

IS

IS

Glasilo Zdravniške
zbornice Slovenije
Julij 2023
Številka 7



Prof. dr. Eldar Gadžijev

“Med operacijo sem skušal biti povsem zbran in osredotočen na to, kako jo bom najbolje izpeljal. Vendar pa ni šlo vedno vse po mojih načrtih. Zgodilo se je tudi, da sem kdaj hotel preveč.”

Klubski koncertni večeri NAPOVEDNIK 2023

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

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@zsz-mcs.si ali po telefonu 01 30 72 152, za kar se vam najlepše zahvaljujemo.

Paternalizem, paternalizem, paternalizem

Peter Golob

Odbor za pravno-etična vprašanja je v maju izdal svoje mnenje v zvezi z rešitvami v osnutku Zakona o pomoči pri prostovoljnem končanju življenja. V njem odbor poskuša osvetliti zmotne predpostavke glede potrebne vloge zdravnika pri prostovoljnem končanju življenja. Eden glavnih praporov zagovornikov osnutka je bil popisano s »česa vam zdravniki (ali vsaj institucionalizirano zdravništvo) v svojem paternalizmu ne dajo, pa vam naravno pripada«. Odbor je na to odgovoril z »zdravniki vam nimamo česa dati, ker to ni stvar zdravnikov«. Kdor je sledil soočenjem (bolj konfrontacijam) o osnutku zakona, je morda zaznal, da se znova in znova pojavlja beseda paternalizem. (Samo)usmrtitveni kontekst je zgolj izhodišče in ne edini kontekst za moje razglabljanje o paternalizmu. Predvsem o novem paternalizmu, ki ovira dostop do »novih storitev«. O paternalizmu kot psovki, ki smo je bili zdravniki večkrat deležni v javnih soočenjih na temo osnutka Zakona o pomoči pri prostovoljnem končanju življenja. Po navadi v prvi rundi ali še pred zvoncem za začetek. Zdravniški paternalizem, kot ga poznamo, in novi paternalizem, kot ga spoznavamo, nista edina v sedanjem zdravstvenem in družbenem trenutku. Imenuj-



mo še dva: paternalizem svojcev in paternalizem omrežij.

Prvič: paternalizem po starem in morda novem

Paternalizem je del zgodovine in del zgodovine medicine. Paternalizem zdravnika je še del sedanjosti. Je prepoznan kot grožnja avtonomiji pacienta. Paternalizem omejuje pacientovo svobodo, ko zdravnik brez soglasja pacienta naredi nekaj za pacientovo dobro, kot ga razume zdravnik. Kaj zdravnik razume, da je dobro za abstraktnega pacienta s konkretnim bolezenskim stanjem, ve zdravnik. Tega ne ve zakon. Zakon stroke piše stroke in stroke ne piše zakon. Vsaj tako je veljalo do danes. Osnutek Zakona o pomoči pri prostovoljnem končanju življenja to paradigmo spreminja. Predpisuje zakonsko »pravilo stroke«. Zakaj?

Na začetek. Poznavanje pravila stroke ali kaj je dobro za abstraktnega bolnika s konkretnim bolezenskim stanjem, seveda ne pomeni, da zdravniški prav in namen delati dobro zadostujeta. Za konkretnega pacienta je delati dobro (samo) eden izmed stebrov medicinske etike. Na drugi strani obok podpira avtonomija pacienta. Če je vprašanje delati prav in dobro relativno in odvisno od gledišča zdravnika in pacienta, je avtonomija pacienta absolutna. Absolutna glede sebe, ne glede drugih! Pacient lahko odkloni vse dobro in prav, ki mu ga zdravnikovo razumevanje problema ponuja. Samo pacient ve, kaj od ponujenega je zanj dobro in prav. Vprašanje pa je, ali lahko pacient, ki edini ve, kaj je zanj dobro in prav, na podlagi teh svojih sklepov kaj zahteva. Lahko pacient tisto, za kar ve, da je zanj dobro, zahteva od zdravnika, javne blagajne, koga ali česa drugega? Če sem konkreten, lahko pacient od zdravnika zahteva storitev, za katero zdravnik misli, da ni v skladu s pravili stroke ali ni potrebna? Gre torej za okoliščine, ko pacient ne odklanja nečesa, kar zdravnik želi narediti, ker je *lege artis* in potrebno, ampak pacient zahteva nekaj, česar zdravnik ne želi narediti, ker ni *lege artis* ali ni potrebno.

Je zavračanje ali opustitev nečesa, kar ni v skladu s pravili stroke in potrebno, zdravniški paternalizem?

V ilustracijo. Delati prav in delati dobro se nanaša tudi na okoliščine ob koncu življenja. Opustitev in odtegnitev zdravljenja sta ravnanji v skladu s pravili stroke in potrebni. Če je zavračanje ali opustitev ravnanj v nasprotju s pravili stroke, ki jih pacient zahteva od zdravnika, nedopusten paternalizem, sta lahko nedopustno paternalistični tudi opustitev in odtegnitev zdravljenja, če bolnik (ali njegov nadomestni privolitelj) z opustitvijo ali odtegnitvijo ne soglaša in zahteva »zdravljenje«. Zamaje se steber dobrodelnosti, zamaje se steber pravčnosti. Ostane samo avtonomija pacienta, ki pa medicinske etike ne drži sama. Ta novi paternalizem ob zavračanju ali opustitvi ravnanja, ki ni pokrito s pravilom stroke in ga bolnik zahteva, je drugačen paternalizem. Je ovira do polne avtonomije pacienta, ki sam in samo sam ve, kaj je zanj sprejemljivo in potrebno. Klasični zdravniški paternalizem je institucionalno prepoznan, je znano še prisotno zlo in zanj uveljavljeno institucionalizirano zdravilo, informiran pristanek. Zdravila za novi paternalizem še ni. Obstaja pa obvod, ki vrača vprašanje na tir starega paternalizma. Ravnanje, ki ni pravilo stroke, z zakonom razglašiš za »pravilo

stroke«. Ne glede na obvod pridemo iz »nočem, kar predlaga zdravnik za moje dobro«, na »zdravnik noče, kar predlagam za svoje dobro«. Je to zdravniški paternalizem? Ne, to je paternalizem, ki omejuje zdravnikovo poklicno svobodo, ko zakon brez soglasja zdravnika od njega zahteva neko »dobro«, kot ga razume zakon.

Drugič: paternalizem svojcev

Tokrat zgodba. 83-letnica po operaciji zloma kolka, 24. dan v bolnišnici, čaka na podaljšano bolnišnično zdravljenje v drugi ustanovi. Hodi sama po hodniku oddelka, sama gre na stranišče. Tiha. Nezahtevna. Neopazna. Na veliki petek drugačna. Zadovoljna. Se pohvali, da jo pridejo za veliko noč iskat njeni in da bo doma. Nazaj jo pripeljejo v ponedeljek. Super, vikend izhod. Se premika. Za veliko noč sem dežuren. Gospa je pozno dopoldne še vedno v bolnišnici, zadovoljna. Na popoldanski viziti je spet tiha, nezahtevna, neopazna. Na poizvedovanje odgovori: »Niso prišli, je zame boljše, bi se samo matrala.« Ne drezam.

Tretjič: paternalizem omrežij

Posredovanje informacij se spreminja. Kaj je informacija, se

spreminja. Nove ideje, novi zakoni, usmerjanje javnega mnenja. Odmaknjenost in molk zakonodajalca. Molki izvršilne oblasti. Poznavalci družbe pravijo, da se ta spreminja. Hitri dogodki, neposreden dostop do institucij. Tik-tok *attention span*, slogan, *punch line*, mobilizacija, #, ulica – vse novi *policy makerji*. Ne sodim, naštevam. O novih temah se ne razpravlja in se jih ne analizira na forumih, o novih temah se prepričuje. Všeček. Tako je prav, samo čas potrebujete. Časa je največ 10 minut. Igra je bolj hitra, bolj neposredna, bolj usmerjena v kratek dramaturški lok in manj v vsebino. Časa, ko imaš pozornost, ni veliko. Pomemben je pozitiven odziv. Všeček. Resnice ne razlagaš, jo prodajaš. »Jaz bom uredila. Koliko nas gleda?« Vse to spreminja svet, ki ga živimo. Kaj je res, je nepomembno, pomembno je, kaj verjamete, da je res. Povem, kar želite slišati. Verjamete? Všeček. Sodelujete, strinjate se, vključeni ste, za vas gre.

»Preslepitev je učinkovit neprisilni način vpletanja v posameznikovo svobodo.« (A. E. Buchanan) Všeček.

**Peter Golob, dr. med., univ. dipl. prav.,
predsednik Odbora za pravno-etična
vprašanja pri ZZS**

Hitrejši dostop do pregleda kreditnih točk preko mobilnega telefona

Članom smo omogočili enostaven in hiter dostop do informacij o zbranih kreditnih točkah preko mobilnega telefona. Na mobilni telefon je treba naložiti ikono eLicenčnika. Preko ikone nato dostopate do pregleda svojih kreditnih točk.

Do navodil, kako naložite ikono, lahko dostopate preko priložene QR-kode.

Če potrebujete pomoč, smo vam na voljo po elektronski pošti: podpora@zgs-mcs.si



Oddelek za informatiko, Zdravniška zbornica Slovenije



Dan urgentne medicine, 27. maj: »Vaša varnost, naša prioriteta«

Jure Brankovič

Urgenca so ljudje. Bolniki, zdravniki, reševalci, medicinske sestre, administratorji, strežnice in številni sodelavci v ozadju, ki skrbijo, da se nikoli ne prekinejo aktivnosti laboratorijev, informatike in tehnike. Delo poteka 24 ur dnevno, vse dni v letu. Zato potrebujemo medsebojno razumevanje – za zdrave odnose se moramo poslušati in slišati ter razumeti potrebe drug drugega.

Letno beležimo več kot milijon obiskov zdravstvenih ustanov zaradi

urgentnih stanj, urgentni centri trenutno obravnavajo dvakrat več obiskovalcev, kot je bilo načrtovano. Za zapolnitev delovnih mest in stabilno delovanje urgentnih centrov v bolnišnicah bi potrebovali čez 300 specialistov urgentne medicine, trenutno pa je v vseh urgentnih centrih zaposlenih manj kot 20, je januarja ugotovilo Ministrstvo za zdravje (1).

Namen svetovnega dneva urgentne medicine je opozoriti prebivalce in odločevalce, da razmišljajo in govorijo o urgentni medicini in urgentni medicinski oskrbi. Verjamemo, da je

pomembno razviti zavedanje, da dobro pripravljen in organiziran sistem urgentne medicine poveča možnost preživetja in zmanjšuje posledice urgentnih stanj prebivalcev, so ob letošnjem svetovnem dnevu urgentne medicine zapisali v Evropskem združenju urgentne medicine (EUSEM). Za slogan letošnjega dneva so izbrali: »Vaša varnost, naša prioriteta.«

Vir

1. Pregled stanja na področju zdravstva v Sloveniji – januar 2023, Ministrstvo za zdravje, januar 2023, str. 29.

Spoštovani kolegice in kolegi,

urgentne zdravnice in urgentni zdravniki ste prva bojna linija, ki »doživlja vso pestrost človeškega bivanja v dobrem in slabem smislu,« je vaše delo slikovito opisal urgentni zdravnik Saš Jurij Tašič. Vstopate v največjo intimo, domove ljudi, ko se ti znajdejo v najtežjih preizkušnjah.

Svetovni dan urgentne medicine prebivalce in odločevalce spomni, naj razmišljajo in govorijo o urgentni medicini in urgentni medicinski oskrbi. Evropsko združenje urgentne medicine (EUSEM) je za letos izbralo slogan: »Vaša varnost, naša prioriteta.« Posvečen je varnosti naših pacientov, ki potrebujejo oskrbo, pozornost in pomoč. Opozarja pa tudi na varnost naših kole-

gov, ki morajo imeti zagotovljene pogoje za delo v varnem okolju s primernim številom delovnih ur in primernim številom pacientov, da jim lahko posvetijo dovolj svojega časa, znanja in energije.

S pacienti smo na isti strani in moramo skupaj opozarjati za več varnosti tako zanje kot za zdravstveno osebje. Vloga zdravniških organizacij je, da takšna opozorila podpremo, jim damo glas in z njimi soočamo odločevalce. Pri tem bomo vztrajali, saj se zavedamo pomena in teže vašega dela.

Hvala, ker ga opravljate vztrajno, vestno in predano.

*Dr. Bojana Beović,
predsednica Zdravniške zbornice Slovenije*

Uvodnik

- 3** Paternalizem, paternalizem, paternalizem
Peter Golob
- 5** Dan urgentne medicine, 27. maj: »Vaša varnost, naša prioriteta«
Jure Brankovič

K naslovnici

- 8** Eldar Gadžijev
Alojz Ihan

Zbornica

- 14** Zagotavljanje dežurstev je na Obali velik izziv
Jure Brankovič
- 15** Ugovor vesti: izjema ali pravilo?
Maša Petrovič, Nina Košir
- 17** Evtanazija in sodelovanje pri samomoru ni poslanstvo zdravniškega poklica
Tanja Gregorič
- 19** Odkrito o: Vsi obrazi življenja s hudo diagnozo
Zvonka Zupanič Slavec
- 22** Iz dela zbornice

Aktualno

- 24** Posledice demografskih in tehnoloških sprememb na vire in izdatke za zdravstvo
Eva Šarec
- 27** Da ne bomo »zboleli od zdravja«
Meta Rus
- 28** Predstavitev projekta Interreg C3B
Vladka Čurin Šerbec, Maja Černilec, Valerija Kovač, Natalija Lampreht, Slavica Stanišič, Tadeja Režen

Iz Evrope

- 30** Hrvaški zdravniki imajo podporo javnosti
Anton Mesec
- 30** Vrednost zdravnic in zdravnikov

Forum

- 32** Komentar k zapisom
Barbara Podnar
- 32** Samomorilnost in samomor s pomočjo
Marko Pišljar
- 33** Evtanazija: skok v bodočnost
Matjaž Zwitter
- 34** Pomoč pri prostovoljnem končanju življenja – da ali ne?
Stanislav Šuškovič
- 35** ZZZS ante portas!!
Matjaž Rode
- 36** Pismo slovenski mladi zdravnici in mlademu zdravniku
Tina Bregant
- 37** Podaljšanje licence
Vinko Kristl
- 38** Odgovor Zdravniške zbornice Slovenije

Intervju

- 40** Čez planke: »Saj me niste vzeli zaradi mojega literarnega znanja, ampak zaradi tega, ker znam operirati«
Barbara Podnar

Medicina

- 45** Odpornost invazivnih bakterij proti antibiotikom
Helena Ribič

Poročila s strokovnih srečanj

- 50** Strokovno srečanje Sistemske bolezni in ustno zdravje
Sanda Lah Kravanja

- 51** Imenovani zdravnik šole in sodelovanje s šolo
Jasna Čuk Rupnik
- 53** Triaža tumorjev jajčnikov
Andraž Dovnik
- 55** 7. svetovni kongres Svetovnega združenja za dvojne motnje v Sloveniji
Barbara Lovrečič

Strokovna srečanja

- 57** Strokovna srečanja
- 60** Mali oglasi

Iz zgodovine medicine

- 62** Dvajset let reških srečanj o zgodovini medicine
Zvonka Zupanič Slavec, Vojteh Cestnik

V spomin

- 65** Dragi Eldar
Črt Marinček
- 66** Prim. dr. Irena Brovet Zupančič (1944–2023)
Polona Jaki Mekjavč

S knjižne police

- 68** Goran Marković: Beograjski trio
Marjan Kordaš
- 69** Nevidne ženske
Zdenka Čebašek - Travnik
- 71** Whitney Goodman: Toksična pozitivnost
Nina Mazi

Zdravniki v prostem času

- 73** Hegra
Franci Bečan
- 74** Kako sem vzljubil bolnišnico
Matjaž Lesjak

78 Potresi v Turčiji in kulturnozgodovinska dediščina

Branislav Franjič

79 Zgodba iz neke druge hiše

Matjaž Lunaček

Zavodnik

81 Po morju in oceanih

Črt Marinček

Kolofon

Leto XXXII, št. 7, 1. julij 2023
Natisnjeno 9.600 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@zzs-mcs.si

Lektoriranje

Marta Brečko Vrhovnik, univ. dipl. slov.
E: marta.brecko@zzs-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@zzs-mcs.si.
Napovedi dogodkov za rubriko Strokovna 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

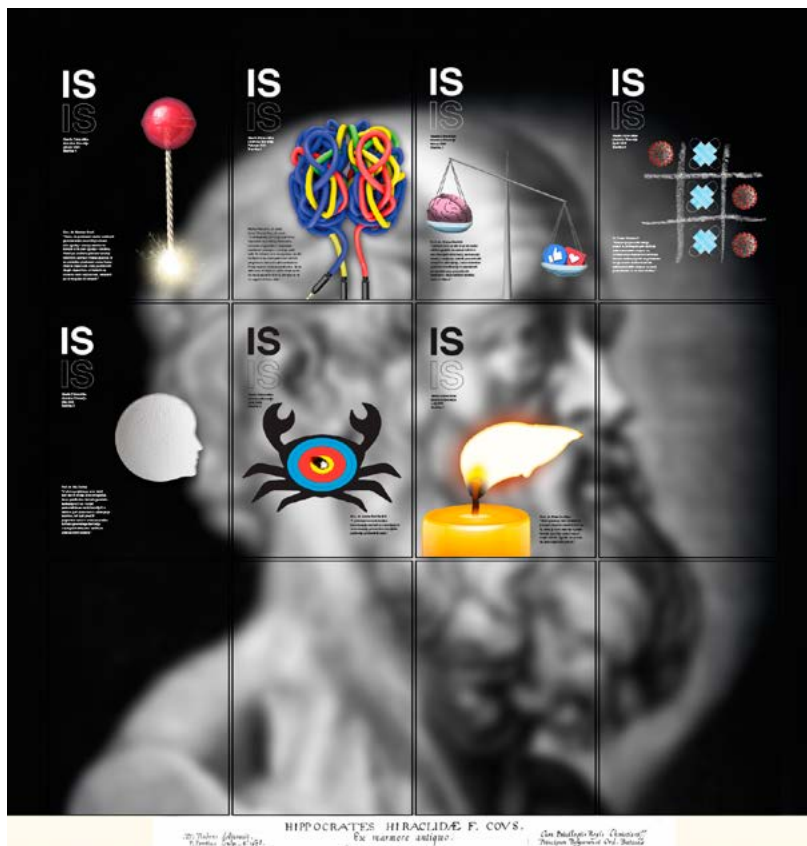
Honorar za avtorsko stran, ki obsega 1.500 znakov brez presledkov, je 15 EUR bruto. Za nakazilo honorarja potrebujemo naslednje podatke: polni naslov stalnega bivališča, davčno številko, EMŠO, popolno številko transakcijskega računa in ime banke. Prosimo, da nam navedene podatke posredujete hkrati s 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. Poštnina je plačana pri pošti 1102 Ljubljana.



Eldar Gadžijev

Alojz Ihan

Prošnja za mir

*Počasi umira, kdor ne zamenja življenja,
kdor ne sledi svojim sanjam,
kdor si ne dovoli vsaj enkrat v življenju
ubežati pametnim nasvetom ...*

Ta naslov in pod njim izbrane verze brazilske pesnice Marthe Medeiros je Eldar Gadžijev izbral za svoj zadnji uredniški uvodnik. Eldarja sem z občudovanjem opazoval več kot štiri desetletja, več kot tri desetletja pa sva osebno delila pogovore, misli in življenjske izkušnje v različnih oblikah in vlogah. Njegovi izbrani verzi pa najbolj plastično izražajo dinamiko pri izpeljavi življenjskih odločitev in potez, ki jih je z operativno odločnostjo in energijo praviloma izpeljal tudi v okoliščinah, ko bi večina ljudi še malo počakala in razmislila ter se slednjič prepustila miselnosti, da je bolje še malo počakati in se prilagoditi, kot pa narediti tisto, za kar se človek odloči, ker se mu zdi tako prav.

Eldarja sem si najprej vtisnil v spomin kot izjemnega profesorja in kirurga, s katerim je bilo tudi navadno držanje kljuk pri operaciji izjemna študentska izkušnja, o kateri smo si radi pripovedovali. Vzdušje spoštljivosti in kolegialnosti je bilo značilno za njegov operacijski protokol, tudi študent je dobil občutek, da je pomemben kolega, del tima. Kasneje sem spoznal, da se je Eldar pri vodenju držal načela, da sodelovanje v timu za nikogar ni samozivevno; vedel je, da ljudje nismo dobri sodelavci po dekretu, ampak la v primeru, da to hočemo, in zato je na vodji največja odgovornost, da zna vsakemu



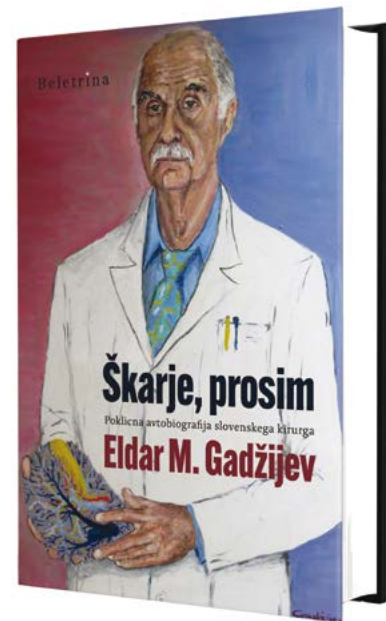
sodelavcu pokazati, da spoštuje njegovo voljo in odločitve za sodelovanje. Do branja njegove »profesionalne avtobiografije« pa vseeno nisem vedel, od kod je zrastle njegov značilni, spoštljiv odnos do sodelavcev.

E. G.: Moj prihod na travmo ni bil prav nič opereten. V sprejemno so pripeljali ponesrečenca z veliko rano na plešasti glavi. Bil je nezavesten, negiben in bled. »Kolega, zašijte rano!« so mi naročili in pripravili set z instrumenti, kompresami, šivi in razkužilom. S tresočimi rokami sem se lotil posega in prestrašeno sem spraševal po analgeziji. Ni potrebna, ker nič ne čuti, so mi odgovorili. Čudno je tole! Kar nekaj časa je minilo, da sem nekako uspel zašiti rano, pri čemer sem začutil, da je poškodovanec postal povsem hladen. Umril je, po moji prvi operaciji je pacient umrl! Bil sem iz sebe, prizadet in zmeden. Kasneje so mi povedali, da je imel takšne poškodbe, ki niso bile združljive z življenjem, in da so ga praktično mrtvega pripeljali v sprejemno zato, da bi mu zašili glavo – da ne bi bilo videti malomarno.

Kasneje so me pogosto poslali v septično ambulanto ali v šivalnico na urgenco. Na teh deloviščih smo specializanti oskrbovali in šivali male rane ali septične, gnojne spremembe na udih ali drugod na telesu. V tem smo bili večinoma prepuščeni sami sebi, čeprav nam je kakšen starejši specializant kaj le pokazal. Vendar pa gospodov specialistov v tistih ambulantnih operacijskih sobah ni bilo na spregled, razen kadar so imeli kakšne svoje, pretežno damske stranke. Načeloma sem vedel, kako moram oskrbeti rano: vse od čiščenja do lokalne anestezije in osvežitve robov rane ter nato šivanja, ki mora rano tako speti, da je evertirana, torej da so robovi obrnjeni navzven. No, kadar so bile rane na zahtevnejših delih, na primer na dlaneh, sklepih, na obrazu, ali kadar so bile močno raztrgane, z zmečkano kožo, je bila oskrba marsi-

kdaj bolj zapletena. Takrat ti je kot mlademu kirurgu zmanjkalo veščin in na pomoč so priskočile inštrumentarke, ki so bile večinoma ne le pripravljene pomagati, ampak so znale tudi svetovati in pokazati kakšen trik. Ko sem se izobraževal za kirurga – in verjamem, da je bilo tako tudi prej in kasneje – so nam specializantom inštrumentarke pomagale pri prvih posegih, nam včasih pokazale, kako se kaj pravilno naredi, nas večinoma prijazno opozarjale na napake, nam svetovale in nas vzpodbujale. Takrat nas na vajah na fakulteti še niso učili prijete peana ali prav striči nitke, kaj šele šivati rane. Prve prave napotke o malih kirurških spretnostih smo specializanti tako pridobili od medicinskih sester inštrumentark. Kadar smo mladi, nadobudni specializanti vstopali v velike operacijske dvorane – ob tem neredko nekoliko prestrašeni ali nerodni, čeprav so bili nekateri malo bolj samozavestni – so nas inštrumentarke tudi opozarjale na vzdrževanje sterilnega okolja. Med operacijo so nam pomagale pri asistenci in neredko, kadar smo imeli »dve levi roki«, so pridržale operacijsko kljuko. Ob vsem tem so še skrbele, da je operater pravočasno dobil v roko, kar je pričakoval.

Občudoval sem njihovo pozornost, skrbnost in prijaznost. Vse od prvih stikov s tem profilom zdravstvenih delavk in delavcev (tudi moških je bilo nekaj) sem do njih čutil spoštovanje in določeno hvaležnost, saj sem se zavedal, kako pomembni so njihova pomoč, skrb in delo. Veliko tistega, za kar se nam je zdelo, da poteka gladko samo po sebi, je bilo odvisno od naših inštrumentark in njihove organizacije. A kljub temu sem kmalu zaznal, da nekateri kolegi, posebej nekateri starejši specializanti ali mladi specialisti, niso kazali primerne spoštovanja do sodelavk. Neredko so se do njih vedli oholo, jih gledali zviška in bili včasih celo nesramni. Opazoval sem jih in se ob tem tudi učil, učil, česa naj ne bi nikoli počel! Motilo me je tudi, da so sestre inštrumentarke skoraj vsi po vrsti tikali. Res je, da so bile



nekatero mlade, druge manj mlade in večinoma vse simpatične, vendar to ni mogel biti vzrok za tikanje. Vzgojen sem bil v duhu spoštovanja vsakega človeka in v doslednem upoštevanju dostojanstva žensk. Vedel sem, da so številne sestre poročene in imajo družine, da so v bistvu vse vendarle gospe, čeprav smo živeli še v socialistični družbi tovarišev in tovarišic. Svoje zasebno življenje in svet pa so imele seveda tudi neporočene. Razumel sem, če sta se sem in tja našli sorodni duši in je prišlo do trajnih zvez med nekaterimi kirurgi in inštrumentarkami. Lepo!

Nikoli pa mi ni bila všeč komunikacija, v kateri so si kirurgi privoščili skoraj vse, inštrumentarke pa so gospodom kirurgom le stregle in vse tiho prenašale. Nisem moralist in vem, da je posebej po težkih operacijah, po napetih situacijah razumljivo, da se ekipa sprosti, vendar naj le vse ostane znotraj dostojnega, spoštljivega in prijaznega vedenja. V svoji kirurški praksi sem morda prav zaradi svojega razumevaločega odnosa do inštrumentark z njihove strani vedno prejemal prijaznost, pozornost in pomoč. Zato vodilnim inštrumentarkam tudi ni bil problem, da so mi včasih k operaciji dodelile mlade, še neizkušene inštrumentarke, saj sem

razumel, da se morajo učiti in privajati na svoje delo. Čeprav se je zgodilo, da sem bil zato ob kakšni neprijetni, zapleteni situaciji pri operaciji lahko vznejevoljen, ker v roke nisem dobil tega, kar sem potreboval. Bil sem pač nekoliko razvajan, ker so izkušene inštrumentarke že vnaprej vedele, kaj potrebujem, in mi tako pogosto določenega inštrumenta niti ni bilo treba zahtevati, ker sem ga enostavno dobil v roke. Tako se je le izjemoma zgodilo, da sem v roke dobil pean, ki ni držal, ker je bil izrabljen. A če se je to zgodilo, sem ga enostavno vrgel na tla! Grdo in neprimerno, vem, vendar sem to storil zato, da tisti inštrument ne bi nikoli več prišel na mrežo (škaflo z inštrumenti). Danes me je malo sram in mi je žal za takšno ravnanje, ampak takrat sem bil mlad in poln sebe.

V prvem desetletju je bil moj odnos s profesorjem Gadžijevom enosmeren, občudoval sem ga zaradi vsega, kar sem o njem slišal in prebral, v letih, ko je v Ljubljani organiziral mednarodno šolo za kirurgijo jeter in sta skupaj s prof. Ravnikom z Inštituta za anatomijo Medicinske fakultete izdelovala čudovite obarvane odlitke jetrnega ožilja in jetrnih vodov, ki so v tistem času služili tudi za Springerjevo izdajo anatomije jeter.

E. G.: Za premike na področju jetrne kirurgije sva s kolegom prof. Ravnikom, predstojnikom Anatomskega inštituta Medicinske fakultete, začela pripravljati korozijske preparate jeter, na katerih bi lahko proučevali potek in topografsko anatomijo votlih jetrnih struktur. Ker sva želela jetrne preparate kar najbolj približati dejanskemu stanju in razmeram v telesu, smo izdelali polimerizirane poliestrške kalupe, odlitke zgornjega dela trebuha in trebušne prepone kadavrov. V teh smo nato iz odtajanih jeter v vodni kopeli najprej odstranili maščobno in vezivno tkivo v hepatoduodenalnem ligamentu ter zatem

kanilirali arterijo, portalno veno in žolčni vod. Na obeh straneh smo zaprli spodnjo veno kavo in jo s spodnje strani prav tako kanilirali.

Za polnjenje struktur smo po nasvetu Deanovega očeta, profesorja stomatologije dr. Čedomirja Ravnika, dekana Medicinske fakultete v 70. letih, uporabili akrilatne monomere, ki smo jih zmešali s poliuretanskimi pigmentnimi pastami različnih barv. Akrilatni monomeri, material, ki ga v stomatologiji uporabljajo za protetiko, je zagotovil potrebno čvrstost in trajnost. Ko smo strukture napolnili, smo vse skupaj dali za pol ure v vročo kopel, da je injicirani material polimeriziral. Potem smo jetra za nekaj dni namočili v 30-odstotno raztopino solne kisline, da je ta razjedla organski material. Z vodnim curkom smo razjedli material spirali in ostali so le obarvani akrilatni odlitki žil in žolčnih vodov.

Takšne korozijske preparate sem potem natančno proučeval, zapisoval poteke arterij, portalnih ven, žolčevodov in jetrnih ven ter večkrat narisal še skico. Odprl se mi je nov, poseben svet notranje jetrne anatomije. Preparat si lahko v roki obračal, sledil potekom struktur, natančno videl njihov medsebojni odnos in predvsem neredke različice v razvejanju ter samem poteku struktur.

Takrat smo v komaj nastali samostojni državi, ko je vojna v drugih republikah bivše države še divjala, v Cankarjevem domu v Ljubljani uspešno organizirali prvi Alpe-Adrija HPB-kongres. Ker smo bili prepričani, da imamo dovolj znanja in izkušenj, sva s kolegico dr. Aleksandro Markovič kmalu potem organizirala prvo ljubljansko jetrno in HPB-šolo. Zamišljena je bila kot prva interdisciplinarna šola pri nas, ki je namenjena kompleksnemu izpopolnjevanju tako hepatologov kot kirurgov. Imenovali smo jo Hepatobiliary school.

Med tretjo šolo smo leta 1995 izpeljali tudi prvo jetrno transplantacijo v Sloveniji, ki jo je izvedel prof. Jaques Belghiti, takrat še mlad

perspektiven francoski HPB-kirurg, ki sem ga k sodelovanju povabil na predlog prof. Stiga Bengmarka. Slednji je namreč v njem slutil bodočo zvezdo in prav je imel. Danes je Jacques verjetno najbolj poznan jetrni kirurg na svetu poleg Japonca prof. Masatoshija Makuuchija.

Na šoli so poleg Bengmarka in Belghitija sodelovali še drugi mojstri in avtoritete. Med njimi prof. Fenton Schaffner iz New Yorka, takrat verjetno najboljši hepatolog na svetu, Američan prof. Rudi Schmid, ki je bil kandidat za Nobelovo nagrado, predsednik japonskega združenja za kirurgijo pankreasa prof. Yoshifumi Kavarada, dr. Johannes Scheele iz Nemčije, ki je prvi začel s segmentno orientiranimi resekcijami jeter, prof. Alighieri Mazziotti, najprepoznavnejši italijanski jetrni kirurg, in še številni drugi, nekateri tudi iz bivših jugoslovanskih republik. Med strokovnjaki mi je bil še posebej blizu profesor Karl Ludwig Wiechel iz Stockholma, velik specialist biliarne kirurgije. Proučeval je različice poteka žolčnih vodov in o tem objavil vrsto člankov. Sicer je bil tudi velik ljubitelj Mozarta in je odlično igral klavir.

Anatomi so enako kot za korozijske modele jeter naredili odlitke zgornjega dela trebuha in subfrenijev, v katere smo nato pričvrstili odtajana kadavrška jetra tako, da je bil njihov položaj čim bolj podoben tistemu v telesu. Vsi predavatelji so bili izredno navdušeni nad našo strokovno interaktivno delavnico in priznali, da česa podobnega za HPB-področje v svetu še ni bilo. Šolo smo organizirali šest let zapored, med letoma 1993 in 1998, ter je pomenila nekakšen most prenosa znanja z zahoda na vzhod. Veliko je bilo udeležencev iz bivše Jugoslavije in iz bivših držav vzhodnega bloka, pa tudi iz Avstrije in Italije.

Ko danes pogledam nazaj, vidim, kako je vsaka Hepatobiliary šola v Ljubljani prinesla nekaj novega, pomembnega. Med četrto, ta je bila leta 1996, je pri tuji znanstveni založbi Spinger Verlag ravno izšel Atlas uporabne notranje jetrne anatomije,

ki sva ga na pobudo prof. Bengmarka, navdušenca nad našimi jetrnimi korozijskimi preparati, napisala s prijateljem anatomom prof. Deanom Ravnikom.

Izvod knjige sva podarila velikemu hepatologu svetovnega slovesa, staremu profesorju Fentonu Shafnerju, ki je bil predavatelj na naši šoli. Za sodelovanje ga je prepričala naša prof. Saša Markovič, ki se je pri njem v New Yorku izpopolnjevala v hepatologiji. No, ko si je veliki hepatolog Fenton Schaffner ogledal najin atlas, je dejal: »It is not only a work of science it is also a work of art.« (V prevodu: To ni le znanstveno delo, temveč tudi umetniško.) Material za knjigo sva imela z Deanom zbran v omarah Anatomskega inštituta. Vendar sva med korozijskimi preparati morala izbrati take, ki so bili za atlas najbolj reprezentativni. Ko sva jih le izbrala in jih do podrobnosti proučila, smo začeli s fotografiranjem. Dean se je za to pomembno delo uspel dogovoriti z enim najboljših fotografov pri nas, gospodom Arnetom Hodaličem.

V Deanovi delovni sobi je nastal studio. Na mizi so bili v kartonskih škatlah za čevlje korozijski modeli jeter, čez manjšo mizo smo razgrnili primerno svetlo podlogo, na katero smo postavili model, okoli pa razstavili stojala za fotoaparate, nekakšne dežnike, luči in zastore. Jetrni model smo osvetlili tako, da je bilo mogoče strukture posneti, kot sem želel in hkrati kot si je zamislil Arne, da bo najboljša za fotografijo. Koliko fotografij smo naredili! Fotografirati je bilo treba vsega skupaj kakšnih 80 jetrnih korozijskih modelov, kar je s pripravami vred trajalo lep čas. To smo počeli ob popoldnevih, izven delovnega časa in ob sobotah, pa tudi kakšno nedeljo. Fotografije smo razvrstili in jih opremili s številkami in kraticami, ki so označevale posamezne strukture in veje struktur, nato pa sem za vsako od fotografij napisal še pojasnilo. Pri pomembnih ali zapletenih vejčenjih struktur sem narisal še čim bolj nazorno in natančno skico. Najprej smo pripravili

material za portalni sistem, nato za arterijski, biliarni in nazadnje za jetrni venski sistem. V tem vrstnem redu so si sledili tudi v knjigi. Poleg fotografij modelov je gospa Marjana Česenj naredila še rentgenske slike izbranih modelov, v katere smo skupaj z akrilatom injicirali tudi radioopačno snov, ki je vidna na rentgenski sliki.

Priprava atlasa je zahtevala res veliko dela in delali smo praktično brez presledka vse do konca, ko smo ves material predali v postavitev, ki jo je naredil Milan Števanec, v angleščino je besedila prevedla gospa Barbara Rovar, jezikovno revizijo pa je naredil gospod Gregory Davies. Sledil je tisk in atlas je prišel na svet! Z Deanom sva bila srečna in ponosna, saj je pred nama pri Springerju od slovenskih zdravnikov uspelo knjigo izdati le ginekologu in porodničarju prof. Francu Novaku in nevrokirurgu prof. Vinku Dolencu. Promocija knjige je bila v polni Lekovi dvorani v Šiški.

Ko sva z Deanom dobila vsak nekaj avtorskih izvodov, sem atlas neko jutro prinesel na oddelčni sestanek. Vedel sem, da priprava knjige nikakor ni vplivala na moje delo in zadolžitve na oddelku in tako sem atlas ves zadovoljen in brez slabe vesti položil na mizo ter ob koncu sestanka kolege povabil, da si ga ogledajo. Le malokateri je knjigo prijel v roke, odziva praktično ni bilo. Nekoliko razočaran sem si rekel: »Nemo propheta in patria sua.« (V prevodu: Nihče ni prerok v svoji državi.)

Organizacija mednarodne šole in kasneje tudi knjiga sta mi prinesli mednarodni ugled, vsakoletna srečanja v Sloveniji pa so celotno našo stroko zblížala z mednarodno srenjo HPB-kirurgov. Tako smo se v letu 1994, ko smo imeli v Ljubljani drugo Hepatobiliarno šolo, nekateri kolegi iz Slovenije v Bostonu v ZDA udeležili velikega kongresa in sestanka, ki je bil namenjen združevanju dveh svetovnih organizacij s področja hepatobiliarno-pankreatične medicine. V novo IHPBA (International Hepato-Panc-

reato-Biliary Association) sta se tako združili WAHPBS (World Association of HepatoPancreato-Biliary Surgery) in stara IHPBA.

Leta 2011 me je Eldar presentil z odločitvijo, da se zamejnjava pri urednikovanju revije. V resnici nisem videl nobenega razloga za njegovo odločitev, urednikovanje revije je gladko teklo, in sem mu napisal, da bi v resnici raje, da bi bil na tem mestu še naprej on, Eldar. A mi je odgovoril, da je to njegova širša odločitev, da je izbral mir, dokončen odklop od dosedanjega delovanja na vseh področjih. Ker želi živeti drugače, najti nove izzive, a vendarle še vedno delati dobra dela, se približati naravi. Drugačen fokus, a še vedno enaka iskrenost kot ob opisovanju svoje kirurške poti.

E. G.: Zahteven poseg kirurga običajno tako prevzame – vsaj jaz sem tako doživljal – da zaradi vsega adrenalina, ki se sprošča, dolgo sploh ne čutiš utrujenosti in imaš zato le redko potrebo po odmoru. Poleg tega se zavedaš, da ti pozornost ne sme niti malo popustiti. In ravno to, da poseg izpelješ čim bolje, je izziv, ki te do konca stimulira. Pred dolgimi in težkimi operacijami sem se včasih zatopil v slikovne preiskave in si izdelal načrt, kako bom poseg izpeljal. Čeprav se za operacije neredko nisem posebej pripravljaval, temveč sem se predal vznemirjenosti in želji, da jo čim bolje izpeljem. Med operacijo sem skušal biti povsem zbran in osredotočen na to, kako jo bom najbolje izpeljal. Vendar pa ni šlo vedno vse po mojih načrtih. Zgodilo se je tudi, da sem kdaj hotel preveč:

Na operacijski mizi je bila ženska srednjih let z razširjenim rakom žolčnih vodov v hilusu jeter. Imela je hilusni holangiokarcinom, ki mu rečemo tudi Klatzkinov tumor. Predoperativne morfološke preiskave so pokazale velik tumor, ki se širi v obe

strani jeter, kar bi me moralo opozoriti na verjetno inoperabilno stanje. Poleg tega bi se moral zavedati, da ta tumor dela t. i. »skip lezije«, kar pomeni, da se tumorske spremembe žolčnega voda pojavljajo še v globini jeter, za zdravim vodom. A ne glede na to sem se odločil, da bom tumor poskušal odstraniti. Kakšna napaka!

Bolnici sem sicer razložil, da bo poseg zahteven in dolg, vendar je kljub temu vztrajala, da jo operiram. Pred posegom smo ji s katetri, vstavljenimi pod kontrolo ultrazvočne preiskave, zdrenirali žolčne vode, tako da je prej izrazita rumenica izzvenela. Ko sem s prepariranjem, torej premikanjem struktur, dosegel hepatoduodenalni ligament in od tam prešel v hilus jeter, so se začele težave. Tumor je bil večji, kot so pokazale preiskave, in se je močno razširil v obe strani jeter. Poskušal sem priti do zdravih delov vodov, vendar ni šlo. Iz vodov je začela teči kri in anesteziologa sem prosil, da pripravi transfuzijo. Bil sem v hudi dilemi, kaj storiti. Jasno mi je postalo, da mi tumorja ne bo uspelo odstraniti, in razmišljal sem, kaj še lahko naredim. Medtem je iz vodov vse bolj tekla kri. Trpel sem! Ni mi bilo jasno, od kod toliko krvi, ker v globini jeter nisem ničesar poškodoval. V obupu sem sklenil, da poskušam odprtine vodov zašiti, in če bo sreča, se bodo žolčni vodi čez nekaj časa razširili, tako bi jih z drugo operacijo lahko povezal s črevesjem, četudi bi ostalo nekaj tumorja. A se je žal izteklo drugače.

Operacijo sem sicer nekako zaključil, kot sem načrtoval, vendar je bolnica umrla takoj po posegu, še ko je bila v t. i. recoveriju, prebujevalnici. Prizadelo me je, očital sem si agresivnost in ne dovolj preiščeno odločitev, da bom operiral spremembo, ki je bila prevelika in preveč razširjena, da bi jo lahko rešil s klasičnim jetrnim posegom. Ko sem kasneje o tem razmišljal in ko sem o takšnih primerih bral v literaturi, sem sklenil, da bi bila za bolnico morda primerna presaditev jeter. To so pri tovrstnih patologijah izvajali v velikih centrih,

čeprav je šlo za maligno obolenje, za katero je značilno, da ostaja dolgo omejeno le na jetra in da dolgo tudi ne zaseva. Po operaciji sem razmišljal, kako naj bi bilo nekoč, nekje zapisano, da ima vsak kirurg svoje pokopališče. Na »svojem pokopališču« imam tri križe! Ta zadnji me hudo bremeni, saj sem se napačno odločil!

O tem, da so odločitve stalnica v našem življenju, je brez zveze govoriti. To je enostavno sestavni del našega bivanja na tem svetu! Pa vendarle so odločitve, ki so pomembne ne le za nas, ampak tudi za druge. Kar velja za številne poklicne odločitve, ki so lahko za marsikoga celo usodne. In zdravnik se mora ves čas odločati. Ko se odloča o obravnavi bolnika, večinoma niti ne razmišlja o tem, kako to temelji na njegovem znanju, izkušnjah in presoji bolnikovega stanja. Upoštevati mora celostno zdravstveno sliko bolnika, presoditi o grožnji, ki jo bolezen predstavlja, in poleg tega premisliti o možnostih, ki jih ima v danih okoliščinah. Zdravnik ima resda bolj ali manj čas svoje odločitve pretehtati, vendar je vprašanje, kolikokrat so odločitve tudi avtomatične. Torej da izhajajo iz rutine in so tako morda premalo prilagojene posamezniku.

Pri kirurgih je ena od pomembnih odločitev izvedba operacije. V večini primerov dvomov v njeno nujnost vsekakor ni, pa vendar niti ni tako malo primerov, ko bi se kirurg po preudarnem razmisleku lahko odločil za konservativni pristop. Za drugačen način zdravljenja ali da bi enostavno sledil poteku razvoja bolezni in morebitni poseg, če bi se ta pokazal za smiselnega, naredil šele kasneje. Vendar smo žal kirurgi pogosto polni sebe, zaverovani v svoje sposobnosti in hkrati željni dokazovati, kako dobro zmoremo z operacijo rešiti problem. Tak pristop je lahko nevaren in za kirurga pomeni past, saj operater vsekakor ni vsemogočen.

Zadnje leto sem bil v intenzivnejšem stiku z Eldarjem predvsem zaradi izdaje njegove poklicne avtobiografije, kjer

me je ob vsej njegovi kirurški odločnosti pri sprejemanju odločitev presenetilo, kako globoko se, ne glede na odločene kirurške odločitve, zaveda negotovosti in nepredvidljivosti vsega, ker delamo v medicini, čeprav z najboljšimi nameni. Eldar v knjigi nazorno piše o pokopališčih, ki jih ima vsak zdravnik, ki se ukvarja z zdravljenjem svojih pacientov in za nazaj marsikaj obžaluje. Ne zato, ker se čuti krivega, obžalovanje je zavedanje, da nismo vsemogočni in da marsikaj, kar trenutno delamo z najboljšimi nameni in znanjem, čez nekaj časa ne bo izpadlo tako, kot smo si želeli, kot smo načrtovali.

Ker je svet kompleksen, mi pa smo samo ljudje, ki kljub svoji omejenosti moramo sprejemati svoje nepopolne odločitve, saj je brez njih prihodnost še manj gotova. Ljudje, tudi združeni skupaj, smo še vedno samo ljudje. Nam je pa skupaj v veselju lepše, v nesreči pa nekoliko lažje. Hvala, Eldar!

