendar jo je zaznamovala za vse življenje. Tragično je, da je v svoji prizadetosti zgodbo obdržala zase in

se ves čas soočala z nemočjo in uma-zanostjo.

Razkritje politične manipulacije s psihiatrijo v Sovjetski zvezi in drugih državah vzhodnega bloka je prispevalo k ozaveščanju o občutljivosti psihiatrije tudi v drugih državah ter je v veliki meri pripomoglo, da je prišlo v 80. letih do ozaveščanja o omejevalnosti in posledični nehumanosti psihiatričnih ustanov tudi v drugih srednje- in vzhodnoevropskih državah. Pojavila se je potreba in intelektualna sila za spremembo teh ustanov in obravnav. Osebnostno pripadam generaciji psihiatrov, ki smo si že v času študija zastavili cilj, da si bomo prizadevali za humanizacijo psihiatrije.

Vesel in zadovoljen sem, da smo pred leti končno dobili sodoben zakon o duševnem zdravju, ki vsaj do neke mere onemogoča zlorabe uporabnikov psihiatrije. Nevladne organizacije in družbena omrežja so končno porušili visoke stene okoli psihiatrije. Uporabniki so postali bolj glasni, ozaveščeni glede svojih pravic in možnosti zlorabe s strani psihiatrije.

V Sloveniji so tragične zgodbe iz preteklosti na žalost še bolj ali manj nerazkrite. Če bo prva generacija akterjev odnesla te zgodbe v grob, bo ostalo le trpljenje tistih, ki so žrtve takšnih ali drugačnih zlorab, ter njihov vpliv na pripadnike naslednjih generacij.

Čeprav se je profesor Lokar po osamosvojitvi močno trudil izpeljati reformo za liberalizacijo slovenske psihiatrije, so se te reformistične težnje na žalost izničile kmalu po njegovi prezgodnji smrti. Mnogi smo občutili, da je prišlo do prevlade konservativnih elementov, kar je prispevalo k temu, da je večina liberalnih, psihoterapevtsko usmerjenih kadrov zapustila javne ustanove, drugi pa smo ostali v senci, brez možnosti soodločanja. To se začenja spreminjati šele zadnja leta, ob spremembi generacij.

To, da sem kot mlad psihiater upal opozoriti na očitne kršitve strokovnih in etičnih načel v svojem delovnem okolju, je imelo po eni strani katastrofalen vpliv na mojo strokovno kariero, po drugi strani pa sem hvaležen vsem tistim, ki so mi

metali polena pod noge, saj brez njihove »pomoči« najbrž nikoli ne bi dozorel v človeka, kot sem. Še posebej sem hvaležen, ker so me moje izkušnje usmerile v delo z osebami s hudimi travmatskimi izkušnjami.

Nekoč sem prebral, da če se nič ne naučimo iz zgodovine, potem se pogosto zgodi, da se ta ponavlja. Velikega pomena je, da se zavedamo tistih dejavnikov v psihiatriji in psihoterapiji, ki še vedno omogočajo takšno ali drugačno zlorabo ali izkoriščanje oseb, ki potrebujejo našo pomoč in podporo. Naša dolžnost je, da brezpogojno podpiramo osebe, ki so nam zaupale svoje stiske in probleme, ter da si prizadevamo za humanizacijo odnosa do uporabnikov psihiatrije. Včasih z žalostjo v srcu pomislim, koliko trpljenja bi prihranili, če bi dajali prednost osebami, ki so nam zaupale svoje življenje, pred lažno lojalnostjo do kolegov, ki si tega niso zaslužili.

**Doc. dr. Robert Oravec, dr. med.,
spec. psih. – psihoterapevt,
Psihiatrična bolnišnica Ormož,
robert.oravec@siol.net**



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.zdravnikazbornica.si se vam s klikom na gumb »Prijava« v desnem kotu zgoraj odpre prijavní 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

33. evropski kongres za klinično mikrobiologijo in infekcijske bolezni

Köbenhavn, 15.–18. april 2023

Irena Grmek Košnik

Kongres je potekal v hibridni obliki, se pravi, da so bili udeleženci lahko fizično prisotni ali so spremljali predavanja po spletu. Prijavljenih je bilo 15.777 udeležencev iz 146 držav. Vzporedno je potekalo 58 simpozijev. Od 6.375 prispevkov je bilo sprejetih 4.493 (70,5 %). Po številu prispevkov vodijo Španci, Italijani in Angleži. Veliko udeležencev kongresa je bilo iz držav tretjega sveta.

Prvo predavanje, ki sem se ga udeležila, je bilo o smernicah Evropske komisije za ugotavljanje občutljivosti za protimikrobna zdravila (EUCAST). To so evropske smernice za testiranje občutljivosti bakterij za antibiotike in so za klinične mikrobiologe izrednega pomena, saj narekujejo, kakšne izvide podajamo naročnikom mikrobioloških preiskav. Prof. Christian Giske je v uvodnem predavanju prikazal, da so smernice EUCAST v Evropi vsesplošno sprejete. Države, ki jih še ne upoštevajo, so samo Bosna in Hercegovina, Romunija, Ukrajina in Belorusija. Disk difuzija je splošno sprejeta metoda testiranja občutljivosti bakterij za antibiotike v Evropi. Večina evropskih držav ima nacionalna združenja, izjemi sta samo Bolgarija in Belorusija, kjer sta nacionalni združenji še v ustanavljanju.

V nadaljevanju smo šli skozi spremembe nove verzije standarda 2023. V novi verziji je bilo veliko narejenega glede mejnih vrednosti fosfomicina. Mejne vrednosti za fosfomicin ostajajo za *E. coli*, v oklepaju, za kombinacijsko terapijo pa za *S. aureus*, pri čemer je dnevni odmerek najmanj 16 gramov. Spremembe glede mejnih vrednosti so tudi pri kloramfenikolu. Učinkovitost kloramfenikola je negotova za stafilokoke, streptokoke A, B, C, G. S previdnostjo pa tudi glede uporabe za enterobakterije in pnevmokoke. Izboljšani podatki so glede mejnih vrednosti cefalosporinov za stafilokoke. Cefotaksim kot tudi ceftriakson sta indicirana za *S. aureus* samo ob povečani koncentraciji, pri čemer se delo

nadaljuje z navodili, ki bodo vključevala za ceftriakson dodatna opozorila. Predstavljene so bile smernice glede aminopenicilinov pri enterobakterijah, posebej diagram poteka za ampicilin in amoksicilin. Pri tem je bilo poudarjeno, da kategorija R velja za vse okužbe, za intravenozno obliko pa je S ali R glede na tip okužbe. Tako se za nezapletene okužbe urinarnega trakta, če je disk difuzija ali MIK občutljiv, lahko uporablja ampicilin ali amoksicilin v monoterapiji, obratno pa za sistemske okužbe v povečani koncentraciji in v kombinaciji z drugimi antibiotiki.

Testiranje za korinebakterije se je dopolnilo z novimi tabelami za *Corynebacterium diphtheriae* in *C. ulcerans*. Dodane so mejne vrednosti za benzilpenicilin in amoksicilin. Če je benzilpenicilin občutljiv, se rezultat prenese tudi na ampicilin, v primeru odpornosti pa se ampicilin testira oz. se sporoča kot odporen.

V letu 2023 se bodo v EUCAST še naprej ukvarjali z mejnimi vrednostmi za viridans streptokoke, posebej za primere endokarditisov. Razvili bodo metodologijo za testiranje *Nocardia spp.* in interpretacijo odmerkov antibiotikov za pediatrično uporabo. Glede mejnih con za ciprofloksacin za zdravljenje meningitisa, povzročene z *Enterobacteriales*, kjer mora biti nizka stopnja odpornosti za ciprofloksacin izključena, se zahteva izvedba MIC-testa ali presejalni test s pefloksacinom 5 µg.

Glede testiranja *N. gonorrhoeae* se razvija disk difuzijska metoda, ravno tako disk difuzijska metoda za benzilpenicilin za testiranje pri *S. pneumoniae* in vrednotenje metode za izvedbo antibiograma za cefiderocol.

V nadaljevanju je prof. Emmanuelle Cambau predstavila rezultate evropske harmonizacije testiranja mikobakterij, kamor je vključena tudi Slovenija oz. Klinika za pljučne bolezni Golnik.

Kot tretje predavanje v sklopu EUCAST je bilo predavanje grškega profesorja Josepha



Udeleženci kongresa iz Nacionalnega laboratorija za zdravje, okolje in hrano

Meletiadisa o fosfomicinu in mejnih vrednostih. Fosfomicin je organski fosfonat oz. majhna hidrofilna molekula. Njegovo delovanje temelji na inhibiciji prve stopnje peptidoglikana z ireverzibilno inhibicijo encima transferaze. Delovanje je hitro in baktericidno. Ima širok, toda spremenljiv spekter aktivnosti. Izloča se preko ledvic. Obstaja v dveh oblikah, in sicer kot oralna fosfomicin trometamol kalcijeva sol, ki se uporablja za nezapletene okužbe sečil in transuretralno perioperativno profilakso, ter iv. oblika fosfomicin disodium soli, ki pa se uporablja kot kombinirano zdravljenje različnih okužb, vključujoč pljučnico in druge okužbe spodnjega respiratornega trakta, ušes, nosu, žrela, osteomielitis, meningitis, kirurške okužbe, artritis, septikemij, diabetični ulkus, tifus.

Z oralnim fosfomicinom 3 g v enkratnem odmerku zdravimo nezapletene okužbe sečil. Intravenozno pa s standardnim odmerkom 16 do 18 g

na dan, razdeljenim v 3 do 4 odmerke. V EUCAST so s fosfomicinom opravili številna testiranja in določili epidemiološke mejne vrednosti. Ugotovili so, da mora disk fosfomicina za disk difuzijo vsebovati 50 µg glukoze 6 fosfata. Trenutno je validirana disk difuzija samo za *E. coli*. Posebnost odčitavanja antibiograma za fosfomicin je v tem, da ignoriramo izolirane kolonije znotraj zaviralne cone, za kar je potrebno izkušeno in izučeno osebje. Odpornost proti fosfomicinu je prirojena kot tudi pridobljena. Bakterije lahko posedujejo gen *FosA*, pri čemer je prisotnost tega gena pri vrsti *E. coli* 4,6 % in, obratno, pri nekaterih bakterijskih vrstah tudi 100 %, kot so *Providencia stuartii* ali *Klebsiella pneumoniae* (99,7 %) (Ito R et al., mbio2017). V *in vitro* modelu okužb mehurja so dokazali, da 3 g fosfomicina uniči 24 vrst *E. coli*, ki niso posedovale heteroresistence, ne pa *P. aeruginosa* kot tudi ne enterokokov.

Multicentrične klinične študije nezapletenih okužb sečil so pokazale, da je oralni fosfomicin v enkratnem odmerku 3 g enako učinkovit kot petdnevna terapija z nitrofurantoinom, če gre za okužbo z *E. coli*. Za ostale vrste bakterij je fosfomicin manj učinkovit, ker vključuje druge odpornostne mehanizme in se po delovanju hitro pojavijo odporni sevi. Fosfomicin se lahko uporabi v kombinaciji z ostalimi aktivnimi sestavinami za zdravljenje okužb, povzročenih z večkratno odpornimi bakterijami, pri čemer bodo potrebne še dodatne raziskave.

Zadnje predavanje v sklopu EUCAST je imel prof. Soren Gatermann, ki je opredelil mejne vrednosti v oklepaju. Občasno se dogodi, da se mejne vrednosti izkažejo za neustrezne, ker pa so ti antibiotiki še vedno potrebni, uporabljamo »S v oklepa-ju«, kar pomeni pogojno občutljiv. Tak primer so npr. aminoglikozidi, ki se uporabljajo samo v kombinaciji z drugimi antibiotiki ali v kombinaciji z drugo aktivno terapijo, tudi kirurško. Za okužbe sečil, če so napisane z »S v oklepa-ju«, se lahko uporabijo kot monoterapija, ker se zdravilo koncentrira v urinu.

V nadaljevanju sem poslušala številne sklope in pridobila številne ideje, v pogovorih s kolegi tudi številne koristne informacije. Vsekakor se je treba udeleževati največjega evropskega kongresa. Kot je dejala predsednica Evropskega združenja za klinično mikrobiologijo in infektivne bolezni (ESCMID) prof. Annelies Zinkernagel, je pomemben prav vsak od nas, ki deluje na področju klinične mikrobiologije in infektivnih bolezni. Seveda pa je pri tem poleg druženja in poznanstev najpomembnejše znanje, za katerega se je treba truditi, da ga pridobivamo, ohranjamo in tudi širimo naprej.

Prim. doc. dr. Irena Grmek Košnik,
dr. med., Nacionalni laboratorij
za zdravje, okolje in hrano

Fetalna kardiološka šola

Strokovno srečanje o diagnostiki in zdravljenju prirojenih srčnih napak pri plodu – Celje, 12. in 13. april 2023

Faris Mujezinović

Aprila letos je v Hotelu A, Petrovče, potekalo strokovno srečanje z naslovom Fetalna kardiološka šola, ki je pritegnilo približno 80 udeležencev z različnih področij medicine, predvsem ginekologije in porodništva, pediatrije, genetike in nevrologije. Hotel A, ki je zunaj mesta ob avtocesti, je s svojo moderno zgradbo in odlično dostopnostjo zagotovil idealno prizorišče za ta dogodek.

Strokovno srečanje se je začelo s pozdravnim nagovorom mag. Jakoba Korena, specialista ginekologije in porodništva ter predstojnika Ginekološko-porodniškega oddelka Splošne bolnišnice Celje. Nato so se udeleženci srečanja seznanili z najnovejšimi dognanji in pristopi na področju

fetalne kardiologije. Osrednja tema predavanj je bila diagnostika srčnih napak pri plodovih ter ultrazvočni prikazi v nosečnosti.

Srečanja so se udeležili številni strokovnjaki z različnih področij. Doc. dr. Samo Vesel, fetalni kardiolog, ki je prej delal na Pediatrični kliniki v Ljubljani, zdaj pa v Splošni bolnišnici Celje, je bil eden izmed ključnih predavateljev. Ustanovil je Center za fetalno kardiologijo, ki omogoča hiter dostop do natančne ocene morfologije plodovega srca in natančno svetovanje staršem o prognozi in nadaljnjem zdravljenju bodisi v nosečnosti bodisi po rojstvu.

Dr. Elisabeth Seidl-Mlczech, pediatriinja, ki se ukvarja s fetalno

ehokardiografijo na Dunaju, je prav tako delila svoje bogate izkušnje z udeleženci. Precej let se je izobraževala v Londonu na področju prenatalnega odkrivanja prirojenih srčnih napak in pridobila dragocene izkušnje.

