

IS IS

Glasilo Zdravniške
zbornice Slovenije

Oktober 2017

Številka 10



Prof. dr. Rok Vengust, dr. med., specialist ortoped, vodja oddelka za kirurgijo hrbtenice Ortopedske klinike v Ljubljani: "Na srečo nekatere kovine (posebna jekla in zlasti titan) ter materiali (polimeri, porcelan) ob vstavitvi v telo ne izzovejo pomembnih zavrnitvenih reakcij imunskega sistema. Zato je mogoče kostne nadomestke izdelovati iz različnih materialov."

Domus Medica za vas!

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

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

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

Za več informacij o Medicinskem izobraževalnem centru pišite Mojci Vrečar (mojca.vrecar@zzs-mcs.si) ali pokličite 01 307 21 91.



Interventni zakoni, intervencije in njihove posledice

Delo Zdravniške zbornice Slovenije je tesno povezano s sprejemanjem zakonodaje, torej vključuje tudi sodelovanje s pripravljavci in odločevalci, ki nam, zdravnikom in zobozdravnikom, krojijo delovne pogoje ter plačilo za opravljeno delo. Čeprav nam Zakon o zdravniški službi tudi v novelirani obliki nalaga in dopušča sodelovanje v zakonodajnem postopku, pa je to večinoma le formalno, saj o bistvenih vsebinah odloča politika sama, brez sodelovanja stroke. Tako novela tega zakona kot pravkar predlagani interventni zakon o pokritju izgub v javnih bolnišnicah sta torej odraz politične volje vladajoče koalicije, ki pa ne premore takšne odločnosti glede vsebine, ki bi bila za vse zdravstvene delavce, ne le zdravnike, življenjskega pomena. V mislih imam zakonsko ureditev varnosti na delovnem mestu.

Po smrti dragega in cenjenega kolega Martíneza na delovnem mestu v Splošni bolnišnici Izola je ministrica javno obljubila sistemsko ukrepanje. Sklicala je vsa vodstva bolnišnic in z njimi pregledala postopke za zagotavljanje standardov varnosti. Napovedala je, da bodo pregledali, ali so urgentne službe najbolj izpostavljene v bolnišnicah – da bi razmislili o dodatnih varnostnih ukrepih. Za svojce tragično preminulih zdravstvenih delavcev naj bi uvedli različne oblike pomoči, prejeli naj bi jo predvsem mladoletni otroci. To bi bilo treba zapisati v zakone, spremembe pa je ministrica obljubila »že v kratkem«.

Kaj od tega je bilo uresničeno? Podatkov o uresničitvi ministričinih obljub nimamo. Ali niso bile sprejete, ali pa niso

bile predstavljene javnosti na način, da bi v zdravniški zbornici izvedeli zanje.

Kaj od obljubljenega je naredila po tragičnem incidentu, v katerem sta umrla naš kolega in tam prisotno policist, naša zbornica? Ne gre le za vprašanje finančne pomoči družini pokojnega kolega, temveč za sistemsko ureditev na način, da bi se doseglo večjo varnost zaposlenih v zdravstvenih ustanovah. Kot predsednica zdravniške zbornice sem v vseh delovnih telesih in na sestankih v organizaciji ministrstva za zdravje in državnega zbora, na katere smo bili povabljeni, predlagala, da se v spremenjene zakone vnese določilo o večji varnosti zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev. Žal teh predlogov politika ni sprejela – večinoma s pojasnilom, da bo »to urejeno v drugem zakonu«. No, tega »drugega« zakona še ni na vidiku. Zato pa so oz. smo tisti člani zbornice, ki nas varnost na delovnem mestu skrbi veliko bolj kot politike, te vsebine vnesli v naša strokovna srečanja in publikacije. Tako je bilo na 10. Zdravčevih dnevih v Moravskih Toplicah o tem veliko povedanega in tudi zapisanega (v zborniku). Jasno je, da obstoječa zakonodaja ne daje dovolj pooblastil in potrebnih sredstev ne delodajalcu ne drugim udeležencem, da bi poskrbeli za učinkovito varovanje vsaj na najbolj izpostavljenih delovnih mestih. Ni res, da nam to omogoča že *Zakon o varnosti in zdravju pri delu*. Okvir tega zakona je preveč splošen, da bi zaposlenim v zdravstvu omogočil dodatno zaščito. Kot nam poročajo kolegi iz nekaterih evropskih zdravniških zbornic, so tam to znali in zmogli urediti. V Ljubljani smo se sredi septembra srečali predstavniki zbornic oz. zdravniških organizacij srednje- in vzhodnoevropskih držav (ZEVA) ter med drugim razpravljali tudi o nasilju nad zdravniki. To je postalo problem tudi v vseh 14 državah, od koder so poročali o tem, zato ne preseneča, da je bila soglasno sprejeta Resolucija proti nasilju nad zdravniki.

Politika zna poskrbeti za kratkoročne rešitve, ki nimajo vpliva na zdravstveni sistem, zmanjka pa ji volje in odločnosti, s katero bi poskrbela za varnost zaposlenih. Interventni zakon je enkratni ukrep, ki ne izboljšuje sistema in ki bo minil takoj, ko bo izveden. Izgube se bodo kopičile še naprej in spet jih bomo reševali z novimi inter-



ventnimi ukrepi. Vse gledajo skozi oči računovodje. Za ljudi, torej za zaposlene, pa si politika ne vzame časa za

premislak in ukrepe ter posameznika, ki deluje v tem sistemu, preprosto prezre. Kako dolgo bo še tako?

*Dr. Zdenka Čebašek - Travnik
Predsednica*

Zdravniška zbornica – mesto za projektno delo zdravnikov in zobozdravnikov

Prim. asist. Dean Klančič, dr. med.

Projektno delo je v Zdravniški zbornici Slovenije prisotno praktično od samega začetka njenega delovanja. Spoznanje, da lahko tak pristop omogoči izboljšanje kakovosti dela in prispeva k boljšim pogojem za delo zdravnikov in zobozdravnikov, je pomembno vplivalo na vključevanje projektov v delo ZZS.

Kratek povzetek pomembnejših projektov

Med številnimi projekti, ki so prispevali bogate vsebine v delo zdravniške zbornice, so bili tudi:

- Presečne raziskave o vsebini dela in obremenitvah zdravnikov družinske medicine v Sloveniji (2003 in 2004)
- Kakovost (začetek 31. 10. 1999)
- Krepitev zdravja delavcev v zdravstvu (1. 10. 2013–10. 11. 2014 in 1. 1. 2015–30. 4. 2015)
- Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti: smernice in izobraževanja za zdravstvene delavce (12. 2. 2015–30. 6. 2016)
- Izdaja slovarja, namenjenega lažji komunikaciji migrantov z zdravstvenim osebjem (1. 5. 2016–1. 11. 2017)
- Pregled ustne votline (2015 in 2017)

Vodenje, koordinacija in financiranje naštetih projektov je bilo zelo

različno. Pri vseh navedenih projektih je bila zbornica udeležena kot samostojni plačnik ali kot sofinancer, skupni vložek za navedene projekte je znašal 626.657,11 EUR, prihodek pa je bil manjši od 100.000,00 EUR. Sledenje, nadzor in poročanje niso bili enotno urejeni.

Zbornica je kot projekte vodila tudi vse informacijske vpeljave novih programov: register zdravnikov, spletna stran, licenčni in dokumentni sistem.

Nadaljnji pristop k projektному delu v ZZS

Menimo, da je Zdravniška zbornica Slovenije pravo mesto za raziskovalne in druge projekte, ki lahko prispevajo h kakovosti in varnosti zdravniškega dela. Ker želimo, da bi zdravniki in zobozdravniki lahko uresničili svoje inovativne ideje, smo se odločili sistematično in pregledno organizirati področje projektne dela. Umestitev projekta v delo ZZS se izvede tako, da:

1. se predlog projekta vloži v obravnavo Odboru za socialno-ekonomska vprašanja (za zdravnike) ali Odboru za zobozdravstvo (zobozdravniki);
2. Odbor za socialno-ekonomska vprašanja in Odbor za zobozdravstvo po obravnavi predlagata Izvršilnemu odboru (IO) ZZS

sklep o (so)financiranju projekta in glede na vsebino o umestitvi projekta v ustrezní odbor ZZS;

3. na podlagi sklepa IO ZZS odbor ZZS, ki prevzame projekt, imenuje projektno skupino, koordinira in spremlja izvajanje projekta ter redno poroča IO ZZS;
4. ob zaključku projekta se pripravi zaključno poročilo, ki poleg vsebinskega dela vsebuje tudi finančno-stroškovni del.

Vse, ki načrtujete raziskave ali uvajanje za zdravnike in zobozdravnike pomembnih vsebin, vabimo, da jih predstavite organom ZZS. S skupnim delom jih bomo lažje in uspešneje uresničili za naš še boljši jutri.



Ste prejeli Bilten?

Bilten je informativna e-publikacija Zdravniške zbornice Slovenije, namenjena vsem članom in zaposlenim v zbornici. Z namenom obveščanja o aktualnem dogajanju s področja dela zbornice, o izobraževalnih, kulturnih in drugih dogodkih je enkrat tedensko razposlana več kot 8500 prejemnikom.

Bilten prejme vsak član zbornice na svoj elektronski naslov, ki ga je podal bodisi ob vpisu v register zdravnikov bodisi pri udeležbi na dogodkih.

Zakaj ne dobim Biltena?

Točen elektronski naslov

Razlog, zakaj ne prejmete Biltena, je lahko v tem, da vaš elektronski naslov ni več aktualen (ste ga prenehali uporabljati) ali pa je napačen.

Podpora in kontakt

Milan Kokalj

01 30 72 172

milan.kokalj@zzs-mcs.si

Odjava/prijava na Bilten

Razlog je lahko tudi v tem, da ste se od prejemanja Biltena sami odjavili (preko povezave za odjavo v samem Biltenu).

Razvrščanje v e-poštnem nabiralniku

V večini primerov pa neprejetanju botruje prejemnikov ponudnik e-poštnih storitev. Zaradi različne politike in nastavitve filtrov e-pošta največkrat pristane v mapi z nezaželeno pošto (spam).

Nezaželena pošta

Kaj lahko storite v primeru, da se je Bilten znašel med nezaželeno pošto?

V tem primeru svetujemo, da elektronski naslov pošiljalca bilten.tedenski@zzs-mcs.si določite kot pošiljalca, vrednega zaupanja, in vso pošto s tega naslova kot zaželeno pošto. Tako Bilten ne bo nikoli več zašel in ostal v mapi nezaželenih pošt ali mapi promocije.

Napotki za nastavitve filtrov pri ponudnikih e-poštnih storitev

Microsoft Outlook

1. V orodni vrstici izberite gumb "Junk" in na spustnem seznamu kliknite "Junk E-mail options".
2. Izberite zavihek "Safe senders" in izberite gumb "Add". Vstavite e-naslov pošiljalca: bilten.tedenski@zzs-mcs.si in kliknite gumb "OK" (slika 1).

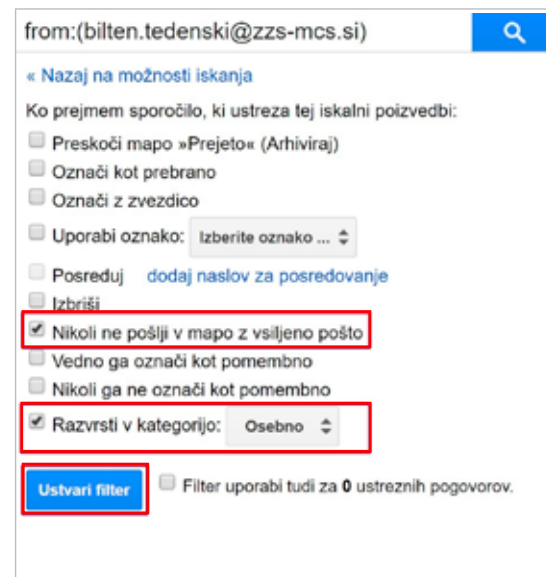


Slika 1

3. Nato ponovno kliknite gumb "OK".

Gmail

1. V Gmail nastavitvah izberite zavihek "Filtri in blokirani naslovi" in kliknite gumb "Ustvari nov filter".
2. V polje "Od:" vpišite e-naslov: bilten.tedenski@zzs-mcs.si in kliknite "Ustvari filter za to iskanje".
3. Obkljukajte polje "Nikoli ne pošlji v mapo z vsiljeno pošto" in izberite kategorijo "Osebno". Nato kliknite gumb "Ustvari filter" (slika 2).



Slika 2



IT-podporni kotichek

Za vas vzpostavljamo podporo informacijski tehnologiji, kjer boste dobili uporabne nasvete za uporabo digitalnih storitev zbornice. Vabljeni k spremljanju.

Uvodnik

- 3** Interventni zakoni, intervencije in njihove posledice
Zdenka Čebašek - Travnik
- 4** Zdravniška zbornica – mesto za projektno delo zdravnikov in zobozdravnikov
Dean Klančič

K naslovnici revije

- 8** Prof. dr. Rok Vengust, dr. med., spec. ortoped
Alojz Ihan

Zbornica

- 12** Pripravištvo za zdravnike v obdobju 2015–2017
Sara Vodopivec
- 16** Pogovor s tremi zdravniškimi ombudsmani
Andreja Basle
- 17** 15 evropskih zbornic skupaj proti nasilju nad zdravniki
- 18** Odprtje spominske avle v SB Izola
- 18** Luis Guillermo Martínez Bustamante (1980–2016)
- 19** NNSZ in delovanje OZB
Krunoslav Pavlovič
- 20** Iz dela zbornice

Aktualno

- 24** Raba tobaka ni hedonizem, ampak odvisnost
Tomaž Čakš
- 27** Stališče Društva onkoloških bolnikov o članku Luke Šolmajerja »Uspešen sprejem napredne tobačne zakonodaje«
Ana Žličar
- 27** Dragi Luka
Jure Aleksič

- 28** Prelomna novica FDA in odgovor
Luka Šolmajer
- 29** Spoštovani odgovorni in glavni urednik revije Isis prof. dr. Alojz Ihan!
Marija Vegelj Pirc
- 30** Spoštovana prim. Marija Vegelj Pirc, dr. med.
Alojz Ihan
- 30** Enajst cepiv za francoske otroke
Jurij Kurillo

Iz Evrope

- 32** Pogovor s filozofom Konradom Liessmannom
- 33** Oftalmologi: kratkovidnost močno narašča
- 33** Italija: obvezno cepljenje za otroke
- 33** Dobro slišati: prav od začetka

Zdravstvo

- 34** Evropa, hvala za reformo!
Krištof Zevnik
- 36** Pregled novejšje sodne prakse glede pravice zavarovanih oseb do povračila stroškov zdravljenja v samoplačniški ambulanti
Peter Renčel

Forum

- 38** Psi lajajo, karavana gre naprej ...
Silvana Popov
- 39** Zakon o zdravstveni dejavnosti za telebane
Iztok Kos
- 40** Aktualnosti v zdravstvu in prevladujoča politično-ekonomska misel na Slovenskem
Iztok Kos

- 43** Nevarna razmerja
Marjan Fortuna
- 44** V razmislek
Tatjana Leskošek Denišlič

Intervju

- 46** Nove poti pri zdravljenju neplodnosti s postopkom zunajtelesne oploditve
Alojz Ihan

Medicina

- 50** Rak in komplementarne oz. alternativne metode zdravljenja
Mirjana Rajer, Neža Muhič, Tanja Čufer
- 54** Hemovigilanca – poročilo 2016
Irena Briel, Ivica Marić

Poročila s strokovnih srečanj

- 60** 37. kongres evropskih združenj centrov za zastrupitve in kliničnih toksikologov
Nena Golob, Miran Brvar
- 61** Mednarodni kongres o ginekološki endokrinologiji, humani reprodukciji in menopavzi na Brionih
Darija Strah, Uršula Reš Muravec, Ksenija Geršak, Eda Vrtačnik Bokal, Veljko Vlasisavljevič
- 64** 7. raziskovalni dan Ortopedske bolnišnice Valdoltra in srečanje Vertebrološkega združenja Slovenije
Ingrid Milošev, Nino Mirnik
- 66** Spomladansko strokovno srečanje Slovenskega ortodontskega društva
Mojca Lajh

Strokovne publikacije

- 68** Kratka predstavitev zgorneštajerskega informacijskega glasila Faktum
Marjan Kordaš

Strokovna srečanja

- 70** Zbornična izobraževanja za zdravnike in zobozdravnike
- 72** Strokovna srečanja
- 84** Mali oglasi

V spomin

- 85** Milica Boljka Kolar, dr. med. (1936–2017)
Nataša Vidović Valentinčič, Barbara Cvenkel

Zanimivo

- 86** Dva zdravnika imenovana za častna člana Muzejskega društva Škofja Loka
Aleksander Igličar
- 87** Pediatrinje in prosti čas
Jasna Čuk Rupnik
- 88** Obiskali smo našo lepo Dolenjsko
Boža Janžekovič, Louro Dermota, Elko Borko
- 90** O besedi zdravnik
Matjaž Zwitter

Zdravniki v prostem času

- 91** Pro medico, slikarka in fotografinja v razstavišču UKCL
Tatjana Praprotnik
- 93** Prijatelja kirurga na Altaju
Damijan Meško, Eldar M. Gadžijev

Zavodnik

- 97** Ali smo dovolj pridni, da bomo nagrajeni?
Jana Govc Eržen

Kolofon

Leto XXVI, št. 10, 1. oktober 2017
Natisnjeno 10.220 izvodov
Datum tiska: dan pred izidom
UDK 61(497.12) (060.55)
UDK 06.055:61(497.12)
ISSN 1318-0193 CODEN: ISISF9

IZDAJATELJ IN ZALOŽNIK

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

PRESEDNIK

Dr. Zdenka Čebašek - Travnik, dr. med.

UREDNIŠTVO

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

ODGOVORNI IN GLAVNI UREDNIK

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

UREDNIŠKI ODBOR IN NOVINARJI

Prim. asist. mag. Martin Bigec, dr. med.
Izr. prof. dr. Vojko Flis, dr. med.
Prim. asist. Jana Govc Eržen, dr. med.
Prof. dr. Boris Klun, dr. med., v. svet.
Akad. prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med.
Prof. dr. Anton Mesec, dr. med., svet.
Prof. dr. Črt Marinček, dr. med., v. svet.
Asist. dr. Marko Pokorn, dr. med.
Doc. dr. Mirjana Rajer, dr. med.
Prim. izr. prof. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med.
Asist. dr. Aleš Rozman, dr. med.
Prof. dr. Vito Vrbič, dr. dent. med., v. svet.

LEKTORIRANJE

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

OBLIKOVNA ZASNOVA

Agencija Iz principa

RAČUNALNIŠKA POSTAVITEV IN PRIPRAVA ZA TISK – DTP

Stanislav Oražem

TRŽENJE

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

TISK

Tiskarna Povše

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

Lastnik blagovne znamke:

Zdravniška zbornica Slovenije
Dunajska cesta 162
1000 Ljubljana

Navodila avtorjem

Članke oddajte v elektronski obliki. Dolžina člankov je omejena na 20.000 znakov – štetje brez presledkov. V kolikor bi radi v članku objavili tudi fotografije, naj bo članek sorazmerno krajši – 1000 znakov brez presledkov za vsako objavljeno fotografijo. Za objavo so primerne digitalne fotografije, velike vsaj 1500 × 1200 točk, to je okoli 2 milijona točk. Ločljivost najmanj 300 dpi. Če ste članek napisali po naročilu farmacevtskega ali drugega podjetja in če v članku obravnavate farmacevtske izdelke ali medicinsko opremo, morate pripisati izjavo o nasprotju interesov.

Poročila s strokovnih srečanj

Dolžina prispevka je omejena na največ 10.000 znakov (štetje brez presledkov). Priložite lahko eno fotografijo, v tem primeru ima prispevek lahko največ 9000 znakov. Če gre za srečanja z mednarodno udeležbo, mora poročilo vsebovati oceno obravnavanega področja medicine v Sloveniji.

Na koncu prispevka lahko navedete imena pravnih ali fizičnih oseb, ki so kakor koli prispevale, da ste se lahko udeležili ali organizirali srečanje (uredništvo si pridržuje pravico, da imena objavi v enotni obliki). Zahval sponzorjem ne bomo objavili.

Avtorski honorarji

Prispevke honoriramo. Cena avtorske strani, ki obsega 1.500 znakov brez presledkov, je 15 EUR bruto. Cena ene fotografije je 20 EUR bruto.

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 vam honorarja ne bomo mogli izplačati.

Napoved strokovnega srečanja

Za objavo dogodka v rubriki Strokovna srečanja (preglednica) pošljite podatke do 10. v mesecu na e-naslov isis@zss-mcs.si. Objavljeni bodo dogodki za največ tri mesece vnaprej.

Izjava uredništva

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

Letna naročnina

Letna naročnina za nečlane (naročnike) je 49,20 EUR. Če je prejemnik glasila v tujini, se dodatno zaračunajo stroški poštnine po veljavnem ceniku Pošte Slovenije. Posamezna številka za nečlane stane 4,47 EUR. 9,5-odstotni davek na dodano vrednost je vračunan v ceni. Poštnina je plačana pri pošti 1102 Ljubljana.

Prof. dr. Rok Vengust, dr. med., spec. ortoped

Vodja oddelka za kirurgijo hrbtenice na
Ortopedski kliniki v Ljubljani

Prof. dr. Alojz Ihan, dr. med. ZZS
alozj.ihan@mf.uni-lj.si

Ob številnih nadomestkih, ki jih danes nudi medicina (presadki, dializa, srčni spodbujevalniki, žilni nadomestki), je danes gotovo najbolj v uporabi nado-meščanje kosti v njihovi oporni funkciji. Umetni kolki in kolena so med najpogostejšimi kostnimi nadomestki, ki mnogim starejšim ljudem omogočijo ponovno gibanje, preprečijo upad mišic in s tem bistveno prispevajo k zdravju in kakovosti življenja. Vendar je ideja, da kost stabiliziraš ali nadomestiš s kovino ali drugim nadomestkom, prodrla šele na začetku 20. stoletja s kovinskimi kostnimi vijaki in ploščicami.

Res je. Na srečo nekatere kovine (posebna jekla in zlasti titan) ter materiali (polimeri, porcelan) ob vstavitvi v telo ne izzovejo pomembnih zavrnitvenih reakcij imunskega sistema. Zato je mogoče kostne nadomestke izdelovati iz različnih materialov. Kovinski materiali so izredno trdni in togi, zato so primerni za nosilno strukturo medicinskih vsadkov, pri katerih je treba prenašati velike bremenilne sile, kot so na primer kostne ploščice in razni sklepní nadomestki. Problem kovinskih materialov je nizka biokompatibilnost, korozija, previsoka togost glede na naravna tkiva, visoka specifična teža in puščanje kovinskih ionov, kar lahko v tkivu povzroči alergične reakcije.

Z razvojem tehnologije materialov je naštetih problemov biokompatibilnosti kovin vse manj. Kobalt-kromova (CoCr) zlitina je bila prva zlitina, odporna na rjavenje, in je bila zato zelo uspešno uporabljena za kirurške vsadke. Največkrat je ta material izbran za kostne proteze. Z modifikacijo CoCr-zlitiin z dodatki niklja je možno doseči

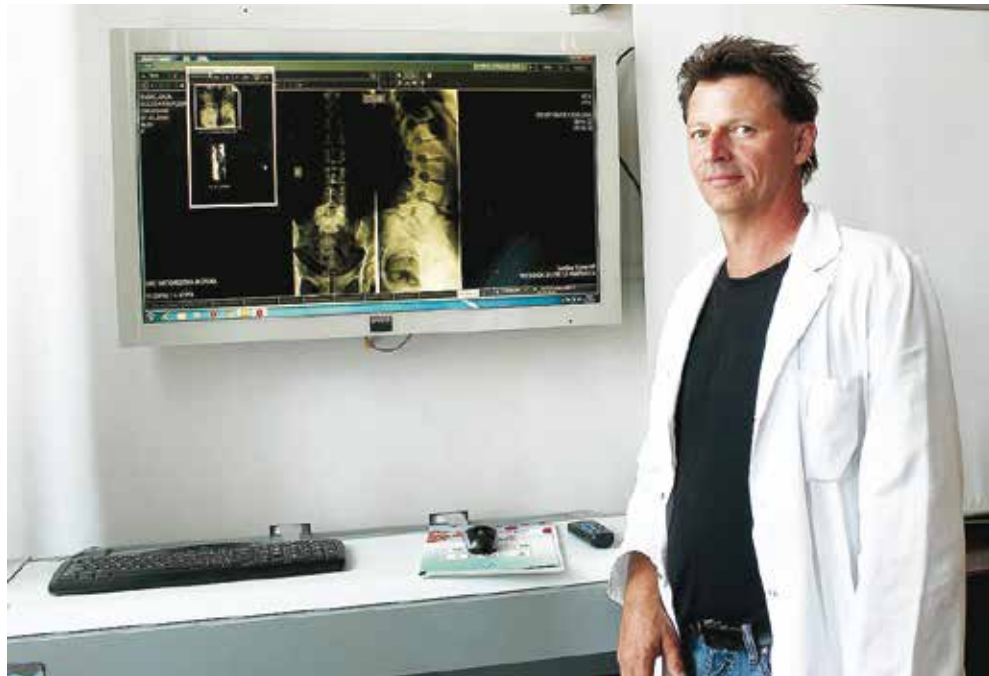


natezno trdnost visoko nad trdnostjo nerjavečega jekla. Nerjaveče jeklo in CoCr-zlitina tvorita na svojih površinah oksidno prevleko, ki jima poveča odpornost na korozijo. Titanove zlitine postajajo vedno bolj priljubljene, saj imajo veliko trdnost in nižjo togost kot prejšnja materiala. To je pomembno, ker velika razlika v elastičnosti med kostjo in vsadkom povzroča kopičenje napetosti, ki se nato prenaša preko kosti na druga mesta v telesu in lahko povzroča okvare ali bolečine.

Zelo uporabljani so trdni organski polimeri, npr. polietilen, polimetilmetakrilat ali politetrafluoroetilen. So elastični, biokompatibilni, enostavni za oblikovanje. Izredno biokompatibilni so keramični materiali, ki ne puščajo ionov tako kot kovine. So pa krhkejši in lažje lomljivi od naravnih biomaterialov (npr. kosti). Problem biomaterialnih keramik je tudi njihova težka izdelava.

Ampak hrbtenica, s katero se ukvarjate, je precej specifičen problem.

V hrbtenici se načeloma uporabljajo trije kovinski materiali: jeklo, krom-kobalt in titan. Vsak ima svoje prednosti in slabosti. Jeklo se skoraj ne uporablja več, predvsem zato, ker je nekompatibilno z magnetno resonanco. Od preostalih je krom-kobalt bistveno bolj rigiden kot titan. Torej so za rigidno hrbtenico z dobro kostno gostoto bolj primerne oporne palice iz krom-kobalta, za osteoporotično hrbtenico, ki je bolj lomljiva, pa so ustreznejše upogljivejše palice iz titana, saj bi sicer prišlo do razmaganja. Material torej prilagajamo kostni gostoti pacienta. V hrbtenici moramo vedno računati na manjše osteosintetskega materiala, ki pa mora zdržati tistih 9 do 12 mesecev. To je kritični čas, toliko je potrebno, da se spondilodeza zaraste. Možnost omajanja je bodisi v samih vijakih, bodisi v samih materialih, vijakih ali palicah ali pa na meji med vijaki in kostnino. Kar zadeva vsadke med telesoma dveh vretenc, to so »kletke« (cage), imamo



Vir: revija Vzajemnost, oktober 2016

spet dve možnosti, in sicer titan in PEEK (polietereterketon), umetno maso, ki se bistveno bolj približa biomehničnim lastnostim kosti kot titan. Pred 10 do 15 leti, ko je ta material prišel v široko uporabo, so mnogi nekako preskočili s titana na PEEK.

Se te kletke izbirajo glede na lastnosti pacienta oz. glede na dimenzije hrbtenice? Ali je tukaj že kakšna 3D-tehnologija in individualno odmerjeno 3D-tiskanje nadomestkov?

Dobro vprašanje. Do sedaj so bile proteze izdelane v različnih velikostih, od 7 do 15 milimetrov, glede na širino in višino medvretenčne ploščice. Zaenkrat to tehnologijo še vedno uporabljamo, razvoj pa gre v smeri osebno ukrojenih nadomestkov s pomočjo rentgenskih slik (CT) in 3D-tiskanja. Pri nas bomo s to tehnologijo začeli v naslednjega pol leta.

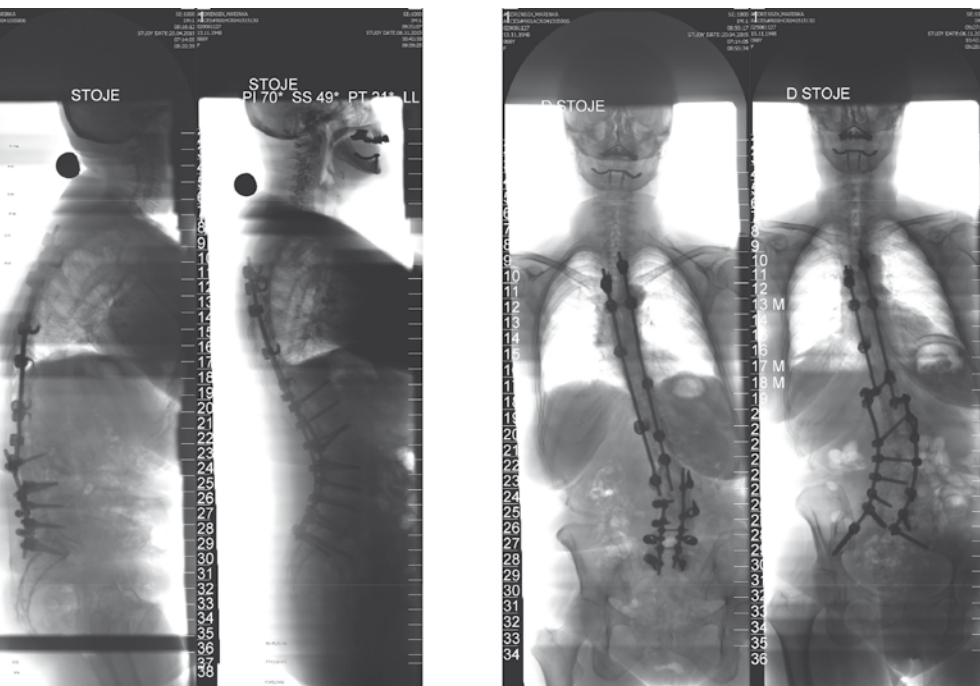
V vaši zbirki medvretenčnih nadomestkov vidim tudi zanimive umetne in gibljive medvretenčne ploščice iz kombinacije kovine in polimerov.

To je druga tehnologija, endoproteze medvretenčne ploščice, sestavljene

ne iz dveh tiranovih plošč, ki se jih pritrdi na spodnji in zgornji korpus, vmes pa je polietilenski vložek, ki omogoča gibanje. Ampak tehnologija se v praksi ni izkazala kot primerna rešitev.

Tako na pogled pa se zdi odlična zamisel, pravi nadomestek medvretenčne ploščice.

Ja, kot ideja je odlična, samo tukaj imamo še male sklepe dveh vretenc, ki so med seboj povezani, zato jih nekoordinirana gibljivost umetne medvretenčne ploščice poškoduje. Če pomislite, da taka medvretenčna ploščica nosi celotno hrbtenico, so obremenitve izrazite. In rezultati so bili slabi. Ta tehnologija je zamrla že pred 5 ali 7 leti, čeprav je bila pred tem, 15 let nazaj, ogromen bum. Eden od večjih proizvajalcev vsadkov je takrat kupil to tehnologijo za milijardo in pol dolarjev. In potem se je izkazalo, da rezultati niso dobri, sploh v ledveni hrbtenici, kjer so obremenitve zelo velike. V vratni hrbtenici se ta tehnologija ponekod še vedno uporablja. Skratka, realnost je pokazala, da mobilne medvretenčne ploščice na dolgi rok ne dosežajo rezultatov zlatega standarda operacije vratne



Korekcija sagitalnega neravnotežja pri večkrat operiranem bolniku s »flatback« deformacijo.

hrbtenice, ki je še vedno fiksacija (zatrđitev) s ploščicami, vijaki in medvretenčnimi kletkami.

Kaj je bil vzrok neuspeha?

Več jih je bilo. Predvsem nevrščanje titanovih krovnih plošč v vretenca in posledični premik iz optimalne lege, ki bi zagotovila ustrezno gibanje segmenta.

Drugače je titan znan kot izredno dober material za vraščanje osteoblastov.

Pri hrbtenici in njenih obremenitvah je bilo med ploščicami in kostjo preveč gibanja za dobro vraščanje med kostjo in titanom. Zato so bili dolgoročni rezultati slabši od klasične zatrditve.

V bistvu so vretenca preveč zapleteno zgrajena, preveč je sklepov, preveč ovojnic.

Tako je. Problem je v tem, da je center rotacij v posameznem segmentu vratne hrbtenice zelo specifičen za posameznega človeka, proteza pa ni umerjena specifično zanj. Zato

ne more slediti naravi oz. kinetiki medvretenčne ploščice. Ne gre samo za velikost, ampak tudi za logiko, kako se bo proteza mehanično obnašala.

Se gre sedaj nazaj na zatrditve?

Zdaj težave rešujemo ponovno z rigidnimi implantati vratne in ledvene hrbtenice. Sploh pri ledveni, kjer so ogromne obremenitve, praktično nihče več ne dela endoprotez. Pri slednji je dodatni razlog za izogibanje endoprotezi tudi kirurški. V nasprotju z vratno hrbtenico, kjer je sprednji pristop kirurško izjemno enostaven in gre zgolj za odmik požiralnika, sapnika in žilno-živčnega snopa, vse skupaj v manj kot 10 minutah, je treba za pristop do ledvene hrbtenice umakniti črevesje in mobilizirati velike žile. Vse skupaj traja po uro in več in pri tem se lahko marsikaj tudi poškoduje, npr. živčne pleteže (posledica je lahko seksualna disfunkcija, motnje mikcije, retrogradna ejakulacija), žile. Dodatni zapleti endoprotez so bili povezani z velikimi obremenitvami v ledveni

hrbtenici, npr. zlom krovne ploščice ali ekspulzija polietilenskega vložka. Dolgoročno pa predvsem bolečine. Od 20 do 40 odstotkov pacientov z endoprotezami ledvene hrbtenice smo zato naknadno zatrdili in če sešteješ vse zaplete, je bilo na dolgi rok 50 odstotkov ljudi nezadovoljnih. To ne zdrži.

Zatrđitev je torej dobra rešitev, če odmislimo zmanjšano gibljivost.

Ne povsem. Zakaj smo namreč prišli na mobilno tehnologijo? Zaradi bolezni sosednjega segmenta. V desetih letih 20 odstotkov ljudi potrebuje reoperacijo zaradi bolezni sosednjega segmenta, saj se pritiski, ki so poškodovali saniran segment, prenesejo na sosednji segment. Ledvena lordoza mora izenačiti incidenco oz. naklon medenice. Medvretenčne ploščice so odgovorne za 50 odstotkov ledvene lordoze. Ko le-te degenerirajo, se ledvena lordoza manjša. Ob operaciji moramo predvsem obnoviti ledveno lordozo. Če jo dobro restavriramo, je mehanika hrbtenice takšna, da gredo obremenitve skozi zadnjo tretjino diska in do degeneracije ne pride. Ča pa pride pri operaciji do zmanjšane lordoze, pa posledično po nekaj letih prihaja do bolezni sosednjega segmenta. To razmišljanje v zadnjih petih letih prevladuje v hrbtenični kirurgiji.

Kje je pri zdravljenju hrbtenice mesto celičnim terapijam, o katerih se zadnja leta precej piše?

Lahko bi reševale problem zaraščanja, saj predvsem v zadnjem mobilnem segmentu ledvene hrbtenice do tega pogosto ne pride. V 20 do 25 odstotkih pride do omajanja dolgih spondilodez na kavdalnem ledvenem segmentu (L5-S1). Da bi zmanjšali odstotek omajanja, dodajamo kostnim presadkom mezenhimske matične celice, ki jih damo bodisi v medvretenčno ploščico ali pa posterolateralno. Torej upamo na manjši delež nezaraščanja po dolgih fiksacijah.

Kaj pa operacije najbolj pogostih patologij hrbtenice, hernij in stenoz?

Tu gre za patologiji, ki se razlikujeta predvsem v starosti pojavljanja. Hernija se pojavlja pri starosti od 25 do 45 let, utesnitev spinalnega kanala (stenoz) pa po 60. letu starosti. Glede na to, da se prebivalstvo stara, je pojavnost stenoz vedno večja. V zadnjih letih je v nekaterih državah že več stenoz kot hernij. Hernija v 30 do 40 odstotkih privede do operacije. Kdaj operirati? Indikacije so jasne: neznozna bolečina, napredujoča nevrološka okvara. Malo drugače pa je, kadar je samo bolečina. V tem primeru je razmislek takšen: 80 odstotkov ishialgij se konservativno pozdravi oz. mine v šestih tednih. Če pa išijas oz. radikulopatija vztraja več kot tri mesece, predlagamo operativno zdravljenje zaradi nevropatskih sprememb. Ob dolgotrajnejšem pritisku namreč v približno 15 odstotkih pride do teh nevropatskih sprememb, ki se lahko kažejo z dosmrtnim mravljinčenjem in nevropatko bolečino. Pri herniji se odstrani del medvretenčne ploščice, ki pritiska na živec. Del medvretenčne ploščice, ki je še v disku med dvema vretencema in ne opravlja več funkcije, odstranimo, medtem ko dele medvretenčne ploščice, ki opravljajo funkcijo na svojem anatomskem mestu, pustimo.

Kaj je z defektom, ki nastane, ga nadomestite?

Defekta ne nadomeščamo. V raziskavah smo na mesto defekta delali maske, injicirali celice, ampak medvretenčna ploščica je neožiljena struktura in defekta *anulusa fibrosusa* ne moremo nekako naravno zakrpati, tako da tam ostane luknja. So nekateri poskusi, da se naredi zapora te luknje, vendar so bili zpleti, migracije. Francozi delajo nek polimer, ki ga vstavijo v obliki navoja oz. vijačnice v medvretenčno ploščico, pa se tudi to ni prijelo. Skratka, nimamo dobre rešitve.

Defekt ostane. Stabilnost načeloma ni problem, če so zadnji elementi ohranjeni. Rezultati po herniji so dobri, v 85 odstotkih uspešni. Približno odstotek je zapletov: poškodba živcev, živčne ovojnice, vnetje, krvavitev v kanal – tega je malo. Je pa potem še od 10 do 15 odstotkov ljudi, ki imajo po operaciji bolečino. Če taka bolečina ne mine, potem v letu, dveh po operaciji lahko naredimo zatrditev segmenta, ki največkrat dolgoročno odpravi bolečino.

Se odstotek tistih, pri katerih bolečina ostane, razlikuje med pacienti, ki so operirani, in tistimi, ki niso?

Na dolgi rok, če govorimo o diskus herniji, so rezultati enaki pri operiranih in neoperiranih. Večina ljudi želi biti operirana. Letos bomo na Ortopedski kliniki naredili 950 operacij hrbtenice. Hernij okoli 300, še enkrat toliko stenoz, ostalo so velike operacije.

Kaj je indikacija za operacijo stenoz?

Kar zadeva stenozo, je indikacija za operacijo nevrogena klavdikacija, bolečina v nogah, ki se stopnjuje. Odločitev za operacijo pa je vedno pacientova. Če je klavdikacijska razdalja 2.000 m, operacija verjetno ni potrebna, saj lahko človek ob krajših počitkih še naprej dovolj hodi za svoje dobro počutje. Če pa je klavdikacijska razdalja pod 500 m ali celo 100 m, pa postane gibanje starostnika tako omejeno, da trpi kakovost njegovega življenja in tudi zdravje, med drugim mu zaradi negibanja upadejo mišice. Večinoma so starostniki zelo zainteresirani za poseg. To so načeloma rutinske operacije. Ljudje vstanejo naslednji dan, tudi 80- in 90-letniki. Drugi dan po operaciji so že doma. Po herniji je rehabilitacija podobna, glede na to, da gre za mlajše paciente, še nekoliko hitrejša.

Prof. dr. Rok Vengust, rojen 5. julija 1967, je diplomiral na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani leta 1993. Od leta 2000 je specialist ortopedije. Doktoriral je s področja biomehanike kolka leta 2004. Leta 2005 je bil izvoljen v naziv docenta, leta 2010 v naziv izrednega profesorja in leta 2015 v naziv rednega profesorja.

Ukvarja se z operativnim zdravljenjem hrbtenice in je poglobljeno specializiran za operacije degenerativnih bolezni, posebej pri starostnikih, ter vnetij in tumorjev hrbtenice. Letno opravi okoli 350 operacij hrbtenice. V klinično prakso je uvedel več kirurških metod: vertebroplastika, TLIF, ALIF in AxialLIF pri spondilodezah, samostojen zadnji pristop pri operacijah ekstraduralnih tumorjev in vnetij ter osteotomije hrbtenice.

Od 2006 zaseda mesto vodje oddelka za kirurgijo hrbtenice na Ortopedski kliniki v Ljubljani in od leta

2008 mesto pomočnika predstojnika Ortopedske klinike v Ljubljani. Je predsednik RSK za ortopedijo.

S področja kirurgije hrbtenice je objavil več kakovostnih del, objavljenih v mednarodnih revijah (29 SCI), je tudi avtor univerzitetnega učbenika. Organiziral je dva mednarodna kongresa s področja kirurgije hrbtenice, na številnih domačih in mednarodnih srečanjih je bil vabljeni predavatelj ali aktivni udeleženec. Je član več domačih in mednarodnih strokovnih združenj.

Na oddelku za kirurgijo hrbtenice Ortopedske klinike UKC Ljubljana, ki ima 21 bolniških postelj, na leto opravijo od 900 do 950 operacij hrbtenice. Zdravniški tim na oddelku poleg prof. dr. Vengusta sestavljajo še trije specialisti ortopedi in en specializant.

Pripravnništvo za zdravnike v obdobju 2015–2017

Sara Vodopivec, dr. med., dr. Hugon Možina, dr. med., UKC Ljubljana

»Kot dobro stran pripravnništva bi izpostavil predvsem delo v urgentnem centru, kjer sem se res naučil glavnih stvari, preveril svoje teoretično znanje in bil koristen na delovišču.«

»Da se ni naredila predolga vrsta, sem lahko v oftalmološki ambulanti pregledal vsakega drugega do tretjega pacienta. Saj so se z mano kar trudili, ampak celega tedna res ne bi rabil prebiti tam.«

»Lokacije, kjer poteka pripravnništvo v Ljubljani, lahko razdelimo na dve skupini: tiste, kjer pripravnik vključijo v delo, vsaj tedaj, ko pokaže nekaj interesa, in na tiste, kjer pripravnik ne vključijo v delo tima, četudi pokaže maksimalno željo, dobro voljo in pripravljenost pomagati in se učiti.«

»Pohvalila bi odlično organiziran tečaj »ILS« ter ponavljalne vaje s praktičnimi scenariji en teden pred strokovnim izpitom.«

»Pri nas smo interno medicino, v nasprotju s programom, krožili na internih oddelkih. Šest tednov. Če ti je po delu na oddelku ostal čas, si lahko šel v IPP-ambulance – in uresničeval program pripravnništva.«

»Zadovoljen sem bil vsakič, ko sem lahko *hands-on* delal stvari, ko sem imel stik s pacienti in občutek, da so na oddelku hvaležni, da sem tam in jim pomagam.«

»V teh šestih mesecih veliko pridobiš na samostojnosti, suverenosti in zaupanju vase. Naučiš se biti hiter in temeljit in se osredotočiti na pomembna vprašanja.«

»Pričakoval bi malo bolj aktiven pristop k opredeljevanju naših delovišč, zadolžitve in nalog tekom našega kroženja.«

»Če bi bila jaz v vlogi organizatorja pripravnništva za UKC LJ, bi poslala dopis predstojnikom vseh oddelkov z vprašanjem, koliko pripravniških mest naenkrat lahko zagotovijo, obenem pa morajo tudi definirati, kako bodo pripravnike vključili v delovne in izobraževalne procese.«

Večina zgornjim podobnih mnenj je med starejšimi kolegi krožila že dolgo, ko sem bila še študentka. A ko sem postala pripravnik, sem jih, v družbi še osmih kolegov pripravnikov, okusila na svoji koži. Z oddelka na oddelke so se zdele resničnejše in vedno bolj tudi moje izjave. Pritožb, ja-

mranj in nezadovoljstva je bilo veliko. A dokler vse ostane v garderobi, med sodelavci in kolegi, to le zamori konec delovnega dne, ne more pa pripomoci k boljšemu jutri. K spremembam je treba nagovoriti nadrejene, odgovorne in se utemeljeno pritožiti, smiselno predlagati, kaj in kako se lahko spremeni na bolje, za dobro vseh udeležencev, kot tudi sistema.

Ko smo v Projektni skupini za prenovu pripravnništva (PSP) z novim mandatom vodstva ZZS prevzeli naloge in opravili pregled stanja in preteklega dela, smo ugotovili, da je bil zadnji pravilnik in s tem program pripravnništva nazadnje sprejet leta 1993, zadnja seznama znanj in literature za strokovni izpit pa sta bila objavljena leta 2006. Leta 2013 je bila z namenom prenove pripravnništva ustanovljena Delovna skupina za pripravnništvo pri ZZS, ki se je začela zavzemati za prenovu programa pripravnništva za zdravnike. Z namenom načrtovanja izboljšav je leta 2015 delovna skupina izvedla raziskavo, katere rezultati so bili zelo zgovorni (objavljeni v Zdravniškem vestniku marca 2016, dosegljivo na <http://vestnik.szd.si/index.php/ZdravVest/article/view/1410>).

Na prvi seji spomladi letos smo novoimenovani člani PSP sklenili, da začeto delo čim prej dokončamo. K temu nas je dodatno spodbudil novosprejeti Zakon o zdravniški službi, s katerim se bo poklicna pot mladega zdravnika začela z enoletnim sekundariatom, kjer bo prvih šest mesecev predstavljalo pripravnništvo, po katerem bo zdravnik sekundarij opravljal strokovni izpit. Zatem bo lahko sekundarij nadaljeval z elektivnim kroženjem, kar bo predstavljalo premostitveno zaposlitev od opravljenega strokovnega izpita do nastopa specializacije.

Da bi bile spremembe v programu obveznega kroženja čim bolj utemeljene in smiselne, smo se v PSP odločili izvesti podobno raziskavo, kot jo je prejšnja delovna skupina izvedla leta 2015. Med pripravniki in njihovimi mentorji smo izvedli anketo, s katero smo želeli oceniti splošno mnenje o veljavnem programu pripravnništva, učinkovitost in izvedbe predpisanega programa, razlike v izvajanju pripravnništva med posameznimi ustanovami ter potrditi ali ovreči nekatere »garderobne govornice« o tem, kaj naj bi priprav-

ništvo po mnenju vprašanih obsegalo, katera bi morala biti tista znanja, ki jih mora vsak pripravnik do suverenosti osvojiti, ter nasprotno, kaj od sedaj veljavnega v pripravništvo, oz. po novem sekundariat, ne sodi.

Vprašalnik smo razposlali 853 mladim zdravnikom, ki so opravljali pripravništvo v zadnjih dobrih dveh letih, in 153 specialistom, ki so imenovani za nadzorne mentorje zdravnikom pripravnikom. Vprašalnik je izpolnilo 145 mladih zdravnikov (17 %) in 45 (29 %) mentorjev zdravnikov pripravnikov.

V nadaljevanju prispevka želimo predstaviti bistvene ugotovitve opravljene raziskave.

Kako nas fakulteta pripravi na začetek poklicne poti?

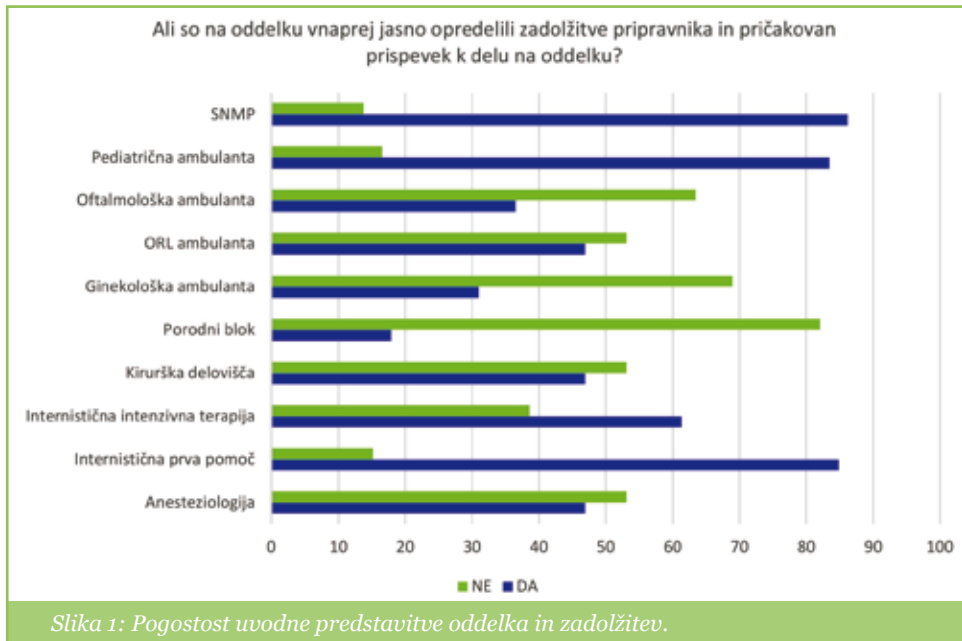
S trditvijo, da so ob nastopu pripravništva imeli **dovolj teoretičnih znanj** za opravljanje del in nalog pripravnika se je delno ali povsem strinjalo 79 % vprašanih.

Bolj kritično pripravniki vrednotijo svoje praktično znanje po končani fakulteti, saj se je s trditvijo, da so imeli ob nastopu pripravništva **dovolj praktičnih veščin**, delno ali povsem strinjalo le 39 % pripravnikov, več kot 50 % jih je menilo, da niso imeli dovolj praktičnih veščin.

Kritičnost mladih dobro korelira s kritičnostjo mentorjev, saj se je s tem, da imajo pripravniki dovolj teoretičnega znanja za opravljanje dela pripravnika, delno ali povsem strinjalo 71 % vprašanih, da imajo dovolj praktičnega znanja, pa 47 % vprašanih.

(Ne)uvajanje v delo pripravnika?

Skoraj 60 % vprašanih pripravnikov je dejalo, da so bili **uvodne predstavitve oddelka, organizacije dela** na oddelku in sodelavcev deležni **na manj kot polovici**, 21 % pa celo **na nobenem** oddelku. Povedna je **slika 1**, ki prikazuje odgovore glede **uvodnih opredeli-**



Slika 1: Pogostost uvodne predstavitve oddelka in zadolžitvev.

tev zadolžitev pripravnika in pričakovanega prispevka k delu na oddelku.

Kljub navodilom ZZS pooblaščenim ustanovam je 28 % vprašanih odgovorilo, da v ustanovi ni bilo določenega koordinatorja za pripravnike, ki bi podal uvodne informacije glede poteka pripravništva in na kogar bi se lahko obrnili v zvezi z organizacijskimi zadevami.

Po mnenju mentorjev so pripravniki na njihovem oddelku deležni uvodne predstavitve oddelka in sodelavcev pogosto ali vedno (64 % vprašanih). Prav tako jih je 78 % menilo, da pripravniku ob prihodu na njihov oddelek pogosto ali vedno razložijo njegovo vlogo v delovnem procesu. Skoraj polovica mentorjev (49 %) zagotavlja, da je na njihovem oddelku pripravljen načrt dela zdravnikov pripravnikov v skladu s programom pripravništva.

Vloga mentorjev med pripravništvom

Glede na odgovore pripravnikov so za **neposredno mentorstvo pripravnikom najpogosteje določeni** mlajši specialisti (37 %), izkušeni specialisti (35 %) in redkeje speciali-

zanti (28 %). Neposredno mentorstvo najpogosteje, v 66 %, opravljajo specializanti, v 23 % mlajši specialisti in v 10 % izkušeni specialisti.

Na drugi strani mentorji odgovarjajo, da so največkrat neposredni mentorji na njihovem oddelku izkušeni specialisti (69 %), le 11 % jih meni, da so najpogosteje neposredni mentorji specializanti.

Pripravniki menijo, da so bili neposredni mentorji pogosto (46 %) ali vedno (28 %) pripravljene odgovarjati na njihova vprašanja in so jim v polovici primerov (32 %), pogosto (28 %) ali vedno (8 %) dodeljevali relevantne posege. Zaskrbnjuje je, da je 43 % pripravnikov odgovorilo, da so jim redko, 12 % pa, da jim niso nikoli jasno določili neposrednega mentorja ob začetku kroženja na danem oddelku.

Tri petine vprašanih mentorjev se delno ali sploh ne strinja, da imajo zaposleni na njihovem oddelku dovolj časa za delo z zdravniki pripravniki. Obenem jih 87 % odgovarja, da delu s pripravniki nimajo namenjenega dela delovnega časa. Kljub temu jih 58 % odgovarja, da dodatno sodelujejo pri izobraževanju pripravnikov in pripravi seminarjev, tečajev, praktičnih delavnic, to pa v večini (55 %) počnejo med rednim delovnim časom. Vsemu

navedenemu navkljub se jih 47 % delno ali povsem strinja, da je na njihovem oddelku izvajanje programa pripravništva optimalno.

Zadovoljstvo z delom na oddelkih

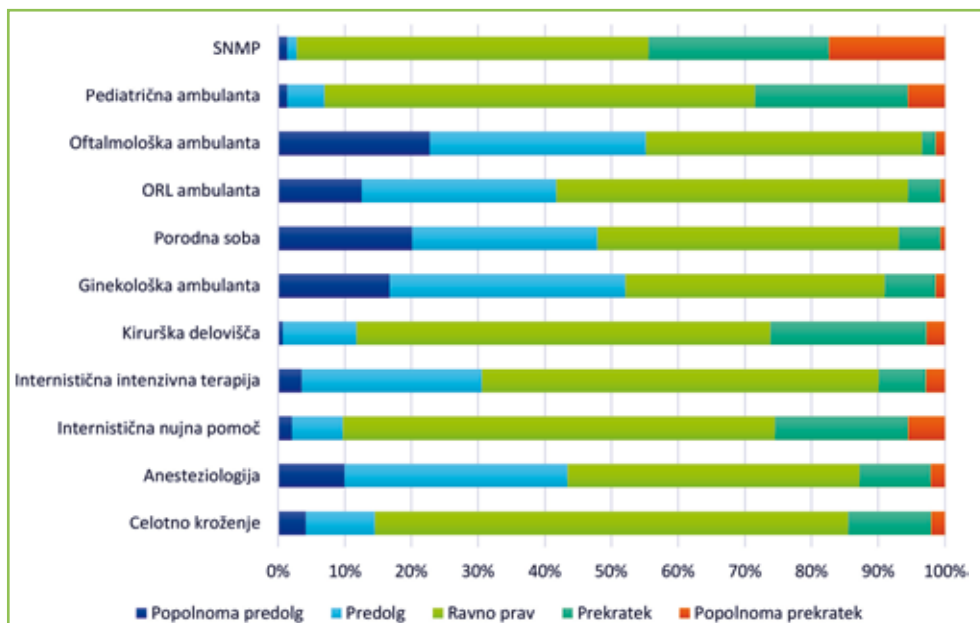
Med vsemi oddelki so bili vprašani **splošno najbolj zadovoljni** v službi nujne medicinske pomoči (SNMP) (92 %), na internistični prvi pomoči (78 %) in na pediatriji (78 %), najmanj pa v oftalmološki (39 %), ginekološki ambulanti (34 %) in v porodni sobi (27 %). **Največ praktičnega znanja** so pridobili na internistični prvi pomoči (87 %), v SNMP (84 %) in na kirurgiji (80 %). **Največ teoretičnega znanja** so pridobili na internistični prvi pomoči, v SNMP (81 %) in v pediatrični ambulanti (69 %). Oddelki, kjer jim je bila v največji meri **dodeljena aktivna vloga pri obravnavi bolnikov**, so internistična prva pomoč (95 %), pediatrija (79 %) in SNMP (84 %), najmanj pa na ginekologiji (10 %), otorinolaringologiji (ORL) (18 %), v oftalmološki ambulanti (12 %) in v porodni sobi (8 %).

Biti Postopkov Slaba Organizacija Moral Npr Večini Delovišč
Slaba Organiziranost Mentorjev
Pripravniki
Niti Enkrat Delo Znanj Oddelkih Ginekologija
Premalo Strokovni Izpit Kroženja
Šivanje Epiziotomije Dela v Porodnišnici Ali
Nekaterih Deloviščih Nihče Noben Kroženje Status V Napoto

Slika 2: Najpogostejše besede (večje zapisane so se pojavile pogosteje), ki so jih anketiranci uporabili pri odgovoru na vprašanje »Katero slabost programa pripravništva bi izpostavil?«.

Prekratko, predolgo ali ravno prav?

S slike 3 lahko razberemo, da pripravniki ocenjujejo kot **ustrezno dolgo** kroženje na oddelkih **kirurški** in **internistične intenzivne terapije** ter v **urgentni pediatrični** in **internistični** ambulanti. Več kot



Slika 3: Ocena primernosti dolžine posameznih kroženj med pripravništvom.

50 % vprašanih je menilo, da je kroženje v **ginekološki in oftalmološki ambulanti (1 teden) predolgo**, več kot 40 % pa, da je kroženje na **anesteziologiji** (2 tedna), v **ORL-ambulantni** (1 teden) in v **porodni sobi** (1 teden) predolgo. Po mnenju več kot 40 % vprašanih je kroženje v ambulanti **SNMP**, oz. ambulanti za hitre preglede, **prekratko**.