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



Čas za
nepozabna
doživetja.



POTROŠNIŠKI GOTOVINSKI KREDIT

Privoščite si več s potrošniškim gotovinskim kreditom

- po vroči fiksni obrestni meri,
- z odplačilno dobo do 7 let in
- 50 % popustom na stroške odobritve.

Ponudba velja do 31. 7. 2023 za člane Zdravniške zbornice ob najemu kredita v poslovalnici UniCredit Bank.

unicreditbank.si/zzs



 **UniCredit Bank**

Zagotavljanje dežurstev je na Obali velik izziv

Srečanje predstavnikov zbornice s kolegi iz Obalno-kraške regije

Jure Brankovič

Zdravniki na Obali opozarjajo, da ob kadrovskih težavah vse težje vzdržujejo 24-urno službo sedem dni na teden. Med zdravniki je veliko starejših in žensk z otroki, zaradi česar težko organizirajo dežurstva, hkrati pa manjka pravni temelj, po katerem bi lahko bolj fleksibilno nagrajevali kolege, ki so pripravljene delati več od 48 ur tedensko.

Precej jih dela, čeprav izpolnjujejo pogoje za upokožitev, kar hkrati pomeni, da ne morejo več opravljati dežurstev. Sistem plač v javnem sektorju hkrati ne omogoča nagrajevanj boljših zaposlenih ter tudi posledic za manj učinkovite zaposlene. Po oceni predsednice Zdravniške zbornice

ce Slovenije je reševanje te težave povezano s predlogom zbornice, da bi opredelili status svobodnega zdravnika. Mediji so o tem predlogu veliko poročali, a »žal na slabšalen način, čeprav gre za reševanje kadrovske problematike,« je zatrdila. Kot je še dejala, jo veseli, da je izolska bolnišnica v zadnjem času uspela nekoliko zapolniti kadrovske primanjkljaje.

Predlog za še večjo vključenost specializantov na primarni ravni

Kot je pojasnil strokovni direktor Splošne bolnišnice Izola Dušan Deisinger, imajo primanjkljaj predvsem na področjih radiologije, pediatrije in interne medicine, v prihodnjih letih pa pričakuje večje težave s kirurgijo. Sicer

pa je težava v tem, da imajo na določenih oddelkih samo po tri ali štiri zdravnike, tako da se lahko zaradi vsakega odhoda ali bolniške odsotnosti zmogljivosti bistveno zmanjšajo.

»V takih primerih je še toliko pomembnejše sodelovanje z zbornico, ki nam lahko priskoči na pomoč, tudi če morda potrebujemo kakšno pomoč iz tujine,« je poudaril Deisinger in dejal, da je pred približno mesecem z zbornice in Ministrstva za zdravje prejel dobro novico, da morajo vsi specializanti en dan v tednu delati v domači ustanovi. Doslej so namreč po pridobitvi osnovnih znanj opravljali specializacijo le še v kliničnem centru.

Strokovni vodja Zdravstvenega doma Koper Matjaž Štefan je povedal, da imajo trenutno največ kadrovskih težav na področju ginekologije, za pomoč pri tem pa se dogovarjajo z izolsko bolnišnico. Iščejo še dva psihiatra in dva ali tri pediatre. Zbornici je predlagal, da bi specializanti pomagali tudi v zdravstvenih domovih.

Srečanje na Obali je bilo deseto na terenu

V Kopru je predsednik Odbora za zobozdravstvo Krunoslav Pavlovič organiziral tudi srečanje z zobozdravniki v regiji, ki so opozorili predvsem na neenakopraven položaj, v katerega so postavljeni, saj zdravstvena zavarovalnica na podlagi evropske direktive plačuje storitve zasebnikom preko meje, slovenskim zobozdravnikom pa ne. V zbornici smo opozorili, da je bila izenačitev eden od predlogov, ki smo jih posredovali Ministrstvu za zdravje. Zdravniška zbornica sicer zaključuje dveletni krog obiskov slovenskih zdravstvenih ustanov, v okviru katerega smo obiskali deset regij. Obiskati moramo še Splošno bolnišnico Ptuj.

Obisk se je zaključil s predavanjem dr. Mirjane Radovanović, dr. med., spec. psih., ki je predstavila nekaj umiritvenih tehnik in jih usmerila, kako lahko preprečijo ali omilijo negativne posledice stresnega odgovora.



Srečanje s predstavniki zdravstvenih domov v ZD Koper, obisk SB Izola in predavanje dr. Mirjane Radovanović.

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

Ugovor vesti: izjema ali pravilo?

Mednarodna konferenca o ugovoru vesti

Maša Petrovič, Nina Košir

»Ugovor vesti se pojavlja redkokdaj, le v tistih primerih, kjer zaradi nekega širšega razmišljanja zdravnikov, njihovega nazora, določena, sicer sprejemljiva obravnava zanje ni sprejemljiva in je ne želijo izvajati,« je uvodoma povedala predsednica ZZS **prof. dr. Bojana Beović**. Gre za izjemo, ki mora biti pravno opredeljena in ki mora na drugi strani omogočati bolnikom, da obravnavo, za katero velja splošno strokovno prepričanje, da je primerna in potrebna, vendarle dobijo.

Če bi se v primeru sprejetja nove zakonodaje pri prostovoljnem končanju življenja zgodilo, da bi bil ugovor vesti stalna praksa številnih zdravnikov, bi se bilo gotovo treba zamisliti, ali morda ne gre za poseg, ki je v prevelikem nasprotju s strokovno presojo. Pomembno je, da temeljito razpravljamo o pravnih vidikih, praksah ugovora vesti, ne samo v Sloveniji, ampak tudi drugod po svetu, in da se v Sloveniji glede ugovora vesti odločamo na načine, ki so nam kulturno blizu in za katere vemo, da so za naše ravnanje pravi.

Pravna podlaga ugovora vesti v Sloveniji

Pomemben pravni vidik je kot prvi podal **prof. dr. Miro Cerar**, ki je zbranim predstavil ustavni pravici do svobode vesti in do ugovora vesti. Ko govorimo o etiki, imamo v mislih neke posamezne etike, ki poklicne skupine usmerjajo v moralno ravnanje, torej ne gre za lastno moralno posameznikov, ki jih te etike zavezujejo. V primeru zdravniške etike gre tako za objektivizacijo zdravniških moralnih pogledov pod skupnim

nazivom etika, ki pa je postavljena na skupne imenovalce, zato se vsak zdravnik z njo ne more notranje vedno v popolnosti strinjati. Zaključil je z besedami, da mora biti vsak upor zoper pravo zelo domišljen, dopuščen samo izjemoma in izvajan v skladu z nekimi namenom, za katerega je bil dopuščen.

Po mnenju pravnik **doc. dr. Urbana Vrtačnika** je področje ugovora vesti precej dobro (ustavno, zakonsko) urejeno. Na zastavljeno vprašanje, ali je uveljavljanje ugovora vesti mogoče v primeru strokovnega nestrinjanja s posegom, je podal svoje stališče, da poseg, ki ni skladen s splošno doktrino, sploh ni etično dopusten in če določen zdravnik v konkretnem primeru meni, da za to vrsto pacienta ni primerna določena vrsta posega ali določen ukrep, je to treba prečistiti po redni poti, preko konziliarnega posvetovanja.

Predsednik Odbora za pravno-etična vprašanja **Peter Golob, dr. med., univ. dipl. prav.**, je v luči etičnega kodeksa poudaril, da v Kodeksu zdravniške etike 3. člen

jasno narekuje, da ima zdravnik pravico do ugovora vesti, to pravico pa ima tudi po zakonu in ustavi. Prav tako se vsebine ugovora ne preverja, kar ne pomeni, da nima nobenih posledic za ugovornika, ki bi ravnal v skladu z ugovorom. Zdravnik lahko odkloni zdravljenje ali drug poseg, če ta nasprotuje njegovim temeljnim osebnim prepričanjem in vesti, vendar le, če ne gre za nujno zdravniško pomoč. O tem obvesti paciente in sodelavce. Torej, zdravnik to pravico ima, hkrati pa ima tudi dolžnost, da o svoji odločitvi obvesti paciente in sodelavce. V 49. členu Zakona o zdravniški službi jasno piše, da zdravnik lahko odkloni zdravniški poseg, če sodi, da ni v skladu z njegovo vestjo in če ne gre za nujno zdravniško pomoč.

Uveljavljanje pravice do ugovora vesti je v današnji medicini in današnjem načinu sprejemanja medicinskih odločitev pomembnejše kot kdaj koli prej, je opozorila **prof. dr. Jadranka Buturović Ponikvar**. Okrog bolniške postelje je namreč velika množica ljudi, ki se vtika v odločanje, a hitro izgine, ko gre nekaj narobe in neka zdravniška odločitev postane problematična. Zdravnik na



koncu praviloma ostane edini odgovoren za posledice medicinskih odločitev in praks, v katere so bili vpleteni mnogi akterji. Zaključila je z besedami, da nas zgodovina in praksa učita, da mora vsak zdravnik slediti svojemu notranjemu moralnemu kompasu in izkazati sledljiv ugovor vesti, četudi na neformalen način, če formalen ni možen.

Vprašanje ugovora vesti po svetu

Pogovor o ugovoru vesti pa še zdaleč ni vezan zgolj na slovensko okolje, zato so svoja stališča podali tudi tuji gostje iz Hrvaške, Švice in Nizozemske. **Prof. dr. Lada Zibar, predsednica Odbora za medicinsko etiko in deontologijo HLK**, je predstavila izzive, s katerimi se sooča hrvaška medicinska stroka, ko govorimo o ugovoru vesti. **Prof. dr. Bernice Simone Elger, vodja Inštituta za biomedicinsko etiko na Univerzi v Baslu**, je govorila o pravici do ugovora vesti v švicarskem okolju, ki ima svoje posebnosti že zaradi posebne državne ureditve. Pravica do ugovora vesti je v Švici zagotovljena v skladu z zvezno in kantonalno zakonodajo v institucionalnih predpisih. Končna odločitev glede uveljavljanja ugovora pa je prepuščena vsakemu zdravniku posebej. Kot zadnji tuji strokovnjak je o ugovoru vesti razpravljal **prof. dr. Dick Willems, zaslužni profesor medicinske etike, Kraljevo nizozemsko medicinsko združenje**. Med drugim je opozoril na dejstvo, da ko se nekdo odloči uveljavljati ugovor vesti, mora nekdo drug opraviti delo namesto njega.



Postopek uveljavljanja ugovora vesti ter primeri ustreznih in neustreznih ugovorov vesti so dostopni na spletni strani zbornice in so bili članom posredovani v 709. biltenu, poslanem 8. junija. Posnetek uvodnih predavanj je dostopen na YouTube kanalu Zdravniške zbornice Slovenije na povezavi <https://youtu.be/27TobhRWJgU> ali preko QR-kode. Vabljeni k ogledu.

Postopek za zapis ugovora vesti zdravnikov

Vodja oddelka za pripravništvo, sekundariat, licence in register zdravnikov Barbara Galuf je predstavila uveljavljanje pravice do ugovora vesti zdravnika v Sloveniji – postopek za zapis ugovora vesti zdravnikov. V 49. členu Zakona o zdravniški službi je zapisano, da zdravnik lahko odkloni zdravniški poseg, če sodi, da ni v skladu z njegovo vestjo in če ne gre za nujno zdravniško pomoč. O svojem ugovoru vesti mora bolnika predčasno obvestiti in ga napotiti k drugemu usposobljenemu zdravniku, če pa je zaposlen, mora o zavrnitvi posega obvestiti svojega delodajalca. V 31. členu Zakona o zdravniški službi je navedeno, da za vodenje registra zdravnikov Zdravniška zbornica Slovenije med drugim zbira tudi izjave o uveljavljanju pravice do ugovora vesti. »Obrazec za ugovor vesti se je tekom let spremenil; sprva je imel samo možnost uveljavljati ugovor vesti, kasneje se je vanj dodala tudi možnost ne uveljavljati ugovora vesti. Na obrazcu je bila dodana možnost dodatnih pojasnil in primeri ustreznih in neustreznih ugovorov vesti.«

Doc. dr. Barbara Gnidovec Stražičar je prikazala, da po ugovoru vesti glede na specializacijo najbolj prednjačijo družinski zdravniki, sledijo jim pediatri in anesteziologi. Področje pediatrije predstavlja skupino, kjer imajo veliko ugovorov vesti (31). Polovica se jih nanaša na umetno prekinitev nosečnosti, pomemben delež predstavljajo tudi evtanazija in postopki oploditve z biomedicinsko

pomočjo. Po podatkih ZZS je v Sloveniji aktivnih 409 ginekologov in porodničarjev, med katerimi jih je devet izrazilo ugovor vesti, od tega pet za umetno prekinitev nosečnosti, je povedal **prof. dr. Milan Reljić**. »Že v medicinski etiki se pričakuje od zdravnika, da spoštuje življenje od spočetja, upošteva načela, kjer zelo vplivajo stališča rimskokatoliške cerkve. Po njihovih stališčih je umetna prekinitev nosečnosti moralno nesprejemljiva in trdijo, da zarodek ni le skupek celic, ampak ima tudi duhovno komponento.«

Stanje ugovora vesti v splošni medicini

Prim. doc. dr. Erika Zelko je podrobneje predstavila področje splošne medicine. Izpostavila je, da je področje še neraziskano, da je ugovor vesti formalno v večini držav oblikovan nestrukturirano in neurejeno. Raznolikost je lahko v prihodnosti pomemben dejavnik pri zdravstveni oskrbi, zato je pomembno to področje v prihodnosti urediti.

Vodja oddelka za specializacije na ZZS Tina Šapec je o ugovoru vesti kot argumentu v izbirnem postopku za specializacijo izpostavila, da se ji zdi pomembno, da so zdravniki po opravljenem strokovnem izpitu seznanjeni z ugovorom vesti, saj jih veliko ne razume, kaj dejansko pomeni. Prepričani so, da ga morajo podati takoj. Za zaključek je Peter Golob dejal, da Odbor za pravno-etična vprašanja nima pristojnosti predhodnega presojanja ugovorov, lahko pa izvede naknadno presojo ugovora. Pri ugovorih prihaja do napak, zato standardiziran ugovor zmanjšuje bremena posameznikove negotovosti in bremena presoj. Omogoča lažji dostop do ugovora, ki je potreben, dopusten, je predpripravljen za pogoste ugovore in na voljo brez obveznosti.

Evtanazija in sodelovanje pri samomoru ni poslanstvo zdravniškega poklica

Tanja Gregorič

Na javnem posvetu, ki so ga 14. junija 2023 v Cankarjevem domu organizirali Zdravniška zbornica Slovenije, Slovensko zdravniško društvo, Slovenska medicinska akademija in Komisija RS za medicinsko etiko pri MZ v sodelovanju z Varuhom človekovih pravic RS, so govornici in sodelujoči na okrogli mizi odločevalcem in zainteresirani javnosti predstavili pomembne etične in strokovno-medicinske vidike ter dileme v povezavi s postopki, ki jih predvideva predlog Zakona o pomoči pri prostovoljnem končanju življenja.

»Predlagana sprememba zakonodaje, ki bi trpečim omogočila njihovo usmrnitev ali pomoč pri samomoru, prinaša v družbo veliko spremembo. Predlagatelji zakona so imeli v mislih peščico ljudi, ki izjemno trpijo in se jim življenje brezizhodno izteka, vsaj tako zakon predstavljajo. Kljub temu vsaj na prvi pogled plemenitemu namenu, ki je blizu temu, kar ob trpečih ljudeh, ki jim res ne moremo pomagati, občutimo zdravniki, pa predlagani zakon presenetljivo zelo na široko odpira možnost za usmrnitev ali pomoč pri samomoru vsem, ki trpijo zaradi telesne ali duševne zdravstvene težave. Predlog zakona s tem nasprotuje večstoletnim prizadevanjem civilizacije, ki ji pripadamo, da bi človeku, katerega zdravje ni popolno, omogočili dostojno življenje, v katerem se bo počutil izpolnjenega, spoštovanega in zaželenega, da bi sprejeli njihovo drugačnost, ki družbo bogati,« je v uvodnem nagovoru poudarila **prof. dr. Bojana Beović**,

predsednica Zdravniške zbornice Slovenije.

Uvodnemu nagovoru **prof. dr. Bojane Beović**, varuha človekovih pravic **g. Petra Svetine**, **prof. dr. Radka Komadine**, predsednika Slovenskega zdravniškega društva, in **prof. dr. Pavla Poredoša**, predsednika Slovenske medicinske akademije, je sledil osrednji program. V nadaljevanju povzemamo nekaj ključnih poudarkov in misli govorcev.

Življenje ne sme biti nikomur odvzeto

Prof. dr. Borut Ošljaj, podpredsednik Komisije za medicinsko etiko, zaposlen na Filozofski fakulteti, je poudaril, da legalizacija evtanazije in pomoči pri samousmrtnitvi, ki na mesto nedotakljivosti človekovega življenja (17. člen Ustave RS) postavlja nedotakljivost osebnih pravic in interesov, ni le najenostavnejši, najučinkovitejši, najhitrejši in hkrati najcenejši način za končanje trpljenja neozdravljivo bolnih in umirajočih, temveč hkrati pomeni tudi prevladojoči kulturi koristi primerno prevrednotenje vrednosti življenja. Gre za pravno uskladitev razumevanja smrti in postopkov umiranja z ekonomiziranim in čedalje bolj razvrednotenim življenjem znotraj sodobnega neoliberalizma. Ključna ni več nedotakljivost življenja in dostojanstva, temveč povsem osebna ocena vrednosti in smisla lastnega življenja. Osebni interes se s tem tudi pravno-formalno postavi nad temeljne konstitutivne vrednote ter končno spreverne osnovna načela humanizma.

Prof. dr. Jadranka Buturović Ponikvar, zdravnica v UKC Ljubljana, je delila pogled na evtanazijo z zdravniškega vidika: »Usmrnitev z zastrupitvijo (evtanazija in sodelovanje pri samomoru) ni poslanstvo zdravniškega poklica. V državah, ki so legalizirale evtanazijo, se pojavlja fenomen spolzkega klanca, vključno z darovanjem organov bolnikov, usmrčenih zaradi psihičnega trpljenja. Nobene varovalke ne morejo preprečiti zlorab in zaščititi nemočnih in ranljivih. Zgodovina nas uči, da zagovorniki etično spornih praks (kar usmrnitev bolnikov z zastrupitvijo je) pogosto ne nosijo odgovornosti za posledice svojih aktivnosti. Ko se družbena klima spremeni in postane tisto, kar je danes sprejemljivo in zahtevano, zločin, umolknejo in se skušajo skriti, odgovornost pa se usmeri na izvajalce. Zdravniki nikoli ne smejo ubijati. Slediti morajo svojemu poslanstvu in notranjemu moralnemu kompasu ne glede na pritiske.«

Dr. Božidar Voljč, predsednik Komisije za medicinsko etiko, je opozoril, da predlog poleg telesnih zajema tudi boleznih, ki prizadevajo duševne zmogljivosti. Pri prekinitvah življenja namreč ni mogoče prezreti določila Evropske konvencije o varstvu človekovih pravic, po katerem življenje ne sme biti nikomur odvzeto. Avtonomnih odločitev bolnikov o prekinitvi življenja ni mogoče razumeti na izključno osebni ravni, ampak v okvirih najrazličnejših socialnih realnosti družin, sorodstev, prijateljstev in skupnosti. Predlog vzpostavlja kriterij življenja, ki ga je zaradi neznoznega, brezupnega trpljenja, iz sočutja in zaščito bolnikovega dostojanstva, najprimerneje končati z njegovo



prekinitvijo. Po mnenju KME RS življenja ni mogoče proglasiti za življenja nevrednega, posledic zakona, ki v družbo vnaša tak odnos do umiranja in smrti, pa ni mogoče nadzirati.

Nujna je široka družbena razprava

Varuh človekovih pravic **Peter Svetina** je poudaril, da je okoli vprašanja prostovoljnega končanja življenja nujna široka družbena razprava, na podlagi katere bo pred uveljavitvijo pravice postavljen tak sistem, da zlorabe ne bodo mogoče. Opozoril je, da je bila s predlogom Zakona o pomoči pri prostovoljnem končanju življenja neodvisni instituciji Varuha človekovih pravic brez predhodne seznanitve in posvetovanja naložena obveznost opravljanja nadzorstvene funkcije pri izvajanju postopkov pomoči pri prostovoljnem končanju življenja. Varuh meni, da je ob temi, ki odpira vrsto etičnih in pravnih vprašanj, treba hkrati ustrezno poskrbeti za urejenost in dostopnost paliativne oskrbe na nacionalni ravni. »Nujen je multidisciplinarni pristop več različnih strok in prakti-

kov s področja skrbi za težko bolne in onemogle, predvsem pa posebna previdnost pri sprejemanju končnih odločitev,« je jasen varuh Svetina.

Peter Renčel, vodja Oddelka za pravne zadeve pri ZZS, je predstavil vlogo zdravnika po predlogu Zakona o pomoči pri prostovoljnem končanju življenja: »Osnutek zakona zdravnikom kot zdravstvenim delavcem nalaga poklicno dolžnost sodelovanja v vseh fazah izvedbe postopka pomoči pri končanju življenja in pri izvedbi skoraj vseh predpisanih dejanj. Takšno zakonsko določanje poklicnih dolžnosti, ki nima podlage v medicinski stroki in celo nasprotuje etičnim normam, je sporno.«

»Pred šestimi leti se mi je življenje spremenilo, ko sem zaradi zapleta multiple skleroze dobila traheostomo in gastrostomo. Mojega glasu tudi še ni slišati in tipkam le z levo roko. Ne sprašujem se več: Kaj je kultura smrti in dostojanstvena smrt? Dostojanstveno smrt preveva usmiljenje in ljubezen in ne vključuje konca življenja, ki bi si ga vsak posameznik izbral sam. Ne želim si aktivnega skrajšanja življenja, sploh ne zaradi napredovale bolezni. Zdravstveno

osebje je šolano za nenehne izboljšave za podaljševanje kakovosti življenja. Pomembno je dopustiti umiranje in pustiti naravno umreti človeku, ko pride njegov čas,« je s poslušalci delila svojo izkušnjo s težko boleznijo odvetnica **izr. prof. dr. Sara Ahlin Doljak**.

Po osrednjem delu je sledila okrogla miza, na kateri so sodelovali **prof. dr. Marjeta Terčelj Zorman**, zdravnica v UKC Ljubljana, **prof. dr. Alojz Ihan**, predstojnik katedre za mikrobiologijo in imunologijo MF UL, **asist. dr. Maja Ebert Moltara**, vodja oddelka za akutno paliativno oskrbo na Onkološkem inštitutu v Ljubljani, **prof. dr. Borut Ošljaj**, filozof in podpredsednik KME, akad. prof. dr. Janez Kranjc, zaslužni profesor Pravne fakultete UL, in **mufti mag. Nevzet Porić**, ki so poudarili predvsem pomen paliativne oskrbe, ki neozdravljivo bolnim omogoča, da zadnje obdobje svojega življenja preživijo brez trpljenja in dostojanstveno, spokojno slovo ter pomen svetosti življenja.

Tanja Gregorič, dipl. trž. kom. in odn. z jav. (UN), Oddelek za stike z javnostmi ZZS

Odkrito o: Vsi obrazi življenja s hudo diagnozo

Pogovor z bolniki in svojci ob predlogu zakona o prostovoljnem predčasnem končanju življenja

Zvonka Zupanič Slavec

Bolnik s hujšo diagnozo najbolje ve in čuti, kaj mu bolezen nalaga, kako se z njo spoprijeti sam in z okolico ter kakšno je ob tem njegovo življenje. Srečuje se z bolečino, trpljenjem, stigmatizacijo, s trenutki nemoči, strahu, obupavanja. Morda pomisli tudi na to, da tako ne gre več naprej ... Si v vsakem trenutku želi živeti? Ali pa so tudi trenutki, ko je teža (pre)velika? Kako se soočiti s tem? Za okroglo mizo »Vsi obrazi življenja s hudo diagnozo« smo odstirali globoke teme in se samoizpraševali, od kod v stiskah človeku moč in energija za korak naprej.

K pogovoru sem povabila pet sogovornikov, ki so obiskovalcem v dvorani in poslušalcem na internetni povezavi spregovorili o svojem življenju z boleznijo. V gosteh so bili bolnik s hemofilijo, bolnik s kronično ledvično odpovedjo, ki se je sprva zdravil z dializo, nato pa imel dve transplantaciji ledvic, bolnik s spinalno mišično atrofijo na invalidskem vozičku, bolnica s prebolelim rakom, ki je postala prostovoljka Društva onkoloških bolnikov, ter sopotnica dolgoletnega bolnika s stopnjujočo se demenco. Obširneje je o tem poročal zbornični bilten, nekaj izjav pričevalcev pa posredujemo tudi bralcem revije Isis.

Mag. Franci Rozman, matematik, bolnik z **odpovedjo ledvic**, dolgoletni zelo uspešen ravnatelj Gimnazije Kranj, je odkrito pripovedoval, da se sprva ni mogel sprijazniti s svojo diagnozo. »Ko se bolniki

srečamo na kakšnem pregledu in kdo govori o tem, kako je težko, se kar malo odmakneš. Potem pa pride nekdo in reče, da že 30 let živi s transplantirano ledvico. To vidiš in si rečeš, saj gre. Ker med vsem tem te lahko doleti še vrsta stvari: meningitis, borelija, pljučna embolija. Če to zaviješ v zgodbo, so zanimive dogodivščine in jih ljudje radi poslušajo. Včasih seveda kakšen zdravnik reče, Rozman, ali se vi sploh zavedate, koliko je bila ta zadeva resna,« slikovito opiše in doda: »ja, saj je bila resna, ampak se je preživela.« Izkristaliziral je modrost, ki se je drži: »Zelo pomembno je, kako si sam naravnam misli.« Ko je bil med covidom-19 na Golniku z visoko vročino, prizna, da je najprej pomislil, »zdaj bo pa šla ledvica. Potem sem si pa le rekel, glej, saj ti dela, zakaj ne bi še jutri in še naprej. In je zdržala.«

»Ko je bilo res hudo, je zdravnik rekel, saj nam bo uspelo. In so me seveda pozdravili.«
(Franci Rozman)

Mag. Nataša Elvira Jelenc, jezikoslovka, ki je veliko življenja kot simultana prevajalka preživela v tujini, tudi v Afriki, kjer se je naučila sprejemati različnost, je pred dvema desetletjema zbolela za redko in težko obliko **raka dojke**, ki ga je s pomočjo dragocene pomoči zdravstvenega tima uspešno premagala. Spominjala se je: »Ko sem bila na dnu, so se mi počasi začele prižigati lučke na koncu predora. Prva je bil moj onkolog, druga so bili drugi onkološki bolniki s pozitivnim odnosom do življenja in tretja

lučka se mi je prižgala, ko sem izvedela za Društvo onkoloških bolnikov. Zelo hitro sem se vključila v društvo, kjer sem spoznala širok spekter njegovega delovanja in številne možnosti povezovanja z bolniki z različnimi vrstami raka, iz različnih okolij naše države. V okviru Društva onkoloških bolnikov so po vsej Sloveniji organizirane skupine za samopomoč, kakor tudi individualna pogovorna opora ... S svojimi osebnimi pričevanji prinašamo optimizem in zaupanje v pozitiven iztek bolezni. Rak ne pomeni nujno smrti. Srečujem veliko bolnikov, ki se borijo in kljub temu živijo polno življenje.« Mag. Nataša Elvira Jelenc je sedaj celo podpredsednica Društva onkoloških bolnikov Slovenije.

Blaž Urbanč je magistrand družboslovja s **spinalno mišično atrofijo**, donedavnega član Programskega odbora za problematiko programskih vsebin za invalide v okviru RTV Slovenija, še danes pa je član Sveta za elektronske komunikacije RS in mladinske skupine »European patients' forum«. Povedal je: »Diagnozo sem prejel pri letu in pol, saj so starši opazili, da moj nenehni jok nakazuje na neko anomalijo. Zdravnik mi je po odvzemu krvi hitro postavil diagnozo – spinalna mišična atrofija. To pomeni, da živim z oslabljenimi mišicami po celotnem telesu. Bolezen je pripeljala do tega, da sem že več kot 20 let na invalidskem vozičku. Navkljub obolenju pa lahko rečem, da se da ob pomoči družbe in najbližjih zelo lepo živeti. Bolj kot si deležen pomoči, lažje je, zato pogosto pozabim, da imam kakršnokoli bolezen. Sam ne morem stati in tudi ne hoditi – vesel sem, da živim v Sloveniji, kjer je na voljo tudi genska terapija. S tem lahko sledim cilju preprečevanja nadaljnega poslabšanja bolezni. Zadovoljen sem, če mi uspe ohranjati obstoječo kondicijo. Kljub vsemu je življenje z bole-

znijo lep izziv, lepa pot in z njo je mogoče tudi lepo jadrati skozi življenje. « ... »Starši niso podlegli pritisku, da je edina pot institucionalizacija. Zavzemam se, da se osebe, kot sem sam, vključijo v normalno šolanje. Tako se vsi učimo živeti z raznolikostjo. «

»Z omejitvami, da ne hodim, da ne morem stati, sem se navadil živeti. Si pa v stiski, ko vidiš, da pešajo določena ključna orodja, ki jih imaš. V tistem trenutku sem seveda na srečo, kar ni samo po sebi umevno, imel ljudi, ki so pripravljene prisluhniti in te bodriti. «

(Blaž Urbanč)

Prof. Jože Faganel, slovenist, dolgoletni profesor retorike na AGRFT, Teološki fakulteti in v številnih slovenskih gledališčih, direktor Mohorjeve založbe Celje ter dolgoletni predsednik Društva hemofilikov Slovenije, je danes kot 76-letnik s **hemofilijo** izrazil veselje, da živi dodatnih šest desetletij. Pravi, kako zelo je hvaležen prostovoljnemu krvodajalcem, »ki so nam zagotavljali varno kri za izdelavo preparatov za zaustavljanje krvavitve«. Ob 50-letnici slovenskih krvodajalcev se je zato udeležil slovesnosti in spomni se, kako je bil srečen, hvaležen: »Objemali smo se, oni nas, ker so videli, kako njihova kri pomaga nam, mi pa njih, ker smo preživeli zaradi njih. « Pravi, da je hvaležen tudi ZZS, »da nam solidarnostno financira izjemno zahtevna zdravila, sintetične manjka-joče faktorje strjevanja krvi. « In poudari: **»Rad živim kljub trpljenju, tudi neznosnemu; v več kot tretjini svojega življenja sem trpel zaradi neznosnih bolečin ob krvavitvah v sklepih in večmesečnih nepomičnostih.«**

Nevrologinja in psihiatrinja Vida Drame Orožim, dolgoletna sodelavka Psihiatrične klinike v Ljubljani, sedaj pa vodja Pro bono ambulante v Ljubljani, nominiranka za Slovenko leta, je dolga leta spre-

mljala in **skrbela za moža, ki je zbolel za demenco**. Poudarja, da **mož ni nikoli izrazil želje po smrti**. »Zame je življenje največja svetost našega bivanja. Socialno-čustveno bitje, ki se v času skupnega življenja splete v bogato vsebino vseh barv in vseh dimenzij, je edinstveno in neponovljivo. V mislih imam dolgoživo partnersko zvezo, zvezo s svojim pokojnim možem. Dvajset let sva se borila z demenco, oba. Deset let sva živela še polno in lepo življenje. Pred boleznijo ni imel časa, da bi bila veliko skupaj. Nato pa je rad šel z mano po nakupih, priskočil na pomoč, nosil vrečke, tudi nekaj malega kuhanja se je priučil, pa obešanja perila. Včasih me je razvajal in zjutraj skuhal kavo, « se spominja.

Kako sogovorniki razumejo predlog zakona o prostovoljnem predčasnem končanju življenja?

Smrt je sestavni del življenja zato jo je treba demistificirati, vrniti v življenje, se o njej pogovarjati in jo na naravni način tudi sprejemati. Ko se življenje izteče, ga tudi zdravnik ne podaljšuje.

Prof. Jože Faganel je razmišljal: »Ta predlog skuša zadnje dejanje življenja izbrisati, narediti kot nekaj načrtovanega, predvidljivega in nestresnega. Zdi se mi, da je tukaj ogromno hinavščine. Smrt je del življenja, na katerega moramo računati, in tudi trpljenje je del življenja. **Soočanje s smrtjo nikoli ne more biti stvar družbe, da bi določila, kako se nas znebi.** Ne morem preko misli, da je ta pomoč mišljena kot povabilo, dajte no nehati živeti. «

Dr. Vida Drame Orožim je bila nešteto krat prisotna, ko se je pričakovalo, da bo nekdo umrl, pa si je ta oseba čudežno opomogla in se je življenje podaljšalo tudi za leto, dve ali tri. »Torej, **kdo lahko sodi, da bo ta oseba zdaj ali zdaj umrla, to je groba napaka in je treba biti pozoren, premišljen in previden.** «

Študent Blaž Urbanč je povedal: »Pri svojih 25 letih redko razmišljam o smrti. Razumem pa pomisleke tistih, ki dejansko trpijo. Osebo sem naklonjen življenju in ga bom skušal živeti čim dlje. Poskušal bom ponotranjiti moto našega društva, ki je – distrofikom utreti pot v aktivno življenje in zdravje. In bom zagovornik vseh ukrepov, ki bodo blažili kakršne koli posledice bodisi boleznin ali invalidnosti, da se **oblikuje javne politike, ki bodo zagovarjale v prvi vrsti voljo in dostojanstvo v življenju.** «

Mag. Franci Rozman je odgovoril: »Ko sem se soočal s tem, da bom moral na dializo, tega nisem zavračal, ker bi se bal aparata, ampak ker nisem želel biti odvisen od družbe. Razmišljal sem, zakaj bi morala družba plačevati zame. Ko se take možnosti odprejo, lahko bolniki začnejo razmišljati o takšnih stvareh. Lahko celo prostovoljno pridejo do take odločitve, ki je nepotrebna. Predvsem bi **pri teh vprašanjih morali poslušati bolnike** in zdravnike ter pogledati, kako so zadeve urejene v tujini, npr. v Švici. **Ne more pa teh postopkov izvajati zdravnik, zdravnik rešuje življenja.** «

»Zdravnik nikoli ne sme ubijati. Nič ni bolj fundamentalno in brezkompromisno. «

Misel velikega zdravnika in bioetika, dolgoletnega direktorja Kennedyjevega inštituta za etiko Univerze Georgetown, Washington, akad. Edmunda D. Pellegrina (1920–2013)

Alojzija Pangeršič, onkološka bolnica na invalidskem vozičku, je bila tudi med povabljenimi sogovorniki, a se srečanja ni mogla udeležiti. Zapisala pa je: »Kljub težkim neozdravljivim onkološkim boleznim, invalidskemu vozičku in vsakodnevnim hudim bolečinam in težavam si **želim polno živeti do svojega konca.** Prav vsak izmed nas, ki **hodimo na Onkološki inštitut,**



»Življenje je največ, kar imamo, radi ga imamo.«

Sodelujoči na okrogli mizi, ki sta jo pripravili Zdravniška zbornica Slovenije in Zvonka Zupanič Slavec, ki jo je tudi moderirala. Z desne si sledijo (brez nazivov): Blaž Urbanč, Franci Rozman, Jože Faganel, Nataša Elvira Jelenc, Vida Drame Orožim, Zvonka Zupanič Slavec.

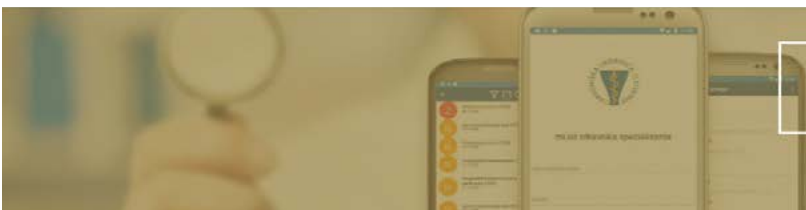
tam išče zdravje in prav nihče izmed nas ne išče evtanazije. Ne predstavljam si prizadevnih in spoštovanih zdravnikov, da bi se naenkrat

spremenili v nosilce smrti. Vem tudi, da ne želijo biti kršitelji Hipokratove prisege, ki velja že tisočletja. Zato **me predlog zakona o evtanaziji žali,**

kot žali tudi tiste, ki naj bi jo izvajali na način, da bi delili smrt. Mislim, da se predlagatelji zakona ne zavedajo, kakšne posledice bi prinesel uveljavljeni zakon nam neozdravljivo bolnim, vsem zdravstvenim delavcem in vsem ostalim, ki so morda zaenkrat še zdravi. **Žalostna sem, da nam strežejo po življenju s pretvezo, da je vse na prostovoljni bazi. Skratka: ŽELIM ŽIVETI IN NE UMRETI NA SILO!**«

Za sodelovanje se zahvaljujem vsem sodelujočim bolnikom in organizatorjem v Zdravniški zbornici Slovenije.

Prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec,
dr. med., Inštitut za zgodovino
medicine MF UL,
zvonka.zupanic-slavec@mf.uni-lj.si



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@zss-mcs.si.

Iz dela zbornice

Za obdobje od 19. 5. do 13. 6. 2023

Predavanje:

Kaj prinaša novi pravilnik o poklicnih boleznih?

V okviru zbornice so bile na željo Odbora za osnovno zdravstvo 31. maja predstavljene novo-



sti odkrivanja poklicnih boleznih, ki jih prinaša pravilnik, predvsem pa dolžnosti, ki jih pri odkrivanju poklicnih boleznih dobivajo specialisti različnih strok, posebej specialisti družinske medicine. Predavanje izr. prof. dr. Metode Dodič Fikfak, dr. med., je dostopno na spletni strani zbornice in je bilo članom posredovano s 708. biltenom 1. junija.

Prva mednarodna šola urgentnih veščin za študente medicine

Med 19. in 21. majem je v Ljubljani potekala prva mednarodna šola urgentnih veščin za študente medicine (ITSL) v sodelovanju vodilnih organizacij iz zdravstva ter zaščite in reševanja. Program je potekal na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani in Gasilski brigadi Ljubljana, zaključno ocenjevanje pa je v nedeljo potekalo po celotnem območju mestnega jedra Ljubljane na osmih točkah. Sodelovalo je 48 študentov iz 15 držav. Pomoč pri organizaciji je zagotovila tudi Zdravniška zbornica Slovenije.

»V imenu organizacijskega odbora bi se vam iskreno zahvalil za izkazano podporo, ki ste jo namenili dogodku. Brez vašega doprino-



sa ITSL ne bi mogla biti tako uspešna in prav vsi smo vam za to iz srca hvaležni! Verjame-mo, da smo skupaj naredili nekaj dobrega tako za slovenske kot tuje študente medicine, znanje in izkušnjo pa smo tako ponesli na vse kotičke sveta!« je v zahvali zbornici napisal predsednik organizacijskega odbora Boris Podobnik.

Dodatni način dostopa do e-poslovanja zbornice

S koncem maja je članom omogočeno vročanje dokumentov preko portala e-Uprava. Kaj to pomeni v praksi? Namesto pisnega prejemanja dokumentov in prevzemanja na klasični pošti lahko odprete elektronski predal, kamor boste prejeli elektronsko vsa zbornična uradna pisanja (odločbe, sklepi, postopki po ZUP ...). Po novem je sistem e-poslovanja povezan z e-Upravo. Navodila so bila objavljena na spletni strani zbornice 30. maja in v 708. biltenu. Vsem članom, ki imate vpisan VEP-naslov, bo vsa uradna pošta posredovana elektronsko v navedeni predal.

Oddelek za informatiko ZZS

Okrogla miza:

Zakon odraža nerazumevanje poslanstva zdravnika in zdravnikovega dela

Na okrogli mizi, ki jo je v sodelovanju z Zdravniško zbornico Slovenije pripravil STA-klub Slovenske tiskovne agencije, so se sogovorniki strinjali, da je o minljivosti in smrti nujno govoriti. Skozi razpravo pa je bilo jasno, da so stališča o tem, ali uzakiniti možnost pomoči pri prostovoljnem končanju življenja in kako, zelo različna in povezana tudi s čustvenim pogledom na trpljenje.

Avtorji predloga Zakona o pomoči pri prostovoljnem končanju življenja se zavzemajo za avtonomijo bolnikov pri odločanju o koncu življenja, je na okrogli mizi dejal soavtor predloga Andrej Pleterski.



Predlogu zakona nasprotujejo v zdravniških vrstah. Član Odbora za pravno-etična vprašanja pri Zdravniški zbornici Slovenije Matjaž Zwitter je opozoril, da je zakon nastal z zelo malo sodelovanja zdravnikov, zato se v predlogu odraža nerazumevanje poslanstva zdravnika in zdravnikovega dela. Zwitter meni, da predlog

preveč poenostavlja vprašanje ugovora vesti, kriterij, kdo se lahko odloči za pomoč pri končanju življenja, pa da je zastavljen preširoko. Zdravniki nasprotujejo tudi rešitvi, po kateri je trpljenje, ki ga kot neznosno opredeli bolnik sam, edini kriterij za možnost pomoči pri prostovoljnem končanju življenja.

ENMCA v Ljubljani: srečanje evropskega odbora organov za zdravstvene kompetence

Zdravniška zbornica Slovenije je že drugič v enajstih letih gostila srečanje ENMCA (European Network of Medical Competent Authorities), ki je bilo že 29. po vrsti. V nedeljo, 11. 6. 2023, smo začeli z neformalnim delom srečanja – z vodenim ogledom Ljubljane in večerjo v središču mesta.

Naslednji dan je bil od jutra do poznih popoldanskih ur rezerviran za formalni del srečanja, ki se ga je udeležilo 33 udeležencev iz 19 držav. Prvič so bile prisotne tudi dve predstavnici Islandije in predstavnica Litve. Sestanek je z uvodnim nagovorom začela predsednica ZZS prof. dr. Bojana Beović.

Uvodni del je bil namenjen temi »Delovna sila v zdravstvu«. Začela ga je prof. dr. Beović s predavanjem, glavni na katerega je bilo pomanjkanje zdravnikov v Sloveniji. Sledila je predstavitev predstavnika Italije, dr. Paola Micheluttija, ki se je navezovala na skupno

delovanje pri načrtovanju in napovedovanju zdravstvene delovne sile. Predstavljen je bil projekt HEROES, ki naj bi se razširil na vse države EU, s katerim pa prisotni do sedaj še nismo bili seznanjeni in tudi nismo vedeli, kdo v projektu zastopa našo državo. Dogovorili smo se, da bo dr. Michelutti prisotne seznanil s projektom tudi preko elektronske pošte. Med razpravo so člani ugotovili, da se večina držav srečuje s podobnimi problemi pomanjkanja zdravnikov, zlasti v sistemu javnega zdravstva. V večini primerov je pomanjkanje posledica odhoda v tujino, med ostalimi razlogi pa so delo v zasebnih ambulantah, plačilo za delo, način dela in kakovost življenja. Prisotni so soglašali, da plačilo za delo ni več edini glavni dejavnik za odhode zdravnikov iz javnega zdravstvenega sistema, temveč v ospredje prihaja predvsem kakovost življenja, katere javni zdravstveni sistem v večini primerov zdravnikom žal ne omogoča.

Več informacij o srečanju ENMCA je dostopnih na spletni strani ZZS.

*Klara Zupančič,
Oddelek za specializacije ZZS*



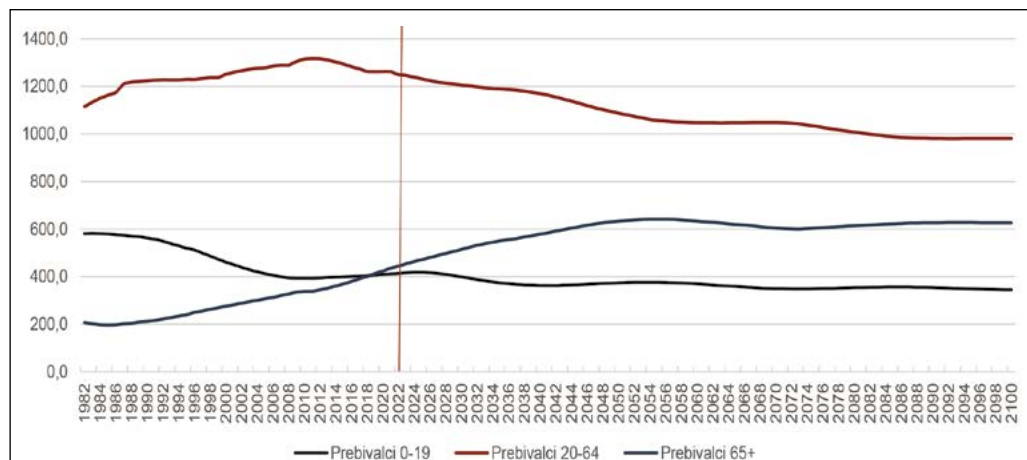
Posledice demografskih in tehnoloških sprememb na vire in izdatke za zdravstvo

Eva Šarec

Projekcije izdatkov, povezanih s staranjem prebivalstva, kažejo, da lahko v prihodnjih desetletjih ob nespremenjenih politikah pričakujemo povečanje izdatkov za socialno zaščito (pokojnine, zdravstvo in dolgotrajno oskrbo) ter razkorak z viri njihovega financiranja. To velja zlasti za države, kjer financiranje temelji na prispevkih delovno aktivnega prebivalstva, ki se zaradi demografskih sprememb krči, kar je značilno tudi za Slovenijo. Za zagotavljanje delovanja sistemov socialne zaščite v prihodnje in njihove vzdržnosti bodo tako nujne prilagoditve ter odzivanje številnih javnih politik, tako na strani izdatkov kot na strani prihodkov (UMAR, 2019).

