

IS

IS

Glasilo Zdravniške
zbornice Slovenije
Februar 2024
Številka 2

Izr. prof. dr. Urh Grošelj

“Družinska hiperholesterolemija je najpogostejša dedna življenje ogrožajoča presnovna motnja, najbrž tudi najpogostejša monogenska življenje ogrožajoča motnja nasploh. Večinoma gre za okvaro delovanja receptorja za LDL (LDLR), v naši populaciji pa razmeroma pogosto (20–30 %) za spremembo na genu za APOB, ki je beljakovinski del LDL- holesterola, ki se veže na LDLR.”



Zbornica vzpostavlja e-poslovanje s svojimi člani

Kaj je varen elektronski predal – VEP?

VEP je elektronski naslov uporabnika v informacijskem sistemu za varno elektronsko vročanje, ki ga upravlja izvajalec storitev varnega elektronskega vročanja. V zborničnem primeru je to podjetje EIUS. Podjetje EIUS je prejemnik znaka zaupanja EU, ki daje zagotovilo, da so ponudniki elektronskih storitev in njihove storitve zaupanja vredni in usposobljeni ter v skladu s pravili iz uredbe eIDAS.

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

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

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

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



Splošni podatki in članstvo

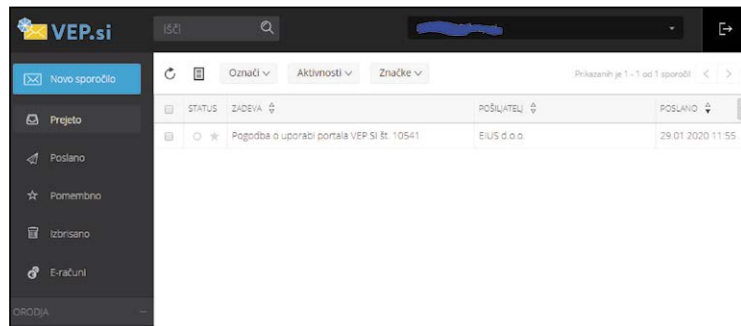
Datum rojstva	01.01.1900
E-poslovanje	
VEP-naslov	Ni podatka
Davčna št.	Ni podatka
Obveščanje	
Varnostno in elektronsko podpisovanje (e-podpis) - varnost na elektronski komunikaciji, konference in simpoziji drugih organizacij, novice o zdravstvih in medicinskih priporočilih ter druge novice, za katere predpostavljamo, da niso veljavni zaradi...	
Želim prejemati obvestila	
☒ Da ☐ Ne	
Prejemanje obvestil za prosta delovna mesta	
Informacije o prostih delovnih mestih (gledano ali glede na mojo specializacijo)	

Profil člana – podatek o VEP-naslovu

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

Kako deluje VEP?

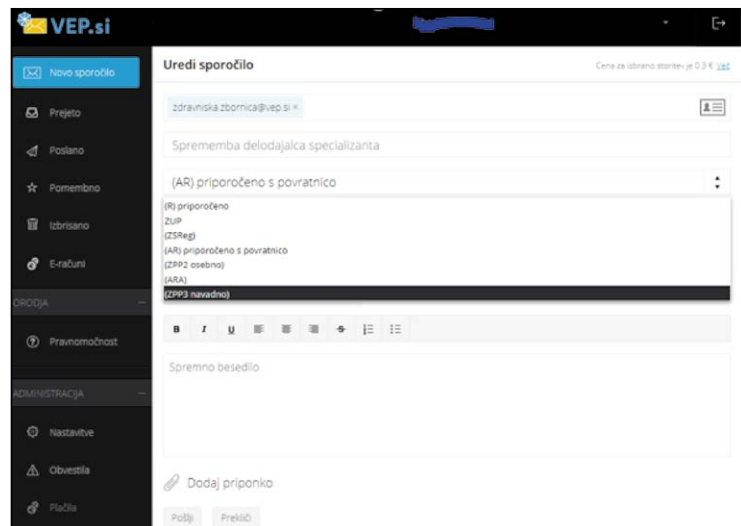
VEP deluje podobno kot drugi predali za elektronsko pošto, le da je to predal za pošiljanje in prejemanje uradne pošte.



Primer VEP po opravljeni registraciji

Kreiranje pošiljke v VEP:

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



Primer VEP-sporočila

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

Člani, ki bodo v svoj profil na spletni strani ZZS vnesli VEP-naslov, bodo v VEP prejemali dokumente, ki jih zbornica naslavlja na svoje člane (odločbe, sklepe ter drugo dokumentacijo), sami pa bodo po tej poti oddajali vloge ali druge dokumente, naslovljene na ZZS. Naslov zborničnega VEP-a:

zdravniska.zbornica@vep.si.

Priprava:
Maja Horvat, mag. posl. inf.

Le slišani člani s(m)o zadovoljni člani

Mojca Drev

Sem optimistka. Letošnje leto je stopilo na piedestal kot svež veter, želimo si sprememb.

Brez sence dvoma je vsak začetek poln novega upanja, novih pogledov in zanimivih priložnosti. V tem letu se nam obetajo spremembe. Maja bodo volitve v Zdravniški zbornici Slovenije. Volitve so vedno navdihujoče, dajejo nam neslutene možnosti novih sprememb. Delo zbornice kot podpredsednica skupščine ocenjujem kot dobro, požrtvovalno. Lahko bi bilo seveda boljše, vendar nismo sami pri soodločanju glede skupne zdravniške prihodnosti, tako da smo bili večkrat primorani sprejemati konsenze. Skupščine so potekale demokratično, konstruktivno. Pomembne zastavljene zadeve smo tudi uspeli uresničiti. Velik uspeh je, da smo potrdili nov sistem volitev. Ukinjen je kvorum za volitve predsednika, člani se bodo lahko odločili za elektronsko glasovanje, namesto za volitve po pošti.

Zbornica je bila ustanovljena kot naša skupna krovna ustanova, je skupni dom zdravnikov in zobozdravnikov in zelo zaželeno je, da se vsi kolegi v njej tako tudi počutimo. Ta sinergija se kaže v pomembnem sodelovanju obeh vej medicine, ki se prepletata, a sta hkrati tudi zelo posebni. Zato je izredno pomembno, da zobozdravniki ohranimo tako svoj glas kot svojo avtonomijo v zbornici. Združeni bomo močnejši, vendar le pod pogojem, da bomo slišani vsi. Od zbornice veliko pričakujemo. Le ob uresnitvi teh pričakovanj bomo vsi člani verjeli naši krovni organizaciji.

Sodobne tehnologije prinašajo v zobozdravstvo in zdravljenje številne novosti. Napredek v diagnostiki, obravnavi in preventivi bo oblikoval naš pristop k ohranjanju zobnega zdravja. V projekt Ustno zdravje smo vključili vse stroke prav zaradi pomena celostne obravnave pacienta. Zahvaljujem se vsem zdravnikom, ki sodelujejo v tem projektu – torej so pomen celostne obravnave že sprejeli in jo tudi izvajajo.

Kaj nas še čaka? Diagnostika z naprednimi tehnologijami, kot so 3D-tomogrami in intraoralni skenerji, omogoča natančnejšo diagnozo zobnih bolezni. Zobozdravniki bomo imeli boljši vpogled v strukturo zob, kar bo pripomoglo k zgodnejšemu odkrivanju težav. Vzporedno s personalizirano medicino se razvija personalizirana dentalna me-

dicina. Genetski podatki bodo ključni pri oblikovanju osebnih pristopov k zdravljenju. Posameznikom bodo predpisana zdravila in postopki, ki bodo učinkoviteje usmerjeni v njihove genetske predispozicije,

kar bo optimiziralo rezultate ustnega zdravljenja. Nova generacija materialov, kot so biokompatibilni nanomateriali, bo izboljšala obstojnost zobnih vsadkov in restavracij, kar bo pripomoglo k trajnejšim rešitvam in boljšemu počutju pacientov.

Razvoj telezdravstva bo omogočil večjo dostopnost zobozdravstvenih storitev, predvsem v oddaljenih območjih. Kakovostni spletni viri že danes nudijo ljudem informacije o ustni higieni in spodbujanju preventive. Poiskati je treba način, kako motivirati posameznika, da jim sledi. Raziskave bodo še naprej krepile povezavo med ustnim in splošnim zdravjem. Razumevanje teh povezav bo vodilo do celostnih pristopov k skrbi za zdravje, kar bo koristilo tako ustnemu zdravju kot zdravju celotnega telesa. S temi napredki lahko pričakujemo svetlo prihodnost zobozdravstva v Sloveniji in po svetu, kjer bodo inovacije oblikovale boljše standarde oskrbe in s tem ohranjanje človeškega zdravja.

Digitalnost je ena: ni ločene zdravniške in zobozdravniške digitalizacije. V prihodnosti bo vloga zobozdravnikov in zdravnikov postala še bolj celostna in povezana. S sinergijo strokovnosti se oblikuje nova paradigma, kjer bo osrednji poudarek na preprečevanju bolezni, s čimer bomo gradili močnejše temelje za zdravo družbo. Na način, da bomo zobozdravniki prevzemali aktivno vlogo v celostni oskrbi pacientov, prepoznavali zdravstvene povezave z ustnim zdravjem ter sodelovali s splošnimi zdravniki pri odkrivanju in obvladovanju sistemskih bolezni. Prihodnost se bo strokovno razvijala in prepletala. Ob medsebojnem spoštovanju in razumevanju vidim možnost za najboljše rezultate v medsebojni podpori in enotni medicinski skupnosti.



Mojca Drev, dr. dent. med., podpredsednica skupščine ZZS

Uvodnik

- 3** Le slišani člani s(m)o
zadovoljni člani
Mojca Drev

K naslovnici

- 6** Izr. prof. dr. Urh Grošelj
Alojz Ihan

Zbornica

- 12** Razpisujem volitve poslancev
skupščine
Marko Jug
- 13** Razpisujem volitve
predsednika
Marko Jug
- 14** ZZS na evropskem vrhu
strokovnjakov za formate
izmenjave elektronskih
zdravstvenih podatkov
Iztok Štrotl
- 15** Iz dela
zbornice
- 16** Članarina
ZZS
- 18** »Tako bi šel spet operirat«
Živa Salobir

Aktualno

- 20** Z Državnim programom
obvladovanja raka do enako
kakovostne oskrbe za vse
bolnike z rakom v Sloveniji
Sonja Tomšič, Janez Žgajnar
- 22** Dodatna minuta
za življenje
Živa Salobir

Iz Evrope

- 24** Štiri dni na teden
je bolje
- 24** Z novo shemo dohodka je
Štajerska spet pri vrhu

Zdravstvo

- 25** Dostopnost do osebnega
zdravnika: težava za bolnika,
izziv za državo
*Člani Delovne skupine ZZS
za aktivno spremljanje
reforme osnovne zdravstvene
dejavnosti*

Mladi zdravniki

- 31** Poročilo o skupščini
Združenja evropskih mladih
zdravnikov
Alenka Bahovec

Forum

- 34** Komentar k zapisom
Barbara Podnar
- 34** Čestitka ob izidu učbenika
Izbrana poglavja iz geriatrije
Tatjana Leskošek Denišlič

Intervju

- 35** Prof. Marjan Kordaš:
Nisem »hodil v službo«,
ampak sem hodil delat
Barbara Podnar

Medicina

- 39** Epilog za lomljive kolčne
endoproteze: ali smo se iz te
lekcije kaj naučili?
Samo K. Fokter
- 42** Preventivno zalitje zob in
topikalna aplikacija fluora
Vito Vrbič
- 43** Medicina, občutljiva
za psihično travmo
Robert Oravec

Poročila s strokovnih srečanj

- 48** Mednarodna histeroskopska
učna delavnica
*Barbara Šadl, Milena Mikluš,
Branka Žegura Andrič*

- 49** Ultrazvok srca v neonatologiji
*Teja Senekovič Kojc,
Mirjana Miksič, Matej Pal,
Matevž Trdan*

- 51** Srčno popuščanje –
odkrivanje, diagnoza,
zdravljenje in oskrba
Sandra Kozjek

Strokovne publikacije

- 54** Oslovski kašelj: Ali lahko še
kaj naredimo?
*Mojca Rožič, Denis Baš,
Marko Pokorn*

Strokovna srečanja

- 55** Zbornična izobraževanja za
zdravnike in zobozdravnike
- 56** Strokovna
srečanja
- 59** Mali
oglas

Iz zgodovine medicine

- 61** Leto 2008 – 2. del
Berta Jereb

Obletnica

- 65** Polihistor dr. Joannes Antonio
Scopoli (1723–1788) –
zdravnik idrijskih rudarjev
Zvonka Zupanič Slavec

V spomin

- 68** V spomin doktorju Stjepanu
Žigerju, izrednemu
strokovnjaku in predvsem
človeku
Rado Žic Mikulin

S knjižne police

- 69** Čuječnost za vse (nas)
Zdenka Čebašek - Travnik

Zanimivo

- 71** Tudi v športu se (lahko)
daleč pride ...
Črt Marinček

73 Balthasar Hacquet v Ukrajini
Jurij Kurillo

Zdravniki v prostem času

76 Kolegi, pozdravljeni
v športnem duhu!
Klemen Aleš Piliš

77 Srečanje na Obali
Mojca Kos Golja

Zavodnik

81 Kako se začne (na novo)
Marjan Kordaš

Kolofon

Leto XXXIII, št. 2, 1. februar 2024
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

Nina Uršič
Dunajska cesta 162, p. p. 439, 1001 Ljubljana
T: 01 30 72 152, E: isis@zss-mcs.si

Lektoriranje

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

Oblikovna zasnova

Agencija Iz principa, Miha Kržmanc

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@zss-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

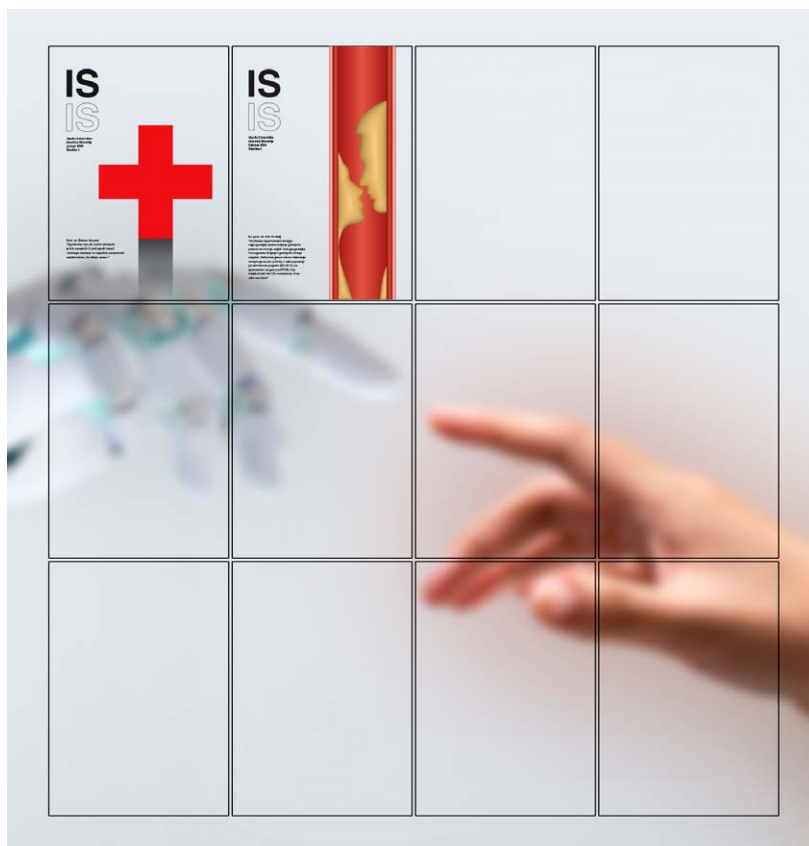
Honorar za avtorsko stran, ki obsega 1.500 znakov brez presledkov, je 15 EUR bruto. Za nakazilo honorarja potrebujemo naslednje podatke: polni naslov stalnega bivališča, davčno številko, EMŠO, popolno številko transakcijskega računa in ime banke. Prosimo, da nam navedene podatke posredujete hkrati s 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 64,90 EUR. Če je prejemnik glasila v tujini, se dodatno zaračunajo stroški poštnine po veljavnem ceniku Pošte Slovenije. Posamezna številka za nečlane stane 5,90 EUR. 5-odstotni davek na dodano vrednost je vračunan v ceni. Poština je plačana pri pošti 1102 Ljubljana.



Izr. prof. dr. Urh Grošelj

Alojz Ihan

V januarski številki revije Lancet (2024;403:55-66; IF 168,9) ste kot del najožje skupine avtorjev, združenih v skupino EAS Familial Hypercholesterolemia Studies Collaboration, objavili presečno raziskavo, ki bo v bodoče verjetno pomembno vplivala na diagnostiko in zdravljenje družinske hiperholesterolemije pri otrocih in mladostnikih. Kako je prišlo do študije, v katero je bilo vključenih prek 11 tisoč otrok iz 48 držav?

Gre za daleč največjo raziskavo doslej na področju pediatrične (heterozigotne) družinske hiperholesterolemije (v nadaljevanju DH). Zorela je nekaj let, v takem obsegu jo je omogočila šele vzpostavitev pediatričnega registra znotraj globalnega registra DH, v okviru mednarodnega sodelovanja pod okriljem European Atherosclerosis Society (EAS) Familial Hypercholesterolemia Studies Collaboration (FHSC). Slednjo zelo uspešno vodi prof. Kausik Ray, eden vodilnih svetovnih preventivnih kardiologov iz Imperial Collegea v Londonu, kjer to raziskavo tudi koordinirajo. Glavna raziskovalca skupine EAS-FHSC za Slovenijo sva s prof. Zlatkom Frasom. Prvo veliko raziskavo te skupine, ki je vključevala odrasle, smo prav tako objavili v reviji Lancet (2021; 398:1713-1725) ter kmalu zatem v reviji Lancet še rezultate povezane globalne raziskave homozigotne DH, ki je precej redkejša in zelo težka oblika te bolezni (2022; 399:719-728). To kaže na izjemno kakovost in obseg zbranih podatkov, na prisotnost na tem področju ob pravem trenutku ter tudi na to, kako pomembno je združevanje kakovostnih podatkov v mednarodne baze za razvoj klinične znanosti.

Zbiranje podatkov pediatrične populacije je bilo v naslednji fazi kar težavno, saj ima večina držav zelo majhne, slabo opredeljene in razpršene pediatrične populacije; za primerjavo, naš pediatrični register DH je po velikosti primerljiv s tistima v ZDA ali VB – tudi na račun populacijskega presejalnega odkrivanja DH pri nas. Zaradi slednjega, in kot eden od le nekaj pediatrov v vsej



skupini EAS-FHSC, sem bil povabljen k sodelovanju v najožji skupini avtorjev pediatrične raziskave DH. Na čelu te je Kanika Dharmayat, mlada zdravnica iz skupine prof. Raya na Imperial Collegeu. Vesel sem tudi, da so lahko v razširjeni skupini soavtorjev članka sodelovali še kolegi prof. dr. Tadej Battelino, dr. Barbara Jenko Bizjan, doc. dr. Maruša Debeljak, doc. dr. Jernej Kovač, Matej Mlinarič, dr. med., Neža Molk, mag. bioteh., Jaka Šikonja, dr. med., dr. Urša Šuštar ter prof. dr. Katarina Trebušak Podkrajšek; vsak od njih je prispeval pomemben »košček mozaika«.

Družinska hiperholesterolemija je gensko povzročena okvara delovanja receptorja za LDL, ki pa se kaže v raznolikih genskih fenotipih in verjetno tudi kliničnih posledicah.

DH je najpogostejša dedna življenje ogrožajoča presnovna motnja, najbrž tudi najpogostejša monogenska življenje ogrožajoča motnja nasploh. Večinoma gre za okvaro delovanja receptorja za LDL (LDLR), v naši populaciji pa razmeroma pogosto (20–30 %) za spremembo na genu za APOB, ki je beljakovinski del LDL-holesterol, ki se veže na LDLR. Le nekaj družin pa poznamo pri nas z okvaro gena za PCSK9, beljakovino, ki regulira premeno LDLR. DH ima po ocenah ena na vsakih 300 oseb, v Sloveniji okoli 6000–7000 oseb. Po nekaterih podatkih oseba z DH – če je neprepoznana in nezdravljena – izgubi v povprečju kar 16 let življenja. Zato je pomembno, da zgodaj, idealno že v otroškem obdobju, odkrivamo DH, ker jo le tako lahko pravočasno zdravimo. S tem pa uspemo na dolgi rok normalizirati povečano srčno-žilno obolenost in umrljivost pri teh osebah.

Kot pri vsaki drugi genetski motnji obstaja tudi pri DH spekter fenotipov; na najmanj ugodnem koncu je homozigotna DH (LDL-holesterol je pogosto preko 15–20 mmol/L), ki se v svoji blagi obliki

prekriva s težko heterozigotno DH (LDL-holesterol je tu okoli 8–10 mmol/L), ta pa se v svoji blagi obliki fenotipsko prekriva z običajno večfaktorsko hiperholesterolemijo (lahko le mejno ali blago povišan LDL-holesterol). Tveganje za zaplete je, če rahlo poenostavimo, sorazmerno »bremenu LDL-holesterol« oz. zmnožku vrednosti LDL-holesterol in trajanju povišanja v letih. Pri tem pa moramo seveda imeti v mislih, da je pri ljudeh z DH vrednost LDL-holesterol povišana že od rojstva dalje, tudi bolj konstantno povišana kot pri nekom brez DH; zmnožek je s tem precej višji.

Kakšen delež otrok se rodi z eno od oblik bolezni in koliko od teh se jih odkrije pred polnoletnostjo, pri nas in v drugih državah? Kakšen pomen sploh ima zgodnje odkrivanje bolezni?

Glede na podatke naših analiz sicer lahko trdimo, da genetsko potrdimo DH pri veliki večini otrok s to motnjo (Atherosclerosis 2018; 277:383-91; Genet Med 2022; 24:2103-11); žal sicer ne pri vseh – nekateri imajo zelo blag fenotip in jih program »ne zazna«, morda kdo ne želi sodelovati v programu ali ne pride na sistematski pregled. Rad bi se zahvalil zlasti vsem kolegom pediatrom, ki dosledno izvajajo program presejanja DH in vse nadaljnje korake po protokolu – za veliko družin naredijo precej dobrega. Že prva velika globalna analiza, ki smo jo objavili (Lancet 2021; 398:1713-1725), je pokazala, da je bila pri le 2 % vseh odraslih z DH ta diagnosticirana v pediatrični dobi; to je popolnoma nesprejemljivo, saj je zamujeno idealno obdobje za postavitve diagnoze in za primarno preventivo. Pediatrična študija pa zdaj v bistvu potrjuje to spoznanje; le redke države imajo učinkovit način zgodnjega odkrivanja. Po nekaterih ocenah velja, da je globalno gledano v pediatrični dobi odkritih manj kot 5 % vseh tistih z DH. Med zaključki študije je bila



Foto: Miran Juršič

izpostavljena nuja po zgodnji prepoznavi, citiran je bil tudi naš program, na kar smo lahko ponosni.

Pri obravnavi pediatrične populacije se želimo čim bolj premakniti h konceptu družinske obravnave ter v smer primarne (ali celo primordiale) preventive srčno-žilnih bolezni; ne samo pri DH, temveč vseh otrok bodisi z drugim posamičnim izrazitim dejavnikom tveganja (na primer sladkorna bolezen, izrazita debelost, izrazita arterijska hipertenzija) ali pa z neugodno sočasno kombinacijo več dejavnikov tveganja. Otroci z DH imajo glede na raziskave po starosti osem let že pomembno bolj zadebeljeno intimo-medio karotidnih arterij v primerjavi s sorojenci. Zato je tedaj (glede na mednarodne smernice) že pravi čas za ukrepanje, če želimo preprečiti posledice. Čim prej želimo tudi identificirati starša otroka s potrjeno DH, ker jo ima tudi eden od staršev; tri četrtine se jih pri nas tega ne zaveda, redki so že zdravljeni. Zdravi starši so seveda v velikem interesu vsakega otroka, morda kratkoročno

celo s tem ob presejanju naredimo največjo korist otroku.

Študija je izjemna glede na število zajetih otrok in tudi število sodelujočih držav. To je nudilo široke možnosti analize trenutnih pristopov k identifikaciji in obvladovanju družinske hiperholesterolemije v različnih zdravstvenih sistemih. Kaj so bila glavna spoznanja iz primerjav?

Pokazali smo, da je DH pri otrocih in mladostnikih premalo in prepozno diagnosticirana in zdravljena; le majhen delež vseh prejema zdravila za zniževanje holesterola. Pokazale so se velike razlike med državami, zlasti med tistimi z visokimi in tistimi brez visokih dohodkov (kar mimogrede nedavno ugotavljamo tudi sami v okviru skupnega raziskovalnega projekta na področju DH in redkih dislipidemij s Pakistanom, ki ga vodi s prof. Fouzio Sadiq; Lancet Reg Health Southeast Asia 2023; 12:100163). Predlagali smo, da je treba izboljšati presejanje in zdravljenje DH pri otrocih in mladostnikih, kjer je eden navedenih vzorčnih primerov ravno naš model. Raziskava prinaša pomemben vpogled v globalno breme DH pri otrocih in mladostnikih ter poudarja potrebo po boljšem diagnosticiranju in zdravljenju tega stanja. Postavlja tudi izhodišče za raziskovanje tega področja v prihodnje, omogoča načrtovanje prioritet.

Katere strategije »lovjenja« otrok z družinsko hiperholesterolemijo se po svetu uporabljajo in katere so najuspešnejše?

DH dosega vse klasične kriterije za smiselnost presejanja (najbolj uveljavljeni so tisti po Wilsonu in Jungnerju), kar smo lani jasno pokazali v članku, ki smo ga objavili z vodilnima svetovnima pediatričnima lipidologoma – prof. Samuelom S. Giddingom iz ZDA in prof. Bertom Wiegmanom iz Nizozemske – v eni



od najpomembnejših kardioloških revij European Heart Journal (Groselj U, Wiegman A, Gidding SS. Screening in children for familial hypercholesterolaemia: start now. Eur Heart J 2022;43:3209-12; IF 39,3). V tem članku, ki je bil hkrati uradno stališče organizacije FH Europe, smo sistematično predstavili razloge za pediatrično presejanje DH in oblikovali poziv mednarodni stroki s predlogi strategij, da je potreben takojšnji začetek sistematičnih aktivnosti za odkrivanje DH. Smo pa zaključili, da ni pravilen samo en pristop, ker se sistemi in možnosti med državami zelo razlikujejo (ponekod je izvedljivo populacijsko presejanje, drugod pa bolje deluje kaskadni pristop); vsak naj dela tisto, kar lahko najbolje izvaja. Ključno je kombinirati strategije – kljub presejanju otrok ne smemo zanemariti aktivnega odkrivanja odraslih, vsakič, kjer je za to priložnost. Najširši strokovni dogovor glede potrebe po pediatričnem presejanju DH pa smo oblikovali jeseni 2021, pri nas – na strokovnem simpoziju v okviru slovenskega predsedovanja EU. Tega smo na Pediatrični kliniki UKCL in

Katedri za pediatrijo MF izvedli (zaradi epidemije sicer virtualno) skupaj z organizacijo FH Europe; zbrali smo celotni vrh mednarodne stroke na področju preventivne kardiologije, vključno z vodji najpomembnejših strokovnih organizacij na tem področju (EAS, IAS, EAPC, WHF idr.), pridružili so se tudi ministri, evropslanci in visoki predstavniki Evropske komisije (velika zahvala gre zlasti ministroma dr. Janezu Poklukarju in g. Marku Borisu Andrianiču in njunima ekipama, da sta nas pri tem odločno podprla, tudi s svojima nagovoroma).

Kmalu po navedeni objavi v European Heart Journal smo v razširjeni zasedbi pripravili še evropske smernice o presejanju DH v pediatrični dobi (Eur J Prev Cardiol. 2022; 29:2301-11; IF 8,3). Končno pa smo septembra 2022 v okviru češkega predsedovanja EU na tej podlagi oblikovali še bolj politično usmerjen dokument o potrebi po presejanju DH – t. i. Praško deklaracijo; slednjo smo sprejeli in predstavili na dogodku v dvorani češkega senata v Pragi, kjer sem imel tudi sam priložnost govoriti. Določene premike že vidimo v praksi,

kmalu zatem smo sodelovali pri uvajanju presejanja na Hrvaškem, v Luxembourg, ugoden je razvoj na Irskem, za konec februarja imam vabilo za nastop na dogodku v bolgarskem parlamentu. Obdobje zadnjih let je bilo zame nasploh zelo intenzivno, saj sem bil skoraj hkrati z glavnim dogajanjem polno leto dni gostujoči docent in raziskovalec na univerzi Stanford; neverjetno stimulatивно okolje pa mi je po drugi strani dalo ogromen zagon in tudi določeno smelost pri načrtih.

Slovenija je edina država na svetu, ki ima presejalni program za odkrivanje hiperholesterolemije v otroštvu – vsi otroci imajo pred vstopom v osnovno šolo možnost za presejalno gensko testiranje za hiperholesterolemijo. Kakšna je odzivnost na testiranje in kako to slovensko »posebnost« komentirajo kolegi drugje?

V Sloveniji imamo 3-stopenjski program, leta 2019 je bil formalno odobren s strani RSK za pediatrijo in zatem Zdravstvenega sveta ter nato s podporo Ministrstva za zdravje tudi uvrščen v financiranje kot program. Že od leta 1995 na sistematskem pregledu pred vstopom v šolo otrokom določamo tudi vrednost celokupnega holesterola, kar je prvi korak populacijskega presejanja DH; tu gre ogromno priznanje kolegom primarnim pediatrom, ki pri nas delajo vrhunsko, tudi kar se tiče preventive; ta pristop, to mrežo, je treba na vsak način ohraniti! Leta 2011 smo uvedli pri diagnosticiranju DH poleg kontrolne meritve holesterola v endokrinološki ambulantni še genetsko analizo, izvaja se na Kliničnem inštitutu za specialno laboratorijsko diagnostiko (KISLD) Pediatrične klinike UKCL; to je drugi korak presejalnega programa. Genetsko motnjo potrdimo pri velikem deležu otrok, ki so napoteni k nam zaradi povišanega holesterola. S tem pa tudi nedvomno opredelimo, kdo ima dedno motnjo, kdo rabi

redno spremljanje, zdravljenje, s čimer smo zelo dvignili učinkovitost tega programa. Zadnja leta na ta način odkrijemo večino otrok z DH, vsako leto okrog 50 otrok oz. družin. Glede na dominantni vzorec dedovanja ima otrok z DH enega od staršev, ki ima isto stanje (prav tako pa v povprečju polovica sorojencev) – gre za t. i. reverzno kaskadno presejanje staršev, kar je tretji korak v presejalnem programu. Program presejanja holesterola pri otrocih nam torej omogoča odkrivanje DH pri vseh družini. Glede na podatke, ki jih je pred leti zbrala primarna pediatrija Katarina Sedej, je bil holesterol izmerjen pri preko 90 % vseh otrok na sistematskem pregledu (Genet Med 2023; 24:2103-11), kar se mi zdi spodbudno. Trenutno je v teku nova analiza učinkovitosti programa presejanja DH, ki jo v okviru svojega doktorata izvaja kolegica Mia Becker (ZD Maribor).

Naš pristop je v svetu zadnja leta prepoznaven in priznan, kot sem že prej omenil. Svetovno združenje za srce (World Heart Federation; WHF) je leta 2021 izdalo belo knjigo (»white

paper«) o holesterolu; povabili so nas, da smo predstavili naš nacionalni program presejanja DH, ki je bil prepoznani kot modelni program, ki bi lahko pomagal do pravočasne diagnoze tudi ljudem drugod (<https://world-heart-federation.org/resource/whf-cholesterol-white-paper/>). Gre za veliko strokovno priznanje, ne samo za naš model presejanja DH, pač pa tudi za našo pediatrijo, preventivno kardiologijo in zdravstveni sistem v celoti, tako na primarni ravni (zelo kakovostno preventivno delo primarnih pediatrov) kot na terciarni ravni (vrhunska nadaljnja genetska in klinična diagnostika in nadaljnja obravnava družin s to presnovno motnjo).

V Sloveniji imamo že nekaj let javno financirano presejalno gensko testiranje vseh novorojenčkov na 21 genskih boleznih in pri taki osnovi se zdi, da je razmeroma preprosto vključevati nova in nova testiranja za genske bolezni, kadar se to izkaže za smiselno. Kako tako »dodajanje« izgleda?

Program populacijskega presejalnega testiranja novorojenčev za vrojene bolezni: kongenitalno hipotirozo (KH), fenilketonurijo (PKU).

Prva širitev (2018) za: bolezen javorjevega sirupa (MSUD), izovalerično acidemijo (IVA), glutarično acidemijo tipa I (GAI), glutarično acidemijo tipa II (GAII), pomanjkanje zelo dolgoverižne acil-CoA dehidrogenaze (VLCAD), pomanjkanje dolgoverižne 3OH-CoA dehidrogenaze (LCHAD), pomanjkanje srednjeverižne acil-CoA dehidrogenaze (MCAD), propionsko acidemijo (PA), metilmalonsko acidemijo (MMA), pomanjkanje karnitin palmitoiltransferaze I (CPTI), pomanjkanje karnitin palmitoiltransferaze II (CPTII), motnjo vnosa/transporta karnitina (CUD), pomanjkanje holokarboksilazne sintaze (MCD), pomanjkanje α -ketotiolaze (α KT), pomanjkanje 3-metilokrotonil-CoA karboksilaze (3-MCC), tirozinemijo tipa 1 (TYRI).

Druga širitev (2024, še v teku) za: spinalno mišično atrofijo (SMA), cistično fibrozo (CF), kongenitalno adrenalno hiperplazijo (KAH), deficienco γ c (common gamma chain SCID, deficienca CD132), deficienco JAK3, deficienco IL7 α , deficienco CD3 δ , deficienco JAK3, deficienco CD3 ϵ , deficienco CD3 ζ , deficienco Coronin-1A, deficienco LAT, deficienco RAG, deficienco DCLRE1C (Artemis), deficienco DNA PKcs, deficienco Cernunnos/XLF, deficienco DNA ligaze IV, deficienco adenozin deaminaze (ADA), okvaro AK2, okvaro aktiviranega RAC2, okvaro PAX1, okvaro SLP76, X-vezano agamaglobulinemijo.

da z laboratorijske, klinične in organizacijske strani?

Po desetletjih presejanja fenilketonurije (od 1979) in kongenitalnega hipotiroidizma (od 1981) smo leta 2018 program presejanja novorojencev v Sloveniji zelo posodobili, tako da vključuje še dodatnih 17 vrojenih bolezni presnove, ki jih odkrivamo z metodo tandemske masne spektrometrije in potrditveno genetsko diagnostiko (ob tem pa se izvajajo v porodnišnicah tudi dodatni, nebioke-mični presejalni testi). V kratkem bo izvedena še druga širitev presejanja novorojencev na spinalno mišično atrofijo (SMA), skupino težkih pri-rojenih okvar imunosti (TPOI), cistično fibrozo (CF) in kongenitalno hiperplazijo (KAH), priprave tečejo že od odobritve širitve programa leta 2021, premagali smo celo vrsto izzivov. Omogočena bo hkratna diagnostika teh bolezni iz enega vzorca posušene kapilarne krvi na filtrskem papirju s pomočjo uvedbe dveh dodatnih diagnostičnih metod (PCR v realnem času (za odkrivanje SMA in TPOI) in imuno metoda autoDELFIJA (za odkrivanje CF in KAH)). Genetska diagnostika z metodo sekvenciranja naslednje generacije v okviru programa presejanja bo sicer vsaj še nekaj let le potrditvena in še ne »prva linija«; poteka na KISLD Pediatrične klinike UKC Ljubljana. Obravnava otrok z odstopi pri presejanju pa na ustreznih kliničnih oddelkih Pediatrične klinike. Ključni so seveda izjemni sodelavci. Javno moram izreči zahvalo kolegom neonatologom, kolegom pediatrom in izjemnim strokovnjakom v laboratoriju Pediatrične klinike UKCL, slednje vodi doc. dr. Barbka Repič Lampret. Delajo predano, strokovno, inovativno in pogosto požrtvovalno. Zahvala gre seveda tudi strokovnemu direktorju doc. dr. Marku Pokornu in predstojniku prof. dr. Tadeju Battelinu za njuno neomajno podporo in sijajno vizijo ter predstojnikom treh drugih vključenih kliničnih oddelkov Pediatrične klinike, ki je v tem projektu »stopila

skupaj«. Tudi na videz neizvedljive stvari je na ta način presenetljivo pogosto mogoče spraviti v prakso.

Je tudi družinska hiperholesterolemija med boleznimi, ki bodo prišle v presejalni program testiranja novorojenčkov za genske bolezni?

Zelo verjetno bo do tega prej ali slej prišlo. V lanskem letu smo ravno tej temi posvetili sklop predavanj in panel, ki sva ga s kolegico prof. Steinhagen-Thiessen iz Berlina organizirala v okviru pediatričnega simpozija EAS v Mannheimu; odmevi so bil zelo pozitivni, stvari že gredo konkretno v to smer. V drugi polovici lanskega leta je bila nato pod vodstvom prejšnjega predsednika International Atherosclerosis Society (IAS) prof. Raula Santosa oblikovana delovna skupina, kjer preučujemo možnosti izvedbe, utemeljenost takega koraka, morda že oblikovati priporočila. Skoraj vse razvite države namreč izvajajo presejanje novorojencev, malo pa je zmožnih učinkovitega presejanja kasneje. Poleg tega so geni, ki povzročajo DH, že zajeti v nekatere pilotne projekte genomskega pristopa k presejanju novorojencev (NBS) ter v panele genov, kjer je bolezenske spremembe smiselno poročati, če jih najdemo ob genomski analizi.

Kakšna je obravnava otrok potem, ko dobijo diagnozo družinske hiperholesterolemije?

Pri DH je v resnici pomembno predvsem to, da je pravočasno prepoznana in da oseba z DH upošteva navodila zdravnika. Življenje otrok z DH se v bistvenem ne razlikuje od vrstnikov. Prehrana, ki jo priporočamo, v resnici ni neka posebna dieta, pač pa zdrava prehrana, ki bi jo lahko užival vsakdo (omejitev zlasti slabih maščob, ki se jih nadomešča z dobri-mi maščobami, več vlaknin, manj soli itd.). Otrokom z DH svetujemo organizirano telesno dejavnost, kar velja tudi za njihove vrstnike. Vsake-mu zabičamo, da naj nikdar ne začne

KO za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni Pediatrične klinike UKCL je sodobni terciarni center za otroško endokrinologijo, diabetes in vrojene presnovne bolezni, genomiko redkih in pogostih bolezni ter presejalne programe na teh področjih. Trenutni predstojnik prof. dr. Tadej Battelino je KO pomagal razviti v enega vodilnih mednarodnih centrov na glavnih področjih delovanja, tako pri kliničnem kot tudi raziskovalnem delu. KO je polnopravni član dveh evropskih referenčnih mrež za redke bolezni (Endo-ERN in MetabERN). Na KO je trenutno zaposlenih 12 specialistov pediatrov, med katerimi sta dva redna profesorja, dva izredna profesorja ter štirje docenti za področje pediatrije.

kaditi. Pozorni smo tudi na druge dejavnike tveganja. Če s temi nasveti začnemo zgodaj, idealno okoli vstopa v šolo ali vsaj pred puberteto, smo pogosto uspešni, postanejo zdrava navada. Pogosto pa je po 8. letu indicirano zdravljenje s statini, ki je zelo učinkovito, razumno varno, tudi ne zelo obremenjujoče. Zadnji čas je v določenih primerih na voljo tudi biološka terapija (sodelovali smo v več kliničnih preskušanjih, tudi v raziskavi evolocumaba, objavljeni v N Engl J Med 2020; 383:1317-27). Otrokom rečemo, da kot si vsak večer umijejo zobe, da jih bodo dolgo ohranili zdrave, tako morajo ob tem vzeti še zdravilo za DH, da bodo zdrave ostale njihove žile. Tveganje za zaplete ob taki obravnavi je izenačeno z zdravo populacijo.

Tudi sicer se zdi, da je pri nas diagnostika in obravnava redkih pediatričnih bolezni na visoki ravni.

V letu 2023 je bil po dolgih prizadevanjih vzpostavljen Center za

redke bolezni Pediatrične klinike UKC Ljubljana, ki bo vključeval tudi koordinacijo programa presejanja in različne druge aktivnosti. Tudi tu je treba omeniti izjemno vizijo strokovnega in poslovnega vodstva Pediatrične klinike ter skupine kolegov pediatrov, ki so predani skrbi za otroke z redkimi boleznimi. Tako eni kot drugi pa živimo v vznemirljivem času skokovitega razvoja tega področja.

Ena taka nova možnost za nekatere otroke z redkimi boleznimi je gensko zdravljenje, ki predstavlja pomembno prelomnico. Leta 2018 je bil na preizkusno gensko zdravljenje v tujino napoten in uspešno zdravljen prvi slovenski otrok z redko vrojeno presnovno boleznijo, sploh prvi otrok z mukopolisaharidozo tipa I na svetu. Takrat smo navezali zelo dober stik s centrom v bolnišnici San Raffaele v Milanu, imel sem veliko čast sodelovati v širši skupini soavtorjev te prelomne objave v reviji *New England Journal of Medicine* (2021; 385:1929-1940). Zatem je bilo gensko zdravljenje še več drugih otrok; od leta 2020 (CAR-T) in 2021 (SMA) tudi na Pediatrični kliniki.

Drug pomemben dosežek na področju redkih bolezni, kjer sem zadnja leta imel priložnost zelo aktivno sodelovati, pa je bila vzpostavitev Registra redkih nemalighnih bolezni RS (RRNB-RS). Skrbnik

Izr. prof. dr. Urh Grošelj, dr. med., mag. bioetike

Diplomiral (2007) in doktoriral (2012) je na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani (MF UL), magistriral (2008, summa cum laude) pa na Medicinski fakulteti Univerze v Leuvnu, Belgija. Med študijem je bil glavni urednik revije *Medicinski razgledi* ter prejel Prešernovo nagrado in priznanje. Od leta 2014 je specialist pediater na KO za endokrinologijo, diabetes in presnovo, Pediatrične klinike UKC Ljubljana (PK UKCL). Od leta 2022 je izredni profesor za področje pediatrije in docent za področje medicinske etike. Je član Katedre za pediatrijo MF UL in sopredlagatelj ter ustanovni član Katedre za medicinsko etiko MF UL (od 2023). V letih 2021–2022 je bil Fulbrightov štipendist ter gostujoči učitelj (Asst. Prof.) in raziskovalec v laboratoriju prof. Josha Knowlesa ter na oddelku za srčno-žilne bolezni Medicinske fakultete, Univerza Stanford, Kalifornija, ZDA. Od leta 2013 je član Komisije RS za medicinsko etiko, bil je tudi nadomestni član Komisije za bioetiko Sveta Evrope (2012–2016).

Klinično in raziskovalno se ukvarja z redkimi boleznimi, zlasti presnovnimi, z družinsko hiperholesterolemijo, redkimi dislipidemijami ter preventivno kardiologijo, presejalnimi programi v pediatriji, s klinično genomiko ter z medicinsko etiko.

Je član programskega sveta preventivnih programov ZDAJ (NIJZ), vodi klinični del programa presejanja novorojenčkov (tudi predvideno širitev programa v letu 2024) ter nacionalni program univerzalnega presejanja družinske hiperholesterolemije, vključno s programom sodobne NGS-dia- gnostike dislipidemij na PK UKCL.

registra je Pediatrična klinika UKCL, razvit pa je bil pod okriljem Ministrstva za zdravje in Nacionalnega inštituta za javno zdravje, s sodelovanjem vseh ključnih strokovnjakov in ustanov na tem področju pri nas. Čaka nas sicer še precej dela, nam bo pa RRNB-RS omogočil precej boljši pregled nad epidemiološkimi vidiki

redkih bolezni v Sloveniji, upajmo, da bo sčasoma tudi izboljševal možnosti za bolnike.

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

Domus Medica za vas!

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



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



Datum: 12. 1. 2024

Na podlagi 19. člena Poslovnika o delu skupščine, izvršilnega odbora ter njunih organov

RAZPISUJEM VOLITVE POSLANCEV SKUPŠČINE

Zdravniške zbornice Slovenije
za 14. maj 2024

Poslance skupščine Zdravniške zbornice Slovenije
se voli na neposrednih, splošnih in tajnih volitvah 14. maja 2024.

Izvedbena navodila volilne komisije se objavijo na spletni strani Zdravniške zbornice Slovenije.
Volilna komisija v izvedbenih navodilih določi, kako volivec izbere način glasovanja
z uporabo elektronske tehnologije (v nasprotnem primeru zanj velja glasovanje po pošti),
rok, do katerega lahko volivec izbere način glasovanja,
tehnične pogoje, ki jih je treba izpolnjevati za izbiro glasovanja z uporabo elektronske tehnologije,
uro zaključka glasovanja in uredi druga izvedbena vprašanja glede poteka volitev.

Doc. dr. Marko Jug, dr. med.
Predsednik skupščine
Zdravniške zbornice Slovenije



Datum: 12. 1. 2024

Na podlagi 24. člena Poslovnika o delu skupščine, izvršilnega odbora ter njunih organov

RAZPISUJEM VOLITVE PREDSEDNIKA

Zdravniške zbornice Slovenije
za 14. maj 2024

Predsednika Zdravniške zbornice Slovenije
se voli na neposrednih, splošnih in tajnih volitvah 14. maja 2024.

Izvedbena navodila volilne komisije se objavijo na spletni strani Zdravniške zbornice Slovenije.