Najbolj koristno je bilo po mnenju: 53 % vprašanih kroženje na **internistični prvi pomoči**, 23 % v **SNMP** in 17 % vprašanih kroženje na **kirurških deloviščih**. Nasprotno je na vprašanje »Kroženje na katerem oddelku je bilo najmanj koristno?« navedlo **porodno sobo** 19 %, **ginekološko ambulanto** 21 % in **očesno ambulanto** 32 % vprašanih.

Predpisan program posegov je nerealen

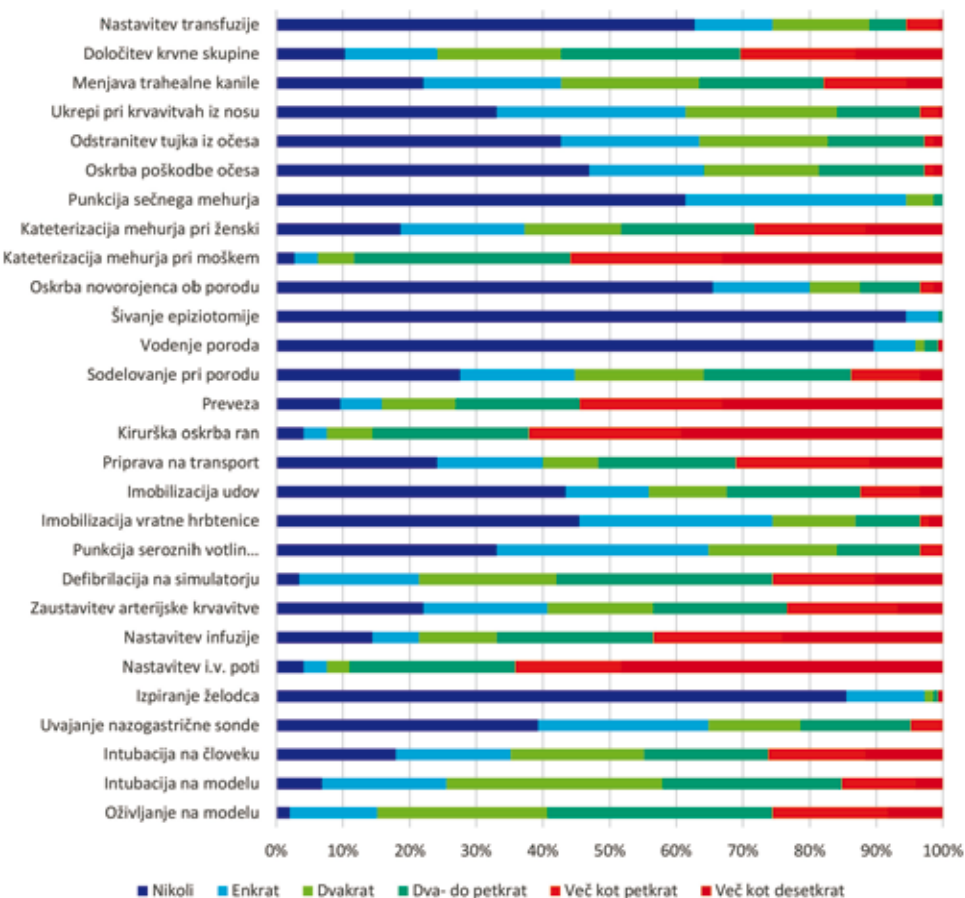
Slika 4 prikazuje odgovore na vprašanje »Kolikokrat si opravil poseg?« in se nanaša na posege, ki so določeni v Listu zdravnika pripravnika kot obvezni. V skladu z izpolnitvijo programa in priložnostmi za izvajanje posega so pripravniki ocenili svoje obvladanje teh večščin. Tako se je izkazalo, **da dobro ali**

zelo dobro po svoji oceni v več kot 40 % pripravniki znajo:

oživljanje na modelu (64 % vprašanih), intubacijo na modelu (41 %), nastavitev i.v. poti (50 %), nastavitev infuzije (49 %), zaustavitev arterijske krvavitve (47 %), defibrilacijo na simulatorju (50 %), kirurško oskrbo ran (50 %), prevezo (57 %), kateterizacijo mehurja pri moškem (79 %), kateterizacijo mehurja pri ženski (55 %) in določitev krvne skupine (70 % vprašanih).

Večina (60 %) mentorjev meni, da pripravniki na njihovem oddelku pogosto ali vedno opravljajo posege, predpisane v programu pripravništva. Hkrati se v 65 % delno ali povsem strinjajo, da nekateri posegi, predpisani v programu pripravništva, za ta program niso primerni. Med zgoraj naštetimi in na sliki 3 prikazanimi, mentorji v visokem odstotku menijo, da za pripravnike **niso primerni**: intubacija na človeku (38 %), izpiranje želodca (36 %), punkcija seroznih votlin (29 %), vodenje poroda (85 %), šivanje epiziotomije (78 %), oskrba novorojenca po porodu (49 %), punkcija sečnega mehurja – opis metode (42 %), oskrba poškodbe očesa (31 %), odstranitev tujka iz očesa (38 %).

Število opravljenj predpisanih posegov



Slika 4: Število opravljenih predpisanih posegov.

Ideje za spremembe so dobre

Za konec smo pripravnike vprašali za mnenje o nekaterih predvidenih spremembah za prihodnost. Večina, 70 %, se jih strinja, da bi **vstopni kolokvij pred začetkom kroženja** izboljšal njihovo pripravljenost za delo na posameznem delovišču. Dobra polovica (52 %) jih meni, da bi bilo smiselno, da bi bil pripravnik pri strokovnem izpitu **nagrajen z bonus točkami**, če bi pred nastopom pripravništva uspešno opravil vstopni kolokvij preko spletne učilnice. Več kot tri četrtine (76 %) se jih strinja, da bi bilo smiselno, da bi del strokovnega izpita predstavljale **praktične, t. i. OSCE** (Objective Structured Clinical Examination) **postaje**. Praktično vsi, 98 % vprašanih, menijo, da bi bilo smiselno, da bi pripravnik ob

začetku kroženja prejel **e-knjigo, ki bi vsebovala seznam in gradiva za vsa zahtevana teoretična in praktična znanja**, in nadalje jih 86 % meni, da bi bil seznam znanj za strokovni izpit jasen in nedvoumen, ocenjevanje pa bolj natančno.

Med mentorji se jih z uvedbo vstopnega kolokvija z namenom boljše pripravljenosti na delo strinja 58 %, prav tako jih 80 % meni, da bi morala biti literatura za pripravnike bolj definirana, saj bi poenotena literatura izboljšala znanje in delo pripravnikov na posameznem delovišču, s čimer se strinja 80 % vprašanih mentorjev.

Kako naprej

Po prvi, preliminarni opisni analizi opravljene ankete, ki prikazuje zelo podobne rezultate, kot jih je anketa iz

leta 2015, smo člani PSP dobili potrdilo – čas za sprenevanje je minil.

Vemo, katere so dobre strani sedanjega programa pripravništva, ki bi jih veljalo pustiti v programu za pripravnike tudi v prihodnje, kaj pa so tiste šibkosti, ki jih je treba odpraviti. Zavedamo se, da je pripravništvo začetek poklicne poti vsakega zdravnika in tako predstavlja bistveno obdobje za usvajanje nekaterih ključnih kompetenc, suverenosti in samozavesti za sprejemanje pomembnih odločitev. Zato bi moralo biti to obdobje osmišljeno, z jasnimi cilji o doseženih znanjih, izkušnjah, kompetencah in z izdelanim realnim načrtom, kako zastavljeno doseči. Pooblaščen ustanove bi morale nuditi primerljive pogoje za pridobivanje prvih delovnih izkušenj za vse zdravnike pripravnike – sekundarije v Republiki Sloveniji. Treba je osvežiti seznam medicinskih posegov in znanj, ki jih mora vsak zdravnik z opravljenim strokovnim izpitom brezpogojno obvladati. In potrebna so jasna navodila, tako izvajalcem kot tudi bodočim generacijam mladih zdravnikov, kako zastavljen program izvesti.

V PSP že pripravljamo Kompendij znanj za zdravnike pripravnike, kjer bodo na enem mestu zbrana vsa znanja za opravljanje pripravništva in za strokovni izpit ter povezave do raznih spletnih gradiv za lažje in učinkovitejše učenje. Poleg tega se na Zdravniški zbornici Slovenije pripravlja uvedba nove spletne platforme, »spletne učilnice«, kjer bi poleg zbranih elektronskih gradiv pripravniki lahko opravljali sprotne preizkuse znanja s posameznih področij kroženja v urgentni medicini.

Zavedamo se tudi, da je strokovni izpit v sedanjih oblikah neprimeren in znanja ne meri po načelih sodobnih spoznanj. Čeprav je strokovni izpit za zdravnike v pristojnosti Ministrstva za zdravje, bomo skušali v PSP predlagati spremembe sistema ocenjevanja znanja iz urgentne medicine, da bi se izpit izvajal s čim manj pristranskosti in bi meril vnaprej točno določena znanja in kompetence ter tako dobil merodajno veljavo nacionalnega izpita za zdravnike.

Pogovor s tremi zdravniškimi ombudsmeni

Andreja Basle, univ. dipl. nov., ZZS

V septembru je bil prvi klubski pogovorni večer v Klubu Domus Medica namenjen pogovoru z zdravniškimi ombudsmeni. Kot je v uvodu povedala predsednica Zdravniške zbornice Slovenije **dr. Zdenka Čebašek - Travnik**, ki je vzpostavitev pomoči zdravnikom v obliki zdravniškega ombudsmana napovedala že ob kandidaturi za predsednico, so »v septembru vsi termini za svetovanje že zasedeni, kar kaže, da je ta pomoč res potrebna in dobrodošla.« V prihodnje je njena vizija, da bi bil inštitut Zdravniški ombudsman še bolj ločen od zbornice, čeprav že zdaj deluje povsem neodvisno in je zagotovljena popolna anonimnost vsem, ki se obrnejo po nasvet, pogovor ali pomoč. V prihodnje zbornica načrtuje še medijsko službo in pravno pomoč v sporih med člani in zbornico.

V nadaljevanju so zdravniški ombudsmeni spregovorili o treh ključnih iztočnicah večera: ali zdravnik sploh potrebuje pomoč in kdaj, o tranziciji odnosov in o odnosu predstojnik – zdravnik z licenco.

Prim. Darja Boben - Bardutzky je izpostavila, da je velika ovira, da

bi zdravnik poiskal pomoč, prepričanje, da »zdravniki ne potrebujemo nobene pomoči, saj smo železni, nezmotljivi. Če pa pomoč že potrebujemo, potem se o tem ne sme govoriti.« Študije pa kažejo povsem drugo sliko. Povedala je, da se v Ameriki soočajo z epidemijo samomorov med zdravniki, ki so obupani in razočarani nad izkoriščevalskim kapitalističnim sistemom zdravstva.

Tudi v Sloveniji so preobremenjenost, razočaranje nad zdravstvenim sistemom, zelo specifične delovne zahteve, pogosto prekinjanje pri delu, vse več birokracije, v zadnjem času pa tudi nekolegialni odnosi in marsikje zaostreni odnosi z medicinskimi sestrami izvor vse pogostejših stisk zdravnikov. »Ker je poiskati pomoč stigma, se zdravniki praviloma nimamo kje pogovarjati o težavah in napakah, ker se vsak boji, da se bo to obrnilo proti njemu, da bo kaznovan, če o tem s kom spregovori,« je ovire opisala prim. Boben - Bardutzky.

Zdravniška ombudsmanka zdravnica Urška Lunder se je dotaknila problematike sodelovanja v

timu in medsebojnih odnosov. Ti so v zdravstvu, kot je dejala, še vedno precej pokroviteljski in hierarhični. »To pa je pristop, ki ga niti mnogi pacienti več ne sprejemajo. V timih v zdravstvu pa taki odnosi v sedanjem času, ko vse bolj ozaveščena družba promovira sodelovanje in partnerstvo, lahko sprožajo veliko stisk,« je povedala. Dodala je, da je prehod k večjemu sodelovanju na isti ravni ob sočasno ohranjenih strokovnih poklicnih odgovornostih za marsikoga, ki se je izobraževal in nato delal v strogo hierarhičnem sistemu, velik izziv.

Izkušen zdravnik Branko Brinšek, ki prav tako svetuje kot ombudsman, pa je poudaril, da je »dolžnost predstojnika, da poskrbi, da zdravniki lahko opravljajo svoje delo in da dogovore, ki jih je sprejela stroka, izpolnjujejo vsi. Ni pa naloga predstojnika, da se vmešava v odločitve zdravnika, ki ima licenco. Izpostavil je še, da je za vsakega posameznika zelo pomembno, da okrepi svojo notranjo moč, sicer oseba na drugi strani brez težav pritiska na točno določene šibke točke, kar sproža stiske.

Udeleženci so v razpravi pozdravili odločitev zbornice za vzpostavitev delovanja Zdravniškega ombudsmana. Ombudsmeni, ki o konkretnih primerih seveda niso govorili, saj gre za anonimno in zaupno pomoč kolegemu zdravniku, pa so povedali, da odzivi zdravnikov, ki pridejo po nasvet, kažejo, da jim zdravniki zaupajo in so jim hvaležni za pomoč.



V oktobru so za pogovor po telefonu ali osebni obisk pri Zdravniškem ombudsmanu prav tako na voljo trije termini. Prosta sta še termina pri Urški in Branetu. Na pogovor po telefonu ali obisk se naročite s klicem na številko: 01 30 72 100 (recepcija zdravniške zbornice) ali po elektronski pošti: zdrom@zzs-mcs.si in vam pri tem ni potrebno povedati vaših osebnih podatkov.

Oktober 2017

Ime	Datum	Čas	Status
Darja	3. oktober 2017	16.00–18.00	Že zasedeno
Brane	12. oktober 2017	15.00–17.00	Še prosto
Urška	26. oktober 2017	17.00–19.00	Še prosto

Urnik Zdravniškega ombudsmana lahko vedno ažurno preverite na: <https://www.zdravniskazbornica.si/zbornica-za-vas/zdravniski-ombudsman>

Zdravniški ombudsman deluje neodvisno (tudi od Zdravniške zbornice Slovenije) in nepristransko. Vsi stiki so strogo zaupne narave in se nikjer ne beležijo.

15 evropskih zbornic skupaj proti nasilju nad zdravniki

Na 24. simpoziju zdravniških zbornic in združenj zdravnikov srednje in vzhodne Evrope – ZEVA, ki je tokrat v organizaciji Zdravniške zbornice Slovenije 15. in 16. septembra potekal v Ljubljani, je bila na predlog Zdravniške zbornice Slovenije soglasno sprejeta **Resolucija proti nasilju nad zdravniki**. Udeležili so

se ga predsedniki zbornic 14 evropskih držav z delegacijami.

»To je prvi dokument združenja ZEVA o tem, da se zdravniki jasno zavedamo nasilja, ki smo ga deležni pri svojem delu. V tem pogledu je to skupno stališče, zapisano v resoluciji, prvi skupni odgovor na potrebe po bolj odločni akciji proti nasilju,« je po

sprejetju resolucije **poudarila dr. Zdenka Čebašek - Travnik, predsednica Zdravniške zbornice Slovenije**.

Dr. Max Kaplan, podpredsednik Nemškega zdravniškega združenja, pa je povedal, da zdravniške zbornice in združenja s tem sporočajo tako družbi kot tudi političnim odločevalcem, da je to pomembno področje, ki ga je treba urediti. Prav tako so sprejem pozdravile vse ostale podpisnice.

Z resolucijo se je vseh 15 podpisnikov zavzelo za ničelno toleranco do nasilja nad zdravstvenimi delavci na vseh ravneh zdravstva ter da morajo biti tovrstne politike javno podprte. Nasilje nad zdravniki je treba jemati zelo resno in zoper nasilje uporabiti učinkovite ukrepe (tako varnostne kot sodne). Primere nasilja moramo sistematično beležiti na državni ravni in sodelovati pri pripravi varnostnih načrtov za preprečevanje nasilja tako za posamezne zdravstvene ustanove kot na ravni države. Okrepiti se mora izobraževanje na tem področju in izboljšati je treba nacionalno in evropsko zakonodajo za učinkovitejšo zaščito pred nasiljem.



Odprtje spominske avle v SB Izola

V četrtek, 14. septembra, so se v Splošni bolnišnici Izola s slovesnostjo in odprtjem spominske avle s stalno razstavo spomnili tragičnega dogodka, ki jim je lani za vedno vzel dobrega sodelavca in prijatelja **urologa Luisa Guillerma Martíneza Bustamanteja**.

Predsednica Zdravniške zbornice Slovenije dr. Zdenka Čebašek - Travnik je ob tem v nagovoru zbranim sodelavcem in družini vnovič izrekla podporo in sočutje. Ponovno pa je izpostavila tudi, da se ministrstvo za zdravje na predloge s strani zbornice še ni odzvalo in začelo z uresničevanjem prepotrebnih sprememb za boljšo zaščito zdravstvenega osebja na delovnem mestu, kar je, kot je poudarila, glede na posledice tragedije nerazumljivo. »Kot da



ljudje, ki odločajo o tem, kakšne zakone bomo sprejemali, niso

dojeli, kaj se je zgodilo,« je poudarila.

Luis Guillermo Martínez Bustamante (1980–2016)

Luis Guillermo Martínez Bustamante, dr. med., se je rodil 23. 6. 1980 v Monterreyu (Mehika) mami medicinski sestri in očetu zdravniku.

Leta 2004 je z odliko zaključil študij medicine. Kot študent je bil v letih 2003–2004 generalni sekretar Mednarodnega združenja študentov medicine (IFMS). V tej vlogi je organiziral in vodil številna srečanja, med katerimi je spoznal tudi Mašo Šukunda, dr. dent. med., ki je kasneje postala njegova življenjska sopotnica.

V Slovenijo je prišel leta 2007 in se po opravljenem sekundariatu zaposlil v Splošni bolnišnici Izola kot mlad specializant urologije. Že med specializacijo je svoje znanje nadgrajeval na klinikah v Italiji (Videm) in Španiji (Gran Canaria). Deloval je tudi v mednarodnih organizacijah in bil leta

2012 izvoljen za generalnega sekretarja Evropskega združenja specializantov urologije. Specializacijo je zaključil leta 2013 in se pridružil urološkemu kolektivu Splošne bolnišnice Izola.

Z njemu lastnim navdušenjem in marljivostjo je postopoma gradil sodoben urološki oddelek, ki je postal prepoznaven predvsem na področju endourologije in laparoskopske urologije. Kot predstojnik urološkega oddelka je skrbel za usklajeno in strokovno brezhibno klinično delo, ob tem pa vsakodnevno dokazoval, da je v središču njegovega videnja vedno stal človek s svojo boleznijo in stisko.

22. avgusta 2016 se je sredi smelih načrtov, pronicljivih idej in nalezljivega smeha nenadoma in tragično ustavilo srce Luisa Guillerma Martíneza Bustamanteja, dr. med. Za njim



ostaja sled, ki priča o njegovi neizpeti veličini, naši ranljivosti in nikoli dovolj sprejeti minljivosti.

»Slovo ni nikoli za vedno in nikoli dokončno; pomeni le, da te bomo pogrešali, dokler se ponovno ne snidemo.«

Tvoji sodelavci

NNSZ* in delovanje OZB

Odgovor na anonimno poslano pobudo in opozorila s strani skupine »delovno aktivnih zobozdravnikov«

Krunoslav Pavlović, dr. dent. med.

Uvrščanje zobozdravnikov v kolektivni pogodbi je vsekakor problematično za vse, ne samo za ortodonte. Ko prebiram vaše pismo, ugotavljam, da so problemi ortodontije zrcalni problemom v zobozdravstvu za odrasle. Strinjam se z vami, da so programi podhranjeni in posledično so tudi sredstva za plačilo kolegov manjša oz. izgovori nadrejenih toliko širši. Splošno zobozdravstvo se sooča z enakimi problemi in Odbor za zobozdravstvo (OZB) se zavzema za povečanje programov in ukinitve koncesijskega sistema. Slednje seveda ne pomeni ukinitve ZZZS-programov za zasebnike, ampak ukinitve pravice lokalne in državne politike, da odloča, kdo bo dobil program in kdo ne. Vse pogosteje opažamo, da ravno koncesijski sistem na široko odpira vrata korupciji in klientelizmu v zdravstvu. Če natančneje pogledamo tudi razpise številnih občin, se te ne ozirajo na strokovno usposobljenost, delovne izkušnje kolegov, ampak si izmišljujejo pravne potegavščine, ki bodo omogočile pridobitev koncesije točno določenemu kolegu. V številnih razpisnih postopkih se visoko strokovni kadri v obupu obračajo za pravno pomoč na zbornico. Kolegom svetujemo, a žal imajo župani škarje in platno v svojih rokah, saj jim to omogoča zakon. Prepričani smo, da lahko en kolega opravlja en program katerekoli zobozdravstvene stroke. Vsekakor pa naše sposobnosti niso omejene s programom in se lahko poleg slednjega odločimo za zasebno prakso ali pa program presegamo za dodatno plačilo. Mislim, da bi lahko ZZZS financiral dovolj programov za zobozdravstvo, da bi lahko vsak od kolegov v državi opravljal svojega. Res pa trenutne kaotične razmere v sistemu dopuščajo iznajdljivost kolegov. Od etike in morale posamez-

nika je odvisno, kako se znajde. Moram priznati, da sem bi tudi sam rahlo zmeden ob razmišljanju, katere kvalitete naša družba opazuje in nagraduje... Mislim, da bi morali biti medsebojno bolj kolegialni in ne neprestano gledati en drugemu v krožnik ter ga samo kritizirati, da bi sami pridobili več...

Tako v splošnem zobozdravstvu kot v drugih specialnostih obstajajo kolegi, ki kljub visoki starosti (nad 70 let) vsaj uradno še vedno opravljajo storitve. OZB se zaveda tega problema, ker ravno ta podaljševanja v nedogled odvezemajo mladim kolegom delovna mesta. Ne gre več toliko za to, kje bo program ostal (v javnem zavodu ali za odškodnino koncesionarju v zasebnih rokah), kot to, da so najbolj ranljivi naši mladi kolegi na začetku poti in nujno potrebujejo svobodno zaposlitev. Zdi se nam, da je bil v javnih zavodih, vsaj po večini, v tem pogledu ZUJF po eni strani zelo koristen, spet po drugi preveč agresiven. Vsekakor se je treba s kolegi pogovoriti o njihovem realnem delu. Osebne podatke kolegov, ki ste jih izpostavili, in tudi njihovo angažiranost v različnih oblikah, ki jih sistem dopušča, smo delno poznali, nekaj je novega. Zbornica je v različnih postopkih opozarjala na nepravilnosti. Menim, da bi se morali znotraj Slovenskega ortodontskega društva dogovoriti, kako naprej in kako bi bili lahko bolj enakopravni.

Zaradi natančnosti in velike izpostavljenosti kolegov ter etičnega stališča uredništva Isis se za objavo vašega pisma nismo odločili. Veseli nas, da opozarjate na nepravilnosti, ki se dogajajo, vendar bi bili še bolj veseli, da predlagate rešitve ali sami aktivno pristopite k reševanju. Nepravilnosti v današnjem sistemu želimo v OZB odpraviti. Vsekakor si želimo napisati

nova pravila in narediti sistem bolj pregleden. O vsem tem bodo v tem in naslednjem mesecu potekali pogovori tako z MZ kot tudi z ZZZS, kjer vidim, da se vzpostavlja pozitivna energija. Pripravljamo samostojni zobozdravniški pravilnik o pripravnstvu in skupaj z medicinci enotnega za specializacije. Zahvaljujemo se za produktivno sodelovanje s Svetom za izobraževanje (SIZ). S pravilniki skušamo uvesti kakovostno mentoriranje, povečujemo glas pripravnikov in specializantov, omogočamo bolj nadzirano kroženje ipd. Skupina kolegov se intenzivno ukvarja s pisanjem novega statuta in pripravlja vse potrebno za ustanovitev samostojne zobozdravniške zbornice. Začeli smo pisati nove standarde in normative, vključeni bodo v modro knjigo. Pri tem intenzivno sodelujemo z vsemi specialnostmi, da bi pripravili kakovosten in argumentiran dokument, ki je nujen po že preživeti zeleni knjigi. V zelo kratkem času nam je uspelo razpisati strokovne nadzore, žal z razpisom specializacij čakamo MZ in sprejetje podzakonskih aktov. Sodelovanje v Splošnem dogovoru odpira nova razmišljanja, tudi partnerjev, o oblikovanju novega modela pogajanj, ki bi bil bolj življenjski, predvsem pa bolj ažuren. Z opisom dela splošnega zobozdravnika skušamo na novo ovrednotiti tudi delo zaposlenih zobozdravnikov v javnih zavodih, saj njihovo delo presega obstoječo kolektivno pogodbo in ga je treba definirati tudi glede na posebne pogoje dela. Problem skušamo rešiti z intenzivnim sodelovanjem s sindikatом zobozdravnikov DENS. V prihodnosti si vsi želimo boljše, transparentno zobozdravstvo in medsebojnega sodelovanja.

* NNSZ – neznani novi sindikat zobozdravnikov

Iz dela zbornice

Ključne spremembe zakona ZZdrS ter glavne posledice za člane zbornice

Iz 440. Biltena, 20. 7. 2017

Državni zbor je na seji dne 12. julija 2017 po nujnem postopku sprejel Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravniški službi, ki ureja prenos financiranja podiplomskega usposabljanja zdravnikov in zobozdravnikov ter v sistem podiplomskega usposabljanja zdravnikov vnaša kar nekaj sprememb, ki smo jim v zdravniški zbornici neprekinjeno nasprotovali.

Državni svet je nato na seji dne 18. julija 2017 glasoval o predlogu odločilnega veta, ki ga je vložila Komisija za lokalno samoupravo in regionalni razvoj, vendar odločilni veto ni bil izglasovan.

V nadaljevanju vam podajamo informacije o ključnih novostih sprejetega zakona ter podatke o tem, kdaj stopijo v veljavo.

1. Ponovna uvedba sekundariata

Določba, ki ureja sekundariat, se začne uporabljati s **1. februarjem 2018**.

2. Nov način razpisovanja specializacij v letu 2018

Specializacije se bodo **v letu 2018** začele razpisovati na nacionalni ravni ter za določenega izvajalca, pri čemer je določeno, da mora biti vsaj 10 odstotkov vseh razpisanih mest na nacionalni ravni, še naprej pa obstaja možnost razpisa za znanega plačnika. Predlog števila in vrst razpisanih specializacij bo dvakrat letno pripravil odbor, sestavljen iz dveh predstavnikov Ministrstva za zdravje, predstavnika zbornice, predstavnika Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije in predstavnika NIJZ, končno odločitev o številu in vrstah razpisanih specializacij pa bo imel minister za zdravje.

3. Specializant kot izbrani osebni zdravnik, pediater ali ginekolog

Določba, ki ureja to področje, se začne uporabljati s **1. januarjem 2018**.

4. Zaposlitev specializanta

Specializant, ki je izbran na **nacionalnem razpisu**, se za čas opravljanja specializacije zaposli pri pooblaščenem izvajalcu, ki ga **določi zbornica**, specializant, izbran na razpisu za izvajalce, pa se za ta čas zaposli pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe.

5. Financiranje podiplomskega usposabljanja

Financiranje podiplomskega usposabljanja zdravnikov in zobozdravnikov se prenese s sredstev Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije na proračun Republike Slovenije. Za zdravnike, ki so oz. **bodo specializacijo začeli opravljati do 31. decembra 2019, velja enaka obveznost, z razliko, da sredstva vračajo Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije**, prav tako pa so prosti obveznosti, če do sklenitve delovnega razmerja ne pride pod določenimi pogoji.

6. Vročanje odločbe o članarini

Odločba o članarini se ne vroča več osebno v skladu z Zakonom o splošnem upravnem postopku, temveč z navadno vročitvijo, vročitev pa se šteje za opravljeno **15. dan od dneva odpreme**.

V Zdravniški zbornici Slovenije menimo, da je kljub zgrešenemu postopku in uvajanju sprememb v nasprotju z željami članov treba **minimizirati slabe učinke** te

prvenstveno politično-zakonodajne odločitve. Konkretna izvedba v zakonu predvidenih sprememb se bo v prihodnje **opredeljevala v podzakonskih aktih**, kjer čaka naše strokovne službe veliko dela. Pri pripravi podzakonskih aktov pa bosta vodstvo in izvršilni odbor zbornice skupaj s strokovnjaki strmela k zagotavljanju maksimalne stopnje **samoregulacije**.

Žiga Novak, mag. prav., ZZS

Podcenjenost zdravstvenih storitev

Iz 441. Biltena, 3. 8. 2017

Ministrstvo za zdravje je konec julija 2017 objavilo prikaz finančnega stanja bolnišnic, s poudarkom na primanjkljajih, neporavnanih zapadlih obveznostih in likvidnostni situaciji.

V Zdravniški zbornici Slovenije menimo, da je država primanjkljaj povzročila sama z nepremišljenimi varčevalnimi ukrepi v preteklosti. S tem je kot ustanovitelj ogrozila delovanje bolnišnic in izvajanje javne službe na sekundarni in terciarni ravni. Za zagotavljanje stabilnega poslovanja bolnišnic v letošnjem letu in naslednjih letih bo treba zagotoviti dodatna sredstva za pokritje posledic preteklih škodljivih varčevalnih ukrepov. Analiza vzrokov primanjkljajev javnih zavodov v zdravstvu je dostopna na: http://www.mz.gov.si/si/pogoste_vsebine_za_javnost/analiza_vzrokov_primanjkljajev_javnih_zavodov_v_zdravstvu/

Članstvo ZZS

Iz 442. Biltena, 17. 8. 2017

Zbornica enkrat letno pripravi pregled stanja članstva. Za končni izdelek – Tabelo članstva, ki je objavljena na spletni strani, je potrebnega kar nekaj dela, kot je npr. prečiščevanje različnih baz podatkov, pridobljenih iz registra. Člane z več zaposlitvami uvrstimo le v eno ustanovo, in sicer glede na delež zaposlitve. Člane z več licencami uvrstimo le pod eno področje. Pri uvrstitvi v področje upoštevamo zadnjo podeljeno licenco ali področje dela, v kolikor nam ga je član javil. Članstvo je prikazano po kategorijah (glede na vrsto ustanove) *aktivni v zdravniški službi, zaposleni drugje in upokojeni člani* ter po kategorijah *zdravniki, zobozdravniki* (glede na specialistična področja) in *ostali* (še nimajo veljane licence).

Tabelo članstva si lahko ogledate na povezavi: <https://www.zdravni-skazbornica.si/informacije-publikacije-in-analize/statistika-in-analize>.

Tabela je osnova tudi za druge analize, ki jih zbornica pripravlja za svoje ali zunanje potrebe.

Maja Horvat, Oddelek za zdravstveno ekonomiko, plan in analize

Sodelovanje med zdravniško zbornico in ZZS

Iz 446. Biltena, 14. 9. 2017

V ponedeljek, 11. septembra 2017, sta se **vodstvi Zdravniške zbornice Slovenije in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije** sestali na rednem medsebojnem sestanku. **Dr. Zdenka Čebašek - Travnik** je vnovič opozorila na težave, ki jih v praksi prinašajo novosti iz Splošnega dogovora za leto

2017 o delovnem času zdravnikov in zobozdravnikov. Obe vodstvi sta se strinjali, da je v prihodnjih mesecih treba poiskati rešitve, ki bodo izvedljive tudi v praksi. Zbornica je izpostavila še, da bo v Aneksu št. 1 k Splošnemu dogovoru za leto 2017 predlagala širitev števila splošnih ambulant v obsegu 30 timov. Po oceni ZZS, kot je povedal **generalni direktor Marjan Sušelj**, bi v prihodnjih petih letih v zdravstvu potrebovali kar od 500 do 600 novih timov, s čimer naj bi ZZS dal znak Ministrstvu za zdravje, da zdravstvena blagajna potrebuje več denarja. ZZS je sprejel povabilo za sodelovanje v delovni skupini Ne dopuščajmo nasilja nad zdravniki, zbornica pa je pozdravila pobudo ZZS, ki načrtuje oblikovanje delovne skupine za preново obračunskih modelov v zdravstvu.

Klinična validacija novega modela oralnega zdravja

Iz 445. Biltena, 7. 9. 2017

Vsi aktivni zobozdravniki in zobozdravnice, ki opravljajo zobozdravniško delo v splošni ali specialistični zobozdravstveni ambulanti, so v začetku septembra po elektronski pošti prejeli

povabilo, da sodelujejo v mednarodni raziskavi z naslovom: *Klinična validacija novega modela oralnega zdravja*, in povezavo do raziskave.

Nosilca javnozdravstvene mednarodne raziskave sta izr. prof. dr. Mike T. John z Univerze v Minnesoti, ZDA, in izr. prof. dr. Ksenija Rener Sitar z Medicinske fakultete v Ljubljani, Slovenija. Izsledki raziskave bodo v pomoč pri oblikovanju novega koncepta ustnega zdravja.

Z raziskavo želijo raziskovalci ugotoviti, kako zobozdravniki razvrščajo ustnozdravstvene težave pacientov, s katerimi se vsakodnevno soočajo v zobozdravstvenih ordinacijah, in razloge, zaradi katerih pacienti iščejo strokovno pomoč. Ugotavljali bodo tudi, ali se zobozdravstvene težave pacientov razlikujejo med državami in različnimi stomatološkimi specialnostmi.

Raziskava je že v teku v ZDA, Nemčiji, Švici, Avstriji, Kolumbiji, na Švedskem in Japonskem. V kratkem bodo v raziskavo vključili poleg Slovenije še: Madžarsko, Hrvaško, Srbijo, Makedonijo, Grčijo, Italijo, Španijo, Portugalsko, Belgijo, Veliko Britanijo, Irsko, Finsko, Dansko, Rusijo, Poljsko, Kitajsko, Avstralijo, Južno Korejo, Indijo, Jemen, Savdsko Arabijo, Kuvajt, Ruando, Angolo, Čile, Brazilijo, Panamo in Kanado.

Sodelovanje slovenskih zobozdravnikov in zobozdravnic v mednarodni raziskavi je na predlog izr. prof. dr. Ksenija Rener Sitar odobril izvršilni odbor zdravniške zbornice.

OZB o strategiji razvoja zobozdravstvene dejavnosti do leta 2027

Iz 446. Biltena, 14. 9. 2017

Odbor za zobozdravstvo (OZB) je minuli teden obravnaval pripravo **Strategije razvoja osnovne zdravstvene dejavnosti v Sloveniji do leta 2027** v delu, ki se

nanaša na zobozdravstvo. Vabljeni na sejo odbora **Vesna Kerstin Petrič z Ministrstva za zdravje** je pojasnila, da gre za osrednji strateški dokument, ki naj bi bil konsenz vsake od strok v osnovnem zdravstvu. Dodala je, da je treba strategijo

oblikovati kot vizijo prihodnosti – kako se želi določena stroka, npr. zobozdravstvo, razvijati v naslednjih 10 letih – in da je besedilo še odprto za potrebne dopolnitve in opis dobrih praks. Odbor je sklenil, da bo predloge, ki jih je že podal, še dopolnil. Prav tako je bil v dopolnitev vsem članom odbora dan prvi delovni osnutek novih standardov in normativov za zobozdravstvo v skladu s strokovnimi kriteriji in standardi. Osnutek bo nato šel v širšo razpravo zobozdravnikom in zobozdravnicam.

Ne dopuščajmo nasilja v zdravstvu

Uvodnik iz 445. Biltena, 7. 9. 2017

Med pripravami za pisanje današnjega uvodnika so me obvestili, da na zbornico kliče zdravnica, ki ji je pacient grozil z nožem. Zdravnica doživeto opisuje napeto vzdušje v delovnem okolju, kjer preobremenjeni zdravniki, pa tudi drugi zdravstveni delavci postajajo nestrpni in žaljivi eden do drugega. V zadnjem tednu praktično vsak dan dobim sporočilo zdravnika, ki mi opisuje situacijo, povezano z nasiljem na delovnem mestu. Z navadno pošto je prispela anonimna prijava nasilnega dogodka nad zdravnikom na predvidenem obrazcu, ki je na spletni strani zdravniške zbornice. V tej (anonimni) prijavi je napisano, da so v devetih dneh izpolnili šest obrazcev o incidentu z istim pacientom. Ta storilec zdaj od ustanove zahteva opravičilo za to, kar je bilo izrečeno s strani zdravnika. Vodstvo ustanove ga ni zaščitilo, temveč breme odgovornosti za ravnanje v tem primeru prevalilo na zdravnika.

Nasilje v zdravstvenem sistemu je občutiti praktično povsod, žrtve se počutijo nezaščitene, storilci pa ostajajo nekažnovani. Kako izstopiti iz teh nevarnih razmerij?

V nadaljevanju na kratko povzeman, kako se na opisano odzivamo na zbornici:

- Zdravniški ombudsman: gradimo dejavnosti zdravniškega ombudsmana, v okviru katerega že delujejo svetovalci (objave v vsaki številki Biltena in na spletni strani ZZS). Dogovarjamo se za obuditev Sveta za mediacijo, katerega nosilec je dr. Završnik iz Maribora; njemu je tudi zaupana pobuda za ponovno vzpostavitev delovanja. V sredo, 13. septembra, bo prvi klubski večer ZZS na temo zdravniškega ombudsmana.
 - Zbornica vodi projekt *Ne dopuščajmo nasilja*, v katerega so poleg ZZS vključeni še medicinske sestre, določene izobraževalne institucije, policija in nekateri strokovnjaki. Naslednji sestanek delovne skupine bo 12. septembra 2017 ob 15.30. Sestanek je odprtega tipa.
 - Začeli smo z izobraževanji, ki jih vodijo kolegi zdravniki iz zavoda Medicinski trenerji. Izobraževanja so objavljena na portalu Domus Medica, za zdravnike in zobozdravnike so brez kotizacije. V Moravskih Toplicah bo ta vikend strokovno srečanje 10. Zdravčevi dnevi, na katerem bo več predavanj namenjenih varnosti v našem delovnem okolju. 14. in 15. septembra bo v Ljubljani sestanek predsednikov zdravniških zbornic južne in jugovzhodne Evrope, osrednja delovna tema (na moj predlog) bo nasilje v zdravstvu. Vsa gradiva tega sestanka bodo dostopna na spletni strani.
- Vsi ti dogodki so namenjeni pripravi jasnih in učinkovitih navodil o tem, kako preprečiti nasilne dogodke, kako se odzvati, ko do njih pride, in kako nuditi psihosocialno pomoč žrtvam nasilja. S svojimi sporočili, vprašanji in predlogi lahko sodelujete pri tej široki akciji zdravniške zbornice.

Če ste žrtev nasilja, ne molčite več.

Dr. Zdenka Čebašek - Travnik

Pobudi za zaščito zdravstvenih delavcev pred nasiljem

Iz 446. Biltena, 14. 9. 2017

Zdravniška zbornica je na predlog delovne skupine Ne dopuščajmo nasilja, v katero so poleg pobudnice ZZS vključeni predstavniki Zbornice-Zveze, Strokovnega združenja izvajalcev zdravstvene in babiške nege Slovenije (SZIZBNS), Visoke zdravstvene šole Celje in Policijske uprave Ljubljana, **Ministrstvu za zdravje poslala pobudo, da zakonsko uredi področje nasilja v zdravstvu, da jasno opredeli nasilje nad zdravstvenimi delavci in da določi potrebne ukrepe za preprečevanje nasilja.**

Na ZZS pa je zbornica nasloвила ponovno pobudo za dopolnitev Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja, in sicer tako, da se med razloge, zaradi katerih lahko izbrani osebni zdravnik predlaga prekinitev izbire zavarovane osebe, vnese tudi izrecna omemba fizičnega in verbalnega nasilja zavarovane osebe do zdravnika in njegovih sodelavcev.

Poziv izvajalcem varnostnega ukrepa obveznega psihiatričnega zdravljenja

Iz 445. Biltena, 7. 9. 2017

Ministrstvo za zdravje ponovno poziva vse zainteresirane zdrav-

stvene zavode za posredovanje vlog za pridobitev pravice izvrševati varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu in varnostnega ukrepa obveznega psihiatričnega zdravljenja na prostosti. Za ponovni poziv se je ministrstvo odločilo, ker je do 31. avgusta prejelo le eno vlogo enega zdravstvenega zavoda.

Od boljšega timskega dela do reševanja konfliktov in kreativnosti

Iz 445. Biltena, 7. 9. 2017

V torek, 5. septembra 2017, je bila uspešno izvedena prva v seriji delavnic za nadgradnjo osebnih kompetenc vodenja in mehkih veščin, ki jo je pripravila izkušena zdravniška ekipa Medicinski trenerji. Odzivi udeležencev so bili zelo dobri. Prva tema je bila timsko delo in kako izboljšati delovno vzdušje. Na delavnici so bili udeleženci aktivno vključeni v stresne situacije, ki se lahko pojavijo v dnevni rutini. Z refleksijo dogajanja so v odprti razpravi iskali ključne vidike pozitivnega sodelovanja in na ta način pridobili orodja in metode, ki jih bodo lahko uporabili pri vsakodnevnem delu.

Teme prihodnjih delavnic so:
3. oktober 2017: **Kako vodim sebe?**
18. oktober 2017: **Izgorelost in profesionalizem v medicini**
7. november 2017: **Kreativno razmišljanje**
22. november 2017: **Javno nastopanje**

Celotna serija delavnic je za člane Zdravniške zbornice Slovenije brezplačna. Število udeležencev je omejeno na 15. Vsaka delavnica šteje tudi za kreditne točke. Vljudno vabljeni!

Izobraževanja in dodelitev kreditnih točk

Iz 442. Biltena, 17. 8. 2017

Na osnovi vaših prošenj in povratnih informacij o uporabi storitev **Zdravniške zbornice za člane** zbornične službe pospešeno pripravljamo poenostavitve postopkov in uporabnikom bolj prijazne rešitve na spletni strani. Vse ključne informacije, potrebne za strokovno usposabljanje za podaljševanje licenc, so vam zdaj na spletni strani zbornice na voljo na enem mestu: pod zavihkom **Karierni razvoj** v podmeniju Stalni strokovni razvoj (<https://www.zdravniskazbornica.si/karierni-razvoj/stalni-strokovni-razvoj>).

Tu lahko dostopate do: **elektronske vloge za dodelitev kreditnih točk** – obrazec »Predlog za oceno strokovnih vsebin – individualna vloga«. Prav tako je tu na voljo **Licenčnik** (to je dostop članov do seznama vseh izobraževanj in prijav na izobraževanja). Seznam vseh izobraževanj in prijave najdete tudi na: www.domusmedica.si.

Zbrani in objavljeni zapisniki RSK-jev

Iz 445. Biltena, 7. 9. 2017

Od tega tedna so na spletnih straneh zdravniške zbornice na enem mestu dostopni zapisniki letošnjih sej **Razširjenih strokovnih kolegijev (RSK)**, ki so nam bili posredovani. Podstran je umeščena v **Informacije, publikacije**, pod zavihkom **Zapisniki RSK-jev**, kjer bodo odslej objavljeni vsi zapisniki prihodnjih sej RSK-jev, ki nam jih bodo le-ti poslali.

Garanje zdravnikov ohranja zdravstvo

Iz 445. Biltena, 7. 9. 2017

»**Če bi zdravniki začeli delati v takšnem ritmu kot denimo kolegi v Avstriji, bi se sistem enostavno sesul,**« je v intervjuju za septembrsko Vivo opozorila predsednica zdravniške zbornice **dr. Zdenka Čebašek - Travnik**. Poudarila je, da so »zdravniki preobremenjeni in pretrujeni ter velikokrat izpostavljeni zelo stresnim situacijam, na kar pogosto pozabljamo. Tako kot pozabljamo, da imajo izven ambulant svoje življenje, ki si ga morajo urediti in dnevno prilagajati napornemu urniku. Poleg tega se na vseh ravneh soočajo tudi s pritiski nadrejenih, bolečimi medsebojnimi odnosi in ponižanji.«

Vir: septembrska številka revije Viva

Stiki z javnostmi

Sredi avgusta je vodenje oddelka za stike z javnostmi in trženje prevzela nova sodelavka **Andreja Basle**. Je univerzitetna diplomirana novinarka. Ima več kot 18 let delovnih izkušenj. V zdravniški zbornici prevzema naloge: stiki z javnostmi, trženje in koordinacija projektov.

Je proaktivna in komunikativna ter vedno odprta za vaše pobude, predloge, mnenja in informacije, ki bi jih želeli sporočiti članom ali javnosti. Dosegljiva je po telefonu na številki: 01 30 72 151 ali 041 274 590 ali po elektronski pošti: andreja.basle@zdravniska-zbornica.si

Raba tobaka ni hedonizem, ampak odvisnost

Tobak (še) vedno javnozdravstveni problem?

Dr. Tomaž Čakš, dr. med., nacionalni sodelavec SZO za področje rabe tobaka za Slovenijo

Odgovor na v podnaslovu postavljeno vprašanje je žal pritrtilen in tako bo ostalo, dokler ne obstajala tobačna industrija. Epidemija rabe tobaka je še vedno zelo razširjena: vir je tobačna industrija, vektor marketing tobačnih izdelkov in druge aktivnosti tobačne industrije, senzitivni organ pa večinoma otroci in mladi.

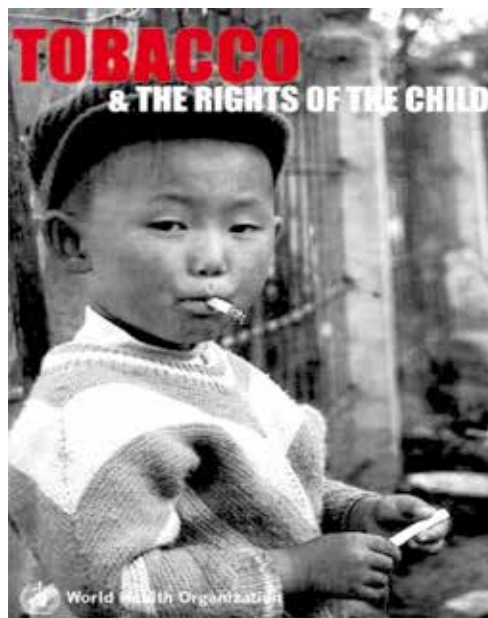
Ugotovimo lahko, da tobačna industrija ves čas poskuša zmanjševati zavedanje, kakšen je vpliv tobaka na zdravje, in v tem smislu tudi vplivati na zdravnike in študente medicine. Tobačna industrija potrebuje za vsakega mrtvega kadilca vsaj enega novega, da ji posel cveti dalje. Mehanizmi vplivanja tobačne industrije so odlično opisani v knjigi Zlati holokavst in jo toplo priporočam v branje vsem kolegam in kolegom.

Žalostno je, da slike, kot je ta na desni, ne ganejo in ne prizadenejo menedžerk/menedžerjev podjetij, ki proizvajajo in prodajajo tobačne izdelke in se dobro zavedajo, da bo takšen otrok, če bo imel srečo, pristal v društvu onkoloških bolnikov, pri čemer je vodilna oseba v Tobačni Ljubljana sedaj podpredsednica Društva onkoloških bolnikov Slovenije in članica upravnega odbora. Kakšna hipokrizija in brezvestnost! Tobačna industrija iz nesreče drugih kuje ogromne dobičke, s tem ko proizvaja in prodaja smrtonosni izdelek in išče nove kadilce med ženskami, revnimi in predvsem mladimi. Človek se ne rodi s potrebo po nikotinu, to potrebo ustvari tobačna industrija.

Kako deluje tobačna industrija danes?

V razvitem svetu, ki ima primerno zakonodajo:

Zaradi omejitve oglaševanja izkorišča kulturo (filme, gledališča, oglase za kulturne dogodke); izrablja različna mladinska srečanja; ustvarja posebno oblikovane ovitke tobačnih izdelkov in nove vrste tobačnih



Avtorica slike: Cindy Ho.

izdelkov (vodne pipe, e-cigarete); postavlja prodajalne tobaka (kioske) v neposredni bližini šol; pospešuje čezmejno oglaševanje, uporabo interneta in podtalno promocijo.

V državah v razvoju, kjer zakonodaje ni:

Tobačna industrija intenzivno oglašuje, promovira »kadilski življenjski slog«; ponuja vzorčne cigarete (*sampling*); ustvarja lepo oblikovane ovitke tobačnih izdelkov; omogoča hitro dostopnost itd.

Tobačna industrija trdi, da je svobodna volja vsakega posameznika, ali kadi ali ne.

Težko govorimo o svobodni volji takrat, ko gre za bolezen odvisnosti. Odvisnost je daleč od svobodne volje in predstavlja velik motiv, da življenje sebe in vseh okoli nas podredimo svoji odvisnosti. Velja tudi za kajenje, ne zgolj za alkohol in prepovedane droge. Ko tobačni

industriji uspe zasvojiti človeka, ji bo ta vsak dan plačeval do svoje prezgodnje bolezni in smrti.

Tobačna industrija je občasno donirala v dobrodelne namene, vendar je nato bistveno več denarja, kot ga je namenila donaciji, porabila za promocijo svoje »dobrodne geste«. Povsem nesprijemljive so utemeljitve, ki vračajo kajenje na gledališke odre. Svoboda umetniškega ustvarjanja ni povezana s kajenjem in njegovo promocijo, povezana pa je z donacijami tobačne industrije kulturnim ustanovam z denarjem, ki se ga drži kri. Predlog, da se dovoli kajenje tam, kjer se odvija kultura, je še posebej zaskrbljujoč, saj so tudi igralci zaposleni in si enako zaslužijo čist zrak med svojim delom, kot tudi vsi tisti, ki z njimi delajo (snemalci, režiser, tehniki). Bo režiserju dovoljeno, da sili igralca v kajenje vsak večer, čeprav se ve, da od nikotina postaneš odvisen, ker je to droga? Zeliščnim cigaretam manjka natanko to – niso droga. In s tem se verjetno ne znajo sprijazniti tisti igralci, ki kadijo. Trditev, da se užitka pri kajenju ne da pokazati, če ne gre za pravi tobak, je za lase privlečena. Ravno igralci so tisti, ki verodostojno uprizorijo vse od umiranja do ljubezni, pa ne bi znali pokazati kajenja!

Zdravniki, zdravniške organizacije in tobak

Marsikdo od kolegov meni, da tobak in z njim povezane bolezni v Sloveniji niso več tako hud problem. Žal ni tako. Kljub dokaj dobri, vendar še pomanjkljivi zakonodaji in padcu deleža kadilcev med odraslimi prebivalci je nikotin še vedno razširjena droga, odvajanje od te odvisnosti ter bolezni, povezane s tobakom, pa še vedno velik izziv za zdravnike in zobozdravnike. Kajenje je še vedno ključni preprečljivi vzrok bolezni in smrti na svetu.

G. Luka Šolmajer, mag. farm., je v svojem prispevku v 7. številki revije Isis opozoril na dve pomembni dejstvi: postavil je ogledalo zdravni-

skim (in drugim poklicnim zdravstvenim) organizacijam glede (ne)delovanja na področju obvladovanja rabe tobaka in opozoril na metode, ki jih uporablja tobačna industrija, da se vrine v različne zdravstvene organizacije in deluje »kvazihumanitarno«.

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) je ocenila zmanjševanje kajenja kot najvišjo prioriteto pri javnozdravstvenih akcijah v evropski regiji in si zadala cilje, da bi Evropa postala regija brez s tobakom povezanih bolezni, smrtnosti in zasvojenosti, da bi se spremenilo dožemanje kajenja, da kajenje ni nekaj normalnega in da večina ljudi ne kadi. Pomembno je ustvarjanje okolja, v katerem postane tobak manj zaželen, manj sprejemljiv in manj dostopen.

Zdravniki so v enkratnem položaju, da lahko pomagajo kadilcem prenehati kaditi. Tako sami kot njihova združenja uživajo veliko zaupanja. Kljub temu pa tega vpliva velikokrat ne uporabljajo pri preprečevanju epidemije rabe tobaka in bolezni, povezanih z njim. Strinjam se z g. Šolmajerjem, da s strani zdravniških stanovskih organizacij ni bilo dovolj narejenega na tem področju. Verjetno se mnogi zdravniki in celo vodilne osebnosti v zdravniških združenjih še vedno ne zavedajo dovolj problemov, povezanih z epidemijo rabe tobaka. Zdravniška zbornica Slovenije (ZZS) je nudila precejšnjo podporo v času, ko sta jo vodila mag. Bitenc in prof. Pegan. Takrat sem bil s strani ZZS imenovan v Upravni odbor EFMA/WHO (European Forum of Medical Association/WHO) in pri tem združenju štiri leta vodil Tobacco Action Group. Z novim vodstvom ZZS interesa ni bilo več, s tem pa tudi ne posluha za aktivnosti na tem področju. Na žalost še vedno ugotavljam, da se marsikateri zdravnik, pa tudi vodstva stanovskih organizacij, zadovolji s tem, da reče, da je »zakon sprejet in sedaj na tem področju ni več potrebno biti aktiven«. Vendar ni tako. Zdravniki bi morali biti promotorji in koordinatorji znanstvenih in družbenih aktivnosti.

Kako lahko zdravniška združenja pomagajo svojim članom pri njihovem delu s tobakom? Predvsem bi morala sama razumeti, kateri so cilji, kakšna je dinamika in kakšne so ovire pri obvladovanju rabe tobaka in preprečevanju bolezni, povezanih s tobakom. Vedno znova bi bilo dobro opozarjati, da raba tobaka ni hedonizem, kakor bi ga želeli prikazati tudi nekateri kolegi, ampak je odvisnost, ki vodi v prezgodnjo bolezen in smrt. V okviru zdravniških združenj in ob podpori njihovih vodilnih bi bilo primerno, da bi strokovnjaki pripravili usmeritve za pomoč pri odvajanju od kajenja ter glede konkretnih problemov, ki jih imajo zdravniki pri obvladovanju epidemije rabe tobaka. Oblikovali bi lahko strategije in povezave ter poiskali promotorje med člani zdravniških združenj in poiskali podporo tudi izven strokovnih združenj, tako moralno kot finančno, med različnimi zdravniškimi in drugimi strokovnimi združenji, Ministrstvom za zdravje, Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije, SZO ter nevladnimi organizacijami.

Zavedam se vrste ovir, ki omejujejo zdravnike pri večji aktivnosti na tem področju, predvsem pomanjkanja časa in preobremenjenosti, pa tudi premajhnega zavedanja in poznavanja problematike ter premalo znanja, kako pomagati zasvojenim z nikotinom. Posebna težava so zdravnikove lastne kadilske navade, ki odražajo in vplivajo na njegov odnos do tobaka, saj zdravniki, ki kadijo, težje pomagajo svojim pacientom, da bi prenehali kaditi.

Aktivna vloga zdravniških združenj je pomembna pri oblikovanju na znanju utemeljenih javnozdravstvenih načrtov in dejavnosti v zvezi z obvladovanjem rabe tobaka, s pospeševanjem in podporo izvajanju dokazanih strategij za odvajanje od kajenja ter ozaveščanju svojih članov o pomenu zdravnika pri odvajanju od kajenja. Uspešne so že zelo kratke intervencije med kliničnim pregledom.

Takšna intervencija se lahko izvede v obliki petih točk:

- Vprašati pacienta, ali kadi, in to zabeležiti.
- Dati osebno podprt nasvet, naj s kajenjem preneha.
- Oceniti težo zasvojenosti in tveganja.
- Pomagati tistim, ki želijo prenehati, vključno s svetovanjem o farmakoterapiji, kjer je to potrebno.
- Urediti vodenje in spremljanje pacientov.

V strokovni literaturi so jasno podane ugotovitve, da ima intenzivno svetovanje velik uspeh pri posameznih pacientih. Pokazalo se je, da že preprosto spraševanje pacientov o njihovih kadilskih navadah lahko zmanjša število tistih, ki nadaljujejo s kajenjem. Več o pristopih terapevtov je zapisano v knjižici »Opusti kajenje in zmagaj« in tudi drugih strokovnih publikacijah, ki so jih pripravili Nacionalni inštitut za javno zdravje in določene nevladne organizacije.

Za to, da se lahko od zdravnikov pričakuje dejavno sodelovanje pri obvladovanju rabe tobaka, bi jih morali tudi primerno izobraževati. To izobraževanje bi lahko izvajala zdravniška združenja v sodelovanju z lokalnimi sodelavci po državi in bi vključevalo predstavnike in/ali člane iz enega ali več regionalnih zdravniških društev. Temo bi bilo treba v večji meri vključiti v vse učne načrte različnih medicinskih šol, in to na različnih ravneh, tako na dodiplomskem študiju, podiplomskem, v okviru specializacij in tudi kontinuirano v okviru izobraževanj, ki jih organizirajo zdravniška združenja. V Sloveniji nimamo izobraževanja za oblikovanje specialistov za pomoč pri odvijanju od kajenja, kot ga imajo v nekaterih drugih državah.

Teme, ki bi jih obravnavali v poteku različnih izobraževanj, bi bile lahko naslednje:

- Informiranje o naravi in stopnji epidemije tobaka.
- Pregled zadnjih dokazov o vplivu aktivnega in pasivnega kajenja na zdravje.

- Obrazložitev narave odvisnosti od tobaka in na dejstvih utemeljeni pristopi za zdravljenje te odvisnosti.
- Združitev mednarodnih podatkov o uspešnih strategijah, kako pomagati kadilcem, da prenehajo s kajenjem, tako pri skupinskih kot individualnih pristopih.
- Predstavitev konkretnih primerov za ilustracijo, kako naj bi zmanjševanje kajenja promovirali skozi zdravstveni sistem.
- Združitev ključnih ukrepov vsestranskega nacionalnega programa obvladovanja tobaka.
- Predstavitev tobačne politike SZO in Okvirne konvencije o obvladovanju tobaka SZO (FCTC).
- Podčrtanje vloge zdravnikov in njihovih poklicnih združenj pri kontroli tobaka.
- Predstavitev ključnih načinov za komunikacijo z mediji.
- Promocija in razumevanje oblikovanja politike in vpliv mnenjskih voditeljev.
- Razpravljanje o vlogi izobraževanja pri povečevanju prispevanja zdravnikov k obvladovanju tobaka.
- Pomoč pri določitvi prioritete pri obvladovanju tobaka v posamezni državi ali regiji.
- Izmenjava informacij in izkušenj med posameznimi kolegi iz različnih držav in ustvarjanje osebnih kontaktov, da si drug drugemu lahko pomagajo pri svojem delu.