Glavna dejavnika hitre rasti izdatkov za zdravstvo sta bila v preteklosti gospodarska rast in tehnološki napredek, v zadnjem desetletju pa

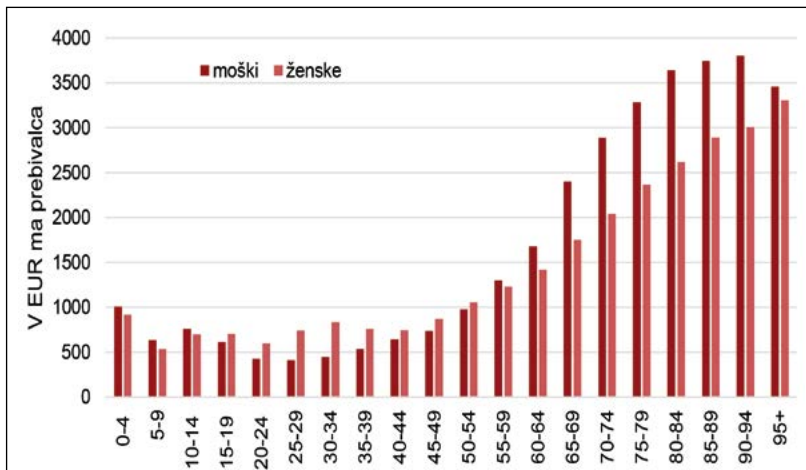
se hitro povečuje pritisk staranja prebivalstva. Demografske projekcije nas opozarjajo, da se bo do leta 2050 število starejših od 65 let povečalo za 50 %, število starejših od 80 let pa se bo skoraj podvojilo (slika 1). S starostjo izdatki za zdravstvo, zlasti po 50. letu, hitro naraščajo. Leta 2018 je bilo v Sloveniji na prebivalca v starosti 80–84 let v povprečju porabljeno trikrat več javnih izdatkov kot na prebivalca v starosti 50–54 let; kar dve tretjini vseh javnih izdatkov za zdravstvo pa je bilo porabljeno za prebivalce nad 50 let (slika 2). Z večjim deležem starejšega prebivalstva bo zato demografski pritisk na rast izdatkov bistveno večji kot v preteklosti. Poleg demografskih dejavnikov se bo nadaljeval tudi pritisk nedemografskih dejavnikov, ki so v preteklosti k rasti izdatkov prispevali do tri



Vir: SURS; Eurostat – EUROPOP2023, preračuni UMAR. Opomba: višina javnih izdatkov na prebivalca je prilagojena agregatni ravni javnih izdatkov za zdravstvo, ki so upoštevani v projekcijah AWG (javni izdatki po metodologiji SHA, brez dolgotrajne zdravstvene oskrbe (HC.3), plus javni izdatki za investicije po metodologiji COFOG).

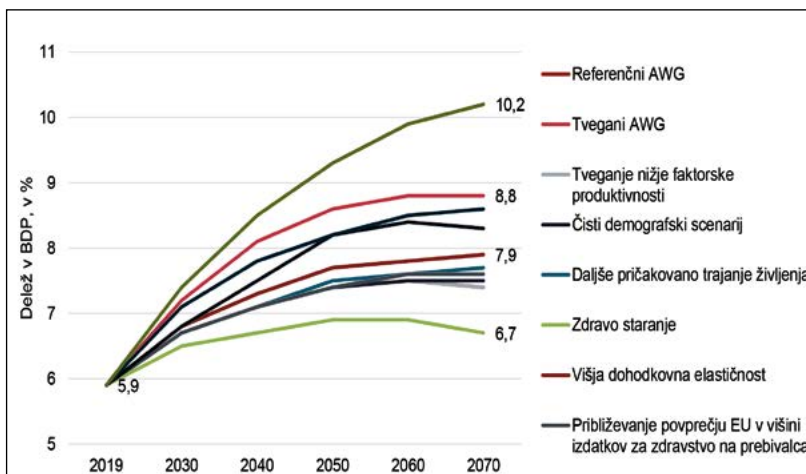
Slika 1: Demografska projekcija – delovno sposobni prebivalci (20–64 let) ter mladi (0–19 let) in starejši (65+), Slovenija do leta 2100

1 Novejše raziskave kažejo, da so nove tehnologije v preteklosti prispevale k rasti izdatkov za zdravstvo od 25 do 50 %, vendar je del tega vpliva zajet že v prispevku rasti BDP, daljšega pričakovanega trajanja življenja ter rasti cen, zato se prispevek novih tehnologij modelsko ocenjuje kot preostanek rasti. Demografski dejavniki prispevajo okoli 25 % (Marino, A., in Lorenzoni, L., 2019).



Vir: ZZS, preračuni UMAR; podatki so bili pripravljene za potrebe dolgoročnih projekcij Evropske komisije – Ageing report 2018. Opomba: višina javnih izdatkov na prebivalca je prilagojena agregatni ravni javnih izdatkov za zdravstvo, ki so upoštevani v projekcijah AWG (javni izdatki po metodologiji SHA, brez dolgotrajne zdravstvene oskrbe (HC.3), plus javni izdatki za investicije po metodologiji COFOG).

Slika 2: Javni izdatki za zdravstvo po spolu in starosti, Slovenija 2018



Vir: Ageing report 2021. Opomba: tekoči izdatki za zdravstvo, brez dolgotrajne zdravstvene oskrbe (HC.3), po metodologiji zdravstvenih računov; AWG – Ageing Working Group.

Slika 3: Dolgoročna projekcija javnih izdatkov za zdravstvo, Slovenija 2019–2070

četrtine rasti, med njimi največ rast BDP na prebivalca, ki vpliva na pričakovanja prebivalstva glede zdravstvene oskrbe; sledi uvajanje novih zdravstvenih tehnologij¹, kar širi možnosti zdravljenja in povečuje kakovost storitev ter rast cen v zdravstvu, ki je hitrejša kot v drugih dejavnostih (EK, 2021).

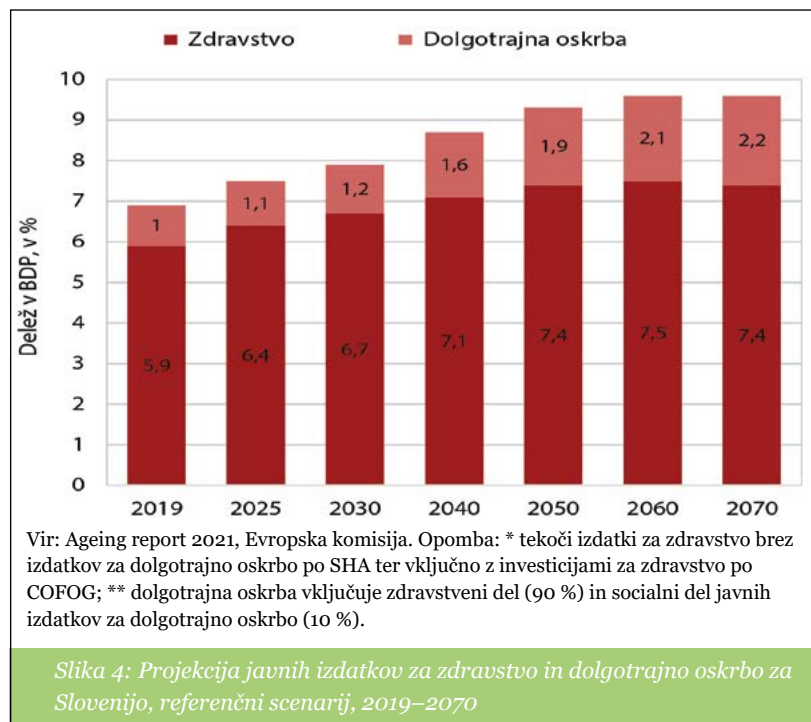
Še hitreje kot v zdravstvu naraščajo potrebe po dolgotrajni oskrbi, ki

danes ob pomanjkljivem sistemu v znatni meri ostajajo nezadovoljene in zato povzročajo dodatne pritiske na zdravstvo (slika 4). Študije kažejo, da bi urejen sistem dolgotrajne oskrbe zmanjšal pritiske na družinske zdravnike ter bolnišnične in urgentne obravnave (Srakar, A., in Dominko, M., 2021). Izrazito povečevanje potreb po dolgotrajni oskrbi lahko pričakujemo zlasti po letu 2025, ko začnejo

mejo 80 let prestopati najštevilnejše generacije. Ključni dejavnik rasti teh izdatkov je čedalje večji delež starejše populacije, ki potrebuje pomoč pri opravljanju osnovnih dnevnih aktivnosti, poleg tega se zaradi večje vključenosti starejših na trg dela povečuje povpraševanje po formalni oskrbi.

Projekcije izdatkov za staranje, ki jih vsaka tri leta pripravlja Evropska komisija – EK (zadnje so iz leta 2021), kažejo, da lahko do leta 2070 ob veljavnih politikah pričakujemo povečanje javnih izdatkov za zdravstvo po različnih scenarijih, ki upoštevajo različne predpostavke glede vpliva demografskih in nedemografskih dejavnikov, v razponu od 0,8 do 4,3 odstotne točke BDP (slika 3). Na sliki 4 je prikazan referenčni scenarij za zdravstvo še skupaj s projekcijo javnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo (90 % teh izdatkov je za zdravstveni del dolgotrajne oskrbe in spadajo hkrati k izdatkom za zdravstvo). Za dolgotrajno oskrbo bo povečanje izdatkov še bistveno hitrejšo kot v zdravstvu, po referenčnem scenariju bi se ti izdatki do leta 2070 podvojili, to pomeni povečanje za 1,3 odstotne točke BDP (v državah EU za 1,1 odstotne točke BDP) (EK, 2021). Pri tem je treba upoštevati, da so bile ravni izdatkov v letu 2019 (začetno leto projekcije) nižje kot v povprečju EU tako za zdravstvo (5,9 % BDP; EU 6,6 % BDP) kot tudi za dolgotrajno oskrbo (1,0 % BDP; EU 1,7 % BDP) (UMAR, 2021; UMAR, 2023).

V pocovidnem obdobju bodo morale države zagotoviti dodatna vlaganja tudi v povečanje odpornosti zdravstvenega sistema, ki je opredeljena kot zmožnost odgovora na pretrese, njihovo obvladovanje ter zmanjšanje negativnih posledic in čim hitrejšo okrevanje. Po oceni OECD bi za dvig pripravljenosti na morebitne urgentne zdravstvene razmere države morale v povprečju povečati javne izdatke za 1,4 odstotne točke BDP (oziroma v razponu od 0,6 do 2,5 odstotne točke BDP), in sicer za dodatna vlaganja v preventivo in



javno zdravje, za investicije in digitalizacijo ter za dodatna vlaganja v kadre v zdravstvu in dolgotrajni oskrbi (OECD, 2022).

Demografska slika Slovenije pa nas hkrati opozarja na zelo hitro upadanje deleža delovno sposobnega prebivalstva (20–64 let) (slika 1), kar ima v sistemu obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki se pretežno financira iz prispevkov na plače, posledice tudi na strani virov za zdravstvo. Delež javnih virov, ki temeljijo na prispevkih, se zvišanju izdatkov ne bo mogel prilagajati. Sprejemanje ukrepov, ki bi zmanjšali vrzel med prihodi in izdatki, bo zahtevalo oblikovanje ravnotežja pri doseganju ciljev finančne vzdržnosti in dostopnosti ter kakovosti zdravstva. Analize in izkušnje držav kažejo, da k zmanjševanju razkoraka med viri in izdatki lahko prispeva delovanje v smeri:

- **izboljševanja zdravstvenega stanja prebivalcev** s promocijo zdravega in aktivnega staranja, povečanjem vlaganja v preventivo in javno zdravje, zmanjševanjem neenakosti v zdravju in krepitevjo varstva pri delu;

- **sprememb v virih financiranja zdravstvenega sistema** z uvajanjem mešanega modela financiranja in zmanjševanjem odvisnosti od prispevkov na plače zaposlenih;
- **povečanja učinkovitosti zdravstvenega sistema in sistema dolgotrajne oskrbe** z uvajanjem ukrepov na makro ravni in na strani ponudbe storitev ter na strani povpraševanja.

Vrsta priporočenih ukrepov v okviru vsake od navedenih smeri (več glej v UMAR, Ekonomski izzivi 2019) ne sodi strogo v področje zdravstva, zato so potrebne ustrezne medsektorske politike s ciljem povečanja pozitivnih učinkov staranja in zmanjšanja negativnih. Uvajanje ukrepov za izboljšanje zdravstvenega stanja prebivalstva in za povečanje učinkovitosti zdravstvenega sistema lahko pomembno prispeva k nižji rasti izdatkov za zdravstvo. Vendar avtorji scenarijev, ki kažejo na možnosti zadrževanja rasti izdatkov za zdravstvo ob večji učinkovitosti sistema, opozarjajo, da ima zdravstvena politika po eni strani možnosti za povečanje učinkovitosti, po drugi

strani pa bodo pritiski na rast vendarle tolikšni, da bodo države morale doseči soglasje glede povečanja deleža izdatkov za zdravstvo, če bodo želele ohraniti sedanjo raven dostopnosti in kakovosti. Oblikovanje ravnotežja med cilji finančne vzdržnosti in kakovosti zdravstva je hkrati tudi vprašanje družbenih vrednot in političnih prioritete, kar je v številnih državah povezano tudi s povečevanjem izdatkov za zdravstvo kot enega pomembnih dejavnikov gospodarskega razvoja.

Viri

- EK. (2021). The 2021 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2019–2070). Pridobljeno s https://ec.europa.eu/info/publications/2021-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2019-2070_en
- OECD. (2022). Investing in health systems to protect society and boost the economy: Priority investments and order-of-magnitude cost estimates, OECD Health Working Papers 144. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/investing-in-health-systems-to-protect-society-and-boost-the-economy_d0aa9188-en
- Srakar, A. in Dominko, M. (2021). Neenakosti v razmerju med dolgotrajno in zdravstveno oskrbo starejših. V: *NEENAKOSTI V ZDRAVJU IZZIV PRIHODNOSTI V MEDSEKTORSKEM POVEZOVANJU* (str. 125–130). Pridobljeno s https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/07/neenakosti_e_verzija.pdf
- UMAR. (2019). Ekonomski izzivi 2019.
- UMAR. (2021). *Poročilo o razvoju 2021*. Ljubljana: Urad RS za makroekonomske analize in razvoj. Pridobljeno s https://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/razvoj_slovenije/2021/slovenski/POR2021_skupaj.pdf
- UMAR. (2023). Poročilo o razvoju UMAR. Urad RS za makroekonomske analize in razvoj.

Eva Šarec, Urad za makroekonomske analize in razvoj

Da ne bomo »zboleli od zdravja«

Preventivni razmislek prof. Ignaasa Devischa

Meta Rus

Kaj v naši družbi pomenita pojma bolezen in zdravje, k čemu stremimo z razvojem medicine? Do katere mere je odgovornost posameznika za lastno zdravje upravičena in kdaj pretirano obremeni človeka? Koliko se zavedamo povesod prisotnega in nedosegljivega ideala popolnega zdravja, v senci katerega lahko postanejo celotna naša življenja kronična neozdravljiva bolezen?

K razmišljanju o tovrstnih vprašanjih nas je spodbudil belgijski filozof, **prof. dr. Ignaas Devisch**, ki je imel dne 24. 3. 2023 na Alma Mater Europaea v Ljubljani (Fakulteta za humanistični študij) predavanje z naslovom »*It's just me, my health and I? On the place of sickness and health in society*«. Dr. Devisch je profesor filozofije medicine in etike na Medicinski fakulteti Univerze v Gentu, avtor več priznanih knjižnih del, kolumnist, svetovalec za področje medicinske etike, od leta 2021 pa tudi generalni direktor možganskega trusta Itinera. S svojim razumljivim, četudi kompleksnim predavanjem, v katerem se je čutilo njegovo navdušenje nad obravnavano temo, nas je vse nagovoril in nas spodbudil k nadaljnjemu razmisleku. Naj v nadaljevanju podelim nekaj njegovih misli.

Svoboda je v naši družbi visoka vrednota, na različne načine se jo trudimo krepiti, a premalo je poudarka na odgovornosti, ki pride z njo, trdi prof. Devisch. To velja tudi za razvoj medicine – več védenja o nečem prinaša tudi več negotovosti in odgovornosti glede ukrepanja. Kot primer je navedel presejalne teste – če nam v nekem odstotku pokažejo verjetnost, da bomo zboleli, kaj bomo storili? Če ukrepamo, tvegamo neupravičeno obremenjevanje tako posameznika

kot zdravstvenega sistema; če pa ne ukrepamo in zbolimo, smo za to sami krivi.

S pojavljanjem novih možnosti v medicini se tudi ne zavedamo, kaj bodo te pomenile na dolgi rok. Ko se pojavi neka nova tehnologija (npr. neinvazivni predrojstveni test za genetske nepravilnosti – NIPT), imamo najprej pravico do nje (sprva običajno samoplačniško), a z vedno večjo uveljavljenostjo te tehnologije smo počasi vedno bolj dolžni, da jo uporabimo, sicer moramo svojo odločitev zagovarjati pred drugimi (tako npr. starši, ki v nosečnosti zavrnejo presejalne teste, lahko veljajo za neodgovorne).

Kot trdi dr. Devisch, je v družbi povesod prisoten subtilen, a močan ideal zdravja. Problem je, da ideali predstavljajo pritisk in nas določajo; a ker ni nihče njihov »avtor« (kot npr.

pri ideoloških načelih v avtoritarnih režimih), se jim ne moremo jasno upreti. Zdravje je postalo nekakšen normativni koncept, ki narekuje naša dejanja in nam nalaga odgovornost. Kot je pisal že Nietzsche, »v luči lastne odgovornosti za zdravje bolezen šteje za grešno«. Tako čutimo neko nujno, da sebi in okolici – zdravniku, delodajalcu, bližnjim – ves čas dokazujemo, da smo pravzaprav zdravi. A problem je, da je popolno zdravje praktično nedosegljivo; vedno ostane nekaj, kar bi še lahko naredili – še kakšna vaja za hrbet, še bolj zdrava dieta ... Tehnologije, kot so razne aplikacije za štetje korakov in kalorij, merjenje utripa, dolžine spanja ipd., še povečajo občutek odgovornosti za lastno zdravje, hkrati pa jim (bolj ali manj) prostovoljno podredimo marsikateri vidik življenja.

Če si preveč prizadevamo doseči nedosegljiv ideal zdravja, razmišlja prof. Devisch, se lahko zgodi nasprotno; lahko postanemo »bolni od



zdravja« (angl. sick of health). Ljudje, ki imajo ves čas občutek, da ne naredijo dovolj za svoje zdravje, lahko podležejo depresiji, anksioznosti, anoreksiji ipd. Pozornost bi bilo z zdravja včasih bolje preusmeriti na iskanje smisla v življenju.

Dr. Devisch se je večkrat navezal na filozofa Michela Foucaulta in na njegovo teorijo o tem, kako se odgovornost na različnih področjih, tudi na področju zdravja, z ustanov ali držav z zelo subtilnimi ukrepi prenaša na posameznike. Omenil je Foucaultov izraz »biopower«, ki pomeni kontrolo nad življenjem ljudi s pomočjo promocije določenih norm ali idealov, ki jih posamezniki ponotranjimo in sprejememo za svoje. Primer

je skrb za zdravje, ki je tako postala predvsem odgovornost posameznikov, čeprav dobro vemo, da tako na zdravje kot na preživetje močno vpliva vrsta družbenih dejavnikov, kot sta npr. socialni status in izobrazba (t. i. determinante zdravja).

Čeprav nam je predavatelj osvetlil bolj temno, nekoliko spregledano plat promocije zdravja, je večkrat poudaril, da razume in podpira razvoj medicine in javnozdravstveno stroko. Kot ključen ukrep za blažitev pritiskov glede odgovornosti za lastno zdravje je omenil solidarnostno naravnano zdravstveno zavarovanje, ki predpostavlja, da imajo nekateri pač več in drugi manj sreče glede zdravja in da za to niso (zgolj) sami odgovorni.

Zdravje je navsezadnje temeljna dobrina, ki je pogoj za marsikatere druge dobrine v življenju. Načelo enakopravnosti torej zahteva, da se kot družba potrudimo, da imamo ljudje čim bolj enaka izhodišča. A do katere mere in na kakšen način promovirati zdravje, da bo ostalo sredstvo za bolj izpolnjeno življenje in ne cilj samo sebi?

Čeprav je predavanje prof. Dervischa le načelo obširno temo, smo mu hvaležni za obisk in upamo na še kakšnega. Vse, ki vas zanima še kaj več, pa vabim, da pobrsate po njegovi spletni strani:
<https://en.ignaaasdevisch.com/>.

Meta Rus, dr. med.

Predstavitev projekta Interreg C3B

*Čezmejna platforma za učinkovito upravljanje biobank**



Vladka Čurin Šerbec, Maja Černilec, Valerija Kovač, Natalija Lamprecht, Slavica Stanišić, Tadeja Režen

Projekt Interreg »Čezmejna platforma za učinkovito upravljanje biobank« z akronimom C3B (cross border biobanking – <https://www.ita-slo.eu/sl/c3b>) se je začel oktobra 2021 v sklopu evropskega Programa čezmejnega sodelovanja med Republiko Slovenijo in Republiko Italijo in se je konec marca 2023 uspešno zaključil. V Sloveniji sta v projektu sodelovala **Zavod Republike Slovenije za transfuzijsko medicino (ZTM**

– pobudnik projekta) in Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani (MF). Italijanski partnerji so bili Univerza v Trstu, biobanka in Experteam v Benetkah ter FIF (Fondazione Italiana Fegato) iz Bazovice, ki je bil vodilni partner. Pridruženi partnerji so bili Ministrstvo za zdravje in Javna agencija RS za zdravila in medicinske pripomočke (JAZMP) na slovenski strani ter deželna vlada Furlanije - Julijske krajine na italijanski strani.

Cilj projekta C3B je krepitev sodelovanje čezmejnih deležnikov, ki delujejo na področju biobančništva, in oblikovanje skupnih rešitev, s katerimi bi uskladili različne sisteme in opolnomočili čezmejno biobančništvo. Na podlagi začrtanih ciljev projekta C3B smo si zadali naslednje naloge: pregled stanja na področju biobank v programskem območju v Italiji in Sloveniji, usklajevanje dokumentacije in procesov, izobraže-

* Biobanka humanega biološkega materiala je ustanova, ki hrani človeški biološki material s sledljivim izvorom ene ali več oseb, zbran in shranjen za nedoločeno ali omejeno časovno obdobje. Biobanke shranjujejo tudi vse podatke v zvezi s shranjenimi vzorci za namene raziskovanja, izobraževanja in/ali klinične rabe.



Foto: Miran Juršič

vanje deležnikov ter prenos dobrih praks iz že obstoječih biobank v zainteresirane ustanove v obeh državah.

Pri pregledu stanja biobančništva na območju zahodne regije Slovenije smo slovenski partnerji (ZTM in MF) identificirali 85 ustanov, ki bi se lahko ukvarjale s shranjevanjem človeških bioloških vzorcev. Tem ustanovam smo poslali vprašalnik, ki ga je izpolnilo 27 skupin iz 13 različnih ustanov. Rezultati izpolnjenih vprašalnikov so pokazali, da 19 skupin že shranjuje človeški biološki material, od teh ima 13 skupin zasetke biobanke, vsaj štiri skupine pa nameravajo biobanko ustanoviti. Večina skupin zbira človeški biološki material za raziskovalne namene in vsaj šest skupin bi želelo hraniti vzorce v drugih biobankah.

Eden izmed glavnih ciljev, ki smo si ga zadali na ZTM, je bil ustanovitev pilotne biobanke vzorcev krvi zdravih dajalcev, zasnovan na vseh etičnih, moralnih in medicinskih načelih, ki jih na ZTM upoštevamo pri izvajanju dejavnosti zbiranja krvi in krvodajalstva, preskrbe s krvjo in upravljanja s krvno banko.

Pred vzpostavitvijo pilotnega modela biobanke vzorcev krvi zdravih dajalcev smo pridobili pozitivno mnenje Komisije RS za medicinsko etiko.

Z zbiranjem vzorcev krvi zdravih dajalcev za pilotni model biobanke

smo začeli 14. februarja 2023 in do konca projekta zbrali vzorce 266 dajalcev. Za vzorce smo zaprosili krvodajalce, ki so se pozitivno odzvali na prošnjo za darovanje dodatnega vzorca krvi za biobanko. Samo trije od vseh vprašanih se niso odločili za sodelovanje. Pred darovanjem vzorca za biobanko so s podpisom privolili in potrdili, da se strinjajo z odvzemom in namenom odvzetega vzorca.

Vzorci so bili takoj po odvzemu cetrifugirani ter ločeni na plazmo in levkocitno-trombocitno plast (buffy coat). Alikvete v količini 0,5 ml smo zamrznili in shranili na -80°C . Podatke, ki jih zbiramo pri krvodajalcih, smo z vpisom v pilotno biobanko anonimizirali, ohranili pa le podatke o starosti in spolu darovalca, krvni skupini in regiji prebivanja.

Vzorci krvi zdravih dajalcev so namenjeni za izvajanje raziskav, kliničnih študij ter preiskav, ki jih bo odobrila Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko, oz. za izobraževalne namene.

Že v fazi načrtovanja pilotnega modela biobanke smo vključili sistem kakovosti, s čimer smo zagotovili kakovost in standardizacijo vzorcev ter omogočili sledljivost upravljanja z vzorci in znižali možnost tveganja za nastanek napak v procesu.

Vzpostavitev pilotnega modela biobanke vzorcev krvi zdravih dajalcev predstavlja osnovo za postavitev

biobanke vzorcev krvi zdravih oseb v Republiki Sloveniji oz. na ZTM, kar je nacionalnega pomena. Gre namreč za ključno raziskovalno infrastrukturo, s katero zagotavljamo kakovosten biološki material ter pripadajoče podatke, ki omogočajo številna nova odkritja na vseh področjih medicine.

Namen, cilje in rezultate projekta C3B smo predstavili na strokovnem srečanju, ki smo ga organizirali 29. septembra 2022. Med govorniki so bili dekan Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani prof. dr. Igor Švab, mag. Danica Šantelj Arrighetti (podsekretarka, pozdravila nas je v imenu Službe Vlade Republike Slovenije za razvoj in evropsko kohezijsko politiko) in dr. Gašper Marc (vodja Sektorja za farmacevtsko inšpekcijo, v imenu JAZMP kot pridruženega partnerja projekta C3B).

Projekt C3B je bil izbran za enega od najboljših projektov na področju upravljanja po manj kot enem letu izvajanja. Izbrani smo bili za udeležbo in predstavitev projekta na dogodku, ki ga mesto Trst kot univerzitetno mesto vsako leto septembra organizira za promocijo znanosti. Naš projekt je bil izbran tudi za enega od treh najboljših projektov v programu na področju zdravja v Evropi, ki so zelo uspešno predstavljali programsko območje Interreg ITA-SLO na Evropskem tednu regij in mest 2022 na področju zdravja (Čezmejni pilotni ukrepi za spodbujanje inovacij v zdravstvenem sistemu preko izmenjave informacij, The EU Cohesion Policy pushes for a shared and digitally connected health system, European Week of Regions and Cities – europa.eu).

Prof. dr. Vladka Čurin Šerbec, mag. Maja Černilec, dr. Valerija Kovač, mag. Natalija Lamprecht, Slavica Stanišič, dr. med., spec. transf. med., Zavod RS za transfuzijsko medicino

Doc. dr. Tadeja Režen, Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta

Hrvaški zdravniki imajo podporo javnosti

Anton Mesec

Po množičnem protestnem shodu in grožnji zdravnikov s stavko se je zganila tudi hrvaška vlada. Še do poletnih počitnic naj bi v parlamentu (Saboru) obravnavali njihove zahteve, ki obetajo izboljšanje statusa zdravnikov. Zakon o delovnopravnem statusu zdravnikov naj bi veljal ločeno od drugih javnih služb. Razumljivo je, da obljube podpira 98 % zdravništva, bolj presenetljiva je podpora predlaganim spremembam s strani javnosti. Po anketi, ki je zajela 600 državljanov, jih kar 75 % podpira ločen zakon o zdravnikih in kar 87 % vprašanih se strinja s povečanjem plače zdravnikov in izboljšanimi časovnimi in kadrovskimi normativi. Večinsko podpirajo tudi morebitno stavko, če bi se spet zatikalo pri izvedbi vladnih obljub. Za dolge

čakalne vrste krivijo vlado oz. ministrstvo ter upravljanje in organizacijo zdravstvenih ustanov, le 11 % vprašanih meni, da so za sedanje stanje odgovorni tudi zdravniki.

Komentar: Vse kaže, da se pri sosedih premika hitreje kot pri nas. Mi s predlogi, da bi npr. kar s spremembo glavarinskih količnikov rešili pomanjkanje zdravnikov, ne bomo prišli daleč.

Vir: Liječničke novine 219, maj 2023

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

Vrednost zdravnic in zdravnikov

Dohodek je pomemben dejavnik. Ni pa edini

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

Primerjamo dohodke zdravnikov. Zdravniki gredo tja, kjer so dohodki višji. A pomembni so še drugi dejavniki: nadaljevanje izobraževanja, kakovost življenja, delovnik, usluge. Vendar so to le primeri. Obstojijo še številne možnosti (za delodajalca), kako sodelavke in sodelavce obravnavati dobro ali manj dobro. Kdor počne vse prav, ima najboljše možnosti za dovolj osebja.

»Dohodek je šele na petem mestu.« Tako je bolnišnična uprava (KAGes) komentirala poročilo časopisa *Kronenzeitung* o dohodkih (plačah) zdravnikov na Štajerskem. V tem časopisnem poročilu so bili zamolčani štirje dejavniki, ki so za zdravnike pomembnejši kot dohodek.

Primerjanje zdravniških dohodkov je vedno težavno, četudi se omejimo samo na javne bolnišnice. Obstoji temeljni dohodek (z različnimi dodatki), obstoji delo med tednom in ob koncu tedna. Vrh tega različni delovniki, kot je pač dogovor med delodajalci in delojemalci. Medtem ko je za delojemalke in delojemalce v ospredju neto dohodek, morajo delodajalci upoštevati predvsem bruto dohodke zdravnic in zdravnikov.

Ob dohodkih velja vedno upoštevati življenjske stroške, ki se v Avstriji zelo razlikujejo. Povprečna najemnina (s stroški) za stanovanje znaša 582 EUR. A se v različnih zveznih pokrajih

nah zelo razlikuje; razpon je od 466 do 686 EUR.

Še težja pa je primerjava življenjskih stroškov v različnih državah. Jasno je, da zdravnik v Zürichu zasluži več kot v zakotnem Deutschlandsbergu v Avstriji, jasno pa je tudi, da sta stanovanje in hrana v Zürichu precej dražja kot nekje na Štajerskem.

Dohodek (plača) ni edino merilo za »vrednost« zdravnice ali zdravnika. Pri mladih zdravnikih je pomembno nadaljevanje izobraževanja – kar je odvisno od kapacitet ustanove, kjer zdravnik(ca) dela. Kapaciteta pa je odvisna od števila specialistov, od delovnega mesta in delovnika.

Kar zadeva kakovost življenja zdravnika(ce), je poleg stanovanja

pomembna celotna infrastruktura: oddaljenost zdravnikovega stanovanja od delovnega mesta, varstvo otrok, možnosti prostočasnih dejavnosti ipd.

Dohodek torej ni le tisto, kar naj pokriva materialne stroške; dohodek (plača) je tudi nekaj, kar pove, koliko delodajalec ceni zdravnico(ka) kot sodelavko(ca), kot osebnost. Številka ni le število, temveč tudi odraz zdravnika(ce) kot osebnosti, ki je še vedno univerzalna vrednota.

Vir: AERZTE Steiermark, april 2023

Opomba: Naslov tega povzetka je isti, kot je naslovnica te številke zdravniške revije. Tematika pa je

zajeta v dveh člankih na začetku, na str. 8–13. Sklicuje se tudi na spletno platformo *kununu*, ki si jo je vredno ogledati, prebrati ustrezna besedila ter si ogledati številke:

Srednji (mediani?) bruto letni dohodek za zdravnico/zdravnika za polni delovni čas (Bruttogehalt Vollzeit, Ärztin/Arzt):

Avstrija (EUR): 76.700 (razpon: 38.700–132.500);

Švica (CHF): 140.200 (razpon: 72.200–228.300).

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

PREGLED IN UREJANJE PRIJAV NA DOGODKE, POTRDILO O UDELEŽBI



Obveščamo vas, da lahko v svojem osebnem profilu na spletni strani ZZS:

- v zavihku »Moje prijave« pregledujete in urejate svoje prijave na izobraževanja (izvedene preko spletne strani Domus Medica),
- najdete Potrdilo o udeležbi, ki je na voljo nekaj dni po dogodku,
- najdete še druge svoje podatke, ki jih vodimo v registru. Vljudno vas prosimo, da jih preverite in sporočite morebitne spremembe.

Če ste pozabili geslo ali imate težave pri dostopanju, vam z veseljem pomagamo
IT-podpora ZZS: podpora@zss-mcs.si, T: 01 307 21 72, 01 307 21 73 ali 01 307 21 82.

Komentar k zapisom

Isis, julij 2023, št. 7

Barbara Podnar

Str. 3, Uvodnik: Preobrat misli v tretjem odstavku je res izvrsten (od »Vprašanje pa je, ali lahko pacient, ki edini ve, kaj je zanj dobro in prav, na podlagi teh svojih sklepov kaj zahteva,« dalje).

Str. 8, K naslovnici: Zapis me pusti brez besed. Prof. Gadžijeva bomo v blagem spominu ohranili tudi tisti, ki ga nismo imeli pril'ke poznati.

Str. 14, Regijski obisk: Težave niso nič novega, pa tudi to ne, da se jih v dolgoročnem smislu – očitno – še kar ne rešuje.

Str. 27, Da ne bomo »zboleli od zdravlja«: Zapis, za katerega nisem vedela, da ga že dolgo želim prebrati.

Str. 32–39, Forum: Vroč, kot se za forum spodobi.

Str. 45, Odpornost invazivnih bakterij proti antibiotikom: Povišanje št. okužb z *Acinetobacter* spp. skoraj prestraši. Zanimiv je

graf št. 1 – v tekstu je sicer opisan upad deleža izolatov proti karbapenemom odpornih acinetobaktrov po letu 2016, zanimivo pa bi bilo vedeti, kaj je temu botrovalo.

Str. 51, Imenovani zdravnik šole in sodelovanje s šolo: Težave šolske medicine so verjetno – kot sicer vsakršne – kompleksnega ozadja. Vseeno si mislim, da dokler bo vsakdanje v času šolskih malic na blagajnah trgovin videvati otroke z bomboni in energijskimi pijačami za malico ... saj človek ne ve, kje bi se bilo najbolje lotiti požara.

Str. 81, Po morju in oceanih: Svojtven zavodnik v značilnem profesorjevem slogu. Fotografije in opisi pod njimi navdušijo – skoraj že »brskam po netu« in iščem svojo na Bolhi.

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

Samomorilnost in samomor s pomočjo

Marko Pišljar

Ob zbiranju podpisov za vložitev Predloga zakona o pomoči pri prostovoljnem končanju življenja v parlamentarni postopek se je po nekaj letih ponovno vrnila v obravnavo problematika evtanazije ali samomora z zdravniško pomočjo. Postavljeni smo pred strokovno izjemno težko razumljivo ter iracionalno situacijo, s humanističnega in vrednostnega stališča pa vnaša globoko vznemirjenost. Več kot pol stoletja si slovenska družba, predvsem psihiatrična ter psihološka stroka, prizadeva za znižanje visoke samomorilne ogroženosti. Izjemno delo je opravil akade-

mik prof. dr. Lev Milčinski s številnimi predanimi sodelavci in nasledniki, med njimi prof. dr. Onja Tekavčič Grad; med mlajšimi pa žal že pokojni prof. dr. Andrej Marušič, po katerem je imenovan inštitut pod okriljem primorske univerze, ki združuje mednarodno uveljavljene strokovnjake s področja preventive in obravnave samomorilnih oseb. V Sloveniji se je število umrlih zaradi samomora prav zaradi strokovno podprtih pristopov ter pravilnih usmeritev na področju preventive in zmanjševanja dejavnikov tveganja za samomor bistveno znižalo. Med temeljnimi ukrepi je bilo izboljšano prepoznavanje in zdravljenje depresije ter z Zakonom o omejevanju uporabe

alkohola sprejeta sodobna regulativa rabe alkoholnih pijač. Kljub temu se danes še vedno soočamo z visoko samomorilno ogroženostjo starejše populacije nad 65 let. V obsežni monografiji Samomor v Sloveniji in svetu, ki je izšla v založbi NIJZ leta 2021, sva se s soavtorico v članku dotaknila najpomembnejših dejavnikov in značilnosti samomora pri starejših osebah. Izpostavljen je bil poudarek, da so samomorilno ogroženi v starostnem obdobju pogosto depresivni, simptomi depresije v starostnem obdobju pa pogosto netipični in prikriti. Pomembne so dobre izkušnje in rezultati obravnave samomorilno ogroženih oseb, to je dobro zdravljenje depresije in s tem

možnosti uspešnega preprečevanja samomorilne ogroženosti.

Ob aktivnostih družbe in zdravstvenih ter socialnih služb, da bi omilile samomorilno problematiko, je sprejemanje zakonodaje, ki bi omogočala samomor s pomočjo zdravstvenega osebja, pravo nasprotje dosedanjim naporom. Že takoj na začetku se nakazuje v realizaciji predloga zakona problematika postavitve indikacije, saj se bodo odločevalci soočali s paleto neznank, v prvi vrsti pa s prepletom somatskih in psihičnih oz. psihosomatskih simptomov, ki bodo lahko vodili do napačnih odločitev. Soočamo se tudi z resnimi pomisleki ter veliko možnostjo napačnih odločitev ali zlorab zakona. Želja in zadržanost v smrt, misel na samomor pri osebi z depresijo je posledica depresivnih razmišljanj, za nestrokovnjaka težko prepoznavnih depresivnih blodenj; na primer prepričanj bolnikov z depresijo, da ni več rešitve, da so obubožali, da so neozdravljivo bolni. Svoji njihovo stanje nemalokrat napačno prepoznavajo kot del normalnega staranja. Nasprotno je zdrav starostnik ali bolnik z ozdravljeno depresijo razpoložen, zadovoljen in usmerjen v življenje.

Pri delu s starejšimi se včasih srečamo s posamezniki, ki spregovorijo o koncu življenja. Izražajo željo, da bi umrli, vendar to ni misel na evtanazijo, pač pa odprt pogled v sklenitev

življenja, odhajanje in skorajšnja smrt. Redkeje se soočamo z željo po evtanaziji. Praviloma je odraz depresivnih in nihilističnih razmišljanj ob depresiji ali na primer posledica dolgotrajne in na terapijo odporne hude bolečine. Ob dobrem zdravljenju in paliativni oskrbi se ustrezno razreši. V zadnjem času se ob razpravljanju o evtanaziji v družabnih okoljih srečujemo pri nekaterih s strahom pred evtanazijo oz. strahom, da bo v obdobju zdravljenja izvedena evtanazija.

Poseben problem lahko predstavljajo zlorabe zakona pri osebah z duševno manjrazvitostjo, osebah, ki jim življenje ni naklonilo ustreznih intelektualnih sposobnosti. V zadnjih letih je bila v nekaterih državah, med drugimi na Nizozemskem in v Belgiji, sprejeta zakonodaja, ki dovoljuje tudi evtanazijo oseb z duševnimi motnjami, torej brez soglasja prizadetih oseb in ob soglasju drugih avtoritet. Človek kot empatično bitje s celostnim pogledom na svet (telesnim, psihičnim in duhovnim) težko sprejema opisane predloge ter se odziva z elementarno prizadetostjo ter strokovno polemičnim pogledom. Po 2. svetovni vojni smo pojem evtanazije v družbi ocenjevali kot izjemno negativen ter ga povezovali z nacističnim programom evtanazije. V nebo vpijoč je primer izvršitve evtanazije bolnikov s kroničnimi duševnimi motnjami v

Novem Celju, kjer so 9. junija 1941 v smrt poslali celoten oddelek bolnišnice za duševno bolne. Navkljub racionalnim poskusom razlage evtanazije ali samomora s pomočjo in legalno sprejeti zakonodaji, je prenašanje in prevzemanje odločujoče vloge pri odločanju glede končanja življenja za človeka pretežno.

Govorjenje o ceni in strošku zdravljenja starostnika ter spogledovanje z evtanazijo iz stroškovnih razlogov ni vredno polemičnega odziva in predstavlja degeneracijo in propadanje evropskega in domačega zdravstveno-socialnega sistema. Sodoben, na pacienta usmerjen pogled v razvoj zdravstvene oskrbe vključuje vsakomur dostopno negovalno oskrbo, učinkovito lajšanje bolečin po načelih moderne paliativne oskrbe ter ustrezne oblike pomoči in zdravljenj starostne populacije in posebno občutljivih skupin oseb.

Zavedam se, da v tako kratkem razmišljanju nikakor ne moremo zaobjeti široke palete odprtih vprašanj in pomislekov in da je odnos do življenja in smrti področje intimnega vsakega posameznika, najbolj občutljiva in enkratna, istočasno pa tudi vseobsegajoča, družbeno in skupnostno pomembna vsebina.

**Doc. dr. Marko Pišljar, dr. med.,
Godovič**

Evtanazija: skok v bodočnost

Matjaž Zwitter

V dnevnem časopisu bo 27. maja 2026 natisnjen naslednji članek:

Ponesrečenec rešil šest življenj

V marcu smo že pisali o nesreči 31-letnega jadralnega padalca Boštja-

na P., ki je utrpel hudo poškodbo hrbtenice. Njegova zgodba je zdaj dobila epilogo.

Ko je dojel, da bo zaradi paraplegije trajno vezan na invalidski voziček, se je Boštjan odločil, da želi končati življenje. Prebral si je Zakon o pomoči pri prostovoljnem končanju življenja

(ZPPKŽ): v 6. členu je jasno zapisano, da ima pravico do pomoči pri končanju življenja, če gre za hudo okvaro zdravja, katere zdravljenje ne daje utemeljenega pričakovanja na ozdravitev oziroma izboljšanje. O tem, da je paraplegija huda in nepopravljiva okvara zdravja, ne more biti dvoma. Svojo odločitev je sporočil zdravniku travmatologu, ki pa se s končanjem življenja ni strinjal. Ker ga od namere

za končanje življenja ni mogel odvrniti, je travmatolog uveljavil ugovor vesti in ni želel sodelovati pri nadaljnjih postopkih. Pomoč pri končanju življenja so odklonili tudi drugi zdravniki na Travmatološki kliniki, zato sta postopek izpeljala dva zdravnika, ki ju je poslala Komisija za pomoč pri prostovoljnem končanju življenja (PPKŽ): prvi je prevzel naloge lečečega zdravnika, drugi pa neodvisnega drugega zdravnika. Oba sta se strinjala, da trajna paraplegija ustreza merilom, ki jih za pravico do pomoči pri prostovoljnem končanju življenja opredeljuje 6. člen zakona. Boštjan je na predpisanem obrazcu podal informirano odločitev, psihiater pa je potrdil, da je Boštjan sposoben odločati o sebi.

Do tu je dogajanje potekalo podobno kot pri vseh ostalih 32 ljudeh, ki so v zadnjih dveh letih po sprejemu ZPPKŽ uveljavili pravico do končanja življenja. Boštjan pa je

Komisijo za PPKŽ naknadno presenetil z željo, da daruje svoje organe za transplantacijo. Za mnenje o tej zahtevi so se obrnili na Komisijo za medicinsko etiko (KME), ki jo po upokojitvi dr. Božidarja Voljča pred letom dni zdaj vodi filozof, profesor dr. P. P. KME je sklenila, da ne more oporekati zakonsko določeni pravici, da oseba s hudo in nepopravljivo okvaro zdravja uveljavi pravico do končanja življenja. V takem položaju je treba na željo za darovanje organov za transplantacijo gledati z naklonjenostjo, kajti to bo omogočilo preživetje bolnikom, ki transplantacijo nujno potrebujejo. KME je torej to možnost podprla.

Postopek usmrtnice in hkrati odvzem organov so prejšnji teden izpeljali v ljubljanskem Univerzitetnem kliničnem centru. Boštjan je še enkrat potrdil, da želi umreti. S pritiskom na gumb je sam sprožil infuzijo z visokim odmerkom kalija,

kar je privedlo do srčnega zastoja. Po dvajsetih minutah so potrdili smrt. Nato so pristopili člani ekipe za presaditev in odvzeli obe ledvici, jetra, trebušno slinavko, pljuča in srce. Vseh šest prejemnikov organov po presaditvi dobro okreva, njihove identitete pa seveda ne smemo razkriti.

Zakon o pomoči pri prostovoljnem končanju življenja, ki je pred tremi leti sprožil toliko nestrpnih polemik, se je zdaj pokazal v novi luči. Nasprotniki zakona bodo težko oporekali dejstvu, da lahko po tej poti rešimo življenja ljudi, ki bi sicer zaradi pomanjkanja organov za presaditev umrli.