Volilna komisija v izvedbenih navodilih določi, kako volivec izbere način glasovanja z uporabo elektronske tehnologije (v nasprotnem primeru zanj velja glasovanje po pošti), rok, do katerega lahko volivec izbere način glasovanja, tehnične pogoje, ki jih je treba izpolnjevati za izbiro glasovanja z uporabo elektronske tehnologije, uro zaključka glasovanja in uredi druga izvedbena vprašanja glede poteka volitev.

Doc. dr. Marko Jug, dr. med.
Predsednik skupščine
Zdravniške zbornice Slovenije

ZZS na evropskem vrhu strokovnjakov za formate izmenjave elektronskih zdravstvenih podatkov

Iztok Štötl

Evropska komisija je v sodelovanju s projektom XpanDH 12. decembra 2023 v Bruslju organizirala evropski vrh strokovnjakov za formate izmenjave elektronskih zdravstvenih podatkov (eEHRxF). Pogled evropskih zdravnikov na uvedbo novih standardov je na podlagi povabila evropskega združenja zdravnikov (CPME) predstavil mag. Iztok Štötl.

Eden od ključnih stebrov poslanstva ZZS je strokovna in varna obravnava pacientov, ki danes ni več možna v optimalni obliki brez naprednih informacijskih tehnologij. Mag. Štötl je na primeru ZZS prikazal predlog modernega načina transformacije zdravniške zbornice v smeri, ki omogoča proces sodelovanja in povezovanja zdravnikov v nacionalni digitalni transformaciji v zdravstvu.

V svoji predstavitvi je poudaril, da so zdravniki zelo nezadovoljni z informacijskimi orodji, ki jih morajo uporabljati za vsakodnevno delo s podatki, in da glede na obstoječe raziskave z zamujanjem z digitalno transformacijo danes nedvomno že izgublamo življenja bolnikov. Opozoril je, da je glede uvedbe izmenjevalnih formatov še veliko odprtih vprašanj in da bolniki in zdravstveni delavci potrebujemo predvsem rešitve, ki so uporabne v praksi. Izrazil je jasno zavezo zdravnikov, da so pripravljeni prevzeti aktivno vlogo pri prehodu, vendar bi za doseganje tega cilja morali biti smiselno vključeni v ustrezno upravljanje in potrebujejo močno sistemsko podporo za uspešno tranzicijo. Generalna sekretarka CPME Sarada Das je podprla aktivnosti ZZS in izrazila pripravljenost za skupno nadaljnje delovanje na tem področju.

Evropski parlament je dan po vrhu podprl vzpostavitev evropskega zdravstvenega podatkovnega prostora (EHDS). Parlament je sprejel besedilo, ki bo služilo kot pogajalski okvir v pogovorih s Svetom EU za oblikovanje zakona, ki bo predvidoma sprejet spomladi leta 2024 in bo



pacientom zagotovil dostop do njihovih osebnih zdravstvenih podatkov v zdravstvenih sistemih vseh članic EU, zdravstvenim delavcem pa bi omogočil dostop izključno do podatkov pacientov, ki so potrebni za zdravljenje. To bi med drugim vključevalo elektronske recepte, medicinske podatke in laboratorijske rezultate. EHDS bo omogočil tudi izmenjavo informacij o povzročiteljih bolezni, povračilih stroškov, genetskih podatkov in podatkov iz registrov javnega zdravja. Te informacije bi pripomogle k inovacijam, raziskavam, oblikovanju politik ter izobraževanju pacientov.

Mag. Iztok Štötl, dr. med., spec. interne medicine,
UKC Ljubljana, iztok.stotl@guest.arnes.si



Povezava na videokonferenco; geslo za dostop:
W5h4HGT2vC7z6
(slovenska predstavitev se začne na 14:42:35).

Iz dela zbornice

Za obdobje od 15. decembra 2023 do 19. januarja 2024

Odbor soglasno potrdil novelo o varstvu okolja

Odbor za infrastrukturo, okolje in prostor je 17. 1. 2024 soglasno dopolnil in podprl predlog novele zakona o varstvu okolja, ki bo zaostрил zahteve glede izpustov iz naprav za sosežig. Predlog novele zakona predvideva poleg izenačitve normativov tudi strožji monitoring in večjo frekvenco poročanja za onesnaževalce okolja.

Smo korak bližje uresničitvi vsebine Poziva zdravnikov in zobozdravnikov odločevalcem k odgovornejšemu pristopu do okoljske problematike, so ob sprejetju novele poudarili člani Delovne skupine Zdravniške zbornice Slovenije za spremljanje, opozarjanje in ozaveščanje o nevarnostih onesnaženega okolja za zdravje.

Odbor za zdravstvo je zavrnil novelo Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

Zdravniška zbornica Slovenije (ZZS) se zavzema za pravočasno, učinkovito in primerno zdravljenje pacientov. Menimo, da bi novela Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ) lahko rešila problem dolgih čakalnih vrst.

Zakonodaja RS (ZZVZZ) trenutno omogoča, da z javnim denarjem plačamo zdravljenje naših pacientov v tujini ter tako dopuščamo odtekanje javnega denarja v tujino, najpogostejše na Hrvaško. Slednji zelo dobro pozna- jo ta sistem, zato imajo zdravstveni turizem tudi zakonsko opredeljen kot enega od stebrov njihovega turizma.

Pravno mnenje glede predložitve zdravniškega potrdila za opravičevanje odsotnosti iz srednje oziroma osnovne šole

Člani in članice so Zdravniško zbornico Slovenije opozorili na problematiko povečanega števila zahtev pacientov oz. njihovih staršev za izdajo zdravniškega potrdila za opravičevanje odsotnosti iz šole. Oddelek za pravne zadeve je zato pripravil pravno mnenje, osnutek dopisa za Ministrstvo za vzgojo in izobraževanje ter vzorec dopisa za šole.

Pravno mnenje je dostopno v dokumentu na tej povezavi.



Kaj prinaša sprejeti Zakon o interventnih ukrepih na področju zdravstva, dela in sociale ter z zdravstvom povezanih vsebin?

Oddelek za pravne zadeve je pripravil pregled poglavitnih novosti, ki jih prinaša omenjeni zakon, ki je bil po vetu Državnega sveta ponovno potrjen. 30. 12. 2023 je bil objavljen v Uradnem listu RS. Veljati je začel 31. 12. 2023.

Poglavitne novosti so objavljene na tej povezavi.



Zdravniška zbornica Slovenije dopolnjuje svojo knjižnico

Latinski pregovor »*Verba volant littera scripta manet*« že tisočletja govori o tem, da besede zbežijo, zapisano pa ostane.

V Zdravniški zbornici Slovenije smo zelo ponosni na vsa pisna dela naših zdravnikov in zobozdravnikov. Številna med njimi se nahajajo na zborničnih knjižnih policah, nekateri zdravniki pa ne vedo, da smo zanje iskreno zainteresirani. Zavedamo se, da moramo predvsem sami razmišljati o naših pisnih delih in sami poskrbeti, da bodo ta ostala med nami. Koliko truda je vloženega v prav vsak zapis, zbornik, priročnik, navodila ali pa zgodovinsko medicinsko delo, memoarske zapise, avtobiografska dela naših kolegov in kolegic ...

Zato prijazno vabimo vse avtorje ali ustanove, ki morebiti hranijo taka dela, da naši knjižnici izvod ponudite v odkup ali ga po želji tudi podarite. Bralci vsak dan prihajajo in z zanimanjem posegajo po delih kolegov in kolegic. Hvaležni bi bili tudi za starejše izdaje, da z njimi izpopolnimo knjižnico.

Prijazno vabljeni! Pišete lahko Marti Brečko Vrhovnik na: marta.brecko@zgs-mcs.si.

Lahko umetna inteligenca za 30 % izboljša naš zdravstveni sistem?

Prof. dr. Matjaž Gams, vodja Oddelka za inteligentne sisteme na Inštitutu Jožef Stefan, je za člane in članice zbornice pripravil zanimivo predavanje, ki je uvedlo koncepte generativne umetne intelligence (AI) in superintelligence s predlogom uvajanja GPT (generativne AI) v slovensko zdravstvo in utemeljitvijo, da bi prinesel korenito izboljšanje za paciente, sestre in zdravnike. Sposobnost sistema bi se po njegovem mnenju lahko izboljšala za 30 %.

Ideje za uporabo umetne intelligence v zdravstvu:

- **Izboljšana diagnostika:** Algoritmi AI, ki lahko analizirajo obsežne podatkovne zbirke, lahko pomagajo pri natančnejši in hitrejši diagnozi bolezni kot tradicionalne metode.
 - **Personalizirani načrti zdravljenja:** AI lahko analizira edinstveno zdravstveno zgodovino, genetiko in življenjski slog posameznika ter priporoči personalizirane načrte zdravljenja. Skrbi za pravilno jemanje zdravil in kakovostno življenje.
 - **Izboljšan razvoj zdravil:** AI lahko pospeši proces odkrivanja in razvoja zdravil, ki tradicionalno traja leta in zahteva znatne naložbe.
- Virtualni zdravstveni pomočniki:** AI, podobna ChatGPT, lahko deluje kot

virtualni zdravstveni pomočniki, ki pacientom nudijo informacije, opomnike za zdravila in začetno diagnostično podporo. To lahko izboljša vključenost pacientov in upoštevanje načrtov zdravljenja, še posebej pri kroničnih stanjih.

- **Daljnisko spremljanje in telemedicina.**
- **Operativna učinkovitost:** AI lahko poenostavi administrativne naloge v zdravstvenih ustanovah, kot so razporejanje, upravljanje pretoka pacientov in dokumentacija.
- **Zmanjšani stroški zdravstva:** Z izboljšanjem učinkovitosti, natančnosti in hitrosti storitev ima AI potencial zmanjšati celotne stroške zdravstva.

Članarina ZZS

V skladu z Zakonom o zdravniški službi zbornica vsako leto do 28. februarja izda članom odločbe o višini članarine za tekoče koledarsko leto, v katerih določi letno in mesečno višino članarine. V odločbi sta, skladno s podatki iz registra zdravnikov, ki ga zbornica vodi kot javno pooblastilo, navedena status člana in kategorija članarine za ta status. Z odločbo se člani seznajajo z višino članarine, ki naj bi jo, glede na status 1. januarja, plačevali v tekočem letu. Zelo pomembno je, da člani preverite podatke, navedene v odločbi, saj so podatki, ki jih o posameznem članu vodimo na zbornici, odvisni predvsem od tega, ali ste nam člani spremembe sporočili. Če podatki iz odločbe o statusu ne držijo in je članarina neustrezno odmerjena, ima vsak član pravico, da se pritoži. Ker se odločbe vročajo z navadno vročitvijo, se šteje, da je bila vročitev opravljena 15. dan od dneva prejema, zoper odločbo pa se ima član

pravico pritožiti v 15 dneh od dneva vročitve.

Zbornica vsako leto prejme pritožbe, ki se nanašajo na spremenen status člana, ali so se upokojili, so na starševskem dopustu ali na daljši odsotnosti zaradi bolezni, nekateri pa so upravičeni do oprostitve plačila članarine, ker so brezposelni ali imajo v družini hujšo finančno stisko. Vse te spremembe zabeležimo in jih, po prejemu dokazil pristojnih organov, upoštevamo. Pomembno je, da člani spremembe sporočijo takoj, ko sprememba nastane, saj le tako lahko obračunamo pravo višino članarine. Sprememb statusov za leto ali več nazaj ne smemo upoštevati, saj so odločbe postale pravnomočne.

Višino članarine za različne kategorije določa Sklep o določitvi članarine Zdravniške zbornice, okvir za določitev višine pa določa 74. člen Zakona o zdravniški službi, ki opredeljuje, da je osnova za določitev člana-

rine osnovna plača zdravnika, opredeljena z zakonom, ki določa sistem plač v javnem sektorju. Zakon o zdravniški službi dalje določa, da se za potrebe izračuna osnovne plače za določitev članarine zbornice vštevata dve napredovanji, razen za sekundarije in pripravnike, ne vštevajo pa se drugi dodatki po kolektivni pogodbi. Stopnja za odmero članarine znaša 1,2 % osnovne plače, pri čemer lahko zbornica to stopnjo, glede na program dela, s sklepom poveča ali zmanjša za največ 20 %.

Sklep o določitvi članarine opredeljuje **možnost uveljavljanja znižane članarine** oziroma oprostitve plačila članarine. Do znižane članarino so upravičeni:

- člani na starševskem dopustu,
- člani, ki uveljavljajo pravico do dela s krajšim delovnim časom zaradi starševstva, in
- člani na daljši odsotnosti zaradi bolezni.

V teh primerih članarina znaša 43,50 evra letno.

Polno **upokojeni člani**, ki ne opravljajo več zdravniške službe,

plačujejo letno članarino 43,50 evra, če opravljajo zdravniško službo na podlagi pogodb civilnega prava, pa 117,40 evra letno. Enaka višina članarine je določena tudi za člane, ki so visokošolski učitelji, znanstveni delavci, visokošolski sodelavci ali mladi raziskovalci in ne opravljajo zdravniške službe. Vse navedene statusne oz. kategorije člani dokazujejo s potrdilom pristojnega organa.

Do **oprostitve plačila članarine** so upravičene brezposelne osebe skladno s predpisi s področja zaposlovanja in zavarovanja za primer brezposelnosti, člani v hujši finančni stiski (v skladu z določili Pravilnika zbornice o skrbstvenem skladu) in člani, ki uveljavljajo pravico do plačila prispevkov zaradi zapustitve trga dela v skladu z Zakonom o starševskem varstvu in družinskih prejemkih. Plačila članarine so člani zbornice oproščeni le za obdobje, ko imajo status. Status brezposelne osebe člani dokazujejo s potrdilom pristojnega organa, to je Zavoda RS za zaposlovanje. Do oprostitve plačila članarine so upravičeni tudi člani, ki so dopolnili 85 let.

Člani, ki plačujete članarino na podlagi prejete položnice, ki jo prejmete po pošti – vljudo vas vabimo, da se odločite za prejemanje računov na svoj elektronski naslov ali

Članarina zbornice

Kategorija	Mesečno	Letno
zobozdravnik pripravnik	14,70	176,40
sekundarij, zdravnik s strokovnim izpitom in drugi	18,40	220,80
zdravnik splošne medicine	28,70	344,40
doktor dentalne medicine manj kot deset let po opravljenem strokovnem izpitu	27,60	331,20
doktor dentalne medicine več kot deset let po opravljenem strokovnem izpitu	28,70	344,40
specializant	24,50	294,00
specialist manj kot deset let po opravljenem specialističnem izpitu	32,30	387,60
specialist več kot deset let po opravljenem specialističnem izpitu	34,90	418,80
polno upokojeni član, ki ne opravlja zdravniške službe		43,50
polno upokojeni član, ki opravlja zdravniško službo na podlagi pogodb civilnega prava		117,40
visokošolski učitelji, znanstveni delavci, visokošolski sodelavci ali mladi raziskovalci		117,40
člani na starševskem dopustu, člani, ki uveljavljajo pravico do dela s krajšim delovnim časom zaradi starševstva, in člani na daljši odsotnosti zaradi bolezni		43,50
člani, ki imajo pravico do delne starostne ali invalidske pokojnine	60 % glede na članarino kategorije	
brezposelne osebe ter osebe, ki uveljavljajo pravico do plačila prispevkov zaradi zapustitve trga dela v skladu z Zakonom o starševskem varstvu in družinskih prejemkih	oprostitvev za obdobje, ko imajo status	
člani v hujši finančni stiski v skladu s Pravilnikom zbornice o skrbstvenem skladu	oprostitvev za obdobje, ko imajo status	
člani, ki so dopolnili 85 let	oprostitvev	

za prejemanje e-računov neposredno v vašo banko ali pa se odločite za direktno bremenitev. Obrazci so dosegljivi na spletni strani:

<https://www.zdravniskazbornica.si/karierni-razvoj/clanstvo-in-registracija>.

Anketa o zadovoljstvu s tedenskim biltenom Zdravniške zbornice Slovenije

Spoštovani člani in članice,



želimo si, da bi bile vsebine v tedenskem biltenu, ki ga na elektronske naslove članov pošiljamo iz ZZS, čim bolj uporabne in zanimive za vas, zato smo pripravili kratko anketo.

Anketa je popolnoma anonimna in vam bo vzela samo nekaj minut. Vaši odgovori nam bodo v veliko pomoč pri izboljšanju vsebin tedenskega biltena.

15.-21. december 2023

732. Bilten



V Zdravniški zbornici Slovenije čestitimo vsem prejemnikom zdravniških priznanj!



Obrazi zdravništva

»Tako bi šel spet operirat«

Živa Salobir

Prim. Franci Koglot, dr. med., je specialist splošne kirurgije in travmatologije, sodni izvedenec in športni zdravnik. 13. februarja bo dopolnil 80 let. 20 let je bil predstojnik Oddelka za travmatologijo v Splošni bolnišnici dr. Franca Derganca Nova Gorica, kjer je z delom zaključil pred osmimi leti. Letos bo dopolnil že 56 let dela v medicini, ki ji še ne namerava pomahati v slovo. Dva- do trikrat tedensko v ženini ambulantni še vedno sprejema svoje paciente. Ocenjuje, da je od leta 1970 opravil več kot 10.000 večjih operacij in oskrbel približno 40.000 ambulantnih pacientov. Je eden ključnih pobudnikov in organizatorjev Iatrosskija.

Vaše življenje je poleg medicine močno zaznamovano tudi s športom. Ekipo slovenskih zdravnikov že vrsto let zastopate na svetovnih prvenstvih v smučanju in tenisu. Bili ste zdravnik Nogometnega kluba Primorje, Kolesarskega kluba HIT, Teniškega kluba Nova Gorica in tudi uradni zdravnik Jugoslovanske smučarske reprezentance ...

Ja, v 80. letih prejšnjega stoletja sem Jugoslovansko smučarsko reprezentanco spremljal na svetovnih prvenstvih po Evropi. Spominjam se Bojana Križaja, Jureta Franka, Toneta Vogrinca, Anje Zavadlav, Bojane Dornig. Na srečo smo imeli zelo malo poškodb, česar sem zelo vesel. Šport mi je predstavljal sprostitev od napornih operacij in dežurstev. V mladih letih smo igrali nogomet, sledila sta tenis in smučanje. Kombinacija športa in medicine ti da energijo, ki je rezerva oziroma baza za dobro delo zdravnika, saj ti razbremeni glavo.

Imeli ste tako dobre športne teste, da vas je na razgovoru, pred vpisom na ljubljansko medicinsko fakulteto, profesor vprašal, zakaj ste se odločili za medicinsko in ne športno fakulteto. Kaj je pretehtalo?

Ja, takrat so imeli na medicinski fakulteti pred sprejemom tudi razgovor. Profesorju sem rekel,

da je šport moj hobi, medicina pa bo moj poklic, ki ga mislim opravljati vse življenje, ne samo dokler bodo kolena zdržala.

V zdravstvu delate že 56. leto, s kirurškim delom pa ste zaključili, ko ste se leta 2016 upokojili in zapustili Splošno bolnišnico dr. Franca Derganca v Novi Gorici. Strast do kirurgije še vedno ostaja?

Še vedno sem zelo aktiven. Medicina mi pomeni veselje in ne obremenitev. Kirurškega dela sedaj ni več, a me še vedno vleče v operacijsko. Če bi lahko, bi šel takoj operirat. Kadarkoli. Brezplačno. Izredno sem srečen, da sem izbral poklic, ki me še vedno osrečuje. Z veseljem sem hodil v službo. Od prvega do zadnjega dne. Vedno sem delal z užitkom. Spominjam se prazničnih dežurstev. Okoli novega leta smo dežurali tudi po tri, štiri dni zaporedoma. In tudi med prvomajskimi prazniki. Ko sem za prvi maj vstopil v bolnišnico, je bilo zunaj še mrzlo, zimsko. Ko sem čez štiri dni zapustil bolnišnico, pa je bilo zunaj že prav pomladno, skoraj poletno vreme (smeh).

Kako se je kirurško delo na začetku vaše kariere razlikovalo od kirurgije danes?

Takrat smo kot splošni kirurgi operirali vse. Na specialističnem izpitu golšo. Med dežurstvom najpogosteje poleg slepiča perforacije ulkusov želodca in dvanajstnika, kar je danes, na srečo, že prava redkost. Leta 1972 sem v času specializacije »po pomoti« zašil osrčnik, kar je po mojem eden redkih primerov v Sloveniji. Pripeljali so pacienta z 1-centimetrsko rano na prsni. Nastala naj bi med rezanjem jabolka. Šef me je poslal revidirati rano. Ko sem zarezal, sem videl, da gre v globino. Odprli smo prsni koš, našli vzrok krvavitve in prišli do srca. Še preden so nadrejeni – starejši kirurgi uspeli priti v operacijsko, sem že naredil dva šiva na osrčniku. To je eden od začetnih spominov, ki me je spremljal vso kariero.



Posnetek pogovora
si lahko ogledate
na tej povezavi.

Med pripravo na ta pogovor ste mi omenili, da vas moti odnos mentorjev v času specializacije. Ste lahko konkretnjejši?

Ta odnos je velikokrat slab. Mladi zdravniki niso in za nikogar ne smejo biti visoko kvalificirani sužnji. Zelo grobo, zelo konkretno. Prebral bom, kako je moj mlajši kolega napisal v nekem članku: »Ukazovanje, poniževanje, nikoli končano delo, vse to za mizerno plačilo. To me je razočaralo, razžalostilo. Ni treba, da za 970 evrov ponižno sprejemamo vsako delo, ki ga kolegi višje na hierarhični lestvici ne želijo opraviti. Zato sem sklenil, da ne bom več zdravnik«. No, kasneje je vseeno ostal zdravnik in še računalničar. Za neprimeren odnos mentorjev sem slišal od več mladih zdravnikov, kar je nesprejemljivo. Specializacija je najpomembnejši del v izobraževanju in odnos mentorjev vpliva na to, kako se bodo kasneje oni/ti mladi obnašali do svojih podrejenih.

V času slovenske osamosvojitvene vojne ste bili poklicani v bolnišnico, kjer ste oskrbovali ranjene vojake. Kako ste doživljali ta čas?

Dežurstvo in operacije v času osamosvojitvene vojne sem doživljal kot

velik stres. Posebej grozljivo je bilo gledati in poslušati eksplozije tankov v bližnji Rožni Dolini na meji z Italijo. Delali smo v negotovosti, s protislovnimi informacijami. Misli so bile pri naših družinah. Oskrbovali in operirali smo naše vojake in vojake JLA. Največ ranjencev je bilo iz spopada na mejnem prehodu Rožna Dolina in napada na oklepno vozilo JLA pri Šempasu. Ko se je vse končalo in umirilo, sem se po desetih neprekinjenih dneh v bolnišnici zapeljal do Sessljana in zaspal na pomolu.

Bili ste eden od najpomembnejših pobudnikov in organizatorjev prvega smučarskega prvenstva zdravnikov in zobozdravnikov, ki je potekalo v Kranjski Gori leta 1979, iz katerega se je nato razvil Iatrosski ...

Iatrosski ni le športna prireditev, ampak tudi druženje. Ni le druženje, je tudi stroka. Gre za strokovna predavanja iz športne medicine, največ s področja poškodb in prehrane. Zelo pomembna je izmenjava izkušenj različnih strok. Travmatologi se na primer videvamo na travmatoloških kongresih, otologi in zobozdravniki na svojih. Tukaj pa se združijo vse slovensko zdravništvo in zobozdravništvo. Veseli nas, da smo pritegnili tudi

študente. Bili smo prvi, ki smo združili skupino 250 zdravnikov in zobozdravnikov, od profesorjev do študentov.

Kaj vam je dal vaš poklic? Kaj je največje zadoščenje pri vašem delu?

Kirurgom vsaka operacija nekaj da. Mi damo pacientu, pacient pa s tem, ko na primer shodi naslednji dan po operaciji, vse to vrne kirurgu. Rezultati so vidni zelo hitro. To te navda z adrenalinom, s hormoni sreče. Ko vidiš, da si pomagal komu, ki je bil čisto polomljen, nazaj na noge, je ves trud poplačan. Pacienti so bili in so še vedno zelo hvaležni. Ta hvaležnost je največ, kar lahko dobiš. Če v službi preživiš toliko časa in vse vlagas v to, potem moraš biti srečen, ko pri pacientih vidiš rezultate lastnega truda. Nekatere ozdraviš, drugim izboljšaš življenje, tretjim ponudiš roko v težkih trenutkih.

Od najlepših pa k najtežjim trenutkom ...

Najtežje v medicini je zagotovo srečevanje s smrtjo. To mi je bilo velikokrat prihranjeno, saj sem imel, kljub dolgi karieri, zelo malo takih situacij. Na srečo se mi ni zgodilo, da bi mi kdo umrl na operacijski mizi. Pri starejših, predvsem ženskah, ki smo jim po zlomih menjavali kolke pri 80, 90 in celo 100 letih, je kasneje kdaj prišlo do zapletov, ki so se končali tragično. Smrt je velik stres za svojce in tudi za zdravnika. Moraš biti močan, da greš naprej.

Kaj bi svetovali mlajšim kolegom, ki se šele podajajo na medicinsko pot?

Naj medicino delajo z veseljem, z dušo in z rokami. Naj se ne borijo le za pravice, ampak naj bodo aktiven del sprememb, ki jih želijo. In naj z veseljem hodijo v službo. Meni je to uspelo. Zelo sem srečen, zato ta poklic, ki bi ga lahko opravljal v nedogled, priporočam vsakemu, ki ga začuti.

Živa Salobir, Oddelek za odnose z javnostmi ZZS



Z Državnim programom obvladovanja raka do enako kakovostne oskrbe za vse bolnike z rakom v Sloveniji

Sonja Tomšič, Janez Žgajnar

Rak je eden izmed najpomembnejših javnozdravstvenih izzivov sodobnega časa, tako v Sloveniji kot v svetu. Breme raka je na državni ravni mogoče učinkovito obvladovati samo s strateškimi, celovitimi in usklajenimi usmeritvami, zato je bil v Sloveniji že leta 2010 zasnovan prvi petletni Državni program obvladovanja raka. Trenutno je v veljavi že tretji, ki ima zastavljene cilje do leta 2026. Od januarja 2022 ga upravlja in vodi Onkološki inštitut Ljubljana.

Po podatkih državnega Registra raka vsako leto v Sloveniji za rakom na novo zboli več kot 16.000 oseb, več kot 6.500 jih zaradi raka umre. Med nami trenutno živi že več kot 124.000 ljudi, ki jim je bila kadarkoli v življenju postavljena diagnoza rak.

Kaj je Državni program obvladovanja raka

Državni program obvladovanja raka (DPOR) je program dejavnosti, nalog in ukrepov za učinkovito obvladovanje raka v Sloveniji. Vsebuje stališča zdravstvene politike, zdravstvene stroke in civilne družbe do celostnega obvladovanja raka. Predstavlja ključne strokovne usmeritve, ki bodo vodile k zmanjševanju bremena raka v Sloveniji in izboljševanju kakovosti življenja onkoloških bolnikov.

Sonja Tomšič, dr. med., koordinatorica DPOR 2022–2026: »Namen vseh ciljev in ukrepov v DPOR je zagotoviti visoko kakovostno onkološko obravnavo vsem bolnikom z rakom v Sloveniji, ne

glede na kraj bivanja ali ustanovo zdravljenja. Zavedamo se, da je to dolgoročni cilj, kjer potrebujemo aktivno podporo vseh deležnikov. Izjemno me veseli, da izvajalci onkološke dejavnosti kažejo velik interes za sodelovanje. Vemo, da nas čaka še veliko izzivov, vendar iskreno verjamem, da bomo zastavljene cilje z medsebojno podporo dosegli.«

Že od leta 2010 ima DPOR zastavljene tri strateške cilje: (1) upočasniti rast števila novih bolnikov z rakom, (2) povečati preživetje in (3) izboljšati kakovost življenja bolnikov z rakom s krepitvijo celostne rehabilitacije in paliativne oskrbe, ki se morata začeti že takoj po postavitvi diagnoze. Te ključne cilje dosegamo preko



Vsako leto 4. februarja pod okriljem Mednarodne zveze za obvladovanje raka (UICC) obeležujemo svetovni dan boja proti raku. Letos poteka z geslom »Zmanjšajmo neenakosti pri obravnavi bolnikov z rakom«. Rak je drugi najpogostejši vzrok smrti na svetu, zaradi katerega vsako leto umre 10 milijonov ljudi. Kar okrog 40 % vseh novih primerov raka in okrog polovico vseh smrti zaradi raka lahko preprečimo sami, z upoštevanjem 12 priporočil Evropskega kodeksa proti raku.

številnih bolj podrobnih ciljev, ki so opredeljeni v dokumentu.

DPOR do leta 2026 največ pozornosti namenja **kakovosti obravnave bolnikov z rakom ter zagotavljanju enakosti v dostopu do kakovostnih onkoloških zdravstvenih storitev**. K uresničevanju tega cilja aktivno pristopamo med drugim z vzpostavitvijo kliničnih registrov za najpogostejše rake, ki bodo omogočili spremljanje kazalnikov kakovosti obravnave, in delovanjem Skupine predstavnikov izvajalcev onkološke dejavnosti, ki bo pripravila predlog mreže izvajalcev za zdravljenje bolnikov z rakom v Sloveniji v skladu s strokovnimi standardi. Aktivno sodelujemo tudi pri aktivnostih na evropskem nivoju in uvajamo prednostne naloge Evropskega načrta za boj proti raku (na področju presejalnih programov za raka, večje vključevanje bolnikov v zdravljenje, izboljševanje kakovosti življenja bolnikov).

Spletno mesto DPOR (www.dpors.si) deluje kot enotno stičišče za vse informacije s področja obvladovanja raka tako v Sloveniji kot tudi Evropski uniji.

Sonja Tomšič, dr. med., specialistka javnega zdravja na OI, koordinatorica DPOR 2022–2026
Prof. dr. Janez Žgajnar, dr. med., specialist kirurgije na OI, namestnik koordinatorice



**Brezskrbno se
lahko posvetim
svojemu delu.**



PAKET ELITNI ZDRAVNIK

Ekskluzivni bančni paket Elitni zdravnik je recept za sodobno in fleksibilno bančno poslovanje, ki med drugim vključuje debetno kartico Mastercard World za brezplačne dvige gotovine na bankomatih v Sloveniji in EMU, spletno in mobilno banko ter zlato kreditno kartico Visa z vključenim zavarovanjem na potovanju in 24 urno asistenco.



Dodatna minuta za življenje

Živa Salobir

11. februarja obeležujemo evropski dan številke 112. Gre za dan, ki je namenjen ozaveščanju o enotni evropski številki za klic v sili in priznavanju dela vseh, ki prispevajo k reševanju življenj. Ena teh je tudi Aleksandra Mohar, specialistka urgentne medicine in zdravnica konzultantka v Dispečerski službi zdravstva. Svojo karierno pot je začela kot sobna zdravnica na NMP v Ljubljani, kjer je nato delo nadaljevala kot specializantka in kasneje specialistka urgentne medicine. Zadnja leta jo je pot zanesla v Dispečersko službo zdravstva (DSZ), kjer na svojevrsten način nadaljuje svoje poslanstvo, pomagati tistim, ki potrebujejo nujno medicinsko pomoč.

Ste ena izmed trenutno nekaj zdravnic konzultantk, zaposlenih v Dispečerski službi zdravstva. Kaj obsega vaše delo?

Večji obseg našega dela je usmerjen v izvajanje različnih vrst evalvacij intervencij, katerih

vsebina in namen je optimizacija obravnave podobnih dogodkov in oskrbe nujnih pacientov v prihodnje. Poleg evalvacij pa smo zdravniki konzultanti vključeni tudi v izobraževalne procese, sodelujemo z drugimi strokami pri pripravi smernic in navodil ter se vključujemo v obravnavo izrednih oz. posebnih dogodkov (npr. večje nesreče, epidemija covida ...).

Kakšne evalvacije intervencij vse izvajate?

Namen hitrih evalvacij je, da zdravstveni dispečer takoj po izvedeni intervenciji prejme povratno informacijo glede ustreznosti izvedene intervencije. Na drugi strani je namen rednih evalvacij splošni letni pregled uspešnosti in kakovosti vodenja intervencij za vsakega posameznega zdravstvenega dispečerja in spremljanje kakovosti dela na ravni celotne službe. Izvajamo pa tudi evalvacije izrednih dogodkov, med katere sodijo vse zahteve za pregled ustreznosti dela, podane s strani drugih služb/organizacij ali svojcev/pacientov, dogodkov, zaznanih v medijih, analiza vseh večjih nesreč, posebnih dogodkov (amok situacije, streljanje) in vseh nepričakovanih srčnih zastojev ali smrti.

Z analizo katerega izrednega dogodka se trenutno ukvarjate?

Najbolj svež primer, ki je trenutno še v teku, je analiza hude železniške nesreče vlaka pri Postojni. Analiza takšnega dogodka je lahko dolgotrajna in zapletena, saj je treba pregledati vso zbrano pisno dokumentacijo in poslušati vse zvočne posnetke, ki pa jih je v takšnih primerih tudi 50 ali več.

Pri analizah intervencij zaznavate model švicarskega sira, ki je poznan predvsem pri analizi letalskih nesreč ...

Oni so bili pionirji sistematičnih analiz vseh izrednih dogodkov, od katerih se zdravstvena stroka zadnja leta veliko uči. Tu ne gre za iskanje krivca: ali je kriv zdravnik ali medicinska sestra. Gleda se, kako je deloval celoten sistem, v kakšnem stanju je bila oprema, kakšen je bil človeški



dejavnik, kakšne so bile zunanje okoliščine.

Gre torej za metodo, ki opozarja tudi na sistemske pomanjkljivosti?

Ja, da pride do izrednega dogodka, ne gre le za eno, ampak skupek napak. Vsi sistemi imajo zato uvedene varovalke, katerih namen je ustavljanje človeških napak, ko se te pojavijo. Ena sama napaka tako ne bi smela povzročiti smrti pacienta ali izrednega dogodka. To pokažejo tudi naše analize, ki velikokrat opozorijo bodisi na pomanjkanje varovalk bodisi na njihovo opustitev ali pomanjkljivo uporabo pri izvedbi intervencije. V zdravstvenem sistemu, kjer odgovarjamo za življenja ljudi, še vedno manjka ogromno sistemskih zaščit, protokolov, procesov, programskih izboljšav, ki bi ulovile človeške napake in preprečile škodo, ali pa niso dovolj dosledno uporabljene.

Izvedli ste tudi številne uspešne pilotne projekte. Kateri so se najučinkoviteje uvedli v redno delo?

Z izvedbo enega izmed pilotnih projektov v sodelovanju z Regijskim centrom za obveščanje Ljubljana smo uspeli izboljšati možnost preživetja tistim, ki so najbolj življenjsko ogroženi. Z natančno opredelitvijo protokola izmenjave informacij med obema službama se je celoten čas od dviga telefonske slušalke v regijskem centru do aktivacije prve ekipe NMP skrajšal za eno minuto, kar je pri najbolj



ogroženih pacientih vitalnega pomena. Drugi pilotni projekt je bil izveden s certificiranimi prvimi posredovalci na področju občine Vodice. Teh nismo prožili samo na srčne zastoje, ampak na vsa nujna stanja, za katera je zdravstveni dispečer presodil, da bi njihov hiter prihod na kraj lahko izboljšal oskrbo pacienta do prihoda ekipe NMP. Oba pilotna projekta sta se izkazala za uspešna in prešla v redno prakso, hkrati pa sta bila tudi osnova za začetek poenotenega uvajanja podobnih modelov na ravni celotne države.

Kakšne so želje in vizija za prihodnost?

Rada sem zdravnica, rada delam s pacienti, pa tudi s sodelavci in drugi-

mi strokovnjaki. Rada imam izzive in iskanje novih rešitev. Vedno sem bila predana svojemu delu. Moje zdravniško poslanstvo, pomagati pacientom, ostaja od začetka moje kariere poti nespremenjeno, le način se z leti spreminja. Narava dela v DSZ mi omogoča, da lahko življenja rešujem na drugačen način, in to celo več življenj hkrati. Vesela bom, če se nam bo v prihodnosti pridružilo še več zdravnikov, da bomo skupaj lahko pomagali graditi varen in kakovosten zdravstveni sistem za vse, ki pokličejo na 112.

Živa Salobir, Oddelek za odnose z javnostmi ZZS

Razbremenilni pogovori v februarju 2024

V **februarju 2024** je zdravniški ombudsman, ki članom nudi oporo in pomoč v najrazličnejših življenjskih izzivih in tiskah, na voljo v naslednjih terminih. Razgovori možni tudi po dogovoru, izven razpisanih terminov.

Ime	Datum	Čas	Status
Brane Brinšek, dr. med.	Četrtek, 1. februar	15.00–17.00	Prosto (dva termina po eno uro)
Tatjana Zorko, dr. med.	Ponedeljek, 5. februar	16.00–18.00	Prosto (dva termina po eno uro)
Andrea Užmah, dr. med.	Četrtek, 22. februar	16.00–18.00	Prosto (dva termina po eno uro)

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 anonimen, se naročite na telefonski številki: 01 30 72 100 ali po e-pošti: zdrom@zss-mcs.si, lahko tudi preko svojega anonimnega elektronskega naslova.

Štiri dni na teden je bolje

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

Za zavarovalniške zdravnike/-ce, ki se bodo tako odločili/-e, zdaj prihaja delovnik štiri dni na teden. To je zanje – če imajo pogodbo z avstrijsko zdravstveno zavarovalnico – vesela novica, saj se tako izboljša združljivost poklicnega z družinskim življenjem. Ordinacija je odprta le štiri, ne pet dni v tednu. Pa tudi za paciente je bolje, če jim je zdravnik na voljo tudi v bolj poznih urah.

Gre za poskusni projekt, ki ga bodo preskušali pet let, vse do konca decembra 2028.

Kako naj bi to delovalo v praksi?

V območju (*Sprengel, Bezirk*), ki ga opredeli avstrijska zdravstvena zavarovalnica (ÖGK), dela

sedem splošnih (družinskih) zdravnikov oz.

zdravnic ter pet specialistov oz. specialistk.

Družinski zdravniki se dogovorijo, da bosta dva delala naprej po starem delovniku (pet dni na teden), pet zdravnikov pa po novem delovniku (štiri dni na teden, 23 ur na teden), vendar tako, da bo dva popoldneva v tednu ena ordinacija odprta do 18.30.

Predsednik štajerske zdravniške zbornice upa, da se bo zaradi te novosti več zdravnic in zdravnikov odločila za delo pri ÖGK.

Vir: *AERZTE Steiermark, december 2023*

Z novo shemo dohodka je Štajerska spet pri vrhu

Moj dohodek od jeseni 2023 dalje

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

Dohodkovna shema zajema štiri skupine zdravnikov oz. zdravnic. Sestavljena je iz osnovnega dohodka ter plačila (pavšala) za *Journaldienst* (JD, stanje pripravljenosti). Tarifa za stanje pripravljenosti je najnižja za dneve od ponedeljka do četrтка (JD MO–DO; *Journaldienst Montag–Donnerstag*), najvišja pa za nedeljo in praznike (JD SO+FT; *Journaldienst Sonntag u. Feiertage*).

1. Turnusni zdravniki/-ce, zdravniki/-ce za splošno medicino ter specializanti in specializantke v osnovnem izobraževanju (7 stopenj). Osnovni dohodek (S1/N1): 4.600,00–5.400,00 EUR. Najvišji JD: 825,22 EUR.
2. Zdravniki/-ce za splošno medicino in specializanti in specializantke z dokončanim izobraževanjem (19 stopenj). Osnovni dohodek (S1/N2): 5.550,00–7.695,40 EUR. Najvišji JD: 1.431,89 EUR.

3. Specialno kvalificirani zdravniki in zdravnice splošne medicine ter oddelčni zdravniki/-ce v bolnišnicah (*Stationsärztl:innen*; 19 stopenj).

Osnovni dohodek (S1/N3): 6.000,00–9.800,00 EUR. Najvišji JD: 1.550,00 EUR.

4. Zdravniki/-ce specialisti/-ke (17 stopenj).

Osnovni dohodek (S1/N4): 7.500,00–11.050,00 EUR. Najvišji JD: 1.508,77 EUR.

Vir: *AERZTE Steiermark, december 2023*

Opomba: Zdi se, da pri začetnikih stopnja v višini osebnega dohodka pomeni čas (leta izobraževanja), pri ostalih pa poleg let dela kot zdravnik tudi izkušnost oz. strokovno kvalifikacijo.

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

Dostopnost do osebnega zdravnika: težava za bolnika, izziv za državo

Člani Delovne skupine ZZS za aktivno spremljanje reforme osnovne zdravstvene dejavnosti

Uvod

V zadnjih letih ponovno spoznavamo, da je primarno zdravstveno varstvo, kamor sodi tudi družinska medicina, temelj zdravstvene oskrbe, kjer pacient reši večino težav blizu svojega doma. Gre za najbolj vključujoč, pravičen in stroškovno učinkovit način za doseganje univerzalno dostopnega zdravstvenega varstva, ki je ključnega pomena za krepitev odpornosti zdravstvenih sistemov, odpornih na pretese in krize (1). Ker je ob tem izbrani osebni zdravnik¹ (tudi pediater, ginekolog) poleg urgentne ambulate edini način vstopa pacienta na višje ravni zdravstvene oskrbe, mora biti dostopnost do izbranega osebnega zdravnika ena od ključnih prioritet nacionalne zdravstvene politike.

Člani skupine od leta 2016 sodelujemo pri pripravi razvojnih dokumentov s tega področja. Sodelovali smo pri pripravi Strategije razvoja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni², ki je v sodelovanju s Svetovno zdravstveno organizacijo in v participativnem procesu nastala na podlagi analize temeljnih vzrokov težav v ambulantah družinske medicine in primarne pediatrije (2) in upoštevala tudi predloge glavnih stanovskih organizacij. Sodelujemo v Strateškem svetu za zdravstvo in s ključnimi akterji v zdravstvenem sistemu s podajanjem predlogov sprememb in strateških usmeritev. Številni ukrepi za krepitev primarne ravni so bili sicer uvedeni, a kaj, ko se ključne strukturne spremembe, ki so predlagane v Strategiji razvoja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni, ne uresničijo. Posledice so znane:

pomanjkanje zdravnikov družinske medicine, majhen interes mladih kolegov za delo na primarni ravni, pogosti odhodi kadra predvsem iz javnih zdravstvenih ustanov, večje delovne obremenitve za preostale, nezadovoljstvo zaposlenih in pacientov, več napotovanja, podaljševanje čakalnih dob. Česar izvajalci v javni zdravstveni mreži ne omogočajo, pa omogoča že sedaj prisotni trg s posledičnim razmahom popolnoma zasebnih zdravstvenih izvajalcev zunaj javne zdravstvene mreže in ponudbo zasebnih zdravstvenih zavarovanj. Ker je zdravstveno zavarovanje obvezno, to v praksi pomeni, da pacient storitev plača dvakrat. Prvo plačilo je obvezno, ker tako velewa zakon; drugo plačilo je iz nuje, ker pacient storitve iz obveznega zavarovanja ne prejme v dognednem času v javni zdravstveni mreži.

William Feather pravi: »Pri uspehu gre v glavnem za to, da vztrajamo tudi po tem, ko so ostali obupali.« Tudi mi vztrajamo, ker verjame-mo, da je to dobro za pacienta. Zato v prispevku analiziramo glavne pomanjkljivosti zdravstvenega sistema in predlagamo ukrepe, ki bi zagotovili zdravnika na primarni ravni, ki mu bo delo v zadovoljstvo in bo tudi zato njegova oskrba pacienta motivirana za odličnost. Edino to velja.

Zastarelega ni lahko spremeniti, razen na slabše. (Latinski pregovor: »Antiqua non facile mutantur nisi in peius.«)

Če stanje, ki ni dobro, dolgo vztraja in če je želja po spremembah na boljše misel večine in se spremembe kljub temu ne zgodijo, pomeni, da mora biti tista manjšina, ki tako slabo stanje vzdržuje, zelo močna in vplivna.

Zelo pogoste menjave ministrov za zdravje (3) otežujejo ključne sistemske spremembe na bolje, kar vodi le v posamezne, stihiske korekcije zdravstvenega sistema. Dober primer tega je uvedba ambulant za neopredeljene paciente, ki pacientovo tre-

¹ Moški spol v prispevku uporabljamo generično.

² Izhodišča za strategijo je 30. maja 2022 potrdil Zdravstveni svet, vendar Ministrstvo za zdravje strategije še ni dalo v postopek sprejema na Vladi RS. Vir: <https://www.gov.si/novice/2022-05-30-potrjena-izhodišca-za-strategijo-razvoja-zdravstvene-dejavnosti-na-primarni-ravni-do-leta-2031/>

nutno težavo sicer deloma reši, vendar pa se taka oskrba ne more primerjati z večletnim strokovnim in zaupnim odnosom med pacientom in izbranim osebnim zdravnikom. Lahko se vprašamo o diskriminatornem odnosu, saj tudi pacienti brez izbranega zdravnika vplačujejo v zdravstveno blagajno primerljive zneske za neprimerljivo oskrbo.

Tekoči izdatki za zdravstveno varstvo (brez investicij) se vsako leto vrtijo med 8,5 in 9,5 % BDP. V letu 2020 so tako npr. znašali 4,435 milijarde evrov; aktualni podatki za leto 2021 kažejo 4,956 milijarde evrov, kar je 9,5 % BDP (4), medtem ko so tekoči izdatki za zdravstveno varstvo (brez investicij) za 2022 že znašali nekaj več kot 5,2 milijarde evrov (5). Za ambulantne družinske medicine, ki vse leto skrbijo za več kot 1,5 milijona prebivalcev, pa vsako leto namenimo manj kot pol odstotka BDP: v letu 2022 le slabih 200 milijonov evrov oz. 0,4 % BDP. Z vidika sredstev, ki jih porabi primarna raven, je torej ureditev tega področja manj zahtevna naloga. Ob tem velja poudariti, da se po ocenah Svetovne zdravstvene organizacije na primarni ravni uredi 80 % vseh zdravstvenih potreb pacienta; v nekaterih okoljih pa celo do 90 % vseh potreb (6). Tega se zaveda tudi slovenski pacient, ki je v javnih raziskavah že večkrat pokazal, da je osebni zdravnik na vrhu družbenega zaupanja.