Prof. dr. Faris Mujezinović, specialist ginekologije in porodništva ter predstojnik Oddelka za perinatologijo UKC Maribor, se poglobljeno ukvarja s prenatalno diagnostiko prirojenih nepravilnosti pri plodu, še posebej na področju presejanja nosečnic za prenatalno ugotavljanje prirojenih srčnih napak pri plodu. Tesno sodeluje z doc. dr. Samom Veselom pri odkrivanju srčnih nepravilnosti pri plodu, nadaljnji ultrazvočni diagnostiki v nosečnosti in odločitvah staršev glede vodenja nosečnosti. Oba strokovnjaka poskušata uvesti postavljanje sumov za

Ginekolog na primarni ravni:
Ultrazvočni pregled ploda

Porodničar v bolnišnici:
Postavitev suma na srčno napako ploda

Fetalni kardiolog:
Natačna diagnoza srčne napake ploda in svetovanje staršem

Postopek obravnave nosečnice od primarnega ginekologa preko bolnišničnega porodničarja do fetalnega kardiologa.

Foto: Faris Mujezinović.

prirojene srčne nepravilnosti že v prvem trimesečju nosečnosti in njihovo natančno opredeljevanje že v zgodnji nosečnosti. V svojem predavanju je govoril o tem, kaj ginekolog, ki posumi na srčno nepravilnost ploda, pričakuje od fetalnega kardiologa.

Ronald Mattern, strokovnjak za razvoj ultrazvočnih tehnologij, je predstavil svoje znanje in izkušnje na področju optimizacije ultrazvočnega aparata za prikaz ultrazvočne slike z visoko kakovostjo, kar olajša razpoznavo srčnih nepravilnosti tudi pri bolj zahtevnih pacientkah za ocenjevanje struktur ploda.

Izr. prof. dr. Karin Writzl, specialistka genetike, ki dela na Kliničnem inštitutu za medicinsko genetiko v Ljubljani, je govorila o pomembnosti obravnave staršev s plodom s prirojeno srčno nepravilnostjo pri specialistu genetike. Predavanje je vključevalo genetski vidik srčnih nepravilnosti, potrebo po invazivnih preiskavah, kot sta biopsija horionskih resic in amniocenteza, za odkrivanje genetskih bolezni, ki so prispevale k nastanku bolezni.

Marijana Vidmar Šimic, dr. med., je predstavila izjemno zahtevno področje motenj srčnega ritma pri plodu ter vodenje takšnih nosečnosti vse do poroda. Predstavila je primer nosečnosti, pri kateri je bil izid po zdravljenju s sodelovanjem porodničarjev iz Ljubljane in doc. Vesela izjemno dober.

Doc. dr. Tanja Premru Sršen, specialistka ginekologije in porodništva, nekdanja predstojnica Porodnišnice Ljubljana, ki ima ogromno izkušenj na področju prenatalne diagnostike plodovih nepravilnosti, je govorila o vlogi doplerske preiskave pri spremljanju stanja ploda s srčno napako in motenj v rasti.

Mirko Topalović, dr. med., pediater iz Ljubljane, in doc. dr. Barbara Gnidovec Stražisar, specialistka otroške nevrologije in specialistka pediatrije ter predstojnica otroškega oddelka Splošne bolnišnice Celje, sta govorila o vplivu prirojenih srčnih

nepravilnosti na nevrokognitivni izhod.

Udeleženci so se naučili veliko novega o diagnostiki srčnih napak pri plodovih ter ultrazvočnih prikazih v nosečnosti. Vsako predavanje je bilo polno informacij o številnih prirojenih nepravilnostih plodovega srca in sodobnih tehnikah za njihovo odkrivanje.

V Sloveniji se stopnja prenatalnega odkrivanja prirojenih srčnih napak giblje okoli 50 %, kar jo uvršča v skupino evropskih držav z dobrimi rezultati. Kljub temu so še možnosti za povečanje tega deleža, zato so takšna strokovna srečanja, kot je bila Fetalna kardiološka šola, ključna za izmenjavo znanja, izkušenj in najboljših praks med strokovnjaki z različnih področij.

Strokovno srečanje Fetalna kardiološka šola je bilo pravo prizorišče znanstvenega in strokovnega sodelovanja, kjer so udeleženci skupaj iskali rešitve za izboljšanje kakovosti obravnave nosečnic in plodov z nepravilnostmi. Zanimivo, živahno in prijetno vzdušje je omogočilo sproščeno komunikacijo in izmenjavo mnenj ter spodbujalo razprave o najnovejših dognanjih in pristopih na področju fetalne kardiologije.

Udeleženci so ob koncu srečanja izrazili veliko zadovoljstvo z njegovo organizacijo, vsebino predavanj in priložnostmi za mreženje. Poudarili so, da so pridobili dragocena znanja in izkušnje, ki jih bodo lahko uporabili v svoji klinični praksi. »Strokovno srečanje je bilo zame izjemno koristno. Naučila sem se veliko novega in pridobila dragocene izkušnje,« je povedala ena izmed udeleženk.

Organizatorji srečanja so že napovedali, da bodo zaradi pozitivnega odziva načrtovali podobna srečanja tudi v prihodnosti, z namenom širiti znanje in izkušnje na področju fetalne kardiologije ter spodbujati sodelovanje med različnimi strokovnjaki. Ta pristop bo pomembno prispeval k izboljšanju kakovosti zdravstvene oskrbe nosečnic in plodov z nepravilnostmi, kar bo vodilo k boljšim izidom

zdravljenja in napredku v prenatalni diagnostiki.

V prihodnje bomo še naprej spremljali razvoj in napredek na področju fetalne kardiologije ter se veselimo novih spoznanj, tehnologij in pristopov, ki bodo izboljšali zdravstveno oskrbo nosečnic in plodov z nepravilnostmi.

Izr. prof. dr. Faris Mujezinović,
dr. med., UKC Maribor,
faris.mujezinovic@ukc-mb.si

Zbornična izobraževanja za zdravnike in zobozdravnike

**Seminar iz nujnih stanj
v psihiatriji**

srečanje: 6. 6. 2023, 8.30–13.30, Zoom

Seminar je prednostno namenjen zdravnikom sekundarijem, ki opravljajo obvezni del sekundariata, udeležijo pa se ga lahko tudi ostali člani zbornice. Udeleženci seminarja bodo spoznali urgentna psihiatrična stanja in poti obravnave.

Predavatelj: Marko Saje, dr. med.**Delavnica za pripravo
strukturiranih intervjujev**

delavnica: 20. 6. 2023, 17.00–19.00, Zoom

Spoznajte, kako se pripraviti na strukturirani intervju in kako pridobiti poglobljeni uvid v kandidatove kompetence.

Delavnica je obvezna za člane, ki sodelujejo v izbirnih komisijah na izbirnih postopkih.

Izvajalec: Zavod Medicinski trenerji**Konferenca:
Ugovor vesti**

srečanje: 8. 6. 2023, 9.00–16.00,

hibridna izvedba, Domus Medica in Zoom

Na srečanju bodo med drugim predstavljene teme: Ustavni pravici do svobode vesti in do ugovora vesti (obseg, omejitve), Razrešitev konflikta ustavnih pravic na primeru pravice do zdravstvenega varstva in pravice do ugovora vesti zdravnika, Ugovor vesti zdravnika: teorija, kodeksi in nov izziv, Argumenti proti pravici do ugovora vesti zdravnika, Uveljavljanje pravice do ugovora vesti zdravnika v Sloveniji - postopek za zapis ugovora vesti. Predstavljene bodo ureditve ugovora vesti na Hrvaškem, Nizozemskem, v Avstriji in Švici ter stanje ugovora vesti zdravnikov v Sloveniji po podatkih registra zdravnikov.

Organizator: Zdravniška zbornica Slovenije**Klinični izzivi
v antikoagulacijskem
zdravljenju**

srečanje: 22. 6. 2023, 19.30–20.30, Zoom

Zdravniška zbornica Slovenije v sodelovanju s Sekcijo za antikoagulacijsko zdravljenje pri SZD pripravlja redna virtualna srečanja s področja antikoagulacijskega zdravljenja.

Reševali bomo probleme protitrombotičnega zdravljenja pri bolnikih, ki utrpijo veliko krvavitev ali trombembolični zaplet, bolnikih, ki jih čaka operacija, in pri starejših in krhkih bolnikih. Izbirali bomo najustreznejše protitrombotično zdravljenje ob zapletih pri bolnikih z rakom, antifosfolipidnim sindromom in bolnikih s trombozami na nenavadnih mestih.

Vodja delavnice: izr. prof. dr. Alenka Mavri**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 Stepišnik, E: mic@zss-mcs.si

1.–2. ob 15.00 • JUBILEJNI XXXX. DERČEVI DNEVI

kraj: LJUBLJANA, Cankarjev dom, Prešernova cesta 10**št. udeležencev:** ni omejeno**kotizacija:** dvodnevna kotizacija 237,70 EUR, enodnevna kotizacija 196,72 EUR, specializanti pediatrije 147,54 EUR (v cenah ni vključen 22 % DDV)**k. točke:** 9**vsebina:** Podiplomsko izobraževanje z mednarodno udeležbo je namenjeno pediatrom, specialistom šolske medicine, splošnim in družinskim zdravnikom, medicinskim sestram in vsem drugim, ki delajo na področju otroškega in mladinskega zdravstva.**organizator:** UL, Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo**prijave, informacije:**Branka Kenda, E: branka.kenda@mf.uni-lj.si, T: 01 522 92 26, 070 86 42 91

1.–3. ob 8.00 • ATLS PROVIDER COURSE

kraj: MARIBORSKO POHORJE, Bellevue**št. udeležencev:** 16**kotizacija:** 690 EUR + DDV**k. točke:** *****vsebina:** Tečaj je namenjen vsem zdravnikom, ki se v praksi srečujejo s poškodbami, predvsem pa urgentnim zdravnikom, zdravnikom različnih vej kirurških strok, zdravnikom anesteziologom in družinskim zdravnikom, ki delujejo v predbolnišnični nujni pomoči na terenu. Zelo priporočljivo je, da tečaj opravijo zdravniki na začetku svojega podiplomskega izobraževanja.**organizator:** Zdravniško društvo ATLS Slovenija**prijave, informacije:** Renata Mlakar, T: 041 644 693, E: m.mlakar.renata@gmail.com, W: <https://atls.si/>

1.–3. ob 16.00 • IX. SUŠNIKOV DNEVI

kraj: RIMSKE TOPLICE, Rimske terme**št. udeležencev:** 200**kotizacija:** 200 EUR, četrtek (delavnice): člani ZMDPŠ in specializanti 60 EUR + DDV, nečlani 90 EUR + DDV**k. točke:** 12**vsebina:** Sušnikovi dnevi bodo posvečeni izzivom delovnih mest digitalne dobe – s poudarkom na ergonomiji in sedečem delu, kostno-mišičnih boleznih, psihosocialnih in ostalih dejavnostih tveganja. Srečanje je namenjeno vsem specialistom in specializantom medicine dela, prometa in športa ter ostalim specialistom oz. strokovnim sodelavcem, ki se pri svojem delu srečujejo z omenjenimi temami.**organizator:** Združenje za medicino dela, prometa in športa**prijave, informacije:** T: 040 340 716, E: info@zmdps.si, W: www.zmdps.si

2.–3. ob 8.30 • 24. AŽMANOVI DNEVI URGENTNE, DRUŽINSKE IN GORSKE MEDICINE

kraj: GOZD MARTULJEK, Hotel Špik**št. udeležencev:** 150**kotizacija:** 230 EUR za oba dneva, 140 EUR za en dan, specializanti in upokojeanci 140 EUR za oba dneva, 90 EUR za en dan (DDV je vključen v ceno), kotizacije ni za omejeno število študentov medicine in upokoje-nih zdravnikov GRZS ob predhodni prijavi**k. točke:** 13,3**vsebina:** Vodilne teme: šok, množične nesreče, kako doživljajo nujna stanja pacienti in kako medicinci, 20 let HNMP, otroci, aktualne/spregledane/zanemarjene teme**organizator:** Osnovno zdravstvo Gorenjske in Komisija za medicino Gorske reševalne zveze Slovenije, prim. dr. Iztok Tomazin, dr. med., spec.**prijave, informacije:** prijave: W: www.domusmedica.si, informacije: Branka Hrovat, T: 04 598 22 52, E: tajnstvo@zd-trzic.si, azmanovi.dnevi@zd-trzic.si, Iztok Tomazin, T: 04 598 22 10, 04 598 22 45, E: iztok.tomazin@mf.uni-lj.si, W: <https://www.zd-trzic.si/?subpageid=182>

2.–3. ob 9.00 • 48. STROKOVNO SREČANJE STOMATOLOGOV SLOVENIJE »IZ PRAKSE ZA PRAKSO«

kraj: PORTOROŽ in videokonferenca, Avditorij Portorož in preko spleta**št. udeležencev:** ni omejeno**kotizacija:** zobozdravniki (tudi specializanti): 260 EUR za osebno udeležbo, 220 EUR za udeležbo prek videokonference, zobozdravniki pripravniki, medicinske sestre in zdravstveni tehniki stomatološke smeri: 110 EUR za osebno udeležbo, 85 EUR za udeležbo prek videokonference (DDV vključen v cenah)**k. točke:** 12**vsebina:** Predavanja pokrivajo vsa področja/specialnosti dentalne medicine. Namenjena so zobozdravnikom in medicinskim sestram/zdravstvenim tehnikom stomatološke smeri.**organizator:** Stomatološka sekcija SZD, prim. Matej Leskošek, dr. dent. med.**prijave, informacije:** prijave: W: <https://www.stomatoloska-sekcija.si/spletna-prijavnica/>, informacije: E: stomatoloska.sekcija@szd.si

6. ob 9.00 • SEMINAR IZ NUJNIH STANJ V PSIHIATRIJI

kraj: spletno izobraževanje – Zoom**št. udeležencev:** 260**kotizacija:** zdravniki sekundariji 40 EUR + DDV, ostali člani 100 EUR + DDV**k. točke:** 4,5**vsebina:** Udeleženci seminarja bodo spoznali urgentna psihiatrična stanja in poti obravnave, prepoznavanje in obravnavo samomorilne ogroženosti, akutno psihozo in njene vzroke, pogostejše motnje razpoloženja in anksiozne motnje, delirij in diferencialno obravnavo kognitivnega upada, preprečevanje oz. obvladovanje agresivnega vedenja ter uporabo psihiatričnih zdravil. Predstavljeni bodo prikazi primerov z razpravo.**organizator:** Zdravniška zbornica Slovenije**prijave, informacije:**prijave: W: www.domusmedica.si, informacije: Andreja Stepišnik, E: mic@zsz-mcs.si