Bralci revije Isis naj premislijo, kaj nam prinaša svetla bodočnost. Bomo zdravniki res pobijali invalide?

Prof. dr. Matjaž Zwitter, dr. med.,
Ljubljana

Pomoč pri prostovoljnem končanju življenja – da ali ne?

Stanislav Šuškovič

Ali je pomoč pri prostovoljnem končanju življenja (PPKŽ) moralni in pravni prekršek ali odraz visoke etičnosti vpletenih oseb?

Ubijanje ljudi je zločin. To je aksiom. Življenja vseh živih bitij so sveta. Seveda ne v religioznem smislu, ampak v pogledu na svet, kakor naj bi ga gojil vsak človek. Saj je boj za preživetje osnovni nagon vseh živih bitij, ki nam je tudi skupen strah pred smrtjo. Smrt je ena največjih skrivnosti življenja, ki jo ljudje že skozi naš obstoj želimo razumeti. Pogrebne slovesnosti ter grobovi so namenjeni nam, še živim, in ne

mrtvim. Njim je vseeno, kje so. Morda ima Freud prav, ko pravi, da nihče od nas zares ne verjame v lastno smrt.

Navedeni aksiom o ubijanju ljudi kot zločinu povsem razvodeni v vojni. V vojni je dovoljeno, pravzaprav zaželeno ubijanje nasprotnih vojakov. V vseh vojnah se ubijanja praviloma razširijo na civiliste, mlade, stare, moške, ženske, otroke. Človeško zgodovino zaznamujejo vojne. Ubijanje je torej ena od temeljnih značilnosti človeštva. Tudi v času miru se dogajajo uboji. Nihče se ne rodi kot morilec, k temu pripomorejo takšne

ali drugačne okoliščine. Ali sodi med te okoliščine tudi PPKŽ?

Philip Roth v eni od knjig opisuje umiranje svojega očeta. Mučno umiranje. Ob tem zapiše, da je smrt naših bližnjih najhujša stvar, ki jo v življenju doživimo. Kako res. Vendar se je pisatelj odločil, da očeta ne bo podvrgel sicer s strani z zdravnikov svetovani, a zelo tvegani operaciji. Pustili so, da ga je bolezen počasi ugonabljal. Ali so ravnali prav?

Verjetno se strinjamo, da je življenje umirajočega, ki ga spremlja nevzdržno trpljenje, nekaj, česar ne želimo nikomur. Prav tako iz prakse vemo, da paliativna oskrba – tudi z vidika osnovnih statističnih zakonitosti – ne pomaga in ne more pomagati vsem. Večini pomaga. Veliki večini.

Kako pomagati peščici tistih, pri katerih paliativa odpove? Naloga nas zdravnikov ni v nesmiselnem podaljševanju trpljenja. Naša naloga je, da z vsemi močmi ter sredstvi pomagamo bolnim ljudem. Sem naj po mojem mnenju sodi tudi PPKŽ. Smiselno je PPKŽ morda uboj (pomoč pri uboju), ki po zgoraj napisanem uvodu človeku ni tuj. Uboj človeka je vselej zločin, zdi pa se, da PPKŽ tako razume tudi del zdravništva. Moje mnenje je povsem nasprotno. PPKŽ bi morali razumeti kot izraz največje možne humanosti. Ter ljudi, ki pri tem sodelujejo, razumeti kot visoko etične z veliko osebno integriteto, in ne kot ljudi, ki jim ta dejanja nižajo ugled ter poklicno dostojanstvo – kar skrbi KME RS. Strinjam se s KME RS, da obstaja realna nevarnost zlorab tega instituta s posledičnimi nepotrebni

smrtmi. Saj ubijanje človeku – v posebnih okoliščinah, kamor lahko sodi umiranje bogatega ali nezaželenega svojca – ni tuje. Zlorabe se bodo dogajale, tega ne more preprečiti noben zakon. Lahko jih pa zmanjša na minimum. Končno lahko tudi druge zdravniške odločitve privedejo do smrti bolnikov. Koliko ljudi umre zaradi predpisanih zdravil? Kar nekaj – kljub upoštevanju vseh načel medicinske znanosti. Vendar se seveda ne sprašujemo, ali je bolnike treba zdraviti z zdravili. Koliko ljudi umre (ali vsaj trpi) zaradi zdravilstva? Ki ga celo naš Kodeks zdravniške etike – kako paradokсно – prepušča v roke zdravnikov?

Poglavitni zadržek, ki se razkriva ob razmišljanjih o PPKŽ, ni (upravičena) bojazen pred zlorabo ali zmoto ali morda bojazen o zmanjšanju ugleda

sodelujočih. Ne, poglaviten in docela upravičen zadržek je zavedanje o svetosti življenja. Svetost življenja – pa ne ali ne samo v religioznem smislu – je globoko vtkana v smisel, humanost našega poklica. In vendar: ali je humano opustiti PPKŽ pri bolniku, ki umira in mu ob tem z vsemi postopki paliativne oskrbe ne moremo omiliti strašnega trpljenja? Ki od nas tudi pričakuje PPKŽ? Ne, to ni niti humano niti etično ravnanje.

Prepričan sem, da je PPKŽ edina rešitev za vse pravilno izbrane bolnike. Moj odgovor na začetno vprašanje je torej: da.

**Prof. dr. Stanislav Šuškovič, dr. med.,
Šenčur**

ZZZS ante portas!!

Matjaž Rode

Ko sem prebiral v zadnjih številkah Izide, kako je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) spet začel samovoljno in brez predhodnega posveta s stroko posegati v strokovno stomatološko doktrino (to pot v doktrino sodobnega zdravljenja boleznih zobne pulpe), sem se spomnil, da je to naredil že večkrat. Ko sem v sedemdesetih letih sam aktivno sodeloval pri pripravi strokovnih zahtev za vrednotenje dela pri zdravljenju boleznih zobne pulpe (endodontsko zdravljenje), smo se pri takih pogovorih s plačnikom sklicevali na stroko in mnenje Stomatološke sekcije pri Slovenskem zdravniškem društvu (SZD). Ob strani so nam stali tudi učitelji in drugi strokovnjaki na Kliniki za zobne bolezni.

Zbornice takrat še nismo imeli, zato je pobudo za uveljavljanje stroke

prevzela Stomatološka sekcija pri SZD. Nismo še imeli endodontske sekcije. Prav tako še nismo imeli RSK za stomatologijo!

Ob ustanovitvi Zdravniške zbornice Slovenije (ZZS) sem bil prvi predsednik Odbora za zobozdravstvo pri ZZZS.

Takrat smo se dogovorili, da se bo Odbor za zobozdravstvo boril za položaj zobozdravnic in zobozdravnikov, RSK za stomatologijo in posamezne sekcije s področja stomatologije pri SZD pa za uveljavitev sodobne strokovne doktrine.

Reakcija sedanjega Odbora za zobozdravstvo ZZZS ob letošnjem agresivnem posegu ZZZS v kakovost zobozdravniškega dela je bila hitra, sem pa pri tem pogrešal tudi objavljeno pisno mnenje RSK za stomatologijo in mnenje Endodontske sekcije SZD o teh akcijah plačnika.

Odbor za zobozdravstvo ZZZS je izvedel anketo med zobozdravnicami in zobozdravniki in pri opisu rezultatov so avtorji zapisali, da je ZZZS brez upoštevanja stroke posegel v doktrino endodontskega zdravljenja! Ni pa bilo mogoče v vseh teh pisnih poročilih prebrati na strokovno doktrino vezane ocene RSK za stomatologijo in Endodontske sekcije pri SZD!!!

Zakaj vztrajam pri tem?

Sam bi v teh poročilih o aktivnostih Odbora za zobozdravstvo bralci Izide najprej seznanil, kaj sploh je endodontsko zdravljenje, saj vsi bralci Izide tega ne vedo, je pa dobro, da se seznanijo s problemom, saj se taki posegi ZZZS v strokovno doktrino lahko zgodijo tudi vsaki drugi veji medicine!

Endodontija je veda, ki se ukvarja z zdravljenjem zbolele zobne pulpe. Eden glavnih problemov pri endodontskem zdravljenju je, kako čim bolj uspešno odstraniti mikroorganiz-

me, ki so povzročili vnetje in tudi odmrtnje zobne pulpe. Ti mikroorganizmi se naselijo v debelini nekaj 100 mikrometrov v stene koreninskega kanala in od uspešnosti njihove odstranitve je v veliki meri odvisen tudi uspeh endodontskega zdravljenja in s tem ohranitev zbolelega zoba pa tudi pacientovega zdravja, saj iz nepopolno očiščenega okuženega kanala lahko bakterije preidejo v telo.

Nedolgo tega so zobozdravniki (dopustite mi samo moško obliko, čeprav velja vse to tudi za zobozdravnice) odstranjevali te neljube goste na stenah koreninskih pulpnih kanalov z ročnim struganjem s posebnimi strugalkami. To je izredno naporno in stresno delo.

Dramatično izboljšavo je prispevala uvedba strojnega širjenja kanalov. Odstotek uspešnih endodontskih posegov se je zvišal in sodobna endodontska doktrina meni, da je opustitev strojnega širjenja koreninskih kanalov vrnitev v endodontski srednji vek!!

Zato lahko trdimo, da kdor ovira strojno širjenje kanalov pri endodontskem zdravljenju, neposredno vpliva na zdravje pacienta in to morajo pacienti tudi vedeti!

Slovenski zobozdravniki lahko pri utemeljitvi svojih zahtev navajajo tudi

ugotovitve drugih. Naj jih nekaj navedem.

Akademik prof. Trontelj je zapisal, da je biti zdravnik ali zobozdravnik eden najbolj humanih poklicev. Medicina in dentalna medicina napredujeta z velikanskimi koraki! Vsak korak tega napredka odpira nove etične dileme; etičnost zdravnika je na preizkušnji!!

Na redni letni skupščini Sveta zobozdravnikov EU (CED) v decembru 2016 so delegati razpravljali o (ne)varnostih pri strokovnem delu. Osnovno pravilo, kako dosegati varnost zobozdravnikovega dela, je visoka kakovost in poznavanje načel dobre klinične prakse ter seveda upoštevanje strokovnih izhodišč, ki jih pripravijo strokovna združenja, ki pa ne smejo biti pod vplivom farmacevtskih družb in proizvajalcev ter trenutne politike.

Zapisali so tudi, da sodobne metode čiščenja zobnih kanalov, predvsem pa uporaba strojnega širjenja teh kanalov zelo izboljšajo prognozo zdravljenja.

Varnost pacientov je tudi pomemben politični projekt EU.

Delovna skupina CED, v kateri sem sodeloval, je Evropski komisiji predlagala, naj direktiva vsebuje tudi zahtevo, da morajo zobozdravniki pri

svojem poklicnem delu narediti vse, da zagotovijo varno delo, čeprav je povsem jasno, da v medicini in tudi v stomatologiji ni povsem varnih posegov. Nevarnosti zapletov je veliko in nastopijo med drugimi vzroki tudi zaradi neustrezne opreme in materialov.

Med neustrezno opremo lahko uvrstimo tudi endodontska strugala!

Naj zaključim: Zobozdravnik je dolžan opravljati svoj poklic odgovorno in skladno s strokovno doktrino stroke. Plačnik pa ne sme posegati v strokovna pravila stroke!!

S tem moramo seznaniti tudi naše paciente in večkrat nastopiti v javnosti ter to podpreti z mnenji strokovnih vrhov, ne le posameznikov. Odboru za zobozdravstvo predlagam, da pod okriljem zbornice in moderiranjem predsednice ZZS pripravi tiskovno konferenco ali objavi vsaj odprto pismo za javnost ter pri tem poudari in strokovno utemelji varno endodontsko zdravljenje!

Kaj se je zgodilo s Hanibalom, ko je prišel pred rimska vrata, vemo!

Kaj pa bo z nasprotnikom, ki sedaj oblega našo strokovno doktrino?

Prof. dr. Matjaž Rode, dr. dent. med.,
v. svet., Ljubljana

Pismo slovenski mladi zdravnici in mlademu zdravniku

Tina Bregant

Tole je pismo sebi – če bi bila deset let mlajša in bi se želela pogovoriti o trenutni stavkovni polomiji in svoji plači. Če se torej povabim na čaj, k sebi, tako po angleško, ker pravijo, da ni problema, ki ga ne bi rešila skodelica čaja. Oziroma poln čajnik ...

Predvsem, draga moja, ne misli, da boš živela bolje kot tvoja mama. Ali tvoja prijateljica iz osnovne šole, ki zdaj uči nemščino na srednji šoli. Da o sošolcu, ki je uničil nekaj podjetij, zdaj pa uspešno polaga ploščice, ali sošolcu, ki je zaslužil s kriptovalutami, ne govorim. Delala boš ogromno,

imela slabo vest zaradi otrok, ker toliko delaš. Zaslužila boš toliko ali malo več kot medicinska sestra, s katero delaš v timu. Ja, tudi ona veliko dela in je pridna. Študirala boš popoldne in za praznike; za specialistični izpit se boš v tistem zadnjem mesecu sicer nekaj naučila, predvsem pa boš imela stanovanje izjemno pospravljeno. Ugotovila boš, kako sproščujoče je brisanje prahu, sesanje

in pomivanje tal ter pospravljanje zadnjih pozabljenih koticov omar, medtem ko ti iz ušes gledajo biološka zdravila, raznorazni sindromi, geni in – saj ne moreš verjeti – spet Krebsov cikel, laktat in piruvat ter ionska vrzel.

Ob čudnih jutranjih urah boš pisala neke (na pol obskurne) članke. Nekaj jih bo sicer dobrih za predstavitve na mednarodnih kongresih. In za doktorat. Če boš dovolj pridna in prijetna (ja, draga moja – marljiva, nasmejana, luštkana), boš povabljena v kakšno elitno družbo evropskih zdravnikov specialistov ali morda za tajnico kakšnega svetovnega zdravniškega srečanja. No, v slovensko zdravniško elito ne boš tako zlahka prišla. Sploh če boš vsebinsko ostra – ne glede na to, kako prav boš imela. Zatorej: po tiho, skloni glavo in delaj, delaj, delaj. (Prosim, da slednjega ne jemlješ preveč resno. Ker če boš to počela, boš morda sicer res prišla v RSK ali kakšno pomembno posvetovalno telo ali celo kakšen strokovni svet ali skupino, ki jih je sedaj kot listja in trave, vendar boš v zameno zbolela za kakšnim čudnim rakom ali pa boš ostala samska, brez družine ali ločena. Ali pa boš na koncu kriva za vse, kar si bodo izmislili tvoji nadzorni kolegi, saj boš ti podpisana pod dokument. Kot tajnica, seveda, da ne bo pomote.)

Če boš bistra in imela dobre ideje – pazi, kje jih razlagaš, ker jih bodo posvojili v večjih raziskovalnih skupinah, kot je tista, katere del si. Ali pa sploh nisi ... Ko boš na polovici svoje kariere, po dvajsetih letih delovne dobe, boš ugotovila, da kljub vsemu,

kar si počela, še vedno garaš kot nora, »štepaš« paciente enega za drugim, ker se ti smilijo, ker jih je toliko, ki potrebujejo tvojo pomoč, ker ...

Ker kaj, draga moja? Ker nisi vredna nič? Ker je tvoja plača, pravijo, »visoka«: tistih dobrih 2000 evrov neto plače, ki je 57. plačni razred, za specializacijo, doktorat, več kot 20 let delovne dobe ... Morda boš uspela priti na vodstveno mesto, morda boš delala še malo več, še kakšno nočno dežurstvo, ko ti bodo pacienti ponoči umrli, zaslužila še dobrih 1000 evrov zraven na mesec. Na koncu meseca boš domov prinesla zmagoslavnih skoraj 4000 evrov neto ... Pravijo, da je to veliko, veliko preveč, za nekoga, ki se baje ima za boga v belem. Ki je poln napuha. Ki mu je država plačala izobrazbo. Ki bi moral biti ... Ja, saj veš: priden, priden, priden, sklonjene glave, rešuje življenja in hodi po samem sebi in svojih domačih, za katere nima časa. Ker: pacienti kličejo ...

Draga moja – če si šla za mater usmiljenko – čestitam. Če nisi, pa bo tretjina tvoje bajne plače šla za stanovanjski kredit, tretjina za otroke, tretjina za hrano in tekoče stroške. Če se ti bo kaj zgodilo, bo banka neusmiljena. Saj nimaš prihrankov, nimaš NIČ! Živiš iz rok v usta, delaš in če nisi nič podedovala, nisi iz svojega znanja in pridnosti zaslužila kaj dosti. Poglej, ali se znajdeš, hodiš po robu (malo tu, malo tam, malo privatno, malo po svoje), nekaj čaraš in »štukaš«, da preživiš ... Ali si za stanovanje zaslužila sama, ali so morali pomagati starši? Si podedova-

la ali ustvarila s svojim znanjem, pridnostjo in svojimi rokami? Če daš na tehtnico: koliko si vredna? V evrih, ne v zlatem srcu in IQ-točkah in ocenah na faksu ...

Koliko si torej vredna? Koliko življenj misliš, da moraš rešiti, da bi bila tvoja plača primerljiva direktorju Vodovoda in kanalizacije, direktorju Nogometnega kluba ABC ali pa direktorju Živalskega vrta ali Pionirskega doma?

Zato, draga moja, se spomni svarilne zgodbe o Ikarju in Dedalu.

Da, seveda se spomniš. Napuha in letenja visoko, pod soncem, ki je stalilo vosek, da je Ikar strmoglavil v morje. Vendar pa te prosim, zgodbo pazljivo preberi! Dedal je Ikarja posvaril, da naj prav tako kot visoko ne leti prenizko. Saj ga bo v tem primeru pogoltnilo morje. Zato, draga moja – ne pristani na to, da bi letela prenizko ... Leti modro, ne previsoko, a tudi ne prenizko ...

Da, osnovna plača zdravnika je v Sloveniji za 21. stoletje, za ta konec sveta, PRENIZKA. Reši pa jo: skodelica tradicionalnega čaja – ob petih popoldne, preko kanala, preko »luže« (ali pa stavka, nov plačni steber, nova pogodba). Za tiste, ki prisegate na Boston in Harvard, pa samo medklic, da so Američani pred časom tako in tako priredili svojevrstno »čajanko«. Ker vsega je enkrat – dovolj!

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

| Podaljšanje licence

Spoštovani,

dogodki v zvezi z mojo licenco so mi vzbudili različne občutke, zato pošiljam ta krajši sestavek na revijo Isis kot pismo bralca ali za v Forum.

Po študiju medicine, pripravništvu, vojaščini z delom v garnizonski ambulanti, po delu v splošni praksi (ne vem natančno, ali je bilo po dekre-

tu ali zakonu – to je danes zelo pomembno) sem se lotil specializacije iz rentgenologije, ki sem jo uspešno zaključil leta 1985.

Po nastanku Zdravniške zbornice in uvedbi licenc sem vedno v predpisanim roku oddal vlogo za podaljšanje licence iz rentgenologije z dokazili o opravljenem strokovnem izobraževanju. Jeseni 2022 sem ponovno oddal vlogo za podaljšanje licence, ker naj bi mi licenca potekla januarja 2023. Tu pa sem doživel neprijetno presenečenje. Vloga je bila zavrnjena z obrazložitvijo, da imam v zadnjem obdobju iz naslova strokovnega izobraževanja 178 kreditnih točk, kar je več kot dovolj, nimam pa zahtevanih 5 kreditnih točk s področja komunikacije, etike in kako-

vosti ter varnosti v zdravstvu (novi pogoji so bili menda vpeljani leta 2015, o njih pa nisem bil obveščen).

Za pridobitev teh točk so mi sicer predlagali neke tečaje v novembru in decembru, ki pa so bili v glavnem zasedeni.

Ta razlaga me je pravzaprav razjezila, zato tudi pišem ta dopis. Obrazložitev postopka si lahko razlagam preprosto tako, da po več kot 40 letih dela v zdravstvu nek birokrat odloči, da ne znam komunicirati, nisem etičen in ne poznam kakovosti pri svojem delu.

V tem času sem se sicer upokojil, obstaja pa velik interes in ponudbe za nadomeščanja in pokrivanje izpadov na področju rentgenologije, kjer bi lahko še vedno opravljal in odčitaval MRI, CT, UZ in tudi klasične RTG-preiskave.

Po teh dogodkih sem ostal brez licence iz rentgenologije. Enostavno povedano, pusti svoje delo, ker nimaš pojma.

*S pozdravi,
Vinko Kristl, dr. med.*

Odgovor Zdravniške zbornice Slovenije

Član zbornice Vinko Kristl, dr. med., je v svojem prispevku izrazil nestrinjanje z vsebino Pravilnika o zdravniških licencah, ki v Republiki Sloveniji ureja področje podeljevanja in podaljševanja zdravniških licenc.

Gre za predpis, ki ga je v letu 2015 sprejela skupščina Zdravniške zbornice Slovenije in se nanaša na ter zavezuje vse zdravnike in doktorje dentalne medicine, ki v Republiki Sloveniji opravljajo zdravniško službo.

Ker pa je član v svoj prispevek med drugim vključil očitke, da o zahtevanih pogojih za podaljšanje licence ni bil obveščen, in preverjanje izpolnjevanja predpisanih pogojev za podaljšanje licence pripisal birokratski samovolji, ta trditev terja odziv zbornice.

Nezadovoljstvo člana se nanaša na naslednje določilo pravilnika (izsek):

10. člen

(1) Za podaljšanje licence zdravnik v iztekajoči dobi sedmih let kot dokaz strokovne usposobljenosti zbere najmanj 75 kreditnih točk (v nadaljnjem besedilu: točke) iz 11. člena tega pravilnika.

(2) Zdravnik vsaj 50 potrebnih točk pridobi na strokovnem področju, za katerega mu je bila podeljena licenca ter vsaj pet potrebnih točk s področja kakovosti in varnosti v zdravstvu, etike in komunikacije.

...

Pojasnjujemo: zbornica je svoje članstvo o pogojih za podaljševanje licenc, izhajajočih iz Pravilnika o zdravniških licencah, redno obveščala tako pred sprejemom kot tudi po sprejemu pravilnika, in sicer z objavami v glasilu Isis, preko Tedenskega biltena zbornice, z objavami na spletnih straneh zbornice ter z individualnimi oziroma individualiziranimi pisnimi obvestili članom.

Tako je bil že pred sprejemom pravilnika v glasilu Isis februarja 2014 objavljen prispevek z naslovom **Predlog novega Pravilnika o zdravniških licencah (avtorica Bojana Beović)**, v katerem je bilo izrecno zapisano:

»Novi pravilnik daje večji poudarek tudi strukturiranosti točk, ki jih je treba pridobiti za podaljšanje licence (število potrebnih točk ostaja enako

kot doslej, in sicer 75) – zdravnik bo moral (podobno kot doslej) vsaj 50 potrebnih točk pridobiti na strokovnem področju, za katero mu je bila podeljena licenca, **posebna novost pa je izrecna zahteva po pridobivanju točk s področij varnosti, etike in komunikacije.** Gre za vsebine, ki niso neposredno povezane s strokovnim znanjem, a jih zdravnik pri vsakodnevnem delu zelo potrebuje. Z dodajanjem omenjenih vsebin bomo tudi v Sloveniji prešli z neprekinjenega podiplomskega izobraževanja na neprekinjen strokovni razvoj slovenskih zdravnikov.«

Ta informacija je bila ponovljena v glasilu Isis avgust/september 2015, v okviru prispevka z naslovom **Novo – Posodobljen pravilnik o zdravniških licencah:**

»Novi pravilnik daje večji poudarek tudi strukturiranosti točk, ki jih je treba pridobiti za podaljšanje licence (število potrebnih točk ostaja enako kot doslej, in sicer 75) – zdravnik bo moral (podobno kot doslej) vsaj 50 potrebnih točk pridobiti na strokovnem področju, za katero mu je bila podeljena licenca, **posebna**

novost pa je izrecna zahteva po pridobivanju točk s področij varnosti, etike in komunikacije.

Gre za vsebine, ki niso neposredno povezane s strokovnim znanjem, a jih zdravnik pri vsakodnevnem delu zelo potrebuje.«

Že od junija 2022 dalje se na spletni strani zbornice <https://www.zdravniskazbornica.si/karierni-razvoj/stalni-strokovni-razvoj> nahaja stalna objava, ki člane opozarja, da je treba zbirati tudi kreditne točke s področij kakovosti in varnosti v zdravstvu, etike in komunikacije:

»Pojasnilo glede kreditnih točk s področij kakovosti in varnosti v zdravstvu, etike in komunikacije

Že imate zbranih dovolj kreditnih točk s področij kakovosti in varnosti v zdravstvu, etike in komunikacije? Pravidnik o zdravniških licencah v 10. členu določa, da morate tisti, ki se vam je veljavno licenčno obdobje pričelo (ki vam je bila licenca podeljena ali nazadnje podaljšana) **po 18. 7. 2015**, za podaljšanje licence, poleg ostalih pogojev, izkazati, da ste v iztekačem sedemletnem obdobju zbrali najmanj 5 kreditnih točk iz teh vsebin (kakovosti in varnosti v zdravstvu, etike in komunikacije). V kolikor se vam bo v kratkem iztekla licenca, vas vabimo, da preverite, ali izpolnjujete ta pogoj. Datum podelitve oz. zadnjega podaljšanja vaše licence ter število zbranih kreditnih točk po kategorijah lahko preverite v svojem osebnem profilu. V primeru težav pri dostopu do osebnega

profila, se prosimo obrnite na elektronski naslov: podpora@zss-mcs.si.

Zbornica svojim članom nudi pester program izobraževanja s področij varnosti, etike in komunikacije, ki ga najdete tukaj: www.domu-medica.si. Jesenski program bo objavljen konec avgusta.«

Predmetno obvestilo je bilo vključeno tudi v redni Tedenski bilten zbornice (23. 6. 2022).

Dopuščamo možnost, da je član pomotoma spregledal vsa splošno zasnovana obvestila, s katerimi je zbornica svoje članstvo preko različnih medijev opozarjala na predmetno novost pri zbiranju kreditnih točk.

Poudarjamo pa, da je član s strani zbornice na domači naslov prejel tudi dve posebej njemu namenjeni pisni obvestili, ki sta prav tako vsebovali opozorilo glede predmetnega pogoja za podaljšanje licence.

Tako je v dopisu z dne 27. 1. 2021, ki ga je zbornica članu posredovala **dve leti pred iztekom licence**, med drugim izrecno navedeno:

»Zdravnik mora vsaj 50 potrebnih točk pridobiti na strokovnem področju, za katerega mu je bila podeljena licenca, ter vsaj pet potrebnih točk s področij varnosti pacientov in kakovosti zdravstvene obravnave, etike in komunikacije.«

Ter v nadaljevanju sporočila:

»od skupnega števila zbranih kreditnih točk ste zbrali:

- ...
- o kreditnih točk na področju varnosti pacientov in kakovosti zdravstvene obravnave, etike in

komunikacije (od potrebnih vsaj 5 KT).«

Dalje je zbornica članu dne 9. 9. 2022, štiri mesece pred iztekom licence, s priporočeno pošto, ki jo je osebno prevzel 13. 9. 2022, posredovala obvestilo, v katerem ga je (med drugim!) ponovno zaprosila za predložitev (citat) **»Dokazila za pridobitev manjkajočih kreditnih točk v licenčnem obdobju od 3. 1. 2016 do 2. 1. 2023, v višini:**

- 5 kreditnih točk v skupnem seštevku, od tega:
- 5 kreditnih točk s področja kakovosti in varnosti v zdravstvu, etike in komunikacije.

Prosimo vas, da nam sporočite, katera dokazila še pričakujete do izteka licence in kdaj jih boste pridobili.«

Predmetnemu sporočilu je sledila še korespondenca s članom po e-pošti, v kateri je zbornica vedno znova poudarjala potrebo po pridobitvi predmetnih kreditnih točk.

Zbornica je v obdobju od 15. 9. 2022 do 30. 12. 2022 organizirala 13 usposabljanj s področja kakovosti in varnosti v zdravstvu, etike in komunikacije; vsa so bila članu na voljo.

Ob koncu pripominjamo, da član sicer tudi ni predložil dokazil o izpolnjevanju nekaterih ostalih zahtevanih pogojev za podaljšanje licence in mu za podaljšanje licence niso umanjala zgolj dokazila o zbranih kreditnih točkah s področja kakovosti in varnosti v zdravstvu, etike in komunikacije, kot je prikazal v svojem prispevku.

Razbremenilni pogovori v juliju 2023

V juliju 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, 6. julija 2023	15.00–17.00	Prosta oba termina
Tatjana Zorko, dr. med.	Ponedeljek, 3. julija 2023	16.00–18.00	Prosta oba termina
Andrea Užmah, dr. med.	Četrtek, 20. julija 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.

Čez planke: »Saj me niste vzeli zaradi mojega literarnega znanja, ampak zaradi tega, ker znam operirati«

Barbara Podnar

Tako reče doktor Klemen Kerin svojim avstrijskim kolegom, če kdo v šali kaj pripomni čez njegovo slovnico. Pa daleč od tega, da krški kolega, žilni kirurg, ne bi znal nemško. Rojen je bil v Švici, kjer se je spoprijateljil z jezikom. Po slovenskih šolah, fakulteti, specializaciji in uspešni karieri – bil je predstojnik kirurgije in vodja žilne kirurgije v SB Novo mesto – se je odločil nadaljevati svojo pot v Deželni bolnišnici Celovec (Landeskrankenhaus Klagenfurt).

Bili ste predstojnik kirurgije v SB Novo mesto, od leta 2007 pa vodja žilne kirurgije v isti bolnišnici. Kako ste se znašli v Celovcu?

V Celovcu sem od leta 2016, že sedmo leto. Šel sem, ker se nisem več strinjal s smerjo razvoja Splošne bolnišnice Novo mesto, kot jo je videla uprava, v kateri sem delal kot predstojnik. Smer se mi je zdela destruktivna za razvoj stroke, predvsem pa destruktivna za medsebojne odnose. Z nikomer se nisem skregal in nisem odšel slabe volje, ampak se enostavno tam nisem več videl. Prepričan sem, da je tim, v katerem sem delal dolga leta, vzoren, odličen, odličen za mlade. Samo – ali sem se jaz spremenil, ali pa se je vodstvo spremenilo, da jaz tega nisem več tako občutil. Ko sem bil specializant, je bilo vzdušje drugačno, okolje je bilo polno priložnosti za učenje.

Pa ste sami iskali možnost, da bi šli v tujino, ali je priložnost poiskala vas?

Ne, aktivno sem jo poiskal. Ko sem imel dovolj, sem rekel, da tako ne želim več delati. Ne vem, ali sem imel takrat premalo vztrajnosti, premalo energije, da bi kaj spremenil, ali pa toliko pameti, da sem videl, da se donkihotsko ne da zmagati. Razmišljal sem širše, res sem hotel ven iz Slovenije. Poklical sem kolega, srčnega kirurga iz Maribora, ki dela v Celovcu. Rekel je, da ni nikoli obžaloval, da je šel, da je delo bolj urejeno in načrtovano. Prosil sem ga, da mi pove,

če bo kdaj vedel za kako prosto delovno mesto. Odgovoril je, da ravno iščejo enega žilnega kirurga. V tistem dnevu sem imel nato tudi dogovorjen razgovor s predstojnikom. Na razgovoru mi je bil predstojnik všeč, povedal je, kaj od mene pričakuje, ko pa je videl moj katalog operacij, je vedel, da nima kaj veliko spraševati. Takoj sva bila dogovorjena.

Torej možnost, da bi iskali drugo delovno mesto v Sloveniji, ni obstajala?

Če želiš nekaj spremenit, kar te moti, moraš biti radikalen, ali ne? Imel sem tudi podporo svoje žene, ki me ni hotela več gledati slabe volje in je končno rekla, naj vendar nekaj naredim proti temu.

Kako veliko področje pokriva bolnišnica Celovec?

Landeskrankenhaus (LKH) Klagenfurt ima dobrih 4000 zaposlenih in pokriva celotno Koroško s terciarnimi storitvami. Nismo pa univerzitetna klinika, kar pomeni, da pri nas ne delamo transplantacij.

Kakšno je vaše delo zdaj?

Po specializaciji sem splošni in žilni kirurg. V LKH Klagenfurt delam izključno kot žilni kirurg, in sicer na oddelku, ki se imenuje HTGC (Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie; Oddelek za srčno,

torakalno in žilno kirurgijo). Odgovoren sem za žilne paciente, med dežurstvi pa, jasno, asistiram tudi pri srčnih in drugih operacijah. Ker nas ni veliko, moje delo poleg operativnega vključuje tudi oddelčno delo in asistiranje drugim operaterjem. Precejšnja prednost je zame to, da nimam več organizacijskega dela, ki sem ga imel prej v Sloveniji – odkar sem »gor«, sem imel opravka z upravo, ko sem se zaposlil, od takrat pa nič več.

Na žilni kirurgiji delamo veliko karotidnih endarterektomij, transpozicij vratnih arterij kot pripravo za endografte, ukvarjamo se z anevrizmatsko kirurgijo, s periferno arterijsko okluzivno boleznijo, delamo lokalna čiščenja, trombartektomije, obvoje, dializne šante. Na žalost »rinejo« k nam tudi vse amputacije.

Koliko kirurgov je zaposlenih na vašem oddelku?

Mislím, da nas je 14 specialistov in 3 specializanti, vsaj trenutno. Ravno kar smo imeli menjavo šefa in so že razpisana nova delovna mesta za še enega žilnega kirurga, enega specializanta žilne kirurgije, mislim pa, da trenutno iščemo tudi dva srčna kirurga ... Kader je vsepovsod problem in če ne paziš, hitro nimaš nikogar, da bi delal.

Kako poteka vaš delovnik?

Delamo od 7.00 do 15.00, to je običajni delovni dan. Zjutraj imamo predajo službe, sledi skupna vizita po intenzivi in potem »ločena« po oddelkih, operativno delo ... Praviloma začnemo z dvema srcema, potem se zvrstijo ostali operativni posegi. Žilniki smo po navadi na drugem ali tretjem mestu.

Torej nimate svojega operativnega dne?

Ne, vedno imamo skupne operativne programe. Šef določi vrstni red operacij. Če je kaj nujnega, naredimo to najprej oz. že v dežurstvih.

Kaj pa so vaše tipične urgence?

Simptomatična karotidna zožitev, to je taka odložena urgenca, kritična ishemijska, akutna krvavitev (počena anevrizma npr.), tudi sepse, gangrene ... ravno v enem zadnjih dežurstev sem naredil urgentno amputacijo, ker je pacient prišel že septičen.

Ali dežurate?

Jaz skoraj nič. Sem prosil, če lahko »tolikokrat, kot je nujno, in čim manj, kot je možno«. Imamo mlado ekipo, vsi nekako radi dežurajo, zato mi ni treba – dežuranja sem se že malo naveličal.

Kaj pa ambulantno delo?

Imamo žilno ambulanto, ki jo vodi splošna zdravnica. Ona v okviru te ambulante pravzaprav ne opravlja le pregledov (prvih in kontrolnih), temveč tudi vodi čakalne knjige – pacientom ureja termine, dodatne preiskave, vodi čakalne vrste za operacije. Vse pripravi, nam predstavi paciente, indikacije za operacije pa postavimo oz. potrdimo žilni kirurgi. Če je kaj dvomljivo ali nejasno, pacienta še enkrat naročiš na pogovor, da še enkrat sam vse preveriš, vendar to ni potrebno velikokrat. V ambulanti se tudi že opravi pojasnilna dolžnost.

Nimamo subspecialističnih ambulant – včasih na žalost, ker se mi zdi, da bi morala biti ambulanta za kronično rano širše zastavljena – z ortopedom, flebologom, fiziatrom ..., da se res lahko naredi načrt zdravljenja. Če se takega pacienta vodi čim širše, timsko, se lahko veliko stvari prepereči, naredi preventivno. V medicini je vedno težava predalčkavanje.

Koliko pacientov je naročenih na ambulanto?

Različno, ponedeljki so po navadi najbolj »grozni«, ampak načeloma okrog 20 pacientov na ambulanto, konec tedna malo manj. Glede na to, koliko smo jih pregledali v naših žilnih ambulantah v Novem mestu, je to malo. Tako imaš možnost, da paciente res celovito obravnavaš.

Imamo tudi vsakotedenske konzilije, kjer multidisciplinarno obravnavamo zapletene paciente in poizkusimo skupaj narediti načrt zdravljenja. Na konzilijih so prisotni žilni kirurg, radiolog, splošni zdravnik ...

Kako je v Avstriji z nadurami?

V osnovi velja, da če si vsak dan med tednom 8 ur v službi in če ni praznika, dosežeš svoje število ur za osnovno plačo. Vsaka ura nad tem je nadura in je plačana 160 %. Število nadur je navzgor omejeno s t.i. »OPT out« dokumentom, tj. dokument, ki ga podpišeš, da lahko delaš do 55 ur/ teden. Tedenska obremenitev je izjemoma lahko do 75 ur, ampak v obračunskem obdobju 14 dni ne sme biti povprečno več kot 55 ur/ teden. Se pravi, če si en teden več v službi, moraš biti drug teden toliko več doma.

Na tem mestu anekdota: Enkrat sem bil v pripravljenosti popoldne in sem nekaj operiral, pa kolegu nekaj pomagal. Skupno sem bil 13 ur v službi, potem sem šel domov kot običajno, se najedel, šel spat. Pridem naslednji dan v službo, me šef samo pogleda in reče: »Dr. Kerin, vi ne smete biti tukaj, vi imate zdaj po zakonu odrejen počitek, ker ste bili več kot 13 ur neprekinjeno v službi.« In me je poslal domov. To je t.i. Gesetzliche Ruhezeit (»zakonsko odrejen počitek«) – to niso nadure, ki bi jih koristil, ali pa tvoj dopust, to so ure počitka, ki ti jih da (plača) država. Ko prideš z Balkana, si čisto presenečen, »kaj je zdaj to«, saj sem šel ob desetih spat in sem celo noč spal, tu pa je to povsem normalno. V primeru kršitve predstojnik finančno odgovarja, tako da se kršitve teh pravil ne dogajajo. Tu je pač red.

Kako pa imate zdaj organizirano življenje?

No, to je pa »ta tečen del«, senca v raju. Žena in otroka stanujejo doma (v Sloveniji), jaz pa se večkrat tedensko vozim domov. Vožnja mi vzame približno 2 uri v eno smer.

V Celovcu mi je bolnišnica uredila ugoden najem garsonjere, pa tudi parkirno mesto v podzemni garaži pod kliniko, da ne izgubljam časa s parkiranjem, kar je super. Sicer pa glede na to, da zelo malo dežuram, nisem manj doma, kot sem bil prej. V Novem mestu smo imeli delovnike tudi po 300 ur in več na mesec, sploh ko smo v nekem obdobju opravljali dodatne programe za skrajševanje čakalnih dob. Mene, recimo, starši otrokovih sošolcev iz vrtca niso poznali. Ko sem enkrat prišel, so spraševali, kdo pa je tale ... Moja žena je bila samohranilka, ko je bila z njimi na teh srečanjih ... »Stric oči« ... Trenutno sem več doma, kot sem bil prej, ko sem delal v Novem mestu.

Morate pa to razumeti kot kompromis med dobro službo in družinskim življenjem. Jaz sem pač veliko na cesti, ker mi veliko pomeni, da sem s svojo družino, da skupaj povečerjamo, da greva z ženo s psom na sprehod, da se me eden razveseli, ko pridem domov ... imamo kraljevega pudlja, ki vedno priteče 😊.

Kaj vas v Avstriji tako prepriča, da se vozite tako daleč?

Da lahko delam kot zdravnik.

Da se vam ni treba ukvarjati z balastnimi opravili?

Ne, ne narobe razumeti. Ta voluminozna birokracija je v Avstriji tudi izjemno močna, veliko je šifriranja, vnašanja ..., ampak medicinskih podatkov. Se pa v Avstriji jasno ve, da je čas zdravnika tudi enota vrednosti. Ker je toliko več zaposlenih, imaš čas, da se pogovoriš z bolnikom, s svojci, imaš čas, da se s kolegi pogovarjaš o bolnikih, in normalno je, da je to del tvojega dela. Ni tistih neumnih pripomb, da operacija traja od reza do šiva. Operacija ne traja od reza do šiva, prej so priprave, pred operacijsko, pred pripravljalnico, pred ... To so vse enote, za katere potrebuješ čas. To po mojem mnenju prinese kakovost, pa tudi zadovoljstvo zaposlenih in pacientov.

Ali se z vsakim pacientom pred operacijo pogovori kirurg?

Ja, seveda. Pojasnilna dolžnost je vedno operaterjeva. Imamo prednatisnjene obrazce, ker pa so žilni pacienti velikokrat stari in včasih ne vidijo več ali so na splošno v slabi koži, dejansko velikokrat zanje kaj na veliko napišemo, tudi narišemo ...

Koliko časa imate za enega pacienta?

Toliko, kolikor je potrebno. Pri nekaterih pacientih opraviš v petih minutah, npr. ko reče, glejte, jaz bom podpisal, nočem vedeti preveč, so pa ljudje, pri katerih potrebuješ 10, 15 minut, ko je že bil v ambulanti, kjer si mu vse povedal, kaj boš naredil, pa pride potem dejansko na poseg in se zgodi, da še ni čisto odločen, pa prosí, da bi še njegova žena prišla zraven ali pa sin/hčerka. In seveda rečeš, da naj prideta, in še enkrat opraviš pojasnilno dolžnost. To so stvari, za katere enostavno moraš imeti čas.

Ste se želeli kdaj akademsko udeleževati?

Želja po akademski aktivnosti me je zapustila že zgodaj na poklicni poti. Bil sem otrok Novega mesta in če si takrat želel delati magisterij, doktorat, si ga moral ob šestih dežuranjih, prostih dni nismo imeli. Ob vsem tem se še voziti v Ljubljano, iskati mentorja ... Takrat sem si zato bolj zadal, da postanem za pacienta najboljša kirurška varianta.

Saj za pacienta je to res najpomembnejše ...

Glejte, samo operirati poneumlja. Ti moraš svoje delo tudi ovrednotiti, nujna sta spremljanje in nadzorovanje kakovosti dela (t.i. *quality control*). Na našem oddelku v Novem mestu smo to počeli zelo skrbno – beležili smo vse operativne in pooperativne zaplete, kaj se je dogajalo s pacienti, tudi padce, dekubituse ipd. Ko smo ugotovili, kaj je vzrok nečemu, smo sicer imeli sestanek, sprejeli sklepe, a žal se potem po navadi ni nič spremenilo. Leto kasneje pa spet sestanki o istih težavah ...



Imate kakšno poklicno vizijo ali željo?

To, kar delam, želim delati naprej. Zelo rad operiram, rad se ukvarjam z žilno kirurgijo, rad spremljam novice, rad sem *up-to-date*, kar se tiče smernic. Zagotavljati dobro storitev za pacienta, to je moja vizija, bi rekel.

Se vam zdi, da je lahko človek po toliko letih klinične prakse in operiranja boljši, da se še vedno lahko nauči nekaj novega?

Ja, absolutno, ampak jaz gledam na to malo drugače. Vrhunska leta za kirurga so od približno 5–6 let po specialističnem izpitu in potem kakih 10 let, če nisi bolan, kasneje pa postaneš kot kirurg malo konservativnejši, si pa idealna varianta za mlade specializante. Imaš potrpljenje, videl si že marsikaj, veš, kaj gre lahko narobe, kaj gre lahko prav, in si lahko dober kot učitelj. To je kot druga kariera, ob tem, da zapletene stvari še zmeraj lahko operiraš sam.

Se vam zdi, da je odnos mentor –

specializant oz. izkušen kirurg – specializant kaj drugačen v Avstriji kot v Sloveniji?

Ne. Imaš dobre specializante in dobre mentorje, imaš slabe mentorje in slabe specializante.

Kaj pomeni za vas dober predstojnik?

Dober predstojnik, zame, ima možnost odločanja znotraj nekega proračuna, kam bodo šle investicije, da odloča, kako bo razvijal oddelek, koliko specializantov bo vzel (v okviru velikosti programa in števila timov). Žal v Sloveniji predstojnik nima toliko moči v svojih rokah, kar je bil zame eden razlogov odhoda. V Avstriji ima že bistveno večjo možnost odločanja. Po specializaciji pa sem bil eno leto v Nemčiji – tam so predstojniki res bogovi v belem – kar rečejo, obvelja.

Kako Avstrijci gledajo na svoj (zdravstveni) sistem?

Avstrijci so prepričani, da imajo najbolj skorumpiran sistem na svetu. Hehe, pa sem jim rekel, če ste vi najbolj skorumpirani, pa pri vas sistem deluje, nimate dolgih čakalnih dob, pacienti so preskrbljeni, zaposlenih nas je več na pacienta, dobre plače imamo – kaj se potem dogaja šele v Sloveniji? Veliko slovenskih zdravnikov ogromno dela, se ogromno žrtvuje; je pa vedno manj zdravnikov pripravljenih delati na etične baterije. Recimo, novi specializanti se bolj zavedajo svojih pravic in niso več kar tako pripravljene skloniti glave.

Veliko mladih zdravnikov tudi dejansko zapušča Slovenijo ...