V zaključku lahko zapišem, da delo na področju preventive odvisnosti od nikotina in zdravljenja te odvisnosti še zdaleč ni končano. Slovenija je sedaj sprejela enega najboljših zakonov za obvladovanje rabe tobaka na svetu. Vendar lahko daje zakonodaja le osnovo, zdravniške in druge zdravstvene organizacije ter združenja pa morajo vzpodbujati aktivnosti za preventivo in pomoč pri

odvijanju od kajenja. Vsekakor pa ne smejo dovoliti, da jim tobačna industrija podtika trojanske konje v obliki oseb ali prikritih donacij in se na ta način razvrednoti aktivnosti na tem področju.

Viri

1. How do you Sell Death, Campaign for Tobacco-Free Kids, Washington DC, 2001
2. Tobacco&The Rights of the Child, WHO/NMH/TFI/01.3 Rev.1, 2001
3. Tobacco and Poverty: a vicious circle, WHO/NMH/TFI/04.01, 2004
4. The Role of Health Professionals in Tobacco Control, WHO Tobacco Free Initiative, 2005
5. ČAKŠ, Tomaž. Opustite kajenje in zmagajte : oris pomoči pri odvijanju od kajenja. 1. izd. Ljubljana: CINDI Slovenija, Zdravstveni dom Ljubljana, cop. 2004. 60 str., ilustr. ISBN 961-90909-4-2. [COBISS.SI-ID 127975936]
6. ČAKŠ, Tomaž, MILLER, Tanith. Activities of the EFMA/WHO tobacco action group. V: VIGEN, Terje (ur.). National medical association in Europe. Oslo: European forum of medical association and WHO, 2006, str. 156. [COBISS.SI-ID 21230297]

Spoštovani avtorji prispevkov,

zaradi nezanesljivosti medmrežja bomo vsako elektronsko pošto potrdili s povratno pošto. V kolikor od nas ne prejmete potrdila o prejeti elektronski pošti, vljudno prosimo, da nas pokličete (01 30 72 152) ali ponovno pošljete prispevek.

Uredništvo

Stališče Društva onkoloških bolnikov o članku Luke Šolmajerja »Uspešen sprejem napredne tobačne zakonodaje«

V julijski reviji Isis je bil v rubriki Aktualno objavljen članek z naslovom »Uspešen sprejem napredne tobačne zakonodaje«, avtorja Luke Šolmajerja, mag. farm., Evropska zveza za preventivo tobaka in kajenja. V članku avtor piše tudi o Društvu onkoloških bolnikov Slovenije, kjer navaja vrsto neresnic in nepreverjenih vsebin. Prosimo vas, da v avgustovski številki revije Isis objavite naše stališče v povezavi z objavljenim člankom.

1) Avtor prispevka navaja nepreverjene trditve in insinacije, saj poskuša bralca prepričati, da je imenovanje Brede Brezovar Goljar na mesto podpredsednice društva povezano z odvrčanjem društva od kakšne zahteve in podpore pri tobačni zakonodaji. Avtor gre s svojimi neresničnimi navedbami še dlje in imenovanje podpredsednice povezuje z domnevnimi tobačnimi donacijami, kar je neresnica.

Društvo onkoloških bolnikov Slovenije, najstarejša nevladna organizacija, ki združuje onkološke bolnike in ki deluje na področja raka v Sloveniji, svoje člane na vodstvenih mesta izvoli na osnovi kandidatur, izvoljeni so na skupščini, ki je najvišji organ društva. Praviloma so to ljudje, ki imajo za seboj težko preizkušnjo onkološke diagnoze in zdravljenja. In ljudje, ki svoj čas, znanje in energijo posvetijo uresničevanju ključnega poslanstva društva: to sta ozaveščanje in strokovna pomoč bolnikom in njihovim svojcem.

2) Avtor prispevka s svojim tonom in vsebino krni ugled Društva onkoloških bolnikov Slovenije in njegovih članov. Njegova nestrokovnost se jasno pokaže tudi pri grobi kršitvi avtorskih pravic, saj avtor brez zadrege (in brez soglasja avtorjev) uporabi fotografijo, ki jo je posnel fotograf Jaka Koren in je bila uporabljena v intervjuju, ki ga je novinar Jure Aleksič

opravil s prim. dr. Marijo Vegelj Pirc in Bredo Brezovar Goljar v reviji Zarja.

3) Društvo onkoloških bolnikov aktivno podpira protitobačno iniciativo in ukrepe, za katere si prizadeva vladni in nevladni sektor v Sloveniji. Društvo bo tovrstne aktivnosti podpiralo tudi v bodoče, vendar se globoko distancira od populističnih, manipulativnih in strokovno spornih vsebin, ki temeljijo na neresnicah in domnevah.

4) Uredništvo revije Isis prosimo za objavo našega prispevka, od avtorja pa pričakujemo opravičilo.

Z odličnim spoštovanjem,

*Ana Žličar, predsednica
Društva onkoloških
bolnikov Slovenije*

Ljubljana, 24. julij 2017

Dragi Luka,

kakšne nesmisle to vendar širite v svet? Težko se znebim vtisa, da članka Bolnik naj bo vodilo!, okrog katerega ste zgradili za celih par odstavkov bizarne demonologije, sploh niste prebrali.

Če bi ga, bi nemara zasledili, da je Breda Brezovar Goljar bivša bolnica z rakom, ki ji je primarijka Marija

Vegelj Pirc pomagala rešiti življenje. Prav gospa Breda se je obrnila na naše uredništvo in nam povedala, da gre po večdesetletnem vodenju Društva onkoloških bolnikov prim. Pirčeva v zaslužni pokoj. In da bi po vsem, kar je naredila za bolnike, njeno življenjsko delo veljalo ob tej priložnosti počastiti s portretom v naši reviji.

Celoten članek, ki ga navajate, je bil posvečen primarijki. Poudarek je bil na njeni življenjski zgodbi in konkretnih nasvetih za nove bolnike z rakasto diagnozo. Gospa Brezovar Goljar je bila ob dveh citatih udeleženka samo na fotografijah. In še to malce nerada in na moj neposredni predlog, ker se me je dotaknilo, s

kakšnim žarom in pristno hvaležno-stjo je govorila o prim. Pirčevi. Tobak ni bil v celem besedilu omenjen enkrat samkrat, kaj šele v pozitivnem kontekstu ... Vi pa ste vse skupaj razglasili za »tobačni PR-članek« in ob mojem imenu še vzvišeno smrknili »in to ni njegov prvi tovrstni prijem«.

Tragedija je v tem, da je iz vašega prispevka možno jasno začutiti, da hočete dobro. Seveda, tobak je izjemno škodljiva stvar in tobačni industriji je prav gotovo treba nadeti uzde. A način, na katerega izpeljujete svoja razmišljanja, je mnogo več kot zgolj zaskrbljujoč.

Drži, Breda Brezovar Goljar je bivša direktorica Tobačne in obenem

podpredsednica Društva onkoloških bolnikov. A to je dobesedno vse, kar v tem sklopu navajate konkretnega. Brezovar Goljarjevo pa potem celo neposredno primerjate z Adolfom Eichmannom in njegovo »banalnostjo zla«. Če imate o korupcijskih povezavah bivše direktorice Tobačne in zdravstvenih institucij kakršnekoli konkretne informacije, potem za božjo voljo na plan z njimi! Do takrat pa glede na predloženo gradivo ne morem zadržati sodbe, da brez vsake prave osnove brutalno napadate in žalite bivšo rakavo bolnico.

Še toliko bolj šokantno pa je, da ste ob svojem članku mirno objavili fotografijo Pirčeve in Brezovar Goljar-

jeve iz revije Zarja. To ste storili, ne da bi si zanjo zagotovili avtorske pravice ali sploh kogarkoli karkoli vprašali. Vidite, to pa je leta 2017 primer tako v nebo vpijočega šalabajzerstva, da bi ga bilo skoraj gotovo mogoče iztožiti celo na slovenskih sodiščih.

Pozdrav,

Jure Aleksič

P. S.: Pri najboljši veri nisem uspel najti potrditve, da je, kot pravite, frazo »banalnost zla« prvi uporabil Amos Hausner. Bi bilo možno, da se motite, in jo je vseeno skovala Hannah Arendt?

Prelomna novica FDA in odgovor

Luka Šolmajer, mag. farm.
lukasolmajer@hotmail.com

Najprej najboljšo – FDA bo izvedla odločilen ukrep na področju zdravja: določila bo *najvišjo količino nikotina v cigaretah*, da ne bodo več zasvojile (1, 2, 3, 4). Ideja prof. Benowitza iz 1994 (5) se je razširila s pobudami za končanje tobačne epidemije (4). Prenehanje uporabe tobaka je v vrhu javnozdravstvenih (JZ) ciljev. ZDA so se tako priključile naprednim državam, kar je zatreslo borze kot slavno poročilo L. Terryja iz 1964, tobačne delnice so strmoglavile. Novico so objavili svetovni mediji, pri nas le Žurnal (6), prezrli so jo celo strokovnjaki. To razkrije vpliv tobačne industrije (TI) na medije in stroko; o vzrokih bi se morali krepko zamisliti. 70-letni brutalni boj med TI in zdravjem gre v zadnjo fazo: zdravje zmaguje, a prepočasno, ker informacije »zastanejo«. Lahko ohranimo zdravje s takšnim novinarstvom? Pozornost bi morali usmeriti na *celostne* rešitve, kot je npr. Generacija brez tobaka (7). Zaradi pomena za vse generacije

otrok si tema zasluži večjo pozornost. Razlogov, da tobačna menedžerka ne more voditi Društva onkoloških bolnikov (DOBSLO), je dovolj. Še lani so v njeni prisotnosti nasprotovali dokazano uspešnim ukrepom tobačne zakonodaje – ukrepom, ki zmanjšujejo število rakov (8). Pripeljali so v Tarči razkrinkanega lobista za njihove interese (9) B. Pretnarja, ki je izjavil, da zdravniki sovražijo TI, le zato naj bi podpirali te ukrepe. A TI je že 1954 obljubljala, da bo takoj(!) prenehala s proizvodnjo cigaret, če bi se pokazalo, da povzročajo raka (10). Vsak zdravnik in novinar bi moral imeti o tem informirano mnenje. Slovenija je 2005 ratificirala Okvirno konvencijo o nadzoru nad tobakom (FCTC), najbolj podprto konvencijo v zgodovini ZN, ki v ključnem členu 5.3 pravi, da obstaja med interesi TI in JZ temeljno in nepremostljivo nasprotje. Vlade morajo preprečiti kakršnokoli vmešavanje TI v politike zdravja (11).

Kajenje in rak, moč besed

Tobak je vodilni vzrok za nastanek raka in smrti zaradi raka. De Vita v *New England Journal of Medicine* (NEJM): *200 years of cancer research* (12) piše o odgovornosti tobaka (aktivno in pasivno kajenje) za 40 % smrti zaradi raka. Novejši članek v NEJM je, poleg že znanih povezav med kajenjem in raki: pljučnega, žrela, sapnikov, nosne votline, požiralnika, želodca, jeter, ledvic, debelega črevesa in danke, sečnika, mehurja, slepega črevesa, trebušne slinavke, jajčnikov, materničnega vratu in levkemije – dodal še tri nove povezave: *raka prostate, dojke in neznanega izvora* (13).

Amos Hausner je uporabil izraz *banalnost zla za delovanje TI*. Prof. Proctor s Stanforda uporabi za naslov knjige najmočnejši izraz: *Golden holocaust (Zlati holokavst)*. Pojasni razlike, pri nacizmu je šlo za načrtni genocid, kot najhujši zločin. A delovanje TI in kontinuirana prodaja cigaret

kot najsmrtonosnejšega izdelka v zgodovini človeštva ni malenkost v primerjavi z nacističnim holokavstom. Imata skupne značilnosti: povzročata veliko trpljenja in smrti, uporabljata propagando, zavajanja in vztrajata do grenkega konca. Proctor iz raziskave Doll/Hill izpelje univerzalno formulo, da na 1.000.000 prodanih cigaret sledi 1 smrt zaradi tobaka z 20-letnim zamikom. Zato beseda *holokaust*, saj bi manj močne besede popačile odvratno resničnost trpljenja zaradi tobaka.

G. Aleksič je naredil več intervjujev, npr. s S. Makarovič, ki so širili napačna prepričanja in informacije o kajenju. Fotografijo sem vzel s prosto dostopne strani Zarja/odklenjeno. Nisem kontaktiral novinarja ali tobačne menedžerke, saj TI uporablja vsa komunikacijska sredstva in metode, skušali bi vplivati na vsebino članka. Raki zaradi kajenja pri nas

ugasnejo 5 življenj dnevno, tobačna menedžerka vodi onkološko društvo, protiargument pa je raba fotografije? Pripis »Sodelovanje, ki ga ne bi smelo biti« je blag, glede na okoliščine. Narediti moramo konec vmešavanju TI v JZ po konvenciji ZN, zdravniške organizacije pa odločno podpreti prizadevanja za končanje tobačne epidemije!

Viri

1. FDA announces comprehensive regulatory plan to shift trajectory of tobacco-related disease, death. Dostopano na: <https://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm568923.htm>
2. Gottlieb S, Zeller M in sod. A Nicotine-Focused Framework for Public Health. *N Engl J Med.* 2017
3. Proctor RN. Taking the Addiction Out of Smoking. *New York Times*, 02.08.2017
4. Proctor RN. FDA's new plan to reduce the nicotine in cigarettes to sub-addictive levels could be a game-changer. *Tobacco Control* 2017;26:487-488.
5. Benowitz NL, Henningfield JE. Establishing a nicotine threshold for addiction. The implications for tobacco regulation. *N Engl J Med* 1994;331:123-5.
6. V. N. Ukrep za zmanjšanje ravni nikotina v cigareti. *Zurnal*, 01.08. 2017. Dostopano na: <http://www.zurnal24.si/zdravje/aktualno/ukrep-za-zmanjsanje-ravni-nikotina-v-cigaretih-294758>
7. The Tobacco Endgame. *Tobacco Control* May 2013; Volume 22, suppl 1.
8. Kosmač G. Prepoved tobačnih blagovnih znamk. Bo prohibicija uspešna? *RTV Slovenija*. Dostopano na: <https://www.rtvsllo.si/slovenija/prepoved-tobacnih-blagovnih-znamk-bo-prohibicija-uspesna/393436>
9. Boj proti tobaku – nova bitka. Tarča, RTV Slovenija. 27.10.2016. Dostopano na: <http://4d.rtvsllo.si/arhiv/tarca/174434271>
10. Proctor RN. Why ban the sale of cigarettes? The case for abolition. *Tob Control* 2013;22:i27-i30.
11. WHO Framework Convention on Tobacco Control. 2003.
12. DeVita VT Jr Rosenberg SA. Two hundred years of cancer research. *N Engl J Med.* 2012;366(23):2207-2214.
13. Carter BD, Abnet CC, Feskanich D et al. Smoking and mortality – beyond established causes. *N Engl J Med* 2015;372:631-40.

Spoštovani odgovorni in glavni urednik revije Isis prof. dr. Alojz Ihan!

Ob vsem spoštovanju Vaše odličnosti sem po dveh mesecih spoznala, da sem prav za prav dolžna tudi sama javno spregovoriti v vašem oz. našem mediju o svoji osebni prizadetosti, ki sem jo doživela, ko sem v julijski številki revije Isis v rubriki Aktualno v članku »Uspešen sprejem napredne tobačne zakonodaje« pod šokantnim mednaslovom »Škandal brez primere: tobačniki po novem v vrhu Društva onkoloških bolnikov« zagledala še svojo fotografijo.

Zadnji vzgib za moje oglašanje pa je posledica včerajšnjega srečanja, ko me je, gredoč od Onkološkega inštituta proti parkirni hiši, zaustavil klic spoštovanega kolega z OI. Seveda je pogovor takoj stekel v smeri tamkaj-

šnjih aktualnih zadev, ki ne obetajo nič dobrega v smislu znanih razmer v zdravstvu, kot so problematične negativne selekcije pri vodstvenih kadrih na vseh nivojih in zapletene mreže v ozadju. »Draga Marija, mi tonemo!« To me je globoko vznemirilo in sem ga vprašala: »Ali res misliš, da množica poklicu predanih in poštenih ljudi ne bi zmogla obrniti zadeve v pravo smer in vzeti vajeti v svoje roke?« »Nikakor, saj imajo vse v rokah in mediji bi to preprečili. Mediji!« **Mediji** – je večkrat pomembno pribil, in **mediji** tudi meni še dolgo zatem niso šli iz glave.

Tudi Isis, glasilo Zdravniške zbornice Slovenije, je medij. Vedno ga rada vzamem v roke takoj, ko pride po

pošti. Tudi tokrat je bilo tako. Prijetno listanje ob kavici in sproščenem počitku na domačem vrtu pod Šmarno goro pa je zmotila na začetku omenjena »fake news«. Takoj me je vrglo pokonci. Prva reakcija – v boj z lažnimi novicami! Zavrtela sem telefon. V društvu smo bili prizadeti. Kakšen konstrukt – nismo mogli verjeti svojim očem. Čez čas smo se zedinili, da se društvo na članek odzove le s pismom uredniku.

Zase sem menila, kot vedno doslej, da dobro delo šteje samo po sebi in da vedno velja vztrajati pri tistem, kar se ti zdi prav. Zato lahko pustim ob strani žaljivo pisanje gospoda Šolmajerja in mu ne dam dodatnega veselja z dokazovanjem

resnice. Meni je v veselje moje polstoletno dobro strokovno in humanitarno delo na področju onkologije in v Društvu onkoloških bolnikov Slovenije, ki je sedaj stopilo že v 32. leto svojega delovanja. V veselje so mi dragoceni posamezniki, ki pridejo v društvo, ko so prebrodili težko bitko z rakom, in bi radi kot prostovoljci pomagali drugim v programu Pot k okrevanju. Med njimi je bila tudi gospa Breda Brezovar Goljar. Vesela sem, da je sprejela moje povabilo še za kandidaturo za člana upravnega odbora, in še posebej sem vesela, da se ob Šolmajerjevem pogromu ni umaknila in odstopila.

Tukaj bi se moja zgodba lahko končala.

Vendar me še vedno vznemirjajo mediji, ki pomembno prispevajo tudi k stanju duha v družbi. Vsakdo na svoj način doživlja in sooblikuje to stanje oz. je zanj soodgovoren. Vznemirja me misel, da me v dveh mesecih od objave »Škandala brez primere« ni nihče poklical, da bi kaj vprašal in preveril zapisano. Ali smo tudi mi postali »kolegialno« privoščljivi, do medijev zaupljivi – *Nekaj od tega bo najbrž že držalo ... saj nikomur ne gre zaupati ...*

Zato Vas, spoštovani gospod urednik, prosim, da se v prihodnje zaustavite pri »škandaloznih novi-

cah«, opozorite oz. vprašate avtorja, ali so zapisana dejstva preverjana, in ne dovolite diskreditacije lastnih članov, članov Zdravniške zbornice Slovenije.

Ostajam optimist, ki ne sme več biti tiho. Če drži rek, da večkrat ponovljena laž postane resnica, verjamem: **Večkrat ponovljena resnica bo ostala resnica!**

Lepo pozdravljeni!

Prim. Marija Vegelj Pirc, dr. med.
marija.vegelpirc@siol.net

V Ljubljani, 2. 9. 2017

Spoštovana prim. Marija Vegelj Pirc, dr. med.,

kot urednik revije Isis se vam vsekar opravičujem za slabe občutke, ki vam jih je vzbudil članek g. Šolmajerja v kombinaciji z naslovom in fotografijo. Končna grafična podoba članka zaradi fotografije in nerodne kombinacije sosednjih naslovov učinkuje preveč afektirano in z uredniškega stališča žal ni bila najboljša izbira. Besedilo g. Šolmajerja sem sicer objavil zaradi njegovih nedvomnih

zaslug za družbeno ukinjanje industrije zastrupljanja ljudi, ki ga tobačna podjetja nedvomno izvajajo; in po drugi strani zaradi kolektivne slabe vesti, ki si jo zdravniki brez dvoma moramo priznati, saj smo ob vsem znanju, ki ga imamo, pogosto nerazumljivo benevolentni do družbenih praks, ki dokazano povzročajo številne žrtve in boleznih ljudi, katerim smo glede skrbi za zdravje poklicno zave-

zani. Pa naj gre za kajenje, alkohol, dvom v cepljenje in še mnogo takega. Pri urednikovanju si sicer prizadevam, da avtorji izbirajo spoštljiv način naslavljanja drugih ljudi, seveda pa je na koncu avtor tisti, ki pred seboj in pred drugimi stoji in se javno izpostavlja s svojim sporočilom.

Prof. dr. Alojz Ihan, dr. med.

Enajst cepiv za francoske otroke

Jurij Kurillo, dr. med., Kranj

V Franciji je bilo doslej obvezno cepljenje otrok proti davici, tetanusu in otroški paralizi. Druga cepljenja – proti oslovskemu kašlju, ošpicam, mumpsu, rdečkam, hepatitisu B, hemofilusu influence, pnevmokoku in meningokoku C – so bila sicer pripo-

ročena, vendar prostovoljna in odvisna od odločitve strašev. 16. junija letos pa je ministrica za zdravje Agnès Buzyn objavila v *Parisienu*, da name-rava v nekem roku uvesti obvezno cepljenje otrok proti enajstim boleznim. Ministrica meni, da bodo tako

zavrli vračanje večine nevarnih boleznih, ki se v zadnjih letih spet pojavljajo.

V povezavi s tem projektom je naredil novinar Timothée Vilars 16. junija 2017 intervju z uglednim mikrobiologom Philippom Sansonet-

tijem, profesorjem na Pasteurjevem inštitutu in na *College de France* v Parizu, ki je bil večkrat odlikovan za svoje znanstveno delo. Je član britanske *Royal Society* in nosilec francoske Legije časti. Ukvarja se z raziskovanjem patogeneze bakterijske infekcije in celularne mikrobiologije in je tako med drugim odkril mehanizem celične invazije šigele. Pred kratkim je izdal knjigo *Vaccins, pourquoi sont indispensables* (založba Odile Jacob) – »Zakaj so cepljenja nepogrešljiva«.

Profesor se pridružuje nameri ministrice, da uvedejo, tako kot v Italiji,* obvezno cepljenje za vse bolezni, ki ogrožajo otroke. Od leta 2008 je bilo v Franciji kar 25.000 obolelih zaradi ošpic; med njimi jih je deset umrlo. Ta otroška bolezen

na splošno prva vzkipi, če ni pokrita s cepljenjem. Tudi oslovski kašelj se v Franciji spet pojavlja pogosteje. Profesor meni, da je država – navsezadnje je to »Pasteurjeva dežela«! – odgovorna za cepljenja v okviru politike za javno zdravje, tako kot je odgovorna za ukrepe proti nezgodam v prometu. Misli, da bi bilo treba prej ko slej uvesti tudi cepljenje proti rotavirusu (kar v Sloveniji že izvajamo s prostovoljno odločitvijo staršev), povzročitelju nevarnih drisk malih otrok, in proti respiratornemu sincicijskemu virusu, povzročitelju nevarnih obolenj dihal pri dojenčkih.

Na vprašanje, kako je s sekundarnimi učinki cepljenj, je odvrnil, da se ti sicer lahko pojavijo, kot po vsakem

zdravilu, vendar so razmeroma redki in redkokdaj težji, predvsem ne taki, da bi podrli načela cepljenja za posameznika in kolektiv. O zapletih po cepljenjih danes močno pretiravajo, kar pa samo povzroča vračanje nekaterih nevarnih nalezljivih bolezni.

Ob koncu intervjuja profesor pove, da za izdelavo cepiv pač potrebujemo farmacevtsko industrijo, ki ji ne gre pripisovati neke namere za razširitev cepljenja zaradi lastnega dobička.

»Velika« Francija gre torej po poti »male« Slovenije, kjer je že vrsto let cepljenje mladih generacij obvezno kar za deset nalezljivih bolezni!

Vir

1. 11 vaccines obligatoires: »Des maladies infantiles graves resurgissent« – 16 juin 2017 – L'Obs

* V Italiji se je januarja 2017 pojavilo 200 bolnikov z ošpicami, v Romuniji pa je bilo v enem letu več kot 3.400 bolnikov z ošpicami, od katerih jih je 17 umrlo. V Združenem kraljestvu so imeli od 1. januarja 2016 do 1. januarja 2017 575 bolnikov z ošpicami.

Pas in dolgo življenje

Nina Mazi, Ljubljana

Vitek pas in stas, ki ga človeštvo že od nekdaj občuduje in postavlja na pedestal, danes ni le stvar estetike in modnih trendov, marveč postaja vse bolj pomemben element zdravja, mladostnosti, vitalnosti in dolgega življenja. Znanstveniki ugotavljajo, da igra pri življenjski dobi oblika telesa (jabolko, hruška) pomembnejšo vlogo od teže, obseg pasu pa prednjači pred indeksom telesne mase (ITM). Tradicionalno tehtnico tako pospešeno nadomešča meter.

Izsledki mednarodne poglobljene raziskave o dolžini življenja pričajo, da posamezniki s postavo v obliki hruške, ki se ponašajo z vitkejšim pasom kot njihovi vrstniki s telesom v obliki jabolka, živijo dlje, pogosto tudi bolj zdravo in bolj kakovostno.

V dobrih dvajset let trajajoči raziskavi, med letoma 1985 in 2005, so znanstveniki na Otoku preučevali obliko telesa (somatotip), obseg pasu, telesno težo in indeks telesne mase skoraj 7.500 prostovoljcev. Svoje ugotovitve so nato v primerjalni študiji primerjali z izsledki ameri-

ških raziskav, ki so se osredotočale predvsem na telesno težo oz. na ITM. Pri tem so britanski znanstveniki z metaanalizo ugotovili, da ljudje, ki uspejo obseg svojega pasu ohraniti manjši od polovice svoje telesne višine, živijo dlje in so bolj zdravi. V svojem zaključnem poročilu v reviji *Plos One* pa britanski raziskovalci dokazujejo in zagovarjajo tezo, da je razmerje med telesno višino in obsegom pasu najbolj objektivni individualni parameter za določanje oz. predvidevanje življenjske dobe posameznika.

ITM, ki se v praksi uporablja od 19. stoletja, je po ugotovitvah Britancev bolj zapleten in nezanesljiv parameter, ki ne upošteva visceralne maščobe in mišične mase. Prva se odraža s povečanim obsegom pasu, druga pa lahko botruje povečani telesni teži, ki pa ne predstavlja dodatnega tveganja za zdravje in dolgo življenje.

Viri: www.plosone.org, www.newscientist.com, www.sciencedaily.com

Pogovor s filozofom Konradom Liessmannom

Težnja k stalnim meritvam samega sebe: kdor stalno nadzoruje svojo težo, telesno maščobo, krvni sladkor itn., ne more živeti zdravo

Prevod in priredba: Marjan Kordaš
marjan.kordas@mf.uni-lj.si

V javnih debatah se omenjajo družbene spremembe, ki nimajo le pozitivnih posledic, temveč lahko pri posamezniku na določen način povzročijo, da postane psihično ali fizično bolan. K temu sodi povečana tekmovalnost, ki vodi v pregorelost, ali slog življenja, ki lahko izzove srčno-žilne bolezni. Nekatere raziskave kažejo, da zgodnja uporaba digitalnih orodij lahko pri otrocih povzroči razne motnje. Po drugi strani je življenjski slog vsaj v naši regiji bolj zdrav, več ljudi pazi na zdrav slog življenja in prehrane. To pa vodi v nasprotno tezo, po kateri smo zasvojeni s skrbjo za zdravje. Tu imam v mislih sodoben *self-monitoring*, pri katerem ljudje stalno nadzorujejo svoje telesne funkcije ter izvide. To obliko zasvojenosti z zdravjem lahko paradokсно označimo kot obliko družbeno inducirane »bolezni«. Tudi če so izvidi o teži, telesni maščobi, krvnem sladkorju sijajni, pa človek, ki fiksira svoj pogled na te podatke, po mojem mnenju ne more živeti zdravo. Pa vendar se pritisk v to smer povečuje zaradi zavarovalnic, kar je z njihovega stališča razumljivo, družbeno-politično pa je to po mojem nadvse problematično.

Modeli, ki jih ponujajo zavarovalnice, temeljijo na fikciji, da so nekateri slogi življenja bolj zdravi kot drugi. Morda to velja za kajenje. Toda živeti ob prometni cesti ter stalno vdihavati fini prah je verjetno bolj nevarno kot življenje v zelenem okolju ob kajenju kake posamezne cigarete. Zavarovalnice pa bodo kadilcu predpisale višjo premijo ter tako zavarovanca prisilile v življenjski slog, ki bi ga sicer odklonil. V naši družbi to pomeni, da je ogrožena človekova svoboda, živeti tako, kot si želi.

[...]

Vsa vprašanja o začetku in koncu življenja so v temelju filozofska vprašanja. Kdaj se začne življenje, ki ga je nujno varovati? Kaj pomeni človeško dostojno umreti? Študij klasičnih filozofskih avtorjev, kot so npr. Epikur, Seneca, Montaigne, Heidegger, omogoči vsakemu zdravniku zanimive uvide in spodbude. Osebnostno menim, da

se prav ob začetku in koncu življenja lahko pojavijo konstelacije, v katerih čiste filozofske, etične ali družbeno-politične rešitve sploh niso mogoče. Računati moramo na tragične situacije in nerešljive konflikte. Vrh tega lahko opazujemo protislovno razmišljanje: po eni strani medicino, ki pri življenju lahko vzdržuje telo, ki ne more živeti. Po drugi strani pa lahko opazujemo težnjo, da pri že najmanjšem pomanjkanju volje do življenja dopustimo ali celo priporočamo samomor.

[...]

Skladno z neko antično modrostjo v življenju ni ničesar zdravega ali bolezenskega, gre le za mero, za dozo. Npr. jaz sem navdušen kolesar, a če pretiram, to ni zdravo. Zame gre za ravnotežje med duhovnim bivanjem (eksistenco) kot filozof in univerzitetni profesor, kar mi je zelo pomembno, ter med bivanjem v telesnem bitju, ki me opominja, da imam tudi telo, ki ga je mogoče intenzivno doživljati. Npr. pri utripu 150/min. je to že mogoče, brez občutka, da moram sestopiti s kolesa.

Vir: Österreichische Ärztezeitung št. 12, 30. junij 2017

Opomba: Gre za intervju; v tej priredbi sem zaradi varčevanja s prostorom izpustil vprašanja ter nekatere dele besedila (odgovorov). Intervju je zanimiv ne le zaradi svoje navidezne heretičnosti ter filozofskega pogleda na pojma zdravje ter bolezni, temveč tudi pogled (ali poskus odgovora) na vprašanje, kdaj se neka v načelu pozitivna človeška dejavnost sprevrže v svoje negativno nasprotje. In ker bo vse več izzivov, pri katerih ni etično čistih odgovorov, bo vse več takšnih dejanj, pri katerih bo edino merilo (zdravnikova) osebna odgovornost. Ki je človeška kategorija, ki pa je po svoji naravi zunaj prava.

Oftalmologi: kratkovidnost močno narašča

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

marjan.kordas@mf.uni-lj.si

Strokovnjaki menijo, da bo miopija do leta 2050 glavni vzrok za slepoto. Vse bolj pogostna kratkovidnost – predvsem pri otrocih in mladostnikih – je bila osrednja tema pri letnem zasedanju Avstrijskega oftalmološkega združenja konec

meseca maja. Eden od vzrokov: pogostna uporaba prenosnih telefonov in tabličnih računalnikov. Pri kratkovidnosti pa obstojijo še posebne terapevtske smernice, predpis posebnih kontaktnih leč, ki jih bodo morali vstavljati okulist. Na temelju meta-

analize, ki jo je opravila American Academy of Ophthalmology, bo kratkovidnost prizadela do 37 odstotkov zahodnoevropskega prebivalstva.

Vir: *Österreichische Ärztezeitung* št. 11, 10. junij 2017

Italija: obvezno cepljenje za otroke

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

marjan.kordas@mf.uni-lj.si

V Italiji se prvič uvaja obvezno cepljenje za otroke. Od septembra dalje brez temeljne imunizacije ne bo več dovoljen sprejem v otroške vrtnice predšolske razrede. Starši šoloob-

veznih otrok, ki ne bodo cepljeni, bodo morali plačati globo do 7500 EUR; tvegajo tudi odvzem skrbništva. Predsednik vlade Paolo Gentiloni je sporočil, da bo načrt cepljenja uveden

postopno; zajema cepljenje proti ošpicam, meningokokom, tetanusu, poliomielitisu, mumpsu, oslovskemu kašlju ter noricam.

Vir: *Österreichische Ärztezeitung* št. 12, 30. junij 2017

Dobro slišati: prav od začetka

Prevod in priredba: Marjan Kordaš, Ljubljana

marjan.kordas@mf.uni-lj.si

Po podatkih SZO je na našem planetu več kot 360 mio. ljudi, ki imajo prizadet sluh, od tega je 32 mio. otrok. V Avstriji se na 1.000 novorojenih otrok rodita 1 do 2 takšna, ki imata znatno prizadet sluh. V »Izkazu za otroka in mater« (*Mutter-Kind-Pass*) je zagotovljen presejalni test za ugotavljanje prizadetosti sluha ne le pri vseh novorojencih, temveč pri vseh malih otrocih – seveda čim prej.

Pod naslovom »Dobro slišati: prav od začetka« začnemo v *Österreichische Ärztezeitung* široko zasnovano ofenzivo pojasnjevanja. Začnemo s člankom »*State of the Art*« ter s seznamom literature za poglobljanje znanja (*DFP-Literaturstudium*). Vključeno bo tudi poročilo o razpravi ob okrogli mizi. Načrtovan je mini svetovalec z naslovom »Medicina – poljudno« (*MEDIZIN-populär*).

Vir: *Österreichische Ärztezeitung* št. 15/16, 15. avgust 2017

Opomba: Pred kratkim je zgoraj navedeno zdravništvo začelo izdajati glasilo FAKTUM, v glavnem namenjeno informiranju o koristnosti cepljenja. Tako se mi zdi obvestilo zgoraj, objavljeno na prvih straneh revije, še ena nadaljnja, koristna pobuda avstrijskega zdravništva za uveljavljanje preventive. Lep zgled, vreden posnemanja, mar ne?

Evropa, hvala za reformo!

Krištof Zevnik, dr. dent. med., Zobozdravstvena ordinacija Zevnik, Ig

Povzetek

1. S sodbo na prvi stopnji o zahtevi pacienta **Krištofa Zevnika proti ZZZS za povračilo stroškov zdravljenja v Sloveniji** je sodišče presodilo, da je pacient upravičen do povračila stroškov, tudi kadar se odpravi k zdravniku v Sloveniji, zdravnik pa ni v nobenem pogodbenem razmerju z ZZZS!
2. V skladu z Direktivo EU 2011/24/EU lahko pacient z računom in izvidom terapevta zahteva povrnitev stroškov zdravljenju, kadar je zdravljenje opravil v državah EU. Prosti pretok zdravstvenih storitev skupaj z zdravstvenim zavarovanjem pa, krivično, ne velja za Slovenijo.
3. Sodba je že nakazala in dokazala, da pacient v Sloveniji lahko in sme uveljavljati pravice iz zdravstvenega zavarovanja, pri tem pa ni pomembno, kakšen status ima njegov lečeči zdravnik (zasebnik, zasebnik s koncesijo, zaposlen v zdravstvenem domu, bolnišnici...).
4. Postopek se nadaljuje, sodba pa odpira bistvena vprašanja slovenske ureditve zdravstvenega Sistema in postavlja pred odgovornost vse deležnike Sistema.
5. Sodba postavlja okvire, v katerih bo interesna in zakonodajna veja oblasti primorana na novo definirati zdravstveno ureditev v Sloveniji.

Pravna pot

Postopek se je začel leta 2015. V vlogi za povrnitev stroškov zdravljenja, ki jo je ZZZS na obeh stopnjah zavrnil, sva s pravnikom mag. Mihom Skubicem navedla razloge, zaradi kateri je pacient upravičen do povračila stroškov zdravljenja v Sloveniji:

1. 254. člen Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja je v neskladju z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ) in Ustavo, saj gre za nejasno in nedoločno pravno pravilo, za katerega ZZZS ni imel zakonskega pooblastila, da ga izda.
2. ZZZS ni pooblaščen, da pravice, ki jih je zavarovanim osebam podelil ZZVZZ, zožuje ali pogojuje s statusom izvajalca zdravstvenih storitev.

3. Tudi za Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki so podzakonski akt, velja, da morajo biti vsebinsko skladna z zakonom in izdana na njegovi podlagi.
4. 254. člen Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja ima diskriminatoren učinek glede na določbe ZZVZZ, ki so v slovenski pravni red prenesle omenjeno Direktivo EU 2011/24/EU (44.a do 44.c člen), saj za povrnitev stroškov zdravljenja v tujini ni pomembno, ali zdravstvene storitve prejme pri izvajalcu, ki je v kakršnemkoli pogodbenem razmerju z ZZZS, ali ima koncesijo po pravu tuje države, ali gre za osebo javnega ali osebo zasebnega prava...

Sodba Delovnega in socialnega sodišča v Ljubljani iz junija 2017 je navedenim argumentom pritrnila ter jih na ta način kot veljavne in legitimne izstrelila v slovenski pravni red. Sledila je pritožba ZZZS na Višje delovno in socialno sodišče, ki o njej še ni odločilo.

Komentar

Gre za precedenčno sodbo. V Sloveniji vsaj od leta 2011 (sprejeta direktiva EU o prostem pretoku zdravstvenih storitev) vlada pravna praznina ali vsaj zmeda na področju uveljavljanja pravic iz zdravstvenega zavarovanja. Neuskklajeni pravilniki in podzakonski akti z zakonom o ZZVZZ in Ustavo so razlog, zaradi katerega bi morale v Sloveniji utripati rdeče luči.

Predstavljajte si, da se v naši majhni Sloveniji vsi bolniki odločijo, da se bodo v skladu s pravnim redom EU zdravili na Hrvaškem. Prvi hip bi se s tem uvozom hrvaških zdravstvenih storitev v Slovenijo čakalne dobe izničile, po končanem zdravljenju pa bi si slovenski zavarovanci na podlagi izvida in računa, ki bi ga izdal hrvaški zdravnik, povrnili stroške zdravljenja. Čez noč bi v Sloveniji ostalo brez dela več deset tisoč medicinskih sester, instrumentark, strežnic in zdravnikov.

Takšno stanje se seveda ne bo zgodilo čez noč. Se pa počasi in v vedno večjem obsegu odvija od leta 2011 vsak dan. Dan za dnem.

Milijone evrov zbranih sredstev država vsako leto, posredno preko povračila stroškov, namenja hrvaškim oz. zdravnikom v drugih državah članicah EU.

Pacienti, ki bi radi zdravljenje opravili v Sloveniji, pa nimajo pravice do povračila stroškov zdravljenja. Vse, kar jim preostane, je, da se pozanimajo o čakalnih dobah za zdravljenje v Sloveniji in se postavijo v vrsto čakajočih. Razumen pacient se bo rajši odpeljal čez mejo, kjer bo stroške zdravljenja sicer plačal sam, a mu jih bo ZZZS na podlagi zakona povrnil v znesku, kakršnega bi za isto vrsto zdravljenja namenil slovenskemu zdravniku (a le tistemu, ki ima z njim sklenjeno ustrezno pogodbo, torej javnemu zdravstvenemu zavodu ali koncesionarju).

Slovenska država je zaradi neuskajenega pravnega reda postavila slovenskega pacienta in zdravnika v neenakovreden in diskriminatoren položaj v primerjavi z ostalimi državljani EU.

Ob navedenih dejstvih se odpira vrsta vprašanj, na katera bodo morali odgovoriti tako ustvarjalci kot izvajalci zdravstvenega sistema:

Zakaj v vsaj sedmih letih ni nihče sprožil vprašanja in izvedel spremembe, ki bi preusmerila odtekanje slovenskega zdravstvenega denarja v tujino?

Kakšna je odgovornost zakonodajne in izvršilne oblasti?

Zakaj se podzakonski predpisi niso prilagodili novi realnosti, ki jo je ustvarila evropska direktiva?

Koliko denarja smo v vseh teh letih »podarili« prijateljem iz EU, namesto da bi ga namenili za povračila deset tisočim, ki dnevno iščejo

pomoč pri zdravnikih in zobozdravnikih v Sloveniji?

Kakšna je odgovornost sindikatov, združenj, zbornic, društev in raznoraznih apologetov razpadajočega javnega zdravstva? Kakšna je in bo njihova odgovornost?

Ali je bil problem namerno spregledan z namenom, da se ohrani obstoječe stanje, v katerem ležerno molzejo zdravstveno blagajno vsi, ki jim tak način ustreza?

Ali je ta »spregledana« pravna praznina odločilen razlog, da se o zdravstvenimi reformi zadnjih 10 let samo razmišlja, svetuje in analizira, medtem ko stotine milijonov evrov nepregledno odteka mimo čakajočih?

Kdo bo prevzel odgovornost za stotine mladih zdravnikov in drugo osebje, ki so si delo z lahkoto našli v EU, pri nas pa so običajni na zavodu (za zaposlovanje, da ne bo pomote), v zdravstvenem domu, bolnišnici ali pa v nemilosti pri kakšnem lokalnem šefu v belem za manj kot 10 evrov bruto na uro?

Ali so politiki namerno zavajali javnost o zasebnem proti javnemu zdravstvu, namesto da bi jasno povedali, da obstaja omejen nabor ovrednotenih storitev, ki jih lahko zavarovalnica za zbrana sredstva povrne zavarovancu, in to ne glede na to, za katerimi evropskimi štirimi stenami se je bolnik zdravil?

Zaključek?

Poti nazaj ni več. Razvoj pravnega postopka bo pokazal, v katero smer

bodo morali politika in ostali deležniki reformirati zdravstveni sistem.

Glede na dosedanji razvoj dogodkov je pričakovati velik odpor, zato velike upe polagamo v pravno pot.

Čeprav se v tem trenutku zdi, da je edina prava pot pravna pot, bo vseeno morda drugače. Vsekakor bodo pacienti na podlagi precedenčne sodbe vlagali zahteve za povračilo stroškov. Tudi kadar se zdravijo v Sloveniji.

Razkritje

Sem zobozdravnik. Ustanovitelj zdravniške skupnosti Medikont z neposrednim naročanjem zdravstvenega materiala pri proizvajalcu.

Ne pripadam nikomur.

Pravno pot sem s pravnikom mag. Mihom Skubicem začel, ker je tako prav. Vse delo sva opravila in ga opravljava *pro bono*. Trud posvečava:

Vsem pacientom, ki čakajo na storitve v Sloveniji, v tujini pa za iste storitve dobijo takojšnje povračilo ZZZS.

Vsem mladim brezposelnim kolegom, podplačanim kolegom, ki kot zasebniki prekarno životarijo pri kolegih ali/in ustanovah v Sistemu.

Vsem, kolegom in ostalemu osebju, ki prebirajo oglase za delo v tujini.

Vsem v zdravstvu, ki so že zapustili preljubo Slovenijo.

Vsem, ki sanjajo o neodvisnem poklicu zdravnika, a o tem le sanjajo.

Vsem.

IT-podporni kotichek: navodila za prijavo v forum

Vsi člani zbornice lahko po novem dostopate do foruma ter tam izmenjujete mnenje in poglede. Za dostop se morate prijaviti v svoj profil na spletni strani zbornice.

Prijava v forum v treh korakih

- Po uspešni prijavi v profil kliknite v desnem zgornjem kotu na gumb »Forum«, ki se nahaja zraven gumba z vašim imenom in priimkom.
- Odprla se bo vstopna stran foruma, kjer se boste s klikom na gumb »Sodeluj« lahko vključili v raznovrstne razprave, delili svoja mnenja, znanje in na druge način soustvarjali forum.
- Za vsak nadaljnji dostop do foruma morate biti prijavljeni na spletni strani Zdravniške zbornice.



Pregled novejšje sodne prakse glede pravice zavarovanih oseb do povračila stroškov zdravljenja v samoplačniški ambulanti

Peter Renčel, univ. dipl. prav., ZZS

Delovno in socialno sodišče v Ljubljani je v dveh primerih v letu 2017 zavarovani osebi priznalo pravico do povračila stroškov zdravstvene storitve v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki jo je v Sloveniji prejela pri zasebnemu izvajalcu brez koncesije. V prvi sodbi (maj 2017) je šlo za povračilo vrednosti storitve poroda na domu, ki jo je zavarovanka plačala diplomirani babici z vsemi potrebnimi dovoljenji za opravljanje dejavnosti. V drugem primeru (sodba iz junija 2017) je šlo za povračilo vrednosti storitve odstranitve modrostnega zoba, ki jo je zavarovanec plačal zasebnemu zobozdravniku.

Med primeroma obstaja nekaj pomembnih razlik, in sicer je bila zavarovancu za odstranitev zoba izdana napotnica, medtem ko je osebni ginekolog porodnici rojstvo na domu izrecno odsvetoval. Izvedena zobozdravstvena storitev sodi med pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in je sodišče zavarovancu priznalo pravico do povračila stroškov v višini primerljive vrednosti istovrstne zdravstvene storitve v Sloveniji.¹ Podzakonski akti (ZZZS-ja) po drugi strani poroda na domu ne določajo kot pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, vendar je kljub

temu sodišče zavarovanki priznalo pravico do povračila vrednosti storitve do višine stroškov, ki bi nastali ob porodu v porodnišnici (torej vrednost »bolnišnične storitve«).

V obeh zadevah je sodišče odločitev oprlo na dejstvo, da zavarovani osebi uveljavljata povračilo stroškov storitve, ki jima na podlagi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ) pripada kot pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. S tem v zvezi ZZVZZ sicer določa, da ZZS pogodbe o izvajanju programov zdravstvenih storitev sklepa le z javnimi zavodi in koncesionarji, vendar pa zakon ne pravi, da zavarovana oseba storitev ne more prejeti drugje. To omejitev je vpeljal šele ZZS s podzakonskim aktom, in sicer s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja (Pravila OZZ), ki v 254. členu določajo, da zavarovana oseba ni upravičena do povrnitve stroškov zdravljenja v samoplačniški ambulanti. ZZVZZ v 26. členu sicer res določa, da ZZS s podzakonskim aktom (to je s Pravili OZZ) uredi natančnejši obseg storitev, do katerih so zavarovanci upravičeni, natančnejši postopek njihovega uveljavljanja ter standarde in normative, vendar pa ZZS s tem ni prejel

zakonskega pooblastila, da določene pravice zavarovanim osebam v celoti odvzame. Sodišče je v obeh primerih ugotovilo, da je ZZS z 254. členom Pravil OZZ naredil prav to – zavarovanim osebam je brez pravne podlage odvzel pravice, ki jim gredo po ZZVZZ – zato je tožbenima zahtevkoma za povračilo stroškov samoplačniške zdravstvene storitve ugodilo.

V javnem odzivu na odločitvi sodišča je ZZS poudaril, da se je zoper obe sodbi pritožil ter da je v treh vsebinsko podobnih primerih Višje delovno in socialno sodišče že odločilo v njegov prid. Dejansko gre za dva primera, saj ene zadeve prvostopenjsko in nato višje sodišče nista vsebinsko obravnavali, v preostalih dveh zadevah pa je višje sodišče² res potrdilo sodbo, s katero je prvostopenjsko sodišče zavrnilo zahtevek zavarovane osebe za povračilo stroškov zdravljenja v samoplačniški ambulanti v Sloveniji. V obeh zadevah je sodišče odločitev oprlo na dejstvo³, da so Pravila OZZ z zgoraj navedenim 254. členom onemogočila povračila stroškov zdravstvenih storitev, ki jih je zavarovana oseba prejela v samoplačniški ambulanti, ter da ima ta določba Pravil OZZ podlago v 26. členu ZZVZZ.

Kljub takšnima odločitvama ZZS nima razlogov za pretiran optimizem, saj se je višje sodišče pri odločanju do sedaj omejilo na ugotovitev, da daje 26. člen ZZVZZ določeno pooblastilo ZZS-ju za natančnejšo ureditev pravic zavarovanih oseb po ZZVZZ, tokrat pa se bo moralo ukvarjati z

1 Sodišče pri tem ni ugotavljalo, kakšno vrednost storitve priznava ZZS svojim sopogodbnikom, ampak je za merodajno vezlo ceno primerljivih zdravstvenih storitev v Sloveniji, ki jo je navedel zavarovanec.

2 Gre za sodbo opr. št. Psp 118/2017 z dne 22. 6. 2017 in sodbo opr. št. Psp 153/2017 z dne 25. 5. 2017. Obe sodbi sta dosegljivi na svetovnem spletu.

3 V zadevi Psp 118/2017 je šlo za povračilo stroškov poroda na domu, za odločitev sodišč pa je bilo ključno, da izvajalka storitve v času njene izvedbe, poleg tega, da ni imela koncesije, ni imela ustreznega dovoljenja Ministrstva za zdravje za opravljanje zasebne zdravstvene dejavnosti. Iz vidika obravnavanega primera je zato ta odločitev manj pomembna.

vprašanjem, ali ni ZZS v Pravidih OZZ svojega zakonskega pooblastila presešel. Delovno in socialno sodišče v Ljubljani je v zgoraj predstavljenih sodbah podalo prepričljive razloge, zakaj je štelo, da je ZZS v Pravidih OZZ z zakonom podeljeno pooblastilo prestopil, saj mu je zakon naložil, da podrobneje razčleni pravice zavarovanih oseb iz ZZVZZ, ne pa da jim te pravice odvzame. Enako je povedalo tudi ustavno sodišče leta 1998,⁴ in sicer, da zavarovancem po ZZVZZ pripada pravica do proste izbire zdravnika, ki ni omejena na izvajalce javne službe, ZZS pa je dolžan zavarovancem to pravico (ki izhaja iz plačanih prispevkov) na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti dopustiti. Ob tem velja opozoriti, da se relevantni predpisi glede tega vprašanja od odločitve ustavnega sodišča pred skoraj dvajsetimi leti niso v ničemer spremenili, zato je celotna argumentacija iz ustavne odločbe še vedno

enako aktualna. Danes kvečjemu preseneča, da v vsem tem času ni bilo na isti pravni podlagi (oz. na podlagi argumentacije ustavnega sodišča) sproženih še več sodnih postopkov, denimo z zahtevki zavarovanih oseb za povračilo stroškov zdravil, predpisanih v samoplačniški ambulanti, ter z zahtevki v vseh primerih, ko ZZS zavarovanim osebam pravic sploh ni odvzel v Pravidih OZZ, ampak preko načina obračunavanja izvedenih zdravstvenih storitev, za kar ga ZZVZZ zagotovo ni pooblastil.

Morebitni potrditvi prvostopenjskih sodb bodo morale slediti določene spremembe predpisov, saj ZZS (z namenom varčevanja) za zahtevke zavarovancev za povračilo stroškov zdravljenja ne more vzpostaviti čakalnih vrst, kot to velja za pridobitev zdravstvenih storitev. Nadalje bodo potrebne spremembe v organizaciji izvajalcev javne zdravstvene službe, saj bo ta pridobila novo

vsebino – javno službo bodo (dejavno) sestavljale javno financirane zdravstvene storitve, ki jih bodo lahko izvajali vsi licencirani izvajalci, zato »javna mreža« ne bo imela več posebnega pomena. Organizacijske spremembe bodo potrebne tudi na strani ZZS, kajti nad izvajalci, s katerimi ni v pogodbenem odnosu, nima nadzora, zato bo moral vzpostaviti nadzor nad samimi storitvami (z zdravniki cenorji). V podzakonskih aktih bo moral ZZS zagotoviti tudi ustrezno ureditev pravic, ki so bile (in bodo v prihodnje) zavarovanim osebam priznane v sodnih odločitvah, ter določiti enoten »cenik« za vse storitve, po katerem bo opravljal povračila. Glede na tako opredeljene funkcije, ki bi jih ZZS moral začeti izvajati, bi se njegovo delovanje bistveno bolj približalo opravljanju zavarovalniške dejavnosti (trenutno ZZS praktično v nobenem pogledu ne deluje kot zavarovalnica), pri čemer ne bo več mogoče prepričljivo trditi, da podobnih funkcij ne bi mogle izvajati tudi druge (konkurenčne) zavarovalnice.

4 Odločba številka: U-I-125/97 z dne 24. 6. 1998

5 Obe sodbi sta pokazali, da se sodišče nikakor ne obremenjuje z okoliščino, da vrednosti storitev, ki jih plačuje ZZS, ni mogoče natančno ugotoviti – to dejstvo tožnikoma ni šlo v škodo.

Srečanje generacije 1977/78

**Spomni se leta, spomni se dni,
ko skupaj smo ubirali študijske poti.**

Draga generacija zdravnikov in zobozdravnikov, vpisanih na Medicinsko fakulteto v Ljubljani leta 1977/78, prisrčno vabljeni na naše srečanje, ki bo v **petek, 20. oktobra 2017, ob 18.30 v Klubu Domus medica** na Dunajski cesti 162 v Ljubljani. Obvestite še druge kolege iz generacije!

Obudili bomo številne spomine, prijateljsko pokramljali o vsem mogočem in se poveselili ob dobri jedi in pijači.

Prijave sprejema Gostinstvo Femec, ki vodi restavracijo v našem Domu zdravništva, na naslov: dmklub.lj@gmail.com

Cena pogostitve je 20 EUR na osebo.

Verjamemo, da se nas bo veliko zbralo in se bomo poveselili v prisrčnem vzdušju.

Lučka, Marjeta in Zvonka

Psi lajajo, karavana gre naprej ...

Silvana Popov, dr. med., Zasebna splošna ambulanta

Silvana.popov@gmail.com

Prispevek za Isis pišem 26. avgusta 2017. Čez poletje sem pet tednov delala v dveh ambulantah in pokrivala dva terena (razdalja med ambulanta je 30 km). Pika na »i« je bil včerajšnji pogovor z uradno osebo na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje (NIJZ). Po novem bomo za vstop v e-zdravje vsak dan dobili novo kodo na svoj mobilnik. Pošiljati kodo na osebni mobilnik! Ali ste kdaj slišali kaj podobnega? Zaradi varovanja podatkov. Ali do sedaj podatki niso bili varovani? Na čigav mobilnik bodo pošiljali kode v ambulante nujne medicinske pomoči (NMP)?

V zadnjem desetletju so v zdravstveni sistem uvedene številne novosti. Nekatere bom naštela.

Referenčne ambulante

Projekt referenčnih ambulant (RA) obstaja od leta 2011. V RA je zaposlena diplomirana medicinska sestra (DMS). Njena naloga je da, v štirih urah svetuje oz. pregleda štiri paciente in da jih nauči, da je povišan holesterol nevaren, da je kajenje škodljivo, da je debelost bolezen, da posname EKG... V RA kličejo tudi paciente, ki imajo v službi redne sistematske preglede. Najprej jih pregleda specialist medicine dela, prometa in športa, potem pa DMS! Stroški za RA so, na letni ravni, več kot 30 milijonov evrov. V začetku leta sem dobila obvestilo Ministrstva za zdravje (MZ), da se projekt RA v letu 2017 zaključuje in da moramo od 2018 vsi imeti RA. Napisala sem dopis MZ, da ne želim imeti RA, da RA ne obstajajo nikjer na svetu in da nikjer na svetu ni možno, da ima DMS štiri paciente v štirih urah, a zdravnik do 20-krat več v osmih urah. Takrat še nisem vedela, da je bilo v letu 2016 povprečno število pregledanih v RA 2,6 pacienta za štiri ure dela! Nisem pričakovala pohvale, ker brez RA varčujem z davkoplačevalskim denarjem. Citiram del odgovora z MZ: »V RA je poudarek na kvalitetni obravnavi pacienta in ne na kvantiteti!« Če bo kdo od pomembnih prebral, kaj pišem, in če bo imel pripombe, prosim za konkreten odgovor. Na primer: Res je, da se letno porabi več kot 30 milijonov evrov, ampak rezultati opravičujejo obstoj RA, ker jih je

(napisati odstotek) shujšalo, ker jih je (napisati odstotek) nehalo kaditi... Naj še napišejo, koliko držav je, po zgledu Slovenije, uvedlo RA v svoj zdravstveni sistem. Takšnega odgovora ne bom dočakala. Resnična zgodba: Kolegica, specialistka družinske medicine je želela spremembo delovnega mesta. Želela je delo v RA. Z MZ je dobila odgovor, da se mora prekvalificirati v DMS!

Cepljenje

Delam v Makolah, že 17 let. Cepivo sem hranila v hladilniku z navadnim termometrom. Zahtevali so, da kupimo merilnike temperature v hladilniku – logerje. Daš loger v hladilnik in ker nimaš početi nič pametnega, na 10 minut kontroliraš temperaturo hladilnika. Enkrat letno daš loger na kalibracijo, ker to zahteva sanitarni inšpektor. Od leta 2016 uvajajo novosti. Če želiš imeti cepilno mesto, moraš na NIJZ poslati prošnjo z narisano skico prostora, v katerem se nahaja hladilnik, in kupiti specialni hladilnik. Zaposlili so farmacevte, da kontrolirajo cepilna mesta. Zakaj vse te spremembe? Nekdo mora zaslužiti. Nekdo mora dobiti službo. V Avstriji lahko kupiš cepivo v lekarni in se cepiš pri zdravniku. Znano je, da je cepivo Ana-Te učinkovito na sobni temperaturi več mesecev. Predlagam, da tisti, ki si izmišljujejo pravila, naučijo kolege iz tujine, kako ravnati s cepivi. Če bodo prepričali njih, bodo tudi mene. Večja precepljenost in skica prostora, v katerem je hladilnik, ne gresta skupaj.