7. ob 9.00 • ANTIBIOTIC THERAPY AND ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP

kraj: LJUBLJANA, UKC Ljubljana, Klinika za infektivne bolezni in vročinska stanja	št. udeležencev: 45	kotizacija: člani ESCMID 300 EUR, nečlani ESCMID 400 EUR	k. točke: 16,5
vsebina: podiplomsko izobraževanje	organizator: UKC Ljubljana, Klinika za infektivne bolezni in vročinska stanja	prijave, informacije: Simona Rojs, T: 01 522 4220, E: simona.rojs@kclj.si , W: https://imi.si/eucic-ljubljana-2023/	

8.–11. ob 17.00 • KLINIČNA IN PRAKTIČNA AVRIKULOTERAPIJA

kraj: LJUBLJANA – Zoom, BLED – praktično	št. udeležencev: izobraževanje bo izvedeno, če bo prijavljenih vsaj 30 kandidatov	kotizacija: cena seminarja z diplomom 400 EUR	k. točke: ***
vsebina: Gre za prvi tovrstni seminar pri nas. Šola je namenjena zdravnikom, zobozdravnikom, ki jih tematika zanima. Avrikuloterapija se lahko uporablja kot samostojna terapija ali pa skupaj s telesno akupunkturo. Aurikuloterapija ima v zdravljenju določenih kliničnih stanj (debelost, kajenje in druge odvisnosti) celo prednost pred telesno akupunkturo zaradi nekaterih svojih posebnosti (ni potrebno slačenje, možnost večdnevne stimulacije z iglo, semeni in magneti, manjša de Qi senzacija). S praktičnega vidika ima med vsemi različicami akupunkture, vezanimi na t.i. mikrosisteme (obraz, stopalo, zapestje in roka, akupunktura lasišča), najpomembnejše mesto. Uporablja se lahko tudi za anestezijo.	organizator: Zdravstveni zavod za medicino športa in akupunkturo Ljubljana, član WFAS – Svetovne organizacije akupunkturnih organizacij in Akademije za tradicionalno kitajsko medicino, Peking, Kitajska, prof. dr. Edvin Dervišević	prijave, informacije: prijave: E: tkm.akupunktura@gmail.com , informacije: Adriana Kuči, T: 070 77 35 22, E: tkm.akupunktura@gmail.com , W: www.tkmakupunktura.eu , FB: tkm akupunktura – tcm acupuncture	

8.–11. ob 14.00 • BIENALE BREGANTOVI DNEVI: TIŠINA IN MIR

kraj: PORTOROŽ, Kongresni center Bernardin	št. udeležencev: 150	kotizacija: 400 EUR do 30. 4., 460 EUR do 15. 5., 500 EUR po 15. 5. 2023, člani Združenja psihoterapevtov Slovenije – zbornice imajo popust	k. točke: ***
vsebina: 18. srečanje psihoterapevtov Slovenije z mednarodno udeležbo	organizator: Združenje psihoterapevtov Slovenije	prijave, informacije: prijave: E: tajnistvo@zps.si	

9. ob 9.00 • 11. SIMPOZIJ O URINSKI INKONTINENCI

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: seminar	organizator: Združenje za ambulantno ginekologijo pri SZD	prijave, informacije: Marija Ilijaš Koželj, T: 041 716 828, E: hodomed@gmail.com	

10. • KRONIČNO SRČNO POPUŠČANJE – SODOBNI PRISTOPI IN IZZIVI

kraj: MARIBOR, Medicinska fakulteta UM – veliki avditorij	št. udeležencev: 100	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom kardiologom, zdravnikom internistom in delavcem v ZN.	organizator: UKC Maribor, Klinika za interno medicino, Odd. za kardiologijo in angiologijo	prijave, informacije: Rebeka Gerlič, T: 02 321 28 13, 040 808 838, E: rebeka.gerlic@ukc-mb.si , W: www.ukc-mb.si	

10. ob 9.00 • CEMENTIRANJE – PREGLED PROTOKOLOV ZA CEMENTIRANJE RAZNOVRSTNIH ZOBNIH NADOMESTKOV

kraj: ni podatka	št. udeležencev: 14	kotizacija: 450 EUR	k. točke: ***
vsebina: Znanje o materialih, njihovi kemični sestavi in mehanskih lastnostih moramo stalno obnavljati in dopolnjevati, če želimo uspešno obravnavati naše klinične primere. V praksi je ob na videz enakem ali podobnem kliničnem statusu zobovja včasih uporaba enega materiala bolj smiselna v primerjavi z drugim. Na predavanjih bomo obravnavali indikacije za izbor cementa in celoten postopek cementiranja ter spoznali večino cementov, tako klasične kot sodobne. Obnovili bomo znanje, v katerih primerih je bolje uporabiti svetlobno, kemično ali dvojno strjujoč cement.	organizator: Zobozdravstvo Pohlen in izobraževanja, dr. Boštjan Pohlen, s.p.	prijave, informacije: Urška Brecl, T: 041 661 435, E: urska.brecl@prodent.si , W: www.prodent.si/izobrazevanja	

10. ob 9.15 • XXI. RTIŠKO STROKOVNO SREČANJE ŠOLSKIH ZDRAVNIKOV IN PEDIATROV: PREVENTIVNI PREGLEDI VIDA IN SLUHA, ZDRAVILIŠKO ZDRAVLJENJE PRI BOLEZNIH DIHAL IN KOŽE

kraj: DEBELI RTIČ, Zdravilišče RKS, Jadranska cesta 73, Ankaran	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: ni podatka	k. točke: v postopku
vsebina: Na srečanju bodo predstavljene smernice za izvajanje preventivnih pregledov vida in sluha v predšolskem in šolskem obdobju ter kriteriji za napotitev na sekundarni/terciarni nivo. Ob zaključku srečanja pa bodo predstavljeni še pričakovani učinki zdraviliškega zdravljenja na bolezni dihal in kože.	organizator: Sekcija za šolsko, študentsko in adolescentno medicino	prijave, informacije: Breda Prunk Franetič, E: breda.franetic-prunk@mzl-rks.si , W: https://www.sssam.si/aktualno/	

14. ob 10.00 • 29. SODOBNA INTERNA MEDICINA

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: specialisti 40 EUR, specializanti 20 EUR (+ DDV)	k. točke: ***
vseбина: predstavitev novosti, aktualnih tem in izzivov zdravljenja v interni medicini	organizator: UKC Ljubljana, Interna klinika	prijave, informacije: Zlatko Fras, T: 01 522 31 52, E: zlatko.fras@kclj.si	

14.–16. • STOPNJEVANA MOTORIČNA PREDSTAVA »GRADED MOTOR IMAGERY«

kraj: LJUBLJANA, URI – Soča, Linhartova cesta 51	št. udeležencev: 30	kotizacija: 470 EUR (z DDV)	k. točke: 14
vseбина: Dvodnevni tečaj v angleškem jeziku je namenjen vsem zdravstvenim delavcem, ki pri svojem delu obravnavajo paciente z akutnimi ali kroničnimi bolečinami in stresnimi situacijami.	organizator: URI – Soča v sodelovanju z NOI Group, izvajalec tečaja: Tim Beames, MS, BSc, MCSP	prijave, informacije: prijave: W: https://www.uri-soca.si/sl/strokovni-dogodki/ do 1. 5. 2023, informacije: Marko Oset, E: dogodki@ir-rs.si , T: 030 620 377	

15. ob 9.00 • 11. LIKARJEV SIMPOZIJ: RAZVOJ IN UPORABA ZDRAVLJENJA S CELICAMI CAR T

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: 50 EUR (DDV je vključen)	k. točke: ***
vseбина: Simpozij bo obravnaval izzive in priložnosti v proizvodnji in nadzoru kakovosti celičnih pripravkov CAR T. Predstavljeni bodo najnovejši znanstveni dosežki in prakse v razvoju celičnih imunoterapij za zdravljenje raka. Pomembna tema bodo vidiki regulative in načrtovanja kliničnih preizkušanj ter druga vprašanja v zvezi z uvedbo terapije s celicami CAR T v klinično prakso.	organizator: Sekcija za klinično mikrobiologijo in bolnišnične okužbe in Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani	prijave, informacije: prijave: W: https://www.domusmedica.si/dogodki , informacije: Judita Merjasec E: judita.merjasec@mf.uni-lj.si , T: 01 543 74 64	

16. ob 9.00 • ALZHAIMER DEMENCA – TERAPEVTSKE MOŽNOSTI S TRANSKRANIALNO PULZNO STIMULACIJO – IZKUŠNJE IZ TUJINE IN SLOVENIJE

kraj: LJUBLJANA, Center fizioterapije, Frankopanska 8	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: ni podatka	k. točke: v postopku
vseбина: izobraževanje	organizator: Center fizioterapije Ljubljana, Fizioterapija in izobraževanje d.o.o.	prijave, informacije: Mateja Sovinc, T: 051 338 884, E: info@nevrocenter.si , W: https://www.nevrocenter.si/	

16.–17. ob 8.30 • IZOBRAŽEVANJE IZ MANAGEMENTA IN DRUGIH VODSTVENIH KOMPETENC ZA ZDRAVNIKE IN ZOBOZDRAVNIKE: PROCESNI IN PROJEKTNi MANAGEMENT, DIGITALIZACIJA V ZDRAVSTVU

kraj: ni podatka	št. udeležencev: 22	kotizacija: 340 EUR + DDV/modul (2 dni oz. 16 ped. ur) za člane Zdravniške zbornice Slovenije v primeru prijave na vseh 8 modulov. V primeru prijave na posamični modul je cena 390 EUR + DDV/modul.	k. točke: 12
vseбина: Nove razmere in potrebe v zdravstvenih organizacijah zahtevajo voditelje, ki naj bi bili zmožni in pripravljeni izpeljati ustrezne spremembe. V družbi znanja (tudi: trajnostni družbi, inovativni družbi ipd.) naj bi vodje obvladovali dodatna znanja – vodstvene kompetence.	organizator: Zavod za razvoj zdravstvenega managementa	prijave, informacije: Denis B. Ujčič, T: 040 851 521, E: info@zdravstvenimanagement.si , W: www.zdravstvenimanagement.si	

16.–17. ob 14.30 • IZOBRAŽEVANJE IZ ADOLESCENTNE MEDICINE Z INTERAKTIVNIMI DELAVNICAMI – MODUL II

kraj: MARIBOR, Medicinska fakulteta, prostor 1N6	št. udeležencev: 25	kotizacija: za prvi dan (za petek) 50 EUR, za oba dneva 160 EUR (vključen DDV)	k. točke: 13
vseбина: dvodnevno izobraževanje za zdravnike specialiste in specializante pediatrije, družinske medicine, ginekologije in porodništva, urgentne medicine in interne kirurgije ter zdravnike pripravnike	organizator: Medicinska fakulteta Univerza v Mariboru, organizacijski vodja: asist. dr. Bernarda Vogrin, dr. med.	prijave, informacije: Romana Grajner, T: 02 234 58 26, E: romana.grajner@um.si , W: https://www.mf.um.si/si/oglasna-deska/ucne-delavnice	

21.–22. • DELAVNICA: TEMELJNA NAČELA ZA IZVEDBO PROGRAMA TERAPIJE S POMOČJO PSA

kraj: LJUBLJANA, URI – Soča, Linhartova cesta 51	št. udeležencev: 14	kotizacija: 250 EUR (z DDV)	k. točke: ***
vseбина: Osnovna dvodnevna delavnica je namenjena zdravnikom, delovnim terapevtom, fizioterapevtom, psihologom, socialnim delavcem, zdravstvenim tehnikom in ostalim, ki želijo v svoje obravnave uvesti terapevtsko metodo, kjer je prisoten terapevtski pes. Po opravljeni osnovni delavnici lahko udeleženci nadaljujejo z nadaljevalno delavnico Priprava programa terapije s pomočjo psa.	organizator: URI – Soča, izvajalec delavnice: Nataša Ogrin Jurjevič, dipl. del. ter.	prijave, informacije: prijave: W: https://www.uri-soca.si/sl/strokovni-dogodki/ do 1. 9. 2023, informacije: Marko Oset, E: dogodki@ir-rs.si , T: 030 620 377	

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Vas zanimajo novosti in sistemski pristop na področju zdravstvenega varstva?

Bi želeli imeti aktivno vlogo pri pripravi pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja?

Ponujamo vam delo v dinamičnem delovnem okolju, ki sodelavcem omogoča strokovno izpopolnjevanje in razvoj, na delovnem mestu

nadzorni zdravnik I – svetovalec (m/ž) za:

- odločanje v pritožbenih postopkih začasno nezmožnost za delo, zdraviliško zdravljenje, medicinske pripomočke ter zdravljenje v tujini,
- izdelavo strokovnih doktrinskih kriterijev za ocenjevanje začasne nezmožnosti za delo, napotitve na zdraviliško zdravljenje in pravic do medicinskih pripomočkov,
- proučevanje zunanjih in notranjih pobud za spremembo pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja ter drugih splošnih aktov Zavoda v zvezi z uresničevanjem pravic z delovnega področja in oblikovanje vsebine predlogov sprememb,
- podajo izvedenskih mnenj z delovnega področja,
- sodelovanje z zunanjimi institucijami na sistemski ravni in pri izvajanju nalog zdravstvene komisije.

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

- doktor medicine, specialist splošne medicine ali specializacije v zdravstvu druge ustrezne smeri,
- 4 leta delovnih izkušenj,
- 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 77 463.

Svoje pisne prijave, s predstavitvijo dosedanjega dela, pošljite do 30. 6. 2023 na naslov:

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

K sodelovanju vabimo tudi

zdravnike (m/ž) za opravljanje nalog na področju odločanja o pravicah zavarovancev na I. stopnji na območni enoti Kranj (1 prosto DM) in območni enoti Ljubljana (2 prosti DM).

Pogoji za zasedbo 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:

- za prosto delovno mesto na Območni enoti Ljubljana po telefonu: 01 30 77 359,
- za prosto delovno mesto na Območni enoti Kranj po telefonu: 04 23 70 306 ali 04 23 70 125 ali 04 23 70 303.

Svoje pisne prijave, s predstavitvijo dosedanjega dela, pošljite do 30. 6. 2023 na naslov:

ZZZS, Območna enota Ljubljana, Miklošičeva 24, 1507 Ljubljana, oz. na e-naslov: zaposlitevLJ@zzzs.si ali

ZZZS, Območna enota Kranj, Zlato Polje 2, 4000 Kranj, oz. na e-naslov: zaposlitevKR@zzzs.si.