To, koliko zdravnikov zaprosi za potrdilo o dobrem imenu, koliko zdravnikov se prijavlja na jezikovne izpite npr. v Avstriji, govori o tem, kakšno je njihovo počutje. Na izpitu iz nemščine na dunajski zdravniški zbornici sem srečal mladega zdravnika, ki je rekel: »Veš, jaz bi bil rad v Celju delal kot anesteziolog. Rekli so mi, da bo razpis, da naj počakam, nihče pa ni vedel, ali bo res in ali bi mesto tudi dobil. Ko sem šel pa v Celovec, mi je že na prvem razgovoru

šef rekel – če pridete, vas zaposlimo, tri mesece boste kot pripravnik, potem pa začnete specializacijo. Če se odločite, morate imeti te in te stvari narejene. In kaj mislite, sem naredil?« Taki se bodo težko vračali.

Sam mislim, da je koristno, da grejo mladi v tujino, treba se je iti učiti na vrhunske klinike, da vidiš nove tehnike, da vidiš, kje je medicina, kje praskaš na vrhu. To mora vsak dati čez ali pa vsaj večina. Če te doma čaka prijetno okolje, v katerem se dobro počutiš, se boš vrnil. Če pa boš doma bela mafija, dvoživka in kriminallec, če popoldne delaš prek podjemne pogodbe, drugje ti bodo pa rekli, da ima prosti čas svojo ceno, da si spoštovanja vreden zdravnik, ki z dodatnim delom pomaga sistemu in seveda s tem tudi pacientom, se boš veliko lažje odločil, da boš ostal v tujini (sploh glede na to, kako negativno in enoznačno se o tem poroča v naših medijih). Razumeti je treba, da cela EU potrebuje kader – Slovenci pa smo dobro izobraženi in govorimo veliko jezikov.

Kako digitalizacija vpliva na zdravniško delo?

Digitalizacija je vsekakor zelo moderna beseda. V Celovcu smo popolnoma digitalizirani in se nam zdi, da je to nekakšen bič božji. Sistem potrebuje ogromno časa, da vse sprocesa, zdi se dober samo za birokrate, da nadzorujejo, kaj vse in kdaj si predpisal, kdaj si kaj kliknil ... ti pa porabiš ogromno več časa. Elektronski bolniški (temperaturni) list je bistveno slabše pregleden in zato nevaren. Meni se zdi smiselna digitalizacija v smislu dostopnih izvidov tujih ustanov, slikovne diagnostike ipd. To pa, da ob posteljah ni več kartonov, da na vizito hodimo z računalnikom, kamor se vse zabeleži, kar si prej na hitro označil na temperaturni list, nepotrebno in res časovno zamudno. Prednost sicer je, da imaš s seboj vse podatke – laboratorijske izvide itd. Vse, kar je bilo narejeno, lahko ob pacientu pogledaš oz. preveriš. Druga težava

pa je, da sistem postane tudi zelo drag, saj poleg programov in računalnikov potrebuješ dodatne računalničarje, ki skrbijo za delovanje sistema in ki lahko pridejo pomagat, ko kaj ne deluje.

Kako se v Avstriji rešuje stiska ob pomanjkanju kadra zaradi npr. bolniških staležev?

Imamo ključ, po katerem smemo zasedati določeno število postelj. Če je oddelek prezaseden, prenaročimo elektivne posege. Polni oddelek je pri nas 36 postelj in če je pet sester ali pa npr. ena, je razlika. Če osebje zboli ali kako drugače izostane, se postelje blokirajo, niso na voljo za sprejem novega pacienta. Več kot manjka sester ali drugega osebja, bolj se zmanjšuje število postelj. Mislim, da je trenutno v celotni bolnišnici blokiranih okrog 60 postelj. Na ta način se ta kader, ki je, varuje.

Pri nas se veliko govori o izgorelosti, kar nekaj ljudi potoži, in tudi res se zdi, da srečaš v bolnišnicah ljudi, ki so na robu, kronično utrujeni. Opažate kaj podobnega med avstrijskimi kolegi?

Glejte, meni se zdi, da delam v Avstriji dosti manj kot v Sloveniji, obremenitve so manjše.

Ste pa tudi starejši, ste že naprej po tej lestvici ...

Ja, vraga (skoraj užaljeno), jaz delam kar lepo sprejeme, če nimamo specializanta, in vse ostalo. Ni tako, da bi lahko samo delegiral, naredite to in to, delam tudi čisto navadno oddelčno delo. Vseeno pa je tukaj toliko več zaposlenih zdravnikov na pacienta, da se delo porazdeli in so obremenitve na posameznika manjše. To bi res rad poudaril – če kadra ni, se blokirajo postelje. Je pa to veliko lažje narediti v sistemu, kjer ni dolgih čakalnih dob.

Ko je bil covid, smo enostavno rekli, zdaj ne bomo opravljali elektivnih srčnih operacij, ker vsi ti pacienti po operaciji potrebujejo intenzivni oddelek, ki smo ga potrebovali za

covidne bolnike. Smo pa operirali malo več žil.

So avstrijski pacienti manj, enako ali bolj zahtevni od slovenskih?

Po eni strani avstrijski pacienti bistveno lažje sprejemajo določene omejitve. Če se reče, glejte, ni kadra, ne moremo vas operirati, še nisem doživel, da bi se kdo zelo razburil. To pa je odvisno tudi od tega, na kakšne čakalne dobe so ljudje navajeni. Po drugi strani so avstrijski pacienti časovno mnogo zahtevnejši – želijo več informacij, daljše pogovore, želijo kakšnega svojca zraven, želijo še en termin v ambulanti. Ravno danes me je klical vnuk bolnika, ki smo ga obravnavali, če lahko še njemu razložim, ker misli, da njegov ded ni dobro razumel – telefonski pogovor je trajal 15 minut, kasneje pa me je klical še enkrat, če bi vseeno lahko z dedom še enkrat prišel v ambulanto. To je normalno. Če imaš predviden čas za to, je to normalno. Obravnava pacienta ni samo rez-šiv. Ukrepi morajo voditi k temu, da se zagotovi dovolj časa za pacienta. Ne še en list papirja za kakovost, ampak ukrepi, ki zmanjšujejo te liste. Cilj mora biti kakovostna obravnava pacienta. Zelo lepo je rekel en starejši kolega v Avstriji: »Pred tridesetimi leti smo videli rdečo rit in smo jo namazali, zdaj jo pa dokumentiramo.« Mislim, da je vseeno pomembno, da je dokumentirano, ampak še pomembneje pa je tisti čas porabiti s pacientom.

Si kirurg v vaših letih želi, da bi šel v pokoj in nehal delati, ali razmišlja, kako bo operiral do 75. leta?

Želim si delati do upokojitve, s tem da ne izključujem možnosti, da bi šel na 70 odstotkov, ko bosta otroka doštudirala ... V kasnejših letih si ne želim dežurati, vidim pa se, da bi lahko bil v pripravljenosti, da pomagam kolegom, vidim se kot mentorja in operaterja težjih zadev. Da je vsega »po en mal«. Po 65. letu pa ne bi rad več delal. O tem je imel prav moj prvi žilni šef, prim. Ostojič. Zanj smo mislili, da bo ostal večno, pa sem mu rekel, ko je šel v pokoj: »Gospod primarij, pa boste ja še pršu kej k nam?« Pa je odvrnil: »Klemen, veš kaj, kirurgija je zelo resna. In če ti ne spremljaš svojega pacienta, so rezultati večkrat slabi ... ti moraš bit zraven.« Tukaj je imel prav. Kirurgije ni pametno početi na pol.

Vas skrbi, da ne boste vedeli, kaj početi ob tej obilica časa?

Mislim, da bodo to sladke skrbi. Jaz še vedno zelo rad operiram, še vedno čutim veselje in vznemirjenje, stimulirajo me težke stvari, so mi v izziv. Ampak rad rečem, da me akutna potreba po operiranju po 14. uri mine ... Kot specializant sem si kdaj mislil, da če bi se pa danes prevrnil avtobus, bi bilo zanimivo, ampak te želje že dolgo nimam več.

Kje ste se naučili nemško?

Rojen sem v Švici – ko sem imel devet let, smo se preselili v Slovenijo. Jezik mi je ostal od takrat, pa v gimnaziji sem se ga učil. Takoj po specialističnem izpitu so mi v Novem mestu dali priložnost, da se grem učiti žilno kirurgijo v Heidelberg, pa tudi sicer sem imel stik z nemškim jezi-

kom. Edino slovnica in nemški pravopis mi nista domača in me kolegi v Avstriji kar naprej hecajo zaradi tega. Ampak jaz potem vedno rečem, da me niso vzeli zaradi mojega literarnega znanja, ampak zaradi tega, ker znam operirati. Pa se hitro zmenimo, a ne.

Imate kakšen hobi?

O, več! Zelo rad na primer kolesarim – na leto naredim približno 7000 km. Kolesarim cestno, gorsko, vse. Ne uporabljam trenerja – sem praktično ves čas zunaj, samo da ni snega na cesti. Vse je samo stvar opreme. Letos (pogovarjala sva se sredi februarja) imam za sabo že 800 km. Naredim približno 30–50 km na turo, pa res velikokrat grem. Rad hodim tudi na sprehode, berem, sploh strokovno literaturo, zanimam se za različne teme, kot so npr. aktualna politična dogajanja, zelena energija, zeleni prehod, električni avtomobili ...

Kakšna misel za mlade, nadobudne, ki bi radi stopili po kirurški poti?

Za organizacijo zdravstva, gradbene projekte, nabavo materiala in zakonske podlage vsega tega nismo odgovorni zdravniki, ampak politika. Naj vam neurejenost tega ne odvzame veselja do našega poklica. Delo v urejenih in predvidljivih razmerah bi moralo biti normalnost in ne privilegij. Vsaka ura, ko si na razpolago, je delovna ura. Imamo samo eno življenje ...

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

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

Odpornost invazivnih bakterij proti antibiotikom

Rezultati evropske mreže EARS-Net za leto 2021

Helena Ribič

Odpornost mikrobov na protimikrobna zdravila je eden največjih izzivov v zdravstvu v 21. stoletju, spremljanje odpornosti pa še vedno temelj za oceno stanja in pripravo usmerjenih ukrepov za ugotavljanje in obvladovanje odpornosti. Danes je nedvomno najbolj aktualno spremljanje odpornosti bakterij proti antibiotikom. Mikrobiološki laboratoriji morajo biti stalno na preži, poznati morajo razmere glede odpornih bakterij v državi in v tujini, predvsem v državah, s katerimi imajo pogoste stike ali pa iz njih pogosto premeščajo bolnike. Laboratoriji morajo imeti vzpostavljeno diagnostiko za zaznavanje odpornih bakterij, običajno s presejalnimi testi, ob tem pa morajo imeti na voljo ustrezne potrditvene teste in nabor testiranj (antibiograma) za vse antibiotike, ki so na voljo za zdravljenje okužb z odpornimi bakterijami. Spremljanje stanja glede odpornosti bakterij je ne nazadnje izhodišče za pripravo smernic za izkustveno zdravljenje v vsaki državi in globalno. Spremljanje odpornosti je tako potrebno na več nivojih: lokalno, regionalno, nacionalno, mednarodno in globalno, na vsakem nivoju ima svojo vlogo.

Mednarodno spremljanje in analizo podatkov o odpornosti bakterijskih povzročiteljev invazivnih okužb je na nivoju Evrope v letu 1998 ustanovil nizozemski inštitut za javno zdravje in okolje (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, RIVM) ter projekt imenoval EARSS (European Antimicrobial Resistance Surveillance System). Leta 2010 ga je prevzel Evropski center za preprečevanje in obvladovanje bolezni (European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC). Podatki se od vsega začetka zbirajo na standardiziran način po enotni metodologiji, in sicer za prve invazivne okužbe, povzročene z določenimi bakterijami v opazovanem letu pri posameznem bolniku. Zbirajo se podatki izbranih bakterij, ki jih mikrobiološki laboratoriji ugotovijo iz vzorcev krvi (t. i. hemokulture) ali iz vzorcev cerebrospinalne tekočine (likvorja). V prvih letih je spremljanje vključevalo podatke za bakterije: *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus*

faecalis, *Enterococcus faecium*, *Streptococcus pneumoniae* in *Escherichia coli*. Z leti se je nabor dopolnjeval: v letu 2005 so vključili bakteriji *Klebsiella pneumoniae* in *Pseudomonas aeruginosa* in v letu 2012 *Acinetobacter* spp. Do vključno leta 2019 je v mreži sodelovalo 30 držav: 28 držav Evropske unije (EU) in dve državi Evropskega gospodarskega prostora (EGP; Norveška in Islandija), od leta 2020 dalje pa po izstopu Velike Britanije iz EU v mreži sodeluje 29 držav. Vse države redno pošiljajo podatke na letnem nivoju.

Da bi premostili vrzel podatkov v evropskih državah, ki niso del EU in EGP, ter v azijskih državah, je Svetovna zdravstvena organizacija, Regionalni urad za Evropo, v letu 2012 ustanovila mrežo CAESAR (Central Asian and Eastern European Surveillance of Antimicrobial Resistance). Mreža je nastala ob pomoči RIVM in ECDC in je prevzela metodologijo EARS-Net. Danes vključuje 20 držav članic, med katerimi podatke v mrežo pošilja dvanajst držav in ena regija. Tako je mogoče oblikovanje skupnih poročil in primerjava med državami, vsa letna poročila so dostopna na spletu (1, 2).

Slovenski mikrobiološki laboratoriji so se projektu EARSS priključili kmalu po njegovi ustanovitvi, leta 2000. Od tedaj dalje s svojimi podatki sodeluje vseh deset medicinskih mikrobioloških laboratorijev, ki v okviru svojega rednega dela preiskujejo vzorce krvi in likvorja. Pri zadnjem poročanju (podatki za leto 2021) je sodelovalo 16 bolnišnic za akutno oskrbo in laboratoriji: šest regionalnih kliničnih mikrobioloških laboratorijev Centra za medicinsko mikrobiologijo Nacionalnega laboratorija za zdravje, okolje in hrano (NLZOH): Oddelek za medicinsko mikrobiologijo (OMM) Celje, OMM Koper, OMM Kranj, OMM Maribor, OMM Murska Sobota, OMM Novo mesto, Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, mikrobiološki laboratorij Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik, mikrobiološki laboratorij

Splošne bolnišnice Slovenj Gradec in mikrobiološki laboratorij Splošne bolnišnice »dr. Franca Derganca« v Novi Gorici. Poleg omenjenih treh bolnišnic z lastnim mikrobiološkim laboratorijem so sodelovali še: Univerzitetni klinični center Ljubljana, Univerzitetni klinični center Maribor, Ortopedska bolnišnica Valdoltra, Splošna bolnišnica (SB) Brežice, SB Celje, SB Izola, SB Jesenice, SB Muska Sobota, SB Novo mesto, SB Ptuj, SB Trbovlje, Bolnišnica Topolšica, Onkološki inštitut Ljubljana in Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj. S tem Slovenija zagotavlja (ocenjeno) 99 % pokritost populacije in odlično geografsko pokritost. Koordinacija zbiranja podatkov je na ravni države najprej potekala na Inštitutu za mikrobiologijo in imunologijo, kasneje pa na Inštitutu za varovanje zdravja RS in na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje (3).

Poročanje držav EU in EGP v EARS-Net je v letih 2020 in 2021 sovpadalo z globalno pandemijo covid-19 in njenimi posledicami. V zdravstvu so se pojavile velike obremenitve, število hospitaliziranih bolnikov je bilo z vsakim valom epidemije večje (do pojava različice omikron), najbolj so bile obremenjene intenzivne enote. Življenje zunaj bolnišnic je bilo zaznamovano s številnimi ukrepi za zmanjševanje števila okužb, vključno z omejevanjem socialnih stikov, uporabo zaščitnih mask, higieno rok in drugimi ukrepi. Ti ukrepi so pomembno vplivali tudi na pojavnost drugih okužb, na primer zmanjšala se je incidenca gripe in drugih okužb dihal, vse naštetu pa je vplivalo tudi na odpornost bakterij in preprečevanje ter obvladovanje njihovega širjenja. Ne glede na razmere je v mrežo EARS-Net redno poročalo vseh 29 držav EU in EGP in zagotavljalo dobro geografsko in bolnišnično reprezentativnost. V Sloveniji je sodelovanje v mreži potekalo nemoteno. Izvedli smo vse načrtovane aktivnosti in pravočasno zagotovili vse podatke za redno letno spremljanje in sodelovali pri vseh preverjanjih

kakovosti dela in pri pripravi končne- ga poročila ECDC (4, 5).

Rezultati spremljanja odpornosti invazivnih bakterij v okviru mreže EARS-Net v državah Evropske unije in Evropskega gospodarskega prostora

Kot kaže zadnje poročilo mreže za leto 2021, se je v EU/EGP število primerov prvih invazivnih okužb z obravnavanimi bakterijami iz leta v leto povečevalo, izjema so bile okužbe s *S. pneumoniae*, katerih število se je v letu 2020, prvem letu s covidom-19, zmanjšalo za 44 % in je v 2021 ostalo na približno enakem nivoju; zmanjšanje je bilo posledica preventivnih ukrepov, povezanih s pandemijo (4).

Najbolj se je v 2021 povečalo število poročenih primerov invazivnih okužb z bakterijami *Acinetobacter* spp., in sicer za 43 %, izolati so večinoma pripadali skupini *Acinetobacter baumannii* complex. Acinetobaktiri so znani predvsem kot povzročitelji okužb, povezanih z zdravstveno oskrbo. Običajno gre za resne okužbe pri bolnikih s številnimi dejavniki za težji potek okužbe, pri bolnikih v intenzivnih enotah lahko ogrozijo njihovo življenje. Najpogostejše okužbe so pljučnica ob umetnem predihavanju, okužbe kirurških ran, okužbe ob osrednjem venskem kate- tru, okužbe sečil in okužbe krvi. Za dobro preživetje je ključno čim hitrejše zdravljenje z ustreznimi antibioti- kom. Učinkovito začetno zdravljenje kar trikrat zmanjša 30-dnevno smrtnost (6). Če okužbo povzroči večkratno odporen acinetobakter, je možno- sti za uspešno zdravljenje bistveno manj kot sicer. V povprečju je bilo v letu 2021 več kot dvakrat več (+ 121 %) poročenih primerov invazivnih okužb z *Acinetobacter* spp., ki so bili odporni hkrati proti trem skupinam antibioti- kov (karbapenemi, fluorokinoloni in aminoglikozidi) v primerjavi s povpre- čjem v letih 2018–2019. Podobno se je v tem obdobju povečalo tudi število

primerov okužb z *Acinetobacter* spp., odpornih proti karbapenemom (4).

Povečanje števila poročenih primerov okužb z *Acinetobacter* spp. v EU/EGP ni bilo posledica boljšega poročanja. Največje povečanje števila primerov in deležev proti karbapene- mom odpornih *Acinetobacter* spp. so sporočale države, ki so imele visoke deleže odpornih *Acinetobacter* spp. tudi pred letom 2020. Zaznati je bilo velike razlike med državami: delež primerov *Acinetobacter* spp., odpor- nih hkrati na tri skupine testiranih antibiotikov (kombinirana odpornost; odpornost hkrati proti karbapene- mom, fluorokinolonom in aminogli- kozidom), utežen na populacijo, je znašal 37 % (od 0 % do 98,5 %), delež odpornosti proti karbapenemom, utežen na populacijo, pa 40 % (od 0 % do 99,5 %). Med državami z najnižji- mi deleži odpornosti acinetobaktrov so bile Irska, Nizozemska, Norveška in Švedska, država z najvišjimi deleži pa je bila Hrvaška (4, 6).

Zelo zaskrbljujoče je povečevanje števila invazivnih okužb, povzročenih s proti karbapenemom odpornimi izolati iz skupine enterobakterij. Med enterobakterijama, spremljanima v EARS-Net, je problem izrazito večji pri vrsti *K. pneumoniae*, v primerjavi z *E. coli*. Podobno kot acinetobaktiri je tudi *K. pneumoniae* predvsem bolni- šnična bakterija, največji problem predstavljajo okužbe v intenzivnih enotah. Proti karbapenemom odporne izolate v Sloveniji označujemo s kratico CRE (angl. carbapenem resistant enterobacteriaceae), izolate z dokazanim encimom karbapenemazo pa s kratico CRE-CPE (7). Ker v mreži spremljamo odpornost proti karbape- nemom, poročanje o karbapenemazah pa ni obvezno, v poročilih navajajo *E. coli* in *K. pneumoniae* CRE (in ne CRE-CPE). Ocenjujemo, da velika večina poročenih *E. coli* in *K. pneu- moniae* CRE izloča karbapenemaze. Povprečni delež *E. coli* CRE v EU/ EGP je v letih 2020 in 2021 znašal 0,2 % (deleži po državah od 0 % do 1,1 %); delež *K. pneumoniae* CRE pa v letu 2020 10,0 % in v 2021 11,7 %. Pri *K.*

pneumoniae se število in delež CRE v EU vztrajno povečujeta, povečanje deleža CRE je bilo v letih od 2017 do 2021 statistično značilno. Razlike med državami so zelo velike, od 0 % na Finskem in na Islandiji do 73,7 % v Grčiji (4, 5). Ko se v državi delež izolatov *K. pneumoniae* CRE začne enkrat večati, postanejo bakterije endemične in jih ni več mogoče odstraniti, delež odpornosti ostane velik. Odpornost proti karbapenemom je skoraj vedno združena s sočasno odpornostjo proti številnim drugim antibiotikom, posledica pa so zelo omejene možnosti za zdravljenje resnih okužb, ki jih te bakterije povzročajo. Čeprav je število invazivnih prvih okužb s *K. pneumoniae* CRE v EU/EGP razmeroma majhno (v številu vseh prvih primerov invazivnih okužb predstavlja povprečje v EU/EGP le 1,2 %), je breme na račun velikega deleža pripisljive smrtnosti izredno veliko in bistveno večje kot pri okužbah z drugimi odpornimi bakterijami (8).

Tako kot leta 2020 se je tudi v 2021 delež proti vankomicinu odpornih invazivnih *E. faecium* (angl. vancomycin resistant enterococci, VRE) povečeval, povečanje je bilo statistično značilno. Povprečni delež *E. faecium* VRE v EU/EGP je v 2021 znašal 17,2 %, delež po državah pa od < 1 % (Luksemburg, Nizozemska, Švedska, Finska, Norveška, Francija) do 66,4 % (Litva). Invazivne okužbe z VRE lahko resno ogrozijo življenje bolnikov s hudo imunsko pomanjkljivostjo, sicer pa pomen večanja števila okužb z VRE za javno zdravje v EU/EGP ni povsem jasen (4, 5).

Pri *S. pneumoniae*, ki je bakterija pretežno domačega okolja, se je delež nedivjih tipov za penicilin (izolati, pri katerih rezultat ugotavljanja občutljivosti kaže na prisotnost mehanizmov odpornosti) povečal s 15,5 % v 2020 na 16,3 % v 2021 (deleži v posameznih državah so bili od 3,6 % v Latviji do 35,7 % v Romuniji). Povečanje deleža nedivjih tipov za penicilin je bilo v obdobju 2017 do 2021 statistično značilno (4, 5).

Pri ostalih spremljanih kombinacijah bakterija/antibiotik smo v EU/EGP (brez Združenega kraljestva) v času od 2017 do 2021 zaznali statistično značilen trend zmanjševanja odpornosti ali pa statistično značilen trend ni bil zaznan. Kljub temu pa ostajajo odporne bakterije, kot so *S. aureus* MRSA, *E. coli* z encimi ESBL in proti antibiotikom odporni izolati *P. aeruginosa*, še vedno velikega pomena v zdravstvu (4). Bakterije z encimi ESBL so zelo pomembne tudi zato, ker okužbe, ki jih povzročijo, največkrat zdravimo s karbapenemi. Večja poraba karbapenemov pa vpliva na pojav proti karbapenemom odpornih izolatov.

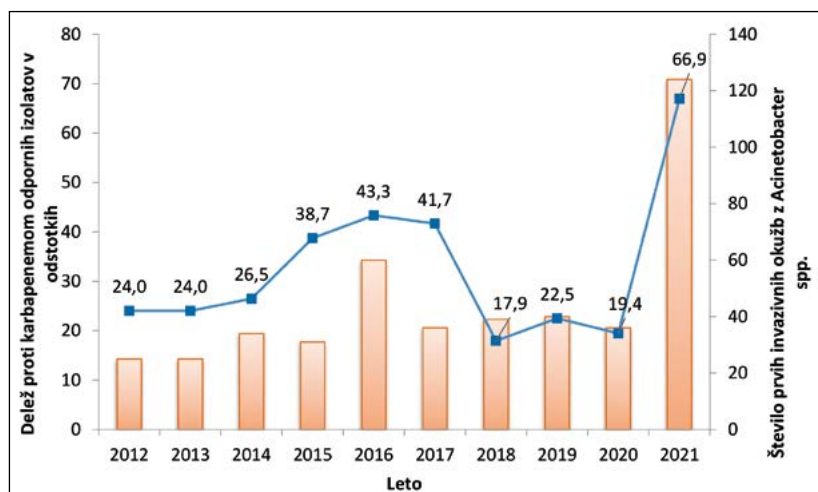
Rezultati spremljanja invazivnih bakterij v Sloveniji

V Sloveniji sta se v letu 2021 v primerjavi z 2020 število prvih invazivnih okužb in specifična incidenčna stopnja invazivnih okužb za vse v mrežo vključene bakterijske skupine povečala. Enako kot v preteklih letih so bile v 2021 najpogostejše invazivne okužbe z *E. coli* (44 %). Najbolj se je povečalo število invazivnih okužb z *Acinetobacter* spp., povečanje je bilo večje kot povprečje v EU/EGP in je znašalo + 244 %; v 2020 je bilo 36 primerov okužb z *Acinetobacter* spp.

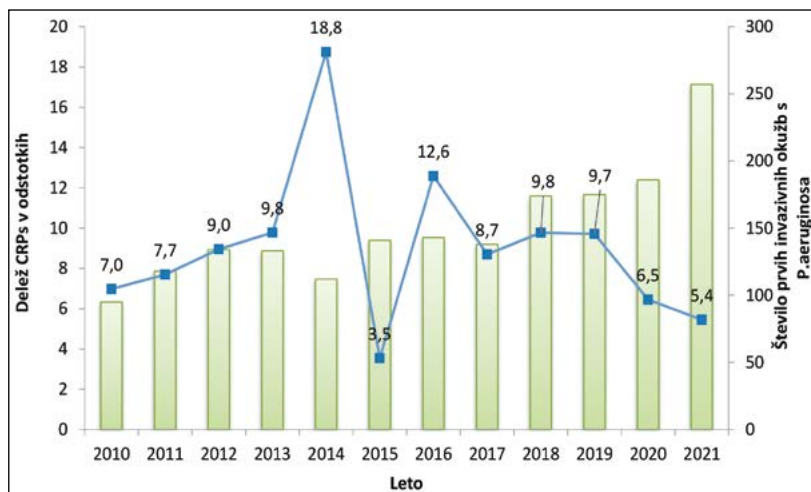
in v 2021 124 primerov. Na drugem mestu glede povečanja števila okužb je bila vrsta *P. aeruginosa* (+ 38 %) in na tretjem *E. faecium* (+ 24 %). Rezultati se razlikujejo od rezultatov v EU/EGP, kjer se je najbolj povečalo število okužb z *Acinetobacter* spp. (+ 43 %), sledile so bakterije *E. faecium* (+ 21 %), *E. faecalis* (+ 14 %), *S. aureus* (+ 9,4 %) in *P. aeruginosa* (+ 8,2 %), (3). Število invazivnih okužb s *S. pneumoniae* se je v Sloveniji v 2020 v primerjavi z 2019 zmanjšalo za 40 %, v 2021 pa se je v primerjavi z 2020 povečalo za 8,7 % (3).

Delež proti karbapenemom odpornih invazivnih *Acinetobacter* spp. je v Sloveniji do leta 2016 naraščal in dosegel 43,3 %, nato se je zmanjševal in v letih 2018 do 2020 znašal od 18 do 23 % (graf 1), zmanjšanje je bilo v letih 2016 do 2020 statistično značilno (9). Nato je bilo v 2021 zaznati izrazito povečanje števila proti karbapenemom odpornih izolatov (+ 1.186 %), vsi izolati so pripadali vrsti *A. baumannii*. Delež proti karbapenemom odpornih *Acinetobacter* spp. je bil med vsemi izolati invazivnih acinetobaktrov v Sloveniji 67 %, v EU/EGP pa 40 %, graf 1 (3, 4).

Pri bakteriji *P. aeruginosa* se je v Sloveniji delež CRPs (sočasna odpornost *P. aeruginosa* proti najmanj enem karbapenemu (meropenem,

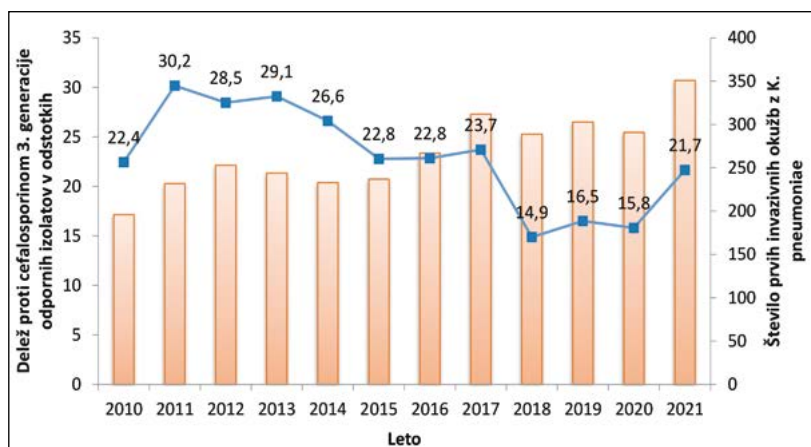


Graf 1. Odstotni deleži invazivnih izolatov *Acinetobacter* spp., odpornih proti karbapenemom, EARS-Net Slovenija, 2012–2021

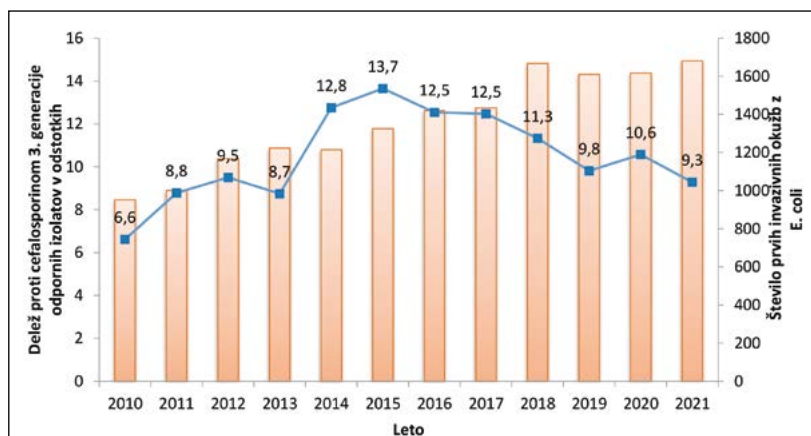


Legenda: CRPs – sočasna odpornost proti najmanj enemu karbapenemu, proti piperacilinu s tazobaktamom in proti najmanj enemu cefalosporinu tretje generacije

Graf 2. Odstotni deleži invazivnih izolatov *P. aeruginosa* CRPs, EARS-Net Slovenija, 2010–2021



Graf 3. Odstotni deleži invazivnih izolatov *Klebsiella pneumoniae*, odpornih proti cefalosporinom tretje generacije, EARS-Net Slovenija, 2010–2021



Graf 4. Odstotni deleži invazivnih izolatov *Escherichia coli*, odpornih proti cefalosporinom tretje generacije, EARS-Net Slovenija, 2010–2021

imipenem), piperacilinu s tazobaktamom in proti najmanj enemu cefalosporinu) v 2021 nekoliko zmanjšal, graf 2; zmanjšal se je tudi delež izolatov, odpornih proti karbapenemu: v letu 2020 je znašal 13,4 %, v 2021 pa 13,2 % (3, 5).

Delež proti cefalosporinom tretje generacije odpornih izolatov *K. pneumoniae*, med katerimi prevladujejo izolati z encimi ESBL, se je v 2021 povečal, graf 3. Število invazivnih okužb, povzročenih s proti karbapenemu odpornimi *K. pneumoniae*, pa je ostalo majhno, delež med vsemi okužbami s *K. pneumoniae* je bil 0,9 %. Tudi število invazivnih okužb z *E. faecium* VRE se je v 2021 povečalo, povečanje je bilo za obdobje 2017 do 2021 po izračunih ECDC statistično značilno, delež VRE pa je bil v Sloveniji (3,7 %) v primerjavi s povprečjem EU/EGP majhen (17,2 %) (3, 4).

Število invazivnih okužb s *S. pneumoniae* se je v 2021 v primerjavi z 2020 v Sloveniji nekoliko povečalo (+ 8,7 %), delež okužb z nedivjim tipom glede penicilina in delež okužb s proti makrolidom odpornimi izolati pa sta se zmanjšala, prvi s 13,4 % v 2020 na 6,4 % v 2021 in drugi s 14,5 % v 2020 na 7 % v 2021. Prav tako se je zmanjšal delež invazivnih okužb, povzročenih s *S. aureus* MRSA, z 9,8 % v 2020 na 7,8 % v 2021. Delež MRSA se od leta 2010 do 2021 giblje med 7,1 % in 13,1 %. Delež okužb s proti cefalosporinom tretje generacije odpornimi izolati *E. coli* se je zmanjšal z 10,6 % v 2020 na 9,3 % v 2021, graf 4; delež okužb s proti fluorokinolonom odpornimi *E. coli* pa se je zmanjšal z 18,1 % v 2020 na 16,7 % v 2021.

Zaključek

Spremljanje incidence povzročiteljev invazivnih okužb in njihove odpornosti proti antibiotikom v evropski mreži EARS-Net je v letu 2021 kljub pandemiji covid-19 potekalo nemoteno. Pandemija je na več načinov vplivala na okužbe z odpornimi bakterijami: z velikimi

obremenitvami v zdravstvenih ustanovah, v domovih za starostnike in največjimi obremenitvami v intenzivnih enotah bolnišnic, z zmanjšano pozornostjo glede izolacijskih in drugih ukrepov, ki jih sicer izvajamo ob odpornih bakterijah v zdravstvu. S tem se je možnost za širjenje odpornih bakterij in okužb z odpornimi bakterijami večala.

V Sloveniji sta se v letu 2021 v primerjavi z 2020 število prvih invazivnih okužb in specifična incidenčna stopnja invazivnih okužb za vseh osem bakterijskih skupin, vključenih v spremljanje, povečala. Podobno kot v EU/EGP se je najbolj povečalo število invazivnih okužb z *Acinetobacter* spp., in sicer na račun proti karbapenemom odpornih izolatov vrste *Acinetobacter baumannii*. Število prvih invazivnih okužb in deleži odpornosti so se v letu 2021 povečali pri večini bakterij, ki povzročajo z zdravstvom povezane invazivne okužbe (*Acinetobacter* spp., *P. aeruginosa*, *K. pneumoniae*, *E. faecium*). Pri bakterijah pretežno domačega okolja (*S. pneumoniae*) pa so se deleži odpornosti zmanjšali. Zmanjšal se je tudi delež odpornosti pri bakterijah *E. coli*, *S. aureus* in *E. faecalis*, ki povzročajo okužbe v zdravstvenem in v domačem okolju, med njimi sta se zmanjšala deleža proti cefalosporinom tretje generacije odpornih *E. coli* in delež MRSA.

Zahvala

Zahvaljujem se vsem kliničnim mikrobiologom in njihovim sodelavcem, ki so kljub velikim obremenitvam ob pandemiji covid-19 s požrtvovalnostjo opravljali vse redno delo, vključno z zbiranjem in preverjanjem podatkov za mrežo; hvala tudi koordinatorju podatkov, ki je poskrbel, da so bili podatki pravočasno poslani v sistem mreže EARS-Net.

Viri

1. European Centre for Disease Prevention and Control and WHO Regional Office for Europe. Surveillance of antimicrobial resistance in Europe, 2021 data.

EARS-Net Slovenija

Maja Bombek Ihan, dr. med., NLZOH Maribor, doc. dr. Mateja Pirš, dr. med., Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, Ivana Velimirović, dr. med., Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, Uroš Glavan, mag. san. inž., NIJZ, Ingrid Berce, dr. vet. med., spec., NLZOH Nova Gorica, Anamarija Juriševič Dodič, univ. dipl. biol., spec., NLZOH Koper, prim. doc. dr. Irena Grmek Košnik, dr. med., NLZOH Kranj, dr. Dane Lužnik, univ. dipl. mikrobiol., dr. Tamara Kastrin, univ. dipl. mikrobiol., NLZOH Ljubljana, Irena Piltaver, dr. med., Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, Brigita Radovan, univ. dipl. mikrobiol., NLZOH Novo mesto, Andrej Rojnik, dr. med., NLZOH Celje, Tanja Stojoska, dr. med., Splošna bolnišnica »dr. Franca Derganca« Nova Gorica, mag. Iztok Štrumbelj, dr. med., NLZOH Murska Sobota, doc. dr. Viktorija Tomič, dr. med., Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

- Executive Summary. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2022. Dostopno 2. 11. 2022 na: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Nov2022-ECDC-WHO-Executive-Summary_Final.pdf
2. WHO Regional Office for Europe. *Central Asian and Eastern European Surveillance of Antimicrobial Resistance*. Annual Report 2020. [https://www.who.int/europe/groups/central-asian-and-european-surveillance-of-antimicrobial-resistance-\(caesar\)](https://www.who.int/europe/groups/central-asian-and-european-surveillance-of-antimicrobial-resistance-(caesar)). World health organisation 2020. Dostopno 6.12. 2022 na: [https://www.who.int/europe/groups/central-asian-and-european-surveillance-of-antimicrobial-resistance-\(caesar\)](https://www.who.int/europe/groups/central-asian-and-european-surveillance-of-antimicrobial-resistance-(caesar))
3. Ribič H, Glavan U, EARS-Net Slovenija. Podatki mreže EARS-Net Slovenija. Odpornost proti antibiotikom pri najpogostejših povzročiteljih invazivnih okužb – *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter* spp., *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Enterococcus faecalis* in *Enterococcus faecium* v letu 2021 in primerjava s preteklimi leti. Letno poročilo. Center za nalezljive bolezni. NIJZ, 2023. V postopku objave.
4. European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial resistance in the EU/EEA (EARS-Net) - Annual Epidemiological Report 2021. Stockholm: ECDC; 2022. Dostopno 6. 12. 2022 na: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER-EARS-Net-2021_2022-final.pdf
5. Surveillance Atlas of Infectious Diseases – Antimicrobial resistance. Dostopno 6.12. 2022 na: <https://www.ecdc.europa.eu/en/antimicrobial-resistance/surveillance-and-disease-data/data-ecdc>
6. Kinross P, Gagliotti C, Merk H, Plachouras D, Monnet DL, Högberg LD, EARS-Net Study Group. Large increase in bloodstream infections with carbapenem-resistant *Acinetobacter* species during the first 2 years of the COVID-19 pandemic. *EU/EEA, 2020 and 2021. Euro Surveill.* 2022;27(46):pii=2200845. Dostopno 6.12. 2022 na: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2022.27.46.2200845>
7. Mateja Pirš, Iztok Štrumbelj, Tatjana Lejko - Zupanc, Tatjana Mrvič. Dokument SKUOPZ 003. Enterobakterije, *Acinetobacter baumannii* in *Pseudomonas aeruginosa* - označevanje večkratno odpornih izolatov in okrajšave preiskav nadzornih kužnin - 2. izdaja, SKUOPZ, april 2022. Dostopno 2. 11. 2022 na: <https://imi.dev.mortar.tovarnaidej.com/wp-content/uploads/2022/04/Oznake-in-okrajšave-preiskav-na-odporne-GNB-2.-izdaja-april-2022.pdf>
8. European Centre for Disease Prevention and Control. Assessing the health burden of infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU/EEA, 2016-2020. Stockholm: ECDC; 2022. Dostopno 6. 12. 2022 na: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Health-burden-infections-antibiotic-resistant-bacteria>.
9. European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial resistance in the EU/EEA (EARS-Net) - Annual Epidemiological Report 2020. AER-EARS-Net 2020 country summaries. Stockholm: ECDC; 2021. Dostopno 6. 12. 2022 na: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER_EARS-Net%2020%20country-summaries.pdf

Prim. Helena Ribič, dr. med., Nacionalni inštitut za javno zdravje, Center za nalezljive bolezni, EARS-Net Slovenija, Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano, Center za medicinsko mikrobiologijo, helena.ribic@nlzoh.si

Strokovno srečanje Sistemske bolezni in ustno zdravje, 2. del, je potekalo v živo

Sanda Lah Kravanja

V marcu je v Modri dvorani Domus Medica potekalo skupno strokovno srečanje zobozdravnikov in zdravnikov, ki je bilo organizirano pod okriljem Odbora za zobozdravstvo in že drugič na način, da so bili skupaj zdravniki in zobozdravniki, tako udeleženci kot tudi predavatelji po tematikah.

Zdravniki in zobozdravniki se vedno pogosteje srečujemo z dilemami o prepoznavanju in poteku različnih sistemskih bolezenskih stanj, možnostih zdravljenja in napotitvah na različne vrste posegov, o medsebojnih učinkih zdravil. Pomembno je prepoznavanje težav in možnosti dobre interdisciplinarne obravnave bolnika na vseh ravneh. Z dobro komunikacijo si želimo med drugim doseči tudi, da ne bi prihajalo do

nepotrebnih napotovanj, ki pomenijo povečane obremenitve tako zdravnikov in zobozdravnikov kot tudi pacientov. Prvega seminarja, ki je v septembru 2022 zaradi epidemioloških ukrepov ob epidemiji covida-19 potekal v hibridni obliki, se je udeležilo 245 slušateljev. Številna vprašanja in predlogi za skupne tematike so nas spodbudili k odločitvi, da z delom nadaljujemo. Izbrali smo nova področja strokovnih tem, s katerimi se srečujemo pri interdisciplinarni obravnavi pacientov, saj se v okolju nenehno in hitro razvijajočih se usmerjenih internističnih strok in ustne medicine zavedamo nepogrešljive povezanosti in nuje po sodelovanju ob obravnavi bolnikov. V okvirih posamezne teme sta preda-



vatelja v paru – zdravnik in zobozdravnik – poskušala osvetliti določeno bolezensko stanje vsak s svojega zornega kota ter prikazati skupne osnove, povezave in medsebojne vplive bolezní, tako na ustno kot na sistemsko zdravje.

Glede na izkušnje iz prvega seminarja in na pobudo udeležencev smo vsebinski del predavanj nekoliko prilagodili, teme smo razvrstili po sklopih, dodanega je bilo več časa za konstruktivno razpravo po obeh delih predstavitve. Docentki Katja Perdan Pirkmajer in Eva Skalerič sta predstavili »Sistemske vezivnotkivne bolezni, njihovo zdravljenje in ustno zdravje«. Profesor Miha Arrol in asistentka Zala Skomina sta predavala o »Bolnikih po transplantaciji na imunosupresivnem zdravljenju in ustnem zdravljenju«. Profesor Primož Strojani in asistentka Jana Krapež sta predstavila predavanje z naslovom »Bolniki na zdravljenju z obsevanjem in ustno zdravje«. Asistentka Kristina Zihlerl in profesorica Ksenija Renner - Sitar sta predstavili »Interdisciplinarno obravnavo motenj dihanja v spanju«. Profesor Ivan Alajbeg in Damjan Grenc sta predstavila »Znake zastrupitev in uporabe substanc v ustni

votlini«. Primarijka Karin Serbec in asistentka Maja Grošelj sta srečanje zaključili s predavanjem z naslovom »Motnje hranjenja in ustno zdravje«.

Po vsakem predavanju se je razvila zelo zanimiva razprava z udeleženci v dvorani. Med odmorom je potekala dobro obiskana učna delavnica s praktičnim prikazom možnosti uporabe intraoralnega skenerja 3 Shape v zobozdravstvu.

Celostna obravnavna bolnika potrebuje dobro komunikacijo in sodelovanje med timi, ki vstopajo v interdisciplinarno zdravljenje. Le hitro in zanesljivo izmenjevanje informacij lahko izboljša kakovost in varnost protokolov zdravljenja. Ker mora pacient (p)ostati v središču učinkovite zdravstvene obravnave, potrebuje tudi sam kar največ znanja o svoji(h) bolezni(h) in mora s proaktivnim pristopom ter željo po boljši zdravstveni opismenjenosti tudi sam prevzeti del aktivne vloge. Nujno je spodbujanje boljše splošne ozaveščenosti, da dobro ustno zdravje nikakor ne pomeni le lepega nasmeha, je tudi osnova za dobro sistemsko zdravje in počutje.

Strokovni seminar je bil ponovno dober primer interdisciplinarnega

sodelovanja pri celostni obravnavi bolnika in je po dolgem času potekal v celoti v živo.

Ker smo na srečanju odprli številna nova vprašanja in je nabor vsebin, ki jih skupaj obravnavamo, še vedno velik in pester, že načrtujemo tudi naslednje srečanje Sistemske bolezni in ustno zdravje, 3. del, ki bo potekalo jeseni 2023.

Ob srečanju je izšel tudi e-zbornik vsebin in predavanj v digitalnem zapisu, SBUZ, 2. del, ki ga je mogoče najti med učnimi vsebinami ZZS na povezavi: https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/e-izobrazevanja/zborniksbus_2023_v2a.pdf

Hvala vsem aktivno sodelujočim, predavateljem, programskemu in organizacijskemu odboru OZB ter strokovnim sodelavcem Medicinskega izobraževalnega centra ZZS in sponzorjem. Udeležence pa vabimo k branju zbornika in k ponovni udeležbi v novembru 2023.