E-recept

E-recept je dobra rešitev. Problem so nekateri pacienti. En mesec sem delala statistiko. Povprečno osem pacientov na dan me je klicalo po nepotrebem. Kako je to videti? Dialog: »Dober dan. Napišite mi recepte.« »Kaj potrebujete?« »Imate v računalniku.« »Ali ne veste, katerih zdravil vam je zmanjkalo?« »Vse vidite v računalniku. Ali lahko grem čez pol ure v lekarno?« Poiščeš podatke v računalniku. Preveriš zavarovanje. Pogledaš seznam izdanih in neizda-

nih zdravil. Razložiš mu, kaj ima in česa nima. Poveš mu, naj si zapiše, kdaj je dvignil zdravila, naj shrani račun iz lekarne in da ni moja naloga, da preverjam, kdaj dviguje zdravila. Nič ne pomaga. Spet bo klical. Storitve ne beležim, ker v šifrantu Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) nimam možnosti beleženja kontrole izdanih zdravil v lekarni. Pacientove pravice neomejene, dolžnosti nobene!

E-napotnica

Projekt e-napotnice se je pripravil več kot 10 let in zanj je bilo porabljenih več kot 20 milijonov evrov. Napotnice z oznako nujno je treba poslati v sistem in tiskati zeleno napotnico. Napotnica z oznako nujno velja samo za en obisk pri zdravniku. Pacienta sem poslala v petek pod nujno. Na kontrolo pri specialistu je bil naročen v ponedeljek zjutraj. Ker ob ponedeljskih delam popoldne, je v nedeljo šel po napotnico v ambulanto NMP. Napotnice z oznako hitro in redno pošiljam v sistem in tiskam potrdilo. Ali je smiselno pošiljati e-napotnico in tiskati potrdilo?

Ambulanta NMP

Prebrala sem, da je število obiskov v dežurni ambulanti (NMP)

640.000 na leto. Dva milijona prebivalcev in 640.000 »nujnih«! Na Češkem so leta 2008 uvedli participacijo 3 evre in obisk v ambulantah se je skoraj prepolovil. Ali politiki razmišljajo o uvedbi participacije? Primer iz ambulante NMP: »Opazila sem pikico na desni nogi. Skrbi me, da ni kaj nevarnega. Slikala sem in poslala osebnemu zdravniku. Nič mi ni odgovoril, ker je spet na dopustu.« (Kako na dopustu v avgustu?) Status: na desni goleni papula, verjetno pik komarja.

Bolniška odsotnost

Glede izkoriščanja bolniškega dopusta in milijonske izgube zaradi tega bi lahko pisala še in še. Primer pacientke, zaposlene v Avstriji: Ginekologa in zdravnika ima v Sloveniji. Takoj, ko je izvedela, da je noseča, je bila v bolniški zaradi rizične nosečnosti. V šestem mesecu nosečnosti so jo poklicali na pregled h ginekologu v Avstrijo, povedali, da ne gre za rizično nosečnost in da bo dobila odpoved, če ne pride naslednji dan v službo. Bolniški dopust je bil zaključen. Rodila je zdravega otroka. Moje pisanje ne bo nič spremenilo. Zakonodaja in kontrola bolniške odsotnosti sta pomanjkljivi.

Pravila ZZZS

Pacient želi nalog za reševalni prevoz. Razložim mu, da ni upravičen. Dvigne glas: »To je moja pravica!« »Kje je to zapisano?« Res, kaj naj pokažem pacientu? Kje to piše? Polne čakalnice različnih obvestil glede pravic pacientov. Enkrat sem z MZ po hitri pošti dobila 3 kg težek paket z zloženkami za paciente. Ali ni možnosti, da ZZZS pokliče strokovnjake, ki bodo napisali pravila glede pravic pacientov? Primer: Pravico do prevoza imajo (našteti) in nimajo (našteti). In tako za vse pravice. Ko pacient dvigne glas, mu pokažeš, kaj piše v knjigi pravic, in je razprave konec.

Koda za dostop v e-zdravje

Vračam se na začetek prispevka. Tisti, ki so si izmislili, da se vsak dan pošilja nova koda na mobilni telefon, so naredili napako. Kako bi bilo, če bi na bankomatu vsakokrat potrebovali nov PIN, ki bi ga dobili prek mobilnika? Naj si izmislijo drugačen način varovanja podatkov. Verjetnost, da hekerje zanima, ali osebo XY boli križ ali koleno, je majhna. Če jih bo zanimalo, bodo prišli do informacij kljub kodi na mobilniku.

Zakon o zdravstveni dejavnosti za telebane

Iztok Kos, dr. med.

Za aktualno vladajočo koalicijo se letos končno, vsaj kar zadeva državljane, začenja zadnja politična jesen. Med drugim bodo zopet razpravljali o Zakonu o zdravstveni dejavnosti (ZZDej). V predlogu ZZDej so med drugimi briljantnimi predlogi tudi pravila, kako se odpirajo in podeljuje-

jo koncesije. Predlagane spremembe so predvsem na enem mestu zares vredne pozornosti in tu je kratek povzetek. Koncesije na določenem področju ne bo mogoče dodeliti, če se lokalni zdravstveni dom s tem ne bo strinjal. Kot vsi vemo, pa za vsakim zdravstvenim domom stoji lokalna

politika in marsikatera odločitev je prej rezultat lokalno-domačijskih povezav, prijateljstev in zamer kot pa same stroke.

Predlog novele zakona je izjemno slab in naj predlagano rešitev za lažje razumevanje predstavim s primerom, ki bo zaradi kulturološke tematike razumljiv in blizu vsem Slovencem. Tako je, govora bo o gostilnah in kar začnimo s pojasnilom. V idilični vasi

je gostilna, v kateri gostilničar streže vsak dan. Gostilna je odprta tudi ob koncu tedna, praktično 24 ur na dan, sedem dni na teden. V tej lokalni gostilni, sicer edini v vasi, je predvsem v soboto in nedeljo še posebej veliko gostov. Gostilna ima premajhne kapacitete in ob navalu gostov, kar se po navadi dogaja konec tedna, se rado pripeti, da gosti malo dlje čakajo na postrežbo. Večkrat se je tudi že zgodilo, da so ostali pred gostilno praznih trehuhov. Ne da jih ne bi hoteli postreči, ampak ni bilo najti prazne mize. Poleg vsega je zadnje čase opaziti naraščajoči trend obiskov, kar pomeni, da je čedalje več gostov in čedalje več jih tudi ostane brez postrežbe in nedeljskega kosila. Gostilničarju ne preostaja drugega, kot da se brani, češ da so že polni in naj gostje pridejo drugič, lahko pa se vpišejo na čakalni seznam in jim pod nos potisne velik, debel in zamaščen zvezek. Od letošnje pomladi pa imajo stranke možnost tudi elektronske rezervacije termina. Do takrat pa naj se znajdejo, kakor vejo in znajo. Če jim pa kaj ni všeč... druge vasi imajo tudi gostilne.

Zaradi nevdržnih razmer ob koncih tedna je nekdo v vasi podal predlog, da bi pa še ena dodatna gostilna omogočila postrežbo več ljudem, in to brez pretiranega čakanja. Z dodatnimi gostilniškimi kapacitetami bi se izboljšala ponudba, nova gostilna bi morebiti celo ponudila nove jedi, lahko tudi cenejšo postrežbo ali pa celo postala hit med petičnimi gosti. Ni boljšega kot zadovoljen gost, ki se bo rade volje vrnil v najlepšo vas na svetu.

Vse lepo in prav, če le ne bi obstajala sila nenavadna lokalna regulativa. V tej vasi imajo namreč pravilo, da se nova gostilna lahko odpre samo ob soglasju gostilničarja, ki, kot vemo, ne more zadovoljiti vseh potreb. Kdo izmed bralcev, ki ne trpi zaradi pomanjkanja inteligence, zares misli, da bo gostilničar dal pristanek, da se odpre še ena gostilna? Gostilničar to napačno razume kot pojav konkurence in takoj pomisli na manjši dnevni zaslužek, manjši dobiček, a za to bo delal več, predvsem pa več razmišljal in se prilagajal novim razmeram. Gostilničar ni neumen in se dobro zaveda, da mu v zraku visi še grožnja, da mu bo novonastala »kon-

kurenca« z boljšo organizacijo dela in z boljšim nagrajevanjem zaposlenih speljala kuharja in najboljše natakarje. Stvar je razumljiva. Ostareli gostilničar se je zazibal v utečeni krog in pravzaprav ni več kos spremembam.

Sledi dokončna streznitev za vse tiste naivneže, ki mislijo, da vaščani navijajo za boljšo postrežbo in posledično za spremembo pravilnika o odpiranju novih gostiln ter s tem za odvzem glavne besede gostilničarju pri oblikovanju politike odpiranja novih gostiln. Večina vaščanov zavrača spremembo regulative in še naprej podpira aktualno stanje ter je proti odprtju dodatne gostilne na vasi. Razlog, zakaj je tako, je zelo značilen za Slovenijo: po mnenju večine bi še ena gostilna pomenila privatizacijo vaškega gostilničarstva.

Pa naj človek razume.

Zakaj dolgoročno ni dobro braniti našega, se zapirati in mižati pred resničnim življenjem, pa v kakšnem drugem sestavku.

Opomba: sestavek je bil poslan na uredništvo pred morebitnim sprejetjem ZZDej.

Aktualnosti v zdravstvu in prevladujoča politično-ekonomska misel na Slovenskem

Iztok Kos, dr. med.

Čakalne dobe so postale resen javnozdravstveni problem in da je treba na tem področju poleg neskončnih analiz končno tudi nekaj narediti, je končno spoznala tudi vladajoča politika. Prvi zaresen praktični ukrep ministrstva za zdravje s ciljem skrajševanja vrst je nedav-

na ponudba eni izmed zasebnih ustanov, da opravijo določeno število operacij na področju ortopedije, kjer so čakalne vrste zelo velik, ne samo zdravstveni, ampak tudi ekonomski problem.

Ob tej novici so se v javnosti pojavili pomisleki o skrajševanju vrst

na tovrsten način. Pripombe so letele z vseh strani, od strankarskih predstavnikov, preko združenja zdravstvenih zavodov, piskrčka pa ni pozabil pristaviti niti letalski oz. zdravstveni ekonomist. Rdeča nit pripomb nasprotnikov te rešitve je dobri stari argument, da se ne sme mešati zasebnega z javnim.

Pustimo ob strani, da je ministrstvo napredovalo z napotnice zelo oopočasi na napotnico poočasi, in se raje

povprašajmo, kaj pri teh kritikah sploh pije vodo.

Javni zavod kot najboljša služba? Pa kaj še.

Za ogrevanje se najprej poglobimo v vprašanje, zakaj si v javnih zdravstvenih zavodih ne prizadevajo rešiti problema čakalnih vrst z dodatnim delom v popoldanskem času oz. kljub izpričani volji to zelo težko izpeljejo. Odgovor je enostaven. Med bralci tega prispevka je nekaj predstojnikov in vodij oddelkov, ki delajo v različnih javnih zdravstvenih ustanovah, in predvsem oni bodo razumeli celotno zadevo. V večini primerov znaša dodatek na vodstveno funkcijo 5 odstotkov. Predstojnik, ki je v 54. plačnem razredu in ima primerno delovno dobo, dobi na dan službe 4,5 evra šefovskega dodatka. Sedaj pogledamo njegovo zadolžitev taistega šefa oddelka, ki je dobil nalogo, da organizira popoldansko »čiščenje« čakalnih vrst, malo bolj poblížje. Najprej bo porabil večji del živcev za to, da bo organiziral prosto operacijsko dvorano za popoldansko delo. Zatem bo moral sestankovati s kirurgi in anesteziologi ter jim kazati prijateljski obraz z željo, da mu ne bodo dali košarice in bodo rade volje preživljali dodatne popoldneve in vikende skupaj v operacijskih sobah, in to za manjši denar kot pri zasebniku. Svoj čas potem zahtevajo še sestre in ostalo zdravstveno osebje, kajti tudi oni morajo privoliti, da popoldne še malo potegnejo svoj delavnik in zaslužijo nekaj omembe nevrednega drobiža. Ne smemo pozabiti še časa, porabljenega za zagotovitev potrebnih postelj, saj operacija hrbtenice ali kolena ni zadeva za dnevno bolnišnico. En kup Sizifovih opravil, večkrat brez upa zmage, za katera tudi zelo učinkovit šef porabi ogromno časa. Če bi ga med opravljanjem te zadolžitve kdo prijateljsko potrepljal po ramenu in ga povprašal, kako mu kaj gre, bi odgovoril, da na tisti šefovski dodatek smejočih se oči da še dodatnih 5 evrov

iz svojega žepa in naj se ta kupček bogastva da tistemu, ki se bo s tem »zajebaval«. Mimogrede, šefovski dodatek ni del osnovne plače in ko je vodja na dopustu, mu ta del ne pripada, pa čeprav ima tudi ali predvsem na dopustu nadležne telefonske klice, ki zadevajo službo. Kot je vsem predstojnikom jasno iz izkušenj, je največ nesmiselnih, a zato toliko bolj pomembnih opravil med dopusti.

Varuhi javnega. Katerega javnega?

Vidimo, da javni zavodi ne bodo kar zlahka opravili dodatnih programov, a ker se bolnikov ne sme pustiti na cedilu, gremo naprej na zadevo, ki je pravzaprav najbolj pomembna. Namreč, kaj si želijo bolniki. A ob tem optimističnem nadaljevanju že na začetku naletimo na fenomen, ki pojasni nevednim, da nihče drug razen zagovornikov javnega ne ve, kaj je dobro za bolnika in kaj je prepovedano. Po njihovem se bolniki ne smejo zdraviti pri zasebniku, ker ustvarja dobiček. Za bolnike mora poskrbeti javno zdravstvo, pa čeprav pridejo na vrsto čez sedem let, navsezadnje je večina teh bolnikov dolga leta plačevala tudi obvezne prispevke za zdravstvo. V večini primerov več kot sedem let, zakaj se torej pritožujejo (sarkazem).

Pa za hipec tudi mi pozabimo na bolnike in se raje opredelimo do naslednje skupine resnih vprašanj. Kaj se med to situacijo v zdravstvu dogaja z blagajnami delodajalcev, ki morajo plačevati prispevke za bolniške odsotnosti prvih 30 dni? Kaj pa z blagajno Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), ki je obremenjena s stroški zaradi dolgotrajnih bolniških nadomestil? Tu je še blagajna Skupnosti pokojninskega in invalidskega zavarovanja (SPIZ), ker zaradi neustrezne zdravstvene oskrbe posameznikov le-ti postanejo njihovo breme. Ali obstaja kakšna raziskava, ki je pokazala, koliko je nepotrebnih prezgodnjih invalidskih upokojitev le zaradi časovno neustrezne zdrav-

stvene oskrbe poškodovanih? Si jo država sploh upa narediti? Varuhi javnega niso to, za kar se izdajajo. Kajti če bi bili to, za kar se izdajajo, bi iskali koristi tudi za te tri naše skupne blagajne, ki so javne, skupne, naše, predvsem pa za koristi pacientov. Pa ne. Omejenost pogleda? Kaj pa, če so ti samozvani pravičniki samo nepripravljeni na transparentno poslovanje javnih zdravstvenih zavodov in to postavimo za delovno hipotezo?

Očitki o pomanjkanju transparentnosti

Le upamo lahko, da je imel predstavnik združenja zdravstvenih zavodov v mislih bolnike, ko je izkazal dvom o primernosti rešitve z napotitvijo v zasebni sanatorij, češ, kdo pa je ta firma, kdo pa so oni (se pravi izbrani zasebni sanatorij). V odgovor bom vrnil vprašanje: kdaj bodo pa javni zavodi razkrili svoje uspehe in jih sistematično in redno predstavljali v javnosti? Tu imam v mislih kazalnike kakovosti, kot so: odstotek pooperativnih zapletov pri ortopedskih operacijah, trajanje funkcionalnosti umetnih sklepov, koliko se jih je zlomilo, funkcionalnost operiranih pacientov... Primerneje bi torej bilo, če bi bilo z njegove strani rečeno: Naši javni zavodi imajo takšne in takšne uspehe, na toliko in toliko operativnih posegov imamo toliko in toliko zapletov, na žalost tudi smrtno, delež naših pacientov, ki se v polni meri vrnejo v socialno in delovno življenje v toliko in toliko tednih, je tak in tak... Zakaj se javni zavodi ne hvalijo s svojimi uspehi? Če se javnim bolnišnicam na tem področju slabo piše, kot še dodaja ta predstavnik, in to zaradi dobrih štiristo operacij, ki jih sami ne morejo narediti, potem je nekaj zelo narobe z usmeritvijo teh zavodov oz. z njihovimi vizijami in cilji. Upam, da je vsem jasno, da en zasebnik ne more vplivati na njihovo preživetje. Ali pač. Prepričan sem tudi, da niti sto zasebnikov ne more nič nekomu, ki dela dobro in ima primerljive rezultate in se obnaša

dovolj ekonomsko, da nima niti premalo niti preveč zaposlenih. Ali drugače: Pomagaj si sam in Bog ti bo pomagal. Združenje samo naj torej več naredi, ne na konkurenčnosti bolnišnic, ampak na prepoznavnosti zdravstvenih ustanov v smislu varnosti in kakovosti. Bojim pa se, da takoj, ko bo objavljanje uspehov postalo norma v našem zdravstvu, bodo zasebniki prvi med tistimi, ki bodo objavili kazalnike kakovosti. Združenje zavodov čaka na tem področju še veliko dela. Ko bodo najprej opravili osnovno, lahko potem povprašujejo še o drugih. A če si dober, ne izgubljaš časa z drugimi, ampak slediš svojim ciljem. Smo torej potrdili delovno hipotezo, ki govori o nepripravljenosti na transparentnost?

Očitki o finančni privilegiranosti

Eden izmed standardnih očitkov je, da morajo ustanove svojim zaposlenim plačevati dopuste, izobraževanja, bolniške odsotnosti, medtem ko zasebnik, ki ima nekoga zaposlenega po pogodbi, s tem nima stroškov. Temu res ne morem oporekati. Vendar, ne bodimo dvolični. Marsikateri javni zavod izvaja kakšno popoldansko ambulanto s pomočjo pogodbeno vezanega zdravnika iz druge javne zdravstvene ustanove in je glede tega na istem kot zasebnik. Do sedaj še nisem slišal tovrstnega očitka, da nek zdravstveni dom nesramno izkorišča regionalno bolnišnico, ker ne plačuje za vrsto nadomestil pogodbeniku, ki je sicer zaposlen v bolnišnici. Ta očitek je bolj ali manj rezerviran za zasebnike. Sedaj si pa oglejmo še desno stran računa, ne le leve. Zaposleni po pogodbah nimajo pravice do bolniške, nimajo plačanega dopusta, malica jim tudi ne pripada. Pogodbenik tudi pravic nima istih kot v ustanovi, kjer je zaposlen. Plačan je po delu in če zbolí, mu ne pripada noben denarni nadomestek za tiste dni, ko v zasebni ustanovi ne dela operacij. Tu pač velja naravni ekonomski zakon, ki pravi, da se večje tveganje bolje popla-

ča. Omeniti je treba še to, da je v primeru pogodbenikov zasebnik dolgoročno gledano v bistvu na slabšem, ker med drugim ne more razvijati strategije razvoja brez stalno zaposlenih. Vzrok temu so nestabilne zakonske regulative v zdravstvu, ki posledično vplivajo na ponudbo, ceno in stroške zdravstvenih storitev. V takšnem okolju je načrtovanje nemogoče.

Sedaj gremo čisto na kratko nad naslednji slabo premišljen argument, češ da zasebnik deluje z manjšim številom zaposlenih, zato je lahko bolj konkurenčen in mu ostane več denarja. Roko na srce, to govori bolj za to, da imajo javni zavodi slab ekonomski model, zagotovo pa tudi neuravnoteženo strukturo zaposlenih.

Kaj vse je javno in kako mu zasebno pomaga

Sedaj je čas, da se odrečemo zmotam in začnemo razmišljati v smer, ki prinaša koristi vsem. Predpostavimo, da dobi zasebnik program za 400 operacij in s tem pomaga javnemu sistemu, ki očitno takšnega zalogaja ne zmore. Kaj se zgodi? Zasebnik proti plačilu, ki je javni denar, saj gre iz skupne blagajne, v najkrajšem možnem času naredi teh 400 operacij in pomaga 400 bolnikom. Rezultati tega so: tisti, ki so na bolniškem dopustu, bodo šli lahko v kratkem spet na delovno mesto, vsekakor prej, kot če bi čakali na javno, kar pomeni, da bo ZZZS dal manj denarja za bolniška nadomestila. SPIZ bo dobil od večjega števila zaposlenih več prispevkov, ista zgodba je z ZZZS. Na boljšem bodo tudi delodajalci. Upokojece bo manj bolelo, bodo bolj gibljivi, s tem bolj socialno aktivni, manjša bo možnost za razvoj bolezni, kot je npr. demenca, njihovi mlajši sorodniki pa bodo manj obremenjeni. Pod črto je rezultat dvojno pozitiven, tako v ekonomskem kot tudi v družbeno-socialnem smislu. Delodajalec, ZZZS in politika se morajo čim prej spomniti zgodbe o

barvi mačke, ki lovi miši. Le takrat bo mogoče prevladalo mnenje, da je, kar zadeva bolnika, čisto vseeno, kje se v razumnem roku pozdravi. Blagodejni učinki na kar tri skupne blagajne poplačajo vse, prebivalstvo pa je z izpeljavo tega ukrepa bolj zdravo. *Win-win-win-win...* situacija. V opisanem primeru je ravno javno dobro na boljšem, in sicer zaradi delovanja in rezultatov zasebnega.

Kdor je pozorno prebral zgoraj napisano, je moral ugotoviti, da nisem hvalil zasebnega, ampak sem govoril o javnem. Javnemu sektorju, vsaj v zdravstvu, ni dovoljeno izkoristiti vseh zmogljivosti. Tu je še ena zgodba, ki prepričljivo dokazuje, zakaj smo zaposleni v javnih zavodih potrebni usmiljenja.

V neki splošni bolnišnici je eden izmed sindikatov poslal pritožbo na vodstvo, ker so opazili, da so nekateri zdravniki opravljali dodaten zdravniški program v rednem delovnem času. Seveda je bilo govora o korupciji in izrečene vse ostale besede, ki takšnim stvarjem tudi pritičejo. Meni je bila najbolj zabavna besedna zveza »dvojno zaslužkarstvo«. Vodstvo je potem na sestanku s svetom zavoda to napako tudi priznalo, a da so stvar že korigirali in se takšna praksa ne izvaja več.

Pređen pokimate in rečete, tako je prav, vas vabim k nekajminutnemu razmisleku, s katerim vam dokažem, da je ta primer dovolj podoben zgornjemu, da gre za pogrom nad bolj sposobnimi in da tudi tu ni v ospredju pacientov interes. Pravzaprav je omenjena zadeva značilen primer uravnalovke. Takšen način razmišljanja in poslovanja je docela napačen, predvsem pa ni razvojen.

Če je nekdo sposoben (oz. cela ekipa) v tolikšni meri, da nek predpisan program naredi v petih urah namesto sedmih, potem ima vso pravico, da v preostalem delovnem času opravi še nekaj dodatnega. V korist bolnika je, da čaka le pet ur in ne sedem, mar ne? Ne pozabimo še na delo sester, ki bodo imela glavno negovalnega opravka že zgodaj

popoldne, ne pa proti koncu dneva ali celo ponoči. Ali drugače, če sposobnejši naredi redni program v 18 delovnih dnevih, ima vso pravico, predvsem pa dolžnost, da to svojo sposobnost materializira v nekaj oprijemljivega: bodisi v dva prosta dneva bodisi da v teh dveh dnevih opravlja dodatno dejavnost za dodatek k plači, kakor hoče on, pa če je to socialističnemu načinu razmišljanja všeč ali ne. Ne pozabimo tudi kumulativnosti boljše storilnosti. Če ekipa na dan v istem času oskrbi dva čakajoča več, potem se v stotih dnevih vrsta skrajša za 200 ljudi. Pa če se vsi sindikati in zagovorniki uravnilovke, ki jih je vlada polna, razpočijo od togote.

Kako nekateri le znajo biti uspešni, naj pove naslednji nedavni dogodek. Ministrica za izobraževanje, znanost in šport je s predstavniki reprezentativnih sindikatov v šolstvu podpisala predloge sprememb, ki so tudi za nas zelo zanimivi. Po predlogu lahko tako učitelj del svoje delovne

obveznosti, a ne več kot deset ur na teden, opravi doma. Čestitke učiteljskemu sindikatu za ta uspeh. Odveč sta kritika in zavist. Namesto tega se je tu vredno spomniti Antona Aškercica, ki je daleč nazaj napisal šaljive verze o slovenski zavisti, in sicer, da če ima sosed boljšo hišo kot ti, mu ne bodi zavisten, ampak si sam zgradi še lepšo in boljšo (oz. nekako podobno). Lahko si torej samo želim, da bo nekaj takega uspelo tudi zdravniškemu sindikatu in bomo tudi mi zdravniki in zobozdravniki lahko sami upravljali z delom svojega delovnega časa.

Za zaključek splošna misel. Če si bolj sposoben in to udejanjšiš skozi delo, ti pripada dodaten kos pogače. Zaradi tega povprečnež ne dobi manj, niti ni prikrajšan. Morebiti ga tare zavist, ampak ali ni že čas, da se obnašamo kot zrela družba, naravnana k razvoju?

P. S. 2x: V podkrepitev togosti sedanjega sistema se lahko spomnimo še ministričine izjave, da so zasebniki

v prednosti med drugim tudi zato, ker jim ni treba upoštevati zakona o javnih naročilih. Nič lažjega. Vladajoči, med katerimi je tudi ministrica, imajo v rokah škarje in platno in veselo na delo. Spremenijo naj predpise, da bo vsem lažje poslovati.

Prvi petek v septembru si bomo ministrico zapomnili tudi po njenih besedah, da bo zasebni sanatorij lahko opravljal delo le z redno zaposlenimi in ne s pogodbeniki. Če bo res tako, potem mora zaradi enakopravnosti isto veljati tudi za javne zdravstvene zavode. To pomeni, da morajo zdravstveni zavodi prekiniti vse pogodbe z zunanjimi zdravniki (npr. mariborski UKC z reškimi anesteziologi). Zdravstvo se v istem hipu sesuje. Sicer pa smo v času te ministrske ekipe tovrstnega bizarnega eksperimenta že imeli. Jih ničesar ne izučijo? Kakorkoli, to je bil zopet strel v ministričino koleno. Da se razumemo, strelja ministrica (njeni svetovalci?) in ne lobiji.

Nevarna razmerja

Prim. Marjan Fortuna, Kranj

Ob predlogih za združevanje nekaterih manjših zdravstvenih zavodov z večjimi je nasprotovanje lokalnih skupnosti in civilne družbe še nekako razumljivo, bolj nerazumljivo pa se mi zdi nasprotovanje strokovne javnosti. Samo za ilustracijo naj navedem, da v Nemčiji letno ukinejo ali priključijo večjim zdravstvenim zavodom okrog petdeset bolnišnic. Le zakaj?

Da bi ponazoril, kako nevarno je lahko obravnavanje bolnikov, če za to niso zagotovljeni vsaj minimalni standardi varne obravnave bolnikov, bom navedel nekaj svojih izkušenj, mnenje o tem pa naj si ustvari vsak

sam. Seveda ne morem biti konkreten in zato ne bom navedel nobene zdravstvene ustanove, razen tistih, kjer sem vrsto let delal, vendar mi bralci lahko verjamejo, da primeri niso izmišljeni.

Kot zdravnik sem najprej delal na Golniku, največ svoje delovne dobe pa preživel tako rekoč v »prvi bojni liniji« na Kliničnem oddelku za intenzivno interno medicino in Internistični prvi pomoči UKC Ljubljana (UKCL). Doživel sem stvari, ki se v urejenem zdravstvenem sistemu preprosto ne bi smele dogajati.

Če začnem z izkušnjami z Golnika, kamor smo sprejemali najtežje pljučne

bolnike in tudi druge z internističnimi boleznimi, lahko rečem, da smo bili zdravniki izpostavljeni nevarnim situacijam, saj nismo imeli zagotovljene neprekinjene možnosti rentgenskega slikanja, niti laboratorijskih preiskav. Morali smo se znajti, kot smo vedeli in znali, in opravljati te preiskave kar sami (npr. diaskopijo prsnih organov in plinsko analizo arterijske krvi, da drugih laboratorijskih preiskav niti ne omenjam). Mnogokrat smo se morali zanašati samo na znanje, improvizacijo in tudi srečo.

V UKCL pa sem prišel še do drugih spoznanj o nevarnih razmerjih pri našem delu. Za ilustracijo bom navedel nekaj konkretnih primerov.

Iz manjše ustanove je bil pripeljan bolnik, ki je imel kompletni atrioventrikularni blok in je takoj(!) potreboval vstavev začasnega srčnega spodbujevalnika. Pa ga ni dobil! In zdravnik ga je brez tega nujnega

ukrepa napotil v UKCL. Še več. Bolnik ni imel niti zunanjšega »pacemaker-ja«. Ko sem zdravnika povprašal, kako si upa to storiti pri bolniku, ki lahko vsak trenutek umre, mi je odgovoril, da v njihovi ustanovi tega ne delajo kadarkoli in kdorkoli.

Naslednji primer je iz neke druge manjše regijske bolnišnice, od koder je bila na urgenco (in ne na rentgenski inštitut, kar bi bilo edino smiselno) poslana že hospitalizirana(!) bolnica, ki je imela očitno akutno zaporo arterije za spodnjo okončino z že izraženimi znaki gangrene. Na vprašanje napotnemu zdravniku, zakaj je napotil bolnico na urgenco in ne na ustrezen klinični oddelek, je dejal, da samo zato, da bi ugotovili, kje je žila zaprta, in da bi vedeli, kje nogo amputirati. Pa ne, da v tej bolnišnici nimajo možnosti sami opraviti ustreznih preiskav, problem je bil v tem, da je bila nedelja, ko zaradi organizacijskih pomanjkljivosti nekaterih stvari pač niso sposobni izvajati. Po pojasnilu, da tudi dežurni zdravnik na ljubljanski urgenci lahko naredi samo toliko kot on in nič več, je cinično odgovoril: »Pa jo vrnite, če si upate!«

Nemalokrat sem obravnaval bolnike, ki so bili na neki preiskavi v ustanovi, kjer opravljajo pretežno samo diagnostiko. Po nekaj urah je prišlo do krvavitve ali drugega zapleta in namesto, da bi bolnik odšel po pomoč tja, kjer je bil poseg opravljen, je bil poslan kam drugam kot na

urgenco UKCL, kjer lahko samo potrdiš to, kar je bolnik opazil že sam, da npr. krvavi iz prebavil. Vsak zdravnik, ki dela take posege, mora vedeti in tudi ve, da so bioptični posegi tvegani in bi torej morala biti zagotovljena in dogovorjena(!) klinična pot za primer zapleta, ne pa preprosto po načelu »predži brigu na ledža drugoga« bolniku naročiti, naj se ob morebitnih težavah obrne na urgenco, ki se že tako ali tako duši ob napotitvah drugih bolnikov. Če že sam nisi sposoben rešiti nekega zapleta, so za to drugi, vendar se je z njimi treba to dogovoriti vnaprej, ne pa pošiljati bolnikov na urgenco, kjer delajo pogosto zdravniki, ki nimajo nikakršnih možnosti ustreznega ukrepati.

Lahko bi naštel še veliko žal tudi tragičnih zgodb, ki jih javno pač ne morem in ne smem izpostavljati. Upam si pa reči, da so to pravi izzivi za ministrstvo za zdravje, in ne obrobni problemi, kot je npr. to, koliko časa bolnik čaka v čakalnici na pregled. Trdim in vem, da zdravstvena ustanova, ki nima zagotovljene celostne obravnave kritično bolnih, nekaterih bolnikov preprosto ne sme sprejemati. Ali delati posegov, ki so povezani s pričakovanim ali možnim tveganjem, če nima ustrežno urejene obravnave morebitnega zapleta. Tudi meni so se že zgodili hudi zapleti, ki pa jih je v ustanovi, kjer je več zdravnikov raznih specialnosti, lažje reševati, kot če si sam. Kot premalo

izkušen in mlad sem bil tudi sam pogosto objesten, dokler me ni kak zaplet postavil na realna tla, da nisem vsemogočen. Zato mora to spoznanje dozoreti pri vsakem posebej, da se zave svoje moči in nemoči. S strokovnega vidika – pustimo ob strani ekonomski in ne vem še kakšen interes – mi je nerazumljivo, da zdravniki nasprotujejo povezovanju manjših zdravstvenih zavodov z večjimi in ustreznimi delitvi dela med njimi. Pogosto imam občutek, da gre za partikularne, včasih tudi sebične interese nekaterih zaposlenih in lokalne skupnosti. Ali ni boljši občutek, da imaš vedno nekoga za seboj, ki bo lahko, znal in hotel rešiti problem, ki mu sam nisi kos ali zanj nimaš ustreznih možnosti, znanja, izkušenj, podpore drugih strokovnjakov itd.?

So pa tudi primeri dobre prakse. Zelo dobro je tako v UKCL in v UKC Maribor organizirano zdravljenje srčnega infarkta, ko je bolnik neposredno mimo urgence sprejet za ustrezen poseg na srcu in sprejem na ustrežno kliniko.

Nevarna so torej razmerja negotovosti in pogosto tudi objektivne okoliščine pri zdravniškem delu, na katere posameznik ne more kaj dosti vplivati. Timsko delo strokovnjakov več specialnosti zagotavlja vsaj večjo možnost pravočasne in pravilne diagnostike ter zdravljenja in je tudi manj stresno.

V razmislek

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

Življenje od prvega joka do zadnjega stoka postaja vsak dan krajše. Vsak trenutek je dragocen. In teh trenutkov ne smemo barvati temno. Tudi gneva ne smemo tlačiti

globoko v sebi, saj mu s tem le dodamo energetski naboj. Zato bom zapisala spodnje vrstice.

V avgustovski številki našega glasila Isis smo lahko prebrali zanimiv

in prijeten zapis o obisku sekcije upokojenih zdravnikov pri kolegih na Hrvaškem. Kar lepo dolg, pester, poučen in s fotografijami bogat zapis, ni kaj.

V isti številki, le nekoliko naprej, pa se me je dotaknil zapis kolega doktorja Kohna o peripetijah, ki jih je doživel kot pacient na Obali. Kako zbežljan je ta naš čas! Pri tem so se mi hitro obudili spomini na nekaj podobnih zapisov iz prejšnjih let (npr. prof. Gadžijeva in prof. Denišliča).

Povzetek izkušenj teh zdravnikov, ki so si drznili zapisati doživeto (koliko je tistih, ki niso imeli ne volje ne navdiha, da bi doživeto zapisali?), bi bil kratek: prizadetost. Da, prizadela jih je obravnava, ko so kot pacienti potrebovali zdravstveno pomoč, pomoč, ki so jo v desetletjih svojega dela nudili bolnikom. Mladi kolegi, res ne vsi, a med njimi, žal, mnogi nikakor ne predstavljajo svetlega zgleда, kako naj bi komunicirali s starejšimi, upokojenimi kolegi različnih strok. Kratki stiki s pogosti in empatije manjka. Videti je, da odnosi škripajo na vseh frontah! Mehka diplomacija je mladim tuja, raje

pohodijo plin ali prestavijo v višjo prestavo!

Naše generacije, žal še v prejšnjem režimu, so bile navajene prizanesljivosti, potrpljenja, uslužnosti, predvsem pa spoštovanja in empatije z upokojenimi kolegi vseh strok.

O odnosih med generacijami žal ni veliko zapisov. Absolutno premalo oz. zapisi ne padejo na plodna tla. Dodiplomski študij bi vsekakor moral nekaj ur posvetiti tudi temu, bodisi v sklopu katerega od predmetov, še bolje kot čisto samostojen predmet, ki bi ga študenti absolvirali vsaj s kolkvijem.

Sekciji upokojenih zdravnikov pa toplo polagam na srce, da razmisli, kako se povezati s sekcijo mladih zdravnikov za izboljšanje komunikacije in odnosa do upokojenih kolegov, ko potrebujejo pomoč mlajših. Vsi smo na istem vozu, le eni izstopijo prej.

Morda namig: namesto upokojenske bi se lahko preimenovali v srebrno sekcijo, saj naše glave ne krasijo le taki lasje, ampak se pod njimi skriva še marsikaj uporabnega za splošno dobrobit stanu, ki smo mu bili vsi globoko predani.

In ne nazadnje, prepričana sem, da bi tudi naša krovna zbornica lahko razmislila o zapisanem in kaj ukrenila.

Umetna inteligenca in življenjska doba

Mag. Nina Mazi, dr. med., Ljubljana

Ljudje, ki jih zanima, kako in kako dolgo bodo živeli, si bodo v (verjetno že bližnji) prihodnosti lahko pomagali z umetno inteligenco in jim ne bo treba več trkati na vrata vračev, vedeževalcev, prerokov, vidcev ipd.

Zmožnost umetne inteligence – računalnikov za (relativno) objektivno napovedovanje njegovega zdravja in dolžine življenja s pomočjo skeniranja organov je po mnenju znanstvenih avtoritet vse bližje realnosti.

Skupina avstralskih in mednarodnih raziskovalcev z univerze v Adelajdi, pod vodstvom dr. Luka Oakden-Raynerja, radiologa in doktoranda na University of Adelaide's School of Public Health, je v sodelovanju s School of Computer Science s pomočjo umetne inteligence (Artificial Intelligence) analizirala skenirane podobe prsnega koša 48 posameznikov. S pomočjo poglobljene računalniške analize so znanstveniki lahko z 69-odstotno natančnostjo napovedali, kateri bolniki bodo v prihodnjih petih letih umrli. Opisana raziskava je prva tovrstna analiza s pomočjo umetne inteligence, ki postavlja prognozo za prihodnje petletno obdobje. Izvedena je bila na manjši skupini prostovoljcev.

Izsledki raziskave, objavljeni v The Nature Journal Scientific Reports, odpirajo novo praktično možnost, ki bo zdravnikom omogočila učinkovitejšo diagnostiko, individualno zasnovano in vodeno zdravljenje, pa tudi preventivo in rehabilitacijo. Objektivna analiza življenjske dobe na podlagi starosti in zdravstvenega stanja posameznika je bila doslej praktično nemogoča, ker zdravnik ni imel pravega, kompleksnega in celovitega vpogleda v bolnikovo notranjost – zdravstveno stanje posameznih organov.

Umetna inteligenca to omogoča s pomočjo metode »globokega učenja«, pri kateri se računalniški sistemi učijo oz. usposablja za razumevanje in analiziranje slik oz. skeniranih podob.

Ker znanstveniki zaenkrat še ne morejo ugotoviti, kaj računalniški sistem vidi/zaznava na skenih in kako to uporablja pri napovedovanju življenjske dobe, so se napovedi izkazale za najbolj verodostojne pri kroničnih bolnikih s hudimi motnjami, kot sta na primer emfizem in kongestivna odpoved srca.

Medtem ko se zdravniki pri svojih predvidevanjih in napovedih opirajo predvsem na diagnostiko, pa umetna inteligenca pri svojih napovedih uporablja veliko količino podatkov in informacij ter odkrivanje subtilnih vzorcev. In to na način, za katerega zdravniki niso izobraženi in usposobljeni.

Izsledki opisane raziskave odpirajo nove možnosti uporabe umetne inteligence v medicini – v analizi skenirane stanja notranjosti organizma, z vsemi organi, ponuja novo možnost zgodnjega odkrivanja resnih bolezni, motenj in poškodb, ki terjajo posebne medicinske pristope in strokovno ukrepanje. Mednje avstralski raziskovalci uvrščajo tudi možgansko kap in srčni infarkt ter njim podobne usodne zaplete. Zato bodo v naslednjo fazo svojih raziskav vključili več deset tisoč posameznikov. Možnosti uporabe umetne inteligence v medicini pa pospešeno proučujejo tudi na novi celini, kjer si prizadevajo tudi, da bi umetno inteligenco naredili bolj »humano«.

Vir: *University of Adelaide Scientific report 2017, www.sciencedaily, Scientific American 6/2017*

Nove poti pri zdravljenju neplodnosti s postopkom zunajtelesne oploditve

Prof. dr. Irma Virant Klun, senior klin. emb., univ. dipl. biol.

Prof. dr. Alojz Ihan, dr. med.
alozj.ihan@mf.uni-lj.si

Postopek zunajtelesne oploditve postaja vse uspešnejši. Pri mladih onkoloških pacientkah je možno varno shraniti njihov genetski material (jajčne celice, tkivo jajčnika ali zarodke) pred onkoterapijo za kasnejše zdravljenje neplodnosti. Pri pari z velikim tveganjem za genetsko okvaro pri otroku je bistveno manj travmatično izvesti oploditev in vitro in z genetskimi testi izbrati zdrav zarodek za prenos v maternico, kot pa pustiti »naravno« zanositev in po prenatalni diagnostiki spravljati nosečnico v dileme glede prekinitve nosečnosti. Nove oblike zdravljenja neplodnosti pa se obetajo tudi pri pacientkah s prezgodnjo ovarijsko odpovedjo, ki je bila do sedaj večinoma neozdravljiva.

V nedavnem pogovoru za naslovnico revije, ki je predstavila izjemno odkritje »umetne maternice«, sva se dotaknila tudi slovenskega programa za pomoč pri neplodnosti. Ta je tudi v mednarodnem merilu zelo uspešen in v zadnjih letih prinaša veliko novih možnosti za potencialne starše.

Veliko naporov Laboratorija za oploditev z biomedicinsko pomočjo oz. sodelavcev na Kliničnem oddelku za reprodukcijo (predstojnica prof. Eda Vrtačnik - Bokal) in Ginekološke klinike, UKC Ljubljana je dalo v zadnjih desetletjih odlične rezultate zunajtelesne oploditve (ZTO). Samo v našem centru imamo letno med 400 in 500 novih otrok, vsi trije slovenski centri pa okoli 1200 otrok na leto, kar je 5 odstotkov slovenskih novorojenčkov. So pa seveda ti naši otročki le zadnja postaja zdravljenja neplodnosti; v veliko primerih pomaga že kirurška odprava anatomskih ovir ali zdravljenje motečih okoliščin, na primer endometrioze, policističnih jajčnikov in podobno.

Uspeh zunajtelesne oploditve je najbrž tudi v tem, da gre v tehničnem pomenu za veliko bolj naravno zdravljenje, kot jih je večina v medicini. Srečanje med jajčno celico in spermijem se že naravno dogaja v sluzi jajcevodov, torej anatomsko gledano »zunajtelesno«. Vendar pa mitologija okoli spolnosti in reprodukcije ta

medicinski postopek še vedno dela družbeno ambivalenten.

Ja, k nam prihajajo različni pari, včasih tudi takšni, ki imajo kakšne zadržke, na primer ljudje s podeželja, ki jih je strah, da delajo nekaj narobe. Vsem tem ljudem razložimo, da je postopek zunajtelesne oploditve relativno naraven, čeprav



se sliši umetno. Gre zgolj za to, da »v epruveto« pridobimo jajčne celice, ki zaradi anatomskih ali drugih ovir ne bi prišle do mesta za oploditev oz. semenčice ne bi mogle do njih. Nato ustvarimo pogoje za oploditev, vendar ne določamo, katera jajčna celica se bo oplodila: nekatere celice se bodo, nekatere pa ne. Okrog 60 do 70 odstotkov vseh jajčnih celic se oplodi, približno 30 do 40 odstotkov se jih ne in to je čisto naraven proces. Naslednji naraven proces je, če se bo oplojena jajčna celica razvila v zigoto in nadalje v zarodek ali ne. Nekateri zarodki se bolje razvijejo, nekateri slabše, nekateri se ugnezdijo v maternico, nekateri spet ne; tudi to je naraven proces. Mi samo odpravimo oviro in ustvarimo pogoje, da pride do oploditve, kjer sicer ne bi.

Enako »nenaravna«, kot je pomoč jajčecu mimo anatomskih ovir v jajcevodu, je najbrž tudi vstavev urinskega katetra pri zastoju seča, pa tega nihče ne problematizira. Ampak poleg klasične tehnike zunajtelesne oploditve »v epruveti« izvajate tudi tehnike, kjer pa morate nekoliko bolj pomagati, da se oploditev zgodi.

Klasično zunajtelesno oploditev (ZTO) izvedemo, če so prisotni ženski vzroki neplodnosti in normalna kakovost semena pri partnerju. Ob slabi kakovosti semena lahko izvedemo neposredni vnos semenčice v citoplazmo jajčne celice (ICSI). V tem primeru pod mikroskopom, opremljenim s hidravličnim mikromanipulatorjem, na tanko stekleno pipeto prisemaso jajčno celico, z drugo tanko stekleno pipeto pa ujamemo eno semenčico in jo mikroinjiciramo v notranjost jajčne celice. S tem obidem težave zaradi manjšega števila semenčic, njihove slabe gibljivosti ali negibljivosti in slabe morfologije oz. slabe oblike semenčic, ali pa s semenčicami, pridobljenimi iz mod. To metodo izvajamo tudi takrat, kadar je prisoten imunološki dejavnik in imajo moški v semenu prisotna protitelesa proti semenčicam, ali pa v primerih, kjer so bili v predhodnih postopkih

klasične »epruvetke« slabi rezultati, pa jih skušamo s to metodo izboljšati. Vendar je tudi tukaj sam proces oploditve, razvoja in ugnezditve zarodka naraven.

Zelo uspešen in hvalevreden je tudi vaš program zamrzovanja jajčnih celic pri ženskah, ki gredo na kemoterapijo ali radioterapijo.

Res je, te terapije zavrejo razvoj raka, vendar velik delež žensk potem zaide v začasno ali stalno prezgodnjo menopavzo. V kolikor že imajo partnerja, lahko izvedemo ZTO in zarodke zamrznemo, prenesemo pa jih šele, ko ženske ozdravijo. V kolikor gre za ženske, ki so zelo mlade (na primer stare 18 do 20 let) ali še nimajo partnerja, lahko zamrznemo (vitificiramo) jajčne celice. Kasneje, ko se po ozdravitvi odločijo, jajčne celice odmrznemo in izvedemo postopek ZTO, prenesemo zarodke v maternico in omogočimo zanositev. To tem ženskam ogromno pomeni in je poleg dejanske možnosti za zanositev v prihodnosti izredno pozitivno tudi s psihološkega vidika za prestanje terapije raka. Če je oblika raka takšna, da bi bilo spodbujanje jajčnikov s hormoni nevarno, lahko naredimo biopsijo skorje (korteksa) jajčnika, kjer so prisotni folikli. Majhen košček jajčnika razrežemo, zamrznemo in shranimo v tekočem dušiku. Ko ženska ozdravi, lahko odmrznemo tkivo jajčnika in ga avtotransplantiramo (na primer na lastne jajčnike). Po hormonskem spodbujanju jajčnikov ženske lahko zanosijo.

Nove in revolucionarne možnosti pri preprečevanju genetskih bolezni pa nudi možnost predimplantacijske genetske diagnostike zarodkov, pridobljenih z ZTO.

Spomnim se nekaj let nazaj, ko se je začela izvajati predimplantacijska genetska diagnostika (PGD) in so se postavljala vprašanja, ali pomeni izbor normalnih oz. zdravih zarodkov za prenos v maternico evgeniko. Sedaj je to v svetovnem merilu klinično

sprejeta metoda. Veliko lažje je izbrati zdrav zarodek na predimplantacijski stopnji, ko je maksimalno približno 100 celic, in če zarodek ni zdrav, se ga sploh ne prenese v maternico za zanositev. Povsem nekaj drugega je, ko je ženska že noseča in med nosečnostjo genetski testi pokažejo, da nekaj ni v redu in je predlagana prekinitve nosečnosti. Tem neljubim dogodkom se lahko izognemo prav s predimplantacijsko genetsko diagnostiko, kadar so genetske napake pri ženski, moškem ali obeh vnaprej znane. Če ima par ponavljajoče se spontane splave ali hudo genetsko prizadetega otroka, ali pa bi lahko imel hudo bolnega otroka glede na oceno genetika, lahko sedaj par usmerimo v postopek zunajtelesne oploditve, kjer lahko diagnosticiramo določeno kromosomsko ali gensko napako zarodka pred prenosom v maternico in prenesemo samo »zdrav« zarodek. Pri parih z velikim tveganjem za genetsko okvaro je bistveno manj travmatično narediti oploditev *in vitro* in z genetskimi testi izbrati zdrav zarodek za prenos v maternico oz. zanositev, kot pa pustiti »naravno« zanositev in po prenatalni diagnostiki spravljati nosečnico v dileme glede prekinitve nosečnosti.

Koliko celic je pri tem potrebno za zanesljivo diagnostiko?

Do nedavnega smo delali biopsijo zarodkov za odvzem celic za genetski pregled na 3. dan razvoja *in vitro*. Ko je imel zarodek 6 do 8 celic, smo s pomočjo mikromanipulatorja odvzeli eno ali dve celici. Sedaj to delamo tako kot najbolj napredni centri z IR-laserjem na 5. dan razvoja zarodka. Takrat lahko vidimo, kateri zarodki so dovolj razviti za biopsijo, to je na razvojni stopnji blastociste ali morule; blastocista ima okoli 100 in morula okoli 30 celic. Potem naredimo z laserjem luknjico v ovojnico, *zona pellucida*, zato se iz zarodka malo izboči trofoblast, iz katerega s pomočjo laserja odzamemo nekaj celic. Tako dobimo več celic za genetski pregled in genetski izvidi so na razvoj-



Humani zarodek v postopku zunajtelesne oploditve na razvojni stopnji blastociste (približno 100 celic), ki je že diferencirana v embrioblast, trofoblast in votlinico. Posneto v Laboratoriju za oploditev z biomedicinsko pomočjo, Ginekološka klinika, UKC Ljubljana.



Humani zarodek v postopku zunajtelesne oploditve na razvojni stopnji morule (približno 30 celic), pri katerem lahko opazimo zlivanje celic v kompaktnjši zarodek pred razvojem v blastocisto. Posneto v Laboratoriju za oploditev z biomedicinsko pomočjo, Ginekološka klinika, UKC Ljubljana.



Zrela (metafaza II) jajčna celica v postopku zunajtelesne oploditve, ki jo prepoznamo po prisotnosti polarnega telesa v perivitelnem prostoru. Obdana je z glikoproteinsko ovojnico, imenovano zona pellucida.

ni stopnji blastociste bolj zanesljivi kot na 3. dan. To delamo edini v Sloveniji in je tehnično zelo zahtevno. Program je izjemno dragocen, saj v Sloveniji delamo predimplantacijsko genetsko diagnostiko samo pri tistih parih z genetskimi nepravilnostmi, pri katerih vemo, da je zarodek oz. plod zaradi teh nepravilnosti lahko okvarjen, in tem parom omogočimo rojstvo zdravega otroka.

V svetu že nekaj let obstaja težnja, da bi na ta način pregledali vse zarodke v programu zunajtelesne oploditve, čemur pa se ne reče predimplantacijska genetska diagnostika, ampak gre za predimplantacijski genetski »screening«. Ampak različne študije kažejo, da le-ta ni smiselna, ker ne izboljša rezultatov zunajtelesne oploditve.

Med umetelnim ustvarjanjem pogojev za oploditev in razvoj zarodka in med umetno maternico, o kateri sva že govorila, pa je kljub vsemu nekaj mesecev, ko je maternica oz. endometrij še vedno nenadomestljiv za uspešen razvoj zarodka. Se tudi pri težavah endometrija obeta kakšna novost?

Tudi sam endometrij je lahko problem pri zanositvi. Eden od takih znanih sindromov je Ashermanov

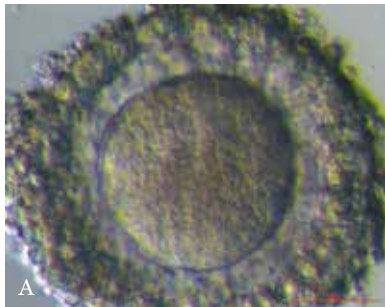
sindrom, ki pomeni nenormalnost endometrija, včasih pa je prizadet tudi miometrij; gre lahko za fibrozo ali aftrofijo endometrija in posledično ženske s tem sindromom niso zmožne implantacije zarodka, zanositve in donositve otroka. Še ne dolgo nazaj se je veliko govorilo o transplantaciji darovane maternice, saj so na Švedskem tak zahteven poseg že večkrat opravili in so ženske po transplantaciji maternice normalno donosile in rodile otroka. Vendar gre za zelo drag in zahteven postopek, ki ni dostopen vsem. Nedavno pa so španski raziskovalci iz Valencije pod vodstvom prof. Carlosa Simona uspešno pozdravili Ashermanov sindrom s transplantacijo lastnih multipotentnih matičnih celic iz kostnega mozga. Lansko leto so prvič objavili klinične izsledke svoje študije. Pri pacientkah so pridobili mezenhimske matične celice iz periferne krvi, ki so izviralce iz kostnega mozga, jih v laboratoriju namnožili, nato pa izvedli transplantacijo teh celic v endometrij. Potem so uporabili še hormonsko nadomestno terapijo in ugotovili, da se je endometrij regeneriral, odebelil. Ženskam se je večinoma tudi normalizirala menstruacija. Imeli so skupino 18 pacientk, 16 jih je dejansko šlo v raziskavo in pri 11 so

prepoznali regeneracijo endometrija in prišli do spontanih nosečnosti ali nosečnosti po zunajtelesni oploditvi. Gre za dostopen postopek, ki bi bil izvedljiv tudi pri nas.

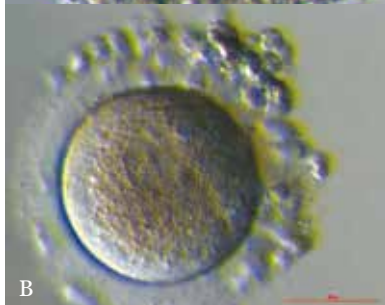
Vaše klinično delo se neposredno prepleta z raziskovanjem. Kje je trenutni fokus vašega raziskovanja?

Že od nekdaj me »bega« prezgodnja menopavza in o tem sem že pisala v člankih. V bistvu je to stanje, kjer gre za odpoved delovanja jajčnikov in jajčniki prenehajo delovati že pred starostjo 40 let. Gre za ženske z zelo visokimi ravnmi gonadotropinov (zelo visoka raven hormonov FSH in LH). Gre za ženske, ki običajno nimajo nobene zrele jajčne celice, ker jajčniki ne delujejo normalno. Eno stanje, po katerem gre za prezgodnjo ovarijsko odpoved, je seveda onkoterapija. Ampak veliko mladih žensk ima prezgodnjo menopavzo naravno, večinoma zaradi nejasnih razlogov; vzrok je lahko genetski (na primer fragilni X kromosom), avtoimunost, okužba z virusi, vendar večinoma ostaja nepojasnjen. Pri teh ženskah sta se odprli dve povsem novi možnosti, ki postajata klinično sprejemljivi in o katerih še nekaj let nazaj ni bilo praktično nič znanega.

Prva možnost je izvesti biopsijo skorje jajčnikov, pri čemer se laparoskopsko odvzame majhen košček



A



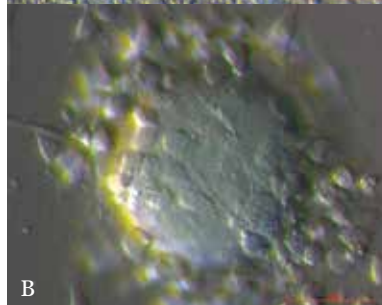
B

Nezrela (profaza I) jajčna celica, pridobljena iz tkiva jajčnika pacientke za zamrzovanje tkiva jajčnika za ohranjanje reproduktivnega potenciala pred onkoterapijo. Na eni sliki (Slika A) je jajčna celica, obdana s folikularnimi celicami granuloze, na drugi sliki (Slika B) pa je celica z odstranjenimi celicami granuloze. V jajčni celici je opazno jedro - germinalni vezikel (GV), ki je značilno za nezrele jajčne celice. Posneto v Laboratoriju za oploditev z biomedicinsko pomočjo, Ginekološka klinika, UKC Ljubljana.

tkiva. Iz tega tkiva jajčnika je možno pridobiti nezrele folikle oz. jajčne celice, jih dozoreti *in vitro* ter jih nato globoko zamrzniti (vitrificirati) in shraniti za kasnejšo zunajtelesno



A



B

Slika (A in B): Dozorevanje jajčnih celic *in vitro* v kokulturi s celicami kumulusa oziroma granuloze. Celice granuloze preskrbujejo jajčno celico med dozorevanjem z različnimi pomembnimi snovmi. Posneto v Laboratoriju za oploditev z biomedicinsko pomočjo, Ginekološka klinika, UKC Ljubljana.

oploditev. Razvijamo nove metode dozorevanja jajčne celice *in vitro*, ki že dajejo prve dobre klinične rezultate. In pri teh pacientkah s prezgodnjo menopavzo, bodisi onkoloških pacientkah bodisi pri pacientkah z naravno primarno prezgodnjo ovarijsko odpovedjo, bo treba natančno opazovati, kaj je s folikli, ali so prisotni in koliko so zreli. Pri pacientkah s folikli v jajčnikih že poskušamo nezrele jajčne celice dozoreti *in vitro*, jih shraniti in kasneje izvesti



Biopsija manjceličnega zarodka oz. odvzem celice za predimplantacijski genetski pregled na dan 3 razvoja zarodka. Posneto v Laboratoriju za oploditev z biomedicinsko pomočjo, Ginekološka klinika, UKC Ljubljana.

zunajtelesno oploditev, ko bo to možno.

Druga novost v zvezi s prezgodnjo ovarijsko odpovedjo pa prihaja z Japonske. Profesor Kawamura je s svojimi sodelavci izvedel biopsijo skorje jajčnika. Tkivo s folikli je narezal na majhne koščke in jih prvič inkubiral v posebnem »koktajlu« s snovmi, ki dokazano aktivirajo folikle. Po inkubaciji je te koščke tkiva transplantiral v serozo jajcevodov in ob uporabi posebnega hormonskega spodbujanja, podobnega kot v postopku zunajtelesne oploditve, uspel dokazati razvoj zrelih foliklov. Iz njih so s pomočjo ultrazvoka aspirirali jajčne celice in jih uporabili za postopek zunajtelesne oploditve s prenosom zarodka v maternico. Na ta način se je v njegovi skupini rodilo že približno 10 zdravih otrok, temu pa že sledijo tudi druge napredne klinike za zdravljenje neplodnosti po svetu.