Na drugi strani so v letu 2022 bolnišnice porabile 1,8 milijarde evrov. Izdatki za storitve, opravljene v bolnišnicah in ustanovah za zdravstveno nego ter v domovih starejših občanov, so v letu 2020 znašali 45,7 % od skupnih tekočih izdatkov za zdravstvo; izdatki za storitve, opravljene v zunajbolnišničnih ambulantah, 23,7 %; izdatki za zdravila in drugo medicinsko blago pa 21,1 % (7). Zelo povešen je tudi podatek, da je v letu 2022 Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) za bolniška nadomestila namenil 690 milijonov evrov in v ta znesek niso všteta nadomestila za odsotnosti z dela zaradi bolezni ali poškodb do 21 delovnih dni, ki jih plačuje delodajalec (8, 9).

Kljub vedno večjim finančnim vložkom se dostopnost za pacienta slabša. Sredstva, namenjena za zdravstveno oskrbo, so pogosto v zastareli organizaciji procesov v javnih zavodih porabljena neučinkovito, predvsem pa nepregledno. Že večkrat izpostavljeno ponikanje zdravstvenega denarja v verige dobaviteljev, tudi s tihiimi soglasji posameznikov na strani zdravstva in politike, se nadaljuje kljub večletnim, stalnim opozorilom na vedno iste akterje, brez sodnih epilogov, a ob hkratnem zanikanju le-tega s strani vodstev in tudi nekaterih zavarovalnic (10). Spomnimo, da je sedanja vlada že s prvimi ukrepi ukinila novelo zakona o javnem naročanju, kjer bi se za referenčne cene medicinskega materiala zgledovali po Nemčiji in Skandinaviji. In to po hitrem postopku. Očitno se jim je res mudilo.

Brez temeljnih strukturnih sprememb pa ni pričakovati izboljšanja zdravstvenega sistema. Verjetno ne bo trajalo dolgo, da bo zavarovanca – vplačnika v zdravstveno blagajno vseeno zanimalo, kam gre njegov denar, saj mora danes za primerno storitev v doglednem času pogosto ponovno seči v svoj žep. Plačaš dvakrat, dobiš pa le enkrat?! Če bi vam zavarovalniški agent ob nesreči z avtom sporočil, da boste na vrsti za popravilo avta šele čez leto dni, ob dodatnem plačilu pa takoj, bi verjetno zelo hitro sprožili postopek proti zavarovalnici, saj bi se sklicevali na pogodbo, ki jo imate sklenjeno z njo.

Zato predlagamo uvedbo pogodbe med zavarovalnico in zavarovancem.

Primarna raven – osebni zdravnik za vsakogar, pogodbe ZZZS z zasebnimi izvajalci brez koncesij

Lahko se pohvalimo z zgodovino organiziranega primarnega zdravstva-

nega varstva in ustanovitvijo prvega zdravstvenega doma v državi v Lukovici pri Domžalah že leta 1926. Od takrat so bili na tem področju storjeni veliki koraki, v zadnjih letih pa menčamo na mestu.

Zdravstveni dom je osnovna organizacijska oblika na primarni ravni, kjer oseba prejme večino potrebnih zdravstvenih storitev na enem mestu ob enem obisku. Poleg ambulantnih zdravniških obravnav nudijo zdravstveni domovi tudi zobozdravstveno varstvo, preventivne storitve, zdravstveno vzgojo, diagnostične storitve, patronažno zdravstveno varstvo, rehabilitacijske in druge terapevtske storitve, pa tudi nekatere ambulantne specialistične storitve. Tako so najpogostejše potrebne zdravstvene storitve dostopne ljudem blizu njihovih domov; zdravstveni sektor pa se povezuje z ostalimi akterji v lokalni skupnosti (občine, šolstvo, socialni zavodi in drugi), katerih dejavnosti posredno prispevajo k zdravju prebivalstva.

Odgovorni nosilec zdravniške službe na primarni ravni je zdravnik, ne institucija; izvajalec pa je lahko zdravstveni dom ali zasebni zdravnik s koncesijo. Zunaj javne zdravstvene mreže pa je odgovorni nosilec lahko tudi zasebnik brez koncesije, kar je pogostejše med zobozdravniki. Brez nosilca (zdravnika) ni izvajalca, kar pomeni, da zdravstveni domovi niti finančno niti organizacijsko brez njih ne bi obstajali, zato je razvrstitev zdravništva predvsem s strani zagovornikov starih ureditev, blago rečeno, nerazumno.

Kako pa se širi mreža izvajalcev na primarni ravni? Ob potrebah in finančnih kalkulacijah ZZZS dodeli nov program (dodatna finančna sredstva) za primarno raven v javni zdravstveni mreži. Za program lahko kandidira javni zavod (npr. zdravstveni dom) ali posamezni zdravnik, a le v primeru, če se temu programu javni zavod odpove, in takrat s podpisom pogodbe z ZZZS postane zdravnik koncesionar. Koncesijo za delo na primarni ravni nato podeli občina s

soglasjem Ministrstva za zdravje. Ker so koncesije praviloma namenjene panogam, kjer hočemo omejiti konkurenco in je ponudnikov preveč, so na področju primarnega zdravstva z dolgo tradicijo pomanjkanja izvajalcev povsem nerazumljive oz. absurde. Pacienta ne zanima, kdo je izvajalec, ampak le, kakšna je storitev, ki mu jo ta nudi. Verjetno ni naključje, da še nismo uspeli uskladiti slovenske zakonodaje z zakonodajo EU, ki priporoča, da lahko vsak zdravnik specialist z ustrezno licenco in ustreznimi pogoji delovanja sklene s plačnikom, v našem primeru z ZZZS, pogodbo o izvajanju programa na primarni ravni, in to pod enakimi pogoji za vse izvajalce.

Zato predlagamo ukinitve koncesij in uvedbo dovoljenja za opravljanje dejavnosti na primarni ravni, ki ga lahko dobi vsak, ki izpolnjuje definirane pogoje, brez prednostnih pravic, ki jih imajo trenutno javni zavodi, in katerih lokacija delovanja je skladna z javno zdravstveno mrežo. Izvajalcem, javnim in zasebnim, naj ne bo dodeljen program, če nimajo zaposlenega nosilca programa in pripadajočega tima.

Za ta korak je potrebna sprememba Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ki pravi, da se koncesije podeljujejo le izjemoma in le tam, kjer druge možnosti ni. Protekcija, ki jo zagovarja zakon, je namreč škodljiva, predvsem za pacienta. Iz prakse izgleda podeljevanje koncesij celo kot dodaten, birokratsko-administrativni korak, ki pa ne prispeva k preglednosti procesa ali boljši oskrbi pacienta, pač pa kvečjemu ponuja dodaten korak – obvod in možnost za lobiranje (korupcijo), kdo naj koncesijo pridobi.

Zagovarjamo ohranjanje zdravstvenih domov kot osnovne organizacijske oblike, z zdravniki kot nosilci dejavnosti zdravstvenega varstva na primarni ravni. Za izboljšanje dostopnosti do zdravnikov na primarni ravni pa je treba zagotoviti izenačenje

pogojev dela med zaposlenimi v javnih zavodih in zasebnimi izvajalci. Predlagamo izločitev zdravstvenih delavcev iz sistema plač za javni sektor, kar bo omogočalo plačilo po učinku tudi v javnih zavodih. Meritokratsko nagrajevanje lahko prispeva tudi k učinkovitejšemu upravljanju javnih zavodov. Zdravnikom (in drugim zdravstvenim strokovnjakom), ki želijo samostojno organizirati dejavnost, naj se to omogoči tudi v prostorih zdravstvenih domov.

Sredstva za določen zdravstveni program (npr. ambulantno družinske medicine) so enaka za vse izvajalce. Vendar pa koncesionar iz teh istih sredstev plačuje tudi najemnino, največkrat občini, ali pa zgradi lastne prostore. Stroškov najemnine ali izgradnje prostorov zdravstveni domovi praviloma nimajo, čeprav so všteti v njihovo ceno storitve, ker jim to zagotovi občina iz občinskih proračunov, ki pa se napajajo iz splošnih dajatev državljanov. Iz tega sledi, da je koncesionar za pacienta cenejši izvajalec, ker stroške najema ali izgradnje prostorov krije iz prihodka dejavnosti, kar pa ne velja za javne zavode, ki jim omenjeno omogoči občina iz drugih dajatev državljanov. Kam v javnih zavodih poniknejo ta sredstva, pa ni znano.

Ker je trajanje dejavnosti pomemben dejavnik za načrtovanje, razvoj in širitev storitev, je nedopustno, da imajo zdravstveni domovi zakup programov neomejenega trajanja, koncesionar pa za največ 15 let. Z ukinitvijo koncesij in uvedbo dovoljenja za opravljanje dejavnosti bi odpravili tudi to neenakost. Ob tem je treba omogočiti prenos dejavnosti z enega nosilca na drugega, kar bi dovoljevalo kontinuiran razvoj tudi zasebnih ambulant brez pričakovane strokovnega zamiranja zadnja leta pred upokojitvijo nosilca dejavnosti. Dovoljenje in hkrati pogodba z ZZZS pa bi trajala le za čas izpolnjevanja pogojev. Izenačitev pogojev delovanja bi zagnala prepotrebno motivacijo za kakovostno obravnavo pacientov, hkrati pa bi ambicioznejšim timom

omogočila razvoj dejavnosti. Vse to je gotovo tudi želja pacienta. Vzpostavila bi se zdrava konkurenca med izvajalci na podobnih temeljih, ki bi stremela h kakovostni oskrbi pacienta. Sama organizacijska oblika z urejenimi prostori zdravstvenim domovom omogoča povsem dovolj prednosti, da si z dobrim delom tako organizacijsko obliko ohranijo tudi v prihodnje. Več protekcije pa zgolj zavira razvoj in zavira kakovost oskrbe pacienta. Kakovostna oskrba na primarni ravni pa je želja tako pacienta kot zdravnika, ki si želi ustvariti svoje ime in svojo ambulantno.

Zato predlagamo, da se izenačijo pogoji poslovanja. Posebej izpostavljamo vidik plačevanja najemnine in trajanje poslovanja. Kdor zgradi prostor sam ali ga najema na trgu, naj dobi stroške najema (oz. izgradnje) povrnjene. Občine naj zagotovijo brezplačen najem javnih prostorov, omogoči naj se tudi brezplačen najem ambulant v prostorih zdravstvenih domov. Pogodbe o izvajanju programov koncesionarjev ali javnih zavodov morajo biti glede trajanja in pogojev izenačene.

Kaj pa zdravstveno osebje?

Število zaposlenih v celotnem slovenskem zdravstvu narašča. Največji porast beležimo v poklicni skupini medicinskih sester (za 11 % letno); manjši je porast zdravnikov in zobozdravnikov (za 3 % letno). Pri tem velja poudariti, da ima Slovenija za 17,5 % nižje število aktivnih zdravnikov na prebivalca (3,3/1000 prebivalcev) glede na povprečje držav članic EU (4,1/1000 prebivalcev) (11). Hkrati pa ima za 36,2 % višje število aktivnih medicinskih sester na prebivalca (10,5/1000 prebivalcev) kot povprečna država v EU (8,5/1000 prebivalcev). Pričakovati bi bilo, da glede na hudo pomanjkanje zdravnikov (in sorazmerno nizka razmerja med plačami različnih skupin) drugi

zdravstveni kadri prevzemajo določena, njihovim kompetencam priučena dela ter tako ohranjajo raven oskrbe, da zdravnik dela zgolj tisto, kar zna in za kar je odgovoren samo on, brez redundance procesov.

Vendar pa v zdravstvu poleg zdravnikov izgubljam tudi drug zdravstveni kader. Soočamo se z vse pogostejšimi odhodi zdravstvenega osebja iz primarnega poklica v bolj plačane panoge oz. tiste z ugodnejšimi delovnimi pogoji. Z odhodi se večajo obremenitve preostalega zdravstvenega osebja, čemur sledi manjše poklicno zadovoljstvo, več bolniškega staleža in vedno pogostejši razmislek o menjavi poklica. Za ohranitev obstoječega in pridobitev novega kadra bo nujen razmislek, kako zmanjšati obremenitve dela, povečati poklicno zadovoljstvo, saj bomo sicer tudi z boljšim nagrajevanjem kader še naprej izgubljali.

Primarna raven ima poleg urgentne službe težavo (oz. prednost), da je za pacienta edina prosto dostopna. Obisk primarne ravni in urgence je brez konkretnih finančnih posledic za uporabnika, ne glede na smiselnost in številnost obiskov. Tak sistem je na prvi pogled odličen in zelo dostopen, a je zaradi omejenih človeških virov zelo krivičen do tistih, ki iščejo stik z ambulantno racionalno, investirajo v svoje zdravje in dopustijo možnost oskrbe tudi drugim. Zaradi dostopnosti primarne ravni pa se vse težave, ki jih imamo na višjih ravneh zdravstva, vključno s čakalnimi dobami, prelivajo navzdol – na primarno raven, in intenzivnost dela še potencialno ter tudi s tem zmanjšujejo zanimanje za tako delo.

Predlagamo, da je racionalno koriščenje zdravstvene oskrbe nagrajeno s primerno zdravstveno polico. Možno je uvesti simbolično participacijo ob stiku oz. uvedbo bonusov ob skrbi za lastno zdravje z manjšim plačilom prispevka.

Predlagamo strateški obračunski model, ki bo nagradil kompleksno oskrbo pacienta v primarni ambulanti, kjer je napo-

titev k drugim specialistom izvedena le takrat, ko problem presega zmožnosti primarne ravni, in napotitev ni zgolj način reševanja časovne stiske. Prav tako kot zdravniki si tudi drugi kadri v zdravstvu zaslužijo strokovno in ne le administrativno delo. Spremembe v procesih dela morajo čim bolj racionalizirati administrativno obremenitev in omogočiti, da vsak dela tisto, kar zna in on, kar zna najbolje in za kar je odgovoren, in ne, da dela vse po vrsti. Pri tem mora biti digitalizacija v pomoč, da ne prihaja do redundance ali celo ročnega prepisovanja izvidov in večkratnega vnašanja podatkov (12). Definiran mora biti minimalni standard oskrbe v primarni ambulanti, storitve nad tem nivojem pa dodatno finančno ovrednotene. Pacient, ki je oskrbljen doma ali zunaj delovnega časa, ne potrebuje bolniškega nadomestila in prav tako ne trpi njegov delovni proces, kar mora biti nagrajeno tako za izvajalca te oskrbe kot pacienta, saj je to s sistemskega vidika daleč najceneje.

Vzroki za pomanjkanje zdravnikov na primarni ravni: »Ko preneha vzrok, preneha tudi posledica.«
(Latinski pregovor: »Cessante causa, cessat effectus.«)

Pomanjkanje zdravnikov ni le slovenski problem, je pa pri nas eden večjih, če želimo doseči raven zdravstvene oskrbe, ki bo primerljiva ostali Evropi. Manj kot vsak peti zdravnik v Sloveniji je splošni zdravnik (18,6 %), kar je manj kot v Evropi, kjer je splošnih zdravnikov v povprečju 20,4 % (11). Za zadostno število zdravnikov na primarni ravni mora postati primarna specialnost med najbolj privlačnimi v zdravstvu: delo usmerjeno v oskrbo pacienta (ne v administriranje), ki prinaša strokovno zadovoljstvo, v dobrih delovnih pogojih, z načrtovanim

kariernim razvojem, ki omogoča fleksibilnost dela in možnost kombinacije delovišč ter ustrezno nagrajevanje (13, 14). Negativni vidiki dela na primarni ravni, ki ne navdihujejo mlajših kolegov, so: velika intenzivnost dela, pomanjkanje časa za pacienta, velika širina medicinske problematike, ki bi lahko bila ob zadovoljivem času za pacienta zaradi raznolikosti dela celo prednost, sorazmerno velika osebna odgovornost izvajalca, vedno kompleksnejše obravnave pacientov, ki jih prinašajo nove terapijske možnosti, obvezno vključevanje v njuno medicinsko pomoč brez možnosti izbire, birokratizacija procesov, zelo slabe informacijske rešitve in zelo pogosto spreminjanje se pravila s strani raznih institucij, brez jasne povratne informacije za izvajalca.

Zdravnik v Sloveniji je v primerjavi z EU slabše plačan, kar pa velja tudi za večino drugih poklicev. Ob tem pa preseneča razmerje med plačilom dela zdravnika in plačilom ostalih zdravstvenih delavcev oz. med plačo povprečnega zdravnika in povprečno (tudi minimalno) plačo v Sloveniji. Ta razmerja nikakor ne odražajo odgovornosti in zahtevnosti opravljenega dela. Hkrati so razlike med plačilom zdravstvenega kadra, ki dela odlično, in drugim, ki dela povprečno ali celo slabo (oz. sploh ne dela), minimalne. To vodi v »vzgojo« (pod) povprečnega kadra, kar je slabo za pacienta in je povsem nepriljubeno za mlajše. Poleg tega je zdravnik v Sloveniji tudi nosilec kazenske odgovornosti za celoten tim, kar dodatno prispeva k nepriljublosti.

Zato predlagamo meritokracijo: da je plačilo zdravnika odvisno od odgovornosti, kompleksnosti, kakovosti in količine opravljenega dela, in ne predvsem od časa od diplome ali pogajalske moči ali celo morda od izigravanja sistema, ki predstavlja nevarno prakso – npr. 421 ur dela mesečno (15).

Za bolj profesionalen odnos med zdravnikom in pacientom

ter za večje prepoznavanje slabih (po večini sistemskih, v škodo pacienta) odločitev v zdravstvu je nujno vpeljati sistem nekrivdne odškodninske odgovornosti, kar bo zelo olajšalo soočenje s procesnimi napaki in odpravljanje le-teh.

Več študentov medicine, več specializantov za primarno raven zdravstva?

Po oceni Zdravniške zbornice Slovenije se med letoma 2015 in 2020 v slovenskem zdravstvu ni zaposlilo 15,6 % diplomantov obeh medicinskih fakultet (od 1822 diplomantov se jih 138 ni včlanilo v zbornico, 147 pa se jih je iz nje izpisalo) (16). Podatki Evropske komisije kažejo, da je v letu 2018 51 doktorjev medicine iz Slovenije v državah EU zaprosilo za priznanje izobrazbe, leta 2019 pa je bilo takih 61. Odliv se je v naslednjih letih verjetno na račun pandemije zmanjšal in se bo po pričakovanjih ponovno povečal. Zato povišanje vpisnih mest na medicinskih fakultetah ne bo dovolj, ampak bodo potrebni še dodatni ukrepi, po vzoru drugih evropskih držav. Na primer zgled Avstrije, ki za odprtje primarne prakse nudi zajetna finančna sredstva, ki so glede na slovenske razmere še kako mikavna. Predvsem pa bomo morali poskrbeti, da bo primarno zdravstvo v največji meri izpolnjevalo poklicna pričakovanja mladih kolegov, da bo njihovo delo maksimalno prilagodljivo načinu življenja vsakega posameznika in z jasno urejenimi komunikacijskimi potmi med različnimi ravni zdravstva, ki bodo tudi tako preprečile marsikatero manj potrebno napotitev.

Predlagamo, da potekajo spremembe na primarni ravni v smeri integrirane, kakovostne oskrbe v ambulantni izbranega zdravnika, ker bo le to strokovno zadovoljilo mlade kolege. Iz

procesa dela naj se umakne vse, kar nima neposredne koristi za zdravje pacienta in je kot tako škodljivo; maksimalno naj se izkoristi informacijske tehnologije, ker so rezerve na tem področju res velike. Informacijske rešitve morajo ponujati vpogled v kakovost dela vsakega posameznika. Celovita oskrba pacienta mora biti prioriteta in kot taka tudi finančno nagrajena.

Potrebne so dodatne spodbude za specializacije na primarni ravni: finančne, organizacijske (fleksibilnost zaposlitve, možnost izrednega dopusta, uravnoteženje med delovnim in prostim časom), intelektualni izzivi (celovitost obravnave, dovolj časa za to, možnost konzultacij, možnost dodatnih izobraževanj, debirokratizacija). Poviša naj se vpis na medicinski fakulteti.

Dejanja, ne besede. (Latinski pregovor: »Acta, non verba.«)

Maja 2022 so člani Zdravstvenega sveta podprli Izhodišča za strategijo razvoja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni do leta 2031, ki je celovit dokument, usklajen z Evropsko strategijo za primarno zdravstveno varstvo in leži v predalih Ministerstva za zdravje. Verjetno si dokument zasluži manjše modifikacije, kar pa vsekakor ne bi smel biti razlog za odmik začetka izvajanja oz. za nadaljnje korake na tem področju. Odmikanje od tega in zakasnitev aktivnosti v tej smeri pomeni odmik od želje po boljši primarni oskrbi državljanov in potrditev naše teze, da ima neka majhna skupina, ki se pogosto skriva za parolami za ohranitev javnega zdravja, zelo veliko, v tem trenutku še neobvladljivo moč, predvsem v škodo pacienta.

Predlagamo, da že zapisana in usklajena Izhodišča za strategijo razvoja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni do leta 2031 zaživijo brez odlašanja, ker vse drugo je razmišljanje o tem,

kako bi naredili, da ne bi ničesar naredili.

Zaključek

Zavedamo se, da je naš pogled le eden mnogih, da že obstajajo celovitejši dokumenti, ki jih tudi citiramo, in da verjetno ne bo večjih sprememb, dokler ji ne bo odločno zahteval pacient – vplačnik v zdravstveni sistem. Avtorji smo med tistimi, ki kljub vsemu še upamo na boljše razmere; upamo, da bo primarno zdravstvo preživelo. Predvsem pa upamo, da bo pacient prejel tisto, kar potrebuje, si zasluži in tudi redno plačuje.

Iz zapisanega je mogoče razbrati, da smo še daleč od dobro delujočega primarnega zdravstvenega varstva. Morda smo celo nevarno blizu razpada javnega zdravstva. V tej neugodni situaciji smo se znašli zaradi nerazumljivega odlaganja sistemskih rešitev. Ni težava čas in tudi ne denar – težava je očitno povezana predvsem z voljo do rešitev. Pacient bo moral zahtevati tisto, kar plačuje, podobno kot ob izplačilu drugih zavarovanj, npr. ob avtomobilski škodi. Mislimo, da si vsak državljan zasluži dostojen, pravočasen vstop v zdravstveni sistem in to zanj predstavlja predvsem urejeno primarno zdravstvo. Dokler tega ne bo, lahko trdimo, da so pacientu – državljanu kratene pravice: pravica do zdravja in zdravstvene oskrbe. Tako je ne zato, ker bi bili vsi tako revni ali ker bi bilo premalo vplačanih prispevkov, ampak ker je prisotno preslabo upravljanje s finančnimi in človeškimi viri. Verjamemo, da z zgornjimi predlogi večina ljudi ne bi ostala brez osebnega zdravnika. Vsak zdravnik, ki ima licenco v ustrezni stroki, si to želi, ima ustrezne prostore, opremo in osebe, naj s pogodbo s plačnikom opravlja primarno zdravstveno dejavnost. In vsak bolnik naj ima svojega osebnega zdravnika, ki bo imel dovolj časa, dovolj osebjina in pogoje dela, ki mu bodo omogočili dolgoročno stabilnost. Na ta način bo tudi zdravstveni sistem

stabilnejši in dolgoročno vzdržen ter bo deloval v večji korist bolnika.

Napisano so stališča avtorjev in ne odražajo nujno stališč njihovih ustanov.

Viri

1. Spletna stran WHO. Primary health care. Dostopno na: https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1 (3.1.2024)
2. Johansen A, West R, Vracko P. Integrated, person-centred primary health care produces results: case study from Slovenia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Dostopno na: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289055284>
3. Spletna stran Ministrstva za zdravje. Zgodovina Ministrstva za zdravje. Dostopno na: <https://www.gov.si/drzavni-organi/ministrstva/ministrstvo-za-zdravje/o-ministrstvu/zgodovina-ministrstva-za-zdravje/> (3.1.2024)
4. SURS. Zdravstveni statistični letopis Slovenije 2021.
5. Spletna stran SURS. Dostopno na: <https://www.stat.si/StatWeb/News/Index/11483> (3.1.2024)
6. Behera BK, Prasad R, Shyambhavee. Primary health-care goal and principles. Healthcare Strategies and Planning for Social Inclusion and Development. 2022;221-39.
7. Spletna stran Ministrstvo za zdravje.

Pregled stanja na področju zdravstva v Sloveniji - januar 2023 (pdf), Ministrstvo za zdravje, 2023.

8. Spletna stran Siol. V Sloveniji lani za petino več bolniških dopustov kot leto prej 19. sept 2023; 18.08. Dostopno na: <https://siol.net/novice/slovenija/v-sloveniji-lani-za-petino-vec-bolniskih-dopustov-kot-leto-prej-615916> (3.1.2024)
9. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Letno poročilo ZZSZ 2022. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije; 2023.
10. Spletna stran N1. Je vlada res odkrila, kje odteka denar iz zdravstva? 26. Jan 2023; 10:06. Dostopno na: <https://n1info.si/novice/slovenija/je-vlada-res-odkrila-kje-odteka-denar-iz-zdravstva/> (3.1.2024)
11. Spletna stran OECD. OECD Health at a Glance 2023 Country note: Slovenia. Dostopno na: <https://www.oecd.org/slovenia/health-at-a-glance-slovenia-EN.pdf> (3.1.2024)
12. Bregant T, Marguč K, Cvirn M, Bešek M, Cuzak G. Digitalna preobrazba zdravstva. Isis : glasilo Zdravniške zbornice Slovenije; 2021;30(7):34-7.
13. Bregant T, Horvat Krstić A, Koprivec J, Ravnikar R, Rotar-Pavlič D, Vračko P. Naj bo primarna raven spet privlačna zdravnikom in dostopna bolnikom. Isis : glasilo Zdravniške zbornice Slovenije; 2022;31(4):21-5.
14. Koprivec J, Rotar-Pavlič D, Škaler H, Vračko P, Bregant T. Predlogi rešitev za povečanje dostopnosti izbranih zdravnikov in kakovosti oskrbe pacientov. Isis :

glasilo Zdravniške zbornice Slovenije; 2023;32(3):24-6.

15. Spletna stran Necenzurirano. Radiološki rekorder: v januarju uradno delal 31 dni po 13 ur. 3. Jan 2024; 5:55. Dostopno na: <https://necenzurirano.si/clanek/preiskovalne-zgodbe/radioloski-rekorder-v-januarju-uradno-delal-31-dni-po-13-ur-1030304>
16. Spletna stran: https://www.mf.uni-lj.si/application/files/6715/7124/3036/Katalog_UL_MF_16.10..pdf (3.1.2024)

Člani Delovne skupine ZZS za aktivno spremljanje reforme osnovne zdravstvene dejavnosti:

Doc. dr. Tina Bregant, dr. med., spec. pediatrije, spec. fizikalne in rehabilitacijske medicine, CIRIUS Kamnik

Janez Koprivec, dr. med., spec. družinske medicine, Koprivec družinska medicina d.o.o., vodja Delovne skupine

Rok Ravnikar, dr. med., spec. družinske medicine, Zdravstveni dom Kamnik

Prof. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med., spec. družinske medicine, Galenja d.o.o.

Hana Škaler, dr. med., spec. družinske medicine, Medicointerna d.o.o., in Zdravstveni dom Kočevje

Mag. Pia Vračko, dr. med., spec. javnega zdravja, SZO

RAZPIS ZA RAZISKAVO S PODROČJA PERINATOLOGIJE ZA NAGRADO MOJCE NOVAK ZA LETO 2024



ZDRUŽENJE ZA
PERINATALNO MEDICINO
SLOVENIJE

Zdrženje za perinatalno medicino Slovenije (ZPMS) pri Slovenskem zdravniškem društvu bo na Novakovih dnevih 24.-25. maja 2024 podelilo nagrado Mojce Novak za najboljšo klinično raziskavo s področja perinatologije. Nagrado, ki je namenjena študentom medicine in babištvu ter specializantom ginekologije in porodništva, anesteziologije in pediatrije ter mladim babicam (do 5 let po diplomi), smo poimenovali po mladi zdravnici in raziskovalki, ki nas je po dolgotrajnem boju z boleznijo prezgodaj zapustila.

Kandidati naj pošljejo svoja dela na naslov martina.peclin@kclj.si do 30. 3. 2024. Dela morajo biti pripravljena v pisni obliki (do največ 2000 besed z največ eno sliko ali razpredelnico ali grafom), primerna za objavo v zborniku. Prispevek naj

vsebuje ime avtorja in mentorja ter ustanovo le na prvi strani, na naslednjih straneh pa Naslov, Uvod z namenom, Materiale in metode, Rezultate, Razpravo, Zaključek in Literaturo.

Ocenila jih bo tričlanska strokovna komisija. Komisija bo ocenjevala strokovnost, jasnost, klinično uporabnost in odmevnost poslanih del. Najboljše delo bo nagrajeno s financiranjem izobraževanja s področja perinatologije (do 1500 EUR oz. glede na razpoložljiva sredstva) in bo predstavljeno na Novakovih dnevih v obliki predavanja. Vsa poslana dela, ki bodo ustrezala osnovnim kriterijem, bodo objavljena v zborniku.

*Asist. Marijana Vidmar Šimic, dr. med.
Tajnica Zdrženja za perinatalno medicino pri SZD*

Poročilo o skupščini Združenja evropskih mladih zdravnikov

Sosedova trava ni vedno bolj zelena

Alenka Bahovec

Kot predstavnica mladih zdravnikov sem se skupaj z Valentino Pugelj v okviru ZZS konec oktobra lani udeležila jesenske skupščine Združenja evropskih mladih zdravnikov (European Junior Doctors Association – EJD) v Murcii v Španiji. EJD povezuje evropske zdravniške organizacije mladih zdravnikov in si prizadeva za boljše delovne pogoje ter za povezovanje in izmenjevanje izkušenj in dobrih praks mladih zdravnikov po Evropi. Zavzema se za boljše

razumevanje današnjih izzivov pomanjkanja zdravniške delovne sile in za digitalizacijo v zdravstvu. Pri tem aktivno sodeluje z EU, SZO in več mednarodnimi zdravniškimi organizacijami. Med njimi je tudi Evropsko združenje splošnih in družinskih zdravnikov (UEMO) in oktobrska skupščina je bila posebna zato, ker je potekala hkrati s skupščino UEMO.

Stičišče obeh skupščin, EJD in UEMO, je bilo skupno sprejetje Deklaracije iz Murcie o prihod-



Skupinska slika udeležencev skupščine EJD in UEMO v Murcii v Španiji

nosti splošne in družinske medicine v evropskem zdravstvu. Člani obeh organizacij smo podprli predlagano besedilo dokumenta in vodilni predstavniki obeh združenj so deklaracijo slovesno podpisali. Ključni poudarki deklaracije, ki je sicer v angleščini dostopna na spletnih straneh obeh organizacij (<https://www.juniordoc-tors.eu/node/223>), so:

- treba je okrepiti strategije ne samo za pridobivanje novih zdravnikov splošne/družinske medicine, ampak tudi za zadrževanje že obstoječih (»recruitment and retention«);
- potrebnega je več časa za posameznega pacienta;
- delovno okolje mora biti varno, omogočati je treba fleksibilen delovni čas kot podporo zdravemu ravnotežju med delom in prostim časom;
- za boljšo obravnavo je ključno okrepiti dvosmerno komunikacijo s sekundarnim (in terciarnim) nivojem;
- potrebne so pozitivne strategije za privabljanje novozaposlenih v kraje, kjer je zdravnikov premalo, vztrajati je treba pri kakovostnem izobraževanju in po Evropi povsod prepoznati družinsko/splošno medicino kot samostojno specializacijo;
- varovati je treba mlade zdravnike, ki so v zdravstvenem sistemu še posebej ranljivi in velikokrat postavljeni pred dejstvo, da morajo delati v veliko večjem obsegu, kot je predpisano v direktivi o evropskem delovnem času;
- digitalizacija zdravstva ne sme postati dodatno časovno in administrativno breme za zdravnika ali finančno breme za ustanove, ampak orodje za bolj kakovostno in učinkovito obravnavo pacienta;
- vse več je potrošništva zdravstvenih storitev, medikalizacije in nepotrebnih zdravniških intervencij, zato je treba na

prvo mesto postaviti promocijo zdravja, zdravstveno pismenost in kvartarno preventivo.

Zelo pomembno se mi zdi, da smo tudi mladi zdravniki podprli deklaracijo, saj smo tisti, ki imamo večino svoje delovne dobe še pred seboj, in da ne glede na lastno specialnost prepoznamo pomembnost kakovostne in močne primarne ravni zdravstvenega varstva.

Morda sem pri mnenju malo pristranska, saj sem tudi jaz specializantka družinske medicine. Navkljub celotni situaciji sem z izbiro zadovoljna, saj mi je vseh široko področje, ki ga obsega, in celostni pristop k pacientu. Skrbi pa me, kaj se bo zgodilo v prihodnosti, saj gre glavnina ukrepov Ministrstva za zdravje kljub številnim dobrim predlogom zdravniških organizacij in skupin zdravnikov proti ključnim poudarkom deklaracije iz Murcie.

Med razpravo pred sprejemanjem deklaracije je udeleženec iz UEMO z veliko izkušnjami opisal, kako zelo pomembno je imeti dobro izobražene družinske/splošne zdravnike, ki imajo dovolj časa za obravnavo svojih pacientov. Le tako se namreč lahko soočamo z diagnostično negotovostjo in preprečimo »sindrom bruhanja« (»vomit syndrome«), da ob obravnavi samo »izbruhamo« številne napotitve na laboratorijske, slikovne in nadaljnje specialistične obravnave, s katerimi kakovostna obravnava pacientove težave sploh ni nujno povezana.

Tokratna skupščina EJD je bila drugačna tudi zato, ker so potekale volitve novega vodstva. Ponosno delim z vami, da je nova vodja odbora za podiplomsko izobraževanje v EJD iz Slovenije, članica ekipe Mladih zdravnikov Slovenije in specializantka urgentne medicine Valentina Pugelj. Njeno glavno področje dela v EJD je podiplomsko izobraževanje in programi specializacij po Evropi. Pri tem EJD sodeluje tudi z Evropskim združenjem zdravnikov specialistov (UEMS), ki se zavzema za kakovostno izobraževanje zdravnikov (akreditacije izobraževanja, standardi za speciali-

zacije ...). Če bi koga od mladih zdravnikov zanimalo udejstvovanje na področju programa specializacij na evropski ravni, ima EJD zagotovljeno po eno mesto za predstavnika in njegovega namestnika za mlade zdravnike v sekcijah vseh specialnosti v UEMS in nekatera mesta so še prosta. Za več informacij lahko pišete na mladi.zdravniki.slo@gmail.com.

Celotna skupščina EJD je obsegala še druge teme, med drugim smo sprejeli lastno Politiko o nasilju (povezava: <https://www.juniordoc-tors.eu/node/221>), ki je pomembna tudi zato, ker zajame kompleksnost problematike, kjer ne opozarja samo na nasilje na ravni pacient – zdravstveni delavec, ampak tudi na nasilje med zdravstvenimi delavci, kot je mobing, šikaniranje ... Mlade zdravnike nasilje bolj ogroža, ker smo v podrejenem položaju glede na specialiste in opravljamo veliko dela na urgencah, v dežurnih službah, kjer je nasilja več. Tudi to prispeva k nezadovoljstvu mladih zdravnikov s svojim delom.

Nezadovoljstvo z delom je skupno večini mladih zdravnikov po Evropi, je pokazala tudi kvalitativna raziskava, ki jo je v zadnjem letu organiziral EJD: Od tradicije do tranzicije, premagovanje krize delovne sile v zdravstvu (povezava: <https://www.juniordoc-tors.eu/node/216>). Mladi zdravniki iz večine držav poročajo o prevelikih obremenitvah in o začaranem krogu, da zdravniki zapuščajo delovna mesta, ker ne zmorejo več, kar pomeni več obremenitev za tiste, ki ostanejo. Vseeno obstajajo razlike po državah, kako se s tem soočajo, in prednost morajo imeti pozitivni ukrepi. Eden izmed njih je omogočanje večje fleksibilnosti pri delu (pri urniku in pri kombiniranju različnih področij dela, npr. omogočanje kombiniranja raziskovanja in dela s pacienti).

Ravno izmenjevanje konkretnih izkušenj in delovnih praks s kolegi iz tujine pa je glavni del skupščine EJD. Seveda je veliko poročil (poleg navajanja še več kratke različne zdravniške

Vsi mladi zdravniki, to je po opravljeni medicinski fakulteti do vključno pet let po specialističnem izpitu, lepo povabljeni, da se pridružite Mladim zdravnikom Slovenije (za prijavo morate biti registrirani na spletni strani ZZS).

organizacije 😊) del uradnega dela skupščine, a najdragocenejši je v resnici neuraden del, ko se med odmori, obroki in večernim druženjem srečaš s kolegi iz drugih držav. To pomaga, da svojo situacijo postaviš v širši okvir in kmalu ugotoviš, da sosedova trava ni vedno bolj zelena. A srečanja z vrstniki, ki so vsi aktivni v nacionalnih zdravniških organizaci-

jah, razkrijejo, da se probleme vendarle da reševati (večinoma počasi in z veliko truda), in motivira za delo naprej. Izvedela sem na primer:

- kako na Norveškem skrbijo za izgorele zdravnike z možnostjo večtedenskega bivanja v »varni hiši« z vso psihološko podporo samo za zdravnike;
- da Francozi oblikujejo nacionalni SOS-telefon za psihološko medvrstniško podporo zdravnikom;
- da so Čehi za promocijo svoje napovedane decembrske stavke v obliki odpovedi nadurnega dela, s ciljem doseči plačane nadure in predpisan počitek, za slogan izbrali »Ne bodi rakun« (ki je aktiven ponoči in ima velike podočnjake) in s tem dosegli boljše

podporo javnosti, ki je na tak način lažje razumela, da utrujen zdravnik ne more dobro delati;

- v Španiji so v obširni anketi potrdili, kako slabo se držijo direktive o evropskem delovnem času, in z zbranimi kakovostnimi podatki želijo s politiki izpogajati boljše upoštevanje evropske regulative.

Na vseh teh področjih imamo težave tudi v Sloveniji ... Hvala vsem, ki se jih trudite odpraviti ter prisluhnite tudi pobudam Mladih zdravnikov Slovenije in nas podpirate pri našem delu.

Alenka Bahovec, dr. med.,
Zdravstveni dom Vrhnika,
alenka.bahovec@gmail.com

MLADI ZDRAVNIKI IŠČEJO DOM

Spoštovani člani in članice,

imate stanovanje v bližini bolnišnic in drugih zdravstvenih ustanov in ste morda razmišljali o oddaji? Številni mlajši kolegi se v času opravljanja specializacije soočajo z iskanjem primernih nastanitev in prav vaše prazno stanovanje lahko postane njihov začasni dom.

Zdravniška zbornica Slovenije želi postati most med tistimi, ki imajo na voljo nastanitve, in mladimi, ki jih potrebujejo. Če bi lahko priskočili na pomoč mlajšim kolegom, prosimo, sporočite svoje podatke Vesni Habe Pranjič na elektronski naslov **Vesna.Habe@zzs-mcs.si** ali po telefonu **01 30 72 123**. Tako boste svojim mlajšim kolegicam in kolegom izkazali podporo in spodbudili njihovo profesionalno rast.

Zahvaljujemo se vam za vašo prijaznost in podporo pri oblikovanju boljše prihodnosti za mlade medicinske talente.

Zdravniška zbornica Slovenije



Komentar k zapisom

Isis, februar 2024, št. 2

Barbara Podnar

Str. 3, Uvodnik: Prva izjava, »statement«. Pobarva cel zapis malo roza in nažene misli v vse smeri. Všeč mi je pojem »sinergija strokovnosti«, ker v sebi skriva priložnost za pomnožitev dobrega.

Str. 6, K naslovnici: »... naš pediatrični register DH je po velikosti primerljiv s tistima v ZDA ali VB...«! Komentar ni potreben. Neverjetno. In še mnogo tega, kar se da prebrati v pričujočem intervjuju.

Str. 18, Obrazi zdravništva: »Naj medicino delajo z veseljem, z dušo in z rokami.« Izvrsten prispevek, prima spodbuda, koš veselja za vse, ki preberejo.

Str. 20, Dodatna minuta za življenje: Zanimivo zdravniško delovišče.

Str. 24, Z novo shemo dohodka je
Štajerska spet pri vrhu: Pomenljivi podatki.

Str. 25, Dostopnost do osebnega zdravnika: težava za bolnika, izziv za državo:

Spet pomenljivo, a na drugačen način. Kje se zatakne, da pametne misli ne zaživijo v praksi?

Str. 43, Medicina, občutljiva za psihično travmo: Zelo zanimivo. Včasih se zdi, da je v naši medicini premalo empatije. Da recimo lahko zdravnik bolniku, ki ob bolečinah prosi za dodatno analgetično terapijo, odvrne »bolečina je subjektivna« in odkloni prošnjo, se sliši grozno. Dogodek, za katerega sem nedavno slišala.

Str. 61, Leto 2008 – 2. del: Kako zelo lep opis vsega tega, za kar si človek zapomni in v blagem spominu ohranja svoje mentorje.

Str. 81, Zavodnik: »Plavaj ali utoni!!« seveda še vedno še kako velja. Tudi – ne vedno in ne povsod – v izobraževalnem procesu mladih zdravnikov.

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

Čestitka ob izidu učbenika *Izbrana poglavja iz geriatrije*

Tatjana Leskošek Denišlič

Da, bravo, prof. dr. Danica Rotar Pavlič, za vaš opis novega univerzitetnega učbenika, zato ker ste v predstavitvi na 46. in 47. strani naše januarске številke revije Isis obširno povzeli njegovo vsebino z veliko mero empatije, saj ste **dvajsetkrat zapisali izraz starejši in niti enkrat nisem zasledila izraza starostnik.**

Zadnje čase nas starejše zaboli izraz starostnik, saj se nanj lepi negativna konotacija.

Z malo dobre volje in naklonjenosti je mogoče vse povedati tudi z izrazom starejši.

Prepričana sem, da je tudi v učbeniku ta rdeča nit, saj ste zapisani kot urednica. Prisrčna hvala in vse dobro od srca!

Prim. mag. Tatjana Leskošek Denišlič, dr. dent. med.

Prof. Marjan Kordaš: Nisem »hodil v službo«, ampak sem hodil delat

Barbara Podnar

Akad. prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med., je redni profesor patofiziologije v poklju. Njegova pot na Inštitutu za patofiziologijo se je začela leta 1959, leto po diplomi na Medicinski fakulteti. Raziškovalno se je ukvarjal predvsem z mikroelektrofiziologijo. Doktoriral leta 1971, redni profesor od 1979, redni član SAZU od 2001. Je aktiven član uredniškega odbora Isis, navdušen bralec, pisec in kolesar. V pričujočem intervjuu deli z nami drobce svoje poti.



Najljubši otroški spomin?

Nimam spomina, za katerega bi lahko rekel, da je najljubši. A morda bi tu lahko opisal en spomin, o katerem pogosto pripovedujem: Okoli leta 1939 sem v dar dobil preprost model letala. Narejen je bil iz smrekovega furnirja, ki je zelo krhek. Zato je kmalu razpadel, četudi sem nanj zelo pazil. Čez kako leto ali dve sem po spominu iz jesenovega – bolj trdnega – furnirja naredil podoben model letala, ki pa ni letel. A po dolgem eksperimentiranju oz. opazovanju neuspešnih poletov sem ugotovil, kaj je narobe, model popravil in potem je letel (jadrал) tako, kot sem pričakoval, da mora. Čez nekaj let sem ugotovil, da mi je uspelo kljun trupa letala obtežiti tako, da je bilo krilo v težišču modela. To je bil moj prvi poskus, iz opazovanja dogajanja ugotoviti pravilo, po katerem dogajanje poteka. Z igro sem se učil.

Kako to, da ste pristali na medicini?

Ne vem. V zadnjih razredih gimnazije sem bil prepričan, da bom študiral strojništvo, potem sem si pa – med britjem z britvijo pred zrcalom, ko sem si moral natančno ogledovati obraz, da se ne bi urezal – iz neznanih razlogov v hipu premislil. Ko sem ob začetku dela s študenti študiral visokošolsko didaktiko in motivacijo, je veljalo, da pri t. i. **intrinzični motivaciji** ni mogoče ugotoviti vzroka. To je možno le pri t. i. **ekstrinzični motivaciji**, kjer je vzrok znan, npr. slava, bogastvo, denar, lepa ženska ipd.

Zaradi smisla za strojništvo oz. tehnične reči pa sem se pozneje hitro priučil dela na stružnici, rezkarju in električnega varjenja. Sam sem izdelal npr. kamrice za skeletno mišico, ohišja za nepolarizirajoče elektrode Ag/AgCl, držalce za mikroelektrode itn. Kot stranski produkt sem postal avtomehanik in študentkam in študentom medicine popravljал avtomobile, največkrat fičke in katrce.

Kako ste pristali na patofiziologijo?
Kako ste zase tam poiskali svoj
prostor pod soncem?