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.

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.

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 v gorenjski regiji.

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

- **zdravnika specialista radiologije (m/ž),**
- **zdravnika specialista oftalmologije (m/ž),**
- **zdravnike specialiste družinske medicine (m/ž),**
- **zdravnika specialista pediatrije (m/ž)**
za nedoločen čas s polnim delovnim časom v **OE ZD Kranj,**
- **zdravnika specialista pediatrije (m/ž)**
za nedoločen čas s polnim delovnim časom v **OE ZD Škofja Loka,**
- **zdravnika specialista pulmologije (m/ž)**
za nedoločen čas s krajšim delovnim časom (20 ur na teden) v **OE ZD Škofja Loka,**
- **zdravnike specialiste družinske medicine (m/ž),**
- **zdravnika specialista medicine dela, prometa in športa (m/ž)**
- **zdravnika specialista pediatrije (m/ž)**
za nedoločen čas s polnim delovnim časom v **OE ZD Jesenice,**
- **zdravnika specialista družinske medicine (m/ž)**
za nedoločen čas s polnim ali krajšim delovnim časom in
- **zdravnika specialista radiologije (m/ž)**
za 8 ur na teden za nedoločen čas 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 s polnim delovnim časom v **OE ZD Radovljica in OE ZD Tržič,**

- **zdravnika specializanta medicine dela, prometa in športa (m/ž) v OE ZD Škofja Loka,**
- **zdravnika brez specializacije z osnovno licenco (m/ž)**
za delo v nujni medicinski pomoči za določen čas s polnim ali krajšim delovnim časom v **OE ZD Radovljica,**
- **zdravnika brez specializacije z osnovno licenco (m/ž)**
za določen čas s polnim ali krajšim delovnim časom v **OE ZD Tržič,**
- **zdravnika brez specializacije z osnovno licenco (m/ž)**
za določen čas s polnim ali krajšim delovnim časom v **OE ZD Jesenice,**
- **zdravnika brez specializacije z osnovno licenco (m/ž)**
za določen čas s polnim ali krajšim delovnim časom v **OE ZD Bled.**

Naše prednosti so:

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

Če ste zainteresirani za sodelovanje v našem kolektivu, vas vljudo vabimo, da nam posredujete svoj življenjepis, dokazila o zahtevani izobrazbi, potrdilo o opravljenem specialističnem izpitu ali nam pišete na spodaj navedene naslove. Dogovorili se bomo za srečanje, kjer vam bomo lahko podrobneje predstavili možnosti dela v naši ustanovi. Kandidati naj posredujejo prošnje do **30. 6. 2023**

- 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
- po pošti na naslov: OZG OE ZD Bled, Mladinska cesta 1, 4260 Bled ali na e-naslov: tajnistvo@zd-bled.si

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

K sodelovanju vabimo

zdravnike/zdravnice na Območni enoti Ljubljana za delo v oddelku imenovanih zdravnikov,

ki obsega področja:

- reševanja predlogov zoboprostetične rehabilitacije,
- izvajanja medicinskega nadzora opravljanja zobotehničnih storitev in predlaganja ukrepov,
- dela z zunanjimi in notranjimi strankami,
- reševanja zahtevkov,
- spremljanja novosti.

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

- doktor stomatologije ali doktor dentalne medicine,
- 36 mesecev delovnih izkušenj,
- 2. stopnja računalniških znanj,

- 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),
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije ali vsaj 5 let delovnih izkušenj na Zavodu pri opravljanju nalog imenovanega zdravnika, zdravnika člana zdravstvene komisije in/ali zdravnika izvedenca.

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

Za dodatne informacije se lahko obrnete na nas po telefonu: 01 30 77 359.

Svoje pisne prijave, s predstavitvijo dosedanjega dela in navedbo enote, kamor se prijavljate, pošljite do 30. 6. 2023 na naslov: ZZZS, Območna enota Ljubljana, Miklošičeva 24, 1507 Ljubljana, oz. na e-naslov: zaposlitevLJ@zzzs.si.

Kandidati bodo o izboru obveščeni v zakonsko določenem roku.

Bogomir Oblak, dr. med., specialist oftalmologije (1941–2023)

Stanka Godina Kariž

Še pred nekaj dnevi je iz bližnje optike poklical po telefonu in sporočil, da bo poslal pacienta s sivo mreno, ki potrebuje operacijo čim prej, ker mu je močno oslabil vid in zares ne more voziti, da se mudi ... Dan zatem ga je ena izmed naših medicinskih sester srečala v trgovini. Za 81-letnika naj bi izgledal neverjetno dobro, ves živahen in vesel, ker jo je spet videl, vsem nam je poslal pozdrave. Zato nismo mogli verjeti, ko nam je soproga sporočila, da ga ni več, da je mirno zaspal in da bi prav ta dan zjutraj moral na delo v optiko v Ajdovščino. Skratka, delal je do poslednjega diha ... neumoren, neustavljiv, z veliko ljubeznijo do oftalmologije ...

Med študijem na Medicinski fakulteti v Ljubljani je spoznal svojo bodočo soprogo Mileno, s katero sta se preselila na Obalo, kjer sta si ustvarila družino. Karierno pot je začel pri prvem južnoprimorskem oftalmologu dr. Zajcu, v bolnišnici v Piranu, nato pa delo nadaljeval v Izoli, kjer so se združili vsi oddelki splošne bolnišnice.



Spoznala sva se pred 28 leti na razgovoru za specializacijo, takrat je bil že predstojnik očesnega oddelka. Bil je zelo zaposlen in kljub pozni popoldanski uri sem kar nekaj časa čakala na razgovor z njim med številnimi pacienti. Skopo, brez odvečnih besed je orisal pomanjkanje zdravnikov in sester, okrnjeno opremo in nedostojnost prostorov. Razgovoril se je o prihodnjih načrtih in morda bi navrgel še kaj, pa naju je ves čas preganjala utrujena medicinska sestra, ki je opominjala, da čakajo še številni pacienti; najbrž si je le želela, da bi zaključila predolg delavnik.

Tako je bilo vsa leta, neumorno je ves čas delal, dopoldne v bolnišnici, popoldne v optiki, dopusta in prostega časa skorajda ni poznal, tudi med prostimi dnevi je velikokrat hodil na delo v bolnišnico.

Svoje paciente je dobro poznal, prav tako skoraj vse znane primorske rodbine. Velikokrat je bilo dovolj, da si omenil pacientovo ime, pa se je spomnil glavkoma, za katerim je bolehal njegova babica.

V zdravniški sobi smo imeli neznansko debele oftalmološke knjige (T. D. Duane) v številnih izdajah, ki jih je prav vse dodobra preštudiral. Nešteto krat sem ga povprašala po kakšni očesni bolezni. Za trenutek je izginil, a kmalu zatem se je ves zadovoljen pojavil s podčrtanim poglavjem iz ogromne knjige.

Bil je priznan med pacienti kot velik strokovnjak. Ker je bil bolj molčeč in je govoril po tiho, so imele medicinske sestre, ki so delale z njim, velikokrat vlogo pripovedovalke ali celo razlagalke.

Večinoma ni imel časa, a rad se je družil na skupnih novoletnih večerjah ali povabilih farmacevtskih družb, kjer se je navduševal predvsem nad slaščicami. Nikakor ni znal pripovedovati šal, se pa je zelo rad smejal, in to gromko, na ves glas in iz srca.

Telefon je umolknil, njega ni več, a še zmeraj čutim njegovo prisotnost, tukaj med pacienti, ko me opominja, da je treba za slehernega čim boljše poskrbeti.

**Stanka Godina Kariž, dr. med., vodja Okulistične
dejavnosti Splošne bolnišnice Izola**

Besedilo je bilo objavljeno tudi na spletni strani Združenja oftalmologov Slovenije.

»Človek, ki na poti pred sabo vidi smisel, je neustavljiv«

Recenzija Življenja v sivi coni, knjige Davida Zupančiča, neustavljivega kot vsak izmed nas, če le to hoče

Barbara Podnar

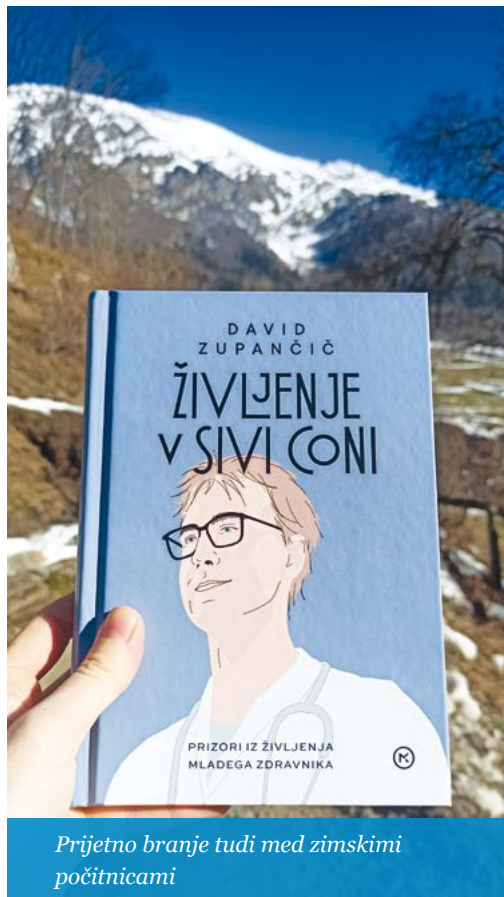
»A 'mate Davidovo knjigo?'« se skoraj zaletim v prodajalko v Mladinski. »Imate srečo, ravno so nam pripeljali nov dotis,« veselo odvrne in z zamahom roke pokaže na nekaj kupov svetlo modrosive knjige. Prva, ki sem jo kupila, je končala kot darilo. Čez kakšen teden pomislim, da je sama še kar nisem prebrala; spet zavijem do Mladinske knjige in jo tokrat kupim zase.

Ovita je v plastično folijo. Med kompaktnima stranicama se stiska kakšen centimeter in pol papirja. Na prvo misel malo, tanka knjiga. 362 g vseeno prijetno obteži dlan in ko nestrpno strgam ovitek, me pozdravi kar 255 strani teksta očem prijetne velikosti. Vonj tiskarne. Za nekaj dni si nato knjiga izbori prostor na robu pisalne mize, dokler končno ne dočakava primerne večera. Lonček vročega kakava, dek'ca in midve s knjigo.

Branja sem se lotila zaletavo kot v starih dobrih osnovnošolskih knjižnomoljskih časih, brez pričakovanj in hkrati z neskončnimi pričakovanji. Nekje sem slišala, da je pisanje podobno knjigam tistega angleškega ginekologa, ki je pustil medicino. To me je malo odvrčalo, priznam, ker mi slog pisanja v smislu »polivanja gnojnice« na daleč smrdi. Hkrati sem vedela, da mora imeti David ponuditi več od golega senzacionalističnega »jamranja« nad razpadajočim zdravstvenim sistemom, zato sem se knjige lotila z otroškim navdušenjem.

Ko pogledam nazaj na v dveh duških prebrano knjigo, bi jo opisala takole:

Knjiga opisuje življenje Davida, specializanta infektologije, zdravnika, človeka, moža in očeta, v času epidemije ter načine, kako se sooča sam s seboj in s prilikami, ki jih prinese življenje. Pisanje je zabavno (pazite, da ob kakšnem



Prijetno branje tudi med zimskimi počitnicami

izbruhu smeha ne padete s stola), prizemljeno, poučno in v spodbudo vsem, ki ga vzamejo v roke.

Podstat knjige je covid. Lahko bi bilo karkoli drugega, vendar se zdi, da je covid v obdobju, o katerem pripoveduje David, enostavno pobarval vse sloje našega življenja. Kljub temu je v ospredju dogajanje v Davidu, njegovo doživljanje, njegova drža in misli, velikokrat res umeščene v epidemiološko situacijo okolice, vendar značilno segajo daleč preko njenih mej.

Brati knjigo kot zdravnik mora biti drugače kot nezdravnik in sploh drugače kot nezdravstveni delavec. V zdravniku mora spodbuditi mnogo čustev identifikacije z opisovanim delom, odločitvami, žrtvovanjem, odrekanjem, veseljem ob uspešno pozdravljenem (»zaključenem«) pacientu. Ko si bil enkrat specializant, pač razumeš (čutiš) vse opisovane vrhove in padce specializantskega življenja. David se predstavi v človeški luči, z vsemi težavami, lastnimi človeškemu bitju. Ker se – hvala, David – ne ustavi pri njih, ampak tudi pove, kako se z njimi bolj ali manj uspešno spopada, nudi knjiga kolegom tolažbo (da nismo edini cmeravi ali izčrpani ali anksiozni) in

upanje, da je moč boriti se za ohranitev tiste pristne študentske ljubezni do medicine.

Vsem nezdruženikom knjiga nudi edinstven vpogled v stvarno opisovan klinični vsakdan mladega zdravnika v nekem obdobju. David elegantno postreže z opisi kliničnih situacij, zdravniških razmišljanj in ravnanj, nemalokrat s kancem smeha ali samoironije, vendar v vsej prepričljivosti in nenarejenosti, ki jo premore. Njegovi opisi situacij so hkrati objektivno prizemljeni in v barvah lastnega doživljajskega sveta. Vmes tudi kar mimogrede razloži marsikateri medicinski pojem ali diagnozo, velikokrat z duhovitimi primerami »navadnega« sveta. Na primer: »Predstavljajte si tisto žalostno in temačno vožnjo, ko se zapeljete čez McDonalds drive-in,

ne da bi preverili njegov delovni čas. ... In je zaprt. Počasi se vozite mimo temnih, zapuščenih pultov, v želodcu vam kruli, rešitve pa ni. Temu v medicini rečemo šant ali obvod. Pljuča so zaprta, kri pa vseeno teče mimo, ne da bi se oksigenirala.« Bralcu se nehote prikrade nasmešek na obraz, dobi občutek, da razume, opis pa tudi razelektri napetost ob teži opisovane klinične slike.

V pripovedi pa se ne prepletajo le zdravniško-službeno-covidne niti, temveč tudi tiste zlahtne, nemara prinašajoče najtežje preizkušnje, a najvrednejše sadove – niti družinskega življenja, starševstva, prijateljstva. Z gorečim navdušenjem pripoveduje o svojih ljubeznih, a tudi tu ostane zvest iskrenosti in kot o veseljih pove tudi o tegobah in neprilikah, zaradi česar ne

moremo, da ga ne bi imeli vsaj malo radi.