Rak in komplementarne oz. alternativne metode zdravljenja

Doc. dr. Mirjana Rajer, dr. med., Neža Muhič, mag. farm., prof. dr. Tanja Čufer, dr. med., Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

Rak – največji zdravstveni problem

Rak predstavlja enega največjih javnozdravstvenih problemov v svetovnem merilu. Njegova pojavnost po vsem svetu strmo narašča (1). S staranjem prebivalstva in sodobnim načinom življenja bo raka v naslednjih letih po napovedih Svetovne zdravstvene organizacije še več (2). Dobra novice je, da je rak vedno bolj ozdravljiva bolezen. Medtem ko je bilo še deset let nazaj ozdravljenih samo okoli polovica obolelih, je danes v razvitem delu sveta potencialno ozdravljivih že skoraj 80 odstotkov obolelih za rakom (3). Do tako velikega napredka v kontroli raka je prišlo zaradi številnih novih, učinkovitih načinov diagnostike in zdravljenja, od molekularnobioloških metod ter natančne diagnostike, tarčnega sistemskega zdravljenja do novih metod kirurškega in obsevalnega zdravljenja raka. Vsi ti načini zdravljenja so šli skozi težko sito klinične preverbe, kjer so izkazali zahtevano učinkovitost in varnost pri zdravljenju raka. Zato so del t.i. »z dokazi podprte medicine«.

Navkljub vedno boljšim rezultatom zdravljenja pa je rak še vedno bolezen, ki se je ljudje najbolj bojijo in jo pogosto povezujejo s trpljenjem in smrtjo. Zato ne preseneča dejstvo, da veliko bolnikov išče pomoč pri ponudnikih t.i. alternativnega zdravljenja. Rakavi bolniki si v stiski pogosto želijo občutek večjega lastnega nadzora nad boleznijo in želijo verjeti, da jim bo alternativno zdravljenje koristilo, jih celo pozdravilo ali pa bodo ob alternativnem zdravljenju vsaj dlje živeli. Za alternativna zdravljenja so zato pripravljene odšteti nerazumne vsote denarja (4). Prav neverjetno je, da so ljudje pogosto prepričani, da alternativne metode nimajo neželenih učinkov. To seveda ne drži, v lastni praksi smo že videli hude jetrne okvare ob uporabi prehranskih

dopolnil, somnolenco zaradi preparatov kono-plje, stomatitise zaradi nečistoč v raznih smolah itd.

Tako onkologi kot tudi ostali zdravniki se skoraj vsakodnevno srečujemo z vprašanji o alternativnem zdravljenju. Glede na veliko število metod alternativnega zdravljenja (na področju raka jih je zabeleženih vsaj 300) je nemogoče, da bi bili zdravniki z vsemi seznanjeni, zato se pogosto znajdemo v dilemi, kako bolnikom svetovati. **V tem prispevku želimo na kratko osvetliti, kaj je alternativno in komplementarno zdravljenje, kakšne so njune pasti in predvsem, kaj svetovati rakavemu bolniku.**

Kaj je alternativno in kaj komplementarno zdravljenje?

Alternativno zdravljenje pogosto enačimo s komplementarnim zdravljenjem, a je med njima pomembna razlika.

Alternativne metode zdravljenja so tiste, ki jih t.i. zdravilci, svetovalci ali zdravniki alternativne medicine svetujejo in jih bolnik uporabi namesto standardnega zdravljenja raka (npr. določena dieta namesto kemoterapije). Gre za metode zdravljenja, katerih učinkovitost in varnost nista dokazani. Alternativna medicina s svojimi zdravili in metodami ne sodi med »z dokazi podprto medicino«, ker ta zdravila/metode niso bili testirani v pravilno izvedenih kliničnih raziskavah ali opravljene raziskave zaradi metodoloških pomanjkljivosti niso bile objavljene. Nekatera zdravila so celo bila testirana in raziskave objavljene, a so te metodološko sporne. Sistematična analiza iz leta 2016, ki je vključila 198 kliničnih raziskav z alternativnimi »zdravili«, je pokazala, da niti ena izmed njih ni

določila optimalnega odmerka priprava, kar je osnova kliničnih preizkušanj (5). Alternativne metode so lahko zelo škodljive. Primer alternativne metode z resnimi neželenimi učinki je amigdalin, ki lahko povzroča smrtno nevarno zastrupitev s cianidi.

Alternativnih metod, ki bi zdravile raka, danes preprosto ni. Pomembno je vedeti, da je želja in potreba po novih učinkovitih metodah izredno velika in da so zato metode, ki izkažejo že minimalno učinkovitost ob ustreznih varnostih, nemudoma registrirane kot standardne metode zdravljenja raka. **Ustrezen odgovor zdravnika v primeru bolnikovega vprašanja o alternativnem zdravljenju namesto standardnega je:** »Učinkovitih zamenjav za standardno zdravljenje raka ni. Metode, ki jim pravimo alternativne, raka ne zdravijo.«

Komplementarne metode zdravljenja so tiste, ki jih bolniki lahko uporabljajo sočasno s standardnim zdravljenjem raka. Praviloma gre za metode, za katere obstaja vsaj minimalna mera dokazov o neškodljivosti in odsotnosti neželenih interakcij s standardnim zdravljenjem posameznega bolnika. Za nekatere od njih obstajajo tudi dokazi o učinkovitosti pri lajšanju simptomov ali neželenih učinkov zdravljenja raka. Njihov primarni namen je dodatno lajšanje simptomov in stranskih učinkov standardnega zdravljenja, in ne uničevanje rakavih celic. Te metode so običajno nefarmakološke (npr. aromaterapija, masaža) in imajo razumno ceno. Zdravniki bolnikom lahko svetujejo uporabo komplementarnih metod, a z razmislekom in previdnostjo, saj vse niso primerne za vse bolnike (npr. nevarnost akupunkture pri bolniku na antikoagulantnem zdravljenju) (6).

Komplementarne metode zdravljenja se uporabljajo ob standardnem zdravljenju raka. Zaželeno je, da bolnik in zdravnik onkolog skupaj presodita prednosti in morebitne slabosti komplementarnega zdravljenja in ga uporabita samo po skupnem

treznem razmisleku. Takemu sočasnemu zdravljenju rečemo integralno zdravljenje. **Integralno zdravljenje prinaša v odnos bolnik – zdravnik zaupanje, bolniku nudi poleg standardne medicine še eno možnost zdravljenja, zdravniku pa omogoča pregled nad celovito oskrbo bolnika.**

Katere najpogostejše komplementarne in alternativne metode zdravljenja srečujemo pri vsakdanjem delu?

Najpogostejše komplementarne metode so fizična aktivnost, akupunktura, joga, masaža in prehranska podporna terapija (tabela 1) (6, 7).

Preden svetujemo katerokoli izmed teh metod, moramo dobro proučiti stanje bolnika in morebitne nevarnosti, ki bi jih te metode lahko predstavljale za bolnike. Primer: določena fizična aktivnost je pri metastazah v kosteh lahko kontraindicirana. V kolikor nismo prepričani, ali lahko določeno fizično aktivnost bolnikom svetujemo, se je treba posvetovati z ustreznimi specialisti drugih strok (npr. travmatologi ali ortopedi pri kostnih metastazah). Enako velja pri svetovanju glede drugih komplementarnih metod.

Na tem mestu je pomembno omeniti kiropraktiko, ki ne sodi med komplementarne, temveč med alternativne metode. V praksi smo videli tudi zelo tragične posledice – bolnica z metastazami v vratni hrbtenici je bila sprejeta v bolnišnico z akutno nastalo tetraplegijo, ki je po njenih besedah nastala neposredno po obisku kiropraktika. Žal je bilo stanje ireverzibilno, prišlo je do zloma v vratnem vretencu in bolnica do konca življenja ni več čutila svojega telesa od vratu navzdol.

Pomembna komplementarna terapija je prehransko podporno zdravljenje, ki pomaga pri spremembah v teži bolnika in obvladovanju slabosti in bruhanja (6). V tem primeru ne govorimo o prehranskih dodatkih, ampak o ustrezni prehrani in svetovanju o njej. Prehranski dodatki

pa večinoma sodijo med alternativne načine zdravljenja.

Nekatere pogoste oblike alternativnega zdravljenja, ki jih srečujemo pri vsakdanjem delu:

1. Prehranski režimi in prehranski dodatki

Obstaja več prehranskih režimov, katerih avtorji trdijo, da lahko bolniki z upoštevanjem dietnih pravil sami pozdravijo raka. Take so npr. režim Budwig (dieta temelji na olju lanenih semen in skuti), Breussova dieta (temelji na stradanju, zelenjavnih sokovih in čaju) ali alkalna dieta, katere avtor je Edgar Cayce, ki naj bi vplivala na raka z zviševanjem pH-vrednosti v telesu. Za vse te dietne režime velja, da ni znanstvenih dokazov o njihovi učinkovitosti pri zdravljenju raka. Nekatere od njih (npr. stradanje z namenom stradati tumor) pa so zagotovo škodljive (7).

Ni dokazov, da kakršnikoli dodatki z **vitamini, minerali ali koencimom Q10** delujejo protirakavo. Antioksidativno delovanje večjih količin vitaminov C, E, A, selena in koencima Q10 bi lahko povzročilo tudi hitrejšo rast raka oz. manjši učinek kemoterapije. Odmerke, večje od priporočenega dnevnega vnosa, bolnikom vsekakor odsvetujemo. Kot pri vseh pripravkih v alternativnem zdravljenju, nas skrbi predvsem kakovost izdelkov, saj zaradi ohlapne regulative na področju prehranskih dopolnil nikoli zares ne vemo, koliko in katere sestavine točno izdelki vsebujejo, lahko so problematične tudi nečistote v nekakovostnih izdelkih (7, 8).

Kurkuma je v predkliničnih raziskavah široko preizkušana zaradi domnevnega protirakavega in protivnetnega delovanja. Zaenkrat še nobena metodološko ustrezna klinična raziskava ni potrdila njene koristi pri zdravljenju raka. Zaradi inhibicije encimov CYP3A4 in CYP1A2 ter zmanjšanja ekspresije P-glikoproteina se bojimo interakcij z zdravili (9, 10). Zaradi antiagregatornega delovanja

lahko poveča tveganje za krvavitve (11). *In vitro* študije in študije na živalih celo nakazujejo, da zmanjša protitumorno delovanje nekaterih citostatikov (12).

Pegasti badelj mnogi bolniki uporabljajo zaradi domnevnega hepatoprotektivnega delovanja. Le-to je bilo v nekaterih kliničnih študijah res dokazano (13), po drugi strani pa je silibinin iz pegastega badlja pospešil rast raka jeter (14). Pri velikih odmerkih lahko pegasti badelj povzroča iztirjene vrednosti jetrnih transaminaz in bilirubina (15). Inhibira encime CYP3A4 in UGT in je zato lahko nevaren z vidika interakcij z zdravili (16).

Različne **gobe** (šitake, čaga, reiši, maitake ...) so za bolnike zanimive zaradi domnevnega imunomodulatornega in protirakavega delovanja. Dokazi za to so omejeni na preizkuse na celičnih linijah, kliničnih dokazov ni. Možne so interakcije z zdravili na ravni citokromov in večje tveganje za krvavitve zaradi antiagregatornega delovanja (17, 18). Zaradi možnega imunomodulatornega delovanja pa uživanje gob absolutno odsvetujemo pri bolnikih, ki prejemajo imunoterapijo.

Sladki pelin naj bi tudi deloval protirakavo na celičnih linijah, a kliničnih študij, ki bi potrdile njegovo delovanje, ni. Zaradi indukcije CYP3A4 lahko potencialno znižuje učinek zdravil, ki se presnavljajo s tem encimom, tudi protirakavih zdravil (npr. vinka alkaloidi, etopozid, nekateri tirozin-kinazni inhibitorji) (19).

Amigdalina (»vitamin B17«) je cianogeni glikozid, ki se nahaja v grenkih mandljih in koščicah marelic. Študije na živalih in ljudeh niso potrdile protirakavega delovanja amigdalina, pri številnih bolnikih pa so se pojavili simptomi cianidne toksičnosti in nevarno visoke vrednosti cianida v krvi (21). Zaradi zelo resnih neželenih učinkov in neučinkovitosti ga bolnikom absolutno odsvetujemo. Označen je za eno največjih prevar v promociji alternativnih metod zdravljenja (20, 21).

Soda bikarbona naj bi tudi zdravila raka. Njen glavni promotor je Tullio Simoncini, nekdanji onkolog, ki je v Italiji izgubil licenco za opravljanje zdravniškega poklica in izgubil tožbo, ker je bolnik zaradi njegovega zdravljenja s sodo bikarbono umrl. Sporočilo American Cancer Society v zvezi s sodo bikarbono je jasno: soda bikarbona ne zdravi raka, prav tako ne zdravi nobene izmed bakterijskih, virusnih ali glivičnih okužb (22).

2. Konoplja in kanabinoidi

Konoplja (lat. *Cannabis*) je ena najpogosteje uporabljenih rastlin v alternativnem zdravljenju raka.

Vsebuje 60 aktivnih substanc – kanabinoidov, med katerimi sta najpomembnejša dva: THC (tetrahidrokanabinidiol) in CBD (kanabidiol).

Konopljo zaradi vsebnosti kanabinoidov uporabljajo v medicinske namene in kot prepovedano drogo (23).

Zelo pomembno je, da ločimo med uporabo kanabinoidov v medicinske namene, kjer so indikacije, učinkovitost in odmerjanje točno določeni, ter uporabo konoplje izven teh indikacij. V uporabi so različne učinkovine.

Kanabidiol (CBD), dronabinol (sintezni THC) in nabilon (sintezni analog THC) se uporabljajo za spodbujanje teka, kot antiemetiki in analgetiki. V nekaterih državah je registrirano zdravilo nabiximols (naravni izvleček konoplje, standardiziran na vsebnost THC in CBD), njegova indikacija je spastičnost ob multipli sklerozi (23). To pa so tudi edine z dokazi podprte indikacije za uporabo kanabinoidov, med njimi ni zdravljenja raka.

Bolniki preparate konoplje s črnega trga uživajo večinoma v prepričanju, da zdravijo raka, kar je posledica zavajajoče promocije. Učinke kanabinoidov na rakave celice so intenzivno proučevali v laboratorijskih preizkusih, klinične raziskave niso potrdile domnev o delovanju proti rakavim celicam (7, 23). Organizacija *Cancer Research UK* je promocijo preparatov kanabisa kot zdravilo

za raka označila za zelo zavajajočo (7). Zdravniki in zdravstveni delavci ne smejo nikoli zavajati bolnikov.

Uporaba preparatov konoplje s črnega trga je lahko zelo nevarna, saj večina izdelkov vsebuje neznano količino kanabinoidov in neznane primesi. Sporna sta tudi način pridelave in visoka cena. Nenadzorovana uporaba lahko pripelje do sopojavov in predoziranja, ki se kažejo kot sedacija, evforija, strah, izguba kontrole in spomina, halucinacije, suha usta, neželeni gibi, nejasen govor, povišan utrip, znižan krvni tlak, slabost. Nezanemarljivo je tudi dejstvo, da dolgotrajna uporaba kanabinoidov vodi v zasvojenost (23).

3. Homeopatija

Homeopatija je psevdoznanstvena veda, ki temelji na uporabi zelo razredčenih snovi v zdravljenju. Nekateri homeopati trdijo, da lahko homeopatija zdravi raka. Najpomembnejše znanstvene organizacije v zdravstvu so si enotne v stališču, da trenutno ni znanstvenih ali medicinskih dokazov o učinkovitosti homeopatije pri zdravljenju katerekoli bolezni, vključno z rakom (7, 24).

Nevarnosti uporabe alternativnih metod ob standardnem zdravljenju

Pogosto se srečujemo z dejstvom, da se bolnik odloči za alternativne metode zdravljenja ob hkratnem standardnem zdravljenju. To je zelo nevaren način uporabe tako alternativnega kot tudi standardnega zdravljenja. Bolniki tega pogosto ne povedo svojemu zdravniku, ki jim tako niti ne more svetovati. Alternativni načini zdravljenja lahko vstopajo v interakcije s standardnim zdravljenjem, ki je lahko zato manj učinkovito, in še pomembneje, alternativni način zdravljenja lahko močno poveča neželene učinke standardnega zdravljenja in ogrozi bolnikovo življenje.

Zdravnik mora rakavemu bolniku vedno in odločno odsvetovati sočasno uporabo standardnega in alternativnega zdravljenja raka.

Sistemska zdravila za raka so zdravila z zelo ozkim terapevtskim oknom. Če želimo, da so učinkovita, jih moramo uporabiti v odmerkih, ki so zelo blizu meje pomembne toksičnosti za bolnika. Številni alternativni pripravki, zlasti prehranski dodatki, lahko vstopajo v farmakokinetične in farmakodinamične interakcije z zdravili. Pogosto se presnavljajo in spremenijo delovanje citokromov CYP450 v jetrih in prenašalcev zdravil, kot je P-glikoprotein. Posledično se ob uporabi teh pripravkov spremeni pričakovani metabolizem in delovanje zdravil, ki jih uporabljamo pri zdravljenju raka. Tako so lahko plazemske koncentracije citostatikov in tarčnih zdravil mnogo nižje ali višje od terapevtskih. Posledica je lahko neučinkovitost terapije ali hujša toksičnost. Oboje je klinično pomembno in lahko bistveno vpliva na preživetje bolnikov. Alternativno zdravljenje lahko vpliva tudi na presnovo zdravil za bolnikove spremljajoče bolezni ali stanja. Tako se lahko zaradi motene presnove poveča delovanje antitrombotičnih zdravil, kar je za rakavega bolnika ob padcu števila trombocitov zaradi kemoterapije življenje ogrožujoče stanje. Pri vrednotenju možnih nevarnosti za bolnike so nam lahko v pomoč tudi klinični farmacevti.

Nekateri pripravki (npr. pegasti badelj, aloja) lahko povzročijo iztirjene vrednosti jetrnih encimov oz. bilirubina ali elektrolitska neravnovesja. Onkolog, ki ni seznanjen s tem, da bolnik jemlje te preparate, lahko predpostavi, da je to posledica citostatikov ali tarčnih zdravil, zaradi česar je potrebno nižanje odmerkov ali celo prekinitev zdravljenja. Iztirjene laboratorijske vrednosti lahko vplivajo na to, da bolnikov ni možno vključiti v klinične raziskave ali pri že vključenih bolnikih nadaljevati zdravljenja s študijskim zdravilom. Bolniki tako

izgubijo dragoceno priložnost za zdravljenje z novimi protirakavimi zdravili.

Kaj svetovati bolniku z rakom

Najprej je treba vzpostaviti zadostno mero zaupanja med bolnikom in zdravnikom. Šele takrat bo bolnik zdravniku zaupal svoja vprašanja in dileme glede alternativnega zdravljenja.

Glede na pogostnost uporabe alternativnih načinov zdravljenja raka v našem prostoru je prav in smiselno, da smo zdravniki proaktivni in kar sami vedno povprašamo bolnika in svojce o alternativnem zdravljenju. Zlasti svojci in okolica v želji, da bi pomagali, bolnika pogosto preobremenijo s številnimi nasveti o alternativnih načinih zdravljenja raka. Po odkritem pogovoru in predstavitvi zgoraj naštetih dejstev so bolniki in svojci opolnomočeni za bolj kritičen premislek o uporabi teh načinov.

Zdi se, da se zdravniki pod težo neutemeljenih obtožb, da ne poznamo alternativnih metod ali da smo celo ljubosumni na ponudnike alternative, v zadnjem času pogosto izogibamo pogovoru o tej temi, kar ni prav. **Po kodeksu medicinske deontologije smo zdravniki dolžni javnost in vsakega posameznega bolnika zdravstveno vzgajati in ozaveščati o vsem, kar bolniku lahko škodi, in tako preprečevati uporabo nepreverjenih in za bolnike nevarnih načinov zdravljenja.** Za to pa potrebujemo določeno mero znanja, poguma in zavedanja o nalogah našega stanu.

In še dobra novica: vedno več rakavih bolnikov se obrača na nas onkologe z željo in zahtevo, da se aktivno vključimo v svetovanje glede uporabe alternativnih in komplementarnih načinov zdravljenja. Želijo informacije in skupen pogovor o tem. Tudi predstavniki društev bolnikov pozivajo k več dostopnim informacijam o posameznih alternativnih metodah, o njihovih zelenih in nežele-

nih učinkih. Gotovo je skrajni čas, da tako kot za registrirana zdravila tudi za alternativne metode zdravljenja vzpostavimo javen in pregleden način sledenja njihove uporabe ter poročanja neželenih učinkov.

Tabela 1. Komplementarne metode zdravljenja raka, ki se vključujejo v integralno zdravljenje.

Fizična aktivnost
Akupunktura
Joga
Masaža
Prehranska podpora terapija
Aromaterapija

Viri

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, et al. GLOBOCAN 2012. Cancer incidence and mortality worldwide: IARC CancerBase No. 11. Vol. 1.0. International Agency for research on Cancer. 2013 [Internet, dostop 12.6.2017] Povezava: <http://globocan.iarc.fr>
2. World Health Organization [Internet, dostop 4.7.2017]. Povezava: <http://www.who.int/en/>
3. National Cancer Institute. Surveillance, Epidemiology, and End Results Program [Internet, dostop 3.7.2017]. Povezava: <https://seer.cancer.gov/>
4. Bauml JM, Chokshi S, Schapira MM, Im E-O, Li SQ, Langer CJ, et al. Do attitudes and beliefs regarding complementary and alternative medicine impact its use among patients with cancer? A cross-sectional survey. *Cancer*. 2015;121(14):2431–8.
5. Vickers AJ, Kuo J, Cassileth BR. Unconventional Anticancer Agents: A Systematic Review of Clinical Trials. *J Clin Oncol*. 2006;24(1):136–40.
6. American Society of Clinical Oncology (ASCO). Cancer.net [Internet, dostop 2.9.2016]. Povezava: www.cancer.net
7. Cancer Research UK [Internet, dostop 2.9.2016]. Povezava: <http://www.cancerresearchuk.org>
8. Memorial Sloan Kettering Cancer Center. Integrative Medicine - Coenzyme Q10 [Internet, dostop 20.6.2016]. Povezava: <https://www.mskcc.org/cancer-care/integrative-medicine/herbs/coenzyme-q10>
9. Hou XL, Takahashi K, Tanaka K, Tougou K, Qiu F, Komatsu K, et al. Curcuma drugs and curcumin regulate the expression and function of P-gp in Caco-2 cells in completely opposite ways. *Int J Pharm*. 2008 Jun;358(1–2):224–9.

- Chen Y, Liu WH, Chen BL, Fan L, Han Y, Wang G, et al. Plant Polyphenol Curcumin Significantly Affects CYP1A2 and CYP2A6 Activity in Healthy, Male Chinese Volunteers. *Ann Pharmacother.* 2010;44(6):1038–45.
- Jantan I, Raweh SM, Sirat HM, Jamil S, Mohd Yasin YH, Jalil J, et al. Inhibitory effect of compounds from Zingiberaceae species on human platelet aggregation. *Phytomedicine.* 2008;15(4):306–9.
- Somasundaram S, Edmund NA, Moore DT, Small GW, Shi YY, Orłowski RZ. Dietary curcumin inhibits chemotherapy-induced apoptosis in models of human breast cancer. *Cancer Res.* 2002;62(13):3868–75.
- Saller R, Brignoli R, Melzer J, Meier R. An Updated Systematic Review with Meta-Analysis for the Clinical Evidence of Silymarin. *Forschende Komplementärmedizin / Res Complement Med.* 2008;15(1):9–20.
- Brandon-Warner E, Eheim AL, Foureau DM, Walling TL, Schrum LW, McKillop IH. Silibinin (Milk Thistle) potentiates ethanol-dependent hepatocellular carcinoma progression in male mice. *Cancer Lett.* 2012;326(1):88–95.
- Flaig TW, Gustafson DL, Su L-J, Zirrolli JA, Crighton F, Harrison GS, et al. A phase I and pharmacokinetic study of silybin-phytosome in prostate cancer patients. *Invest New Drugs.* 2006;25(2):139–46.
- Venkataramanan R, Ramachandran V, Komoroski BJ, Zhang S, Schiff PL, Strom SC. Milk thistle, a herbal supplement, decreases the activity of CYP3A4 and uridine diphosphoglucuronosyl transferase in human hepatocyte cultures. *Drug Metab Dispos.* 2000;28(11):1270–3.
- Wang X, Zhao X, Li D, Lou Y-Q, Lin Z-B, Zhang G-L. Effects of Ganoderma lucidum polysaccharide on CYP2E1, CYP1A2 and CYP3A activities in BCG-immune hepatic injury in rats. *Biol Pharm Bull.* 2007;30(9):1702–6.
- Tao J, Feng KY. Experimental and clinical studies on inhibitory effect of ganoderma lucidum on platelet aggregation. *J Tongji Med Univ.* 1990;10(4):240–3.
- Xing J, Kirby BJ, Whittington D, Wan Y, Goodlett DR. Evaluation of P450 Inhibition and Induction by Artemisinin Antimalarials in Human Liver Microsomes and Primary Human Hepatocytes. *Drug Metab Dispos.* 2012;40(9):1757–64.
- Lerner IJ. Laetrile: A Lesson in Cancer Quackery. *CA Cancer J Clin.* 1981 Mar 1;31(2):91–5.
- Milazzo S, Ernst E, Lejeune S, Boehm K, Horneber M. Laetrile treatment for cancer. In: Milazzo S, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2011. p. CD005476.
- Memorial Sloan Kettering Cancer Center [Internet, dostop 2.9.2016]. Povezava: <https://www.mskcc.org>
- Ebert Moltara M, Červek J. Uporaba konoplje v medicini. 2014; Povezava: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/uporaba_konoplje_v_medicini.pdf
- Costa A. Complementary and integrative medicine for cancer patients. *Cancer World.* 2017;78: 34–38.

Hemovigilanca – poročilo 2016

Prim. Irena Bričl, dr. med., Ivica Marić, dr. med., Zavod RS za transfuzijsko medicino

Hemovigilanca je niz organiziranih postopkov nadzora v zvezi z neželenimi ali nepričakovanimi dogodki ali neskladji pri krvodajalcih ali prejemnikih krvi oz. krvnih komponent ter epidemiološko spremljanje krvodajalcev.

Cilj hemovigilance je zmanjšati število neželenih dogodkov in reakcij ter spodbujati varnost, kakovost, informiranost na vseh področjih, od vene krvodajalca do vene pacienta. Udeleženci v sistemu hemovigilance so Javna agencija za zdravila in medicinske pripomočke (JAZMP), Služba za hemovigilanco, bolnišnice, transfuzijski zavodi, centri, prejemniki krvi in krvodajalci.

Poročanje JAZMP

- Hude neželene reakcije pri prejemnikih krvi
 - Hude neželene reakcije pri krvodajalcih
 - Hudi neželeni dogodki
- Prijava v 24 urah oz. čimprej
- Letno poročilo o vseh hudih neželenih reakcijah (prejemniki krvi, krvodajalci) in o vseh hudih neželenih dogodkih

Hemovigilanca – krvodajalci

Zbiranje krvi

V letu 2016 smo v RS s pomočjo Rdečega križa organizirali več kot 1000 krvodajalskih akcij, na katerih smo opravili 87.000 odvzemov polne krvi. To je zadostovalo za pripravo

86.054 enot koncentriranih eritrocitov (KE), 11.496 enot koncentriranih trombocitov (KT) petih darovalcev ter 24.315 enot sveže zmrznjene plazme (SZP) za klinično uporabo ter 61.031 enot SZP za pridelavo zdravil iz krvi. Poleg tega smo opravili 4399 aferez, in sicer 1919 plazmaferez ter 2480 trombocitoferez. Aferenza je posebna vrsta odvzema, ki omogoči odvzem točno določene komponente (eritrociti, trombociti ali plazma).

Neželene reakcije pri krvodajalcih

Darovanje krvi je edini način, da pridobimo kri, ki jo bolniki potrebujejo pri zdravljenju. Dnevno potrebujejo približno 400 odvzemov, da

zadostimo potrebam po krvi. Odvzem krvi krvodajalcem je varen z redkimi zapleti, ki so v večini primerov blagi. V letu 2016 smo zaznali 1127 neželenih reakcij ob darovanju krvi. V približno 70 % je prišlo do vazovagalne reakcije, 20 % je bilo reakcij na citrat, 10 % hematomov na mestu odvzema in pet primerov draženja živca ter en nabod arterije namesto vene.

Tabela 1: Neželene reakcije pri darovanju krvi v letu 2016.

Poškodba žile	
Hematom	44
Nabod arterije	1
Poškodba/draženje živca	5
Vazovagalna reakcija	731
Zapleti aferez	
Citratna reakcija	210
Vazovagalna reakcija	38
Hematom	98
SKUPAJ	1127

Od leta 2005 v sistemu hemovigilance zbiramo podatke o zapletih med darovanjem krvi in po njem. Število prijav raste predvsem zaradi vztrajnega ozaveščanja osebja o pomenu zapisovanja in prijavljanja neželenih reakcij.

Tabela 2: Št. reakcij v letih 2011–2016.

Leto	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Št. odvzemov	100.944	96.062	93.636	88.700	88.200	90.450
Št. reakcij (R)	578	841	685	1030	1230	1127
R/1000 odvzemov	5,73	8,58	7,32	11,61	13,95	12,46



Graf 1: Št. reakcij/1000 odvzemov v letih 2011–2016.

Izdaja krvnih komponent

V letu 2016 smo v treh transfuzijskih ustanovah (ZTM Ljubljana, CTM Maribor in TC Celje), ki so organizirane v 12 enot in s krvnimi komponentami oskrbujejo 26 slovenskih bolnišnic, izdali 127.416 krvnih komponent. Največ je bilo izdanih KE, in sicer 83.702, kar predstavlja približno 70 % glede na izdane komponente. SZP smo izdali 23.967 enot, kar predstavlja 19 %, ter 13.317 enot KT, kar predstavlja približno 11 %. KT izdajamo v obliki »zlitja« petih

Tabela 3: Izdaja krvnih komponent v letih 2014–2016.

	KEF	KT	SZP	Skupaj
2014	83.200	10.413	22.932	116.545
2015	83.455	10.787	21.615	115.857
2016	83.702	13.317	23.967	120.986

Tabela 4: Izdaja krvnih komponent v letu 2016 z odstotki (%) povečanja.

	Število	% povečanja
KEF	83.702	< 1
KT	13.317	23
SZP	23.967	11
Skupaj	120.986	4

različnih krvodajalcev, kar predstavlja približno 80 % vseh izdanih KT, ter v obliki afereze, kar predstavlja preostalih 20 % izdanih KT.

V letu 2016 se je izdaja krvnih komponent povečala za štiri odstotke.

Testiranje na označevalce s krvjo prenosljivih okužb

Vsako enoto krvi testiramo na prisotnost označevalcev okužb za povzročitelje aidsa, hepatitisa B in C ter sifilisa. V letu 2016 smo pri krvo-

dajalcih odkrili devet okužb s HBV, tri s HCV, eno okužbo s HIV ter šest okužb s povzročiteljem sifilisa.

Tabela 5: Prisotnost označevalcev okužb v letih 2014–2016.

	2014	2015	2016
HBV	9	9	9
HCV	4	4	3
HIV	3	0	1
Sifilis	4	4	6

Hemovigilanca – bolniki

Transfuzija krvi je varna oblika terapije in neželene transfuzijske reakcije (NTR) so redke (reakcije se pojavijo pri dveh ali treh bolnikih na 1000 izdanih krvnih komponent) ter v večini primerov blage. Med transfuzijo in po njej je treba bolnike skrbno spremljati, zato da neželene učinke transfuzije takoj prepoznamo in ustrezno ukrepamo. Vsako NTR je treba zapisati in prijaviti transfuzijski službi, ki je kri izdala. Lečeči zdravnik

izpolni prijavo (rumeni obrazec – Prijava neželenih škodljivih učinkov transfuzije krvi) in jo pošlje na transfuzijski oddelek, kjer je bila kri za bolnika izdana. Prijavi je treba priložiti tudi vzorec bolnikove krvi zaradi dodatnih laboratorijskih preiskav, povezanih s transfuzijsko reakcijo. Zdravnik transfuziolog vsako prijavo razišče, napiše poročilo o NTR ter obvesti lečečega zdravnika o morebitnih nadaljnjih ukrepih oz. ugotovitvah. Vsaka transfuzijska služba/enota vodi svoj sistem hemovigilance. Vse zbrane podatke posreduje tudi Službi za hemovigilanco (SH), ki ima sedež na ZTM RS. SH zbira podatke za vso Slovenijo, pripravi polletno in letno poročilo ter obvešča Javno agencijo RS za zdravila in medicinske pripomočke (JAZMP).

Neželeni reakcije pri bolnikih

V letu 2016 je bilo prijavljenih 135 NTR, kar je devet več kot leta 2015. V šestih primerih smo ugotovili, da transfuzija ni bila vzrok NTR, kar pomeni, da je bilo dejanskih NTR 129. Letos smo prikazali NTR tudi po prijaviteljih. Prijavitelje smo razdelili v sedem skupin glede na bolnike, ki jih obravnavajo: onkologija, hematologija, pediatrija, ginekologija, interna medicina, kirurgija ter intenzivne enote. Največ prijav je bilo s področja kirurgije in interne medicine, najmanj pa iz intenzivnih enot. Primerjava glede na število obravnavanih bolnikov kaže, da je največ prijav s podro-

Tabela 6: NTR po skupinah bolnikov.

1	Kirurgija	35
2	Interna medicina	34
3	Hematologija	14
4	Ginekologija	14
5	Onkologija	12
6	Pediatrija	11
7	Intenzivne enote	9

čja hematologije, onkologije in pediatrije, ki so tudi med večjimi porabniki krvnih komponent.

Stopnja neželene NTR: glede na potek oz. posledice NTR ločimo pet stopenj (4 – smrt, 3 – dolgotrajna obolevnost, 2 – življenjska ogroženost, 1 – blaga reakcija, 0 – ni reakcije). Najhujša posledica je smrt bolnika zaradi NTR. V letu 2016 nismo imeli primera smrti zaradi transfuzijske terapije. Zaznali smo dva primera dolgotrajne obolevnosti, v obeh primerih zaradi prenosa virusa hepatitisa B z različnima krvnima komponentama istega darovalca. Samo štiri NTR so bile prijavljene s stopnjo življenjske ogroženosti. V vseh štirih primerih zaradi volumnske preobremenitve oz. TACO (angl. *Transfusion Associated Circulatory Overload*). Večina, to je 95 % NTR oz. 123 primerov, je bilo blagih, brez hujših posledic za bolnika. V šestih primerih smo dokazali, da transfuzija krvne komponente ni bila vzrok za poslabšanje kliničnega stanja pri bolniku.

Vrsta neželene NTR: najpogostejši reakciji sta bili nehemolitična febrilna transfuzijska reakcija (NHFT), imeli smo 60 takih primerov, ter alergijska reakcija z 52 primeri. Skupaj predstavljata več kot 85 % NTR. Na tretjem mestu po pogostosti je bil TACO z 11 primeri, nato sledijo posamezni primeri preostalih reakcij.

Stopnja povezanosti: NTR glede na možno povezavo s transfuzijo

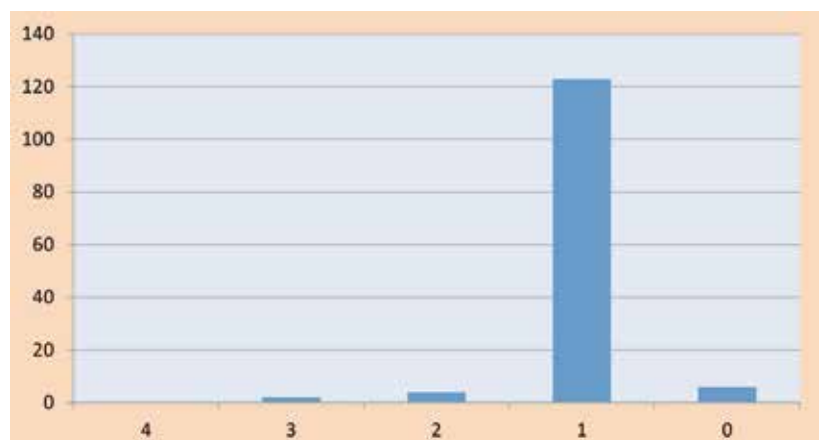
Tabela 7: NTR glede na vrsto reakcije v letu 2016.

NTR	Prijava	Potrditve
TRALI	2	0
TACO	11	11
Alergija	52	51
Anafilaksija	5	4
NHFT	60	60
Virusna ok.	3	2
TAD	1	1
Drugo	1	0
Skupaj	135	129

krvne komponente razdelimo v štiri skupine (3 – zanesljiva povezava, 2 – verjetna povezava, 1 – možna povezava, 0 – ni povezave). V letu 2016 smo imeli 13 NTR z zanesljivo povezavo, 44 z verjetno povezavo, 72 z možno povezavo ter šest primerov reakcij, pri katerih nismo dokazali povezave s transfuzijo.

Tabela 8: Stopnja povezanosti NTR s transfuzijo.

Stopnja	NTR
3	13
2	44
1	72
0	6



Graf 2: NTR glede na stopnjo ogroženosti v letu 2016.

Neželena reakcija glede na komponento krvi: največ NTR je bilo prijavljenih zaradi transfuzije KE, sledita SZP in KT. Število reakcij prikazujemo na 1000 izdanih enot zaradi lažje primerjave med različnimi krvnimi komponentami ter tudi zaradi primerjave z drugimi državami, saj je to eden od kazalcev kakovosti delovanja hemovigilančne službe.



Graf 3: NTR po komponentah/1000 izdanih enot.

Tabela 9: NTR po komponentah.

Reakcija	KEF	KT	SZP
Hemoliza			
GVHD			
TRALI			
TACO	10	1	
PTP			
Alergija	24	6	21
Anafilaksija	1	1	2
NHFTR	54	3	3
Bakterijska ok.			
Virusna ok.	1		1
Hipotenzija			
Dispneja		1	
Drugo			
Skupaj	90	12	27

Tabela 10: NTR po komponentah/1000 izdanih enot.

Leto	KEF	KT	SZP
2014	0,94	1,34	1,13
2015	0,93	1,67	1,06
2016	1,07	0,90	1,13

Življenje ogrožajoče transfuzijske reakcije

Angleški hemovigilančni sistem SHOT (angl. *Serious Hazards of Transfusion*) je izpostavil štiri najpogostejše vzroke za transfuzijske zaplete, ki se lahko končajo s smrtjo ali hudo obolevnostjo bolnika. To so

hemolitična transfuzijska reakcija, volumska preobremenitev, zapoznela transfuzija in druge respiratorne transfuzijske reakcije. V Sloveniji od leta 2003 do 2016 zaradi transfuzije nimamo prijavljenega nobenega primera smrti bolnika.

Hemolitična transfuzijska reakcija: v Sloveniji nismo zaznali primera smrti zaradi akutne hemolize ali hude odložene hemolize po transfuziji. Najhujša oblika hemolitične transfuzijske reakcije nastane zaradi neskladja v krvnih skupinah ABO (neskladje med bolnikovo krvno skupino ABO in krvno skupino ABO transfundirane komponente). Že nekaj mililitrov ABO neskladne krvi povzroči hudo akutno hemolitično transfuzijsko reakcijo. Zaznali smo nekaj primerov odloženih hemolitičnih transfuzijskih reakcij z blagim potekom. Te so bile posledica prisotnosti drugih eritrocitnih aloprotiteles.

Volumska preobremenitev (TACO): pri nas in v tujini je to najpogostejša huda NTR. V Sloveniji smo lani zaznali deset prijav volumske preobremenitve s transfuzijo. Bolniki so bili zaradi reakcije TACO življenjsko ogroženi, nihče pa ni zaradi tega umrl. S pravilnim prepoznavanjem ogroženosti bolnikov zaradi take transfuzijske reakcije lahko število teh reakcij v prihodnje zmanjšamo. Ogroženi so bolniki s srčnim popuščanjem, ledvično odpovedjo, pozitivno bilanco tekočin, otroci, mlajši od treh let, ter starejši bolniki.

Zapoznela transfuzija: v hemovigilančni mreži SHOT zbirajo tudi podatke o zapletih zaradi prepozne

transfuzije ali če ta ni bila zadovoljivega volumna. Podatkov o bolnikih v Sloveniji, ki ne bi prejeli transfuzije in bi jo potrebovali oz. so jo prejeli v nezadostnem terapevtskem odmerku, nimamo.

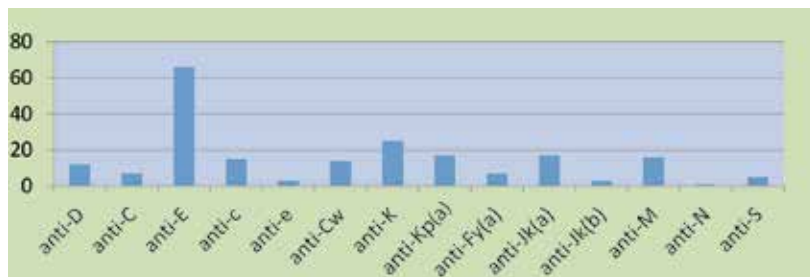
Akutne transfuzijske reakcije: poleg TACO in akutne hemolitične transfuzijske reakcije so to lahko še preostale respiratorne reakcije (TRALI in TAD) ter anafilaksija oz. huda alergijska reakcija. V letu 2016 smo imeli štiri anafilaktične reakcije, eno od teh smo ovrgli. Zaznali smo tudi en

Tabela 11: NTR in senzibilizacije v letih 2014–2016.

NTR	2014	2015	2016
Hemoliza	1	2	
GvHD			
TRALI	1		
TACO	8	5	11
PTP			
Alergija	58	53	51
Anafilaksija	3		4
NHFTR	38	53	60
Bakterijska ok.	1		
Virusna ok.	2	1	2
Hipotenzija	1	3	
TAD	1	1	1
Drugo	5	1	
Skupaj	118	119	129
Senzibilizacije	272	243	286
SKUPAJ	390	362	415

primer reakcije TAD, prijavljeni sta bili dve reakciji TRALI, ki pa smo ju po raziskavi ovrgli.

Senzibilizacija je imunski odgovor posameznika s tvorbo protiteles na njegovemu telesu tuje antigene. Zaradi transfuzije krvi (večinoma so vzrok transfuzije KE, redkeje, vendar tudi lahko, transfuzije KT), nosečnosti ter transplantacije krvotvornih matičnih celic lahko pacienti razvijejo protitelesa. Ta so usmerjena proti eritrocitnim, trombocitnim, granulocitnim oz. levkocitnim antigenom. Protitelesa imajo različne učinke. Povzročajo lahko hemolizo, neodzivnost bolnikov na transfuzije KT, hemolitično bolezen ploda oz. novorojenčka, transfuzijske reakcije (TRALI, akutno ali odloženo hemolitično transfuzijsko reakcijo, nehemolitično febrilno transfuzijsko reakcijo itd). Klinični pomen je odvisen od vrste, podtipa in titra protiteles.



Graf 4: Eritrocitna protitelesa v letu 2016.

Eritrocitna protitelesa dokazuje mo z indirektnim Coombsovim testom (ICT). Klinično najpomembnejša eritrocitna protitelesa so proti antigenom iz sistema Rh, Kell (K), Kidd (Jk) ter Duffy (Fy). Protitelesa proti omenjenim antigenom lahko povzročijo hudo odloženo hemolizo, ki nastopi nekaj dni ali tednov po transfuziji, ali pa akutno hemolizo, ki se lahko konča s smrtjo.

V letu 2016 smo imeli 286 primerov novoodkritih eritrocitnih senzibilizacij. Najpogostejša odkrita protitelesa so bila anti-E in anti-K. Vsi pacienti, ki imajo v krvi prisotna eritrocitna protitelesa in potrebujejo transfuzijo KE, morajo prejeti transfuzijo brez antigena, proti kateremu

so usmerjena protitelesa (npr. pacient s protitelesi anti-E mora prejemati E negativne enote KE).

Prijavljanje NTR po ustanovah

Trije centri (Ljubljana, Maribor in Celje) s pridruženimi transfuzijskimi enotami v regionalnih bolnišnicah skupaj predstavljajo dvanajst transfuzijskih enot. Enako je organizirana Služba za hemovigilanco, ki deluje na nacionalni ravni in prejema informacije iz vseh dvanajstih transfuzijskih

V letu 2016 smo zaznali 1067 neželenih dogodkov. Večina teh je bilo skorajšnjih napak, v 11 primerih je prišlo do transfuzije in napake nismo preprečili. Trikrat je bila transfundirana napačna komponenta, in sicer v vseh treh primerih zaradi napake na klinični strani, saj so transfundirali kri napačnemu bolniku. Krvna komponenta je bila ABO skladna z bolnikovo krvno skupino. V enem primeru transfundirana komponenta ni ustrezala zahtevam, saj pred izdajo ni bila obsevana, kar je bila zahteva lečečega zdravnika. V

Tabela 12: NTR po ustanovah v letih 2014–2016.

Ustanova	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
2014	52	10	8	6	0	2	1	2	19	0	4	14
2015	54	8	13	4	4	5	7	0	15	0	1	8
2016	67	7	11	4	1	3	0	3	15	0	4	14

sedmih primerih smo zaznali napačno ravnanje s krvnimi komponentami na oddelku zaradi neupoštevanja hladne verige, napačnega taljenja plazme in predolgo trajajoče transfuzije. Podatke o napačnem ravnanju s krvjo na bolnišničnem oddelku težko pridobimo. Naši napori v naslednjih letih bodo poleg ustreznega poročanja o neželenih dogodkih še posebej usmerjeni na pravilno ravnanje s krvjo na oddelku.

Orientacijska določitev krvne skupine (KS): je ključnega pomena za varno transfuzijo krvnih komponent. Orientacijska določitev krvne skupine ali obposteljni test je treba na oddelku narediti neposredno pred transfuzijo krvi in ob odvzemu vzorca krvi bolniku, ko ta še nima izvida krvne skupine ABO. Določitev je treba označiti tudi na naročilnici za transfuzijske preiskave. To je zakonsko opredeljeno v Pravilniku o transfuzijskih preiskavah in postopkih ob transfuziji. ABO neskladna transfuzija je smrtno nevarna, saj lahko že nekaj mililitrov ABO neskladne transfuzije krvi povzroči smrt. Obposteljni test je izjemno pomemben v primerih napačne krvi v

enot. Zaradi boljše primerjave NTR prikazujemo na 1000 izdanih enot.

Hemovigilanca – dogodki

Neželeni dogodki

Neželeni dogodki so napake od odvzema krvi krvodajalcu do transfuzije krvi pacientu. Napake se lahko zgodijo v procesu zbiranja, predelave, shranjevanja, testiranja, razdeljevanja in izdaje krvi oz. krvnih komponent. Pravih neželenih dogodkov je zelo malo. V večini primerov gre za skorajšnje napake oz. »near miss«, pri čemer napako pravočasno zaznamo ter tako preprečimo posledice.

Tabela 13: Neželeni dogodki v letu 2016.

Neželen dogodek		
Transfundirana napačna komponenta		3
Transfundirana komponenta ne ustreza zahtevam		1
Napačno ravnanje s krvjo zunaj transfuzijskega centra		7
Skorajšnja napaka	Pomanjkljiva naročilnica/vzorec	518
	Napačno orientacijsko določena KS	224
	Napačna kri v epruveti	23
	Napaka v laboratoriju	229
	Izdaja napačnega izvida/komponente	39
	Napaka v informacijskem sistemu	23



Graf 5: NTR/1000 izdanih enot v letih 2015–2016.

epruveti. V letu 2016 smo v 23 primerih odkrili, da je bila v epruveti napačna kri (kri ni pripadala bolniku,

čigar nalepka z matičnimi podatki je bila nalepljena na epruveto). Verjetno so bili zamenjani vzorci ob odvzemu

ali pa je bila napačno označena epruveta. Transfuzijo napačnemu bolniku oz. neskladne krvne komponente v takih primerih lahko preprečimo z doslednim izvajanjem obposteljnega testa.

Zaključek

Sistem hemovigilance v Sloveniji je zakonsko urejen in dobro organiziran. Prijave neželenih reakcij po transfuziji komponent krvi in neželenih reakcij pri krvodajalcih tečejo dobro. Število NTR pri bolnikih na število izdanih komponent krvi je nižje kot v drugih evropskih podobno urejenih hemovigilančnih sistemih. Pričakujemo, da bomo z nenehnim informiranjem in izobraževanjem medicinskega osebja v nekaj letih dosegli primerljive rezultate. S kolegi lečečimi zdravniki bomo poglobili sodelovanje pri obravnavi vseh NTR, posebej pri hudih NTR.

Prepoznavanje in obravnavanje neželenih dogodkov je zahtevno področje, ki ga treba nadgraditi tako na našem, transfuzijskem, kot tudi na kliničnem segmentu. Prepričani smo, da bi računalniška povezava z bolnišnicami javljanje in spremljanje neželenih dogodkov močno poenostavila in olajšala.



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

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

Registracija v treh korakih

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

Registracija

Elektronska pošta

Datum rojstva

Geslo

Ponovitev gesla

37. kongres evropskih združenj centrov za zastрупitve in kliničnih toksikologov

Nena Golob, dr. med., doc. dr. Miran Brvar, dr. med., UKC Ljubljana, Center za klinično toksikologijo in farmakologijo

Med 16. in 19. majem 2017 je v Baslu (Švica) s pestro mednarodno udeležbo potekal že 37. kongres evropskih združenj centrov za zastрупitve in kliničnih toksikologov (Congress of the European Poisons Centres and Clinical Toxicologist, EAP-CCT). EAPCCT je eden izmed treh pomembnejših kongresov toksikološke specialnosti. Tudi letošnjega kongresa se je udeležila slovenska delegacija toksikologov, ki je na kongresu aktivno sodelovala z moderiranjem predavanj in razprav, predstavitvami kliničnih primerov in posterji.

Prvi dan kongresa je bil namenjen spoznavanju toksikoloških analiz in njihovem prispevku klinični praksi. Govora je bilo o kromatografskih in spektrometrijskih tehnikah ter o potrebi po informacijskih knjižnicah, ki že delujejo v določenih centrih. Za informacijske knjižnice v večini držav skrbijo specialisti toksikologi, ki sproti v sistem vnašajo nove primere (snovi), ponekod (v ZDA) pa imajo za nadgradnjo in vzdrževanje sistema zaposlene tudi informatike, ki so med izobraževanjem in delom pridobili dodatna toksikološka znanja. Že prvi dan kongresa so bili strokovnjaki na kongresu tudi soglasni glede problematike odkrivanja novih psihoaktivnih snovi, saj metode odkrivanja snovi zaostajajo za industrijo proizvodnje drog. Ta nenehno spreminja in nadgrajuje toksične substance, ki postanejo posledično v času odkritja metode, ki jih zazna, že zastarele in zato za uporabnike manj zanimive. O novih psihoaktivnih snoveh je bilo govora tudi že na srečanju Toksikologija 2017 v Ljubljani v petek, 12. maja 2017, sicer pa tudi še v naslednjih dneh kongresa. Bodo pa nove psihoaktivne snovi po napovedih ena glavnih tem kongresa EAPCCT naslednje leto v Bukarešti.

Drugi dan kongresa je bil namenjen problematiki priseljevanja po svetu in zastрупitvam priseljencev ter kratkim ustnim predstavitvam primerov. V Evropi namreč v zadnjem času

beležijo več zastрупitev, saj priseljenci iz nevednosti posežejo po snoveh (npr. gobah), ki so med domačini znane kot strupene, priseljence pa spominjajo na snovi (npr. gobe), ki so v krajih, od koder prihajajo, užitable. Ta fenomen smo že večkrat zaznali tudi v preteklosti ob velikih preselitvah narodov (po vojnah). Slovenska delegacija je v delu kratkih ustnih predstavitev prikazala dva primera (zastрупitev Tajke z vražjim gobanom in primer inhalacije antibiotika tamulina). Mojca Dobaja, mag. farm., iz Centra za klinično toksikologijo in farmakologijo (CKTF), UKC Ljubljana, je bila za svojo predstavitev (inhalacija antibiotika tamulina) tudi nagrajena. Sočasno s predavanji o zastрупitvah priseljencev so potekala predavanja na temo antidotov, kjer je doc. dr. Miran Brvar, dr. med., vodja CKTF, UKC Ljubljana, predstavil primerjavo učinkovitosti zdravljenja ugriza modrasov, obravnavanih na CKTF, z dvema različnima antidotoma. Popoldanska predavanja so bila namenjena epidemiologiji zastрупitev in uporabi pesticidov. Verjetno najbolj pričakovana razprava je bila tista o rakotvornosti glifosata. Evropska komisija za varno hrano se je nedavno opredelila v bran glifosata z izjavo, da glifosat ni potencialni humani kancerogen. Debata o glifosatu na EAPCCT je bila zasnovana kot debata »*pro et contra*«, kjer se je posameznik naposled sam odločil, kateri govornik ga je bolj prepričal.

Četrtek je bil namenjen zastрупitvam s paracetamolom in z antikonvulzivnimi zdravili, predvsem primerjavi varnosti uporabe starih in novejših formulacij antikonvulzivnih zdravil. Sklep je bil, da je profil varnosti starejših pripravkov boljši (bolj poznan), medtem ko so novejša zdravila bolj učinkovita v preprečevanju konvulzij. Popoldanska predavanja so obravnavala potrebo po ozaveščanju o problematiki zastрупitev, ukrepanju in uporabi novih tehnologij in medijev v ta namen. Predstavljeni so bili primeri dobre prakse



Udeleženci kongresa iz Centra za klinično toksikologijo in farmakologijo, UKC Ljubljana (z leve proti desni od zgoraj navzdol):
Damjan Grenc, dr. med., Vid Leban, dr. med.,
doc. dr. Miran Brvar, dr. med., Nena Golob,
dr. med., Tanja Šentjurec, dipl. m. s.,
Mojca Dobaja, mag. farm.

uporabe novih informacijskih medijev (Facebook, Twitter, You Tube) širom Evrope. Zelo zanimiv je pristop Irske, ki je z uporabo Facebooka na zabaven in kreativen način izrazito povečala ozaveščenost o zastrupitvah. Izpostavljena je bila tudi potreba po alternativnih načinih izobraževanja mladih generacij toksikologov, saj

glede na specifičnost/subspecialnost znanj, relativno majhno potrebo po specialistih toksikologih, veliko potrebo po znanju toksikologije v vsakodnevni zdravniški praksi, oddaljenost od referenčnih centrov in raznolikost sistemov trenutno ni enotnega vzorca izobraževanja, znanj in možnosti dostopa do podatkov. Sistem The Global Educational Toxicology Uniting Project (GETUP) je zanimiv projekt ZDA, Avstralije in Fidžija, kjer so bila zdravnikom različnih specialnosti preko interneta dostopna predavanja oz. krajši program izobraževanja iz toksikologije za potrebe različnih specialnosti zdravnikov, ki se v vsakodnevni praksi srečujejo z obravnavo zastrupljenцев.

V petek so se vrstila krajša predavanja o zanimivih primerih in predstavitev toksikološke obravnave bolnikov v različnih toksikoloških centrih sveta, v katerih smo spoznali velike razlike v možnostih zdravljenja. Norvežani so predstavili relativno na novo vpeljano prakso prehospitalne obravnave zastrupljenca z namenom zmanjšanja obremenjenosti bolnišnic. Praksa se je doslej

izkazala kot učinkovita in v prihodnje nameravajo na podoben način preoblikovati več urgentnih centrov po državi. Avstralci so prikazali, kako kljubujejo dolгим razdaljam pri obravnavi bolnikov v oddaljenih in samotnih delih celine, Američani pa so prikazali način prehospitalne obravnave s pomočjo »paramedicov« (»paramedics«), reševalcev, ki imajo različna znanja, med katera sodijo tudi osnove iz toksikologije. Vse omenjeno se je zelo razlikovalo od vsakdana zdravnika v Bangladešu, kjer je verjetno največ zastupitev in so možnosti zdravljenja glede na obremenitve med slabšimi. Izračunali so, da je 7,1 odstotka vseh obiskov zdravnikov v Bangladešu na račun zastupitev. Dobra so bila tudi zaključna predavanja s prikazi toksikološke prakse velikih držav z bogato zgodovino zastupitev z ugrizi in gobami (Mjanmar, Slovaška).

Sočasno s predavanji so bili vselej na ogled tudi posterji in elektronski posterji.

Slovenci smo se imeli na kongresu zelo dobro, naučili smo se veliko novega in se že veselimo kongresa naslednje leto.

Mednarodni kongres o ginekološki endokrinologiji, humani reprodukciji in menopavzi na Brionih

Prim. Darija Strah, dr. med., Diagnostični center Strah

Mag. Uršula Reš Muravec, dr. med., Zdravstveni center Dravljje

Prof. dr. Ksenija Geršak, dr. med., svet., UKC Ljubljana, Ginekološka klinika

Prof. dr. Eda Vrtačnik Bokal, dr. med., UKC Ljubljana, Ginekološka klinika

Prim. prof. dr. Veljko Vlaisavljević, dr. med., v. svet., Maribor

Hrvaško društvo za ginekologijo, ginekološko endokrinologijo in menopavzo in Hrvaško zdravniško

društvo vsaki dve leti na Brionih organizirata največji regijski kongres o ginekološki endokrinologiji, humani

reprodukciji in menopavzi z mednarodno udeležbo. Letošnji kongres je bil enajsti in je trajal od 7. do 10. septembra 2017. Obširno tematiko različnih področij ginekologije in porodništva

so razdelili na I. mednarodni brionski kongres o humani reprodukciji, XI. hrvaški kongres o ginekološki endokrinologiji, humani reprodukciji in menopavzi, svoje strokovno srečanje pa so imeli tudi embriologi pod naslovom IV. kongres hrvaškega društva kliničnih embriologov.