Patološka fiziologija je bila takrat zame prvi, morda celo edini predmet, pri katerem je obstajala zveza med vzrokom in posledico, razlaga mehanizma (npr. nastanka bolezni, delovanja zdravil itd.). Ob priložnosti sem obiskal prof. Andreja O. Župančiča (AOŽ) in ga vprašal, ali bi me vzel v službo. Rekel je »da«. Svoj prostor pod soncem sem si ustvaril z doslednostjo, ki je bila navzven videti kot nepopisna trma. Npr. na sejah tripartitnega (socialističnega) Fakultetnega sveta (FSMF) sem venomer poslušal očitke o svoji togosti. Če je bilo treba, sem za odgovor ponavljal, da »... je znano, da togost hrbtnice prispeva k dejstvu, da človeku ne padejo možgani v drek v riti«. (Oprostite za sočne izraze iz ljudskega jezika!)

V času doktorskega študija in z namenom postaviti laboratorij za elektrofiziologijo na Inštitutu za patofiziologijo ste bili tudi v tujini. Kako bi opisali svojo izkušnjo tujine v dobi brez interneta in mobilnih telefonov? Kako ste sploh dobili priložnost?

Tu ne bom odgovarjal po zaporedju vprašanj, temveč po zaporedju dogodkov. Upam, da bom tudi tako odgovoril na vse: Ko sem prišel leta 1959 na inštitut, me je AOŽ vprašal, ali bi se ukvarjal z elektrofiziologijo. Jaz sem takoj privolil, četudi nisem imel pojma, kaj je elektrofiziologija. AOŽ mi je pokazal inštitutsko knjižnico in začel sem brati. Eksperimentalno pa sem obilo delal na izoliranih organih (žabje srce, hrbtna mišica pijavke, diafragma podgane v kopeli, perfuzija diafragme itn.) in dodobra razvil ročne spretnosti. Moj prvi članek se je ukvarjal z merjenjem produkcije acetilholina v podganji diafragmi. Ker pa je takrat začela izhajati revija »Medicinski razgledi«, sem (po prošnji študentov oz. naročilu AOŽ) za to revijo napisal zaporedje treh člankov s skupnim naslovom »Oris novejših pogledov na fiziologijo ledvic«. V obdobju 1959–1963 si je

AOŽ prizadeval zame dobiti štipendijo. To mu je uspelo šele okoli leta 1962 (štipendija SZO) za delo na Institute of Biophysics, University College London (UCL). A prof. Bernard Katz (na UCL smo ga preprosto poimenovali B. K.), predstojnik inštituta, je takoj zahteval, naj pri njem ostanem 10 mesecev ter da začnem delati v septembru 1964. Dobil sem prazen laboratorij, (pra)staro opremo (deloma še iz časov druge svetovne vojne; npr. moj osciloskop je imel nelinearno časovno bazo, ki sem jo moral za vsak poskus kalibrirati s 50 cikli iz omrežja). Delo mi je šlo hitro od rok, tudi razvoj metode vpete napetosti – »voltage clamp«. V Ljubljano sem se vrnil julija 1965, ravno v času gospodarske reforme, z devalvacijo in denominacijo dinarja in s pomanjkanjem denarja za financiranje raziskovanja.¹ A kljub temu sem laboratorij za mikoelektrofiziologijo postavil do poletja 1966. Potem mi je prof. Katz ponovno priskrbel štipendijo SZO (za obdobje september 1967–februar 1968), da sem lahko dokončal tisto, kar sem začel prej. Po vrnitvi v Ljubljano sem tako kmalu imel nekaj zelo odmevnih člankov. Za tistega, ki je bil objavljen leta 1969, sem dobil okoli 500 prošenj za posebne odtise.² Tako mi je AOŽ naročil, naj prijavim doktorat in priložim svojo bibliografijo. To je pomenilo »doktorirati na temelju bibliografije«. Doktorat napisan 1970. Natipkali so mi ga na Univerzi na

pisalni stroj, ki je imel vrtljivo glavo in zato zelo lepe in čiste črke. Razmnožili smo ga s fotokopiranjem na t. i. matrico. Obramba doktorata 1971. Nekaj je bilo tudi hude krvi, ker je imel doktorat z literaturo vred le 32 strani, pa tudi zabave, ker sem na zagovoru doktorata nekajkrat izpraševalce pohvalil za dobra vprašanja. Moja izkušnja iz tujine je bila dobra: če laboratorijsko opremo sam narediš ali sestaviš, je to dokaz, da razumeš, kako deluje in kaj sploh počneš. Kaj je in kaj ni artefakt. Sicer pa: Kdor je takrat imel stacionarni telefon, je bil srečnejši, hoja v knjižnico z nahrbtnikom in transport revij v laboratorij pa sta utrjevala hrbtnico. Na UCL so že poznali fotokopiranje, seveda pa je bilo plačljivo, zato smo varčevali. Plagiat je bil neznan pojem. Morebitno falsificiranje podatkov je opazil in sankcioniral že urednik, ki je odločal o sprejetju v tisk ali zavrnitvi s kritiko, ki je bila za avtorja uničujoča.

Nepozabni so bili občasni pogovori z B. K. Med kosilom v kantini UCL mi je pripovedoval o svojem študiju v nacistični Nemčiji, kljub temu nagrada za študentsko delo, beg v Anglijo in Avstralijo, vrnitev v Anglijo. Ena najboljših izkušenj iz tega časa je bil dogodek, ki se je zgodil 23. 12. 1967, tik pred božičem, pri B. K. v njegovi pisarni. B. K. je tako viharno (viharano!) kritiziral osnutek mojega članka, da sem se onesvestil (tj. kolabiral) in se zgrudil v njegov naslanjač. B. K. pa me je samo pogledal in suho pripomnil: »It's really a bit stuffy here,« in odprl okno. Ta senzacija se je takoj razvedela in zvečer, ko smo se vsi *students* sestali za proslavo božiča, sem moral jaz, potem ko sem za vse udeležence spekel grmado palačink, vsem ostalim o tem natančno poročati. Ko je B. K. dobil Nobelovo nagrado, smo mu *students* podarili zvezek z opisi anekdotičnih dogodkov ob delu z B. K. pri B. K. No, moja zgodba je bila o mojem kolapsu in o palačinkah. B. K. se je neznansko zabaval.

Kako ste izbirali sodelavce, učence, mentorirance? Kako bi ocenili, da na

1 Iz UCL sem v Ljubljano prinesel samo tri reči: dve sondi (ki sem ju naredil sam; tudi obe elektroniki Mullard ME 1400, bistvena sestavina sonde, sem kupil s svojim denarjem (20 GBP)) ter izvlekač za mikroelektrode (microelectrode puller), ki mi ga je za 10 GBP naredil mehanik na UCL. Moja štipendija je bila 60 GBP/mesec.

2 Dve sliki iz tega članka iz leta 1969 sta se čez nekaj let pojavili v dveh različnih učbenikih za nevrofiziologijo. To je bilo takrat precej nenavadno, a kot bralec svojih rezultatov v knjigi neznanega avtorja sem bil kar zadovoljen. V času, ko še ni bilo fotokopiranja, je pisec naročil posebne odtise (»reprints«) svojega članka, da jih je lahko pošiljal tistim, ki so ga za odtis prosili.

dinamiko kolektiva vpliva prehod iz kolektivizma v individualizem, ki smo mu priča?

Imel sem srečo, da učencev in mentorirancev nikoli nisem izbiral jaz. Vedno sem »bil izbran«. Ne spomnim se, da bi koga odklonil. Vsaj enkrat (ali dvakrat) sem odstopil zaradi nesoglasij o načinu dela. Na drugo vprašanje ne znam odgovoriti, ker sem bil sprva jaz edini avtor članka. Pozneje sem pa vedno izposloval, da sem bil jaz vedno pisec osnutka članka, ki ga pozneje s sodelavci nismo spreminjali, temveč le dopolnjevali. Sicer pa nimam vtisa, da danes vlada individualizem. Imam vtis, da danes sploh ni več člankov samo enega avtorja.

Ob tej priložnosti pa je vredno povedati zgodbo, iz katere sem se mnogo naučil:

Leta 1972 sta v mojem laboratoriju dva študenta naredila manjšo raziskavo za Prešernovo nagrado. Ni bilo le delovno, temveč tudi zelo prijetno. Oba prijetni osebnosti, oba z izrazitim smislom za humor. Oba bolj bistra kot jaz. Eden od njiju (X) je bil po naravi bolj umetnik, tudi izvrsten risar. Po diplomi se je X prijavil na mesto asistenta na patološki fiziologiji. Za

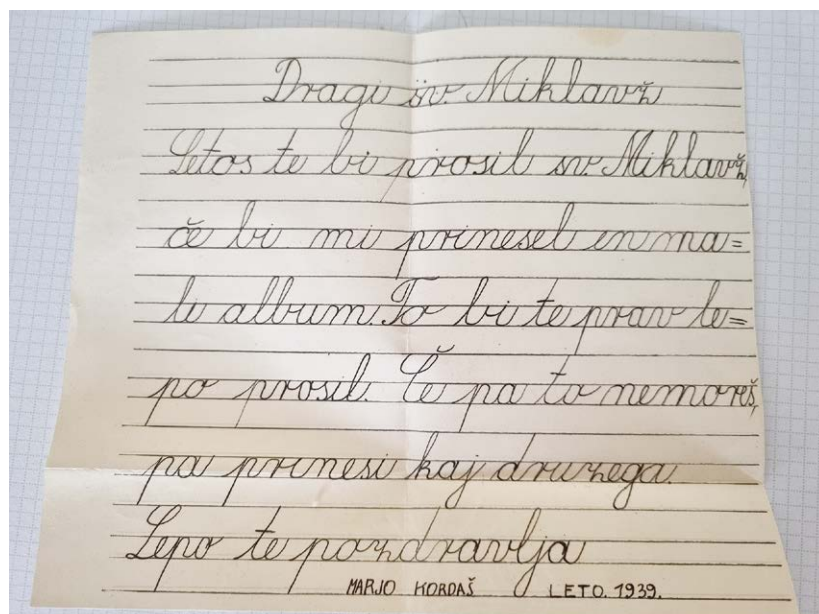
mentorja za magisterij in doktorat je izbral mene in tega sem bil zelo vesel. A kmalu sva se začela prepirati; jaz nisem prenašal njegovega umetniškega odnosa do laboratorijskega dela in opreme, on pa ne mojega pikolovstva. Tako sem ga na sestanku strokovnega kolegija inštituta besno skritiziral in izjavil, da ne bom več njegov mentor. Vsi navzoči so me seveda hoteli pomiriti in me spraviti z X-om, a zaman. A glej: četudi sem X-a spravil v težave, se ni prav nič jezil name. In tudi jaz se nisem jezil nanj. Pravzaprav sva se potem, ko sva se razšla, razumela še bolje kot prej. X, bister kot je bil, je bliskovito napredoval, postal redni profesor in ko sem jaz (po takrat dogovorjenih pravilih) napovedal svoj odhod, je X zasedel »nadomestno učiteljsko mesto«. Ko sem jaz odšel, je X, prej z asistentsko plačo, takoj prejel plačo rednega profesorja.

X je kmalu potem postal dekan MF. In doslej mi ni nikoli uspelo povprašati ga, kako bi kot dekan MF ocenil svoj seminar, ki ga je leta 1972

kot študent opravljal v 3. letniku svojega študija. Ocenil tudi (mojo? najino? našo?) strokovno vragolijo na Kirurški kliniki? Eksperiment v zvezi z najnovejšimi pogledi na nastanek edemov? Za ta eksperiment je vedel ves takratni 3. letnik in skoraj vsi rentgenologi na kirurgiji, a je v celoti šel v pozabo. Kaj bi danes dekan MF storil z udeleženci takšnega eksperimenta?

Na Inštitutu za patofiziologijo ste postavili laboratorij za mikroelektrofiziologijo in kot prvi v Evropi uporabili »metodo vpete napetosti«. Raziskovali ste živčno-mišični stik, ovrgli dotedanje domneve in pokazali, da se med živčno-mišičnim prenosom v postsinaptični membrani pojavi »ena sama prevodnost«, odvisna od količine sproščenega mediatorja. Pravzaprav revolucionarna odkritja – kakšen je Vaš spomin na te trenutke/ure/.../mesece/leta raziskovanja?

Vsak raziskovalni članek vsebuje vsaj eno odkritje. Ali je revolucionarno ali ne, je subjektivna presoja in takšnih presoj, ki vodijo v samovšečnost ali domišljavost, se izogibam. Zanimalo me je le, ali znam vsakemu bralcu članka dokazati, da je tisto, kar trdim, tudi resnično in eksperimentalno ponovljivo. Pa vendar: s svojim delom sem imel veliko veselje. V bistvu sem bil plačan (seveda po jugoslovansko-socialističnih merilih) za tisto, kar je bil moj hobi. Nisem »hodil v službo«, ampak sem hodil delat. In ker sem dobro vedel, kaj je znanost, mi je bilo delo s študenti še v posebno veselje. Ker imam dober spomin za obraze, sem na videz poznal skoraj vsako kolegico oz. kolega v letniku. Najljubše pa so mi bile vaje, na katerih sem se trudil pogovarjati se s prav vsako kolegico in vsakim kolegom. A slednjim je bilo to hudo nadležno. Razen v Pajzlu. Vrh tega mi je vsak moj obisk v Pajzlu prinesel zamero na našem inštitutu. Da ni spodobno, da se bratim (dobe-



sedno: bratim) s študenti. Vsako leto sem na svoje prvo predavanje prinesel oba svoja indeksa in študente opozoril, naj si ogledajo moje izpitne ocene. Da sem bil povprečen ali celo podpovprečen študent. Da sem študiral skoraj osem let. Pozneje, ko sem sodeloval pri podiplomskem študiju, sem študente opozarjal, da se s svojo slabo študentsko anamnezo nikakor ne bi mogel vpisati na podiplomski študij na MF. Tako je nastalo tudi nekaj dobrih vicev.

Vam je bilo kdaj žal, da se niste podali v klinične vode?

Nikoli. A vedno sem se trudil dognati, ali tisto, kar učim ali delam na patološki fiziologiji, velja tudi v kliniki. Sredi 60. let so nam (no, pravzaprav meni) internisti očitali, da na patofiziologiji učimo »krivo vero«. Ta očitek je utihnil takoj potem, ko je prvi internist odšel v Ameriko in se vrnil v Ljubljano (!!!).

Kako je z Vaše perspektive videti današnji kurikulum na MF? Česa primanjkuje današnjim študentom?

Ne znam odgovoriti. Tudi ne vem, ali so moji vtisi z vaj iz patološke fiziologije (pri katerih sem občasno sodeloval še pred nekaj leti) relevantni. Bojim se pa, da je celotno šolstvo

postalo zelo permissivno. Če to velja, je jasno, da je nemogoče, da bi osnovnošolec, dijak in študent pojem *odgovornost* sploh razumel, ponotranjil pa sploh ne.

Mimogrede: Na naslovnici časopisa Delo (13. 10. 2023) je zapisano:

»V gonji za ocenami so zanemarili znanje.« Komentar ni potreben!

Še vedno ogromno kolesarite in ob tem večkrat izvajate meritve fizične kondicije (cikloergometrija doma na trenažerju). Je to na nek način vez z Vašim poklicem? Pogrešate kdaj učiteljski poklic?

Ne vem, če »ogromno« kolesarim. Pravzaprav počnem le to, kar je znano že dolgo: telesni napor je najboljšo zdravilo. Razne spremenljivke merim zato, da sem bolje obveščen o naporu. Ki ga je pač treba prilagoditi starosti. Graf o linearni odvisnosti utripa od napora (izmerjenega v W) na cikloergometru pa se odlično ujema s sliko iz klasičnega učbenika *Cardiovascular Physiology* (Berne-Levy). Sijajen pripomoček, da se začetnik pouči o A-V diferenci med naporom ter mehanizmom povečane ventilacije. Seveda pogrešam stik s študenti. Prav zato sem iz svojega laboratorija odšel šele leta 2018, četudi sem upokojen že od leta 1999.

Veliko berete in pišete. Najljubša knjiga? Obstaja kakšna, ki bi jo priporočili v branje novepečenemu zdravniku/-ici?

Najljubši knjigi: še vedno »The Heart of Man – its Genius for Good and Evil« (Erich Fromm; na voljo je tudi moj prevod v slovenščino) in »Die Märchen« (Herman Hesse; na voljo so tudi moji prevodi v slovenščino). Novopečeni zdravniki oz. zdravniki bi priporočil Dostojevskega »Zločin in kazen« z nalogo, naj napiše tudi esej o vlogi ženske, Sonje, da je Raskolnikov dojel svojo napako, zločin, da je ubil človeka.

Bi še enkrat izbrali isto pot? Izbere človek pot ali pot človeka?

Seveda bi še enkrat izbral isto pot, medicino. Zajema ne le znanost, temveč tudi filozofijo in umetnost. Nujen je stik s sočlovekom. Kakovost stika določata oba. Od obeh je odvisno, ali je odnos **ali** osvoboditev **ali** katastrofa.

Seveda je človek tisti, ki izbere pot. A ko se to zgodi, dopuščam možnost, da tudi pot vodi človeka.

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



IT-podporni kotichek: navodila za urejanje profila na spletni strani zbornice

Registrirani uporabniki lahko spreminjate in urejate podatke na svojih profilih. Za dostop do profila se morate prijaviti v sistem z uporabniškim imenom in geslom.

Urejanje profila v treh korakih

1. Po uspešni prijavi v profil kliknite v desnem zgornjem kotu na gumb z vašim imenom in priimkom.
2. Odpre se vam zavihek »Splošni podatki in članstvo«, kjer so zapisani vsi vaši podatki. Za spremembo oz. dodajanje podatkov kliknite na ikono  (klik za spremembo) in popravite oz. dodate želen podatek.
3. Po končanih spremembah obvezno kliknite gumb »Spremeni podatke« na dnu strani, da zaključite in potrdite vnos.

Spremembe podatkov zahtevajo odobritev. Zelena spremembe bodo posredovane pristojnim in bodo vidne v najkrajšem možnem času.

[Spremeni podatke](#)

Splošni podatki	Funkcije v zbornici	Izobrazba
Splošni podatki in članstvo		
Datum rojstva	01.01.1980 	
Kraj rojstva	Nova Gorica 	
Državljanstvo	slovensko 	

Epilog za lomljive kolčne endoproteze: ali smo se iz te lekcije kaj naučili?

Samo K. Fokter

Pred nekaj leti so slovensko javnost razburile novice o notranjih kolčnih protezah (endoprotezah), ki so se nekaj let po vstavitvi bolnikom začele nepričakovano lomiti. V tistem času v Republiki Slovenji zaradi zakonsko-administrativnih ovir nismo imeli delujočega nacionalnega registra endoprotetike, ki bi lahko hitro zaznal, da je s posebno izvedbo kolčne endoproteze nekaj narobe. Takrat smo ortopedi ročno pregledali celotno arhivirano dokumentacijo okoli 3000 bolnikov z vgrajeno inkriminirano endoprotezo, ocenili obseg resnega zapleta, ki zahteva težavno revizijsko operacijo kolka, raziskali vzroke zanj, prenehali vgrajevati navedeni ortopedski pripomoček in dosegli ustanovitev nacionalnega Registra endoprotetike Slovenije (RES), ki deluje od leta 2019 dalje. Od takrat je RES nepogrešljivo orodje za merjenje uspešnosti endoprotez, vgrajenih na področju Slovenije.

Zgodba z dolgo brado v teh dneh dobiva epilog tudi v Združenih državah Amerike, kjer so raziskovalni novinarji neodvisne v zdravstvene informacije usmerjene medijske hiše KFF Health News skupaj s televizijsko hišo CBS News opisali pretresljive zgodbe številnih bolnikov, ki so jim takšno kolčno endoprotezo vgradili na nasprotni strani Atlantika (dostopno na povezavi <https://kffhealthnews.org/news/article/profemur-artificial-hips-malfunction/>). V ZDA namreč nimajo delujočega nacionalnega registra artroplastike, organiziranega po vzoru skandinavskih držav in Avstralije. Nacionalni registri spremljajo vsakega bolnika z vstavljenjo endoprotezo in z ustreznimi statističnimi testi beležijo t. i. krivuljo njenega preživetja. Preživetje nobene v človeško telo vgrajene endoproteze seveda ni neskončno, saj slej ko prej pride do izgube kostnine, v katero je endoproteza sidrana. V takšnem primeru govorimo o aseptičnem

omajanju endoproteze, proti kateremu se borimo z različnimi izboljšavami oblike, uporabljenih materialov in njihovih triboloških lastnosti, kakor tudi samega kirurškega načina vgradnje. Na ta način nam je v nekaterih primerih uspelo 10-letno preživetje kolčnih endoprotez povečati na 100 %, če upoštevamo za vzrok revizije izključno aseptično omajanje. Seveda pa je lahko preživetje endoproteze skrajšano tudi zaradi številnih drugih vzrokov, kot so okužba, obprotezni zlom, nestabilnost in podobno. Kakorkoli, registri endoprotez s spremljanjem številnih parametrov ugotavljajo, ali določena endoproteza odstopa od pričakovane povprečne življenjske dobe, kar vsako leto zapišejo v javno dostopno in anonimizirano letno poročilo. Nikakor pa seveda ne želimo, da bi bile zapletene revizijske operacije, ki so za bolnike vsekakor ogrožajoče, potrebne tudi zaradi zlomov endoprotez. V primeru zloma izmenljivega vratu ostane namreč deblo endoproteze čvrsto zagazdeno v stegneničnem kanalu in je njegova odstranitev večinoma mogoča le z osteotomijo proksimalnega dela stegenice.

Konec preteklega tisočletja je tehnološko napredno podjetje Cremascoli Ortho iz Milana v sosednji Italiji, katerega matična družba je imela veliko izkušenj s titanovimi zlitinami, iz katerih so večinoma narejene moderne kolčne endoproteze, razvilo takšen stegnenični del endoproteze (del, ki ga med operacijo zagazdimo v stegnenco), ki je bil namesto iz enega kosa kovine izdelan iz dveh (slika). Daljši del (deblo) je ortopedski kirurg med operacijskim posegom kot običajno zagazdil v pred tem ustrezno obdelan stegnenični kanal, krajši del (vrat) pa preprosto staknil z deblom brez dodatnega vijačenja v posebnem koničnem utoru, sicer znanem iz strojništva (Morsejev konus). Prednost takšne izvedbe je v tem, da ima lahko vrat različne dolžine in usmerjenosti, kar kirurgu intraoperativno omogoča večjo možnost anatomske rekonstrukcije kolčnega sklepa. Na ta način naj bi bilo vsaj



Običajni stegnennični del endoproteze kolka iz enega kosa kovinske zlitine (levo) in izvedba z izmenljivim vratom (desno), ki se med operacijskim posegom stakne v utor na zgornjem delu debla. Prikazani sta tudi glavici, ki se pri obeh izvedbah nataketa na vrh vratu in artikulirata z medeničnim delom endoproteze; leva glavica je kovinska, desna pa keramična.

teoretično mogoče za vsakega bolnika individualno izbrati najustreznejši vsadek in s tem izboljšati možnost doseganja enake dolžine spodnjih okončin, stabilnosti kolka in preživetja endoproteze.

Predklinična testiranja so pokazala, da je tak vsadek z izmenljivim ali modularnim vratom dovolj trden, stik med deblom in vratom pa zanesljivo čvrst in se tudi po več milijonih obremenitvenih ciklov ne obrablja. Podjetje je začelo takšno »inovativno« izvedbo endoproteze uspešno tržiti najprej v severni Italiji, nato pa tudi v sosednjih deželah. Objavljene kratkoročne klinične izkušnje z navedeno endoprotezo so bile zelo dobre. Še posebej se je takšna izvedba pokazala za pripravno pri anatomsko zahtevnejših primerih, npr. obravnavi sekundarne artroze kolka zaradi displazije, aseptične nekroze glave stegenice in prirojenih (coxa vara) ali pridobljenih (stanja po poškodbah) deformacijah. Da je izvedba stegnenničnega dela kolčne endoproteze z izmenljivim vratom vse bolj priljublj-

na med ortopedi in s tem tržno zanimiva, je kmalu postalo jasno enemu največjih proizvajalcev ortopedskih vsadkov iz ZDA (Wright Medical Technology, Arlington, Tennessee), ki je zato od podjetja Cremascoli Ortho leta 1999 odkupil vse pravice za navedeno endoprotezo s patentiranim koničnim stikom med deblom in vratom vred. Ameriško podjetje je sicer anatomsko oblikovano originalno italijansko deblo nato spremenilo v takrat popularnejšo in na prečnem preseku bolj pravokotno obliko tipa Zweimüller, ohranilo pa isto obliko Morsejevega stika med deblom in vratom ter začelo endoprotezo agresivno globalno tržiti pod imenom Profemur. Tudi uporabljeni material za izdelavo debla in vratu je ostal enak, torej preverjena zlitina iz titana, vanadija in aluminija (Ti6Al4V). Na našem trgu so od družine debel Profemur tržili deblo za primarno artroplastiko kolka z imenom Profemur Z in nekoliko daljše revizijsko deblo, imenovano Profemur Z Revision.

Žal se je izkazalo, da opisana inovativna izvedba stegnenničnega dela kolčne endoproteze s seboj prinaša možnost nepričakovanega zapleta – zloma izmenljivega vratu. Prvi primer zloma izmenljivega vratu pri deblu endoproteze Profemur Z je bil v ZDA opisan v letu 2010. V Sloveniji smo leta 2012 opisali prvi primer zloma vratu izvirne italijanske endoproteze (1). Prvi opis šestih bolnikov smo objavili v letu 2016; dve protezi sta bili še Cremascolijevi, štiri pa Wrightove (2). Pojavile so se prve tožbe, v medijih pa zaskrbljenost zaradi nezanesljivih endoprotez. Ker podatkov o tem, koliko endoprotez z izmenljivim vratom je bilo v RS sploh vgrajenih in koliko se jih je zlomilo, ni bilo, smo v vseh štirih takrat največjih ortopedskih ustanovah (poleg obeh kliničnih centrov še Ortopedska bolnišnica Valdoltra in Splošna bolnišnica Celje) pregledali celotno arhivirano zdravstveno dokumentacijo in ugotovili, da je bilo bolnikom v RS skupno vstavljenih preko 3200 tovrstnih endoprotez, zlomilo pa se je 24 izmenljivih vratov. Izsledke smo objavili v Zdravniškem vestniku (3). Tveganje za zlom izmenljivega vratu je torej znašalo 0,7 %. Morda je zanimivo dejstvo, da je bila navedena objava spoznana za najodmevnejšo v slovenskem jeziku, za kar so avtorji ob 90-letnici izhajanja glasila Zdravniški vestnik leta 2021 prejeli posebno priznanje Slovenskega zdravniškega društva.

Vsem objavam takšnih katastrofalnih zapletov zdravljenja po sicer normalno delujoči primarni artroplastiki kolka je bilo skupno dejstvo, da se lomijo predvsem dolgi vratovi. Podjetje Wright Medical je zato dolge vratove iz titanove zlitine leta 2010 zamenjalo z vratovi iz kobalt-kromove zlitine, ki so mehansko trdnjeji. Žal se je izkazalo, da se dolgi vratovi iz kobalt-kromove zlitine lomijo še hitreje od tistih iz titanove zlitine. Kitajsko podjetje MicroPort Orthopaedics, ki je leta 2013 odkupilo Wrightov kolčni in kolenski program vključno z družino Profemur, je zato

leta 2015 globalno odpoklicalo vse dolge izmenljive vratove iz kobalt-kromove zlitine, o čemer pa so bili nekateri slovenski zdravstveni zavodi obveščeni z večmesečno zamudo. K sreči smo v tistem času z uporabo endoproteze Profemur Z v večini slovenskih bolnišnic že prenehali.

Skupaj s strokovnjaki Fakultete za strojništvo Univerze v Mariboru in Inštituta Jožef Stefan v Ljubljani smo z uporabo metode končnih elementov in raziskavami kovinskega drobirja v tkivnih vzorcih, ki smo jih pridobili pri revizijskih operacijah zaradi zlomov izmenljivih vratov kolčnih endoprotez, sočasno skušali razvozlati vzroke za navedeni zaplet. Potrdili smo, da do razpok v materialu izmenljivega vratu in njegove kasnejše nenadne porušitve pride zaradi mehanske podprte korozije v špranji. V primeru uporabe vratu iz kobalt-kromove zlitine in debla iz titanove zlitine se navedenemu vzroku pridruži še galvanska korozija zaradi uporabljenih različnih kovinskih zlitin, zato pride do porušitve prej (4). Žal se z nobeno doslej znano metodo zloma izmenljivega vratu ne da napovedati vnaprej. Pri nekem bolniku, ki je imel opravljeno obojestransko artroplastiko kolkov z deblom Profemur Z, je na levi strani prišlo do zloma že po treh, na desni pa šele po dvajsetih letih. V zadnjem času smo se zato posvetili izdelavi priporočil za obravnavo bolnikov z vstavljenimi rizičnimi kolčnimi endoprotezami z izmenljivim vratom (5). Poleg tega se je v študijah z dolgoročnim sledenjem bolnikov izkazalo, da pride do hitrejšega aseptičnega omajanja endoprotez z izmenljivim vratom in potrebe po revizijski operaciji tudi v primerih brez zloma vratu, kar pripisujemo povečani tvorbi degradacijskega drobirja iz koničnega stika med deblom in vratom, ki povzroča kronično vnetje in posledično osteolizo (6).

Zaradi objav naše in podobnih raziskovalnih skupin v tujini je navdušenje ortopedov nad uporabo modularnih debel pri primarni artroplastiki kolka postopoma kopnelo. Leta 2020

je MicroPort najprej odpoklical nekatere izvedbe modularnih vratov iz titanove zlitine, še istega leta pa vendarle tudi vse druge modularne vratove s trga v ZDA. Leta 2021 je MicroPort modularna debela prenehal tržiti tudi v Evropski uniji. S trženjem so do leta 2022 prenehali tudi praktično vsi drugi proizvajalci, ki so za primarno artroplastiko kolkov ponujali debela z izmenljivim vratom (7).

Težava, s katero se zdaj soočajo v ZDA, je v tem, da je bilo do leta 2018 po podatkih proizvajalca prodanih (in verjetno tudi vgrajenih) 353.000 izmenljivih vratov Profemur. Po istem viru je bil proizvajalec do tega leta seznanjen s 768 zlomi izmenljivih vratov, kar pomeni, da je tveganje za zlom vratu znašalo 0,2 %. Po podatkih ameriške Zvezne agencije za hrano in zdravila (Food and Drug Administration – FDA) je bilo tveganje za zlom modularnih vratov, ki so bili odpoklicani leta 2020, bistveno večje in je znašalo 2,2 %. Po objavljenih recenziranih študijah je tveganje za zlom izmenljivih vratov različno glede na model debela Profemur in znaša med 1 % in 6 %. Večina strokovnjakov meni, da bi morala FDA odpoklic debel z izmenljivimi vratovi zahtevati že bistveno prej.

Ustanovitev nacionalnega RES, za katero smo si ortopedi neuspešno prizadevali vsaj 10 let in do katere je končno prišlo v letu 2018 prav zaradi zaskrbljenosti javnosti v zvezi z lomljivimi kolčnimi endoprotezami, predstavlja pomembno pridobitev za varnost bolnikov. RES je nadgradnja internega Registra artroplastike Ortopedske bolnišnice Valdoltra in deluje od leta 2019. Od ustanovitve dalje ga predano vodi dr. Vesna Levašič, dr. med., ki s skupino strokovnjakov izvaja skrbno spremljanje vseh bolnikov po vstavljeni endoprotezi kolka in kolena na celotnem področju Republike Slovenije. Od novembra 2022 se v RES zbirajo tudi podatki z vprašalnikov o samooceni zdravja (PROMs), kar pomeni, da je organizirana služba, ki vzpostavi stik z bolniki šest mesecev in eno leto po

elektivnih operacijah kolka in kolena. RES ščiti bolnike pred neustreznimi ortopedskimi pripomočki in s tem povezanim trpljenjem, zdravnike pred tveganji za neljube in nepričakovane zaplete, zdravstveno blagajno pred visokimi stroški revizijskih operacij in družbo pred dragim ter nevarnim zdravstvenim sistemom. Zato smo ortopedi enotni, da mora delovanje RES ostati nemoteno tudi s predvidevno spremembo zakonodaje.

Viri

1. Vučajnk I, Fokter K. S. Modular Femoral Neck Fracture After Total Hip Arthroplasty [Internet]. Recent Advances in Hip and Knee Arthroplasty. InTech; 2012. Available from: <http://dx.doi.org/10.5772/31430>
2. Fokter SK, Rudolf R, Moličnik A. Titanium alloy femoral neck fracture--clinical and metallurgical analysis in 6 cases. Acta Orthop. 2016;87(2):197-202. doi: 10.3109/17453674.2015.1047289.
3. Fokter S, Levašič V, Kovač S. Inovacijska past: izmenljivi vrat totalne kolčne endoproteze. Zdrav Vestn [Internet]. 15apr.2017 [citirano 1jan.2024];86(3-4):115-26. Available from: <https://vestnik.szd.si/index.php/ZdravVest/article/view/2156>
4. Fokter SK, Moličnik A, Kavalir R, Pelicon P, Rudolf R, Gubeljak N. Why do some titanium-alloy total hip arthroplasty modular necks fail? J Mech Behav Biomed Mater. 2017 May;69:107-114. doi: 10.1016/j.jmbbm.2016.12.012.
5. Zajc J, Moličnik A, Fokter SK. Dual Modular Titanium Alloy Femoral Stem Failure Mechanisms and Suggested Clinical Approaches. Materials (Basel). 2021 Jun 4;14(11):3078. doi: 10.3390/ma14113078.
6. Fokter SK, Noč N, Levašič V, Hanc M, Zajc J. Dual-Modular Versus Single-Modular Stems for Primary Total Hip Arthroplasty: A Long-Term Survival Analysis. Medicina (Kaunas). 2023 Feb 2;59(2):290. doi: 10.3390/medicina59020290.
7. Zajc J, Fokter SK. Bimodular femoral stems in primary total hip arthroplasty. Expert Rev Med Devices. 2023 Jul-Dec;20(12):1051-1064. doi: 10.1080/17434440.2023.2264177.

Izr. prof. dr. Samo Karel Fokter, dr. med., spec. ortoped, UKC Maribor, Klinični oddelek za ortopedijo, samo.fokter@ukc-mb.si

Preventivno zalitje zob in topikalna aplikacija fluora

Vito Vrbič

V zadnjem času sem se precej ukvarjal s stanjem in preventivo zobnega kariesa pri šolski mladini v Republiki Sloveniji. Znano je, da je bilo stanje pri otrocih po 2. svetovni vojni zelo slabo in da o tem nismo imeli natančnih podatkov. Zato smo leta 1970 v raziskavi Stanje oralnega zdravja v Republiki Sloveniji ugotovili, da imajo 12-letni otroci v treh ljubljanskih šolah indeks prizadetih zob KEP 7,64 (KEP – karies, ekstrakcija, plomba).

Ko je Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) v sedemdesetih letih ugotovila, da samo nekdanja Jugoslavija in Albanija nimata podatkov o zobnem kariesu, smo se odločili, da to stanje posnamemo po navodilih SZO v vseh republikah in pokrajinah nekdanje Jugoslavije, v Sloveniji pa v vseh devetih geografskih oz. zdravstvenih regijah. Končno smo ugotovili, da je indeks KEP v povprečju za celotno bivšo Jugoslavijo 6,1 in da ima Slovenija enako povprečje KEP 6,1.

Ko smo leta 1990 na kongresu Evropske organizacije za raziskovanje kariesa (ORCA) v Ljubljani sklenili, da en dan simpozija posvetimo stanju kariesa v 40 evropskih državah, smo za naše 12-letne otroke ugotovili, da imajo med 40 evropskimi državami največ kariesa, torej najslabše zobe. Zato smo se v Republiki Sloveniji odločili, da izboljšamo naš preventivni program (PP). Eden od takih ukrepov je bilo preventivno zalitje zob.

Preventivno zalitje zob

Za preventivno zalitje zob sem se odločil že kot demonstrator v predkli-

niki iz zobnih bolezni, ko smo s študenti odstranjevali začetni karies na zobnih kronah in pripravili ustrezne kavitete za izdelavo plomb. Znano je, da začetni karies nastane vedno na predilekcijskih mestih v globokih jamicah in fisurah na griznih površinah zob in nikdar na njihovih gladkih ploskvah. Pomislil sem, da bi bilo verjetno precej bolj ekonomično preprečiti nastanek kariesa na teh mestih tako, da bi jih še zdrave očistili in zalili z ustreznim belim materialom (kot za plombe), namesto da bi pozneje izdelali tam amalgamske plombe. V zvezi s tem sem dal ustrezen predlog za PP, ki je bil sprejet.

V PP proti kariesu smo tako na prvo mesto postavili zalitje zob, saj je znano, da se karies v 90 % začne v jamicah in fisurah zadnjih zob. Zato smo se odločili, da preizkusimo prvo in edino sredstvo, ki ga je država takrat upoštevala v ta namen, tako da ga uporabimo v petih zobnih ambulantah pod normalnimi pogoji dela in ugotovimo njegovo obstojnost v triletnem obdobju. Nadalje smo – v primerjavi z nezalitimimi zobmi – ugotavljali pojavnost kariesa na njih. Ker so bili rezultati dobri, smo se lotili množičnega zalitja zob. Bili smo med prvimi, zato je SZO predlagala, da rezultate objavimo v Quintessence International, ki izhaja v štirih jezikih, ter da raziskavo predstavimo na svetovnem dentalnem kongresu v Pekingu.

Moj vnuk Timon je sedaj star 19 let in ima izraslo stalno zobovje. Ko je okrog 6.–7. leta dobil prve stalne kočnike – šestice, sem mu po šestih mesecih (potem ko so bili ti



stalni zobje v ustih v kopeli slin in so se še dodatno mineralizirali) očistil in preventivno zalil vse globoke jamice in grizni površini. Ko sem ta zalitja letos (po približno 12 letih) kontroliral, je bilo stanje nespremenjeno. Zalitja so bila nepoškodovana (čeprav je bilo mogoče, da bi se pri grizenju odkrušila – kar bi se dalo popraviti z dolitjem novega materiala) in nado- meščajo amalgamske plombe. Nepo- škodovani so bili tudi zobje, saj ni bila potrebna nobena preparacija oz. brušenje zoba. To je pomembno, saj zgornji kočniki grizejo na spodnje ter določajo višino ugriza in držijo obe



Zaliti kočniki in ličniki v spodnji čeljusti.

čeljusti na pravem – normalnem položaju.

TAF – topikalna aplikacija fluora

Uporaba fluorovih tablet, ki so jih dobivali učenci v osnovni šoli, ni dala pričakovanega zmanjšanja kariesa, zato je bil moj drugi predlog za PP ustrezno fluoriranje za to pripravljenih zob v ustih. S tem načinom fluoriranja sem se seznanil na FDC (Forsyth Dental Center) in HSDM (Harvard School of Dental Medicine) v Bostonu. Po svojem prihodu sem nekaj časa opazoval delo v laboratoriju za elektronsko mikroskopijo, v laboratoriju za histologijo in laboratoriju za oceno vezave fluora v zobno sklenino iz različnih fluoridov, glede na njihov pH in koncentracijo. Omenjena institucija je bila v ZDA in v stroki poznana po teh raziskavah, imenovanih topikalna aplikacija fluora (TAF), zato sem se odločil, da bom v tem z njimi sodeloval.

V ZDA pije naravno ali umetno fluorirano vodo 200 milijonov prebivalcev, TAF izvajajo predvsem do-

Doslej so Slovenijo obiskali naslednji strokovnjaki za ustno zdravje pri SZO iz Ženeve in Köbenhavna

1978 – dr. J. Kostlan
1985 – dr. P. Leous
1987 – dr. I. J. Møller
1988 – dr. I. J. Møller
1989 – dr. I. J. Møller
1992 – dr. K. S. Johansen
2002 – dr. P. E. Petersen

datno v nekaterih mladinskih socialnih ustanovah.

TAF je primerna za izvajanje:

- pri omejenih skupinah otrok – socialne ustanove,
- pri prizadetih šolskih otrocih,
- v organiziranem mladostniškem zobozdravstvu,
- v šolskih zobnih ambulantah (ŠZA), ki jih je v Slovenij veliko, v okolici Ljubljane okrog 30.

V nekaterih osnovnih šolah imajo poleg ŠZA še prostor za čiščenje zob učencev pod nadzorom preventivnih sester. Število ŠZA se je še povečalo v osemdesetih letih, ko je doc. M. Premik uspel vnesti v nov zakon

priporočilo, da se pri gradnji novih osnovnih šol upošteva tudi prostor za ŠZA (doc. M. Premik je bil dalj časa član MZ, tudi kot pomočnik in namestnik ministra).

Preden smo predlagali zdravstvenim organizacijam izvajanje TAF v javnem dispanzerskem načinu dela v Sloveniji, smo izvedli raziskavo Redukcija kariesa pri šolski mladini v okviru projekta Oralno zdravje, avtorjev V. Vrbiča, B. Košmelj, Č. Ravnika (B. Košmelj je bila profesorica statistike na ekonomski fakulteti). Raziskavo smo izvedli z upoštevanjem naslednjih mednarodnih zahtev:

- popolna sanacija zobovja pred začetkom raziskave,
- da so učenci in učenke obeh spolov dopolnili 12 let,
- da smo jih razdelili v tri primerljive skupine, kjer je prva služila kot kontrolna skupina, druga je bila prva eksperimentalna skupina – fluorirana enkrat letno, tretja pa druga eksperimentalna skupina – fluorirana dvakrat letno.

Prof. dr. Vito Vrbič, dr. dent. med., v. svet., Ljubljana

Medicina, občutljiva za psihično travmo

Robert Oravec

Čeprav je psihoanaliza ob koncu 19. stoletja nastala na osnovi spoznanja, da so travmatske življenjske izkušnje pomemben vzročni dejavnik pri razvoju duševnih motenj, se je po začetnem navdušenju pomen človeškega trpljenja razvodenil. Minilo je skoraj celo stoletje, preden so posledice vietnamske vojne ponovno prebudile zanimanje za psihično travmo. Nastala je nova znanstvena disciplina, ki se od 90. let naprej intenzivno razvija. Psihotravmatologija je inter- in multi-

disciplinarno zasnovana in uspešno združuje spoznanja različnih znanosti ter pomembno prispeva k razvoju nevroznanosti in drugih disciplin.

Z razvojem nevroznanosti je postalo jasno, da razmišljanja o duševnem in telesnem niso več nasprotna, temveč gre za dve dimenziji ene realnosti. Sapolski razloži, kako so vsi vidiki našega razumevanja, ki temeljijo na genetiki, nevrobiologiji, psihoanalitičnih ali vedenjsko-kognitivnih teorijah, le elementi ene

in iste zgodbe, različni vidiki istega dogajanja. Tako so pred kakšnim desetletjem nevroznanostni strokovnjaki spoznali, da je osebnostni razvoj, ki so ga psihoanalitiki opisali v prvi polovici 20. stoletja, utemeljen v strukturiranju naših možganov vse do pozne adolescence.

Naši možgani se vse življenje oblikujejo, spreminjajo in razvijajo pod vplivom izkušenj, torej vplivov iz okolja. Ti so lahko ugodni in kot takšni prispevajo k brstenju nevronov, oblikovanju novih povezav. Če pa so neugodni, se to odraža v slabšem nadzoru nad čustvi, v depresiji, okvari kognitivnih funkcij.

Vplivi iz okolja, torej izkušnje, so najizrazitejši v otroštvu in oblikujejo naš vegetativni odziv, razpoloženje, odnose s sociokulturnim okoljem.

Navezanost, koncept, ki ga je ustvaril Bowlby v 60. letih, je močno vplival na znanstvenike našega časa in je postal bistveni element v razumevanju predpostavk nevrobiološkega in posledično tudi osebnostnega razvoja. Fonagy je na osnovi teorije navezanosti oblikoval teorijo mentalizacije, ki pojasni naše sposobnosti prepoznavanja lastnega duševnega delovanja in namenov drugih posameznikov. Oseba z dobro razvito mentalizacijo je uspešnejša v družbenem udejstvovanju, samouveljavljanju, empatiji.

Mednarodni sistemi klasifikacije duševnih motenj so se že v 80. letih vdali pod pritiskom neovrgljivega dejstva, da katastrofične življenjske izkušnje lahko povzročijo specifične duševne simptome. Nastala je potratna stresna motnja, kot psihopatološka entiteta, tista, ki je dobro definirana in se manifestira v podoživljanju travmatogenega dogodka, izogibanju sprožilcev in vegetativni disfunkciji ter iritabilnosti.

Nekoč je Ferenczi, pionir psihoanalize, opazil, da se psihosomatska simptomatika pojavlja v tistih organih, ki so vegetativno oživčeni. Felix Deutsch je šel še korak naprej, ko je opozoril, da dejavniki, ki sprožajo psihosomatsko simptomatiko, niso le tisti v sedanosti, temveč lahko izvirajo iz podoživljanja izkušenj iz preteklosti.

Travmatske izkušnje se radikalno razlikujejo od vseh drugih izkušenj. Čeprav je nedvomno, da neugodne življenjske izkušnje pustijo za sabo odtise na našem duševnem in telesnem zdravju, spomin nanje postopno zbledi. Za razliko od teh se spominski odtis na travmatske izkušnje trajno ohrani v izvorni, čustveno obarvani obliki. Ob prisotnosti sprožilnih dražljajev se spomin reaktivira in povzroča enake čustvene in vegetativne simptome kot ob prvotni izkušnji.

Študentom to vedno ponazorim s primerom: *Če se sprehajamo po ulici in nas jezen rotvajler preseneti z glasnim renčanjem na drugi strani ograje, se odzovemo s klasično vegetativno reakcijo, simpatično aktivacijo. Čez nekaj milisekund bodo naši*

možgani spoznali, da grožnja ni realna, in čez nekaj minut se bo vegetativni status vrnil na izhodišče. Doma bomo vznemirjeno razlagali, kaj se nam je zgodilo, čez nekaj dni pa bo dogodek potonil v pozabo. Posledično nas bo omenjeni pes čez nekaj dni lahko ponovno prestrašil.