Davidov način ni tisti, ki predstavi samega sebe kot nedosegljiv ideal. Je take vrste, ki ponudi samega sebe iz mesa in kosti, krvavega pod kožo, ranljivega in z neskončno kapaciteto vztrajnosti za iskanje rešitev. »Človek, ki na poti pred sabo vidi smisel, je neustavljiv,« pravi David. V tkanine njegovega pripovedovanja je skritih mnogo upanja, vere, veselja do življenja – preberite, pa boste videli, morda se kaj neustavljivosti prime tudi vas.

Barbara Podnar, dr. med.,
spec. oftalmologije,
barbara.podnar@gmail.com

Premislmo še enkrat (o izbiri)

Zdenka Čebašek - Travnik

Ko razmišljam o izbiranju in izbiri kot pomembnem delu človekovega življenja, poskušam ozavestiti trenutke, ko se mi izbiranje *dogaja*, in biti pozorna na to, *kaj* sem izbrala. Izbira se zdi rutinska in preprosta (vsaj zame) v primeru izbora obleke ob začetku dneva, a postane težja, ko je treba izbrati obleko za kakšen poseben dogodek. Lahko svobodno izbiramo tudi na drugih področjih življenja, ali nas pri tem omejujejo naša osebna stališča, način razmišljanja in okolje, v katerem živimo? Kako izbiramo med knjigami, ki jih bomo (pre)brali, filmi, koncerti ali gledališkimi predstavami, ki si jih bomo ogledali?

Izbira in proces odločanja sta zaradi svoje vseprisotnosti od nekaj privlačila tudi raziskovalce in praktike, ki so proces odločanja (o izbiri) poskusili osmisлити na različne načine. Izziva so se lotevali filozofi, psihiatri, socio-

logi, psihologi in drugi razmišljujoči avtorji, vsak s svojega zornega kota. Tako Renata Salecl v svoji knjigi *Izbira* piše o tem, da je »*Tiranija izbire s perspektive posameznika temeljna poteza poznega, postindustrijskega kapitalizma*.« Sodobni potrošnik je vsakodnevno soočen ne le z možnostjo, ampak zapovedjo izbiranja. Toda po mnenju avtorice je izbira, ki nam je dana, zgolj iluzorna; zato dosledno govori o ideologiji izbire in ji s tem odvzema vsakršno »naravnost« oz. samoumevnost.

Drugačen je pristop psihiatra Williama Glaserja, ki je avtor *Teorije izbire (Choice Theory)*. Nekatera njegova dela so prevedena tudi v slovenščino. Iz njegove teorije izbire je izpeljana psihoterapevtska metoda *realitetna terapija*. Po Glaserju mora skoraj vsakdo sprejemati različne odločitve v treh kategorijah izbire:

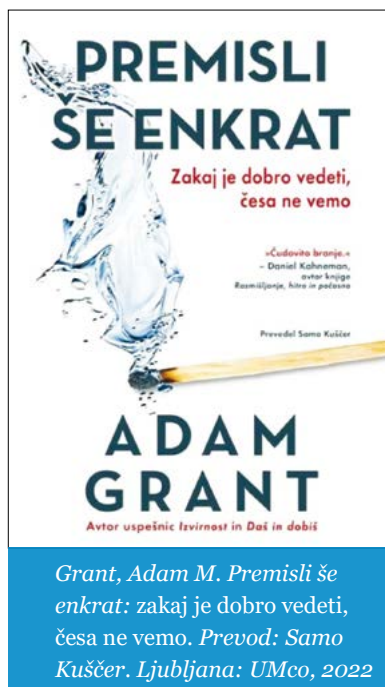
potrošniške, kompleksne in osebne življenjske izbire. Teorijo potrošniške izbire lahko uporabimo tudi pri izbiranju ponudnika, izdelovalca, izdelka s področja prehrane, pravi psihiater Glaser, katerega razmišljanje mi je bližje od *ideologije* izbire.

Čeprav nisem ljubiteljica priročnikov, v katerih avtorji po točkah predstavljajo svoj način za reševanje določenih težav in nas vabijo, da sledimo njihovi recepturi, me občasno premami kakšen naslov te vrste. Ko med listanjem opazim »recepturo«, me veseli do branja mine. Lahko bi rekla, da je to posledica moje izbire (kot posledice prepričanja o takšnih priročnikih) in da bom tudi v prihodnje izbirala na ta način. Pa bom res? Moje prepričanje se je malo omajalo, ko sem se lotila branja knjige (priročnika) Adama Granta *Premisli še enkrat s podnaslovom Zakaj je dobro vedeti, česa ne vemo*.

Adam Grant je organizacijski psiholog ter avtor uspešnic in že nekaj

let eden najbolj ocenjenih profesorjev na ugledni univerzi Wharton. Raziskuje znanost o motivaciji, velikodušnosti, izvirnem razmišljanju in ponovnem razmišljanju. Ko sem se o tej knjigi pogovarjala z mladim podjetnikom, je bil presenečen, ko je videl, da jo berem v slovenskem prevodu, saj je on Grantove knjige doslej bral le v originalu. Kmalu sva skupaj ugotavljala, da je Grantova knjiga zanimivo branje za vse, ki se želimo učiti in se spreminjati – ne glede na to, koliko smo stari in kaj v življenju počnemo. To je bil moj motiv za to, da o knjigi napišem nekaj več.

Avtor me je prepričal že v uvodu, kjer je napisal, da je v današnjem času



pomembnejša od inteligence sposobnost ponovnega razmisleka in sposobnost, da se »odučimo« – zavrzemo to, kar smo se naučili. Na izviren način nas popelje v drugačen način razmišljanja, korak za korakom nam razkrije dejstvo, da smo pripravljeni posodabljati lastnino, slediti modnim smernicam pri nakupu oblačil, ko pa gre za znanje ali prepričanje, se praviloma ne pustimo premakniti. »Raje imamo udobje prepričanosti kakor neudobje dvoma. Prisluhnemo

pogledom, zaradi katerih se dobro počutimo, ne pa mislim, zaradi katerih moramo resno premišljevali.«

Vsako poglavje te knjige je vznemirljivo branje, ki prinaša zanimive zgodbe bolj ali manj znanih posameznikov. Te postanejo izhodišče za ponovni razmislek o določenem vprašanju. Za zdravnike je zanimiv utrinek, ki ga pacient doživi ob postavitvi diagnoze: »Brez težav opazimo, kdaj bi moral kdo drugi zadevo še enkrat razmisliti. Ko si pridobimo ločeno mnenje glede zdravstvene diagnoze, dejansko izkažemo dvom o presoji prvega strokovnjaka. Ko pa gre za naše lastno znanje in mnenja, pa žal pogosto dajemo prednost predvsem občutku, da imamo prav.«

Grant v svoje pisanje vključuje pomembne ugotovitve svojih kolegov, na primer Phila Tetlocka, ki je odkril, da ko razmišljamo in govorimo, pogosto zaidemo v miselnost treh različnih poklicev: pridigarja, tožilca ali politika. »V vsakem od teh treh stanj privzamemo določeno identiteto in uporabljamo ločeno zbirko orodij. V pridigarja preklapimo, ko so naša sveta prepričanja ogrožena: pridigamo, da bi obvarovali svoje ideale in jih širili. V tožilca preklapimo, ko vidimo napake v razmišljanju drugih ljudi: zberemo argumente, s katerimi bi jim dokazali, da nimajo prav. V politika preklapimo, ko bi radi pridobili občinstvo: lobiramo in se potegujemo za odobravanje pri volivcih. Ob tem tvegamo, da se tako zatopimo v prepričevanje, da imamo prav, obtožujemo druge, da se motijo, in se potegujemo za podporo, da se sploh ne potrudimo ponovno razmisliti o lastnih pogledih.« Priznam, da sama še nikoli nisem razmišljala na ta način, zato me je zanimalo, kako bi opredelila sebe – ali delujem kot pridigarka, tožilka ali političarka. Preden sem se posvetila tej nalogi, pa sem odkrila, da Grant piše še o enem poklicu, ki ni le poklic, temveč tudi miselnost – to je *znanstveniku* – ki se po svojem načinu razmišljanja razlikuje od pridiganja,

tožbe in politiziranja. Kmalu sem se prepoznala v tej vlogi, ki ni omejena le na »poklicne« znanstvenike, temveč na vse, ki smo pripravljeni uporabljati znanstveno orodje, kot so hipoteze in eksperimenti, s katerimi si lahko razsvetlimo vsakdanje odločitve. Iz tega izhaja tudi misel, s katero sem se že srečala, pa ji takrat nisem dajala posebne pozornosti: »Začenjam misliti, da je odločnost precenjena ... si pa pridržim pravico, da si glede tega še premislim.«

Od tukaj ni daleč do ugotovitve psihologa Mihalyja Csikszentmihalyja, ki ga Grant tudi omenja, da je zelo pomembna kognitivna prožnost in pripravljenost, da se posamezniki glede na potrebe dane situacije zmorejo premakniti od ene skrajnosti do druge. To je težavna naloga za marsikoga, a jo je vredno preskusiti. S podobnimi predstavitvami idej drugih avtorjev se srečujemo po celotnem besedilu, s čimer Grant udejanji svojo osnovno misel, zakaj je dobro vedeti, česa ne vemo. Tako »intelektualna zvedavost in odprtost« prehajata tudi na bralca.

Posebno pozornost bralca pritegnejo naslovi in podnaslovi poglavij, kot so na primer: *Strokovnost dogovarjanja*, *Koristi dvoma*, *Ne opustite nejevere*, *Ravnovesje zavesti*, *Najbolj zoprne stvari, ki jih ljudje izrečejo, namesto da bi še enkrat premislili*, *Huda kri na diamantu*.

Za bralce, ki so sami bolj znanstveno naravnani, bo gotovo zanimiva obsežna zbirka citiranih virov v poglavju *Opombe*.

Ker je knjiga priročnik, nam avtor pripravi tudi *Praktične nasvete*. (Prav po točkah, od 1 do 30 – sem se nasmehnila sama sebi.) A teh trideset nasvetov je zbranih na vsega devetih straneh od 415, kolikor jih obsega knjiga.

In na koncu *Epilog*, ki me je dobesedno navdušil, saj je avtor v njem nazorno prikazal način svojega pisanja, predvsem to, kako so nova spoznanja ali informacije vplivale na vsebino napisanega. Še nikoli doslej nisem imela priložnosti, da bi na ta

način spremljala nastajanje besedila drugih avtorjev. Odkritje, za katero sem mu še posebej hvaležna.

Grant me v tej svoji knjigi ni prepričal, da bi v prihodnje raje izbirala prej omenjene priročnike z recepti, mi je pa dal obilo idej za razmislek o tem, kako naj se lotevam stvari, ki niso v soglasju z mojimi prepričanji. Pri tem bom sledila njegovi shemi ponovnega razmisleka,

ki se odvija krožno. »Začne se z intelektualno ponižnostjo – vedeti moramo, česa ne vemo. Ko si priznamo pomanjkljivosti, odpremo duri dvomu. Ko se sprašujemo o svojem trenutnem dojemanju, nas začne zanimati, katera informacija nam še manjka ... Če je v znanju moč, je v dojemanju tega, česar ne vemo – močnost.«

Knjiga Premisli še enkrat je dobila stalno mesto na moji knjižni polici. Večkrat jo vzamem v roke za nekaj strani branja, da bi se po njem prepustila razmisleku o dvomu, ki sem ga zaznala.

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

Veronika Podgoršek: Dama

Celostni vodnik za sodobno žensko. Založba Mladinska knjiga, 2022

Nina Mazi

Ko sem med knjižnimi novostmi na slovenskem trgu nedavno zasledila izdajo najnovejšega dela priznane slovenske strokovnjakinje, znanstvenice, raziskovalke, terapevtke, predavateljice, svetovalke in avtorice dr. Veronike Podgoršek, me je preplavilo navdušenje, prežeto z vznemirjenjem in radovednostjo. Ob naslovu, ki razkriva, da je knjiga posvečena izjemnim ženskam, damam, sem se spomnila kolega, ki se je udeležil znanstvenega kongresa v Skandinaviji. Ko ga je po vrnitvi na kliniko predstojnik vprašal, kako je bilo, nas je kolega presenetil s pomenljivo izjavo: »Zanimivo. Same ženske, pa nobene dame ...« S tem je požel protislovni odziv odobravanja oz. navdušenja in nasprotovanja, morda celo zgražanja.

Feminizacija zdravstva (šolstva in ostalih področij) se v razvitem svetu, polnem vzponov in padcev, vztrajno nadaljuje, o deležu dam med njimi pa človek lahko presoja na različne načine, tudi s pomočjo tega dela, ki naj bi spodbudilo k razmisleku o ženskah in ženskosti v 21. stoletju. V njem dr. Veronika Podgoršek na 297 straneh privlačno oblikovane knjige osvetljuje življenje, delovanje, odziva-

nje, razmišljanje, obnašanje, ustvarjanje in bivanje žensk, ki se (lahko) upravičeno ponášajo z nazivom »dama«. Predstavi različne obveznosti in naloge, ki jih opravljajo v domačem, poklicnem in socialnem okolju, poslanstva, ki jih uresničujejo, vloge, ki jih igrajo v svojem strokovnem, poslovnem, zasebnem in družabnem življenju, izzive, s katerimi se soočajo, uspehe, ki jih dosegajo, in zagate, ki jih morajo, znajo, hočejo in zmorejo reševati. Svoja izvajanja avtorica dopolnjuje, pogloblja in nadgrajuje z mnenji strokovnjakov in laikov (mnenji mladih dam in odraslih obeh spolov, vključno z mnenjem odraslih moških – v rubriki »Moška beseda«).

V predstavljenem delu, posvečenem damam, se dr. Veronika Podgoršek s svojim bogatim znanjem, izkušnjami in kompetencami načrtno in sistematično posveča predstavnicam nežnejšega spola in ženskosti v različnih okoliščinah, v vseh življenjskih obdobjih – jih s svojim nadobudnim peresom spremlja od mladosti do odraslosti in zrelosti. Pri svojih izvajanjih se osredotoča na moč, vpliv, svobodo, prostost in neodvisnost, finance, ravnoesje, lepoto, materin-

stvo, starševstvo, partnerstvo, družino, družabnost in prijateljstvo (med spoloma), namen, pomen in smisel življenja, delovanja in bivanja ... Kanček dragocene pozornosti pa avtorica posveča tudi manj navdušujoči, a zato toliko bolj življenjski tematiki, ki vključuje bolezni, motnje in poškodbe telesne, duševne, psihosomatske in psihosocialne narave. Tem se sodobna ženska kljub svoji damskosti žal ne more (popolnoma) izogniti. Vsaka ženska, z damami na čelu, pa si mora seveda izbrati svojo pot, si postaviti svoje cilje ter si izdelati načrt, izoblikovati svojo strategijo in taktiko, ki ji je pisana na kožo. Pri tem pa upoštevati svoje zmožnosti, darove, nagnjenja, vrline in vrednote ter upoštevati svojo enkratnost in edinstvenost.