Obsežen del kongresa je bil namenjen raznim temam, večinoma reproduktivnim (kot so npr. endometrioz, adenomioza, reproduktivna kirurgija, zdravljenje neplodnosti), kontracepciji, menopavzni medicini, prostim temam s področja perinatologije, novim tehnologijam v klinični embriologiji in kontroli kakovosti postopkov. Zadnji dan je bil posvečen usklajevanju in oblikovanju novega hrvaškega dogovora o nadomestni hormonski terapiji, klinični embriologiji pa so podali predloge za oblikovanje hrvaškega registra za oploditev z biomedicinsko pomočjo.

Med 450 udeleženci je bilo veliko slovenskih zdravnikov, pet je bilo tudi predavateljev. Naša predavanja so bila zelo dobro sprejeta in v marsičem edinstvena, zato smo se odločili, da vam predstavimo povzetek vseh petih.

Prof. dr. Ksenija Geršak je bila vabljen s predavanjem **Genetske osnove prezgodnje ovarijske insuficience**. Predstavila je pomen prezgodnje ovarijske insuficience za reproduktivno zdravje. Razložila je fiziološke mehanizme oblikovanja praspolnih celic in celotne zaloge primordijalnih jajčnih foliklov v času embrionalnega razvoja deklic. Z novimi matematičnimi modeli lahko uspešno simuliramo časovno zmanjševanje zaloga jajčnih celic in napovemo starost ob menopavzi. Znana sta dva ključna mehanizma, ki vodita v prezgodnjo ovarijsko insuficienco: prehitro izčrpanje zaloga jajčnih foliklov in disfunkcija v razvoju jajčnih foliklov. Ko se zaloge primordijalnih foliklov zmanjšajo pod kritično število 1000 do 1500, se menstrualni ciklus zaključuje.

V drugem delu predavanja nam je predstavila vzroke prezgodnje ovarijske insuficience, ki so zelo različni.

Med njimi prevladujejo nepravilno število ali struktura kromosoma X, premutacija v genu FMR1, ki je povezana s sindromom fragilnega kromosoma X, in številne mutacije v različnih genih na spolnih ali avtosomnih kromosomih. Poudarila je velik pomen zgodnjega prepoznavanja klinične slike in uporabo ustreznih diagnostičnih testov v fazi, ko bolnicam še lahko omogočimo ustrezno zdravljenje. Neplodnost lahko rešujemo z zamrzovanjem lastnih jajčnih celic oz. z različnimi postopki oploditve z biomedicinsko pomočjo (OBMP).

Prof. dr. Eda Vrtačnik Bokal je predstavila predavanje **Integriran terapevtski pristop zdravljenja endometrioze, povezane z neplodnostjo**. Glede optimalnega zdravljenja v strokovni javnosti obstajajo številne dileme in različna mnenja. Nekateri raziskave potrjujejo negativen vpliv operativnega zdravljenja na zniževanje ovarijske rezerve, novi centri za zunajtelesno oploditev nudijo neposredno vključevanje v postopke. Zaradi dvoma, ali ima kirurgija sploh mesto v zdravljenju neplodnosti, so na Kliničnem oddelku za reprodukcijo Ginekološke klinike v Ljubljani analizirali rezultate glede na stopnjo nosečnosti in rojstev pri 277 pacientkah z endometriozo in neplodnostjo, ki so imele opravljeno laparoskopijo. Če niso zanosile v enem letu, so bile napotene v postopek zunajtelesne oploditve. Tak način imenujemo integralni pristop. Primerjava maternalnih in neonatalnih izidov z ženskami, ki so zanosile spontano, in tistimi z OBMP je pokazala, da je več kot polovica operiranih zanosila spontano, med njimi tudi tiste, ki so imele zelo hudo obliko endometrioze. Dodatne zanositve so bile dosežene s postopki OBMP in skupna stopnja zanositev je znašala okoli 80 odstotkov, kar je skoraj primerljivo z zanositvami v splošni populaciji. Še bolj pomembna je stopnja nosečnosti. Z integralnim pristopom je skupaj rodilo kar 70 odstotkov žensk. V skupini OBMP se

je pričakovano rodilo več dvojčkov – 34 odstotkov, kar je tudi pomembno vplivalo na visok odstotek prezgodnjih porodov. Po postopkih zunajtelesne oploditve se je prezgodaj rodilo kar 43 odstotkov otrok, po spontanah zanositvah po operativnih posegih samo 10 odstotkov. Otroci po postopkih zunajtelesne oploditve so bili lažji, pri nosečnicah pa je bila večkrat prisotna predležčica posteljica in krvavitev po porodu. Integralni pristop predstavlja optimalen pristop zdravljenja neplodnih žensk z endometriozo pri mladih ženskah z dobro ovarijsko rezervo. Pomembno pa je, da operacije opravljajo izkušeni kirurgi, ki so dodatno usposobljeni za kirurško obravnavanje endometrioze. Večina pacientk zanosijo v prvem letu po operaciji, zato je pomembno, da tiste, ki ne zanosijo, nato najkasneje po enem letu vključimo v postopek zunajtelesne oploditve. Zunajtelesna oploditev ni kompetitivna metoda, ampak je komplementarna metoda kirurškemu zdravljenju neplodnih žensk z endometriozo.

Prim. Darija Strah je predstavila predavanje **Presejanje s prostocelično DNA (cf-DNA) za odkrivanje kromosomskih nepravilnosti pri plodu: 5-letne izkušnje v klinični praksi**. Prvi vzorci krvi za napredno presejalno testiranje v Diagnostičnem centru Strah so bili odvzeti že konec leta 2012 in do danes se je izmed 9.426 nosečnic, ki so opravile zgodnjo morfolgijo z nuhalno svetlino, dodatno testiralo 388 nosečnic. Uporaba testa je tako z 1,4 odstotka leta 2013 narasla na 9,1 odstotka lanskega leta. Nosečnice, stare 37 let in več, so se lanskega leta tudi v polovici vseh primerov odločile za test cf-DNA, za razliko od leta 2013, ko je bilo takih nosečnic 14 odstotkov. Zaradi uvedbe testa cf-DNA so opazne spremembe v uporabi kombiniranega presejalnega testa nuhalne svetline in dvojnega hormonskega testa: v starostni skupini nosečnic od 35 do 37 let se je odvzem krvi za dvojni hormonski test znižal s 83 na 58 odstotkov, pri nosečnicah z napredovalo starostjo z

48 na 24 odstotkov. Klinične indikacije za test cf-DNA so bile: napredovala starost nosečnice, visoko tveganje za T21, visoko tveganje za T21 in napredovala starost nosečnice, T18 in T13. Opazen je delež nosečnic, ki na predhodnem testiranju niso imele visokega tveganja, vendar so želele test cf-DNA opraviti zaradi večje senzitivnosti. Klinična hipoteza, da cf-DNA že vpliva na manjše število invazivnih preiskav v Sloveniji, se že nakazuje. Žal ob času kongresa še ni bilo moč dobiti podatkov Nacionalnega inštituta za javno zdravje o številu vseh invazivnih preiskav in nosečnic, ki so opravile presejanje z nihalno svetlino v letu 2016, ki pomeni številčni preskok v uporabi testa cf-DNA. Primerjava med letoma 2013 in 2015 pokaže, da so se invazivne preiskave zmanjšale v dveh starostnih skupinah. Pri nosečnicah med 35. in 37. letom so padle z 9,6 na 5,8 odstotka, pri nosečnicah z napredovalo starostjo s 37,2 na 30,6 odstotka. Senzitivnost testa cf-DNA je znašala 100 odstotkov, specifičnost 99,66 odstotka, pozitivna napovedna vrednost 88,89 odstotka, negativna napovedna vrednost 100 odstotkov.

Mag. Uršula Reš Muravec, Zdravstveni center Dravlje, je predstavila predavanje **UZ-ocena ovarijske rezerve in 3D-folikulometrija** – pomen ocenjevanja ovarijske rezerve v diagnostiki in preventivi neplodnosti. Ovarijska rezerva je eden najpomembnejših dejavnikov, ki napovedujejo uspešnost zdravljenja neplodnosti, tako medikamentnega, operativnega in/ali s postopki OBMP. Ovarijska rezerva korelira s starostjo ženske, najboljši klinični napovedovalci so merjenje koncentracije anti-Müllerjevega hormona v krvi in ultrazvočna ocena jajčnikov. Ultrazvočno lahko ocenjujemo jajčnike z 2D-ultrazvokom ali bolj napredno s 3D-ultrazvokom. Z 2D-ultrazvokom merimo velikost jajčnikov in štejemo antralne folikle (AFC – *antral follicular count*). S 3D-ultrazvokom merimo velikost jajčnikov v vseh treh pravokotnih ravninah, računamo volumen



Ksenija Geršak (druga z desne) s hrvaškimi kolegi Ivanom Pistonićem, Marino Šprem Goldštajn in Draženom Postružnikom.

jajčnika in v tem volumnu nam ultrazvočni aparat avtomatsko ali semiautomatsko prešteje folikle, izmeri velikosti posameznih foliklov in izriše lokacijo. Tak ultrazvočni avtomatski način je še posebej uporaben v postopkih stimulacije, kjer lahko v časovni dinamiki spremljamo rast več foliklov. Na ta način lahko še bolje kontroliramo stimulirane in spontane cikluse in temu prilagodimo terapijo. Diagnostika je neinvazivna, enostavna, ponovljiva in možna v ambulantnem okolju. Posebna vrednost ocene ovarijske rezerve je tudi v preventivne namene, kjer se ugotavlja predvsem zmanjšano ovarijsko rezervo zaradi različnih vzrokov tudi pri mladih dekletih in ženskah. Avtorica je predstavila izkušnje preventivne diagnostike neplodnosti v okviru akcije »Bom kdaj mama, bom kdaj oče«, ki je potekala v decembru 2016. Akcija je bila zelo odmevna in uspešna. Tak preventivni način diagnostike neplodnosti je razširjen predvsem v skandinavskih državah in ima visoko vrednost za vsakega posameznika.

Prof. dr. Veljko Vlasisavljević je s predavanjem »Freeze all programme« v rutinski klinični praksi poročal o novem pristopu vodenja stimulacije jajčnika pri pacientkah, ki imajo visoko tveganje za razvoj sindroma hiperstimulacije jajčnika (OHSS) med spodbujanjem razvoja foliklov z gonadotropini. To

stanje ogroža življenje pacientke. Takšen zaplet pričakujemo v 2 do 5 odstotkih med stimulacijo jajčnika v postopku OBMP. Smrtni izid tega stanja opisujejo v registrih OBMP v Veliki Britaniji in na Nizozemskem. Nov pristop vodenja pacientk z visokim tveganjem za razvoj OHSS je naslednji: po stimulaciji z gonadotropini in antagonistom gonadolibarina pri pacientkah z visokim tveganjem se inducira zorenje jajčne celice z agonistom gonadolibarina. Vse jajčne celice oplodijo in zarodke (blastociste) zamrznejo s tehniko vitrifikacije. Nobena od 123 pacientk z visokim tveganjem za OHSS ni razvila hiperstimulacije. Z novim pristopom vodenja stimulacije in vitrifikacije vseh zarodkov se je pokazalo, da v naslednjih šestih prenosih odmrznjenih zarodkov lahko v 80 odstotkih pričakujemo porod brez tveganja za razvoj hiperstimulacije jajčnika. Tako je hiperstimulacija postala »bolezen iz preteklosti«. Svoje rezultate je njegova raziskovalna skupina (V. Vlasisavljević, B. Kovačić, J. Knez) januarja letos predstavila tudi mednarodni strokovni javnosti v prestižni reviji Reproductive Biology Online (IF 3,249).

Jesensko vreme nas je zvabilo tudi na kolesa ter na popoldansko kopanje v še vedno toplem morju. Izkoristili smo čas za druženje tako med seboj kot s tujimi kolegi. Brioni, vedno odlični!

7. raziskovalni dan Ortopedske bolnišnice Valdoltra in srečanje Vertebrološkega združenja Slovenije

Prof. dr. Ingrid Milošev, univ. dipl. inž., Nino Mirnik, dr. med., spec. ortop. kirurgije, mag. Nikša Hero, dr. med., spec. ortoped, Ortopedska bolnišnica Valdoltra

V Ortopedski bolnišnici Valdoltra smo 16. junija 2017 organizirali že 7. raziskovalni dan, ki je namenjen predstavitvi znanstvenoraziskovalnih in strokovnih dosežkov sodelavcev bolnišnice. Raziskovalni dan je tudi priložnost, da predstavimo naše delo strokovnjakom iz drugih ustanov, kot tudi širši javnosti. Dogodek je namenjen tudi stalnemu izobraževanju zdravnikov, farmacevtov, fizioterapevtov in osebja zdravstvene nege, ki želi spremljati najnovejše smernice s področja zdravljenja ortopedskih bolnikov. Letošnje srečanje je sedmo od leta 2010, ko smo začeli z organizacijo na pobudo prof. dr. Ingrid Milošev. Sočasno je potekalo tudi srečanje Vertebrološkega združenja Slovenije, ki ga je letos četrtič v Valdoltri organiziral predsednik združenja mag. Nikša Hero, dr. med., spec. ortoped. Dogodka se je udeležilo 87 slušateljev in predavateljev.

Raziskovalni dan je v naši bolnišnici postal dogodek, ki ga s pričakovanjem oznamimo že v pomladanskem času. Tukaj lahko predstavimo izsledke študij, ki potekajo v bolnišnici in so zanimive za vse zaposlene, ali pa bolj usmerjene klinične ali raziskovalne študije, ki smo jih opravili bodisi znotraj bolnišnice bodisi v sodelovanju z drugimi institucijami. Nekatere študije so bile v preteklih mesecih predstavljene na strokovnih kongresih doma ali v tujini, nekatere pa so prvič predstavljene na tem dogodku. Nekaj

študij je primernih tudi za objavo znanstvenih ali strokovnih člankov. Vsekakor je ta dogodek priložnost, da skupaj analiziramo različne probleme, o njih razpravljamo, se po možnosti posvetujemo s kolegi itd. Za mlajše kolege je to včasih prvi tovrstni nastop pred strokovnim občinstvom in zato dobra vaja za nadaljnjo kariero.

Letošnji dogodek je bil razdeljen na dva dela. Prvi del je bil posvečen srečanju Vertebrološkega združenja, kjer se je s prispevki predstavilo sedem predavateljev iz Ortopedske bolnišnice Valdoltra, Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani in Univerzitetnega kliničnega centra v Mariboru. Namen srečanja je bil predstaviti najnovejše izsledke na področju spinalne kirurgije in poglobiti razpravo o načinih zdravljenja obolenj hrbtenice. Teme, ki so jih predavatelji predstavili na področju operacij hrbtenice, so bile zelo aktualne: operativna terapija spondilodiscitisa in nadaljnji operativni posegi zaradi nastanka zapletov, spondilodiscitis, povzroččen z bakterijo *Campylobacter fetus*, biomehanski zapleti po spondilodezi pri operaciji s hudo osteoporozo, nukleoplastika, primer zdravljenja politravmatiziranega otroka s poškodbo hrbtenjače, operativno zdravljenje skolioz in idiopatske skolioze po metodi SEAS (*Scientific exercise approach to scoliosis*) in *Schroth* (fizioterapevtska metoda konservativnega zdravljenja).

V drugem delu srečanja, ki je bil posvečen raziskovalnim dosežkom sodelavcev Valdoltra, se je predstavilo kar 28 predavateljev. Tematike lahko

razdelimo na tri glavna področja: nove metodologije in analize zdravljenja na področju endoprotektike in artroskopije ter splošne analize in raziskave. Povzeli bomo nekaj rezultatov. Na področju endoprotektike (zdravljenje s kolenskimi, kolčnimi, ramenskimi in drugimi vsadki) smo se seznanili z odličnimi rezultati 269 ramenskih protez po 10-letnem spremljanju. Predstavljene so bile tudi 2,5-letne izkušnje z neposrednim anteriornim pristopom pri kolčni artroplastiki. Izkušnje kažejo, da hitrejša rehabilitacija in zadovoljstvo pacientov upravičujeta nekoliko zahtevnejšo tehniko. Multimodalni pristop k obravnavi pacientov predstavlja poglobitev kliničnih poti, ki povezujejo delo kirurgov, anesteziologov, medicinskih sester, fizioterapevtov in ostalih strokovnjakov, in omogoča pospešeno okrevanje po vstavitvi totalne kolčne endoproteze, kot kažejo izkušnje iz SB Novo mesto. Predstavljena je bila tudi analiza kirurških tehnik zdravljenja rizartrize (trapezometakarpalna artroza), med katerimi imajo vse metode (artroskopija sklepa, rekonstrukcija ligamenta, karpometakarpalna artrodeza ...) podobne izide zdravljenja. Pri standardiziranem načinu zdravljenja z artrodezo prvega sklepa je število zapletov zelo nizko po povprečno 20-mesečnem sledenju.

Okužbe umetnih sklepov so izredno zahteven zaplet po implantaciji in zato vedno pomembna tema tako s strokovnega kot raziskovalnega stališča. Polimikrobne okužbe predstavljajo med 6,3 in 20 odstotki

vseh okužb sklepnih protez (OSP), vendar se predvideva, da je ta odstotek bistveno podcenjen. Težava je v odkrivanju OSP, ki se lahko izboljša z molekularnimi metodami, zlasti metodo sekvencioniranja naslednje generacije (NGS). Ta lahko identificira bakterije neposredno iz kliničnega vzorca tako v monomikrobnih kot tudi v polimikrobnih okužbah. Metoda je uspešna, potrebne pa so nadaljnje izboljšave, da bi lahko izboljšali interpretacijske kriterije in s tem identifikacijo povzročitelja OSP. V naši bolnišnici potekajo tudi raziskave uporabe bakteriofagov za določanje bakterij rodu *Staphylococcus* pri okužbah sklepnih protez. Bakteriofagi so skupina virusov, ki napadajo izključno bakterije in jih lahko potencialno uporabimo pri diagnostiki okužbe skozi posredno detekcijo z metodo qPCR (*quantitative polymerase chain reaction*) in bioluminescenco. Bakteriofag K je litični virus s širokim spektrom specifičnosti za različne stafilokoke, ki so najpogosteje povzročitelji OSP. Optimizirani metodi za odkrivanje stafilokokov v sonikatih okuženih sklepnih protez z uporabo

specifičnega bakteriofaga K sta hitri, občutljivi in specifični ter omogočata le odkrivanje živih stafilokokov. Omenjena raziskava je bila nagrajena kot eden od desetih najboljših prispevkov na konferenci EFORT (*European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology*), ki je potekala junija na Dunaju. Predstavljen je bil pregled trenutnih raziskav novih materialov na področju antibakterijske zaščite, ki obsegajo tako pasivne prevleke, ki preprečujejo pritrjevanje bakterij, kot tudi aktivne prevleke, ki imajo sposobnost uničiti bakterije. Pri zdravljenju OSP z antibiotiki predstavlja rifampicin zlati standard kombinirane terapije stafilokoknih okužb. V posebni študiji smo se posvetili dejavnikom tveganja za predčasno prekinitev zdravljenja z rifampicinom, najpogosteje zaradi bruhanja in slabosti. Ni bilo dokazanega statistično značilnega vpliva predčasne prekinitve na uspešnost zdravljenja. Verjetnost za predčasno prekinitev pa je višja v prvem mesecu. Predstavljen je bil primer zdravljenja hematogene periprotetične okužbe kolenske proteze s *Streptococcus*

dysgalactiae, ki je sicer pri človeku zelo redka.

Na področju artroskopije je bila predstavljena vrsta novih pristopov in postopkov ter analiza dosedanjih. Analizirali smo rezultate 36 primerov zdravljenja ireparabilnih ruptur rotatorne manšete z biorazgradljivim subakromialnim balončkom. Z biorazgradljivim distančnikom v obliki balona, ki se ga vstavi med akromion in glavo nadlahtnice, se obnovi ramenska biomehanika, saj se z znižanjem glave nadlahtnice med abdukcijo zmanjša subakromialno trenje ter poveča napetost deltoidne mišice. To dodatno izboljša gibljivost v smeri antefleksije in abdukcije. Distančnik se popolnoma razgradi v 12 mesecih. Predstavljeni so bili rezultati serije 31 artroskopij kolka pri pacientih s povprečno starostjo 42 let. Poseg je pri večini pacientov občutno izboljšal funkcijo v vsakodnevem življenju in športno aktivnost. Nove metode, kot so transplatacija meniskusa in implantacija sintetičnega meniskusa, fiksacija sveže poškodbe sprednje križne vezi, uporaba alograftov pri rekonstrukcijah vezi kolenskega sklepa, sočasna



Udeleženci 7. raziskovalnega dneva Ortopedske bolnišnice Valdoltra in srečanja Vertebrološkega združenja Slovenije.

fiksacija stranskih vezi in tibiofibularne sindezmoze gležnja in zdravljenje osne deformacije kolena z dvojno osteotomijo se bodo še naprej razvijale vzporedno z razvojem bazičnih znanosti, tkivnega inženirstva in regenerativne medicine. Izvedena je bila primerjava rezultatov stabilizacije pogačice z rekonstrukcijo MPLF (*medial patellofemoral ligament*) in transpozicijo *tuberositas tibiae*. S prvo metodo so bili rezultati boljši v primeru nižje stopnje displazije trohlee, v primeru višje stopnje pa so bili potrebni dodatni posegi, npr. transpozicija *tuberositas tibiae*.

V tretjem sklopu je bila predstavljena vrsta študij, ki so zanimive bodisi s stališča diagnostike, pristopov, analize rezultatov zdravljenja ipd. APTČ (aktivirani parcialni tromboplastinski čas) je presejalni test hemostaze, ki ga skupaj s PČ (protrombinski čas) rutinsko izvajamo v naši bolnišnici. Raziskali smo vpliv izbire reagenta na oceno hemostaze. Ravno tako smo določili referenčne

intervale in jih prenesli v rutinsko uporabo v našem laboratoriju. Predstavljena je bila obsežna študija, kjer smo ugotavljali tveganje za raka po primarni vstavitvi kolčne endoproteze, ki je obsegala 8343 pacientov s povprečno 9,1 leta sledenja. Opazili smo določeno povezavo med kolčno endoprotezo in nekaterimi vrstami raka, predvsem za endoproteze, ki vsebujejo obremenilni sklop kovina-kovino. Predstavljena je bila študija lezij *lipoma arborescens*, redke intraartikularne lezije, za katero je značilna vilozna proliferacija sklepne ovojnice in nadomeščanje subsinovialnega tkiva z zrelim maščobnim tkivom. Dokončno diagnozo lahko postavi le patohistološka analiza, čeprav je MR-preiskava tudi koristna za diagnostiko.

Analizirani so bili vzroki podaljšane bivanja v enoti pooperativne nege v naši bolnišnici v letih 2015 in 2016. Glavni vzroki so bili internistične narave, prevladujejo kardiološki dejavniki, sledijo nefrološki, pulmolo-

ški, neto urološki in drugi. Smiselno bi bilo uvesti še standardizirane metode in postopke za sprotno spremljanje stanja. Varna uporaba zdravil je pomembna in zato predmet številnih raziskav. Posvetili smo se varnosti zdravila metamizol, ki je derivat pirazolona in se kot analgetik in antipiretik uporablja že od leta 1922. V nekaterih državah so ga zaradi stranskih učinkov (agranulocitoza, krvne diskrazije in preobčutljivostne reakcije) prepovedali.

Letošnjih rekordnih 35 prispevkov na raziskovalnem dnevu dokazuje izredno zanimanje za študije in napredek v stroki. Razvoj in raziskovalni dosežki omogočajo uvajanje teh rezultatov v klinično prakso in spreminjanje kliničnih doktrin v smeri čim boljše obravnave in dobrobiti bolnika. To kaže na visoko ozaveženost, da le s strokovnim in poglobljenim delom lahko dosežemo boljše rezultate.

Spomladansko strokovno srečanje Slovenskega ortodontskega društva

Mojca Lajh, dr. dent. med., spec., Slovensko ortodontsko društvo

Zdaj že tradicionalno spomladansko strokovno srečanje Slovenskega ortodontskega društva (SOD) je letos potekalo v čudovitem Portorožu. 26. in 27. maja smo se slovenski specialisti in specializanti zobne in čeljustne ortopedije zbrali v Kongresnem centru prenovljenega Hotela Slovenija.

V prvem delu smo poslušali tri zelo zanimiva predavanja.

Gostili smo prof. dr. Aleša Fidlerja s Katedre za zobne bolezni in normalno morfologijo zobnega organa, ki

nam je predaval o uporabi računalniške tomografije s konusnim rentgenskim snopom (CBCT) v ortodontiji. Seznanil nas je s pravilno interpretacijo posnetkov in predstavil klinično uporabo v zobni in čeljustni ortopediji. Poudaril je pomen pravilnega napotovanja na slikanje s CBCT in pravilnih nastavitvev rentgenskega aparata, posebej pri otrocih in mladostnikih.

Prof. dr. Martina Drevenšek je tokrat govorila o motnjah v izražanju zob. V zelo zanimivem in s kliničnimi primeri podprtem predavanju nas je

spomnila na t.i. izjeme, ki odstopajo od pričakovanj in jim je treba zato nakloniti posebno pozornost.

Strokovni del petkovega srečanja je zaključil mag. Peter Kobal iz podjetja Audax, ki nam je predstavil novosti v programu za analize stranskih rentgenskih posnetkov glave AxCeph.

Sledila je redna letna skupščina Slovenskega ortodontskega društva. Predsednik društva Evgenij Komljanec je članom poročal o delovanju organov društva v preteklem letu in nas seznanil z aktualnimi novostmi. Posebej je bila izpostavljena proble-

Poročila s strokovnih srečanj



matika šifrantov zdravstvenih storitev, ki postajajo ob prehodu v elektronsko naročanje zelo pomembni. Vsi udeleženci seminarja smo z velikim zanimanjem pričakovali »okroglo mizo« s simboličnim naslovom »Slovenski ortodonti med tnalom in nakovalom!« K razpravi so bili povabljeni: direktorica Stomatološke klinike prof. dr. Martina Drevenšek, predsednica Strokovnega odbora SOD Helena Komljanec, podpredsednica

SOD Tanja Lah - Kržin in nadzorni ortodont pri ZZZS Damjan Blatnik. Odgovarjali so na vprašanja slovenskih ortodontov, ki se v glavnem nanašajo na dolge čakalne dobe. Le-te so posledica nesorazmerja med potrebami po ortodontskem zdravljenju v slovenskem prostoru in zmoglostmi plačnika storitev.

Predsednik Evgenij Komljanec je na koncu poudaril, da se moramo, ne glede na trenutne razmere, truditi za

kakovostno ortodontsko obravnavo, prijazno do pacientov in nas samih.

Prvi dan seminarja smo zaključili sproščeno in v že kar poletnem vzdušju. Večerja, s pogledom na slovensko morje, se je, ob prijetnem druženju in številnih okusnih dobrotah, zavlekla v noč.

Sobotni strokovni del je odprl Miroslav Milačič, dolgoletni prijatelj in strokovni sodelavec slovenskih ortodontov. Tokrat nam je predaval o napakah pri ortodontskem zdravljenju. Ponovno nas je navdušil z zanimivimi primeri iz prakse ter s svojim obširnimi znanjem in izkušnjami.

Prof. dr. Franc Farčnik nam je predstavil novo, posodobljeno zbiranko z osnovnimi informacijami v ortodontiji in »Priručnik za izboljšanje kakovosti ortodontske obravnave«, ki ga je izdal Zavod Orthos.

Strokovno srečanje smo zaključili s predstavitvami novih specialistov zobne in čeljustne ortopedije, ki so nam predstavili svoje izpitne primere. V svoje vrste smo sprejeli Gordano Čizmek, Majo Mulej Vedlin, dr. Špelo Sprogar in Martina Bradača.

Srečanje je potekalo v zelo prijetnem vzdušju in dva zanimiva dneva sta kar prehitro minila.



Kratka predstavitev zgornještajerskega informacijskega glasila Faktum

Št. 2, julij 2017

Marjan Kordaš, Ljubljana
marjan.kordas@mf.uni-lj.si

Izdaja ga Znanstvena akademija za preventivno medicino (*Wissenschaftliche Akademie für Vorsorgemedizin*) v Gradcu, očitno v sodelovanju s štajersko zdravniško zbornico (Ärztelkammer Steiermark) in deželno administracijo (*Das Land Steiermark*).

Naslovnica je oblikovana kot informacija o ošpicah. Kaže razred otrok z učiteljem (15 oseb). Razen enega (otroka) imajo vsi ostali (otroci in učitelj) ošpice. Ob sliki je besedilo, ki se v slovenskem prevodu glasi takole:

Ošpice so zelo nalezljive. Brez cepljenja se te bolezni naleže 95 od 100 ljudi, če se jim en bolnik s to boleznijo samo približa.

Ošpice niso prav nič *cool*. Pri 10 od 100 obolelih za to boleznijo moramo računati s hudimi posledičnimi obolenji. Utegne so pojaviti pohabljenost. V najslabšem primeru bolnik zaradi ošpic lahko umre.

Ošpice so otroška bolezen. Kdor ni cepljen, lahko zboli. In se širi naprej: na otroke in učitelje, male otroke in starše – preprosto na vse.

Zaščita pred ošpicami je na voljo v tvoji šoli. Pri tvoji šolski zdravnici ali tvojem šolskem zdravniku. Vendar le, če privoliš v cepljenje. Bodi zvit: www.vorsorgemedizin.st – in potem, prosim, privoli v cepljenje. Tako se zaščitiš sam – pa tudi druge!

V tretjem odstavku prečrtana beseda »otročka« kar udari v oči.

Druga stran tega informacijskega glasila ima naslov Z enim pogledom (*Auf einen Blick*) in je razdeljena na tri stolpce informacij za zdravnike s koncesijo (*niedergelassene Ärzte*), za uradne zdravnice/-ke (*AmtsärztInnen*) ter

splošna navodila (*Amt&Praxis*). Navodila so natančna in zanimiva. Npr. v tretjem stolpcu je navodilo za cepljenje otrok proti FSME (klopno-meningitisu):

2017 je intenzivno klopno leto. Ker je v zadnjem času vse več neuspešnih cepljenj (*Impfversager*) – predvsem pri otrocih – bodite, prosim, pozorni na korektno izvedbo, skladno z avstrijskim načrtom cepljenja (Öst. Impfplan) 2017, str. 10:

Die aktuelle Ärzteinformation der Wissenschaftlichen Akademie für Vorsorgemedizin

Masern sind sehr anhänglich.
Ohne Impfung stecken sich 95 von 100 Menschen an, wenn 1 Masernkranker auch nur in ihre Nähe kommt.

Masern sind total uncool.
Bei 10 von 100 Masern-Fällen ist mit schweren Folgeerkrankungen zu rechnen. Behinderungen können vorkommen. Schlimmstenfalls kosten Masern das Leben.

Masern sind eine Kinder-Krankheit.
Wer nicht geimpft ist, kann sie bekommen. Und verbreitet sie weiter: Kids und Lehrer, Babys und Eltern – einfach alle.

Schutz vor Masern gibt's in deiner Schule. Bei deiner Schulärztin oder deinem Schularzt. Aber nur, wenn du dich impfen lässt. Mach dich schlau: www.vorsorgemedizin.st – und dann lass dich bitte impfen. Damit schützt du dich – und alle anderen auch!

Europäische Impfwoche: 24.-28. April 2017

Die Ärztekammer Steiermark

Das Land Steiermark
→ Gesundheit

» Wie berechtigt ist die Angst? Prof. Dr. Ingozlar Mutz über Impfen & Impflinger
» Recherchen minimieren Datenblatt & Impfen qualitativgeichert
» Europäische Impfwoche » 1.700 MMR-Impfungen mit Lebensbeginn
» Auf 1en Blick Infos für Ordination & Gesundheitsamt

Pretrise, zraka **ne** izbrizgati, aplicirati celoten odmerek 0,25 ml, pri otrocih pod 18 meseci starosti v *M. vast. lat.*

V tem stolpcu najde bralec tudi obvestilo, da so tako pri zdravnikih s koncesijo kot pri šolskih zdravnikih za privolitve za cepljenje na voljo tudi obrazci v arabščini, angleščini, hrvaščini, ruščini, slovenščini, turščini, madžarščini.

Tretja stran ima dva stolpca. V prvem načelnik (*Obmann*) akademije dr. Jörg Pruckner med drugim obvešča bralce, da se je med zdravniki pojavila nova skupina – šolske zdravnice in zdravniki – ki bodo cepili otroke, ter prizadevanja, da bi cepljenje doseglo ne le mladostnike v višjih razredih splošnih višjih (AHS) in poklicnih višjih šol (BHS), temveč tudi učitelje ter ostalo osebje šol. V ta prizadevanja se je doslej vključilo 49 šol, 52 šolskih zdravnic in zdravnikov pa je v enem tednu cepilo 600 oseb.

V drugem stolpcu na tej strani dr. Marianne Wassermann - Neuhold bralce obvešča, kakšno je trenutno stanje v obolenosti za ošpicami v

Avstriji ter sosednjih državah: 698 (Nemčija), 2988 (Italija), 6743 (Romunija; od tega 70 primerov smrti), 54 (Madžarska), 189 (Francija), 126 (Češka).

Do sredine junija je bilo v Avstriji 77 primerov ošpic, od tega 32 na Štajerskem.

Avtorica seveda obravnava tudi ugovore proti cepljenju. Ugotavlja, da je pri teh ugovorih v ospredju spretnost pri prepričevanju za odklanjanje cepljenja, ne pa znanstvena ali strokovna utemeljenost. Tako v predzadnjem odstavku obvešča, da se je italijanska vlada kljub ugovorom odločila za korenit ukrep, za obvezno cepljenje. Otroci, ki do starosti 6 let ne bodo dosegli vsaj temeljne imunizacije, se ne bodo mogli vpisati v šolo.

V zadnjem odstavku avtorica poudarja, da v Avstriji cepljenje še vedno poteka na temelju svobodne privolitve. Da pa so zdravnice in zdravniki zavezani za prepričevanje, ki temelji na znanstvenih dokazih.

Str. 5 in 6 je vložek z navodili za olajšanje dela ob cepljenju.

Jedro tega informacijskega glasila (str. 4, 7, 8) pa zajema članek z naslovom

Koliko je upravičen strah pred cepljenjem, pred stranskimi učinki cepljenja ter poškodbami zaradi cepljenja?

Avtor članka je prof. dr. Ingomar Mutz, dolgoletni primarij na Otroškem oddelku v LKH Leoben ter dolgoletni predsedujoči odbora za cepljenje pri najvišjem sanitetnem svetu (*Impfausschuss des Obresten Sanitätsrates*).

Zame, ki nisem strokovnjak, je ta članek ena najboljših kratkih informacij o cepljenju. Prebral sem ga dvakrat in menim, da bi ga veljalo prevesti in seveda v prevod vključiti vse tri razpredelnice ter sliko. Le tako bo mogoče v celoti ohraniti relevantnost sporočila. Če bi strokovnjak iz članka naredil povzetek ter vključil podatke za Slovenijo, bi to lahko bila dobra informacija za ozaveščanje ljudi o koristnosti cepljenja.

Sklep: Ne le prijetno, temveč tudi koristno branje. Predlagam, da se ZZS na to informacijsko glasilo naroči.

Pregled vseh strokovnih srečanj na enem mestu!

Obiščite našo spletno stran:

www.domusmedica.si

kjer najdete seznam in osnovne informacije o vseh strokovnih dogodkih, za katere je organizator podal vlogo za dodelitev kreditnih točk. Organizatorji pa lahko tu ponudite vse informacije o svojem srečanju.

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

Tu najdete tudi koledar kulturnih prireditev v Domus Medica.



Zbornična izobraževanja za zdravnike in zobozdravnike

Pacient ne govori slovensko – izziv za zdravstvene delavce v Sloveniji

seminar: april–november

Udeleženci usposabljanja bodo razvijali znanja, ustrezen odnos in veščine na področju kulturnih kompetenc za zdravstveno obravnavo migrantov in beguncev. Izobraževanje bo potekalo v dveh delih. V prvem delu, ki je razdeljen v tri vsebinske sklope (Migracije: izziv za zdravstvo v Sloveniji; Migranti in begunci v sistemu zdravstvenega varstva Slovenije; Komunikacija med zdravstvenimi delavci ter migranti in begunci), bodo preko interaktivnih predavanj pojasnjeni osnovni koncepti, posredovane ključne informacije in predstavljeni pristopi, ki so mednarodno uveljavljeni. V drugem delu pa bo posredovano znanje poglobljeno s praktičnim delom na konkretnih primerih, preko katerih bodo udeleženci razvijali različne veščine za kakovostno zdravstveno obravnavo migrantov in beguncev.

Strokovni odbor: Danica Rotar Pavlič, Igor Švab, Marija Milavec Kapun, Nike Kocijančič Pokorn, Jožica Maučec Zakotnik, Uršula Lipovec Čebren

Delavnica za specializante

delavnica: september, november

Vabimo vse specializante, ki ste ali boste v kratkem začeli s specializacijo, da se udeležite ene izmed delavnic za specializante.

Predstavili vam bomo teme o pravicah, obveznostih in odgovornosti specializanta, delovnopravne dileme, E-list in nekaj malega o stresu.

Število udeležencev na posamezni delavnici je omejeno; dosedanji udeleženci delavnice zelo priporočajo!

Izvajalke: Tina Šapec, Barbara Galuf, Mojca Vrečar, Polona Selič, Tanja Breznik

Vodenje zdravniških timov

seminar: oktober

Dober vodja je kot dirigent, ki vzpodbudi svoj »orkester«, da igra harmonično, da se njegovi

sodelavci soočijo z vsemi izzivi na delovnem mestu, dosežajo dobre rezultate in predvsem, da obvladujejo manjše in velike spremembe, ki jih prinaša okolje in vsakodnevno delo. Naučili se boste, kaj je razlika med timom in ekipo, kakšne so naloge vodje, kako se vodi tim, kakšne so resnice in zmote o motivaciji ter kakšna naj bo komunikacija v timu.

Izvajalka: Metka Komar, univ. dipl. ekon.

Kako vodimo sebe? – Delavnica osebnostnega vodenja

delavnica: oktober

Ko vidimo besedo vodenje, se običajno pred nami prikaže slika skupine ljudi, med katerimi ima en posameznik vlogo, da koordinira, svetuje, motivira, vodi. Le malokrat pa stopimo korak naprej in pogledamo vsakega posameznika posebej. Kako vodimo sebe? Dosegamo osebne cilje? Kako si te cilje sploh postavljamo? Imamo višji cilj v našem življenju? Ta delavnica ponuja orodja, s pomočjo katerih si bodo udeleženci lažje odgovorili na vprašanja v prejšnjem odstavku. S posebnimi metodami samorefleksije bodo dobili uvid v zadovoljstvo s posameznimi področji svojega življenja (kariera, odnosi, prosti čas, življenjski namen). Po analizi se bodo osredotočili na snovanje načrta, kako izboljšati določeno področje. Postavljanje ciljev je ključna veščina pri osebnem (in skupinskem) vodenju, saj je pomembno, da so cilji merljivi, uresničljivi, a kljub temu drzni in ambiciozni. Ne nazadnje pa sledijo orodja za uresničevanje teh ciljev: postavljanje prioritete, razpolaganje s časom, ohranjanje motivacije in vpeljevanje novih navad.

Izvajalci: Zavod Medicinski trenerji; Luka Vitez, dr. med., Andrej Martin Vujkovic, abs. med.

Izgorelost in profesionalizem v medicini

delavnica: oktober

Veliko medicinskih fakultet po svetu eksplicitno uči profesionalizem. Medicinski profesionalizem je set vrednot, obnašanja in odnosov, ki poudarja zaupanje javnosti v zdravnike. Medicina je poklic, pri katerem so zdravnikovo znanje, klinične veščine

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

Izvajalci: Zavod Medicinski trenerji; prof. dr. Živa Novak Antolič, dr. med., Aleks Šuštar, dr. med.

Kako rečem ne brez občutka krivde

seminar: oktober

Tistega, ki mu je izziv reči **ne**, skrbi za ljudi okoli sebe, da niso prizadeti in da se dobro počutijo. Taka oseba je običajno človeško prijaznost nadgradila tako, da je postala ustrezljiva ter vse bolj pozablja nase; premalo poskrbi za to, da zadovolji svoje čustvene potrebe.

Na seminarju se bomo seznanili (in vadili) večšine prepoznavanja in zadovoljevanja svojih čustvenih potreb. Naučili se bomo asertivno izraziti svoje potrebe in vztrajati pri njihovi uresničitvi. Ne bomo samo rekli **ne**. Vztrajali bomo tako dolgo, dokler ne dobimo tistega, kar potrebujemo in želimo. In vse to brez občutka krivde. Preprosto zato, ker »imam pravico do sreče«.

Izvajalka: Metka Komar, univ. dipl. ekon.

Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti

predavanja in delavnice: oktober, december



Namen izobraževanja je zdravstveno osebje opremiti z znanjem in komunikacijskimi veščinami za izboljšanje prepoznavanja in obravnavanja žrtev nasilja v družini v sklopu zdravstvene dejavnosti.

Izobraževanje med drugim **izpolnjuje predpis ministrstva za zdravje**, ki določa, **da se morajo zdravstveni delavci** z določenih področij

udeležiti izobraževanja o nasilju v družini vsakih pet let, v obsegu najmanj 5 ur.

Poudarki iz vsebine:

- osnovne značilnosti, oblike in dinamika nasilja v družini,
- klinični in drugi znaki za boljše prepoznavanje žrtev nasilja v družini,
- **teoretične smernice ter praktični prikaz ustrezne komunikacije z žrtvami nasilja v družini,**
- **primeri dobrih kliničnih in mednarodnih praks s področja prepoznavne in obravnave žrtev nasilja v družini,**
- izkušnje ter pričakovanja žrtev pri obravnavi v zdravstvenem sistemu,
- **koraki medinstitucionalnega sodelovanja pri prepoznavi in obravnavi žrtev nasilja v družini,**
- **protokoli obravnave otrok in odraslih žrtev nasilja v družini v sklopu zdravstvene dejavnosti.**

Sodelujoči partnerji so Druženomedicinski inštitut ZRC SAZU, Zdravniška zbornica Slovenije, Center za socialno delo Maribor, Zavod Emma.

Polepšaj si dan! – Delavnica kreativnega razmišljanja

delavnica: november

Zdravstveni sistem je sestavljen iz kompleksnega prepletanja ustaljenih procesov, ki vodijo naš miselni proces po ustaljenih poteh razmišljanja. Takšen način dela lahko zmanjša število napak, a hkrati zavira nove in drugačne miselne procese. Na delavnici bomo skušali stopiti iz ustaljenih poti in s konkretnimi nalogami skočiti iz okvirov običajnega. Spoznali se bomo z osnovnimi koncepti kreativnosti ter principi ustvarjalnosti, s katerimi si lahko popestrimo vsakdan ter izboljšamo delovni proces.

Izvajalci: Zavod Medicinski trenerji; Luka Kovač, dr. med., Andrej Martin Vujkovic, abs. med.

Odpredavaj kot se šika! – Delavnica javnega nastopanja

delavnica: november

V medicini se nenehno srečujemo v situacijah, ko se je treba javno izpostaviti. To se lahko zgodi na jutranjem reportu ali na strokovnem srečanju.

Povsod nas lahko hkrati spremlja tudi trema, ki jo moramo znati uporabiti v svojo korist. Na delavnici se bomo naučili, kako pripraviti in izvesti dober javni nastop, kje so skrite zanke in kako se soočiti s tremo. S pomočjo analize posnetkov bo vsak imel priložnosti videti svoj nastop in ga narediti še boljšega.

Izvajalci: Zavod Medicinski trenerji; Luka Vitez, dr. med., Luka Kovač, dr. med., Andrej Martin Vujkovic, abs. med.

Podroben program in **prijavnico** najdete na spletni strani zbornice:

<http://domusmedica.si/dogodki>

Dodatne informacije: Mojca Vrečar,
E: mic@zss-mcs.si, T: 01 30 72 191.

Učinkovito reševanje konfliktov

seminar: november

V življenju je vse več pritiskov in nestrpnosti med ljudmi. Kako naj v »ponorelem svetu« ohranimo svoj duševni mir in smo ob tem učinkoviti tako v službi kot v družini? Ali je to sploh še mogoče?

Seveda je. Največ energije nam poberejo nerazrešeni konflikti! Tisti, ki jih rešimo, so sicer naporni, ko jih razrešujemo, potem pa imamo mir in čas za druge zadeve. Nerazrešeni konflikti pa ostajajo z nami tudi ponoči in še dneve (tedne in celo mesece) po tistem, ko se je stresna situacija zgodila.

Na seminarju boste pridobili orodja, s pomočjo katerih boste bolj učinkoviti pri obvladovanju konfliktnih situacij.

Izvajalka: Metka Komar, univ. dipl. ekon.

1.–31. • VSEPRISOTNA FARMAKOGENETIKA (spletno izobraževanje)

kraj: spletno izobraževanje Doctrina: <https://si.doctrina.biz/zdravniki> **št. udeležencev:** ni omejeno **kotizacija:** kotizacije ni za uporabnike portala Doctrina.si **k. točke:** 0,7

vsebina: Strokovno spletno video izobraževanje je namenjeno vsem zdravnikom. Opisuje projekt, katerega cilj je učinkovita optimizacija zdravljenja za vsakogar. Predstavlja koncept personalizirane medicine in preemptivnega farmakogenomskega testiranja ter pojasnjuje, kako bo uporaben v praksi. Vabljeni k ogledu in komentiranju izobraževanja: <https://siapp.doctrina.biz/izobrazevanja>.

organizator: Doctrina, izobraževanje, d. o. o., prof. dr. Vita Dolžan, dr. med., vodja laboratorija za farmakogenetiko, Inštitut za biokemijo, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani

prijave, informacije: prijave: izobraževanje je dostopno uporabnikom portala Doctrina, več na E: info@si.doctrina.biz in T: 080 5007, informacije: Barbara Matijašič, T: 080 5007, E: barbara.matijasic@doctrina.biz

1.–31. • ZGODNJE PREPOZNAVANJE MULTIPLE SKLEROZE (spletno izobraževanje)

kraj: spletno izobraževanje Doctrina: <https://si.doctrina.biz/zdravniki> **št. udeležencev:** ni omejeno **kotizacija:** kotizacije ni za uporabnike portala Doctrina.si **k. točke:** 1

vsebina: Doctrina prinaša strokovno spletno video izobraževanje nevrologinje prim. Beatrike Končan Vračko o prepoznavanju, zgodnjih znakih ter prevalenci multiple skleroze. Namenjeno je specialistom splošne in družinske medicine. Vabljeni k ogledu in komentiranju izobraževanja: <https://si.doctrina.biz/zdravniki>.

organizator: Doctrina, izobraževanje, d. o. o., prim. Beatrika Končan Vračko, spec. nevrologije in predsednica medicinskega posvetovalnega organa Združenja multiple skleroze Slovenije

prijave, informacije: prijave: izobraževanje je dostopno uporabnikom portala Doctrina, več na E: info@si.doctrina.biz in T: 080 5007, informacije: Barbara Matijašič, T: 080 5007, E: barbara.matijasic@doctrina.biz

1.–31. • ZUNAJTELESNA OPLODITEV (spletno izobraževanje)

kraj: spletno izobraževanje Doctrina: <https://si.doctrina.biz/zdravniki> **št. udeležencev:** ni omejeno **kotizacija:** kotizacije ni za uporabnike portala Doctrina.si **k. točke:** 0,7

vsebina: Doctrina prinaša strokovno spletno video izobraževanje skupine zdravnikov z oddelka za reproduktivno medicino UKC Maribor pod vodstvom izr. prof. dr. Milana Reljiča o zunajtelesni oploditvi (razvoj postopkov, indikacije, potek postopkov, zapleti in uspešnost). Izobraževanje je namenjeno specialistom ginekologije. Vabljeni k ogledu in komentiranju izobraževanja: <https://si.doctrina.biz/zdravniki>.

organizator: Doctrina, izobraževanje, d. o. o., izr. prof. dr. Milan Reljič, dr. med., Polona Kores Testen, dr. med., doc. Vilma Kovač, dr. med., Oddelek za reproduktivno medicino UKC Maribor

prijave, informacije: prijave: izobraževanje je dostopno uporabnikom portala Doctrina, več na E: info@si.doctrina.biz in T: 080 5007, informacije: Barbara Matijašič, T: 080 5007, E: barbara.matijasic@doctrina.biz

1. 10. 2017–4. 7. 2018 • SPLETNO IZOBRAŽEVANJE NA TEMO HEMEROIDOV

kraj: spletno izobraževanje FarmaPro, W: www.farmapro.si	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni za uporabnike portala FarmaPro	k. točke: ***
vsebina: Spletno izobraževanje je namenjeno specialistom splošne in družinske medicine. V izobraževanju so predstavljeni vzroki za nastanek hemeroidov, prepoznavanje ter načini zdravljenja hemeroidov.	organizator: Uredništvo FarmaPro, Dušan Baraga, dr. med., spec. spl. med., ZD Cerknica, Zdravstvena enota Stari trg	prijave, informacije: prijave: izobraževanje je dostopno registriranim uporabnikom portala FarmaPro, W: www.farmapro.si , informacije: E: info@farmapro.si	

2.–31. • HRAMBA GENETSKEGA MATERIALA ZA OHRANJANJE PLODNOSTI PRI ONKOLOŠKIH BOLNIKI (spletno izobraževanje)

kraj: spletno izobraževanje Doctrina: https://si.doctrina.biz/zdravniki	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni za uporabnike portala Doctrina.si	k. točke: 1
vsebina: Doctrina prinaša strokovno spletno video izobraževanje prof. dr. Ede Vrtačnik Bokal, dr. med., o hrambi genetskega materiala za ohranjanje plodnosti pri onkoloških bolnikih. Izobraževanje je namenjeno specialistom ginekologije. Vabljeni k ogledu in komentiranju izobraževanja: https://si.doctrina.biz/zdravniki .	organizator: Doctrina, izobraževanje, d. o. o., prof. dr. Ede Vrtačnik Bokal, dr. med., Ginekološka klinika, predstojnica KO za reprodukcijo	prijave, informacije: prijave: izobraževanje je dostopno uporabnikom portala Doctrina, več na E: info@si.doctrina.biz in T: 080 5007, informacije: Barbara Matijašič, T: 080 5007, E: barbara.matijasic@doctrina.biz	

2. 10.–1. 12. 2017 ob 20.00 • ONLINE KLINIČNI PRIMERI – DELAVNICE

kraj: spletna konferenčna soba Viverius IRDZ	št. udeležencev: do 80 (16 delavnic po 5 udeležencev)	kotizacija: 120 EUR, otvoritveni, paketni in skupinski popusti, za več informacij nam pišite. DDV se ne obračuna.	k. točke: ***
vsebina: Delavnice so namenjene zdravnikom specializantom vseh strok in specialistom družinske medicine. Projekt sestavljajo spletne konferenčne delavnice z obdelavo resničnih kliničnih primerov s primarne ravni z izkušenimi mentorji po priznanih kriterijih. Cilj delavnic je izboljšana obravnava bolnikov in hitrejše pravilno klinično odločanje pri terapiji in diagnostiki. Udeleženci z mentorjem rešujejo realistične primere, ki prikazujejo omejitve dela v ambulanti in na terenu. Delavnice omogočajo časovno in logistično nezahtevno udeležbo na kakovostnem medicinskem izobraževanju, saj termin udeleženci izberejo ob prijavi in je izven delovnega časa.	organizator: Viverius, Inštitut za razvoj digitalnega zdravja, Prevalje, asist. Zdenka Koželj Rekanovič, dr. med., spec. spl. med.	prijave, informacije: prijave: E: info@viverius.com , informacije: organizacijski odbor Viverius Izobraževanj, T: 041 644 890, E: info@viverius.com , W: www.viverius-education.com	

5. ob 8.00 • DELAVNICA: ULTRAZVOK PRSNEGA KOŠA – KAJ MORA ZNATI VSAK ZDRAVNIK V URGENTNI AMBULANTI

kraj: GOLNIK, Klinika Golnik, Vurnikova predavalnica	št. udeležencev: 20	kotizacija: 122 EU (DDV vključen)	k. točke: 4
vsebina: Delavnica je namenjena zdravnikom v urgentnih ambulantah, specialistom interne medicine, pulmologije in anesteziologije, družinskim zdravnikom. (Teme: Prsni koš - pristop k bolniku z dispnejo, UZ dihalne poti, Žile in trebuh - FAST/pristop k šokiranemu bolniku, Srce - stanje volemije in srčna funkcija.)	organizator: Klinika Golnik, prim. asist. dr. Robert Marčun, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: www.klinika-golnik.si , informacije: Irena Dolhar, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	

6. • OD KRITIČNE ISHEMIJE DO AMPUTACIJE IN REHABILITACIJE PACIENTOV PO AMPUTACIJI SPODNJEGA UDA

kraj: LJUBLJANA, URI Soča	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 75 EUR z DDV	k. točke: 6
vsebina: Strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom različnih specialnosti, medicinskim sestram, fizioterapevtom in delovnim terapevtom, zdravstvenim sodelavcem in drugim strokovnjakom, ki jih področje zanima.	organizator: URI Soča	prijave, informacije: Vesna Grabljevec, URI Soča, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, E: vesna.grabljevec@ir-rs.si , T: 01 475 82 43	

6. ob 9.00 • STRES, IZGOREVANJE ZDRAVSTVENEGA OSEBJA IN ZAŠČITA

kraj: MARIBOR, Medicinska fakulteta UM, Avditorij MF	št. udeležencev: 100	kotizacija: 80 EUR zgodnje prijave (do 1. 9. 2017), 100 EUR kasnejše prijave (po 1. 9. 2017) (vključen DDV)	k. točke: 7
vsebina: mednarodna konferenca pod pokroviteljstvom Ministrstva za zdravje RS	organizator: Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta	prijave, informacije: informacije: Romana Grajner, T: 02 234 58 26, E: romana.grajner@um.si , W: http://www.mf.uni-mb.si/si/oglasna-deska/ucne-delavnice	

6.–7. • ARITMIJE/PACING 2017

kraj: BRDO PRI KRANJU, Kongresni center, Predoslje 39	št. udeležencev: 6. 10. – 160 udeležencev, 7. 10. – neomejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: 6. Znanstveno-strokovno srečanje o elektrostimulaciji srca in motnjah srčnega ritma z mednarodno udeležbo, novosti s področja elektrostimulacije srca, defibrilacije, srčne resinhronizacije in srčnega popuščanja ter zdravljenja aritmij z zdravili ali ablacijo	organizator: UKC Ljubljana, Klinični oddelek za kardiologijo v sodelovanju z Združenjem kardiologov Slovenije	prijave, informacije: E: info@aritmije-pacing.si , W: www.aritmije-pacing.si , Združenje kardiologov Slovenije, T: 01 434 21 00, E: sasa.radelj@sicardio.org	

6.–7. • VII. KONGRES ŠOLSKE, ŠTUDENTSKE IN ADOLESCENTNE MEDICINE: ZDRAVJE ŠOLARJEV IN MLADOSTNIKOV V LUČI PASTI SODOBNEGA ŽIVLJENJA in XI. CVAHTETOV DNEVI JAVNEGA ZDRAVJA: ETIČNI IN PRAVNI VIDIKI JAVNEGA ZDRAVJA

kraj: PORTOROŽ, Hotel Bernardin	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 200 EUR do 30. 6., za en dan 150 EUR, 250 EUR po 30. 6., kotizacije ni za upokojene zdravnike in študente	k. točke: 12
vsebina: Strokovno srečanje je namenjeno spec. šolske medicine, pediatrom, spec. javnega zdravja, spec. splošne in družinske medicine ter vsem, ki jih teme zanimajo.	organizator: Sekcija za šolsko, študentsko in adolescentno medicino in Medicinska fakulteta UL, Katedra za javno zdravje	prijave, informacije: prijave. W: www.sssam-kongres2017.si , informacije: dr. Mojca Juričič, dr. med., spec., E: mojca.juricic@mf.uni-lj.si , Breda Prunk Franetič dr. med., spec., E: breda.franetic-prunk@mzl-rks.si	

6.–7. ob 8.15 • 6. TEČAJ POTOVALNE MEDICINE

kraj: LJUBLJANA, UKC, predavalnica I, Zaloška cesta 7	št. udeležencev: 100–150	kotizacija: 25 EUR sekundariji/specializanti, 25 EUR medicinske sestre, 50 EUR zdravniki (DDV ni vključen v ceno), kotizacije ni za študente, pripravnike in brezposelne zdravnike	k. točke: 12
vsebina: Simpozij je namenjen specialistom in specializantom družinske medicine, infektologije, interne medicine, epidemiologom in vsem ostalim, ki se srečujejo s popotniki – tako pred odhodom kot po vrnitvi.	organizator: Sekcija za tropsko in potovalno medicino SZD, Katedra za infekcijske bolezni in epidemiologijo, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, asist. mag. Tadeja Kotar, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Tajništvo Klinike za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Japljeva ulica 2, 1525 Ljubljana, informacije: Simona Rojs, T: 01 522 13 52, F: 01 522 24 56, E: simona.rojs@kclj.si	

6.–7. ob 9.00 • KONGRESNI DEL 15. GOLNIŠKEGA SIMPOZIJA

kraj: BLEDE, Hotel Golf	št. udeležencev: 120	kotizacija: 122 EUR (DDV vključen)	k. točke: 9
vsebina: Dogodek je namenjen zdravnikom pulmologom, internistom, imunologom, družinskim zdravnikom. Teme: Fiziologija dihanja, Operabilni pljučni rak, KOPB GOLD, Interventna pulmologija, Biološka terapija v pulmologiji in alergologiji, Alergija.	organizator: Klinika Golnik, prof. Mitja Košnik, dr. med.	prijave, informacije: prijave: www.klinika-golnik.si , informacije: Irena Dolhar, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	