Asist. dr. Sanda Lah Kravanja, dr. dent. med., spec. ortodontije, Odbor za zobozdravstvo ZZS, sanda.kravanja@gmail.com

Imenovani zdravnik šole in sodelovanje s šolo

Srednja šola Vena Pilona v Ajdovščini, 24. 2. 2023

Jasna Čuk Rupnik

Sekcija za šolsko, visokošolsko in adolescentno medicino je pripravila strokovno srečanje z jasno naravnanim spoznanjem o tem, da šolstvo in zdravstvo v skrbi za populacijo šolskih otrok in mladostnikov delujeta z roko v roki. Zato so uvodne besede pripadle direktorju ZD Ajdovščina **mag.**

Egonu Stoparju in ravnatelj Srednje šole Vena Pilona **prof. Andreju Rutarju**, ki je zagotovil prostor za srečanje. Predsednica sekcije **Moja Juričič** je podala kratek pregled zgodovine razvoja zdravstvene skrbi za to populacijo in poudarila, da je le »zdrav in izobražen

človek temelj za to, da država sploh lahko deluje«.

Šolska zdravstvena inšpekcija je bila v naših krajih uvedena že leta 1793, kakor je v kratkem pregledu zgodovine predstavila **prim. Jožica Mugoša**. Prva zdravnikinja za pregledovanje šolarjev sta z delom začela že

davnega leta 1909, leta 2022 pa smo po dobrih dveh desetletjih naporov od države Slovenije končno dosegli sprejem posodobljenega *Pravilnika o spremembi Pravilnika za razvoj preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni*. Predstavitev dela imenovanega zdravnika šole, kakor ga opredeljuje program ZDAJ (Zdravje DANes za Jutri), je zagotovila vodja tega programa **prim. Polonca Truden Dobrin**. Imenovane zdravnike šol bo imenoval direktor NIJZ. Sodelovali bodo pri izdelavi informacijskih podlag in z Ministrstvom za zdravje pri vzpostavitvi medresorskega sodelovanja s področjem šolstva. Pripravlja se podatkovna zbirka za študente. Slovenija je vključena v izvajanje Evropskega projekta Schools 4 Health. Na področju debelosti intenzivno sodelujemo s SZO. Pomembno je vedeti in upoštevati, da je najpomembnejše podporno okolje za otroke in mladostnike prav šola. Zdravnik se mora usmerjati na posameznika in na populacijo, zato so v okviru programa ustanovljeni centri za krepitev zdravja in centri za duševno zdravje. Preventivni pregledi so za vsako drugo leto določeni za osnovne in srednje šole. Staršem se program posveča v okviru šole za starše, določena je družinska obravnava hiperholesterolemije. V šole bosta vstopala tudi kineziolog in psiholog, program SLO fit pa je pripravljen za sledenje uspešnosti preventivnih programov na področju čezmerne telesne teže in motoričnih sposobnosti.

Dr. Stanka Preskar iz Zavoda RS za šolstvo je predstavila ZRSŠ v povezavi z vzgojno-varstvenimi organizacijami in zdravstvom. Prosti čas lahko otroci preživljajo pod nadzorom, vsebine pa lahko izbirajo. Šola mora zagotoviti vsakemu otroku 5 ur gibanja na teden, omogočiti pa mora tudi izvajanje preventivnih programov. Kot je poudarila gospa Preskar, se mora otrok v šoli predvsem počutiti varnega.

Eva Brecelj je na primeru dobre prakse ZD Nova Gorica pokazala, kako dobro so reorganizirali sistemati-



Z leve: Eva Brecelj, Marta Orehek Kirbiš in prim. Jožica Mugoša v predavalnici Srednje šole Vena Pilona v Ajdovščini

ske preglede šolarjev, potem ko so jih bili predhodno zaradi nesodelovanja šol prisiljeni izvajati individualno in v spremstvu staršev. Ravnatelj se obvestili, da bodo sistematske preglede izvajali v kraju, kjer je šola, in šole ne bodo več obremenjene s prevozi otrok. Kot eden od zaključkov srečanja je bila dana pobuda, da bi za naprej prevoze iz šol v ZD-je rešili sistemsko.

Tina Svetlik je ob sodelovanju mentorice **Majde Troha** predstavila primer dobre prakse iz ZD Idrija. En dan v tednu (popoldne) poteka kurativa, druge štiri dni pa pol časa preventiva in pol kurativa. Večje razrede razdelijo na pol in izvedejo preglede v dveh zaporednih dnevih. Otroci iz okoliških vasi pridejo v Idrijo z rednim prevozom, ki ga financira država, občina. Za sodelovanje šole in zdravstva sta potrebni stalna komunikacija in obojestranska odzivnost.

Doc. dr. Andreja Kukec je predstavila problematiko kakovosti notranjega zraka v vzgoji in izobraževanju. Danes preživljamo 70–80 % časa v zaprtih prostorih z uporabo novih načinov ogrevanja in hlajenja ter z različnimi pristopi do varčevanja energije. V naravnem prezračevanju je mnogo boljše odpreti okna za 5 minut

prepiha kakor imeti ves čas zgoraj priprta.

Oceno pojavnosti astme in njeno povezanost z okoljskimi dejavniki je s kompleksnimi medsebojnimi vplivi genetskih, okoljskih dejavnikov ter dejavnikov imunskega sistema predstavila **asist. Tanja Rojc** z jasnimi sporočili o škodljivi izpostavljenosti cigaretnemu dimu in vplivom grajenega okolja. Bivališče ali šola ob prometni cesti ali prisotnost gliv v zraku sta tudi dejavnika slabšanja astme.

O kronobiološkem ritmu v času odraščanja in o vplivih šolskega ritma na funkcioniranje otrok in mladostnikov je govorila **dr. Barbara Gnido-vec Stražičar**. Cirkadiana ura predvideva in prilagaja našo fiziologijo različnim fazam dneva. Naša notranja biološka ura je naravnana na 25 ur. Po kronotipu se delimo na jutranje in večerne tipe, s puberteto in odraščanjem pa postajamo »sove«. Puberteta se začne z upadanjem izločanja melatonina. Kanadska študija je pokazala, da je visok indeks telesne mase (ITM) povezan z zgodnjim začetkom pouka. Metabolični sindrom je posledica pomanjkanja spanja. Ko smo utrujeni, porabimo manj energije in je več uskladiščimo. Optimalni čas uspanja za mlado-

stnike je ob 23.00, vstajanja pa ob 8.30 ali kasneje. Prvi razredi bi lahko bili v šoli že ob 8.00 ali še prej, višji pa bi morali začeti pouk kasneje. Že 15 min. dodatnega jutranjega spanja ima zelo pozitiven vpliv. Hlepenje po

nezdрави hrani in razdražljivost sta posledici že ene same neprespane noči. Za učenje se morajo učvrstiti potrebne povezave, nepomembne pa brisati, kar se ob pomanjkanju spanja

ne zgodi. Uspešnost učenja se da povečati s spanjem pred in po učenju.

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

Triaža tumorjev jajčnikov

Interaktivna delavnica

Andraž Dovnik

21. aprila 2023 je na Kliniki za ginekologijo in perinatologijo Univerzitetnega kliničnega centra (UKC) Maribor potekala interaktivna delavnica na temo triaže tumorjev jajčnikov. Na kratkem dopoldanskem srečanju, ki se ga je udeležilo 25 udeležencev iz vse Slovenije, so bila predstavljena trenutna dognanja glede diagnostike in zdravljenja tumorjev jajčnikov. Srečanje je bilo organizirano kot interaktivna delavnica. Udeleženci so predstavili primere iz vsakodnevne prakse ter omejitve in težave, s katerimi se soočajo pri vsakodnevni obravnavi bolnic s tumorjem jajčnikov.

V uvodu srečanja je bila predstavljena organizacija dela na Oddelku za ginekološko onkologijo in onkologijo dojk ter na Oddelku za onkologijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor. Na Oddelku za ginekološko onkologijo in onkologijo dojk že od leta 2000 deluje kolposkopska ambulanta, in sicer trikrat na teden. Ob tem trikrat na teden deluje tudi ambulanta za ginekološko onkologijo, kjer poteka najsdobnejša diagnostika tumorjev jajčnikov. V tej ambulanti poteka prva obravnava bolnic s tumorji jajčnikov. V primeru postavljenega suma na mejno maligno oz. maligno obolenje so bolnice napotene na dodatne slikovne preiskave ambulantno ali pa so sprejete na oddelek. Vse bolnice s

sumom na maligni tumor so predstavljene na multidisciplinarnem konziliju, ki se ga udeležujejo specialisti ginekološke onkologije, internistične onkologije, onkologije z radioterapijo, patologije in radiologije, ob tem pa še specializirana medicinska sestra. Z mnenjem konzilija so bolnice seznanjene na posvetu v ambulanti za

ginekološko onkologijo, kjer opravljamo tudi sledenje teh bolnic. Na Oddelku za ginekološko onkologijo in onkologijo dojk poteka diagnostika ginekoloških malignih obolenj ter operativno zdravljenje najtežjih primerov bolnic z ginekološkim rakom. Ob tem na našem oddelku obravnavamo tudi zaplete sistemske-



Maja Pakiž med predstavitvijo

ga zdravljenja in obsevanja ter vodi-mo paliativno obravnavo.

Nova dognanja v patogenezi raka jajčnika je predstavila Maja Pakiž. Rak jajčnika predstavlja 2,9 % vseh rakov v Sloveniji. Na leto v Sloveniji obravnavamo 150–170 novih bolnic. Bolezen ima slabo prognozo s 5-letnim preživetjem 43 % in smrtnostjo 120 bolnic letno. Ob postavitvi diagnoze je 71 % primerov razsejanih, odstotek radikalno operiranih bolnic se giblje okoli 50 %. Najpogostejši podtip epitelijskega raka jajčnikov je serozni rak visoke stopnje malignosti, katerega predrakasta sprememba nastane na jajcevodu. V preteklosti so se raziskave, ki so se ukvarjale z možnostmi presejanja raka jajčnikov, osredotočale na uporabnost določanja tumorskih markerjev ter ultrazvoka. Ugotovili so, da s serijskimi meritvami tumorskih markerjev ter s serijskimi ultrazvočnimi pregledi odkrijemo več tumorjev, omejenih na jajčnik, več benignih tumorjev, poveča se število operativnih posegov, ne zmanjša pa se umrljivost zaradi raka jajčnikov. V predavanju je bila predstavljena možnost presejanja raka jajčnikov s pomočjo brisov materničnega vratu. V retrospektivni italijanski raziskavi so analizirali brise materničnega vratu do 6 let pred diagnozo pri 17 bolnicah s seroznim rakom jajčnikov. Analizirali so prisotnost mutacije tumor supresorskega gena p53. Pri 11 bolnicah je bila v brisu pred diagnozo prisotna mutacija gena p53, ki je bila enaka kot v tumorskem tkivu. Trenutno poteka retrospektivna analiza na večjem številu bolnic, v načrtu pa je tudi prospektivna raziskava. Predstavljena je bila tudi možnost oportunistične odstranitve jajcevodov pri bolnicah, ki so operirane zaradi benignih ginekoloških obolenj. Zaradi izvora seroznega raka jajčnikov visoke stopnje malignosti v jajcevodih takšno odstranitev svetuje že več mednarodnih strokovnih organizacij in združenj.

Predstavitev vloge ultrazvočne diagnostike tumorjev jajčnikov sta pripravila Jure Knez in Maja Pakiž.

Transvaginalna ultrazvočna preiskava je najučinkovitejša metoda za oceno in diagnostiko cist na jajčnikih v pomenopavzi. Pri uporabi ultrazvoka pri diagnostiki tumorjev na jajčnikih je najbolj točna prepoznavna vzorcev, pri čemer ima izkušnost preiskovalca pomembno vlogo. Predstavljena je bila tudi možnost uporabe različnih modelov, ki nam pomagajo pri razlikovanju med benignimi in malignimi spremembami na jajčnikih. Mednarodna skupina za analizo tumorjev jajčnika (IOTA – International Ovarian Tumor Analysis collaboration) je razvila enostavna pravila za razlikovanje malignih in benignih sprememb na jajčnikih. Na tak način lahko opredelimo do 77 % tumorjev. Če lahko tumor ocenimo na ta način, ta pravila omogočijo razlikovanje med benignimi in malignimi spremembami s senzitivnostjo 92 % ter specifičnostjo 96 %.

Andrej Cokan je predstavil klinično pot ženske s sumom na maligni tumor jajčnikov. Diagnostični postopek vključuje anamnezo, ginekološki pregled, laboratorijske in slikovne preiskave. Predstavljeno je bilo načrtovanje zdravljenja ter principi predstavitve bolnic na konziliju za ginekološko onkologijo. Izvajanje zdravljenja bolnic z rakom jajčnikov vključuje pripravo ter izvedbo operacije, natančno spremljanje zdravljenja ter oceno odziva na terapijo. Obravnava na oddelku obsega tudi obravnavo, prepoznavo in zdravljenje neželenih učinkov zdravljenja. Predvsem je pomembna obravnava neželenih učinkov, ki vplivajo na kakovost življenja, pri čemer so potrebne tudi prilagoditve zdravljenja. Opisan je bil princip napotovanja na pregled na Oddelek za ginekološko onkologijo in onkologijo dojk UKC Maribor, kjer je večina bolnic s sumom na rak jajčnikov pregledana v enem tednu od napotitve.

Andraž Dovnik je predstavil vlogo kirurgije pri sumu na maligni tumor. Predstavljena je bila možnost uporabe minimalno invazivnega pristopa preko laparoskopije pri zdravljenju

zgodnjih stadijev raka jajčnikov, kirurško zdravljenje napredovalih stadijev raka jajčnikov ter vloga diagnostične laparoskopije. Vloga slednje v diagnostičnem postopku raka jajčnikov še ni dokončno opredeljena. Prednost tega pristopa je, da omogoča neposreden pregled peritonealnih površin pod povečavo, omogoča hitro okrevanje in pridobitev tkiva za histološko analizo. Predstavljen je bil tudi Fagottijev točkovnik, ki predstavlja poskus objektivizacije vloge diagnostične laparoskopije v obravnavi raka jajčnikov.

V zadnjem delu srečanja je prišla na vrsto interaktivna delavnica, pri kateri so s predstavitvami primerov iz vsakdanje prakse sodelovali vsi udeleženci. Delavnico je koordinirala Leyla Al-Mahdawi. Seznanili smo se z omejitvami in težavami, s katerimi se srečujejo kolegi na primarni in sekundarni ravni, predvsem na ravni naročanja in napotovanja bolnic. Predstavljenih je bilo več primerov, zaradi majhnega števila udeležencev ter možnosti neposrednega sodelovanja pa se je razvila živahna razprava, ki udeležencev ni pustila ravnodušnih. Sledil je še ogled bolnišničnega oddelka in ambulantnih prostorov.

Doc. dr. Andraž Dovnik, dr. med., UKC Maribor, andrazdovnik@gmail.com

7. svetovni kongres Svetovnega združenja za dvojne motnje v Sloveniji

Barbara Lovrečič

V Portorožu smo od 28. do 30. aprila 2023 gostili 7. svetovni kongres Svetovnega združenja za dvojne motnje – 7th World Congress of the World Association on Dual Disorders. Soorganizacija kongresa je bila izvedena v sodelovanju Svetovnega združenja za dvojne motnje – World Association on Dual Disorders (WADD), Evropskega združenja za zdravljenje zasvojenosti z opioidi – European Opioid Addiction Treatment Association (EUROPAD), ter v soorganizaciji z WADD Slovenskim znanstvenim odborom v sestavi: prim. doc. dr. Mercedes Lovrečič, prim. doc. dr. Barbara Lovrečič, prof. dr. Rok Tavčar, prof. dr. Mojca Zvezdana

Dernovšek, dr. Mirjana Radovanović in prof. dr. Maja Rus Makovec. Svetovnemu kongresu je predsedovala prim. doc. dr. Mercedes Lovrečič iz Slovenije, skupaj s predsednikom WADD prof. Nestorjem Szermanom ter s podpredsednikom WADD in predsednikom EUROPAD prof. Irom Marenmanijem. Kongres je potekal pod pokroviteljstvom: Nacionalnega inštituta za javno zdravje, Ljubljana, Alme Mater Europaea ECM, Maribor, in Inštituta za metodologijo raziskovanja odvisnosti Svetovnega združenja za zdravljenje odvisnosti od opioidov – Addiction Research Methods Institute of World Federation for the Treatment of Opioid Dependence (ki ima status posebnega posvetovalnega telesa pri Ekonomskem in socialnem svetu Združenih narodov), New York, ZDA. Svetovni kongres so podprli Znanstvenoraziskovalni center Slovenske akademije znanosti in umetnosti (ZRC SAZU), Zdravniška zbornica Slovenije, Sekcija za medicino odvisnosti pri Slovenskem zdravniškem društvu (SZD), Slovensko združenje za zdravljenje bolečine pri SZD.

Glavna rdeča nit in vodilo kongresa je bila »Dvojna motnja: proti novi paradigmi v nevroznanosti za razumevanje duševnega zdravja«. WADD je združenje, namenjeno strokovnjakom na področju psihiatrije in duševnega zdravja, ki delujejo na področju raziskovanja in zdravljenja dvojnih motenj. Po definiciji WADD so dvojne motnje izraz, ki ga uporabljamo v primerih, ko ima oseba poleg odvisniških oblik vedenja sočasno še drugo duševno motnjo. Bolniki z duševnimi

motnjami, vključno s področja odvisnosti, naj bi imeli dostop do multidisciplinarnega modela obravnave/zdravljenja, ki vključuje mreže storitev na področju zdravljenja duševnih motenj in mreže storitev na področju zdravljenja odvisniških oblik vedenja, s čimer bi se izognili tako imenovanemu »sindromu napačnih vrat«. Slednji predstavlja težave ne le za zdravljenje, ampak tudi za diagnosticiranje odvisniških oblik vedenja/odvisnosti v službah za zdravljenje duševnih motenj in obratno. Osebe z dvojnimi motnjami so pogosto izključene iz raziskav o učinkovitosti zdravljenja, kar ovira razvoj priporočil, ki temeljijo na dokazano učinkovitih metodah zdravljenja teh bolnikov. Dodatno k fenomenu »sindroma napačnih vrat« pripomorejo pomanjkanje usposabljanja in klinikov na področju diagnosticiranja in zdravljenja dvojnih motenj, strukturalne pomanjkljivosti na področju koordiniranja med programi pomoči in zdravljenja duševnih motenj in odvisnosti, dejstvo, da se klinične težave, ki so posledica dvojnih motenj, pogosto napačno pripisuje eni od motenj ter se s tem zanemari bolezensko stanje, ki naj bi ga zdravili, ter diskriminacija, ki so je deležni bolniki z dvojnimi motnjami.

Največ zanimanja je požela predstavitev Nore Volkow, predsednice NIDA (National Institute on Drug Abuse, ZDA), ki je predstavila »Posodobitve na področju preventive in zdravljenja dvojne motnje«. Izpostavila je tesno povezavo med razvojem možganov in duševnimi motnjami, polovica kroničnih duševnih motenj nastopi pred 14. letom starosti. Podobno se tudi proces odvisnosti pojavlja najpogosteje do 20. leta starosti.



Poleg klasičnih dejavnikov tveganja tudi socioekonomske neenakosti lahko vplivajo na razvoj možganov in duševno zdravje pri otrocih v starosti od 9 do 11 let. Izpostavila je izsledke raziskave, reprezentativne za vzorec 6 milijonov prebivalcev za obdobje 50 let, ki kažejo na visoko tveganje za razvoj shizofrenije pri uporabi kanabisa pri mladih, še posebej moških. Avtorji raziskave so ocenili, da bi lahko 15 % primerov shizofrenije pri moških v starosti 16–49 let v 2021 preprečili s preprečevanjem uporabe kanabisa. Poudarila je, da obstajajo izzivi in nove možnosti zdravljenja dvojnih motenj z neinvazivnimi metodami za stimulacijo možganov, kot so transkranijska magnetna stimulacija, globoka možganska stimulacija in nizkofrekvenčni fokusiran ultrazvok. Ruben Baler (NIDA, ZDA) je predstavil povezavo med dvojnimi motnjami in uporabo sodobnih medijev, ki lahko predstavljajo dejavnike tveganja za razvoj dvojnih motenj pri otrocih, mladostnikih in mladih. Predsednik WADD, Nestor Szerman (Španija), je predstavil čustveno disregulacijo in dvojne motnje. Ob tem je izpostavil, da v svetu obstaja širok znanstveni kon-

senz, da so vse duševne motnje, vključno z odvisnostjo, bolezni možganov, hkrati pa je še vedno prisotna močna delitev na duševne motnje in na motnje s področja odvisnosti. Narašča pa konsenz, da so odvisnosti in druge duševne motnje močno povezane. Predsednik EUROPAD Icro Maremmi (Italija) je predstavil nove možnosti zdravljenja odvisnosti od opioidov z dolgodelujočimi opioidi in opozoril na farmakološke interakcije z drugimi zdravili za zdravljenje duševnih motenj. Na kongresu se je zvrstilo 107 predavateljev iz celega sveta in 35 predstavitev posterjev. Ugotovljeno je bilo, da potrebujemo nove definicije, bolj inkluzivno delovanje na področju preventive in zdravljenja, predvsem pa raziskovanja na področju dvojnih motenj.

Na svetovnem kongresu so bila podeljena priznanja, prejmejo jih priznani strokovnjaki, ki so pomembno prispevali predvsem k znanju, raziskavam in razvoju na področju dvojnih motenj. Častno članstvo so prejeli prof. dr. Mojca Zvezdana Dernovšek iz Slovenije, Alexander Kantchelov (Bolgarija) in Liljana Ignjatova (Makedonija).

V času priprav na kongres je preminil prvi predsednik WADD prof. Pedro Ruiz, zato smo se mu na kongresu poklonili z minuto molka. Pedro Ruiz je bil tudi predsednik številnih strokovnih ameriških združenj (American Psychiatric Association, American College of Psychiatrists, American Board of Psychiatry and Neurology, American Association of Social Psychiatry and the World Psychiatric Association).

Med kongresom je potekala tudi redna generalna skupščina WADD in seja znanstvenega odbora WADD. Kongresa so se udeležili predstavniki skoraj 30 držav. Prejeli smo številne čestitke in zahvale soorganizatorjev in udeležencev za uspešen kongres.

Program kongresa je dosegljiv na: <https://www.europad.org/wadd2023/wadd-program.php>

Izšla je knjiga izvlečkov: <https://www.europad.org/wadd2023/wadd-program.php>

Posterji: <https://www.europad.org/wadd2023/wadd-program.php>

**Prim. doc. dr. Barbara Lovrečič,
dr. med., spec. soc. med. in spec. jav.
zdrav., svet., Nacionalni inštitut
za javno zdravje**



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

1. 9.–22. 10. ob 8.30 • DVOMESEČNI TEČAJ FITOTERAPIJE

kraj: LJUBLJANA, KRANJ, DIVAČA	št. udeležencev: 15	kotizacija: 1.260 EUR/udeleženca, za študente in upokojene zdravnike 980 EUR (prehrana vključena)	k. točke: 71
vsebina: Na tečaju fitoterapije, ki bo potekal v septembru in oktobru v skupnem obsegu 92 šolskih ur, bomo predstavili vsa sodobna, na znanosti temelječa dognanja s področja fitoterapije in jih koristno dopolnili z uporabnimi izkustvenimi praksami ljudske medicine.	organizator: Osnovno zdravstvo Gorenjske, ZD Kranj	prijave, informacije: prijave: E: kontakt@divjivrt.si , informacije: Luka Kristanc, T: 04 208 22 76, 040 394 196, E: luka.kristanc@zd-kranj.si	

11.–12. ob 9.00 • INOVACIJE IN NOVI NAČINI ZDRAVLJENJA SRČNEGA POPUŠČANJA

kraj: PORTOROŽ, Kongresni center Bernardin	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Mednarodni simpozij je namenjen vsem zdravnikom, študentom medicine, medicinskim sestram in tehnikom.	organizator: Program za napredovalo srčno popuščanje in transplantacije srca, KO za kardiologijo, UKC Ljubljana, in Center for Advanced Heart Failure, Memorial Hermann Heart & Vascular Institute, Houston, prof. dr. Bojan Vrtovec, dr. med., in prof. Igor D. Gregorič, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: brms.slo@gmail.com , informacije: prof. dr. Bojan Vrtovec, dr. med., T: 01 522 28 44	

14. ob 13.30 • XV. STROKOVNO SREČANJE NA TEMO HPV: UNIVERZALNO CEPLJENJE PROTI HPV

kraj: LJUBLJANA	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: ni podatka	k. točke: ***
vsebina: Ob širitvi programa cepljenja proti HPV bomo pregledali novosti tako na področju cepljenja proti HPV kot na področju okužb, ki jih ta virus povzroča. Spregovorili bomo še o komunikacijskih pristopih z namenom spodbujanja odločitve za zaščito s cepljenjem.	organizator: Sekcija za šolsko, študentsko in adolescenčno medicino	prijave, informacije: Marta Orehek Kirbiš, T: 041 714 440, E: marta.orehek@cirius-kamnik.si , W: https://www.sssam.si/xv-srecanje-hpv-univerzalno-cepljenje-proti-hpv/	

14.–15. • JUBILEJNI SIMPOZIJ KIRURGIJE PREBAVIL OB 50-LETNICI KO ZA ABDOMINALNO KIRURGIJO UKC LJUBLJANA

kraj: LJUBLJANA, Hotel Slon	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: specialisti: 250 EUR, specializanti: 150 EUR, za upokojence in študente ni kotizacije	k. točke: ***
vsebina: Teme Jubilejnega simpozija kirurgije prebavil bodo rak debelega črevesa in danke, kronična vnetna črevesna bolezen, akutna stanja v kolorektalni kirurgiji ter obeležje 50-letnice delovanja oddelka.	organizator: UKC Ljubljana, Kirurška klinika, KO za abdominalno kirurgijo	prijave, informacije: David Badovinac, T: 01 522 47 50, E: david.badovinac@kclj.si , W: www.koak.si	

15.–16. ob 8.30 • XXIII. ŠOLA ANTIKOAGULACIJSKEGA ZDRAVLJENJA

kraj: ni podatka	št. udeležencev: 50	kotizacija: 130 EUR	k. točke: 10
vsebina: šola	organizator: Sekcija za antikoagulacijsko zdravljenje in preventivo tromboemboličnih bolezni – SZD	prijave, informacije: Alenka Mavri, E: alenka.mavri@kclj.si , W: www.trombo.net	

21. ob 13.00 • CVAHTETOV DAN JAVNEGA ZDRAVJA 2023: STOLETJE ORGANIZIRANEGA JAVNEGA ZDRAVJA V SLOVENIJI TER 70 LET ORGANIZIRANEGA POUKA NA MEDICINSKI FAKULTETI UNIVERZE V LJUBLJANI

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani	št. udeležencev: 70	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Dogodek je namenjen strokovni javnosti različnih strok, ki obravnavajo področje javnega zdravja.	organizator: Katedra za javno zdravje Medicinske fakultete UL, prof. dr. Lijana Zaletel Kragelj	prijave, informacije: prijave: E: kjz@mf.uni-lj.si , informacije: Mojca Juričič, E: mojca.juricic@mf.uni-lj.si , T: 01 543 75 64, Nina Košir, E: nina.kosir@mf.uni-lj.si , T: 01 543 75 40	

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: ***
vsebina: 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/s/strokovni-dogodki/ do 1. 9. 2023, informacije: Marko Oset, E: dogodki@ir-rs.si , T: 030 620 377	

22.–23. ob 8.30 • IZOBRAŽEVANJE IZ MANAGEMENTA IN DRUGIH VODSTVENIH KOMPETENC ZA ZDRAVNIKE IN ZOBOZDRAVNIKE: MANAGEMENT KAKOVOSTI IN VARNOSTI V ZDRAVSTVU

kraj: ni podatka	št. udeležencev: 22	kotizacija: 340 EUR + DDV/modul (2 dni oz. 16 ped. ur) za člane ZZS v primeru prijave na vseh 8 modulov, v primeru prijave na posamični modul je cena 390 EUR + DDV/modul	k. točke: ***
vsebina: Zagotavljanje kakovosti je danes ključna usmeritev sodobnih organizacij, od natančne analize zahtev in potreb uporabnikov storitev do oblikovanja in nudenja ustrezne storitve. Slušatelji se seznanijo z načeli kakovosti v zdravstvu, z modeli in projekti za izboljševanje kakovosti zdravstvene obravnave.		organizator: Zavod za razvoj zdravstvenega managementa	prijave, informacije: Denis B. Ujčič, T: 040 851 521, E: info@zdravstvenimangement.si , W: www.zdravstvenimangement.si

22.–23. ob 8.45 • PSIHLOGIJA KOMUNICIRANJA IN MEDOSEBNIH ODNOSOV

kraj: VELENJE, Hotel Paka	št. udeležencev: 70	kotizacija: 290 EUR	k. točke: 15
vsebina: Dvodnevno izobraževanje je namenjeno zdravstvenim delavcem, ki se ukvarjajo z oskrbo oseb s kroničnimi stanji, in je osredotočeno na pomen veščin, kot so komunikacija, motivacija, timsko delo, soočanje s stresom, vseživljenjsko učenje in upravljanje informacij, upravljanje časa, prilagodljivost ter učinkovito vodenje v timih in pri oskrbi bolnikov. Prepoznavanje omenjenih veščin ter njihova uporaba vpletene vključi v pozitivno soodvisnost in povezanost pri doseganju lastnih ciljev, ciljev podjetja ali družinskih odnosov.		organizator: Društvo EDMED	prijave, informacije: Simon Javornik, T: 041 724 318, E: info@društvoEDMED.si , W: www.društvoEDMED.si

22.–23. ob 9.00 • INTERNA MEDICINA 2023 – 7. KONGRES IN 34. SREČANJE ZDRUŽENJA INTERNISTOV

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: do 1. 9. 2023 180 EUR + DDV, po 1. 9. 2023 200 EUR + DDV	k. točke: 12
vsebina: posodabljanje znanja iz interne medicine ter vej interne medicine, družinske medicine in drugih konservativnih strok medicine	organizator: Združenje internistov SZD	prijave, informacije: prof. dr. Radovan Hojs, dr. med., v. svet., T: 02 321 28 71, 041 719 734, E: branka.halozan@ukc-mb.si , W: www.zis-szd.si	

22.–23. ob 17.00 • III. SLOVENSKA ŠOLA AKUPUNKTURE – SZAK PRI SZD, 1. sklop

kraj: LAŠKO, Termalna Laško, Center zdravja Laško	št. udeležencev: 30	kotizacija: znaša 3.000 EUR + DDV (plačilo v celoti, 2 ali 3 obrokih)	k. točke: ***
vsebina: Slovenska šola akupunkture z udeležbo slovenskih in tujih predavateljev. Šola je namenjena zdravnikom in zobozdravnikom z licenco, traja 300 ur od aprila 2023 do junija 2024 (10 ciklusov predavanj po 16 ur, delavnice, priprava seminarских nalog, vaje in izpit), 2. sklop 20.–21. 10., 3. sklop 17.–18. 11., 4. sklop 15.–16. 12.		organizator: Združenje za akupunkturo SZD	prijave, informacije: Jadwiga Hajewska Kosi, T: 031 606 183, E: jadwiga.hkosi@gmail.com

22.–23. • 1. SLOVENSKA ŠOLA OSKRBE DIHALNE POTI

kraj: MARIBOR, Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru	št. udeležencev: 40	kotizacija: specialisti 300 EUR, specializanti 240 EUR	k. točke: ***
vsebina: Šola je namenjena specializantom in specialistom različnih strok: anesteziologije in intenzivne medicine, interne medicine, urgentne medicine, družinske medicine, pediatrije, nevrologije, otorinolaringologije in maksilofacialne kirurgije, torakalne kirurgije itd.		organizator: Slovensko združenje za anesteziologijo in intenzivno medicino	prijave, informacije: prijave: W: https://www.szaim.org/1-slovenska-sola-oskrbe-dihalne-poti/ , informacije: Robert Berger, T: 01 522 88 07, 040 544 395, E: info@szaim.org , W: www.szaim.org

23. ob 9.00 • RAZLIČNE PREPARACIJE ZOPA ZA ONLEJ – OSKRBA ZOPA OD PREPARACIJE DO CEMENTIRANJA

kraj: ni podatka	št. udeležencev: 12	kotizacija: 450 EUR	k. točke: 7
vsebina: Na delavnici bodo poleg različnih preparacij zob za onlej predstavljene prednosti takojšnje vezave adhezivnega sistema na dentin, dviga gingivalne stopnice s kompozitom, uporabe sodobnih adhezivnih sistemov in adhezivnega cementiranja.		organizator: Zobozdravstvo Pohlen in izobraževanja, dr. Boštjan Pohlen, s.p.	prijave, informacije: Urška Brecl, T: 01 520 48 02, 070 772 527, E: urška.brecl@prodent.si , W: https://www.prodent.si/izobrazevanja

26. ob 14.00 • IZZIVI PREPOZNAVNE, ZDRAVLJENJA IN PREPREČEVANJA OSLOVSKEGA KAŠLJA

kraj: LJUBLJANA, UKC, Klinika za infektivne bolezni in vročinska stanja	št. udeležencev: 175	kotizacija: ni podatka	k. točke: 3
vsebina: strokovno srečanje	organizator: UKC Ljubljana, Klinika za infektivne bolezni in vročinska stanja	prijave, informacije: Simona Rojs, T: 01 522 42 20, E: simona.rojs@kclj.si , W: https://szi.si/	

28.–30. ob 12.00 • SINAPSINA MEDNARODNA NEVROZNAVSTVENA KONFERENCA (SINAPSA NEUROSCIENCE CONFERENCE, SNC'23)

kraj: LJUBLJANA, Pravna fakulteta Univerze v Ljubljani, Poljanski nasip 2	št. udeležencev: 300	kotizacija: do 24. 8. 250 EUR (za študente in specializante 120 EUR), po 24. 8. 300 EUR (za študente in specializante 150 EUR)	k. točke: 21,5
vsebina: SiNAPSA, Slovensko društvo za nevroznanost, pripravlja mednarodno nevroznanstveno konferenco (SiNAPSA Neuroscience Conference, SNC) s pestrim znanstvenim in spremljevalnim programom, ki poleg tematsko raznolikih simpozijev vključuje tudi vabljen predavanja vodilnih domačih in tujih strokovnjakov.	organizator: SiNAPSA, Slovensko društvo za nevroznanost	prijave, informacije: Blaž Koritnik, T: 031 348 024, E: blaz.koritnik@sinapsa.org , W: http://www.sinapsa.org/SNC23	

29.–30. ob 9.00 • ACHD ACADEMY UPDATE – 2ND INTERNATIONAL CONGRESS OF ADULT CONGENITAL HEART DISEASE

kraj: LJUBLJANA, Hotel Slon	št. udeležencev: 150	kotizacija: do 1. 7. 350 EUR, nato 450 EUR, virtualna udeležba: do 1. 7. 100 EUR, nato 200 EUR, za študente, specializante in medicinske sestre: do 1. 7. 250 EUR, nato 350 EUR	k. točke: ***
vsebina: Kongres je namenjen vsem strokovnjakom, ki se pri svojem delu srečujejo z odraslimi bolniki s prirojenimi boleznimi srca. Predavali bodo vodilni evropski strokovnjaki s tega področja. Med drugimi bodo glavne teme kongresa diagnostika in zdravljenje prirojenih srčnih napak pri odraslih, pljučna hipertenzija ter posebnosti pri obravnavi spremljajočih stanj pri tej populaciji.	organizator: Slovensko društvo za prirojene srčne napake	prijave, informacije: Katja Prokšelj, T: 01 522 85 72, E: info@achdacademy.com , W: https://achdacademy.com/	

30. ob 8.30 • MEDNARODNA IZOBRAŽEVALNA DELAVNICA O BOLEČINI

kraj: LJUBLJANA, Pravna fakulteta Univerze v Ljubljani, Poljanski nasip 2	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 100 EUR, za študente doktorskega študijskega programa Biomedicina Univerze v Ljubljani 50 EUR	k. točke: v postopku
vsebina: SiNAPSA, Slovensko društvo za nevroznanost, za konec septembra 2023 pripravlja (sicer bialno) mednarodno nevroznanstveno konferenco (SiNAPSA Neuroscience Conference, SNC). Del SNC je že tradicionalno tudi izobraževalna delavnica za mlade strokovnjake na različnih področjih (medicina, psihologija, temeljna nevroznanost ipd.), kjer vedno obravnavamo eno izmed tem, ki so zanimive tako za raziskovalce kot klinične strokovnjake, in jo predstavimo na didaktičen način skozi niz predavanj in razpravo. Za temo letošnje delavnice smo izbrali bolečino. Prvi del bo posvečen nevroznanstvenim spoznanjem o (pato)fiziologiji bolečine, drugi del pa bo obarvan bolj klinično in bo prednostno obravnaval različne načine lajšanja bolečine.	organizator: SiNAPSA, Slovensko društvo za nevroznanost	prijave, informacije: Blaž Koritnik, T: 031 348 024, E: blaz.koritnik@sinapsa.org , W: http://www.sinapsa.org/SNC23/workshop/programme	

30. 9.–1. 10. • MIŠICA V ZDRAVJU IN BOLEZNI

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 200	kotizacija: od 30 do 180 EUR, več W: www.klinicna-prehrana.si	k. točke: 11,5
vsebina: Simpozij je namenjen zdravnikom specialistom in specializantom vseh kliničnih strok, dietetikom, kineziologom, fizioterapevtom, strokovnim delavcem v športu in študentom, ki se želijo dodatno izobraziti na področju klinične prehrane. Poudarek bo predvsem na oblikovanju celostnega pristopa k ohranjanju primerne telesne sestave, preventivi ter obravnavi sarkopenije ter pomenu mišične mase v zdravju in bolezni. Na simpoziju je možno sodelovati tudi s predstavitev prostih tem, ki se tematsko navezujejo na področje klinične prehrane in mišične mase. Naslovi sklopov prostih tem so navedeni na programu srečanja. Predstavitve so lahko v obliki kliničnih primerov ali lastnih raziskav. Rok za oddajo pisnih izvlečkov je 15. julij 2023, prispevki.szkp@gmail.com	organizator: Slovensko združenje za klinično prehrano	prijave, informacije: Ana Karin Kozjek, T: 041 733 384, E: kozjekak@gmail.com , W: www.klinicnaprehrana.si	

Zimski semester 2023/24 (prvi trije petki v mesecu) • PODIPLOMSKI TEČAJ IZ GERIATRIJE

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Seminar SZD, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 30	kotizacija: 700 EUR, za študente medicine ni kotizacije	k. točke: ***
vsebina: Slovenska medicinska akademija v sodelovanju z Medicinsko fakulteto v Ljubljani organizira enosemestrski podiplomski tečaj iz geriatrije, ki je namenjen zdravnikom družinske medicine in zdravnikom drugih specialnosti, ki se ukvarjajo z boleznimi starostnikov. Predstavljene bodo značilnosti bolezni v starosti in posebnosti zdravljenja bolezni starostnikov.	organizator: Slovenska medicinska akademija v sodelovanju z MF v Ljubljani, prof. dr. Pavel Poredoš	prijave, informacije: prijave: Slovensko zdravniško društvo, Dunajska cesta 162, 1000 Ljubljana, Irena Perne ali prof. dr. Pavel Poredoš, informacije: Irena Perne, SZD, T: 01 434 25 80, Pavel Poredoš, T: 041 703 038, E pavel.poredos@kclj.si	

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

Osnovno zdravstvo Gorenjske

Spoštovana kolegica, cenjeni kolega!

Osnovno zdravstvo Gorenjske je javni zdravstveni zavod, ki poleg izvajanja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni izvaja tudi določeno specialistično zdravstveno dejavnost. Svojo dejavnost izvaja v zdravstvenih domovih 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,**
- **zdravnika specialista 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 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 vljudno vabimo, da nam posredujete svoj življenjepis, dokazila o zahtevani izobrazbi, potrdilo o opravljenem specialističnem izpitu ali nam pišete na spodaj navedene naslove. Dogovorili se bomo za srečanje, kjer vam bomo lahko podrobneje predstavili možnosti dela v naši ustanovi. Kandidati naj posredujejo prošnje do **31. 7. 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

Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj

razpisuje prosto delovno mesto

*(višji) zdravnik specialist interne medicine PPD1 (m/ž)/
zdravnik specialist interne medicine PPD1 (m/ž)*

za potrebe internega oddelka.

Na prosto delovno mesto bomo zaposlili 2 kandidata.

Kandidati, ki se prijavljajo na prosto delovno mesto, morajo poleg pogojev, določenih z zakonom, izpolnjevati še posebne pogoje:

- končana medicinska fakulteta – pridobljen naziv doktor medicine,
- opravljen specialistični izpit ustrezne smeri,
- najmanj 5 let delovnih izkušenj na področju specialnosti,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika na visoki ravni.

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s štirimesečnim poskusnim delom, in sicer za polni ali krajši delovni čas. Ponujamo stimulatívno delovno okolje, možnost kariernega napredka in finančno nagrajevanje delovne uspešnosti.

Obstaja tudi možnost sklenitve pogodbe civilnega prava.

Pisne vloge z dokazili o izpolnjevanju pogojev, kratkim življenjepisom in opisom dosedanjih delovnih izkušenj naj kandidati pošljejo najkasneje do 17. 7. 2023 na naslov: Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj, Potrčeva cesta 23, 2250 Ptuj, ali na elektronski naslov: tajnistvo@sb-ptuj.si.

Kandidati bodo o izbiri obveščeni po končanem postopku izbire.

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.

Splošna bolnišnica Slovenj Gradec

razpisuje naslednja prosta delovna mesta:

5 x zdravnik specialist z opravljeno specializacijo iz anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine (m/ž)

in

5 x zdravnik specialist z opravljeno specializacijo iz interne medicine (m/ž)

Delovno razmerje bo sklenjeno za **nedoločen čas** s štirimesečnim poskusnim delom.

Pogoji za zasedbo delovnega mesta so:

- končana VII/2 stopnja strokovne izobrazbe – medicinska fakulteta, pridobljen naziv doktor medicine,
- opravljen strokovni izpit za poklic doktor medicine,
- opravljen specialistični izpit ustrezne smeri,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije za samostojno delo in
- aktivno znanje slovenskega jezika ter aktivno znanje angleškega ali nemškega jezika.

Pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju razpisnih pogojev in kratkim življenjepisom pošljite v roku **30 dni od objave** na naslov: Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, Gosposvetska cesta 1, 2380 Slovenj Gradec.

O izbiri bodo prijavljeni kandidati obveščeni po končanem postopku izbire.

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.

Cenik malih oglasov v reviji Isis

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

Cena objave malega oglasa je odvisna od njegovega obsega:

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

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

Dvajset let reških srečanj o zgodovini medicine

Zvonka Zupanič Slavec, Vojteh Cestnik

Hrvaško znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture in Medicinska fakulteta na Reki od leta 2000 prirejata vsakoletni znanstveni simpozij Reka in Rečani v zgodovini medicine (*Rijeka i Riječani u medicinskoj povjesnici*), ki je večinoma potekalo na Medicinski fakulteti na Reki, zadnja leta pa v Državnem arhivu na Reki. Kot ime pove, je poudarek na predstavitev zgodovine medicine v reškem okolišju, v prostih temah pa se zvrstijo predstavitve z drugih področij in tudi veterinarske medicine. Nekateri referati so kot znanstveni članki objavljeni v reviji *Acta medico-historica Adriatica* (AMHA). Dvajseto srečanje je bilo 4. novembra 2022. Predstavljenih je bilo 16 predavanj, od tega osem s področja zgodovine medicine Reke in okolice, osem pa iz drugih medicinskih zgodovinskih tematik.

Inštitut za zgodovino medicine Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani se je s sodelavci iz Znanstvenega društva za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije redno udeleževal tega stanovskega srečanja iz zgodovine medicine in pri tem širil znanje o medsebojni povezanosti medicine pri Slovencih in Hrvatih na kvarnerskem področju, kakor tudi o drugih temah iz nacionalne zgodovine medicine, ki so tako zaživele v širšem prostoru. Tudi slovenski Pintarjevi dnevi, ki so opravljali podobno poslanstvo kot reška srečanja, so številna leta gostili hrvaške kolege in bodo kmalu ponovno nadaljevali svojo strokovno, stanovsko in meddržavno povezovanje.