Najnovejša knjižna poslastica Dame je namenjena bralcem vseh generacij, obeh spolov, vseh stanov – mogoče jo je predihati v enem zamahu ali pa se ji posvečati postopoma in počasi – si jo privoščiti in ob njej uživati po zalogajih. V njej iskati ideje, rešitve, navdih in pogum za majhne, vsakdanje izzive in izjemne, velike dosežke. Ker prava dama resnično uživa v družbi iskričevega džentelmena, pa upam, da bo avtorica kmalu spet nabrusila svoje iskričvo pero in nas presenetila z novo knjigo o džentelmenih.

Nina Mazi, Ljubljana

Spomini na študentske počitnice

Matjaž Koželj, Aleksander Golob, Janez Tomažič, Borut Štabuc

Priprave

Pred mnogo leti smo se v času študija družili, reševali svet in okolje, hodili na predavanja in vaje ter približno redno opravljali študijske obveznosti. Daleč so tisti dnevi, nekdo med nami se rad pošali, da je bila mavrica takrat še črna bela, a življenje je bilo zanesljivo »v barvah«. Med letom smo tudi nekaj delali in prihranili del denarja za počitnice.

Po predavanjih v maju in juniju smo se večkrat skupaj pripravljali na izpite in medtem pogosto sanjarili o tem, kaj si bomo privoščili v zasluženih počitnicah. Preživljanje počitnic navedno ni zahtevalo posebnih priprav. Po izpitih so bila najpomembnejša vprašanja glede počitnic: Kam? Kako? Za koliko časa?

Tako je tudi nekega daljnega leta, ko seveda še ni bilo interneta in mobilnih, družili smo se v živo in imeli ideje (danes bi rekli »zdrave ideje«), po izpitih prišel čas za počitnice. Dobili smo se v piceriji »Pod lipco« in se po krajšem sejmu idej odločili: gremo v Prago, in sicer s kolesi za štiri do pet tednov.

Od večje družbe je ostala četverica pogumnih, ki so navedeni kot avtorji tega potopisa.

Dogovorili smo se za skupno prtljago, o osebni pa smo si izmenjali nekaj idej. Prav veliko nismo mogli izbirati. Najnujnejše je dovolj. Skupna prtljaga je bila: osnovno orodje za popravilo kolesa, vključno s kompletom za krpanje zračnice, tlačilka, polivinil za podlogo spalnim vrečam (čist ostanek od beljenja izpred petih let), zemljevid, tarok karte in fotoaparati.

Za kolesarjenje smo se vsi opremili s športnimi kratkimi hlačami ali odrezanimi ponošenimi kavbojkami, z majicami s kratkimi rokavi, s prtljažnikom, s spalno vrečo, z dvema torbama iz umetnega usnja (eno je bilo treba kupiti, drugo smo imeli kot torbo za šport), dvema zapenjalkama (eno za spalno vrečo, drugo za hrano) in s stekleničko za vodo.

Fotoaparati so bili klasični analogni na film, pri katerem je bilo treba za vsak posnetek nastavitvi zaslonko, čas in oddaljenost. Po opravljenem

slikanju je bilo treba mehanično prestaviti film za en posnetek. Imeli smo en film v kaseti, črna beli ORWO, 21 DIN/100 ASA za 35 posnetkov. Več kot dovolj za naše potovanje!

Denarja je bilo malo. Izvedeli smo, da lahko pri menjavi avstrijskih šilingov ali nemških mark v češkoslovaške krone oplemenitimo naše bogastvo, če nam uspe tako valuto prenesti v Prago in jo tam zamenjati na prostem trgu. Poskusili bomo, če bo priložnost. Zakaj pa ne?

Prenočišča nam ni bilo treba rezervirati, ker smo med posameznimi etapami kolesarjenja načrtovali spanje *ad hoc*, do koder bomo pač prikolesarili tisti večer. Glede prenočevanja v Pragi smo upali na bivanje v mladinskem domu. Sklepali smo, da ga tako veliko mesto, kot je Praga, mora imeti. Na kakšno rezervacijo nismo niti pomislili. Prišli bomo v mladinski dom in prostor bo.

Tako opremljeni in s takšnim načrtom smo odkolesarili dogodiščinam naproti.



Odhod z Vidmarjeve ulice v Ljubljani v popolni kolesarski opremini. Obdajal nas je tisti čudoviti sij, ki ga prinese misel na zaslužen dopust. Borut se nam je pridružil v Mariboru. Od leve proti desni: Matjaž, Sašo, Janez. Slikal sosed, eden od treh opazovalcev našega odhoda.

Pot proti Dunaju

Priprave na pot so se nam precej zavlekle in smo se nanjo podali šele popoldne. Toda pomembno je bilo, da smo začeli in da se nam je življenje spremenilo, kot se za počitnice spodobi.

Navaditi se je bilo treba na vožnjo v gosjem redu ob cesti s kamionskim prometom, saj avtoceste tedaj še ni bilo. Prvi dan smo tako prišli samo do Blagovice, kjer pa smo naleteli na veličastno spalnico: velik kozolec toplar na levi strani ceste.

Klanec na Trojane drugi dan ni bil prezahteven, vendar je potem pri Vranskem Matjažu počil tubular, ki se ga z običajno opremo ni dalo zakrpati, rezervnega pa ni bilo na seznamu. Peš se je odpravil v Celje, dolgih 25 km, kjer je sicer proti pravilom spravil kolo na potniški vlak, se odpeljal proti Mariboru in tam kupil nov tubular, da je lahko nadaljeval pot s kolesom. Janez in Sašo sta medtem prikolesarila do Rač, kjer smo se obogatili z nasveti Borutovega očeta in se odpravili na pot proti Dunaju.

Med prvim prenočevanjem so nas v nekem seniku ponoči poljubljale avstrijske miške (prave), česar pa se marsikdo med spanjem ni zavedal. Dobro, da takrat še nismo poznali miške mrzlice ...

Pravi izziv pa nam je potem pomenil vzpon na prelaz Semmering. Zapomnila sta si ga zlasti tista dva v skupini, ki na kolesu nista imela več kot šest prestav. Brez nenehnega vijuganja po cesti se takšnega klanca pač ni dalo prevoziti.

Dunaj

Ob prihodu na Dunaj je bilo treba najti prenočišče. Po dolgem iskanju smo ga našli v gozdičku pod stolpom ob Donavi. Zvečer smo se zabavali v Pratru in se norčevali ob naših podobah, ki so nam jih odsevala zakrivljena zrcala, ena izmed znamenitosti tega starega zabavišča. Naslednji dan smo si ogledali vse pomembne znamenitosti mesta, opazovali vrvež ljudi

v okolici Karlove cerkve in se posladkali s saher torticami. S kolesi smo se odpeljali še v Schönbrunn in si ogledali palačo in vrtove habsburških vladarjev; vse kar smo lahko rekli, je bil »oh ...«. Še skok v živalski vrt in na polno naprej! Hitro smo spet ujeli ritem vrtenja pedal.



Pred Karlovo cerkvijo (od leve proti desni: Sašo, Borut, Janez, Matjaž).

Slikal Sašo.

Proti Pragi

Naš končni cilj: Praga. S Češkoslovaško smo imeli Slovenci intenzivne stike zlasti v času vladavine Masaryka, ki je našega znamenitega Jožeta Plečnika imenoval za arhitekta prškega gradu, s čimer smo se Slovenci neizbrisno vgradili v zgodovino Prage in češke arhitekture. Veliko Slovencev se je šolalo na Karlovi univerzi v času Avstrijskega cesarstva in Avstro-Ogrske. Čehe smo poznali iz naših hribov, kamor so radi prihajali, včasih tudi v »japonkah«, Aleksander Dubček pa jim je tudi omogočil, da so lahko preživljali počitnice na Jadranu. Tako so se med nami spletla številna prijateljstva. Ta proces približevanja obeh narodov je grobo prekinila intervencija sovjetskih čet in njenih zaveznikov v Varšavskem paktu na Češkoslovaško leta 1968, ko je bila obnovljena železna zavesa in intenzivirana hladna vojna.

Ob zapuščanju stare prestolnice avstrijskega cesarstva in približevanju železni zavesi smo mislili samo na eno:

Kako pretihotapiti devize? To bi nam omogočilo bolj razkošno življenje in vsi smo bili prepričani, da si ga zaslužimo. Martin Krpan nam ni bil v pomoč, dobili smo drugo idejo. Tedaj je bil zelo popularen avtobiografski roman Metulj Henrija Charrièreja, ki se je v svojem po krivici preživetem

življenju obsojenca moral znajti tudi tako, da je kakšno manjšo stvar skril v svojo intimno odprtino. Za razumevanje tega delikatnega postopka bi bilo najbolje, da preberete roman ali pa si ogledate film s Stevom McQueenom in Dustinom Hoffmanom v glavnih vlogah. Priporočamo ... ha. Njegov moto je bil »Spopasti se nameravam z vsem in proti vsem« in prehodno smo sprejeli njegovo filozofijo. Pomislili smo, da se pravzaprav fiziološko ne razlikujemo od tega človeka. Svoje dragocene devize bi vendarle lahko skrili pred strogimi policisti na meji železne zavesne na enak način, kot je to storil Henri Charrière! V ta namen smo si pripravili polivinilaste paketke z vrvicami, kamor smo zavili svoje dragocene papirčke, in se zaradi bistroumne ideje tudi slikali. Vendarle pa je zaradi nenavadnosti nadaljnega postopka ostalo samo pri tem. Devize smo nato skrili v nogavice ali nekam med obleko in potem zaradi mladosti, poštenih obrazov in načina potovanja na meji nismo bili podrobno pregledani.



Pred prehodom železne zavese.

Slikal Sašo.



Posvetovanje o nadaljnji poti pod češnjo.

Slikal Sašo.

Cesta na Češkoslovaškem od Znojma proti Pragi je bila polna sivih kamionov, bolj malo pa je bilo osebnih avtomobilov. Skoraj vsi so bili izdelani na Češkoslovaškem ali v Sovjetski zvezi in imeli češkoslovaške tablice.

Po nekaj desetih kilometrih nam je začelo zmanjkovati energije, pa tudi žejni smo postajali. Čedalje bolj smo se namesto na kamionski promet

na naši levi strani, ki smo se ga že nekako navadili, začeli ozirati na našo desno stran, kjer je bil neskončen drevored z zreliimi češnjami. Spomnili smo se, da so nas v gimnaziji pri predmetu sociologija učili, da naj bi v komunizmu vsakdo prejemal dobrine v skladu s svojimi potrebami. Bili smo v deželi komunizma in če kdo, potem smo imeli prav mi zelo veliko potrebo, da se najemo sladkih češenj. Preobilje češenj je potem res rodilo »velike potrebe«. In če se vrnemo h komunizmu: pravila, da si v komunizmu ne moreš sam izmisliti, kaj je tvoja potreba, ampak ti jo določa država, pa nam pri sociologiji niso dobro razložili in ga torej nismo bili dolžni upoštevati.

Po ogledu znamenitosti Jihlave je bil naš naslednji cilj Kutna Gora, mesto, ki je bilo zaradi bogatih rudnikov srebra dolgo časa drugo najpomembnejše mesto na Češkem. Mesto nam je razkazala simpatična in lepa študentka naših let, ki smo jo po ogledu povabili na kosilo. Zapomnili smo si ga, ker je bilo to prvo kosilo (češki »knedljički in vebrovo pečenje«) v restavraciji po odhodu iz Ljubljane in prvič nismo bili samo mi štirje. Po prijetnem druženju smo si ogledali še kostnico, ki pa je bila zaradi obnove zaprta. Notranjost smo si najprej ogledovali skozi ne prav čista okna, potem pa smo vendarle odkrili neko možnost vstopa

in si jo ogledali še od znotraj. Kar smo videli, je bilo srhljivo: skeleti nekaj 10.000 ljudi, ki so umrli zaradi kuge ali nasilne smrti v husitskih vojnah, umetniško razstavljeni po stenah in stropu. Kostnica je na seznamu Unescove svetovne dediščine od leta 1995 naprej. Z mislijo na dobro kosilo in prijetno družbo smo odkolesarili naprej, novim dogodivščinam naproti.

Praga

V Prago se nismo pripeljali skupaj, ker je zaradi dežja vsak gonil tako hitro, kot je le mogel. Ne da bi se prej dogovorili, smo se dobili na Václavskih náměstích (glavnem praškem trgu), kjer smo, na prostem trgu, šilinge in marke zamenjali za češkoslovaške krone. Menjava je bila še ugodnejša, kot smo pričakovali. Postali smo premožni. Takoj smo se prijavili v mladinskem domu, kupili superge in karto za celodnevno potovanje z ladjo po Vltavi. Mladinski dom je bil zgledno opremljen, saj je imel dovolj čistih WC-jev, topel tuš na hodniku in kuhinjo v skupni uporabi.

V mladinskem domu je bilo veliko mladih pretežno iz vzhodne Evrope, s katerimi pa ni bilo najlažje komunicirati.



V Pragi, v ozadju je katedrala sv. Vida. Od leve proti desni: Matjaž, Janez, Borut, Sašo.

Slikala Olga.

rati. Družbo smo zato iskali v pivnici pri Fleku, kjer je bilo res sproščeno vzdušje, za katerega je skrbel tamkajšnji izjemni ansambel. Navdušeni smo bili tudi nad predstavo pantomime v znameniti praški »Laterni magici«, kjer so se lahko ustvarjalci umetniško izražali, ne da bi jih mogla držati za jezik tamkajšnja stroga cenzura.

Spomine na »Grad«, »Proces«, »Preobrazbo« in druga znamenita dela Franza Kafke, ki smo jih brali v gimnaziji, smo obudili ob obisku njemu posvečenega muzeja. Njegovo »hrepenenje po svobodi, po življenju brez določil in po neobremenjenosti« smo prenesli v prakso. In Praga je bila kot naročena za to!

Prago na čelu s Karlovim mostom in Hradčani nam je sicer razkazala Olga, ki je nekaj časa stanovala na Vidmarjevi ulici v Ljubljani, potem ko je njena družina leta 1968 pobegnila iz Čehoslovaške, in sta jo kot nekdanjo sosedo poznala Matjaž in Janez. Sami smo si ogledali še največji stadion na svetu in šli na enodnevno križarjenje po Vltavi, z magijo Smetanove melodije prežeti široki reki, ki teče proti morju. Edino sporočilo domačim s celotnega potovanja je bila razglednica, na kateri je pisalo: Lep pozdrav iz Prage.