6.–7. ob 12.00 • REDNI STROKOVNI SESTANEK ZDRUŽENJA HEMATOLOGOV SLOVENIJE SZD

kraj: PODČETRTEK, Terme Olimia, Hotel Sotelia	št. udeležencev: 60	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 8,5
vsebina: Sestanek je namenjen specialistom in specializantom hematologije, interne medicine, onkologije, pediatrije, revmatologije in transfuzijske medicine. Sekcijski sestanek: Krvna slika pri revmatološkem bolniku, Oglad posterjev s predstavitvijo avtorjev, Prehrana pri bolnikih s krvnimi obolenji, Diagnostični algoritem pri KLL (sodelujejo predavatelji iz Slovenije, Nemčije, Francije).	organizator: Združenje hematologov Slovenije SZD, dr. Matevž Škerget, dr. med.	prijave, informacije: prijave ob registraciji, informacije: dr. Matevž Škerget, dr. med., T: 01 522 13 65	

6.–7. ob 12.00 • STROKOVNI SESTANEK ZDRUŽENJA ZA TRANSFUZIJSKO MEDICINO PRI SZD

kraj: PODČETRTEK, Kongresni center Olimia	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 120 EUR, člani ZTMS (SZD) 120 EUR, nečlani: 160 EUR, kotizacije ni za specializante, upokojene zdravnike, vabljeni predavatelji	k. točke: 10
vsebina: Transplantacija KMC in vloga darovalca, Hemovigilanca in kakovost, Predstavitev zanimivosti iz prakse.	organizator: Združenje za transfuzijsko medicino Slovenije – SZD	prijave, informacije: informacije: Zoran Bolta, T: 030 203 001, E: zoran.bolta@guest.arnes.si	

6.–8. ob 13.00 • 5. MEDNARODNO SREČANJE REGIONALNIH TOP 40 EKSPERTOV S PODROČJA UROGINEKOLOGIJE IN GINEKOLOŠKE UROLOGIJE

kraj: BOHINJSKA BISTRICA, ECO hotel Bohinj, Triglavska cesta 17	št. udeležencev: do 100	kotizacija: zdravniki 180 EUR z DDV, fizioterapevti in ostali 120 EUR z DDV, delavnice 50 EUR z DDV	k. točke: 14
vsebina: kongres je namenjen vsem ginekologom in urologom	organizator: UKC Maribor, Klinika za ginekologijo in perinatologijo, Oddelek za splošno ginekologijo in ginekološko urologijo, Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru, prof. dr. Igor But, dr. med., svet.		prijave, informacije: prijave: www.ukc-mb.si , informacije: Slavica Keršič, T: 02 321 29 40, GSM: 051 420 741

9.–10. ob 16.00 • UVOD V LOGOTERAPIJO

kraj: SLOVENSKE KONJICE	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: ni podatka	k. točke: ***
vsebina: izobraževanje iz logoterapije	organizator: Zavod Žički tabor za duhovno rast		prijave, informacije: informacije: Cvijeta Pahljina, dr. med., E: cvijeta.pahljina@gmail.com , T: 070 707 340

10. • VODENJE ZDRAVNIŠKIH TIMOV

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska c. 162	št. udeležencev: 12	kotizacija: 120 EUR	k. točke: 6
vsebina: Na seminarju boste dobili odgovore na vprašanja, kako v praksi sočasno voditi time (projekte) in vsakodnevne rutinske naloge (proces), kako uvajamo spremembe, da jih sodelavci sprejmejo za svoje in jih izvedejo, kako iz delovne skupine ustvarimo zmogovit tim. Cilj seminarja je tudi prepoznavanje in uporaba različnih slogov vodenja: »Vsakega človeka v vsaki situaciji vodim drugače«.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije		prijave, informacije: prijave: W: http://www.domusmedica.si , informacije: Mojca Vrečar, E: mojca.vrecar@zzs-mcs.si

10. ob 12.00 • KRITIČNO VREDNOTENJE STROKOVNIH ČLANKOV

kraj: MARIBOR, UKC Maribor, 16. nadstropje, velika predavalnica	št. udeležencev: do 100	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 5,5
vsebina: Seminar je namenjen revmatologom, kardiologom, pulmologom, okulistom, nevrologom, dermatologom	organizator: UKC Maribor, Oddelek za nevrološke bolezni, Jožef Magdič, dr. med.		prijave, informacije: prijave: www.ukc-mb.si , informacije: Slavica Keršič, T: 02 321 29 40, GSM: 051 420 741

12. ob 9.00 • DELAVNICA: INTERSTICIJSKA PLJUČNICA Z AVTOIMUNIMI ZNAČILNOSTMI

kraj: GOLNIK, Klinika Golnik, Vurnikova predavalnica	št. udeležencev: 40	kotizacija: 122 EUR (DDV vključen)	k. točke: 6
vsebina: Delavnica je namenjena specialistom in specializantom interne medicine, pulmologije. Klinična predstavitev intersticijske pljučnice z avtoimunimi značilnostmi, sistemska bolezen veziva v razvoju s primarno pljučno prizadetostjo, radiološke posebnosti intersticijske pljučnice z avtoimunimi značilnostmi, serološka diagnostika, predstavitev primerov.	organizator: Klinika Golnik, prim. Katarina Osolnik, dr. med.		prijave, informacije: prijave: W: www.klinika-golnik.si , informacije: Irena Dolhar, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si

13. ob 8.00 • 7. SIMPOZIJ SLOVENSKE MEDICINSKE GENETIKE

kraj: LJUBLJANA, UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, stara porodnišnica, predavalnica v pritličju	št. udeležencev: 70	kotizacija: 50 EUR (+DDV) za člane ZMG, 75 EUR (+DDV) za nečlane ZMG	k. točke: 8
vsebina: V zadnjih letih so preiskave s tehniko sekvenciranja nove generacije pridobile pomembno mesto v klinični diagnostiki genetskih bolezni in omogočile postavitve vzročne genetske diagnoze številnim bolnikom. Ob uvedbi nove metode pa se zdravniki in laboratorijski strokovnjaki srečujejo tudi s številnimi izzivi, ki bodo predstavljeni na letošnjem simpoziju.	organizator: UKC Ljubljana, Klinični inštitut za medicinsko genetiko		prijave, informacije: Karin Writzl, 01 522 60 31, E: karinwritzl@gmail.com , W: http://www.szdsi/dogodki/2017/08/07/608-7-Simpozij-slovenske-medicinske-genetike

13. ob 8.00 • ŠOLA O GINEKOLOŠKEM RAKU – RAK ZUNANJEGA SPOLOVILA

kraj: LJUBLJANA, Onkološki inštitut, predavalnica stavbe C	št. udeležencev: 130	kotizacija: 80 EUR	k. točke: 5,5
vsebina: Šola je namenjena ginekologom, internističnim onkologom, radioterapevtom, patologom, družinskim zdravnikom, radiologom (diagnostika in terapija raka zunanjega spolovila).	organizator: Združenje za radioterapijo in onkologijo SZD, Sekcija internistične onkologije SZD, Onkološki inštitut Ljubljana, asist. dr. Sebastjan Merlo, dr. med., asist. dr. Barbara Šegedin, dr. med.		prijave, informacije: E: RecepcijaTRT@onko-i.si , Sabina Lovšin

13. ob 8.30 • ŠOLA PREVENTIVE IN SODOBNEGA ZDRAVLJENJA V GINEKOLOGIJI 2017

kraj: DOBRNA	št. udeležencev: 60 na termin	kotizacija: 90 EUR, kotizacije ni za upokojence, specializante	k. točke: 8
vsebina: Predavanja in popoldanske delavnice so namenjeni specialistom in specializantom ginekologije in porodništva ter splošne/družinske medicine.	organizator: Slovensko menopavzno društvo in Združenje za ambulantno ginekologijo, prim. Lucija Vrabič Dežman		prijave, informacije: prijave: E: prijava.sola@gmail.com ali Celzija, d.o.o., Celestinova 1, 1000 Ljubljana, s pripisom »Šola preventive«, informacije: Darja Jovanov, T: 040 42 00 13 ali 01 563 15 91, E: prijava.sola@gmail.com

13. ob 9.00 • NUJNA STANJA V PSIHIATRIJI

kraj: VOJNIK, Psihiatrična bolnišnica Vojnik, Celjska cesta 37	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: ni podatka	k. točke: 4
vsebina: strokovno izpopolnjevanje	organizator: Psihiatrična bolnišnica Vojnik	prijave, informacije: Sinatra Gračnar, T: 03 780 02 20, E: sinatra.gracnar@pb-vojniki.si	

13. • 1. MEDNARODNI KONGRES ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE

kraj: MARIBOR, UKC Maribor, predavalnica Kirurške klinike, 16. nadstropje	št. udeležencev: 100	kotizacija: 50 EUR	k. točke: 6
vsebina: kongres	organizator: UKC Maribor	prijave, informacije: informacije: Slavica Keršič, T: 02 321 29 40, E: slavica.kersic@ukc-mb.si	

13. • INTERNISTIČNI BOLNIK V REHABILITACIJI (REHABILITACIJA GIBALNO OVIRANIH S SOČASNIMI INTERNISTIČNIMI OBOLENJI)

kraj: LJUBLJANA, URI Soča	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 60 EUR z DDV	k. točke: 6
vsebina: Srečanje je namenjeno specialistom in specializantom fizikalne in rehabilitacijske medicine, družinske in interne medicine, fizioterapevtom in delovnim terapevtom ter drugim strokovnjakom, ki delajo na rehabilitacijskih oddelkih, v zdraviliščih, bolnišnicah ali na primarni ravni.	organizator: URI Soča	prijave, informacije: Vesna Grabljevec, URI Soča, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, E: vesna.grabljevec@ir-rs.si , T: 01 475 82 43	

13.–14. ob 8.00 • 29. STROKOVNI SESTANEK ZDRUŽENJA INTERNISTOV SZD: INTERNA MEDICINA 2017

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 200	kotizacija: 180 EUR + DDV, po 15. septembru 200 EUR + DDV, kotizacije ni za upokojene zdravnike interne medicine	k. točke: 13
vsebina: Strokovni sestaneke in predavanja o novejših dosežkih v interni medicini so namenjeni specialistom internistom, zdravnikom družinske medicine.	organizator: Združenje internistov Slovenije, prim. Primož Vidali, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Združenje internistov SZD, Računovodstvo, Dunajska cesta 162, 1000 Ljubljana, informacije: prim. Primož Vidali, dr. med., T: 031 369 711, E: Pvidali@siol.net , program na spletni strani www.zis-szd.si	

13.–14. ob 9.00 • DOPOLNJUJOČE PSIHOTERAPEVTSKE TEHNIKE

kraj: RADENCI, Hotel Radin	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 180 EUR (kotizacija vključuje predavanja, zbornik povzetkov, udeležbo na diskusijskih skupinah, napitke med odmori, petkovo kosilo in družabni večer z večerjo)	k. točke: 9
vsebina: Na srečanju bosta predstavljeni muzikoterapija, kjer je kot način izražanja uporabljena glasba, in likovna terapija, pri kateri je osnovno »orodje« likovno ustvarjanje. Predstavljena bo tudi psihodrama, pri kateri se preko igranja vlog in situacij posameznik sooča s svojimi stiskami, čustvi, jih prepozna.	organizator: Združenje psihoterapevtov Slovenije SZD	prijave, informacije: informacije: Marjana Arzenšek, T: 041 797 299, E: marjanaarzensek@gmail.com , W: www.zpsi.si	

13.–14. • 22. SIMPOZIJ SEKCIJE ZA STOMATOLOŠKO PROTETIKO: SODOBNA FIKSNO- IN SNEMNOPROTETIČNA OSKRBA KORAK ZA KORAKOM

kraj: BRDO PRI KRANJU, Kongresno središče	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: za zobozdravnike 290 EUR (po 30. septembru 330 EUR), za zobotehnike in ostale zobozdravstvene delavce 190 EUR (po 30. septembru 220 EUR)	k. točke: 14
vsebina: Največji strokovni dogodek s področja stomatološke protetike letos v Sloveniji. Vabilo zobozdravnikom za pasivno udeležbo ali za aktivno udeležbo s posterjem, opis brezplačnih praktičnih delavnic in seznam predavanj so dosegljivi na: http://www.proteticna-sekcija.si/vabilo.html	organizator: Sekcija za stomatološko protetiko pri Slovenskem zdravniškem društvu	prijave, informacije: E-prijavnica: https://www.eventer.si/registrations/cf6e9c5d-88b1-4c5d-a654-d273607d442e#/home informacije: Ksenija Blažič iz podjetja Albatros, d.o.o., T: 04 57 80 358, E: ksenija@albatros-bleed.com	

13.–14. ob 13.00 • 6. OSTEOLOŠKI DNEVI

kraj: MARIBOR, Medicinska fakulteta UM, Avditorij MF, Taborska ulica 8	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 100 EUR, plačila kotizacije so oproščeni upokojeni, študenti MF, specializanti	k. točke: 10
vsebina: strokovno srečanje	organizator: Združenje kirurgov Slovenije pri SZD	prijave, informacije: prijave: W: www.ukc-mb.si , informacije: prim. Miro Čokolič, dr. med., T: 031 313 929, E: miro.cokolic@ukc-mb.si	

14. ob 9.00 • 1. ONKO-NEFROLOŠKA ŠOLA

kraj: LJUBLJANA, predavalnica stavbe C, Onkološki inštitut	št. udeležencev: 60	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 5
vsebina: Podiplomsko izobraževanje je namenjeno družinskim zdravnikom, specializantom različnih strok, vsem zdravnikom, ki se v vsakodnevni praksi srečujejo z onkološkimi bolniki.	organizator: Sekcija internistične onkologije pri SZD, Onkološki inštitut, Katedra za onkologijo, mag. Tomaž Milanez, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: Ikristan@onko-i.si , informacije: T: 01 587 92 82	

14. ob 11.00 • 36. ZDRAVNIŠKI TEK MATIJE HORVATA NA ROŽNIK

kraj: LJUBLJANA, Tivoli (zraven bazena po poti na Rožnik, Koslerjeva dvorana, Pivovarna Union)	št. udeležencev: 50	kotizacija: 10 EUR, za upokojene in študente kotizacije ni, za družine popust	k. točke: ***
vsebina: tek za zdravnike in stomatologe na 7500 m moški in 6000 m ženske in predavanje dr. Dušana Nolimola: Tekiška vznesenost	organizator: Medicus, zdravniško športno društvo, Bojan Knap	prijave, informacije: prijave: E: knap.j.bojan@gmail.com , informacije: Bojan Knap, T: 031 228 999	

18. ob 18.00 • OPTIMALNA OBRAVNAVA KARDIOLOŠKEGA BOLNIKA (EKG-DELAVNICA, DELAVNICA ANTIAGREGACIJSKE IN ANTIKOAGULANTNE TERAPIJE)

kraj: MARIBOR, Hotel Piramida	št. udeležencev: do 40	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Učna delavnica je namenjena zdravnikom pripravnikom, specializantom interne medicine, specializantom in specialistom družinske medicine.	organizator: UKC Maribor, Klinika za interno medicino, Oddelek za kardiologijo in angiologijo, doc. dr. Franjo Naji, dr. med.	prijave, informacije: prijave: www.ukc-mb.si , informacije: Slavica Keršič, T: 02 321 29 40, GSM: 051 420 741	

18.–20. ob 13.00 • 6. INTENZIVNI TEČAJ S PODROČJA PRIDOBIVANJA IN PRESADITVE ORGANOV TPM

kraj: LOGARSKA DOLINA, Hotel Plesnik	št. udeležencev: 32	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 12
vsebina: tečaj	organizator: Slovenija-transplant	prijave, informacije: informacije: Barbara Uštar, T: 01 300 68 60, E: barbara.ustar@slovenija-transplant.si , W: www.slovenija-transplant.si	

19. ob 9.00 • XXV. SEMINAR »IN MEMORIAM DR. DUŠANA REJE«: KAJENJE IN ZDRAVJE – NIKOLI KONČANA ZGODBA

kraj: LJUBLJANA, Onkološki inštitut, predavalnica, stavba C, Zaloška cesta 2	št. udeležencev: 120	kotizacija: 50 EUR	k. točke: 5
vsebina: Seminar je namenjen zdravnikom, drugim zdravstvenim delavcem, predavateljem zdravstvene vzgoje, študentom medicine.	organizator: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, dr. Maja Primic Žakelj, dr. med., predsednica	prijave, informacije: prijave: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, Trubarjeva 76 a, 1000 Ljubljana, E: info@protiraku.si , informacije: Amalija Zdešar, T: 01 430 97 80, GSM: 051 267 332, E: info@protiraku.si	

19. • KAKO REČEM NE BREZ OBČUTKA KRIVDE

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 12	kotizacija: 120 EUR	k. točke: 6
vsebina: Na seminarju se bomo seznanili (in vadili) večine prepoznavanja in zadovoljevanja svojih čustvenih potreb. Naučili se bomo asertivno izraziti svoje potrebe in vztrajati pri njihovi uresničitvi.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: www.domusmedica.si , informacije: Mojca Vrečar, E: mojca.vrecar@zss-mcs.si	

19. ob 15.30 • 2. KONFERENCA: NOVOSTI V OBRAVNAVI BRCA-POZITIVNEGA RAKA JAJČNIKOV IN DOJK

kraj: LJUBLJANA, Hotel Union, Srebrni salon	št. udeležencev: 80	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 3,5
vsebina: strokovno srečanje o novostih v obravnavi BRCA-pozitivnega raka dojk in jajčnikov je namenjeno onkologom, genetikom, ginekologom	organizator: Onkološki inštitut Ljubljana, Združenje za senologijo pri SZD, dr. Simona Borštnar, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Onkološki inštitut Ljubljana, Enota za raziskovanje in izobraževanje (Zvezdana Vukmirovič), Zaloška 2, 1000 Ljubljana, informacije: Zvezdana Vukmirovič, mag. posl. ved, T: 01 58 79 495, E: zvukmirovic@onko-i.si	

20. ob 8.30 • 2. GINEKOLOŠKO SREČANJE »OBRAVNAVA NA SEKUNDARNEM NIVOJU«

kraj: PTUJ, Grand hotel Primus	št. udeležencev: 100	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 6
vsebina: Strokovno srečanje je namenjeno specialistom in specializantom ginekologije s porodništvom, babicam.	organizator: Ginekološko-porodni oddelek Splošne bolnišnice dr. Jožeta Potrča Ptuj, Petra Krajnc, dr. med., spec., Damijana Bosilj, dr. med., spec.	prijave, informacije: prijave preko spletne strani ZSS http://www.domusmedica.si , informacije: mag. Petra Krajnc, dr. med., spec., Tatjana Žveglja, T: 02 749 14 62, E: tatjana.zveglja@sb-ptuj.si	

20. ob 8.30 • 7. ŠOLA TUMORJEV PREBAVIL

kraj: LJUBLJANA, Onkološki inštitut, predavalnica, stavba C	št. udeležencev: 80	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: šola	organizator: Onkološki inštitut Ljubljana	prijave, informacije: informacije: Lidija Kristan, T: 01 587 92 82, E: lkristan@onko-i.si , W: https://www.onko-i.si/	

20.–21. ob 8.00 • 9. KONFERENCA O DEMENCI ASK 2017 »ZA DEMENCI PRIJAZNO DRUŽBO«

kraj: ČATEŽ, Terme Čatež	št. udeležencev: 300	kotizacija: 200 EUR, kotizacije ni za osebe z demenco in spremljevalce, študente, specializante in sobne zdravnike s prispevkom (ob zgodnji prijavi)	k. točke: v postopku
vsebina: Združenje Spominčica ob 20. obletnici delovanja organizira mednarodno konferenco o demenci. Predavali bodo domači in tuji strokovnjaki iz priznanih svetovnih organizacij ADI, Alzheimer Europe... Program vključuje strokovna srečanja in delavnice ter predstavitev dobrih praks doma in iz sveta. Srečanje je namenjeno stroki: zdravnikom, specialistom, zdravstvenemu osebju, študentom medicine, socialnim delavcem, direktorjem domov, svojcem bolnikov in osebam z demenco.	organizator: Spominčica – Alzheimer Slovenija – Slovensko združenje za pomoč pri demenci, Štefanija L. Zlobec, predsednica	prijave, informacije: prijave: E: demenca16@spomincica.si , informacije: Štefanija L. Zlobec, predsednica, David Krivec, generalni sekretar, T: 01 256 51 11, E: info@spomincica.si , W: www.spomincica.si	

20.–21. ob 8.15 • TEČAJ INHALACIJSKE SEDACIJE – ANKSIOLIZE – Z DIDUŠKOVIM OKSIDOM IN KISIKOM (N₂O/O₂)

kraj: LJUBLJANA, Stomatološka klinika, Hrvatski trg 6, in Medicinska fakulteta, Korytkova 2	št. udeležencev: 20	kotizacija: zobozdravniki: 400 + DDV do vključno 29. 9. 2017, 450 EUR + DDV od 30. 9. 2017 dalje, medicinske sestre: 150 EUR + DDV do vključno 29. 9. 2017, od 30. 9. 2017 dalje 200 EUR + DDV	k. točke: v postopku
vsebina: tečaj	organizator: Medicinska fakulteta, Katedra za otroško in preventivno zobozdravstvo	prijave, informacije: informacije: Sonja Leben, T: 01 522 43 71, E: sonja.leben@mf.uni-lj.si , W: http://www.mf.uni-lj.si/kopz/tecaj	

20.–21. ob 8.30 • INFEKTOLOŠKI SIMPOZIJ 2017: STOPENJSKA DIAGNOSTIKA IN ZDRAVLJENJE POGOSTIH OKUŽB

kraj: LJUBLJANA, UKC, predavalnica I, Zaloška cesta 7	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 130 EUR (DDV ni vključen v ceno)	k. točke: v postopku
vsebina: Simpozij je namenjen vsem zdravnikom.	organizator: Sekcija za protimikrobno zdravljenje SZD, Katedra za infekcijske bolezni in epidemiologijo, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, prof. dr. Bojana Beović, dr. med., v. svet.	prijave, informacije: prijave: Tajništvo Klinike za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Japljeva ulica 2, 1525 Ljubljana, informacije: Simona Rojs, T: 01 522 13 52, F: 01 522 24 56, E: simona.rojs@klj.si	

20.–21. ob 8.30 • 19. FAJDIGOVI DNEVI

kraj: KRANJSKA GORA, Hotel Kompas	št. udeležencev: 200	kotizacija: petek in sobota 150 EUR, enodnevna kotizacija petek 110 EUR, sobota 55 EUR	k. točke: 8
vsebina: Srečanje je namenjeno strokovni javnosti. Namen srečanja je seznaniti se z novostmi na področju diagnostike in zdravljenja najpogostejših bolezni, s katerimi se srečujemo na primarni ravni.	organizator: ZZDM, ZRDM, OZG, Aleksander Stepanović	prijave, informacije: prijave: https://www.e-medicina.si/fajdigovi-dnevi/prijavnica , informacije: Aleksander Stepanović, T: 04 20 82 511, E: aleksander.stepanovic1@guest.arnes.si	

20.–21. ob 9.00 • 154. REDNA LETNA SKUPŠČINA SZD S STANOVSKO IN STROKOVNO TEMO

kraj: LJUBLJANA, Austria trend Hotel	št. udeležencev: 150	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: stanovska tema: Neželeni dogodek – zaplet – strokovna napaka, strokovna tema: Raziskovalno delo vsakega zdravnika v vsakdanji praksi za vse zdravnike in zobozdravnike	organizator: Slovensko zdravniško društvo, doc. dr. Maja Šoštarčič, dr. med., prof. dr. Ksenija Geršak, dr. med.	prijave, informacije: Marija Poredski, SZD, Dunajska c. 162, 1000 Ljubljana, T: 01 43 42 580	

20.–21. ob 9.00 • 6. MEDNARODNI KONGRES ŠPORTNE MEDICINE

kraj: MARIBOR, Medicinska fakulteta, Univerza v Mariboru	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: zdravniki specialisti 200 EUR, ostali 100 EUR, za študente kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: Kongres je namenjen zdravnikom, fizioterapevtom, kondicijskim trenerjem, trenerjem posameznih športnih panog, nutricionistom, športnikom. Glede na aktualno problematiko, v slovenskem in mednarodnem prostoru, bomo podrobno obravnavali športnika mladostnika. Organizirali bomo več učnih delavnic , kjer bodo udeleženci lahko pridobili teoretična in praktična znanja s posameznih področij.		organizator: Inštitut za športno medicino, izr. prof. dr. Matjaž Vogrin, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: info@ism-mb.si , informacije: Nina Greiner, T: 02 234 58 69

20.–22. ob 9.00 • SPREJEMANJE/ZAVRAČANJE – SKUPINSKA ANALITIČNA EKSPLOKACIJA V MALI IN VELIKI SKUPINI PSIHOTERAPIJE

kraj: MORAVSKE TOPLICE, Terme Vivat	št. udeležencev: 100	kotizacija: 220 EUR, 180 EUR za člane SDSA s plačano članarino, 95 EUR za upokojeince in študente	k. točke: 15
vsebina: 11. mednarodna delavnica skupinske analitične psihoterapije	organizator: Slovensko društvo za skupinsko analizo, Center za izvenbolnišnično psihiatrijo	prijave, informacije: informacije: Vladislava Stamos, T: 040 893 673, E: stamosv@siol.net , W: www.sdsa.si	

21. ob 8.30 • TRENING URGENTNIH PORODNIŠKIH STANJ

kraj: LJUBLJANA, Simulacijski center UKC Ljubljana, Zaloška cesta 2	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 220–300 EUR	k. točke: 9
vsebina: izobraževanje	organizator: Združenje za perinatalno medicino SZD	prijave, informacije: informacije: mag. Lili Steblovnik, dr. med., spec. gin in por., E: lili.steblovnik@mf.uni-lj.si	

21. ob 9.00 • VEŠČINE UČINKOVITE OBRAVNAVE ANKSIOZNIH MOTENJ: PANIČNA MOTNJA – OSNOVNE SMERNICE ZA OBRAVNAVO

kraj: LJUBLJANA, Center za psihološko svetovanje Persona, Prušnikova ul. 55	št. udeležencev: 20	kotizacija: 125 EUR, sprotno plačilo na posamezni delavnici	k. točke: 5
vsebina: 2. delavnica	organizator: Persona klinika, d.o.o.	prijave, informacije: informacije: Aleksandra P. Meško, T: 041 339 855, E: info@psihologinja.si , W: www.psihologinja.si	

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

kraj: LJUBLJANA, Seminar I (UKC Ljubljana, Pediatrična klinika, Bohoričeva 20, P2)	št. udeležencev: 10	kotizacija: 220 EUR, kotizacije ni za zaposlene v UKC Ljubljana	k. točke: 7
vsebina: Učna delavnica je namenjena učiteljem in mentorjem vseh poklicev. Pogoji za udeležbo: opravljena TTT1 Osnovna delavnica za usposabljanje mentorjev in učiteljev	organizator: UKC Ljubljana, Meta Vesel Valentičič	prijave, informacije: prijave: E: izobrazevanje@kclj.si , UKC Ljubljana, Služba za izobraževanje, Bohoričeva 28, 1000 Ljubljana, informacije: Tina Kofler, Služba za izobraževanje, T: 01 522 90 22, E: izobrazevanje@kclj.si	

26. • IZZIVI V KRONIČNEM OBDOBJU PO MOŽGANSKI KAPI

kraj: LJUBLJANA, URI Soča	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 60 EUR z DDV	k. točke: v postopku
vsebina: Seminar je namenjen vsem zdravstvenim delavcem in sodelavcem v zdravstvu in socialnem varstvu, ki se pri svojem delu srečujejo s pacienti po možganski kapi: zdravnikom specialistom družinske medicine, nevrologije in drugih specialnosti, diplomiranim medicinskim sestram, zdravstvenim tehnikom, fizioterapevtom, delovnim terapevtom, logopedom, psihologom in drugim.	organizator: URI Soča	prijave, informacije: Vesna Grabljevec, URI Soča, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, E: vesna.grabljevec@ir-rs.si , T: 01 475 82 43	

27. ob 8.00 • 9. ČERNIČEVI DNEVI – SPLOŠNO TVEGANJE ZA KIRURŠKI POSEG

kraj: MARIBOR, UKC, Klinika za kirurgijo (16. nadstropje)	št. udeležencev: 140	kotizacija: 120 EUR, kotizacije ni za študente in upokojeince	k. točke: v postopku
vsebina: simpozij je namenjen zdravnikom kirurgom, zdravnikom splošne medicine in med. dela	organizator: UKC Maribor, prof. dr. Anton Crnjac, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: www.ukc-mb.si (strokovna srečanja), informacije: Rebeka Gerlič, univ. dipl. ekon., T: 02 321 28 13, E: rebeka.gerlic@ukc-mb.si	

8. ob 8.00 • SPOŠTOVANJE BOLNIKOVIH VREDNOT IN CILJEV GLEDE PALIATIVNE OSKRBE

kraj: GOLNIK, Klinika Golnik, Vurnikova predavalnica	št. udeležencev: 100	kotizacija: 61 EUR (DDV vključen)	k. točke: 5
vsebina: Strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom družinske medicine, medicinskim sestram v socialnih zavodih, bolnišnicah, patronažni službi. (Teme: Predstavitev evropskih smernic za vnaprejšnje načrtovanje oskrbe ob koncu življenja, Najnovejši izsledki o učinkih vnaprejšnjega načrtovanja oskrbe ob koncu življenja, Odločanje o vključitvi paliativne oskrbe v obravnavo bolnika in njegovih bližnjih, Pregled podpornih veščin komuniciranja pri vnaprejšnjem načrtovanju oskrbe, Proces priprave načrta za nadaljevanje oskrbe na bolnikovem domu, Vpliv na žalovanje.)	organizator: Klinika Golnik, Urška Lunder, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: www.klinika-golnik.si , informacije: Irena Dolhar, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	

9.–11. • ATLS Provider Course

kraj: SEŽANA, Izobraževalni center za zaščito in reševanje, Bazoviška 13	št. udeležencev: 16	kotizacija: 590 EUR + DDV	k. točke: 18
vsebina: Strokovni seminar je namenjen zdravnikom, ki se ukvarjajo s poškodovanci.	organizator: Zdravniško društvo ATLS Slovenija, dr. Roman Košir, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Gosposvetska cesta 35, 2000 Maribor ali E: prijave@atls.si , informacije: dr. Roman Košir, dr. med., E: prijave@atls.si	

9.–11. • 59. TAVČARJEVI DNEVI

kraj: PORTOROŽ	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 240 EUR, prijava do 30. 10. 2017: zdravniki 240 EUR + DDV, specializanti, mladi raziskovalci 120 EUR + DDV, študenti in upokojeanci brez kotizacije	k. točke: 16
vsebina: Tavčarjevi dnevi so namenjeni posredovanju novosti s področja interne medicine in drugih sorodnih medicinskih strok ter oblikovanju skupnih stališč, ki so osnova za strokovne smernice.	organizator: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za interno medicino	prijave, informacije: informacije: Bernarda Zver, Mojca Horvat, E: interna@mf.uni-lj.si , W: www.tavcarjevidnevi.si	

10. ob 8.00 • 13. MARIBORSKO ORTOPEDSKO SREČANJE – KOLK V ORTOPEDIJI

kraj: MARIBOR, Medicinska fakulteta	št. udeležencev: 220	kotizacija: 150 EUR, kotizacije ni za študente in upokojeance	k. točke: v postopku
vsebina: Strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom kirurgom, zdravnikom splošne medicine in med. dela, fiziatrom.	organizator: UKC Maribor, prof. dr. Matjaž Vogrin, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: www.ukc-mb.si (strokovna srečanja), informacije: Rebeka Gerlič, univ. dipl. ekon., T: 02 321 28 13, E: rebeka.gerlic@ukc-mb.si	

10.–11. ob 9.00 • 1. SLOVENSKI KONGRES OTROŠKE KIRURGIJE Z MEDNARODNO UDELEŽBO

kraj: LAŠKO, Kongresni center Thermana	št. udeležencev: 150–200	kotizacija: specialisti: 150 EUR, specializanti: 100 EUR, tečaj minimalne invazivne otroške kirurgije: 50 EUR, študenti in upokojeni zdravniki: 20 EUR, medicinske sestre: 60 EUR, spremljevalci: 50 EUR	k. točke: v postopku
vsebina: Srečanje je namenjeno kirurgom, pediatrom, družinskim zdravnikom, urgentnim zdravnikom, neonatologom, specializantom kirurgije, pediatrije, družinske medicine, urgentne medicine in vsem, ki se ukvarjajo z otroško kirurško populacijo. Osnove in novosti sodobne kirurgije pri otroku. Vključen je »Tečaj minimalne invazivne otroške kirurgije« (na pelvitrejnijih), ki ga bosta vodila dva priznana specialista otroške kirurgije iz tujine.	organizator: SKOK-SAOPS (Sekcija kirurgov otroške kirurgije – Slovenian Association of Pediatric Surgery), Milena Senica Verbič, dr. med., spec. krg., predsednica kongresa, Jože Maučec, dr. med., spec. krg., podpredsednik kongresa	prijave, informacije: prijave: E: info@skok-saops.org , informacije: W: www.skok-saops.org , E: info@skok-saops.org	

10.–11. ob 9.00 • 47. KIRURŠKI DNEVI: STOPNJA NUJNOSTI PRI KIRURŠKEM BOLNIKU

kraj: PORTOROŽ, Kongresni center hotelov LifeClass	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 100 EUR, kotizacije so oproščeni študenti MF, upokojeni zdravniki. Specializanti imajo 20 % popust. Enodnevnice kotizacije ni.	k. točke: 12
vsebina: strokovno srečanje	organizator: Združenje kirurgov Slovenije pri SZD	prijave, informacije: informacije: prof. dr. Radko Komadina, dr. med., T: 03 423 30 96, 041 799 497, E: sbcrdi@guest.arnes.si	

10.–11. ob 13.00 • XIII. DERMATOLOŠKI DNEVI

kraj: MARIBOR, Hotel City Maribor	št. udeležencev: do 150	kotizacija: 60 EUR z DDV, kotizacije ni za upokojene zdravnike	k. točke: 6
vsebina: Kongres je namenjen vsem dermatologom, zdravnikom družinske medicine.	organizator: UKC Maribor, Oddelek za kožne in spolne bolezni, Združenje slovenskih dermatovenerologov, asist. mag. Pij Bogomir Marko, dr. med.	prijave, informacije: prijave: www.ukc-mb.si , informacije: Slavica Keršič, T: 02 321 29 40, GSM: 051 420 741	

14. ob 8.30 • ŠOLA PREVENTIVE IN SODOBNEGA ZDRAVLJENJA V GINEKOLOGIJI 2017

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 60 na termin	kotizacija: 90 EUR, kotizacije ni za upokojene, specializante	k. točke: 8
vsebina: Predavanja in popoldanske delavnice so namenjeni specialistom in specializantom ginekologije in porodništva in splošne/družinske medicine.	organizator: Slovensko menopavzno društvo in Združenje za ambulantno ginekologijo, prim. Lucija Vrabič Dežman	prijave, informacije: prijave: E: prijava.sola@gmail.com ali Celzija, d.o.o., Celestinova 1, 1000 Ljubljana, s pripisom »Šola preventive«, informacije: Darja Jovanov, T: 040 42 00 13 ali 01 563 15 91, E: prijava.sola@gmail.com	

17. ob 8.30 • 13. DAN INTERNISTIČNE ONKOLOGIJE

kraj: LJUBLJANA, predavalnica stavbe C, Onkološki inštitut	št. udeležencev: 70	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 6
vsebina: Podiplomsko izobraževanje je namenjeno družinskim zdravnikom, specializantom različnih strok, vsem zdravnikom, ki se v vsakodnevni praksi srečujejo z onkološkimi bolniki.	organizator: Sekcija internistične onkologije pri SZD, Onkološki inštitut, Katedra za onkologijo, dr. Erika Matos, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: Ikristan@onko-i.si , informacije: Lidija Kristan, T: 01 587 92 82	

17.–18. ob 8.00 • PONOVI TVENI TEČAJ VSEBIN IZ PREHOSPITALNE NUJNE MEDICINSKE POMOČI (NMP)

kraj: MARIBOR, MF Univerze v Mariboru, trenutna lokacija: v mesecu novembru ZD Domžale	št. udeležencev: 25	kotizacija: 320 EUR	k. točke: 12,5
vsebina: Tečaj je organiziran v obliki delavnic in je namenjen zdravnikom, ki delajo v NMP in želijo obnoviti znanje iz prehospitalne nujne medicinske pomoči. Tečaj je sestavljen iz petih delavnic in traja dva dni.	organizator: Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta	prijave, informacije: informacije: Romana Grajner, T: 02 234 58 26, E: romana.grajner@um.si , W: http://www.mf.uni-mb.si/si/oglasna-deska/ucne-delavnice	

18. ob 8.00 • 3. JESENSKA PEDIATRIČNA ŠOLA: PSIHOLOŠKI RAZVOJ IN ODPSTOPANJA PO RAZVOJNIH OBDOBJIH OD OTROKA DO MLADOSTNIKA

kraj: MARIBOR, Hotel Piramida	št. udeležencev: 90	kotizacija: 100 EUR, na dan dogodka 120 EUR (DDV ni vključen)	k. točke: v postopku
vsebina: pediatrična šola	organizator: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor	prijave, informacije: informacije: Tatjana Mauko, T: 02 286 35 60, E: tatjana.mauko@zd-mb.si	

23. • OSKRBA OSEB Z VISOKO OKVARO VRATNE HRBTENJAČE PO ZAKLJUČENI REHABILITACIJI

kraj: LJUBLJANA, URI Soča	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 60 EUR z DDV	k. točke: ***
vsebina: Seminar je namenjen specialistom in specializantom fizikalne in rehabilitacijske medicine, družinske medicine, specialistom in specializantom travmatologije, kirurgije in ortopedije, fizioterapevtom in delovnim terapevtom ter drugim strokovnjakom, ki delajo na rehabilitacijskih oddelkih, v zdraviliščih, bolnišnicah ali na primarni ravni.	organizator: URI Soča	prijave, informacije: Vesna Grabljevec, URI Soča, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, E: vesna.grabljevec@ir-rs.si , T: 01 475 82 43	

24. ob 8.30 • ŠOLA TORAKALNE PUNKCIJE IN DRENAŽE

kraj: MARIBOR, Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru	št. udeležencev: za praktične vaje do 30, za predavanja do 80	kotizacija: 80 EUR z DDV za predavanja in praktično delavnico, 30 EUR z DDV za predavanja	k. točke: 6
vsebina: Učna delavnica je namenjena vsem kirurgom, pulmologom, intenzivistom, interventnim radiologom, zdravnikom urgentne medicine, onkologom	organizator: UKC Maribor, Klinika za torakalno kirurgijo, Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru, prof. dr. Anton Crnjac, dr. med.	prijave, informacije: prijave: www.ukc-mb.si , informacije: Slavica Keršič, T: 02 321 29 40, GSM: 051 420 741	

24. ob 9.00 • REANIMACIJA NOVOROJENCA

kraj: MARIBOR, Medicinska fakulteta, Taborska ulica 8, OSCE, vhod 2 in 3	št. udeležencev: 10	kotizacija: 160 EUR (DDV vključen)	k. točke: 10
vsebina: Učna delavnica je namenjena zdravnikom specialistom in specializantom ginekologije in porodništva, pediatrije, zdravnikom specialistom in specializantom družinske medicine, zdravnikom specialistom in specializantom urgentne medicine ter zdravnikom pripravnikom, babicam, medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom.	organizator: Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru, Katedra za ginekologijo in porodništvo in Klinika za ginekologijo in perinatologijo UKC Maribor	prijave, informacije: prijave: W: http://www.mf.uni-mb.si/si/oglasna-deska/ucne-delavnice , informacije: Romana Grajner, T: 02 234 58 26, E: romana.grajner@um.si	

24.–25. • XLII. PODIPLomsKA ŠOLA ZA ZDRAVNIKE: SLADKORNA BOLEZEN TIPA 2

kraj: LJUBLJANA, UKC Ljubljana, Zaloška c. 7	št. udeležencev: 30	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: podiplomska šola za družinske zdravnike	organizator: UKC Ljubljana, Interna klinika, KO za endokrinologijo, diabetes in boleznih presnove, prof. dr. Andrej Janež, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: diabetessola@gmail.com , informacije: Evelina Oltra, T: 01 522 35 64, M: 041 772 702, F: 01 522 93 59	

24.–25. ob 8.00 • 19. STROKOVNI SEMINAR ZMOKS in 5. BALKANSKI KONGRES BAMS

kraj: LJUBLJANA, Grand hotel Union	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 200–300 EUR	k. točke: 30
vsebina: kongres	organizator: Balkansko združenje za maksilofacialno kirurgijo in Združenje za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije	prijave, informacije: prijave: W: https://www.zmok.si/ , informacije: Andreja Novak, T: 040 179 905, Ani Klopc, E: bams.zmoks@bit.si	

24.–26. • 7. SLOVENSKI KONGRES ANESTEZIOLOGOV Z MEDNARODNO UDELEŽBO

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 350 EUR	k. točke: ***
vsebina: Na kongresu bodo predstavljene novosti s področja anesteziologije, reanimatologije in intenzivne medicine, ki jih bodo predstavili slovenski in tuji strokovnjaki z omenjenih področij.	organizator: Slovensko združenje za anesteziologijo in intenzivno medicino	prijave, informacije: Peter Poredoš, T: 01 522 88 07, 041 252 194, E: info@szaim.org , W: www.szaim.org/anestezija2017	

25. ob 8.30 • TRENING URGENTNIH PORODNIŠKIH STANJ

kraj: LJUBLJANA, Simulacijski center UKC Ljubljana, Zaloška cesta 2	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 220–300 EUR	k. točke: 9
vsebina: izobraževanje	organizator: Združenje za perinatalno medicino SZD	prijave, informacije: informacije: mag. Lili Steblovnik, dr. med., spec. gin in por., E: lili.steblovnik@mf.uni-lj.si	

25. ob 9.00 • VEŠČINE UČINKOVITE OBRAVNAVE ANKSIOZNIH MOTENJ: GENERALIZIRANA ANKSIOZNOST – OSNOVNE SMERNICE ZA OBRAVNAVO

kraj: LJUBLJANA, Center za psihološko svetovanje Persona, Prušnikova ul. 55	št. udeležencev: 20	kotizacija: 125 EUR, sprotno plačilo na posamezni delavnici	k. točke: 5
vsebina: 3. delavnica	organizator: Persona klinika, d.o.o.	prijave, informacije: informacije: Aleksandra P. Meško, T: 041 339 855, E: info@psihologinja.si , W: www.psihologinja.si	

29. ob 8.30 • OSNOVE PSIHOFAKOTERAPIJE

kraj: LJUBLJANA, Psihiatrična klinika, Studenc 48	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 50 EUR	k. točke: 5,5
vsebina: strokovno srečanje	organizator: UPK Ljubljana	prijave, informacije: informacije: Silva Potrato, T: 01 587 24 11, E: silva.potrato@psih-klinika.si	

30. ob 9.00 • TTT1 OSNOVNA DELAVNICA ZA USPOSABLJANJE MENTORJEV IN UČITELJEV (TRAINING THE TRAINERS)

kraj: LJUBLJANA, Seminar (UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, Šlajmerjeva 3, stara porodnišnica, pritličje)	št. udeležencev: 10	kotizacija: 200 EUR, kotizacije ni za zaposlene v UKC Ljubljana	k. točke: 7
vsebina: učna delavnica je namenjena učiteljem in mentorjem vseh poklicev	organizator: UKC Ljubljana, Meta Vesel Valentinčič	prijave, informacije: prijave: E: izobrazevanje@kclj.si , UKC Ljubljana, Služba za izobraževanje, Bohoričeva 28, 1000 Ljubljana, informacije: T: 01 522 90 22, E: izobrazevanje@kclj.si	

30. 11.–2. 12. • ŠOLA URGENCE 2017, 5. letnik in precourse POINT OF CARE ... EDUCATION!

kraj: Terme Zreče	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: specialisti / specializanti, SMS, DMS, ZT / pripravniki: ŠUM: 160 / 130 / 100 EUR; precourse: 100 / 80 / 60 EUR	k. točke: ***
vsebina: Šola je namenjena specializantom in specialistom urgentne medicine, vsem ostalim zdravnikom, ki delajo na urgentnih oddelkih bolnišnic in zdravstvenih zavodov, pripravnikom.	organizator: Slovensko združenje za urgentno medicino	prijave, informacije: prijave: http://www.szum.si/sola-urgence.html , informacije: E: sola.urgence@gmail.com	

NOVEMBER 2017

30. 11.–2. 12. ob 12.30 • REPRODUKTIVNA MEDICINA MED ZNANOSTJO IN KOMERCIALIZACIJO

kraj: LJUBLJANA, Grand hotel Union	št. udeležencev: 120	kotizacija: zgodnja registracija do 30. 10. 2017: člani ESHRE 200 EUR, nečlani ESHRE 350 EUR, študenti člani ESHRE 100 EUR, kasnejša registracija od 31. 10. 2017: člani ESHRE 250 EUR, nečlani ESHRE 400 EUR, študenti člani ESHRE 200 EUR	k. točke: ***
vsebina: Namen delavnice je prikazati standardne korake razvoja in izvajanja novih laboratorijskih in kliničnih metod oploditve z biomedicinsko pomočjo (OBMP) v vsakdanji praksi. Poudarek bo na pomenu spremljanja varnosti in učinkovitosti teh metod in na opozorilih glede možnih napak pri njihovi uporabi. Delavnica je namenjena ginekologom, specialistom reproduktivne medicine, kliničnim embriologom, raziskovalcem, medicinskim sestram, zdravstvenim sodelavcem, laboratorijskim tehnikom in bolnikom. Delavnica bo potekala v angleškem jeziku.		organizator: Evropsko združenje za humano reprodukcijo in embriologijo (ESHRE), soorganizator: Slovensko društvo za reproduktivno medicino, Borut Kovačič, E: borut.kov@ukc-mb.si , E: Veljko Vlasisavljevič, E: veljko.vlasisavljevic@ivf-adria.com	prijave, informacije: prijave: Možna je elektronska registracija do 28. 11. 2017. Za kasnejšo registracijo je potrebno kontaktirati Sarah Vanfersteen (sarah@eshre.eu) in preveriti prosta mesta. Rok za zgodnjo registracijo je 30. 10. 2017

DECEMBER 2017

1. ob 8.00 • TRADICIONALNO STROKOVNO SREČANJE Z MEDNARODNO UDELEŽBO »AKUTNA MOŽGANSKA KAP XI«

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska c. 162	št. udeležencev: do 300 in po predhodni prijavi	kotizacija: še ni določena	k. točke: 8
vsebina: Srečanje je namenjeno zdravnikom družinske in splošne medicine, nevrologom, radiologom, internistom, nevrokirurgom, zdravnikom v urgentnih službah, zdravstvenih domovih, intenzivnih terapijah in enotah za zdravljenje možganske kapi ter drugemu medicinskemu kadru, ki je vpleten v obravnavo bolnikov z možgansko kapjo. Program bo objavljen na spletni strani www.mozganska-kap.info	organizator: strokovni organizator Sekcija za možganskožilne bolezni pri SZD, poslovni organizator Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni ob strokovnem sodelovanju slovenskih in tujih zdravnikov, strokovnjakov s področja možganskožilnih bolezni, prof. dr. Bojana Žvan, dr. med., prim., v. svet.	prijave, informacije: spletna prijava: www.mozganska-kap.info , informacije: Andreja Merčun, E: mzb@mozganska-kap.info , T: 0590 11234	

8. ob 8.00 • XII. SPOMINSKI SESTANEK AKAD. PROF. DR. LIDIJE ANDOLŠEK JERAS: VPLIV DEBELOSTI NA ŽENSKO ZDRAVJE V REPRODUKTIVNEM OBDOBJU

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska c. 162	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: od 70 do 120 EUR	k. točke: 5
vsebina: Predavanje je namenjeno specialistom in specializantom ginekologije in porodništva, družinske medicine, internistom, medicinskim sestram in študentom medicine.	organizator: Slovensko društvo za reproduktivno medicino, Klinični oddelek za reprodukcijo Ginekološke klinike v Ljubljani, UKC Ljubljana, prof. dr. Eda Vrtačnik Bokal, dr. med.	prijave, informacije: prijave: UKC Ljubljana, ERIIK, Šlajmerjeva 3, 1000 Ljubljana ali E: martina.peclin@mf.uni-lj.si , informacije: Martina Pečlin, T: 01 522 60 20	

14. ob 9.00 • SVITOV DAN 2017

kraj: LJUBLJANA, Austria Trend Hotel, Dunajska cesta 154	št. udeležencev: 200	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 4,5
vsebina: Strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom specialistom gastroenterologije, patohistologije, družinske medicine, javnega zdravja, abdominalne kirurgije, ostalim zdravstvenim delavcem.	organizator: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Program Svit, Dominika Novak Mlakar	prijave, informacije: prijave: W: http://anketa.nijz.si/a/122316 , informacije: Nuša Kerč, Špela Fistrič, E: Programsvit@nijz.si , E: Nusa.kerc@nijz.si , E: Spela.fistic@nijz.si	

16. ob 9.00 • VEŠČINE UČINKOVITE OBRAVNAVE ANKSIOZNIH MOTENJ: OBSESIVNO-KOMPULZIVNA MOTNJA – SMERNICE ZA OBRAVNAVO

kraj: LJUBLJANA, Center za psihološko svetovanje Persona, Prušnikova ul. 55	št. udeležencev: 20	kotizacija: 125 EUR, sprotno plačilo na posamezni delavnici	k. točke: 5
vsebina: 4. delavnica	organizator: Persona klinika, d.o.o.	prijave, informacije: informacije: Aleksandra P. Meško, T: 041 339 855, E: info@psihologinja.si , W: www.psihologinja.si	

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

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Vas zanimajo novice in sistemski pristop na področju zdravstvenega varstva?

Bi želeli delati v urejenem in dinamičnem delovnem okolju, ki sodelavcem omogoča strokovno izpopolnjevanje in razvoj?

Ponujamo vam delo v prijetnem kolektivu zdravnikov različnih specializacij s stalnim stikom z vsemi novostmi zdravstvenega sistema in možnostjo urejanja obračunskih pravil v dogovoru s partnerji v zdravstvenem sistemu.

K sodelovanju vabimo

zdravnike/zdravnice na Direkciji za delo v oddelku za nadzor, ki obsega področja:

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

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

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

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

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

Svoje pisne prijave, s predstavitvijo dosedanjega dela in navedbo enote, kamor se prijavljate, pošljite **do 31. 10.**

2017 na naslov: ZZZS, Direkcija, Miklošičeva 24, 1507 Ljubljana oz. na E: zaposlitev@zzzs.si

Od novih sodelavcev pričakujemo sposobnosti komuniciranja in reševanja problemov, sposobnosti organiziranja in analitičnega razmišljanja, sposobnost timskega dela, sposobnost hitre presoje in sodelovanja, predvsem pa profesionalnost in samoiniciativnost ter pripravljenost za pridobivanje specifičnih znanj s področja zdravstvenega zavarovanja.

Kandidati bodo izbrani na podlagi izbirnega postopka, ki lahko vključuje tudi testiranje.

Kandidati bodo o izboru obveščeni v zakonsko določenem roku.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

vabi k sodelovanju

zdravnike/zdravnice v območnih enotah Celje, Kranj, Krško, Ljubljana, Maribor, Nova Gorica in Novo mesto za:

- odločanje v postopkih začasno nezmožnost za delo, zdraviliško zdravljenje in drugih pravicah,
- izvajanje finančno-medicinskih nadzorov in predlaganje ukrepov v primeru odstopanj,
- podajanje izvedenskih mnenj.

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

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

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

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

Svoje pisne prijave, s predstavitvijo dosedanjega dela in navedbo enote, kamor se prijavljate, pošljite **do 31. 10.**

2017 na naslov: ZZZS, Direkcija, Miklošičeva 24, 1507 Ljubljana oz. na E: zaposlitev@zzzs.si.

Od novih sodelavcev pričakujemo sposobnosti komuniciranja in reševanja problemov, sposobnosti organiziranja in analitičnega razmišljanja, sposobnost timskega dela, sposobnost hitre presoje in sodelovanja, predvsem pa profesionalnost in samoiniciativnost ter pripravljenost za pridobivanje specifičnih znanj s področja zdravstvenega zavarovanja.

Kandidati bodo izbrani na podlagi izbirnega postopka, ki lahko vključuje tudi testiranje.

Kandidati bodo o izboru obveščeni v zakonsko določenem roku.

ZAPOSILIMO

Zasebni zobozdravstveni center v Škofji Loki za nedoločen čas zaposli zobozdravnika/zobozdravnico.

Pogoj: 3 leta delovnih izkušenj. Prijave pošljite na: info@osovnikar.com



Milica Boljka Kolar, dr. med. (1936–2017)

Doc. dr. Nataša Vidović Valentinčič, dr. med., izr. prof. dr. Barbara Cvenkel, dr. med., UKC Ljubljana, Očesna klinika

Pred nedavnim smo se na Žalah poslovili od dolgoletne zdravnice na Očesni kliniki v Ljubljani Milice Boljka Kolar, dr. med. Še zlasti danes, ko se marsikdaj kar povprek odvzema zdravniškemu poklicu temeljno humanistično prvinno, ko se ga brez globljega razmisleka enači s pohlepom, karierizmom, brezdušnostjo, se velja vsaj za trenutek, z nekaj besedami ustaviti ob osebnosti, kakršna je bila doktorica Milica Boljka.

Notranjka, rojena v Planini pri Postojni, je v 50. letih prej-

šnjega stoletja končala študij medicine v Ljubljani.

Po začetni specializacije iz patologije se je kmalu odločila za oftalmologijo, kamor je prenesla veselje in zanimanje za dogajanje na celični ravni. Kot prva oftalmologinja je leta 1994 v *British Journal of Ophthalmology* objavila prispevek o škodljivih učinkih anestetičnih kapljic na očesno površino, ki jo je opazovala z elektronsko mikroskopijo. Poglobljeno se je ukvarjala z mikroskopskimi spremembami roženice po herpetičnih vnetjih in uvedla nov način zdravljenja nezaceljenih očesnih razjed, metodo, ki so jo mnogo pozneje potrdili za učinkovito (avtohaima, danes avtologni serum).

Veliko svojega kliničnega dela je posvetila bolnikom z glavkomom in z boleznimi mrežnice. Vrsto let je vodila glavkomsko ambulanto in vpeljala nove metode laserskega zdravljenja glavkoma. Njeni zapisi še danes izstopajo po izjemni natančnosti kliničnega pregleda in razpoznavi še tako redkih bolezni, povezanih z glavkomom. Bila je dobra učiteljica mlajšim kolegom (specializantom), ne le zaradi nesebičnega podajanja znanja, temveč tudi zaradi predanosti delu in zavzetosti za vsakega bolnika. Njena značilnost je bila radovednost in vedoželj-

nost, s katero je vzpodbujala mlajše kolege h klinično usmerjenemu raziskovalnemu delu.

Milica Boljka je imela dobro strokovno in tudi humanistično izobrazbo. Presežnost njenega poklicnega dela je temeljila na sposobnosti dojemanja zdravniškega poklica kot poklicanosti pomagati človeku, ki je v stiski. Suverena strokovnost, združena s temeljnimi etičnimi načeli in velikim ter poglobljenim znanjem, so jo celovito oblikovali; brez velikih besed, tako rekoč samoumevno je opravljala svoje delo odgovorno, z veliko srčne kulture in empatije. Zato je v vsakdanjo delovno prakso Očesne klinike vpeljala marsikakšno novost, ki jo danes razumemo kot samoumevno. V tem smislu velja, poleg že naštetega, posebej izpostaviti Ambulanto za slepe in slabovidne, ki je bila na njeno pobudo na Očesni kliniki ustanovljena leta 1994 in jo je doktorica Boljka zasnovala interdisciplinarno.

V na novo ustanovljeni ambulanti je organizirala delo v dveh smereh: opremila jo je z naj sodobnejšimi tehničnimi pripomočki za slepe in slabovidne – od najraznovrstnejših leč in drugih pripomočkov do računalniške opreme z vgrajeno brajico, diktafoni, posebnimi tipkovnicami idr. Hkrati pa je s povezovanjem z ustreznimi strokovnjaki in strokovnimi centri doma in v tujini s področja psihologije, socialne dejavnosti, tiflopedagogike ipd. vzpostavljala možnost interdisciplinarne obravnave posameznikov. Ambulanta za slepe in slabovidne je tako postala konstitutivni segment Očesne klinike, pomemben rehabilitacijski center, ki omogoča slepim in slabovidnim ne samo hitrejše, ampak tudi enakopravnejše in s tem uspešnejše vključevanje v svet videčih.

Doktorica Milica Boljka je s svojo humanistično naravnostjo vsega poklicnega dela, zlasti pa s svojo Ambulanto za slepe in slabovidne, ki se je pred kratkim ustrezno preimenovala v Nacionalni center za celovito rehabilitacijo slepih in slabovidnih, pustila pomembno sled svoje temeljne humanistične zdravniške poklicnosti.

Dva zdravnika imenovana za častna člana Muzejskega društva Škofja Loka

Mag. Aleksander Igličar, predsednik Muzejskega društva Škofja Loka

Muzejsko društvo Škofja Loka je na zboru članov marca 2017 za častna člana imenovalo zdravnika mag. Toneta Koširja, dr. med., in zobozdravnika Andreja Ranta, dr. dent. med. Muzejsko društvo Škofja Loka (v nadaljevanju MD), ki letos praznuje častljiv jubilej – osemdesetletnico delovanja, je v Škofji Loki najbolj poznano po izdajanju domoznanskega zbornika Loški razgledi, ki izhaja letno vse od leta 1954. Izdaja tudi revijo Pasijonski doneski (izhaja letno od leta 2006), v kateri so objavljene vsebine o Škofjeloškem pasijonu, ki je bil 1. decembra 2016 kot prva slovenska enota vpisan na Unescov reprezentativni seznam nesnovne kulturne dediščine človeštva, ter o drugih slovenskih in evropskih pasijonih, pa tudi druge domoznanske knjige in publikacije. MD pripravlja tudi tematske Blaznikove večere, poimenovane po ustanovitelju in dolgoletnem predsedniku društva zgodovinarju dr. Pavletu Blazniku. Listini o imenovanju za nova častna člana sta bili podeljeni na predstavitvi 63. številke Loških razgledov, ki je bila 14. junija 2017 v Sokolskem domu v Škofji Loki.