Trauma se bo po vsej verjetnosti razvila, če bo pes preskočil ograjo, nas podrl na tla in se trudil, da nam odgrizne obraz. Če bomo to izkušnjo preživeli, ne bomo rabili močnih sprožilcev, da bi znova doživljali enako grozo. Ob vonju po psu, pasjem laježu, pogovoru o izkušnji, filmski upodobitvi se bomo soočali z izvirnim afektivnim in vegetativnim odzivom, celo če izvirnega dogodka niti ne priključimo več.

Čeprav danes doživljamo travmo kot nekaj skrajno neugodnega in neprijetnega, saj nas ovira pri vsakdanjem življenju, doživljanju, funkcioniranju v družbenem okolju, se moramo zavedati, da je z evolucijskega vidika travma izredno pomembna za preživetje ne le posameznika, ampak tudi celotne skupnosti. Travmatske izkušnje namreč zelo učinkovito skrajšajo pot od dražljaja do motornega odziva. Bitja s travmatsko izkušnjo zvišajo svojo raven budnosti (arousal), so nenehno pod vplivom simpatične aktiviranosti, izostrenih čutov. Danes že vemo, da se te značilnosti s posredovanjem mehanizmov nevroplastičnosti in epigenetike zelo hitro prenesajo tudi na naslednje generacije.

Odgovorno lahko trdimo, da se travmatske izkušnje prejšnjih generacij vgradijo v našo nevrobiologijo in oblikujejo značaj določene skupnosti ali celo naroda.

Medtem ko danes potratna stresna motnja psihiatrična skupnost dokaj sprejema, se dve drugi motnji, povezani s travmatskimi izkušnjami, še vedno borita za svoje mesto pod soncem. Šele MKB-11 je sprejela kompleksno potratna stresna motnja (CPTSD) kot psihopatološko entiteto. To je motnja, ki se poleg že prepoznanih simptomov potratna stresne motnje kaže v obliki

afektivne disregulacije, spremenjenih predstav o lastni osebi ter težav v medosebnih odnosih.

V preteklih desetletjih so bile osebe s CPTSD velikokrat in povsem neopravičeno prepoznane kot osebe z mejno osebnostno motnjo, čeprav je določene razlike med tema motnjama lahko prepoznati. V psihoterapevtski praksi je najočitnejša razlika v vzorcih navezanosti. Medtem ko imajo osebe z mejno osebnostno motnjo velike težave s funkcionalnim navezovanjem na druge osebe, posamezniki s CPTSD hrepenijo po navezanosti in sprejetosti.

Ker diagnoza CPTSD predpostavlja predhodno izražanje simptomatike potratna stresne motnje, je rezervirana za osebe, ki so bile v odraslosti izpostavljene dolgotrajni ali ponavljajoči se travmatizaciji. Po koncu vojne v Ukrajini, Izraelu ali kje drugje se bomo soočali z množico posameznikov s kompleksno potratna stresno motnjo.

Mednarodna skupnost psihotratmatologov zadnje čase izpostavlja še eno, zelo pomembno motnjo, ki zaenkrat še ni priznana kot psihopatološka entiteta. Razvojna travmatska motnja (RTM) nastane kot posledica travmatske izpostavljenosti v letih zgodnjega otroštva. Temelji na že predstavljenih nevroznanstvenih in nevrorazvojnih spoznanjih. Nevrobiološki in osebnostni razvoj otroka, ki je izpostavljen zlorabi, zanemarjanju ali izrazito stresogenemu okolju, se radikalno modificira. Ne varni ali celo kaotični vzorci navezovanja, nenehna stresna izpostavljenost, negotovost, nepredvidljivost dejanj negovalca povzroči visok nivo stresnih hormonov, predvsem glukokortikoidov, ki so prepoznani kot glavni dejavniki škodljivosti na nevrološke strukture in funkcije. Otroci, ki so prisiljeni odraščati v takšnih pogojih, imajo zelo resne težave s procesiranjem čustvenega odziva. So pretirano odzivni, obenem pa se premalo zavedajo svojih čustev in čustev drugih posameznikov. Njihova verbalna inteligenca je precej nizka, medtem ko je neverbalna inteligenca dobro razvita, kar

pomaga pri prepoznavanju sovražnih namenov drugih posameznikov.

Zaradi nizkega števila serotoninskih in endorfinskih receptorjev se težko sprostijo ali doživljajo ugodje.

Avtorji opisujejo še veliko drugih duševnih, telesnih in vedenjskih simptomov, ki označujejo to motnjo.

Otroci z RTM so precej nemirni, zato so neredko prepoznani kot osebe z motnjo aktivnosti in pozornosti (ADHD). Ker se odzivajo z agresijo ali agresijo, ki je usmerjena proti lastni osebi, so že v otroštvu ali najkasneje v adolescenci prepoznane kot problematične ali celo deviantne, delikventne osebe.

Kasneje, v pozni adolescenci ali v odraslosti, jih prepoznamo kot osebe z osebnostno motnjo, depresijo, tesnobo, motnjami, disociativno motnjo, nagnjenostjo k zlorabi psihotropnih snovi. Čeprav opazamo, da naši uporabniki, pacienti, klienti, prepoznani kot osebe z RTM, pogosto zbolevajo za avtoimunskimi, somatomorfnimi ali onkološkimi boleznimi, se zavedamo, da ni statistične povezave med duševnimi predpostavkami in omenjenimi telesnimi motnjami.

Na žalost se z leti njihove težave lahko kronificirajo ter spremenijo v klasične, velike duševne motnje. Neugoden potek motnje povzroča veliko škodo na področju izobrazbe, delovne kariere, obolevnosti ter medgeneracijskega prenosa teh problemov.

Potravmatska stresna motnja, kompleksna potravmatska stresna motnja in razvojna travmatska motnja so realnost našega časa, ki se radikalno spreminja in se sooča z vedno novimi izzivi in dejavniki, ki delujejo na telesno in duševno zdravje.

Pred leti sem predaval na neki osnovni šoli o trpinčenju otrok in posledicah takšnega ravnanja staršev. Po predavanju se je starejši učitelj zamislil nad povedanim in rekel, da so vseskozi opažali otroke, ki so »plavi in zeleni« hodili v šolo, vendar se na to nihče ni odzval, »saj jih je bilo tako veliko«. Čeprav je danes odziv na nasilje nad otroki

nekoliko drugačen, se da na osnovi pripovedi skleniti, da če je nek pojav tako množično prisoten v družbi, potem lahko postane transparenten, neprepoznan s strani tistih, ki bi lahko odločali ali ukrepali.

Glede na prevalenco teh motenj ni dvoma, da se zdravniki in drugi zdravstveni deležniki nenehno srečujemo s tako ali drugače travmatiziranimi osebami.

»Telo ohrani spomin,« (»Body keeps the score,«) je zapisal Bessel Van der Kolk. To pomeni, da se neozaveščene ali celo ozaveščene travme shranjujejo v obliki telesnega odziva na določene dražljaje. Dotik, oseba, situacija, vonj lahko prebudi spomin na travmatske izkušnje celo po dolgih letih. Največkrat ne gre za zavestno doživljanje, ampak za nezavedni, motorni, vegetativni odziv na dražljaje. Čim zgodnejši je travmatski vpliv, toliko bolj je odziv vegetativen in neozaveščen.

Moja dolgoletna klientka je odraščala poleg osebnostno motene, z alkoholom zasvojenе matere. Pogosto je bila tepena, zaradi podplutb se je izogibala telovadbi. V šolo je hodila lačna, zato je bila močno podhranjena, depresivna. Kot mladostnica je v samomorilne namene skočila iz tretjega nadstropja in si zlomila roko. Mamo jo je privlekla nazaj v stanovanje. K zdravniku jo je peljala šele tri dni po poškodbi. Za nameček so se sošolci izživljali nad njo. Pri 13 letih je splavila otroka, spočetega z lastnim očetom.

V odraslosti je zaradi partnerjevega nasilja dvakrat poskusila narediti samomor. Šele med drugo hospitalizacijo je bila prepoznana kot žrtev partnerskega nasilja.

Čeprav je jasno, da je deklica grozno trpela zaradi okoliščin, v katerih je živela, nikomur ni padla v oko kot oseba, ki bi ji bilo treba pomagati. Hudo mi je, da je ta oseba preživela 32 let, ne da bi zbudila pozornost intervencijskih sistemov.

Lahko se zamislimo nad tem, zakaj se te hudo ranjene osebe izmuznejo mimo nas, ne da bi jih prepo-

znali kot osebe, ki potrebujejo pomoč, razumevanje, empatijo.

Pred meseci sem sodeloval na konferenci madžarskega združenja za spolno medicino. Kolegica je predstavila problem odnosa zdravstvenega sistema do oseb, ki trpijo za bolečinami v spodnji medenici ali celo za eksplicitnim vaginizmom ali dispareunijo. Ginekologi ne prepoznajo, da so to osebe, ki se drugače odzivajo na posege, bolečinske dražljaje ali že na samo izkušnjo ginekološkega pregleda.

Klientka je bila še kot otrok prepoznana kot žrtev spolne zlorabe v zgodnjem otroštvu. Po razkritju zlorabe so jo peljali na forenzični ginekološki pregled. V prostoru je bilo poleg ginekologa še precej drugih ljudi, ki so bulili v njeno razgaljeno mednožje. Po tej izkušnji se je dolga leta izogibala ginekološkega pregleda in celo v odraslosti ob tem čuti hudo stisko. Le srčno upam, da se danes kaj takšnega ne dogaja več.

Čeprav je morda področje ginekologije še najbolj izpostavljeno, je nedvomno, da se tudi druge zdravniške stroke soočajo z osebami, ki trpijo za posledicami travmatskih izkušenj v otroštvu ali odraslosti. Rad bi opozoril na travmatske posledice medicinskih posegov, hospitalizacij ... v času otroštva.

Pacientka je bila sprejeta na tonzilektomijo. Tisto jutro so medicinske sestre kar nekaj otrok posedle na klop pred operativnim blokom. Ker je bila zadnja v vrsti, je z grozo opazovala, kako so že operirane otroke enega za drugim speče peljali stran.

Moja mati mi je prihranila to izkušnjo, vendar se spomnim, da so moji sošolci strašili eni druge s »smrdljivo košarico«. Šele ko je oče povedal za svojo skrajno neugodno izkušnjo z narkozo s pomočjo etra, sem razumel pomen tiste »smrdljive košarice«.

Neobičajno odzivanje na proktološke, endoskopske preglede, na razgaljenost lahko zbudi sum na travmatske izkušnje v preteklosti.

Pacienti se pogosto oglašajo na urgenco s hudimi tesnobo, napadi, hiperventilacijo ali so v stanju

disociativne neodzivnosti. Ta stanja so največkrat posledica travmatske izpostavljenosti v preteklosti.

Še posebej bi izpostavil problematiko nasilja nad starejšimi, duševno manj razvitimi in otroki, ki iz različnih razlogov težko razkrivajo in ubesedijo svoje izkušnje.

Žal je sodobna medicina, predvsem psihiatrija, usmerjena v diagnostiko in ukrepanje na osnovi prepoznanih bolezenskih znakov. Medikalizacija psihiatrije in velika množica ljudi, ki potrebujejo psihiatrično pomoč, sili zdravnika v klinični praksi, da razmišlja o posamezniku kot biološkem stroju.

Simptome prepozna kot motnje v delovanju nevrobioloških struktur, terapija pa je koncipirana kot poseg v ta nevrobiološka dogajanja. Pomembni so le simptomi, izbira ustrezne terapije, povratne informacije o delovanju zdravil in nadzor nad potekom obravnave. V večini primerov gre za dolgoletni proces, v katerem se pričakuje le bolj ali manj trajna remisija. Ob strokovno-ideoloških predpostavkah in čezmerni obremenitvi zdravnikov so vzročni dejavniki potisnjeni v ozadje.

Nasprotno temu medicina, usmerjena v odzivanje na psihično travmatizacijo, zahteva vzročni način razmišljanja.

Danes je travma vseprisotna v naši družbi. Na policah knjigarn je veliko knjig znanih avtorjev, ki so prevedene v slovenščino. Radijske in televizijske oddaje so posvečene problematiki nasilja v družini ali spolni zlorabi. Čeprav bi lahko pričakovali, da je sedaj razkritje travmatskih izkušenj veliko lažje kot pred leti, opazimo, da ti »okostnjaki« padejo iz omare šele po dolgoletnem trpljenju.

Prav hudo mi je bilo ob tem, ko so moji dolgoletni ambulantni pacienti šele v varnem okolju psihoterapevtsko usmerjenega dnevnega programa začeli razkrivati grozote, ki so jih preživljali v otroštvu ali poleg kakšnega nasilnega partnerja.

Po uvedbi antidepresivov SSRI (selektivnih zaviralcev ponovnega

prevzema serotonina) so na švedskem otoku Gotland izvedli izobraževanje osebnih zdravnikov o depresiji in antidepresivni terapiji. Po tem razmeroma kratkem seminarju se je stopnja samomora na otroku za dve leti močno znižala.

Iz tega se lahko naučimo, da je po eni strani izobraževanje deležnikov zelo pomembno za obvladovanje nekega zdravstvenega problema, vendar je enako pomembno tudi to, da se zavedamo orodja, ki ga imamo v rokah, da obvladamo problem.

Opažam, da je poklicna občutljivost za travmo odvisna od več dejavnikov. Sposobnost empatije je nadvse pomemben element, vendar se navezuje na kongruenco, zavedanje in sprejemanje lastnih izkušenj. Določene skupnosti, ki so se v preteklosti soočale s travmatskimi izkušnjami, so bolj odzivne na podobne izkušnje drugih, medtem ko nepredelane, nerazrešene travme lahko odvrčajo od poistovetenja s travmami drugih posameznikov.

Vsekakor pa je občutljivost, senzitivnost za trpljenje drugih le eden od elementov. Toleranca na travmo govori o tem, kako se soočamo s trpljenjem druge osebe oz. kako se odzivamo nanj. Nerazrešene, boleče izkušnje zdravnika, terapevta delujejo odvrčilno. Kar nekaj mojih klientov je pripovedovalo o slabih izkušnjah z zdravniki, terapevti, ki so jim dajali vedeti, da se niso pripravljali soočiti z njihovo travmo, ali so jih celo sekundarno travmatizirali.

Naš profesionalni odnos do trpljenja drugih je odvisen tudi od naše kompetentnosti za reševanje določenega problema. Problem občutljivosti na travmo lahko poistovetimo z odnosom do samomorilne ogroženosti naših pacientov. Če smo sami razčistili z odnosom do samomora in če se čutimo kompetentne glede soočanja z morebitno samomorilno ogroženostjo druge osebe, potem bomo reševali to vprašanje. Vsekakor pa je pomemben element kompetentnosti posedovanje tistih znanj in svetovalnih tehnik, ki nam pomagajo razrešiti ali »menedžirati« določen problem.

Izobraževanje in senzitiviranje zdravstvenega osebja na prepoznavanje in ravnanje s travmatsko zaznamovanimi osebami je pomemben izziv za celoten sistem zdravstvenega varstva. Pri tem gre predvsem za razvoj empatičnega odzivanja na te osebe, ki se zagotovo soočajo s hudo čustveno in posledično telesno stisko.

Zadnje čase je poleg psihiatrov vedno več deležnikov, ki se posvečajo osebam z duševnimi težavami. Zdravniki vseh strok, psihologi, socialni delavci, pedagogi, diplomirane medicinske sestre in zdravstveniki se nenehno soočajo s travmatiziranimi osebami in je zelo zaželeno, da pridobijo dodatne kompetence glede pristopa k tem osebam.

Peter Levine nam je razlagal, da je nekoč na posnetku opazoval, kako množice civilistov bežijo iz neke vojne situacije. Nune iz bližnjega misijona so prišle na cesto in če so zagledale osebo, ki je delovala bolj prestrašena od drugih, so ji ponudile objem. Objem, ki traja več kot 20 sekund. Nato so pustile, da bežijo naprej. Objem, topla, tolažilna beseda, skodelica čaja, piškot večinoma povsem zadošča v primerih akutne travmatske izpostavljenosti.

Kasneje, ob razviti potravnatski stresni motnji je smiselna predvsem usmeritev k ustreznemu strokovnjaku.

V tem času je veliko psihoterapevtov končalo izobraževanje in usposabljanje. Možnosti za vstop v psihoterapevtsko obravnavo so veliko boljše kot prej. Poleg plačljive psihoterapije je vedno več možnosti za obravnavo v sklopu centrov za duševno zdravje. Dnevni programi z intenzivnim psihoterapevtsko usmerjenim programom in občutljivostjo za travmatske izkušnje predstavljajo nove možnosti za predelavo teh izkušenj.

Vendar je že Ferenczi nekoč opisal, da se travmatizirani klienti zelo razlikujejo od drugih oseb, ki iščejo psihoterapevtsko pomoč. Medtem ko drugi pacienti s trajanjem obravnave postanejo vedno bolj sproščeni, osebe s travmatskim ozadjem doživljajo vedno hujšo stisko.

Spoznal je, da je drža, naravnost, čustveni odziv terapevta izrednega pomena za uspešnost terapije travmatskih stanj. Resno in odgovorno delo s travmo zahteva veliko znanja o fenomenologiji travme, zlorabe, nasilnega odnosa, poleg tega pa zmožnost empatičnega »kontejnmenta« pacientovega trpljenja. Tega ne zmore vsak terapevt. Poleg primerne naravnosti je pomembno tudi to, da ni vsak terapevtski pristop ustrezen za delo s travmatskimi stanji. Raziskave so pokazale, da sta le VKT (vedenjsko-kognitivna terapija) in EMDR (desenzitizacija in ponovna predelava z očesnim gibanjem) metodi, ki zagota-

vljata uspešno integracijo travmatskih vsebin.

Skoraj vsi, ki smo v nenehnem stiku s travmo, se soočamo s sekundarno poklicno travmatizacijo. Pri tem nekateri terapevti »izgorijo«, kar neugodno vpliva na terapevtske potenciale, drugi pa smo deležni vpliva potravmatske rasti, kar še dodatno prispeva k naši empatiji in identifikaciji s klientom.

Zadnje čase opažam, da travma postaja vedno bolj zanimiva za »psiho-biznis«. Osebe, ki so opravile kakšen tečaj, se razglašajo za travma-terapevte. Pomanjkanje zakona o psihoterapiji, nezmožnost certificira-

nja primerno usposobljenih psihotravmatologov le še prispeva k temu, da nekateri v želji po zaslužku ribarijo v kalnem.

Ob prepoznavanju in empatični obravnavi travmatskih izkušenj pri naših bolnikih, pacientih je zelo pomembno, da jih usmerjamo na psihiatre, psihologe, terapevte, ki so dobro usposobljeni, občutljivi za travmo in za katere pridobivamo ugodne povratne informacije.

Doc. dr. Robert Oravec, dr. med.,
Psihiatrična bolnišnica Ormož,
robert.oravec@siol.net

Javni poziv za imenovanje nadzornika kakovosti za diagnostične stroke

Zdravniška zbornica Slovenije z dnem 1. 2. 2024 objavlja Javni poziv za imenovanje nadzornika kakovosti za diagnostične stroke.

Na javni poziv za imenovanje nadzornika kakovosti za diagnostične stroke se, skladno z določili pravilnika, ki ureja vrste, vsebino, trajanje in potek specializacij zdravnikov (v nadaljevanju: pravilnik), lahko prijavijo kandidati, ki:

- izpolnjujejo pogoje za imenovanje za glavnega mentorja in
- imajo izkazana znanja s področja vodenja kakovosti.

Četrti odstavek 27. člena pravilnika določa, da mandat nadzornikov kakovosti traja štiri leta, z možnostjo enkratnega ponovnega imenovanja, če so kazalniki kakovosti izvajanja specializacije ustrezni. Naloge nadzornikov kakovosti so določene v pravilniku.

Kandidati morajo vlogi priložiti:

- svoj življenjepis in
- predlog oz. vizijo in napredek razvoja nadzora kakovosti znotraj skupine specializacij, za katero kandidirajo.

Pisne vloge z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite na e-naslov Zdravniške zbornice Slovenije: gp.zzs@zzs-mcs.si, do vključno 29. februarja 2024 (rok za oddajo vlog), pri čemer naj se zadeva elektronskega sporočila glasi: »JAVNI POZIV ZA IMENOVANJE NADZORNIKA KAKOVOSTI«.

Vloga je pravočasna, če prispe na prej navedeni elektronski naslov najpozneje zadnji dan razpisnega roka (do vključno 29. februarja 2024 do 23.59).

Izbor med prijavljenimi kandidati, ki bodo izpolnjevali pogoje, bo opravila komisija, ki jo sestavljajo predsednica Sveta za izobraževanje zdravnikov, predsednik Komisije za podiplomsko usposabljanje in predsednica Zdravniške zbornice Slovenije.

Postopek imenovanja nadzornikov kakovosti

Izvršilni odbor je na svoji 67. seji sprejel sklep, po katerem postopek

izbire kandidatov poteka na naslednji način:

- Ob prenehanju funkcije nadzornika kakovosti (potek mandata, odstop, razrešitev, upokojitev in podobno), se na spletni strani zbornice objavi javni poziv za imenovanje nadzornika kakovosti za posamezne skupine specializacij. V njem se navedejo pogoji, ki jih morajo kandidati izpolnjevati. Kandidati morajo vlogi priložiti svoj življenjepis in predlog oz. vizijo in napredek razvoja kakovosti znotraj skupine specializacij, za katero kandidirajo.
- Izbor med prijavljenimi kandidati (po posvetu s Komisijo za podiplomsko usposabljanje, Svetom za izobraževanje zdravnikov in vodjo nadzornikov kakovosti) opravijo predsednica Sveta za izobraževanje zdravnikov, predsednik Komisije za podiplomsko usposabljanje in predsednica zbornice.

Mednarodna histeroskopska učna delavnica

MIS Academy Europe Modern Hysteroscopy Course Maribor, 7.–9. junij 2023

Barbara Šadl, Milena Mikluš, Branka Žegura Andrić

Junija lani je v prostorih Medicinske fakultete Univerze v Mariboru potekala že tradicionalna mednarodna histeroskopska učna delavnica pod okriljem Evropske akademije za ginekološko kirurgijo (MIS Academy Europe) s sedežem v belgijskem Leuvnu, v sodelovanju z Medicinsko fakulteto UM in UKC Maribor. Srečanje je dodatno omogočil proizvajalec endoskopskih instrumentov Storz. Glavna organizatorka in vodja delavnice je bila doc. dr. Branka Žegura Andrić, dr. med., specialistka ginekologije in porodništva, mednarodna strokovnjakinja s področja histeroskopije, s sodelavci s Klinike za ginekologijo in porodništvo UKC Maribor. Dvanajst udeležencev, ki so prišli iz Albanije, Romunije, Slovenije in Srbije, je bilo tako specializantov kot specialistov ginekologije različnih subspecialističnih področij.

Delavnico je odprla s pozdravnim nagovorom organizatorka doc. dr. Žegura Andrić, ki je nato nadaljevala s predavanjem o aktualnih tehnikah in instrumentih, ki se uporabljajo v histeroskopi-

ji. Sledili sta predavanji specialistov s področja reproduktivne medicine, in sicer je izr. prof. dr. Milan Reljić, dr. med., predstavil diagnostične in terapevtske izzive histeroskopije pri neplodnih pacientkah, nato je doc. dr. Vida Gavrić Lovrec, dr. med., predstavila pomembnost dobre priprave in predoperativne diagnostike. Teoretične osnove so udeleženci nadgradili sprva s preizkušanjem psihomotoričnih veščin na simulacijskem modelu, kjer je bil poudarek na ravnanju s histeroskopom in orientaciji v votlini maternice. Naslednje praktično usposabljanje je bilo izvajanje diagnostičnih histeroskopij na dveh simulacijskih modelih in diagnostična ocena 10 različnih primerov s skupinsko evalvacijo. Prvi dan srečanja smo sklenili z zaključno večerjo v starem mestnem jedru, kar je bila odlična priložnost za družabno povezovanje.

Drugi dan delavnice je bil posvečen predavanju o možnostih in omejitvah ambulantne histeroskopije, ki ga je izvedla doc. dr. Žegura Andrić. Poudarek je bil na prednostih ambulantne



histeroskopije ter razumevanju morebitnih omejitev, s čimer so udeleženci pridobili temeljito znanje za izboljšanje svoje prakse. Med razpravo so tudi udeleženci delili svoje izkušnje ter predstavili, kako poteka izvajanje histeroskopije v njihovih državah. Predstavniki podjetja Storz so predstavili mehanizem in instrumente, ki omogočajo histeroskopijo, nato so sledile praktične vaje, kjer so udeleženci lahko vadili na posebej pripravljenih živalskih modelih, ki so simulirali različne patologije, kot so miomi in polipi maternice. Svoje veščine so urili tako z mehaničnimi operativnimi tehnikami kot z uporabo bipolarnih elektrode. S predavanji je zaključil Rok Šumak, dr. med., specialist ginekologije in porodništva, ki je pripravil slikovni nabor različnih histeroskopsko vidnih patologij vratu in votline maternice, kar je udeležencem omogočalo interaktivno sodelovanje z ugotavljanjem možnih diagnoz.

Tretji in skupno zadnji dan delavnice je potekal v znamenju resektoskopije. Doc. dr. Tamara Serdinšek, dr. med., specialistka ginekologije in porodništva, je najprej predstavila tehniko resektoskopije ter tudi uporabne namige, različne pristope in napredne postopke, ki jih resektoskop omogoča. Marija Rebolj Stare, dr. med., specialistka ginekologije in porodništva, je govorila o možnih zapletih histeroskopije,

pomembnosti prepoznavanja zapleta in možnih ukrepov. Sledilo je aktivno ravnanje z resektoskopom, kjer so udeleženci na živalskih modelih razreševali simulirane pregrade votline maternice, odstranjevali polipe in miome. Posebej zanimiva je bila postaja s t. i. shaverjem, ki omogoča hitro in učinkovito tehniko mehničnega odstranjevanja tkiva z nizko stopnjo zapletov.

Zanimivo in prijetno vzdušje v majhnem krogu udeležencev z odličnimi predavatelji, inštruktorji in drugimi člani organizacijske ekipe je omogočilo sproščeno komunikacijo, spodbudilo izmenjavo mnenj o vsakodnevni praksi in predvsem omogočilo dober trening histeroskopskih veščin. Udeleženci so ob koncu srečanja izrazili veliko zadovoljstvo z organizacijo delavnice, predavanji in priložnostjo za povezovanje.

Histeroskopska delavnica predstavlja enega izmed mnogih izobraževalnih tečajev, ki jih omogoča Evropska akademija za ginekološko kirurgijo skupaj z Evropskim združenjem za ginekološko endoskopijo (ESGE). Junija 2022 sta obe krovni organizaciji podelili akreditacijo Medicinski fakulteti UM za izvajanje in podelitev priznanj visokokakovostnega izobraževalnega programa GESEA (The Gynaecological Endoscopic Surgical Education and Assessment), za kar je prav tako zaslužna doc. dr. Žegura

Andrić, dr. med., s sodelavci doc. dr. Tamaro Serdinšek, dr. med., asist. Rokom Šumakom, dr. med., in asist. dr. Moniko Sobočan, dr. med. Program omogoča pridobitev teoretičnega znanja endoskopije in urjenje praktičnih psihomotoričnih veščin v varnem simulacijskem okolju, kar zvišuje endoskopsko znanje ginekologov in tudi njihove kirurške kompetence ter posredno izboljšuje oskrbo bolnic. Doc. dr. Serdinšek je ob zaključku srečanja predstavila GESEA-program v Mariboru ter udeležence povabila na naslednji tečaj, ki je potekal od 24. do 26. oktobra 2023 in je zajemal izobraževanje na področju histeroskopije in laparoskopije vključno s šivanjem. Nato je 27. oktobra sledil GESEA-izpit na I. in II. stopnji, ki so ga lahko opravljali udeleženci z ustrežno opravljenim GESEA-tečajem. Tako imamo v Mariboru edini v slovenskem in širšem prostoru možnost organizirati intenzivno mednarodno uveljavljeno strokovno srečanje in licencirati vse znanja željne zainteresirane posameznike, ki želijo pridobiti nova znanja in veščine na področju ginekološke endoskopije.

Barbara Šadl, dr. med., UKC Maribor
Milena Mikluš, dr. med., UKC Maribor
Izr. prof. dr. Branka Žegura Andrić, dr. med., UKC Maribor, Klinika za ginekologijo in perinatologijo

Ultrazvok srca v neonatologiji

Maribor, 29.–30. 9. 2023

Teja Senekovič Kojc, Mirjana Miksić, Matej Pal,
Matevž Trdan

29. in 30. septembra 2023 je v UKC Maribor potekalo dvodnevno izobraževanje z naslovom Ultrazvok srca v neonatologiji v organizaciji

Oddelka za perinatologijo Klinike za ginekologijo in perinatologijo UKC Maribor ter Službe za neonatologijo Kliničnega oddelka za perinatologijo

Ginekološke klinike UKC Ljubljana z namenom izboljšanja znanja ultrazvočne diagnostike srca in povezovanja neonatologov iz različnih slovenskih zdravstvenih ustanov.

Izobraževanje je bilo sestavljeno iz teoretičnega dela s predavanji in z zbranimi prispevki v zborniku ter iz praktičnega dela z ultrazvočnimi



delavnicami, na katerih so udeleženci tečaja s pomočjo domačih in tujih strokovnjakov utrjevali znanje ultrazvočnih projekcij srca pri zdravih novorojenčkih ter prepoznavali patološke najdbe pri otrocih s pogostimi prirojenimi srčnimi napakami. Na delavnicah je sodelovalo 26 udeležencev tečaja, osem inštruktorjev in šest medicinskih sester za tehnično pomoč pri izvedbi ultrazvočnih preiskav. V pripravi je tudi učbenik, ki bo nadgradnja zbranih prispevkov predavateljev strokovnega srečanja.

Neonatologija je v zadnjih desetletjih doživela velik razcvet kot samostojna veja pediatrije s širokim naborem diagnostičnih preiskav in zahtevnih praktičnih veščin. Neonatologi in ostali pediatri, ki se srečujemo z novorojenčki, poskušamo slediti razvoju medicine z zavedanjem, da imamo veliko čast in odgovornost, ker sodelujemo pri obravnavi najbolj ranljive populacije otrok že od rojstva naprej. Pri tem nam je v veliko pomoč tudi bogato znanje in sodelovanje s kolegi perinatologi in pediatričnimi kardiologi, ki odkrivajo prirojene srčne napake že pred rojstvom in nas opozarjajo na možne zaplete. S tem sta tudi priprava na rojstvo otrok s

prirojenimi nepravilnostmi in njihova zgodnja obravnava veliko kakovostnejši. Odkrivanje prirojenih srčnih napak je v Sloveniji primerljivo z razvitimi državami, na kar smo lahko ponosni.

Kljub vsemu je znanje ultrazvoka srca zelo dragoceno, saj nam je v pomoč pri odkrivanju in spremljanju bolezenskih stanj v novorojenčkovem obdobju, ne samo pri otrocih s sumom na prirojeno srčno napako, ampak tudi pri drugih boleznih, ki vplivajo na delovanje srca. Možnosti in načini zdravljenja bolnih novorojenčkov se hitro spreminjajo, prav tako napredujejo ultrazvočne tehnike, ki so na voljo na področju neonatologije, zato se nam je porodila ideja, da bi pridobili nova znanja in hkrati osvežili že znane veščine s pomočjo ultrazvočnih delavnic. Tako smo letos prvič organizirali tovrstno izobraževanje o ultrazvoku srca v neonatologiji skupaj s praktičnimi delavnicami, kar nam je omogočilo izmenjavo mnenj in izkušenj pri dosedanjem delu. Povezali smo teoretično znanje s področja pediatrične kardiologije, ki se dotika neonatalnega obdobja, poleg tega smo osvežili temeljna znanja s področja anatomije in plodovega razvoja srca

ter vse skupaj nadgradili z možnostmi ultrazvočne diagnostike in genetskih preiskav.

V prvem sklopu predavanj nam je doc. dr. Janez Dolenšek, dr. med., z Inštituta za anatomijo Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani predstavil embriologijo in anatomijo srca, nato je z natančnim prikazom plodovega krvnega obtoka nadaljeval Tomaž Križnar, dr. med., iz Službe za neonatologijo Kliničnega oddelka za perinatologijo Ginekološke klinike UKC Ljubljana. Mag. Mirjana Miksić, dr. med., z Oddelka za perinatologijo Klinike za ginekologijo in perinatologijo UKC Maribor je izpostavila glavne posebnosti srčno-žilnega sistema ploda in novorojenčka ter vpliv obporodne hipoksije in sepse na srčno funkcijo. V drugem sklopu predavanj je Mihael Rus, dr. med., iz Službe za neonatologijo Kliničnega oddelka za perinatologijo Ginekološke klinike UKC Ljubljana obnovil algoritme, ki jih uporabimo, ko pristopimo k cianotičnemu novorojenčku. Gostujoči predavatelj iz Hrvaške izr. prof. dr. Daniel Dilber, dr. med., predstojnik kardiološkega oddelka na Kliniki za pediatrijo KBC Zagreb je predstavil možnosti zdravljenja otrok z bole-

nimi srca v Republiki Hrvaški in njihove rezultate.

Nato smo nadaljevali s predavanji s področja ultrazvoka srca. Najprej je Matej Pal, dr. med., iz Enote za pediatrično intenzivno nego in terapijo Klinike za pediatrijo UKC Maribor sistematično predstavil segmentno analizo srca in nadaljeval z osnovnim transtorakalnim ultrazvočnim pregledom srca novorojenčka. Miroslav Elek, dr. med., predstojnik Službe za kardiologijo Pediatrične klinike Ljubljana, je v svojem predavanju s pomočjo kliničnih primerov nazorno pokazal, kako ultrazvočno oceniti srčne zaklopke in velike arterije pri novorojenčku. Gostujoči predavatelj iz Avstrije Ante Burmas, dr. med., ki prihaja z oddelka otroške kardiologije Univerzitetne klinike LKH Gradec, je izpostavil glavne ultrazvočne tehnike za oceno delovanja srčnih prekatov in pljučne arterijske hipertenzije. V nadaljevanju je Teja Senekovič Kojc, dr. med., z Oddelka za perinatologijo Klinike za ginekologijo in perinatolo-

gijo UKC Maribor predstavila ultrazvočno oceno srčnih spojev. V zadnjem delu predavanj je Saša Ilovar Strehar, dr. med., iz Službe za kardiologijo Pediatrične klinike Ljubljana izpostavila najpomembnejše vzroke kardiomiopatij v novorojenčkovem obdobju in nazadnje smo zaključili s predavanjem o novostih s področja genetskega svetovanja pri prirojenih srčnih napakah, kar je predstavila Barbara Stojanov, dr. med., s Kliničnega inštituta za genetsko diagnostiko UKC Maribor.

Želimo si, da bi se znanje ultrazvoka srca širilo tudi zunaj terciarnih centrov, s čimer bi obogatili veščine neonatologov ter prispevali k razvoju pediatrične stroke. Prav zato smo zelo veseli velikega zanimanja za naše izobraževanje in vseh udeležencev tečaja, ki so prišli iz vseh koncev Slovenije iz različnih ustanov in nivojev zdravstvenega varstva. Še posebej veseli smo sodelovanja obeh slovenskih univerzitetnih kliničnih centrov in tujih univerzitetnih klinik

iz naše sosesčine, kar omogoča vzpostavljanje novih povezav z gostujočimi slovenskimi in tujimi strokovnjaki s področja pediatrične kardiologije iz Maribora, Ljubljane, Gradca in Zagreba. Pripravili in predstavili so zanimive strokovne prispevke ter z veseljem delili praktično znanje in bogate izkušnje, kar nam bo v pomoč pri učinkoviti izvedbi ultrazvoka srca v neonatologiji. Veseli smo tudi vseh pozitivnih odzivov udeležencev tečaja in interesa za dodatno izobraževanje.

Želimo si, da bi neonatologi tudi v prihodnje dobro sodelovali ter še naprej krepili znanje, veščine in medsebojne vezi.

Teja Senekovič Kojc, dr. med., UKC Maribor, teja.senekovic@gmail.com

Mag. Mirjana Miksić, dr. med., UKC Maribor

Matej Pal, dr. med., UKC Maribor
Matevž Trdan, dr. med., UKC Ljubljana

Srčno popuščanje – odkrivanje, diagnoza, zdravljenje in oskrba

Sandra Kozjek

Srčno popuščanje je bolezensko stanje, pri katerem okvarjeno srce ne zmore črpati dovolj krvi, da bi zadostilo potrebam ostalih organov in tkiv. Gre za klinični sindrom, ki je lahko posledica različnih bolezni, kot sta npr. sladkorna bolezen in kronična ledvična bolezen. Srčno popuščanje postaja vse večji problem, zaradi katerega so potrebni pogosti sprejemi v bolnišnico. Spremljata ga visoka umrljivost in veliki stroški zdravljenja.

Na okrogli mizi Društva za zdravje srca in ožilja Slovenije, ki je 30. 11.

2023 potekala preko spleta, so zdravniki in specialisti, ki se srečujejo z bolniki in svojci bolnikov s srčnim popuščanjem, predstavili vidike bolezni in pomen celovite obravnave. Strinjali so se, da je pomembno pravočasno odkrivanje, hitro diagnosticiranje in redno spremljane oblike zdravljenja. Poudarili so tudi pomen celostne obravnave različnih vidikov bolnikovega življenja, od blaženja simptomov do podpore pri soočanju z boleznijo, krepitve povezovanja in izmenjave informacij, kako z boleznijo kakovostno živeti.

Prim. Matija Cevc, dr. med., KO za žilne bolezni, UKC Ljubljana, in predsednik Društva za zdravje srca in ožilja Slovenije, je izpostavil, da je zdravljenje srčnega popuščanja zapleteno in časovno zahtevno. »Pri obravnavi bolnikov s srčnim popuščanjem je treba imeti veliko empatije, potrpljenja in angažiranosti, zlasti pri spremljanju in vodenju bolnikov z napredovalim srčnim popuščanjem.«

Povezovanje bolnikov in svojcev s strokovnjaki različnih specialnosti je po njegovem mnenju ključnega

pomena pri dolgoročnem neprekinjenem, nadzorovanem, strukturiranem, celovitem, multidisciplinarnem obvladovanju, spremljanju in vodenju obravnave srčnega popuščanja in oblikovanju preventivnih programov.

Pomembno vlogo vidi v organizacijah bolnikov, ki lahko zagotavljajo izmenjavo informacij, organizirajo izobraževalne in družabne dogodke, srečanja in spletne skupnosti. V njih se člani povezujejo, izobražujejo, delijo svoje skrbi, izkušnje, strategije zdravljenja in nasvete. *»Povezanost ter občutek tovarištva in normalnosti presega izzive obvladovanja srčnega popuščanja in je eden od načinov, ki izboljša socialno povezanost in vpliva na kakovost življenja bolnikov.«*

Organizacije bolnikov imajo po njegovem mnenju še eno pomembno vlogo, to je zagovornišvo: *»Zlasti organizacije z večjim številom članov lahko aktivno in učinkovito delujejo v smeri zagovarjanja boljših politik in zagotavljanja sredstev ter uvajanja najnovejših oblik zdravljenja.«* Neposredno sodelovanje bolnikov, združenih v organizacijo bolnikov, z zdravstvenimi delavci, vladnimi agencijami in drugimi ustreznimi deležniki po njegovem mnenju vodi v izboljšanje dostopa do kakovostne in varne oskrbe, boljši dostop do zdravil in pripomočkov za zdravstveno nego, izboljšano zdravstveno infrastrukturo in večjo ozaveščenost o bolezni.

Prim. Cevc je zaključil, da organizacija bolnikov s srčnim popuščanjem z osredotočanjem na pomembne vidike, kot so usklajevanje z izvajalci zdravstvenih storitev, nemoten pretok informacij, informiranje, povezovanje, čustvena podpora bolnikom, ozaveščanje širše skupnosti, raziskovalno sodelovanje, in s finančno podporo programom lahko ustvari podporno in informirano skupnost, aktivno prispeva k izboljšanju oskrbe bolnikov s srčnim popuščanjem in olajša svojem delo pri oskrbi in spremljanju bolnikov.

Prof. dr. Marija Petek Šter, dr. med., specialistka družinske medicine, je predstavila dejavnike

tveganja, ki privedejo do srčnega popuščanja. Med njimi so najpomembnejši arterijska hipertenzija, sladkorna bolezen, ishemična bolezen srca, debelost in bolezni srčnih zaklopk.

Pogostost srčnega popuščanja s starostjo narašča in jo ima vsak deseti starejši prebivalec. Glede na pogostost in obseg problema predvsem v starejši populaciji, njegovega vpliva na upad kakovosti življenja in povečanje zdravstvenih izdatkov predstavlja javnozdravstveni problem. *»Naloga zdravnika družinske medicine je pomembna, še preden se razvije srčno popuščanje. Z obvladovanjem dejavnikov tveganja je mogoče bolezen preprečiti oz. njen pojav premakniti v čim kasnejše življenjsko obdobje,«* je povedala dr. Petek Šter in poudarila, da je pomembna zgodnja prepoznava bolnikov, pri katerih je srčno popuščanje verjetno. Poleg anamneze, kliničnega pregleda in EKG imajo družinski zdravniki zdaj v večini ambulant na voljo tudi možnost določanja označevalca srčnega popuščanja NT-pro-BNP. S pomočjo teh preiskav in testov je diagnoza srčnega popuščanja olajšana. Za dodatno potrditev diagnoze lahko opravijo še ultrazvok srca, s katerim ocenijo funkcijo srca.

Dr. Petek Šter je poudarila, da je ob sumu na srčno popuščanje potrebno hitro ukrepanje in diagnosticiranje ter celostna obravnava bolnika, ki vključuje umiritev simptomov, kar običajno dosežejo z omejitvijo soli v prehrani in uvedbo diuretika, ureditvijo krvnega tlaka in krvnega sladkorja (pri bolnikih z aterosklerotično boleznijo tudi vrednost lipidov v krvi) ter uvedbo zdravil, ki izboljšajo kakovost življenja ter dolgoročno zmanjšajo število hospitalizacij, izboljšajo ledvično delovanje in tudi preživetje.

Prof. dr. Borut Jug, dr. med., specialist kardiologije in vaskularne medicine, KO za žilne bolezni, UKC Ljubljana, je pojasnil, da je srčno popuščanje sindrom, do katerega lahko privede katera koli

srčno-žilna bolezen, potek bolezni pa je lahko neugoden in raznolik – od hudega bremena simptomov do pogostih bolnišničnih obravnav.

»Oskrba srčnega popuščanja obsega potrditev diagnoze, obvladovanje ali odstranjevanje vzrokov, uvedbo zdravil, lajšanje simptomov, prepoznavanje bolnikov, pri katerih se izvedejo specifični posegi, ter dolgotrajno spremljanje bolnikov.«

Predstavil je vlogo specialista kardiologa ob sumu na srčno popuščanje: *»Kardiolog opravi preiskave srca – najpogostejše ehokardiogram (EKG), ki potrdi diagnozo in pogosto prikaže vzrok srčnega popuščanja. Naredi celovito oceno posameznikove ogroženosti, presodi, ali so potrebne dodatne preiskave, in predlaga načine zdravljenja z zdravili.«*

Zdravljenje srčnega popuščanja je kompleksno – zahteva več zdravil, ki lahko povzročajo neželene učinke (pretiran upad krvnega tlaka, poslabšanje ledvičnega delovanja) in se lahko prepletajo z drugimi boleznimi ali zdravili, ki jih bolnik že prejema. *»Vse to zahteva pogoste kontrole, spremljanje stanja in ustrezen odziv v primeru hudega poslabšanja. Zato je tudi pot bolnika med različnimi zdravstvenimi oskrbami (družinska medicina, ambulantna kardiologija, bolnišnično zdravljenje) včasih zahtevna.«*

Prof. dr. Jug je povzel, da je opolnomočenje bolnika ključnega pomena za obvladovanje simptomov, upočasnitev napredovanja bolezni, ustrezno prepoznavanje poslabšanja in hiter odziv nanj. Pomembno vlogo pri tem imajo poleg družinskih zdravnikov tudi kardiologi.

Prim. Cirila Slemenik Pušnik, dr. med., specialistka kardiologije, vaskularne in interne medicine, je predstavila izkušnje, ki jih imajo v Splošni bolnišnici v Slovenj Gradcu: *»Po odpustu bolnika s srčnim popuščanjem iz bolnišnice je zelo pomembno spremljanje njegovih vitalnih parametrov, ki smo jih beležili med hospitalizacijo. To so: krvni tlak, srčna frekvenca, saturaci-*

ja kisika v krvi, telesna teža ter telesna aktivnost. Prav to nam omogoča telemedicinska storitev (TM), ki jo izvajamo osem let. « V njej je sodelovalo že več kot 200 bolnikov, ki so posredovali okoli 300.000 meritev.

TM-storitev je orodje, ki zdravstvenemu osebju olajša spremljanje bolnika in bolniku predstavlja pomoč pri samooskrbi na domu. Vanjo so vključeni bolniki z na novo odkritim hudim srčnim popuščanjem, predvsem mlajši bolniki ter bolniki povra-

tniki, ki potrebujejo pogoste hospitalizacije. Bolniki opravljajo meritve vitalnih parametrov enkrat ali večkrat na dan, podatki pa se samodejno prenesejo v TM-center v bolnišnici, kjer jih sprejemajo 24 ur na dan.