Pot domov

Za povratek smo si izbrali traso preko Čeških Budajevic, Linza in Alp. Že prvi dan kolesarjenja proti domu smo imeli resno okvaro kolesa. Sašo je vrtel pedala v prazno in kolo se je ustavilo blizu kmetije ob cesti. Kolo smo skupaj pregledali, odvili zadnji verižnik in odkrili okvaro. Zlomila se je jeklena vzmet v obliki paličice, ki je dvigovala ploščici, ki sta se ob pogonjanju uprli v zobato notranjo stran zadnjega verižnika in tako omogočili prenos moči z verige na kolo. Matjaž je Sašu posodil svoje kolo, da se je lahko odpeljal skoraj 40 km nazaj v Prago v upanju, da bo v velikem mestu kljub nedelji našel nekaj, kar bi nadomestilo zlomljeno vzmet. Edina

odprta trgovina je bila veleblagovnica, v kateri pa seveda niso imeli tako specifičnih rezervnih kolesarskih delov. V tretjem nadstropju pa je zagledal nekaj, kar bi lahko bilo uporabno: dimnikarsko žičnato metlo, ki so jo sestavljale jeklene žice, podobne iskani vzmeti. S kleščami, ki si jih je neopaženo izposodil, je prav tako neopaženo izpulil iz žičnate metle tri žičke in se hitro vrnil k prijateljem. Izkazale so se za idealen nadomestek zlomljene vzmeti in opravljale svojo funkcijo še dolgo potem. Dimnikar, ki je kupil metlo, pa zaradi manjkajočih žičk gotovo ni bil manj učinkovit.

Na kmetiji so nas domači lepo sprejeli in povabili na kosilo. Med pogovorom smo se zblížali in pri njih zaradi dežja ostali nekaj dni. Pomagali smo jim pri kmečkih delih, spali pa smo na seniku in tarokirali. V taroku smo bili pravi profesionalci. Vedno smo igrali v troje, četrti je mešal in delil karte, v primeru klopa je igral s talonom. Rezultate smo pisali od začetka do konca potovanja. Številke so šle v tisoče.

Ob pogovoru z gostitelji smo spoznali vso tragiko izgube svobode naroda, samostojnosti, humanosti ... Niso in niso se ustavili, iz njih so vrele obsodbe agresorjev in vseh zgodb, ki so jih doživeli. To je bil naš prvi stik in izkušnja z Varšavskim paktom. Počutili smo se še bolj svobodne.

Na nadaljnji poti je sledila razgibana pokrajina s številnimi vzponi in

spusti. Svoje dnevne etape smo razdelili na jutranji in popoldanski del, da smo se izognili vročini. Postajali smo pravi mojstri pri vožnji v zavetrju in tako dosegali zavidljive hitrosti. Iz dneva v dan smo bili spretnejši, vsaj zdelo se nam je tako. Tako smo pri vožnji navzdol le redkokdaj zavirali, da smo dobili ustrezno hitrost in zagon za naslednji klanec, ki smo ga zato lahko prevozili brez pretiranega truda.

Pri nekem dolgem spustu pa se je zgodila nesreča. Prvega v vrsti je vrglo iz ovinka na koncu dolgega klanca. Po nekaj metrih vožnje po travniku se je mojstrsko izognil hiši in se nato nekajkrat prekucnil. Drugi smo upočasnili vožnjo in ostali na cesti. K sreči kolesar ni bil poškodovan, poškodovano pa je bilo kolo. Kosti so na srečo ostale nezlomljene. Sprednje kolo je bilo zvito v vertikalni in horizontalni smeri. S posebnim ključkom za napere smo uspeli popraviti zvinitost v horizontalni smeri, v vertikalni pa ne. Kolesarki obroč je ostal elipsast. Zlomil se je tudi nosilec za krmilo. Zlomljeni del smo odstranili in je zato krmilo po vstavitvi postalo precej nižje. Kolesarjenje s popravljenim kolesom je bilo sicer varno, vendar napornejše zaradi spremembe položaja telesa in neprijetnega tresenja med vožnjo zaradi elipsaste oblike prednjega kolesa. Trajalo je do prvega večjega mesta, kjer smo kupili novo sprednje kolo in nosilec za krmilo.



Običajen prostor za prehranjevanje na poti. Od leve proti desni: Sašo, Matjaž, Borut.

Slíkal Janez.

Ob vstopu v Avstrijo sprva nismo imeli občutka, da smo vstopili v demokratično državo, kjer spoštujejo človekovo dostojanstvo. Ob obisku neke gostilne so nas mlajši gostje gledali postrani, ko so slišali našo slovansko govorico, potem pa v nemščini izrekli tudi nekaj nacionalistično obarvanih opazk.

Pot nas je nato vodila v nekdanje nacistično taborišče Mauthausen, kjer smo bili med redkimi obiskovalci. Po ogledu smo ostali brez besed. Vsak pri sebi se je spraševal, do kakšnih grozodejstev lahko privede neka ideologija.

Še pod vtisom vsega strašnega, kar smo videli v taborišču, smo ta dan izbrali naše prenočišče globoko v gozdu. Po dolgem pogovoru smo zaspali. Zbudili so nas nenavadni laježu podobni glasovi, ki so prihajali iz različnih strani. V pričakovanju napada smo vstali, vzeli nože iz torb in se s hrbiti obrnili drug proti drugemu. Z menjavo straže smo to noč slabo spali, in to samo zaradi tega, ker tedaj še nismo vedeli, kako se ponoči oglašajo teritorialno razporejeni srnjaki.

Tudi sicer smo na poti prenočišča izbirali glede na okoliščine, v katerih smo se znašli proti večeru. Tako smo spali pod streho senika, v kurilnici neke javne ustanove, kamor smo se zatekli pred dežjem, na parkirišču, kjer so nas na primer sredi noči zbudili reflektorji in življenjsko

nevaren hrup ogromnega šleparja, ki je drvel proti naši »spalnici«, da nam je podivjalo srce in nato nam je razbijanje v prsnem košu še nekaj časa kradlo spanec; včasih smo spali kar pod milim nebom, gledali zvezde, utrinke in sladko zaspali ...

Po prehodu čez Visoke Ture je po zares naporni etapi Janez predlagal, da poiščemo udobnejše prenočišče. Zadnja noč našega potovanja mora biti vendar nekaj posebnega! Zvečer, ko se je že dodobra stemnilo, smo nekje pred Šentvidom ob Glini ugledali veliko hišo z gospodarskim poslopjem in senikom, ki bi lahko postal prenočišče, ki ga iščemo. Do njega je bilo mogoče priti samo skozi prelepa vhodna vrata, ki pa niso bila zaklenjena. Videli smo sicer, da je imela hiša v ozadju osvetljeno eno okno, vendar smo vseeno vstopili skozi vrata posestva. Tiho smo se začeli nameščati za spanje v seniku, pri čemer smo nekajkrat prižgali svetilke. Opazili smo, da okno na hiši ni bilo več osvetljeno, in kmalu zatem se je pripeljal avto, iz katerega je izstopilo več ljudi. Samo nekaj trenutkov zatem so nas obsijale svetilke avstrijske policije. Kdo ste in kaj delate tukaj? Povedali smo vse po resnici in jim izročili potne liste. Eden od policistov je odšel v hišo in se kmalu vrnil. Povedal je, da nam lastnica dovoli prespati v seniku. Mirno smo zaspali. Zjutraj so nam policisti vrnili potne liste, gospa

lastnica pa nas je povabila v hišo na zajtrk. Pripravila nam je kraljevskega z najboljšim priborom, jajčki na oko, šunko, več vrstami sira, pomarančnim in jabolčnim sokom, kavico ... Pokramljali smo z njo in se ji toplo zahvalili. Pozneje smo se zahvalili tudi Janezu, ker je že vnaprej napovedal, da bo zadnje prenočevanje nekaj posebnega.

Pred nami je bil zadnji dan. Borut nas je po Šentvidu zapustil in se sam odpravil proti Štajerski, tako da smo ostali trije.

Prevozili smo Celovec, prečkali Dravo in se mimo dolge kolone počasi premikajočih se avtomobilov povzpeli na Ljubelj. V restavraciji smo naročili čokoladne palačinke in odbrzeli domov. Čas našega prihoda ni bil znan nikomur, niti točen dan niti približna ura. Na domači ulici je potekal običajen dan. Odvezali smo popotne torbice in kolesa pospravili v klet.

Naslednji dan smo šli na Kolezijo igrat košarko. Ob pitju domače pijače smo nazdravili in vzdiknili: »Uspelo nam je!«

Prim. Matjaž Koželj, dr. med., svet.,
Ljubljana

Mag. Aleksander Golob, dipl. inž. gozd.,
Ljubljana

Prof. dr. Janez Tomažič, dr. med.,
Klinika za infektivne bolezni in
vročinska stanja, UKC Ljubljana

Prof. dr. Borut Štabuc, dr. med.,
UKC Ljubljana, Interna klinika,
KO za gastroenterologijo



Prenočišče nekje ob cesti. Od leve proti desni: Borut, Matjaž, Janez.

Slikal Sašo.

Naša generacija MF 1964/69

Spomini na učitelje, kolege in kolege ter moje doživljanje, po letnikih

Črt Marinček

Alija (Alojz) Košir je prestopil v muslimansko vero zaradi ločitve. Dušan Štucin mi je med izpitom iz fizikalne kemije s cigareto v ustih dejal, da naj gledam v tablo, medtem ko pišem s kreda. Ker sem slabo slišal, njegovega momljanja nisem razumel in sem posledično padel.

Januarja 1965 smo imeli v organizaciji MF nepozaben teden smučanja na Vršiču. Za pot od železniške postaje do Erjavčeve koče sem med prvimi potreboval z vso opremo 2 uri in 45 minut. Vsak dan smo »štampali« skoraj do Slemenca, ponoči pa igrali tarok v zasedbi Vinko Pavlovčič, Milan Čizman, Vera Petrišič in jaz. Kot bruca so me absolventi vzeli v zaščito ...

Albin Seliškar mi je na izpitu zastavil vprašanje o ledvicah. Nekaj dni pred izpitom iz fiziologije sem



Martinčkanje na Rabu

gledal na TV oddajo o ledvicah. Pomagalo je ...

Miha Likar nam je predaval virologijo, kot dekan pa nam je v zaključnem nagovoru položil na srce, da naj o svoji matični fakulteti govorimo samo dobro.

Bogdan Breclj – na kolokviju iz ortopedije mu na vprašanje o talasoterapiji nisem ravno blesteče odgovorjal.

Marjan Kordaš nam je, po našem mnenju, dajal vtis, da je pafi najpomembnejša stvar na svetu, čeprav tega sam ni hotel. To sem spoznal šele na podiplomskem študiju ...

Janez Kanoni je imel svoj slog predavanj in vaj. Njegov najstarejši sin Julij je bil moj sošolec in sem bil pri njih zraven Drame kot doma, vendar iskrica z njihovo edinko ni preskočila.

Marij Avčin – pri njem sem na izpitu iz pediatrije dobil eno redkih desetak.

Janez Milčinski – na njegovih predavanjih ob 7 h zjutraj sem vedno sedel v prvi klopi in nobenega zamu-



Naš počitek na spustu s Pogačnikovega doma na Kriških podih proti Aljaževemu domu v Vratih



Tudi profesor Janez Milčinski se je znal zabavati z nami v Pajzlu, ki so ga pred kratkim podrli skupaj s starim delom MF.

dil, tako so me pritegnila. Tudi ocena prav dobro je bila zaslužena.

Franc Erjavec – na kolokviju iz klinične farmakologije sem padel in zato končal študij čez dva tedna, pred dnevom republike 28. 11. 1969.

Na absolventski izlet smo v manjšini šli z ladjo Jugoslavija preko Malte do Tunisa in nazaj do Benetk. S strani MF je bil z nami prof. Ciril Godec. Ob zvokih njegove kitare in francoskih šansonov nam ob romantičnih večerih in plesu ni bilo dolgčas.

Profesor Godec je kasneje odšel v New York, kjer je izdal obširno knjigo o raki sečil. Po informaciji skupne znanke prof. Angele McNamara iz Dublina je star nekaj več kot 80 let, njegove žena Susanne pa dve leti manj.

Kabino sva delila z Miroslavom Lucijem. Živo se spomnim njegove

pomoči, ko sem v kabini bruhal zaradi preveč pijače ob sicer mirnem morju. Mirno je pobrisal vse za mano in me dal spat ...

Morje pa je pokazalo zobe na povratku, in sicer ob prečkanju Kvarnerja, ko so valovi zaradi močne burje nagibali našo največjo potniško

ladjo s pljuski do kapitanskega mostu.

Večina je taborila na Rabu. O njihovih zgodbah pričajo slike ...

Tomaž nas je prezgodaj zapustil (30. 11. 2016), Dušica in Marjeta sta letom primerno zdravi, tik pred oddajo v tisk pa smo izvedeli, da se je poslovil naš prijatelj in sodelavec prof. dr. Eldar Gadžijev.

Ker bo prihodnje leto minilo 60 let od našega vpisa na MF UL, se je na pobudo Alenke Fetih 20. aprila letos v petčlanski zasedbi v gostišču Livada zbral iniciativni odbor.

V pomanjkanju kontaktov prosimo vse, ki tega še niste storili, da sporočite svoj e-naslov ali telefonsko številko po elektronski pošti na: alenka.fetih@gmail.com.

**Prof. dr. Črt Marinček, dr. med.,
v. svet., Ljubljana**

Svetovno prvenstvo zdravnikov in farmacevtov v smučanju

Moena, 16.–18. 3. 2023

Jasna Čuk Rupnik

Po lanskí slabši udeležbi na tekmovalnem v Hintertuxu, Avstrija, ko smo se ponovno zbrali po dveh letih koronske pavze, je bila v Moeni, Italija, letos spet zbrana pisana družina smučarskih navdušencev zdravnikov, zobozdravnikov in farmacevtov, skupaj preko sto. Smučarsko močne države so imele tudi tokrat zelo številne ekipe. V

slovenski, nekdanj številnejši in tekmovalno bolj uspešni – saj smo večkrat dosegali tudi prva tri mesta – smo pogrešali tiste naše kolegice in kolege, ki so se na državnem prvenstvu v Kranjski Gori odrezali zelo dobro. Svetovno skromnejša udeležba se je poznala tudi pri skupnem rezultatu. **Ekipno smo zasedli (še) 5. mesto.** Pred nas so se



Specialist kirurgije, izr. prof. dr. Andrej Čretnik iz UKC Maribor, je zadnja leta tudi voznik našega (prenatrpanega) kombija.