Zdravniški poklic zahteva široko razgledanost in izobrazbo, ljudsko poimenovanje »dohotar« je vedno pomenilo tudi izobraženca, intelektualca. Mnogi zdravniki se ob svojem poklicu, *ex privata diligentia*, ukvarjajo še s stvarmi, ki jih poleg zdravništva veselijo in jim izpolnjujejo življenje. Takšno področje je tudi proučevanje zgodovine, še posebej zgodovine zdravstvene stroke in domoznanstvo. Vse navedeno velja tudi za zdravnika Toneta Koširja in zobozdravnika Andreja Ranta, ki letos slavita visok osebni jubilej – osemdeset- in sedemdesetletnico.

Zdravnik mag. Tone Košir je na Medicinski fakulteti v Ljubljani diplomiral leta 1962, opravil specializacijo in magistrirjal, služboval v Železnikih in Škofji Loki ter postal namestnik direktorja Osnovnega zdravstva Gorenjske, leta 1990 pa namestnik ministra za zdravstvo v Demosovi vladi. Pred upokojitvijo leta 1997 je delal na

Inštitutu za varovanje zdravja RS. Štirideset let je bil aktiven pri delovanju Rdečega križa. Bil je tudi predsednik sekcije za splošno medicino Slovenskega zdravniškega društva in eno leto Združenja zdravnikov splošne medicine Jugoslavije. Poleg drugih priznanj je leta 2003 prejel zlati grb Občine Škofja Loka. Je avtor številnih knjig o zgodovini zdravstva na loškem in zgodovini rodni krajev. V MD je dolga leta aktiven odbornik, član uredniškega odbora domoznanske publikacije Loški razgledi ter avtor številnih prispevkov o zgodovini zdravstva na loškem.

Zobozdravnik Andrej Rant je svojo prvo službo začel v Škofji Loki, potem pa je trideset let delal kot zobozdravnik za otroke z motnjami v razvoju v Zavodu za usposabljanje Janez Levec, za slušno in govorno prizadete ter za slepe in slabovidne otroke Zavoda za slepo in slabovidno mladino v Ljubljani. Skoraj poldrugo desetletje je bil vodja Dispanzerja za otroško in preventivno zobozdravstvo v Ljubljani. Njegova bibliogra-



Slavnostna podelitev listin častnega članstva muzejskega društva prim. mag. Tonetu Koširju, dr. med., in Andreju Rantu, dr. dent. med.

fija obsega preko 200 enot z različnih področij. Od leta 1965 piše pesmi. Objavil je pet pesniških zbirk in eno znanstveno monografijo s področja arheologije. Andrej Rant je član MD že petdeset let, zadnjih petindvajset

let opravlja različne funkcije v odboru društva, ves čas pa spodbuja in usmerja delovanje društva. V Loških razgledih je objavil veliko člankov in mnoge pesmi. Od leta 1991 je izvedel pet Blaznikovih večerov. Za svoje delo

je prejel več priznanj, med drugim častno članstvo Numizmatičnega društva Slovenije (1996) in častno članstvo Zdravniške zbornice Slovenije (2014) ter plaketo mesta Ljubljana (2016).

Pediatrinje in prosti čas

Prim. Jasna Čuk Rupnik, Ljubljana
cukovi@gmail.com

Pred davnimi, davnimi leti sem nekega dne dojela, da izobraževanju posvečam prav zares veliko dni svojega rednega letnega dopusta – tisto leto kar 25 dni! Toliko je bilo tisto leto mojih izobraževanj poleg tistih, ki mi jih je odobrila direktorica in plačal zdravstveni dom. Ob dejstvu, da je bil iz družine zaradi dela veliko odsoten tudi mož, sva se tu in tam le malo zamislila nad tem, kako to vpliva na najine tri otroke. Prav dobro morda le ni bilo. A glede na to, da imajo danes, ko so že odrasli, izoblikovan odgovoren odnos do sebe, do drugih ljudi in do dela, si glede tega ne belim več svoje glave.

V tistih letih enkrat se mi je porodila »ustvarjalna« ideja za kratko internetno anketo med svojimi kolegicami zdravnicami. Večinoma so bile pediatrinje. Vprašanje se je glasilo: »Koliko dni rednega letnega dopusta porabiš za izobraževanje?« Vprašanje je bilo poslano dvanajstim in odgovorile so vse. Razpon števila dni za izobraževanja je bil kar obsežen: od najmanj 5 (ta kolegica je bila skoraj polovico leta še na porodnem dopustu) pa vse do 15 ali celo nekaj več. Večina jih je preseгла številko 10.

Okroglo tretjino rednega letnega dopusta torej namenjamo za izobraževanje: za svoje stroške in za svoj prosti čas. Čestitke!

Svoj prosti čas in tudi materialna sredstva pa so nekatere slovenske pediatrinje letos posvetile še strastne-

mu strokovnemu prizadevanju, da bi ustavile ponoreli voz družbe, ki v svojem sodobnem prizadevanju za svobodo odločanja drvi v prepad ponovnega vzplamtevanja epidemij nalezljivih, danes že skoraj iztrebljenih bolezni. Epidemij tistih bolezni, ki smo jih z obvladovanjem znanja uspeli v preteklosti že uspešno obvladovati s cepljenjem. **Želeti si svobodo brez prevzemanja**

odgovornosti je morda moderno, zagotovo pa ni modro. Ob razmišljanju, kaj vse so po strokovni plati to pomlad z vrhunsko predanostjo in odločnostjo dosegle te iz vseh vetrov Slovenije združene modre ženske, kolegice pediatrinje, mi nehote pridejo na misel modrosti iz knjige »Ženske, ki tečejo z volkovi«. Bravo, punce, to je to! Srečni naši otroci in naši vnuki, da vas imajo. Pohvala in zahvala velja tudi kolegom, a vlogo žensk sem tu izpostavila bolj »za literarni umetniški vtis«.

In kaj so te čudovite ženske delale v svojem prostem času? Vsaka zase so najprej razmišljale o tem, da hočejo preseči shizofreno situacijo vlaganja



Z leve se vrstijo Andreja, Anita, Špela in Mojca. Nasmejane po uspešni obravnavi cepilne problematike na seji Odbora za osnovo zdravstvo. S tem sestankom na Zdravniški zbornici Slovenije se je »prostočasna zgodba o uspehu« začela vzpenjati vztrajno in nepovratno. Čestitke!

izjemnih strokovnih in komunikacijskih naporov v nekaj, kar je v družbi vse bolj postajalo »mlini na veter«. Poslušati od staršev in medijev, kako zavračajo cepljenje kot potreben, uspešen in varen javnozdravstveni ukrep tudi nekateri zdravstveni

delavci, celo zdravniki, bi lahko pomenilo njihovo pot v izgorelost. A odločitev, ki je med pediatri primarne ravni zakročila po internetni povezavi, je bila odločitev za delovanje, ne za obup. Skupino najbolj prizadevnih so po abecednem vrstnem redu imen

sestavljali: Ajda Cimperman, Andreja Borinc Beden, Anita Jagrič Friškovec, Denis Baš, Katja Dejak Gornik, Margareta Seher Zupančič, Mojca Ivankovič Kacjan, Špela Žnidaršič Reljič.

Obiskali smo našo lepo Dolenjsko

Boža Janžekovič, univ. dipl. biol., Spodnji Duplek

Lovro Dermota, mag. farm., Maribor

Prim. prof. dr. Elko Borko, dr. med., v. svet., Maribor

Medikohistorična sekcija Slovenskega zdravniškega društva (MHS SZD) je v sodelovanju z Zdravniškim društvom Maribor ter Znanstvenim društvom za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije Maribor 31. maja pripravila strokovni izlet na Dolenjsko. Obiskali smo našo največjo farmacevtsko tovarno Krka in muzej izseljenstva v medvojnem centru za izgon Slovencev, ki je od 1941 do 1945 deloval v gradu Rajhenburg pri Brestanici.

Organizatorje tega strokovnega izleta je presenetilo izredno zanimanje naših članov in drugih zdravnikov, ki so pokazali željo, da vidijo našo farmacevtsko tovarno v Novem

mestu, ter tistih, ki jih je zanimal medvojni izseljenjski center in muzej izseljenstva.

Tako je 31. maja odpeljal polno zaseden avtobus podjetja Globus 51 naših članov proti Dolenjski. Po vmesnem postanku pri Ljubljani smo že ob 10. uri prispeli v Novo mesto in po predvidenem programu obiskali Dolenjski muzej. Pod vodstvom kustosa novomeškega muzeja in arheologa Boruta Križa smo si ogledali razstavo jantarja, ki jo je pripravil pod imenom »Dragulji Baltika v Novem mestu«. Občudovali smo primerke jantarja, najdenega med arheološkimi izkopavanji na tako imenovani Jantarni poti, na kateri je imelo področje današnjega Novega

mesta pomembno vlogo. Jantar je imel že od nekdaj velik simbolni pomen in predstavljal vrednost že našim prednikom. Vsem je ostal v spominu tudi pano, na katerem smo občudovali posnetke znamenite jantarne sobe v Carskem selu, ki so jo zaradi lepote in oblikovanja imenovali tudi osmo čudo sveta in se je med drugo svetovno vojno skrivnostno izgubila.

Po prisrčnem slovesu smo se odpeljali do sedeža farmacevtske tovarne Krka, kjer nas je pričakala ga. Teja Lesjak s svojim sodelavcem. Kot predstavnik oddelka za odnose z javnostjo sta nam izrekla dobrodošlico, nas seznanila s pravili obiska v ustanovi ter nam razdelila posebno zloženko s pravili obiska in spoznavne priponke. Nato sta nas odpeljala v najnovejši del tovarne, imenovan Notol, ki je sodobno načrtovan in omogoča ogled brez nezaželenega vpliva na delovni proces.

V kratki predstavitvi sta nam orisala razvoj tovarne od malega farmacevtskega laboratorija pred nekaj desetletji do danes, ko se uvršča med vodilne generične farmacevtske tovarne v svetu. Ima okoli 11.000 zaposlenih, od tega polovico v Sloveniji. Vodstvo se je že trikrat zamenjalo. V posebni sprejemni dvorani smo si ogledali za obiskovalce pripravljen daljši prikaz razvoja in sedanjega proizvodnega dela ter se po koncu predstavitve fotografirali, tako da je vsak od udeležencev dobil svojo fotografijo, ki nas bo spominjala na obisk. V dveh skupinah so nas pope-



Med predavanjem v Dolenjskem muzeju.



Skupinska slika v prostorih Krke.

Ijali še na skoraj dve uri dolg ogled sodobne tovarne v petih nadstropjih, ki so v delovnem procesu med seboj povezana od sprejema surovine, homogenizacije učinkovin, tabletiranja do računalniško vodenega odlaganja v sodobnem in velikem skladišču. Večina še ni videla tako velike proizvodnje zdravil, ki poteka v tako čistih, deloma tudi sterilnih pogojih. Bili smo navdušeni nad razvojem tovarne, saj smo jo poznali le iz

skromnih časov takoj po nastanku. Med ogledom se nam je pridružil naš novomeški član prim. Peter Kapš starejši, ki ga je naš predsednik predstavil kot zgodovinarja in avtorja »Zgodovine zdravstva na Dolenjskem« ter kot plodovitega pisca o čebelarstvu in vinu.

Naša gostiteljica nas je po dvournem ogledu povabila na okusno kosilo v njihovo restavracijo. Pred kosilom se je zvrstilo nekaj pozdravnih nago-

vorov in zahval ter kratko predavanje prim. Kapša o prednostih pitja dolenjskega cvička, ki se je končalo z velikim odobravanjem. Po kosilu in pokušanju pravega cvička smo se poslovili od prijaznih gostiteljev. Zadolžili smo jih, da prenesejo našo zahvalo za prijazen sprejem in pogostitev tudi glavnemu direktorju tovarne g. Jožetu Colariču, s katerim smo se dogovarjali za to strokovno ekskurzijo in ogled tovarne.

Pot nas je nato peljala po lepi in slikoviti dolenjski pokrajini proti severu, kjer smo po prehodu čez Savo prispeli do gradu Rajhenburg, ki leži na vzpetini tik nad reko med obsežnimi skrbno obdelanimi sadovnjaki.

Na parkirnem prostoru smo si raztegnili noge, številni pa so takoj obiskali stavbo, kjer je prodajalna znane čokolade. Sledil je zanimiv in poučen ogled gradu, ki so ga obnovili s sredstvi krške občine in z evropsko pomočjo. Največ časa smo namenili ogledu stalne razstave »Slovenski izgnanci 1941–1945«. Pripravila jo je kustosinja Muzeja novejšje zgodovine Slovenije ga. Irena Fürst, ki nas je s svojim sodelavcem vodila med ogledom razstave. V petih prostorih smo se seznanili z dogodki med drugo svetovno vojno, med katero so nemški okupatorji hoteli z izseljevanjem Slovencev spremeniti Štajersko v nemško deželo. Zanimiva in vredna ogleda je bila tudi razstava o samostanu trapistov, ki so na gradu Rajhenburg uspešno delovali od leta 1881, ko so kupili grad, pa vse go leta 1941, ko so grad spremenili v taborišče in center za izgnance.

Utrujeni, vendar zadovoljni smo obiskali tudi lepo in za vroče dneve dobro založeno grajsko kavarno, nato pa smo že v večernih urah zadovoljni odpotovali proti Mariboru. Popotniški vtisi z našega izleta na lepo Dolenjsko bodo še dolgo ostali v spominu naših zadovoljnih članov. Posebno zahvalo smo dolžni tudi našemu članu Alešu Arihu, ki nas je med celodnevni izletom seznanjal s posebnostmi in znamenitostmi krajev, ki smo jih obiskali ali jih videli med vožnjo.

Foto: Jože Pristovnik



Grad Rajhenburg.

O besedi zdravnik

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

Pred mnogimi leti me je prof. dr. Jurij Lindtner opozoril na globoko modrost, ki se skriva v Prešernovih verzih:

*Kadar previdi učenost zdravnika,
da smrti odvrniti ni mogoče,
ne brani jest' in piti mu, kar hoče,
z grenkobami ne sili več bolnika.*

Ko sem letos pripravljaval rokopis knjige **Pogovori o zdravniški etiki**, so mi bili ti verzi vodilo pri

razpravi o nesmiselnem intenzivnem zdravljenju. Ob tem sem se vprašal, od kod Prešernu beseda »zdravnik«? Kolikor poznam tujih jezikov, vsi za poimenovanje našega poklica jemljejo zdravnikovo dejavnost, stroko, zdravi-la: medico, Artz, medecin, lekar..., le slovenščina pa poimenovanje našega poklica izpelje iz besede zdravje. Je to res naša posebnost? In kdo je v slovenščini prvi zapisal besedo zdravnik – je bil to morda Prešeren? Je

pred njim kdo uporabil to besedo? Kajti med ljudstvom je najbrž takrat, kot še danes, prevladovala beseda »dohtar«.

S temi vprašanji sem se obrnil na akademika prof. dr. Marka Snoja, predstojnika Inštituta za slovenski jezik Frana Ramovša pri Slovenski akademiji znanosti in umetnosti. Tu je njegov prijazen odgovor.

Zakaj se zdravniku reče *zdravnik* – kaj torej beseda *zdravnik* prvotno pomeni? Beseda je tvorjenka iz glagola *zdraviti* in torej prvotno pomeni »kdor zdravi«, tako kot je *voznik* prvotno »kdor vozi«, *govornik* »kdor govori« ali *vodnik* »kdor vodi«. Taka pomenska motivacija je zelo pogosta tudi v drugih jezikih, npr. hrv. *liječnik* iz *liječiti* »zdraviti«, latinsko *medicus* iz *mederi* »zdraviti«, starogrško *iatrós* (in *iatér*) iz *iáomai* »zdravim«. Je pa glagol s pomenom »zdraviti« pomensko motiviran zelo različno. V slovenščini je tvorjen iz pridevnika *zdrav* in prvotno torej pomeni »povzročati, da kdo postaja zdrav«, v hrvaščini gre za tvorjenko iz samostalnika *lijek* in torej prvotno pomeni »dajati zdravilo«, v latinščini je *mederi* sorodno z *metiri* »meriti« in je prvotno najverjetneje »odmerjati zdravilo, dieto«, grški glagol *iáomai* »zdravim« je domnevno soroden z *iaíno*, ki pomeni »ogrejem, poživim, razveselim«. Seveda so mogoče tudi druge motivacije, npr. srbsko *lekar*, češko *lékař*, poljsko *lekarz* so neposredno iz slovanske besede s pomenom »zdravilo« (prvotno torej »kdor rokuje z zdravili« – sem spada naša iz češčine prevzeta *lekarna*), ruski *vrač* (in naš prekmurski *vrač*, ki je prav tako povsem običajna beseda za zdravnika) izvirata iz glagola *vřrati* »svečano govoriti« in torej prvotno označujeta nekoga, ki je z uroki odganjal boazen.

Pravilno ugotavljate, da je beseda *zdravnik* v slovenščini mlada, vsekakor iz prve polovice 19. stoletja. Po mojih podatkih, ki pa niso izčrpní, sta prva to besedo uporabila Prešeren in pa Bleiweis, oba v letu 1847. Tedaj je bil v Kmetijskih in rokodelskih novicah objavljen sestavek z naslovom **Število zdravnikov v našem Cesarstvu**. Začne se takole: »Naše Cesarstvo ima, brez Vogerske dežele, 5226 dohtarjev, 6413 ranocelnikov, 14847 babic in pa 2316 apoték.« Torej je beseda *zdravnik* Bleiweisu pomenila »kdor se ukvarja z zdravljenjem«, bila je torej nadpomenka za vse, ki se ukvarjajo z zdravljenjem, za univerzitetno izobražene dohtarje, priučene ranocelnike (ki so jim rekli tudi *padarji*, pri nas kasnejša beseda *kirurg* izvira iz grške *kheiroúrgos* s prvotnim pomenom »rokodelec«), babice in lekarnarji. Rekel bi celo, da je *zdravnik* umetna beseda. Če bi bila prvotno ljudska, bi morala biti naglašena na prvem zlogu. Pred tem (in deloma vse do današnjega dne) je beseda *dohtar* pomenila akademsko izobraženega človeka, ki je bil tedaj lahko le današnji »zdravnik«, »pravnik« ali »teolog«. Ponatančeno poimenovanje za zdravnika je bilo takrat *arcat*, izposojenka iz srednjevisokonemške besede *arzat* (iz katere se je razvila današnja *Arzt*), ki je prek lat. *archiater* prevzeta iz grške *arkhiátros* »višji zdravnik«.

Pro medico, slikarka in fotografinja v razstavišču UKCL

Tatjana Praprotnik, Kulturno-umetniško društvo Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher

kudkcmf.tajnistvo@gmail.com

Kulturno-umetniško društvo Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher (dalje KUD) je v torek, 5. septembra 2017, na prvi jesenski prireditvi za bolnike v razstavišču Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (dalje UKCL) pripravilo redno prireditev za bolnike. V Dolenčevi galeriji razstavlja Alenka Klemenčič, članica KUD-ove Likovne skupine Leon Koporc. Na odprtju jo je predstavil slikar Lojze Adamlje. V Taborjevi galeriji razstavlja fotografinja Klara Zajec, predstavil jo je fotograf Matej Peljhan. Izvrsten glasbeni program je pripravila zdravniška komorna glasbena skupina Pro medico. Prireditev je vodila Zdenka Vinšek, vodja Taborjeve galerije in dolgoletna članica Likovne skupine Leon Koporc.

Fotografinja Klara Zajec

Klara Zajec živi na Igu pri Ljubljani. Osnovno šolo je končala v domačem kraju in zatem leta 2013 srednjo šolo v Centru za izobraževanje, rehabilitacijo in usposabljanje (CIRIUS) Kamnik, program administrator. V centru CIRIUS Kamnik se je izobraževala zaradi težav, ki so posledica cerebralne paralize. Ima slabše ravnotežje in težave z gibanjem. Že od malega je rada fotografirala, v srednji šoli pa je obiskovala fototerapevtske

delavnice, ki sta jih vodila Matej Peljhan in Jure Kravanja. Tudi na odprtju razstave sta jo oba podpirala s svojo prisotnostjo. Matej Peljhan, delovni terapevt, je Klaro in njeno delo tudi predstavil obiskovalcem. Opozoril je na zahtevno in izzivov polno delo v centru, kjer otroke, ki so v mnogih stvareh prikrajšani, navdušijo prav za fotografijo. Na ta način se lahko sami izrazijo kljub svojim omejitvam.

Simona in Jure Kravanja sta zapisala: »Klara Zajec s svojo prvo razstavo razgrinja začetke svojega ustvarjanja, bleščeče zvezde svojega fotografskega opusa. Že bežen pogled spozna, da je Klara česta in draga gostja štirih letnih časov in da so štirje letni časi dragi gostje njenih podob. Najsibo s pomladno zelenimi, poletno cvetočimi, jesensko koprnečimi ali zimsko zasanjanimi podobami, Klara vselej razume njihov čudoviti, mili jezik, ki ga preko fotografije predaja nam v poslušanje in vpogled.«

Klara najraje fotografira drevesa in rože. Njena najljubša fotografija je *Drevesa s posebnimi potrebami*. »To sliko sem naredila v Postojni, ko sem si šla ogledat jamo. Drevesa nad jamo so pritegnila mojo pozornost, ker so bila poškodovana od zimskega žleda. Zdela so se mi zanimiva, ker niso več popolna, vendar ko bo prišla pomlad, bodo zopet ozelenela in nadaljevala svoje življenje.« S svojim optimizmom in pogumom je navdušila obiskovalce prireditve. Njeno sporočilo pa bo gotovo ob ogledu fotografij nagovorilo tudi obiskovalce UKCL, še posebno bolnike, ki se zdravijo v tej naši največji bolnišnici.

Slikarka Alenka Klemenčič

Alenka Klemenčič je veliko risala in slikala že kot otrok. Vedno, ko je bila bolna, so bili barvice in čopiči njeni najljubši prijatelji. Vendar jo je življenje kasneje odneslo drugam. Šele leta 1999 se je odločila, da nadaljuje prekinjeno pot in uresniči svoje otroške in življenjske sanje. Njena



Klara Zajec pred svojimi razstavljenimi fotografijami.

ustvarjalnost se je razmahnila s pomočjo izvrstnih mentorjev in likovnih pedagogov (Nataša Ribič Štefanec, Veljko Toman, Tone Rački, Marjan Zaletel ...). Dali so ji veliko napotkov in usmeritev za iskanje slikarsko lepega in likovno senzibilnega.

Slikar Lojze Adamlje je o njej zapisal: »Tisto, kar na slikarski površini pusti barvno sled, je dotik čopiča ali slikarske lopatice, ki sta prinesla s seboj barvno pigmentacijo s slikarske palete. Čopič Alenke Klemenčič na slikarski površini pušča samosvojo sled, takšno, da lahko še tako površen opazovalec njenega ustvarjanja začuti neko posebno energijo in neposredno sporočilnost njenega slikarstva. Njena slikarska dela lahko označimo za subtilna in intimna, ki jih je treba sprejemati s čutili in ne intelektom. ... Alenka Klemenčič se slikanja loteva običajno spontano ali pa v slikarski družbi znotraj različnih kolonij, na slikarsko površino pa prenaša želje po ohranitvi doživetja in osebnega odnosa do vidnega. Pri svojem ustvarjanju uživa v iskanju in razkrivanju skrivnosti ali razjasnitvi vtisov, ki privrejo iz

nezavednega. Pri tem je v ospredju odnos do barve, kot odraz čustvenega utripanja, ki je z vsem prefinjeno prepleteno. ... Tako so čiste, jasne barve pogosto dominantne nosilke sporočilnosti, ob barvni draperiji v ozadju. Dodatno izrezovanje barvno močnih okvirjev okoli slik to le še potrdi. Slikarka se zaveda, da je veselje do eksperimentiranja, do preizkušanj novih metod, ki so ga čutili umetniki vseh časov, bistveno pri likovnem ustvarjanju. Na teh spoznanjih preigrava v glavnem dva pola, in sicer veduto in tihožitje. Slika v tehniki akrila z močnimi pastoznimi nanosi, kjer ji reliefnost prinese dodatno trepetavost slikarske forme in pajčolan sanjskih open. Na pričujoči razstavi je tudi nekaj slikarskih del, polnih vtisov in odslikave vidnega, kakor doživetega sveta, ki so nastala na terenskem slikanju v krogu drugih ustvarjalcev. Vse te ustvarjalne dosežke lahko sedaj enotno postavimo v kontekst ustvarjanja iskrenih estetskih likovnih sporočil ustvarjalke. Ravno to vznemirljivo, estetsko posredovanje in raznovrsten svet dekorativnih slikarskih oblik sta napolnila občutljivi svet ustvarjalke, ki hiti s svojim ustvarjanjem nadoknaditi izgubljeni čas, ko še ni bila vpeta v likovni proces.«

Razstavljaljki Alenki Klemenčič je priznanje KUD-a za samostojno razstavo v Dolenčevi galeriji UKCL podelil akademski slikar Janez Kovačič, v. d. predsednika KUD-a KC in MF dr. Lojz Kraigher.

Zdravniška komorna glasbena skupina Pro medico

Pro medico je zdravniška komorna skupina, ki že desetletja ohranja poslanstvo igranja bolnikom, zdravnikom, ostalim zdravstvenim delavcem in prijateljem glasbe ter bogati kulturno podobo UKC Ljubljana kot tudi ostalih zdravstvenih ustanov. Njeni člani si s poglobljeno glasbeno izobrazbo in skrbno izbrano glasbeno literaturo prizadevajo za čim bolj kakovostno glasbeno upodabljanje, v posebno veselje pa so jim prav nastopi na prireditvah za bolnike. Akademsko izobražena violinistka Lucija Čemažar bo kmalu začela s specializacijo iz hematologije. Violist Jernej Bernik začne s specializacijo iz urgentne medicine. Karmen Lesjak je sicer zaključila muzikologijo, a se je skupini z veseljem pridružila z violončelom. Andrej Gubenšek je specializant nevrologije in je na Akademiji za glasbo zaključil študij violine.



Razstavljaljka Alenka Klemenčič v razstavišču UKCL.



Zdravniška komorna glasbena skupina Pro medico pred zbranimi poslušalci.

Zaigrali so Haydnov Godalni kvartet v Es-duru, op. 33, št. 2, »Šala«. Stavki: Allegro moderato, Scherzo: Allegro, Largo, Finale: Presto.

Joseph Haydn (1732 –1809), imenovan tudi »oče« godalnega kvarteta, je delo napisal leta 1781. Delo umeščamo v niz šestih istega leta napisanih godalnih kvartetov. Posvetil jih je ruskemu carju Pavlu Petroviču in so zato pogosto imenovani tudi Ruski kvarteti. Kvartet je unikaten predvsem v značilnostih finalnega stavka, ki daje pomen oznaki kvarteta »Šala«. Pred koncem rondoja uporabi pavzo, s katero občinstvo zapelje, saj pričakuje konec skladbe. Igranje nadaljuje v počasnem tempu in dinamiki forte, kar poslušalce na novo preseneti. V nadaljevanju se še naprej poigrava s poslušalci in jih zavaja z odlaganjem konca. Skozi celotni stavek lahko slišimo tudi veliko drugih majhnih glasbenih delcev, ki nam dajejo občutek šal. Haydn naj bi se hotel s tem po eni strani ponorčevati iz poslušalcev in jih puščati zmedene ter negotove v konec skladbe, po drugi strani pa vplivati na izvajalce, ki se, zagnani v tempu, prese-nečeni vedno znova srečujejo z »ovirami«.

Haydnova glasba je pisana za izvajanje mojstrov glasbenikov. In takšne smo imeli priložnost slišati v UKCL. Obiskovalci prireditve so njihov nastop izredno lepo sprejeli in toplo pozdravili z dolgim aplavzom. Moramo biti ponosni na to, da KUD KC in MF dr. Lojz Kraigher in slovensko zdravništvo premoreta tako kakovostne izvajalce.

Druga KUD-ova razstavišča

V mesecu septembru je še nekaj razstav, ki si jih je vredno ogledati. V galeriji Medicinske fakultete UL razstavlja Vesna van Midden, študentka 5. letnika splošne medicine, »Fotografije s potovanj«. V galeriji Nevrološke klinike UKCL razstavlja Biserka Komac, članica KUD-ove Likovne skupine Leon Koporc. V avli UKCL sta na ogled dve razstavi. »Za Slovenijo brez tobaka!« z medijsko najuspešnejšimi protitobačnimi posterji v svetu, ki so jo pripravili Sanja Zupanič, Robert Volčanšek, Luka Šolmajer in Zvonka Zupanič Slavec. Druga razstava z naslovom »Vizije so 11: UKC – kako naprej?« prikazuje notranjost UKCL ob odprtju leta 1975 in danes.



Zdenka Vinšek, dolgoletna članica Likovne skupine Leon Kopore in vodja Taborjeve galerije v UKCL je nagovorila obiskovalce in povezovala program.

Pripravilo jo je Društvo arhitektov Ljubljana.

Prireditve se je prijazno sklenila v duhu Pavčkovega verza:

Nobena pot ni ravna.

Nobena pot ni revna.

A vsaka je zahtevna.

In tvoja ena sama – glavna.

Prijatelja kirurga na Altaju

»Mon vieux ami, rad bi šel s teboj na Altaj«

Damijan Meško,
dr. med., Ljubljana
Prof. dr. Eldar M. Gadžijev,
dr. med., v. svet., Preddvor

Uvod

Altaj, to je nekaj, kar redko doživiš.

Ko si na Altaju, se zaveš, da je svet lep. Čas se ustavi. Pravijo, da je naš planet, naša mati Zemlja s popkovino na Altaju pripeta v vesolje. Tu je polno

skrivnostnih krajev in ljudje z vsega sveta iščejo tu svoj mir, svoj smisel.

Sibirija je najbolj prostrana dežela, Altaj je najbolj skrivnostna pokrajina. Začelo se je s prijateljem Eldarjem, našim spoštovanim profesorjem kirurgije. Letos je že šestič obiskal Altaj. Dogovorila sva se, da ga tokrat obiščeva skupaj.

Pa se je le zgodilo: z Damijanom sva bila skupaj na Altaju!

Prihod

Že mesec sem bil na Altaju. S prvo skupino smo uspešno prejahali delno

novi pot našega »jahalnega trekinga«. Medtem ko je bila na potovanju s konji druga skupina, sva z Mojco ostala v vasi Kučerla in si vsak dan privoščila kopanje v kakšno uro oddaljeni reki Katun. Mojca je potem odšla po tretjo skupino v Gornjo Altajsk. Z njo naj bi prišel tudi moj prijatelj kirurg Damijan s Simonom in Mojčin svak Srečo, ki je nameraval kot prvi Slovenec priplezati na Beluho, najvišjo goro Sibirije.

Prva postaja je bila Moskva, kjer smo pristali na letališču Šeremetjevo. Od tam smo se morali peljati do novega letališča Domodedovo, ki ga še dograjujejo. Velikanska razdalja, več



Damijan in Eldar na poti s konji.

kot osemdeset kilometrov od enega do drugega konca Moskve. Sledil je dolg polet do Gornjega Altaja, majhnega mesta na jugu Sibirije. Bili smo pisana družčina, vsak s svojo življenjsko zgodbo. Vsak je šel na Altaj iskat **nekaj**, vsak je vedel, zakaj se je odpravil tja. Vodila nas je Marija Ana. Z nami sta bili dve Rusinji iz Maribora, Ljudočka in Tanja. Obe s široko, blago, zlato rusko dušo. Kakšna popestritev za ekipo!

Od Gornjega Altaja do vasi Kučerla je devet ur vožnje po slabih sibirskih cestah. Kučerla je altajska vas ob deroči reki enakega imena. Tik ob reki je velik prostor, ograjen z novo leseno ograjo. Tu smo že prvi dan ponoči in v dežju postavili šotore, ob tej ograji smo prvič sedli na naše konje.

Tisti dan, ko smo jih pričakovali, je že popoldne deževalo. Deževalo je tudi zvečer po 20. uri in naliv jih je pral, ko so se iz vasi peš spuščali v naš »tabor«.

Ko smo se kasneje zbrali pod »tendo« na večerji, so domači gostitelji na pol v šali na pol zares ugotavljali, da dež pomeni, da duhovi niso zadovoljni, ker prihaja s skupino nekdo, ki naj bi bil zanje (altajske duhove) grešen. No, to zagotovo ni bil Damijan, lahko pa da duhovom ni bilo všeč, da se je nekdo iz skupine nameraval povzpeti na Beluho. Altajsko se ji reče Uč Sumer in je njihova sveta gora. Altajci prav zato ne plezajo nanjo in očitno duhovom ni všeč tudi,

če se drugi namenijo na sveto goro. V kapelici pod Beluho je veliko »ikonice« in spominkov na prešteto planince, ki so se pod Beluho ponesrečili... Kasneje tega dne je dež vendarle pojenjal in morda so se duhovi pomirili ob ugotovitvi, da so prišli dobri, nič slabega hoteči ljudje. Skupina se je le uspela pripraviti za naslednji dan, ko je bil predviden odhod s konji.

Naslednji dan se je začelo naše potovanje. Na konjih. Vsak dan nova pokrajina, travnati vrhovi, na večjih višinah goli, pokriti z redkimi macesni, ob vznožju vrhov gost cedrov gozd. Jahanje ob deroči reki. Konji se samodejno ustavijo, sklonijo glave in pijejo. To je sveti trenutek, ko jih ne smeš motiti, žejni so, zaslužili so si bistro vodo iz reke. Velike ptice ujede jadrajo pod oblaki, svizci bežijo z drobnimi koraki po travi. Na planoti so divji konji, vedno v tropu, skupaj. Ustavijo se in gledajo čudne jezdece na njihovi poti.

Tako smo potovali dvanajst dni. Vsako popoldne smo postavili šotore in v kotlu nad ognjem skuhalo večerjo. Tudi v dežju in kljub utrujenosti. Toda to je »naložba« za življenje: odpoved, napor, potrpljenje, spoznavanje in spoznanje, občudovanje – velikokrat se vprašaš: je vse to res?

Ob ognju

Po večerji smo se pogosto zbirali ob ognjišču in sedeli na položnih

hlodih ali kamnih. Mojca je običajno prebrala kakšno altajsko pravljico. Potem smo se pogovarjali o tem in onem. Damijan je rad povedal kakšen bolj ali manj zabeljen zdravniški vic, tudi kakšnega »ginekološkega« in družba ga je rada poslušala. Rad se je smejal in mi z njim. Taki trenutki so mali »biserčki«, ki se jih bomo vsi radi spominjali.

Režko

Od nekaj imam rad konje. Ob ograji v Kučerli je bil privezan visok, rjav konj. Arkadij me je peljal k njemu. »To je tvoj konj,« je rekel in odšel. Približal sem se mu, ga pobožal po vratu in ga potrepal po prsih. Videl sem, da je dobrodušna mirna žival na štirih nogah in brez greha. Takoj mi je prirasel k srcu. Konji so na Altaju prva tri leta v divjini, potem jih ujamejo, privedejo v dolino in učijo nošenja tovorov. Tako postanejo konji za ježo.

Ko smo tisti dan jahali že dobre tri ure in prijahali na sedlo med hribi, pokritimi s črnim kamenjem, na višini okoli 3.000 metrov, se je Režko nenadoma ustavil. Zastrigel je z ušesi, zahrzal in gledal v dolino, pokrito z zeleno travo, kjer je bil v daljavi trop divjih konj. Režko je gledal, gledal, gledal z blagimi očmi in se ni menil za besede, ki sem mu jih govoril, ni se menil za prijateljsko trepljanje po vratu. Ušesa je dvignil naprej in njegove velike oči so gledala nepremično v dolino. Spominjal se je svojega otroštva ob materi kobilici in svoje mladosti v svobodi. Potem je glasno in veselo zahrzal, potrepal sem ga po vratu, odtrgal je pogled s planote svoje mladosti in stopal naprej. Pozneje mi je Arkadij povedal, da je ta pašnik last njihove vasi in da je Režko tu preživel svojo mladost.

Pot je bila velikokrat zelo strma in naporna, tudi nevarna. Konj hrope v strmino po skalnati poti, koplje z železnimi podkvami po črnem granitu, s prednjo nogo išče varno stopinjo, ko se spušča po strmini, od napora zastoka – globok in hropeč stok iz

mogočnih pljuč. Takrat si z njim in veš, da je s teboj, hvaležen si mu, spoštuješ ga in ga imaš rad. Tako smo v teh dneh prejahali 240 kilometrov, trije konji so v strminah izgubili podkev. Priznam, na tem dolgem potovanju sem trikrat padel s konja, toda to je zgodba zase, v tem sem rekorder in prijeten občutek je, če si v nečem prvi – pa čeprav je to padec s konja.

Lulanje

Po naporni ježi, ko so konji premagali 1.000 m višinske razlike, smo prišli k prelazu Kara turek (3.060 m nadmorske višine). Tokrat nismo, kot običajno, prijahali do samega vrha, ampak smo ob njem zavili kakšnih 20 m nižje ter se ustavili. Razjahali smo, da bi se konji malo spočili, in nekaj naših je odšlo na vrh prelaza. Ostali smo se s konji premaknili naprej na drugo stran, da bi tam počakali tiste, ki so šli na vrh. Z mojim Komarikom sem šel malo dlje, ga pustil na poti in se podal še malo naprej, da bi opravil malo potrebo. Opazil sem, da konj ves čas gleda za mano. Ni me motilo in opravil sem...

Ko smo se zopet vsi sestali, smo, zato ker je bila pot strma in slaba, nadaljevali pot navzdol peš in peljali konje na povodcih. Lepo smo napredovali in konji so nas ubogali. Naenkrat sem na povodcu začutil, da se je moj konj ustavil. Obrnil sem se, ga pogledal

in videl, da ni posebne prepreke pred njim in ni nekega razloga, da ne bi šel naprej, zato sem povodec krepko potegnil. Pa se je uprl in me nekam čudno pogledal. »Le kaj ti je,« sem zamrmral in še močneje povlekel za povodec. Zaman, obstal je in me nekam žalostno pogledal, nakar se je iz njega ulil curek kot pivo penastega urina. Takoj sem popustil povodec in Kamarika prepustil njegovi potrebi. Ja, konj lahko defecira med hojo, urinirati pa ne more. Človek pač drugače.

Srečo je prišel z Beluhe

Srečo Rehberger, alpinist iz Kranja, je prvi Slovenec, ki je dosegel vrh Beluhe. Prvi dan v vasi Kučerla nas je zapustil in odšel s soplezalcem Denisom, ruskim alpinistom. Odpravila sta se proti Beluhi. Čez sedem dni smo se ponovno srečali. Bil je utrujen, shujšan in zelo srečen. Prvi Slovenec na Beluhi. Ker Beluha ni karsibodi. S 4.506 m je najvišja gora Sibirije. Lep dosežek, bi rekel Tone Škarja.

Ko smo prispeli do Akkemske doline pod Beluho in postavili svoj tabor blizu doline Jarlu, smo komaj čakali, da se nam pridruži Srečo, ki naj bi se vrnil z gore dan ali morda dva pred našim prihodom. Ker pa smo postavili svoje šotore precej proč od Akkemskega jezera, ob katerem naj bi nas čakal Srečo, smo prosili Arkaša,



Damijan na svojem Režku.

našega gostitelja in vodnika, da ga gre iskat.

Kasneje je Srečo pripovedoval, kako sta z Denisom, ruskim vodnikom po gorah, sedela pred šotorom ob Akkemskega jezera in se pogovarjala, da bi bilo morda dobro, če nas gresta poiskat. Potem pa je Srečo na drugi strani jezera zagledal jezdec s še enim konjem, ki ga je peljal na povodcu. Zajahal je v vodo tam, kjer jezero odteče kot reka Akkem navzdol po dolini, in jo s konjema prebrodil. Voda je segala nad trebuha konjev, tako da je moral jezdec privzdigniti noge, da jih ne bi zmočil. Jezdec se je usmeril proti Srečotu in ko se mu je približal in ga prepoznal, mu je povedal, da je prišel ponj. Pomagal mu je zajahati drugega konja in prebrodila sta vodo ter se usmerila proti dolini Jarlu.

V taboru smo vsi nestrpnost čakali na našega junaka in ko je prišel in povedal, da je priplezal na Beluho, ni bilo konca veselja, čestitk in objemanja. Vedeli smo, da doslej Slovenec še ni stal na vrhu najvišje sibirske gore, sam pa je priznal, da Beluha sicer ni zelo težka, da pa je zahtevna gora. Duhovi niso bili zelo jezni, je pa ponoči potem nizko zapadel sneg...

Na babe

Mojca mi je za rojstni dan, ki sem ga imel čez nekaj dni, podarila izlet naše



Čudovita dolina in reka Tekelju.



Srečo na vrhu Beluhe.

skupine na babe. Velikodušna ponudba, bi rekel! In to kar za celo skupino. Šlo je za izlet z GAZ-om, s katerim prevažajo turiste po strmih in blatnih poteh ob reki Katun do planote, kjer so babe – kamniti arheološki spomeniki iz obdobja pred Kristusom. Peljal naj bi nas Anatolij, brat našega gostitelja Arkaša. Tisti naš GAZ je bil nekdanji vojaški tovornjak, ki ga je baje načrtovala neka inženirka in ki je lahko premagoval neverjetne strmine in ovire.

Na tovornjaku sva se najprej slikala z Damijanom, nato pa so smeli na vozilo še ostali. Iz naše vasi Kučerla smo šli najprej proti vasi Tjungur na drugi strani reke Katun. Pred visečim mostom smo morali izstopiti ter se peš podati čezenj. Potem smo se z GAZ-om peljali ob levem bregu reke po poti, ki je bila nekaj med slabim makadamom in kolovozom. Pokrajina ob reki je bila lepa, večji del gozdnata. Srečali smo se z nekaj velikimi terenskimi vozili ruskih bogatinov. Na nekem mestu, kjer je bil napol poruščen most čez manjšo rečico, je Anato-

lij enostavno zapeljal s ceste po bregu navzdol in čez rečico pa zopet po strmem bregu nazaj na pot. Komaj smo se uspeli obdržati na klopeh in podvig je spremljalo glasno oglašanje kar malo prestrašenih potnikov. Ko je šel tovornjak še enkrat čez neko drugo rečico, pa smo se na drugi strani ustavili in naša Tanja je izstopila ter v bistri rečici zajela hladno vodo za našo žejo. Po kakšni uri vožnje smo zavili na lepo, malo poševno planoto in izstopili. Tam je bilo nekaj bab, do meter visokih kamnov, na katerih so bili v nizkem reliefu izklesani zanimivi obrazi. Vzeli smo si nekaj časa za posedanje ob vrhnjem robu planote, kjer je bila mogočna, baje energetsko zelo močna skala... spodaj pa je šumela kot Soča zelenomodra Katun.

Roerich

Ob povratku smo se v samotni vasi sredi Ujmonske doline ustavili v muzeju, posvečenem Nikolaju Roerichu, velikemu ruskemu raziskovalcu in slikarju. Kakšen velikan je bil Roerich, po očetovi strani skandinavskih prednikov, po materi Rus, koliko muzejev ima po Rusiji, Evropi, Aziji in Ameriki! S težkim srcem povem, da doslej še nisem slišal zanj, da ga nisem poznal.

Roerichov muzej leži na sibirski ravnini in obsega večji kompleks lesenih zgradb, med katerimi so lesene tlakovane poti.

Upravnik muzeja, starejši ruski gospod s sivimi brki, umirjen, prija-



Eldar z babo.

zen, zelo izobražen, poln spoštovanja do Roericha, nas je sprejel in vodil od zgradbe do zgradbe. Razlagal nam je o Roerichovem življenju, njegovem delu, o njegovih raziskovanjih. Naša Rusinja Ljudočka nam je prevajala njegove razlage. Potrpežljivo je poslušal njen prevod in potem nadaljeval. Razstavljeni so Roerichovi osebni predmeti, njegove knjige, zemljevidi dežel, kjer je odkrival Azijo, orodje in predmeti, ki so jih takrat uporabljali ljudje na Altaju. Po stenah so njegove slike, predvsem olja. Spraševal sem se, ali je bil ta učenjak bolj raziskovalec ali slikar. V vseh teh prostorih vlada mir, pogovarjali smo se šepetaje in vprašanja staremu gospodu so bila nadvse spoštljiva.

Na koncu še zdravstveno poročilo.

Vse je potekalo brez zapletov, vsi so se počutili varne, saj so imeli ob sebi ves čas dva zdravnika. Nihče ni zbolel – razen majhne izjeme: imeli smo dva primera driske. S tem sta imela nekaj težav oba zdravnika.

P. S. To najino pisanje – četudi daš z njim samo enemu človeku vero, upanje in veselje do življenja, če mu pokažeš pot, da najde smisel, da želi za koga napraviti kaj dobrega, da bi mu pomagal, saj je to naše poslanstvo – potem je najino pisanje doseglo svoj namen.



Priatelj na GAZ-u.

Ali smo dovolj pridni, da bomo nagrajeni?

Prim. Jana Govc Eržen, dr. med., spec. druž. med., Zdravstvena postaja Vojnik
jana.govc@gmail.com

Moji starši so me spodbujali k pridnosti predvsem z vzorom, nagrad niso nikoli obljubljali. V tistih časih smo se zavedali, da se moramo pridno učiti, da bomo hitro prišli do poklica in s tem do zasluzka, s katerim smo se podali na pot samostojnosti in neodvisnosti. Če si študiral medicino, si moral biti priden od jutra do večera, pogosto tudi ponoči.

Ko sem začela opravljati poklic zdravnice v splošni ambulanti, je bila plača nesramno nizka. Trdim, da sem kljub temu pridno in nemogoče veliko delala. Vem, da so delavci v bližnji tovarni pomembno presegali zdravniški zaslužek. To so tudi radi povedali, ko so obiskovali ambulanto. Vodstveni delavci so nas neprestano pozivali k varčevanju in standard v ambulantah je bil krepko slabši, kot ga imamo danes. Nihče nam ni obljubljal višje plače, če bomo boljši, še bolj pridni. Na medicinski fakulteti so nas vzgojili tako, da smo opravljali svoj poklic predano, za dobro bolnikov. Na etični pogon.

V čakalnicah se je ob šestih zjutraj trlo bolnikov, ki so prišli na obravnavo po nočni izmeni. Nismo jih naročali, niso imeli izbranih osebnih zdravnikov. Vodili smo zdravstveno dokumentacijo, pisali smo razmeroma malo. To vem in občutim danes. Takrat se mi je zdelo, da pišemo

preveč, saj sem imela priložnost videti minimalistično zdravstveno kartoteko, ki jo je vodila italijanska kolegica. Prvi dan, ko sem začela z delom, so me poslali na hišni obisk k bolniku z astmatičnim napadom s popotnico: »Če te vržem v vodo, boš tudi plavala!« Seveda sem plavala in tako še vrsto, vrsto let. Spomnim se užaljenosti lokalnih političnih veljakov, ko sem odklonila dežurstvo na neki prireditvi z veselico, ker nisem imela varstva za otroka. To so mi namreč kasneje večkrat očitali. Na vrsto za izobraževanje si prišel zelo poredko, na specializacijo sem čakala več kot deset let. Bili so težki časi, pa smo kljub temu delali in verjeli, da bo boljše.

Ali smo v ambulantah družinske medicine dočakali boljše čase?

Mnogo stvari se je spremenilo, večinoma so se spremenile na bolje. A te spremembe na bolje, ki so v veliki meri posledica izjemnega tehnološkega napredka, zahtevajo drugačen način dela, drugačen pristop k bolniku. Zdravniki smo sedaj dolžni sedeti za računalnikom. Administrativna opravila, ki smo jih pred računalniško dobo opravljali s pisalom, hitro, mimogrede, na kateremkoli delovišču ali za katerokoli mizo, moramo sedaj opravljati tako, da zremo v monitor in ne v bolnika. Postopek, da začneš z delom in da zagotoviš varnost vnosa podatkov, je dolgotrajen in zamuden. In ko se ti najbolj mudi, se zgodi, da ni internetne povezave, da se sistem »sesuje« ali »zamrzne«. Znajdeš se v hudi stiski, saj pacientu ne moreš napisati recepta, napotnice. Opravičuješ se mu, čeprav nisi nič kriv, vzdihuješ in v mislih prosiš tistega, ki sedi nekje v Ljubljani, da naj vendar čim prej razreši celotno zmedo. Če traja predolgo in te iz sosednjih ambulant kličejo razburjeni kolegi, zavrtiš telefon in prijazno vprašaš: »Kdaj bo zadeva urejena?« Odgovorijo nestrpno, saj gotovo nisem edina, ki jih nadlegujem: »Tako, ko bo mogoče, se trudimo!« Pogledaš pacienta in vzdihneš: »Oh, ti računalniki!«

A danes se bom posvetila aktualni temi – nagrajevanju zdravnikov, ki so ga snovalci poime-



novali variabilno nagrajevanje. V Slovarju slovenskega knjižnega jezika so variabilnost opredelili kot spremenljivost, nestalnost. Ta oblika nagrajevanja naj bi končno uspela uresničiti nagrajevanje tistih, ki so bolj pridni in bodo s svojo pridnostjo pripomogli pri skrajševanju čakalnih dob. Torej, če boš priden in boš izpolnil zahtevane pogoje, boš tudi nagrajen z dodatkom. Ta dodatek se je sicer obljubljal že pred poletjem, a navodila kar niso hotela biti tako natančna, da bi jih lahko s svojo akademsko izobrazbo razumeli in tudi izvedli. Zdravniki družinske medicine bomo za pridnost nagrajani, če bomo omejili napotovanje svojih bolnikov na sekundarno raven, če bomo opravili več posegov v svojih ambulantah in več hišnih obiskov, pri svojem delu pa moramo dosledno uporabljati računalnik in pošiljati v sistem e-napotnice in e-recepte ter ne nazadnje – imeti moramo opredeljenih toliko bolnikov, da bomo zagotovili najmanj 2.100 količnikov na tim.

Prepričana sem, da zdravnik, ki z opredeljenimi bolniki presega 1.500 količnikov na tim, svojim bolnikom ne more posvetiti dovolj časa, da bi lahko obravnaval vse probleme, zaradi katerih se je starejši, kronični bolnik oglašil pri njemu. To so bolniki, ki pogosto prihajajo v naše ambulante, obravnava pa je zelo zahtevna, saj imajo več kroničnih bolezni, ki jih je treba nadzorovati v skladu s strokovnimi smernicami. Takšna obravnava zahteva veliko, veliko časa in ta čas krepko presega sedem minut. Za zagotavljanje boljših pogojev dela zdravnikov družinske medicine bo treba zagotoviti tudi manjše obremenitve. Mladim zdravnikom, ki so se odločili za delo na področju družinske medicine, je nujno treba zagotoviti takšne pogoje dela, da bodo z veseljem opravljali svoje poslanstvo.

Vsak mesec moramo opraviti vsaj osem hišnih obiskov, če se želimo pridružiti pridnim, ki bodo nagrajani. Priznati moram, da ob prepolnih ambulantah velikokrat zmanjka časa, da bi se odpravila še na teren in obiskovala

bolnike. Hišne obiske lahko odložiš, če niso nujni. A ta način dela je še kako potreben, saj je bolnikov, ki ne morejo v ambulantno, vedno več. Zato ta ukrep pozdravljam, še bolj veseli pa ga bodo bolniki, ki bodo končno dočakali obisk svojega zdravnika na domu. Na zadnjem hišnem obisku, ki sem ga opravila pred dnevi pri starejši bolnici, ki zaradi bolečin ni mogla v ambulantno, sem se zadržala celo uro. Pa ne zato, ker bi bila počasna pri svojem delu, ampak zato, ker je bilo v hiši več starejših oseb, ki so prav tako želele pogovor o svojih zdravstvenih težavah. Porabila sem več časa, kot mi ga je pripravljen priznati plačnik zdravstvenih storitev, in priznam, da me to ne moti, saj sem videla, kako zadovoljni in hvaležni so bili bolniki, pri katerih sem se zadržala dlje časa, kot bi se smela. In še to, poti do njihovega doma v ta čas nisem vštela. Naše delo je raznoliko, zahtevno, zahteva izjemno širino strokovnega znanja in takšno delo je zelo težko izmeriti. Predvsem pa je težko ocenjevati pridnost.

Moti in pošteno me jezi, ko slišim o nedopustnem podaljševanju čakalnih dob, za katere naj bi bili »krivi« tudi zdravniki družinske medicine, ker preveč bolnikov napotimo na obravnavo na sekundarno raven. Zdravniki družinske medicine smo imeli ključ do vstopa v zdravstveni sistem vse do uvedbe urgentnih centrov, ko so se vrata odprla. Bolniki sedaj lahko dostopajo do storitev sekundarne ravni brez obiska osebnege zdravnika. Zavedajo se, da bodo do preiskav prišli hitreje, če se bodo oglašili v urgentnem centru. Zdravniki družinske medicine potrebujemo za kakovostno oskrbo svojih bolnikov diagnostične preiskave, na te preiskave moramo bolnike napotiti. Bolniki na te preiskave čakajo (nedopustno dolgo) in v vmesnem času obiskujejo osebnege zdravnika. Mi smo tudi tisti, ki smo najpogosteje deležni kritičnih pripomb (čeprav nismo nič krivi), kar je obremenjujoče in zelo stresno. Kadarkoli govorimo o pretiranem napotovanju bolnikov, je treba upoštevati, da pišemo tudi napotnice za diagnostične preiskave in za kontrol-

ne preglede, na katere naročajo drugi kolegi specialisti. Te je treba odšteti od tistih, s katerimi zdravniki družinske medicine napotujemo bolnike na specialistične preglede in druge obravnave. Šele potem bomo dobili dejansko, realno število napotitev. V informacijski dobi oblikovanje takšnih napotnic, ki bi omogočale beleženje in zbiranje podatkov o namenu napotitve, ne bi smelo zahtevati veliko časa in sredstev. Pridnost lahko ocenjujemo le na podlagi realnih podatkov.

Trenutno je v Sloveniji več kot 700 referenčnih ambulant družinske medicine. Pri projektu referenčnih ambulant sem sodelovala od samega začetka in prav zaradi tega sem tudi danes, po šestih letih delovanja velika zagovornica takšne oblike dela. Zakaj? Zato, ker so bolniki zadovoljni, diplomirane medicinske sestre jim namenijo več časa za vsa tista vprašanja, za katera je zmanjkalo časa pri zdravniku.

Še posebej pa me veseli in sem ponosna, da nam je uspelo v letošnjem letu izdati Priročnik o integrirani obravnavi kroničnih nenalezljivih bolezni, ki smo ga namenili zdravnikom družinske medicine in drugim članom tima, ki se vključujejo v to obravnavo. Pri pisanju priročnika so sodelovali izkušeni strokovnjaki s področja družinske medicine in javnega zdravja, ki so znanstvena spoznanja in organizacijske vidike izvajanja preventive predstavili na razumljiv način, podprt s praktičnimi nasveti za delo. Tako smo dodali še en pomemben pripomoček, ki bo prav gotovo našel svoje mesto v ambulantah družinske medicine. Z izvajanjem preventivne dejavnosti, ki predstavlja pomemben segment dela v naših ambulantah, pa se uvrščamo v sam vrh v evropskem prostoru. Tudi takšne dosežke bi lahko ocenjevali, ko govorimo o pridnosti.

Kakorkoli, vsakdo je rad pohvaljen za svoje delo in pridnost. Veliko pomeni že samo, če nekemu povemo, da smo opazili njegovo delo in trud. Imenitno je, če to naredimo še za časa življenja. Ko bomo odšli, pohval ne bomo potrebovali.

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 49,20 EUR. A single issue costs 4,47 EUR. The tax is included in price. Manuscripts are not returned to authors. An honorarium is paid for selected articles. Printed 10.150 copies. Postage for the Journal Isis paid at the 1102 Ljubljana post office.

The name of the journal is by the Isis, an Egyptian goddess, of all the gods and goddesses. The legend describes her as both the sister and the wife of Osiris, the first king in history. Isis had healing powers. She could also give new life into the body with her wings. According to the legend, her power extended all over the world. Each person is a drop of her blood. She was considered as the founder of medicine. A detail on a granite sarcophagus of Ramses III from the XXth dynasty shows her as a symbolic picture. This image and 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 drops of blood from the goddess Isis.

The President of the Medical Chamber

Zdenka Čebašek - Travnik, M. D., Ph. D.

The Vice-presidents of the Medical Chamber

Krunoslav Pavlović, D. M. D.

Prim. assist. **Dean Klančič**, M. D.

The President of the Assembly

Marko Bitenc, M. D., M. Sc.

The Vice-president of the Assembly

Matevž Janc, D. M. D.

Executive board of the Medical Chamber of Slovenia

The president of the Educational council

Assist. **Gregor Prosen**, M. D.

The president of the Professional medical committee

Assist. **Borut Gubina**, M. D.

The president of the Primary health care committee

Vesna Pekarović Džakulin, M. D.

The president of the Hospital health care committee

Prof. **Mitja Lainščak**, M. D., Ph. D.

The president of the Dentistry health care committee

Krunoslav Pavlović, D. M. D.

The president of the Legal-ethical committee

Prim. **Helena Reberšek Gorišek**, M. D.

The president of the Social-economic committee

Prim. assist. **Dean Klančič**, M. D.

The president of the Private practice committee

Matevž Gorenšek, M. D., Ph. D.

The Secretary General

Iztok Kos, M. D.

Head of Public Relation Department

Andreja Basle, B. A.

Legal and General Affairs Department

Vesna Habe Pranjič, L. L. B.

Finance and Accounting Department

Nevenka Novak Zalar, B. Sc. Econ., M. Sc.

Health Economics, Planning and Analysis Department

Nika Sokolič, B. Sc. Econ.

Head of Postgraduate Medical Training,

Licensing and Registry Department

Tina Šapec, L. L. B.

Head of CME/CPD Activities

Mojca Vrečar, M. B. A.



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.

Tasks

- 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 a direct contact with the 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 the 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.
 - The professional auditing and appraisal of 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 agreeing 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 agreeing them on behalf of private doctors as employees, thereby managing the value of medical professional' 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 job.
- Assisting members to find suitable locums 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 the 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 statute.