Prim. Slemenik Pušnik je povzela: *»V nasprotju s pričakovanji nepoznavalcev TM, ki menijo, da tehnika odtuja bolnika in zdravnika, moram poudariti, da nas telemedicina povezuje, saj so naši stiki ob takšni obliki podpore pogostejši.«* Zato tudi predlaga, da bi bile TM-storitve v

prihodnje čim prej in v čim večjem obsegu uvedene v naš zdravstveni sistem in dostopne bolnikom, ki jih potrebujejo. To bo zahtevalo ustrezno prilagoditev sistema dela pri izvajalcih TM-storitev, uvedbo sistema izobraževanja in usposabljanja izvajalcev ter finančno ovrednotenje v sistemu ZZZS.

**Sandra Kozjek, Društvo za zdravje
srca in ožilja Slovenije,
drustvo.zasrce@siol.net**



Zbornik: »Izzivi prepoznave, zdravljenja
in preprečevanja oslovskega kašlja«

Oslovski kašelj: Ali lahko še kaj naredimo?

Mojca Rožič, Denis Baš, Marko Pokorn

Oslovski kašelj ali pertusis (lat. per: močan; lat. tussis: kašelj) so opisovali že v 7. stoletju na Kitajskem kot »bolezen stotih dni«. Bolezen pri otrocih je prvi opisal Guillaume De Baillou v 16. stoletju, v času prvih epidemij v Evropi. Leta 1883 je nemški znanstvenik Carl Burger v izmečku bolnika s klinično sliko oslovskega kašlja našel paličaste bakterije in 17 let kasneje je belgijski imunolog in mikrobiolog Jules Bordet opazil po Gramu negativne bacile v izmečku svoje 5-mesečne hčerke, ki je kašljala v napadih.

Leta 1906 sta Bordet in Gengou uspešno osamila in vzgojila povzročitelja, kasneje poimenovanega Bordetella pertussis. Jules Bordet je bil l. 1919 za svoje delo nagrajen z Nobelovo nagrado. Sledil je razvoj cepiv ter po l. 1940 uvajanje cepljenja, ki je znatno znižalo obolevnost in smrtnost zaradi te bolezni. Tako, na kratko, od začetka do konca. Pa je to res konec? Ali je še kaj, kar lahko naredimo za obvladovanje te bolezni?

Seveda! Cepiva niso stoddostno učinkovita, njihov učinek sčasoma izzveni, povzročitelj bolezni se spreminja in oslovski kašelj še vedno razsaja med otroki. Prispevki tega srečanja nas zato usmerjajo k natančnosti in rahločutnosti pri

prepoznavi in obravnavi bolnikov z oslovskim kašljem, k strokovnosti pri uporabi mikrobioloških metod za dokaz povzročitelja obolenja, usmerjajo nas k pravilni izbiri antibiotika za zdravljenje in preprečevanje bolezni, kažejo nam uspešnost aktivne imunizacije otrok ter pozitivitvenih odmerkov za mladostnike, odrasle, nosečnice in zdravstvene delavce, razkrivajo nam spreminjajočo se populacijsko in molekularno epidemiologijo bolezni, kar nas ponovno vodi k mikrobiologiji in ponovnemu preučevanju povzročitelja bolezni. To nam omogoča boljše razumevanje bolezni in uspešnejše načrtovanje njenega preprečevanja z doseganjem visoke stopnje precepljenosti z varnimi in učinkovitimi cepivi, saj le tako posredno in neposredno zaščitimo dojenčke, ki jih oslovski kašelj najbolj ogroža.

Asist. dr. Mojca Rožič, dr. med.,
Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja
Denis Baš, dr. med., Zdravstveni dom
dr. Julija Polca Kamnik
Doc. dr. Marko Pokorn, dr. med.,
Pediatrska klinika UKC Ljubljana



Združenje za infektologijo pri SZD je ob izobraževanju konec lanskega leta izdalo zbornik, v katerem avtorji obravnavajo naslednje teme:

- Epidemiologija oslovskega kašlja in program cepljenja v Sloveniji
 - Diagnostika in molekularna epidemiologija oslovskega kašlja
 - Whooping cough in postpandemic era (Oslovski kašelj v postpandemski dobi)
 - Seroprevalence of pertussis antibodies among children and adolescents in Croatia (Seroprevalenca protiteles proti oslovskemu kašlju pri otrocih in mladostnikih na Hrvaškem)
 - Obravnava oslovskega kašlja v ambulantni primarne pediatri
 - Klinična slika in obravnava odraslih z oslovskim kašljem na primarni ravni
 - Zapleti oslovskega kašlja pri otrocih in pregled pediatričnih bolnikov Klinike za infekcijske bolezni in vročinska stanja UKC Ljubljana od leta 2008 do leta 2022
 - Results of hypertoxic pertussis treatment with exchange transfusion (Rezultati zdravljenja hipertoksičnega oslovskega kašlja z izmenjalno transfuzijo)
 - Obravnava bolnikov s sumom na oslovski kašelj v urgentni ambulanti za odrasle na Kliniki za infekcijske bolezni in vročinska stanja UKC Ljubljana med letoma 2006 in 2021
 - Pomen cepljenja proti oslovskemu kašlju v nosečnosti
- Zbornik je dostopen na spletni strani Združenja za infektologijo pri SZD ali preko QR-kode.

Zbornična izobraževanja za zdravnike in zobozdravnike

**Sistemske bolezni in
ustno zdravje, 3. del**

srečanje: 2. 2. 2024, 9.00–18.00

Tokratni seminar bo obravnaval vlogo biofilma v ustih ter različne lokalne in sistemske ukrepe, s katerimi zamejimo njegove lokalne in sistemske vplive, ter pomen antibiotikov v ustnem zdravju. Osvetlili bomo področje osteoporoze in njen vpliv na ustno zdravje, spregovorili o povezavi med zobno okluzijo in telesno držo ter o sladkorni bolezni in njenem vplivu na ustno zdravje. Pogovarjali se bomo tudi o vplivu demence in Alzheimerjeve bolezni na ustno zdravje ter pomenu urejenega ustnega zdravja pri tovrstnih pacientih.

Strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom in zobozdravnikom.

Organizator: Zdravniška zbornica Slovenije

**E-list pripravnika
zobozdravnika
in sekundarija
v obveznem delu
za nadzorne in
neposredne mentorje
zobozdravnike**

delavnica, 7. 2. 2024, 15.00–15.30

Delavnica je namenjena vsem nadzorim in neposrednim mentorjem pripravnikov zobozdravnikov ter sekundarijev v izbirnem delu. Med delavnico bodo mentorji spoznali vse funkcionalnosti E-lista.

Izvajalka: Maja Horvat

**Komunikacija
v zahtevnih situacijah
– kako sporočiti slabo
novico?**delavnica: 5. 2. 2024, SB Izola, sejna soba,
4. nadstropje

Sporočanje slabe novice je eden težjih izzivov pri sporazumevanju s pacientom ali njegovimi bližnjimi. Pomembno vpliva na kakovost življenja pacienta, njegovo obravnavo, odnos in sodelovanje v postopku zdravljenja. Sporočanje slabe novice je veščina, ki zahteva empatijo, spretno komunikacijo in občutek za pacientove potrebe. Pravilno izvajanje pripomore k boljši izkušnji pacienta v težkih trenutkih, graditvi trdnega odnosa in zaupanja med zdravstvenimi delavci in pacienti.

Izvajalka: prim. Simona Repar Bornšek, dr. med., spec., mediatorica

**Klinični izzivi
v antikoagulacijskem
zdravljenju**

srečanje: 15. 2. 2024, 19.30–20.30, Zoom

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

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

Vodja delavnice: izr. prof. dr. Alenka Mavri

Objavljena so le izobraževanja, kjer so še prosta mesta.

Informacijska točka

Prijave in programi: www.domusmedica.si

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

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

1. ob 8.45 • OKUŽBE PRI KRITIČNO BOLNIH – 11. MEDNARODNO IZOBRAŽEVANJE S PODROČJA OKUŽB PRI ŽIVLJENJSKO OGROŽENIH BOLNIKI

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica	št. udeležencev: 120	kotizacija: ni podatka	k. točke: ***
vsebina: predavanje	organizator: Slovensko združenje za intenzivno medicino	prijave, informacije: Simona Rojs, T: 01 522 13 52, E: simona.rojs@kclj.si , W: https://szi.si	

2. ob 8.00 • RAK ENDOMETRIJA – NOVA FIGO KLASIFIKACIJA IN OSTALE NOVOSTI

kraj: LJUBLJANA, Ginekološka klinika	št. udeležencev: 75	kotizacija: ni podatka	k. točke: ***
vsebina: predavanje	organizator: UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, KO za ginekologijo	prijave, informacije: Vid Janša, E: vid.jansa@gmail.com , W: https://www.obgyn-si.org/kongresi/rak-endometrija/	

2. ob 8.30 • OBRAVNAVA ŽRTVE SPOLNEGA NASILJA

kraj: MARIBOR, UKC, 16. nadstropje Klinike za kirurgijo, velika predavalnica prim. dr. Zmaga Slokana	št. udeležencev: 130	kotizacija: 180 EUR (DDV vključen), študenti, upokojeanci in predavatelji so kotizacije oproščeni	k. točke: ***
vsebina: Strokovno srečanje je namenjeno vsem specialistom in specializantom ginekologije in porodništva, družinske medicine, urgentne medicine, psihiatrije, zdravnikom pripravnikom in sekundarijem, medicinskim sestram, medicinskim sestram babicam, psihologom in kliničnim psihologom, kriminalistom, pravnikom in zdravstvenim administratorjem.	organizator: UKC Maribor, Klinika za ginekologijo in perinatologijo, Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru, Katedra za ginekologijo in porodništvo	prijave, informacije: prijave na W: www.ukc-mb.si , informacije: Tina Škerbinc Muzlovič, univ. dipl. medij. kom., E: skerbincmuzlovic@ukc-mb.si , T: 02 321 29 40	

2.–3. • PALIATIVNA OSKRBA: INTERAKTIVNO IZOBRAŽEVANJE ZA ZDRAVNIKE IZ OSNOVNIH ZNANJ

kraj: NOVO MESTO, Splošna bolnišnica	št. udeležencev: 40	kotizacija: ni podatka	k. točke: ***
vsebina: izobraževanje	organizator: Slovensko združenje paliativne medicine SZD	prijave, informacije: Maja Ebert Moltara, E: info@szpho.si , W: https://www.szpho.si/paliativna-oskrba---20-urna-izobra-evanja	

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

kraj: LJUBLJANA, Zvezna ul. 2a	št. udeležencev: 14	kotizacija: 450 EUR (predavanja, delavnica, kava, malica)	k. točke: 5,5
vsebina: Pravilna uporaba in ravnanje z materiali je osnova vsake panoge. Tako je tudi v zobozdravstvu, kjer smo ob silovitem razvoju soočeni s številnimi novimi materiali, ki se uporabljajo tako za konservativno kot protetično oskrbo. Znanje o materialih, njihovi kemični sestavi in mehanskih lastnostih moramo stalno obnavljati in dopolnjevati, če želimo uspešno obravnavati naše stranke. V praksi je ob na videz enakem ali podobnem kliničnem statusu zobovja včasih indikacija za uporabo enega materiala bolj smotna v primerjavi z drugim. Zaradi različne kemične sestave materialov zobnih nadomestkov in zaradi različnih kliničnih parametrov se odločamo za uporabo različnih cementov, tako za trajno kot začasno cementiranje izdelkov. Tudi za cemente velja, da imajo različno kemično sestavo in da morajo imeti dobre mehanske, optične in druge lastnosti.	organizator: Zobozdravstvo Pohlen in izobraževanja, Dr. Boštjan Pohlen, S.P.	prijave, informacije: Urška Breclj, T: 01 520 48 02, 070 772 527, E: urska.breclj@prodent.si , W: https://www.prodent.si/izobrazevanja	

15. ob 8.30 • 2. ŠOLA KONTRACEPCIJE

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 90 EUR, kotizacije so oproščene upokojeanci in specializanti	k. točke: ***
vsebina: 2. šola kontracepcije bo obravnavala vrste, oblike in rabo različnih metod kontracepcije. Vabljeni zdravniki, farmacevti, ostali medicinski kadri.	organizator: Slovensko menopavzno društvo	prijave, informacije: prim. Lucija Vrabič Dežman, dr. med., T: 041 798 048, E: infoginek@gmail.com	

6. ob 13.00 • NE DOPUŠČAJMO NASILJA

kraj: MARIBOR, Zdravniška zbornica Slovenije, Pod oboki, Partizanska cesta 19	št. udeležencev: 30	kotizacija: 70 EUR	k. točke: ***
vsebina: Izobraževanje je namenjeno zdravstvenim delavcem, da se poučijo o pojavu nasilja v zdravstvu in o možnih načinih preprečevanja in ukrepanja.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: Andreja Stepišnik, E: mic@zss-mcs.si	

7. ob 17.00 • PREDPISOVANJE ANALGETIČNE TERAPIJE (OSNOVNA ZNANJA)

kraj: KROPA, Kulturni dom	št. udeležencev: 5	kotizacija: 180 EUR	k. točke: ***
vsebina: Predavanja, delavnice: osnove protibolečinskega zdravljenja, skupine analgetičnih učinkovin, celostna ocena bolečine, razumevanje bolnikove ocene bolečine in prenos v klinično ukrepanje. Delavnica je namenjena zdravnikom in sestram.	organizator: Društvo za paliativno oskrbo Palias	prijave, informacije: Anže Habjan, E: info@palias.si , T: 041 849 941, W: www.palias.si	

7.–9. • 40. UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE: POUČEVANJE IN UČENJE O RAZLIČNIH VIDIH SAMOOSKRBE V DRUŽINSKI MEDICINI

kraj: MORAVSKE TOPLICE	št. udeležencev: 50	kotizacija: ni podatka	k. točke: ***
vsebina: Tudi v akademskem letu 2023/24 načrtujemo štiri učne delavnice za mentorje družinske medicine z naslovom Samooskrba v družinski medicini.	organizator: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD	prijave, informacije: Lea Vilman, E: kdrmed@mf.uni-lj.si	

8. ob 8.30 • 1. MARIBORSKI DAN PLASTIČNE KIRURGIJE

kraj: MARIBOR, UKC, Velika predavalnica prim. dr. Zmaga Slokana, 16. nadstropje Klinike za kirurgijo	št. udeležencev: 100	kotizacija: 150 EUR specialisti, 100 EUR specializanti in upokojeni specialisti, 80 EUR medicinske sestre in patronažne sestre	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje	organizator: UKC Maribor, Klinika za kirurgijo, Oddelek za plastično kirurgijo	prijave, informacije: prijave na www.ukc-mb.si (strokovna srečanja), informacije Tina Škerbinc Muzlovič, univ. dipl. medij. kom., E: Tina.skerbincmuzlovic@ukc-mb.si , T: 02 321 29 40	

9. ob 8.30 • ORL-DAN 2024 – SEMINAR ZA DRUŽINSKE ZDRAVNIKE, PEDIATRE, ŠOLSKE ZDRAVNIKE, OTORINOLARINGOLOGE

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta, Korytkova 2, velika predavalnica	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 100 EUR, vključuje prisotnost na predavanjih, zbornik predavanj, potrdilo o udeležbi ter osvežitev med odmori. Upokojeni zdravniki imajo 50 % popust pri kotizaciji.	k. točke: ***
vsebina: Otorinolaringološki dan 2024	organizator: UKC Ljubljana, Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo	prijave, informacije: Irena Hočevnar Boltežar, T: 01 522 32 78 ali 01 522 24 65, 041 958 336, E: irena.hocevar@kclj.si , W: https://www.mf.uni-lj.si/korl/strokovna-dejavnost	

14. ob 8.00 • 2. MARIBORSKA DELAVNICA OSNOVNIH LAPAROSKOPSKIH VEŠČIN

kraj: MARIBOR, UKC, Velika predavalnica Klinike za kirurgijo	št. udeležencev: 15	kotizacija: 50 EUR za člane Združenja za endoskopsko kirurgijo Slovenije, 100 EUR za nečlane	k. točke: ***
vsebina: Delavnica je namenjena specializantom vseh kirurških strok, urologije, ginekologije in študentom šestega letnika medicine.	organizator: UKC Maribor, Klinični oddelek za abdominalno in splošno kirurgijo	prijave, informacije: prijave na W: https://www.ukc-mb.si/strokovna-srecanja/napovednik/ , informacije: E: nina.bracic@ukc-mb.si , T: 02 321 29 40	

14. ob 17.00 • SKRIVNOSTI USPEŠNEGA ZDRAVLJENJA KRONIČNIH BOLEZNI – SEMINAR ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE

kraj: SOLKAN, konferenčna dvorana restavracije Primula	št. udeležencev: 20	kotizacija: ni podatka	k. točke: ***
vsebina: Izobraževanje je namenjeno zdravnikom družinske medicine. Pozornost bo usmerjena na spoznavanje različnih dejavnikov, ki vplivajo na uspešnost zdravljenja kroničnih bolezni. Slednje lahko koristno uporabimo pri gradnji kakovostnega terapevtskega odnosa s pacienti in pri komunikaciji, hkrati pa lahko ta znanja koristijo tudi zdravnikom samim, saj jih spodbudijo k spreminjanju njihovih prevelikih pričakovanj in jih razbremenijo občutka popolne odgovornosti za uspešnost procesa zdravljenja.	organizator: Društvo Edmed	prijave, informacije: Simon Javornik, T: 041 724 318, E: info@drustvoEDMED.si , W: www.drustvoEDMED.si	

15. • 25. ZASEDANJE SLOVENSKEGA FORUMA O PREVENTIVI BOLEZNI SRCA IN ŽILJA

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska c. 162	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Dve desetletji sistematične preventive srčno-žilnih bolezni v Sloveniji: Izkušnje, priložnosti in izzivi, Klinična preventiva: Kardiometa-bolično tveganje: od preventive do zdravljenja, Populacijska preventiva: Spremljanje izkušenj in izidov zdravstvene obravnave, Prehranske smerice in srčno-žilno zdravje: Kje smo in kam gremo?	organizator: Združenje kardiologov Slovenije, Delovna skupina za preventivno kardiologijo	prijave, informacije: T: 01 43 42 100, E: info@sicardio.org , W: www.sicardio.org	

15. ob 9.00 • PALIATIVNI PRISTOP PRI OBRAVNAVI BOLNIKA

kraj: KROPA, Kulturni dom**št. udeležencev:** 10**kotizacija:** 250 EUR**k. točke:** ***

vseбина: Predavanja, delavnice: Opredelitev in razumevanje paliativnega pristopa, Pričakovani potek bolezni, komunikacija, Pričakovani simptomi: prepoznavanje in lajšanje, Priprava načrta zdravljenja, praktični primeri, Dodana vrednost: glasbena terapija, pomen tradicije in običajev, dostojanstvo bolnika

organizator: Društvo za paliativno oskrbo Palias

prijave, informacije: Anže Habjan, E: info@palias.si, T: 041 849 941, W: www.palias.si

15.–17. ob 8.00 • ETC – EVROPSKI TRAVMA TEČAJ – TEČAJ OSKRBE POŠKODOVANECV

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije**št. udeležen-
cev:** 12

kotizacija: 800 EUR. Kotizacija vam rezervira mesto na tečaju in omogoči dostop do elektronskih gradiv na virtualni platformi ERC CoSy. Če plačate celotni znesek do 20 dni pred tečajem, vam priznamo 50 EUR popusta.

k. točke: ***

vseбина: Tečaj je namenjen bolnišničnim zdravnikom različnih specialnosti, ki sodelujejo v urgentnem timu, in zdravnikom v predbolnišničnem okolju, ki so prvi stik s hudo poškodovanim. Je inovativen tečaj s poudarkom na timskem pristopu zdravnikov različnih specialnosti k obravnavi hudo poškodovanega. Glavni poudarek ni samo klinična obravnava poškodovanca, temveč tudi komunikacija, ugotavljanje prioritete pri oskrbi, odločanje o ukrepih, upravljanje z viri, ki so na voljo, vodenje tima in kako biti uspešen član tima. Gre za horizontalni pristop k poškodovancu, kjer se osnovni življenjski sistemi (dihalna pot, dihanje in cirkulacija) pregledujejo in oskrbujejo simultano. Vodja tima pa mora glede na zbrane podatke določiti prioritete v oskrbi.

organizator: Združenje za urgentno medicino SZD

prijave, informacije: Katja Kalan Uštar, T: 041 862 564, E: kalan.katja@gmail.com

16. ob 9.00 • TRAVMA, POSTTRAVMATSKA STRESNA MOTNJA IN VARIABILNOST SRČNEGA UTRIPA: POVEZAVA MED SRCEM IN MOŽGANI

kraj: on-line**št. udeležencev:** ni omejeno

kotizacija: 235 EUR (velja za prijavo in plačilo po 10. 2. 2024), ob zgodnji prijavi 195 EUR (velja za prijavo in plačilo do 10. 2. 2024)

k. točke: 6,5

vseбина: Izobraževanje je namenjeno posameznikom, ki jih zanima razumevanje zapletenega odnosa med travmo, potravmatsko stresno motnjo, variabilnostjo srčnega utripa in EEG-qEEG-jem. Raziskalo bo globok vpliv travmatičnih izkušenj na um in telo, s posebnim poudarkom na povezavi med srcem in možgani in komunikaciji med srcem in možgani. Obravnavani bosta tudi nevrofiziologija in psihofiziologija zdravljenja travm.

**orga-
nizator:** Inštitut Brainspotting

prijave, informacije: informacije: Maša Vozlič, T: 041 971 148, E: info@brainspottingslovenia.com, W: <https://www.brainspottingslovenia.com/izobrazevanja/travma-ptsm-variabilnost-srcnega-utripa/>, prijavnica: W: <https://www.brainspottingslovenia.com/prijavnica-na-izobrazevanja/izvajalec>

21. ob 8.00 • TEČAJ IZ MENOPAVZNE MEDICINE

kraj: LJUBLJANA, UKC, Ginekološka klinika, Šljajmerjeva 3**št. udeležencev:** 70**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** ***

vseбина: Tečaj iz celostne obravnave peri- in pomenopavznega obdobja za specialiste in specializante ginekologije in porodništva, ostale zdravnike, medicinske sestre, babice.

organizator: KO za reprodukcijo, Ginekološka klinika, UKC Ljubljana

prijave, informacije: T: 01 522 60 20, E: martina.peclin@kclj.si, W: www.obgyn-si.org/kongresi/menomed

21. ob 14.30 • IZOLACIJSKI UKREPI – KAJ MORA VSAK ZDRAVSTVENI DELAVEC VEDETI (PREDAVANJE S PRAKTIČNIMI DELAVNICAMI)

kraj: LJUBLJANA, UKC, Ginekološka klinika, Šljajmerjeva 3, predavalnica II**št. udeležencev:** 100**kotizacija:** ni podatka**k. točke:** 3,5**vseбина:** predavanje

organizator: Sekcija za protimikrobno zdravljenje pri SZD

prijave, informacije: Sandra Mihelčič, T: 01 522 26 06, 01 522 26 03, E: sandra.mihelcic@kclj.si

21. ob 17.00 • OBRAVNAVA MOTEČIH SIMPTOMOV PRI NAPREDOVALI BOLEZNI

kraj: KROPA, Kulturni dom**št. udeležencev:** 5**kotizacija:** 180 EUR**k. točke:** ***

vseбина: Predavanja, delavnice: Prepoznavanje in lajšanje motečih simptomov napredovale in neozdravljive bolezni, Obravnava posameznega simptoma: bolečina, slabost, bruhanje, težko dihanje, hropenje, kašelj, nespečnost, nemir, Primeri iz prakse

organizator: Društvo za paliativno oskrbo Palias

prijave, informacije: Anže Habjan, E: info@palias.si, T: 041 849 941, W: www.palias.si

22. ob 8.00 • POGOSTA PROKTOLOŠKA STANJA V GINEKOLOGIJI – IZOBRAŽEVANJE ZA GINEKOLOGE IN VSE, KI SE PRI SVOJEM DELU SREČUJETE Z BOLEZNIMI ANOREKTUMA IN PATOLOGIJO MEDENIČNEGA DNA**kraj:** LJUBLJANA, dvorana Krke d.d., Dunajska c. 65**št. udeležencev:** 50**kotizacija:** 120 EUR (za specializante 50 EUR), vključuje udeležbo na seminarju, učbenik Koloproktološke bolezni, potrdilo o udeležbi, licenčne točke, postrežbo med odmori in kosilo**k. točke:** *****vsebina:** Pogosta stanja v proktologiji, izobraževanje za ginekologe in vse, ki se pri svojem delu srečujejo z boleznimi anorektuma in patologijo medeničnega dna.**organizator:** Iatros – dr. Košorok d.o.o.**prijave, informacije:** Lea Žlajpah, E: izobrazevanja@iatros.si, W: www.iatros.si**23. ob 9.00 • RAZLIČNE PREPARACIJE ZOBA ZA ONLEJ – OSKRBA ZOBA OD PREPARACIJE DO CEMENTIRANJA****kraj:** LJUBLJANA, Zvezna ul. 2a**št. udeležencev:** 12**kotizacija:** 450 EUR**k. točke:** 8,5**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 52 04 802, 070 772 527, E: urska.brecl@prodent.si, W: <https://www.prodent.si/izobrazevanja>**25. ob 13.00 • OCENA GRAFOMOTORIKE PRI OTROKU Z OCENJEVALNIM INSTRUMENTOM – WRITIC****kraj:** LJUBLJANA, URI – Soča, Linhartova 51**št. udeležencev:** 15**kotizacija:** 120 EUR z vklj. DDV**k. točke:** 4,5**vsebina:** predavanje**organizator:** Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča**prijave, informacije:** Marko Oset, T: 01 475 83 85, 030 620 377, E: dogodki@ir-rs.si, W: <https://dogodki.uri-soca.si/Dogodki/>

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

Poliklinika Amber d.o.o.

Poliklinika Amber d.o.o., Ljubljanska ulica 9, 2000 Maribor, zaposli:

specialista ginekologije in porodništva (m/ž)

v ginekološki ambulanti s koncesijo, za polni delovni čas, za nedoločeno obdobje, ali za krajši delovni čas (enkrat, dvakrat tedensko), po dogovoru.

Nudimo:

- opravljanje dela v sodobno opremljeni ginekološki ordinaciji,
- timsko delo,
- možnost nadaljnega strokovnega izobraževanja,
- stimulativno plačilo.

zobozdravnika brez specializacije, z licenco (m/ž)

za polni delovni čas, za nedoločeno obdobje.

Delo poteka v samoplačniški ordinaciji.

Nudimo:

- delo v sodobno opremljenem dentalnem centru,
- timsko delo,
- možnost nadaljnega strokovnega izobraževanja,
- stimulativna plačilo.

Informacije: 040 459 425, amber.ordinacija1@gmail.com

Splošna bolnišnica Slovenj Gradec

razpisuje prosto delovno mesto

zdravnik specialist z opravljeno specializacijo iz ginekologije in porodništva (m/ž)

Delovno razmerje bo sklenjeno za določen čas 12 mesecev, z možnostjo podaljšanja.

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.

Če ste zainteresirani za sodelovanje, Vas vabimo, da nam pošljete svojo vlogo z dokazili na naslov Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, Gosposvetska cesta 1, 2380 Slovenj Gradec, ali po elektronski pošti na naslov lidija.koletnik@sb-sg.si.

Dogovorili se bomo za srečanje, kjer Vam bomo z veseljem predstavili možnosti opravljanja dela v naši bolnišnici.

Vljudno vabljeni!

Javni zavod Psihiatrična bolnišnica Vojnik

razpisuje prosto delovno mesto

zdravnik specialist psihiatrije (m/ž)

Pogoji za zasedbo delovnega mesta so:

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

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas, s štirimesečnim poskusnim delom. Rok za prijavo je 30 dni od dneva objave.

Prijave z dokazili o izpolnjevanju razpisnih pogojev pošljite na naslov: JZ Psihiatrična bolnišnica Vojnik, Kadrovska služba, Celjska cesta 37, 3212 Vojnik.

MEDI CENTER, d.o.o.

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

zaposli

zdravnika specialista družinske medicine (m/ž)

za polni delovni čas, za nedoločen čas.

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

Osnovno zdravstvo Gorenjske

Spoštovana kolegica, cenjeni kolega!

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

V našem zavodu iščemo nove sodelavce, specialiste različnih specialnosti oz. 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),*
- *zdravnika specialista urgentne medicine (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 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 in
- *zdravnika specialista družinske medicine (m/ž)* za polovični delovni čas v **OE ZD Radovljica**,
- *zdravnika specializanta medicine dela, prometa in športa (m/ž)* v **OE ZD Radovljica**,

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

Naše prednosti so:

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

Če ste zainteresirani za sodelovanje v našem kolektivu, vas vljudo vabimo, da nam posredujete svoj življenjepis, dokazila o zahtevani izobrazbi, potrdilo o opravljenem specialističnem izpitu ali nam pišete na spodaj navedene naslove. Dogovorili se bomo za srečanje, kjer vam bomo lahko podrobneje predstavili možnosti dela v naši ustanovi. Kandidati naj posredujejo prošnje do **29. 2. 2024**

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

Leto 2008 – 2. del

Berta Jereb

Leta 2008, ko se je Onkološki inštitut Ljubljana preselil v novo stavbo, je od njegove ustanovitve minilo 70 let. V omejenem obdobju je zdravljenje onkoloških bolnikov zelo napredovalo, k čemur so s svojim delom, prizadevnostjo ter predanostjo bolnikom in stroki veliko prispevali tudi slovenski zdravniki.

V tistem plodnem obdobju razvoja sem eno desetletje, **od 1951 do 1961**, imela priložnost biti del Onkološkega inštituta. To si še danes štejem za enega izmed privilegijev v svojem življenju.

Pa pogledjmo, kako se spominjam tistega časa in ljudi.

Leta 1951 sem bila prvi »mlajši zdravnik«, ki je dobil službo na Onkološkem inštitutu. Tja so me poslali iz takratnega sekretariata za zdravstvo. Dela je bilo ogromno, razmere za delo in za bolnike zelo revne. Prostori v šentpetrski vojašnici so bili natrpani, bolniki na tleh in na vozičkih po hodnikih. V ambulantni je vsak dan čakalo na pregled 100 ali več bolnikov. Bolniških postelj smo imeli tudi blizu 100. Imeli smo dva rentgenska aparata za globinsko in dva za kontaktno obsevanje. Imeli smo radijske tube za površinsko in intrakavitarno zdravljenje, radijske igle za intersticijsko zdravljenje, vsega okrog 5 gramov radija. Zdravnikov nas je bilo osem: dr. Serafin Vakselj, specialist rentgenolog, dr. Jože Žitnik, splošni kirurg, ter dva ginekologa: predstojnik dr. Leo Šavnik in dr. Rado Poljanšek, ki sta operirala in dajala radij bolnicam z ginekološkim rakom. Radioterapijo je vodila dr. Božena Ravnihar, za specializacijo iz radioterapije sva bili določeni z dr. Danico Žitnik. Za »držanje kljuk« sem bila v začetku sama, čez kake pol leta je prišel še en mlajši zdravnik in čez leto ali dve še mlajša zdravnica. Tako sem bila lahko več časa »na rentgenu«. Morala sem aplicirati tudi radijske tube pri kožnih spremembah, treba je bilo zabadati igle pri raku v ustni votlini, v podkožne tumorje in še mnogokaj. Imela sem tudi slovito moško bolniško sobo devet, v pritličju, kjer je bilo 12 postelj in nekaj ležišč na tleh okrog peči.

Ko sem bila po končanem stažu leta 1951 obveščena, da se smem za specializacijo iz

radioterapije oglasiti na Onkološkem inštitutu, me je že naslednji petek sprejel **prof. Leo Šavnik**, ki je rekel: »Zelo vas potrebujemo, veliko dela imamo za vas, pridite kar v ponedeljek.« Malo sem se ustrašila in rekla: »Gospod profesor, z mano si boste slabo pomagali, saj o raku ničesar ne vem.« Skromno mi je odgovoril: »Skupaj se bova učila, saj boste videli, kako malo vemo tudi mi.« S tem mi je vtisnil v zavest, da vemo malo in da se moramo kolegi skupaj učiti. Tako kot takrat, tudi še danes onkologi utiramo pot v neznano, se sprašujemo in iščemo odgovore, dnevno pri vsakem posameznem bolniku, ki je uganka.

Prof. dr. Leo Šavnik živi v mojem spominu kot eden najbolj markantnih slovenskih profesorjev medicine, ki sem jih poznala, in kot velik človek!

Takole je zapisal dr. Jože Žitnik ob njegovi šestdesetletnici:

»Iz okolja kranjskega mesta z njegovo gorenjsko vedrino, v katerem je rasel, je zajel profesor Šavnik tisti pristrčni človeški odnos do bolnikov, tisto hitro psihološko presojo ljudi in vso tisto značilno dobrodušnost, ki ga spremlja vsa leta njegove zdravniške dejavnosti.«

Moje občudovanje je profesor Šavnik vzbudil s svojo skromnostjo, širino, človečnostjo, ki jo je kazal v odnosu do sodelavcev in ob bolnikovi postelji. Niti takrat niti danes mu po mojem mnenju ni priznan status, ki ga zasluži. Pozabljam namreč, da je bil takrat Onkološki inštitut v svoji zasnovi med prvimi in zelo redkimi na svetu. Leta 1938 so v del šentpetrske kasarne vselili bolnike z rakom in jo preimenovali v inštitut. Po vsej pravici. Ko sem bila leta 1951 sprejeta v službo in sem leta 1955 postala z dr. Danico Žitnik prva specialistka radioterapije, je bil inštitut že trdno ustanovljen in začrtane smernice njegovega razvoja. Bila sem iz mlajše generacije brez pravega znanja o raku, a z dobro voljo pomagati bolnikom po svoji najboljši moči. To je bilo splošno vzdušje na inštitutu, ki ga je vodil profesor Šavnik s svojim zgledom. Svoje delo smo opravljali z občutkom dolžnosti brez godrnjanja, brez zahtev po boljši plači, po plačnem dežurstvu. Verjamem, da nismo delali slabo.

Verjamem, ker mi je to rekel bolnik, ki je zaradi pomanjkanja prostora in postelj ležal na golih tleh ob peči v sobi devet. Tolažila sem ga, da bom poskusila najti posteljo v kakšnem drugem oddelku takratnih kliničnih bolnišnic, pa je rekel: »Nikar, raje sem pri vas, tu ste dobri ljudje in tukaj me boste dobro zdravili.« Za tako zaupanje je lahko zdravnik hvaležen in lahko je ponosen, čeprav dela v še tako revnih razmerah. Odnosi med zdravniki, sestrami, tehnikami, skratka vsem osebjem, so bili prijateljski.

Takole je povedala ob šestdesetletnici prof. Šavnika dr. Božena Ravnihar:

»Vsem so dobro poznane bedne razmere v našem inštitutu, ki izvirajo iz skrajne stiske s prostori. Znano je, kako malo udobnosti lahko nudimo našim bolnikom in kako naporno je delo osebja v takih pogojih. Da pa se bolniki kljub temu navežejo na našo ustanovo, da se radi, brez strahu in z zaupanjem zatekajo vanjo, da vlada med osebjem dobra volja, da brez pritiska in priganjanja s tolikšno požrtvovalnostjo premaguje vse težave in po najboljših močeh lajša bolnikom njihovo trpljenje, je temu brez dvoma vzrok tisto posebno prijetno in pristrčno človeško vzdušje, ki ga je ustvaril v inštitutu in ga vzdržuje profesor Šavnik prav s svojo osebnostjo.«

Zavedali smo se, da drug brez drugega ne moremo in da imamo skupni cilj. Morali smo biti optimisti, morali smo biti trmasti in morali smo obdržati tudi nekaj humorja. Tudi tu prof. Šavnik ni zatajil.

V tistih letih smo se nekoliko po poldnevu, kakor je pač dopuščal čas, zbrali vsi, ki smo utegnili, v ambulantni »na posvet«, kakor smo takrat rekli današnjim »konzilijem«. Predstavili smo nove bolnike iz ambulate ali oddelka, ki so bili sprejeti prejšnji dan. Vsak zdravnik je »svojega« bolnika predstavil in vprašal za mnenje prisotne. Takrat smo bili še brez protokolov, zdravili smo »indivi-

dualno«, tako kot smo menili, da je za dotičnega bolnika najbolje. Tuje in domače znanje in izkušnje so bili osnova našim odločitvam. Novi bolniki, ki so nam sedeli nasproti, so bili preplašeni, v strahu so gledali našo skupinico zdravnikov in čakali na odločitev kot na nekakšno sodbo. Zato je bila potrebna vsaj prijazna beseda, ki je vnesla nekaj sprostivne. Prof. Šavnik, ki je bil glava tega posveta, je bil tisti, ki je vedno našel za vsakega primerno dobro besedo. Velikokrat se spomnim mlajšega bolnika, ni še imel štirideset let, ki je imel zelo grdega raka na jeziku. Očitno ga je opazoval že dalj časa, sram ga je bilo in imel je slabo vest, da ni šel prej k zdravniku. Na vprašanje: »Koliko časa pa že imate težave z jezikom?« je najprej odgovoril: »Že zelo dolgo.« »No, koliko pa je to?« je nadaljeval prof. Šavnik. »Oh, skoraj dva meseca.« »No, saj to še ni tako zelo dolgo. Naša zdravnica tukaj (pokazal je name) ima težave z jezikom že vse življenje, malo drugačne sicer kot vi, a vendar.« Nekako smo se le nasmehnili, saj smo vedeli, da gre za mojo jezikavost, in pogovor je olajšano stekel naprej. Bolnik je lahko ugotovil, da ni zašel med mrka strašila in da ima še upanje na ozdravljenje.

Ko govorimo o učenju in vzgoji, se najprej spomnimo svojih učiteljev, profesorjev, mentorjev.

Vsi se spominjamo svojih učiteljev s hvaležnostjo in spoštovanjem, k temu nas zavezuje tudi Hipokratova prisega. Spominjamo se napotkov naših učiteljev, od katerih smo nekatere obdržali skozi življenje.

Od svojih učiteljev onkologije se z veliko hvaležnostjo in občudovanjem spominjam predvsem dveh:

Prof. Leo Šavnik me ni učil le onkologije, ampak mi je bil vzor pri odnosu do bolnikov z rakom in zgled skromnosti v našem poklicu, velikodušnosti, spoštovanja do kolegov. Nenehno je vzpodbujal mojo radovednost, saj je slednja predpogoj za znanost in napredek.

Prof. Božena Ravnihar mi je bila vzor discipline, požrtvovalnosti,

organiziranosti misli, kritičnosti do lastnega dela in dosežkov, pridnosti, delavnosti, strokovnega načina izražanja, načina pisanja medicinskih člankov. Učila me je upoštevanja dejstev, pomena statistike in medicinske dokumentacije, saj je ona uvedla Register raka v Sloveniji.

Od leta 1950 je v Sloveniji prijava vsakega bolnika, ki je zbolel zaradi raka, zakonsko obvezna. Slovenski register je zgodovinsko prvi evropski populacijski register raka, ki pokriva območje cele države in kjer je od začetka prijavljanje raka zakonsko obvezno. Nacionalni register raka z obvezno prijavo so imele v Evropi le: Norveška od leta 1952, Finska od leta 1961. Zunaj Evrope pa Nova Zelandija od 1948, v ZDA so imele obvezno prijavo raka le država New York od leta 1940 in država Connecticut od leta 1971. S slednjimi (State Department of Health – dr. Matthew H. Griswold) je bila dr. Božena Ravnihar leta 1958 v živahnih osebnih stikih, o katerih pričajo ohranjena pisma. Dr. Hanslowska iz Avstrijskega centralnega statističnega urada je po ogledu Registra raka Slovenije v Ljubljani leta 1957 obisk ocenil kot zelo dragočen in izrazil upanje, da bodo tudi v Avstriji s 1. januarjem 1958 uzakonili obvezno prijavo rakavih bolnikov. Leta 1957 je prof. Wachsmann iz medicinske univerzitetne klinike v Erlangu pisal: »Zopet lahko le ponavljam, kako Vas in Vaš inštitut občudujem zaradi Vašega odličnega dela, saj mi v marsičem močno zaostajamo za Vami!«

Božena je bila izredna in močna osebnost, nekateri so ji rekli »legendarna Nataša«. Bila je partizanka, imela je čin majorja, bila je lepa, inteligentna, duhovita, šarmantna, prijazna, družabna, delovna, uspešna. Imela je vse, pa vendar, kot da bi v sebi nosila nekaj, kar ji ni dovoljevalo, da bi bila sproščena in zadovoljna. Tako kot Leo Šavnik. Seveda, on je imel družino, ženo in še ljubico. Božena je živela sama, skrbela za svojo zelo invalidno mater in imela na skrbi še otroka svojega brata, ki je v času

Informbiroja mlad umrl v zelo nesrečnih okoliščinah. Kljub temu da sta bila zelo različna, sta se s prof. Šavnikom odlično ujemala in vzorno sodelovala. Prof. Šavnik niti prej niti v takratnih časih ni bil »persona grata«. Čeprav je bil prvi slovenski ginekolog, ki se je posvetil rentgenski in radiološki terapiji ginekološkega raka v Sloveniji, čeprav se je izobrazil med drugim na ustanovah v Pragi, Parizu in Münchnu, v Frankfurtu, Berlinu in na Dunaju, je po sili razmer leta 1933 moral zapustiti državno službo in je šel v zasebno prakso. Še naprej pa je izkoristil vsako možnost, da se je izobraževal v tujini in ga lahko sledimo po vseh znanih institucijah v Evropi. Leta 1938 je bil poklican v nov takratni banovinski Zavod za zdravljenje in raziskovanje novotvorb v Ljubljani, katerega vodenje je prevzel leta 1942, po smrti ustanovitelja Onkološkega inštituta doc. dr. Cholewe. Leta 1948 je bil imenovan za izrednega profesorja na Medicinski fakulteti v Ljubljani.

Bil je izvrsten učitelj študentov in nas mladih zdravnikov. Kot takratna asistentka na medicinski fakulteti sem mu pomagala pri pripravi bolnikov za predavanja, katerim sem z velikim veseljem in zanimanjem prisostvovala, vedno kadar je to dopuščal čas.

S hvaležnostjo se zavedam, da sem bila obdarjena z dvema izbranimi učiteljema. Vsega sta me učila. Ko sem po desetih letih dela na Onkološkem inštitutu v Ljubljani dobila službo v Radiumhemmetu v Stockholmu, sem bila enakovredna s tamkajšnjimi specialisti. Radiumhemmet je bil takrat na vrhu centrov za radioterapijo. Boljših učiteljev od teh dveh si ne morem zamisliti. Danes se vprašam, ali je specialist radioterapevt onkolog, ki bi šel v Radiumhemmet, še deležen take popotnice; ali ima mentorje, ki so mu vzor, in/ali je na enaki ravni, strokovno, moralno, kot smo bili takrat. Ali je sposoben od prvega dne enakovredno delati v takem centru, kot je Radiumhemmet.

Znanje naših mladih zdravnikov je močno odvisno od osebnih kvalit, čeprav bi le moralo odražati tudi kakovost učiteljev. Naši mladi zdravniki so si morali znanje priboriti v glavnem sami. Premalo so se učili radovednosti, samokritičnosti, spoštovanja do timskega dela, deliti znanje, učiti se od kolegov in tudi samozvesti. Zakaj sta mi omenjena mentorja želela pomagati na moji strokovni poti in me naučiti čim več tega, kar sta znala sama? Iz kakšnih nagibov? Materialne koristi nista imela, oba sta bila tudi že priznana strokovnjaka na visokih položajih in nista nabirala točk. Stroka je bila takrat res še mlada, radioterapija se je »rodila« s prvim specialističnim izpitom v Sloveniji leta 1955. Videla sta potrebe in zastavila pot za razvoj radioterapije in onkologije v Sloveniji. Ta se je od takrat širila in dosegla obseg, za katerega kaže, kot da mu danes nismo več kos. Česa nam manjka? Denarja, opreme, znanja, predanosti svoji stroki? In končno, ali imamo mentorje, ki bodo dali stroki svoj osebni pečat, znanje za stroko, ki so ji predani, učenci pa se jih bodo spominjali s hvaležnostjo in spoštovanjem ter jih kot dobri učenci skušali prekositi? Leta 1951 sem prišla na Onkološki inštitut kot sedma zdravničica. Takrat so bili na inštitutu: prof. Šavnik, doc. Ravnihar, primarij dr. Vakselj, primarij dr. Poljanšek, primarij dr. Jože Žitnik in dr. Danica Žitnik.

Približno pol leta sem bila deklica za vse. Prvi se mi je pridružil dr. Stojan Plesničar, kasneje še dr. Zdenka Podgornik in dr. Pavla Mavec ter čez nekaj let še primarij dr. Peršič, kirurg, in njegova žena dr. Majda Mačkovšek.

Primarija dr. Vakslja sem poznala le kratek čas, saj je kmalu po mojem prihodu leta 1957 umrl. V ponedeljek zjutraj sem ga, opotekajočega se, srečala na hodniku v prvem nadstropju. Grdo sem ga osumila, da je še »včerajšnji«. Podprla sem ga in odpeljala v čajno kuhinjo na čaj. Tam je sedel, kmalu se mu je povetil obraz, ni mogel več govoriti in ni se mogel

postaviti na noge. Odvlekli smo ga v predstojnikovo sobo, kjer je postal nezavesten in se ni več prebudil. Seveda smo bili pretreseni in žalostni.

Vsi smo se zbrali na njegovem pogrebu in ko je bilo obreda konec, smo stali tam, se tresli od mraza in prizadetosti in se pogledovali: »Kaj sedaj?« Pa pravi Nataša: »Če bi bil z nami, vem, kaj bi predlagal. Gremo k šestici«. In to smo storili. Žalost smo kolektivno zapili, se zabavali na Vakslov račun z ljubeznivimi zgodbami in verjeli, da ga ne bomo nikoli pozabili.

Na medicinski fakulteti je bila decembra 1947 ustanovljena katedra za onkologijo in radioterapijo – prva v Jugoslaviji in tudi ena redkih na svetu; njen prvi predstojnik je bil dr. Leo Šavnik.