Na reških srečanjih so slovenski predavatelji predvsem s profesionalno zgodovinarico medicinske zdravnice prof. dr. Zvonko Zupanič Slavec vsa leta bogatili strokovno in človeško povezovanje in druženje. Velikega pomena je bilo tudi sodelovanje študentov ljubljanske medicinske fakultete, ki so različne teme vsakoletnih srečanj bogatili z domačimi vsebinami oziroma spoznanji. Še posebej dragoceno je bilo srečanje leta 2014 ob stoletnici začetka prve svetovne vojne,

kjer je sodelovalo veliko ljubljanskih študentov z več referati. Na prvih srečanjih je pogosto sodeloval tudi pokojni ljubiteljski zgodovinar medicine prim. mag. Mario Kocijančič, ki je številna srečanja popisal tudi za bralce revije Isis. Posebno poslanstvo je na teh srečanjih opravila družina Fischinger z zdravnikoma doc. dr. Janezom Fischingerjem in Alešem Fischingerjem ter Dušo Fischinger. Skozi dolga leta so namreč prinašali nova in nova študijska spoznanja iz življenja in dela utemeljitelja opatijske talasoterapije prof. dr. Juliusa Glaxa, ki je nekaj let ustvarjalno sodeloval tudi pri profesionalizaciji zdraviliškega dela v Rogaški Slatini. Nato je talasoterapevtsko poslanstvo opravil s poglobljenim delom v Opatiji, kamor je vpeljal najrazličnejše metode zdraviliškega dela in njegove organizacije mednarodne promocije, da je Opatija postala osrednje jadransko avstro-ogrsko mondeno zdravilišče in letovišče. Tja so se namreč zgrinjale množice zdravja in sprostitve željnih meščanov iz velikih celinskih avstro-ogrskih mest. Večino teh tudi v avstrijskih in reških arhivih pridobljenih gradiv so objavili v osrednji zgodovinskomedicinski hrvaški in mednarodni reviji AMHA.

Pa se vrnimo k 20. srečanju. Pred njegovim začetkom je bil prof. dr. Ante Škrobonja za svojo zamisel, organiziranje in zasluge pri izvedbi srečanj združenja imenovan za častnega člana Hrvaškega znanstvenega društva za zgodovino zdravstvene kulture. Sledili so nagovori predstavnikov nekaterih hrvaških zdravstvenih ustanov, v katerih so poudarjali velik pomen prof. dr. Škrobonje pri razvijanju zgodovine medicine ne samo reškega okolja, pač pa tudi prispevek k spoznavanju splošne zgodovine hrvaške medicine. Klene besede zahvale je slavljencu namenila predstojnica Inštituta za zgodovino medicine MF UL in podpredsednica Znanstvenega društva za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije, prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec. Namesto odsotnega predsednika Mediko-historične sekcije Slovenskega zdravniškega društva prof. dr. Elka Borka je spregovoril mariborski fiziater, nekdanji reški študent



Zahvalne besede reškega zgodovinarja medicine prof. dr. Anteja Škrobonje

prireditve, obvestila o družabnih dogodkih in razstavah, prošnje za zbiranje prostovoljnih prispevkov, zahvale za sodelovanje pri različnih srečanjih in donacijah. Oglasi so bili plačljivi po ceniku uprave. Ob zaključku turistične sezone je Zdraviliška uprava objavila statistični pregled in finančno poročilo o poslovnem uspehu zdravilišča.

Prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec je spregovorila o zgodovini gibanj proti cepljenju in o sodobnih odgovorih nanje. Tovrstna gibanja obstajajo vse od uvedbe obveznega cepljenja proti črnim kozam, a so bila manj vpadljiva, saj ni bilo sodobnih sredstev komunikacije in se informacije niso tako hitro širile. Prva združenja proti cepljenju so nastajala v Angliji od 1853 do 1867. Ena največjih demonstracij proti cepljenju je bila leta 1885 v Leicesteru, v kateri je sodelovalo skoraj 100.000 ljudi. Angleška vlada

medicine prof. dr. Zmago Turk. Prof. dr. Škrobonji bo častna diploma izročena na naslednjem srečanju.

Predstavimo zgoščeno vsebino nekaterih zgodovinskomedicinskih referatov slovenskih avtorjev. Na reško temo sta referirala doc. dr. Janez Fischinger in Duša Fischinger, ki sta predstavila Zdraviliški časopis klimatskega zdravilišča in morskega kopališča Opatija, izvirno imenovan *Curliste Klimatischer Curort und Seebad Abazia*. Časopis je izhajal od 1884 do 1906 po vzoru podobnega lista iz Karlovih Varov. Izdajala ga je zdraviliška uprava, izhajal je trikrat mesečno, tiskala ga je hiša Kleinmayer & Bamberg iz Ljubljane. Obsegal je šest strani in bil s tem obsežnejši kot list iz Karlovih Varov, ki je obsegal le dve strani. Stalne rubrike so bile gostje, zdravniki in izobraževanje. Uprava je objavljala tudi obvestila o širjenju kolere in stekline. Zaradi slednje so morali biti psi na vrvcih in imeti nagobčnike. V okviru zdraviliške uprave sta delovali slikarski šoli Raoula Franka in Gilberta Brunora. Različne organizacije in posamezniki so objavljali vabila na dobrodelne



Dolgoletna vodilna akademska zgodovinarja medicine z reške in ljubljanske medicinske fakultete profesorja dr. Ante Škrobonja in dr. Zvonka Zupanič Slavec s sodelavci strokovno in prijateljsko povezujeta bližnji ustanovi.



Predavanje profesorjev dr. Vojteha Cestnika in dr. Andreja Pengova o publikacijah s področja veterinarske medicine v 18. in 19. stoletju

je zato 1898. prenehala kazensko preganjati tiste, ki se ne cepijo. V ZDA pa je cepljenje ostalo obvezno in kršilci so bili zakonsko odgovorni. Predavateljica je nanizala kratek zgodovinski pregled cepljenj od prvih variolizacij na Kitajskem, v Indiji in na Cejlonu do Jennerjeve vakcinacije leta 1796. Cepljenje je ena največjih pridobitev medicine, ki je rešila od 1 do 1,5 milijarde življenj. Številne kužne bolezni, ki so terjale ogromen smrtni davek, predvsem pri otrocih, so s cepljenjem v zahodnem svetu skoraj izginile. Sodobna proticepilska gibanja so posledica stanj in razmer v družbi, pri katerih ima velik vpliv nekritično sporočanje s spleta ter miselnost, da je v duhu demokratičnosti odločiti se za cepljenje ali proti njemu.

Za razvoj medicine v Sloveniji je bila pomembna kirurginja prof. dr. Zora Janžekovič (1918–2015), ki so jo avtorji prispevka o njej, prof. dr. Zmago Turk, prof. dr. Elko Borko in prof. dr. Dušanka Mičetić Turk, imenovali genij plastične kirurgije. V Slovenski Bistrici rojena zdravnica je razvila izvirno metodo zgodnjega kirurškega zdravljenja opeklin, t. i. tangencialno ekscizijo. Metodo je najprej prikazala na Kliniki za plastično kirurgijo v Ljubljani in nato v tujini. Tedanji sekretar *World Burn*

Association prof. dr. Douglas Mac Jackson je metodo ocenil za pomembno in avtorico imenoval vodilnega plastičnega kirurga na svetu. Na 3. kongresu Jugoslovanske zveze za plastično in maksilofacialno kirurgijo z mednarodno udeležbo, ki ga je prof. dr. Janžekovič organizirala v Mariboru leta 1968, je predstavila novo metodo in jo podkrepila z rezultati preko 1330 uspešnih zdravljenj. Ime mariborske bolnišnice se je razširilo po vsem svetu in Splošna bolnica Maribor je postala svetovni izobraževalni center za zdravljenje opeklin.

Profesorja dr. Andrej Pengov in dr. Vojteh Cestnik z Veterinarske fakultete v Ljubljani sta predstavila veterinarske publikacije 18. in 19. stoletja s področja Slovenije. Prvi zapisi o živinskih kužnih boleznih se nanašajo na govejo kugo, ki je bila verjetno največji problem živinorejcev v 18. stoletju. O njej so pisali Marko Gerbec, Marko Plenčič in Giovanni Antonio Scopoli. O drugih živalskih boleznih sta pisala Balthasar Hacquet in Janez Žagar. Ob koncu 18. stoletja sta bili v slovenščino prevedeni dve knjigi dunajskega profesorja na veterinarski šoli Johanna Gotlieba Wollsteina. V 19. stoletju je Kranjska kmetijska družba izdajala nekaj časopisov z nasveti kmetom in drugim

živinorejcem o zdravljenju in preventivi živinskih boleznih. V času delovanja Živinozdravniške in podkovske šole v Ljubljani (1850–1881) je izšlo pet knjig, ki so pokrivala najpomembnejša področja tedanje veterinarske stroke. Avtorja sta bila dr. Simon Strupi in dr. Janez Bleiweis. Ob koncu 19. stoletja sta izšli knjigi o zdravljenju živine in o živinoreji Franja Dularja.

Tudi letošnje reško srečanje se je končalo s prijetnim druženjem in pogovori o poslušanih temah.

Slovenski zgodovinarji medicine z Inštitutom za zgodovino medicine MF UL na čelu smo iskreno hvaležni vodji teh srečanj, zdravniku prof. dr. Anteju Škrobonji s sodelavci, da je skozi dolga leta opravljal neprecenljivo zgodovinskomedicinsko in stanovsko povezovalno poslanstvo med dvema narodoma, med hrvaškimi in slovenskimi zdravniki, zobozdravniki, veterinarji, biologi in podobnimi naravoslovnimi strokami, ki interdisciplinarno sodelujejo in soustvarjajo v medicini. Ob 10-letnici srečanj so mu slovenski zgodovinarji medicine poklonili tudi častno članstvo v slovenskem Znanstvenem društvu za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije. Naj živi in se nadgrajuje strokovno in stanovsko sodelovanje med sosednjima narodoma, ki delita tudi bogato stanovsko zgodovino.

Foto: Duša Fischinger

Prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec, dr. med., Medicinska fakulteta UL, Inštitut za zgodovino medicine, zvonka.zupanic-slavec@mf.uni-lj.si
Prof. dr. Vojteh Cestnik, dr. vet. med., zaslužni profesor UL, vojteh.cestnik@vf.uni-lj.si

| Dragi Eldar,

tvoji najbližji, člani družine, dolgoletni sošolci in kolegi, smo s tesnobo v srcu spremljali iztekanje tvojega življenja.

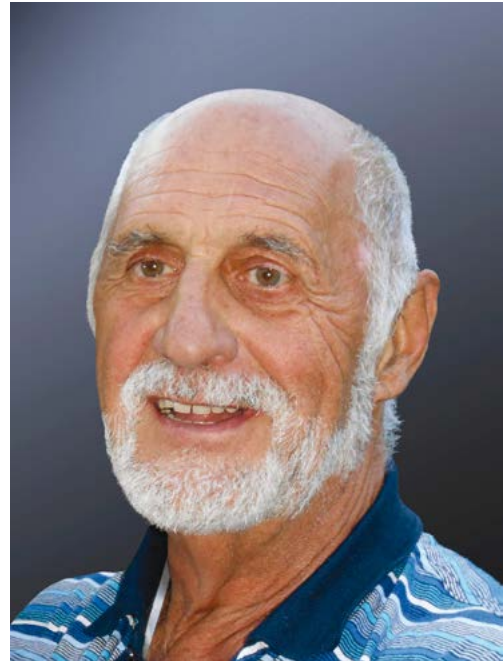
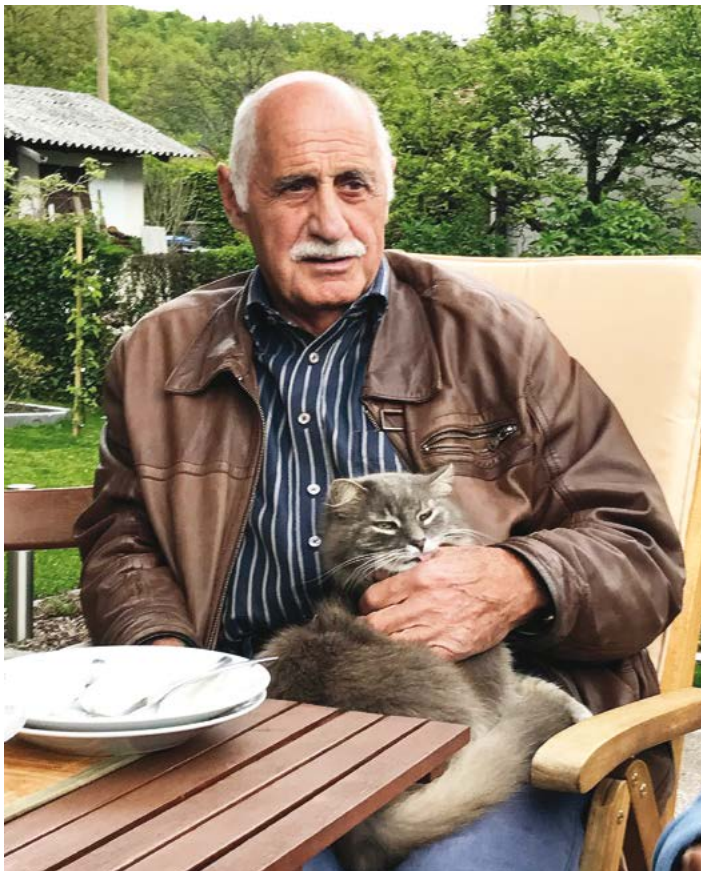
Sporočilo o tvoji smrti je prišlo najprej iz uredništva naše stanovske revije Isis, saj je bilo treba v junijski številki ustrezno popraviti članek Naša generacija 1964/69.

Istovrstno sem po e-pošti dobil obvestilo našega dežurnega kronika, sošolca Leopolda Vidmarja: »Danes ponoči je mirno zaspal naš Eldar.«

Nedolgo zatem me je poklicala tvoja žena Meta in mi doživeto opisala zadnje ure tvojega življenja, doma v krogu svojih najbližjih, tudi otrok Andreja, Aljoše in Arijane.

Kot prvega sem o tvoji smrti obvestil najinega učitelja, skupnega prijatelja in zaupnika Marjana Kordaša, zelo na kratko, saj podrobnosti takrat še nisem poznal.

Na hitro sem preletel intervju Pavleta Kornhauserja s tabo v reviji Isis 10/2012, se spomnil tvojega obsežnega življenjepisa »Škarje, prosim«



in naših druženj v osnovni šoli, gimnaziji in na fakulteti.

Pa o tem drugič ...

Nisi bil fatalist kot med nami prvi pokojni, patolog Tomaž Rott, niti ateist, ampak agnostik, kot si me po telefonu prepričal nekje ob koncu epidemije covid-19.

S Tomažem Rottom sva stanovala na isti strani najbolj blatne ulice v Ljubljani (s sliko v dnevnem časopisu), Scopolijske ulice v Šiški, nekaj hiš narazen. Tomaž je bil staroselec, starša upokojena učitelja, sestra zdravnica, ki se je omožila z zdravnikom Jurijem Pesjakom v Sevnici, kjer sta bila dolga leta edina zdravnika. S Tomažem sva skupaj peš hodila na OŠ Valentinova Vodnika na Vodnikovi cesti, po mojih izkušnjah najbolj prašni ulici v Ljubljani.

Ti si se z mamo Marino Lenarčič preselil v velik blok na Celovški cesti za občino Šiška, kjer je mama dobila mesto tajnika občine, to je vodje vsega občinskega aparata. Prej sta stanovala v majhnem stanovanju v Trstenjakovi ulici nasproti Gospodarskega razstavišča pri njenih starših. V vajinem velikem novem stanovanju smo se sošolke in sošolci družili na takrat modernih »hausbalih«.

Na Plečnikovem stadionu si treniral troskok in bil zelo dober v metu kopja.

Vsa leta našega druženja si vedel, da boš kirurg kot tvoj oče in ded.

Črt

Prof. dr. Črt Marinček, dr. med.,
v. svet., Ljubljana

Prim. dr. Irena Brovet Zupančič (1944–2023)

Polona Jaki Mekjavé

Prim. Zupančičevo sem prvič srečala še na »stari« Očesni kliniki, ko sem želela delati študentsko raziskavo s področja oftalmologije. Nad očesnimi vsebinami sem se sicer navduševala že prej, a najino dejavno sodelovanje je mojo raziskovalno in poklicno željo nepričakovano še okrepilo. Kot somentorica mi je neutrudno stala ob strani pri pisanju študentske Prešernove naloge ter mi odločilno pomagala s svojim znanjem in s svojo požrtvovalnostjo. Vse to odraža njeno napredno in nekonvencionalno razmišljanje ter nesebično spodbujanje svojih mladih naslednikov, da bi tudi oni – tako kot ona – na svoji poklicni poti dosegli čim več ter morda nekoč celo »prekosili« svojega učitelja.

Primarijka dr. Irena Hedvika Brovet Zupančič je leta 1968 zaključila študij na Medicinski fakulteti v Ljubljani in leta 1974 na ljubljanski Univerzitetni očesni kliniki opravila še specializacijo iz oftalmologije. Leta 1989 je postala specialistka akademske stopnje iz oftalmologije in leta 1996 pridobila naziv doktorica znanosti. Z znanjem, ki ga je prinašala iz tujine, je bogatila slovensko oftalmološko stroko. Nenehno se je izobraževala v evropskih državah – v Beogradu in Zagrebu, v Münchnu, Leipzigu in Essnu, v Luzernu in Bernu, na Dunaju in drugod. To ji je dalo zagon, da je pri nas uvedla številne nove diagnostične in terapevtske metode, »odprla« ambulantno za ehografijo in ambulantno za ščitnično orbitopatijo ter bila pionirka v zdravljenju očesnih tumorjev z brahiterapijo. Odločno in samostojno je vodila Oddelek za funkcionalno diagnostiko.



Prav ona me je tudi bolje seznanila z odločilnim in nepogrešljivim delom očesa – mrežnico. Pri njej sem prvič videla tedaj revolucionarne slikovne diagnostične metode, ki mi jih je kasneje tudi natančno predstavila, danes pa jih intenzivno in prednostno preučujem in uporabljam na svoji poklicni poti.

Prim. Zupančičeva je bila vzor ne le meni, ampak številnim generacijam specializantov oftalmologije. Njeno pedagoško delo je vključevalo izobraževanje studentov medicine na Medicinski fakulteti in višjih zdravstvenih delavcev na Visoki šoli za zdravstvene delavce, kot mentorica pa je številnim pomagala pri dodiplomskih in podiplomskih nalogah.

Na Očesni kliniki v Ljubljani je bila zaposlena kar 25 let. Z lastnim zgledom je vseskozi kazala, kako naj se zdravnik obnaša do svojih bolnikov – empatično, spodbudno in ohrabrujoče. Leta 1996 se je, sredi svoje poklicne poti, pogumno odločila, da svoje znanje posreduje naprej – konkretno in neposredno. Bila je namreč ena prvih, ki je pri nas odprla zasebno očesno ordinacijo, v kateri je vrsto let pomagala bolnikom, ki so z bolj ali manj resnimi težavami pri njej upajoče iskali in tudi našli strokovno pomoč.

V zadnjih letih je svoje oči usmerjala še na neznanstveno področje, navidezno povsem nasprotno natančnemu zdravniškemu delu, ki mu je

posvetila večino svojega življenja. Predala se je umetnosti. Ne le kot opazovalka. Njene oči so natančno izbirale barvne odtenke, mehke in manj mehke linije, ter jih – podobno kot mrežnica – sestavljale v slike tihožitij in krajinskih podob.

Primarijka dr. Irena Brovet Zupančič nam je s svojim življenjskim poslanstvom in lastnim zgledom vsa leta dokazovala, da so oči tisti del človeškega telesa, ki se najbolj vztrajno oklepa tuzemskega življenja. O tem

nam je pričala s svojim življenjskim zgledom.

Pogrešamo jo.

**Prof. dr. Polona Jaki Mekjavc, dr. med.,
za Združenje oftalmologov Slovenije**



DOMUS MEDICA

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

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

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

Organizatorji pa lahko tu ponudite vse informacije o svojem srečanju.

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

INFORMACIJE:
Andreja Stepišnik
01 30 72 194
andreja.stepisnik@zzs-mcs.si



Goran Marković: Beograjski trio

Mladinska knjiga, Ljubljana, 2020, 199 str. Prevod: Urban Vovk

Marjan Kordaš

Bojim se, da sem avtorjev uvodni komentar (str. 9) bral površno. Zato sprva nisem vedel, kaj naj počnem z branjem dokumentov iz tajnih angleških in jugoslovanskih arhivov. Tako sem začel listati po knjigi ter se po srečnem naključju ustavil na str. 162 pri pismu, ki ga je Charles Brinsley, angleški veleposlanik v Jugoslaviji, dne 18. 7. 1951 poslal v London Ernestu Bevinu, ministru za zunanje zadeve Združenega kraljestva. V tem pismu gre za opis diplomatskega škandala, ki ga je zakuhal angleški (slavni? sporni?) pisatelj in pesnik Lawrence Durrell, ki je zaradi pomanjkanja denarja postal angleški vohun v Jugoslaviji. Zgodba o tem diplomatskem škandalu mi je bila tako noro smešna in hkrati neverjetna, da sem se z branjem vrnil na začetek ter vsebino posameznih dokumentov začel sestavljati v smiselno celoto.

Brez premora sem bral dva dni. In četudi sem vedel, da bom moral nekaj zapisati, sem se zaradi tragičnosti, grozljivosti in človeške zločinskosti zgodb(e) trudil čim več prebranega pozabiti.

Na srečo mi to ni uspelo.

Osrednja zgodba se začne v maju 1948 v Beogradu. Gre za Boro Tankosića, polkovnika JLA, in njegovo ženo Vero, anglistko in prevajalko, ki pravkar iz angleščine v srbščino prevaja roman *Prepričevanje* (Jane Austen). Vera meni, da je angleščina jezik, ki ji je bližje kot srbščina. Ob resoluciji *Informbiroja* (junij 1948) se Bora odloči za Stalina, tj. proti Titu. Po spodletelih poskusih bega v Romunijo oz. na Madžarsko ga ujame UDB (Uprava državne bezbednosti, UDBA) ter ga pošlje na zloglasni Goli otok na »prevzgojo«. Medtem UDB tudi pritiska na Vero Tankosić, naj se odpove svojemu soprogu Bori. Ker se Vera temu upre, jo UDB v marcu 1949 zapre v neko koncentracijsko taborišče v Srbiji,

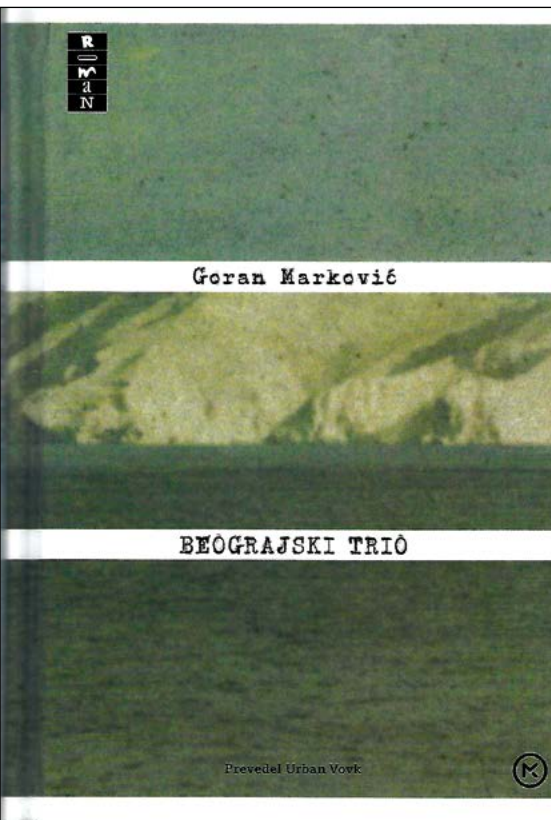
končno pa v marcu 1951 v koncentracijsko taborišče za ženske na otok Sv. Grgur, nekaj kilometrov severozahodno od Golega otoka.

Stranska zgodba se začne v marcu 1948 v Londonu na Secret Intelligent Service oz. MI6. Lawrence Durrell postane vohun z namenom organizirati angleško pomoč razbitim četničkim skupinam v Jugoslaviji. A namesto tega se Durrell zbliža z Vero Tankosić, svojo učiteljico srbskega jezika. Sicer sta tudi priložnostna ljubimca, a Durrell Vero in njeno tri leta staro hčer vseskozi zgledno oskrbuje z denarjem in hrano. Ko se zakonca Tankosić znajdeteta ločeno zaprta na Golem otoku oz. otoku Sv. Grgur, Lawrence Durrell organizira njun beg iz zapora. V noči s 13. na 14. avgust 1951 Bora Tankosić ukrade leseno vratno krilo, ga uporabi kot splav in z njim odvesla na Rab. Hkrati pa se njegova žena Vera nameni ožino med otokoma Rab in Sv. Grgur preprosto preplavati. Bori beg uspe, Vera pa med plavanjem omaga in utone.

UDB Durrellu ni kos; uspe mu najti Boro Tankosića, ga pretihotapiti do svojega avtomobila, ga odpeljati v Beograd do sovjetskega veleposlaništva, kjer Bora najprej dobi politično zatočišče, čez nekaj let pa možnost emigracije v Sovjetsko zvezo.

Beograjski trio ni le opis tragičnega življenja zakoncev (ki sta postala odpadnika, ne pa spreobrnjenca), temveč tudi nepozaben opis politikov, različnih rabljev ter politične policije tistega časa: Aleksandra Rankovića, Jova Kapičića ter drugih. Med rablji izstopa Juraj Špiler, folksdojčer, ki je bil med drugo svetovno vojno nacistični mučitelj ter likvidator partizanov. Po koncu druge svetovne vojne je bil v Jugoslaviji obsojen na smrt, a ga je Tito pomilostil na dosmrtni zapor. Tako ga v decembru 1950 iz zapora v (Stari?) Gradiški pripeljejo na Goli otok, kjer

1 *Resolucija Informbiroja* je bila objavljena 28. 6. 1948. Jaz, takrat dijak 6. razreda 1. gimnazije (realka) v Ljubljani, sem za resolucijo zvedel že prej. Poučil me je moj sošolec Nace G., sekretar SKOJ-a na naši gimnaziji; sedela sva v isti klopi. Delovanje »prevzgojenih« povratnikov z Golega otoka na MF je znano (npr. pri prvi reformi študija medicine leta 1962), ni pa še docela raziskano. *Informbiro* je tudi – precej komično – v š. l. 1951/52 posegel v prvo študentsko stavko na MF.



Špiller, nacistični krvnik, druge krvnike z Golega otoka uči, kako zasliševati zapornika po inkvizicijskih metodah, ne da bi zapornik umrl (str. 127). Neznansko zanimiva je rekonstrukcija

pogovorov, ki jih ima Lawrence Durrell s Kočo Popovičem (npr. str. 130, 149). Presunljivo je tudi poročilo o pogovoru v Centralnem komiteju v Beogradu, kako uvesti *posebne* (medicinske) metode z mamilami, učinkovitejše od *običajnega* mučenja (str. 69).

Na koncu knjige avtor bralca prosi za razumevanje, ker ne navaja virov o citiranih dokumentih. Bralec mora sam presoditi, ali je *Beograjski trio* resnična ali izmišljena zgodba. A naj bo tako ali drugače: gre za potrditev prav vsega znanega o t. i. *Informbiroju*.

Za tistega, ki je informbirojevski čas doživel, je tovrstno tuhtanje odveč, saj so izmišljene zgodbe lahko najbolj resnične.¹ Da rablji z Golega otoka nikakor niso mogli »prevzgojiti« Bora Tankosića. Da ga niso mogli »prevzgojiti«, kljub temu da je bil Bora skoraj ves čas svoje ječe na Golem otoku zaprt v t. i. *Petrovi jami*, najhujši mučilnici na otoku.

Beograjski trio me spominja na knjigo *Mož na grmadi* (Richard Friedenthal), na zbirko novel *Oči in svetloba* (Vercors, novela *Politična laž*) ter na film *Na smrt obsojeni pobegnil* (režiser Robert Bresson,

1956). Gre za opis dejavnosti človeka, ki jo poimenujem *upor posameznika proti sistemu*. Ti posamezniki (npr. Jezus, Jan Hus, Martin Luther, Galileo Galilei) so zame nekakšni nosilci zgodovine oz. nosilci humanistične tradicije – pa čeprav se je njihov boj proti sistemu ponekod sprevergel v svoje nasprotje, v stvaritev novega, pa vendar spet krivičnega sistema.

Za Boro Tankosića bi bilo mogoče reči, da je imel jeklen, nezlomljiv značaj. Pa vendar ga ne morem primerjati z Jezusom, Husom, Luthrom ali Galileom. S slednjimi je Tankosić neprimerljiv zato, ker je bil *verniki v sistem*. Sicer ni veroval v Tita, a je globoko veroval v Stalina.

Imenitna knjiga. Imeniten opis, kako ljudje različnih značajev lahko kratkoročno dobro oz. idealno sodelujejo.

In imeniten opis tistega časa ter razkola znotraj komunistične religije. Ko razkolnik postane hujši sovražnik kot pa vsi sovražniki dotle.

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

Nevidne ženske

Zdenka Čebašek - Travnik

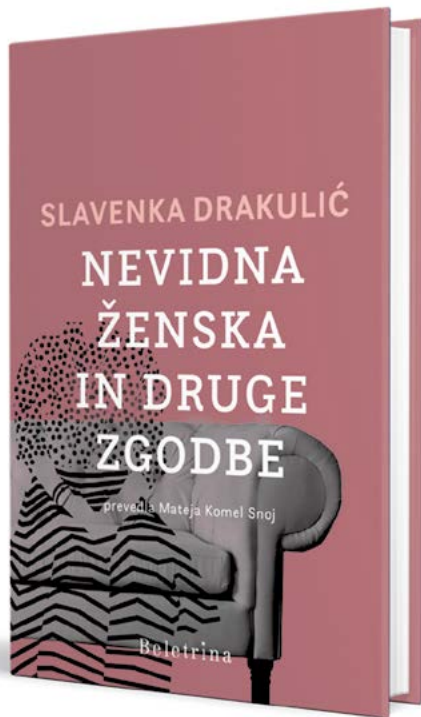
Knjiga znane pisateljice Slavenke Drakulić *Nevidna ženska in druge zgodbe* je še eno od njenih besedil, ki bralko ali bralca zadenejo v živo. Naša generacija se še spomni avtoričinih knjig *Kako smo preživeli komunizem in se celo smejali* ali *Okus po moškem*, mlajši pa tudi *Dora in Minotaver: moje življenje s Picassom* ali *Mileva Einstein, teorija žalosti*. Tudi ta knjiga ne potrebuje dodatne reklame, saj se vzpenja po lestvici najbolj prodajanih

knjig pri nas in je očitno zanimiva za širok krog bralcev. Poglejmo si, zakaj bi lahko bila zanimiva in koristna tudi za zdravnike.

Ko sem jo začela brati, sem takoj zaznala povezavo med vsebino in generacijo žensk, ki ji pripadam. Drugače kot Ivana Djilas, režiserka, ki je oblikovala gledališko predstavo *Nevidna ženska* v Anton Podbevšek teatru v Novem mestu in ki je v kolofonu med drugim zapisala:

»In zdaj sem jaz na tej točki, da razmišljam o ženskosti, naporih, smislu in staranju. Kdaj se srečamo z dejstvom, da smo stari? Kakšno je (videti) to srečanje? Kdo koga priznava in kdo zanika? Koliko to boli? Kako dolgo se lahko slepimo, da bomo enkrat nekoč vendarle stari? Do konca?

Tega me je zelo strah. Rada bi bila ponosna ženska pri 50 plus, 60 plus, 70 plus. Rada bi imela svoje mesto v



Drakulić, Slavenka: *Nevidna ženska in druge zgodbe*, Ljubljana: Beletrina, 2023

družbi in ji še naprej prispevala. Rada bi ohranila svojo pamet. Bojim se osamljenosti. Bojim se pešanja. Nočem biti breme drugim. Nočem izginiti. To ni pošteno.

Predstava bo letos uprizorjena tudi v tekmovalnem programu 58. Borštnikovega srečanja v SNG Maribor.

Prej omenjena generacijska povezava je mestoma tako močna, da je besedilo težko povzeti z drugimi ali drugačnimi besedami. Proces staranja pri samem sebi je težko prepoznati, kar avtoričine besede lepo ponazorijo:

»To je proces, sprva čisto počasen in skoraj neopazen. V nekem trenutku začne postajati čedalje hitrejši in šele takrat ga opazite, morda zato, ker ga opaža že kdo drug, potem pa skoraj nena doma postanete – stari.«

Natančen opis lastnega staranja začne s stavkom: *»Zanima vas, kdaj sem začutila, da se spreminjam, da se staram.«* Kot da beremo priročnik za

prepoznavanje lastnega staranja: od drugačnega občutka pri nakupovanju oblačil ali čevljev, do pripomb s strani bližnjih oseb in njihovega spremenjenega odnosa do nas. In doživljanja ob medicinskih diagnozah, ki staranje tudi uradno potrdijo. Pa tudi o tem, kako se začne osamljenost pri starejših, ko srečanja v živo postopoma zamenjujejo s spremljanjem filmov ali televizijskih serij, v katerih se pojavljajo *tuja* življenja.

Sledi pretresljiva zgodba o začetku demence, o dogodku, ki ga je oseba sama zaznala z močnimi občutki strahu. Drobcen del njenega zavestnega, budnega življenja je bil nepovrnjivo izgubljen, prvič je občutila, da je izgubila nadzor nad sabo, da počasi izgublja samo sebe. To je želela opisati svojemu zdravniku in mu povedati, da se po tistem dogodku počuti zelo negotovo. Njegove besede, da bo to minilo, ji niso bile v oporo, ne v tolažbo, nemir in negotovost sta postala njena trajna spremljevalca.

Staranje prinaša nove in čisto drugačne zgodbe, zgodbe, ki so pogosto povezane s spomini na osebe, ki jih ni več med nami in s katerimi se ne moremo več pogovarjati, čeprav si to želimo ali celo občutimo, da bi se morali. Na površje pridejo trenutki, ki so jih zaznamovali nesporazumi ter odkrivanje skrivnosti, ki naj bi ostale za vedno skrite. Starost je lahko povezana z občutki ponižanja in ravnodušnosti. Ali pa osuplosti, ko se znajdemo v situaciji pred nemočnim staršem, ki potrebuje našo pomoč pri telesni negi ali drugih intimnih opravilih. Na to nas nihče ne pripravi, zato je zadrega toliko večja. Podobno je, ko se pri starših soočamo z demenco in spremljamo njihovo spreminjanje. Postajajo osebe, ki jih ne prepoznavamo več. Pronicljivi opisi teh procesov so prava učna lekcija iz *narativne medicine*.

Tudi umiranje in smrt dobita v knjigi novo razsežnost v trenutkih, ki jih pred smrtjo in po njej doživljajo svojci. Večkrat so ravno ti trenutki povezani z občutki krivde zaradi stvari, ki smo jih ali pa jih nismo

storili, pa bi jih lahko. Pospravljanje stvari v stanovanju in ločevanje od predmetov pokojne osebe obuja številne spomine, dostikrat tudi boleče. Kako se odzvati nanje?

Avtorica pa ne piše le o staranju, temveč tudi o nefunkcionalnih odnosih v družini in o nasilju, ki družinske člane medsebojno trajno odtuji. Razmišlja o tem, kaj bi »oseba« še za časa očetovega življenja lahko naredila drugače, da bi ostali bolj povezani, a tega koraka nikoli ni naredila. Morda pa je ravno pisanje o tem znak prehoda k notranji pomiritvi.

Ko se že zdi, da je to knjiga pisateljice *ženske o ženskah*, se v »glavnih vlogah« pojavijo tudi moški. Na prvi pogled bi mislili, da njihovo staranje poteka drugače, da se manj zavedajo dejstva, da postajajo nevidni. A v resnici gre tudi pri njih za podobne stvari: na primer *nevidnost* stare osebe pri nakupu novih oblačil. Način nakupovanja je danes drugačen, kot je bil v preteklosti. Mladi prodajalci nimajo prav nobenega občutka za stiske starejših kupcev. *»Nihče se ni potrudil, da bi ga postregel,«* je zapisala pisateljica. To je doživel kot ponižanje in bil je hvaležen ženi, ko ga je odpeljala iz trgovine. Nikoli več ni šel v trgovino z oblačili. Ali pa zgodba o tem, kako moški sam pri sebi prizna, da je star, in za svoj petinšedeseti rojstni dan slovesno izjavi: *»Tako, zdaj sem star!«* Ob tem pa ima dosti mlajšo ženo in z njo majhnega otroka. Ženske na takšno razmerje gledamo zaskrbljeno, z mislimi na majhno deklico, ki bo odraščala ob starem očetu ali celo brez njega, moški pa z zavistjo, da je imel dovolj moči za mlado ženo in otroka.

Pisateljica se loti tudi intimne zveze med starejšo žensko in mlajšim moškim, podrobno opiše njeno hrepenenje po telesnem stiku z njim in dejstvo, da je bila to njena zadnja tovrstna izkušnja. *»Že vnaprej se je sprijaznila z njegovim odhodom in preostalo ji je le še to, da potlači spomin na hrepenenje po njem.«*

Prej sem omenila zgodbo o zavedanju začetka lastne demence kot

odličen primer *narativne medicine*, v zgodbi *Kratek zimski sprehod* pa podobno zaživi opis urgentne urinske inkontinence v različnih okoliščinah: »*Ko je stala pred izložbo in je topla tekočina tekla iz nje, ji je bilo popolnoma jasno, da njena volja nima več nobenega pomena. Od zdaj bo živela v negotovosti.*«

Kdor pozna Slavenko Drakulić že od prej, bo z velikim zanimanjem prebral tudi to knjigo, ki je v izvirniku izšla že leta 2018, letos pa je med desetimi nominiranci za literarno

nagrado EBRD. Da, gre za nagrado Evropske banke za obnovo in razvoj, ki od leta 2017 podpira literarno bogastvo raznolikih regij delovanja, kamor banka trenutno vlaga. Nagrada želi tudi ponazoriti pomen literarnega prevajanja ter predstaviti globino in raznolikost glasov in ustvarjalnosti iz teh regij angleško govoreči javnosti in širšemu svetovnemu občinstvu. Upajmo, da se bodo v prihodnosti med nominiranci znašli tudi avtorji iz Slovenije.

Branje Slavenke Drakulić je svojevrstno doživetje, ki vabi k ponov-

nemu branju istih zgodb in misli, s katerimi lahko osmislimo tudi svoje življenje. Knjiga *Nevidna ženska in druge zgodbe* ne prinaša zanjo značilnega humorja, zato pa je vredno prebrati intervjuje, ki so nastali ob predstavitvi slovenske izdaje in v katerih lahko prepoznamo njeno igrivo preigravanje lastnih misli.

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

Whitney Goodman: Toksična pozitivnost

Založba Mladinska knjiga, 2023

Nina Mazi

Ko človek vzame v roke najnovejše pisanje priljubljene psihoterapevke in avtorice z nove celine, ob pogledu na provokativen naslov mimogrede pomisli, da je pozitivnemu razmišljanju in naravnosti dokončno odzvonilo. Med spoznavanjem zanimive, pragmatično zasnovane in praktično naravnane vsebine knjige o toksični pozitivnosti pa hitro ugotovi, da je odzvonilo predvsem prisiljeni pozitivnosti za vsako ceno, na vsakem koraku in pretiravanju z njo. Da se bo človek končno lahko znebil pritiska, povezanega s srečo in zadovoljstvom za vsako ceno. Z upanjem do roba obupa in še čez.

Psihologi, psihiatri, psihoterapevti, sociologi in filozofi ugotavljajo, da je človek 21. stoletja zasvojen s pozitivnostjo, ki mu onemogoča objektivno spoznavanje, razumevanje, vrednotenje in doživljanje, pa tudi obvladovanje lastnega jaza na eni ter sočloveka, zunanjega okolja, narave in družbe na drugi strani. Pozitivna

naravnost naj bi človeku zagotavljala blagodejne pozitivne vibracije, ki posameznika in družbo lahko obvarujejo pred negativnimi pojavi, dogodki in procesi ter škodljivim razvojem. Goodmanova že v uvodnem poglavju svojega dela, ki obsega 267 strani, poudarja, da človek danes potrebuje in si zasluži veliko več kot le pozitivne vibracije. Svoje prepričanje pa skuša ponazoriti in osvetliti s pomočjo zanimivih prepričanj in argumentov.

V prvem poglavju, ki ga opremi z oguljeno frazo globalnih razsežnosti »Samo bodi pozitiven!«, se avtorica loti definicije in razlage pozitivnosti. Loči jo na zdravo pozitivnost, ki vključuje realnost in upanje na najboljše. Njej nasproti postavi toksično pozitivnost, ki uteleša zanikanje, hkrati pa priznava, da se pod krinko pozitivnosti pogosto skriva marsikaj, kar sploh ni povezano s tem pojmom. Pozitivna naravnost človeka očara predvsem zato, ker mu vzbuja občutek, da je gospodar svojega življenja,

ga odreši skrbi za sočloveka in ga opere krivde – za neugoden tok dogajanja so krive slabe misli in negativna energija, ki jo ustvarjajo.

V naslednjem poglavju se Goodmanova ukvarja z vprašanjem učinkovitosti in uspešnosti pozitivnega razmišljanja in naravnosti. Zakaj njuna naveza ne predstavlja vedno najboljše izbire. Kar je v nasprotju s prepričanjem, da se vse vrača in plača; da človek (jeseni) žanje tisto, kar je (spomladi) sejal. V tem poglavju se pri podajanju nasvetov za premagovanje toksične pozitivnosti v bivalnem in delovnem okolju avtorica naslanja na svoje psihoterapevsko znanje in izkušnje, pridobljene pri delu s pacienti. Industriji dobrega počutja pa očita, da sodobnega človeka zavaja in uspava. Pozitivna naravnost namreč ni in ne more biti magično sredstvo za odpravo vseh težav in zapletov, ki jih prinaša življenje. Kanček pozornosti pa posveti tudi odnosu znanosti do pozitivnega razmišljanja in naravnosti.

S svojim peresom dr. Goodmanova preverja in relativizira tudi pomen in vlogo učenja iz negativnih izkušenj. Iz njih se seveda lahko vedno znova

učimo, hkrati pa si lahko želimo tudi, da se sploh ne bi pojavile. V tem kontekstu pisateljica poudarja tudi, da težav v odnosih (zasebnih, partnerskih, družinskih, poklicnih in družbenih) ne moremo reševati izključno s pozitivno naravnanim mišljenjem. Pretirana pozitivnost človeka bremeni, ovira in hromi, ga peha v nezadovoljstvo in psihično stisko. Ko se pričakovanja ne uresničijo, toksični »pozitivci« prizadetega prepričujejo, da se veliko ljudi sooča s hujšimi težavami, kot so njegove, in ga opominjajo, da mora biti predvsem hvaležen za vse, kar ima. Pozitivne afirmacije niso vedno primerne in učinkovite, s pretirano pozitivnostjo pa človek zanika samega sebe in spodkopava temelje lastnega jaza. Ogroža svojo notranjo celovitost. Uravnovešen človek mora namreč spoznati in izkusiti tudi

nespodbudne občutke in neprijetna čustva. Ali jih pokaže in izrazi ali ne, pa se vsakič znova odloči sam. Prepoznavanje, priznavanje in izražanje občutkov in čustev je odraz človečnosti. Pravo mero pozornosti avtorica pri tem posveti definiciji, opisu in razlagi čustev in občutkov, posebno pozornost pa posveti predvsem hvaležnosti.

V naslednjem poglavju Goodmanova posebej poudarja, da niso samo misli tiste, ki krojijo človekovo usodo. S svojim pronicljivim peresom se dotakne tudi ugovarjanja, pritoževanja, nestrinjanja in nasprotovanja. Oporeka tudi trditvi, da naključij ni, marveč se vse – vedno in povsod – zgodi z razlogom. Za piko na i pa pojasnjuje še, zakaj je pretirana pozitivnost škodljiva in strupena, da se v življenju ne moremo povsem izogniti

negativnosti (vsi smo vsaj malce negativni), da življenje človeku lahko vsaj sem ter tja naloži tudi breme, ki ga ne more nositi, da zdravje in sreča ne prihajata v paketu. Svetuje pa tudi, kako skočiti s ponorelega vlaka osebne rasti in razvoja in kako živeti v skladu s svojimi vrednotami in zmoglostmi.

Temeljno sporočilo dr. Goodmanove, ki se kot rdeča nit vleče skozi celotno knjigo, vredno razmisleka in pozornosti, se glasi: »Pozitivnost da, a ne vedno in povsod, za vsako ceno.« Raje ostanimo zmerni, realni in prizemljeni, pa tudi malce kritični, neubogljivi in samosvoji. Predvsem pa ne pozabimo, da smo vsi po vrsti le in samo ljudje.

Nina Mazi, Ljubljana



Vloga za izdajo članske izkaznice Zdravniške zbornice Slovenije (ZZS)

ID člana (izpolni ZZS):

Ime in priimek z nazivi:

Stalni naslov (ulica, poštna št., kraj):

Naslov za pošiljanje pošte (če je drugačen kot stalni naslov):

Datum rojstva:

E-pošta*:

Telefon*:

GSM*:

*podatek ni obvezen, je pa zelo priporočljiv zaradi lažje komunikacije zbornice z njenim članom

da ne strinjam se z uporabo navedenih podatkov za komercialne namene ZZS
(ustrezno obkroži).

Strinjam se z uporabo slike za potrebe izdaje članske izkaznice in z uporabo navedenih podatkov za potrebe ZZS.