Skoraj popolna ekipa z dodatkom podpornih članov: enajstletni Vili (tretji z desne) se je odrezal kot odlični predvozač.



Jasna, Katarina in Romina so potrdile ljubezen do superveleslaloma.



Franci, Katarina in Timotej so se veselili po slalomu.

uvrstili – od prvega mesta navzdol – Nemci, Avstrijci, Italijani in Poljaki, vsi z ekipami, številčno dvakrat močnejšimi od naše.

Tekmovali smo v petih starostnih kategorijah. Sonce in sneg sta bila idealna. Proge, na katerih sicer potekajo tudi druga velika tekmovanja, so bile vsak dan odlično urejene. V četrtek za slalom, v petek za veleslalom, obakrat ob 10.00 in ob 12.00, v soboto pa le en tek ob 10.30 za superveleslalom. Podelitev pokalov za to kategorijo vedno poteka kar na smučišču takoj po tekmah, da je še dovolj časa za odhod domov.

Najbolje se je v naši ekipi odrezala Katarina Turk. V vseh kategorijah je prismočala pokale za prva mesta. Naslednje leto bo svetovno prvenstvo v Avstriji. Posvet med vodji skupin je pripeljal do odločitve, da bodo na tekmovanja od zdaj dalje vabili tudi študente medicine. Dodelili jim bodo kategorijo o.

Poleg svetovnega prvenstva z dolgo tradicijo obstaja nekaj let tudi evropsko prvenstvo. Letos je bilo 3. po vrsti in je potekalo v Italiji. Slovenci na njem nismo sodelovali. Morda pa se bomo uspeli organizirati za naslednje leto, ko bo potekalo na Poljskem.

Uvrstitve (v starostno različnih kategorijah):

Slalom: *Ženske:* 1. Katarina Turk, 4. Jasna Čuk Rupnik. *Moški:* 1. Timotej Vivod, 3. Franci Koglot, 8. Andrej Čretnik, 10. Dušan Hus.

Veleslalom: *Ženske:* 1. Katarina Turk, 2. Romina Ambrož. *Moški:* 7. Franci Koglot, 11. Andrej Čretnik, 12. Janez Benedik, 14. Dušan Hus.

Kombinacija slalom in veleslalom: *Ženske:* 2. Katarina Turk. *Moški:* 2. Timotej Vivod

Superveleslalom: *Ženske:* 1. Katarina Turk, 2. Romina Ambrož, 3. Jasna Čuk Rupnik. *Moški:* 1. Timotej Vivod, 4. Andrej Moličnik, 5. Franci Koglot, 8. Andrej Čretnik, 11. Dušan Hus, 12. Janez Benedik.

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

5. Hop na Grad – tek za otroke na Pediatrični kliniki

Damjan Osredkar, Nina Battelino

Šestnajstega aprila je v Ljubljani s startom pred Pediatrično kliniko potekal že 5. Hop na Grad – dobrodelni tek po ljubljanskih ulicah, ki se ga je udeležilo okoli 1300 tekaških navdušencev.

Ko smo se v začetku leta 2017 lotili organizacije 1. teka Hop na Grad, smo polni navdušenja in v navalu adrenalina prepričljivo trdili, da gre za »1. tradicionalni tek«, in le na tihem upali, da nam uspe. **Ob tem smo imeli popolno podporo in neizmerno pomoč Športnega društva Povodni mož in Založbe Rokus Klett ter mnogih tam zaposlenih, brez katerih naš tek, vsaj v takšni razsežnosti, verjetno kljub močni volji ne bi bil mogoč.**

Nato nam je leta 2020, ko smo skoraj že zavili v ciljno ravnino priprav na 4. Hop na Grad, račune prekrizala pandemija in škatle z majicami ter ostale stvari smo morali za dve leti pospraviti pod mize. Štiri leta po zadnji in šest let po prvi izvedbi smo tako – še vedno z enako zagnanostjo – uspešno organizirali že 5. tek Hop na Grad, ki mu ponosno rečemo tradicionalni. Že peto leto torej združujemo malo in veliko, hitro in nekoliko manj hitro v doseganju skupnih ciljev: druženja, gibanja in pomoči tistim, ki jo najbolj potrebujejo.

Petič, in z dvema letoma premore, je drugi pokoronski tek ponovno odlično uspel. Teklo nas je skoraj 1300 tekačev, letos rekordno število – preko 500 otrok. Tek je spet združil ljudi vseh starosti, ki so skupaj že ponovno v zelo hladnem nedeljskem jutru dvignili temperaturo pred Pediatrično kliniko in se

podali v dir. Nekateri po ravnem, drugi pa kar v klanec, na grajski grič. Množica tekačev je tokrat živo rumeno obarvala ulice ter oblikovala valovito sončno pot na Ljubljanski grad, zato nam sonce ni prav nič manjkalo. Tek je s preko 20.000 evrov zbranega denarja presegel naša pričakovanja. Po vremensko gledano nič kaj obetavni soboti ter hladnem nedeljskem jutru je dobro vzdušje ogrelo srca in tekači so s svojimi nasmehi ogreli zrak okoli Pediatrične klinike.

Če se ob tem ozremo nazaj, lahko ponosno naštejemo že precejšnje število naprav, ki nam jih je s skupnimi močmi in koraki uspelo kupiti in

podariti Pediatrični kliniki: gastro-skop za naše najmlajše bolnike, napravo za vektorsko bioimpedančno analizo sestave telesa, ultrazvočno sondo, dva monitorja za kožno merjenje količine ogljikovega dioksida in nasičenosti krvi s kisikom za neonatalni in nevrološki oddelek Pediatrične klinike, napravo za zunajtelesno oksigenacijo krvi za oddelek za intenzivno medicino, napravo Biofeedback, ki jo uporabljajo psihologi za delo z otroki s psihičnimi težavami, ter aparat za transkutano merjenje ogljikovega dioksida v krvi. Letos smo se odločili, da bomo zbrani denar porabili za nakup naglavne kirurške luči, ki





našim otroškim kirurgom omogoča lažje in natančnejše delo pri zapletenih operacijah prirojenih napak. Glede na količino zbranega denarja smo uspeli opraviti nakup kar treh naglavnih kirurških lučk.

Veseli in ponosni smo, da lahko s skupnimi močmi nekaj majhnega vrnemo v skupnost, iz katere izhajamo.

»Bitke, ki štejejo, niso tiste za zlato medaljo. So tiste, ki jih bijete v sebi – nevidne in neizogibne.« (Jesse Owens)

»Tecite, ko lahko, hodite, če morete, pojdite po vseh štirih, ko ne zmorete hoditi – le nikoli ne obupajte!« (Dean Karnazes)

Naj končava z mislijo – tek je ena najosnovnejših in najnaravnejših oblik človekovega gibanja. Uči nas živeti v trenutku, opomni nas, da vdihnemo, in nas poveže s čudovitimi ljudmi. Veselimo se našega skupnega druženja. Ponovno in vedno! Pristrčno vabljeni prihodnje leto!

Izr. prof. dr. Damjan Osredkar, dr. med., doc. dr. Nina Battelino, dr. med.,
Pediatrska klinika, UKC Ljubljana

Vabilo na srečanje

Spoštovane kolegice in spoštovani kolegi, ki ste se na Medicinsko fakulteto Univerze v Ljubljani vpisali v šolskem letu **1973/74!**

Jeseni bo minilo 50 let, kar smo se prvič ugledali. Verjetno se vsi strinjamo, da smo si po toliko letih zaslužili priložnost, da se ponovno srečamo.

Da bi si prav vsi lahko pravočasno zagotovili čas za naše druženje, smo pohiteli z organizacijo in vam sporočamo, da bo srečanje:

21. 10. 2023 ob 19 h

**v Gostilni pri Trubarjevi mami, Dunajska 18, Ljubljana
(Gospodarsko razstavišče, paviljon Jurček, v spodnji etaži)**

Lokacija na robu strogega centra Ljubljane je verjetno vsem znana, lahko dostopna z vseh koncev, ponuja pa tudi veliko parkirišče.

Vljudno vabljeni v želji, da si pravočasno zagotovite čas in zanesljivo pridete na srečanje!

Organizacijski odbor

Za morebitna dodatna vprašanja pišite na **e-naslov:** dbvidm@gmail.com



*Maimonides, slavi
judovski zdravnik iz 12.
stoletja, rojen v Cordobi
(Andaluzija), je s svojimi
stališči še danes navdih
številnim zdravnikom.*

Spet nekaj o upokojencih

Anton Mesec

Zdravnik je v aktivni dobi razpet med vsakdanje zadolžitve in nima časa, da bi veliko razmišljal o svojem položaju v prihodnjem, upokojenskem obdobju. Pa pride tudi do te prelomnice in naenkrat se upokojenec znajde v različnih vlogah, ki se med seboj prepletajo.

Najprej smo pri vprašanju, ali je upokojenec še zdravnik. Na prvi pogled se zdi vprašanje nepotrebno, a dejansko stanje ni tako jasno. Na eni strani imamo npr. kratenje pravice do osebnih receptov nekaterim upokojencem, kar je težko razumljivo in jih ta omejitev upravičeno močno razburja. Morda pa je tudi ta diskriminacija izraz prikritega administrativnega starizma. Na drugi strani mnogi še vsaj delno nadaljujejo s prejšnjim delom brez jasne starostne omejitve. Nedavno sta bili tudi v reviji Isis počaščeni dve zelo vztrajni kolegici, ki še po svojem 80. letu delata v ambulanti (Pro bono, ZD Ravne). Njiju in podobnih trdoživih upokojencev zagotovo ni mogoče zmerjati z dvoživkami. V aktualnem udarniškem reševanju »izbrisanih« bolnikov z dodatnimi ambulantami je kar malo presenetljivo, da si ne pomagajo z upokojenci, ki so še pri

močeh in volji za delo. Seveda ni jasne ločnice, koga in do kdaj lahko zdravi upokojenec. Zdraviti samega sebe ni najbolje. Na splošno velja, da je to kombinacija nediscipliniranega bolnika in vse manj kompetentnega zdravnika, kar ne obeta optimalne obravnave. Za zdravljenje drugih niso dovolj le izkušnje, znanje je treba tudi posodabljeti, tj. spremljati novosti, ki jih nikoli ne zmanjka. Po lastnih več desetletnih izkušnjah so mnoge zelo hvaljene novosti – od zdravlil do posodobljenih smernic – naenkrat postale zastarele. Ni vse zlato, kar se trenutno sveti. Zgodba se ponavlja in se bo ponavljala tudi v prihodnje. Ob tej dinamiki kaj lahko zastari tudi upokojenec, ki ne sledi razvoju na svojem področju. Kdaj bo to spoznal ali kdo mu bo to namignil, je že drugo vprašanje.

Upokojeni zdravnik se kaj lahko znajde v vlogi uporabnika zdravstvenih storitev. Zadnja leta je bilo kar nekaj povedanega o neprepoznanih zdravnikih – bolnikih na urgenci in o iskanju izgubljenega osebnega zdravnika (sredi Ljubljane). Ankete med upokojenci kažejo visok delež nezadovoljnih pri njihovi ambulantni obravnavi.



Morda pa pri tem podatku vseeno ne smemo vsega zvrčati na usihanje empatije med mlajšimi kolegi. Že Cicero je ugotavljal, da so črnogledost, stalno nezadovoljstvo in nagnjenost k pritoževanju značajske poteze posameznikov, ki so v starosti le bolj izražene. Za hospitaliziranega upokojenca je poučen tudi pogled iz žabje perspektive, tj. iz bolniške postelje. Bolj opazi strahove in (ne)poučenost sobolnikov o njihovih boleznih, lahko pa vidi tudi marljivost osebja, kar je morda v svojih aktivnih časih spregledal.

Strokovne novosti je prijetneje spremljati v živo kot zgolj po literaturi. K sreči smo se vrnili v predavalnice, kar omogoča tudi srečanje z nekdanjimi sodelavci, a kaj ko se vrste nancev redčijo in med udeleženci vse

bolj prevladuje manj poznana »mladina«. Sodeč po obvestilih o strokovnih srečanjih v reviji Isis so upokojenci vse pogostejše oproščeni kotizacije, kar je vsekakor pohvalno. Upajmo, da ne bomo diskriminirani tudi pri tej ugodnosti, saj sem nedavno v napovedi strokovnega srečanja zasledil, da je organizator zastoj udeležbo namenil le regionalnim upokojencem. (Spet ena od slovenskih delitev na »naše« in »vase«.) Podobna novost v objavah je tudi prost pristop študentom, upokojenci pa niso omenjeni. Izgleda, da so sponzorjem teh srečanj bolj zanimivi prihodnji kot pretekli zdravniki.

Seveda je možna povsem drugačna usmeritev in mnogim upokojencem je bližji odmik ali popoln odklop od prejšnje ožje dejavnosti. V našem

glasilu lahko o tem preberemo marsikaj zanimivega. Nekateri nas seznanjajo s potešitvijo svoje potovalne žilice, drugi s športnimi podvigi ali s svojimi umetniškimi stvaritvami ter s pisateljsko in pesniško nadarjenostjo. Izbira je torej pestra, česa se bomo lotili, je odvisno od naših skritih talentov in pojemajočih sposobnosti. Morda pa za zadovoljstvo ne potrebujemo veliko, zato naj zaključim s citatom iz prigodne pesmice, ki nam jo je recital kolega D. Sket ob naši kar impresivni obletnici vpisa na fakulteto:

»Tisti čas je zdaj za nami/tistih časov zdaj ni več/važno je, da smo še živi/in da zdravje ni čist' preč.«

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

SPOMINI NA ŠTUDENSKO ŽIVLJENJE

Prigode nekdanjih in sedanjih študentov medicine – na spletni strani zbornice: <https://www.zdravniskazbornica.si/zbornica-za-vas/spomini-na-studentsko-zivljenje>

Na zbornični spletni strani bomo objavljali prigode iz študentskega življenja nekdanjih in sedanjih študentov medicine in dentalne medicine.

Vabljeni, da jih pošiljate na e-naslov: isis@zss-mcs.si

Foto: pozdravbrucem.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: 9.650 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 Relations 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.

Domus Medica za Vas **MODRA DVORANA**



260

CELOVITA IZVEDBA VAŠEGA DOGODKA

Za vas celovito izvajamo dogodke po vaši meri. Od organizacije, priprave materialov, tehničnega vodenja med dogodkom do postprodukcije posnetega materiala.

Za več informacij pišite na
mic@zss-mcs.si.



Visokokakovostna
HD-projekcija



Sodobna
AV-oprema



Priprava grafične
podobe dogodka



Snemanje in
obdelava



Spletni
prenos