Dr. Božena Ravnihar je ob 35. obletnici Onkološkega inštituta v Ljubljani zapisala:

»Leta 1955 je spomina vredno v razvoju naše radioterapije tudi zato, ker sta tedaj 2 naši zdravnici opravili specialistični izpit iz radioterapije in se je radioterapija tako uveljavila pri nas kot samostojna panoga medicine.«

Domišljam si, da sva bili tudi midve še pionirki. Kontaktna terapija z radijem, tako imenovane »brahirdiaterapije«, sva se učili tako rekoč z golimi rokami. Povedali so nama, koliko je radija v kakšni tubi ali igli, polagali sva, zabadali, računali iz »Patersona« doze in se sproti učili. Načrt obsevanja z izodoznimi krivuljami smo takrat še risali z roko. Prvi radioterapevt že naslednje generacije se je šel tega učiti v London šele leta 1972. Danes je marsikaj zelo drugače. Na voljo so aparati za določanje lege tumorja v globini, načrt za obsevanje izdelava računalnik. Kar sva znali midve, sva se naučili iz knjig, od dr. Božene Ravnihar, ki se je leto dni učila in urila v Radiumhemmetu v Stockholmu, ter dveh ginekologov in kirurga, ki je pogosto pomagal pri zapletenejših »aplikacijah«.

Pobudo za uvedbo radioterapije kot samostojne specialne medicinske

stroke je dala dr. Božena Ravnihar. Takrat smo imeli v Sloveniji (in tudi v večini drugih držav v Evropi) le specializacijo iz radiologije, v kateri sta bili združeni diagnostika in terapija. Vse formalnosti je opravila ona, midve z Danico pa sva dobili za domačo nalogo knjigo Ralstona Patersona, izdano 1952 v Londonu, »Treatment of malignant disease by radium and X-Rays« in knjigo Richarda Kurta Keppa »Grundlagen der Strahlenbehandlung«, izdano v Stuttgartu leta 1951. Sama sem pred tem že prebrala »Cancer« avtorjev Laurena V. Ackermana in Juana A. Del Regata, izdano v Londonu leta 1947. Zelo lepa knjiga, ki je še vedno aktualna, tako kot stavek v uvodu: **»Če vam bolnik umre, nikar ne recite: "Saj je imel tako in tako raka." Vprašajte se raje, kaj bi pri naslednjem bolniku naredili drugače, da bi ga ozdravili.«** Ta stavek mi je ostal za življenje in naj bi bil vodilo pri delu vsakega zdravnika, ki zdravi bolnika z rakom.

Ker smo za onkologijo pravkar dogradili veliko, novo stavbo, ki se vsa

sveti v steklu, bom navedla še nekaj stavkov, ki jih je zapisal leta 1946 Cutler, tudi pionir na področju onkologije. V slovenščini bi se glasili nekako takole: **»Pri ustanavljanju onkološkega inštituta ali bolnišnice je najpomembnejši korak izbira zdravnikov. Pri tem se je treba zavedati, da je ta izbira edini pogoj za uspeh ali neuspeh projekta; niti stavba niti obseg opreme ne bodo odločilni dejavnik, ampak vzgoja, zasnova, znanje, izkušnje, vzdušje, fantazija in idealizem vodstva in njegovih sodelavcev. Rast in razvoj inštituta naj bosta odvisna in omejena samo od znanstvenih prispevkov in dosežkov.«** Naši pionirji onkologije so se očitno vsega tega dobro zavedali. Takole se jih spominja dr. Božena Ravnihar, ko govori o razvoju in rasti inštituta ob njegovi šestdesetletnici:

»Z občudovanjem in spoštovanjem se moramo danes spominjati daljnovidnosti in smelosti naših pionirjev, da so ravno s prav tako obsežno zasnovo v

skrajno skromnih razmerah začrtali naš inštitut. Marsikaj se zdi danes že samo po sebi umevno, vendar pa si zasnova in njena uresničitev nista lahko utirali poti niti ob ustanovitvi inštituta niti kasneje.«

Res je, da se je v slovenski onkologiji po prvih pionirskih dosežkih ter neverjetnem vzponu in širitvi razvoj ustavil za več desetletij. Vzroki za to niso neznani. Proces, ki vodi navzdol, je težko ustaviti, še težje ga je spet obrniti v napredek. A kaže, da bo šlo kljub mnogim birokratskim oviram in pomanjkanju kadrov vsaj dveh generacij. Med mladimi onkologi je kar nekaj takih, ki jemljejo svoj poklic v onkologiji resno in zagnano, imajo fantazijo in verjamem, da imajo ideale. Kar se mi zdi tudi zelo pomembno in daje upanje na uspešno prihodnost, je njihovo medsebojno prijateljstvo in da se med seboj spoštujejo, se razumejo in si pomagajo.

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

Okužbe in razpoloženje

Nina Mazi

Po preboleli virusni okužbi glavnina pacientov poroča o slabem, bolj žalostnem, melanholičnem razpoloženju, pomanjkanju volje, navdušenja in zagona ter o pomanjkljivih kognitivnih sposobnostih. Zdravniki so tovrstne pojave doslej pripisovali predvsem utrujenosti in izčrpanosti organizma zaradi bolezni, najnovejše raziskave, h katerim je znanstvenike spodbudila pretekla pandemija virusa SARS (covid-19), pa je privedla do zanimivih, doslej neznanih odkritij. Najnovejši rezultati poglobljenih študij okužb in njihovih vplivov na organizem pričajo, da so (resnejše, dolgotrajnejše) okužbe povezane z disfunkcijo avtonomnega živčevja, s pomanjkanjem serotonina (hormona sreče) v možganih, ki ga povzroča virusna RNK oz. interferoni, ki jih ta inducira, s pomanjkanjem serotonina na periferiji, ki zaradi motenega

delovanja vagusa povzroča slabše kognitivne sposobnosti, z moteno črevesno absorpcijo določenih aminokislin s triptofanom na čelu (prekurzor serotonina), s hiperkoagulabilnostjo, trombocitopenijo in drugimi spremljajočimi dejavniki.

Najnovejše ugotovitve, ki so jih znanstveniki preučevali predvsem pri bolnikih z »dolгим covidom«, naj bi koristile tudi pri obravnavi bolnikov z drugimi dolgotrajnejšimi virusnimi okužbami.

Viri: [sciencedirect.com](https://www.sciencedirect.com), www.science.com, *Nature Reviews Immunology* 23

Nina Mazi, Ljubljana

Ob 300-letnici rojstva

Polihistor dr. Joannes Antonio Scopoli (1723–1788) – zdravnik idrijskih rudarjev

Zvonka Zupanič Slavec

Ime Joannesa Antonia Scopolia zapisujem s tresočo se roko, saj gre za takega velikana naravoslovja pri Slovencih, da ob vsakem novem prebiranju njegovega dela naletim na nova in nova spoznanja. Današnji čas, podprt z računalniki, medmrežjem, kopico vsakršne literature in pomagala, omogoča množično ustvarjanje različnih del. Tukaj pa imamo ustvarjalca, rojenega pred tristo leti, ki je bil skorajda golorok, pa je na vsakem koraku puščal neizbrisne sledi dela, duha, pronicljivosti, človeške dobrotljivosti in nezlomljive volje. Vsa tragika njegovega življenja s smrtjo vseh treh žena in številnih otrok, vse prepreke njegovega rudniškega zdravniškega dela in vsi biči, ki so ga bičali, mu niso mogli zlomiti neskončne volje. Biseri njegovih spoznanj so plod njegovega trpljenja. Dana mi je bila tudi sreča, da sem rastla ob dveh izjemnih Scopolijevih poznavalcih, profesorjih, biologu Tonetu Wraberju in zdravnici Darinki Soban, ki sta mi z najglobljam poznavanjem njegovega življenja in dela vlila do njega globoko spoštovanje. Prav tako je prevzemajoč zapis pionirja zgodovine medicine pri nas doc. Ivana Pintarja o Scopolijevem zdravniškem poslanstvu med nesrečnimi zastrupljenimi in umirajočimi idrijskimi rudarji, katerih vdove so bile neredko velikokrat poročene ... Tudi Pintarjev sin prim. Luka Pintar je nasledil očetovo ljubezen do Scopolia in je s svojo fotografsko lečo javnosti ohranil najlepše cvetove kranjske bunike *Scopoliae carniolicae*. Hvala mojim učiteljem in tudi organizatorjem velikih slovesnosti v Prirodoslovnem muzeju v Ljubljani, Idriji v Centru za upravljanje z dediščino živega srebra in Botaničnem vrtu v Ljubljani za izjemne

dogodke ob tem jubileju z odkritjem dveh doprskih kipov in dr. Jožetu Bavconu za slovensko-angleški zbornik o Scopolijevem poslanstvu.

Idrijsko živo srebro – tri četrtnine habsburškega izvoza

Že iz antičnega časa, odkar poznamo opise dela v španskem rudniku živega srebra Almadenu, največjem tovrstnem rudniku na svetu, so znani njegovi toksični učinki. V Idriji pa je bil drugi največji rudnik živega srebra. Idrija je geografsko zelo izoliran kraj, četudi je bila v Scopolijevem času drugo največje mesto med Slovenci. Brez cestnih povezav je bila od odkritja rudnika naprej v začetku 16. stoletja kot na koncu sveta. Nadzor nad Idrijo in njeno izoliranostjo je avstrijskemu dvoru, ki je bil rudniški lastnik, zagotavljal prevzem vsega pridelanega živega srebra in z njim vsega dobička skozi 400 let, od odkritja živosrebrove rude v Idriji sočasno z odkritjem Amerike pred koncem 15. stoletja. Okoli 1000 rudarjev in tudi več je lastnikom dajalo največji dobiček vsega slovenskega sveta, ki je predstavljal nad tri četrtnine habsburškega izvoza. Zato so ga skrbno odvažali le na hrbitih mul čez alpske prelaze ali do tržaškega pristanišča in naprej v Benetke, ali do Amsterdama, od koder so ga vozili predvsem čez Atlantik do Mehike in njenega največjega rudnika srebra v kraju San Luis Potosi na Mehiškem višavju in do Peruja in Andov s tamkajšnjim največjim rudnikom srebra v Potosiju ter tudi do drugih rudnikov srebra in zlata. V teh rudnikih so uporabljali živo srebro za amalgamacijo srebra in zlata. Ta zelo toksičen postopek je zdravstveno zelo škodil rudarjem in talivcem rud ter povzročal tudi hudo ekološko škodo.

Kakšno bogastvo je predstavljalo idrijsko živo srebro, pove npr. podatek, da je Napoleono-



Vrhunski poznavalci življenja in dela polihistorja dr. Scopolia so ob 300-letnici njegovega rojstva na odlično organiziranem srečanju v Idriji predstavili nepresežnost njegovega dela, ki ga uvršča med velikane evropskega naravoslovja, kot je Carl von Linne za Švede ali Charles Darwin za Angleže.

va vojska na svojih osvajalnih pohodih v začetku 19. stoletja najprej pohitela v Idrijo. Tako so ob prvem prihodu leta 1797 prehiteli Avstrijce, ki niso uspeli pravočasno odpeljati 160 ton tekočega živega srebra, shranjenega v železnih retortah, in 4,5 tone cinobra, kar je bilo skupaj vredno dva milijona avstrijskih goldinarjev oziroma 5,5 milijona francoskih frankov. Ko so leta 1805 ponovno za tri mesece prišli na avstrijsko ozemlje, so imeli skrbno pripravljen takojšnji plenilski pohod na Idrijo, a so tokrat Avstrijci pravočasno odpeljali zaloge. Leta 1803 je rudnik tudi pogorel in je trajalo dve leti, da se je proizvodnja ponovno vzpostavila. Okoli 4000 idrijskih prebivalcev je živelo od rudnika, okoli 1000–1200 jih je delalo v rudniku in gozdovih, saj so potrebovali les za ustvarjanje podzemskih rogov. Takrat jih je bilo že okoli 40 kilometrov, dosegel pa jih je okoli 200 z največjo globino skoraj 400 m. Avstrijska dvorna komora je zelo natančno nadzirala proizvodnjo in ustvarjeni rudniški dobiček. V času Ilirskih provinc so Francozi v letih 1809–1813 ponovno skrbno nadzirali rudnik. Pri tem si je Napoleon s svojim kanclerjem in za svojega sina leta 1810

skrivoma izdelal poseben načrt delitve dobička (Red treh zlatih run), a ne v državno, ampak lastno blagajno. Šlo je tako daleč, da so pobrali ves dobiček in je za idrijske plače zmanjkalo denarja, zato je prišlo do hudih nemirov. Napoleon je ukazal v rudnik pripeljati najboljše rudniške strokovnjake, da so modernizirali in izboljšali delovanje, vse pa le z namenom povečati dobiček. Da je bil ta ogrožen, pove podatek, da so samo leta 1813 v rudniku proizvedli 280 ton čistega živega srebra. Idrijski rudnik je bil res prava zakladnica, do katere se je želel dokopati vsak dobičkar. Za Napoleonove osvajalske pohode se je vedelo, da so tudi plenilske narave.

Scopolijevo zdravniško delo za idrijske rudarje

Scopoli je bil razgledan človek razsvetljenske dobe, ki ni prišel nepoučen med idrijske rudarje. Poznal je študije zdravnikov, ki so se ukvarjali z rudarskimi boleznimi. Prišel je v silno skromne idrijske razmere, kjer sta med prebivalci vladali socialna beda in nezavidljivo zdravstveno stanje. Želel je izboljšati zdravstveno stanje tamkajšnjih rudarjev. Z lastno

izkušnjo je pri delu kmalu spoznal, da je živo srebro tako toksično, da bi morali delavci iz jaškov večkrat prihajati na svež zrak, da bi morali imeti šesturni delovnik, ki so ga kljub že sprejetemu zakonu v njegovem času iz ekonomskih razlogov očitno opustili, in pripadati bi jim moral tudi bolniški dopust. Priporočal je vsakodnevno kopanje po vrnitvi iz jaška. Te ukrepe je v pisni obliki večkrat predlagal na dunajski dvor, vendar z njimi skoraj v nobenem pogledu ni uspel. To je predstavila dunajska zgodovinarica medicine prof. dr. Erna Lesky.

Leta 1761, v šestem letu svojega dela v Idriji, je Scopoli popisal svoja spoznanja o bolezni idrijskih rudarjev v tretjem delu knjige »De Hydrargyro Idriensi. Tentamina physico-chemico-medica« (Fizikalno-kemijska medicinska razprava o idrijskem živem srebru). Zapis natančno predstavlja zdravstvene težave tamkajšnjih rudarjev. Kot najpogostejše simptome opisuje tremor, slinjenje, kašelj, dušenje, driske, intermitentne vročice in črevesno parazitozo. Popis simptomov izvira iz osebnega opazovanja, kar je v uvodu tudi neposredno zapisal. Potrdil je tudi, da alkoholizem znatno poslabša znake zastrupitve z živim srebrom, in zapisal, da je alkoholizem poklicna bolezen rudarjev. Z imenom rudarska astma je opisal pnevmokoniozo s tuberkulozo. Njeno klinično sliko je dopolnil z vzročnim raziskovanjem in z obdukcijskimi izvidi. Za zmanjšanje škodljivih učinkov živega srebra so v Idriji vlažili zrak in nosili mokre lanene krpe pred usti in nosovi. Najhujše zastrupitve pa so bile med talivci rude. Ko so uvedli španski postopek taljenja v zaprtih cevni (aludelskih) pečeh (1606), so živosrebrove pare krožile v zaprtem sistemu, vendar so cevi pogosto počile. Med simptomi akutnih zastrupitev je Scopoli opisal sladek okus v ustih, slinjenje, izpadanje zob, rane v ustih, glavobole, tremor in močno psihično vznemirjenost. Slovenski zgodovinar medicine doc. dr. Ivan Pintar je leta 1954 objavil podrobno analizo medicinskega dela Scopolijeve razprave.

S Scopolijevim delom je nadaljeval bretanski kirurg in naravoslovec Balthasar Hacquet (1739–1815), ki mu je uspelo doseči, da so se rudarji okopali takoj po delu. Zaradi ekonomskih razlogov pa nikakor ni uspel pridobiti podpore dvora za dodelitev dnevne pollitrške merice mleka rudarjem, kot je predlagal.

Scopoli in tudi njegov naslednik Hacquet sta bila pri oblasteh nepriljubljena zdravnik, ker sta nenehno zahtevala, da oblasti upoštevajo naravo rudarskega dela v Idriji in zagotovijo rudarjem ustrezen delovnik ter možnost prihajanja na svež zrak iz jaskov ali od talilnih peči. Vzrok je tičal v zvestobi stroki in odgovornosti do svojih bolnikov. Zahteva po bolniški odsotnosti prav tako ni bila uslišana. Dvor je dajal rudarjem tako mizerno plačilo, da z njim niso mogli preživeti in so morali zato še dodatno delati.

Kljub temu da je Scopoli dvor prepričeval o možnostih večjega izkoriščanja rudnika ob boljšem zdravstvenem stanju rudarjev, ni naletel na razumevanje in podporo. Scopolijevi poskusi, da bi kot začetnik medicine dela v Idriji vpeljal temeljne preventivne ukrepe, so bili zatrti. Četudi je deloval v duhu higijene in socialne medicine ter čutil potrebo, da jo začne prav tukaj, kjer je dodatno kot socialna bolezen vladal še alkoholizem, je bil v tem bednem rudarskem mestu, ki pa je bilo v njegovem času veliko, z okoli 8000 prebivalci, nemočen. Scopoli je kot začetnik medicine dela, socialne medicine in preventive v Idriji sredi 18. stoletja iz dneva v dan doživljal razočaranja in zato obupal nad ignoranco oblasti. Samo za idrijske delovne invalide je prevzela skrb takratna država in zanje odprla cesarski špital v Ljubljani, kjer so kronični bolniki preživljali jesen svojega življenja. Rudarji pa so si sami uredili »zdravstveno zavarovanje« z »bratovsko skladnico«, v katero so oddvajali del plačila za zdravljenje ali invalidsko pomoč.

Scopoli je v sebi nosil izjemne sposobnosti in gnala ga je ustvarjalna sla, tako da se je začel zatekati k drugemu delu. Duhovno so ga izčrpa-



Scopolijev kip v Botaničnem vrtu Ljubljana, odkrit junija 2023 (foto: Zvonka Zupanič Slavec)

vali še družinski dogodki: smrt žene, s katero je prišel iz rodnega Cavaleseja, poroka z drugo, ki mu je prav tako umrla, in še tretjo ženo ter rojstvo številnih otrok, ki so vsi umrli. Zatekel se je k nedotaknjeni idrijski in kranjski naravi in jo postopoma raziskoval. Njegova ostroumnost in tankočutnost sta omogočili kopico novih spoznanj in odkritij. Popisal jih je v knjigah »*Flora Carniolica*« (1760) (Kranjska flora – rastlinstvo) in »*Entomologia Carniolica*« (1763) (Kranjska entomologija – veda o žuželkah). Pri njiho- vem spoznavanju se je ob nejasnosti pisno obračal na takratno evropsko naravoslovno avtoriteto Carla von Linnéja, ki ga je prav tako obogatil z lastnimi odkritji, npr. polha in človeške ribice. Dragocen je prispevek zdravnice anesteziologinje prof. dr. Darinke Soban (1921–2008), ki je prevedla korespondenco med obema znanstvenikoma.

Scopolijevo medicinsko delo, četudi je bil poslan v rudarsko Idrijo kot zdravnik, predstavlja manjši del njegovega opusa. Etično je ostal zavezan svoji stroki in po svojih najboljših močeh simptomatsko

zdravil bolnike. Iskal je tudi možnosti za psihofizično izboljšanje zdravja rudarjev in za preprečevanje kroničnega merkuralizma. Na drugih področjih naravoslovja je našel možnosti za plodno izživetje svojega duha in se pri nas zapisal med velike naravoslovce 18. stoletja, enako kot Švedom Linné ali Angležem Darwin. Slovenci, ki smo v poltisočletnem času delili skupno usodo z drugimi narodi takratne habsburške monarhije, smo imeli raziskovalca, ki je del naše skupne zgodovine. Zato je potrebna celostna predstavitev ustvarjalnega opusa tega naravoslovnega polihistorja. Medicina kot univerzalna znanost takratne dobe je Scopoliju dala temeljno znanje še za spoznavanje botanike, zoologije, mineralogije, metalurgije, kemije, medicine dela in tudi splošne geologije.

Temeljna literatura

1. Petkovšek V. J. A. *Scopoli, njegovo življenje in delo v slovenskem prostoru. Razprave XX/2*. Ljubljana: SAZU, 1977.
2. Soban D. *Linnejeva pisma Scopoliju (1761–1773)*. Ljubljana: Prirodoslovno društvo Slovenije, 1995.
3. Pfeifer J. *Zgodovina zdravstva. Zdravstvo idrijskega in socialno varstvo idrijskih rudarjev v preteklih stoletjih*. Mestni muzej Idrija, 1989.
4. Pintar I. Johannes Antonius Scopoli in njegovo prizadevanje za obrtno higieno. *Arh. hig. rada*, 5 (1954): 3–4; 309–320.
5. Šumrada, J. (2009): Bonaparte et la mine d'Idrija. In: Dular, A. & J. Šumrada (sous la dir. de): *Sous les aigles napoléoniennes. Catalogue d'exposition du bicentenaire des Provinces illyriennes*. Ljubljana, Narodni Muzej, 111–121.
6. Zupanič Slavec Z. Slovenski začetki medicine dela v Idriji v 18. stoletju. *Med Razgl* 1996, 35: 581–591.
7. Pintar I. Johannes Antonius Scopoli in njegovo prizadevanje za obrtno higieno. *Arh. hig. rada*, 5 (1954): 3–4; 309–320.
8. Zupanič Slavec Z. Occupational medicine in Idria mercury mine in 18th century. *Vesalius*, December 1998; (2): 51–59.

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

V spomin doktorju Stjepanu Žigerju, izrednemu strokovnjaku in predvsem človeku

Rado Žic Mikulin

Odšel, odšel je naš Štjef. Odšel je tja, kamor bomo prej ali slej odšli vsi. Zapiskala, zatrobila mu je trobenta, njeni melodiji je sledil, ne da bi se oziral na vse, kar je puščal za sabo.

Spominjam se dneva, ko sva se prvič srečala. Na oddelek je prišel mladenič svetlih las, ki je s široko odprtimi modrimi očmi, malo prestrašen, gledal in mislil, le v kaj se spuščam. Rekel je, da je dobil specializacijo iz otorinolaringologije za Zdravstveni dom v Mariboru. Uredili so, da jo je lahko opravlja na ORL-oddelku Splošne bolnišnice Maribor. Sledilo je moje vprašanje: »Ali boš zmogel?« Odgovoril je: »Vaši so me sprejeli.« Že naslednji dan je bil na našem oddelku. Začel je enako, kot smo začeli vsi. Korak za korakom je vpiljal znanje. Bil je radoveden in izreden učenec, nikoli mu ni bilo nič težko. Vedno je sledilo vprašanje: »Zakaj to, zakaj tako?«

Ob specializaciji je dodatno delal, nadomeščal kolege v splošnih ambulantah in, kot vsi, dežural po okolici Maribora. Tudi takrat je primanjkovalo zdravnikov. Pogosto je prišel na oddelek moker, umazan in z utrujenimi, krvavimi očmi od nočnega dežuranja. Na vprašanje: »Boš zmogel?« je odgovoril: »Seveda, bom. Ne skrbite.«

Dokončal je specializacijo, naredil izpit in začel delati v ORL-ambulantni zdravstvenega

doma. Vsak teden je prihajal na oddelek in vprašal po pacientih, kako so in kako poteka zdravljenje. Zmeraj mu je zažarel obraz, ko je izvedel, da je zdravljenje dobro potekalo in da je pacient odšel domov zdrav. Zvesto in vztrajno je delal v svoji ambulanti, se usposabljal in ko ni dežural, je dolgo v noč študiral novosti, ki so dnevno prihajale. Obvladal jih je in z njimi pomagal svojim bolnikom.

Vedno je bil dober strokovnjak in predvsem, predvsem dober človek. Ta njegova človečnost ga do zadnjega ni zapustila. Sledeč melodiji trobente je odšel s čistim srcem v neznano, upajmo, da v novo življenje. Telo je ostalo v zemlji, po kateri se je sprehajal in ki jo je vzljudil. Anima, duša, pa je šla po svoji poti. Ali se bomo še kdaj srečali ali ne, je vprašanje, na katero nihče ne pozna odgovora.

Zagotovo pa je za njim ostala njegova ogromna skrb za bolnike, njegova strokovnost, izredna človečnost in čut za pomoč človeku, ki je v stiski.

Štjef, naš Štjef, za vedno boš ostal v mojih spominih in spominih tistih, ki si jim nesebično pomagal.

**Prim. dr. sci. Rado Žic Mikulin, dr. med.,
univ. spec. ORL, Maribor**

Čuječnost za vse (nas)

David Zupančič: *Znanost mirnega življenja*.
Ljubljana: Mladinska knjiga, 2023

Zdenka Čebašek - Travnik

Čuječnost kot izraz, pojem ali praksa je prisotna v našem okolju že vrsto let. O čuječnosti imamo tudi v slovenščini dostopno obsežno literaturo: iskanje v Cobissu nam je v decembru 2023 ponudilo več kot 800 naslovov, od tega 400 knjig. V zadnjih letih se je močno razširila tudi ponudba različnih izvajalcev, ki čuječnost poučujejo po metodi MBSR (*mindfulness-based stress reduction*), večinoma v 8-tedenskih tečajih in rednih vajah meditacije skozi vse leto. Glede na to bi lahko sklepali, da je čuječnost vseprisotna in da jo bomo vse bolj uporabljali v »vsakdanjem življenju«. Mnoge znanstvene objave potrjujejo koristnost vadbe čuječnosti, zato bi pričakovali, da jo že vključujemo v različne zdravstvene dejavnosti, tako terapevtske kot preventivne.

Vse opisano bi nam lahko pojasnilo velik uspeh knjige Davida Zupančiča *Znanost mirnega življenja*. Avtor, katerega prva knjiga *Življenje v sivi coni* (2022) je bila knjižna uspešnica, nas navdušuje tudi s svojo drugo knjigo, saj bo prva izdaja v nakladi 7500 izvodov v času pisanja tega prispevka skorajda pošla. Zato me je zanimalo, v čem je skrivnost njegove razlage čuječnosti, s katero je privabil tako številne bralce (in kupce) te knjige.

Prvi odgovor mi je ponudil kar avtor sam z naslovom poglavja *Neskončen potencial zgodb v naši glavi*. Do čuječnosti nas pripelje skozi zgodbe, nekatere od njih so povzete iz strokovne literature, druge so njegove lastne, oboje pa dovolj zanimive, da obdržijo bralčevo pozornost. Predstavlja jih v načinu navideznega pogovora z bralcem, v vlogi dobrega prijatelja, s katerim se lahko tudi *ne strinjaš* – pa bo kljub temu ostal prijatelj. In takšna prijateljstva obetajo ...

Avtorjev način prepričevanja je prijateljski in poučen hkrati. Medtem ko se nekatere druge knjige o čuječnosti prvenstveno posvečajo metodam in tehnikam meditacije, je Zupančičev pristop povsem drugačen: izpostavi določeno težavo, jo osvetli z več strani in potem bralcu ponudi misel ali citat neke druge osebe, kot je



primer: *Nihče te ne more prizadeti samo z besedami – dokler jim sam ne pripišeš pomena*. Seveda se takoj vprašamo, kako pa doseči stanje, da takšnim besedam ne pripišemo pomena, če pa so nas tako zelo prizadele. Del odgovora boste našli med branjem knjige, drugi del boste morali poiskati sami, tudi ob pomoči razmišljanja psihiatra Viktorja Frankla, ki je zapisal, da je *med stimulusom in odzivom prostor, v katerem se skriva naša moč, da zavestno izberemo svoj odziv*.

Marsikomu bo zanimiva razlaga *uvida in namena učinka*. Nekaterim se to zdi preprosto in jasno, drugim (med katere se prištevam tudi sama), pa predstavlja določen izziv. Zato sem bila vesela podrobnejših pojasnil v obliki več zgodb, iz katerih avtor izpelje misel: *»Tako kot je prav, da smo pozorni na namen svojih pripovedi in zapisov, je obenem prav, da skušamo čim bolj objektivno razbrati namene drugih.«* Seveda večina od nas to misel pozna, zato se vprašamo, kaj ima to opraviti s čuječnostjo oz. z znanostjo mirnega življenja. Odgovor je takšen: gre za *iskrenost* v komunikaciji, kar vodi v zmanjšanje stresa. Jasno se odločite, s kakšnim namenom kaj poveste. *Kaj je tisto, kar želite sporočiti*, nam svetuje avtor. Vendar se stvari lahko obrnejo tudi v drugo smer in tudi to nam predstavi v nadaljevanju.

Šele tukaj bralec zares vstopi v trening MSBR skozi meditacijo *Gora*, ki jo je avtor objavil tudi

na spletu, enako kot vodeno meditacijo *Pregled telesa*, oboje je na voljo na YouTube kanalu avtorja www.youtube.com/@DavidZupancic.

Avtor nas pripelje še do ene ključne ugotovitve: *kdor želi pisati knjigo o notranjem miru, bo pisal knjigo o odnosih*, in pri tem takoj izpostavi odnos do sebe. Tudi to poglavje je dobro opremljeno z referencami, zaradi katerih lažje razumemo nekatere stiske, ki jih pogosto obravnavajo psihiatri in psihoterapevti.

Nikakor ne kaže preskočiti poglavja *Velikih pet*, ki prispevajo k mirnejšemu in srečnejšemu vsakdanjiku: praksa vsakdanje hvaležnosti, ostani tukaj in sprejmi svojo odgovornost, ne zadržuj pohval zase, pridruži se tujemu navdušenju in odloži snežno kroglo. Koncepte preberite in če se vam kateri zdi zanimiv in v njem najdete smisel, ga poskusite izvajati, svetuje avtor. Posebno poglavje je namenjeno *nespečnosti* oz. opisu tega, kako se je z lastno nespečnostjo (uspešno) spopadel avtor. Tukaj je uvedel tudi pojem PMR (*progresivna mišična relaksacija*) in predstavil, kako jo lahko vadimo.

V mojem pregledu knjige je naklonjenost vzbudilo poglavje *Mala šola počivanja*. Tudi ta se začne z zgodbo (o Winstonu Churchillu) in nadaljuje v dialogu avtorja z bralcem. Nekoč je bližnjemu prijatelju, ki je bil v težavnem obdobju življenja, svetoval, naj začne meditirati. Ta mu je odgovoril, da je njegova meditacija hoja po gozdu. Logično sledi navezava na strokovne članke o tej temi, saj je že dolgo dokazano, da je hoja v naravi koristna in tudi zdravilna. Zadnje poglavje Zupančičeve knjige govori o ljubeznivosti in nosi naslov *Človek do ljudi*. Nove zgodbe in vodena *meditacija ljubeče naklonjenosti* lepo zaključijo čas, ki smo ga (ali ga bomo) posvetili branju knjige, in nas spodbudijo, da začnemo ali nadaljujemo s spremembami, ki bodo v naša življenja pripeljale čuječnost in več mirnosti.

Knjigo lepo zaokroži spremna beseda prof. dr. Boruta Škodlarja, ki je med drugim znan po svoji knjigi *Samoumiritev*. Ta je nastala po seriji radijskih oddaj, ki so nastale v času epidemije covid-19 in so še vedno dostopne poslušalcem (<https://365.rtvsi.si/oddaja/samoumiritev/173251142>).

Da bi preizkusila delovanje čuječnosti v praksi, sem se, skorajda sočasno z branjem Zupančičeve knjige, sama udeležila dveh tečajev. Praktične izkušnje iz MBSR sem pridobila pri dr. Simoni Mlinar (<https://www.steza-mlinar.si/>), izkušnje iz gozdne terapije pa pri Ani Hribar Podkrajšek (<https://www.instagram.com/vobjemugozda/>). Izbi- ra obeh je bila krajevno (okolica Kamnika) in časovno pogojena (prvič na voljo v tem okolju). Obe skupini sem doživela izrazito pozitivno. Za vse, ki se boste podali na praktično pot vodenega preizkušanja čuječnosti, je pomembno, da poznate izvajalce oz. izvajalke in njihove kompetence (certifikate). Če omogočajo predstavitveno srečanje, se ga udeležite. Pomembno je, da se ob prvem srečanju z njimi počutite dobro, da vam je njihov glas prijeten (vodene meditacije so osrednji del vadbe) in da ste pripravljeni aktivno sodelovati, saj je tečaj le uvod v bodočo prakso bolj umirjenega življenja.

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

SISI – VABILO K SODELOVANJU

Tudi letos želimo v aprilsko številko revije Isis vključiti bogato in raznoliko humorno rubriko Sisi. Vabimo vas, da zapišete šale, smešne domislice, duhovite zgodbe, opišete zanimive dogodivščine ali morda kaj narišete in nam svoje zabavne prispevke (prozna besedila, pesmi, risbe, karikature ...) čim prej pošljete, saj se 1. april hitro približuje.

Gradivo bomo zbirali do 10. marca na e-naslovu: isis@zss-mcs.si

Vabljeni!

Tudi v športu se (lahko) daleč pride ...

Mednarodna uveljavitev Zavoda za rehabilitacijo invalidov v športu invalidov

Črt Marinček

Dolgoletni direktor Zavoda za rehabilitacijo invalidov Miro Vesel in šef zdravnik prim. dr. Slobodan Grobelnik sta nudila vso možno podporo programu invalidskega športa, ki ga je v zavodu začel razvijati Bojan Hrovatin. Prva mednarodna tekmovanja v prostorih Zavoda za rehabilitacijo invalidov so bila leta 1969, in sicer z italijanskimi paraplegiki v košarki, plavanju in lahki atletiki. Tistega leta je ekipa 10 športnikov paraplegikov nastopila na 2. evropskem prvenstvu v lahki atletiki na Dunaju (osem medalj, med njimi štiri zlate).

Po prezgodnji smrti Bojana Hrovatina leta 1970 sva s Petrom Jakšetom nadaljevala začeto delo in dobro pripravljeno ekipo paraplegikov popeljala na Dunaj na 3. evropsko prvenstvo. Petnajstčlanska ekipa je v lahki atletiki in namiznem tenisu osvojila 17 medalj, od tega šest

zlatih, in dosegla vrsto dobrih uvrstitev. Odmev v mednarodni javnosti ni izostal in kmalu sem dobil pismo prof. Ludvika Guttmanna, očeta športa za paraplegike, ki je našo reprezentanco povabil na olimpijske igre v Heidelbergu avgusta 1972. V konkurenci več kot tisoč športnikov iz 43 držav so naši tekmovalci osvojili dve medalji, od tega eno zlato. Poudariti je treba, da so vse strokovne priprave in treningi potekali v zavodu, kjer je invalidski šport imel takrat vso ustrezno finančno in družbeno podporo.

Naši tekmovalci so še naprej nizali uspehe. Prvič so se paraplegiki udeležili mednarodnih Stoke Mandeville iger za parali-

zirane julija 1973. Med 540 tekmovalci iz 37 držav so osvojili osem medalj, od tega tri zlate, tri srebrne in dve bronasti. Jedro tedaj še jugoslovanske reprezentance so tvorili predvsem slovenski tekmovalci in nekaj hrvaških. Ne tako redko so bili v tistih letih najuspešnejši invalidi športniki tudi dobitniki Bloudkovih nagrad in plaket.

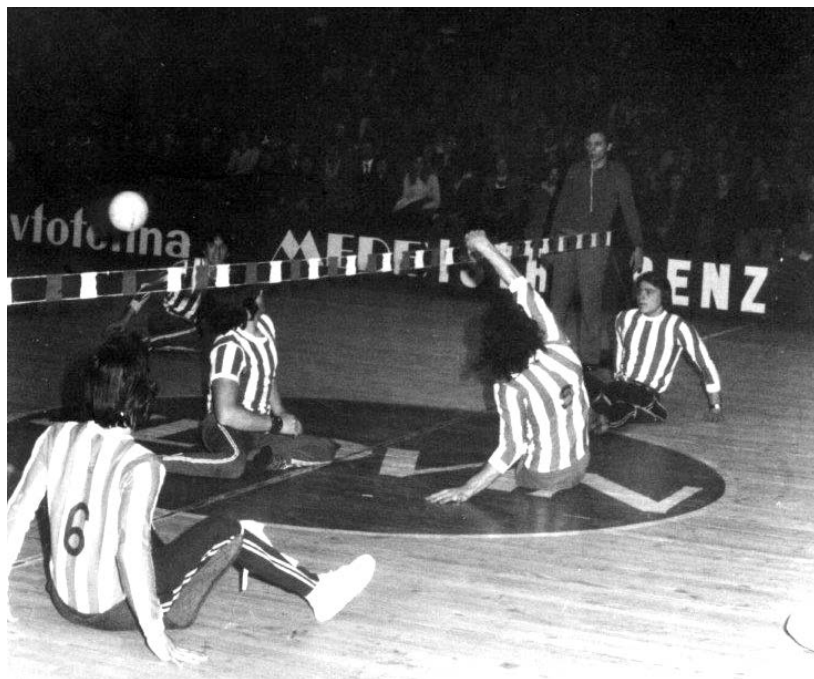
Politično-diplomatske spletke pa niso prizanašale niti športnikom invalidom. Tako so 1976 kljub že pripravljenim kovčkom in letalskim kartam tik pred odhodom na paraolimpijado v Toronto ostali doma zaradi sodelovanja Južne Afrike na takratni olimpijadi v Kanadi. Mimogrede povedano, to ni oviralo državne reprezentance Jugoslavije (zdravih), da ne bi nemoteno nastopala.

Aktivni športniki paraplegiki so v letnih športnih disciplinah trenirali pod vodstvom trenerjev Petra Jakšeta, Aleša Vesta, Leopolda Toplaka in Bože Cankar. Enako uspešni so bili tedaj v zimskih športih športniki z amputacijo udov. Pod vodstvom direktorja zavoda Mira Vesela, ki je bil med njimi tudi sam zelo dober smučar, so se udeležili prvih olimpijskih zimskih iger na Švedskem (1976), drugih na Norveškem (1980) in nato čez štiri leta v Avstriji.

Seveda so bili mednarodni uspehi slovenskih športnikov invalidov pogojeni z redno športno rekreativno dejavnostjo, ki jo je omogočal zavod s prostori in kadri. Na razpolago so bili popoldnevi, vikendi, veliko svojega prostega časa so žrtvovali sodelavci vseh poklicev. Takrat je prevladovalo spoznanje, da je redna športna rekreativna dejavnost pod pogojem, da je vsebinsko in časovno pravilno načrtovana, človeku s hudo telesno prizadetostjo vsaj tako (če ne še bolj) potrebna kot zdravemu. Razvijali smo strokovno metodologijo psihološkega in obremenilnega testiranja, da bi lahko objektivno vrednotili psihofizično kondicijo invalidov na vozičkih.

Veliko mednarodnih športnih srečanj je bilo organiziranih tudi v Sloveniji oziroma Ljubljani.





Obiskovale so nas ekipe invalidov športnikov iz oddaljenih dežel, kot so Finska, Iran in Norveška.

Tako kot prvič že leta 1971, je bila tudi 1974 organizirana v športni dvorani Tivoli pred 3000 gledalci tekma v košarki med paraplegiki Slovenije in Hrvaške. Tudi sicer so bile tekme v košarki na invalidskih vozičkih večkrat organizirane kot predtekme ligaških tekmovanj ljubljanske Olimpije. Na tak način smo

dosegli večjo promocijo invalidskega športa. Odmevna je bila tudi organizacija Evropskega prvenstva v košarki na vozičkih v Hali Tivoli.

Poseben opis zasluži gostovanje ekipe košarkarjev na vozičkih iz Irana. Stanovali so v Zavodu za usposabljanje invalidne mladine v Kamniku, kjer so bile tudi tekme z našo reprezentanco. Za goste iz Irana je bil to prvi obisk v tujini po revoluciji, Islamska republika pa je namenila temu veliko

pozornost. Vodja reprezentance je imel s seboj v gotovini 30.000 nemških mark, vsak tekmovalec (skupaj 12) pa 10.000. Seveda jim v Kamniku niti banka ni mogla priskrbeti dovolj naše gotovine, pa tudi v trgovinah je hitro zmanjkalo športnih oblačil, fotoaparátov ipd. Med ogledom Ljubljane so seveda lahko nakupili vse želene. Vsi so imeli okoli vratu obešene velike slike Homeinija, ki so jih radodarno delili mimoidočim. Kmalu je sledilo 10-dnevno gostovanje naše košarkarske ekipe pod mojim vodstvom v Teheranu. Ves čas smo bili varovani z dobro oboroženimi bradatimi gardisti. Imeli smo omejeno gibanje, odklonili pa smo igranje košarke v majicah z dolgimi rokavi. Mule s Koranom v roki so nato sprejele odločitev, da ženske ne smejo gledati tekem. Kljub vsemu nadzoru in strogemu varstvu pa so našemu avtobusu zadnji dan odpovedale zavore, najverjetneje zaradi sabotaže. Ko smo po desetih dneh poleteli proti Zürichu, smo se resnično oddahnili.

V letih od 1970 do 1980 je tako poleg funkcionalne električne stimulacije invalidski šport zanesljivo največ prispeval k mednarodni uveljavitvi našega zavoda.

Zaradi visoke zahtevnosti strokovnega dela pri mednarodno veljavni klasifikaciji športnikov invalidov in zdravniškega nadzora v času priprav in samih paraolimpijad sta bila polno sodelovanje in podpora inštituta še naprej nujna. Tako je zdravstveni del ekipe slovenskih športnikov invalidov na paraolimpijadah v Barceloni vodil Rajmond Šavrin (1988), v Seulu (1992) Dušan Kaloper, v Atlanti (1996), Sydneyju (2000), Atenah (2004) in Pekingu (2008) prof. Helena Burger, v Londonu (2012) asist. Katarina Tonin, v Riu de Janeiru (2016) in Tokiu (2021) pa spet prof. Helena Burger.

Tudi letos bo spremljala sedem športnikov invalidov na paraolimpijskih igrah v Parizu.

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

Balthasar Hacquet v Ukrajini

Jurij Kurillo

Prispevek o francoskem kirurgu in naravoslovcu Balthasarju Hacquetu je bil v Isis že objavljen (junija 2021), tokrat bi pa rad prikazal njegovo življenje v Lvovu (ukr. Lviv), prestolnici takratne avstrijske Galicije, ki je pomenila naslednjo stopnjo njegovega delovanja po Ljubljani ... Hacquet je bil zaposlen kot kirurg – ranocelnik od 1766 do 1773 pri idrijskem rudniku živega srebra skupaj z zdravnikom in naravoslovcem Giovannijem A. Scopolijem. 1773 je odšel v Ljubljano, kjer je postal predavatelj na novoustanovljenem mediko-kirurškem zavodu ljubljanskega liceja, namenjenem izobraževanju ranocelnikov in poročničarjev.

1785 je dobil vabilo iz Lvova, da bi na tamkajšnji univerzi, ki jo je na novo ustanovil cesar Jožef II. (ta je nekoč obiskal Hacqueta v Ljubljani), prevzel naravoslovno profesuro, kar je odklonil – četudi je dve leti zatem to povabilo sprejel. Tu še vedno ni mogel pozabiti na številne krivice in neljube doživljaje, ki jih je bil deležen na Kranjskem, čeprav se sprva tudi v gališki prestolnici ni počutil najbolje. Za naravoslovca je bilo namreč slabo poskrbljeno, saj ni bilo zanj niti primernih prostorov niti instrumentov.

Videti je, da je bil v vzhodno-evropskem prostoru Balthasar Hacquet kot član zelo številnih evropskih znanstvenih združenj nasploh veliko bolj cenjen in spoštovan kakor na Kranjskem! Kot menijo ukrajinski zgodovinarji, je postal na univerzi eden od organizatorjev izobraževalnega procesa, saj je bil tisti čas že znan kot široko razgledan znanstvenik. Po drugi plati pa je tu, prav tako kot na Kranjskem, večkrat

zašel v spore s posvetnimi ali cerkvenimi avtoritetami, kar je bržkone treba pripisati tudi njegovemu koleričnemu značaju (P. Borisov). Avtorja zgodovine Lvovske univerze L. Finkel in S. Starzynski celo menita, da je bil Hacquet očitno eden tistih pustolovcev, ki so jih avstrijske oblasti poslale v Galicijo, da bi imele pred njimi mir v drugih delih cesarstva. Med poljskimi profesorji na univerzi ni bil priljubljen zaradi svojega kritičnega pogleda na izkoriščevalski odnos poljskega plemstva do ukrajinskega podložništva. Po drugi strani pa je menda zagovarjal avstrijsko germanizacijsko politiko, saj je v njej videl priložnost za razsvetlitev preprostih ljudi. Ko utemeljuje vzrok svojega odhoda iz Ljubljane, pravi v četrtem delu svoje *Oriktografije* takole: »Vsako leto sem devet mesecev služil v težki profesorski službi učenja raztelesenja, priročnega zdravilstva in porodništva. Ves svoj prosti čas sem posvetil negi trpečih bolnikov, ki sem jim po svojih močeh pomagal, saj vsa dežela ni imela niti ene bolnišnice. Ostale tri mesece sem prehodil peš ali delno na konju, večinoma po brezpotjih, kar mi je večkrat zagrenilo doživetja.« Vsa potovanja je opravljal na lastne stroške!