Datum:

Podpis:

Prostor
za
fotografijo

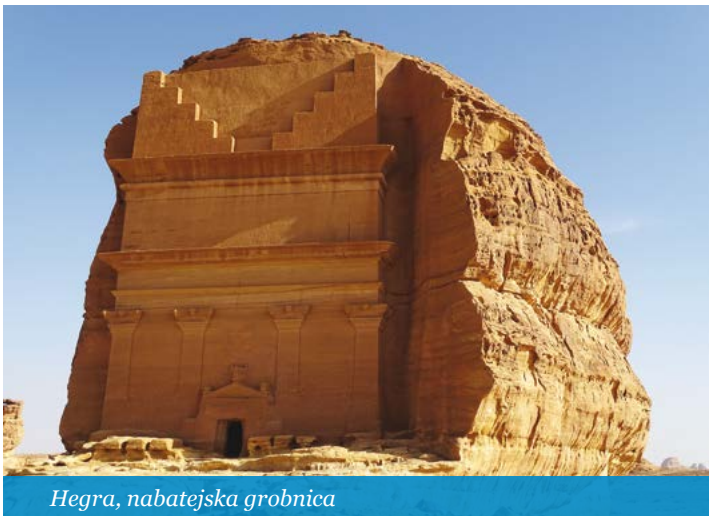
Hegra

Franci Bečan

Vedno mi je bilo jutro nekaj svežega, novega, lepega. Tisto jutro v Al Uli je bilo osupljivo. Rumeno arabsko sonce je v nešteti barvah vzdramilo puščavsko pokrajino, posejano in obdano s skalnimi masivi neverjetnih oblik in velikosti.

Prostranost, odprtost, tišina, dramatične skalne formacije, sipine, bujne doline. To je Al Ula. Milijoni let erozije vetra in vode so kamenje iz peščenjaka spremenili v umetniška dela. Po vsej puščavski pokrajini Al Ule najdemo skrite naravne zaklade. Peščene soteske, rdeče skalne pečine, črne bazalte vrh možicljav, skalne tvorbe, vse utapljaajoče se v morju zlatega puščavskega peska. Slonja skala, Jabal Alfil, je eno od številnih geoloških čudes Al Ule. Za razliko od ročno izdelanih kamnitih fasad nabatejskih grobnic v bližnji Hegri so deblo in telo te monolitne rdeče peščene živali oblikovale naravne sile erozije.

Nabatejsko mesto Hegra, Mada in Saleh, je bila južna prestolnica nabatejskega kraljestva, ki sega v 1. stoletje pr. n. št. Danes je ohranjenih 131 grobnic s fasadami iz skalnih struktur, vklesanih v skale, raztresenih po tej neizmerni puščavski pokrajini. Jabal Al Banat je ena največjih gruč grobnic, v skalnem masivu je 29 grobnic. V puščavskem kanjonu Jabal Ikmaah najdemo petroglife, na tisoče predarabskih napisov, vklesanih v kamen, prava knjižnica na prostem, zaradi česar je Al Ula pomembno mesto pri preučevanju arabskega jezika.



Hegra, nabatejska grobnica

Starodavno arabsko oazno mesto Al Ula na severozahodu Savdske Arabije je zraslo ob trgovski poti, ki je povezovala Indijo, Perzijski zaliv, Arabijo in Egipt ter omogočala trgovanje z začimbami, dišavami in svilo. Stoji na mestu biblijskega mesta Dedan, ki je omenjen v Har-ranskih zapisih. V njih piše, kako je babilonski kralj Nabonid leta 552 pr. n. št. izvedel vojaški pohod v severno Arabijo in osvojil Tayma Dedan in Yathrib, današnje Medino. Nabatejci so bili gospodarji te regije do leta 106 n. št., ko so Rimljani osvojili njihovo prestolnico Petro v današnji Jordaniji. Nabatejci so Hegro naredili za svojo drugo prestolnico.

V 13. stoletju je bilo zgrajeno staro mesto Al Ula. Ob starem mestnem jedru je v 20. stoletju nastalo novejšo mesto, ki trenutno doživlja renesanso. Savdska Arabija danes vlaga ogromna sredstva v obnovo kulturne dediščine. Potekajo veliki projekti obnove starih mestnih jeder Jedde, Riada, Al Ule; Hegra že ima status Unesco-ve svetovne dediščine.

»Ko se odločim, da bi se poročil, povem staršem. Starši mi poiščejo primerno dekle. Potem pride do srečanja doma, najprej s starši, potem z dekletom. Dekle je na prvem srečanju lahko brez nikaba,« mi razlaga Jazid, mladi Arabec, medtem ko smo se med srednjeveškimi zidovi iz blata in rdeče opeke vzpenjali do trdnjave vrh stare Al Ule. Prijazen, priljuden mladenič, temnejše polti, živih oči, črnih obrvi in brade, z rdeče-belo kefijo in v belem kaftanu. Ima petindvajset let, živi v Riadu, v Torontu je študiral informatiko in turizem. Spremljal nas je ves čas po Savdski Arabiji. Vse ve o evropskem nogometu, ligi prvakov in Ronaldu, ki je njegov novi sloviti someščan. »Če mi dekle ni všeč, jo lahko zavrnem. Meni je Sara všeč. Arabci imamo pri službah in stanovanjih absolutno prednost pred tujci. Filipinci, Indijci, Indonezijci dobijo manj ugledno delo, ki je slabo plačano.«

Strmim v peščenjake, puščavo in puščavsko nebo. To so barve Fride Kahlo. Frida Kahlo je leta 1939 ustvarila eno svojih največjih del, Las dos Fridas, Dve Fridi. Mehiško Frido, v tradicionalnih barvitih mehiških oblačilih, s polnim srcem, s portretom svojega moža v levi roki, žensko, ki jo je Diego Rivera ljubil. In evropsko



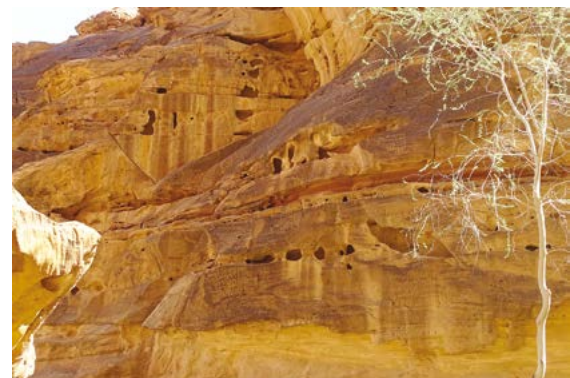
Hegra, Diwan, vhod na sveto mesto



Ula, Slonja skala

Frido, v beli viktorijanski obleki, s krvavimi madeži na njej, z odprtim srcem in kirurškimi škarjami v roki,

žensko, ki jo je Diego izdal in zavrnil. Živo, zdravo, polno srce prve Fride in zlomljeno srce druge Fride. Sporočilo



Ula, Jabal Ikmah, petroglifi

bolečine. Sporočilo dvojnosti Fridine osebnosti.

Misel mi pobegne. Le nekaj ur mirnega leta od tu je vojna. Človek uničuje človeka in vse, kar je le-ta ustvaril. Nekaj Slovencev nas danes tava tu po arabski puščavi in občuduje pomnike dedanitske in nabatejske civilizacije. Jutri se bomo doma srečali z begunkami iz Buče, ki so se pred letom dni zatekle v našo vas. To je naš svet. Dva svetova.

Rdeče arabsko sonce tone v puščavi in meče dolge, temne sence v rdeč mivkasti pesek tja proti Slonji skali. Redki popotniki z džipi in malimi avtobusi odhajajo v Al Ulo. Mladi Arabci sedijo v izdolbenih pesknatih separejih, le tu in tam slišim glas in smeh. Glasba, za moje evropsko uho tuja, komaj slišna, se izgublja v vetru in puščavski tišini.

Franci Bečan, dr. med., Medvode

Kako sem vzljubil bolnišnico

Matjaž Lesjak

Sprva sem se je seveda bal. Bil sem namreč pacient in sem skupaj z zgodovinsko množico bolnikov delil kolektivni arhetipski strah pred ljudmi v belem, ki jih ovija oster vonj po razkužilih in črni humor.

Da moje nezaupanje ni bilo čisto neutemeljeno, se je izkazalo v pone-deljek ob šesti uri zjutraj, ko sem bil naročen za sprejem. Izza hrbta sem zaslišal svoj priimek. Presenečen, da me je kdo prepoznal v mraku slabo

razsvetljenega dvorišča, sem se obrnil v upanju, da bom morda zaradi administrativne pomote ali pomanjkanja postelj odšel domov. Nič od tega. Za mano je stal vesoljec v skafandru, segel je proti meni z gumijastimi rokami in mi nakazoval zasuk v prostor, kjer so stali še trije marsovcin in me ravnodušno opazova-

li skozi plastična očala. Nagovoril sem jih.

– Kako pa me poznate?

Moj glas ni bil prepričljiv.

– Gospod Lesjak, kdaj ste bili nazadnje v bolnici?

Pogoltnil sem slino v sramoti in sklonil glavo.

– Pred 60 leti.

– Se vidi, je bitje v skafandru poskočilo, sedaj imamo vse digitalno vodeno, kličemo vas s seznama za sprejem, na tablici imamo vse vaše podatke in minuto, ko ste naročeni, ste ljubitelj vegetarijanske hrane in pomarančne marmelade. Najprej vas bomo testirali na covid virus.

Kot vzoren občan, ki skrbi za likvidnost bolnišnice, sem izvelel ustrezno potrdilo o testiranju (negativen), ki ni bilo staro niti 12 ur. Vesoljska sestra je preletela dokument, kot da gre za srednjeveški papir, ki garantira, da nisem bil v stiku z bubonsko kugo, in ga frcnila v koš. Potisnila me je na stol, obkrožilo me je gumirano osebje in mi globoko iz moje notranjosti izvleklo nekaj sluzi.

Predali so me sestri v modrem, ki me je pospremila v svetlejši klubske prostore, kjer sem skupaj z ostalimi kandidati smel posedeti in čakati na rezultat. Dojel sem, da je sestra nekakšna zemeljska stewardesa. Zaželela nam je udobno čakanje in omenila možnost, da izkoristimo avtomate za kavna poživila. Nihče ni niti glave dvignil. Vsi smo premišljevali o kratkosti življenja in domači postelji, ki je nekaj časa ne bomo videli.

Ker smo bili vsi negativni (kar je seveda pozitivno), smo smeli sedaj do dvigala, kjer se je smehljala letalska stewardesa in nas potegnila v višave. Vse stewardese se smehljajo, vsi potniki se bojijo letenja. Pristali smo neopazno v najvišjem nadstropju in se znašli pred recepcijo, od koder se je širila tiha glasba. Tudi ribe v akvariju so bile tiho in tudi mi smo molčali. Naša usoda je bila zapечатena, vse je potekalo digitalizirano, še enkrat so preverili naša imena, postelje smo imeli rezervirane in poln penzior.

Potem so nas enega za drugim usmerili v sobe, kjer smo se preoblekli v progaste uniforme ustanove polodprtega tipa in dokončno postali pacienti. Staro osebnost, razvade, prepričanja in osebnostno svobodo smo skupaj z obleko odložili v omare.

Razgledal sem se po sobi. Samokritično sem ugotovil, da so se bolnice v teh šestih desetletjih res temeljito spremenile.

V mojem otroštvu so bile to avtokratsko vodene institucije z železnimi posteljami, zdravniki so nosili kuharske čepice in sestre so rožljale s ključi in zahtevale red in mir. Takrat smo majhni in veliki pacienti ležali v dvoranah, v katerih je vladala ledena atmosfera in strahospoštovana tišina. Večino mestne bolnice je zasedala kirurgija s svojimi razvejki, ostali bolj atrofični oddelki so skromno predpisovali aspirin in penicilin. Če je zdravnik rekel, da so nekomu šteti dnevi, je le-ta začel odštevati od najvišje številke, ki jo je obvladal. Nihče ni ugovarjal primariju. Pljuvali smo v emajlirana vedra iz tovarne Emo, razkuženi z jodom smo bili zaznamovani v bolniški ceh. Zdravniki so takrat še kadili v ordinacijah in kakšno sestro so mimogrede ploskali po riti, ne da bi bili za to ovadeni na policiji. Če je kakšna sestra jezicala nazaj, ji je moj takratni dohtar vrnil z nekakšnim rebusom, ki sem ga razumel šele čez dvajset let, ne me f brez k in sta bila pobotana. Bila so to leta brutalne romantike, analogni zlati časi, ki so še dajali material za naturalistični roman. Danes te feministke pribijejo na križ, če zgolj zapišeš, da si srečal lepo žensko. Ali na ženski šteje samo zunanost!? Kaj pa vsebina? Kot pisatelj odvrnem, da je vsebina v lepi embalaži vredna dvojno.

Torej, moja soba. Stilsko pohištvo, pastelne barve, tri novodobne postelje, plazma TV, prijetna glasba je plavala po hodnikih, osebje se je brezšumno pomikalo po gumiranih tleh, rolete so ubogale na električni gumb, s tihim sikanjem so nam dovajali čist in topel zrak. Na izbiro

smo imeli več vrst čajev in diet, celo razgled je bil kolosalen. Hotel s štirimi zvezdicami. Baje so imeli v kletnih prostorih zaslužjenega celo humanooidnega robota, ki je razvažal hrano in ni zahteval ne dopusta ne plače.

Imel sem celo lastno kopalnico s tušem in milom. Na zunanji steni je bilo manjše okno, skozi katero me je gledal razmršen, sivolasi gospod neuglednega videza. Pozdravil sem ga in on mene. Tako sem ugotovil več stvari hkrati. Da stojim pred ogledalom in da je v meni še vedno dovolj primarnega narcisizma, kar pomeni prevedeno v vsakdanji jezik, da človek vidi sebe mlajšega, lepšega in boljšega, kot je morda v resnici. Kot tretje sem ugotovil, da sem se v enem dnevu postaral za deset let, psihološko pa sem se nahajal v krogu zmerne melanholije s tendenco padanja. Močno sem podcenil neugoden vpliv prihoda v bolnišnico in separacijo od zakonske polovice in njene kuhinje.

Legel sem na posteljo in zavzdihnil od ugodja, vzmetenje je potrjevalo znano reklamo, da bo spanec globok in hrbtnica v fiziološki poravnavi. V sobi se je zgostil mir in priznam, da sem zadremal, bil sem v varnih rokah javne bolnišnice, ki si ni večala dobička na račun udobja pacientov. Ko sem se čez pol ure zbudil, sem si na polico tehtno zložil tri knjige, s katerimi sem si nameraval intelektualno krajšati čas. Kot človek reda in tehnične radovednosti sem tudi preizkusil elektronske aparate, ki so bili na dosegu mojih rok. Izkoristil sem prihod sestre in ji oznanal, da daljinec za TV ne deluje. Na moje zadovoljstvo je prišla s svojo ravno prav zaobljeno postavo v mojo zasebno sfero in me vprašala, kdaj sem bil nazadnje v bolnici. Prihranil sem besede in dvignil šest prstov. Toliko desetletij. Tole, je zvišala glas, ni daljinec za TV, ampak za posteljo. Pokazala mi je gumb za vklop in nato je demonstrirala, kaj vse nudi moje zavarovanje. Dvig trupa, dvig nog, nagib, dvojni dvig, naklon, spust in na drugi strani komande za prižig luči nad mojo glavo ali zvonček za priklic sestre. Bil sem

očaran in sem se nekaj časa igral posteljni tobogan. Konec koncev sem mnogo desetletij vplačeval v zdravstveni fond in sem sedaj žel sadove svoje vztrajnosti.

Dragi bralec naj mi dopusti majhno digresijo, s katero bom pripoved zapeljal začasno v drugo smer, a je ta premik potreben zaradi popolnega razumevanja teksta v nadaljevanju.

Kot strastna bralca imava z ženo na nočni omarici vsak po pet knjig in običajno pred spanjem bereva zadnje strani ob zvokih klasične glasbe tako dolgo, da nama knjige padejo na obraz in naju pahnejo v sanje. Tej navadi se ne odrečeva niti na dopustu in potovanjih in tu pridemo do bistva problema. Čeprav zadnja leta dopustujeva v udobnih in primerno dragih hotelih, imajo skoraj vsi enako napako: bralne lučke so montirane neprimerno, na napačnem mestu, so prešibke, sobe v glavnem nimajo več močne centralne razsvetljave, ampak samo še modernistične in za lase privlečene barske lučke, ki sevajo omrtvičeno pritlehno svetlobo, tako da si pomagava bolj s tipanjem kot gledanjem. Takšna bolehnata razsvetlitev je morda primerna za erotično slepomišenje, nikakor pa ne za branje. Sklep je seveda jasen: direktorji, arhitekti in opremljevalci ne čitajo, sicer bi vedeli, kar vemo bralci in pisatelji: za branje mora padati dovolj močna svetloba od zgoraj in zadaj na knjigo v spodnji etaži.

Na tej točki se vračam v bolnišnico in na mojo posteljo. Ko je padel mrak, sem prižgal svojo bralno luč in se razlezal v veselju. Lepa bela svetloba primerne valovne dolžine je padala iznad glave naravnost na tiskane strani in lahko sem bral pozno v noč brez očal s slastjo črkopisca. Ugotovil sem, da je lahko bolnišnica tudi prav prijeten kraj za preživljanje ne prehudih boleznih.

Zjutraj sem se zbudil židane volje in ta dan preživel v spoznavanju osebj. Za psihološko vajo sem sestre razporedil po različnih lestvicah: po sposobnosti komunikacije, po gostoti

tetovaže, po pogostosti gledanja v telefon, po starosti oziroma mladosti, po strogosti in popustljivosti, po tehnični (ne)spretnosti zabadanja ven. Tako sem se na hitro orientiral glede možnosti preživetja v tujem okolju, kjer si odvisen od tujcev in njihove muhavosti. Zdravniki so mi v jutranjem mimohodu prijazno pokimali, da bom kmalu na vrsti. Saj se ne mudi, sem jim odvrnil. Postelja je v vseh pogledih odlično služila svojemu namenu, bila je ležišče, fotelj, ležalnik, branje sem prestavil v najvišjo prestavo in na začetku tretjega dne sem obračal že zadnje strani moje bralne zaloge. Prepoznal sem prve znake odtegnitvenega sindroma: nemir, znojenje, zgibki. Segel sem po telefon in ženi telegrafiral: *Nujno pridi v bolnico!*

Čez petnajst minut so se s sunkom odprla vrata in moja žena je nagnjena v predklon planila v sobo ter se zazrla v moj dobro rejeni obraz: Kaj se je zgodilo?!

Z nedolžnim obrazom bolnika sem šepnil, da mi je zmanjkalo knjig. Sesedla se je na stol in me vprašala, zakaj sem napisal tako dvoumno sporočilo. Da naj tega ne počnem več, da menda vem, da jo skrbi zame, da ne spi ponoči. Da vsak normalen človek ob teh besedah pomisli na najslabše. Jaz sem pomislil na knjige, sem skomignil in ji naštel naslove za nadaljnji bralni seznam. Še enkrat me je pogledala kot stroga učiteljica in ob odhodu dodala, da se ji bom za ta šok kasneje, ko pridem domov, oddolžil. Razumel sem, naslednjo obleko si bo plačala z mojo kartico. Če bo to dovolj!

Vseeno je bila ta intervencija dobra investicija za naslednje dneve. Operacijo so mi morali zaradi višje sile prestaviti. Potolažil sem jih, da mi tu ni hudega, založen sem s hrano in pijačo, da o knjigah ne govorim.

Kljub dopustniškemu izležavanju se mi na moje začudenje pritisk ni hotel ustaviti v zaželenem območju, ampak je silil navzgor. Sklepal sem, da sta tuje okolje in podzavestna skrb vseeno ustvarila dovolj stresno okolje, da so se žile v negotovosti skrčile.

Pobrskal sem po svojem predalu, kjer sem imel večji arzenal iz svoje popotniške lekarne. Izbral sem Lacipil, ga prelomil in ...

Tu sem spoznal sestro Miroslavo.
– Kaj ste zaužili?

Ko sem se obrnil, sem hkrati pogoltnil obremenjujoči dokaz in naredil obraz šolarja. Hm, samo pol majhne tabletko sem pogoltnil. Katere? Lacipilček, blago hranilo za žile. Sestra Miroslava je bila najstarejša na oddelku, verjetno že z eno nogo v penziji in je ohranjala še avstro-ogrške manire in značilno polvojaško disciplino nekdanjih bolnišnic. Bila je nasajena na krepko okostje nižjih izmer, njene oči pa so imele radarsko prodornost. Zasukala se je na peti in prebrala mojo tablico. Pogledala me je izza očal.

– Vi smete uživati samo Ampril, vsako nadaljnje zdravilo sme predpisati samo zdravnik.

– Saj to vam pravim, sem pohitel. Ob izmerjenem pritisku sem se posvetoval z zdravnikom, se pravi s seboj, in sem pacientu, to se pravi sebi, predpisal polovičko Lacipila. Namerno in kontrolirano sem se razcepil na aktivni in pasivni del, ne da bi se dezintegriral v psihozo.

Sestra Miroslava je na široko odprla oči in mi zlogovala, da sem tukaj pacient in se ne smem sam zdraviti niti govoriti v latinščini. Nastavila je dlan pred mene in mi ukazala: Škatlo sem. Položil sem ji zdravilo na dlan, njen obraz je zasijal od pravičništva in s trdo hojo je zapustila sobo. Da se ve.

Po krajšem premisleku sem ženi natipkal novo sporočilo: *Ko boš prebrala to pismo, ga zažgi. Prinesi mi Lacipil tablete v vrečki mentol bonbonov. Jaz.*

Preden sem zadremal, sem pomislil, da sem uporabil morda nekoliko prenapihnen stil iz starih vohunskih romanov, a menil sem, da bo moja žena razumela sporočilo. Konec koncev je živela s pisateljem, ki ima občasno prebujno domišljijo.

Naslednji dan je prišla z zmernim korakom in se mi kot spovednik zazrla

v oči: Kaj si spet ušpičil? Kradoma sem se ozrl naokoli, sestre Miroslave ni bilo v vidnem polju. Da so mi začasno vzeli licenco za samozdravljenje. (Po Freudu se mi je skoraj zapisal zdrs: samozadovoljevanje.) Si prinesla? Komaj opazno se je nasmehnila. Mentol bonbonov ni našla, prinesla mi je Frondi *in tisto stvar*. Frondi s čokoladnim polnilom! Moja najljubša tolažba v stresnih dnevih. Ko je odhajala, mi je seveda namignila, da tudi ta usluga ne bo zastoj. Karkoli, sem rekel. Vikend v Portorožu, je namignila med vrati in že izginila. V mislih sem znižal saldo svojega tekočega računa.

Naslednji dan sem bil določen za operacijo in začasno sem se odpovedal svojim duhovitostim. Šalo je vzel vrag, sedaj je šlo – dobessedno – na nož. Ko so me peljali v moji postelji v operacijsko čakalnico, sem opazil, da vlečejo s seboj tudi mojo omarico. Knjige bom imel torej pri sebi, ko se bom zbudil v EIT. In Frondi *in tisto stvar!* Včasih so potrebne res majhne tolažbe, da ima življenje spet perspektivo. Malo sem poklepetal z anesteziologinjo in nato blažen zaspal.

Ko sem se zbudil, je ob postelji sedela žena in me gledala. Oba sva bila malo bleda in utrujena, a ugotovil sem, da so se mi možgani hitro bistrili in se vpregli v običajne naloge. Odpil sem bolnišnični čaj, ki ima poseben neokus in nebarvo, ampak tu gre za rehidracijo in ne za degustacijo. Ženi je skrb počasi splahnela z obraza, ko je videla, da mi že gredo po glavi običajne neumnosti. Kako si? je vprašala, ker se to spodobi. Glede na kooperativni dan ni slabo, sem ji odvrnil. V tolažbo mi je bilo, da so mi omrtvčili spodnji del telesa, zgornji del pa je bil ohranjen. Lahko sem držal knjigo v rokah in s solidno osvetlitvijo nad glavo sem skoraj tekoče bral. Poslovila sva se s sterilnim poljubom na lice (sva pač bila v bolnici!) in z informacijo, da bom čez dva dni (najkasneje tri) že doma.

Človek obrača, Bog obrne.

Spet sem bil v svoji znani sobi z imenitnim razgledom in običajno dnevno aktivnostjo. Sedaj sem že lahko uporabljal noge, gledal TV-poročila, bral že peto knjigo, ko se je temperatura v sobi nekoliko spustila. Prosil sem za dodatno odejo in čez eno uro še za eno. A z drugo odejo so prišli še trije zaskrbljeni zdravniki in sestra Miroslava, govorili so o nezaželeni infekciji, mrzlici, infuzijah, antibiotikih, nekdo je rekel sepsa, drugi je naročil hemokulturo. Hotel sem jih kolegialno potolažiti, da mi ni hudega, malo me zebe, a knjig imam še dovolj na zalogi. Pogledali so me začudeno, s pogledom, ki ga namenimo neprištevnim, kakšne tolažeče besede trenutno niso zmogli. Zdeli so se zaskrbljeni.

Naslednje ure sem se vozil po temperaturnem toboganu, dvigal in spuščal sem se z vročino in tudi sam sem dokončno dojel, da je moj odhod domov preložen za nedoločen čas. Ker sem sedaj že vedel, da žene ne smem razburjati z nepremišljenimi besedami, sem ji napisal ustrezno sporočilo: *Bivanje v bolnišnici sem podaljšal, Frondija imam še dovolj.*

Tokrat je prišla v desetih minutah, spet je bila bleda in z dolgimi zaskrbljenimi gubami na licih. Ni hotela poslušati mojih pomanjševalnic, ampak je tekala po hodniku in iskala zdravnike za ustrezno razlago. S sestro Miroslavo sta bili sedaj že dve, ki sta menili, da se ne smem sam zdraviti. Prepustil sem se usodi in strokovnim smernicam.

Ko se je teden nagnil h koncu, se je bolezen vendarle naveličala in odšla, antibiotiki so posekali nezaželeno podnajemnike, zdravje pa se mi je vrnilo scela in dokončno. Osebjem me je postavilo na noge in ukazali so mi vedno daljše sprehode, da se ne bo moje bivanje podaljšalo še s kakšnimi trombemboličnimi zapleti. V žep bolniške halje sem vtaknil za popotno malico tri paličice Frondija in se odpravil na raziskovanje bolnišničnih blodnjakov.

Zdi se mi prav, da na tem mestu spregovorim tudi besedo o mojih sotrpinih v sobi. Pravzaprav je bil

samo eden, srednja postelja je bila ves čas prazna. Zadnje dneve je z menoj ležal gospod Franjo, ki je v glavnem molčal. Televizije ni rad gledal, ker s svojo mentalno hitrostjo ni mogel slediti podnapisom, s sluhom pa govoru, tako sem mu jaz na koncu povzel vsebino filma ali oddaje. Ko je prišel, me je seveda vprašal, kaj sem po poklicu. Povedal sem, da sem zdravnik. Odložil sem knjigo, ker sem vedel, kaj bo sledilo.

Ali vas lahko nekaj vprašam?

Milijonkrat slišan stavek.

Lahko.

Gospod Franjo je bil upokojen mesar, povlekel je stol do moje postelje in pokazal s prstom na svoje lipidno telo. Včasih ga pikne zarebrnica, če hodi, ga v krači zagrabí, pogosto ga veže čez kremenateljce in tudi v priželjcu čuti knedelj, pleče pa ni da bi govoril in drobovina se mu včasih ustavi. Naredil je dramatično pavzo in sva skupaj premišljevala o univerzalni anatomiji, ki povezuje po Darwinu živalski in človeški svet. Potem je gospod Franjo položil roko na križ in mi rekel v obraz, svinja. Čakal sem na razlago, da se ne bi prenaglil z interpretacijo, kaj šele za impulzivno reakcijo. Svinja, je nadaljeval sosed, je bila pretežka, ko sem jo dvignil in sem si zamaknil križno kost. Delal sem se pametnega in ga potolažil z laičnimi medicinsko-veterinarskimi nasveti o primerni prehrani in gibanju.

V naslednjih dnevih sva začela z razgibavanjem v dvoje in sva z drsajočimi koraki, noseč vsak svoj kateter in stojalo, merila hodnik. 95 korakov v eno smer. Ker nisva našla boljše zabave, sva brala napise nad vrati. Nekoč sva prišla v zdravniški del stavbe in na enih vratih je pisalo *predstojnik*.

– Pred-stoj-nik, je počasi zlogoval gospod Franjo in se potem s svojimi okroglimi očmi zazrl vame.

– Gospod doktor, kaj pa je to predstojnik?

Zamislil sem se in zlepa nisem našel besede, ki bi pojasnila samo sebe.

Ko sem z medicinskim dovoljenjem lahko zapustil bolnišnico, sem se hvaležno poslovil od sester, zdravnikov in od svoje postelje, ki je svojo vlogo opravila z odliko. Sestra Miroslava mi je vrnila škatlico Lacipila in mi požugala. Ponudil sem ji paličico Frondija, a je odklonila. Na recepciji sem pustil svojo zadnjo knjigo za sestre nočnih izmen in predzadnji roman za predstojnika, morda mu bo popestril kakšno dežurno popoldne.

Ko sem že meril dvorišče pred glavnim vhodom, sem spet zaslišal svoje ime.

- A že odhajate, gospod Lesjak?

Bila je ista sestra, ki me je sprejela.

- Kako pa ste me prepoznali?

Zavzdihnila je in pokazala tablico.

Tu imajo zapisane vse dnevne sprejeme in odpuste in njihov covidni status.

- Vi ste negativni.

- Kar je zelo pozitivno, sem dodal.

Ali vas lahko, sestra, nekaj vprašam?

- Seveda, se je namuznila.

- Kako ste vedeli, da imam rad pomarančno marmelado?

Stopila je korak bliže, spustila masko, da sva se soočila *en face*. Naklonila mi je nagajiv in skoraj privaten pogled. Potem mi je v uho šepnila, da se v svojih knjigah razgaljam. Ali pa na to nisem pomislil?

Ko sem odhajal, sem spotoma premišljeval o njeni pripombi. Dala mi je misliti.

Matjaž Lesjak, dr. med.

Potresi v Turčiji in kulturnozgodovinska dediščina

Branislav Franjič

Na začetku februarja so uničujoči potresi prizadeli enajst JV provinc Turčije in SZ Sirije. Najhujša izguba so človeška življenja, več kot 50.000. Uničenih in poškodovanih je več deset tisoč stavb. Najprej je treba poskrbeti za ljudi, ki trpijo za posledicami potresov. Sčasoma sledi celotna ocena škode na kulturni dediščini in obnova.

Ena od prizadetih pokrajin je Gaziantep z istoimenskim mestom, v katerem je največji muzej rimskih mozaikov na svetu (Mosaic Gaziantep Zeugma). Pred leti sem obiskal pokrajino in muzej. Spomini na to neprecenljivo kulturno dediščino so še živi. Kakšna je škoda na mozaikih, na dvajsetih stebrih, na vodnjakih in kipih, se ne ve. Kako izgledajo danes veličastne zgodovinske zgradbe, vidimo na primeru delno uničene Citadele Gaziantep (Unescova dediščina).

Fotografije prikazujejo majhen del najboljših primerov rimskega mozai-



Cigansko dekle



Pozejdon



Eros in Psiha



Ugrabitev Evrope

ka, ki so preneseni iz antičnih vil arheološkega najdišča Belkis-Zeugma ob Evfratu. Med številnimi mozaiki izstopajo priljubljeni motivi bogov Pozejdona, Dioniza, Erosa in Psihe ter

ugrabitev Evrope. Muzej hrani največji zaklad, mozaik Cigansko dekle.

*Vir fotografij: osebni arhiv
Branislava Franjića*

**Branislav Franjić, dr. med., specialist
ginekologije, Ljubljana**

Zgodba iz neke druge hiše

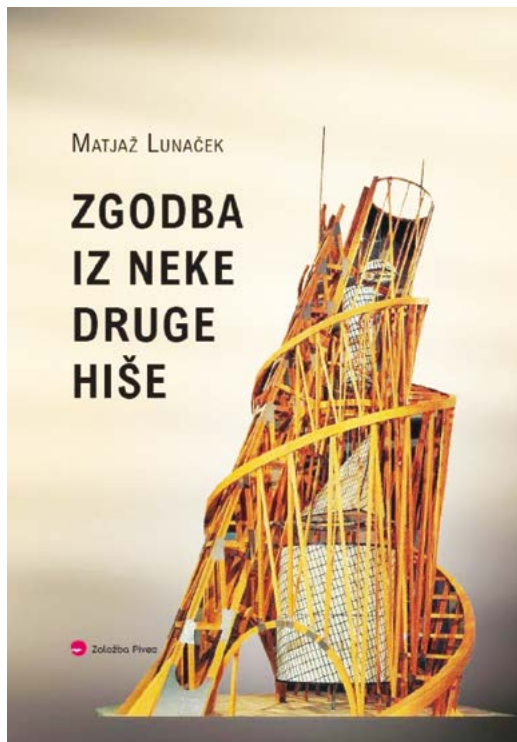
(odlomek)

Matjaž Lunaček

Spustil se je v dolino. V takšni pokrajini bi pričakoval srečanje z jelenom ali volkom, a prvo, kar je zagledal, je bilo nekaj na obronke postavljenih lesenih hiš, tako majhnih, da je bila še jedilnica v boskoviški deželski hiši večja kot tu celotna zgradba z drvarnico vred. Previdno se je približal kočam, ker kraji so bili precej divji in ni vedel, kaj lahko pričakuje od tukajšnjih ljudi. Najprej ga je nalajal zanikrn pes, ki pa se je že v naslednjem trenutku ustrašil lastnega glasu in se potuhnil nekam vase, gotovo pod vtisom prejšnjih neprijetnih srečanj ali pa slabega ravnanja svojega gospodarja. Laježa je bilo dovolj, da se je izza koč prikazal majhen, žilav možak, prezgodaj ostarela kreatura, in nezaupljivo in nerazločno nekaj rekel v enem od

malih slovanskih jezikov, ki jih je Martin za silo razumel. Ko je možakar bolj natančno premeril prišleka in videl, da je ta dobro in udobno napravljen, ter da je njegov obraz svetel in jasen, se je rahlo priklonil, kot je imel navado, če se je kdaj prikazal kdo od gosposke. Kasneje je Martin izvedel, da imajo v bližini nemški grofje svoja lovišča. S kratkim namigom je povabil Martina bližje in med njima je stekel na pol artikuliran pogovor, spremljan z obilnimi gibi, ki so nadomeščali nerazumljive besede. Med njunim pogovorom je postajalo naokoli živahneje. Iz sosednjih koč so kukale radovedne otroške oči, približala sta se še dva moža, v ozadju je stalo nekaj žensk. Prav dinamičen prizor, vreden čopiča kakšnega slikarja, ki zna na hitro zarisati sceno.

Še nekoliko kasneje je Martin sedel za mizo, pogrnjeno z lanenim prtom, na kateri je bila steklenica žganja, nekaj kozarcev in nizek hlebec črnega kruha. Martin je namakal kruh v žganje in se razgovarjal z vaščani. Otroci, ki so medtem izgubili ves strah pred tujcem, so ga tesno obkrožali in otipavali njegovo obleko in škornje, ki so bili iz finega usnja, kakršnega še niso nikoli videli. Martin, ki je že od nekdaj ljubil alkohol, je bil kmalu okajen. Veselo se je smejal in pripovedoval o svojih dogodivščinah, vaščani pa so ga poslušali in se smejali na istih mestih, kot se je smejal sam, iz vljudnosti pač, kajti razumeti niso mogli kaj dosti. Očaral jih je s svojim češkemu jeziku tako prilegajočim se, pojočim glasom. O Moravski in prelepih Boskovicah še niso bili slišali, kakor tudi ne o krajih, po katerih je potoval Martin zadnje leto in pol.



Martin jih je povprašal po poti do morja, o čemer so sicer nekaj vedeli, a tam doli še nihče ni bil, vedeli pa so za osebe, ki so napravile to pot. Najprej dol do Kolpe in nato spet gor čez obsežne gozdove do mesteca Kastav, od koder se baje že vidi morje. Poti je za kakih petnajst ur hoda, s konjem pa bi se do Kastava dalo priti v pol dneva ob ugodnem vremenu. Vsi ti podatki so bili Martinu dragoceni, kajti ljubil je morje, ki se mu je prikupilo v Normandiji, kjer je ostal daljši čas, a ga je zmotil pogost veter in še poleti hladna voda. Pogovor je potekal v nedogled in vsi so postali malo zaskrbljeni, ker je zastalo vsakdanje delo. Ženske so se odpravile nazaj do svojih ognjišč, moški po svojih opravilih, le otroci so ostali pri Martinu in skupaj lačni čakali, da matere pripravijo skromen obrok. Potem so vsi jedli iz lesenih skodel nekakšno kašasto jed, na vrhu katere je bilo nekaj koščkov mesa.

Nastanitev

Bujne, skoraj preveč košate lase si je pogladil v čedno razmršenost, stopil na prag in se zagledal daleč

naprej, kjer se je v jutranji rosi pasla košuta. Če bi bil bliže, bi videl, da mu je namenila globok in zaupljiv pogled, kakršnega zmora le erotično predana jelenja samica. Vajena je bila tega mladega moža v zgodnjem jutru. Imela sta, bi se reklo dandanašnji, enak bioritem, če to pomeni, da zgodaj vstaneš in imaš poleti prvi, a ne zadnji zajtrk ob četrti uri. Ali je k medsebojni naklonjenosti kaj prispevalo dejstvo, da je bila ona samica in on moški, ni znano. Košuta se je ob pogledu nanj malce prestopila, naredila celo s telesom gib naprej, kot bi se hotela približati, a je vseeno ostala na mestu. Njemu, ki ni bil poseben ljubitelj živali, so vseeno godila ta jutranja srečanja. Imel jo je pač za božjo kreaturo, s katerimi je posejan ta svet. Če te stvaritve najrazličnejših oblik izginejo, postane na tem svetu precej samotno. To je bogastvo življenjskih oblik, ki se na vse mogoče načine gledajo in zapeljujejo in se ne menijo za omejitve vrste. Martin je skoraj brez zadržka vzljubil to zeleno, gozdnato deželo, čeprav mu je strojniški duh narekoval, da jo je najprej pogledal iz različnih kotov in jo viziral. Kupil si je tod, pod ceno, veliko posest, na račun cekinov od v otroštvu zasnovane obrti. Ta prag, na katerem je stal, je bil vhod v njegovo domovanje, zgrajeno ob pomoči kmetov, po njegovem lastnem načrtu, tako natančnem, da so se vsi čudili. V hišo so bile vdelane različne naprave, ki so hranile energijo, in vaščani niso mogli razumeti, kako je pri njem pozimi lahko tako toplo, ko se vendar skoraj nič ne kuri. Jutranje sonce je bilo sicer kasno, kajti blizu se je raztezal obsežen hrib z Belimi vodami. Te so dobile ime, ker je ob deževju vrelo veliko spenjene vode v glasnih potokih navzdol. Zalivalo so vode bogato dolino, da je vse lepo raslo in cvetelo. Žareča polja so bila kakor nasmejana in blagoslov je plaval nad njimi. Naš junak je imel tudi nasmeh na ustih. Zakaj tudi ne, saj je bil mlad, lep, pameten in še bogat po vrhu. Njegov nasmeh, tako jasno zarisan na ustih, je deloma

veljal košuti, deloma ostalemu stvarstvu, ki je tako radodarno vabilo čute v občudovanje. Mladi gospod se je v tej visoko ležeči dolini, obdani s pobočji, že dodobra udomačil. Izborno je govoril odmaknjeni južnoslovanski jezik z vsemi posebnostmi in nadrobnostmi, čeprav je bil bolj tehnični tip. Primerna radovednost in radost hitro postorita svoje. Največ jezika se je naučil, ker so ga neprestano obkrožali vaški fantini, ki jih je neustavljivo privlačil in jim predstavljal moža, kakršen mora biti. Razočarani nad svojimi prevečkrat opitimi očeti, so v njem videli ideal, ki jim je omogočal, da so začeli sanjati onkraj obronkov hribov, ki so jih obdajali. Dva od starejših fantičev, stara okrog 15 let, je vzel k hiši za hlapca, a hlapčevski njun posel ni bil. Bolj je izraz hlapec razumeti kot na Moravskem, kjer velja vsakemu odraščajočemu fantinu. Martin je bil izobražen človek in fanta je takoj začel učiti pisati in brati, kasneje tudi drugih znanj, saj je bil izumitelj. Posebno rad ju je poučil o praktičnih in matematičnih zadevah, da sta fanta natančno vedela, kam bo pri sečnji padlo drevo. Kot sta zmogla, sta namreč pomagala pri opravih v gozdu, za katera se je mladi gospodar še posebej zanimal, saj si je kupil kar precej hektarjev gozda. Že za mlada je imel dva *sinova*. Tako je obravnaval oba hlapca. Onadva sta mu pozornost hvaležno vračala, se pridno učila in delala, saj sta vedela, da take priložnosti ne bo več, ker razmere v tistih časih so bile take, kot so sedaj v kakšni afriški državi, brezperspektivne.

Prim. Matjaž Lunaček, dr. med.,
Ljubljana

Po morju in oceanih

Črt Marinček

Naša domovina je kot ustvarjena za preživljanje prostega časa.

Mene je obsedlo morje, najprej na Rabu, kjer sem se pri sedmih letih naučil plavati.

Oče je kupil zapuščeno hišo v Seči na vzpetini nasproti tovarne začimb Droga. Vse, kar so mleli in pakirali, smo vonjali tudi mi, od kave do cimeta, paprike, popra itd.

Prvo plovilo je bil izposojen sandolin za dve osebi, s katerim smo se vozili iz kanala sv. Jerneja na kopališče v Luciji. Takrat so bile v kanalu redno ob svojem času tudi jegulje. Ujele so se na palice, zabodene v blato, s kratkim laksom in vabo. Sveže pečene so bile zelo okusne ...



Prvič sem zajadral pri 16 letih z majhno leseno barčico, narejeno na Bledu v delavnici za pletne. Z njo sem peljal mamo do Novigrada in nazaj.



Drugo plovilo (PI-1020) je bil 8,9 m dolg lesen reševalni čoln iz holandskega bresta (brez grč), kupljen na licitaciji od Splošne plovbe. S pomočjo mojstra Mihića smo naredili palubo, kabino in povečali krmilo zaradi jadriranja. Za lesen jambor je sošno jadro skrojil in sešil Dušan Puh. Z grezom 20 cm sem lahko pristal v vsakem zalivu, pogon pa je omogočal enocilindrski motor Torpedo. Takrat sem bil v 2. letniku medicine.



V tretje gre rado in privarčeval sem za odlično švedsko tekmovalno jadrnico Albin Express (PI-1788). Kupil sem jo pri Elanu, ki jo je uvozil začasno za 6 mesecev, saj so po njenem kalupu začeli delati svoj model Elan Express.



Četrta jadrnica (PI-2936), model E-31 in dolga 9,5 m, je nudila vse udobje in varnost za štiričlansko posadko. Zaslužil sem jo v Kuvajtu. Večinoma sva jadrjala sama z ženo, tako da poznavata jadranske otoke veliko bolje kot slovenske planine.

Poleti leta 2000 sva se z ženo Franiko pridružila družini Kvaternik (Roman, Joži, Tim in Žan) na tri in polletni plovbi okoli sveta. Iz Guayaquila v Ekvadorju smo preko Galapaških otokov odpluli čez Pacifik do Markeških otokov. Po 4000 morskih milj dolgi plovbi smo dvajseti dan zagledali enega od južnih otokov, vmes pa smo bili en teden brez povezave s kopnim. Samo ozvezdje Južnega križa z občasnimi hrupnimi izdihni kitov, v spremstvu delfinov, z ulovom odličnih rib ...

Preko raznih koralnih grebenov, s postanki v lagunah, smo pluli do glavnega mesta Papeete na Tahitiju, od koder sva se z Air France vrnila domov. V službi me ni bilo 50 dni, seveda sem združil dva dopusta.

*Zaplula, zaplula je barčica moja,
zaplula je sredi morja.
Povrni, povrni se barčica moja,
povrni se k meni nazaj.*

*Ne morem, ne morem se jaz povrniti,
predaleč sem sredi morja.
Je morje, je morje široko, globoko,
ne morem k tebi nazaj.
Ne vidi, ne vidi se kraja ne dna.*



Nikoli me ni pustila na cedilu in še sedaj, po 40 letih, služi drugemu lastniku. Iz Elana so jo prepeľjali v Šmartno pod Šmarno goro, dokončala pa sta jo dva mojstra iz Elana po svoji službi. Pozimi 1987 jo je zasul sneg. Prodal sem jo leta 2017 zaradi posledic svoje operacije na hrbtenici, najbolj moteče je bilo moteno ravnotežje.

Naslednje leto sva se na severu Madagaskarja vkrčala na isto v Sloveniji narejeno jadrnico iz aluminija, dolgo skoraj 20 metrov. Krajšo, vendar bolj naporno plovbo po razburkanem Indijskem oceanu sva končala v Richards Bayu v Južni Afriki in se z Air France iz Durbanu vrnila domov. Tokrat sem bil odsoten samo tri tedne.

Novembra 2019 sva se z MSC Bellissima podala na križarjenje iz Genove skozi Sueški kanal do Omana, Katarja in Dubaja, od tam pa s Turkish Airlines domov. Lani, aprila 2022, pa z MSC Grandiosa iz Benetk do Kotorja, nato do Mykonosa in Santorinija ter nazaj preko Barija do Benetk.

Nepozabni 60 let dolgi spomini so se tako končali.

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: 9.600 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 Beovič**, dr. med., spec.

The Vice-presidents of the Medical Chamber

Boštjan Kersnič, dr. med., spec.

Krunoslav Pavlovič, 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 Pavlovič, 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@zsz-mcs.si.



Visokokakovostna
HD-projekcija



Sodobna
AV-oprema



Priprava grafične
podobe dogodka



Snemanje in
obdelava



Spletni
prenos