Lvov je postal prestolnica Galicije, ko si ga je leta 1722 prisvojila habsburška monarhija po prvi delitvi Poljske med Rusijo in Avstrijo. Lvovski guverner grof Josef Brigido je Hacqueta poznal in cenil kot široko izobraženega človeka še iz svojega službovanja na Kranjskem ter ga je zato povabil kot naravoslovnega učitelja na novoustanovljeno univerzo. Ker je imel Hacquet svoja razisko-



Janez Andrej Herllein (1738–1817), portret Balthasarja Hacqueta, Narodna galerija, Ljubljana.

vanja v jugovzhodni Evropi za zaključena, so ga začeli zanimati takrat malo poznani severni Karpati. »Kot vsestranski znanstvenik in popotnik je bil v primerjavi z drugimi profesorji na univerzi zelo izvirna in netipična, pa vendarle barvita in svetla osebnost. Izkazal se je ne le s svojim grobim značajem in nepristajanjem na znanstveni konservatizem, pač pa tudi s svojo svobodomiselnostjo in široko izobrazbo ter neverjetno delavnostjo in jezikovno razgledanostjo« (M. Valjo). Poleg francoščine, nemščine in latinščine se je dobro znašel tudi med slovanskimi jeziki. Po A. Androchowitschu je svojim študentom predaval v ukrajinščini oz. v volapiku, to je nekakšni mešanici slovanskih jezikov, in tako znanje mu je na njegovih potovanjih pri stikih s prebivalstvom zagotovo koristilo. Torej ne drži, da je Hacquet predaval v ruskem jeziku, kakor domneva v nekem svojem pismu baron Žiga Zois (F. Kidrič).



Znamenita »Črna hiša« v Lvovu. Slikovito renesančno poslopje iz 16. stoletja. Danes je v njem muzej ukrajinske emigracije.

Hacquet kot geograf, zgodovinar in etnolog

Po dostopnih ukrajinskih virih sodeč, se je Hacquet v tem življenjskem obdobju precej malo uveljavljal v svojem medicinskem poklicu – čeprav naj bi študentom predaval babištvo – pač pa je postal predvsem geograf, geolog in tudi etnolog. Pri tem ga lahko primerjamo z njegovim nekdanjim kolegom v Idriji, zdravnikom in naravoslovcem Scopolijem, ki je pozneje postal profesor na rudarski akademiji. Hacquet se je poleg opisov naravnih bogastev, kot so bila takrat nahajališča soli in kresalnika, najbolj posvetil poročilom o svojih obsežnih

potovanjih po severnih Karpatih od 1788 do 1795. Peš ali na konju je raziskal ogromne zemljepisne površine od severne Romunije do slovaških Tater, kjer je preučeval tako živo kot neživo naravo, zanimali pa so ga tudi tamkajšnji prebivalci s svojim vsakdanom in svojevrstno bivanjsko kulturo. Kot predstavnik razsvetljenstva in privrženec Rousseaujeve filozofije je upošteval za takratni čas napredne znanstvene nazore in zagovarjal reforme Jožefa II., obenem pa kritiziral avstrijski kolonialni upravni sistem in versko mračnjastvo. Svoje glavno znanstveno zanimanje je namenil Karpatom, ki jih je podrobno opisal v svoji knjižni izdaji v štirih delih. Svoje potovanje po tem gorstvu je začel že leta 1788 v Lvovu. Pri tem je bilo pomembno njegovo prepričanje, v nasprotju z mnogimi drugimi tujimi avtorji, da so Ukrajinci na tem geografskem področju avtohtoni, kar je potrdil tako z zgodovinskimi viri kot z lastnimi izkušnjami. V svojem delu je opisal življenje in delo tamkajšnjih prebivalcev ter tudi navedel na stotine ukrajinskih poimenovanj za različne zemljepisne in druge pojme. Na svojih karpatskih poteh se je zanimal za geološke posebnosti gorstva, ki jih je podrobno opisal, tako kot je storil za naše ozemlje v svojem knjižnem delu *Oryctographia carniolica*. V Galiciji je temeljito raziskal različne termalne vire in to podkrepil s stotinami laboratorijskih poskusov.

Kot je videti, se je Hacquet vendarle najbolj zanimal za življenje in zgodovino različnih etničnih skupin Rutenov, kot so v takratni Galiciji imenovali Ukrajince. Svoja pisna dela je opremil z mnogimi grafikami in zemljevidi, ki prikazujejo danes zelo dragocene podobe takratnih ljudskih oblačil in običajev. Zelo se je zanimal za galicijske Jude in njihovo zgodovino, saj so se po prisilnem izgonu iz zahodnoevropskih dežel mnogi naselili prav tu. Med njimi je bil velik socialni razpon, od zelo revnih do zelo bogatih, ki so živeli od posojanja denarja in upravljanja velikih posestev poljskih plemičev. Hacquet tudi

ni pozabil na druge etnične manjšine: Armence, ruske staroverce ter Sinte in Rome. Tako velja v Ukrajini njegovo delo o Karpatih še danes za enkratno enciklopedijo o Galiciji in sosednjih deželah ob koncu 18. stoletja.

Naslednji cilj tega polihistorja so bila južna zemljepisna področja Ukrajine, pa tudi polotok Krim, ki ga je po tretji delitvi Poljske in po zmagi Avstrije in Rusije nad Turčijo (1787–1791) zadnja zasedla. Tu je imel težave z rusko carsko birokracijo, vseeno pa je nabral pomembne in enkratne podatke o tamkajšnji naravi in naravnih pojavih ter naselbinah. Opozoril je na uničevanje prvotnih naseljencev, Tatarov, in njihove kulture po ruski zasedbi. Na tem področju je spet opisal naselja z njihovim vsakdanom, pa tudi bolnišnice, ki so se spoprijemale z valovi kuge in drugih nalezljivih bolezni.

Zanimanje za različne slovanske etnične skupine

V zadnjem, lvovskem obdobju se je usmeril na še eno znanstveno področje, na obravnavo slovanskih narodov, kot jih je spoznaval, ko je živel med njimi kar štirideset let. Prvi del zapisov o teh raziskavah je izšel v Leipzigu 1801 pod dolgim naslovom: *Abbildung und Beschreibung der südwest- und östlichen Wenden, Illyrier und Slaven ... (Prikaz in opis Vendov, Ilirov in Slovanov ...)*. Do 1805 je potem izšlo pet zvezkov, v katerih obširno opisuje Slovane avstrijske monarhije, njihovo življenjsko okolje ter šege in navade – kar po njegovem mnenju tudi zaslužijo, saj sodijo ti narodi med najštevilnejše prebivalce Evrope.

Prvo strokovno kritično oceno tega Hacquetovega knjižnega dela je objavil sam Jernej Kopitar. Tako kot njega je tudi poznejše ocenjevalce motilo več pomanjkljivosti, kot je zmedenost v imenih slovanskih »rodov«, očitna površnost in neizvirnost, pa tudi slabo znanje njihovih jezikov, še posebej slovenščine. Precej podatkov naj bi

posnel po Valvasorju in Linhartu¹, ki se je tudi ukvarjal z zgodovino, kar je na splošno manj znano. To zadnje Hacquetovo knjižno delo krasi več barvnih bakrorezov, ki jih je prispeval nekoliko zamolčani risar in bakrorezec Christian G. H. Geissler (1770–1844) iz Leipziga. Današnji strokovnjaki menijo, da je Hacquetu le treba priznati predvsem dober namen in simpatije do njemu tuje evropske etnične skupine, južnih Slovanov. Etnolog in slavist Vilko Novak pravi takole: »Hacquet je pisal svojo knjigo dolgo po odhodu iz Slovenije in je zato daleč zaostal za njenim kulturnim razvojem, tuje pa mu je bilo duhovno in duševno življenje Slovencev, ki jih je opisoval.« To knjižno delo je doživelo, pogosto neposrečeno popravljeno, več izdaj, tudi francosko, poljsko in slovensko (prevod in priredba Rasto Švajgar, 1969).

Kot piše Hacquet v svoji avtobiografiji, je leta 1788 oženil dvajsetletno krepostno deklico, s katero je živel do njene smrti po desetih letih v popolni harmoniji kot častivreden človek. Že naslednje leto sta se oba pri neki nezgodi s kočijo močno poškodovala, njemu pa je kot posledica ostala invalidnost zaradi poškodbe desne

rame. Leta 1805 so ga skupaj z univerzo premestili v Krakov. Tam so ga večkrat snubili različni visoki politični dostojanstveniki iz Poljske, Nemčije, Rusije, da bi prišel kot ugleden znanstvenik v njihovo službo, vendar je sklenil, da bo ostal zvest habsburškemu dvoru, ki mu je služil kar petinpetdeset let. Ko so ga leta 1811 upokojili z enako vsoto, kakršno je imel plačo, se je odselil na Dunaj, kjer se je dokončno odpovedal svojemu znanstvenemu delovanju. V vrsti svojih pisem pove, da se počuti dobro, hodi na kratka in vesela potovanja, obišče svoje stare prijatelje in tu in tam kakšno lepo damo, kar mu je vedno najbolj prijalo. Bere potopise in zanimive romane – toda nič več paleontologije, nič znanstvenega ... (P. Borisov). Baronu von Mollu pa je zaupal: »Zdaj nimam več opravkov s »šolmaštrijo«, kjer bi moral za nekaj 100 goldinarjev plačila vtepati kaj butcem v glavo. Sedaj živim pripravljen na duhovna nebesa, brezdelan in neumen kakor ovca. Za nebo sicer nisem slišal, da se dobi tam kakšno delo. Seveda bi mi bil ljubši Mohamedov paradiž, toda obrezovanje mi prav nič ne diši ...« Smisel za oster humor ga pa res do zadnjega ni zapustil!

Leta 1812 je bil Hacquet operiran zaradi raka na zanemarjeni in nezdravljeni kili. 1815 se je pripravljala na

potovanje v Francijo, svojo prvotno domovino, vendar ga je 10. januarja prehitela smrt. Svoje skromno premoženje je zapustil postrežnici in svojemu psu.

Današnji ukrajinski zgodovinarji se zelo zanimajo za (po njihovem) zelo dragocene Hacquetove znanstvene prispevke o njihovi deželi. O tem so objavili veliko študij, ki so bile strnjene tudi na posameznih simpozijih. Tak je bil pri nas oktobra 2003 v Idriji, kjer je poleg domačih udeležencev sodelovala ukrajinska zgodovinarica Marija Valjo. Ta se je nasploh zelo poglobila v življenje in delo tega francoskega, pravzaprav kar evropskega raziskovalca mnogih dežel in ljudi ob koncu 18. stoletja.

Viri

1. Borisov P. *O Hacquetovem značaju* (Zgodovinsko-psihološka študija). Zgodovinski časopis. Let. 53 št. 4. Ljubljana 1999.
2. B. Hacquet. *Veneti – Iliri – Slovani*. Poslovenil in priredil Rasto Švajgar. Uvod dr. Jože Felc. Založba Branko. Nova Gorica 1996.
3. *Hacquetov zbornik* (Mednarodni simpozij o življenju in delu Balthasarja Hacqueta, Idrija, 9–10. Oktober 2003), Hacquetia 2/2003, št. 2, 145 strani. Arhivi 26 (2003) št. 2.
4. Hacquet B. *Oryctographia carniolica ali fizikalno zemljepisje vojvodine Kranjske, Istre in deloma sosednjih dežel*. Prvi del. Johhan Gottlob Immanuel Breitkopf. Leipzig 1778. Knjižnica Jožeta Udoviča Cerknica. Založba Maks Viktor. Cerknica 2022.
5. Kurillo J. *Balthasar Hacquet – pustolovski kirurg in navdušen naravoslovec*. Isis junij 2021. Ljubljana.
6. Novak V. *Balthasar Hacquet in slovenska ljudska kultura*. Razprave. Dissertationes. Tradiciones 3, str. 17–68, 1974, Ljubljana.
7. Pilleri G. Mušič D. *La vita di Belsazar Hacquet e il suo viaggio a vela sulla Sava da Lubiana a Semlin. Autobiographia di Joannes Antonius Scopoli*. Slovenski prevod avtobiografije Hacqueta. Basile. Milano-Napoli 1983.
8. Pintar I. *Mediko-kirurški učni zavod v Ljubljani, njegov nastanek, razmah in konec*. Habilitacijska disertacija. Ljubljana 1939.
9. Valjo M. *Balthasar Hacquet und die Ukraine*. Hacquetia 2/2. 2003, 139–145.

Foto: Dragica in Jurij Kurillo

**Jurij Kurillo, dr. med., specialist
pediater, Kranj,
jurij.kurillo@gmail.com**



Stara podeželska hiša. Ševčenkovi muzej ljudske arhitekture in podeželskega življenja (skansen), Lvov.

¹ Slovenski prevod njegovega zgodovinskega dela: *Poskus zgodovine Kranjske in ostalih dežel južnih Slovanov Avstrije*. Slovenska matica. Ljubljana 2021.

Kolegi, pozdravljeni v športnem duhu!

V soboto, 25. novembra, je v Slovenj Gradcu potekalo 22. državno prvenstvo za zdravnike in zobozdravnike v košarki in ob tem že 41. memorial Toma Krasnova. Tekmovanja so se poleg domače (slovenjgraške) ekipe udeležile še klasične Maribor, Celje ter pomlajeni ekipi Kirurgi in MF-legende. Ekipa so se pomerile po sistemu vsak z vsakim, tako je vsaka odigrala štiri tekme. Že dolgo ne pomnimo tako izenačene boja. Na koncu je slavila ekipa MF-legende s tremi zmagami in porazom, tesno za njimi pa so se ekipe Maribor, Slovenj Gradec in Kirurgi udarile za medalje s po dvema zmagama in porazoma. Na podlagi tesne medsebojne razlike v točkah so si drugo mesto prislužili Mariborčani, tudi Slovenjgradčani pa nismo bili razočarani nad bronom. Za najkoristnejšega igralca turnirja je bil izbran Nik Žlak iz zmagovalne ekipe.

Seveda pa dan, ko se zberemo kolegi in športni navdušenci iz cele države, ne mine samo v duhu košarke, ampak ga primerno proslavimo. Gostilna Murko ni razočarala (morda so bile le porcije glavne jedi nekoliko premajhne za nadpovprečni apetit košarkarjev). Podelili smo poka-le in medalje, popili kakšno kapljico, rekli kakšno besedo in ... vzeli slovo od našega zvestega, strastnega športnega navdušenca in rednega udeleženca letne izvedbe turnirja, Robija Juvana. Robi, hvala za skupne trenutke in športni zanos, ki se je širil na vse nas!

Naslednjega jutra pa ... z rahlo bolečino v kolenih in peti, nekoliko razboleženimi mišicami pa tudi z rahlo omotično, veliko glavo, a vendar nasmehom na obrazu že razmišljam o naslednji izvedbi turnirja. 2024, v Mariboru.

Kolegi, ponovno je bilo lepo v vaši družbi. Želeli bi si še kakšne dodatne ekipe, da lahko sistem tekmovanja spremenimo v sistem skupin in nato finalne tekme. Vsi zainteresirani lepo vabljeni, da se pridružite. Dodatne informacije dajeja Gašper Horvat (gagihorvat@gmail.com) in Klemen Aleš Piliš (klemen.pilish@gmail.com). Poskrbimo, da se bo zdravniška košarka v



Zmagovalna ekipa MF-legende



Utrinek iz igre

Sloveniji še dolgo igrala na takšnem (ali še višjem) nivoju!

Še zahvala sponzorjem, ki so omogočili prireditev s praktičnim darilom in brez stroška za udeležence: SB Slovenj Gradec, Zavod Arthron, Top-Kop, Krka, Zavarovalnica Sava, HE & EM, Slovensko zdravniško športno društvo Medicus.

S športnimi kolegijskimi pozdravi, v pričakovanju naslednjega turnirja, Klemen Aleš Piliš

Klemen Aleš Piliš, dr. med.,
Splošna bolnišnica Slovenj Gradec,
Oddelek za travmatologijo in ortopedijo

Srečanje na Obali

Mojca Kos Golja

Leta 2022 smo se kolegi ob praznovanju 60. obletnice vpisa na ljubljansko medicinsko fakulteto (letnik vpisa 1962/63), ki smo jo svečano proslavili v Mariboru, dogovorili, da nadaljujemo s srečanji letnika, ki so bila zaradi epidemije covida-19 začasno prekinjena. Določili smo kolega z Obale, naj poskrbi za organizacijo, da se bo dolgoletna tradicija naših srečanj res nadaljevala. Rečeno, storjeno.

Za tokratno srečanje smo izbrali torek, 24. oktobra 2023. Izhodišče izleta je bilo na Dolgem mostu v Ljubljani, kamor so se pripeljali tudi kolegi iz okolice Ljubljane in kjer smo se v nekoliko manjši zasedbi kot prejšnja leta (22 udeležencev) vkrcali na avtobus. Veselili smo se, da se nam je le uspelo dogovoriti za srečanje. Pred izletom smo se namreč kar nekaj časa dogovarjali o datumu in kje na Obali naj bi potekalo srečanje. Prva izbira je bilo mesto Piran, ki pa se je izkazalo kot neprimerna lokacija, ker so se tam pojavljala plimovanja morja. Zato je kolega Vašo Pišot iz Valdoltre predlagal Koper in obisk Pretorske palače ter koprške stolnice Marijinega vnebovzetja, s čimer smo se strinjali in kot domačinu povsem zaupali njegovi izbiri. S kolegom Pišotom smo se sestali že na postajali-

šču Kozina, pridružil se nam je na avtobusu in nas nato varno usmerjal v center Kopra. Mariborski kolegici Truda in Irena, ki sta že bili na Obali, pa sta se nam pridružili v Izoli.

Obisk in ogled Pretorske palače

V Kopru smo avtobus zapustili blizu Titovega trga in se odpravili na njegovo južno stran, kjer stoji Pretorska palača, ki spada med osrednje arhitekturne spomenike Kopra. Velja za eno najimenitnejših koprskih palač in za eno najbolj priljubljenih znamenitosti obiskovalcev mesta z vseh koncev sveta.

V palači nas je pričakala vodnica, ki nam je predstavila zgodovino palače, njen sedanji pomen in namen, kdo vse jo uporablja in čemu služi. Seznanila nas je, da je bila slikovita palača nekdanj sedež mestnih vladarjev, danes je pomemben protokolarni objekt in mestna hiša. Stavbo so zgradili na prostoru dveh starejših hiš iz sredine 13. stoletja, današnji izgled je dobila sredi 15. stoletja. Leta 1968 je bila palača statično sanirana, nazadnje je bila prenovljena leta 2001. Vodnica je poudarila, da poznogotsko-renesančni slog in beneška gotika ter raznorodni notranji prostori uvrščajo

palačo v sam vrh tovrstnih stavb v Sloveniji. Palačo krasijo zunanje stopnišče, zunanji balkon, značilno pročelje, dvignjena stolpasta trakta, kip Pravice z mečem, v številnih okrasnih grbih je vklesana zgodovina Kopra. Vodnica nas je popeljala po imenitni notranjosti palače, najprej v pritličju in nato v prvem nadstropju. Notranjost je za reprezentančne potrebe občine predelana in urejena s stilnim pohištvom. V pritličju palače so danes Turistično-informacijski center (TIC) in stara lekarna iz konca 18. stoletja ter prostori za razstave.

V prvem nadstropju so poročna dvorana, protokolarna županova in sejna dvorana sveta Mestne občine Koper, v kateri zaseda občinski svet, kabinet koprškega župana, poleg tega ima del prostorov tudi Univerza na Primorskem. Z zanimanjem smo sledili vodnici, ki nas je popeljala po vseh omenjenih prostorih in nas sproti seznanjala z njihovo namembnostjo. Bili smo si edini, da je koprski občinski svet nedvomno »privilegiran«, da se sestaja v tako lepih in zgodovinsko bogatih prostorih. Prav tako pa je poročna dvorana za bodoče zakonce nadvse imeniten prostor za sklepanje porok. Tudi našo skupino je palača očarala s svojo elegantno zunanjo in notranjo



Pretorska palača je danes protokolarni objekt in mestna hiša. V njej sta med drugim tudi lekarna iz konca 18. stoletja in sejna dvorana Mestne občine Koper, kjer zaseda občinski svet.

podobo, ob pripovedi vodnice pa smo bili navdušeni tudi nad njeno bogato zgodovino.

Obisk in ogled koprsk stolnice Marijinega vnebovzetja

Po ogledu Pretorske palače smo se napotili proti bližnji koprski stolnici



Veličastne orgle koprsk stolnice so donacija švicarske fundacije Kongresshaus iz Züricha. Nanje nam je zaigral g. župnik Primož Krečič. Spodaj je marmorni nagrobnik svetega Nazarija, koprskega škofa iz 6. stoletja in mestnega zavetnika.

Marijinega vnebovzetja, ki prav tako stoji na Titovem trgu. Je ena največjih, najlepših, najbogatejših in najstarejših stolnic v Sloveniji. V njej nas je pričakal g. župnik Primož Krečič, ki je od leta 2013 koprski stolni župnik, od leta 2021 osebnost Primorske, prejemnik zlatega jabolka in državne medalje za zasluge, ki ju je prejel za bogatenje kulturne, zgodovinske in verske dediščine ter za neutrudno povezovalnost v skupnosti. Takoj po prihodu v stolnico nas je g. župnik Krečič povabil na obnovljen kor, kjer stojijo mogočne orgle, na katere nam je kot mojster orgelskega igranja tudi zaigral nekaj skladb. Ob igranju na orgle, ki so v stolnici mogočno in harmonično zazvenele, smo ga zelo občudovali in ob tem neizmerno uživali.

Povedal nam je zgodovino pridobitve in namestitve veličastnih orgel. Nove orgle koprsk stolnice, ki so bile izdelane leta 1988, izvirajo iz švicarske koncertne dvorane Tonhalle v Zürichu. Fundacija Kongresshaus iz Züricha je zaradi celovite obnove koncertne dvorane Tonhalle iskala za orgle novo primerno domovanje in je objavila mednarodni razpis. Stolna župnija Koper je v letu 2017 kandidirala za omenjene orgle in zmagala na razpisu. Pri tem so jo podpirale številne domače institucije, posamezniki in Mestna občina Koper. Toda s tem se je vse šele začelo. Dolga štiri leta je trajala pot vrhunskega in velikanskega instrumenta od Züricha do Kopra. V Švici so najprej opravili zahtevno demontažo orgel, sledil je težaven prevoz v sedmih tovornjakih, v koprski stolnici pa umestitev, ki je zahtevala številne prilagoditve ter nazadnje uglasitev orgel. Slovesno odprtje novih orgel je bilo v soboto, 6. novembra 2021, inavguracijski koncert pa v nedeljo, 7. novembra 2021. Danes se zdi, kot bi bile velike štirirotne simfonične orgle od nekdaj del koprsk stolnice. Visoke so skoraj 10 metrov in tehtajo 16 ton, imajo 68 registrov, 5420 piščali, 20 sapnic, 20 mehov in 7 ventilatorjev, kot jih je opisal g. župnik. Tako so se Koper,

Slovenija in koprsk stolnica umestili na zemljevid pomembnih evropskih orgelskih mest in prizorišč, kjer donijo mogočni orgelski zvoki pri liturgiji, na koncertih, mojstrskih tečajih, poletnih šolah in delavnicah, na mednarodnih festivalih in tekmovanjih.

Po igranju na orgle je sledil ogled notranjosti stolnice, kjer nas je g. župnik seznanil, da je sedanja cerkev nastala v 11. stoletju, v prvi polovici 18. stoletja so jo povečali. To naj bi bila že peta, po nekaterih virih celo šesta cerkev na tem mestu. Spodnji del je v gotskem, zgornji v renesančnem slogu. Od prejšnje cerkve je ostalo nedotaknjeno pročelje, ki je bilo postavljeno v dveh obdobjih: spodnja polovica v gotsko-benečanskem slogu konec 14. stoletja, skoraj sto let kasneje pa zgornja polovica v lombardskem slogu. G. župnik nas je seznanil, da je najstarejše ohranjeno in najodličnejše kiparsko delo marmorni nagrobnik svetega Nazarija, koprskega škofa iz 6. stoletja in mestnega zavetnika, ki ga je sredi 14. stoletja mestu podarila Beneška republika.

Ogledali smo si tudi bogato izrezljane korne klopi iz oljčnega lesa v prostoru okrog oltarja (prezbiteriju), ki jih je v Kopru izdelal Stefano Bandesi Tedesco (1686–1687). V kotu prezbiterija je iz iste dobe tudi veliki legile (stojalo za knjige). Lesena prižnica v stilu rokokoja iz srede 18. stoletja je delo Lorenza Farollija. Veliki iz lesa izrezljani in pozlačeni zaprti svečniki (fanali) ter večina drugih svečnikov so delo v Benetkah delujočega Paola De Morija iz leta 1750. Leseni škofovski prestol v sredini prezbiterija je bil izdelan okoli leta 1730. Na njem je leta 1996 sedel papež Janez Pavel II. Veliki oltar je delo piranskega mojstra Gasparja Albertinija (1789), od leta 1968 je po načrtih arhitekta Tomaža Štruklja preurejen in obrnjen proti ljudem. V stolnici so štirje stranski oltarji: oltar sv. Petra in Pavla, oltar Brezmadežne, oltar sv. Hieronima in oltar sv. Križa.

V cerkvi nas je g. župnik na stenah ob glavnem oltarju opozoril na najpo-



Ogledali smo si tudi 500 let staro krstilnico, ki je ločena od stolnice. Na oboku rotunde krstilnice je naslikana freska Vsemogočnega Kristusa.

membnejše umetnine slikarja Vittoreja Carpaccia, večina slik je iz srede 16. stoletja. Nekaj je praznih mest, ki čakajo na vrnitev slik, ki so bile med zadnjo vojno odpeljane v Italijo, za kar menda potekajo pogajanja na državni ravni. Zvonik koprške stolnice je visok 53 m, zidan je bil v več etapah in večkrat preurejen. Prvotno je stal sam zase in je služil v vojaške namene kot trdnjava in opazovalnica. Leta 1488 je bil spojen s stolnico, današnja oblika je dobil leta 1664, nato je bil obnovljen leta 1989.

Po ogledu stolnice smo si pod vodstvom g. župnika ogledali še 500 let staro krstilnico, romansko rotundo Karmelske Matere Božje s trojno slepo arkado, ki sodi med najstarejše stavbe v Kopru (12. stoletje) in je ločena od cerkve.

V njeni notranjosti je bazen za krščevanje. G. župnik je povedal, da je bila krstilnica v začetku 14. stoletja preurejena v baročnem stilu. Takrat je bila na oboku rotunde naslikana freska Vsemogočnega Kristusa, ki z desnico blagoslavlja obiskovalce, v levici drži knjigo, ki je odprta na strani, kjer piše: Ego sum lux mundi (Jaz sem luč sveta).

Kosilo na turistični kmetiji in gostišču Mahnič

Po zanimivih ogledih Pretorske palače in stolnice Marijinega vnebov-

zetja smo se poslovili od Kopra in se odpeljali do naselja Dragonja na turistično kmetijo in gostišče Mahnič.

V gostišču, kjer so nas že pričakovali in pristrčno sprejeli, smo bili dogovorjeni za kosilo.

Prva nas je pozdravila domača gospodinja Ingrid Mahnič, nato še drugi člani družine Mahnič, ki so vsi vpeti v delo na turistični kmetiji in v gostilni. Kot nam je povedala Ingrid, pripravljajo tradicionalno istrsko hrano na star način, z veliko časa in še več ljubezni, predvsem pa s svežimi pridelki. Za kosilo so nam postregli z bobiči, sledili so pašta fižol, fuže, raznovrstno meso, kupus in sladica. Vse jedi so bile zelo okusne, ob njih smo si privoščili kozarec odlične

domače malvazije. Ingrid Mahnič, ki ji pravijo tudi vinska matica in kraljica malvazije, je najbolj ponosna prav na malvazijo. Pripomnila je, da v Istri ni več slabih malvazij – so samo še dobre, boljše in najboljše. Po kosilu smo si ogledali še njihovo vinsko klet, ki ni le shramba za vino, temveč je prostor z dušo, kot je poudarila Ingrid Mahnič. Pridelujejo sortna vina – malvazijo, refošk, belo in črno borgonjo, biancherio, chardonnay, sivi pinot, rumeni muškati, momjanski muškati in cipri. Do vinske kleti vodijo stopnice, ob njih se vije ograja iz stare vinske trte, v kleti stojijo sodi s pročelji, ki kažejo na dolgoletno tradicijo pridelovanja in hranjenja vrhunskih vin.



Ogled vinske kleti gostišča Mahnič

Med kosilom je bilo dovolj časa za prijeten klepet in nagovore. Najprej nas je nagovoril lokalni organizator srečanja, kolega Vašo Pišot. »Vesel sem, da smo se tudi letos uspeli srečati, saj nas še vedno vežejo lepi spomini na študij in tudi na leta po končanem študiju ter na dolgoletna vsakoletna srečanja«. Očitno smo eni redkih, ki že toliko časa negujemo in vzdržujemo vezi iz študentskih dni in tudi obdobji po končanem študiju. Po njegovi dobrodošlici sem se oglasila avtorica tega prispevka. Moja skrb so

bili obveščanja, prijave in avtobusni prevoz. Strinjala sem se, da je res lepo, da se še vedno vsako leto srečamo, čeprav je minilo že enainšestdeset let od vpisa na medicino. Sledila je pobuda za izvedbo splošnega glasovanja, z vprašanjem, ali naj z našimi vsakoletnimi srečanji nadaljujemo. Odziv je bil enoten, nadaljevanje srečanj je bilo potrjeno brez glasu proti. Za organizacijo srečanja v naslednjem letu smo »določili« kolegico Tanjo Štefe iz Kranja, s čimer se je strinjala in zagotovila, da bo

spoštovala to dolgoletno tradicijo in nas čez leto dni spet »spravila« skupaj. Zadovoljni in polni lepih vtisov z našega zanimivega obiska in ogleda v Kopru ter prijetnega druženja v gostišču Mahnič smo se poslovili od Obale in kolega Pišota ter se srečno vrnili v Ljubljano z obetom, da se drugo leto zagotovo spet vidimo.

Foto: Lovro Stanovnik

Prim. Mojca Kos Golja, dr. med.,
Ljubljana, mojca.kos.golja@gmail.com

DRAGE LJUBITELJICE IN DRAGI LJUBITELJI SMUČANJA,

46. posvetovanje športne medicine, združeno s smučarskim tekmovanjem, je pred vrati. Veselimo se srečanja, ki ga bosta letos strokovno obarvala kolegica Nataša Koglot Jelerčič, specialistka fizioterapije, s temo **Pasti pri rehabilitaciji mišičnih poškodb**, in specialist interne medicine Jožko Fajdiga s predavanjem **Antikoagulantna terapija in šport**. Na prijetno snidenje!

Za organizacijski odbor Jasna Čuk Rupnik



46.
iatrosski
16. februar 2024
medicus
Posvetovanje
športne
medicine
združeno s
smučarskim
tekmovanjem
KRAJSKA GORA

Petek, 16. februarja 2024

9.30 TEK NA SMUČEH, Rateče

Kategorije za ženske in moške:

- A) letnik 1981 in mlajši
- B) 1963–1980
- C) 1962 in starejši
- D) študenti

12.00 VELESLALOM,

smučišče Kranjska Gora – Dolenčev rut

Kategorije za ženske in moške:

- A) letnik 1981 in mlajši
- B) 1963–1980
- C) 1962 in starejši
- D) študenti

13.00 VELESLALOM, drugi tek

15.15 PREDAVANJA ŠPORTNE MEDICINE,

hotel Ramada, Kranjska Gora

17.00 RAZGLASITEV REZULTATOV, VEČERJA

Kotizacije:

tek 30 EUR

veleslalom 60 EUR

kombinacija: tek in VSL 70 EUR

upokojenci 50 EUR

spremljevalci 20 EUR

študenti brezplačno – z dokazilom o vpisu.

Kotizacijo nakažite na račun:

Slovensko zdravniško športno društvo MEDICUS
TR- 02014-0089618943, sklic 1111.

Prijava preko
QR-kode



ali na spletnem naslovu: <https://forms.gle/VVov2jwaPeMd9VtW9>

Če vam povezava ne deluje, se lahko prijavite tudi preko e-pošte: medicus.iatrosski@gmail.com
Pisna odjava je možna do 48 ur pred tekmo na zgornji naslov.

Za ekipo pri veleslalomu velja pravilo 3+2 (trije najbolje točkovan moški in dve ženski ali tri najbolje točkovane ženske in dva moška).

Udeleženci tekmujejo na lastno odgovornost!

Štartne številke dobite od 10. ure dalje na blagajni žičnice.

Organizacijski odbor IATROSSKI:

prim. Matej Andoljšek, dr. med., Katarina Turk, dr. med., Urša Godec, dr. dent. med., Matjaž Recelj, dr. dent. med., Klara Mihelič, dr. med.

Kako se začne (na novo)

Marjan Kordaš

September 1942, pravkar sem dopolnil 11 let. Oče mi je povedal, da je k njemu prišla moja nemška učiteljica in mu povedala, da lahko preskočim 4. razred; da se lahko iz 3. razreda osnovne šole vpišem v 1. razred kamniške meščanske šole. Zdaj sem v to šolo že vpisan, po novem se imenuje *Hauptschule Stein, Oberkrain*. Listam po našem novem, nemškem učbeniku angleščine. Na začetku, na tretji strani, je z velikimi črkami zapisan en sam stavek: **Well begun is half done!** Po eni strani se sprašujem, zakaj se učimo angleščino, ko pa Nemci v Afriki zmagujejo. Po drugi strani pa tuhtam, kako se bom učil angleščino, saj ne znam nemščine. Na koncu vsakega poglavja je sicer kratek angleško-nemški slovar, a kaj naj z njim počnem, ko pa nimam nemško-slovenskega slovarja?

Ali bom zmogel?

Plavaj ali utoni!!

Ne spominjam se, kako dolgo je trajalo, da sem stavek »Well begun is half done!« prek nemščine prevedel v slovenščino. A njegovo sporočilo sem dognal šele čez nekaj let.

Žival se lahko uči le v otroštvu in nauči se delovati le po vzorcih. Za človeka pa je značilno, da se uči vse življenje. Lahko živi po vzorcih, lahko jih pa tudi spreminja oz. spremeni tako, da (za)živi na docela nov način. Da začne *drugače*. Lahko vsak dan, vsako uro, vsako minuto. Da začne *na novo*, morda dobro, morda pa tudi slabo, pogubno ali celo zločinsko.

Pri meni se je na novo začelo večkrat. Prvič leta 1941, star dobrih 9 let, sem se znašel v nemški šoli. Drugič 9. julija 1945, star dobrih 13 let. Po štirih letih nemške šole v Kamniku sem se znašel v slovenski šoli v Ljubljani, da bi opravil nostrifikacijske izpite za vpis v srednjo šolo. Najprej v juliju in avgustu za 3., nato pa v septembru še za 1. in 2. razred gimnazije. V oktobru 1945 bi se tako lahko vpisal v 4., zadnji razred nižje gimnazije, ki se je takrat zaključila z *malo maturo*.

Ali bom zmogel?

Plavaj ali utoni!!

Nekako sredi avgusta 1945 nam je eden od učiteljev povedal, da so Američani na neko japonsko mesto spustili *atomsko bombo*. Da ima ta bomba veliko rušilno moč zaradi atomov. Da okoli atomov krožijo elektroni. Ki se pa zaradi kroženja oz. centrifugalne sile od atomov odtrgajo, odletijo v okolico in razrušijo vse, kar je elektronom na poti.

Te razlage seveda ni treba komentirati. Zapomnil sem si jo za vedno.

Po letu 1945 se je pri meni na novo začelo še trikrat. In vsakokrat je veljalo pravilo *plavaj ali utoni*.

V avgustu 2023 mi je prišlo na misel, da bi bilo vredno v *Digitalni knjižnici Slovenije* (dLib) pregledati slovensko časopisje iz časa maj–september 1945. Ko se je *na novo* začelo skoraj vse. Kakšna je bila takrat predstavitev atomske bombe slovenskemu bralcu in kakšni so bili komentarji o tem prelomnem dogodku. Ki je bil za Japonce množični poboj, Američanom pa je prihranil kakih 100.000 življenj vojakov ter drugo svetovno vojno v tihomorskem območju skrajšal za približno eno leto.

To listanje po časopisju se je dobro ujemalo z mojim spominom in je bilo zelo zanimivo. Dokler ni vame dobesedno treščilo. Treščilo z nepričakovanim naslovom: **Imenovanja na medicinski fakulteti. Razpust dosedanjega fakultetnega sveta medicinske fakultete.**

Kot pravim v podobnih primerih: bral sem *brez diha* in prebranemu nisem mogel verjeti. Tako sem začel brati med vrsticami, a zato so se pojavila vprašanja, na katera sem lahko odgovarjal le z domnevmi.

Kar je preveč, je bilo preveč. Računalnik sem ugasnil, odšel na sprehod in skušal vse skupaj pozabiti. A pozabil sem le datum, nikakor pa ne vsebine te objave. Ki tudi pove, kako se (nekaj) začne.

Naslednji dan sem v *Slovenskem poročevalcu* nadaljeval z iskanjem objave o atomski bombi. In jo našel (8. 8. 1945, str. 3); vendar samo nekaj stavkov: »... da je to najbolj uničujoče orožje ...« ter »... podrobnosti niso znane«.

A tistega, kar sem prebral o Medicinski fakulteti v Ljubljani, nisem in nisem mogel pozabiti. Obsedla me je misel, da bi moral ta zapis – zaradi tistega, kar je mogoče prebrati med vrsticami – poznati vsak slovenski zdravnik. Torej sem se lotil ponovnega iskanja in trajalo je več dni, da sem objavo v *Slovenskem poročevalcu* spet našel. Datum: 1. 8. 1945, str. 3. Nato sem v dLib brž preskočil v *Ljudsko pravico*, datirano 1. 8. 1945, in na str. 4 našel enako besedilo z malo drugačnim naslovom. Zares: zaradi tistega, kar je v tej objavi mogoče prebrati med vrsticami, jo mora (s)poznati vsak slovenski zdravnik.

Faksimile izvirne slike v dLib je slabo berljiv. Zato sem se odločil besedilo prepisati ter oblikovno formalno popraviti. Da je bolj pregledno, vsebinsko pa seveda enako izvirnima besediloma v obeh časopisih. Takole:

Imenovanja na medicinski fakulteti

Razpust dosedanjega fakultetnega sveta medicinske fakultete

Na podlagi člena 1. Zakona o vodstvu in nadzorstvu nad medicinskimi in farmacevtskimi fakultetami in strokovnimi zdravstvenimi šolami, izdanega dne 21. junija 1945 od Predsedstva Antifašističnega sveta narodne osvoboditve Jugoslavije in objavljenega pod števil. 400 Uradnega lista demokratične federativne Jugoslavije, se odreja:

Člen 1. Dosedanji fakultetni svet medicinske fakultete v Ljubljani se razpušča; dekan in prodekan te fakultete se razrešujeta svojih funkcij.

Člen 2. Posli dekanata medicinske fakultete v Ljubljani se začasno izročajo dr. Janezu Milčinskemu, v. d. načelniku oddelka za vzgojo zdravstvenega naraščaja pri ministrstvu za narodno zdravje.

Člen. 3. Imenujejo se na medicinski fakulteti v Ljubljani:

I. za redne profesorje:

- za anatomijo in histologijo dr. Alija K o š i r;
- za fiziologijo in fiziološko kemijo dr. Albin S e l i š k a r;
- za splošno patologijo in patološko anatomijo dr. Franc H r i b a r;
- za interno medicino dr. Igor T a v č a r;
- za kirurgijo dr. Božidar L a v r i č;
- za pediatrijo dr. Bogdan D e r č;
- za nevrologijo in psihiatrijo dr. Ivan M a r i n č i č;
- za dermatologijo dr. Jernej D e m š a r;
- za okulistiko dr. Leopold J e š e;
- za porodništvo in ginekologijo dr. Pavel L u n a č e k;
- za ortopedijo dr. Bogdan B r e c e l j;
- za stomatologijo dr. Jože R a n t;

II. za izredne profesorje:

- za biologijo in embriologijo dr. Hubert P e h a n i;
- za anatomijo dr. Valentina K o b e;
- za rentgenologijo in radium-terapijo dr. Josip H e b e i n;
- za nalezljive bolezni dr. Sabina P r a p r o t n i k;
- za bakteriologijo dr. Milica V a l e n t i n č i č;

III. za docente:

- za kemijo ing. Dušan Š t u c i n;
- za eksperimentalno patologijo dr. Andrej Ž u p a n č i č;
- za zgodovino medicine dr. Ivan P i n t a r.

Vsi s tem odlokom imenovani redni in izredni profesorji ter docenti tvorijo fakultetni svet medicinske fakultete v Ljubljani. Ta svet izvoli iz svoje srede dekana in prodekana medicinske fakultete v Ljubljani.

Člen. 4. Dr. Janezu Milčinskemu se nalaga, da takoj skliče fakultetni svet medicinske fakultete v Ljubljani in po izvolitvi novega dekana in prodekana izroči tema posle medicinskega dekanata.

Člen. 5. Nastavitvene dekrete za v členu 3. navedene redne in izredne profesorje ter docente izstavi minister za narodno zdravje Narodne vlade Slovenije, ki se obenem pooblašča, da izvrši morebitna nadaljnja imenovanja rednih in izrednih profesorjev ter docentov medicinske fakultete v Ljubljani.

Člen. 6. Ta odlok stopi v veljavo z objavo v Uradnem listu.

L j u b l j a n a, dne 31. julija 1945

Minister za narodno zdravje:
dr. MARJAN AHČIN l. r.

Predsednik narodne vlade
Slovenije: BORIS KIDRIČ l. r.

razpuščen? Kdo je bil dekan? Po kakšnih merilih je bil X imenovan za docenta, Y pa za rednega profesorja? Kako razumeti disciplino *rentgenologija z radium-terapijo*? Zakaj nekateri predmeti (npr. farmakologija, sodna medicina itn.) niso navedeni? Učitelji in predmeti za stomatologijo?

Well begun is half done!

Med listanjem po takratnem časopisu me seveda ni pretresel le zapis o medicinski fakulteti. Pretreslo me je še mnogo drugega, kar sem sicer že vedel. A zdaj sem lahko o tem bral »črno na belem«; ne le v vrsticah, temveč tudi med njimi. Dva primera: – Odziv na angloameriško zahtevo, naj se jugoslovanska vojska umakne iz Trsta in Koroške na predvojne meje Kraljevine Jugoslavije (Slovenski poročevalec, 21. 5. in 13. 6. 1945). – Na ljubljanski železniški postaji je 8. 6. 1945 pozno popoldne prišlo do zaporedja uničujočih eksplozij. Bile so tako močne, da smo jih slišali v Kamniku; razširile so se govorice, da so nacisti preklicali kapitulacijo ter da zdaj bombardirajo Ljubljano. Časopisni odziv je zamujal za dva dneva (Slovenski poročevalec, 10. 6. 1945), a skoraj vse zamočal.

Verujem, da bo tale zapis spodbudil kolegicam in kolegom za brskanje po *dLib*. Za vajo v branju tudi med vrsticami ter za razvoj samostojne, kritične misli. Za premislek, ali pregovor »Plavaj ali utoni!!« še velja. Za premislek, kako se začne (plavati na novo).

Človek namreč lahko začne (na novo) ali arbitrarno ali utemeljeno. Morda celo na klasičnih humanističnih temeljih: pravično, pogumno, zmerno, razumno.

Da bo začetek dober, po možnosti ne slab, a nikoli poguben ali zločinski.

Poudarjam: Nujno je, da bralec poleg zapisa zgoraj prebere tudi izvirnik, objavljen v Slovenskem poročevalcu ter Ljudski pravici! In ta začetek

primerja z drugimi začetki tistega časa ter presodi. Dobro? Slabo?

Tuhtam: Zakaj *Medicinska fakulteta*, ne pa *Medicinska visoka šola*? Zakaj je bil dotakratni fakultetni svet

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

The professional public journal of the Medical Chamber of Slovenia

The Isis Journal is issued on the first day of each month. The annual subscription for non-members is €64.90. A single issue costs €5.90. 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 Beović**, dr. med., spec.

The Vice-presidents of the Medical Chamber

Boštjan Kersnič, dr. med., spec.

Krunoslav Pavlović, dr. dent. med.

The President of the Assembly

Asist. dr. **Marko Jug**, dr. med., spec.

The Vice-president of the Assembly

Mojca Drev, dr. dent. med., spec.

Executive board of the Medical Chamber of Slovenia

The President of the Educational Council

Izr. prof. dr. **Nataša Bratina**, dr. med., spec.

The President of the Professional Medical Committee

Prof. dr. **Sebastjan Bevc**, dr. med., spec.

The President of the Primary Health Care Committee

Rok Ravnikar, dr. med., spec.

The President of the Hospital Health Care Committee

Boštjan Kersnič, dr. med., spec.

The President of the Dentistry Health Care Committee

Krunoslav Pavlović, dr. dent. med.

The President of the Legal-ethical Committee

Peter Golob, dr. med., spec.

The President of the Social-economic Committee

Mag. **Marko Bitenc**, dr. med., spec.

The President of the Private Practice Committee

Asist. mag. **Matej Beltram**, dr. med., spec.

The Secretary General

Tina Šapec, univ. dipl. prav.

Head of Legal Department

Peter Renčel, univ. dipl. prav.

Finance and Accounting Department

Mag. **Nevenka Novak Zalar**, univ. dipl. ekon.

Health Economics, Planning and Analysis Department

Nika Sokolič, univ. dipl. ekon.

Head of Postgraduate Medical Training

Tina Šapec, univ. dipl. prav.

Head of Basic Postgraduate Medical Training, Licensing and Registry Department

Barbara Galuf Zajc, univ. dipl. prav.

Head of Public Relations Department

Jure Brankovič, univ. dipl. zgod. in nov.

Head of Congress Activities

Andreja Stepišnik, univ. dipl. upr. org.

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.



Visokokakovostna
HD-projekcija

Za več informacij pišite na
mic@zss-mcs.si.



Sodobna
AV-oprema



Priprava grafične
podobe dogodka



Snemanje in
obdelava



Spletni
prenos

